



Reform der Krankenhausstrukturen

Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Vorstand und Kommission Struktur der Krankenversorgung
der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Wiesbaden, 28.02.2023



REFORM DER KRANKENHAUSSTRUKTUREN

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Wie bereits in der Pressemitteilung der DGIM vom Dezember 2022 festgehalten, begrüßt die DGIM die dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenversorgung (Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung).

Die DGIM unterstützt die Aussage des BMG, dass die „Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern...künftig mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien erfolgen“ soll. Die Vergütung von Vorhalteleistungen, Versorgungsstufen und Mindestvoraussetzungen für Leistungsgruppen können Instrumente dafür sein. Sektorenübergreifende Versorgung vorzusehen, ist ebenfalls ein wichtiger zukunftsweisender Aspekt.

Die 3. Stellungnahme der Regierungskommission wird gerade in Bund-Länder-Verhandlungen bearbeitet und vielfach auch kritisch beleuchtet, wobei das Potential der Vorschläge vielfach verkannt wird. Andererseits gilt es Fallstricke zu vermeiden, die eine Umsetzung verhindern können. Daher möchte die DGIM an dieser Stelle **Eckpunkte** benennen, die beachtet werden sollten, um eine breite Akzeptanz und bestimmte Ziele zu erreichen bzw. Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Eckpunkt 1: Übergeordnete Prinzipien

Befürchtungen und Ängste müssen proaktiv im Vorfeld angesprochen und moderiert werden. So ist die Verlegung in das nächste geeignete und nicht in das nächstgelegene Krankenhaus objektiv ein Fortschritt für die Bevölkerung und hat sich beispielsweise bei Herzinfarkten oder Schlaganfällen schon bewährt. Die Botschaft muss andererseits sein, dass häufige, weniger aufwendige Diagnostik- und Therapiemaßnahmen - unter Umständen in Kooperation mit Praxisgemeinschaften und wenn möglich ambulant oder tagesklinisch - sichergestellt sind. Entscheidend für die Akzeptanz in der Bevölkerung und Politik werden flexible, für die Region angepasste Modelle für die zukünftigen Level I Versorgungseinrichtungen sein. Ein Mangel besteht vor allem in der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung und der Wohnort-nahen Pflege beim Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung in ländlichen Regionen. Hier könnten die bestehenden Einrichtungen Level I einen entscheidenden Stellenwert einnehmen. Für diese Entwicklungen müssen eine längere Übergangszeit für die Veränderungen und eine klare Finanzierung in Aussicht gestellt werden.

Dem Medizinischen Dienst (MD) kommt in den Reformplänen eine noch wichtigere Rolle zu, als er heute schon hat. Der MD wird nicht generell als unparteilich und vorrangig ökonomisch orientiert wahrgenommen, und die Relation zwischen bürokratischem Aufwand und prinzipiell begrüßenswerter Qualitätssicherung wird vor allem in der Ärzteschaft als ungünstig angesehen. Eine einseitig kostenorientierte aber medizinferne Betrachtung muss abgebaut werden. Der MD muss daher selbst Teil der Reformen werden.



Eckpunkt 2: Versorgungsstufen

Die bundeseinheitliche Einteilung der Kliniken in Versorgungslevel I-III erachten wir als sinnvolle und wichtige Steuerungsmaßnahme. Die Qualität komplexer und hochkomplexer Leistungen steigt nachweislich mit der Erfahrung des Personals sowie der Spezialisierung und Ausstattung einer Abteilung. Es ist sehr zu wünschen, dass an dieser Stelle keine Kompromisse gemacht werden. Andererseits können, wie oben schon diskutiert, weniger aufwendige, aber häufige Maßnahmen vor Ort, zukünftig mehr und mehr ambulant oder tagesstationär in ausreichender Qualität durchgeführt werden.

Den Level III und III/U vorzusehen und Universitätskliniken und andere Einrichtungen, die heute schon Maximalversorgung leisten als Organisatoren der regionalen Versorgung in Netzwerken von Kliniken auf unterschiedlichem Versorgungslevel zu definieren, ist überfällig und hat sich in der Coronapandemie schon als Realität erwiesen. Besondere Berücksichtigung müssen auch hochspezialisierte Zentren (Herzzentren, Lungenzentren...) finden, die auf ihrem Gebiet „Level III Versorgung“ leisten. Insgesamt bieten die Level die Chance, heute schon bestehende und auf Absprache beruhende Kliniknetzwerke abzubilden und zu fördern.

Eckpunkt 3: Sektorenübergreifende Versorgung

Der Ansatz, Krankenhäuser stärker für die ambulante Behandlung zu öffnen (sektorenübergreifende Versorgung) wird sehr positiv bewertet. Vollstationäre Leistungen - wo möglich - durch andere Versorgungsformen zu ersetzen, ist sinnvoll. Die bisherige strikte Sektorentrennung erschwert oder verunmöglicht das. Die „Ambulantisierung“ der Medizin kann nur gelingen, wenn wichtige Prozesse wie Strukturierung, Gewährleistung von Fachkompetenz, sowie Entlass- und Transfermanagement berücksichtigt werden und in klaren Regelungen auch für die Finanzierung münden. Ob eine bisher vollstationäre Behandlung als tagesstationäre Behandlung durchgeführt werden kann, darf im Einzelfall nur aufgrund medizinischer Erwägungen ärztlich entschieden werden. Das ist aber in Frage gestellt, wenn die Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) auf primäre Fehlbelegung in der bisherigen Form erhalten bleibt.

Die Sektorengrenzen müssen, nicht zuletzt vor dem Hintergrund des v.a. im ländlichen Bereich eklatanten Facharztmangels, in beiden Richtungen durchlässig werden. Klinikärzte müssen vermehrt für ambulante Leistungen zugelassen werden, andererseits Praxen an Kliniken - insbesondere Level I - angesiedelt werden. Ansonsten werden die Kompetenzen in den Krankenhäusern und potentielle Synergien in der ambulanten Versorgung auf allen Versorgungsstufen nicht genutzt. Die Erbringung nur von einzelnen Leistungen aus einem komplexen diagnostischen Ablauf wird der Komplexität der Diagnosen nicht gerecht (z.B. bei Abklärung/Staging von Tumorerkrankungen).



REFORM DER KRANKENHAUSSTRUKTUREN

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Eckpunkt 4: Querschnittsfächer

Es gibt zahlreiche wichtige Querschnittsfächer in der Medizin (in der Inneren Medizin z.B. Endokrinologie/Diabetologie, Angiologie, Rheumatologie, Infektiologie). Diese Querschnittsfächer können nur bestehen, wenn deren strukturelle Anforderungen sichergestellt und in den Vorhaltekosten berücksichtigt sind. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass einige Fächer von einer weiteren Ambulantisierung besonders betroffen sind. Umso wichtiger ist es für diese Fächer, vor allem auch für die Weiterbildung im Fach, dass ihre Existenz an den Kliniken stationär und ambulant erhalten bleibt. Es ist zu fordern, dass Level III Krankenhäuser ein entsprechend zu definierendes breites Fächerspektrum vorhalten müssen, andererseits muss eine Finanzierungsgrundlage für diese Fächer geschaffen werden.

Eckpunkt 5: Studentische Ausbildung, Facharztweiterbildung

Aus- und Weiterbildung sind in allen Fächern der Medizin zwingend notwendig und müssen bei einer zunehmenden Ambulantisierung sichergestellt werden. An den Universitäts- und Lehrkliniken müssen die Bedürfnisse einer leistungsfähigen Lehre berücksichtigt und finanziert werden. Hier ist eine Koordination zwischen den Kultusministerien der Länder und der Gesetzgebung im Gesundheitssystem dringend notwendig und sollte auch zu einer Beendigung der finanziell chronisch defizitären Situation der Universitätsklinika genutzt werden. Darüber hinaus möchten wir dringend darauf hinweisen, dass auch die Facharztweiterbildung unter den Bedingungen einer Reform der Krankenhauslandschaft sichergestellt bleibt. Dieser Aspekt muss in allen modellhaften Überlegungen immer mitbedacht werden. Die fachärztliche Weiterbildung ist eine wichtige Leistung im Gesundheitssystem, die sich angesichts steigender ärztlicher Personalkosten refinanzieren muss.

Wiesbaden, 28. Februar 2023

[Kommission für Struktur der Krankenversorgung](#) und
[Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin](#)



**Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.**

Irenenstrasse 1
65189 Wiesbaden

www.dgim.de
info@dgim.de

Tel: +49 611 205 80 40 0
Fax: +49 611 205 80 40 46