

Die Hochschulmedizin im Koalitionsvertrag 2018

Faktenblätter 6

Die Lage	02
Der besondere Status der Deutschen Hochschulmedizin	03
Die besonderen Leistungen der Deutschen Hochschulmedizin	06
Themen der Hochschulmedizin im Koalitionsvertrag	12
Bewertung	20

Die Lage

Die Medizinischen Fakultäten und die Universitätsklinika sichern mit international anerkannter Exzellenz und Qualität den ärztlichen Nachwuchs und die hochwertige medizinische Versorgung in Deutschland. Ihre Forschungsaktivitäten tragen maßgeblich zum hohen Ansehen des Forschungsstandortes Deutschland in der Welt bei. Der Name „Deutsche Hochschulmedizin“ steht für diese enge Verzahnung von Lehre, Forschung und Krankenversorgung.

Die Koalitionsparteien CDU / CSU und SPD haben im Koalitionsvertrag vereinbart, die Hochschulmedizin zu stärken. Als Beispiele werden unter anderem der Masterplan Medizinstudium 2020 und die Förderung von Clinician Scientist-Programmen genannt. Beim Mammutprojekt Digitalisierung will die Bundesregierung die Kompetenz der Hochschulmedizin nutzen. Darüber hinaus sind auch die Ausführungen des Koalitionsvertrags zur Krankenhausversorgung für die Universitätsklinika von besonderer Bedeutung.

Wir zeigen in diesen Faktenblättern die Möglichkeiten auf, die Zielvorgaben des Koalitionsvertrages zu erreichen und verweisen auf dessen Schwachstellen. Wir beschreiben gleichzeitig das Potential der Deutschen Hochschulmedizin, die als Garant für Qualität und Innovation einen der wichtigsten Eckpfeiler des Gesundheitswesens und Wissenschaftssystems in Deutschland darstellt.

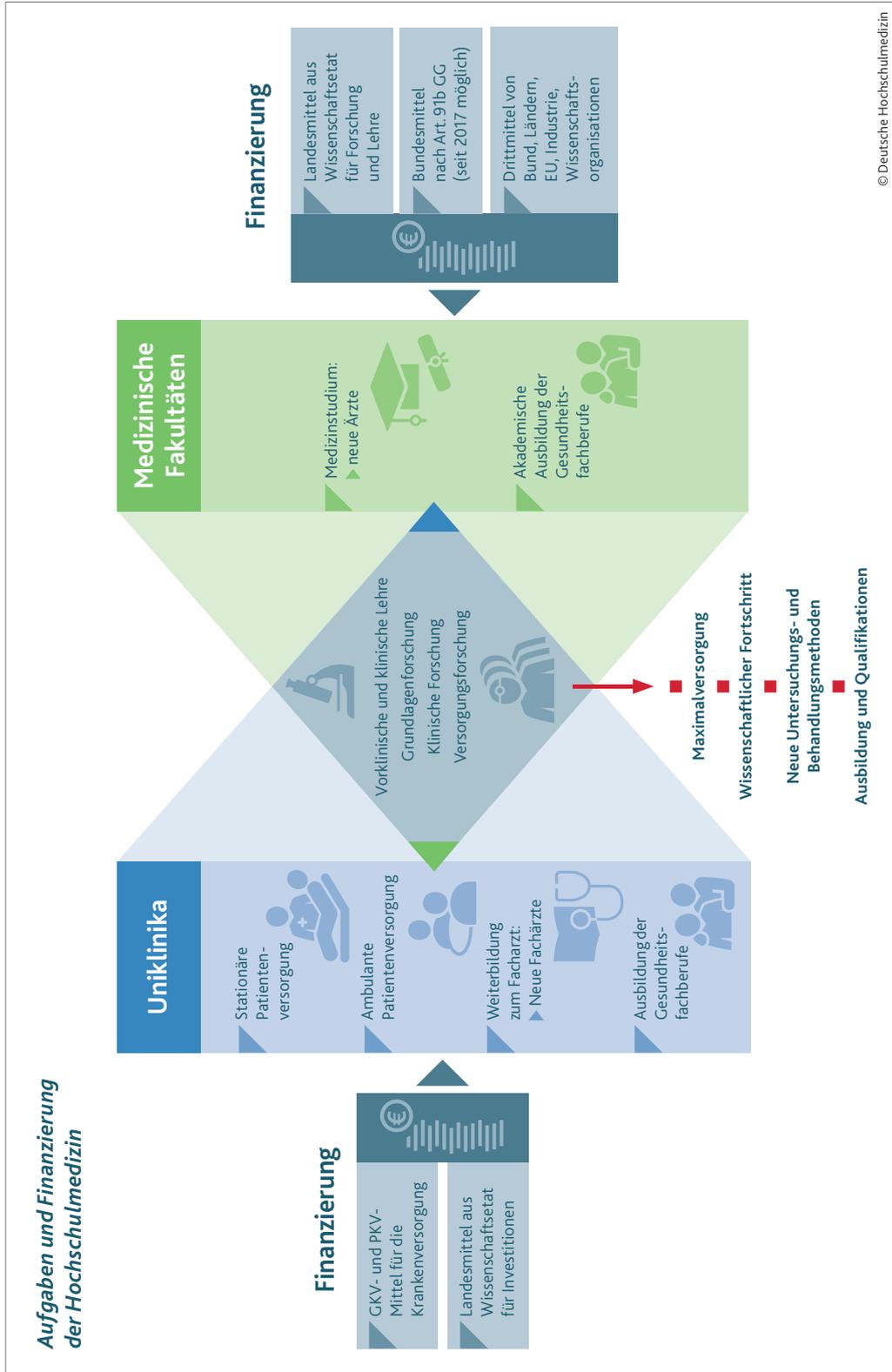
Der besondere Status der Deutschen Hochschulmedizin

Die Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika bilden zusammen die Deutsche Hochschulmedizin.

Die Medizinischen Fakultäten betreiben die medizinische Lehre und Forschung. Sie sind in der Regel Teil einer Universität. Die Universitätsklinika sind Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe. Um die ganze Breite der medizinischen Ausbildung und Forschung gewährleisten zu können, halten sie eine Vielzahl an Fachdisziplinen für die Patientenversorgung vor. Oftmals sind sie in ihrer Region und überregional die erste Anlaufstelle für schwere, komplexe und seltene Erkrankungen.

Medizinische Fakultäten und Universitätsklinika arbeiten vor Ort im Rahmen der Lehre, Forschung und Krankenversorgung eng zusammen. Die wissenschaftlichen Ansätze der Medizinischen Fakultäten werden durch die praktische Patientenversorgung in den Universitätsklinika ergänzt. Medizinische Fakultäten und Uniklinika sind daher zwei Seiten einer Medaille. Beide gemeinsam garantieren eine medizinische Versorgung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

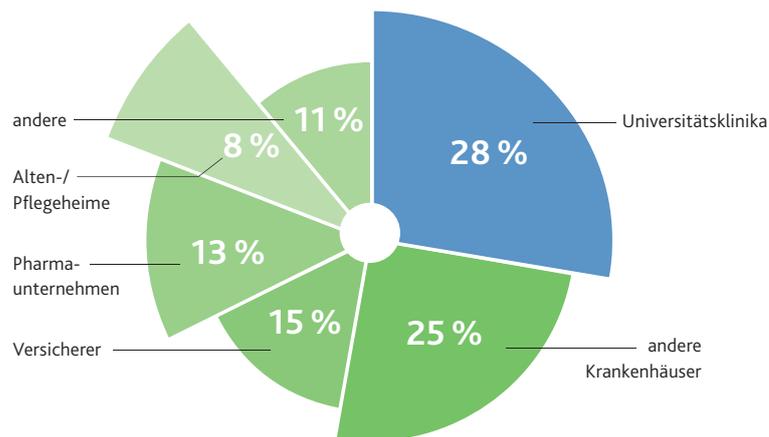
Um diese enge Zusammenarbeit auch nach außen sichtbar zu machen, haben der Medizinische Fakultätentag (MFT) und der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) die Deutsche Hochschulmedizin als gemeinsamen Dachverband gegründet, mit dem sie gemeinsam gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit auftreten.



Bedeutender Arbeitgeber

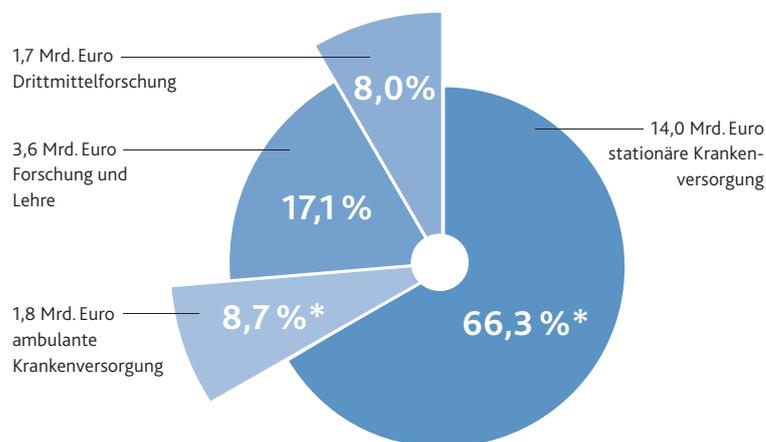
Mehr als 180.000 ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Wissenschaft und Patientenversorgung gewährleisten Spitzenmedizin an den Standorten der Deutschen Hochschulmedizin. 3.400 Professuren gibt es allein in der Humanmedizin. Die Medizinischen Fakultäten stellen an ihren Universitäten die meisten Arbeitsplätze. In der Regel gehören die Universitätsklinika zu den größten Arbeitgebern am Ort.

28 Uniklinika unter den 100 größten Arbeitgebern im Gesundheitswesen



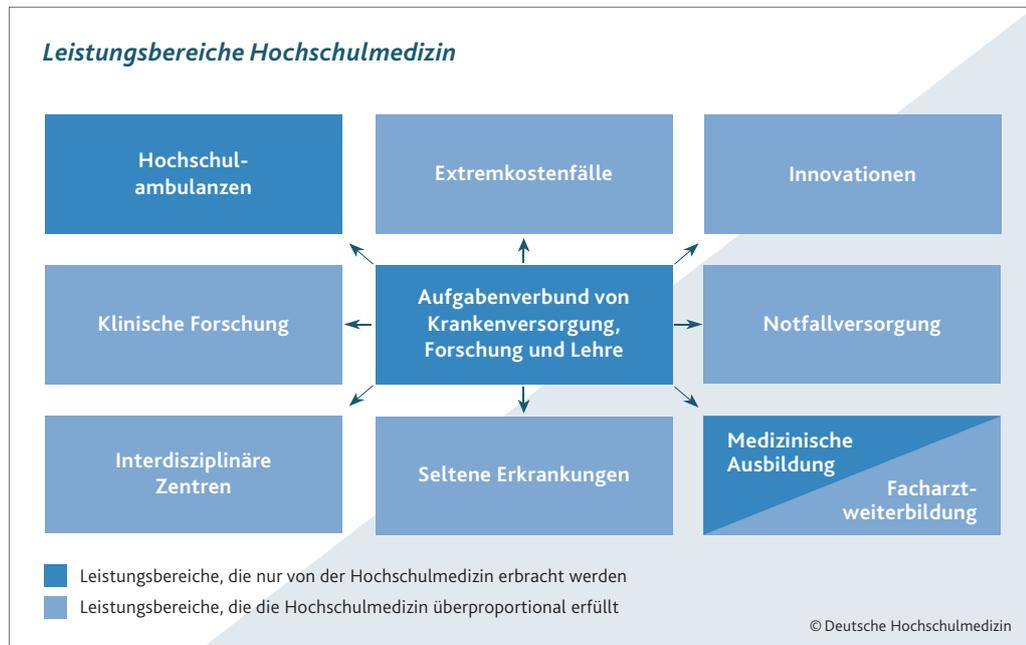
Quelle: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) 2008
© Deutsche Hochschulmedizin

Hochschulmedizin: Umsätze der Leistungsbereiche



* Entsprechend Kostendaten
Quelle: Statistisches Bundesamt 2014; VUD
© Deutsche Hochschulmedizin

Die besonderen Leistungen der Deutschen Hochschulmedizin



Die Aufgabenfelder der Hochschulmedizin verteilen sich auf Lehre, Forschung und Krankenversorgung.

Krankenversorgung

Die deutschen Universitätsklinika sind führend in der Therapie komplexer, besonders schwerer oder seltener Erkrankungen. Sie versorgen pro Jahr 1,8 Millionen Patienten stationär. Das sind zehn Prozent aller Krankenhausaufenthalte in Deutschland. Darüber hinaus behandeln sie rund 6,4 Millionen ambulante Patienten im Jahr.

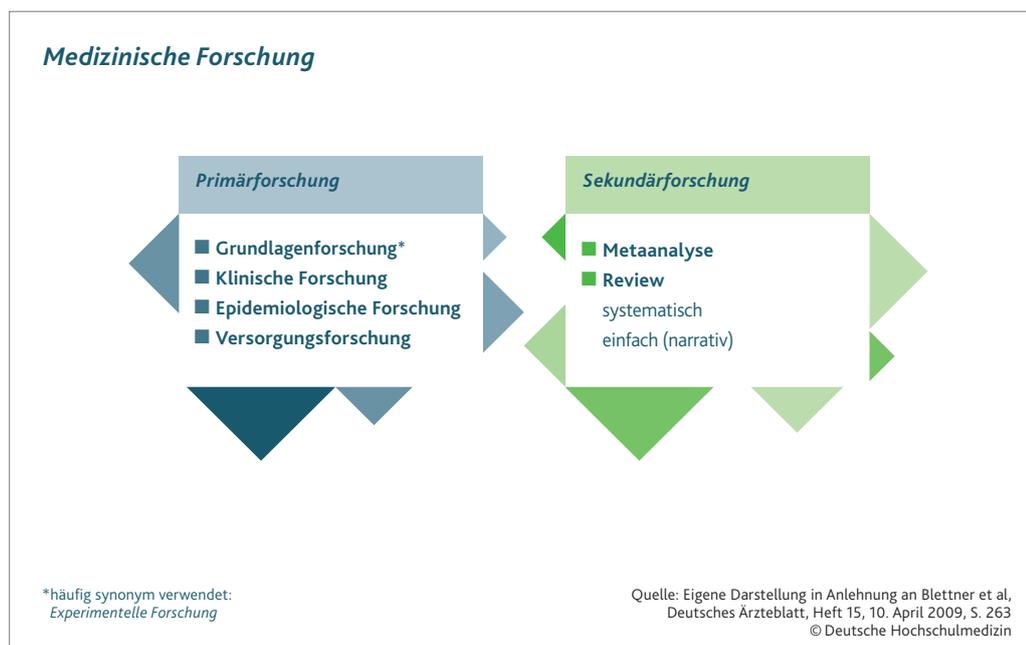
Anders als andere Krankenhäuser verfügen Universitätsklinika auch über ein umfassendes ambulantes Versorgungsangebot. In den Hochschulambulanzen stehen vielfältige diagnostische und therapeutische Verfahren zur Verfügung, die oftmals von niedergelassenen Fachärzten nicht erbracht werden. Ursprünglich 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.

Forschung

Die hohe Qualität des deutschen Gesundheitssystems ist ohne medizinische Forschung undenkbar. Nur mit den Ergebnissen und den Erkenntnissen aus der Forschung können Ärztinnen und Ärzte viele Krankheiten erkennen, heilen und so das Leid ihrer Patienten lindern. Der größte Teil der öffentlich finanzierten medizinischen Forschung findet in Deutschland in der Hochschulmedizin statt.

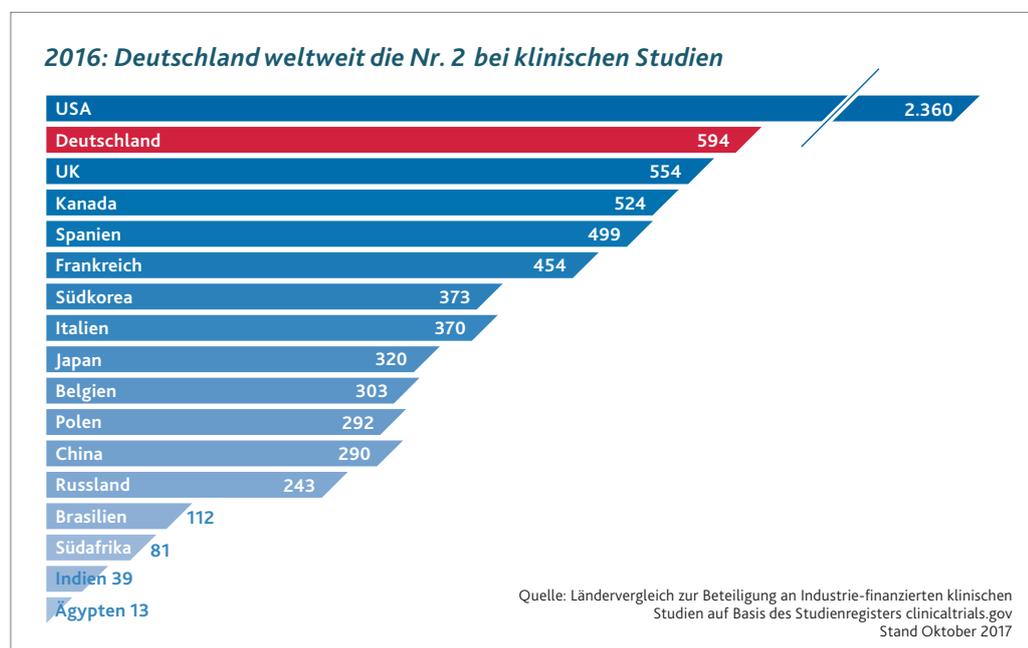
In der medizinischen Forschung wird kontinuierlich an neuen Methoden zur Verbesserung der Gesundheit gearbeitet. Dabei geht es neben dem grundsätzlichen Verstehen von Krankheitsverläufen um bessere Behandlungsmöglichkeiten und um bessere diagnostische und therapeutische Verfahren. Von der ursprünglichen Forschungsidee bis zur anwendbaren Therapie dauert es in der Regel viele Jahre. Die dabei entstehenden Kosten summieren sich oft auf mehrere Hundert Millionen Euro.

Die Grundlagenforschung schafft ein Elementarwissen für weitergehende Forschung. Die Präklinische Forschung überträgt diese Erkenntnisse in diagnostische und therapeutische Methoden. In der klinischen Forschung werden die Forschungsergebnisse an Patienten angewendet – zumeist in Form klinischer Studien. Die neu entwickelten Therapien kommen anschließend in der Behandlung der Patienten zum Einsatz. Die Versorgungsforschung untersucht diese unter realen Bedingungen. Diese Verknüpfung der einzelnen Stufen der Forschung „from bench to bedside“, das heißt vom Labor zum Patienten, macht die Hochschulmedizin zu einem zentralen Akteur des Wissenschaftsstandorts Deutschland.



Für die klinischen Studien werden geeignete Patientinnen und Patienten benötigt, die sich zur Teilnahme an Forschung und Erprobung neuer Verfahren und Medikamente bereit erklären. Die Universitätsklinika können ihren Patienten eine Teilnahme an diesen Studien empfehlen und sie partnerschaftlich in das jeweilige Forschungsprojekt einbinden. Der Großteil der klinischen Studien findet daher in Deutschland an Universitätsklinika statt – hierin liegt ihre Bedeutung für die Förderung des medizinischen Fortschrittes.

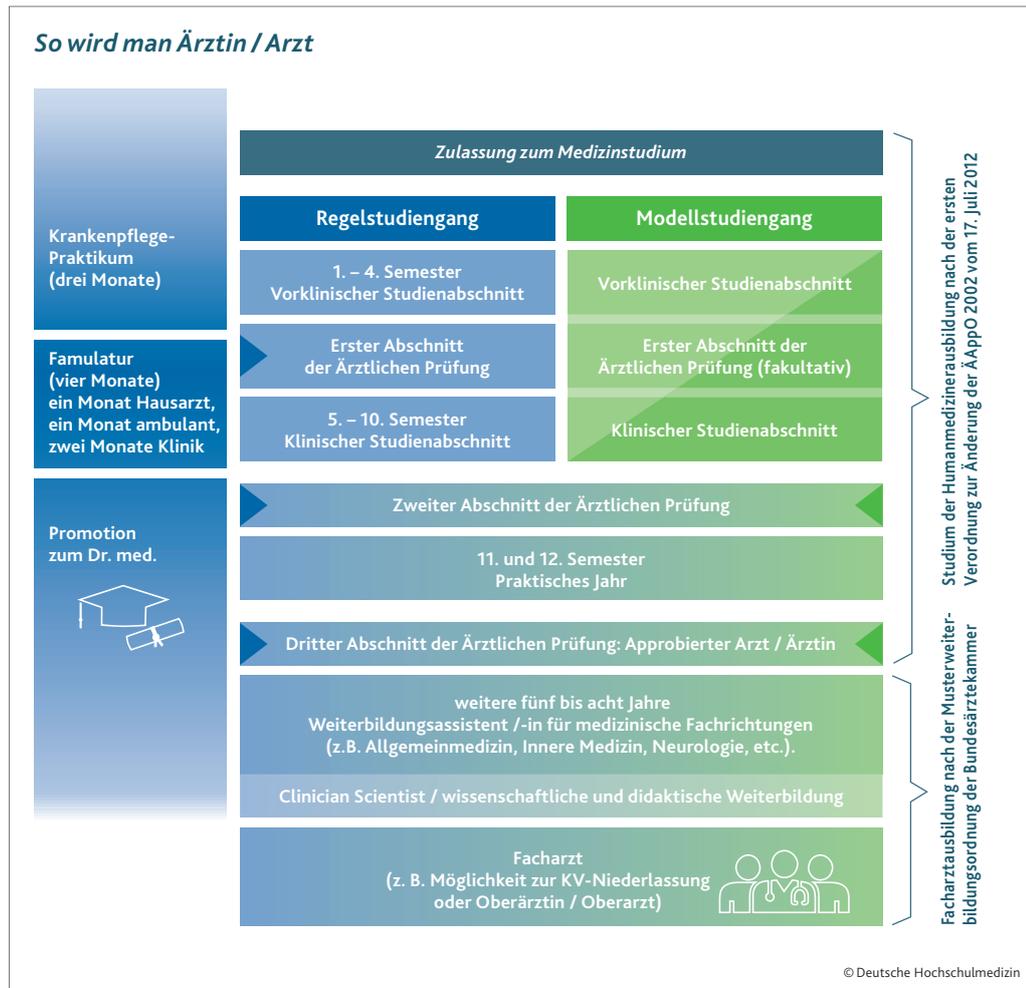
Universitätsklinika und Medizinische Fakultäten sind auch Teil der sechs vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gesondert finanzierten „Deutschen Zentren für Gesundheitsversorgung (DZG)“. Ziel dieser Forschungseinrichtungen ist es, medizinische Forschungsergebnisse für die großen Volkserkrankungen wie Krebs, Demenz oder Herz-Kreislauferkrankungen schneller in die Anwendung zu bringen. In den Zentren arbeiten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen interdisziplinär zusammen.



Lehre

Jahr für Jahr sorgt die Deutsche Hochschulmedizin für etwa 12.000 gut ausgebildete neue Ärztinnen und Ärzte der Human- und Zahnmedizin. Fast alle Studienanfänger (92 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.

Das Medizinstudium ist der kostenintensivste Studiengang an deutschen Universitäten. Neben theoretischem Wissen müssen die angehenden Ärzte ausreichend Praxiserfahrung sammeln, bevor sie selbstständig medizinische Entscheidungen treffen dürfen. Dafür stehen den Studierenden mit den Universitätsklinika einschließlich ihrer Ambulanzen, Lehrkrankenhäusern und den Lehrpraxen niedergelassener Haus- und Fachärzte Strukturen zur Verfügung, die es in keinem anderen Studium in dieser Tiefe und diesem Umfang gibt.



Nach dem Studium absolvieren Ärzte in der Regel eine fünf- bis achtjährige Facharztausbildung. Während das Medizinstudium in der Verantwortung der Medizinischen Fakultäten liegt, gewährleisten die Universitätsklinika die anschließende Weiterbildung zum Facharzt in sämtlichen medizinischen Fachrichtungen. Ob Dermatologen, Herzchirurgen, Neurologen, Augenheilkundler oder Kinderkardiologen: Sie bilden die Ärzte in allen Fächern weiter – auch in den kleinen Fächern, die in anderen Krankenhäusern oftmals nicht vertreten sind. Diese Weiterbildungsleistungen sind mit einem hohen finanziellen und organisatorischen Aufwand verbunden. Die Ober- und Fachärzte haben einen erheblichen Mehraufwand: Sie begleiten die Berufsanfänger bei der klinischen Arbeit und leiten diese an.

Höhere Weiterbildungslast ohne Vergütung

Der in den Universitätsklinika deutlich höhere Weiterbildungsaufwand wird in Deutschland – anders als in vielen anderen Ländern – nicht zusätzlich vergütet. Dennoch nehmen die Universitätsklinika diese Verantwortung mit nachhaltigem Engagement wahr und sorgen so für einen großen Anteil der zuletzt mehr als 11.000 jährlich anerkannten, gut ausgebildeten neuen Fachärzte.

Dieser zusätzliche und umfangreiche Aufwand der Universitätsklinika in der Weiterbildung zum Facharzt muss neben dem Fallpauschalensystem dringend zusätzlich und direkt vergütet werden.

Ausbildung in Gesundheitsfachberufen:

Die Hochschulmedizin gewährleistet zudem auch die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen. Hierzu gehören neben den Pflegeberufen die Hebammenausbildung sowie therapeutische Berufe wie Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie. Diese Ausbildungen werden in der Regel in Berufsakademien durchgeführt, die an den Universitätskliniken angegliedert sind. Seit einigen Jahren ermöglichen Universitätsklinika und Medizinische Fakultäten die Kombination einer Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen mit einem Bachelorstudium. Teilweise werden auch weiterführende Masterstudiengänge angeboten. Begleitet wird dies durch die Einrichtung von neuen Professuren und zunehmende eigene Forschungstätigkeiten zu aktuellen Themen in diesen Disziplinen.

Die Hochschulmedizin fördert damit die Entwicklung neuer Ausbildungswege und Berufsfelder für die medizinische Versorgung.

Themen der Hochschulmedizin im Koalitionsvertrag

Die Hochschulmedizin wird im Koalitionsvertrag mehrfach explizit thematisiert. Hierzu gehören unter anderem die Gesundheitsforschung, die Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020, die Förderung von Clinician Scientist-Programmen und die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung. Es ist gut, dass die neue Regierung diese Projekte angehen will.

Im Gegensatz zum Koalitionsvertrag 2013 fehlt jedoch ein klares Bekenntnis, die besonderen Aufgaben der Universitätsklinika im DRG-System besser zu vergüten. Vor dem Hintergrund, dass noch nicht alle der damals zur Finanzierungsverbesserung angekündigten Maßnahmen umgesetzt sind, besteht hier weiterhin dringender Handlungsbedarf.

Hochschulmedizin

„Wir wollen die Gesundheitsforschung ausbauen und die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. Hierzu wollen wir die Hochschulmedizin, insbesondere auch die Versorgungsforschung und die Medizininformatik, stärken.“

(aus dem Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, S. 35)

Die Versorgungsforschung trägt wesentlich zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems bei. Sie bietet Informationen über Einsatz, Erfolg und Risiken von diagnostischen und therapeutischen Verfahren unter Alltagsbedingungen. Für die Förderung neuer Versorgungsansätze spielt der Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine wichtige Rolle. Die Hochschulmedizin ist an den meisten geförderten Projekten beteiligt. Der Fonds wird gespeist aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds. Die zur Verfügung stehende Fördersumme beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro jährlich. Hierbei sind 225 Millionen Euro für die Förderung neuer Versorgungsformen und 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung vorgesehen. Ein ähnliches Modell, indem Vertreter der Krankenversorgung den Forschungsbedarf definieren, benötigt Deutschland auch für die Förderung industrieunabhängiger klinischer Studien. Andere Länder, wie Großbritannien, sind in diesem Bereich besser aufgestellt.

Der Ausbau der digitalen Infrastruktur der Universitätsmedizin und die Vernetzung der dort vorhandenen umfassenden Datenbestände sind eine wesentliche Voraussetzung für die dringend erforderliche Digitalisierung unseres Gesundheitswesens und der medizinischen Forschung. Das BMBF-Förderkonzept Medizininformatik leistet hierzu einen Beitrag. Daten aus Krankenversorgung und Forschung sollen für eine bessere Nutzbarmachung digital zur Verfügung stehen. Forschung soll hier ganz konkret die Gesundheitsversorgung verbessern. Die Standorte der Hochschulmedizin beteiligen sich bundesweit und flächendeckend an dem Projekt.

Zur Stärkung der Forschung im Bereich Gesundheit müssen die Forschungsinfrastrukturen dringend verbessert werden. Der konsequente Aufbau digitaler Infrastrukturen ist dabei besonders wichtig. Das „Forum Gesundheitsforschung“ des BMBF hat Vorschläge zur Verbesserung der Infrastruktur erarbeitet. Darin enthalten sind Vorschläge, wie die in der Anschaffung und dem Betrieb teuren Geräte institutionsübergreifend eingesetzt und genutzt werden können.

Medizinische Forschung

„Zur Verbesserung der medizinischen Forschung wollen wir ein Förderprogramm für forschende Ärztinnen und Ärzte (clinical scientists) und klinisch tätige Forscherinnen und Forscher auflegen.“

(aus dem Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, S. 35)

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) wie auch der Wissenschaftsrat (WR) haben nachdrücklich Initiativen gefordert, die Medizinern die Möglichkeit geben, während ihrer Facharztausbildung wissenschaftlich zu arbeiten. Das gibt Ärztinnen und Ärzten eine zusätzliche berufliche Perspektive als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und verbessert gleichzeitig die medizinische Forschung und Versorgung.

An vielen Medizinischen Fakultäten wurden mittlerweile so genannte Clinician Scientist-Programme eingerichtet. Dort erhalten an Universitätsklinika tätige Ärzte für ihre wissenschaftliche Arbeit verbindliche Forschungszeiten. Nach einer MFT-Umfrage existierten im Jahr 2017 ca. 240 derartig strukturierter Plätze an den Medizinischen Fakultäten. Tatsächlich aber werden etwa 1.000 Plätze pro Jahr benötigt. Das BMBF sollte deshalb ein eigenes Programm auflegen.

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.*

Medizinstudium

„Wir wollen die Umsetzung des ‚Masterplans Medizinstudium 2020‘ zur Neustrukturierung und Verbesserung der Medizinausbildung, zur Stärkung der Allgemeinmedizin, zur Anpassung des Zulassungsverfahrens und zur besseren flächendeckenden hausärztlichen Versorgung gerade in ländlichen Regionen eng begleiten. Der Bund wird die Länder bei der Novellierung der Hochschulzulassung zum Medizinstudium begleiten, die im Zuge des Bundesverfassungsgerichtsurteils notwendig geworden ist.“

(aus dem Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, S.34)

In der 18. Legislaturperiode des Bundestages beschloss die Bundesregierung unter der Bezeichnung „Masterplan Medizinstudium 2020“ ein umfangreiches Maßnahmenpaket zur Reform des Medizinstudiums. Dabei wurden insbesondere Maßnahmen für eine zielgerichtete Auswahl der Studienbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium vorgeschlagen. Die Deutsche Hochschulmedizin unterstützt viele dieser Elemente, von denen bereits einige an verschiedenen Standorten etabliert sind. Während des Erarbeitungsprozesses wurde leider nicht auf die Expertise und Vorschläge der Fakultäten eingegangen. Folglich wurden viele praxisrelevante Faktoren außer Acht gelassen. Auch die Finanzierung vieler dieser Maßnahmen ist weiterhin vollkommen unklar.

Digitalisierung

„Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist eine der größten Herausforderung des Gesundheitswesens in den nächsten Jahren.“

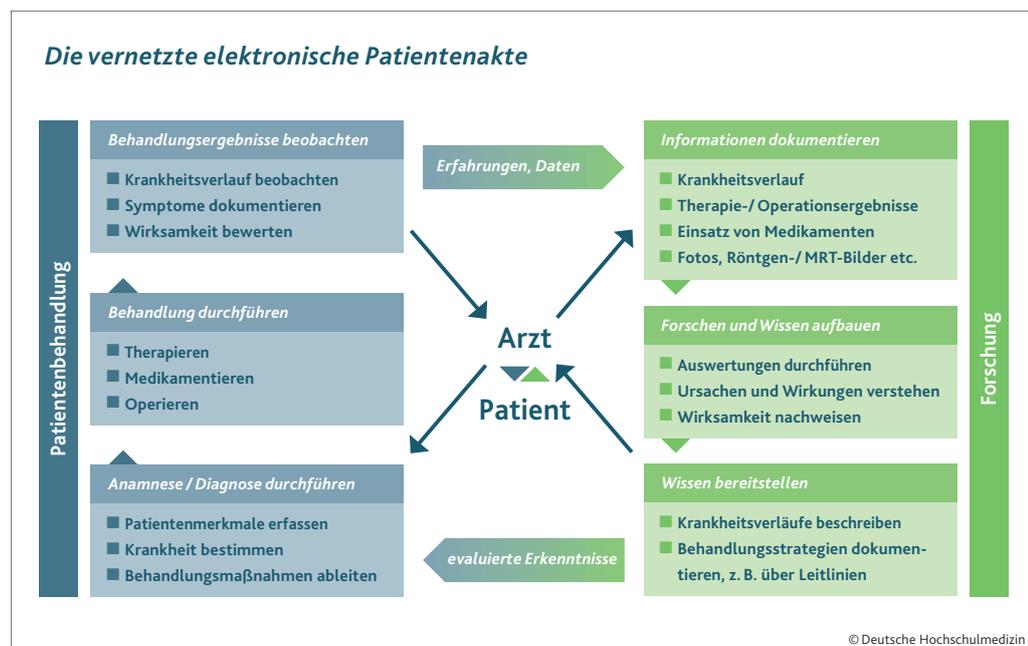
(aus dem Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, S. 93)

Um diese Herausforderung meistern zu können, muss eine klare Digitalisierungsstrategie entwickelt werden. Statt Förderungen „mit der Gießkanne“ zu verteilen, sollten zentrale Akteure wie die Hochschulmedizin als Anker der Digitalisierung verstanden werden. Die Hochschulmedizin

bietet hierzu ihre Forschungs- und Entwicklungskompetenz an. Die BMBF-Medizininformatik-Initiative macht die Hochschulmedizin zu einem wichtigen Impulsgeber – eine stärkere Bundesbeteiligung wäre aber mit Blick auf die hohen Kosten einer leistungsstarken und sicheren Digitalisierung dringend erforderlich. Hier bietet sich beispielsweise die Einbeziehung der Universitätsklinik in die Förderung durch den Strukturfonds an. Voraussetzung ist eine Änderung der Fördermöglichkeiten des Strukturfonds – dieser müsste auch Investitionen in die digitale Infrastruktur vorsehen.

Dem Koalitionsvertrag folgend will die Bundesregierung die Einführung der seit 2006 überfälligen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für alle Versicherten in dieser Legislaturperiode endlich abschließen. Zudem soll eine Roadmap die Entwicklung und Umsetzung innovativer E-Health-Lösungen festlegen.

Leider klammern bislang alle Konzepte die Integration der medizinischen Forschung in die digitalen Lösungen aus – und damit bleiben erhebliche Potenziale ungenutzt. Die Hochschulmedizin will das ändern. Sie erarbeitet in der bereits oben genannten vom BMBF geförderten Medizininformatik-Initiative die Grundlagen für eine forschungskompatible, vernetzte Patientenakte, die höchsten Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit genügt.



Interdisziplinäre Zentren

„Die Qualitätsoffensive für Krankenhäuser soll fortgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere eine qualitätsorientierte Arbeitsteilung und Vernetzung zwischen einer gut erreichbaren Grund- und Regelversorgung, Zentren für schwerwiegende, komplexe oder seltene Erkrankungen sowie damit verbundenen Anbietern des Gesundheits- und Pflegewesens. Die Zentren bieten interdisziplinäre Behandlungsteams mit hoher medizinischer Kompetenz.“

(aus dem Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, S. 99)

Die traditionelle fächerbezogene Abteilungsstruktur in Krankenhäusern ist immer weniger in der Lage, angemessene Antworten auf immer komplexere medizinische Herausforderungen zu geben. Dazu braucht es fachabteilungsübergreifende, interdisziplinäre Lösungen.

Bei der Steigerung der Qualität medizinischer Behandlungen kommt den interdisziplinären Zentren an Universitätsklinika eine zentrale Aufgabe zu: Diese Zentren verbessern die Entscheidungs- und Ablauforganisation bei komplexen medizinischen Themen kontinuierlich und können damit die Qualität der medizinischen Versorgung steigern.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wollte der Gesetzgeber 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. Allerdings ist die auf Selbstverwaltungsebene getroffene Vereinbarung für eine zielgerichtete Förderung der Zentrenstrukturen kaum geeignet. Die immer wichtiger werdenden ambulanten Versorgungsleistungen in Zentren sind von den Neuregelungen gar nicht erfasst. Das Gleiche gilt für die zahlreichen Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben, die solche Zentren für niedergelassene Ärzte erbringen.

Klare gesetzliche Vorgaben müssen ein Zentrum definieren und festlegen, welche Leistungen mit Zuschlägen zusätzlich zu finanzieren sind. Zudem muss die Politik anerkennen, dass Zentren wichtige Funktionen in der ambulanten Versorgung übernehmen. Diese müssen ausreichend finanziert werden.

Extremkostenfälle

Universitätsklinika versorgen als höchste medizinische Versorgungsstufe viele Patienten mit besonders schweren und komplexen Erkrankungen. Ihr Anteil an aufwendigen und teuren Behandlungen ist im Vergleich zu anderen Kliniken deutlich höher.

Die daraus resultierenden Zusatzkosten werden jedoch über die DRG-Fallpauschalen, die auf Standardfälle ausgelegt sind und auf einer Mittelwertkalkulation über alle Krankenhäuser beruhen, nicht immer ausreichend abgebildet.

Die gesetzlich vorgeschriebenen „Extremkosten-Berichte“ des IneK zeigen seit einigen Jahren, 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.

Ausreichende Refinanzierung von Extremkosten

Das Bundesgesundheitsministerium hat bislang eine gesetzliche Lösung abgelehnt und vielmehr auf die kontinuierliche Weiterentwicklung des DRG-Systems verwiesen. Allerdings hat der 4. Extremkostenbericht im Frühjahr 2018 gezeigt, dass die Gruppe der Universitätsklinika und Maximalversorgungskliniken weiterhin durch Extremkostenfälle finanziell belastet und die Belastung sogar auf über vier Millionen Euro je Klinikum 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. Die Belastungen, die den Universitätsklinika durch ihren hohen Anteil an besonders aufwendigen und teuren Behandlungsfällen entstehen, müssen ausgeglichen werden.

Notfallversorgung

„Zur Verbesserung der Notfallversorgung wird eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankengesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung geschaffen. Dazu sind Notfalleitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen.“

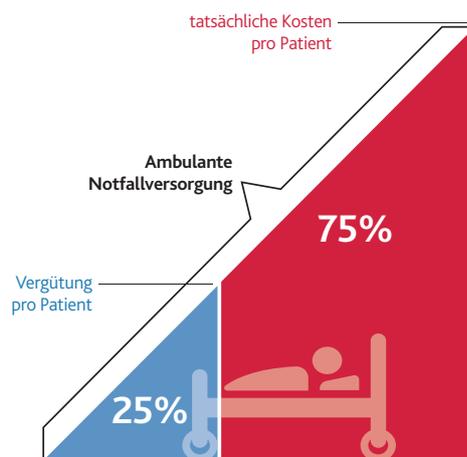
(aus dem Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, S. 100)

Das Spektrum des notfallmedizinischen Angebots an deutschen Krankenhäusern ist sehr unterschiedlich. Viele spezialisierte Fachkliniken nehmen überhaupt nicht an der Notfallversorgung teil. Kleinere Krankenhäuser beteiligen sich häufig zeitlich und fachlich nur sehr eingeschränkt. Universitätsklinika dagegen sind selbst für seltene Notfälle täglich 24 Stunden mit einem aufwendigen Bereitschaftsdienst gerüstet. Je umfassender das Leistungsangebot der Notfallversorgung ist, desto höher sind die Vorhaltekosten der jeweiligen Klinik. Diese Vorhaltekosten werden im leistungsorientierten DRG-System in der Regel nicht sachgerecht finanziert. Dringend notwendig ist daher, dass der unterschiedliche Vorhalteaufwand auskömmlich finanziert wird.

Für die stationäre Notfallversorgung sind mit einer gesetzlichen Änderung in der letzten Legislaturperiode Zu- und Abschläge vorgesehen, die auf ein System unterschiedlicher Notfallstufen aufbauen sollen. Diese Stufen sollen vom G-BA festgelegt werden. Dieses System liegt noch nicht vor, da die Fristen verlängert wurden. Daher sind – trotz gesetzlicher Änderungen im Jahr 2016 – die Vorhaltungen der Universitätskliniken (und auch vieler anderer Krankenhäuser) für die Notfallversorgung weiterhin unzureichend finanziert. Eine tragfähige Einigung in der Selbstverwaltung ist dringend erforderlich, um hier zu einer auskömmlichen Vergütung zu kommen.

Die ambulante Notfallversorgung ist trotz gesetzlicher Neuregelungen in der vergangenen Legislaturperiode weiterhin 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.

Jedes Jahr eine Milliarde Euro Defizit
Ambulante Notfallversorgung in Krankenhäusern



Eigene Berechnungen
Quelle: Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- u. Akutmedizin
© Deutsche Hochschulmedizin

Die unzureichende Finanzierung der 24/7 Notfallversorgung an den Universitätsklinika ist ein weiterhin ungelöstes Problem.

Notfallmedizin kann nur als sektorenübergreifende Versorgung funktionieren. Ihre Schnittstellenfunktion zwischen ambulanter und stationärer Behandlung braucht eine solide finanzielle Grundlage. Dazu gehört die auskömmliche Vergütung der ambulant versorgten Notfälle. Zudem müssen sich der Umfang und die damit einhergehenden Vorhaltekosten in der Vergütung abbilden. Das vom G-BA vorzulegende Stufenmodell für Zu- und Abschläge kann für die stationären Notfälle der richtige Ansatz sein. Am Ende muss die „tägliche rund um die Uhr Notfallversorgung“ der Universitätsklinika fair finanziert werden.

Bewertung

Nur die Hochschulmedizin kombiniert Lehre, Forschung und Krankenversorgung in Deutschland. Sie spielt dadurch für das Wissenschafts- und Gesundheitssystem eine maßgebliche Rolle.

Im Koalitionsvertrag werden für die Hochschulmedizin mehrfach Verbesserungen angekündigt. Die Stärkung der Hochschulmedizin wird im Kapitel „Forschung und Innovation“ explizit erwähnt. Forschungsbereiche und Forschungsstrukturen der Hochschulmedizin sollen in der laufenden Legislaturperiode stärker gefördert werden.

Allerdings fehlt, anders als noch im Koalitionsvertrag für die letzte Legislaturperiode, eine Stärkung der Hochschulmedizin im Gesundheitsbereich. Problematisch ist zusätzlich, dass noch nicht alle der im Vertrag von 2013 zur Finanzierungsverbesserung angekündigten Maßnahmen (Finanzierung der besonderen Aufgaben der Universitätsklinik im DRG-System) umgesetzt worden sind.

Zu den noch nicht (flächendeckend) umgesetzten Maßnahmen gehören die Vergütungsreform der Hochschulambulanzen, eine bessere Finanzierung der Vorhaltekosten in der Notfallversorgung oder eine auskömmliche Vergütung der Extremkostenfälle. Zudem stehen die in der letzten Legislaturperiode angekündigten Zuschläge für besondere Leistungen von Zentren noch aus. Erforderlich ist auch ein klares Bekenntnis zu medizinischen Innovationen in unserem Gesundheitssystem. Hier müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine schnellere Einführung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch die Krankenkasse sicherstellen. Zudem muss die Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses durch die breit angelegte Weiterbildung zum Facharzt an den Universitätsklinikum ausreichend finanziert werden.

In der Universitätsmedizin sind Forschung, Lehre und Krankenversorgung untrennbar miteinander verwoben. Sie bilden ein Amalgam. 80 Prozent des Umsatzes der Hochschulmedizin werden aus der Krankenversorgung realisiert. 20 Prozent kommen aus den Mitteln für Forschung und Lehre. Deshalb ist klar: Wenn die Universitätsmedizin in der Krankenversorgung unzureichend finanziert ist, dann geraten auch Forschung und Lehre unter Druck. Deshalb muss auf die Finanzierung der universitären Krankenversorgung besonderes politisches Augenmerk gelegt werden.

Standorte der Deutschen Hochschulmedizin

