



Stellungnahme des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit

(Gesundes-Herz-Gesetz – GHG)

Dr. med. Christian Deindl, Stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. Stefan Schröder, Vorstandsmitglied

Berlin, 08.07.2024

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

Diese sind nach Ansicht des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) jeweils richtig erkannt. Unter anderem wird auf überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben und unterdurchschnittlichen Patientennutzen hingewiesen. Es besteht ein hoher Wissensstand über Ursachen, Risiken und notwendige Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen, dem ein geringer Umsetzungsgrad gegenübersteht. Die Versorgungsqualität der bereits bestehenden DMP für chronische Herzkrankheiten soll leitlinienorientiert, evidenzbasiert und über bestehende Sektorengrenzen hinweg verbessert werden.

Es ist im Sinne der Patientensicherheit und des Globalen Aktionsplans für Patientensicherheit 2021-2030 (GPSAP) der WHO, den aktuellen Wissensstand dazu zu nutzen, präventiv dort, wo eine klare Indikation besteht, sowohl therapeutisch als auch aufklärend tätig zu werden.

B. Lösungen

1. Sehr positiv hervorzuheben ist der lösungsorientierte gesundheitspolitische Ansatz, mit dem diese Gesundheitsziele erreicht werden sollen. Der geplante Fragebogen sollte möglichst barrierefrei und gleichzeitig mehrsprachig gestaltet werden. Als flankierende und unverzichtbare Maßnahme ist die Vermittlung von Gesundheitskompetenz in allen anvisierten Altersgruppen notwendig, spielerisch beginnend im Vorschulalter und darauf aufbauend die gesamte Schulzeit begleitend. Damit werden vernunft- und wissensbasierte Voraussetzungen für eine spätere nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung geschaffen. Auf diese Weise kann eine Trendwende bei der Bekämpfung der sogenannten Zivilisationskrankheiten, eine Verbesserung der Herzgesundheit und eine Entlastung unseres begrenzten Gesundheitssystems erreicht werden. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz wird auch im GPSAP in Strategie 4.5 unter Einbezug der Patient:innen und deren Familien als Maßnahme zum Zweck der verbesserten Selbstfürsorge und Befähigung zur partizipativen Entscheidungsfindung gefordert.

2. Der Auf- und Ausbau der kardiovaskulären Vorsorgeuntersuchungen, ihr früher Beginn im Kindes- und Jugendalter, ihre Fortsetzung ab Mitte des 3. Lebensjahrzehnts und ihre regelmäßigen Intervalle sowie die ausdrückliche Einbeziehung von Apotheken und Krankenhäusern (s. z. B. Besonderer Teil, Art. 2, Nr. 3, f) werden vom APS ausdrücklich begrüßt. Im Rahmen der Krankenhausreform wäre es denkbar, dass kleinere Krankenhäuser in strukturschwächeren Regionen bzw. im sog. ländlichen Raum den zunehmenden Haus- und Fachärztemangel durch Subspezialisierung für DMP-Patient:innen kompensieren. Überhaupt kann die zukünftige Patientenversorgung nur ohne hinderliche Sektorengrenzen und interdisziplinär gelingen.

Vier Ergänzungen erscheinen aus Sicht des APS dennoch angebracht:

- a) **Sichere Datenübertragung:** Der nach standardisierten Vorgaben geregelte Übergang von der pädiatrischen in die erwachsenenmedizinische Versorgung einschließlich der Vermeidung von Datenbrüchen. Derzeit ist diese wichtige Schnittstelle eines Transitionsprozesses noch nicht fehlerfrei.
- b) **Geschlechtsspezifische Medizin:** Sobald die kardioprotektive Wirkung der Östrogene altersbedingt nachlässt, treten bei Frauen vermehrt Herzerkrankungen auf, die sich zudem

anders manifestieren als bei Männern. Dieser Aspekt muss beachtet und berücksichtigt werden, auch bei der Entwicklung von Fragebögen und im Rahmen von Check-up-Untersuchungen.

- c) **Gesundheitsförderung durch Krankenkassen:** Die Rolle der Krankenkassen darf sich nicht nur auf das bereits erwähnte niederschwellige einheitliche Einladungswesen zu den KV-Terminservicestellen für Check-ups beschränken. Sowohl die gesetzlichen als auch die privaten Krankenkassen stehen in regelmäßigem Kontakt mit ihren Versicherten und verfügen darüber hinaus über sog. Kundenserviceabteilungen. Im GPSAP wird in Strategie 6.5: „Entwicklung und Umsetzung digitaler Lösungen zur Verbesserung der Sicherheit der Gesundheitsversorgung“ eine Investition von Ressourcen in die Prävention gefordert. Durch die Möglichkeiten der datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen (§ 25b SGB V-E) sollten GKV und PKV zum Angebot regelmäßiger gesundheitsfördernder Informationsveranstaltungen/Schulungen an ihre Versicherten verpflichtet werden.
- d) **Vorsorge-Bonus:** In der zahnmedizinischen Versorgung ist das Bonusprinzip für regelmäßige Prophylaxe fest etabliert und von den Bürgerinnen und Bürgern akzeptiert. Was spricht dagegen, dieses Erfolgsmodell der Eigenverantwortung für die Zahngesundheit auf die Humanmedizin zu übertragen?

3. Disease Management Programme (DMP) sind seit geraumer Zeit fester Bestandteil der hausärztlichen Versorgung, allerdings mit unterschiedlichem Erfolg, wie das Beispiel der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus zeigt. Jede:r fünfte Krankenhauspatient:in ist Diabetiker:in, die Rate der Vorfußamputationen lässt keine Korrelation mit einer optimalen und leitliniengerechten Behandlung erkennen. Die alleinige Verpflichtung der Krankenkassen, DMP anzubieten und Verträge abzuschließen, erscheint dem APS daher nicht ausreichend und zielführend. Vielmehr müssen Therapiestandards und deren Prozess- und Ergebnisevaluation strikt beachtet werden. Wenn der G-BA in diesem Zusammenhang erneut beauftragt wird, dann mit strikten zeitlichen Vorgaben.

4. Den therapeutischen Präventionsgedanken allein am Wirkstoff Statin zu verankern, entspricht nicht dem aktuellen Wissensstand. Denn bei erhöhten Blutfettwerten können bereits koronare Veränderungen ohne kardiovaskuläre Symptome vorliegen. Diese gilt es zu verhindern. Zur Prävention gehört deshalb auch die Bildgebung, z.B. mittels Cardio-CT. Von deren Ergebnis hängt wiederum ab, ob gegebenenfalls interventionelle Verfahren wie Herzkatheter oder Stent indiziert sind. Es ist bekannt, dass es neben den Statinen weitere zugelassene und von Expert:innen empfohlene Wirkstoffe gibt, die zur Regulierung der Blutfettwerte beitragen. Diese im Gesetzestext nicht zu erwähnen, wäre daher nicht sachgerecht und würde die bedarfs- und indikationsgerechten Therapieoptionen erheblich einschränken sowie könnte deren Verordnung fälschlicherweise als Gesetzesverstoß erscheinen lassen.

Artikel 2

Änderungen im SGB V

§ 137f: 3 f) Im Rahmen der Kooperationsverträge zwischen den gesetzlichen Kostenträger:innen und den KVen muss die Zusammenführung beider Daten für Zwecke der Versorgungsforschung technisch hergestellt und für eine verbindliche Auswertung ermöglicht werden. Es kann nicht sein, dass innerhalb der drei genannten Selbstverwaltungsstrukturen weiterhin nicht kompatible Daten von Patient:innen existieren. Der Zugang zu pseudonymisierten Daten für wissenschaftliche Zwecke muss gleichberechtigt erfolgen und einer gemeinsamen Instanz unterliegen.

§ 137g: 4(4) Das APS unterstützt die qualitätsorientierte Vergütung der DMP und vertraut darauf, dass Gesetzgeber:innen und Kostenträger:innen diese leistungsgerecht und kostendeckend im Sinne des Pay-for-Performance-Prinzips ausgestalten. Denn eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung auf hohem medizinischem Niveau und mit größtmöglicher Patientensicherheit

kann nur unter verlässlichen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen gelingen. Hinzu kommt, dass sich mittelfristig Einspareffekte ergeben, wenn Krankheiten, deren Chronifizierungen und Komorbiditäten in der Bevölkerung deutlich reduziert werden und dadurch der ambulante und stationäre Ressourcenverbrauch sinkt.

Begründung

VI. Gesetzesfolgen

Nachhaltigkeitsaspekt

Dieser nimmt in der Argumentationskette für eine umfassende Prävention eine zentrale Stellung ein. Denn auch die vom APS in allen Bereichen des Gesundheitssystem eingeforderte Patientensicherheit ist Prävention, bewahrt sie doch Patientinnen und Patienten ungeachtet ihres Versichererstatus und ungeachtet des Standortes vor vermeidbaren Schäden im Rahmen von Diagnostik oder Therapie.

Nachhaltigkeit erfordert ein Höchstmaß an Transparenz und Expertise. Deshalb müssen die Evaluationsergebnisse veröffentlicht, mit den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften diskutiert und mit den jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen abgeglichen werden. Die Defizite in der Erkennung und Versorgung kardiovaskulärer Risiken und Erkrankungen sind ein Beleg für die epidemiologischen Folgen eines starren Gesundheitssystems. Der Gesetzesentwurf muss eine Dynamisierung des medizinischen Wissenszuwachses ermöglichen.

Nummer 4 (§ 137g)

Absatz 4: Das Erreichen von mindestens drei vom G-BA vorgegebenen Qualitätszielen soll nach dem Entwurf ausreichen, um Vergütungsanreize auszulösen. Nicht weniger unverbindlich klingt der Vorschlag, die Zahlung und Höhe der Vergütung zumindest teilweise an die vereinbarten Leistungen und den Grad der Zielerreichung zu koppeln. Das ebenfalls in diesem Passus erwähnte Schiedsstellenverfahren lässt bereits das Konfliktpotential dieser vagen Formulierungen erahnen.

Fazit:

Herzgesundheit wird nur in dem Maße gelingen, wie durch Gesetzgebung und Regulierung Planungssicherheit für alle Akteur:innen geschaffen wird.

Im Kontext der Herzgesundheit ist auch auf die Inhalte des Aktionsplans Wiederbelebung vom 13. März 2024 zu verweisen, der vom Deutscher Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council (GRC) und dem Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) in Kooperation mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. sowie weiteren Partnern erstellt wurde und vier klare Maßnahmenbereiche benennt: 1. Strukturierte Bildungsangebote zur Wiederbelebung für alle Altersgruppen, 2. Breite Anwendung von Telefonreanimation und Ersthelfer-Systemen, 3. AED an öffentlich zugänglichen, stark frequentierten Plätzen, und 4. Bundesweites AED-Register.

Berlin, den 08. Juli 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

Geschäftsstelle des APS

Alte Jakobstraße 81, 10179 Berlin

Tel. 030 3642 816 0

Email: info@aps-ev.de

Internet: www.aps-ev.de