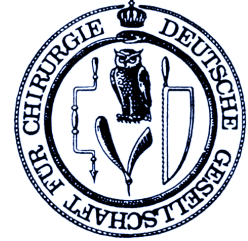




DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
CHIRURGIE E.V.



Gegr. 1872 \* Sitz Berlin

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. \* Luisenstr.58/59 \* 10117 Berlin

An das  
Bundesministerium für Gesundheit  
Referat 216 – Grundsatzfragen der Kran-  
kenhausversorgung, Krankenhausfinanzie-  
rung und Personal im Krankenhaus

Glinkastraße 35, 10117 Berlin

**Generalsekretär:**

Univ.-Prof. Dr.med.

Thomas Schmitz-Rixen

**Geschäftsstelle:**

Deutsche Gesellschaft für  
Chirurgie e.V.

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 58/59

D-10117 Berlin

Telefon +49 (0)30 2887 6290

Mobil +49 (0)171 5330 666

[info@dgch.de](mailto:info@dgch.de) / [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

30. April 2024

- Übergeordnete Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
- Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen
- (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Sehr geehrter Herr Minister Professor Lauterbach, sehr geehrte Damen und Herrn,  
herzlichen Dank für die Möglichkeit einer Stellungnahme zum KHVVG, die wir Ihnen als DGCH für alle assoziierten Fachgesellschaften und den Bund Deutscher Chirurgie hiermit fristgerecht zusenden. Darüberhinaus werden einzelne Gesellschaften noch für sie spezifizierte Stellungnahmen verfassen. Folgende Fachgesellschaften sind an der übergeordneten Stellungnahme beteiligt:

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) *(angefragt)*

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG)

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) *(angefragt)*

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) *(angefragt)*

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)

Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC)

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

**Bankverbindung:**

Deutsche Apotheker-und Ärztebank

Berlin

IBAN: **DE54 3006 0601 0005 2983 93**

BIC: DAAEDEDXXX



## Stellungnahme der Chirurg. Fachgesellschaften zum KHVVG

---

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Berufsverband Deutscher Chirurgie

mit besten Grüßen

Ihr

*Thomas Schmitz-Rixen*  
Generalsekretär der DGCH





## Stellungnahme der Chirurg. Fachgesellschaften zum KHVVG

---

Die DGCH und ihre assoziierten Fachgesellschaften teilen die von allen Parteien, Institutionen und Verbänden geäußerten Sorgen um die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystem. Die lange überfälligen Strukturreformen in der stationären, wie auch ambulanten Versorgung finden in vielen Aspekten unsere Zustimmung. Die Ausschöpfung des ambulanten Potenzials, die Zentralisierung komplexer Leistungen, die Bündelung von Kapazitäten in Ballungsräumen bei Erhalt der flächendeckenden Versorgung bei zeitkritischen akuten Krankheiten und die Qualitätssteigerung durch Einführung spezialisierter Leistungsgruppen mit Qualitätsvorgaben und Mindestvorhaltezahlen werden von uns begrüßt. Auch eine effektive Vergütungsänderung durch Einführung von Vorhaltepauschalen für die Leistungsgruppen halten wir für einen Schritt in die richtige Richtung. Da diese durch die INEK-Kalkulation mit der Überprüfung von Mindestvorhaltezahlen dann doch wieder eine quantitative Komponente erhalten wird, sollte überdacht werden.

Die jetzige Situation der stationären Krankenversorgung mit weitgehender Unterdeckung, den folgenden Insolvenzverfahren oder teils massiven extrabudgetären Finanzspritzen erfordert eine Zeitenwende, da sonst Einschnitte in der Versorgung und der Qualität sowie Unterversorgung gerade in ländlichen und grenznahen Gebieten droht. Allerdings kann auch das im Referentenentwurf vorgestellte System aufgrund seiner relativ starren Strukturqualitäts- und Personalvorgaben die regionale Unterversorgung nicht verhindern. Deshalb plädiert die DGCH für ein flexibles System mit Öffnungsklauseln. Die kürzliche Vorstellung der Simulation einer Auswirkung der Reform auf die Versorgung durch die Leistungsgruppen durch Teile der Regierungskommission und durch den GKV-Spitzenverband könnte das geeignete Instrument sein, hier Abhilfe zu schaffen.

Als Ärzteschaft freuen wir uns, über die AWMF in den Beratungs- und Stellungnahmeprozess erstmals seit vielen Jahren wieder eingebunden zu sein, sind aber nach vielen Sitzungen und vornehmlich ehrenamtlichem Arbeitsaufwand enttäuscht, wie wenig hiervon Berücksichtigung im Gesetzgebungsverfahren gefunden hat. Lassen



---

## Stellungnahme der Chirurg. Fachgesellschaften zum KHVVG

---

Sie uns deshalb hier aus chirurgischer Sicht noch einmal dezidiert Stellung nehmen. Diese Stellungnahme erfolgt aus gesamtchirurgischer Sicht. Im Anhang finden Sie dann noch spezifische Stellungnahmen einzelner chirurgischer Fachgesellschaften.

1. Die Aufteilung des Leistungsportfolios in die NRW Leistungsgruppen (+ 5 weiterer Gruppen) erscheint uns unzureichend. Hier erwarten wir eine quantitativ und qualitativ bessere Differenzierung und empfehlen eine Entwicklungsklausel mit zeitnaher Umsetzung. Kleinere Fächer ohne eigenständige Leistungsgruppe – wie z. B. die endokrine Chirurgie – sollten eigenständig definiert werden, da ansonsten zu befürchten ist, dass diese Fächer in ihrer Entwicklung und Forschung abgekoppelt werden.
2. Das Ziel der Reformbemühungen, die Kliniken durch Strukturreformen in ein finanziell auskömmliches Fahrwasser mit ausreichender Personalausstattung zu bringen, teilen wir. Uns ist bewusst, dass dies nicht ohne Bettenabbau und auch Schließung oder besser Fusion von Krankenhäusern gehen wird. Der notwendige Transformationsprozess (Leistungsallokation bezgl. von Leistungsgruppen, Ambulantisierung, Fusion mit Häusern unterschiedlicher Versorgungsstufen, Personalumbau etc.) wird nicht ohne Investitionen möglich sein. Wir fordern hierzu eine ausreichende Finanzierung, da diese nicht aus dem laufenden Betrieb realisiert werden kann. Das KHVVG zielt auf die Bewältigung des gegenwärtigen und zukünftigen Personalmangels. Wir werden trotz möglicher geänderter Allokation von Personal nicht umhinkommen, den Arbeitsplatz Chirurgie so zu gestalten, dass die Attraktivität zunimmt. Hierzu gehört eine Entbürokratisierung und Digitalisierung der Prozesse. Die unklare Finanzierung des Transformationsprozesses lässt auch hier noch Fragen offen.
3. Auch unterstützen wir die Bemühungen um Aufhebung der Sektorengrenzen in Häusern der untersten Versorgungsstufen mit Fokus auf die ambulante Chirurgie und pflegerische Aufgaben. Allerdings ist die Vergütungsstruktur von ambulanten Eingriffen mittels Hybrid-DRG vollständig unzureichend und noch



## Stellungnahme der Chirurg. Fachgesellschaften zum KHVVG

---

juristisch unsicher. Dies betrifft vor allen Dingen die Sachkosten. Hier muss eine Nachbesserung erfolgen.

4. Mit Erstaunen haben wir die sehr komplexen Kontrollfunktionen des MD wahrgenommen. Hier können wir aus dem Entwurf noch nicht einen konkreten Bürokratieabbau erkennen und fürchten eher eine Zunahme bürokratischer Prozesse und von Dokumentationspflichten. Die im Rahmen der IQTIG-Prüfung zugelassenen Zertifikate sind von MD-Prüfungen ausdrücklich auszunehmen.
5. Die in der stationären Versorgung etablierten Organzentren finden außer den onkologischen Zentren keine Berücksichtigung. Eine Nichtberücksichtigung wäre eine Qualitätsrückschritt.
6. Die Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie deckt 50 % des Faches Chirurgie ab. Die Heterogenität dieser Leistungsgruppe wird sich kaum kalkulieren lassen. Beispiel: Endokrine Chirurgie, die in diese Leistungsgruppe fällt. Auch sind hiermit längst überwundene Qualitätsdefizite verbunden. Dies gilt analog für die LG Allgemeine Innere Medizin. Nachdem 50 % in diese Leistungsgruppe fallen sind erhebliche qualitative Defizite zu befürchten, da für diese Leistungsgruppe in der personellen Besetzung 3 FÄ Allgemeinchirurgie gefordert sind, die beispielsweise nur teilweise durch Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie ersetzt werden können. Es ist unverändert äußerst bedauerlich, dass Bereiche wie die z. B. Tumororthopädie und komplexe chirurgische Eingriffe wie z. B. Umstellungsoperationen Becken und Ober- und Unterschenkel in den Bereich Allgemeine Chirurgie fallen, in dem diese sicher nicht richtig aufgehoben sind. Es besteht die Gefahr, dass diese Operationen nicht mehr oder wenn, dann durch nicht geeignet qualifizierte Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden.
7. Die Personalzuordnung zu den Leistungsgruppen (Mehrfachverwendung der Fachärzte in verschiedenen LGs) ist nicht schlüssig. Auch kann man mit 3 FÄ



## Stellungnahme der Chirurg. Fachgesellschaften zum KHVVG

---

keinen 24/7/365 Dienst organisieren; dem steht das Arbeitsschutzgesetz entgegen.

8. Die Stellung der Fachkliniken ist in dem KHVVG unzureichend geklärt, da war man bei den Leveln, die wieder eliminiert wurden, schon weiter. Die Strukturvoraussetzungen für hochspezialisierte Fachkliniken sind unzureichend beschrieben.
9. Das Wort Weiterbildung kommt auf 186 Seiten nur 3mal (für die Allgemeinmedizin) vor. Dabei ist die Chirurgie von zu erwartendem Einfluss der Reformbestrebungen auf die Weiterbildung in besonderer Weise betroffen. Die Möglichkeit der Weiterbildung hängt in den Einrichtungen von der Zuteilung der Leistungsgruppen und von der weiteren Entwicklung der Ambulantisierung ab. Die auf die Einführung von Leistungsgruppen folgende Zentralisierung und die Ambulantisierung wird einen erheblichen Einfluss auf die Weiterbildung haben. Ohne eine Verbundweiterbildung und Personalgestaltung ist die Weiterbildung nicht zu realisieren. Beides bedingt auch die Änderung gesetzlicher Regelungen, die auch zeitnah umgesetzt werden müssen. Gerade die Ambulantisierung von chirurgischen Leistungen zwingt, die Finanzierung der Weiterbildung transparent und unabhängig von den Trägern der Einrichtungen zu regeln.

Gez.  
Prof.Dr.Th.Schmitz-Rixen  
Generalsekretär der DGCh