



**Pressekonferenz des Aktionsbündnis Patientensicherheit
ZUM WELTTAG DER PATIENTENSICHERHEIT 2026**

Termin: Donnerstag, 17. September 2026, 9.00 bis 10.00 Uhr
Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Berlin
Anschrift: Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin



**Welttag der
Patientensicherheit**
17. September

Pressekontakt beim Aktionsbündnis Patientensicherheit

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. · Annette von Dehn · Alte Jakobstraße 81 · 10179 Berlin

Tel. +49 (0)30 36 42 81 6-06 · presse@aps-ev.de · www.aps-ev.de

www.tag-der-patientensicherheit.de

Strukturreform ja – aber nur mit aktiver Patientensicherheit

Die Konzentration komplexer Leistungen erhöht die Versorgungsqualität – aber nur, wenn Übergänge zwischen den beteiligten Einrichtungen sicher gestaltet werden.

Statement von **Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg**, Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einem tiefgreifenden Umbruch. Zahlreiche bereits begonnene und vor der Tür stehende Reformen werden den notwendigen Wandel in den Strukturen befördern und in den Abläufen nach sich ziehen.

Die Ursachen sind vielfältig, einige wie der Fachkräftemangel oder die jahrelang verschleppte Digitalisierung sind jedoch herausragend.

Klinische Konzentration und Versorgungssicherheit

Die mit der Krankenhausreform begonnene Umgestaltung in Richtung Konzentration komplexer medizinischer Leistungen begrüßt das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) ausdrücklich. Der nachweisbar bestehende Zusammenhang zwischen Leistungsvolumen und Ergebnisqualität lässt keine Alternative zu.

Wichtig ist es dem APS jedoch auch zu betonen, dass die Übergangsphasen, die sich bei einer gravierenden Umgestaltung der stationären Versorgungslandschaft ergeben, so gestaltet sein müssen, dass stets ausreichende Versorgungskapazitäten zur Verfügung stehen. Dafür haben die Bundesländer ausreichende Möglichkeiten für Ausnahmeregelungen für Abweichungen von den Strukturvorgaben aus dem KHVVG erstritten, um das gleichzeitige Ziel einer flächendeckenden Versorgung gewährleisten zu können. Auch dies war notwendig und wird vom APS ausdrücklich begrüßt. Jedoch liegt es nun an den Planungsbehörden der Länder, diese Möglichkeiten verantwortungsvoll und sachgerecht einzusetzen, um das beabsichtigte Ziel einer qualitativ guten Krankenhausversorgung für die gesamte Bevölkerung nicht zu konterkarieren.

Sektorenübergreifende Versorgung (SüV)

In der sich entwickelnden klinischen Versorgungslandschaft wird es noch stärker als bisher zu einer Gliederung in Versorgungsstufen kommen. Die in den letzten Tagen erfolgte Einigung über Leistungsumfang und Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV) legt nahe, dass es vermehrt zu einer gemeinsamen Leistungserbringung verschiedener Einrichtungen entlang der Behandlungskette von Patienten kommen wird. Hier ist zu fordern, dass es bei regelmäßiger Erbringung der Kernleistung in einem Haus der

Schwerpunkt- oder Maximalversorgung und einer Fortführung der Therapie und Pflege in einem wohnortnahen SüV nicht nur zu den geforderten Verträgen hinsichtlich der Finanzflüsse kommen darf. Vielmehr muss auch die Weiterbehandlung gerade komplexer Interventionen explizit und in Abstimmung von Ärzten, Pflegenden und Therapeuten der an der Behandlung beteiligten Einrichtungen festgelegt erfolgen, die bei Bedarf kontinuierlich weiterentwickelt wird.

Verschriftlichte, gemeinsam abgestimmte, einrichtungsübergreifende Versorgungspfade müssen die evidenzbasierte Erst- und Weiterbehandlung definieren. Vielmehr noch muss auch geklärt sein, welche Befunde zu telekonsiliarischer gemeinsamer Beratung oder gar zu einer Rückverlegung in die die Kernleistung erbringende Einrichtung führen müssen.

Qualität, Transparenz und gemeinsames Lernen

Derart zusammenarbeitende Einrichtungen sollten gemeinsam nicht nur ihre Prozesse unter Qualitäts- und Risikogesichtspunkten klären und abstimmen. Sie sollten insbesondere gemeinsam ihre Ergebnisse beobachten. Grundlage muss Datentransparenz in einem solchen Netzwerk sein.

Wichtige Instrumente dafür sind – neben den bereits erwähnten klinischen Pfaden – auch gemeinsame Indikationskonferenzen unter Einbeziehung auch der zuweisenden ambulanten Leistungserbringer. Das meint neben gemessenen Ergebnisindikatoren auch Ergebnisse interner und gegenseitiger Audits, Peer Reviews und bei sicherheitsrelevanten Ereignissen auch von Fallanalysen mit anschließender Bewertung des Verbesserungspotenzials auf Augenhöhe. Grundlage dafür ist unter anderem eine abgestimmte und interoperable IT-Landschaft.

Patientensicherheit als gemeinsame Aufgabe

Patientensicherheit ist das Ergebnis von Qualitäts- und Risikomanagement in allen Einrichtungen der Patientenversorgung. Die neuen Rahmenbedingungen ziehen dafür auch neue Sicherheitsinstrumente nach sich, die es einzuführen und umzusetzen gilt. Alle Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind deshalb aufgerufen, die anstehenden Reformen mit der Weiterentwicklung ihrer Patientensicherheitsarchitektur zu begleiten und zu unterfüttern. Dabei sollten sie ihrer Verantwortung rasch und initiativ nachkommen, um starre gesetzliche Vorgaben mit weiterem bürokratischen Aufwand unnötig zu machen.

Zitat für die Pressemitteilung:

„Strukturreform allein reicht nicht. Wer Versorgung aufteilt, muss sie auch wieder zusammenführen – durch verbindliche Behandlungspfade, Datentransparenz und Einrichtungen, die auf Augenhöhe voneinander lernen. Qualität vor Bürokratie, Verantwortung statt starrer Vorgaben.“

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, 17. September 2026



**Welttag der
Patientensicherheit**
17. September

Digitale Vernetzung rettet Leben

Fehlerfreie Kommunikation an den Schnittstellen des Gesundheitssystems ist der wirksamste Schutz für Patienten.

Statement von **Prof. Dr. Albrecht Stier**, Stellvertretender Vorsitzender des Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

Wenn Menschen zwischen ambulanter Betreuung in der Arztpraxis und stationärer Behandlung im Krankenhaus wechseln, entstehen gefährliche Informationslücken. Digitale Werkzeuge wie die elektronische Patientenakte (ePA), der digitale Medikationsplan und der digitale Arztbrief sowie ein in laienverständlicher Sprache verfasster Patientenbrief schließen diese Lücken und heben die Patientensicherheit auf ein neues Niveau.

Die Schnittstelle als Risiko: Wo Kommunikation über Leben entscheiden kann

Der Übergang vom Haus- oder Facharzt in die Klinik – und wieder zurück – gehört zu den sensibelsten Phasen einer Behandlung. Wenn Vorerkrankungen, Allergien oder aktuelle Befunde nicht rechtzeitig vorliegen, drohen Fehleinschätzungen oder Verzögerungen. Patientensicherheit darf nicht vom Zufall oder von der Vollständigkeit mitgebrachter Papierausdrucke abhängen. Sie erfordert einen lückenlosen, digitalen Informationsfluss in Echtzeit.

4 (digitale) Säulen für mehr Sicherheit

- **Die elektronische Patientenakte (ePA):** Sie dient als zentrales Gedächtnis der Behandlungsbiografie. Befunde, Laborwerte und Röntgenbilder sind für alle berechtigten Ärzte sofort einsehbar. Das verhindert riskante Doppeluntersuchungen und gibt Medizinern in Notfallsituationen sofort die nötige Orientierung.
- **Der digitale Medikationsplan:** Unerwünschte Wechselwirkungen von Medikamenten gehören zu den häufigsten vermeidbaren Risiken im Klinikalltag. Ein digital gepflegter Medikationsplan sorgt dafür, dass jeder Arzt – ob in der Praxis oder auf Station – sofort sieht, was aktuell eingenommen wird. Automatische Warnsysteme schlagen bei gefährlichen Kombinationen sofort Alarm.
- **Der digitale Arztbrief:** Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ist jede Information über die erfolgte Behandlung wichtig. Der digitale Entlassbrief stellt sicher, dass der weiterbehandelnde Hausarzt möglichst noch am selben Tag über Diagnosen, Therapien und geänderte Dosierungen informiert ist. Missverständnisse beim Übergang in die häusliche Pflege werden so minimiert.

- **Der Patientenbrief:** PatientInnen sollten verstehen können, welche Behandlung erfolgt ist und worauf sie selbst im weiteren Verlauf achten und beobachten sollten. Der informierte Patient kann erheblich zu seinem Genesungsverlauf beitragen.

Die Forderung des APS: Patientensicherheit braucht digitale Konsequenz

Der Welttag der Patientensicherheit erinnert uns daran, dass Medizin nur so gut sein kann wie die Kommunikation, die sie begleitet. Die konsequente Nutzung digitaler Schnittstellen entlastet das medizinische Personal, stärkt die Autonomie der Patienten und verhindert Behandlungsfehler.

Digitalisierung ist kein Selbstzweck, sondern gelebter Patientenschutz.

Zitat für die Pressemitteilung:

„Patientensicherheit darf nicht vom Zufall oder von mitgebrachten Papiausdrucken abhängen. Sie braucht einen lückenlosen, digitalen Informationsfluss in Echtzeit – das ist gelebter Patientenschutz.“

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, 17. September 2026



**Welttag der
Patientensicherheit**
17. September

Mehr Aufmerksamkeit für chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen als gesellschaftliche Herausforderung

Statement von **Dr. Franziska Diel, MPH** Generalsekretärin des Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

Unsere Veranstaltung anlässlich des Welttags der Patientensicherheit trägt das Motto „Sichere Versorgung chronisch erkrankter Menschen – für ein gutes Leben!“. Chronische Krankheiten zeichnen sich durch ihre Dauer aus. Die Betroffenen leiden über viele Jahre oder sogar (fast) ihr ganzes Leben an den Symptomen, Beschwerden, Einschränkungen, Sorgen usw. Nicht selten muss das Leben umgestellt und vielleicht der Beruf gewechselt werden, die Krankheit beansprucht durch häufige Ärzt:innen- und Therapiebesuche oder durch vorbeugende Maßnahmen viel Zeit, sie erfordert finanzielle Aufwände, die teilweise selbst getragen werden müssen.

Treiber für Krankheitsgeschehen und Kosten

Gleichzeitig ist die epidemiologische und gesundheitsökonomische Bedeutung besonders in Industrienationen enorm: Chronische Krankheiten sind bei älter und morbid werdenden Gesellschaften einer der größten Treiber für Krankheitsgeschehen und Kosten im Gesundheitssystem. Der Anteil der betroffenen Erwachsenen in Deutschland liegt zwischen 40 % (Statistisches Bundesamt) und 54 % (RKI), bei Kindern und Jugendlichen bei ca. 16 % (RKI). Unter 18 Jahren stehen Asthma, Allergien, Neurodermitis sowie psychische oder Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund. Erwachsene sind überwiegend betroffen von Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel-, psychischen oder Lungenerkrankungen, wovon die kostenintensivsten Bereiche Herz-Kreislauf-Erkrankungen (64,6 Mrd. €) und psychische Störungen (63,3 Mrd. €) sind (2023 Gesamtausgaben 492 Mrd. €; Statistisches Bundesamt). Aufgrund ihrer langen Dauer prägen chronische Erkrankungen das Fehlzeitengeschehen (TK), in dem sie 40–46 % der AU-Tage verursachen.

Chronischen Krankheiten muss neben High-End-Medizin eine größere Aufmerksamkeit gegeben werden, sowohl im Umgang (Tertiärprävention) als auch in der Vorbeugung (Primärprävention)!

Strukturierte Behandlungsprogramme

Der absolut überwiegende Teil chronischer Erkrankungen – schätzungsweise über 90 bis 95 % – wird in Deutschland ambulant, vorrangig durch niedergelassene Hausärzt:innen und Fachärzt:innen, betreut und gesteuert. Stationäre Versorgung erfolgt bei akuten Krisen,

schweren Komplikationen oder notwendigen Operationen. Im Rahmen der sogenannten Disease-Management-Programme (gemäß § 137f SGB V) zu den häufigsten chronischen Krankheiten, beispielsweise Diabetes oder COPD, wird der gesamte sektorenübergreifende Behandlungspfad einschließlich Diagnostik, Therapie, verschiedenen Versorgungsebenen und den Übergängen evidenzbasiert und strukturiert definiert – ähnlich wie wir das auch für die SüV anregen. Ende 2025 waren circa 7,7 Millionen Patient:innen in ein oder mehrere DMP eingeschrieben. Vor allem beinhalten DMP strukturierte Patientenschulungen, die das Selbstmanagement und damit eine aktive Rolle der Patient:innen fördern.

Evidenzbasierte Versorgungspfade müssen für sektorenübergreifende Krankheitsverläufe erstellt und genutzt werden und Vertragsabschlüsse zu allen DMP-Indikationen flächendeckend erfolgen!

Aktive Rolle der Patient:innen

Mit der Behandlung chronisch erkrankter Menschen soll ihre Erkrankung stabilisiert bzw. eine Verschlechterung vermieden werden (Tertiärprävention). Gesundheitskompetenz spielt dabei eine zentrale Rolle: sowohl als Nutzer:in als auch als „Co-Produzent:in“ der eigenen Gesundheit. Vulnerable Gruppen müssen dabei selbstverständlich stärker unterstützt werden als diejenigen, die über Know-how und Ressourcen verfügen. Vorhandene Ressourcen im Sinne von Gesundheitskompetenz sollten verstärkt von den professionellen Akteur:innen im System genutzt werden, denn Patient:innen sind meist Expert:innen für ihre chronische Erkrankung. Sie werden oft jahrzehntelang davon begleitet, spüren Veränderungen als Erste, kennen ihren Lebenswandel, lernen aus eigenen Erfahrungen, haben häufig eine große Expertise, gehen routiniert mit Alltagssituationen um und erleben die gesamte Versorgungskette. Ihnen zuzuhören, ihre Beobachtungen ernst zu nehmen und ihr Selbstmanagement im Umgang mit und bei der Bewältigung ihrer Erkrankung zu stärken, trägt zu einer guten und sicheren Versorgung bei.

Das Selbstmanagement von Menschen mit chronischen Erkrankungen im Umgang mit sowie bei der Bewältigung ihrer Erkrankung stellt eine Ressource dar, die genutzt werden sollte! Die Gesundheitskompetenz der gesamten Bevölkerung und die aktive Mitwirkung in der Versorgung müssen gestärkt werden!

Zitat für die Pressemitteilung:

„Patient:innen sind meist Expert:innen für ihre chronische Erkrankung. Ihnen zuzuhören, ihre Beobachtungen ernst zu nehmen und ihr Selbstmanagement im Umgang sowie bei der Bewältigung ihrer Erkrankung zu stärken, trägt zu einer guten und sicheren Versorgung bei.“

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, 17. September 2026



**Welttag der
Patientensicherheit**
17. September

Statement der DKG

Prävention stärken – Versorgung sicher gestalten – Krankenhäuser gezielt einbinden

Patientensicherheit ist keine zusätzliche Aufgabe, sondern Kern des medizinischen und pflegerischen Auftrags der Krankenhäuser. Sie umfasst verlässliche Strukturen und Prozesse, klare Zuständigkeiten, gute Kommunikation, sichere Medikation, verständliche Information und die Beteiligung der Patientinnen und Patienten. Checklisten, standardisierte Abläufe, Schulungen, Risikoanalysen und strukturierte Übergaben unterstützen die Beschäftigten dabei, komplexe Versorgungssituationen sicher zu bewältigen.

Krankenhäuser als Sicherheitsknoten

Bei chronischen Erkrankungen findet die Versorgung überwiegend ambulant und langfristig statt. Krankenhäuser bleiben jedoch unverzichtbar, wenn sich Erkrankungen akut verschlechtern, komplexe Diagnostik oder Interventionen erforderlich werden oder schwere Komplikationen auftreten – etwa bei Herzinsuffizienz, COPD, Herzinfarkt, Schlaganfall, entgleistem Diabetes, Krebserkrankungen oder psychischen Krisen. Patientensicherheit beginnt deshalb nicht erst im Krankenhaus.

Primärprävention soll Erkrankungen verhindern, **Sekundärprävention** Risiken und frühe Krankheitsstadien erkennen und **Tertiärprävention** Folgeschäden sowie erneute Krisen vermeiden. Dazu gehören unter anderem Bewegung, Rauchprävention, regelmäßige Kontrollen, Patientenschulungen, sicheres Medikationsmanagement, Rehabilitation und ein verlässliches Entlassmanagement. Ambulant-sensitive Krankenhausfälle zeigen, dass Verschlechterungen durch eine rechtzeitige und kontinuierliche ambulante Versorgung teilweise verhindert werden könnten. Das bedeutet jedoch nicht, dass jeder solche Krankenhausaufenthalt unnötig oder fehlerbedingt ist. Entscheidend ist vielmehr, Versorgungspotenziale zu erkennen und frühzeitig zu handeln. Besonders sicherheitskritisch sind die Übergänge zwischen den Versorgungsbereichen. Informationsverluste, unklare Zuständigkeiten, Fehler bei der Medikationsüberleitung, fehlende Nachsorge oder unverständliche Therapieempfehlungen können die Patientensicherheit gefährden. Aufnahme, Verlegung und Entlassung müssen daher sektorenübergreifend geplant werden. Auch bei psychischen Erkrankungen sind verlässliche Übergänge, erreichbare Ansprechpartner und klare Verantwortlichkeiten entscheidend.

Die elektronische Patientenakte als Sicherheitsinstrument

Die elektronische Patientenakte (ePA) kann Informationsverluste reduzieren, die Versorgungskontinuität verbessern und medizinische Entscheidungen unterstützen. Dafür muss sie als interoperables und im Versorgungsprozess nutzbares Instrument ausgestaltet werden – nicht lediglich als digitaler Ablageort. Krankenhäuser müssen verbindlich in die Pilotierung weiterer ePA-Ausbaustufen einbezogen werden, damit Praxistauglichkeit, Interoperabilität und Auswirkungen auf sektorenübergreifende Abläufe frühzeitig geprüft werden können. Bestehende Datenbestände, Systeme und Arbeitsabläufe müssen von Beginn an berücksichtigt werden. Realistische, sektorenübergreifend abgestimmte Migrationspfade sind notwendig, um Medienbrüche, doppelte Dokumentation und Informationsverluste zu vermeiden. Voraussetzung für den Nutzen der ePA sind vollständige, aktuelle und interoperable Daten sowie klare Verantwortlichkeiten für deren Pflege. Die ePA muss nahtlos in die bestehenden Systeme und Arbeitsabläufe der Leistungserbringer integriert werden, insbesondere in Patientenportale und klinische Informationssysteme. Nur intuitive und medienbruchfreie

Anwendungen werden im Alltag konsequent genutzt. Dafür braucht es verbindliche Vorgaben von Gesetzgeber und Gematik sowie eine angemessene Finanzierung der erforderlichen Integrationsarbeiten.

Der **digital gestützte Medikationsprozess** kann die Arzneimitteltherapiesicherheit insbesondere bei Aufnahme, Entlassung und Medikationsüberleitung verbessern. Voraussetzung sind strukturierte, eindeutige, vollständige und aktuelle Daten.

Der **digital gestützte Laborprozess** ermöglicht, Laborbefunde interoperabel und übersichtlich bereitzustellen. Vorbefunde können schneller eingesehen, Doppeluntersuchungen vermieden und diagnostische sowie therapeutische Entscheidungen besser unterstützt werden.

Das **Patient Summary** soll einen schnellen Überblick über behandlungs- und notfallrelevante Informationen geben, etwa zu Diagnosen, Allergien, Medikation und relevanten Befunden. Gerade in Notfallsituationen kann es Informationslücken schließen und eine rasche Einschätzung des Gesundheitszustands ermöglichen.

Cybersicherheit ist Patientensicherheit

Patientensicherheit umfasst auch die Sicherheit digitaler Infrastrukturen.

Cyberangriffe und IT-Ausfälle können Behandlungen verzögern, wichtige Informationen unzugänglich machen und die Versorgung unmittelbar gefährden. Cybersicherheit ist deshalb eine zentrale Aufgabe der Versorgungs- und Patientensicherheit.

Krankenhäuser investieren bereits erheblich in Schutzmaßnahmen und die Erfüllung regulatorischer Anforderungen. Für digitale Resilienz und Cybersicherheit ist jedoch eine verlässliche und dauerhafte Finanzierung erforderlich.

Innovation gezielt nutzen

Innovationen wie Künstliche Intelligenz können die Patientensicherheit stärken, etwa durch Unterstützung bei Diagnostik und Therapie, die frühzeitige Erkennung von Risiken oder die Entlastung bei Dokumentationsaufgaben. Krankenhäuser sind dabei zentrale Innovationsorte: Hier entstehen Lösungen aus der Versorgungspraxis, werden erprobt und in die Versorgung überführt. Voraussetzung sind sichere, interoperable und praxistaugliche Anwendungen sowie ausreichende Investitionen.

Fazit

Jeder Krankenhausaufenthalt muss sicher, qualitätsorientiert und gut in den weiteren Versorgungsverlauf eingebettet sein. Prävention, eine kontinuierliche ambulante Versorgung, eine leistungsfähige Krankenhausversorgung und sichere Übergänge sind gemeinsame Voraussetzungen für Patientensicherheit. Die ePA kann den Informationsaustausch über Sektorengrenzen hinweg wesentlich verbessern, wenn Daten vollständig, aktuell, interoperabel und ohne Medienbrüche verfügbar sind. Sichere digitale Infrastrukturen und innovative Technologien stärken die Versorgung zusätzlich. **Patientensicherheit ist und bleibt eine gemeinsame Aufgabe entlang des gesamten Versorgungspfads.**

Aktionen zum Welttag der Patientensicherheit 2026 in Deutschland

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit bedankt sich bei den über 124 Einrichtungen* aus dem gesamten Gesundheitswesen, die dem Aufruf gefolgt sind, sich an und um den 17. September mit zahlreichen Aktionen für Patientensicherheit stark zu machen, darüber zu kommunizieren und zu informieren. *Nicht alle Aktionen haben ihr Einverständnis zur Veröffentlichung erteilt, von weiteren Aktionen ist auszugehen

