



1 | 2016

POLITIKBRIEF

Argumente und Lösungen der deutschen Uniklinika

INHALT

- S. 1 Krankenhausreform:**
Positive Ansätze, aber finanzielle Effekte unklar
- S. 3 Digitalisierung im Gesundheitswesen:**
Uniklinika sollen wichtige Impulse setzen
- S. 4 Infektionsschutz:**
Uniklinika bilden Netzwerke zur besseren Prävention
- S. 5 Versorgung von Flüchtlingen:**
Dauerhafte Strukturen aufbauen
- S. 6 Daten, Fakten, Ansprechpartner**

Krankenhausreform: Positive Ansätze, aber finanzielle Effekte unklar

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) weist an vielen Stellen in die richtige Richtung. Beispiele sind der Fokus auf Qualität, stabilere Entgelte für Krankenhausleistungen und die Förderung der Notfallversorgung. An der Unterfinanzierung der Universitätsklinika ändert sich vorerst jedoch nichts. Ob ihre besonderen Aufgaben künftig besser vergütet werden, entscheidet sich frühestens 2017. Völlig ungelöst bleibt die unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder.

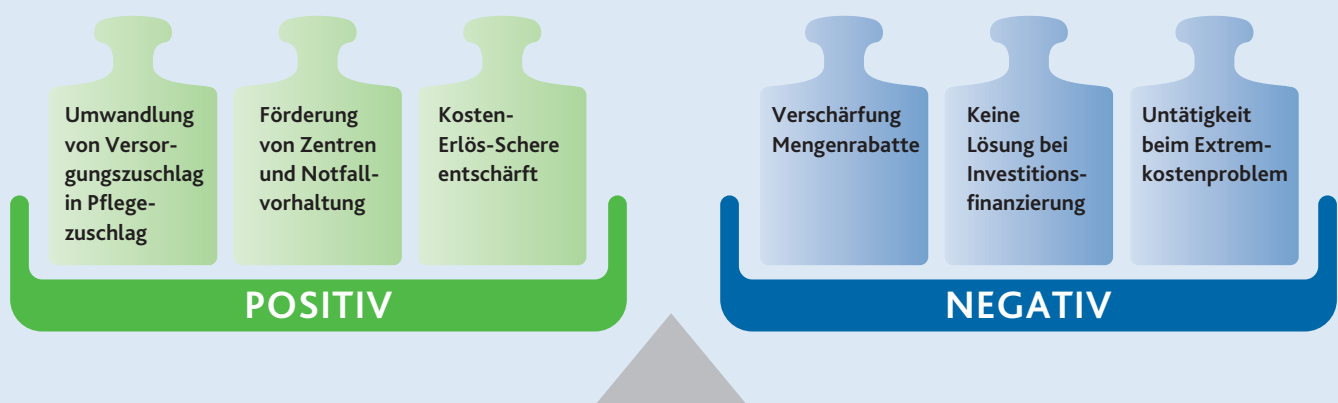
Neue Pfade in der Krankenhauspolitik

Mit dem KHSG stellt der Gesetzgeber wichtige ordnungspolitische Weichen neu. Das ist im Grundsatz positiv:

- **Qualität:** Qualitätsindikatoren sollen in Zukunft eine größere Rolle für Entscheidungen bei der Krankenhausfinanzierung und -planung spielen. Für besonders gute Qualität soll es Zuschläge geben. Einzelnen Fachabteilungen kann bei unzureichender Qualität die

Krankenhausreformen 2015: Finale Bewertung erst ab 2017 möglich

Ob und wie das Krankenhausstrukturgesetz wirkt, hängt maßgeblich von den anstehenden Verhandlungen zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Krankenkassen ab. Nach heutigem Stand halten sich positive und negative Aspekte die Waage:





**Prof. Dr.
D. Michael Albrecht**

Erster Vorsitzender des VUD
und Vorstandssprecher des
Universitätsklinikums
Carl Gustav Carus

„Positiv am Krankenhausstrukturgesetz sind der Fokus auf Qualität, stabilere Landesbasisfallwerte für Krankenhausleistungen und die Förderung von Zentrenbildung und der Notfallversorgung. Aber: An der Unterfinanzierung der Universitätsklinikum ändert sich vorerst leider nichts. Ob ihre besonderen Aufgaben künftig besser vergütet werden, entscheidet sich frühestens 2017. Das macht die Wirtschaftsplanung aus der Managementperspektive extrem schwierig. Dabei ist der Finanzierungsbedarf offensichtlich: 2014 haben die deutschen Uniklinika im dritten Jahr in Folge insgesamt Verluste in dreistelliger Millionenhöhe verzeichnet. Zudem fehlt weiter bundesweit viel Geld für nötige Investitionen. Für die Uniklinika beträgt die Lücke jährlich rund 500 Millionen Euro. Hinzu kommt ein über die Jahre aufgelaufener Investitionsstau in Milliardenhöhe.“

Zulassung zur Patientenversorgung entzogen werden. Der Weg bis zur Umsetzung ist jedoch lang. Bis Ende 2017 soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) alle notwendigen Regelungen treffen. Angesichts großer rechtlicher und methodischer Herausforderungen ist dieser Zeitplan sehr ambitioniert.

- **Notfallversorgung:** Die Vorhaltekosten für eine leistungsfähige Notfallversorgung sollen ab Mitte 2017 durch Zu- beziehungsweise Abschläge besser vergütet werden. Dafür soll ein vom G-BA zu entwickelndes Stufenmodell dienen, das unterschiedliche Grade der Teilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung abbildet.
- **Besondere Aufgaben:** Leistungen, die nur ausgewählte Zentren erbringen, sollen besser finanziert werden. Darunter fallen etwa die Vernetzung und Koordination unterschiedlicher Leistungserbringer, die Vorhaltung besonderer Expertise oder der Aufbau von Registern. Zur Umsetzung müssen die Landeskrankenhauspläne angepasst und Regelungen in der Selbstverwaltung vereinbart werden. Auch hier dürfte die Reform frühestens 2017 greifen.
- **Preisstabilität:** In den letzten 15 Jahren sind die Erlöse der Krankenhäuser im Durchschnitt langsamer gestiegen als die Kosten für Personal und Sachmittel. Preisbereinigt sind durch diese Kosten-Erlös-Schere die Entgelte für Krankenhausleistungen gesunken. Dieser Mechanismus wird nun korrigiert. Das ist ein Richtungswechsel in der Krankenhausfinanzierung. Allerdings sind allenfalls mittelfristig spürbare Effekte auf die Finanzlage der Universitätsklinikum zu erwarten.

Finanzielle Folgen derzeit nicht einschätzbar

Trotz positiver Ansätze bleibt offen, ob das KHSG die finanzielle Lage der Unikliniken verbessert. Viele Details sind noch in der Selbstverwaltung festzulegen. Vor 2017 sind Aussagen zu den Finanzwirkungen nicht möglich. Dies gilt auch für Regelungen, bei denen finanzielle Belastungen für die Uniklinika zu befürchten sind:

- **Mehrleistungsabschläge:** Immer mehr Patienten lassen sich in den spezialisierten Zentren der Uniklinika behandeln. Auch ihre Rolle in der Notfallversorgung wächst. Doch zusätzliche Leistungen sollen ab 2017 stärker als bisher mit Abschlägen bestraft werden. Höhe und Geltungsbereich dieser Kürzungen sind noch unklar. Finanzielle Verschlechterungen für die Uniklinika sind durchaus wahrscheinlich.
- **Fallpauschalensystem:** Das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen soll in Teilen umgebaut werden, etwa bei den Sachkosten. Auch hier drohen Budgetverluste für die Uniklinika.

Keine Lösung für Extremkostenproblem

Uniklinika und Maximalversorger behandeln besonders viele Patienten mit untypischen Erkrankungsverläufen. Dadurch haben sie überproportional viele außergewöhnlich teure Krankenhaufälle. Diese sind im Fallpauschalensystem nicht immer ausreichend vergütet. Der Extremkostenbericht der Selbstverwaltung belegt eindeutig, dass Uniklinika im Vergleich zu anderen Krankenhäusern weitaus stärker dadurch belastet sind. Hochgerechnet auf alle 33 Uniklinika ergibt sich eine Finanzierungslücke von mindestens 105 Millionen Euro im Jahr 2013. Enttäuschend ist, dass das KHSG dieses Problem völlig ignoriert. Hier werden zukünftige Reformen Abhilfe schaffen müssen.

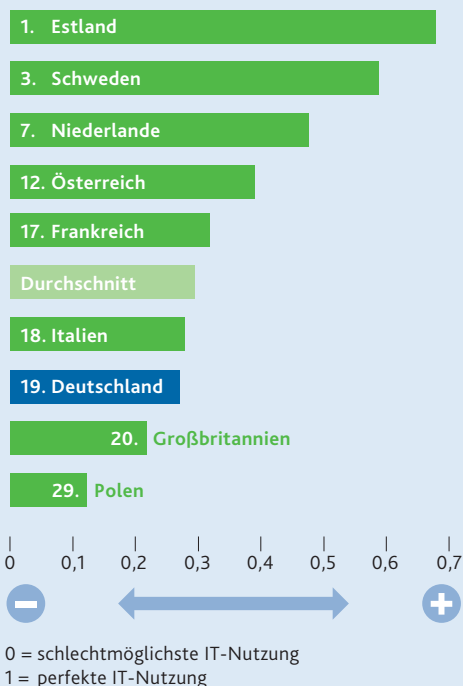
Digitalisierung im Gesundheitswesen: Uniklinika sollen wichtige Impulse setzen

Die fortschreitende Digitalisierung vernetzt die unterschiedlichsten Lebensbereiche in völlig neuer Weise. Im Gesundheitswesen – insbesondere an der Schnittstelle zwischen Forschung und Patientenversorgung – bleiben viele Potenziale bislang ungenutzt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) will das mit einem innovativen Förderformat ändern. Uniklinika spielen dabei die wesentliche Rolle.

Täglich entstehen bei der Patientenbehandlung in Krankenhäusern und Arztpraxen sowie in der medizinischen Forschung enorme Datenmengen. Sie lagern in den unterschiedlichsten Einrichtungen in kaum miteinander vernetzten Datenbanken und Computersystemen. Erforscht ein Wissenschaftler eine bestimmte Krankheit, dann stehen ihm dafür wichtige Daten aus anderen Uniklinika oft nicht zur Verfügung. In der Patientenversorgung hapert es zudem regelmäßig bei der Weitergabe wichtiger klinischer Informationen zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern, etwa den Krankenhäusern. Das BMBF will diese Datensilos mit dem Förderprogramm Medizininformatik vernetzen. Die Uniklinika sollen standortübergreifend ihre Daten aus der biomedizinischen Grundlagenforschung, der klinischen Forschung und der Patientenversorgung zusammen führen. Dabei sind strenge Datenschutzstandards einzuhalten.

IT-Infrastruktur im Ländervergleich

Die EU-Kommission ließ die Ausstattung und die Anwendung von IT-Infrastrukturen in rund 1800 Krankenhäusern untersuchen. Deutschland liegt nur im unteren Mittelfeld.



Quelle: EU-Kommission, 2013

IT-Kooperationen werden mit 100 Millionen Euro gefördert

Deutschlands Uniklinika sind aufgefordert, bis Mitte 2016 Konzepte für den Aufbau von standortübergreifenden IT-Verbänden vorzulegen. Hierfür sollen Konsortien gebildet werden, die jeweils mindestens zwei Uniklinika, weitere Krankenhäuser, Forschungsinstitute und Unternehmen umfassen. Sie werden anschließend über vier Jahre mit insgesamt 100 Millionen Euro unterstützt. In diesem Zeitraum sollen die Partner ihre Datensätze aus Forschung und Krankenversorgung zusammenführen und IT-Lösungen zur Verbesserung der Patientenversorgung entwickeln. Ab 2022 können Erfolgsprojekte dann auf weitere Uniklinika sowie interessierte Krankenhäuser und Forschungseinrichtungen ausgeweitet werden.

IT-Investitionsstau angehen

Das Förderprogramm des BMBF ist ein wichtiges Aufbruchssignal für Forschung und Gesundheitsversorgung. Dennoch kann das Programm nur ein erster Impuls sein. Den über Jahre entstandenen IT-Investitionsstau an Uniklinika wird es nicht beheben. Um in der medizinischen Forschung und Versorgung mit der internationalen Entwicklung Schritt zu halten, fehlen an jedem der 33 deutschen Uniklinika etwa 5 bis 10 Millionen Euro für IT-Investitionen jährlich. Damit die BMBF-Initiative auf eine breite Basis gestellt werden kann, müssen sich auch die Länder und die Krankenkassen stärker in die Finanzierung der digitalen Vernetzung des Gesundheitswesens einbringen.

Infektionsschutz: Uniklinika bilden Netzwerke zur besseren Prävention



Prof. Dr. Petra Gastmeier
Leiterin des Instituts für Hygiene
und Umweltmedizin der Charité

Antibiotika-Resistenzen den Kampf ansagen

„Immer mehr Bakterien sind gegen die gängigen Antibiotika unempfindlich. Aufklärung ist entscheidend. So denken mehr als die Hälfte der Deutschen, dass das eigene Verhalten im Umgang mit Antibiotika keinen Einfluss auf die allgemeine Entwicklung der Resistenzen hat – ein folgenschwerer Irrtum. Gemeinsam mit der Uniklinik Jena und weiteren Partnern wollen wir im Projekt ‚Rationaler Antibiotikaeinsatz durch Information und Kommunikation‘ (RAI) dagegen ansteuern. Erstmals werden sektorenübergreifende Informations- und Kommunikationsstrategien zum maßvollen und vernünftigen Einsatz von Antibiotika entwickelt und angewendet. Die Adressaten reichen von Human- und Tiermedizinern über Landwirte bis zu ambulanten Patienten und Fernreisenden.“

Der Infektionsschutz ist in Deutschland durch ein System von bundesweit verteilten Nationalen Referenzzentren (NRZ) organisiert. Uniklinika und medizinische Fakultäten stellen den Großteil der hierfür erforderlichen Wissenschaftler und Labore. Ihre Aufgabe ist es, die gefährlichen Krankheitserreger permanent mikrobiologisch zu überwachen.

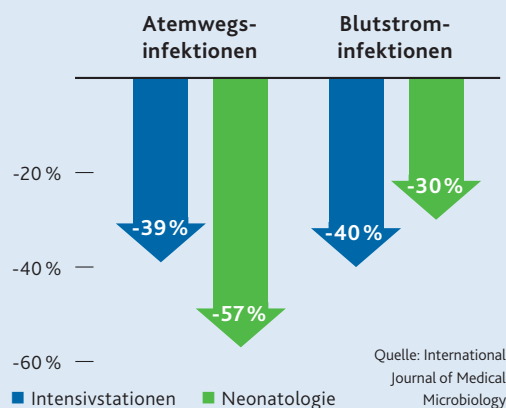
Die wachsende Anzahl verschiedener Erreger und Infektionsquellen ist eine große Herausforderung für einen wirksamen Infektionsschutz. Seit Mitte der neunziger Jahre werden in Deutschland verstärkt dezentrale Nationale Referenzzentren (NRZ) zur Überwachung wichtiger Infektionserreger eingerichtet. Zur Zeit beobachten die 19 NRZ neben den sogenannten Krankenhauskeimen (nosokomiale Infektionen) unter anderem Grippe- und Retroviren, Masern- und Rötelninfektionen, Salmonellen oder Hepatitis-Erreger. Die meisten dieser Zentren sind an Instituten von Uniklinika und medizinischen Fakultäten angesiedelt.

Die Fördermittel des Bundesgesundheitsministeriums sind jedoch nicht immer kostendeckend. Teilweise muss die Universitätsmedizin die NRZ trotz extrem knapper eigener Kassen quersubventionieren. Das ist auf Dauer kein haltbarer Zustand. Angesichts ihrer Bedeutung für einen effektiven Infektionsschutz muss die Förderung der NRZ dringend erhöht werden.

Netzwerkaufbau ermöglicht engmaschige Überwachung

Neben den Referenzzentren bieten weitere 40 Konsiliarlabore Diagnostik und Beratung für ein möglichst breites Spektrum von Krankheitserregern. Uniklinika stellen auch bei diesen Einrichtungen den größten Teil. Um die Labore und NRZ effizient zu nutzen und ihre Reichweite zu vergrößern, sind sie über ein Netzwerk miteinander verbunden. Im Falle eines Erregerausbruchs können die notwendigen Untersuchungen kurzfristig auf verschiedene Labore verteilt werden. Damit gewährleisten die beteiligten Uniklinika und Fakultäten in Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst den flächendeckenden Infektionsschutz.

Entwicklung der Infektionsraten nach fünfjähriger KISS-Teilnahme:



Beispiel: Kontrolle von Krankenhausinfektionen

Noch vor 20 Jahren waren Krankenhausinfektionen für die betroffenen Kliniken aufgrund des drohenden Reputationsverlustes oft ein Tabu-Thema. Das hat sich mit dem Aufbau des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) durch das Institut für Hygiene und Umweltmedizin an der Berliner Charité grundlegend geändert: Nahmen zu Beginn im Jahre 1996 nur rund 20 Krankenhäuser an diesem Angebot teil, sind es heute deutschlandweit über 1 400, darunter alle Uniklinika.

Die KISS-Teilnehmer erfassen eigenständig und systematisch ihre Infektionsdaten. Im Vergleich mit anonymisierten Referenzdaten der übrigen Teilnehmer können sie dann das Infektionsniveau ihrer Abteilungen und die Notwendigkeit weiterer vorbeugender Hygienemaßnahmen erkennen. Gerade bei Krankenhausinfektionen wirkt dieser Weg der Qualitätssicherung: So verzeichnen Intensivstationen im 5. KISS-Teilnahmejahr durchschnittlich 40 Prozent niedrigere Infektionsraten im Bereich der Atemwege als vor ihrer Datenlieferung an das NRZ.



Prof. Dr. Jens Scholz
Mitglied im Vorstand des VUD und
Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

Dauerhafte Strukturen schaffen

„Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) mit den Standorten Kiel und Lübeck unterstützt das Land mit mehr als 250 freiwilligen Kräften in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen. 82 Ärzte und 121 Pflegekräfte, daneben Dolmetscher, MTRAS und Studenten, haben bislang 10000 Erstuntersuchungen geleistet – bis zu 300 pro Tag.“

Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung müssen jetzt drei zentrale Aufgaben gelöst werden: Die Erfassung und Dokumentation ist zu vereinheitlichen, damit Befunde zugeordnet und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Alle an der Versorgung beteiligten Einrichtungen sind regelmäßig an einen Tisch zu bringen, damit bürokratische Hürden beseitigt und Ressourcen geschont werden. Dringlich ist, das freiwillige Engagement der Helferinnen und Helfer in dauerhafte Strukturen zu überführen. Ein wichtiger Schritt: In Schleswig-Holstein schafft die Landesregierung mit zusätzlichen finanziellen Mitteln für die Koordinierung der Flüchtlingsversorgung und Personal die notwendige Planungssicherheit für die Uniklinika.“

Versorgung von Flüchtlingen: Dauerhafte Strukturen aufbauen

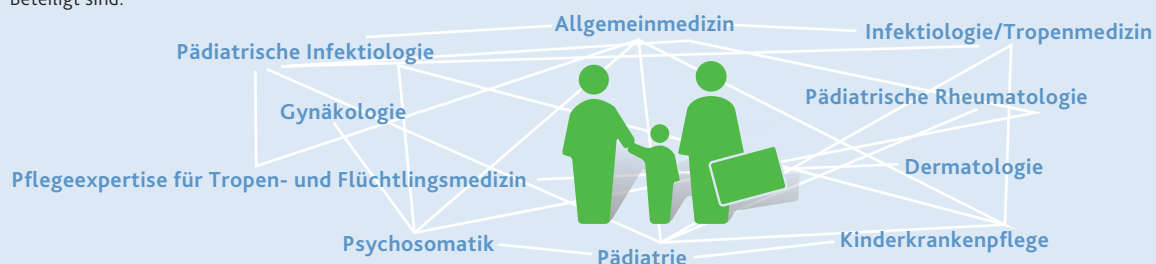
Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland wird auf absehbare Zeit eine große Herausforderung bleiben. Die Verantwortlichen in Bund und Ländern müssen in den kommenden Monaten systematisch die bisherigen Provisorien und oft ehrenamtlich organisierten Hilfsangebote in eine dauerhafte Versorgung überführen. Für den öffentlichen Gesundheitsdienst können die Uniklinika dabei ein wichtiger Partner sein, brauchen dafür aber die Unterstützung der Politik.

Große Herausforderungen bestehen weiterhin in den Erstaufnahmelagern. Die medizinische Infrastruktur muss ausgebaut und verstetigt werden. Sprachbarrieren sind zu überwinden. Deutschlandweit engagieren sich hier viele Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte. Die Uniklinika bringen zusätzlich ihr besonderes Know-how ein, um Versorgungslücken zu schließen. Einige Beispiele:

- **Erstuntersuchungen:** Die Uniklinik Schleswig-Holstein hat im Erstaufnahmelager Neumünster eine umfangreiche medizinische Infrastruktur inklusive einer Teleradiologie aufgebaut. Zudem hat die Klinik mit den zuständigen Behörden Notfallkonzepte und Impfroutinen zur sicheren Versorgung der Hilfesuchenden entwickelt.
- **Integration:** Unter den Flüchtlingen finden sich Menschen mit medizinischer Ausbildung, deren Fachwissen in die Flüchtlingsversorgung eingebunden werden kann. Die Unimedizin Rostock bietet syrischen Medizinerinnen „Ärztepatenschaften“ an. Innerhalb von anderthalb Jahren können sie die Approbationsprüfung in Deutschland ablegen. In diesem Zeitraum können die Mediziner in der Uniklinik unter enger Aufsicht eines approbierten Arztes arbeiten. Für ihre Tätigkeit erhalten sie von der Uniklinik einen Arbeitsvertrag und ein Gehalt. Das Projekt wird vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) sowie von den zuständigen Landesministerien und der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern unterstützt.
- **Verständigung:** Sprachbarrieren und unterschiedliche kulturelle Hintergründe erschweren die Untersuchung und Behandlung von Flüchtlingen. Die Uniklinik Essen bietet ein spezielles Schulungsprogramm an. Pflegekräfte und Ärzte, Verwaltungsmitarbeiter der Krankenhäuser sowie Mitarbeiter der Rettungsdienste können dabei Kompetenzen für einen interkulturellen Umgang mit Flüchtlingen erlernen.

Freiburg: Uniklinik betreibt „Poliklinik Flüchtlingsmedizin“

Rund 1000 Bewohner zählt die zentrale Flüchtlingsunterkunft in Freiburg aktuell. Die Uniklinik sichert im Rahmen ihrer jüngst aufgebauten „Poliklinik Flüchtlingsmedizin“ eine umfassende medizinische Versorgung vor Ort. Besonders wichtig ist die enge Verzahnung unterschiedlicher Disziplinen. Beteiligt sind:





Daten, Fakten, Ansprechpartner

Die 33 deutschen Uniklinika mit ihren 185 000 Mitarbeitern vereinen Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Ihre Stimme im politischen Prozess ist der Verband der Universitätsklinik Deutschlands (VUD).

Ansprechpartner



Ralf Heyder
Generalsekretär
Telefon: 030 3940517-22
E-Mail: heyder@uniklinika.de



Oliver Stenzel
Politik und Gremienarbeit
Telefon: 030 3940517-19
E-Mail: stenzel@uniklinika.de

Herausgeber:
Verband der Universitätsklinik
Deutschlands e. V. (VUD)
Alt-Moabit 96 · 10559 Berlin

Verantwortlich: Oliver Stenzel

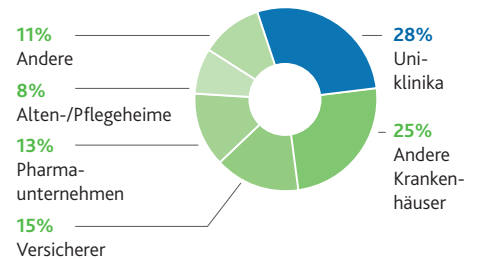
Agenturpartner:
Köster Kommunikation
GDE | Kommunikation gestalten

Redaktionsschluss:
09. Februar 2016

Rückgrat des Gesundheitssystems

Deutschlandweit gibt es knapp 2 000 Krankenhäuser. Darunter sind 33 Uniklinika, an denen die gesamte Bandbreite der medizinischen Disziplinen angeboten wird. Sie nehmen pro Jahr 1,8 Millionen Patienten stationär auf – und damit etwa jeden zehnten.

Die 100 größten Arbeitgeber im Gesundheitswesen

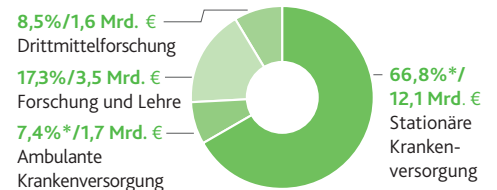


Quelle: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)

Forschung für Spitzenmedizin von morgen

Deutschlands Uniklinika und medizinische Fakultäten leisten international anerkannte Forschung. Bei einem Gesamtumsatz von 18,9 Milliarden Euro pro Jahr entfallen allein auf diese Aufgaben 5,1 Milliarden Euro.

Umsatz nach Segmenten

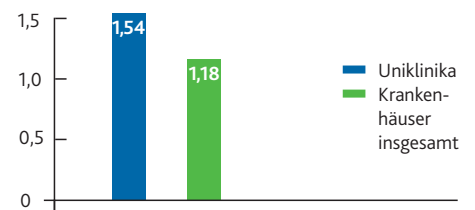


*Entsprechend Kostendaten
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2013, eigene Berechnungen

Erste Adresse für Schwerkranke

Uniklinika sind oft Hoffnungsträger für Menschen mit schweren oder seltenen Erkrankungen. Entsprechend hoch ist der durchschnittliche ökonomische Aufwand pro Patient, der mittels des sogenannten Case Mix Index (CMI) abgebildet wird.

Mittlerer CMI

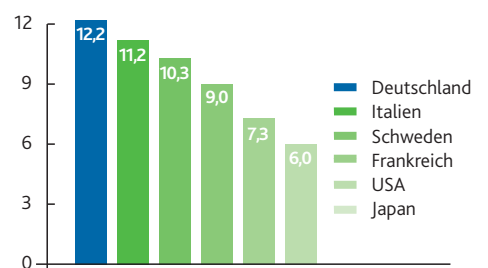


Quelle: Eigene Erhebung; InEK, 2013

Fokus auf Ausbildung

An Deutschlands Uniklinika und medizinischen Fakultäten schließen jährlich rund 9 600 Mediziner ihr Studium ab. Damit bildet Deutschland im Verhältnis zu seiner Einwohnerzahl weltweit mit die meisten Ärzte aus.

Medizinabsolventen je 100 000 Einwohner pro Jahr



Quelle: OECD, 2015