



# **Stellungnahme des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**

**zum**

## **Referentenentwurf einer Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV)**

Joachim Maurice Mielert, Generalsekretär  
Dr. Christian Deindl, stellvertretender Vorsitzender

Berlin, 24.01.2025

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit ist die Plattform für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Vertreterinnen aller Gesundheitsberufe und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zu einem gemeinsamen Netzwerk zusammengeschlossen. In Arbeitsgruppen, Gremiumssitzungen, Jahrestagungen und auf Fachkongressen fördern sie den gegenseitigen Austausch und erarbeiten Lösungen zu konkreten Projekten. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) veröffentlicht die Ergebnisse seiner Projekte und stellt sie allen Einrichtungen und Interessierten im deutschen Gesundheitswesen kostenlos zur Verfügung. Ein wichtiges Praxisinstrument sind die Handlungsempfehlungen. Expertinnen beraten sich in interdisziplinären Arbeitsgruppen und erstellen Anleitungen zur Umsetzung von Sicherheitsstrategien. Begleitdokumente (z.B. Infolyer, Hintergrundbroschüren) ergänzen die Handlungsempfehlungen.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit bedankt sich für die Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zum vorgezeichneten Gesetzesvorhaben und wird der Einladung zur Verbändeanhörung am 24.01.2025 folgen. Als unter der Schirmherrschaft des amtierenden Bundesgesundheitsministers arbeitender Verband mit 450 institutionellen und weiteren rund 400 Einzelmitgliedern aus allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft und -politik verfügen wir über Reichweite in alle Ebenen von Leistungs- und Lieferketten der Gesundheitsversorgung und stellen die zentrale Stimme für Patientensicherheit in der Bundesrepublik Deutschland dar.

Wir kommentieren wie folgt:

Das Projekt zur Umsetzung des Krankenhaustransformationsfonds verfolgt aus Sicht der Patientensicherheit einige vor-, aber auch hinreichend nachteilige und optimierungsbedürftige Schlüsselaspekte:

#### **A. Probleme und Ziele:**

**Vermeidung von Überkapazitäten:** Der Abbau von Krankenhausbetten und die Schließung von Krankenhäusern in Gebieten mit hoher Dichte zielen darauf ab, Ressourcen effizienter einzusetzen. Entscheidend ist, dass dabei keine Versorgungslücken entstehen, welche die Sicherheit der Patienten gefährden könnten, z. B. durch längere Wege zu Notfallversorgung. Ressourcenbündelung ist in den Versorgungsketten der Bundesrepublik Deutschland aber frühestens dann denkbar, wenn die Leistungsketten stabil und flächendeckend bedarfsgerecht erfasst und digitalisiert sind.

Hier vermissen die Autoren außerdem vorbeugende Maßnahmen gegen eine evtl. drohende Unterversorgung im Rahmen des Transformationsprozesses. Ferner ein Bekenntnis zu mehr ambulanten und weniger unnötigen stationären Behandlungen. Beide Versäumnisse verhindern eine Kostenreduktion und verfehlen die eigentlichen Transformationsziele.

**Qualitätssteigerung durch Spezialisierung:** Die Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten soll die Behandlungsqualität durch eine stärkere Spezialisierung erhöhen. Das ist aus der Sicht der Patientensicherheit zu befürworten, nachvollziehbar und zudem längst internationaler Standard. Die explizite Spezialisierung kann aber nur dann die Patientensicherheit verbessern, wenn solche Einrichtungen über ausreichend und besser

geschultes Personal und modernere Infrastruktur verfügen. Die bloße Spezialisierung allerdings ist nicht automatisch mit einer höheren Patientensicherheit einhergehend. Deshalb muss der Transformationsprozess kontinuierlich einer Evaluation unterzogen und bei Bedarf korrigiert werden im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungs- bzw. optimierten Transformationsprozesses.

**Förderung innovativer Versorgungsstrukturen:** Die Umwandlung von Krankenhäusern in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und die Förderung von Telemedizin können dazu beitragen, eine bedarfsgerechte und schnelle Versorgung sicherzustellen. Die technische und organisatorische Umsetzung muss jedoch sicherstellen, dass diese neuen Ansätze zuverlässig und für alle Patienten barrierefrei zugänglich sind. Hier gilt Qualität vor Geschwindigkeit: ohne eine stabil in die Leistungsketten installierte elektronische Patientenakte inklusive eines darin verankerten elektronischen Medikationsplan ist eine für Patientinnen und Patienten Sinn und Nutzen stiftende Innovation gar nicht denkbar. Die Digitalisierungsgesetze und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz sind so lange wirkungslos, wie die Telematik-Infrastruktur nicht 24/7 an jedem Leistungsstandort verfügbar und von den Patient:innen anerkannt und angewandt wird. Die Hoheit liegt hier unverhandelbar beim Patienten. Er entscheidet, ob er überhaupt an die TI angeschlossen sein will oder nicht. Eine solche Autonomie erfordert allerdings einen hohen Informationsgrad, der wiederum auf regelmäßige begleitende Schulungen und Informationskampagnen basiert. Hier sind v.a. die gesetzlichen Kostenträger in einer Bringschuld.

**Nachhaltige Finanzierung und Kontrolle:** Eine strikte Überwachung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel ist zwingend notwendig, um sicherzustellen, dass diese ausschließlich zur Verbesserung der Versorgungs- und Sicherheitsstandards genutzt werden. Wer immer diese Überwachung am Ende ausführt, darf eine patientensichere Versorgung nicht als im Sinne der Vergabe von Fördermitteln zweckwidrig ansehen. Diese Einsicht erfordert entsprechenden Sach- und Fachverstand, der bisher nicht immer bei jeder Entscheidungsfindung selbsterklärend erkennbar ist. Der Transformationsprozess bedarf neben dem Transfer von finanziellen Ressourcen auch eines parallelen Wissenstransfers auf allen Entscheidungsebenen. Ansonsten droht eine ähnliche Kosteneffizienz im Gesundheitssystem wie bisher gehabt.

**Konstruktiv-kritisches Zwischenfazit:** Alle Maßnahmen müssen gewährleisten, dass auch während der Umstrukturierung die Notfallversorgung und Basisversorgung in den betroffenen Versorgungsgebieten jederzeit sicher bleibt. Die Patientensicherheit darf durch die Transformation weder unmittelbar noch mittelbar beeinträchtigt werden. Diese unerwünschte und vermeidbare Folgerung ist aber aus vielen Eckpunkten heraus durchaus zu erwarten. Zum einen greift neben der angesprochenen Frage der Digitalisierung hier auch die noch längst nicht hinreichend geregelte Rettungsdienst- und Notfallreform nicht. Zum anderen ist auch die Einbeziehung aller Heilberufe zu beachten, mithin und vor allem der Apotheker. Die Kommunikationsbrücken zwischen den Krankenhäusern und den Praxen und Apotheken sind längst noch nicht zureichend ausgebildet. In diesem Kontext sei der Hinweis auf die immer noch vorherrschende unzureichende Arzneimittelsicherheit gestattet. Sie allein hat jährlich bis zu 250 000 vermeidbare stationäre Aufnahmen zu verantworten und unterstreicht die Tatsache, dass Lücken in der Patientensicherheit zu vermeidbaren Mehrkosten im Gesundheitssystem führen.

**Der Transformationsprozess hat folglich der Patientensicherheit zu dienen und nicht umgekehrt!**

**Die Patientensicherheit darf auf keinen Fall durch das Projekt bzw. Teilaspekte gefährdet werden:**

### **So ist die Schließung von Krankenhäusern nicht frei von unerwünschten Nebenwirkungen**

In Regionen mit hoher Krankenhausdichte könnten Schließungen dazu führen, dass Patienten längere Wege zu Notfall- oder Akutversorgungen zurücklegen müssen. Das kann insbesondere bei zeitkritischen Erkrankungen, wie Herzinfarkten oder Schlaganfällen oder im Fall einer Sepsis lebensbedrohlich sein. An dieser entscheidenden Stelle sei auf die soeben erfolgreich abgeschlossene Aktualisierung des „Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Prälinik (EPP 2025)“ verwiesen, an der auch das APS mitgewirkt hat. Deren Inhalte müssen bei der Umsetzung des Transformationsprozesses unbedingt berücksichtigt werden. Anderenfalls ist der Prozess bereits obsolet, bevor er überhaupt in Gang gekommen ist.

### **Abbau von Versorgungskapazitäten:**

Der Abbau von Krankenhausbetten und die Konzentration auf spezialisierte Zentren können zu Engpässen in der stationären Versorgung führen, wenn die verbleibenden Kapazitäten nicht ausreichen, um plötzliche Spitzenbelastungen, z. B. während Epi-/Pandemien oder durch Großschadensereignisse, patientensicher abzudecken. Ein erster risikofreier Schritt wäre die offizielle Herausnahme des Drittels an seit Jahren leerstehenden Klinikbetten. Sie waren und sind nicht mehr versorgungsrelevant.

### **Übergangsphase der Umstrukturierung:**

Während der Umsetzungsphase der Transformationsmaßnahmen könnte es zu Versorgungsengpässen kommen, wenn Einrichtungen vorübergehend ihre Kapazitäten reduzieren oder Schließungen nicht nahtlos durch alternative Angebote kompensiert werden. Hier sind vorab Absprachen und verbindliche Vereinbarungen zu treffen. Gleichzeitig können bereits sektorenverbindende Strukturen aufgebaut werden. Denn am Ende eines Transformationsprozesses darf nicht wieder ein starres sektoral getrenntes Gesundheitssystem stehen, dessen Nachteile seit Jahren als unstrittig von allen Akteuren bestätigt werden.

### **Ungleiche regionale Versorgung:**

In ländlichen Gebieten, die ohnehin zunehmend medizinisch unterversorgt sind, könnten Schließungen oder Umstrukturierungen zu einer weiteren Verschlechterung der Gesundheitsversorgung führen, da spezialisierte Zentren strukturbedingt oft in städtischen Regionen und Ballungsräumen konzentriert werden. Um einem solchen Negativtrend vorzubeugen, müssen bereits im Vorfeld lokale und regionale Versorgungsbedarfe analysiert werden. Dies gelingt wiederum nur, wenn ambulante und stationäre Behandlungsdaten zusammengeführt werden. Die zuständigen Partner der Selbstverwaltung müssen dazu verpflichtet werden. Die Problematiken mit Über- und Unterversorgung beruhen nicht zuletzt auch auf der sektoralen Trennung in ambulant und stationär und werden sicher nicht durch die Reform des Krankenhaussektors behoben werden.

## **Verschärfter Personalmangel und Überlastung:**

Die Umstrukturierung kann den bestehenden Fachkräftemangel verschärfen, anstatt ihn zu beheben. Das ist dann der Fall, wenn Personal durch Umzüge und/oder Arbeitsverdichtungen verloren geht. Eine Überlastung der verbliebenen Mitarbeiter wäre die logische Folge und würde die Behandlungsqualität und Patientensicherheit beeinträchtigen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei Schließung von klinischen Einrichtungen das freigesetzte Personal nicht automatisch an den nächstgelegenen Klinikstandort wechselt. Nicht selten erfolgt der Ausstieg aus dem Beruf bzw. der Wechsel in andere Branchen. Folge dessen muss der Transformationsprozess ein zeitgleiches Personalmanagement beinhalten, um eine positive und nachhaltige Personalpolitik zu implementieren.

## **Telemedizinische Versorgung:**

Die Förderung von Telemedizin und sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen birgt Risiken, wenn technische Systeme nicht zuverlässig funktionieren oder die digitale Kompetenz von Patienten und Fachpersonal sich als unzureichend erweist. Am Ende steht die Patientengefährdung, die es unter allen Umständen zu verhindern gilt. Um eine entsprechend hohe Qualitäts- und Sicherheitskontinuität zu garantieren, müssen Zertifizierungsverfahren zur Pflicht werden, wie sie z.B. in der Bildgebung die Regel sind.

## **Über allen technischen und sachlichen Aspekten in den Versorgungsketten spielen auch die wirtschaftlichen Begleitumstände eine die Patientensicherheit zentral beeinflussende Rolle:**

**Intransparente Finanzierung des Transformationsfonds:** Gesetzlich krankenversicherte Bürgerinnen und Bürger sowie Arbeitgeber werden über diesen neuen Fonds zusätzlich zu ihren GKV-Pflichtbeiträgen für die ökonomischen Folgen einer verfehlten Ordnungspolitik zur Kasse gebeten. Noch dazu bei aktuell ungewissem Ausgang und erheblichen Widerständen. Die verantwortlichen Entscheidungsträger sind hierbei in der Pflicht, dass eine unzureichende Projektplanung nicht in steigende Krankenkassenbeiträge und zunehmende Hürden für die PKV mündet, ohne einen medizinisch - pflegerischen Mehrwert für Patientinnen und Patienten. Denn bereits jetzt finanzieren Versicherte aus unterversorgten Gebieten mit ihren einheitlichen Kassenbeiträgen die Überversorgung in Ballungsräumen. Dieser Ungerechtigkeitsaspekt und diese eindeutig asymmetrische Versorgungslandschaft dürfen nicht durch Intransparenz bei den die Transformationskosten zusätzlich verstärkt werden. **Fokus auf wirtschaftliche Effizienz:**

Das Projekt ist stark auf Kostensenkung durch Kapazitätsabbau, Abbau von Doppelstrukturen und Schließungen ausgelegt. In diesem Kontext könnte die Patientensicherheit nachrangig behandelt werden, wenn finanzielle Einsparungen Priorität gegenüber der Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung erhalten. Wir kommen nicht umhin, dies mit aller Deutlichkeit zu adressieren, denn am Ende hat die Patientensicherheit weder eine institutionelle Stimme, noch wird sie in den Referentenentwürfen auch nur beiläufig erwähnt. Wenn von Versorgungsqualität gesprochen wird, so meint dies sicherlich eine aus dem Kosten-Nutzen-Ansatz entwickelte, mutmaßlich optimale Ausgangslage. Auch das „Patientenwohl“ ist keine hinreichende Größe, denn den Ansprüchen der Patientensicherheit genügen die genannten Parameter bei weitem nicht. Patientensicherheit ist nicht verhandelbar und fehlt deshalb nicht grundlos im Sozialgesetzbuch und bei den im BGB verankerten Patientenrechten. Wirtschaftlichkeit im Sinne von ausreichend und zweckmäßig beinhaltet nicht selbsterklärend Patientensicherheit.

## **Konzentration auf spezialisierte Zentren:**

Während Spezialisierung die Qualität steigern kann, - aber nicht muss -, könnte der Zugang zu diesen Zentren für Patienten aus ländlichen oder strukturschwachen Regionen erschwert werden. In solchen Fällen scheint die Patientensicherheit zugunsten eines zentralisierten Systems weniger berücksichtigt zu sein. Bereits jetzt ist hinreichend bekannt, dass die Rettungsdienste und die ambulanten Versorgungsketten kaum in der Lage sind, schnell und zielsicher Bettenkapazitäten anzufragen.

## **Schließung von Krankenhäusern:**

Die Schließung von Einrichtungen in Gebieten mit vermeintlich hoher Krankenhausdichte berücksichtigt oft nicht die lokale Notwendigkeit von Notfall- oder Grundversorgungsangeboten. Dabei wird der Aspekt der Erreichbarkeit und der zeitkritischen Versorgung unter Umständen vernachlässigt. Zusätzlich steht in der niedergelassenen Vertragsärzteschaft eine Ruhestandswelle an, die aus Mangel an Nachfrage und Nachfolgern zu überdurchschnittlichen Praxisschließungen führen wird. Damit entstehen weitete Versorgungslücken. Deshalb müssen Ambulantisierung und Krankenhausreform gemeinsam gedacht, geplant und umgesetzt werden im Sinne einer sektorenverbindenden Patientenversorgung. Nach Auffassung des APS bedeutet Sicherstellungsauftrag keineswegs, dass dabei die Patientensicherheit im Vordergrund steht. Vielmehr liegt der Fokus auf der organisatorischen und finanziellen Umgestaltung.

## **Telemedizin und sektorenübergreifende Versorgung:**

Die Einführung technikbasierter oder innovativer Versorgungsmodelle wie Telemedizin muss sichere und stabile Prozessabläufe gewährleisten. Sie kann die Patientensicherheit gefährden, wenn diese nicht ausreichend getestet und/ oder nicht hinreichend auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet sind. Insbesondere vulnerable Gruppen wie Kinder, ältere oder technikferne Patienten könnten dabei Nachteile erfahren. Erschwerend kommt die längst nicht flächendeckend sichergestellte technische Anbindung hinzu. Es ist zwar viel die Rede von Digitalisierung unserer Lebenswelt und v.a. des Gesundheitssystems, aber der dafür dringend nötige Ausbau der Infrastruktur gerät immer mehr in den Rückstand. Selbst das perfekte smarte Endgerät nutzt nichts, wenn sein Anwender im Funkloch steht. Die technischen Gegebenheiten in der Bundesrepublik Deutschland sind nicht nur in der Fläche der Länder, sondern auch in den städtischen Ballungszentren desaströs rückständig. Diese Stellungnahme entsteht in einem Büro inmitten Berlins unter der Postleitzahl 10179. Von unserem Büro aus ist noch nicht einmal ein Taxi per App aus bestellbar. An eine telemedizinische Anbindung ist nicht ansatzweise zu denken. Theorie und Praxis müssen endlich zusammengeführt und Praxisferne und Ahnungslosigkeit aus den Entscheidungsgremien verbannt werden. Schließlich geht es um die Optimierung der Patientensicherheit und nicht um Selbstoptimierung von Einzelpersonen.

## **Ungenügende Fachkräfteplanung:**

Der Mangel an Fachpersonal und die ungleiche Verteilung der Ressourcen werden zwar angesprochen, aber eine konkrete Strategie zur Sicherstellung ausreichender und kompetenter personeller Kapazitäten während der Transformation fehlt. Dies kann und wird die Sicherheit der Patienten beeinträchtigen.

## **Lösungsvorschläge noch verbesserungswürdig**

So begrüßenswert die Rückführung und Rückforderung von Fördermitteln bei fehlender Zweckverwendung ist, so dürftig fällt die lapidare Feststellung aus, es gebe keine Alternativen zu dem vorgelegten Konzeptentwurf. Dazu ist anzumerken, dass es immer Alternativen im Sinne eines Plans B oder C gibt. Bei Bedarf hilft die Hinzuziehung externer Expertisen.

Es ist ebenso ungenau und zweideutig davon zu sprechen, dass auf Länder, Bürger und Wirtschaft keine beziehungsweise geringen Belastungen zukommen. Eine Mehrbelastung ist grundsätzlich nie sicher auszuschließen aufgrund der Unwägbarkeiten inner- und außerhalb Deutschland. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, leisten gesetzlich Versicherte durchaus indirekt einen Beitrag über die 25 Milliarden Euro, welche die GKV in den Transformationsprozess einbringen muss. An dieser Stelle sei nochmals darauf verwiesen, dass das Problem von Unter- und Überversorgung nicht das Verschulden der Kostenträger und ihrer Versicherung darstellt, sondern allein auf politische Entscheidungen auf kommunaler, Länder- und Bundesebene zurückzuführen ist. Dafür wurden bereits öffentliche, das heißt steuerfinanzierte Mittel aufgewendet. Krankenkassenbeiträge sind sozial Pflichtbeiträge und dienen ausschließlich dem Erhalt und der Wiederherstellung der Gesundheit innerhalb der krankenversicherten Bevölkerung. Auch die Wirtschaft leistet in ihrer Funktion als Arbeitgeber über ihren Arbeitgeberanteil einen enormen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Financen. Als Gegenleistung dürfen eine bedarfsgerechte, zeitnahe und dem jeweils aktuellen medizinischen Standard entsprechende Behandlung der Mitarbeiter und deren Familienangehörigen erwartet werden. Es ist kein Geheimnis, dass dem nicht so ist. Ein Kritikpunkt ist die mangelnde Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und somit auch in den Reihen der Arbeitnehmerschaft. So lange dem so ist, werden die Kosten durch steigende Bedarfe im Gesundheitswesen ständig ansteigen ohne einen höheren Effizienzgrad zu erreichen. Deshalb muss der Passus eingebracht werden, dass parallel zur Reform des Gesundheitssystems und der Krankenhaustransformation durch innerbetriebliche Gesundheitsmaßnahmen die Gesundheitskompetenz nachhaltig und regelmäßig gestärkt wird.

Dazu zählen auch Schulungen in Wiederbelebensmaßnahmen, weil allein durch eine verbesserte Laienreanimation jährlich bis zu 10 000 Menschen vor dem plötzlichen Herztod bewahrt werden können. Nachbarländer gehen hier schon lange mit gutem Beispiel voran. Es ist unverständlich, dass bei enormem bürokratischem Aufwand und einer entsprechend überdimensionierten bürokratischen Infrastruktur solche Aspekte wieder nicht mitgedacht werden, geschweige denn in Referentenentwürfen Eingang finden. Deshalb begrüßt das APS die Möglichkeit einer Stellungnahme ausdrücklich, erwartet aber ebenso eindringlich die Einbeziehung solcher wichtigen Teilaspekte in den weiteren Transformationsprozess.

## **Offene Frage einer PKV-Beteiligung**

Es bleibt den Vertretern der PKV und der Gesundheitspolitik vorbehalten, inwieweit die PKV sich an den Transformationskosten zu beteiligen hat. Das APS möchte zu bedenken geben, dass PKV-versicherte Patienten gemessen an ihrem prozentualen Bevölkerungsanteil einen überproportional hohen Erlösanteil für medizinische Leistungen erbringen. Nur dadurch konnten bisher ambulante und stationäre Standorte ökonomisch überleben. Außerdem ist der Steueranteil von PKV - Versicherten ebenfalls überproportional hoch, so dass damit ein überproportionaler Beitrag zu den 25 Milliarden Euro aus öffentlichen Mitteln geleistet wird. Es ist unsachlich und unredlich, weil ideologisch überfrachtet, das PKV - System und seine Versicherten als Verweigerer eines Kollektivsystems bloßzustellen. Hinzu kommt, dass PKV- Versicherte nachweislich das Gesundheitssystem weniger in Anspruch nehmen und die Zahl der Versicherten der Zahl der Mitglieder entspricht. Im kollektiven GKV- System hingegen überwiegt die Zahl der Behandelten eindeutig die Zahl der Beitragszahler. Im PKV -System werden individuelle Gesundheitsrisiken versichert und nicht einkommensabhängige prozentual festgelegte Beitragssätze erhoben. Im GKV-System haben inzwischen die Krankheitstage den Umfang der Urlaubstage erreicht. Solche Kennzahlen geben auch Auskunft über Gesundheitskompetenz, Gesundheitsverhalten und Effizienz unseres Gesundheitssystems. Diese Parameter müssen beim Transformationsprozess mit bedacht werden, auch um den stationären Behandlungsbedarf zukünftig so gering wie möglich zu halten.

### **Ziel und Anwendungsbereich**

Ausschließlich die Kosten als Grundlage anzuführen, birgt die Gefahr große Schwankungsbreiten. Unübersichtlich wird es, wenn Zinsen, Tilgung plus Verwaltungskosten als förderwürdige Kosten anerkannt werden. Es ist allgemein bekannt, dass solche Parameter immer vom Verhandlungsgeschick, der Seriosität und Kreditwürdigkeit von Institutionen und Personen abhängen. Wäre es nicht sinnstiftender, staatliche Darlehen zu festen Konditionen für alle am Transformationsprozess beteiligten und förderwürdigen Kliniken anzubieten? Bereits der Begriff Wirtschaftlichkeit, der im SGB höchste Priorität genießt, kann negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit nach sich ziehen. Dieses Gefahrenpotenzial nimmt, wenn im Paragraph 2, Absatz 2 die Begrifflichkeit Sparsamkeit ergänzend hinzukommt. Abgesehen von der Ungenauigkeit dieses Wortes ist hinreichend bekannt, dass gerade bei der Patientensicherheit gespart wird. Bis zu 600 000 nosokomiale Infektionen pro Jahr bezeugen diese Nachlässigkeit. Denn es wird nachweislich bei der sachgemäßen Hygiene eingespart, angefangen bei der Schulung des Personals, bei der ausreichenden Zahl von Desinfektionsmittelspendern und beim Desinfektionsmittel sowie weiteren Produkten wie Handschuhe.

Werden unter Paragraph 3 und Fördertatbestände Qualitätskriterien aufgeführt, so klingt das so als ob es sich hier um bisher nicht vorhandene Voraussetzungen handelt. Qualitätskriterien erscheinen hier als förderungswürdiges Add. In Wahrheit sind Qualitätskriterien gleichsam Basis und Mindeststandard in der Medizin. Ohne definierte Qualität kann und darf keine medizinische Maßnahme erfolgen. Dass dieser Grundvoraussetzung nicht immer der nötige Nachdruck verliehen wird, dafür sprechen die jährlich nachgewiesene Behandlungsfehler und Patientenschäden, hinzu kommt eine hohe Dunkelziffer sowie sogenannte Never Events. Der Transformationsprozess muss folglich mit der verpflichtenden Implementierung einer einheitlichen Fehlerkultur einhergehen. Geschieht dies nicht, dann werden nicht nur Kompetenzen und Schwerpunkte verlagert, sondern bestehende Fehler verfestigt und neue hinzukommende gleich mitgeliefert.

### **Zusammenfassung:**



Die Patientensicherheit spielt eine untergeordnete Rolle, wenn wirtschaftliche oder strukturelle Ziele (Kosteneffizienz, Konzentration, Umstrukturierung) über die Sicherstellung einer flächendeckenden, zugänglichen und verlässlich hochwertigen Versorgung gestellt werden. Besonders in der Übergangszeit und in ländlichen Gebieten besteht das Risiko, dass Sicherheitsaspekte nicht ausreichend priorisiert werden.

Leerstehenden Betten sind oftmals nicht auf eine Überversorgung, sondern auf fehlendes Personal zurückzuführen. Statt Kapazitäten abzubauen, sollte das Problem durch eine gezielte bedarfsgerechte Fachkräfteausbildung, -gewinnung und -bindung adressiert werden. Ein bloßer Abbau von Versorgungskapazitäten zur Kostenreduktion verschärft die bereits schwierige Versorgungssituation unnötig und gefährdet zudem zusätzlich die Patientensicherheit, da notwendige Behandlungen nicht oder nicht rechtzeitig erbracht werden können.

Vor der definitiven Schließung von Klinikstandorten müssen alle Optionen einer Umwidmung geprüft und ausgeschöpft sein. Schließlich handelt es sich um eine oft noch intakte Infrastruktur.

Ambulanter und stationärer Bereich müssen zur lokalen und (über)regionalen Zusammenarbeit verpflichtet werden. Dazu zählen neben der Regelversorgung auch die gemeinsam organisierte Notfallversorgung und die intersektorale Weiterbildung. Wer diese Kriterien nicht erfüllt, wird nicht gefördert. Wer sie bereits nachweislich erfüllt, sollte bei der Vergabe bevorzugt behandelt werden. Es muss sich wieder lohnen, sich für Patienten und deren Sicherheit zu engagieren.

Am Ende dieses selektiven Transformationsprozesses muss ein deutlich und nachhaltig verbessertes Gesundheitssystem mit einer bestmöglichen Patientensicherheit stehen. Das bisherige kollektive und hochdefizitäre Gießkannenprinzip muss der Vergangenheit angehören.

### **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 Akteuren 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:

**Joachim Maurice Mielert, Generalsekretär**  
**Dr. Christian Deindl, stellvertretender Vorsitzender**  
Geschäftsstelle des APS  
Alte Jakobstraße 81, 10179 Berlin  
Tel. 030 3642 816 0  
Email: [info@aps-ev.de](mailto:info@aps-ev.de)  
[Internet: www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)