

Positionspapier zur Universitätsmedizin

Gemeinsame Forderungen

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, die sich durch den medizinisch-technischen Fortschritt allein nicht lösen lassen werden, sondern auch die Beseitigung von Defiziten im Versorgungssystem adressieren müssen. Hierzu zählen neben der Digitalisierung die Über-, Unter- und Fehlversorgung in der derzeitigen Krankenhausstruktur. Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über eine sehr hohe Dichte an Krankenhäusern und Bettenkapazitäten. Ambulante Versorgungsangebote im Krankenhaus und sektorenübergreifende Versorgung sind hingegen nur schwach ausgeprägt.

Diese Schwächen werden mit dem demografischen Wandel und dem sich verschärfenden Fachkräftemangel nochmals mehr als deutlich werden. Schon heute stehen Krankenhäuser, aber auch alle anderen Gesundheitseinrichtungen vor der Herausforderung, offene Stellen zu besetzen. Mit dem Ausscheiden der „Baby-Boomer“-Generation aus dem Arbeitsleben wird sich die Situation nochmals verschärfen. Die Zahl derer, die in der medizinischen Versorgung beschäftigt sind, wird abnehmen, während der Versorgungsbedarf zunehmen wird. Diese absehbare Entwicklung erfordert vielfältige Maßnahmen, die insbesondere eine Effizienzsteigerung in der Versorgung notwendig machen, statt auf ein Mehr an Köpfen zu setzen, damit es nicht zu Leistungseinschränkungen kommt.

Eine in Versorgung, Forschung und Ausbildung starke Hochschulmedizin ist der Garant für ein leistungsfähiges und effizientes Gesundheitssystem in Deutschland. Ganz aktuell hat dies die Bewältigung der Corona-Pandemie gezeigt. Die o.g. Herausforderungen können nur gemeistert werden, wenn die Universitätsklinika verstärkt in die Lage versetzt werden, ihre führende Rolle in der Gesundheitsversorgung dauerhaft gewinnbringend für alle entfalten zu können. Den Universitätsklinika muss dabei eine Koordinierungsfunktion in regionalen und sektorenübergreifenden Versorgungsnetzwerken zukommen. Gleichermaßen müssen auch die Medizinischen Fakultäten in ihrer Aufgabe, eine zukunftsfähige Ausbildung in allen ärztlichen und Gesundheitsberufen anzubieten, weiter gestärkt werden. Hierfür sind aber Reformen auf den Weg zu bringen, die nicht nur die Hochschulmedizin, sondern das gesamte Versorgungssystem betreffen.

Angesichts der zahlreichen Herausforderungen und der begrenzten Finanzmittel müssen sich gesundheitspolitische Entscheidungen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen darauf konzentrieren, Stärken zu stärken und die Zugpferde der Versorgung wie auch Forschung und Lehre zu unterstützen.

Konkret bedeutet dies:



1. Die im Koalitionsvertrag angelegte **Krankenhausreform** muss schnellstmöglich auf den Weg gebracht werden. Die Krankenhausfinanzierung muss mit bundeseinheitlichen Versorgungsstufen mit den Universitätsklinika als eigener Versorgungsstufe entsprechend dem Koalitionsvertrag im Bund weiterentwickelt werden. Ein bürokratiearmer Ansatz, wie ihn der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2018 mit nach Versorgungsstufen differenzierten Erlösen aus DRG-Fallpauschalen vorgeschlagen hat, ist dabei zu favorisieren. Der Aufgabenverbund von Lehre, Forschung und Krankenversorgung zeichnet die Universitätsmedizin als Alleinstellungsmerkmal aus. Aufgrund ihrer wissenschaftlichen Expertise können die Universitätsklinika in den Bereichen Innovation, Interdisziplinarität und seltene Erkrankungen Leistungen erbringen, die andere Krankenhäuser in der Regel nicht erbringen können. Dies rechtfertigt die im Koalitionsvertrag vorgesehene eigene Versorgungsstufe. Die bekannten Defizite im derzeitigen Finanzierungssystem zu Lasten der Universitätsklinika und Maximalversorger würden hierdurch endlich abgestellt werden. Unabhängig davon sollten alle Möglichkeiten genutzt werden, die besondere Rolle der Universitätsmedizin kurzfristig durch Verbesserungen im bestehenden Finanzierungssystem zu stärken.
2. Die Krankenhausreform muss auch dazu führen, dass die Versorgungsstufen – unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten – Eingang **in die Landeskrankenhausplanung** finden und dabei regionale Versorgungsnetzwerke mit Universitätsklinika als zentrale Koordinatoren das Leitbild werden. Dieser zusätzliche Aufwand muss jedoch durch auskömmliche Ressourcen abgesichert werden und darf nicht den Auftrag der Universitätsmedizin von Forschung und Ausbildung gefährden. Die in der Pandemie ad hoc entstandenen regionalen und überregionalen Netzwerke unter Einbezug der Expertise von Universitätsklinika haben sich bewährt und sollten auch ungeachtet einer Pandemie bei der Versorgungsplanung übernommen werden. Dabei sollte das regionale, aber auch überregionale Netzwerk sektorenübergreifend auch andere Leistungserbringer wie niedergelassene Fachärzte, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen umfassen (vertikale Vernetzung). Mit abgestimmten und zwischen den Akteuren festgelegten Versorgungspfaden kann eine effiziente, patientenzentrierte Versorgung in der Region ermöglicht werden. Dies ist ein wichtiger Beitrag, um eine qualitätsgesicherte und flächendeckende Versorgung dauerhaft zu gewährleisten. Hierzu ist nicht zuletzt ein flächendeckend hohes Digitalisierungsniveau notwendig, um telemedizinische Lösungen und reibungslosen Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten zu fördern. Hierbei ist es erforderlich, dass der Bund – unabhängig von der Krankenhausplanung der Länder - eine gezielte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ähnlich wie beim Krankenhauszukunftsfonds finanziell unterstützt und insbesondere die Digitalisierung und Vernetzung von Krankenhäusern forciert. Anders als beim Krankenhauszukunftsgesetz muss jedoch eine Berücksichtigung der Universitätsklinika bei künftigen Vorhaben ohne Deckelung erfolgen.



3. Die **ambulante Versorgung** durch Krankenhäuser ist zu fördern. Bereits heute findet ein bedeutender Anteil der stationären Versorgung nur kurzzeitig statt. Möglichkeiten einer ambulanten Versorgung werden allerdings mangels Zulassung und fehlender Wirtschaftlichkeit nicht genutzt. Die ambulante Versorgung ist jedoch ein wichtiger Faktor zum effizienten Einsatz vorhandener Ressourcen. Das gilt insbesondere mit Blick auf den Fachkräftemangel. Ambulante Strukturen für eine Versorgung erfordern weniger Vorhaltung von Personal. Ambulante Versorgung im Krankenhaus ist dabei nicht immer mit einer Versorgung im vertragsärztlichen Bereich gleichzusetzen. Generell muss die Förderung ambulanter Krankenhausversorgung auf einem Finanzierungsmodell beruhen, das für Kliniken wirtschaftlich tragbar und auskömmlich ist. Hybrid-DRGs können dabei ein Ansatz sein, sofern damit nicht eine Risikoselektion zu Lasten der Universitätsklinik verbunden ist. Vor allem in dünn besiedelten Regionen, in denen die Gesundheitsversorgung in der bisherigen Struktur eine besondere Herausforderung darstellt, müssen Krankenhäuser verstärkt zur ambulanten Versorgung und in andere Leistungsangebote wie der Kurzzeitpflege eingebunden werden. Hierdurch wird für Patienten die Behandlung in Krankenhäusern mit einem integrierten Versorgungsangebot ermöglicht. Dabei sollten diese Krankenhäuser im Rahmen eines regionalen oder überregionalen Versorgungsnetzwerks über telemedizinische Lösungen mit Universitätsklinik und ggf. Maximalversorgern kooperieren, wobei die Beratungsleistung der Universitätsklinik auskömmlich zu vergüten ist.
4. Die **Attraktivität medizinischer Fachberufe** ist zu steigern. Insoweit geht es auch darum, die Rahmenbedingungen für das Gewinnen und Halten von Fachkräften zu verbessern. Zudem muss sich die Aufgabenzuordnung in den medizinischen Professionen ändern. Pflege- und Gesundheitsfachberufe müssen eine Aufwertung erfahren und Kompetenzen erhalten, wie dies in anderen europäischen Ländern üblich ist. Die Kompetenzverteilung darf nicht durch veraltete Berufsauffassungen behindert werden. In die Ausbildung und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe muss mit Orientierung an internationalen Ansätzen stärker investiert werden.
5. Die Herausforderungen des Wandels in der Medizin und des Gesundheitssystems müssen auch in der ärztlichen Ausbildung adressiert werden. Ein universitäres, kompetenzorientiertes Studium, das auf wissenschaftlichen Grundlagen aufbaut und auf eine patientenorientierte ärztliche Tätigkeit in stationären wie ambulanten professionsübergreifenden Teams vorbereitet, ist dafür unerlässlich. Weiterentwicklungen der ärztlichen Ausbildung und der Qualifizierung der Gesundheitsberufe können nur im Wege eines von Bund und Ländern gemeinsam getragenen Finanzierungskonzeptes erfolgen.
6. Zur **vertikalen Vernetzung der Universitätsklinik** mit den Krankenhausstrukturen in einer Region gehört analog auch die **horizontale Vernetzung** der Standorte der Hochschulmedizin, um Erkenntnisse aus der versorgungsnahen



**KULTUSMINISTER
KONFERENZ**

DEUTSCHE HOCHSCHULMEDIZIN E.V.



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS



medizinischer
fakultätentag

Forschung schnell zwischen den Universitätsklinika austauschen und in die regionalen Netzwerke einspeisen zu können. Als gelungenes Beispiel kann insofern auf die Medizininformatik-Initiative (MII) hingewiesen werden, die ebenfalls mit dem Ziel der vertikalen Vernetzung gegründet wurde und mit einem ansprechenden Fördervolumen ausgestattet wurde. Die Länder begrüßen ferner die Initiative des Bundes zum Netzwerk Universitätsmedizin, insbesondere da hierdurch die unterschiedlich ausgeprägten Möglichkeiten zwischen den Bundesländern zusätzlich gestärkt werden können.