



Stellungnahme des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur
Reform der Notfallversorgung

Dr. med. Christian Deindl, Stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. Stefan Schröder, Beisitzer im Vorstand

Berlin, 25.06.2024

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist eine Netzwerkorganisation, deren satzungsgemäßer Zweck die Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit und zum Aufbau des Risikomanagements in der Gesundheitsversorgung ist. Entsprechend beschränken sich Stellungnahmen des APS auf Aspekte, bei denen ein Zusammenhang mit der Patientensicherheit in Deutschland besteht. Das APS bedankt sich für die mit der Aufforderung zur Stellungnahme verbundene Möglichkeit, den Aspekt der sicheren Patientenversorgung in den Anhörungsprozess einzubringen.

Das APS nimmt wie folgt zu dem o.g. Referentenentwurf Stellung:

A. Probleme und Ziele

Einleitend wird von einer gut funktionierenden und wirtschaftlichen Notfall- und Akutversorgung als wichtigem Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung gesprochen, ohne näher zu erläutern, was darunter im Einzelnen zu verstehen ist. Wirtschaftlich bedeutet im Kontext der Sozialgesetzgebung erfahrungsgemäß zumeist die größtmögliche Einsparung von Kosten für diagnostische und therapeutische medizinische Leistungen. Es ist unstrittig, dass sich Wirtschaftlichkeit aus einem optimalen Kosten-Nutzen-Verhältnis ableitet. Nach Auffassung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit muss dabei der sichere Patientennutzen absolut im Vordergrund stehen. Darunter ist der Aufwand für präventive Maßnahmen zur Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung ebenso zu verstehen wie der Einsatz medizinischer Ressourcen zur vollständigen Genesung und Wiederherstellung der Gesundheit bzw. zur Minimierung gesundheitsbeeinträchtigender Folgen. Diesbezügliche präventive und therapeutische Maßnahmen und deren nachhaltige Ergebnisqualität können u.a. durch so genannte Qualys (Quality Adjusted Life Years) gemessen und verglichen werden.

Demgegenüber stehen volkswirtschaftlich-sozialgesetzgeberische Überlegungen, unter denen die Gewährleistung einer bedarfsgerechten und sicheren Behandlung der PatientInnen unter Vermeidung unnötiger und kostenintensiver Doppelstrukturen sowie größtmögliche Effizienz und Effektivität zu verstehen sind.

Füllwörter in einem Referentenentwurf wie „grundsätzlich“ werden dem Ernst der gegenwärtigen Situation im Gesundheitswesen nicht gerecht, wenn sie nicht mit Grundsätzen unterlegt werden. Sie verschleiern, dass die Akut- und Notfallversorgung in Deutschland weder flächendeckend noch wohnortnah für alle Bürgerinnen und Bürger gewährleistet ist. Allein die Unterschiede zwischen Land und Stadt sowie Region und Ballungsraum bergen Risiken der Unterversorgung auf der einen und der Überversorgung auf der anderen Seite.

Die drei genannten Versorgungsbereiche KV-Notdienst, Klinik-Notaufnahme und Rettungsdienst sind bekannt. Gleichzeitig verkörpern sie das nach wie vor bestehende sektorale Denken in der Patientenversorgung in Deutschland. Die im Referentenentwurf beschworene bessere Vernetzung und gegenseitige Abstimmung kann nur gelingen, wenn dieses überholte Denken und kontraproduktive Handeln in sektoralen Barrieren und unter Inkaufnahme möglicher Patientenrisiken endgültig beendet wird und endlich von einer einheitlichen, d.h. Klinik- und Praxisstandorte übergreifenden Patientenversorgung gesprochen wird.

Der Rettungsdienst muss dabei in die Lage versetzt werden, auf der Grundlage einer standardisierten Ersteinschätzung die PatientInnen in die nächstgelegene und für das Krankheitsbild am besten geeignete medizinische Einrichtung zu transportieren. Dazu gehört auch die ausnahmslos frühzeitige Benachrichtigung der angefahrenen Einrichtung, damit dort die notwendigen Vorbereitungen getroffen werden können. Kommunikationsmängel sind im Gesundheitswesen ein bekannter Treiber für suboptimale Abläufe und daraus resultierende Fehler. Insbesondere die Schnittstellen innerhalb eines Behandlungsprozesses erfordern besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich möglicher Informations- und Datenbrüche.

Die genannten Defizite und Ineffizienzen bei der Lenkung von Akut- und NotfallpatientInnen werden durch unterschiedliche Rufnummern noch verschärft. Man stelle sich das Chaos vor, wenn Freiwillige Feuerwehren und Berufsfeuerwehren ähnlich sektoral abgeschottet und mit unterschiedlicher Erreichbarkeit ihren Auftrag erfüllen müssten. Ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung verdient nur dann diesen Namen, wenn sektorales Denken, sektorale Pfründe und Erbhöfe damit endgültig ihr überfälliges Ende finden und das Gesundheitswesen von ihren negativen Folgen befreit wird. Ein solcher Schritt wäre auch ein deutlicher Fortschritt für die Patientensicherheit.

Der Referentenentwurf erkennt zu Recht den Zusammenhang zwischen der Fehlsteuerung von PatientInnen und der Überlastung von Notaufnahmen und Rettungsdiensten. Eine Ursache hierfür ist die unzureichende Versorgung der PatientInnen durch die vertragsärztlichen Einrichtungen. Hinzu kommen die nicht ausreichend kompetente Selbsteinschätzung der Versicherten und die bereits angesprochene fehlende Vernetzung der verschiedenen Versorgungsstrukturen und deren Zusammenwirken. In diesem Zusammenhang wird von „oft“ und „häufig“ gesprochen, ohne konkrete Zahlen zu nennen. Auch fehlt der eminent wichtige Hinweis auf die Schnittstellenproblematik und die damit verbundenen erhöhten Patientenrisiken. Diese Tatsache darf nicht länger verkannt und bagatellisiert werden und muss im Gesetz Berücksichtigung finden.

Dem Notdienst wird eine Weiterentwicklung in den letzten Jahren bescheinigt, ohne auf die einzelnen angesprochenen Punkte näher einzugehen. Um Missstände und Defizite in der Notfallversorgung systematisch zu analysieren und gezielt abzubauen, bedarf es einer analytischen Detailarbeit und nicht einer oberflächlichen, verallgemeinernden Sichtweise. Zu Recht wird kritisiert, dass es bisher keine gesetzliche Verpflichtung zur Koordination der ambulanten und stationären Versorgungsebenen gibt. Diese Gesetzeslücke erklärt auch den regional sehr unterschiedlichen Entwicklungsstand. Hier würde sich das APS konkrete Standortbeispiele wünschen, um die Qualitätsbandbreite besser darstellen zu können. Die Etablierung einer bundeseinheitlichen Rufnummer 116117 für Terminservicestellen ist sicherlich ein erster Teilschritt. Ein Anruf bedeutet aber noch lange keine anschließende adäquate und sichere medizinische Versorgung. Genau diese sollte aber das gemeinsame Ziel aller beteiligten AkteurInnen und Verantwortlichen sein. Voraussetzung hierfür ist eine lückenlose fachliche Expertise bei der Anrufannahme und der anschließenden Ersteinschätzung der geschilderten Beschwerdesymptomatik. Vor dem Hintergrund des aktuell bestehenden, standortunabhängigen Fachkräftemangels müssen bereits in der Planungs- und Vorbereitungsphase der Neuordnung des Rettungsdienstes Lösungen gesucht und gefunden werden, um diese Schlüsselpositionen auch zukünftig optimal besetzen zu können, ohne Personal aus anderen, unterbesetzten Bereichen abzuwerben. So bietet es sich an, die durch den prognostizierten Rückgang der Inanspruchnahme und die Einspareffekte bei den Kostenträgern freiwerdenden Personalkapazitäten (vgl. Sozialversicherungsfachangestellte) für die Anrufbearbeitung zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus eignet sich dieses Tätigkeitsfeld für vorzeitige AussteigerInnen aus qualifizierten Gesundheitsberufen zum beruflichen Wiedereinstieg in das Gesundheitswesen bzw. als gewichtiges Argument für den Verbleib durch einen beruflichen Wechsel in eine solche verantwortungsvolle Position.

Wie bereits oben erwähnt, erfordert dies genaue Bedarfszahlen und eine strategische Projektplanung. Dazu gehört auch der Faktor Gesundheitskompetenz. Auf deren Defiziten beruht das oben erwähnte Phänomen der Fehleinschätzung von PatientInnen bzw. Angehörigen, so dass auch diese Aspekte in die Reformbemühungen zur Notfallversorgung einfließen müssen. Hierzu appelliert das APS u.a. an die GKV- und PKV-Verantwortlichen, die Kompetenzen ihrer Versicherten zur Selbsteinschätzung bei Verdacht auf Akut- und Notfälle zu optimieren. Das ambitionierte gesundheitspolitische Projekt einer nachhaltig reformierten Notfallversorgung kann nur gelingen, wenn alle AkteurInnen aktiv und zielgerichtet dazu beitragen, weshalb der Erwerb von Gesundheitskompe-

tenz in allen Bundesländern Inhalt der schulischen Lernzielkataloge werden muss. Im Übrigen korreliert Patientensicherheit mit dem Grad an Eigeninteresse, Information und Einsicht in das Krankheitsgeschehen von betroffenen PatientInnen und Angehörigen.

Der Verweis auf den Koalitionsvertrag dient wohl eher der Rückbesinnung auf gesundheitspolitische Absichten als der Weiterentwicklung nicht vorhandener Rahmenbedingungen. Verträge beginnen in der Regel kurz nach der Unterzeichnung und weniger gegen Ende der Vertragslaufzeit. Diese wenig beleuchtete Seite des Hintergrundes, der im Lösungsteil als dessen Ausgangspunkt bezeichnet wird, hätte es verdient, mit der notwendigen Transparenz betrachtet zu werden, um offene Fragen zu klären und nicht weiter Symptome mit ihren Ursachen zu verwechseln. Eine der ungeklärten Fragen ist, warum die noch unter Minister Spahn eingeführten und von seinem jetzigen Nachfolger und damaligen Koalitionär explizit befürworteten zusätzlichen FachärztInnen-Sprechstunden von diesem wieder zurückgenommen wurden, obwohl die erneute Überlastung der Notfallambulanzen absehbar war. Weiterentwicklung sieht aus Sicht der PatientInnen und des deren Sicherheit verpflichteten APS anders aus.

B. Lösung

Die Zielkoordinaten des gesetzlichen Maßnahmenkatalogs sind Vernetzung, Steuerung und Wirtschaftlichkeit. Es ist viel vom Konjunktiv die Rede, weniger vom Konstruktiven. Aus den KV-Terminservicestellen werden sogenannte KV-Akuteleitstellen. Deren Vernetzung mit den Rettungsleitstellen einschließlich medienbruchfreier digitaler Daten- und Behandlungsfallübermittlung erfüllt bereits die Kriterien einer besseren Patientensteuerung und Entlastung von Notaufnahmen und Rettungsdiensten. Der bereits heute schwer zu besetzende KV-Notdienst für akute Behandlungsfälle soll in diesem Rahmen durch eine Konkretisierung des KV-Sicherstellungsauftrages sogar noch ausgeweitet werden. Hier wird unreflektiert ein überholtes Konzept der Besitzstandswahrung in das Reformgesetz geschrieben und damit sogar dessen Scheitern bewusst in Kauf genommen. Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass der demographische Faktor auch an der deutschen Ärzteschaft nicht spurlos vorübergeht und der Höhepunkt der Pensionierungen noch nicht einmal erreicht ist. Allein die personellen Kapazitäten für die Patientenversorgung in der regulären hausärztlichen und fachärztlichen Sprechstunde sind rückläufig und lassen Regelfälle zu Akutfällen ohne primäre medizinische Gründe werden. Der Begriff des Sicherstellungsauftrages ist bereits unter heutigen Bedingungen ein Relikt aus Zeiten mit geringerer Lebenserwartung und geringerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie einer strikten Trennung zwischen ambulanten und stationären Standorten. Die daraus resultierende Sektorengrenze beruht vor allem auf unterschiedlichen Vergütungssystemen und mit den Kostenträgern ausgehandelten Honorar- bzw. Entgeltbudgets. Dieses ökonomisch bedingte sektorale Denken hat Einzug in die Patientenversorgung, deren Umfang und Verfügbarkeit gehalten. Unterfinanzierte Bereiche werden in den jeweils anderen Sektor ausgelagert, PatientInnen werden zu Fallpauschalen und Komplexzifferäquivalenten, ihre zeitnahe, bedarfsgerechte und stets sichere Behandlung ist nicht mehr immer, d.h. nicht mehr flächendeckend, wohnortnah oder barrierefrei gewährleistet.

Telemedizin ist zwar ein etabliertes Unterstützungsverfahren, hinter dem aber immer qualifiziertes medizinisches Personal stehen muss. Diese Innovation kann Wege und Präsenzplichten reduzieren, wird aber ebenso wenig ein Allheilmittel sein wie die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Gerade letztere ist ein warnendes Beispiel dafür, wie wenig ein Gesetzestext bewirkt, wenn seine Umsetzung eindimensional, konsenslos und wenig überzeugend erfolgt. Der Notfallversorgung droht mit dem vorliegenden Reformentwurf ein ähnliches Schicksal. Denn sektorenübergreifende, an Klinikstandorten angesiedelte Integrierte Notfallzentren und deren Verpflichtung zur bedarfsgerechten Vorhaltung einer ambulanten medizinischen Erstversorgung rund um die Uhr klingen eher nach gesundheitspolitischem Marketing als nach einer realistischen Einschätzung durch eine seriöse Machbarkeitsstudie. Eine solche wäre schnell zu dem Ergebnis gekommen, dass es sich bei dem Vorschlag der „Kooperationspraxen“ um die Wiederbelebungsvariante, der erst kürzlich vom Minister per Verordnung abgeschafften zusätzlichen Praxissprechstunden handelt. Nur mit dem

entscheidenden Unterschied: Das ehemals noch bestehende Vertrauen der Leistungserbringer und ihrer PatientInnen in politische Verlässlichkeit und Nachhaltigkeit ist unwiederbringlich verspielt.

Spätestens mit der Einführung des DRG-Systems spricht der Gesetzgeber als Epitheta ornans von „lernenden Systemen“ im Gesundheitswesen. Der erkennbare Lerneifer hält sich in Grenzen, der Erkenntnis- und Nutzenzuwachs ebenfalls. In einem (Hoch-)Risikobereich wie dem Gesundheitswesen den Unsicherheitsfaktor und damit das zusätzliche Risiko patientensicherheitsrelevanter Wissenslücken in ein weiteres Reformgesetz einzupreisen, erscheint dem APS nicht akzeptabel. Die Verantwortung für die Umsetzung und den Erfolg erneut in die Hände der oft zerstrittenen Selbstverwaltung zu legen, erfüllt ebenfalls nicht die Kriterien eines innovativen Reformvorhabens. Es werden lediglich verbale Retuschen an einer im Kern unveränderten Konstruktion vorgenommen. erinnert sei an dieser Stelle an den Paragraphen 115 f, Fünftes Sozialgesetzbuch, der der Selbstverwaltung zunächst in die Umsetzung gegeben wurde. Trotz der mehr als ausreichend vorhandenen und überwiegend aus Versichertenbeiträgen und Steuermitteln finanzierten Infrastruktur konnten sich die drei Vertragsparteien nicht auf ein einheitliches Vorgehen einigen, leugneten aber die Dringlichkeit einer zeitnahen und zügigen Ambulantisierung vor allem innerhalb der operativ-anästhesiologischen Fachgebiete.

Die besonderen Bedürfnisse und Rechte der Kinder- und Jugendmedizin sind wichtiger denn je, da diese vulnerable Alters- und Patientengruppe viel zu lange vernachlässigt wurde. Nicht jedes Kind kann in zumutbarer Entfernung pädiatrisch - fachärztlich versorgt werden. Zur Pädiatrie gehört auch das Fachgebiet der Kinder- und Jugendchirurgie. Die Erwähnung dieser Tatsache in diesem Zusammenhang ist versäumt worden und muss alternativlos in den Gesetzestext aufgenommen werden. Denn die Besonderheiten insbesondere im Kleinkindalter gelten auch für die sichere chirurgische Versorgung der kleinen PatientInnen.

C. Alternativen

Wie bereits in früheren Stellungnahmen erlaubt sich das APS darauf hinzuweisen, dass grundsätzlich(!) eine oder mehrere Alternativen in Erwägung zu ziehen sind. Denn Plan B oder C sind Qualitätsindikatoren für die Ernsthaftigkeit der Suche nach seriösen und nachhaltigen Lösungen.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Der kategorische Ausschluss des Bundes von Mehrausgaben mag der aktuell angespannten Haushaltslage geschuldet sein. Eine konsequente Einhaltung dieses Versprechens müsste in letzter Konsequenz bedeuten, Bundeszuschüsse an die GKV nur dann zu zahlen, wenn sichergestellt ist, dass keine Steuermittel in die Umsetzung der Reform der Notfallversorgung fließen. Sollte sich wider Erwarten doch ein gesundheitspolitisch positiver Lerneffekt mit der Folge einer verbesserten Notfallversorgung z.B. durch medizinischen Fortschritt einstellen, dann erfordert diese neue Situation durchaus eine finanzielle Unterstützung der Notfallversorgung durch den Bund im Sinne eines erhöhten Sonderförderbedarfs. Dies gilt aus Sicht des APS insbesondere dann, wenn ein Optimierungsbedarf hinsichtlich der Patientensicherheit besteht.

Die vage Umschreibung, dass für die Länder- und Kommunalhaushalte allenfalls mit geringfügigen Kosten zu rechnen sei, wird sicherlich keinem der LänderfinanzministerInnen oder KommunalkämmererInnen das Gefühl einer soliden Finanzierung und stabiler verlässlicher Rahmenbedingungen vermitteln. Gerade die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen steht im Koalitionsvertrag und damit im Abschnitt A des Referentenentwurfs. Die dort enthaltenen Ungenauigkeiten und sehr groben Schätzungen haben bereits in der Vergangenheit dazu beigetragen, dass ständig steigende Gesundheitsausgaben ohne adäquaten Nutzen hingenommen werden mussten. Es braucht deshalb EntscheidungsträgerInnen, welche die Mühen einer exakten Kostenanalyse nicht scheuen

und in Referentenentwürfen und Gesetzestexten die ökonomische Realität nicht erneut blumig umschreiben.

Gesetzliche Krankenversicherung

Gleiches gilt für die in Aussicht gestellten Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in geschätzter Höhe von maximal ca. 150.000 €. Auch hier wünscht, nein, fordert das APS deutlich mehr Detailtiefe. Völlig inakzeptabel und damit alternativlos überarbeitungsbedürftig ist die Aussage, dass die GKV - Mehrkosten durch die Beteiligung an INZ sowie an der digitalen Gesundheitsvernetzung, die nicht durch das Vergütungssystem abgedeckt sind, derzeit nicht quantifizierbar seien. In letzter Konsequenz bedeutet dieser Ausblick eine unsichere Versorgungs- und Vergütungssituation, so dass diese Reform sehr schnell wieder reformbedürftig sein wird. Kritiker sprechen zu Recht von einer Reformspirale, die das Gesundheitswesen seit Jahrzehnten begleitet, sich immer schneller dreht und nicht zuletzt deshalb die Halbwertszeit von Gesetzesinhalten immer kürzer werden lässt. Es gibt in Deutschland genügend Lehrstühle für Gesundheitsökonomie, die neutral und unabhängig die notwendigen ökonomischen Zahlen ermitteln und transparent darstellen können.

Auch die in Aussicht gestellten erheblichen finanziellen Entlastungen der GKV im Sinne einer fiktiven Gegenfinanzierung sind kritisch zu sehen, da sie lediglich auf der Annahme beruhen, dass die im Reformpapier genannte verbesserte Steuerung und bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes bereits Realität sind. Beide genannten Institutionen waren in der Vergangenheit und sind auch heute noch unterfinanziert und verfügen daher über keinerlei Einsparpotential. Ungeachtet dessen bedeutet Reform die Umgestaltung von Strukturen und Prozessen mit dem Ziel einer deutlich verbesserten Ergebnisqualität. Dies erfordert Innovationen und entsprechende finanzielle Ressourcen. Erst mit dem Verlassen des IST-Zustandes und dem Erreichen des SOLL-Zustandes können sich Einspareffekte ergeben. Bereits die Abflachung der jährlichen Kostensteigerungskurve - bei mehrheitlicher Unzufriedenheit aller Beteiligten - wäre ein vorzeigbarer gesundheitsökonomischer und volkswirtschaftlicher Erfolg. Dieser mag medienwirksam und unspektakulär klingen, entspricht aber der Realität des medizinischen Versorgungsalltags. Und in dieser kommt es nach wie vor zu Patientenschädigungen, die auf die mehrfach angesprochenen suboptimalen strukturellen und prozessualen Rahmenbedingungen zurückzuführen und damit vermeidbar sind. Ökonomisch gesehen verursachen Behandlungsfehler 10 bis 15 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Eine Verbesserung der Patientensicherheit lässt sich daher ökonomisch glaubwürdiger und seriöser darstellen als die nicht validen Hochrechnungen im vorliegenden Referentenentwurf.

Diese Kritik gilt auch für die Annahme, dass durch die Verlagerung von akuten, nicht notfallmäßigen Behandlungsfällen in den vertragsärztlichen Bereich bereits nach wenigen Jahren ca. 834.000 € jährlich eingespart werden könnten. Diese Modellrechnung kann nur aufgehen, wenn die Vergütung der ärztlichen Leistungen durch das EBM-System weiterhin nicht leistungsgerecht und nicht kostendeckend erfolgt. Diese derzeitige IST-Situation hat dazu geführt, dass immer weniger Ärztinnen und Ärzte mit sehr guter fachlicher Ausbildung die Selbständigkeit und die Niederlassung in eigener Praxis meiden, sich lieber in Praxen und MVZ anstellen lassen und dies nicht immer in Vollzeit. Die überdurchschnittliche Leistungsbereitschaft der selbständigen Haus- und FachärztInnen wird weiter abnehmen mit der Folge sinkender Behandlungskapazitäten sowohl in der Regel als auch in der Akut- und Notfallversorgung. Spätestens dann wird die Reform der Reform notwendig. Wer statisches Zahlenmaterial in einen Referentenentwurf einfließen lässt, verkennt die Kostendynamik im Gesundheitswesen und in der Gesundheitswirtschaft sowie den steigenden Behandlungsbedarf aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der verbesserten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten.

Ein weiterer Trugschluss liegt vor, wenn gleichzeitig eine Reduzierung der stationären Krankenhausaufenthalte als Folge einer Reduzierung der Rettungsdiensteinsätze bzw. der Inanspruchnahme der Notfallambulanz als gesichert angenommen wird. Diesbezügliche Schätzungen belaufen sich hier auf 240.000 € pro Jahr. Diese Annahme beruht auf der Prämisse, dass jeder Rettungsdiensteinsatz zu einer Krankenhauseinweisung führt, ebenso wie jede Inanspruchnahme einer Notfallambulanz. Wenn mit den Reformmaßnahmen auch eine Entlastung des stationären Sektors angestrebt wird, dann legt diese Intention die Vermutung nahe, dass stationäre Aufnahmen nicht immer streng indikationsbezogen erfolgen. Durch die bewusste Verlagerung von klinikambulanten/stationären Behandlungen in den ambulant-vertragsärztlichen Bereich können auch nichtstationäre Kosten in der genannten Höhe entstehen, es sei denn, deren Unterfinanzierung bzw. Budgetierung wurde unausgesprochen fest in diese Überlegungen einbezogen. Damit wird weiteres Vertrauen in die Zuverlässigkeit von Reformen und die notwendige Akzeptanz durch PatientInnen, Angehörige und Gesundheitsberufe verspielt.

Einmal mehr scheint sich in diesem Referentenentwurf ein klassischer Fehler gesundheitspolitischer Ökonomisierung zu manifestieren: Ein mittel- bis langfristig angestrebtes Ziel wird bereits kurzfristig als gesichert vorweggenommen und als erfolgreiche ökonomische Nachhaltigkeit zu einem der Hauptargumente der zur Diskussion stehenden Reform gemacht. Diese Logik erscheint im Lichte einer erhofften Selbsterfüllung der eigenen gesundheitspolitischen Prophezeiungen. Die inzwischen versorgungswissenschaftlich aufgearbeitete Geschichte des ambulanten Operierens und seines bewusst herbeigeführten Scheiterns zeigt, wie ein aus medizinischer und Patientensicht vernünftiger Reformvorschlag sehr schnell in sein Gegenteil verkehrt werden kann. So diente 12/1992 die Verabschiedung des § 115 b SGB V in erster Linie der Eindämmung der Krankenhauskosten und der Entlastung/Stärkung der gesetzlichen Krankenkassen. Dieser Einspareffekt konnte bei weiterhin jährlichen Steigerungsraten der Krankenhauskosten wie auch der Arzneimittelkosten nur durch die seit über drei Jahrzehnten unterfinanzierte und seit einem Jahrzehnt zahlenmäßig stagnierende ambulante Chirurgie erreicht werden. Die ebenfalls im Koalitionsvertrag verankerte Ambulantisierung und der Systemwechsel zu Hybrid-DRGs ließen auf eine überfällige Reform hoffen. Erst im dritten Jahr der Ampelkoalition wurde nach massiver Gegenlobby ein zaghafter Versuch zum Jahresbeginn 2024 gestartet. Dieselben AkteurInnen nun mit der Reform der Notfallversorgung zu betrauen, lässt die Hoffnung auf eine professionelle Herangehensweise schwinden. Dies gilt sowohl für die Erwartungen der PatientInnen als auch der Pflegenden, der Ärzteschaft und der nichtärztlichen Leistungserbringer.

E. Erfüllungsaufwand

Die Schaffung zusätzlicher Organisationsgremien steht in krassem Widerspruch zur Ankündigung und zum politischen Versprechen des Bürokratieabbaus. Hinzu kommt der unnötige Verbrauch knapper Ressourcen.

Für die Bürgerinnen und Bürger entstehen durchaus Erfüllungskosten in Form von Opportunitätskosten bei fehlender wohnortnaher und/oder barrierefreier medizinischer Versorgung. Zudem fließen angesichts des Investitionsstaus und der Verpflichtung zur Beitragsstabilität weiterhin Steuermittel in das Gesundheitssystem.

Krankenhäuser werden mit einer geschätzten halben Million einmalig belastet für Kooperationsvereinbarungen. Organisationsgremien kosten jährlich 1 Mil. €. Landeskrankenhausesellschaften erwachsen Mehrkosten durch erweiterte Landesausschüsse und Krankenhausträgern durch die Ausschreibung von Versorgungsverträgen mit Apotheken. Ähnliche Prognosen betreffen Länder und Kommunen. Die Quellen dieser Finanzmittel bleiben unerwähnt. Dafür erschließt sich dem Leser der Zuwachs an Bürokratie umso deutlicher.

Alle genannten Institutionen verfügen über z.T. überdimensionierte Verwaltungsstrukturen und sollten auf dieser Basis ohne Mehraufwand die genannten Aufgaben erfüllen können. Die aufgeführten Beträge fehlen in der Patientenversorgung und deren Sicherheit. Auffällig bescheiden nehmen sich hingegen die Kosten für Zusatzarbeiten der Rettungsdienste in den Landesgremien aus. Fehlende Wertschätzung von Patientennähe durch den Rotstift ist eine systemimmanente, unausgesprochene Problemursache. Im Gegenzug werden KV und GK unverhältnismäßig hohe Beträge zugestanden und deren per Sozialgesetzgebung Pflichtmitgliedern zugemutet, weil aus deren jeweiligen Beiträgen finanziert. Dabei sind bereits zum jetzigen Zeitpunkt die Verwaltungskosten hochpreisig und unwirtschaftlich.

Der kategorische Ausschluss weiterer Kosten bezieht sich auf die in Aussicht gestellten Entlastungen für das Gesundheitssystem und ist somit fragwürdig, da der Beweis noch aussteht und Erfahrungswerte von ähnlichen Reformvorhaben aus der Vergangenheit für eine Zunahme der Belastungen sprechen. Realistischeres Ziel der Reform wäre die Vermeidung weiterer überproportionaler Kostensteigerungen und eine messbare Steigerung der Versorgungsqualität, zu der zweifelsfrei auch die Patientensicherheit zählt.

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Es ist vorgesehen, im § 73b Absatz 4 Satz 7, die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten durch die Wörter „notdienstliche Akutversorgung“ nach § 75 Absatz 1b zu ersetzen. Der Gesetzgeber sieht darin bereits einen ersten Lösungsschritt zur Umsetzung der Notfallreform. Damit wird die Reform selbst zum Notfall, denn bei 25 Pflichtwochenstunden für VertragsärztInnen würden im Extremfall alle außerhalb dieser Mindestpräsenzzeit anfallenden Behandlungsfälle zum Akut- und Notfall mit dem kassenärztlichen Notdienst als Anlaufstelle. Diese Entwicklung ist in dem Ausmaß vorhersehbar, in dem kassenärztliche Leistungen budgetiert und somit nicht leistungsgerecht und kostendeckend vergütet werden. Dabei gäbe es immer noch hochmotivierte und leistungsbereite ambulante Standorte, die ganztägig Patientenversorgung anbieten, als ambulante Operateure oder Anästhesisten darüber hinaus 24 Stunden erreichbar sind und fach- und sektorenübergreifend arbeiten, und deren Patientenbefragungen überdurchschnittliche Zufriedenheitswerte belegen. Wer so auffällig aus dem Durchschnitt fällt, riskiert auffällig häufig Regressforderungen der KVen im Auftrag der Kostenträger. Ein Reformgesetz sollte diese patientenorientierten Leuchttürme in der Praxis- und Kliniklandschaft motivieren und unterstützen und nicht den Eindruck einer Zwangsbekehrung vermitteln.

Ähnlich praxisfern liest sich der nachfolgende § 75, laut dessen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der VertragsärztInnen und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) zu unterrichten und Terminservicestellen einzurichten haben, die an Werktagen unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer und 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar sein müssen. Besagte Terminservicestellen könnten in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden. Diesen Zeilen sind eine gewisse digitale Affinität und ein gesundheitspolitischer Idealismus nicht abzusprechen, beides wird aber an der Realität scheitern, weil nicht alle Versicherten über eine digitale Anbindung verfügen und KV und GKV nicht kompromiss- und konsensfähig sind und solange untätig verharren werden, bis eine Ersatzvornahme greift. Ein lernendes System braucht lernwillige Mitwirkende und keine Besitzstandsbewahrer.

Der genannte Sicherstellungsauftrag kann von der KV nicht mehr flächendeckend in der erforderlichen Versorgungsqualität erfüllt werden. Extreme Beispiele von Defiziten und drastischen Folgen für die PatientInnen finden den Weg in die Medien. Der Besitz einer Approbation ersetzt noch

lange keine fachspezifische Ausbildung und garantiert nicht immer eine bedarfsgerechte Behandlung in Akut- und Notfällen. Auch der sichere Ausschluss einer sofortigen ärztlichen Intervention erfordert berufliche Erfahrung und Expertise. Hinzu kommen der demographische Wandel in der Ärzteschaft und der Trend zur Teilzeitarbeit bei der nachrückenden Ärztegeneration. Da macht es wenig bis keinen Sinn, den Sicherstellungsauftrag und sein KV-Monopol in das Reformgesetz zu übernehmen. Wo bleibt hier der Anspruch an eine erfolgreiche Reform?

Das APS schlägt deshalb vor, die Patientenversorgung regional und kleinteilig zu organisieren und Praxen und Kliniken vor Ort ausnahmslos die Verpflichtung zur Kooperation aufzuerlegen. Keiner Bereitschaft zu Kooperationen müssen Abschlüsse in den Vergütungen folgen.

Hingegen begrüßt das APS die Delegation bestimmter ärztlicher Leistungen an sehr gut qualifiziertes nichtärztliches medizinisches Personal, gibt aber zu bedenken, dass bereits Fachkräftemangel herrscht und noch zunehmen wird. Ohne dessen ursächliche Behebung werden weder die Notfallreform noch andere Reformvorhaben gelingen können. In diesem Kontext sollen auch Apotheken verstärkt in das Versorgungsgeschehen eingebunden werden und sich nicht nur weiter auf die Einlösung des e-Rezeptes beschränken müssen. Der elektronische Medikationsplan ist ein unverzichtbarer Baustein für die Reform, weil er einen sofortigen Überblick verschafft bzgl. Diagnose, Indikation, Medikation und möglicher akuter gesundheitlicher Probleme. Fehler in der Arzneimittelsicherheit sind immer noch eines der großen Patientensicherheitslücken und können Ursache für Akut- und Notfälle sein. Die Beratung von PatientInnen bzgl. ihrer aktuellen Medikation inkl. möglicher Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen ist von sehr hohem Patientennutzen und besitzt großen präventiven Wert. Deshalb müssen Apotheken miteingebunden und gleichzeitig muss der jährliche Schwund von 500 Apothekenstandorten gestoppt werden.

Eine weitere Berufsgruppen, die bei nachgewiesener Qualifikation mit mehr Kompetenzen und Befugnissen ausgestattet werden sollten, sind RettungsdienstmitarbeiterInnen und NotfallsanitäterInnen. Sie müssen in die Lage versetzt werden, im Regelfall entscheiden zu können, welchen Versorgungsstandort sie anzufahren und rechtzeitig zu informieren haben.

Einige dieser Vorschläge sind bereits an verschiedenen Orten erfolgreich erprobt worden. Und dies ohne Beteiligung der Selbstverwaltungen und ihrer VertreterInnen. Es macht daher keinen nachvollziehbaren Sinn, in diesem Reformprozess erneut überkommene, innovationsscheue Strukturen in Schlüsselpositionen zu bringen. Es muss ein einheitliches Vergütungssystem für Akut- und Notfälle geschaffen werden, ohne dass KrankenhausärztInnen erst umständlich zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden müssen. In diesem Zusammenhang ist auf das Dilemma der Sozialversicherungspflicht für NotärztInnen hinzuweisen. Es kann nicht angehen, dass fehlende Flexibilität des Gesetzgebers zu einem fortgesetzten Exodus von dringend benötigten NotärztInnen führt und somit die Patientensicherheit gefährdet.

Die bundesweite einheitliche standardisierte Ersteinschätzung ist grundsätzlich zu begrüßen und zu befürworten, wenn sie denn ausnahmslos flächendeckend zur Anwendung kommt und Ausnahmeregelungen wie Bestandsschutz usw. ausgeschlossen sind. Denn obwohl es z.B. hinreichend Leitlinien (s. Hygiene), G-BA-Beschlüsse und Richtlinien für Qualitäts-, Risiko- und Entlassungsmanagement gibt, werden sie nicht im erforderlichen Umfang eingesetzt. Diese Interpretationsspielräume und ihre Qualitätsschwankungen darf diese Reform nicht zulassen.

Bei den Landesausschüssen und deren erweiterter Besetzung entbehrt die doppelte Gewichtung der Krankenkassenstimmen jeder seriösen Begründung, ebenso wie die Absicht, den Rettungsdiensten nur ein Anhörungsrecht einzuräumen. Im Sinne der Patientinnen und Patienten wäre es, der praktizierten Patientennähe ein größeres Mitsprache- und Entscheidungsrecht einzuräumen und die GKV an ihr Kerngeschäft der Kostenerstattung zu erinnern und dementsprechend auf ihren eigentlichen Platz in der Notfallreform zu verweisen. Ansonsten droht eine Fortsetzung der bisher unzureichend vergüteten, deshalb fehlgesteuerten und oft dem Zufall überlassenen Akut- und

Notfallversorgung. Das APS schlägt daher ein einfaches Stimmrecht der GKV zugunsten eines Stimmrechts für den Rettungsdienst vor. Und damit auch die Vollmitgliedschaft in den gemeinsamen Landesgremien statt der unsicheren Option einer möglichen Mitgliedschaft.

Ein weiterer Widerspruch wird ersichtlich in den Vorgaben eines Bundesgesetzes, die dann auf Länderebene via Landesausschüsse umzusetzen sind. Das 2011 verabschiedete Infektionsschutzgesetz war ebenfalls als Reformgesetz gedacht und wird seither von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabt. So viel zum Thema bundesweite Standardisierung und unterschiedliche Daseinsfürsorge. Darin liegt enormes weiteres Konfliktpotenzial, zumal die Notfallversorgung nicht losgelöst von der umstrittenen Krankenhausreform betrachtet werden kann.

Integrierte Notfallzentren sind bereits an Standorten beispielhaft umgesetzt und erfüllen die im Gesetz vorgesehenen Vorgaben. Und dies ohne jegliche Hilfestellung und Vereinheitlichung durch den G-BA. Deshalb sei die berechtigte Frage erlaubt, welche zwingenden Gründe rechtfertigen die Zwischenschaltung einer behördenartigen Institution, die bisher mehr durch taktisches Verzögern sinnvoller medizinischer Innovationen als durch Patientennähe und -sicherheit aufgefallen ist. Vielleicht ist deshalb unter §123,3.1 von der Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene die Rede. Das APS bevorzugt hingegen die richtigen Begriffe „bedarfs- und fachgerechte“ Versorgung.

Die vorgesehene Berichtspflicht gegenüber dem G-BA konterkariert Beteuerungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen und ist ein Bekenntnis zum überholten Bürokratie lastigen Zentralismus. Hinzu kommen die unbefriedigende Bilanz der G-BA – Bemühungen aus 4/2018 und 11/2020 und seinem Beitrag zur reformbedürftigen suboptimalen Notfallversorgung. Der G-BA denkt und handelt in Dekaden. PatientInnen artikulieren ihre medizinische Versorgungsbedarfe jedoch im Hier und Jetzt. Da es sich beim zur Diskussion stehenden Reformgesetz nicht um fachspezifische Expertise handelt, sondern um neue ordnungspolitische Rahmenbedingungen, innerhalb deren sich die leitliniengetreue medizinische Versorgung von Akut- und Notfällen bewegt. Deshalb erübrigt sich die Einbeziehung von Fachgesellschaften wie auch die des G-BA.

Der vorgeschlagenen Auseinzelung von Arzneimittel durch Notdienstpraxen stimmt das APS vollumfänglich zu. Denn nur so ist beispielsweise eine zeitnahe und bedarfsgerechte Analgesie oder Antibiose gewährleistet.

Ähnlich praxisnahe wäre die Umkehrung der angedachten Genehmigungswege, indem lokale und regionale Versorger dem Landesausschuss ein schlüssiges Konzept vorlegen, das nur bei schwerwiegenden Gründen abgelehnt werden darf. Dadurch wird die Motivation von an der aktiven Patientenversorgung interessierten und qualifizierten Versorgern gestärkt und werden die Reformbestrebungen beschleunigt.

Begriffe wie „berechtigte Interessen“ als Argument für Einsprüche können bei berufsmäßigen Bedenkenträgern Abwehrreflexe auslösen, die v.a. der Wahrung von Eigeninteressen und weniger einer verbesserten Akut- und Notfallversorgung dienen.

Diese beiden Versorgungsmodelle für 95% der Bevölkerung als passend zu gestalten, bedeutet die Vernachlässigung von den restlichen 5%. Dieser eindeutige Mehrheitsbeschluss erfolgt zu Lasten einer Minderheit und deren gesundheitlichen Bedürfnisse. Eine solche Benachteiligung widerspricht den Grundsätzen eines freiheitlich - demokratischen Gesundheitssystems und dem APS - Verständnis einer umfassenden Patientensicherheit für alle Bürgerinnen und Bürger. Die Einbeziehung des öffentlichen Personennahverkehrs erhöht angesichts bekannter Infrastrukturmängel evtl. sogar das Patientenrisiko.

Gleiche Bedenken ergeben sich aus den angedachten Nutzungsentgelten. Diese sind nur gerechtfertigt und vermittelbar, wenn sie in die Vergütung eingepreist sind. Unstrittig ist, dass sowohl im klinischen als auch ambulanten Setting keine durchgehende Kostenerstattung und leistungsge-

rechte Vergütung die Regel sind. Dies gilt auch für die Investitionen in ein bedarfsgerechtes Qualitätsmanagement, zu der auch Patientenführung und die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen zählen.

Die Option gescheiterter Kooperationsverhandlungen/-vereinbarungen soll nicht den vorgesehenen Raum erhalten, ebenso wenig Schiedsinstitutionen. Die Rückbesinnung auf den § 115b, SGB V, sollte weniger als Beispiel als vielmehr als Warnung vor künftigen Verzögerungsmanövern dienen. Die Kosten für derartige Schiedsverfahren werden durch Versichertenbeiträge gedeckt, die wiederum der medizinischen Versorgung entzogen werden.

Die vorgesehene Berichtspflicht von Gesundheitsleitsystemen an das BMG macht nur dann Sinn und rechtfertigt den zusätzlichen Aufwand nur dann, wenn die gewonnenen Informationen und Erkenntnisse auch den Landesgesundheitsministerien zugänglich sind, um von dort aus wiederum das notwendige Feedback an die landeseigenen Institutionen zu veranlassen. Auch die Gesundheitsausschüsse auf Bundes- und Landesebene müssen kontinuierlich einbezogen werden. Größtmögliche Transparenz ist ein unverzichtbares Qualitätsmerkmal nicht nur im Rahmen von Reformgesetzen!

Bei den Änderungen des Apothekengesetzes gelten die gleichen Maßstäbe und Bedenken wie bei den anderen patientennahen Leistungserbringern: Leistung muss angemessen vergütet werden, sonst wird die Zahl an regel-, akut- und notfallversorgungsrelevanten Apotheken weiter sinken und einen kritischen Wert unterschreiten, der die Patientensicherheit nachhaltig beeinträchtigen und gefährden wird.

Die im Artikel 8 verortete Änderung der Zulassungsverordnung für VertragsärztInnen spricht bei der Festsetzung der offenen Sprechstunden von Bedürfnissen einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung, von Arztgruppen und Planungsbereichen. Letztere sind ein Relikt aus Zeiten einer vermeintlichen Ärzteschwemme und negieren die Erkenntnis eines wachsenden Ärztemangels. Individuelle Bedürfnisse können subjektiv völlig unterschiedlich sein, auch in gesundheitlichen Fragen. Medizinisch indizierte Bedarfe sind es, die zu berücksichtigen sind.

Von der PKV wird eine angemessene Beteiligung an den Projektgesamtkosten eingefordert ohne konkrete Bezifferung, und für die KV wird sich der Beitrag verdreifachen und das Doppelte des GKV - Mehrkostenanteils betragen. Exakt diese Diskrepanzen haben das deutsche Gesundheitssystem an seine derzeitigen Grenzen gebracht. Ambulante Leistungserbringer subventionieren demnach diese Reform über ihre nicht unerheblichen Verwaltungsgebühren an die KV, um in zweistelliger Prozenzhöhe erbrachte medizinische Leistungen unvergütet zu erbringen. Hinzu kommen unterschiedliche Fördermodelle der unterschiedlichen KVen. Kassen wiederum sind abhängig von den jährlich wechselnden RSA - Geldflüssen, wodurch mehrjährige nachhaltige, patientenorientierte und leistungsgerechte Vergütungsstrategien erschwert bzw. unbrauchbar werden.

Nicht weniger unangemessen sind die der KV gesetzlich eingeräumten Befugnisse, den kassenärztlichen Bereitschaftsdiensten sog. Strukturkosten in Rechnung zu stellen und vom EBM - Honorar abzuziehen. Und eine Umlage für alle VertragsärztInnen obendrauf. Das wird den Exodus aus dem KV - System nur noch beschleunigen. Wie will der Gesetzgeber eine Reform der Patientenversorgung ohne ausreichend ärztliches Personal voranbringen? Erneut auf Kosten der Patientensicherheit?

Sicher aber auf Kosten der VertragsärztInnen und deren Fachpersonal, wenn wieder einmal von erheblichen finanziellen Entlastungen die Rede ist. Denn die hypothetischen Annahmen sind mit zu vielen Unbekannten und wahlkampfverdächtigem Wunschdenken kontaminiert, dass eine realistische Lageeinschätzung unmöglich wird. Zu diesem Kritikpunkt zählt auch die Nennung von Berlin als gelungenes Umsetzungsbeispiel mit einer Beratungsabschlussquote von bis zu 70%. Gratulation zu diesem Erfolg an einen, über üppige Mittel aus dem Länderfinanzausgleich subventionierten Stadtstaat und Ballungsraum in Personalunion. Leider nicht wirklich vergleichbar mit dem

ländlichen Raum oder mit strukturschwachen Regionen und deren unterschiedlichen sozioökonomischen Gegebenheiten. Wie aus einem „Geschätzt“ schnell ein „Verschätzt“ werden kann.

Die Zahl von 700 INZ wiederum klingt ambitioniert, aber im Gegensatz zum Projekt der 1000 Gesundheitskioske durchaus machbar, da inhaltlich strukturiert und als Reststrukturierung definiert. Nur sollte es nicht beim Wunschdenken bleiben, sondern der Umsetzungswille muss das Geschehen bestimmen. Dabei darf nicht davon abgewichen werden, dass der Abweisung von PatientInnen durch ein INZ immer eine ärztliche Untersuchung vorausgehen muss analog einer Entlassungsuntersuchung im stationären oder ambulant-operativen Setting. Dysfunktional mutet der Vorschlag an, einerseits die Ersteinschätzungsrichtlinien vom G-BA erstellen zu lassen, und andererseits die Anforderungen an das Personal davon auszuklammern. Ein Instrument ist nur so gut wie die Qualifikation des Anwenders dies erlaubt. Wenn sich Mindestanforderungen am Hausarztstandard orientieren, dann bitte ergänzen, ob es sich um VertreterInnen der Allgemeinmedizin oder um internistische HausärztInnen handelt. Zu den Mindestanforderungen müssen auch die Implementierung eines CIRS- und NEVER Event-Meldesystems zählen.

Die mehrfache Erwähnung des Bundesmantel-Vertrag ÄrztInnen sowie der Hinweis auf kompetenzrechtliche Grenzen des Bundesgesetzgebers zeigen überdeutlich, dass weniger die zeitnahe sichere medizinische Patientenversorgung im Regel-, Akut- oder Notfall per se das Hauptproblem im Gesundheitswesen darstellt, sondern die Komplexität der vorgegebenen Rahmenbedingungen aus unterschiedlichen Gesetzen und föderalen Zuständigkeiten. Der Versorgungsalltag ist gelebte Realität und Bürgernähe, an diesen Kriterien müssen sich Gesetze orientieren und messen lassen, und nicht umgekehrt.

FAZIT

Probleme in der Akut- und Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitswesen werden nur vage benannt, ohne die eigentlichen Ursachen zu benennen. Versorgungsprobleme sind Folgen und verschwinden in der Regel mit der Beseitigung der benannten Ursachen. Die bloße Aufzählung symptomatischer Folgen und Defizite greift zu kurz. Allein der Begriff des Fachkräftemangels hätte eine differenziertere Betrachtung verdient. Auch die Reformziele werden zu wenig konkretisiert und klingen insgesamt zu nebulös und als bereits erreicht.

Berlin, den 25. Juni 2024

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist ein Netzwerk, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt. Beteiligte aus allen Gesundheitsberufen und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zusammengeschlossen, um in gemeinsamer Verantwortung konkrete Lösungsvorschläge zur Steigerung der Patientensicherheit im medizinisch-pflegerischen Versorgungsalltag zu entwickeln, die als Handlungsempfehlungen allen AkteurInnen im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Das APS steht für

- Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
- Bündelung von Fachkompetenzen
- interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung
- das Prinzip: von der Praxis für die Praxis
- sachliche und faktenbasierte Information
- lösungsorientierte und kooperative Zusammenarbeit
- Offenheit und Transparenz

Kontakt:

Dr. Christian Deindl, Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Stefan Schröder, Beisitzer im Vorstand

Geschäftsstelle des APS

Alte Jakobstraße 81, 10179 Berlin

Tel. 030 3642 816 0

Email: info@aps-ev.de

Internet: www.aps-ev.de