

Krankenversorgung. Forschung. Lehre.
Wir leisten mehr.

Krankenversorgung in interdisziplinären Zentren der Uniklinika

Faktenblätter 1

Die Lage	02
Interdisziplinäre Versorgungszentren: zentrale Leistung der Uniklinika	03
Beispiele für universitäre Zentren	07
Zentren im Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)	12
Unzureichende Zentrenförderung im KHSG	13

Deutsche Hochschulmedizin e.V.



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS



MEDIZINISCHER
FAKULTÄTENTAG

Die Lage

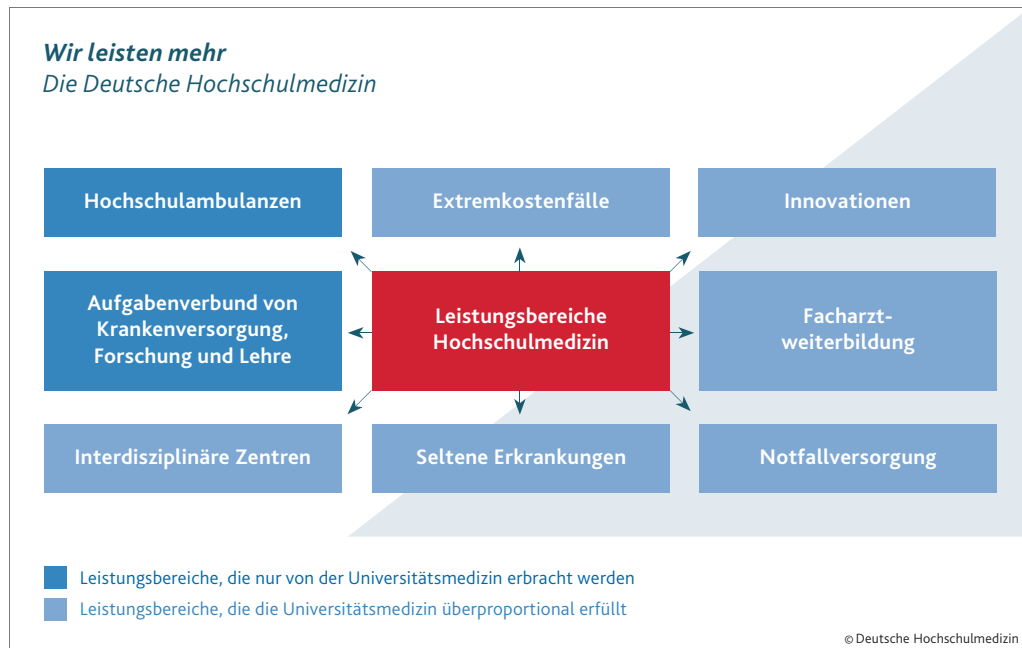
Wann ist ein Zentrum wirklich ein Zentrum? Darauf gibt es bisher keine klare Antwort. Der Begriff ist nicht geschützt und wird von Vertragsärzten und Krankenhäusern inflationär benutzt. Das Etikett „Zentrum“ auf dem Türschild sagt dem Patienten nichts über die besondere Qualität der jeweiligen Einrichtung. Nicht jedes Zentrum bietet eine über den medizinischen Standard hinaus gehende Versorgung.

Teilweise wird versucht, dem Wildwuchs selbsternannter Zentren mit verschiedensten Formen der Zertifizierung zu Leibe zu rücken. Das Zertifikat soll garantieren, dass hinter dem Türschild wirklich eine besondere Qualität anzutreffen ist. Doch die vielen Zertifizierungsverfahren sind in ihrer formalen und inhaltlichen Qualität kaum vergleichbar. Nicht jedes Zertifikat bürgt für eine bessere Qualität.

Mit der aktuellen Krankenhausreform besteht eine Chance, endlich mehr Klarheit über die Aufgaben von Zentren zu schaffen und den Wildwuchs zu beenden. Dazu müssen aber klare Struktur-, Qualitäts- und Finanzierungsregelungen aufgestellt werden: Zentrenzuschläge sollten ausschließlich für spezialisierte, interdisziplinäre und in die Region hinein wirkende Zentren gezahlt werden.

Das aktuell vorliegende Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) bleibt hier inkonsequent. Die Chance, wünschenswerte Strukturen gezielt zu fördern und zu finanzieren, wird nicht entschlossen angegangen. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen stellen hohe Anforderungen an die Landeskrankenhausplanung. Die besonderen Aufgaben von Zentren müssen dort ausdrücklich definiert werden. Unklar ist, ob das in der Praxis funktionieren wird. Dazu kommt, dass Zentren ihren Finanzierungsbedarf gegenüber den Kassen aufwendig nachweisen sollen. Diese Nachweispflichten sind praktisch kaum zu erfüllen. Zusatzfinanzierungen dürften in der Realität nur schwer durchsetzbar sein. Die notwendige Förderung echter universitärer Zentren droht einmal mehr im Sande zu verlaufen.

Interdisziplinäre Versorgungszentren: zentrale Leistung der Uniklinika



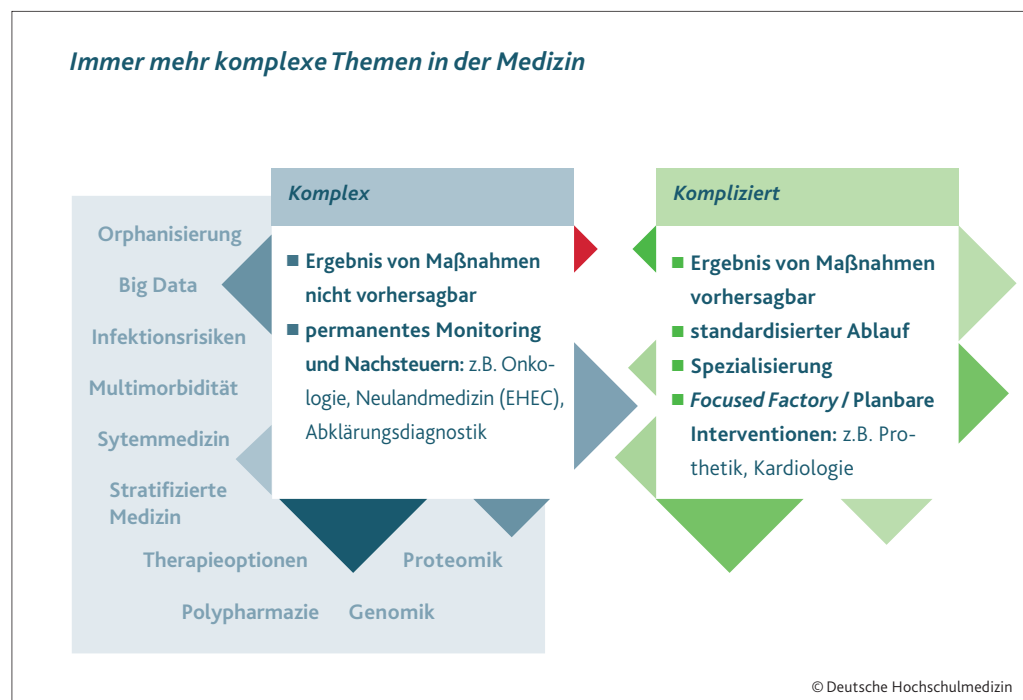
Die Deutsche Hochschulmedizin steht national wie international für herausragende Leistungen in Krankenversorgung, Lehre und Forschung. Zahlreiche Teams mit Wissenschaftlern aus dem In- und Ausland forschen an den Universitätsklinika und in den Medizinischen Fakultäten an Innovationen mit weltweiter Bedeutung. Mehr als 180.000 ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter in Wissenschaft und Patientenversorgung gewährleisten Spitzenmedizin in Deutschland. Ein wichtiger Teil dieses hochwertigen Leistungsangebotes der Deutschen Hochschulmedizin sind die interdisziplinären Zentren.

Universitäre Zentren sind Orte komplexer Medizin

Interdisziplinäre Zentren an Uniklinika sind etwas völlig anderes als Einrichtungen, die einfach nur darauf spezialisiert sind, weitgehend standardisierte medizinische Interventionen – etwa Prostataresektion, Hüft- oder Knie-TEP – in möglichst großer Fallzahl zu erbringen. Zentren an Uniklinika zeichnen sich vielmehr dadurch aus, dass sie die Entscheidungs- und Ablauforganisation bei komplexen medizinischen Themen kontinuierlich zu verbessern suchen. 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.

Damit einher geht gleichzeitig ein Wechsel von einer stark fächerbezogenen zu einer problembezogenen, fächerübergreifenden medizinischen Lehre für die Medizin-Studenten. Die Umsetzung dieses Lehrkonzepts erfordert auch in der Krankenversorgung interdisziplinäre Strukturen.

Immer mehr Therapieoptionen für die gleiche Erkrankung und gleichzeitig immer mehr Wissen über die Erkrankungsursachen treiben die interdisziplinäre Versorgung immer weiter voran. So wissen wir heute, dass die großen Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs oder Demenz auf komplexe Vorgänge im Körper zurück zu führen sind. Zahlreiche genetische Faktoren, Moleküle und Interaktionen zwischen Molekülen spielen dabei eine Rolle. Teilweise liegen bei gleichem Erkrankungsverlauf bei verschiedenen Patienten ganz unterschiedliche Erkrankungsursachen zugrunde. Schlagworte wie Systemmedizin oder individualisierte Medizin bringen zum Ausdruck, dass sich die Patientenversorgung in vielen Krankheitsgebieten in Richtung kontrollierter Steuerung komplexer biologisch-physiologischer Prozesse im menschlichen Körper entwickelt. Diese können sich von Mensch zu Mensch stark unterscheiden. Möglich wird das durch den Fortschritt bei Technologien wie der Genomik, der Proteomik und der Datenverarbeitung (Stichwort „Big Data“).



Außerdem macht die wachsende Zahl multimorbider Patienten die medizinische Versorgung immer komplexer. Das gilt vor allem für die Arzneimitteltherapie, bei der es insbesondere um die Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelinteraktionen geht (Polypharmazie). Das betrifft aber auch das Abwägen von Therapieentscheidungen im Einzelfall.

In aller Regel hat für keinen dieser Bereiche ein einzelnes Fach oder gar ein einzelner Arzt die gesamte Expertise. Der Aufbau interdisziplinärer und interprofessioneller Diagnostik- und Therapieangebote ist für den Umgang mit der weiter zunehmenden Komplexität ein wichtiges Instrument.

Finanzierungsregeln bremsen interdisziplinäre Zentren

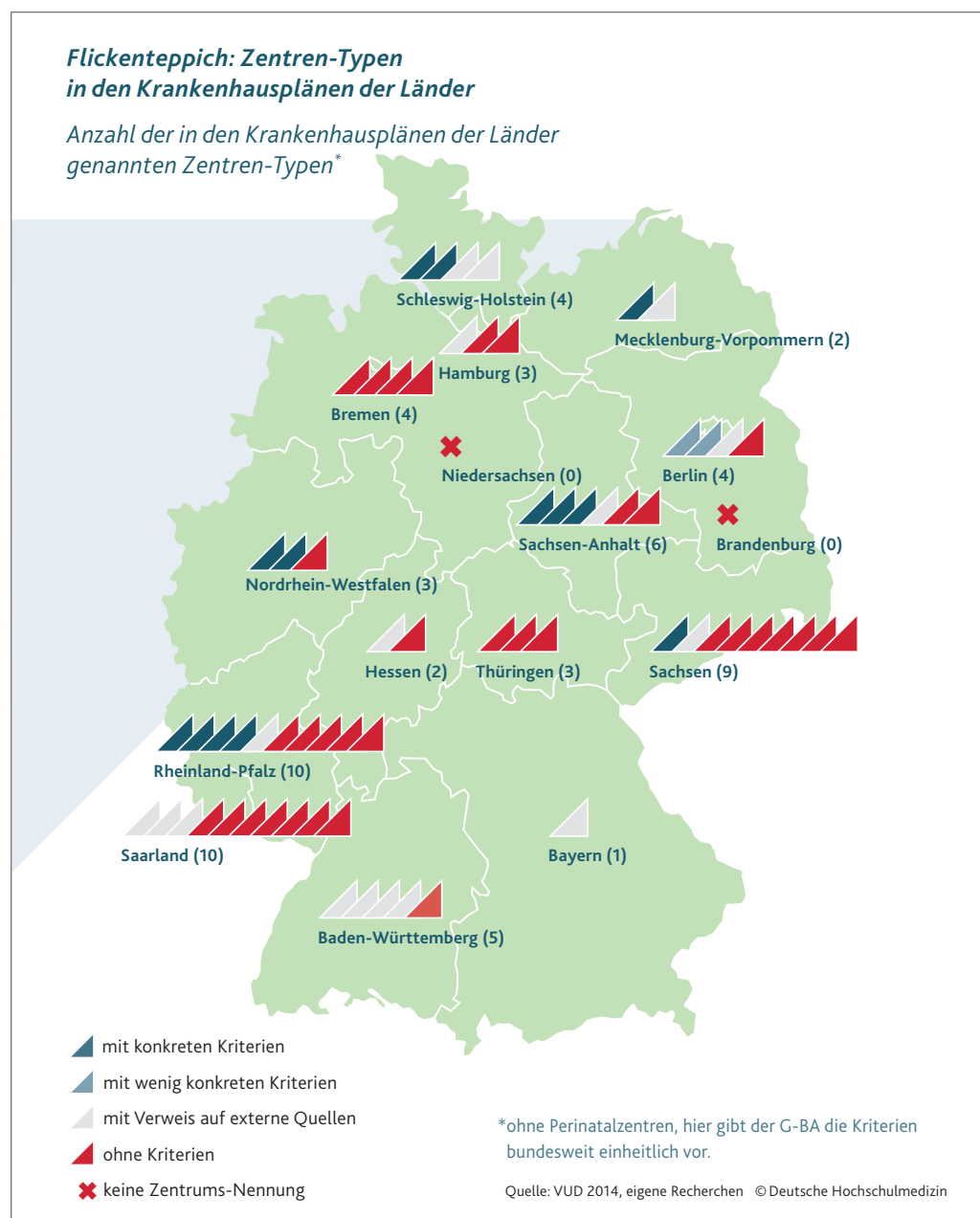
Die etablierten Vergütungssysteme bilden die interdisziplinäre Leistungs- und Entscheidungsorganisation der universitären Zentren nicht ab. Vergütungsrelevant sind in aller Regel die Diagnose und/oder die einzelne medizinische Intervention. Betreibt ein Universitätsklinikum dagegen einen überdurchschnittlichen 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.

Konzeptioneller Flickenteppich in Krankenhausplänen

Es gibt in Deutschland bislang keine Ansätze, die besonderen Leistungen universitärer Zentren ausreichend zu finanzieren. Auch konzeptionell gibt es keinen roten Faden: Die in den Krankenhausplänen der Länder aufgeführten Zentren folgen keiner einheitlichen Systematik. Sie gleichen vielmehr einem Flickenteppich: Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und das Saarland führen zum Teil sehr ausführliche Kriterien auf. Trotzdem bleibt für viele der in den Krankenhausplänen aufgeführten Zentren unklar, welche konkreten Struktur- und Prozessqualitätskriterien ihren Status als Zentrum begründen. In den Krankenhausplänen von Niedersachsen und Brandenburg findet sich die Bezeichnung „Zentrum“ überhaupt nicht.

So gibt es eine bunte Vielfalt an Zentrumstypologien. Die Spanne reicht von Zentren mit einer Ausrichtung auf besondere Lebensabschnitte, wie etwa pädiatrische und geriatrische Zentren, über Zentren mit Ausrichtung auf eine konkrete Erkrankung (Schlaganfallzentren, Tumorzentren oder Diabetologische Zentren), Zentren mit Ausrichtung auf eine konkrete medizinische Methode

(Zentren für septische Chirurgie oder Transplantationszentren) bis hin zu Zentren mit Ausrichtung auf Verletzungen (Traumazentren, Zentren für Schwerbrandverletzte) und viele andere Formen mehr. Viele dieser Zentrentypen entsprechen nicht dem Konzept einer interdisziplinären, regional vernetzten und forschungsnahen Versorgung.



Beispiele für universitäre Zentren

Die medizinischen Zentren an den Uniklinika bieten aufwendige interdisziplinäre, krankheitsübergreifende Diagnose- und Therapieangebote, über die andere Krankenhäuser in der Regel nicht in gleicher Weise verfügen. Außerdem ist die medizinische Versorgung in universitären Zentren durch ihre Nähe zur Forschung geprägt. Dies ermöglicht eine möglichst zügige Überführung und Anwendung von Erkenntnissen aus dem Labor ans Krankenbett. Gleichzeitig verbessern Zentren mit dem Aufbau von Studienregistern die Versorgungsforschung.

Und schließlich tragen die interdisziplinären Zentren der zunehmenden Komplexität gerade seltener oder schwerer Erkrankungen in besonderer Weise Rechnung. Bei vielen dieser komplexen Krankheitsbilder sind Behandlungsergebnisse nicht vorhersagbar. Statt standardisierter Intervention sind permanentes Überwachen und patientenindividuelles Nachsteuern durch unterschiedliche medizinische Fachgebiete erforderlich.

1. Beispiel: Comprehensive Cancer Center

In den Comprehensive Cancer Center (CCC) sind üblicherweise unter anderem folgende Kompetenzen und Leistungen gebündelt: Chirurgie, Genetik/Genetische Beratung, Gynäkologie, Hämatologie/Onkologie, Pathologie, Psychoonkologie, Radiologie, Schmerztherapie, Strahlentherapie, Palliativmedizin, Pflege, Rehabilitation und Selbsthilfe.

Zentrales Instrument zur Koordinierung dieser vielen Spezialisten sind interdisziplinäre Tumorboards. Zudem sind Spezialisten in interdisziplinären ambulanten Sprechstunden (Kern- oder Portalambulanzen) sowie in der translationalen und klinischen Forschung tätig.

Die Organisation der medizinischen Versorgung in diesen integrativen Tumorzentren ist von der Nähe zur Forschung geprägt. Einerseits geht es um die möglichst zügige Überleitung von Forschungserkenntnissen aus dem Labor ans Patientenbett. Zum anderen wird die Datenlage für Versorgungsforschung durch bessere Register und damit verbundene Studien verbessert.

Ein zentraler Baustein des CCC-Konzepts ist zudem der so genannte „Outreach“, also die Vernetzung mit anderen relevanten Akteuren, insbesondere in der Region. Dazu gehören etwa die niedergelassenen Onkologen, die für ihre jeweiligen Patienten nach Möglichkeit auch in die Tumorboards eingebunden sind. So können die maßgeblichen medizinischen Entscheidungen in den interdisziplinären Zentren stattfinden, während etwa die chemotherapeutische Behandlung gegebenenfalls vor Ort belassen wird. So werden weite Wege für die Patienten während der Therapiephase vermindert.

13 universitäre Spitzenzentren (Comprehensive Cancer Centers) im onkologischen Versorgungssystem

Die Versorgung von Krebspatienten erfolgt in Deutschland in einem dreistufigen System.

- Die Basis bilden mehr als 800 zertifizierte Organkrebszentren an zumeist nicht universitären Krankenhäusern, die sich jeweils auf einzelne Tumorerkrankungen spezialisiert haben.

- Die zweite Stufe bilden über 50 Onkologische Zentren, die die Behandlung mehrerer unterschiedlicher Tumorerkrankungen abdecken.

- In der dritten und höchsten Stufe sind derzeit 13 deutsche Universitätsklinika als Onkologische Spitzenzentren zertifiziert. Sie erfüllen zentrale Funktionen:

Forschung und Leitlinienarbeit: Spitzenzentren behandeln Krebspatienten im Rahmen interdisziplinärer Forschungsprojekte und werten ihre Behandlungsergebnisse zur Weiterentwicklung von Therapien systematisch aus. Die Behandlungsleitlinien werden permanent an den neuesten Erkenntnisstand angepasst.

Diagnostik und Therapieplanung: Eine optimale Krebstherapie erfordert das Know-how verschiedenster Fachdisziplinen. An Uniklinika stimmen zum Beispiel Radiologen, Nuklearmediziner, Chirurgen, Strahlentherapeuten und Psychologen optimale Therapiepläne für die Patienten ab. Diese interdisziplinären Tumorkonferenzen werden auch als Dienstleistungen für umliegende Krankenhäuser erbracht, die über kein breites Fächerspektrum verfügen. Damit sichern die Spitzenzentren den Kompetenz-Transfer in die Fläche.

Versorgung: Spitzenzentren kümmern sich um Patienten mit seltenen Krebserkrankungen. Diese Bündelung von Patienten ist wegen der kleinen Fallzahlen besonders sinnvoll.

2. Beispiel: Herzinsuffizienz-Zentrum

Das Deutsche Zentrum für Herzinsuffizienz des Universitätsklinikums Würzburg hat ein neues ambulantes Versorgungsmodell entwickelt, das den für dieses Krankheitsbild typischen „Dreh-türeffekt“ immer wiederkehrender Krankenhauseinweisungen vermeiden hilft. Entscheidend dafür ist der Aufbau einer sektorenübergreifenden Vernetzung unter Federführung des Universitätsklinikums.

Der Kern des Modells: die häufig älteren Patienten werden nach ihrem Krankenhausaufenthalt von so genannten Herzinsuffizienzschwestern des Zentrums telefonisch weiter betreut. Sie koordinieren für die chronisch kranken Patienten dauerhaft die weitere ambulante Versorgung und gegebenenfalls erforderliche stationäre Behandlungen.

Die medizinischen Erfolge dieser Sektoren übergreifende Betreuung sind überzeugend: In einem Modellprojekt mit über 1.000 Patienten wurde die Sterblichkeit von Herzinsuffizienzpatienten um rund 40 Prozent gesenkt. Zudem mussten die Teilnehmer im Durchschnitt vier Tage weniger im Krankenhaus behandelt werden als Patienten ohne eine solche Betreuung.

3. Beispiel: Zentren für Seltene Erkrankungen

Zahlreiche Universitätsklinika haben damit begonnen Zentren für Seltene Erkrankungen aufzubauen. Das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) will nun aus den vielen dezentralen Initiativen ein national koordiniertes Zentrumskonzept entwickeln. Dieses Konzept sieht drei Ebenen von Zentren vor. Auf der obersten Ebene sollen universitäre Zentren die Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen bündeln, koordinieren und durch Forschung weiter verbessern.

Eine wesentliche Aufgabe der universitären Zentren ist es, bei Patienten mit unklaren Beschwerden und Verdacht auf eine Seltene Erkrankung durch eine interdisziplinäre, durch neueste Technologien unterstützte Spezialdiagnostik schnellstmöglich eine Diagnose zu stellen. Viele dieser Patienten haben einen jahrelangen Leidensweg mit belastenden und in der Regel wirkungslosen Therapien aufgrund einer falschen Diagnose hinter sich. Zudem dienen diese Zentren Patienten mit einer Seltenen Erkrankung als Lotsen im Gesundheitssystem, um die Patienten nach einer erfolgten Diagnose schnellstmöglich zu den Einrichtungen zu schicken, in denen das Know how für eine optimale Versorgung vorhanden ist. Da selbst große Universitätsklinika nicht für alle der rund 6.000 Seltenen Erkrankungen über die notwendige Expertise verfügen, ist Vernetzung hier noch wichtiger als bei anderen Krankheiten. Die universitären Zentren sollen ein bundesweites Versorgungsangebot schaffen und gleichzeitig die Patienten so bündeln, dass eine systematische wissenschaftliche Erforschung Seltener Erkrankungen möglich wird.

Allerdings: Universitätsklinika, die diese aufwändigen Strukturen für Patienten mit Seltenen Erkrankungen aufbauen, werden für ihre besonderen Leistungen wie die Koordinierung der Versorgung und die Lotsenfunktion, die Schulung und Beratung anderer Leistungserbringer (z.B. niedergelassenen Ärzte) sowie die Erarbeitung von Versorgungsstandards gar nicht oder nicht ausreichend von den Krankenkassen vergütet.

Netzwerk Seltene Erkrankungen: dreistufiges Zentren-Modell

	Referenzzentrum (Typ A)	Fachzentrum (Typ B)	Kooperationszentrum (Typ C)
Wer	Universitätsklinik	Krankenhauseinrichtungen ambulant und stationär	Krankenhauseinrichtungen ambulant und stationär
Rolle	krankheitsübergreifend, Koordination, Beratung, Steuerung, Klärung, Vernetzung	krankheitsspezifisch, interdisziplinäre, multiprofessionelle Betreuung	krankheitsspezifisch, wohnortnahe Versorgung
Aufgaben in der			
Krankenversorgung	spezialisierte Versorgungsangebote für mehrere Seltene Erkrankungen qualitätsgesicherte, innovative Diagnostik und Interpretation über Regelversorgung hinaus, z.B. für Patienten mit unklaren Diagnosen	spezialisierte Versorgungsangebote für mehrere Seltene Erkrankungen qualitätsgesicherte, innovative Diagnostik und Interpretation über Regelversorgung hinaus, z.B. für Patienten mit unklaren Diagnosen	ambulante Versorgung von Patienten mit klarer Diagnose / klarer Verdachtsdiagnose
Organisation	ambulante Versorgung von Patienten mit klarer Diagnose / klarer Verdachtsdiagnose (Weiter)-Entwicklung von Diagnostik- und Therapiestandards Therapieplanung, innovative Spezialdiagnostik, Diagnosesicherung	Vernetzung untereinander mit Fallbesprechungen, Qualitätszirkel etc. Zusammenarbeit mit Selbsthilfe Koordination der Typ C Zentren und Primärversorger Kartierung der Versorgungslandschaft	Vernetzung untereinander mit Fallbesprechungen, Qualitätszirkel etc. Zusammenarbeit mit Selbsthilfe Koordination der Typ C Zentren und Primärversorger Kartierung der Versorgungslandschaft
Lehre	Entwicklung und Durchführung strukturierter, interdisziplinärer Fortbildungsangebote	Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fort- und Weiterbildung für Ärzte / nichtärztliches Personal, ggf. Ausbildung	Teilnahme an Fortbildungen
Forschung	wissenschaftliche Bearbeitung Seltener Erkrankungen, inkl. Studienzentrum für klinische Studien	Beteiligung an Forschungsprojekten, klinischen Studien, Versorgungsforschung und Registern	Patienteninformation / Teilnahme an Forschungsprojekten, klinischen Studien, Versorgungsforschung, Registern

Quelle: Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltene Erkrankungen (NAMSE)

Stand: Juni 2015

Kernbestandteile universitärer Zentren

Die interdisziplinäre Leitungs- und Entscheidungsorganisation ist ein zentrales Merkmal universitärer Zentren. Daneben gibt es wichtige weitere Aufgaben und Kriterien, die universitäre Zentren in unterschiedlicher Ausprägung leisten:

- **Koordination regionaler Netzwerke:** Zentren koordinieren Leistungen nicht nur innerhalb der Klinikmauern zwischen den Abteilungen. Sie binden darüber hinaus andere Leistungserbringer arbeitsteilig in die Versorgung der Patienten ein, definieren gemeinsame Standards und sichern so die Qualität der Versorgung in besonderer Weise ab. Insbesondere für Krankheitsbilder mit chronischem Verlauf (z.B. Krebs, Herzinsuffizienz), bei denen sich ambulante und stationäre Episoden abwechseln, ist eine solche anlassunabhängige, verstetigte Kooperation und Koordination aller an der Versorgung Beteiligten extrem wichtig.
- **Know how-Transfer:** Universitäre Zentren haben aufgrund ihrer Forschungsstärke oft einen Wissens- und Innovationsvorsprung gegenüber anderen Leistungserbringern. Dieses Wissen soll möglichst schnell auch für die Versorgung der Patienten in der Fläche vermittelt werden.
- **Zweitmeinung für Patienten:** Aufgrund ihrer besonderen Expertise gerade bei seltenen oder ungewöhnlichen Krankheitsbildern werden universitäre Einrichtungen häufig von Patienten, teils aber auch von anderen Leistungserbringern für Zweitmeinungen nachgefragt.
- **Versorgungsforschung:** Der Erfolg medizinischer Behandlung hängt nicht nur von möglichst gut durchgeführten medizinischen Prozeduren ab. Oft haben auch das Behandlungssetting, die Arbeitsteilung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Sektor und die Koordination unterschiedlicher Professionen entscheidenden Anteil. Dazu muss die Versorgungsforschung intensiviert werden, um Problembereiche offen zu legen und beispielhafte Modelle zu identifizieren. Universitäre Zentren sind für diese Forschung wichtige Partner. Häufig sind sie an der Entwicklung und Evaluation von innovativen Modellen der Organisation medizinischer Versorgung beteiligt.

Zentren im Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes

Die Bundesregierung hat angekündigt, mit dem im Juni 2015 vorgelegten Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) die besonderen Aufgaben von Zentren besser zu finanzieren. Kliniken erhalten dann Zuschläge, wenn sich ihre Zentren durch die Wahrnehmung „besonderer Aufgaben“ von anderen Krankenhäusern unterscheiden. Voraussetzung ist, dass diese besonderen Aufgaben einem entsprechenden besonderen Versorgungsauftrag im Krankenhausplan des jeweiligen Landes zu entnehmen sind. Für diese im Landeskrankenhausplan festgelegten „besonderen Aufgaben“ erhalten die Zentren allerdings nur dann einen Zuschlag, wenn diese Aufgaben nicht bereits vom DRG-System finanziert werden. Folgende Regelung zu den Zentren enthält der Gesetzesentwurf KHSG:

Der Ausweis als Zentrum im Sinne des Krankenhausfinanzierungsrechts und der damit verbundene Zuschlag setzen voraus:

a) *Ausweisung und Festlegung von besonderen Versorgungsaufgaben eines Zentrums im und aufgrund des Krankenhausplans des jeweiligen Landes. Fehlt die Ausweisung dieser Versorgungsaufgaben im Krankenhausplan, kann ein Land auf Antrag besondere Versorgungsaufgaben eines Krankenhauses im Einzelfall feststellen.*

b) *Beschränkung auf Aufgaben, die nicht mit den Fallpauschalen (DRGs) abgebildet werden sowie nicht nach sonstigen Regelungen vergütet werden.*

Die nähere Ausgestaltung haben die Vertragspartner auf Bundesebene bis zum 31.3.2016 zu vereinbaren.

Besondere Aufgaben von Zentren im Gesetzesentwurf:

a) *überörtliche und/oder krankenhausesübergreifende Aufgabenwahrnehmung (z.B. Netzwerkorganisation, krankenhausesübergreifende Koordination und/oder Dokumentation) oder*

b) *Erforderlichkeit besonderer Vorhaltung, z.B. aufgrund geringerer Häufigkeit der Fälle/Erkrankungen (z.B. Zentren für Seltene Erkrankungen) oder*

c) *Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.*

Zuschlagsfähig können in Zukunft auch Leistungen sein, die nicht in der unmittelbaren stationären Patientenversorgung bestehen. Zuschlagsfähig können bei Behandlung mit einer besonderen krankheitsspezifischen Komplexität weiterhin auch Vorhaltungen innerhalb eines Krankenhauses sein, die für die Behandlung von Risiko-/Hochrisikopatienten erforderlich sind.

Unzureichende Zentrenförderung im Krankenhausstrukturgesetz

Die Zielsetzung der aktuellen Krankenhausreform, die Finanzierung von Zentren durch Zuschläge zu verbessern, ist richtig. Leider ist die bislang im Gesetzentwurf vorgeschlagene Umsetzung noch unzulänglich.

Der Begriff „Zentrum“ wird im Gesetzentwurf durch „Besondere Aufgaben“ ersetzt. Der Krankenhausplan soll entsprechend nicht mehr „Zentren“ (institutioneller Bezug) sondern „besondere Aufgaben“ (inhaltlicher Bezug) ausweisen. Die Definition der besonderen Aufgaben wird damit in die Krankenhausplanung verlagert. Dazu müsste sich die **Krankenhausplanung** in Zukunft intensiv mit den Leistungen und Vorhaltungen einzelner Einrichtungen auseinandersetzen und die notwendigen Veränderungen von Leistungen und Vorhaltungen von Zentren regelmäßig anpassen.

Gelingt diese detaillierte Abbildung von spezifischen Aufgaben sowie die präzise Definition der damit verbundenen besonderen Leistungen und Vorhaltungen nicht, ist mit Verweis auf die fehlende Definition im Krankenhausplan in den Entgeltverhandlungen mit den Krankenkassen mit der Nichtanerkennung der Kosten für besondere Aufgaben zu rechnen. Die Regelung würde dann weitgehend leer laufen.

Ein weiteres Beispiel für die Praxisferne des KHSG ist die **Beschränkung des Zentrumsbegriffs auf den stationären Bereich**. Die meisten Zentren verbessern die Versorgung aber gerade an der Schnittstelle stationär – ambulant. Besondere Aufgaben, die Leistungen und Vorhaltungen für die ambulante Versorgung beinhalten, müssen deshalb ebenfalls berücksichtigt werden.

In der Praxis kaum zu erfüllen ist die Anforderung an das Krankenhaus, genau nachweisen zu können, welche Zentrenkosten bereits im DRG-System berücksichtigt sind und welche Mehraufwände über einen Zentrenzuschlag zu finanzieren sind. Das Problem für einen solchen Kostennachweis: Der in den Fallpauschalen enthaltene und finanzierte Leistungsumfang ist nirgends definiert. Daher sollte im Gesetz klar gestellt werden, dass grundsätzlich die Kosten der im Krankenhausplan definierten besonderen Aufgabenwahrnehmung nicht bereits in den Fallpauschalen berücksichtigt sind. Eventuelle Abweichungen müssen die Krankenkassen explizit belegen können.

Fixkostendegressionsabschlag: Extremes Defizitpotential für Zentren

Ab dem Jahre 2017 soll laut KHSG-Gesetzentwurf ein sogenannter „Fixkostendegressionsabschlag“ für Mehrleistungen eingeführt werden. Wachsen die Fallzahlen eines Krankenhauses, dann muss es künftig den Krankenkassen für diese zusätzlichen Fälle für fünf Jahre einen Preisabschlag gewähren – eine Art Mengenrabatt. Das wird besonders die Uniklinika hart treffen, die seit vielen Jahren zu den Krankenhäusern mit den stärksten Patienten-Zuwächsen zählen. Die politisch gewünschte Zentrenbildung an Uniklinika – etwa in der Onkologie und bei innovativen Leistungen – wird hier auch zu weiteren Fallzahlsteigerungen führen. Dadurch ist aber nicht zwangsläufig mit Effizienzsteigerungen zu rechnen, auch steigende Kosten sind möglich. Kapazitäten der Zentren müssen entsprechend erweitert und die organisatorischen Voraussetzungen für Wachstum müssen geschaffen werden.

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Fixkostendegressionsabschlag bremst die qualitätsorientierte Leistungskonzentration und damit ein wesentliches Ziel der Krankenhausreform. Wenn in den Zentren die Zahl der behandelten Patienten steigt, werden die Zentrenzuschläge durch den Fixkostendegressionsabschlag wieder gemindert. Angesichts ausbleibender Investitionsmittel der Länder ist es dagegen umso wichtiger, dass diese Zentrenbildungen zumindest in der Finanzierung des laufenden Betriebs finanziell gefördert werden. Deshalb müssen Leistungsverlagerungen im Zuge der (politisch gewünschten) Zentrenbildung von Abschlägen freigestellt werden.

