

# Am Ende der 18. Legislatur: Themen, die bleiben

## Faktenblätter 5

Die Lage	02
Die besonderen Leistungen der Deutschen Hochschulmedizin	03
Weiterhin unterfinanziert: Die Behandlung von Extremkostenfällen	04
Noch nicht erledigt: Die Vergütungsreform für Hochschulambulanzen	06
Muss auf die Agenda: Einführung der forschungskompatiblen elektronischen Patientenakte	10
Verdienen mehr Unterstützung: Clinician Scientist-Programme für den wissenschaftlichen Nachwuchs	13
Nachhaltig verbessern: Masterplan Medizinstudium 2020	15
Fördern statt bremsen: Aufbau interdisziplinärer Zentren an Universitätsklinika	18
Noch immer Stückwerk: Finanzierung der Notfallversorgung	20

## Die Lage

Die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags geht zu Ende. Viele Debatten und Entscheidungen des Parlaments hatten Auswirkungen auf Universitätsklinika und Medizinische Fakultäten.

In ihrem Koalitionsvertrag hatte die Große Koalition im Jahr 2013 eine bessere Vergütung der besonderen Aufgaben der Universitätsklinika angekündigt. Sie zielte damit vor allem auf eine angemessene Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen. Zugleich sollte mit einem Masterplan 2020 eine zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber, die Förderung der Praxisnähe und die Stärkung der Allgemeinmedizin im Medizinstudium erreicht werden.

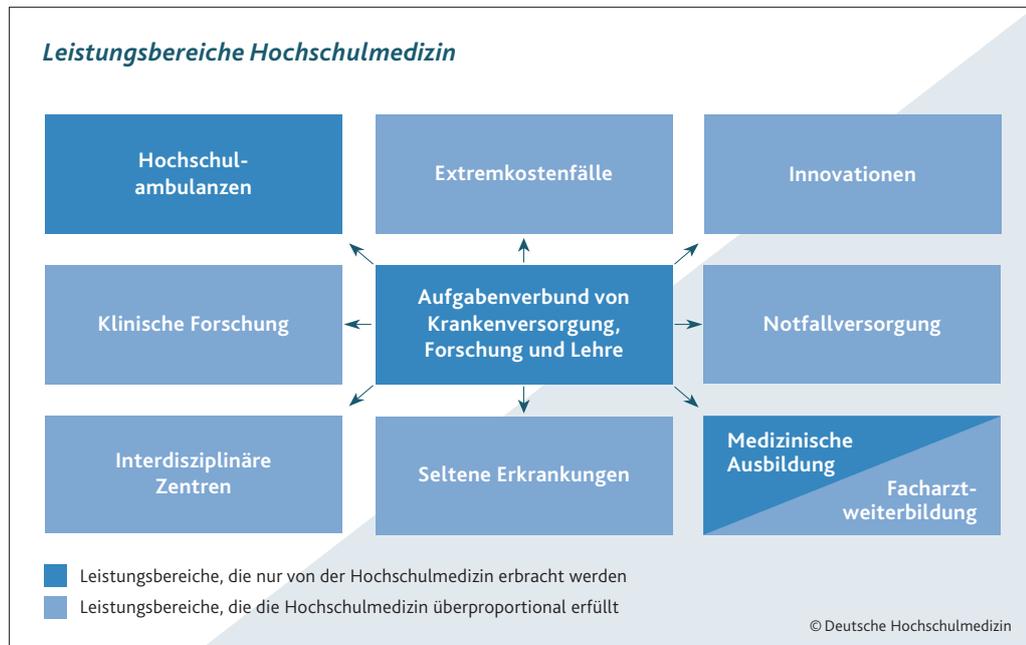
Weitere Reformen, die der Koalitionsvertrag von Union und SPD ankündigte, waren unter anderem die Einführung einer gesonderten Vergütungsform für Hochkostenfälle, die bessere Finanzierung der Notfallversorgung und der medizinischen Zentren sowie die Stärkung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

Doch wichtige Themen und Vorhaben sind am Ende der 18. Legislatur nicht abgeschlossen. Das gilt vor allem für

- die gerechte Finanzierung von Extremkostenfällen, die weit überproportional an Universitätsklinika vorkommen,
- die Stärkung der ambulanten Versorgung der Universitätsklinika durch eine Vergütungsreform für Hochschulambulanzen,
- den Aufbau von planbaren und verlässlichen Karrierewegen für den wissenschaftlichen Nachwuchs,
- die Einführung forschungskompatibler elektronischer Patientenakten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und Forschung,
- die Reform des Medizinstudiums durch einen „Masterplan Medizinstudium 2020“,
- die Förderung der Konzentration medizinischer Versorgungsleistung durch den Aufbau von spezialisierten Kompetenz-Zentren an den Universitätsklinika sowie
- die Verbesserung der Finanzierung der Notfallversorgung.

Wir haben im Folgenden aufgelistet, was getan wurde und weisen darauf hin, was zu tun bleibt. So geben wir einen ersten Ausblick auf die anstehende Agenda der 19. Legislaturperiode.

# Die besonderen Leistungen der Deutschen Hochschulmedizin



Die Deutsche Hochschulmedizin steht national wie international für herausragende Leistungen. Die Kliniken und Fakultäten erfüllen in Krankenversorgung, Lehre und Forschung höchste Anforderungen. Zahlreiche Teams mit Wissenschaftlern aus dem In- und Ausland forschen an den Universitätskliniken und in den Medizinischen Fakultäten an Innovationen mit weltweiter Bedeutung. Mehr als 180.000 ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter in Wissenschaft und Patientenversorgung gewährleisten Spitzenmedizin in Deutschland.

Über 97.000 Studierende sind aktuell an den 37 Mitgliedsfakultäten für Human- und Zahnmedizin eingeschrieben. Die für ein hochwertiges Studium notwendige Verzahnung von Lehre, Forschung und Krankenversorgung kann nur die Kombination von Fakultät und Universitätsklinikum leisten. Dies bietet allein die Deutsche Hochschulmedizin.

Diese Qualität der Deutschen Hochschulmedizin ist kein Selbstläufer. Neben der wissenschaftlichen und medizinischen Expertise, die die Medizinerinnen und Mediziner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Hochschulmedizin gewährleisten, müssen Gesundheits- und Wissenschaftspolitik kontinuierlich zukunftsfähige Rahmenbedingungen sicherstellen.

# Weiterhin unterfinanziert: Die Behandlung von Extremkostenfällen

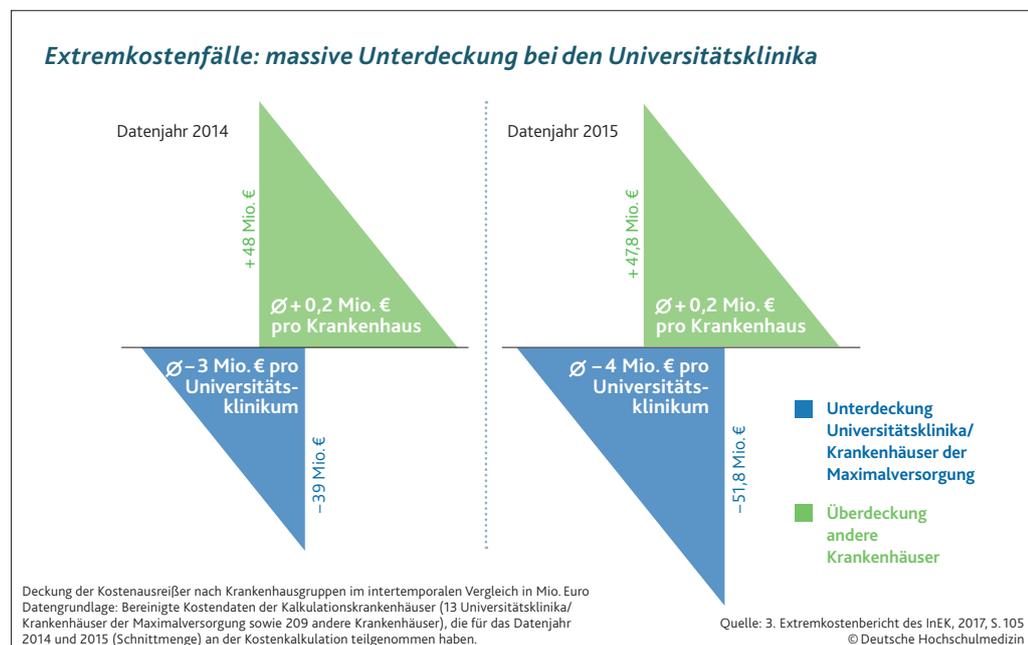
## Universitätsklinika bieten die höchste medizinische Versorgungsstufe

Im Vergleich zu anderen Kliniken ist der Anteil an besonders aufwendigen und teuren Behandlungen an Universitätsklinika höher. Das liegt am Leistungsspektrum der Universitätsklinika, die als höchste medizinische Versorgungsstufe überproportional Patienten mit besonders schweren und komplexen Erkrankungen versorgen. Die daraus resultierenden Zusatzkosten werden jedoch über die diagnosebezogene Fallgruppen-Pauschalen (DRG-Fallpauschalen), die auf Standardfälle ausgelegt sind und auf einer Mittelwertkalkulation über alle Krankenhäuser beruhen, nicht immer ausreichend abgebildet.

Diese Problematik wollte die Große Koalition angehen. Im Koalitionsvertrag von Union und SPD war festgeschrieben, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bis Ende 2014 für Hochkostenfälle eine geeignete gesonderte Vergütungsform vorlegen soll.

## Über 130 Millionen Euro Deckungslücke bei den Universitätsklinika

Zur entsprechenden Weiterentwicklung des DRG-Systems hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK-Institut) inzwischen den dritten Extremkostenbericht vorgelegt. Alle drei Berichte zeigen deutlich, dass die untersuchten Universitätsklinika und Maximalversorger weiterhin beträchtliche Finanzierungslücken durch so genannte Extremkostenfälle haben. Allein



für das Jahr 2015 wurde hochgerechnet auf alle Universitätsklinika eine Deckungslücke von knapp 132 Millionen Euro ausgemacht. Der Grund: ihr im Vergleich zu anderen Krankenhäusern überproportionaler Anteil an besonders aufwendigen und teuren Behandlungen und die dafür erforderliche Vorhaltung an Personal und Ausstattung.

Die Berichte zeigen außerdem, dass Universitätsklinika und Maximalversorger im Bereich der Extremkostenfälle nach wie vor deutlich schlechter finanziert sind als kleinere Krankenhäuser. Das gilt für das gesamte Spektrum medizinischer Leistungen.

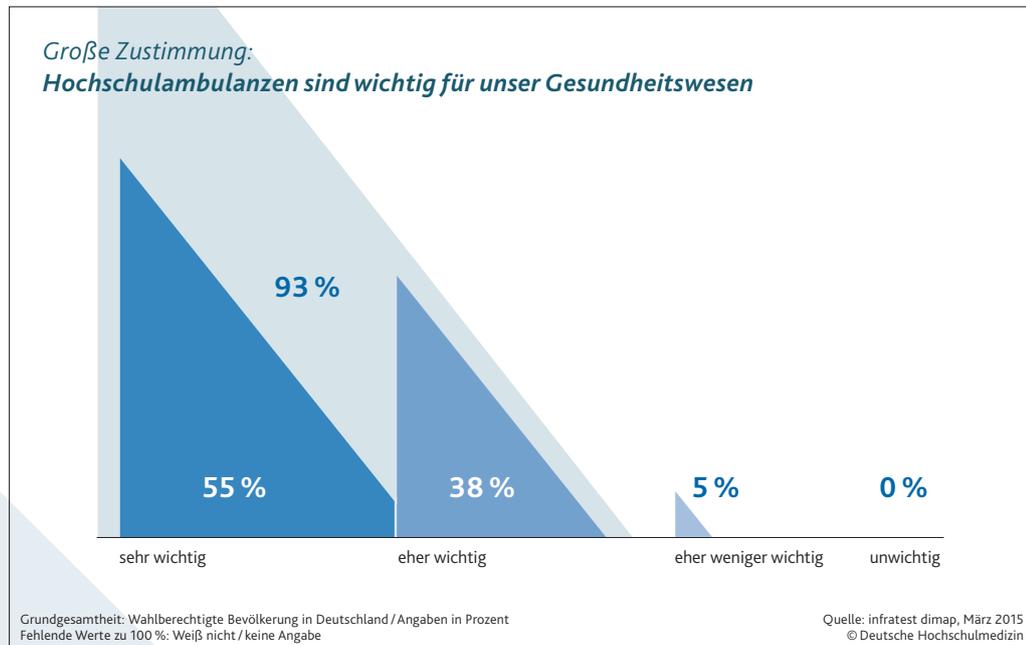
Während Universitätsklinika und Maximalversorger überproportional viele unterfinanzierte Fälle haben, haben die anderen Krankenhäuser überdurchschnittlich viele überfinanzierte Fälle. Die Universitätsklinika und einige größere Krankenhäuser behandeln tendenziell mehr Patienten mit ungewöhnlichen oder besonders schweren Krankheitsverläufen. Der Vorhalteaufwand ist entsprechend hoch. Das Entgeltsystem trägt diesen leistungs- und strukturbedingten Kostenunterschieden nicht ausreichend Rechnung.

Das Bundesgesundheitsministerium hat bislang eine gesetzliche Lösung abgelehnt und vielmehr auf die kontinuierliche Weiterentwicklung des DRG-Systems verwiesen. Allerdings hat spätestens der 3. Extremkostenbericht im Frühjahr 2017 gezeigt, dass die Gruppe der Universitätsklinika und Maximalversorgungskliniken weiterhin durch Extremkostenfälle finanziell belastet und die Belastung sogar noch von umgerechnet drei Millionen auf vier Millionen Euro je Klinik gestiegen ist. Die jährliche Überarbeitung des DRG-Systems führt offenkundig zu keiner Verbesserung bei den Extremkostenfällen. Die einseitige finanzielle Belastung von großen Kliniken besteht unverändert fort.

Ein präzises Konzept, wie diese Verwerfungen im Fallpauschalensystem beseitigt und die Finanzierungslücken geschlossen werden sollen, ist nach wie vor überfällig und dringend erforderlich.

# Noch nicht erledigt: Die Vergütungsreform für Hochschulambulanzen

## Das denken die Deutschen über die Hochschulambulanzen



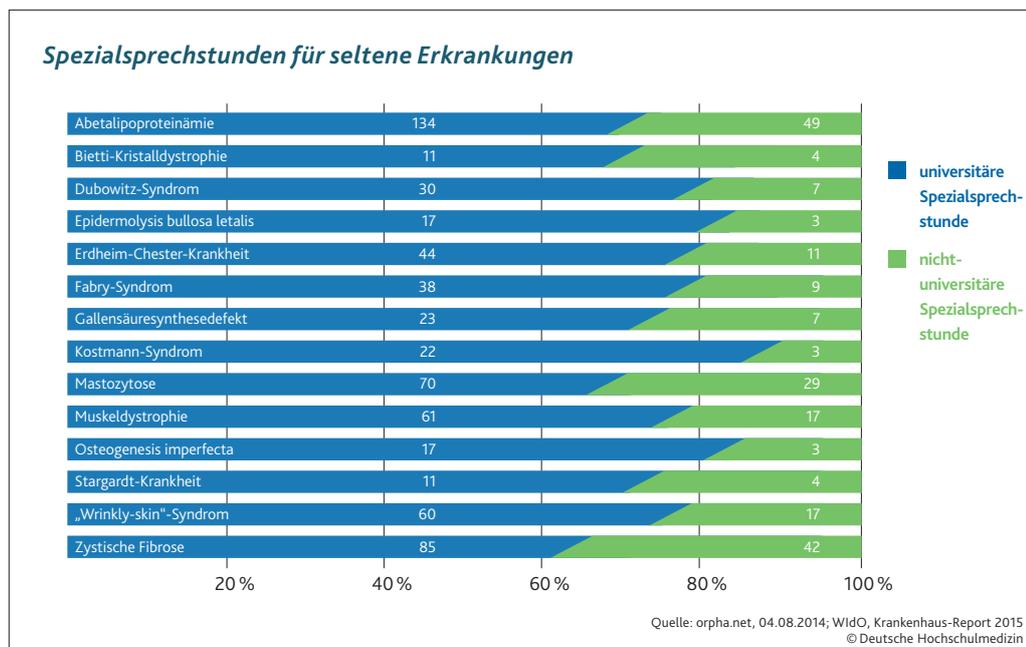
### **Hochschulambulanzen sichern die ambulante Versorgung, wo andere an ihre Grenzen stoßen**

*Die Ambulanzen an den Universitätsklinika leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der ambulanten Versorgung in Deutschland. Das gilt vor allem für schwere, komplexe und seltene Krankheiten. Hochschulambulanzen bieten hochwertige Leistungen an, die oftmals nicht von niedergelassenen Fachärzten erbracht werden können.*

*Ursprünglich auf Forschung und Lehre beschränkt, werden die Hochschulambulanzen immer wichtiger: Sie verfügen über die notwendigen Technologien, medizinische Kompetenz und Erfahrung sowie Spezialisten aus den unterschiedlichen Fachrichtungen. Sie bieten modernste Diagnostik und Behandlungsformen. Im Bedarfsfall stehen Spezialisten mehrerer Fachrichtungen zur Verfügung – und mit ihnen das Fachwissen und die Erfahrung aus nationalen und internationalen Forschungsprojekten.*

*Der AOK Krankenhaus-Report 2015 weist die enorme Nachfrage nach dem Wissen und der Kompetenz der Hochschulambulanzen am Beispiel seltener Erkrankungen eindrücklich aus. Ohne die Vielfalt der Spezialsprechstunden in den Hochschulambulanzen könnten zahlreiche Patienten mit seltenen Erkrankungen nicht ausreichend behandelt werden.*

*Im Jahresdurchschnitt werden in deutschen Universitätsklinika mittlerweile bis zu sieben Millionen Patienten nach aufwändigen Diagnoseverfahren und mit modernsten medizinischen Geräten sowie innovativen Medikamenten ambulant behandelt.*



## Deutliche Fortschritte

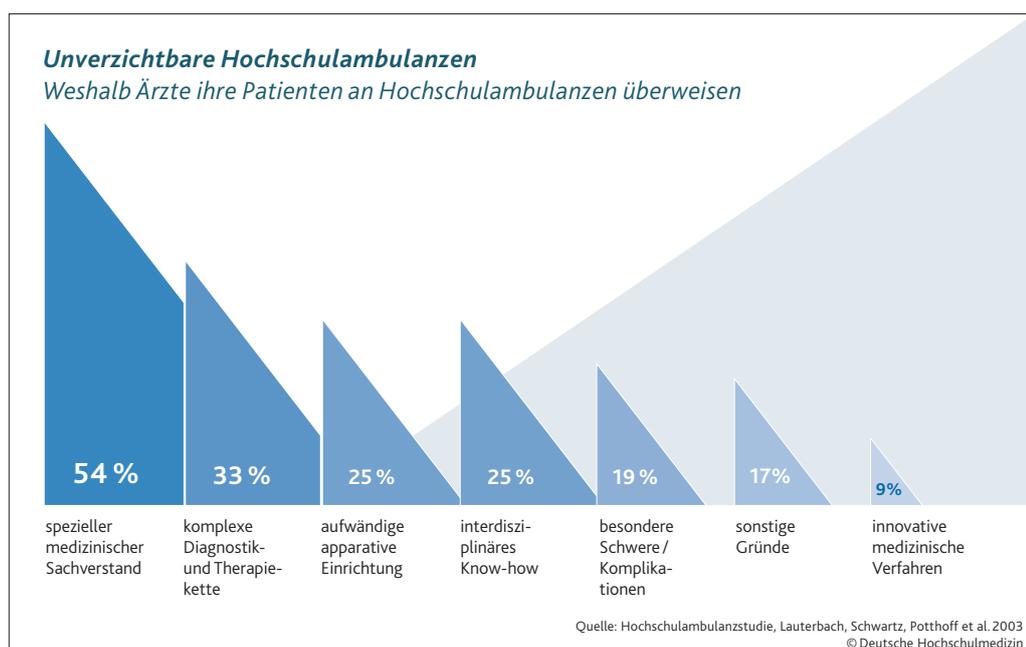
Der Gesetzgeber hat mit der Reform der Hochschulambulanzen (HSA) im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) im Jahr 2015 die gesetzlichen Rahmenbedingungen deutlich verbessert. Politisches Ziel war es, durch eine Vergütungsreform den Hochschulambulanzen jährlich zusätzliche 265 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen, um eine hochwertige ambulante Versorgung in Deutschland sicherzustellen. Der Gesetzgeber hat den Rechtsrahmen im SGB V entsprechend angepasst, die genaue Ausgestaltung der Neuregelung aber den Selbstverwaltungspartnern übertragen.

Ein wesentlicher Baustein der Neuregelung ist die Erweiterung des § 117 SGB V: Hochschulambulanzen sind nunmehr ausdrücklich auch zur ambulanten Behandlung von Personen ermächtigt, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die spezialisierte Hochschulambulanz bedürfen.

Doch der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) blockierten über Monate hinweg eine Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, um ihre eigenen Interessen durchzusetzen. So wollten die Krankenkassen die Hochschulambulanzen ungeachtet ihrer besonderen Aufgaben in weiten Teilen den Regeln der niedergelassenen Ärzte unterwerfen. Erst ein Schiedsspruch im Dezember 2016 musste eine Selbstverwaltungsvereinbarung auf Bundesebene festlegen.

Mit der Verabschiedung des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) haben Bundestag und Bundesrat im Frühjahr 2017 eine Umsetzung der Schiedsstellenvereinbarung bis zum 1. Juli 2017 gefordert. Zudem wurden wichtige Konkretisierungen der Hochschulambulanz-Regelungen vorgenommen: Darunter die Klarstellung, dass den Patienten in den Hochschulambulanzen alle Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nicht ausdrücklich aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) herausgenommen hat (Verbotsvorbehalt).

## Das denken Ärzte über die Hochschulambulanzen



### **Politische Zielsetzung bis heute ausgebremst**

Ob diese gesetzlichen Nachbesserungen nun konkret zu einer auskömmlichen Finanzierung der Hochschulambulanzen beitragen, kann noch nicht abschließend bewertet werden. Denn aktuell wird der Verhandlungs- und Blockademarathon der Selbstverwaltung regional in den Vergütungsverhandlungen der Uniklinika mit den Krankenkassen vor Ort fortgesetzt. So stehen in vielen Bundesländern absehbar die nächsten Schiedsverfahren an.

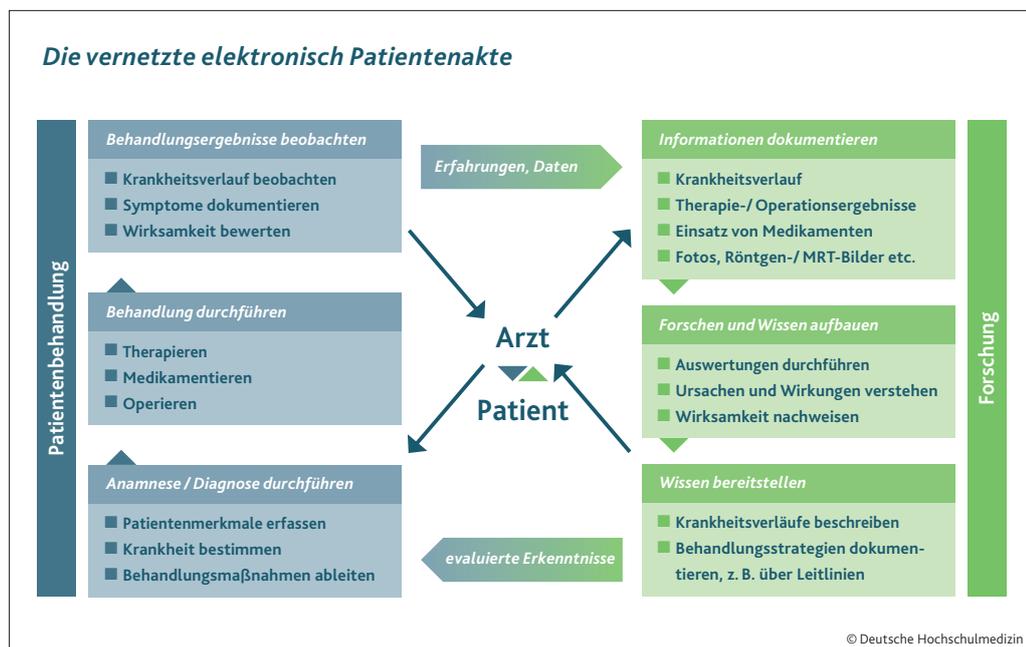
Eine abschließende Bewertung der Vergütungsreform ist daher frühestens im Laufe des Jahres 2018 möglich. Die von Kassen und dem Bundesgesundheitsministerium als Beleg für eine gelungene Reform angeführten gut 80 Millionen Euro Erlössteigerungen der Hochschulambulanzen, die es seit der Reform gegeben haben soll, sind jedenfalls nicht auf die gesetzlichen Neuregelungen zurückzuführen. Es handelt sich dabei vielmehr um Ausgabensteigerungen, die noch aus altem Recht resultieren und auf der gesteigerten Nachfrage durch die Patienten basieren.

Tatsache bleibt: Die mit der Gesetzgebung 2015 avisierten 265 Millionen Euro für die Stärkung der Arbeit der Hochschulambulanzen sind bis Herbst 2017 nicht geflossen. Das ist dramatisch für diese Ambulanzen und schlecht für die Patienten.

## Muss auf die Agenda: Einführung der forschungskompatiblen elektronischen Patientenakte

Mit dem im Dezember 2015 verabschiedeten eHealth-Gesetz will die Bundesregierung bis 2018 die erforderlichen Grundlagen schaffen, um die Chancen der Digitalisierung für bessere Vorsorge, schnellere und präzisere Diagnosen und wirksamere Therapien zu nutzen. Allerdings klammern bisherige Konzepte die Forschung aus – und lassen damit erhebliche Potenziale ungenutzt. Die Universitätsmedizin will das ändern. Sie erarbeitet in der vom Bundesforschungsministerium geförderten Medizininformatik-Initiative die Grundlagen für eine forschungskompatible, vernetzte Patientenakte, die höchsten Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit genügt.

Insgesamt 150 Millionen Euro investiert das Bundesministerium für Bildung und Forschung in den kommenden Jahren in das Förderprogramm Medizininformatik-Initiative. Nahezu alle Universitätsklinika Deutschlands arbeiten im Rahmen der Förderinitiative gemeinsam mit Forschungseinrichtungen, Unternehmen, Krankenkassen und Patientenvertretern daran, die Möglichkeiten der Digitalisierung stärker für die Krankenversorgung und medizinische Forschung zu nutzen.



Die elektronische Patientenakte soll – so die gesetzliche Vorgabe – patientenbezogen alle Behandlungsdaten unterschiedlicher Leistungserbringer zusammenführen. Patient und behandelnder Arzt sollen dadurch stets ein vollständiges Bild der Krankheits- und Behandlungsgeschichte haben. Informationslücken und -brüche bei der Behandlung sollen vermieden und so die Versorgung verbessert werden. Das ist sinnvoll, greift aber zu kurz. Denn: Die Versorgungsdaten werden nach heutigem Stand nicht der Forschung zur Verfügung stehen. Dadurch verschenkt Deutschland die Möglichkeit, durch versorgungsnahe Forschung das Gesundheitssystem und die Patientenbehandlung zu verbessern.

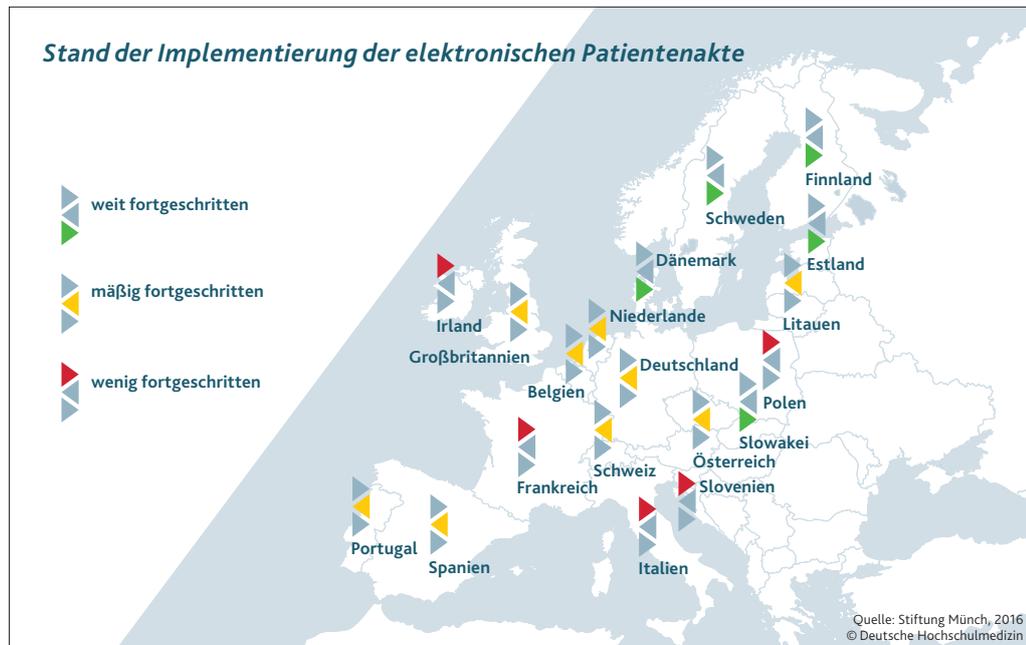
### **Forschung mit Behandlungsdaten verbessert Patientenversorgung**

*Die Verknüpfung von Forschungsdaten – beispielsweise aus Biobanken, Gendatenbanken oder klinischen Studien – mit Daten aus der Routine-Patientenversorgung bietet enorme Chancen. Sie fördert Innovationen in Diagnostik, Therapie und Prävention. Ein Beispiel ist die Individualisierung von Therapien. Dank neuer Diagnostikverfahren wie der Genanalyse können Behandlungen immer individueller auf den jeweiligen Patienten zugeschnitten werden. Welches Medikament wirkt bei einer bestimmten genetischen Konstellation am besten? Welche Behandlung hat die geringsten Nebenwirkungen? Um hier zu gesicherten Aussagen zu kommen, braucht es die Daten von möglichst vielen Patienten.*

*Über die vernetzte elektronische Patientenakte können die nötigen Datenmengen verfügbar gemacht werden. Die heute üblichen Zulassungsstudien für neue Medikamente oder Medizinprodukte werten maximal die Daten von einigen Tausend Patienten aus. Zukünftig könnten Millionen von routinemäßig im klinischen Betrieb anfallenden Behandlungsdaten für die medizinische Forschung nutzbar werden. Neue Behandlungsverfahren könnten schneller evaluiert und Arzneimittelrisiken rascher entdeckt werden. Auch bei der Erforschung seltener Erkrankungen kann eine größere Datenbasis helfen.*

### **Deutschland hinkt im weltweiten Vergleich hinterher**

Viele Länder setzen bereits heute vernetzte elektronische Patientenakten ein. In Israel zum Beispiel gehört die vernetzte elektronische Patientenakte schon seit Jahren zum Standard. Patienten haben per Smartphone oder Tablet Zugriff auf ihre Daten. Der israelische Krankenversicherer Maccabi nutzt die Daten seiner Versicherten auch für eigene Forschungsarbeiten. So etwa aktuell für ein Projekt zum Darmkrebs-Screening: Die gesammelten Daten werden nach bestimmten Laborparametern analysiert, um daraus die Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung zu berechnen. Versicherte mit einem besonders hohen Darmkrebsrisiko erhalten eine Empfehlung für eine Screening-Koloskopie. Das Verfahren ist noch im Entwicklungsstadium, wird aber schon für Versicherte angewandt und auf seine Wirksamkeit hin evaluiert.



### Datenhoheit muss bei den Patienten bleiben

Patienten sollen bei der vernetzten elektronischen Patientenakte jederzeit frei über die Nutzung ihrer Daten entscheiden können. Damit die Daten für Forschungszwecke genutzt werden können, müssen Patienten ausdrücklich zustimmen. Die Verwendung der Daten in der Forschung geschieht ausnahmslos pseudonymisiert.

### Digitale Infrastruktur muss Versorgung *und* Forschung unterstützen

Die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen eignen sich nicht, um Versorgungsdaten optimal für die Forschung zu nutzen. Dazu müssen kurzfristig die Voraussetzungen für einen engeren Austausch zwischen Medizininformatik-Initiative, gematik und Bundesgesundheitsministerium geschaffen werden. So kann endlich eine digitale Infrastruktur für das deutsche Gesundheitswesen angegangen werden, die gleichermaßen die Patientenversorgung und die Forschung unterstützt.

## Verdienen mehr Unterstützung: Clinician Scientist-Programme für den wissenschaftlichen Nachwuchs

Die Hochschulmedizin lebt von frischen Ideen, Enthusiasmus und dem Versuch, die wissenschaftlichen Grenzen stetig zu überprüfen und – wo sinnvoll – zu erweitern. Dafür bedarf es nicht zuletzt eines engagierten wissenschaftlichen Nachwuchses. Die jungen Ärztinnen und Ärzte könnten die Möglichkeiten der Deutschen Hochschulmedizin mit der einzigartigen Verbindung von Lehre, Forschung und Krankenversorgung für ihre Forschungsinteressen weit stärker nutzen. Dafür bedarf es aber entsprechender Strukturen.

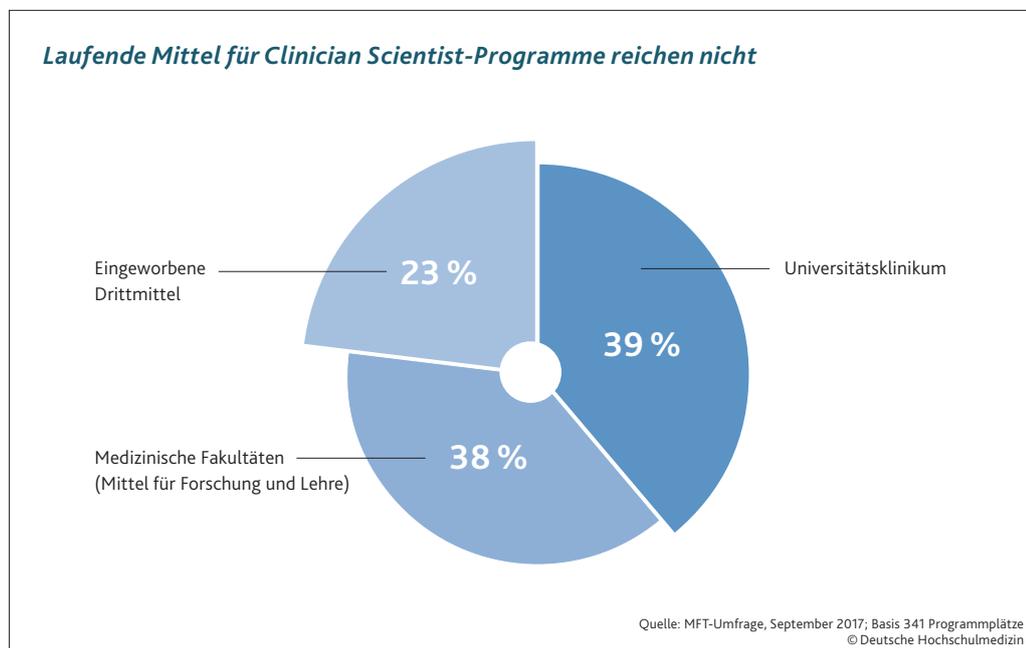
Aktuell findet die Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Hochschulmedizin in verschiedenen Abschnitten statt: Die wissenschaftlichen Grundlagen werden im Medizinstudium gelegt. Für die Studierenden mit einem starken wissenschaftlichen Interesse gibt es die Möglichkeit der Promotion – idealerweise in einem strukturierten Promotionskolleg. Während der Facharztausbildung gibt es jedoch nur wenige Programme für Ärzte, die in der Wissenschaft bleiben wollen.

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) wie auch der Wissenschaftsrat (WR) mit seiner Empfehlung zur Entwicklung der Hochschulmedizin von 2017 haben nachdrücklich Initiativen gefordert, die Medizinerinnen die Möglichkeit geben, während ihrer Facharztausbildung wissenschaftlich zu arbeiten. An vielen medizinischen Fakultäten wurden mittlerweile so genannte Clinician Scientist-Programme eingerichtet. Dort erhalten an Universitätsklinika tätige Ärztinnen und Ärzte für ihre wissenschaftliche Arbeit verbindliche Forschungszeiten. Diese Forschungszeiten werden von vielen Landesärztekammern allerdings nicht in ausreichendem Maße als Weiterbildung anerkannt. Die Facharztausbildung verlängert sich für die teilnehmenden Ärzte um mehrere Jahre. Zudem gibt es für diese Programme bisher keine nachhaltige flächendeckende Finanzierung.

### **Clinician Scientist: Impulsgeber und Innovationskraft**

- *Clinician Scientist-Programme richten sich im Regelfall an Ärztinnen und Ärzte während ihrer Facharztausbildung, um Raum für klinische und grundlagenorientierte Forschung zu ermöglichen. Für die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) sind die Clinician Scientists Garanten „für eine Verbindung von reiner Grundlagenforschung mit klinisch motivierter Grundlagenforschung in den Lebenswissenschaften. Dem wissenschaftlich qualifizierten ärztlichen Nachwuchs kommt somit eine Schlüsselrolle beim Erhalt der Innovationskraft der Universitätsmedizin und Impulsgeber in den Lebenswissenschaften insgesamt zu.“*
- *Advanced Clinician Scientist-Programme richten sich im Regelfall an Ärztinnen und Ärzte nach der Facharztausbildung, teilweise haben sie bereits Leitungsfunktionen.*

*Neben dem Freiraum für klinische und grundlagenorientierte Forschung sollen ihnen auch verbesserte Möglichkeiten zur forschungsorientierten Lehre und Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses gegeben werden. Gleichzeitig haben sie das Potential, die Translation von Forschungsergebnissen voranzutreiben.*



### **Bund und Länder sind ebenfalls gefordert**

Ärztlicher wissenschaftlicher Nachwuchs ist für die Deutsche Hochschulmedizin überlebenswichtig. Hindernisse, wie die unzureichende Anerkennung als Weiterbildungszeit oder die mangelhafte Finanzierung, müssen aus dem Weg geräumt werden. Neben den Medizinischen Fakultäten und den Ärztekammern sind der Bund und die Länder zur Stärkung des wissenschaftlichen Nachwuchses deutlich mehr als bisher gefordert. So schlägt der Wissenschaftsrat vor, dass acht Prozent der in der Weiterbildung in Universitätsklinikum befindlichen Ärztinnen und Ärzte intensiv eigenständige Forschung als Clinician Scientists betreiben sollten. Bund und Länder können dazu flächendeckende Programme einführen. Sie sollten ein langfristiges Finanzierungskonzept mit öffentlichen Mitteln unterstützen, um letztendlich an allen Standorten ein vergleichbares, hohes Niveau zu gewährleisten.

# Nachhaltig verbessern: Masterplan Medizinstudium 2020

Im Frühjahr 2017 haben Bund und Länder den „Masterplan Medizinstudium 2020“ verabschiedet. Ziel der Wissenschafts- und Gesundheitspolitiker ist die Weiterentwicklung des Medizinstudiums mit einem besonderen Augenmerk auf die Bedürfnisse des Gesundheitssystems.

Der Masterplan führt 37 Forderungen mit zahlreichen Detaillierungen auf. Dabei geht es von der Auswahl künftiger Medizinstudierender über die zu vermittelnden Kompetenzen bis hin zur Schwerpunktbildung im Bereich Allgemeinmedizin oder der stärkeren Vermittlung von Wissenschaftlichkeit. Umsetzen müssen die Forderungen die Medizinischen Fakultäten. Dafür werden sie ihr jeweiliges Curriculum deutlich anpassen bzw. neue Strukturen aufbauen müssen. Auch die Approbationsordnung muss aktualisiert werden.

## **Medizinische Fakultäten und Universitätsklinika garantieren den ärztlichen Nachwuchs**

*Jahr für Jahr sorgt die Deutsche Hochschulmedizin für etwa 10.000 gut ausgebildete neue Ärztinnen und Ärzte der Human- und Zahnmedizin. Rund 3.400 Professorinnen und Professoren sowie 43.000 wissenschaftlich-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sichern in den Fakultäten und den angeschlossenen Klinika die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses. Über 97.000 Studierende sind aktuell an den Fakultäten für Human- und Zahnmedizin eingeschrieben. Die für ein hochwertiges Studium notwendige Verzahnung von Lehre, Forschung und Krankenversorgung kann nur die Deutsche Hochschulmedizin leisten.*

*Fast alle Studienanfänger (ca. 93 Prozent) der Humanmedizin schließen ihr Studium mit Erfolg ab. Das ist die beste Absolventenquote aller Studienfächer in Deutschland. Im OECD-Vergleich liegt Deutschland bei der Anzahl der Absolventen pro 100.000 Einwohner im Spitzenfeld.*

Die Deutsche Hochschulmedizin teilt die generellen Ziele des Masterplans Medizinstudium 2020. Einige der Forderungen sind an vielen Medizinischen Fakultäten bereits gelebte Praxis, andere Forderungen sind gute Impulse, um das Medizinstudium weiter zu verbessern. So findet die geforderte Verschränkung von Theorie und Praxis bereits an den meisten Standorten statt. Auch die Auswahl von Studierenden wird meist auf Grundlage von Abiturnote, Vorerfahrungen (zum Beispiel Abschluss einer Pflegeausbildung), Wartezeit und Auswahlgesprächen durchgeführt. Und in der Allgemeinmedizin hat die überwiegende Zahl der Standorte bereits mit Erfolg innovative Lehrmodelle sowie Institute und Lehrstühle eingerichtet.

### **Die Landarztquote ist unsozial**

Die Landarztquote dagegen muss vom Tisch. Nach dieser Quote sollen zehn Prozent der Studierenden vorab ins Medizinstudium aufgenommen werden, wenn sie sich nach dem Studium verpflichten auf dem Land zu praktizieren. Jedem Bundesland ist die Einführung der Quote freigestellt. Bayern und Nordrhein-Westfalen haben sich bereits dafür ausgesprochen.

Das Problem der Landarztquote: Ein gesundheitspolitisches Problem – der Ärztemangel in ländlichen/strukturschwachen Gebieten – soll mit einem Wissenschaftsinstrument gelöst werden. Zudem herrscht in Deutschland kein grundsätzlicher Ärztemangel, sondern ein Verteilungsproblem. Bayern hat gezeigt, dass man auch mit anderen finanziellen Anreizmodellen Ärzte in ländliche Gebiete locken kann.

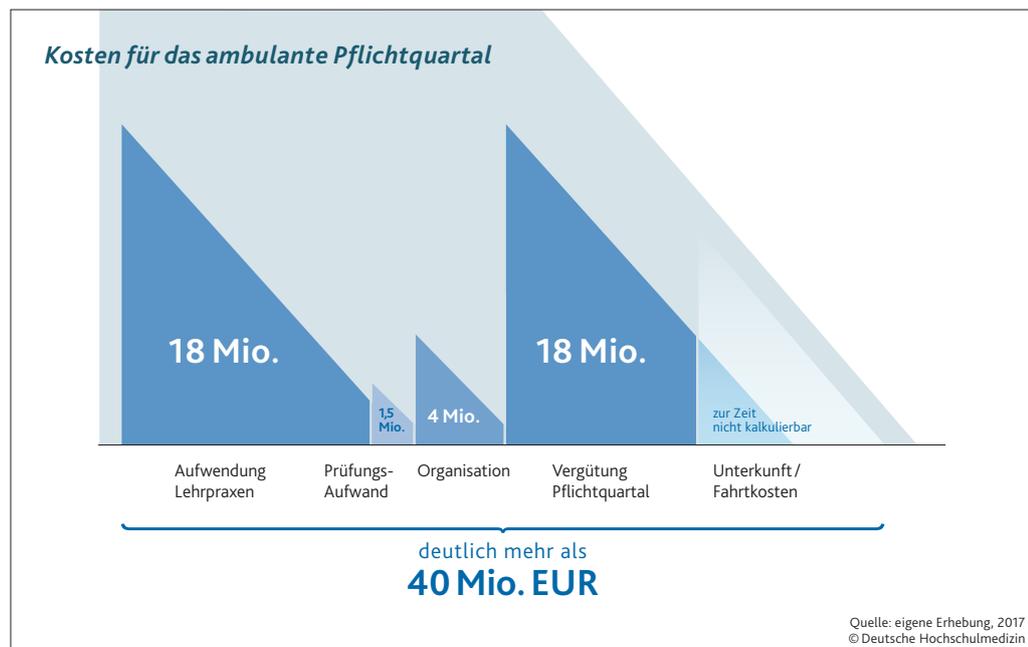
Und schließlich darf es nicht sein, dass Kinder wohlsituerter Eltern sich freikaufen können, mittellose Arbeiterkinder aber eine Dekade auf dem Land dienen müssen.

### **Verfassungsrecht beachten**

Die Weiterentwicklung der Curricula und der internen Prüfungsformate ist Teil der grundgesetzlich verankerten Freiheit von Forschung und Lehre und somit Aufgabe der Fakultäten. Der Masterplan allerdings fordert, das „Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen“ (IMPP) stärker bei der Weiterentwicklung des „Nationalen Lernzielkatalogs Medizin“ (NKLM) einzubinden. Einige politische Stimmen fordern sogar, dass das IMPP den NKLM komplett übernimmt. Damit würde eine Einrichtung der Landessozialministerien, die eigentlich nur für bundesweit identische medizinische Staatsexamina sorgen soll, direkten Einfluss auf den Inhalt und die Ausgestaltung der universitären Lehrpläne nehmen. Das ist verfassungsrechtlich mindestens bedenklich.

## Umsetzung finanziell absichern

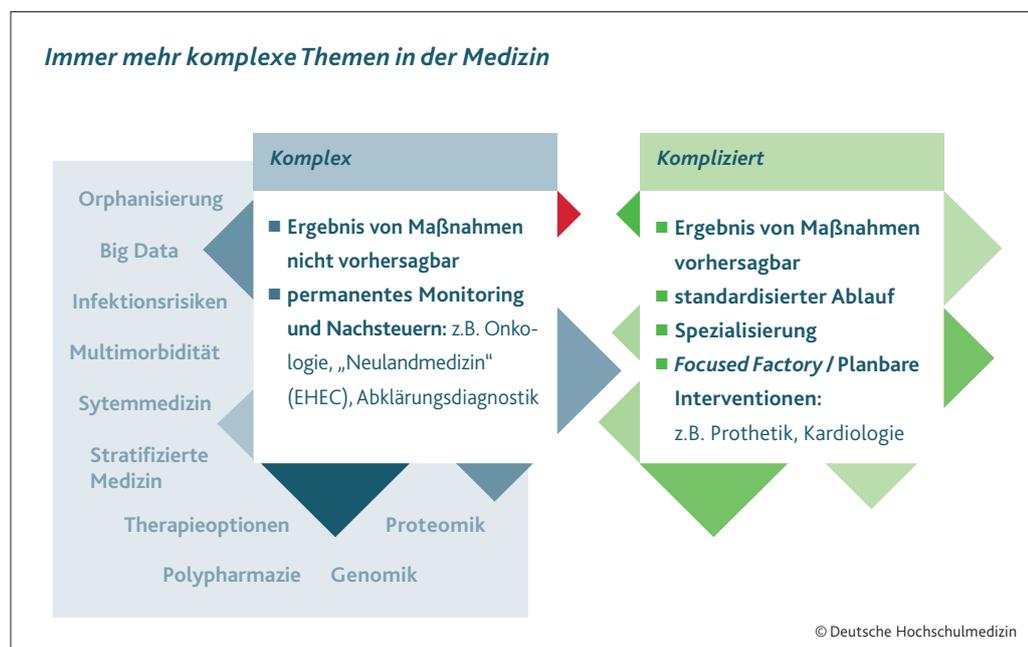
Der Masterplan Medizinstudium 2020 wurde ohne Finanzierungsvorschläge verabschiedet. Strittig ist bis heute: Wie hoch sind die Kosten für die Umsetzung all dieser Maßnahmen? Besonders teuer wird die stärkere qualitätsgesicherte Einbindung von Praxen in den Lehrbetrieb, zum Beispiel im Rahmen des ambulanten Pflichtquartals, und die Abnahme von Prüfungen im Bereich Allgemeinmedizin werden. Allein dafür werden die Kosten jährlich zusätzlich deutlich mehr als 40 Millionen Euro betragen.



## Fördern statt bremsen: Aufbau interdisziplinärer Zentren an Universitätsklinika

Der Gesetzgeber wollte mit seiner Änderung im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) im Januar 2016 eine Grundlage dafür schaffen, die besonderen Vorhaltungen und Aufgaben der interdisziplinären Zentren an Krankenhäusern und Universitätsklinika durch einen Zuschlag zur DRG-Fallpauschale besser zu finanzieren. Zuschläge für besondere Aufgaben (bis dahin Zentrumszuschläge genannt) sollten weiter entwickelt werden. Ambulante Versorgungsleistungen in Zentren sind hiervon nicht umfasst, sodass zahlreiche neue Versorgungsformen – beispielsweise ambulante Krebszentren an Universitätsklinika – von der Neuregelung nicht profitieren konnten.

Nach den Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts setzen Zuschläge für besondere Aufgaben nun deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus.



### Universitäre Zentren sind Orte komplexer Medizin

Interdisziplinäre Zentren an Universitätsklinika haben einen anderen Fokus als Einrichtungen, die darauf spezialisiert sind, weitgehend standardisierte medizinische Interventionen – etwa Prostataresektion, Hüft- oder Knie-TEP – in möglichst großer Fallzahl zu erbringen. Die traditionelle fächerbezogene Abteilungsstruktur in Krankenhäusern ist immer weniger in der Lage, angemessene Antworten auf immer komplexere medizinische Herausforderungen zu geben. Insbesondere die Unikliniken reagieren auf diese Entwicklung mit

*einer Versorgung in spezialisierten Zentren, die sich durch fachabteilungsübergreifende, interdisziplinäre Lösungen auszeichnen. Zudem bieten universitäre Zentren häufig einen umfassenden Koordinierungs- und Beratungsservice für weitere Krankenhäuser und Arztpraxen. Mit diesem sog. „Outreach“ leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung auch über die Mauern des Uniklinikums hinaus.*

### **Finanzierungsregeln bremsen interdisziplinäre Zentren an Universitätsklinika**

*Die etablierten Vergütungssysteme bilden die interdisziplinäre Leistungs- und Entscheidungsorganisation der universitären Zentren nicht ab. Vergütungsrelevant sind in aller Regel die Diagnose und/oder die einzelne medizinische Intervention. Betreibt ein Universitätsklinikum dagegen einen überdurchschnittlichen Aufwand, um Diagnostik und Behandlungsplanung für seine Patienten zu optimieren, ist das in aller Regel mit wirtschaftlichen Nachteilen verbunden. So wird der momentan an vielen Universitätsklinika laufende Umstrukturierungsprozess hin zu mehr interdisziplinären Zentren durch das Vergütungssystem nicht unterstützt, sondern im Gegenteil eher gehemmt. Hier liegt eine Ursache für die aktuellen wirtschaftlichen Probleme vieler Universitätsklinika.*

## **Blockaden und Klagen der Krankenkassen**

Für die weitere Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren sollten die Selbstverwaltungspartner Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) bis zum 31. März 2016 eine Vereinbarung schließen. Letztendlich musste die Bundesschiedsstelle auf Grund der Uneinigkeit der Selbstverwaltungspartner Ende 2016 eine Festsetzung treffen. Der GKV-Spitzenverband hat im Februar 2017 Klage gegen die Schiedsvereinbarung eingereicht. Die Klage hat allerdings keine aufschiebende Wirkung; die Umsetzung der Zentrumsvereinbarung ist damit weiterhin gegeben. Ob und inwieweit die Kassen die Klage allerdings auf der Ortsebene zur Vermeidung von Zuschlagsvereinbarungen nutzen werden, bleibt abzuwarten.

## **Statt Verbesserung droht nun Rückschritt**

Es ist mehr als fraglich, ob die politisch gewollte Förderung von interdisziplinären Zentren, wie sie gerade in den Universitätsklinika vorgehalten werden, gelingen wird. Zur Zeit droht in vielen Bundesländern eher ein Rückschritt gegenüber der alten Rechtslage: Bereits vorhandene Zentrenzuschläge werden mit Verweis auf die Neuregelung von den Kassen nun in Frage gestellt, ohne dass entsprechende neue Vereinbarungen getroffen werden.

Ein großes Manko der Neuregelung steht schon heute fest: Der Gesetzgeber hat die Chance vertan, bei der Neuausrichtung der Versorgung in Zentren auch Wege für eine sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen.

# Noch immer Stückwerk: Finanzierung der Notfallversorgung

Der Gesetzgeber hat 2016 mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) Regelungen für die Weiterentwicklung der Vergütung der stationären Notfallversorgung getroffen. Ausgangspunkt ist die unzureichende Finanzierung von Vorhaltekosten für die Notfallversorgung im Fallpauschalensystem. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, sollen für die vorgehaltenen Notfallstrukturen in Zukunft Zuschläge erhalten. Diesen Ansatz unterstützt die Deutsche Hochschulmedizin.

Dem folgend ist seit dem Krankenhausstrukturgesetz eine Zu-/Abschlagsfinanzierung geplant, die auf einem System unterschiedlicher Notfallstufen aufbauen soll. Jedes Klinikum würde dann einer Stufe zugeordnet. Universitätsklinika werden voraussichtlich der höchsten Stufe zuzurechnen sein. An den unterschiedlichen Stufen (von Basis- bis Maximalversorgung) soll sich die Zuschlagshöhe orientieren. Für Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, ist ein Abschlag von den DRG-Fallpauschalen vorgesehen.

## **Zeitraubendes Procedere bis mindestens Sommer 2018**

Die Umsetzung erfordert zunächst eine vorherige Festlegung der Stufen der Notfallversorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31.12.2017. Ursprünglich sollte dieses Stufenmodell bereits ein Jahr früher vorliegen. Es ist jedoch sehr schnell deutlich geworden, dass Vorgaben zur Ausstattung und Personalbesetzung weitreichende Konsequenzen gerade für kleinere Krankenhäuser haben werden. Der Gesetzgeber hat deshalb dem G-BA ein Jahr mehr Zeit für das Konzept zur Notfallversorgung eingeräumt, um zunächst eine belastbare Folgenabschätzung durchzuführen.

Die Zu- und Abschläge legen dann die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband fest. Letzteres soll erst zum 30. Juni 2018 erfolgen. Deshalb gibt es bis heute noch immer keine finanzielle Verbesserung für die Universitätsklinika. Im Gegenteil lassen die aktuellen Verhandlungen in den Selbstverwaltungsgremien sogar befürchten, dass die politisch gewollte verbesserte Finanzierung der Notfallvorhaltung noch weiter verschleppt oder in der Form gar nicht kommen wird.

### ***Notfallversorgung rund um die Uhr in allen Disziplinen***

*Die Universitätsklinika übernehmen eine herausragende Funktion in der Versorgung von Notfallpatienten. Sie sichern an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr die Notfallversorgung mit Fachärzten aller Disziplinen. Ihre Leistungen sind umfassend: Chirurgische oder internistische Notfälle werden ebenso behandelt wie psychiatrische Notfälle, etwa in Trauma-Ambulanzen für Not- oder Gewaltopfer. Zudem sind Universitätsklinika bei allen*

*denkbaren Katastrophen wie Hochwasser, Flächenbränden oder Unfällen in Kernkraftwerken wichtiger Bestandteil der nationalen Katastrophenschutzpläne. Große zentrale Notaufnahmen an Universitätsklinika versorgen bis zu 60.000 Patienten jährlich.*

*In Regionen mit strukturell reduzierten medizinischen Versorgungsangeboten nimmt die Bedeutung der Universitätsklinika bei der Behandlung von Notfallpatienten immer weiter zu.*

### **Es bleibt bei enormen Defiziten für die ambulanten Notfalleistungen**

Die ambulante Notfallversorgung ist weiterhin ebenfalls unterfinanziert. Zwar hatte der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner – in diesem Fall: DKG, GKV-SV und KBV – aufgefordert, die Vergütung anzupassen. Das Ergebnis dieser Anpassung ist aber letztendlich in einem Schiedsverfahren zu Ungunsten der Kliniken getroffen worden. Bestandteile dieser Regelung: Menschen, die tagsüber Hilfe in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser oder Universitätsklinika suchen, sollen, wenn sich kein unbedingter Behandlungsbedarf zeigt, an die niedergelassenen Ärzte weitergeleitet werden. Dazu sind zunächst die Registrierung der Patienten und eine ärztliche Abklärung in den Notfallambulanzen erforderlich. Für diese Leistungen sollen die Krankenhäuser gerade einmal 4,74 Euro erhalten. Hintergrund: Die Verhandlungspartner sind bei dieser Festlegung von einer ärztlichen Kontaktzeit von gerade einmal zwei Minuten ausgegangen.

Ebenfalls gekürzt wurde im Schiedsverfahren die Behandlungspauschale für Patienten, die zwischen 7:00 und 19:00 Uhr in die Notfallambulanzen kommen und dort behandelt werden müssen. Die Hauptbehandlungspauschale für die regulären Notfallzeiten bleibt unverändert. Ergänzt werden diese Behandlungspauschalen lediglich um Zuschläge bei bestimmten schwereren Erkrankungen. Diese laufen aber ins Leere, weil solche Patienten in der Regel stationär aufgenommen werden müssen und nicht über das ambulante Notfallvergütungssystem finanziert werden.

### **Keine Verbesserung bei der Versorgung der Notfallpatienten**

Weit überwiegend hat die gesetzliche Neuregelung für die Versorgung der Notfallpatienten keine Verbesserung gebracht. Lediglich für einen eingeschränkten Patientenkreis wurden Zuschläge für einen erhöhten Aufwand in der Kommunikation vereinbart, zum Beispiel bei Säuglingen und Kleinkindern oder bei Menschen mit Demenz. So beträgt der Zuschlag für die ambulante Notfallbehandlung von Kindern 9,48 Euro außerhalb der Praxisöffnungszeiten.

Mit diesen von KBV und GKV-SV gegen die Bedenken der unabhängigen Schiedspersonen festgelegten Vergütungen können die Universitätsklinika und Krankenhäuser die enormen Defizite bei den ambulanten Notfalleistungen nicht ausgleichen.

### Standorte der Deutschen Hochschulmedizin

