



Deutsche Gesellschaft für  
Orthopädie und Unfallchirurgie



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR ORTHOPÄDIE UND  
ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE



DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
UNFALLCHIRURGIE



Berufsverband für  
Orthopädie und Unfallchirurgie

DGOU e. V.  
DGOOC e. V.  
DGU e. V.  
BVOU e. V.

Straße des 17. Juni 106 - 108  
10623 Berlin

office@dgou.de  
Tel.: +49 (0)30 340 60 36 00  
www.dgou.de

info@dgooc.de  
Tel.: +49 (0)30 340 60 36 30  
www.dgooc.de

office@dgu-online.de  
Tel.: +49 (0)30 340 60 36 20  
www.dgu-online.de

bvou@bvou.net  
Tel.: +49 (0)30 797 444 44  
www.bvou.net

## Kommentar

**Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),  
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und  
Berufsverband Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)**

**zur 3. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 6.12.2022**

### 1 Allgemeine Bemerkungen

In der 3. Stellungnahme schlägt die Regierungskommission des Gesundheitsministeriums eine Modernisierung der Krankenhausversorgung vor. Grundlage des Vorschlags ist eine Änderung der Vergütung stationärer Fälle. Diese soll zukünftig als duale Finanzierung erfolgen. Dabei werden den Krankenhäusern Vorhaltebudgets für definierte Versorgungen = Leistungsgruppen (LG) erstattet. Gleichzeitig werden die DRG's abgesenkt. Entscheidend für die Vergütung eines Falles ist, ob ein Krankenhaus berechtigt ist, Leistungsgruppen abrechnen zu können. Dazu werden die Krankenhäuser entsprechend der strukturellen Voraussetzungen, der medizinischen Kompetenzen und der regionalen Inzidenz in drei Level von 1 bis 3 bzw. Grundversorgung (1), Regel- und Schwerpunktversorgung (2) und Maximalversorgung (3) eingeteilt. Die Einteilung der Krankenhäuser würde durch die Bundesländer erfolgen.

Ziel der Reform ist es, die Versorgung definierter Erkrankungs- und Verletzungsgruppen in Krankenhäusern mit ausgewiesener Expertise zu bündeln. Gleichzeitig soll durch eine adäquate Finanzierung der Vorhaltung sichergestellt werden, dass diese Häuser die wirtschaftliche Kraft haben, die strukturellen und personellen Vorgaben zu erfüllen.

Der Vorschlag, die Vorhaltung insbesondere in Akutkrankenhäusern in die Vergütung einfließen zu lassen, wird ausdrücklich begrüßt. Dies gilt sowohl für den Bereich der Schwerverletztenversorgung als auch für die Revisions- und Tumorchirurgie des Bewegungsapparates und der Wirbelsäule, bei welchen erhebliche strukturelle und personelle Vorhaltungen finanziert werden müssen.

Grundsätzlich begrüßen wir die Arbeit der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Um die Reform erfolgreich umzusetzen, ohne den aktuell hohen Standard in der Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates zu gefährden, muss aus unserer Sicht auf einige Sachverhalte hingewiesen werden.

## 2 Krankenhauslevel

Das dreistufige System ist grundsätzlich sinnvoll und findet sich bereits jetzt in der Versorgung.

Allerdings müssen an der Sinnhaftigkeit von Level II (integrierte ambulante/stationäre Versorgung) und Level I (mit Notfallstufe I) in der hier vorliegenden Konzeption erhebliche Zweifel angebracht werden:

**Level II Krankenhäuser** haben als Strukturvoraussetzung eine Fachabteilung für Innere Medizin / und oder Chirurgie sowie Akutpflegebetten. Ärztliche Anwesenheit in der Nacht ist durch Rufbereitschaft gegeben. Diese Krankenhäuser sollen gegebenenfalls auch unter Leitung einer geeigneten Pflegekraft stehen können.

### Versorgungsauftrag:

Dieser bleibt unklar: Am ehesten handelt es sich um Akutgeriatrien, bei denen Ärzte konsiliarisch hinzugezogen werden können. Weiterhin sollen ambulante medizinische Leistungen erbracht werden dürfen, wobei auch hier unklar bleibt, welche Leistungen nicht innerhalb schon existierender ambulanter OP-Zentren erbracht werden können und warum hier Doppelstrukturen aufgebaut werden sollen.

### Ärztliches Personal:

Die konsiliarisch angedachte Einbindung ärztlicher Kompetenz dürfte schon daran scheitern, dass die Bezahlung der Ärzte in diesem Level II über den EBM vorgesehen ist, was eher abschreckend wirken dürfte.

**Fazit:** Die Schaffung eines Level II erscheint in dieser Ausgestaltung mangels klar definierten Versorgungsauftrages neben etablierten Einrichtungen verzichtbar und mangels ärztlichen Personals nicht realisierbar.

Stattdessen würde es sich aber anbieten, diesen Level der sektorengleichen Versorgung, d. h. einer neuen Versorgungsform an der Schnittstelle von ambulant und stationär zu widmen.

Der Versorgungsauftrag dieses „Levels“ würde dann die zu „ambulantisierenden“ Leistungsfelder des bisherigen DRG-Systems umfassen. Benötigt würde weiterhin eine neue Vergütungssystematik, die sich zwischen DRG und EBM bewegt und es müsste im SGB ein neuer ordnungspolitischer Rahmen dafür geschaffen werden. Wie all diese Maßnahmen konkret aussehen könnten, haben wir bereits im Dezember 2022 in einem working paper veröffentlicht („Analyse und Einführung einer sektorengleichen Versorgung und Vergütung in Orthopädie und Unfallchirurgie“ [https://www.hs-rm.de/fileadmin/Home/Fachbereiche/Wiesbaden\\_Business\\_School/Forschungsprofil/Institute/WiHeIP/WiHeIP\\_BVOJ\\_WP\\_SGP\\_2022\\_12.pdf](https://www.hs-rm.de/fileadmin/Home/Fachbereiche/Wiesbaden_Business_School/Forschungsprofil/Institute/WiHeIP/WiHeIP_BVOJ_WP_SGP_2022_12.pdf)). Es ist der konstruktive Beitrag aus Orthopädie und Unfallchirurgie, um den aus unserer Sicht unumgänglichen Wandel in Klinik und Praxis mitzugestalten.

**Level I** ist der Grundversorger mit Notfallversorgung mit einem Sicherstellungsauftrag für die stationäre internistische und chirurgische Basisversorgung, Basis-Notfallversorgung und je nach Bedarf auch Geriatrie oder Palliativmedizin und ist für Regionen vorgesehen, in denen das nächstgelegene Krankenhaus der Regel- und Schwerpunktversorgung bzw. der Maximalversorgung weiter als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit entfernt ist.

Laut einer Analyse des Hamburger Institute for Health Care Business (HCB) unter Leitung des Gesundheitsökonom Prof. Boris Augurzy würden bei Umsetzung der Vorschläge bundesweit noch 232 Krankenhausstandorte der Maximal- und Schwerpunktversorgung bestehen, davon 150 in der Maximalversorgung. Von den derzeit rund 1700 deutschen Krankenhausstandorten würden 1250 Standorte laut der Analyse danach einer der beiden Level-I-Stufen zugeordnet, davon 834 dem Level I. Würde man jedoch noch die 30-Minuten-Regel zur

Erreichbarkeit „scharf“ berücksichtigen, würden 562 weitere Kliniken aus dieser Gruppe zu li-Einrichtungen. Für 215 Standorte, darunter viele Fachkliniken, konnten die Autoren keine Zuordnung treffen. Dies konterkariert die Bestrebungen durch Spezialisierung die Qualität der medizinischen Versorgung stetig zu verbessern.

#### Versorgungsauftrag:

Für die zahlenmäßig große Anzahl an Level I Krankenhäusern verbleibt im vorgesehenen Modell nur ein kleiner Anteil am Versorgungsspektrum. So soll sich der gesamte Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie im Level II abspielen, d.h. inklusive Gelenkchirurgie, Frakturversorgung usw.

#### Ärztliches Personal:

Unklar bleibt, wer die „Basisversorgung“ im Level In ärztlicherseits gewährleisten soll. Allgemeinchirurgen werden nur noch in geringer Zahl weitergebildet. In der Realität gibt es entweder den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, der traumatologisch versorgen kann oder den viszeralchirurgisch ausgebildeten Kollegen, der akute Appendizitiden usw. versorgen kann. Daher müssen in Krankenhäusern dieses Levels immer zwei chirurgische Disziplinen in Rufbereitschaft stehen.

Für diese Kollegen stünde im elektiven Bereich aber nur ein sehr eingeschränktes Leistungsspektrum gegenüber, das in Level In vorgesehen ist. Einem hohen ärztlichen Personalbedarf stünde somit nur ein sehr eingeschränktes Betätigungsfeld zur Verfügung.

Fazit: Für diesen Level findet sich nur ein sehr eingeschränkter Versorgungsauftrag und es werden sich auch nur schwerlich Ärzte finden lassen, für die dieser Arbeitsplatz attraktiv sein wird.

Unter diesen Voraussetzungen werden Krankenhäuser der Grundversorgung, d. h. des Levels 1n nicht überleben können. Dauerhaft verbleiben für die stationäre Versorgung der Bevölkerung, insbesondere im Notfallbereich, ca. 450 Krankenhäuser der Level II und höher.

Diese Klinikschließungen sind sicher beabsichtigt, sollten aber offen politisch kommuniziert werden, da es die Patientenströme erheblich verändern wird. Nach realistischen Abschätzungen von Prof. Augurzky werden 50 % der Patientinnen und Patienten in einer anderen klinischen Einrichtung versorgt werden.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind die Krankenhäuser der Level II und III auf eine Zunahme der stationären Versorgungsfälle nicht vorbereitet und die Vertragsärzte nicht auf die Ambulantisierung.

#### Anpassung der Level an die Versorgungsstrukturen im SGB VII:

Im Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung ist die stationäre Versorgung in drei Stufen gegliedert. Eine Passung der Dreistufigkeit zum Vorschlag der Strukturkommission ist nicht vollständig umsetzbar.

1. Das stationäre DAV (Facharzt O/U durchgehend mindestens in Rufbereitschaft) ist im Versorgungslevel In möglich. Hierzu müssen die Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (Stationäres Durchgangsarztverfahren) nach §34 SGB VII, über die Kriterien im Level In hinaus, gegeben sein.
2. Das VAV wird in der Regel in Versorgungslevel II zu finden sein. Die Anforderungen finden sich im §34 SGB VII
3. Das SAV wird im Versorgungslevel III zu finden sein. Besonders nach in Kraft treten (01.07.2023) der neuen Anforderungen zum SAV mit Fokus auf die postakute Behandlung, Mindestmengen sowie Vorhaltung spezieller Kompetenzen zur Versorgung von Schwerverletzten, ist eine Zulassung der ÜTZ (Level III) zum SAV nicht zwangsläufig gegeben. §34 SGB VII.

### 3 Schwerverletztenversorgung

Das von der Kommission vorgestellte dreistufige System stimmt nicht mit dem etablierten dreistufigen System der flächendeckenden Schwerverletztenversorgung überein. Das gilt sowohl für die Vorgabe des G-BA (gemäß §136 C, Absatz 4 des 5. Buches SGB V), als auch für die Einteilungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) bzw. für das TraumaNetzwerk Deutschland (3. Auflage Weißbuch Schwerverletztenversorgung 2019).

In dem aktuell praktizierten dreistufigen System der Notfallversorgung wird übereinstimmend gefordert, dass Krankenhäuser der ersten Stufe (als KH der Basisnotfallversorgung bzw. KH mit stationärem D-Arztverfahren bzw. lokales Traumazentrum) eine Akutversorgung von schwerverletzten Patienten gewährleisten müssen. Durch die Bemühungen der letzten Jahre ist dadurch in Deutschland ein TraumaNetzwerk mit Kooperation der Kliniken aller drei Versorgungsstufen (lokale, regionale und überregionale Traumazentren) etabliert worden. Das Traumanetzwerk hat sich nicht nur in der täglichen Schwerverletztenversorgung, sondern auch bei Bewältigung von Großschadenslagen bis hin zur Versorgung höherer Zahlen an Kriegsverletzten aus dem Ukraine-Krieg bewährt.

Im Jahr 2021 wurden 11 % der 23.170 schwer- und schwerstverletzten Personen in Deutschland in lokalen Traumazentren (LTZ) versorgt (TraumaRegister DGU Jahresbericht 2022). Damit wurde nicht nur die flächendeckende Traumaversorgung sichergestellt, sondern auch eine weitere Überlastung der Zentralen Notaufnahmen größerer Häuser verhindert. Nach aktuellen Berechnungen kommen auf einen Schwerverletzten weitere 2-3 Patienten, die primär aufgrund des Unfallmechanismus in einem Schockraum gesehen werden müssen, meist aber dann weniger schwere Verletzungen aufweisen. Durch Wegfall vieler LTZs käme es zu einer weiteren Überlastung der (zentralen) Notaufnahmen.

Durch den Vorschlag der Regierungskommission, unfallchirurgische und orthopädische LG ausschließlich den Krankenhäusern der Level II und III zuzuordnen, entsteht eine große Verunsicherung unter den Leistungserbringern, wenn nicht sogar eine Gefährdung des aktuellen Konzeptes der vernetzten unfallchirurgischen Notfallversorgung. Denn viele LTZ dürften die Vorgaben des Reformvorschlages (10 und mehr 'high care' Intensivbetten, Hubschrauberlandeplatz, Stroke Unit, Angiographieeinheit, etc.) nicht vollständig erfüllen können. Diese Krankenhäuser wären gemäß dem Reformvorschlag für das Level I über- bzw. für das Level II unterqualifiziert.

Um organisatorische Unstimmigkeiten und Verunsicherungen zu vermeiden, wäre es aus Sicht der Schwerverletztenversorgung und der stationären Versorgung komplexer Frakturen, Gelenk- und Weichteilverletzungen empfehlenswert, geprüfte und zertifizierte Traumazentren sowie Krankenhäuser mit Verletzungsartenverfahren (VAV) bzw. Schwerverletztenartenverfahren (SAV) gemäß DGUV, grundsätzlich ab dem Level II einzuordnen. Ggf. könnten die strukturellen Unterschiede von lokalen und regionalen Traumazentren durch eine Subspezialisierung des Level II ausgewiesen werden. Dies würde auch die Überprüfung der strukturellen, personellen und organisatorischen Anforderungen erleichtern, da für die traumatologischen Versorgungsstufen bereits etablierte Zertifizierungssysteme von Seiten der DGU und der DGUV existieren.

### 4 Fachkliniken und nicht-universitäre Krankenhäuser der orthopädisch-unfallchirurgischen Versorgung

Zahlreiche Kliniken, in denen eine orthopädische Versorgung stattfindet, insbesondere orthopädische Fachkliniken, entbehren einer Struktur, die für den Level II vorgegeben ist. Insbesondere fehlen bei den nicht in Re-



gelversorgungskliniken angesiedelten Orthopädischen Kliniken zum Beispiel häufig eine Stroke Unit, eine Kardiologie oder weitere internistische Vorgabe. Die kompletten orthopädischen Leistungen sind jedoch als 2.4 aufgeführt und bleiben dem Level II vorbehalten. Insbesondere aufgeführt sind hier die Endoprothetik Hüfte und Knie, die Revisionsendoprothetik Hüfte und Knie, die Wirbelsäulenchirurgie sowie zahlreiche andere orthopädische Leistungskomplexe, auch die gesamte Orthopädie und Unfallchirurgie. Etablierte, mit hohen Fallzahlen tätigen spezialisierten Kliniken unseres Faches mangelt es in vielen Fällen an den Strukturvorgaben für den Level II.

Eine Bereinigung der Anbietermenge im orthopädischen und unfallchirurgischen Bereich, gerade in den elektiven Bereichen, ist sicherlich empfehlenswert, da sich weit über tausend Anbieter auf dem Markt befinden. Es muss jedoch strikt darauf geachtet werden, dass hochspezialisierte Kliniken nicht vom Markt gehen müssen, da ihnen die Level II Kategorie nicht zugeschrieben wird. Die Spezialisierung ist aber nachzuweisen.

Ausnahmen für hochspezialisierte Kliniken, die hochfrequent mit hoher Qualität einzelne Leistungen, z. B. Endoprothetik oder Wirbelsäulenleistungen vollbringen, sind zu deren Erhalt zwingend erforderlich, sie bedürfen eines besonderen Status. Der erstrebenswerte Status kann aber nicht unbedingt der der Fachklinik sein, da laut Vorschlag der Regierungskommission diese Fachklinik dann wieder an eine Level II oder III Klinik angegliedert werden muss, was in vielen Fällen, bei gut funktionierenden spezialisierten Kliniken nicht sinnvoll erscheint oder schlichtweg nicht möglich ist, da diese eigenständig sind. Versorger im orthopädischen Bereich sind oft Stiftungen, da aus „Krüppelheimen“ entstanden. Viele der orthopädischen und unfallchirurgischen Kliniken versorgen hohe Fallzahlen in ihrem spezifischen Bereich, sind hoch spezialisiert und machen all das, was man sich als Kostenträger und Politik von einer spezialisierten Klinik wünscht. Somit bedürfen diese Kliniken aus unserer Sicht einer besonderen Betrachtung. Auch wenn diese oft eine Notaufnahme der Kategorie I haben, so dürfte es schwerfallen, diese in die Notfallkategorie II umzuwandeln. Regionale Besonderheiten, insbesondere in Flächenstaaten, bedürfen hier definitiv einer besonderen Betrachtung.

Ebenso zu beachten sind Fachkliniken, die ohne jegliche reguläre Notfallstruktur agieren, hier wäre insbesondere noch einmal zu überdenken, wie die Vorhaltekosten, die ja auch Notaufnahmen berücksichtigen, fair verteilt werden könnten. Das Ziel muss es sein, zwar eine Reduktion durchzuführen, aber die großen spezialisierten Einrichtungen in der Versorgungslandschaft unbedingt zu belassen. Insbesondere Orthopädisch/Unfallchirurgische Fachkliniken mit Spezialisierung im Bereich Endoprothetik, Wirbelsäulenchirurgie oder ähnlichem sind für die Versorgung elementar, sind allein aufgrund des Leistungsvolumens und der hohen Versorgungsqualität nicht zu ersetzen und dürfen nicht vom Netz gehen.

Dies wäre entgegen der Level-Definition über Struktur- und Prozessqualität, wie zum Beispiel EndoCert für die Endoprothetik, und über Mindestmengen zu erreichen. Die Struktur- und Prozessvorgaben sowie Mindestvoraussetzungen sind ausweislich von der Regierungskommission definiert, Mindestmengen sollten hier aber ebenso eine adäquate Berücksichtigung finden. Es muss zwingend darauf geachtet werden, dass die Ökonomisierung ein Ende findet, es muss zwingend darauf geachtet werden, dass Mehrleistung sich nicht wieder zum Maß aller Dinge erhebt. Die Summe aus Vorhaltekosten und abgesenkter DRG soll den momentanen Gesamtausgabe entsprechen. Somit wäre aber eine adäquate Vergütung der Häuser nur denkbar, indem auch durchaus eine erkleckliche Anzahl an kleineren Häusern das System verlassen würde.

Spannend bei alledem bleibt noch die Definition der klinisch-ambulant Leistungen und vor allem die dafür vorgesehene Vergütung. Es ist davon auszugehen, dass diese in der Einführungsphase, um Anreize zu setzen, ordentlich vergütet werden, es bleibt jedoch zu beobachten, wie die Anpassung erfolgt.

Aus unserer Sicht sollte seitens der Politik dafür Sorge getragen werden, dass etablierte Kliniken unabhängig von ihrem Level erhalten bleiben, um die hochqualitative Versorgung in Deutschland zu gewährleisten. Die hohe Anbietermenge jedoch bedarf einer gewissen Korrektur, nicht jede Klinik der Regelversorgung sollte elektive Leistungen anbieten können, eine gewisse Fahrtzeit ist für diese Leistungen zumutbar und ist dieser Qualität förderlich. Aus diesem Grunde ist auch die Eingruppierung der spezialisierten orthopädischen/unfallchirurgischen Leistungen im Level II nicht zielführend, dies erscheint uns über Strukturprozessqualität und über adäquat und hoch anzusetzende Mindestmengen umsetzbar.

## 5 Spezialisierte nicht-operative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen

Entsprechend der Richtlinie des G-BA zur stationären Behandlung haben ambulante Verfahren Vorrang, solange die angestrebten Therapieziele auch ambulant erreichbar sind. Die stationäre Behandlung spielt in der Behandlung von Rückenschmerzen insbesondere im Rahmen der Durchführung stationärer multimodaler Komplexbehandlungen eine wichtige Rolle, wenn mit ambulante Behandlungsverfahren das erforderliche Therapieziel nicht mehr erreicht werden kann.

Zur Durchführung multimodaler Konzepte bedarf es einer hohen Spezialisierung in den durchführenden Krankenhäusern, gerade wenn es um starke akute und chronische Schmerzen des Bewegungsapparates geht, die die Berufsausübung oder die Selbstversorgungsmöglichkeit der Patienten behindern. Die Kompetenz für die Behandlung der Krankheitsbilder aus Orthopädie und Unfallchirurgie liegt in der Hand spezialisierter konservativ-orthopädischer Hauptfachabteilungen an Akutkrankenhäusern oder in Fachkrankenhäusern. Die überwiegende Mehrzahl dieser Krankenhäuser wird nicht in Level II oder III eingestuft werden. Da aber orthopädisch-unfallchirurgische Leistungen Level II oder III vorbehalten sein werden, könnte eine große Anzahl multimodaler Behandlungen nicht mehr durchgeführt werden. Das birgt unweigerlich die große Gefahr einer weiteren Erhöhung der Anzahl von chronifizierten Patienten und alternativ von Wirbelsäulenoperationen. Möchte man Operationen vermeiden, dann muss man die Möglichkeit der stationären nicht-operativen Behandlung unbedingt erhalten. Darüber hinaus wären die Krankenhäuser in Level II und III mit diesem Patientengut, das sehr zeitaufwändig und behandlungsintensiv ist, zusätzlich überlastet. Daher ist die Einstufung in den Sonderstatus einer Fachklinik für die betroffenen Krankenhäuser mit der Möglichkeit der Erbringung dieser multimodalen Komplexbehandlungen auch außerhalb des Levels II und III zu fordern.

## 6 Berücksichtigung der fachärztlichen Weiterbildung

In vielen Fachkliniken bzw. MVZs mit Klinikkooperation werden auch im Fach der Orthopädie und Unfallchirurgie operative Eingriffe ausschließlich von Fachärzten ausgeführt. Dies ermöglicht gegenüber Kliniken mit Facharztweiterbildung eine wesentlich schnellere und damit wirtschaftlichere Behandlung, weil die Fallvergütung einheitlich ist.

Aus Sicht der DGO ist zu fordern, dass die Weiterbildung von Fachärzten in einem größeren Umfang gewährleistet wird und bei der Vergütung vergleichend dem Vorhaltebudget Berücksichtigung findet.

Auch ist durch die Verschiebung der Leistungsumfänge in unterschiedlichen Versorgungslevel ein häufiger Wechsel der Ärzte in Weiterbildung notwendig, so dass ohne entsprechende sozialverträgliche Verbundlösungen die Attraktivität des Arztberufes, auch vor dem Hintergrund des anstehenden Ärztemangels durch Ausscheiden der geburtenstarken Jahrgänge, sinken wird.

## 7 Personalbemessung Ärzte

Die Stellungnahme und Empfehlung führt bezüglich der Levelzuteilung der Krankenhäuser die ärztliche Personalbemessung nach dem Modell der BÄK auf. Dieses Instrument ist bislang nicht allgemein bekannt und die Auswirkungen der Anwendung dieses Instrumentes in der Krankenhausversorgung können aktuell überhaupt nicht abgesehen werden.

## 8 Zusammenfassung

- Der Vorschlag, die Vorhaltung insbesondere in Akutkrankenhäusern in die Vergütung einfließen zu lassen, wird ausdrücklich begrüßt.
- Eine Reduktion der Anzahl der im Gesundheitssystem befindlichen Krankenhäuser ist erforderlich. Regionale Besonderheiten sind zu berücksichtigen.
- Die Reduktion der Krankenhäuser und die Neueinstufung dürfen nicht zu einem Kahlschlag und der Gefährdung etablierter Versorgungsstandards wie der Traumaversorgung führen. Diesbezüglich wird eine Flexibilisierung im Hinblick auf die Level angemahnt.
- Die enormen mit dem geplanten Umbau des Systems einhergehenden Investitionen in das Krankenhaus-system müssen sichergestellt sein.
- Spezialisierte Einrichtungen (z. B. Fachkliniken für Endoprothetik, Wirbelsäulenbehandlung, konservative Therapie) müssen im Sinne der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung unabhängig vom Level Bestandteil der Krankenhausversorgung bleiben. Dies lässt sich nicht nur an der Bettenzahl einer Einrichtung, von weiteren Strukturvoraussetzungen und der Notfallversorgung festmachen.
- Die weitreichenden Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung sind zu berücksichtigen.

Für eine weitere konstruktive Diskussion zu dem Thema stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. M. Rudert  
Präsident DGOOC  
Präsident DGOU

Prof. Dr. S. Ruchholtz  
Präsident DGU  
Stellv. Präsident DGOU

Dr. B. Lembeck  
Präsident BVOU

Prof. Dr. B. Kladny  
Generalsekretär DGOOC  
Generalsekretär DGOU

Prof. Dr. D. Pennig  
Generalsekretär DGU  
Stellv. Generalsekretär DGOU