



INHALT

- S. 1 Krankenhausreform:**
Gute Ziele, aber zeitnahe Umsetzung fraglich
- S. 3 Extremkostenbericht:**
Übermäßige Belastung der Uniklinika ausgleichen
- S. 4 Hochschulambulanzen:**
Faire Finanzierung am Horizont
- S. 5 Pädophilie:**
Uniklinika bieten Angebote zur Prävention von Straftaten
- S. 6 Daten, Fakten, Ansprechpartner**

Krankenhausreform: Gute Ziele, aber zeitnahe Umsetzung fraglich

Das Krankenhausstruktur-Gesetz (KHSG) soll die große Krankenhausreform dieser Legislaturperiode werden. Die Uniklinika erhofften sich wichtige Strukturreformen und finanzielle Entlastungen. Nun liegt der Gesetzentwurf vor. Er ist ernüchternd. Vieles, was potenziell hilfreich wäre, wird wohl selbst im besten Fall noch Jahre auf sich warten lassen. Schnell und verbindlich kommen dagegen neue Budgetkürzungen.

Das Reformpaket soll wichtige ordnungspolitische Weichen neu stellen. Zwei Beispiele:

- **Mehr Qualität sicherstellen:** In Zukunft soll besonders gute Leistung über Zuschläge besser vergütet werden. Zudem soll Qualität bei der Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt werden. Krankenhäuser mit dauerhaften Qualitätsdefiziten könnten aus dem Krankenhausplan genommen und damit de facto geschlossen werden.
- **Hohe Vorhaltekosten besser finanzieren:** Krankenhäuser müssen für bestimmte Leistungsbereiche erhebliche Vorhaltekosten finanzieren, die über die regulären Entgeltsysteme nicht ausreichend vergütet werden. Die Bundesregierung hat dieses Problem

Fixe Belastungen

Unklare Entlastungen

2017 → Zukunft

Streichung Versorgungszuschlag 75 Mio. €	Fixkostendegressionsabschlag 50–100 Mio. €*
--	--

Zentrumszuschlag	Zuschläge Notfallversorgung	Qualitätszuschlag
------------------	-----------------------------	-------------------

Kürzungen sind im Krankenhausstruktur-Gesetz unmissverständlich angegeben: Ab 2017 steht den Uniklinika ein dreistelliger Millionenbetrag weniger zur Verfügung. Wann und in welcher Höhe hingegen die angekündigten Entlastungen greifen werden, ist vollkommen offen.

* Schätzung VUD

Handlungsbedarf

Der VUD mahnt wesentliche Änderungen im Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes an:

- **Extremkostenfälle:** Überproportionale Belastungen müssen durch Zuschläge ausgeglichen werden.
- **Zentren:** Zuschläge müssen verbindlicher ausgestaltet und auf die ambulante Versorgung erweitert werden.
- **Fixkostendegressionsabschlag:** Leistungen mit hohen Sachkostenanteilen, Innovationen, Notfälle, Leistungsverlagerungen in Zentren und besonders förderungswürdige Leistungen müssen abschlagsfrei sein; die Laufzeit der Abschläge ist deutlich zu verkürzen.
- **Notfallambulanzen:** Die Leistungen müssen ausreichend finanziert werden.
- **Orientierungswert:** Weiterentwicklung des Orientierungswertes zu einem echten Preis-Index der Kostensteigerungen in den Krankenhäusern.
- **Versorgungszuschlag:** Dauerhafte Überführung in den Landesbasisfallwert.

Falsche Annahmen bei Fixkostendegressionsabschlag

Die Logik scheint einleuchtend: Je mehr Leistungen ein Krankenhaus erbringt, desto niedriger liegen die durchschnittlichen Fixkosten. Diese vermutete Effizienzrendite will der Gesetzgeber mittels eines sogenannten „Fixkostendegressionsabschlags“ zugunsten der Krankenkassen abschöpfen. Behandelt eine Klinik zum Beispiel mehr Notfallpatienten, dann sinkt für diese zusätzlichen Patienten die Vergütung. Das Problem: Die zugrundeliegende Analogie zur industriellen Serienfertigung – die wesentlich auf einem Höchstmaß an Planbarkeit beruht – führt bei Krankenhausleistungen oft in die Irre. In Notaufnahmen bedeuten steigende Fallzahlen nicht zwangsläufig sinkende Kosten je Fall. Im Gegenteil: Notfälle kommen oft in Wellen, zum Beispiel bei Grippeepidemien, Blitzeis oder Katastrophen. Gerade bei einem hohen Notfallaufkommen ist oft das Anpassen und Umorganisieren von Abläufen notwendig, etwa im OP-Betrieb. Das treibt die Kosten in die Höhe. Preisabschläge sind hier überhaupt nicht angezeigt.

erkannt. Deshalb sollen beispielsweise Klinika, die sich in der Notfallversorgung rund um die Uhr und über das gesamte Leistungsspektrum engagieren, dafür Vergütungszuschläge erhalten. Außerdem sollen medizinische Zentren gefördert werden, die über die Standardkrankenversorgung hinaus besondere Aufgaben übernehmen. Zu nennen sind hier insbesondere die politisch geforderte Vernetzung von Leistungserbringern oder die Vornhaltung hochspezialisierter Diagnostik und Therapie.

Diese Maßnahmen sind im Grundsatz allesamt positiv zu bewerten. Fraglich ist allerdings, wann und in welchem Umfang sie Realität werden. Denn die Umsetzung obliegt der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und ist damit zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern erst noch zu konkretisieren. Dort werden bereits lautstark Zweifel angemeldet, ob die Verhandlungen überhaupt noch in dieser Legislaturperiode abgeschlossen werden können.

Finanzierungslücke in dreistelliger Millionenhöhe

Den Uniklinika entsteht mit dem Gesetz eine erhebliche Finanzierungslücke. Ende 2016 wird der Versorgungszuschlag gestrichen. Das kostet 75 Millionen Euro. Dazu kommt 2017 die Einführung des sogenannten „Fixkostendegressionsabschlags“ für Mehrleistungen. 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 Uniklinika hart treffen, die seit vielen Jahren zu den Krankenhäusern mit den stärksten Patienten-Zuwächsen zählen. In Summe wird den Uniklinika ab 2017 somit ein deutlich dreistelliger Millionenbetrag fehlen. Daran werden auch die geplanten Zuschläge für gute Qualität, die Teilnahme an der Notfallversorgung oder für besondere Aufgaben von Zentren wenig ändern. Erstens werden diese Zuschläge auch im besten Fall keinesfalls ausreichen, um die genannte Lücke zu schließen. Zweitens ist nicht damit zu rechnen, dass die Entlastungen fristgerecht 2017 greifen. Zudem ist vollkommen inakzeptabel, dass der Gesetzentwurf das Problem nicht finanzierter Extremkostenfälle völlig ausblendet. Ein Gutachten der Selbstverwaltung legt hier für das Jahr 2013 eine Finanzierungslücke in dreistelliger Millionenhöhe bei den Uniklinika nahe. Dafür braucht es eine Lösung in Form eines gesetzlich verankerten Extremkostenzuschlags.

Gesetzesentwurf in sich widersprüchlich

Gleich in mehrfacher Hinsicht konterkariert der geplante Fixkostendegressionsabschlag maßgebliche Ziele des Gesetzentwurfs:

- **Notfallversorgung:** In Zukunft will der Gesetzgeber für die Notfallbereitschaft einen Vergütungszuschlag einführen. Ziel ist dabei auch die Konzentration der Notfallversorgung in adäquat ausgestatteten Krankenhäusern. Genau das droht aber für die Notfallkrankenhäuser zum Verlustgeschäft zu werden: Denn für zusätzliche Notfallpatienten soll es künftig nicht mehr die volle Vergütung geben. Preisaufschlägen für die Notfallbereitschaft stehen also Preisabschläge für zusätzliche Notfallpatienten gegenüber.
- **Zentren:** Die Konzentration von hochspezialisierten Versorgungsangeboten etwa für Seltene Erkrankungen oder Krebstherapien in Zentren ist medizinisch sinnvoll und politisch gewollt. Aber auch hier sieht der Gesetzentwurf Preisabschläge zugunsten der Krankenkassen vor, wenn zusätzliche Patienten in diese Zentren kommen. Die politisch gewollte Zentrenbildung und Leistungskonzentration wird so zum Verlustgeschäft.

Extremkostenbericht: Übermäßige Belastung der Uniklinika ausgleichen

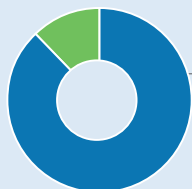
Seit Jahren verzeichnen viele Uniklinika hohe Defizite, unter anderem auch aufgrund der überdurchschnittlich hohen Zahl an Extremkostenfällen an ihren Häusern. Ein aktueller, vom Gesetzgeber in Auftrag gegebener Bericht des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bestätigt die Schiefelage. Der Gesetzgeber ist aufgerufen, rasch eine angemessene Vergütung zu ermöglichen.

Der künftig jährlich erscheinende Extremkostenbericht hat nun für das Datenjahr 2013 erstmals mit harten Zahlen belegt, was Uniklinika seit Jahren kritisieren: Im Fallpauschalen-System sind ihre Leistungen nicht immer ausreichend finanziert. Durch außergewöhnlich aufwendige Fälle entstehen Finanzierungslücken, die es bei anderen Krankenhäusern nicht im gleichen Maße gibt. Um die Belastung durch derartige Extremkostenfälle zu bewerten, untersuchte das InEK die Kostendaten von 247 Krankenhäusern in Deutschland, darunter 14 Uniklinika. Legt man diese Analyse des InEK zugrunde, dann ergibt sich für die untersuchten Uniklinika allein für 2013 eine kollektive Unterfinanzierung von 30 Millionen Euro. Hochgerechnet auf alle 32 Uniklinika entspricht das einer Finanzierungslücke von mindestens 105 Millionen Euro. Extremkostenfälle tragen damit erheblich zur aktuellen wirtschaftlichen Notlage der Universitätsklinik bei.

Extremkostenausreißer belasten Uniklinika überproportional

15 der 17 vom InEK untersuchten Uniklinika und Kliniken der Maximalversorgung in Deutschland sind durch Extremkostenfälle überdurchschnittlich belastet. Zum Vergleich: Bei normalen Krankenhäusern der Regelversorgung trifft dies auf weniger als die Hälfte der Häuser zu.

Uniklinika und Maximalversorger



88%
überdurchschnittlich belastet

Krankenhäuser der Regelversorgung



37%
überdurchschnittlich belastet

Quelle: InEK

Häufung besonders aufwändiger Fälle

Die Gründe für die hohe Zahl an außergewöhnlich teuren Fällen sind vielfältig: So werden Patienten, denen an anderen Krankenhäusern nicht ausreichend geholfen werden kann, an Uniklinika überwiesen – nur dort finden sich die nötigen Spezialisten und die technische Ausstattung. Die Vorhaltung dieser Infrastruktur ist teuer. Hinzu kommt: Anders als normale Kliniken können und wollen die universitären Kliniken sich nicht auf standardisierte und lukrative Behandlungen spezialisieren. Sie bieten ihren Patienten auch bei schwersten Verläufen und seltenen Erkrankungen die erforderlichen Therapien.

Gesetzgeber muss handeln

Der InEK-Bericht belegt eindrucksvoll den Handlungsbedarf. Als Lösung wird es nicht ausreichen, nur den Fallpauschalenkatalog zu verändern. Das Fallpauschalensystem ist heute schon extrem komplex und kleinteilig. Die Weiterentwicklung stößt an objektive Grenzen. Mehrjährige Diskussionen über mögliche Umbauten des Fallpauschalenkatalogs, die am Ende mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder kein befriedigendes Ergebnis bringen, sind unbedingt zu vermeiden. Die Uniklinika brauchen schnell greifende finanzielle Hilfen. Daher ist die gesetzliche Verankerung eines pauschalen DRG-Zuschlags als Ausgleich für übermäßige Belastungen aus extrem kostenintensiven Fällen notwendig. Mit einem solchen Zuschlag könnten die im InEK-Bericht ermittelten Belastungen zeitnah und unkompliziert ausgeglichen werden.

Hochschulambulanzen: Faire Finanzierung am Horizont

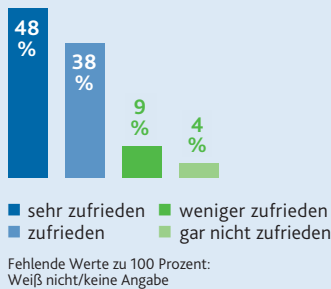
Im Juni hat der Bundestag das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verabschiedet. Für die ambulante Versorgung an Uniklinika ist das Gesetz positiv. Es verbessert spürbar den Rechtsrahmen für die Hochschulambulanzen. 265 Millionen Euro zusätzlich werden für die Patientenversorgung in Aussicht gestellt. Ob dieses Geld wirklich in den Hochschulambulanzen ankommt, ist aber offen. Denn: Art, Umfang und Finanzierung der Hochschulambulanzen sind erst noch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen zu verhandeln. Klarheit wird hier frühestens Ende 2016 herrschen.

Vorteil Uniklinik

Das Meinungsforschungsinstitut infratest dimap hat im März 2015 die Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zu Hochschulambulanzen vorgestellt. Wesentliche Ergebnisse:

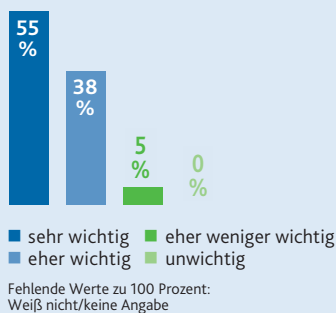
Große Zufriedenheit mit der Behandlung

„Ich selbst war dort schon in Behandlung und ich war...“



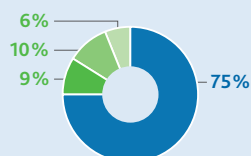
Hohe Bedeutung für das Gesundheitswesen

Wie wichtig sind Hochschulambulanzen für das Gesundheitswesen in Deutschland?

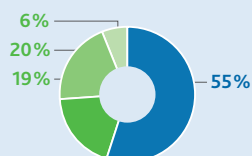


„In den Hochschulambulanzen sind/ist vor allem zu finden“:

Zugang zu neuesten medizinischen Erkenntnissen und Technologien:



Behandlungsmöglichkeiten bei schweren komplexen Krankheiten:



- in der Ambulanz einer Uniklinik
- in der Ambulanz eines Krankenhauses
- beim niedergelassenen Facharzt
- weiß nicht/keine Angabe

Versorgungsrolle endlich anerkannt

Bislang durften Hochschulambulanzen Patienten nur behandeln, wenn dies für Zwecke von Forschung und Lehre notwendig war. Nun bekommen die Hochschulambulanzen erstmals einen eigenen gesetzlichen Versorgungsauftrag – ein echter Durchbruch. Dies betrifft Patienten, die aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer speziellen Untersuchung oder Behandlung an Universitätsklinika bedürfen. Damit hat der Gesetzgeber den gesetzlichen Rahmen an die Versorgungsrealität angepasst. Denn Hochschulambulanzen spielen heute in der ambulanten Versorgung eine unersetzliche Rolle. Sie bieten hochspezialisierte ambulante Versorgung, die andernorts so nicht zu bekommen ist. Ihre Fallzahlen steigen seit Jahren rapide, denn sowohl die Patienten als auch die zuweisenden Ärzte fragen diese Angebote immer stärker nach.

Viele Uniklinika haben infolge der hohen Nachfrage nach ihren Hochschulambulanzen erhebliche finanzielle Probleme. Die restriktive Deckelung der abrechenbaren Fallzahlen auf den Bedarf für Forschung und Lehre entspricht vielerorts bei Weitem nicht dem tatsächlichen Zulauf an Patienten. Werden die vereinbarten Fallzahlen aber überschritten, zahlen die Kassen nicht für die Behandlung. Zudem sind die Ambulanzentgelte bei vielen Unikliniken nicht annähernd kostendeckend.

Selbstverwaltung gefordert

Der Gesetzgeber hat nun die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, um diese Probleme zu lösen. Über die Umsetzung ist aber noch mit den Kassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu verhandeln. Vom Ergebnis dieser Verhandlungen wird abhängen, ob die politisch in Aussicht gestellten 265 Millionen wirklich in die Hochschulambulanzen fließen. Zu regeln ist u.a. die entscheidende Frage, welche konkreten Patientengruppen künftig auch ohne Bezugnahme auf Forschung und Lehre in den Hochschulambulanzen behandelt werden dürfen. Hier geht es um Menschen, die an besonders komplexen oder seltenen Erkrankungen leiden oder auf den Zugang zu universitären Spezialsprechstunden angewiesen sind. Für diese Patienten bietet das Gesetz Chancen. Die gilt es nun zu nutzen.



Prof. Dr. Michael Osterheider,
Leiter der Abteilung für Forensische
Psychiatrie und Psychotherapie der
Universität Regensburg

Flächendeckendes Angebot aufbauen

„Im Netzwerk ‚Kein Täter werden‘ verfolgen wir einen umfassenden Ansatz in der Ursachenforschung, der so nur an Uniklinika möglich ist. Hierzu gehört z.B. auch die Genetik und der Einsatz bildgebender Diagnoseverfahren. In diesem universitären Netzwerk haben wir inzwischen den weltweit größten Datenpool zum Thema Pädophilie aufgebaut. Auf dieser Grundlage können wir auch die Therapieerfolge langfristig evaluieren. Der nächste Schritt besteht darin, eine flächendeckende Prävention zu ermöglichen. Hierzu beginnen wir, auch Fachkliniken in der Peripherie in das Netzwerk einzubinden.“

Pädophilie: Uniklinika bieten Angebote zur Prävention von Straftaten

Sexuelle Übergriffe auf Kinder sind schwere Straftaten mit verheerenden Folgen für die Opfer. Deshalb muss alles daran gesetzt werden, dass es gar nicht erst zu solchen Vergehen kommt. Denn: Nicht jeder pädophil veranlagte Mensch muss zwangsläufig zum Straftäter werden. Viele suchen frühzeitig Hilfe im Umgang mit ihren sexuellen Neigungen. Im Rahmen des 2005 von der Berliner Charité gegründeten bundesweiten Präventionsnetzwerkes „Kein Täter werden“ finden sie an Uniklinika Unterstützung.

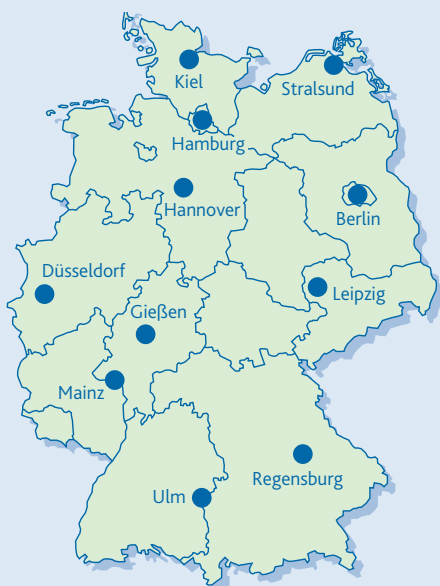
Schätzungen zufolge verspürt rund 1 Prozent der erwachsenen Bevölkerung das Verlangen nach einer sexuellen Beziehung zu Kindern – zumeist sind es Männer. Man muss daher von etwa 250 000 bis 300 000 pädophil orientierten Männern in Deutschland ausgehen. Die Ursachen sind weitgehend unbekannt. Die therapeutische Erfahrung zeigt, dass es vielen Betroffenen schwer fällt, mit der Neigung umzugehen und ärztliche Unterstützung zu finden: Oftmals fehlt es an Angeboten, da es nur sehr wenige entsprechend qualifizierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gibt.

Uniklinika bieten deutschlandweites Netzwerk

Diese Lücke schließen die Uniklinika: Das Netzwerk „Kein Täter werden“ umfasst deutschlandweit inzwischen elf ambulante Zentren, davon zehn an Uniklinika. Im Rahmen des anonymen und kostenlosen Angebotes lernen Menschen, mit pädophilen Phantasien und Bedürfnissen umzugehen und ein weitgehend normales Leben zu führen. Sexuelle Übergriffe durch direkten körperlichen Kontakt oder indirekt durch den Konsum von Kinderpornografie sollen so verhindert werden. Erfahrene Therapeuten bringen den Betroffenen in wöchentlichen Gruppentherapien und Einzelgesprächen etwa bei, ihre sexuellen Wünsche angemessen zu bewerten und gefährliche Entwicklungen zu identifizieren. Zum Einsatz kommen bei Bedarf auch Medikamente wie Antidepressiva und testosteronsenkende Mittel – sie dämpfen den Sexualtrieb und damit das Verlangen. Mit ihrem Hilfsangebot erbringen Uniklinika einen zentralen Beitrag zur Prävention von Kindesmissbrauch.

Netzwerk „Kein Täter werden“

Zehn Uniklinika sind unersetzliche Anlaufstelle für Menschen mit pädophilen Neigungen. Allein an der Charité haben seit 2005 knapp 2 000 Personen mit einer präventiven Therapie begonnen.



Weitere Informationen unter: www.kein-taeter-werden.de

Mittelzuwendung langfristig sichern

Der Bundestag hat die Mittel für die Netzwerk-Projektzentrale an der Berliner Charité für 2015 auf 256 000 Euro erhöht. Die Gelder stammen aus dem Justizetat. Damit sollen auch die Wartezeiten von bis zu zwei Jahren auf einen Therapieplatz verkürzt werden. Für eine langfristige Sicherung des Präventionsprojektes müssen nun auch die Bundesländer die Finanzierungen ausbauen. Zudem sind die Krankenkassen gefordert: Die Ursachen für Pädophilie liegen unter anderem in der seelischen Gesundheit. Diejenigen Menschen, die aufgrund ihrer pädophilen Neigungen freiwillig therapeutische Angebote aufsuchen, stehen häufig unter einem erheblichen Leidensdruck.



Daten, Fakten, Ansprechpartner

Die 33 deutschen Uniklinika mit ihren 180 000 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

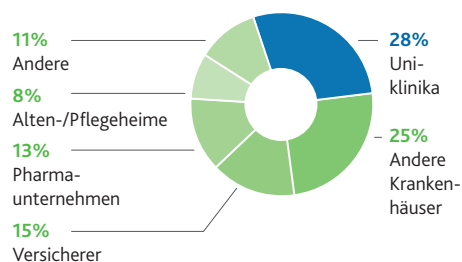
Agenturpartner:
Köster Kommunikation
GDE | Kommunikation gestalten

Redaktionsschluss: 23. Juni 2015

Rückgrat des Gesundheitssystems

Deutschlandweit gibt es knapp 2000 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

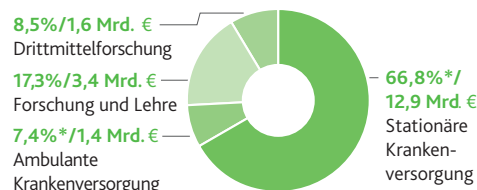


Quelle: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)

Forschung für Spitzenmedizin von morgen

Deutschlands Uniklinika und Medizinische Fakultäten leisten international anerkannte Forschung. Bei einem Gesamtumsatz von 19,3 Milliarden Euro pro Jahr entfallen allein auf diese Aufgaben 5,0 Milliarden Euro.

Umsatz nach Segmenten

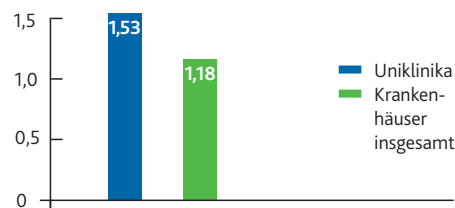


*Entsprechend Kostendaten
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2012, eigene Berechnungen

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

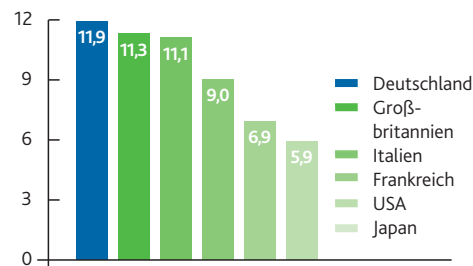


Quelle: Eigene Erhebung; InEK, 2013

Fokus auf Ausbildung

An Deutschlands Uniklinika und Medizinischen Fakultäten schließen jährlich rund 9600 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, 2012 (USA-Daten: 2011)