



Fotos: pressmaster / WavebreakmediaMicro / Gennady Poznyakov - Fotolia

Leistungsfähigkeit der Universitätsmedizin gefährdet

Die Sonderrolle der Universitätsklinik in der deutschen Krankenhauslandschaft

Die 33 deutschen Universitätsklinikum unterscheiden sich von den rund 1700 anderen Krankenhäusern dadurch, dass sie im staatlichen Auftrag im Verbund mit den medizinischen Fakultäten die biomedizinische Forschung organisieren. Zudem bilden sie gemeinsam mit den Fakultäten jedes Jahr knapp 10.000 Studierende forschungsnah zu approbierten Ärzten aus. Dadurch wird nicht nur der Bedarf an praktizierenden Ärzten in Deutschland gesichert, sondern auch der Bedarf an forschenden Ärzten. Nur so kann die deutsche biomedizinische Forschung im intensiver werdenden globalen Wettbewerb um Innovationen und wissenschaftlichen Fortschritt weiterhin bestehen. Dieser akademische Auftrag, der in der Regel in den entsprechenden Landeshochschulgesetzen verankert ist, prägt auf allen Ebenen und über das gesamte Fächerspektrum die Strukturen und Prozesse der Universitätsmedizin. Der permanente Erkenntnis-

transfer zwischen Forschung und Patientenversorgung ist neben der Lehre das zentrale Charakteristikum universitärer Medizin. Dieser Transfer muss in den Universitätsklinikum institutionell verankert und gefördert werden, und zwar unter Wahrung der verfassungsrechtlich garantierten Freiheit von Forschung und Lehre. Das schlägt sich beispielsweise in einem hohen Maß an wissenschaftlicher Autonomie der leitenden Ärzte und einem eigenständigen, akademisch ausgerichteten institutionellen Überbau nieder. Ob Leitungs- und Entscheidungsorganisation, Rolle der Klinikdirektoren oder klinische Strukturen und Prozesse – in allen wesentlichen Merkmalen unterscheiden sich Universitätsklinikum infolge ihrer weit über die Krankenversorgung hinaus reichenden Aufgaben stark von nichtuniversitären Krankenhäusern.

Forschung, Lehre und Krankenversorgung sind als unauflösba-

Die Krankenversorgung ist in den Universitätsklinikum untrennbar mit den Aufgaben in Forschung und Lehre verbunden. Diese Sonderrolle prägt auf allen Ebenen und über das gesamte Fächerspektrum die Strukturen und Prozesse der Universitätsmedizin. Für eine versorgungsnah Ausbildung benötigen Universitätsklinikum Zugriff auf ein möglichst breites Spektrum von Patienten und einen angemessenen Zugang zur ambulanten Versorgung. Weiterhin ist die Versorgung in den Uniklinikum durch einen hohen Vorhalteaufwand und einen hohen Anteil an Nicht-Standardleistungen geprägt, die unzureichend im DRG-System abgebildet sind. Das Krankenhausstrukturgesetz greift einige bisher unge löste Problemfelder auf. Die Umsetzung dieser Regelungen wird sich jedoch mindestens bis 2017 hinziehen. Unklar ist daher, ab wann und in welcher Höhe mit zusätzlichen Mitteln gerechnet werden kann.

rer Aufgabenverbund im Sinne einer „Kuppelproduktion“ zu begreifen. Es ist nicht möglich, die ►

Universitätsmedizin funktional in diese drei Teile zu zerlegen. Forschung, Lehre und Krankenversorgung greifen in den Arbeitsprozessen eng verzahnt ineinander. Der einzelne Arzt arbeitet oft zusätzlich zu den Aufgaben in der Patientenversorgung auch in Forschungsprojekten mit und bildet Studierende aus.

Diese Kuppelproduktion ist auch der Grund, weshalb die Universitätsklinik als einzige Leistungserbringergruppe in einem massiven globalen Wettbewerb stehen. Der Wettbewerb tobt nicht nur als sprichwörtlicher „war for talent“ um die besten Mediziner, sondern



Ralf Heyder
Generalsekretär Verband der Universitätsklinik
Deutschlands e.V.
Berlin

auch um neue Erkenntnisse und damit Patente aus der biomedizinischen Forschung.

Die Leistungsfähigkeit der Universitätsmedizin ist akut gefährdet. Seit einschließlich 2012 haben die Universitätsklinik kollektiv mehrere hundert Millionen Euro Verluste in der Krankenversorgung eingefahren. Ein Grund dafür ist die unzureichende Finanzierung von Investitionen durch die Länder. Dazu kommt die unzureichende Vergütung stationärer und ambulanter Leistungen in der Patientenversorgung. Parallel hierzu gefährdet eine stetig abnehmende Grundfinanzierung der Universitäten Forschung und Lehre.

Universitätsmedizin und Angebotsplanung im Gesundheitswesen

Universitätsklinik benötigen in der Krankenversorgung Strukturen und Zugänge, die es ihnen ermöglichen, ihrem staatlichen Auftrag in Forschung und Lehre nachzukommen. In der Lehre sind sie verpflichtet, das gesamte Fächerspektrum der Approbiati-

onsordnung vorzuhalten. Außerdem brauchen sie für eine versorgungsnahe Ausbildung Zugriff auf ein möglichst breites Spektrum von Patienten, auch der Grund- und Regelversorgung. Forschung findet über die gesamte Breite der Medizin statt, egal ob ambulant oder stationär, Notfall- oder Elektivversorgung, komplexe oder vermeintliche „Routine-Medizin.“

Das hat Folgen für die Angebotsplanung im Gesundheitswesen. Es kann nicht dem Wettbewerb der Leistungserbringer überlassen bleiben, welche Leistungen Universitätsklinik anbieten können und welche Patientengruppen Zugang zu Universitätsklinik bekommen. Hier steht der Staat in der Verantwortung, über die gesamte Breite der Medizin einen umfassenden Zugang zu den Versorgungsangeboten der Universitätsklinik für ambulante und stationäre Patienten zu gewährleisten. Deshalb können Universitätsklinik nicht in gleicher Weise wie andere Krankenhäuser der Landeskrankenhausesplanung unterworfen werden. Die Krankenhausplanung dient der Sicherstellung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung. Bei Universitätsklinik ist daneben jedoch zu berücksichtigen, welche Infrastruktur sie aus Gründen von Forschung und Lehre in der Krankenversorgung benötigen.

Gleiches gilt für die vertragsärztliche Bedarfsplanung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

„Universitätsklinik benötigen in der Krankenversorgung Strukturen und Zugänge, die es ihnen ermöglichen, ihrem staatlichen Auftrag in Forschung und Lehre nachzukommen.“

Diese ist nicht geeignet, um den Universitätsklinik für Forschung und Lehre einen angemessenen Zugang zur ambulanten Versorgung zu eröffnen. Auch die in den letzten 15 Jahren sukzessive entstandenen gesetzlichen Direktermächtigungen von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung

(zum Beispiel AOP, PIA, SPZ, ASV, GIA) sind hierfür keine geeigneten Instrumente. Sie bilden das ambulante Versorgungsspektrum nur in Ausschnitten ab. Zudem sind sie – wie das Beispiel der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung zeigt – in hohem Maße anfällig für regulatorische Eingriffe und dadurch instabil.

Finanzierung der Hochschulambulanzen

Der Gesetzgeber hat deshalb für die Universitätsklinik mit § 117 SGB V eine Spezialregelung zur Ermächtigung für die ambulante Versorgung geschaffen. Die entsprechend ermächtigten Einrichtungen der Universitätsklinik werden im Folgenden als Hochschulambulanzen (HSA) bezeichnet. Im Unterschied zu allen anderen gesetzlichen Direktermächtigungen von Krankenhausambulanzen ist die Ermächtigung für die HSA nach § 117 SGB V medizinisch-inhaltlich beziehungsweise hinsichtlich der dort behandelbaren Patientengruppen nicht eingeschränkt. Im Fallpauschalengesetz von 2002 wurde in § 120 SGB V geregelt, dass für die Leistungen der HSA das jeweilige Universitätsklinikum die Vergütungen schiedsstellenfähig mit den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbart. Hier besteht seither ein großer Gestaltungsspielraum auf Ortsebene.

Dieser Gestaltungsspielraum wurde je nach Haltung der Landeskrankenkassenverbände in

den jeweiligen Bundesländern sehr unterschiedlich genutzt. Vor allem in den südlichen Bundesländern konnten die dortigen Universitätsklinik im Vergleich zu Ost- oder Norddeutschland tendenziell bessere Verträge mit den Kassen abschließen. Dennoch gelang es in aller Regel

nicht, für die Hochschulambulanzen kostendeckende Vergütungen zu vereinbaren. Die immer stärker nachgefragten Hochschulambulanzen haben flächendeckend mit hohen Defiziten zu kämpfen, die an manchen Standorten zweistellige Millionenbeträge erreichen.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde 2015 die Hochschulambulanzregelung reformiert. Ziel ist eine sachgerechte und damit deutlich höhere Vergütung der dort erbrachten Leistungen. Dazu muss die Selbstverwaltung noch Regelungen treffen. Die dafür gesetzlich vorgesehene Frist lief am 23. Januar 2016 ab. Die Regelungen stehen jedoch nach wie vor aus. Es bleibt abzuwarten, inwieweit eine bessere Vergütung für die Hochschulambulanzen erreicht werden kann.

Anpassungsbedarf im DRG-System

Mit den Aufgaben der Universitätsmedizin in Forschung und Lehre geht eine Sonderrolle in der Krankenversorgung einher. Diese ist an mehreren Stellen unzureichend im DRG-System abgebildet:

- **Extremkostenfälle:** Aufgrund ihrer Forschungsnähe sind Universitätskliniken die letzte Anlaufstelle für Patienten, denen an anderer Stelle im Versorgungssystem nicht mehr weitergeholfen werden kann. Universitätskliniken haben daher überproportional viele besonders schwere und komplexe Fälle. Dieses Fallspektrum ist pro Jahr über alle Universitätskliniken mit rund 100 Millionen Euro unterfinanziert.
- **Innovationen:** Viele Innovationen finden ihren Weg in die Patientenversorgung und damit ins Gesundheitssystem primär über die Universitätskliniken. Ein Problem entsteht unter anderem an dem Punkt, wo eine neue Methode reif genug wird, um aus dem reinen Forschungs- und Entwicklungsstadium in die Patientenversorgung überzugehen. Hier bieten die Unikliniken ihren Patienten die Leistungen an, obwohl das DRG-System keine adäquate Refinan-

zierung vorsieht. Die besonderen Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) lindern dieses Problem nur in Teilen.

- **Besondere Aufgaben von Zentren:** Insbesondere komplexe medizinische Herausforderungen müssen zunehmend in interdisziplinären Strukturen bearbeitet werden, die auf einen breiten Pool von Spezialisten zu unterschiedlichen Teilaspekten einer Erkrankung zurückgreifen können. Hierzu etablieren die Universitätskliniken vermehrt fachabteilungsübergreifende Zentrumsstrukturen. Diese Zentren übernehmen zudem oft Aufgaben, die weit über den eigenen Standort hinausreichen, zum Beispiel die Organisation von Netzwerken, die Be-

trum notfallmedizinischer Leistungen vor. Diesen Aufwand betreiben beileibe nicht alle Krankenhäuser. Dennoch wird der höchst unterschiedliche Vorhalteaufwand im Vergütungssystem nicht differenziert.

Natürlich nehmen auch einzelne nichtuniversitäre Krankenhäuser, insbesondere große Maximalversorger, diese Aufgaben in unterschiedlichem Umfang wahr. Universitätskliniken haben aber an der Erfüllung dieser Aufgaben deutlich größere Anteile als der Durchschnitt der Krankenhäuser, an dem sich die DRG-Kalkulation orientiert.

In einer solchen Durchschnittsbetrachtung bekommen am Ende die Krankenhäuser ein Problem,

„Mit den Aufgaben der Universitätsmedizin in Forschung und Lehre geht eine Sonderrolle in der Krankenversorgung einher. Diese ist an mehreren Stellen unzureichend im DRG-System abgebildet.“

reitstellung von Knowhow auch für andere Leistungserbringer oder die Bereitstellung von besonderen Versorgungsangeboten mit hohem Vorhalteaufwand, etwa für Seltene Erkrankungen. Diese besonderen Aufgaben und Vorhaltungen sind über das DRG-System in aller Regel nicht adäquat abgebildet. Die dafür eigentlich als Kompensationsinstrument gesetzlich vorgesehenen Zentrumszuschläge greifen bis heute bestenfalls unzureichend.

- **Weiterbildung:** Universitätskliniken gewährleisten die Weiterbildung zum Facharzt in allen Fachrichtungen, auch solchen, die an anderen Krankenhäusern in der Regel gar nicht vertreten sind (zum Beispiel Augenheilkunde oder Kinderkardiologie). Sie haben einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Ärzten in Weiterbildung. Der Zusatzaufwand wird nicht vergütet.
- **Notfallvorhaltung:** Als letztes Glied in der Versorgungskette halten Universitätskliniken rund um die Uhr das gesamte Spek-

die einen hohen Vorhalteaufwand und einen hohen Anteil an Nicht-Standardleistungen haben. Hochspezialisierte, oft nur noch elektiv tätige Fachkliniken, breit aufgestellte Grund- und Regelversorger auf dem Lande und universitäre Hochleistungskliniken werden am Ende alle in einem Datenpool vermengt. Diese „Strukturblindheit“ des DRG-Systems ist ein systematisches Grundproblem und bedarf nach wie vor einer Lösung.

Viele dieser Themen wurden bereits bei Einführung des Fallpauschalensystems als potenzielle ►

GUTE BESSERUNG FÜR IHRE BÄDER!

DIE BADGESTALTER
KÖNIG BÄDER

BERATUNG · PLANUNG · BAU
KOMPLETT AUS EINER HAND

WWW.KOENIG-BAEDER.DE

Problembereiche für ein pauschalisiertes Entgeltsystem gesehen, etwa die Extremkostenfälle, die Notfallvorhaltung oder die Weiterbildung. Eine Differenzierung durch die Selbstverwaltung ist aber bis heute unterblieben

Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSZ) greift zwei der bisher ungelösten Problemfelder auf. Besondere Leistungen von Zentren sollen besser vergütet werden. Dazu müssen jedoch die Länder diese Zentren erst einmal in ihren Krankenhausplänen benennen.

Auch Unterschiede bei der Notfallvorhaltung sollen künftig bei der Vergütung stärker berücksichtigt werden. Grundlage dafür soll ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu definierendes Stufenmodell sein, das unterschiedliche Grade der Teilnahme an der Notfallversorgung abbildet.

Die Umsetzung dieser beiden Regelungen wird sich jedoch min-

destens bis 2017 hinziehen. Unklar ist daher, ab wann und in welcher Höhe mit zusätzlichen Mitteln gerechnet werden kann.

An anderer Stelle drohen sogar Budgetkürzungen. So droht ab 2017 eine drastische Verschärfung der Mehrleistungsabschlüsse, die künftig Fixkostendegressi-

onsabschlüsse heißen werden. Universitätsklinika gehören zu den Krankenhäusern mit überproportionalem Fallzahlwachstum und werden daher besonders stark von diesen Abschlüssen betroffen sein. Gleiches gilt für die ab 2017 geplante pauschale Abwertung von Sachkosten im DRG-System, für die nun ein Vorschlag des InEK vorliegt. Da die Universitätsklinika aufgrund ihres Leis-

tungsspektrums einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Sachkosten haben, würde sie dies 55 Millionen Euro ihrer Budgets kosten.

Fazit

Die besonderen Aufgaben der Universitätsmedizin führen an vielen Stellen zu Problemen in

„Ob die jüngsten Reformen an diesen spezifischen Problemen etwas ändern werden, ist derzeit offen. Eine Bewertung hierzu dürfte frühestens 2018 möglich sein.“

den vorhandenen Vergütungssystemen. Auch einzelne nichtuniversitäre Krankenhäuser, insbesondere große Maximalversorger, sind in Teilen betroffen. Ob die jüngsten Reformen an diesen spezifischen Problemen etwas ändern werden, ist derzeit offen. Eine Bewertung hierzu dürfte frühestens 2018 möglich sein. Klar ist jedoch, dass in jedem Fall auch in der nächsten Legislaturperiode weiterer Reformbedarf besteht. Sollte sich herausstellen, dass die derzeit vom Gesetzgeber angestrebten Einzellösungen für die verschiedenen Teilprobleme in der Umsetzung an regulatorischen und administrativen Hürden scheitern, müssen Alternativen diskutiert werden. Fallpauschalenzuschläge für Universitätsklinika und große nichtuniversitäre Maximalversorger dürfen dann kein politisches Tabuthema mehr sein. ■

Aktuelle Rechtsprechung zu Governance in der Universitätsmedizin

Anders als in anderen Krankenhäusern sind in den Universitätsklinika Wissenschaft und Krankenversorgung untrennbar verbunden. In ihren Leitungs- und Entscheidungsstrukturen müssen die Uniklinika der Freiheit von Forschung und Lehre Rechnung tragen.

Ein aktuelles Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) für die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) veranschaulicht dies. Das Gericht hatte im Juni 2014 entschieden, dass wesentliche Teile des Niedersächsischen Hochschulgesetzes über die Organisation der MHH nicht mit dem Grundgesetz vereinbar sind. Dabei ging es um die Rollenverteilung zwischen Vorstand und Fakultätsrat und die Frage, in welchem Umfang der MHH

Vorstand wissenschaftliche Entscheidungen ohne Beteiligung des Senats treffen durfte.

Das BVerfG hielt mit diesem Urteil an seinem Grundsatz fest, wonach die Mitwirkung des Fakultätsrats bei der Bestellung und Abberufung der Vorstandsmitglieder umso größer sein muss, je mehr wissenschaftsrelevante Entscheidungen dem Senat entzogen und dem Vorstand zugewiesen worden sind. Stimmt dieses Gesamtgefüge, ist es mit der Wissenschaftsfreiheit vereinbar. Wissenschaftsrelevant sind laut dem Beschluss aber nicht nur Entscheidungen über Forschung und Lehre, sondern auch zur Organisationsstruktur, Finanzierung und Krankenversorgung, da diese mit der Wissenschaft untrennbar verzahnt ist.

Ralf Heyder
Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.
Alt-Moabit 96
10559 Berlin