

An die Mitglieder der Regierungskommission  
Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH  
Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc  
Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky  
Prof. Dr. med. Reinhard Busse MPH FFPH  
Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis  
Franz Krause  
Ronald Schwarz MSc  
Dipl.-Volkswirt Johannes Wolff  
Prof. Dr. med. Tom Bschor

Nachrichtlich:  
Monitor Versorgungsforschung  
Prof. Dr. Reinhold Roski  
Herausgeber  
Peter Stegmaier  
Chefredaktion  
AWMF  
Dr. Monika Nothacker

Per E-Mail an:  
[Jochen.Schmitt@ukdd.de](mailto:Jochen.Schmitt@ukdd.de);  
[Leonie.Sundmacher@tum.de](mailto:Leonie.Sundmacher@tum.de)  
[Boris.Augurzky@rwi-essen.de](mailto:Boris.Augurzky@rwi-essen.de)  
[rbusse@tu-berlin.de](mailto:rbusse@tu-berlin.de)  
[Christian.Karagiannidis@uni-wh.de](mailto:Christian.Karagiannidis@uni-wh.de)  
[Franz.Krause@gkv-spitzenverband.de](mailto:Franz.Krause@gkv-spitzenverband.de)  
[Ronald.Schwarz@gkv-spitzenverband.de](mailto:Ronald.Schwarz@gkv-spitzenverband.de)  
[Johannes.Wolff@gkv-spitzenverband.de](mailto:Johannes.Wolff@gkv-spitzenverband.de)  
[Tom.Bschor.extern@bmj.bund.de](mailto:Tom.Bschor.extern@bmj.bund.de)  
[nothacker@awmf.de](mailto:nothacker@awmf.de); [roski@m-vf.de](mailto:roski@m-vf.de);  
[stegmaier@m-vf.de](mailto:stegmaier@m-vf.de); [info@m-vf.de](mailto:info@m-vf.de)

Berlin, 15. April 2025

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zu Schmitt et al.: „Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (Online First und MVF 03/24), S. 37–50.

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit großem Interesse haben wir den Beitrag der Mitglieder der Regierungskommission gelesen. Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) begrüßt ausdrücklich die Diskussion und das Anliegen, die Versorgungsstrukturen den finanziellen und personellen Realitäten anzupassen. Noch wichtiger ist, dass die Qualität der Versorgung unserer Patienten verbessert wird. Die von der Regierungskommission angestoßene und nun kurz vor der Verabschiedung befindliche Krankenhausreform wird aus diesen Gründen von der DGVS durch

#### DER VORSTAND

Olivaer Platz 7  
10707 Berlin

Telefon: +49. (0) 30. 31 98 31 50 00  
Fax: +49. (0) 30. 31 98 31 50 09  
E-Mail: [info@dgvs.de](mailto:info@dgvs.de)  
Web: [www.dgvs.de](http://www.dgvs.de)

#### KONTOVERBINDUNG

Deutsche Bank Lübeck  
IBAN DE94 2307 0700 0750 2339 00  
BIC DEUTDE33

#### VORSTAND

Prof. Dr. med. Heiner Wedemeyer  
Präsident

Prof. Dr. med. Matthias Ebert  
Finanzen

Prof. Dr. med. Axel Dignaß  
Kongresspräsident 2024

Prof. Dr. med. Jörg Albert  
Gesundheitsökonomie

Prof. Dr. med. Hans-Dieter Allescher  
Vors. Sektion Endoskopie 2024

Dr. med. Peter Buggisch  
Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Ulrike Denzer  
Leitlinien und Stellungnahmen

Prof. Dr. med. Helmut Messmann  
Sekretär Sektion Endoskopie

PD Dr. med. Birgit Terjung  
Öffentlichkeitsarbeit

vielfältige Aktivitäten, wie der Zusammenarbeit mit der AWMF, in eigenen Stellungnahmen und in regelmäßigem Austausch mit BMG und INEK unterstützt.

Aus Gründen einer bundeseinheitlichen und zeitnahen Umsetzbarkeit der Reform wurde im Laufe des gesetzgeberischen Verfahrens entschieden bei der Einführung der Leistungsgruppen (LG) auf die LG Definition NRW zurückzugreifen - die auch die Grundlage des Berechnungs- und Simulationsmodells ist - wohlwissend, dass diese zur Planung und nicht zur Berechnung von Vorhaltekosten gemacht wurden.

Um eine optimierte Umsetzung der LG zu erreichen, bindet das BMG seit 2023 die Fachgesellschaften koordiniert über die AWMF in die Definition der Leistungsgruppen ein. In der bisher geführten interdisziplinären Diskussion wurde deutlich, **dass die NRW-Kriterien** als Planungstool geeignet sein mögen, aber **zur Abbildung einer qualitätsgesicherten Versorgung nicht ausreichend sind**. Auch wenn eine Weiterentwicklung der LG im Gesetzentwurf verankert sind, besteht die **Gefahr, dass bei einer unkritischen Übernahme der NRW-Definition funktionierende Versorgungsstrukturen zerschlagen werden**. **Das jetzt veröffentlichte Modell zur Planung und Folgeabschätzung spiegelt dies eindrücklich unter anderem am Beispiel der Gastroenterologie wider.**

Die jetzt von den Mitgliedern der Regierungskommission publizierte Studie geht von derzeit 270 Standorten für Komplexe Gastroenterologie aus, was im Kontrast zu unseren internen Schätzungen steht, nach denen mehr als 400 Kliniken eine Leistungsgruppe Komplexe Gastroenterologie anbieten können. Gleichzeitig werden in der Publikationen 559 Standorte für die Leistungsgruppe Pankreaschirurgie, 355 Standorte für Ösophaguschirurgie, 550 für Lebereingriffe und 973 (!!) für tiefe Rektumeingriffe aufgeführt.

Diese Zahlen suggerieren, dass an vielen Standorten große viszeralmedizinische Eingriffe ohne eine spezialisierte Gastroenterologie durchgeführt werden. In ihrer Diskussion greifen Sie diesen Punkt auf und stellen fest, dass „Fälle der Komplexen Gastroenterologie in vielen Krankenhäusern in durchaus angemessen ausgestatteten Fachabteilungen für Allgemeine Innere Medizin behandelt“ werden können. Hier widersprechen wir nachdrücklich. Dies stellt eine patientengefährdende Fehlannahme dar. In keinem Haus lassen sich komplexe viszeralkirurgische Eingriffe ohne eine spezialisierte diagnostische und therapeutische Endoskopie zum Komplikationsmanagement darstellen.

Leistungen wie die Endosonographie oder die ERCP gehören ausschließlich in eine LG Komplexe Gastroenterologie, auch wenn dies im Planungstool NRW bisher nicht berücksichtigt wurde. Die Zuordnung dieser Leistungen in die LG Komplexe Gastroenterologie stellt darüber hinaus ein entscheidendes Kriterium für den durch das INEK zu entwickelnden Grouper zur Berechnung der Vorhaltekosten dar.

Ganz unabhängig davon wird die Komplexe Gastroenterologie am Standort schon seit Jahren für die Zertifizierung viszeralonkologischer Zentren gefordert. Diese Zertifizierungsverfahren gehört zu den wenigen in Deutschland, die den Effekt einer Zentralisierung auf Morbidität und Mortalität vom krebserkrankten Patienten wissenschaftlich nachgewiesen haben.

Gerade weil wir uns eine Gesundheitsreform zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen aller im Gesundheitswesen Beschäftigten wünschen, erwarten wir von den Beteiligten die Auswirkungen ihrer Planung kritisch zu hinterfragen und Widersprüche

anzugehen, bevor funktionierende Strukturen spezialisierter Einrichtungen einer unzureichend reflektierten Reform zum Opfer fallen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Heiner Wedemeyer  
DGVS Präsident

Prof. Dr. med. Jörg Albert  
DGVS Vorstand Gesundheitsökonomie

Prof. Dr. med. Ludger Leifeld  
DGVS Kommission Qualität

PD Dr. med. Petra Lynen Jansen  
DGVS Geschäftsführerin