

## **Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 23. Oktober 2020**

**STELLUNGNAHME DES BERUFSVERBANDES DER DEUTSCHEN CHIRURGEN E.V. ZUM  
REFERENTENENTWURF DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT**

(Stand: 12.11.2020)

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.  
Luisenstr. 58/59  
10117 Berlin  
Tel.: 030-28004-150  
mail@bdc.de

## Einleitung

Um die Versorgung zielgerichtet weiterzuentwickeln, sieht das Bundesministerium für Gesundheit in seinem Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) u. a. Maßnahmen in der Notfallversorgung zur verbesserten Zuordnung von Patienten zur jeweils angemessenen Versorgungsebene sowie weitere Regelungen im Bereich der Qualitätssicherung und -darstellung vor. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen nimmt zu diesen Aspekten wie folgt Stellung.

## Allgemeiner Teil

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) unterstützt die grundsätzliche Intention des GVWG, die Versorgung zielgerichtet weiterzuentwickeln, u. a. durch Maßnahmen zur Koordination von Patienten in der Notfallversorgung sowie durch weitere Regelungen im Bereich der Qualitätssicherung und -darstellung.

Der BDC befürwortet die **Einführung eines bundeseinheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens zur verbindlichen Feststellung des ambulanten Behandlungsbedarfs**. Gleichwohl ist hervorzuheben, dass an ein solches Instrument von elementarer Bedeutung allerhöchste methodische Ansprüche zu stellen sind. Daher ist die **einschlägige Expertise der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften** unbedingt in den Entwicklungsprozess einzubeziehen. Zudem macht der BDC darauf aufmerksam, dass ein Softwarebasiertes System immer nur die **qualifizierte ärztliche Entscheidung unterstützen** kann. Keinesfalls sollte es diese ersetzen.

Zur öffentlichen und vergleichenden Darstellung von Qualität ist unbedingt zu beachten, dass die Nutzung von Qualitätsparametern zur Information der Öffentlichkeit **gravierenden methodischen Limitationen unterliegt**. Umso mehr gewinnt die Abwägung von Aufwand und erwartetem Nutzen an Bedeutung.

Das **Instrument der Mindestmengen** zur Qualitätssicherung hält der BDC **grundsätzlich für sinnvoll**. Voraussetzung ist jedoch, dass eine **ausreichende Evidenz zum Zusammenhang von Behandlungsmenge und Ergebnisqualität** für den jeweiligen Anwendungsbereich vorliegt. Auszuschließen ist, dass die Einführung von Mindestmengen anderen Maximen folgt, wie z. B. einer Strukturreform im Bereich der Krankenhauslandschaft.

Schließlich sollte für jegliche Art der Qualitätssicherung der **Nutzen in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand** stehen. Zusätzliche **bürokratische Aufwände** für medizinisches Personal sind unbedingt auf ein Mindestmaß zu **reduzieren**, z. B. durch Nutzung von Tracer-Indikatoren, Routinedaten und intelligente Softwaresysteme. Schließlich geht die **höchste Bedrohung für die medizinische Versorgungsqualität von mangelnden personellen und zeitlichen Ressourcen** aus.

## Die Regelungen im Einzelnen

### Nr. 30 - § 120 Abs. 3b (neu)

#### **Notfallversorgung: Qualifizierte Ersteinschätzung des ambulanten Versorgungsbedarfs**

Der Referentenentwurf sieht die Einführung eines bundeseinheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens zur verbindlichen Feststellung des ambulanten Behandlungsbedarfs vor. Die Einführung eines solchen Instruments wird generell befürwortet. Gleichwohl ist hervorzuheben, dass an ein solches Instrument von elementarer Bedeutung allerhöchste methodische Ansprüche zu stellen sind. Daher ist die **einschlägige Expertise der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften unbedingt in den Entwicklungsprozess einzubeziehen**.

Zudem macht der BDC darauf aufmerksam, dass ein Softwarebasiertes System immer nur die **qualifizierte ärztliche Entscheidung** unterstützen kann. Keinesfalls sollte es diese ersetzen.

Positiv bewertet wird das Ziel, anhand eines **standardisierten Verfahrens die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs** wie auch die jeweils angemessene Versorgungsebene zu identifizieren. PatientInnen, bei denen ein notfallmäßiger Behandlungsbedarf nicht gegeben ist, können dann der vertragsärztlichen Versorgung zugeführt werden. Die Vermeidung einer unangemessenen Inanspruchnahme kann dazu beitragen, Notfallambulanzen der **Krankenhäuser zu entlasten** und die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern.

Sorge getragen werden sollte dafür, dass das Instrument nicht über die in diesem Entwurf vorgesehenen Zwecke (einer Bestimmung der Dringlichkeit sowie Zuordnung zur Versorgungsebene und damit Schaffung einer Abrechnungsvoraussetzung) hinaus konzipiert wird. Den gesamten ambulanten Behandlungsbedarf – also auch die diagnostische Abklärung in der Notaufnahme – einzubeziehen, wäre aus Sicht des BDC nicht sachgerecht. Es ist unbedingt Sorge dafür zu tragen, dass **nicht in die Organisationshoheit der Krankenhäuser eingegriffen wird**, bzw. die **Kompetenzen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überschritten werden**.

Im Rahmen der Bewertung der Dringlichkeit ist es zwingend erforderlich, dass ein Instrument zur qualifizierten Ersteinschätzung eine **sofortige Identifikation von Notfällen** zur sofortigen Behandlung in der Notfallambulanz des Krankenhauses ermöglicht. Um eine ausreichende Qualität des Ersteinschätzungsverfahrens zu gewährleisten, sollte – insbesondere für diesen Teilbereich – unbedingt die **Expertise der einschlägigen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften** in die Entwicklung einbezogen werden.

#### **Änderungsbedarf**

*„(3b) Zur Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit sowie als Abrechnungsvoraussetzung der Leistungen von Notfallambulanzen der Krankenhäuser hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich an Notfallambulanzen der Krankenhäuser wenden, im Benehmen mit (...) aufzustellen. Den mit der Notfallversorgung befassten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“*

## **Nr. 34 – § 136a Abs. 6 (neu)**

### **Einheitliche Anforderungen für die Qualitätsdarstellung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält den Auftrag, eine Richtlinie zu erlassen mit „einheitlichen Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche“.

Grundsätzlich ist eine transparente Darstellung belastbarer Parameter, welche auf die Qualität der medizinischen Versorgung rückschließen lassen, aus Sicht des BDC wünschenswert. Gleichwohl ist zu beachten, dass die Nutzung von Qualitätsparametern zur Information der Öffentlichkeit **gravierenden methodischen Limitationen unterliegt**, von denen an dieser Stelle nur einige genannt werden sollen:

- Ausreichende Fallzahlen sind als Vorbedingung erforderlich, um überhaupt valide Aussagen zur Qualität eines Arztes, MVZ oder Krankenhauses treffen zu können.
- Zur Darstellung von Ergebnisqualität ist eine belastbare Risikoadjustierung erforderlich, die wiederum ausreichende Fallzahlen voraussetzt.
- Die vergleichende Darstellung von Qualitätsparametern bietet u. a. Anreize zur Risikoselektion. Diese negativen Auswirkungen gilt es, den positiven Resultaten der Qualitätssicherung gegenüberzustellen, um eine Abwägung zu ermöglichen.
- Bei der Darstellung von Ergebnisqualität ist zu beachten, dass diese in hohem Maße multifaktoriell bedingt ist (Allgemeinzustand, Zeitpunkt und Qualität der Indikationsstellung/Zuweisung, Qualität und Art eines Eingriffs, medikamentöse Behandlung, Narkoseverfahren, etc.). Die entsprechenden Indikatoren sind für eine vergleichende Darstellung nur dann nutzbar, wenn die Verantwortlichkeit für die Ausprägung der Ergebnisse einem einzelnen Arzt, MVZ, Krankenhaus eindeutig zugeordnet werden kann.

Vor diesem Hintergrund spricht sich der BDC dafür aus, **allenfalls wenige, aussagekräftige Parameter zu veröffentlichen**. Im Fokus könnten einschlägige Parameter zur Strukturqualität stehen, für deren Zusammenhang mit der Behandlungsqualität am ehesten eine Evidenzgrundlage besteht.

Zudem sollte ein **einheitliches Aggregationsniveau** angewandt werden, um sachgerechte Vergleiche überhaupt zu ermöglichen. Auf dieser Basis könnten Krankenhäuser untereinander verglichen werden. Sobald einzelne Ärzte in die Darstellung einbezogen werden, sollte der Vergleich grundsätzlich arztbezogen, z. B. anhand lebenslanger Arztnummern, erfolgen.

Schließlich sollte die **datenschutzrechtliche Grundlage erneut geprüft** werden. In der Begründung zum Referentenentwurf heißt es, dass u. a. das Recht auf körperliche Unversehrtheit von PatientInnen die schützenswerten Interessen einzelner Ärzte überwiegt. Aus Sicht des BDC müsste für diese Schlussfolgerung zunächst erwiesen sein, dass eine fehlende Veröffentlichung von Daten irgendeinen Einfluss auf Behandlungsergebnisse und damit ggf. auch die körperliche Unversehrtheit von PatientInnen hat. Legt man das aktuelle Niveau der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zugrunde darf dies bezweifelt werden.

## Änderungsbedarf

### § 136a Absatz 6 (neu)

„(...) Die Erforderlichkeit der zu verarbeitenden Daten sowie der zu veröffentlichen Auswertungsergebnisse für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche sind in der Richtlinie darzulegen. Dabei sind insbesondere die Datensparsamkeit und die Aussagekraft der Auswertungsergebnisse zu berücksichtigen. Die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse hat einrichtungsbezogen und regelmäßig zu erfolgen. Beinhaltet die einrichtungsbezogene Veröffentlichung Daten einzelner zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Leistungserbringer, sind die Auswertungsergebnisse für alle Einrichtungen auch arztbezogen zu veröffentlichen.“

### Nr. 35 – § 136b Absatz 3 bis 5 SGB V

#### Ergänzung der Vorgaben für Mindestmengen

Der Referentenentwurf sieht die Einführung weiterer Vorgaben für Mindestmengen für ausgewählte planbare Leistungen vor.

Das **Instrument der Mindestmengen** zur Qualitätssicherung hält der BDC **grundsätzlich für sinnvoll**. Eine Kopplung von Mindestmengen an Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität wird ebenfalls grundsätzlich befürwortet.

Voraussetzung ist jedoch, dass dadurch eine Verbesserung der Behandlungsqualität zu erwarten ist und dementsprechend **ausreichende Evidenz zum Zusammenhang von Behandlungsmenge und Ergebnisqualität** für den jeweiligen Anwendungsbereich vorliegt. Unbedingt auszuschließen ist, dass die Einführung von Mindestmengen anderen Maximen folgt, wie z. B. einer Strukturreform im Bereich der Krankenhauslandschaft.

Vor diesem Hintergrund **begrüßt der BDC** ausdrücklich die intendierte **Verpflichtung des G-BA**, regelmäßig die vorliegende **Evidenz** als Grundlage für die Einführung weiterer Mindestmengen zu prüfen.

**Kritisch** beurteilt wird hingegen die **Streichung von Ausnahmeregelungen** gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Die Landesplanungsbehörden sollten auch weiterhin die Möglichkeit haben, zu Sicherstellungszwecken in besonderen Ausnahmen von den Mindestmengenvorgaben des G-BA abzuweichen. Für die Beurteilung von Ausnahmefällen könnten weitere Kriterien, wie z. B. arztbezogene Mindestmengen oder die Erfüllung von Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, als Voraussetzung gelten, die auf ein hohes Qualitätsniveau schließen lassen.

## **Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)**

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) ist mit über 17.000 Mitgliedern die größte europäische Chirurgenvereinigung. Er vertritt die berufspolitischen Interessen deutscher Chirurginnen und Chirurgen in Klinik und Praxis.