



INHALT

S. 1 Psychische Erkrankungen:

Angemessene Vergütung sicherstellen

S. 3 Krankenhausreform:

Umsetzung stockt – Finanzhilfen bleiben aus

S. 4 Klinikpartnerschaften:

Uniklinika engagieren sich für Afrika

S. 5 Operationen im Mutterleib:

Chirurgische Innovationen retten Leben

S. 6 Daten, Fakten, Ansprechpartner

Psychische Erkrankungen: Angemessene Vergütung sicherstellen

Die Bundesregierung will die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessern. Daher will sie auf die Umstellung auf ein Einheitspreissystem verzichten und eine bedarfsgerechte Personalausstattung gewährleisten. Der VUD unterstützt dies ausdrücklich. Damit die Krankenhäuser aber wirklich angemessene Budgets verhandeln können, braucht es verlässliche Finanzierungsregelungen. Hier bleibt der nun vorliegende Gesetzentwurf zu unverbindlich. Klarstellungen sind erforderlich.

Mit dem Entwurf für ein „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) will die Bundesregierung die Ortsebene stärken. Grundgedanke ist, dass einzelne Krankenhäuser und die Krankenkassen künftig mehr Freiraum bekommen, vor Ort das jeweilige Klinikbudget an die spezifischen Bedürfnisse des Klinikums anzupassen. Diese Flexibilität ist angesichts der deutlichen Struktur- und Leistungsunterschiede zwischen den Kliniken dringend notwendig.

Die folgenden Beispiele zeigen die Heterogenität der Kliniklandschaft:

- **Notfallversorgung:** Die Kliniken engagieren sich in sehr unterschiedlichem Umfang in der aufwendigen Notfallversorgung.
- **Spezialisierte Angebote:** Die Behandlung von Patienten mit Seltenen Erkrankungen wie beispielsweise dem Tourette-Syndrom erfolgt in der Regel in ausgewählten Kliniken mit entsprechender Spezialisierung.
- **Überregionale Zentren:** Patienten, die aufgrund der Besonderheiten ihrer Erkrankung andernorts keine wirksame Therapie bekommen, werden oftmals in überregionalen Zentren mit besonders aufwendigen Therapiekonzepten behandelt.
- **Interdisziplinäre Behandlung:** Für die Behandlung von Patienten, die zugleich unter psychischen und schweren körperlichen Erkrankungen leiden, sind die Kompetenzen unterschiedlicher Fachdisziplinen notwendig.
- **Facharztausbildung:** Einige Kliniken engagieren sich überproportional in der Facharztausbildung. Das ist mit Zusatzaufwand verbunden.
- **Innovationen:** Neue diagnostische und therapeutische Verfahren mit gleichzeitiger wissenschaftlicher Begleitung werden insbesondere in Unikliniken angeboten.

Von PEPP zum PsychVVG

Mit der PEPP-Reform sollte ursprünglich ab 2017 verbindlich ein Preissystem mit krankenhauserübergreifend einheitlichen Preisen für psychiatrische Behandlungsleistungen eingeführt werden. Doch die Schwächen wurden schnell deutlich: Von PEPP hätten Krankenhäuser profitiert, die ihre Behandlungen mit unterdurchschnittlichem Personaleinsatz erbringen können. Kliniken, die aufgrund besonderer Strukturen oder Therapieangebote einen überdurchschnittlichen Personalaufwand haben, wären im PEPP-System systematisch unterfinanziert. Gleiches gilt für die Versorgung von Patienten mit überdurchschnittlichem Behandlungsaufwand, der sich über Leistungsbeschreibungen nicht adäquat abbilden lässt. Die Große Koalition will die Schwachstellen von PEPP mit dem nun vorgelegten Entwurf zum „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) beheben.

Besondere Versorgungsrolle

Uniklinika bieten besondere Diagnoseverfahren und Behandlungen, die an anderen Kliniken oft nicht möglich sind. Beispiele:

- **Technisch anspruchsvolle Therapie und Diagnostik:** Seltene Demenz-Formen wie die Frontalhirndemenz setzen Diagnoseinstrumente voraus, die überwiegend an Uniklinika vorhanden sind – etwa die Positronen-Emissions-Tomografie als ein nuklearmedizinisches bildgebendes Verfahren, mit dem Stoffwechselprozesse sichtbar werden.
- **Behandlung an der Schnittstelle von körperlichen und psychischen Erkrankungen:** Die Behandlung von Unfallopfern wie zum Beispiel Schwerebrandverletzten geht in vielen Fällen mit einer ergänzenden psychiatrischen Behandlung einher. Die meisten Uniklinika bieten solche interdisziplinären Behandlungen unter einem Dach an.
- **Versorgung „therapieresistenter“ Patienten:** Andere Kliniken verweisen Patienten, bei denen übliche Therapien zu keinem Erfolg führen, häufig an die Uniklinika. Hier ermöglicht die Verzahnung von Forschung und Krankenversorgung diesen Patienten oftmals noch Behandlungsperspektiven. Dazu gehören hochfrequente Psychotherapieverfahren, die etwa bei der Behandlung schwerer chronischer depressiver Störungen oder psychotischer Erkrankungen zum Einsatz kommen.

Unterschiede ohne überbordende Bürokratie berücksichtigen

Struktur- und Leistungsunterschiede sollen laut Gesetzentwurf in Zukunft bei der Budgetfindung separat berücksichtigt werden. Das ist eine erhebliche Verbesserung im Vergleich zum bisher geplanten Preissystem. Wichtig ist allerdings, dass ein Klinikum diese Besonderheiten ohne überbordende zusätzliche Dokumentations- und Nachweispflichten in den Budgetverhandlungen geltend machen kann. Hier droht Ungemach: Nicht alle der oben genannten Besonderheiten lassen sich hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Kostenwirkungen leicht messen und beschreiben. Zudem sind Krankheitsbilder, Diagnostik und Therapie bei psychischen Erkrankungen im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen weitaus weniger standardisiert. Besondere Angebote und Leistungen in der Patientenversorgung müssen jedoch auch dann in Budgetverhandlungen einfließen können, wenn sie sich nicht mit letzter Präzision beschreiben und kalkulieren lassen. Auf keinen Fall darf es eine einseitige Ausrichtung auf leicht „messbare“ Behandlungsleistungen geben. Denn damit würden ausgerechnet die Krankenhäuser benachteiligt, die besonders komplexe Erkrankungen behandeln oder einen überdurchschnittlichen Vorhalteaufwand haben.

Der gesetzliche Rahmen muss diesen „Grenzen der Nachweisbarkeit“ Rechnung tragen. Für einen Finanzierungsanspruch muss es ausreichen, wenn die Krankenhäuser ihre strukturellen Besonderheiten plausibel darlegen. Das gilt sowohl für die Budgetverhandlungen als auch für den ab 2020 vorgesehenen Krankenhausvergleich. Hier dürfen kostenrelevante Strukturunterschiede nicht unter den Tisch fallen, weil sie sich nicht optimal messen, kalkulieren oder dokumentieren lassen. Gleichzeitig ist für einen fairen Krankenhausvergleich darauf zu achten, dass die zu Grunde liegenden Indikatoren risikoadjustiert sind. Es sollten daher nur Kliniken mit vergleichbarem Patientenaufkommen miteinander verglichen werden.

Mindestvorgaben bei Personalausstattung vollständig finanzieren

Die Behandlungsqualität von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist in hohem Maße von der Personalausstattung abhängig. Seit 1990 macht die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) Vorgaben, wie viel Personal eine Klinik für die unterschiedlichen Patientengruppen vorhalten muss. Diese Vorgaben bestimmen derzeit noch die Höhe der Krankenhausbudgets mit und sollen übergangsweise bis 2020 weitergelten. Anschließend ist eine aktualisierte Nachfolgeregelung geplant. Vorgaben zur Personalausstattung sollen also ein wichtiger Bestandteil der Budgetfindung bleiben. Das ist sinnvoll, sofern diese Personalvorgaben nicht zu kleinteilig werden. Flexibilität und Freiheitsgrade für die Klinik müssen unbedingt erhalten bleiben.

Darüber hinaus gibt es mit den Personalvorgaben ein grundsätzliches Problem: Sie sollen für die Krankenhäuser verbindlich sein, ihre Refinanzierung durch die Krankenkassen ist aber im Gesetzentwurf nicht abgesichert. Bereits in der Vergangenheit haben die Krankenhausbudgets oftmals nicht für eine vollständige Umsetzung der Personalvorgaben entsprechend der Psych-PV ausgereicht. Es ist daher zu befürchten, dass Klinika auch in Zukunft nicht genug Budget erhalten, um die Personalvorgaben erfüllen zu können. Bei Nichterfüllung wird dann das ohnehin zu niedrige Budget im Folgejahr sogar noch weiter gekürzt. Die Folge ist eine Abwärtsspirale. Es muss daher klargestellt werden, dass verbindliche Personalvorgaben von den Kassen in jedem Fall vollständig zu finanzieren sind. Krankenhäuser dürfen nicht zu Nachweisen verpflichtet werden, die sie aufgrund einer unzureichenden Finanzierung gar nicht erfüllen können.



Prof. Dr. D. Michael Albrecht
Erster Vorsitzender des VUD und
Medizinischer Vorstand des Univer-
sitätsklinikums Carl Gustav Carus,
Dresden

Keine vernünftigen Ergebnisse in Aussicht

„Die von der Politik in Aussicht gestellte bessere Finanzierung der Hochschulambulanzen, der besonderen Aufgaben von Zentren und der Notfallvorhaltung ist dringend erforderlich. Bei der Umsetzung liegen wir aber deutlich hinter dem gesetzlich vorgegebenen Zeitplan. Zudem macht der aktuelle Verlauf der Verhandlungen zu den Hochschulambulanzen wenig Hoffnung, dass am Ende vernünftige Ergebnisse herauskommen. Im Gegenteil: Die Hochschulambulanzen sollen um jeden Preis in das vertragsärztliche Regelungskorsett gepresst werden, obwohl das für unsere Spezialambulanzen nicht passt.“

Krankenhausreform: Umsetzung stockt – Finanzhilfen bleiben aus

Die Große Koalition trat mit dem Ziel an, die besonderen Aufgaben der Uniklinika und der Kliniken der Maximalversorgung besser zu vergüten. Erste Regelungen wurden mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) verabschiedet. Deren Umsetzung steckt aber in der Selbstverwaltung fest. Statt Finanzhilfen stehen den Uniklinika sogar Budgetkürzungen bevor, zum Beispiel 33 Millionen Euro durch die jüngst beschlossene Abwertung von Sachkosten im Fallpauschalensystem.

Der Bundesrat hat im Juli 2016 festgestellt, dass das KHSG und das GKV-VSG bislang keine relevanten finanziellen Verbesserungen für Hochschulkliniken und Maximalversorger gebracht haben. Er fordert die Bundesregierung daher auf, sich bis Oktober 2016 für entsprechende Verbesserungen einzusetzen. Andernfalls seien zeitnah gesetzliche Nachbesserungen erforderlich.

Hintergrund: Bei wesentlichen Maßnahmen, die potenziell den Uniklinika zugutekommen sollen, sind die vom Gesetzgeber vorgegebenen Umsetzungsfristen bereits deutlich überschritten. Bis Ende Januar 2016 hätte die Vergütungsstruktur der Hochschulambulanzen und der Zugang neuer Patientengruppen geregelt sein sollen. Zwei Monate später sollten die besonderen Aufgaben von Zentren konkretisiert sein. Beides wurde bisher nicht erreicht. Stattdessen zeichnet sich ab, dass die Krankenkassen die Neuregelungen teils sogar in ihr Gegenteil verkehren wollen: Insbesondere für die Hochschulambulanzen drohen statt Verbesserungen jetzt sogar Verschlechterungen.

Hochschulambulanzen: Kassenforderungen sind unannehmbar

Gesetzlich vorgeschriebene Fristen im Zuge der Krankenhausreform werden gerissen

Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung klare Fristen gesetzt, um über wesentliche Themen Einigkeit zu erzielen. Doch bei den Zentren und Hochschulambulanzen sind diese Fristen bereits weit überschritten.

Thema	Frist
Hochschulambulanzen Vereinbarung zur Vergütungsstruktur und Definition der Patientengruppen, die Zugang zur Hochschulambulanz erhalten	23. Januar 2016 Keine Einigung
Zentren DKG, GKV, PKV: Vereinbarung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben	31. März 2016 Keine Einigung
Notfall G-BA-Beschluss zu gestuftem System von Notfallstrukturen	31. Dezember 2016
DKG, KBV, GKV: EBM-Regelungen für Vergütung von Notfällen und Notdienst nach Schweregrad differenzieren	31. Dezember 2016
DKG, GKV, PKV: Höhe und nähere Ausgestaltung der Notfallzu- und -abschläge	30. Juni 2017
Qualität G-BA-Beschluss zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	31. Dezember 2016
G-BA-Beschluss zu Katalog geeigneter Leistungen für Qualitätszu- und -abschläge	31. Dezember 2017
DKG, GKV, PKV: Höhe und nähere Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge	30. Juni 2018

Seit Jahren steigen die ambulanten Patientenzahlen in den Uniklinika. Eine ausreichende Vergütung erhalten sie dafür bislang nicht. Mit der Krankenhausreform wurden ihnen daher zusätzliche 265 Millionen Euro im Jahr in Aussicht gestellt. Voraussetzung: Die Selbstverwaltung bestehend aus Deutscher Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung soll Vergütungs- und Dokumentationsgrundsätze festlegen und Patientengruppen definieren, die künftig einen Anspruch auf Behandlung in einer Hoch-

Sachkosten: Selbstverwaltung beschließt 33 Millionen Euro Budgetverlust für Unikliniken

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wird auch die Vergütung von Sachkosten wie Arzneimitteln, Implantaten oder sonstigen Medizinprodukten innerhalb des DRG-Systems neu geregelt. Damit will der Gesetzgeber teilweise bestehende Übervergütungen reduzieren. Das ist im Grundsatz nachvollziehbar. Das dazu von der Selbstverwaltung beschlossene Umsetzungskonzept überzieht aber völlig. Hiernach sollen nach dem Rasenmäherprinzip sämtliche Sachkostenanteile in allen Fallpauschalen gleichermaßen gekürzt werden, und zwar ohne differenziert zu prüfen, wo es wirklich Übervergütungen gibt. Die Unikliniken wird das hart treffen, denn sie haben überdurchschnittlich hohe Sachkosten. Sie werden perspektivisch 33 Millionen Euro Budget verlieren, die zu anderen Krankenhäusern umverteilt werden. Der Sachkostenbereich umfasst aber äußerst unterschiedliche Produkte von extrem teuren künstlichen Herzklappen bis zu einfachen Mullbinden. Hinzu kommen zahlreiche Innovationen, die heute im Fallpauschalensystem gar nicht oder sehr unzulänglich finanziert sind. Deshalb dürfen nicht alle Sachkosten gleichermaßen abgewertet werden. Eine differenziertere Herangehensweise ist dringend geboten. Im Fokus sollten dabei die Fallpauschalen mit einem überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteil stehen. Diesem Vorschlag ist die Selbstverwaltung nun leider nicht gefolgt.

schulambulanz haben. Doch die Beteiligten werden sich nicht einig. Die Kassen wollen die Hochschulambulanzen in zentralen Teilen den gleichen Regelungen unterwerfen, die für Arztpraxen gelten. Das gilt insbesondere für die Organisation der Behandlungsabläufe und den Kalkulationsmaßstab für die Vergütungen.

Genau das lehnen die Uniklinika jedoch entschieden ab. Denn der Vergütungsmaßstab von Arztpraxen passt nicht auf die Besonderheiten der universitären Ambulanzen. Im vertragsärztlichen Vergütungssystem sind viele Leistungen der hochspezialisierten universitären Medizin überhaupt nicht abgebildet, etwa im Bereich innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Zudem behandeln in Hochschulambulanzen oft ganze Teams einzelne Patienten, zum Beispiel in Form interdisziplinärer Fallkonferenzen. Für die Behandlung von Tumorerkrankungen während der Schwangerschaft werden zum Beispiel Krankenhausapotheker oder psychoonkologische Therapeuten hinzugerufen. Bei Patienten mit Kunstherzen wird die Expertise von Kardiologen und Herzchirurgen abgerufen. Das vertragsärztliche Vergütungssystem ist damit nicht kompatibel, denn es ist auf den niedergelassenen Facharzt als Alleinunternehmer in den eigenen vier Wänden ausgerichtet.

Zentren: Keine Verbesserungen in Sicht

In überregionalen Zentren haben sich insbesondere Uniklinika auf die Diagnose und Behandlung besonders schwerer oder seltener Erkrankungen spezialisiert. Sie halten dafür eine überdurchschnittlich hohe Expertise und Infrastruktur vor. Deren Kosten sollen laut KHSG endlich auskömmlich finanziert werden. Dazu sollen die sogenannten Zentrumszuschläge reformiert werden. Auch hier steckt die Umsetzung in der Selbstverwaltung fest. Offen ist, ob am Ende eine bessere Regelung herauskommt als die heute bereits bestehende. Im schlimmsten Fall droht sogar eine Verschlechterung.

Gesetzliche Nachbesserungen erforderlich

Angesichts der festgefahrenen Verhandlungen in der Selbstverwaltung werden am Ende Schiedsstellen entscheiden müssen. Für die Hochschulambulanzen wird es wohl vor Ende 2016 kein Ergebnis geben. Sicher scheint nur, dass die jüngsten Finanzierungsreformen nicht so umgesetzt werden, wie sich die Uniklinika das aufgrund der politischen Diskussion zur Krankenhausreform erhoffen durften. Statt Finanzhilfen zeichnen sich 2017 sogar Budgeteinbußen ab. Die bevorstehende Abwertung von Sachkosten im Fallpauschalensystem wird dauerhaft 33 Millionen Euro von den Unikliniken zu anderen Krankenhäusern umverteilen. Zudem droht 2017 eine massive Verschlechterung bei der Vergütung zusätzlicher Behandlungsfälle infolge des sogenannten Fixkostendegressionsabschlags. Da an Uniklinka seit Jahren die Fallzahlen überdurchschnittlich wachsen, wird hier wohl ein weiteres großes Finanzierungsloch entstehen.

Dringend notwendig ist deshalb eine politische Meinungsbildung, ob die aktuellen Entwicklungen in der Selbstverwaltung wirklich gewollt sind. Es ist gut, dass die Bundesländer mit ihrem Antrag vom 8. Juli 2016 diese Debatte eröffnet haben. Seitdem hat sich die Lage bei den Hochschulambulanzverhandlungen nochmals zugespitzt. Eine gesetzliche Nachbesserung ist deshalb unbedingt notwendig, wenn die ursprünglichen Reformziele noch erreicht werden sollen. Für die Hochschulambulanzen sollte unmissverständlich klargestellt werden, dass sie nicht mit der vertragsärztlichen Versorgung in Arztpraxen gleichzustellen sind. Wichtig ist, dass der Gesetzgeber schnell handelt. Vier Jahre Stillstand oder gar Rückschritt bis zur nächsten Gesundheitsreform wären für die Uniklinken fatal.



Yvonne Schönemann
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)

Klinikpartnerschaften: Uniklinika engagieren sich für Afrika

Die Ebola-Krise hat eklatante Schwächen der Gesundheitsversorgung in Afrika offengelegt. Die Bundesregierung will mit Know-how und Fördermitteln helfen – etwa im Rahmen der ESTHER-Allianz.

„Für das Bundesentwicklungsministerium (BMZ) unterstützen wir aktuell elf Partnerschaften zwischen deutschen Uniklinika und afrikanischen Krankenhäusern. Die beteiligten Wissenschaftler und Mediziner verbessern dabei auf Augenhöhe die Patientenversorgung durch Fortbildungen, Hospitationen und Begleitforschungsprojekte. Aus Sicht der Entwicklungszusammenarbeit ein ideales Format. Ohne das internationale Engagement der Uniklinika wären solche Projekte nicht möglich.“ – *Yvonne Schönemann*

	Kumasi, Ghana Bernhard-Nocht-Institut und Uniklinik Hamburg-Eppendorf	Limbe, Kamerun Unimedizin Rostock	Fort Portal, Uganda Charité Berlin	Addis-Abeba, Äthiopien Uniklinik Halle (Saale)
Erkrankung	HIV	HIV	Morbidität bei Neugeborenen	Gebärmutterhalskrebs
Ziele	Routine-Versorgung verbessern, innovative Vorgehen entwickeln	HIV-bezogene Dienstleistungen optimieren, insbesondere Labordiagnostik verbessern	Verbesserung der neonatalen Medizin	Strategien zur Prävention erarbeiten, Zugang zu Diagnose und Behandlung verbessern
Maßnahmen, u. a.	Fortbildungen in Ghana und Deutschland, technische Ausstattung erweitern, Patientenberatung Begleitforschung: Aufbau einer Kohorte zur Resistenzentwicklung	Laborpersonal schulen, Fortbildungen in Kamerun und Rostock Begleitforschung: Prävalenz von HIV, Hepatitis B und C	Intensivstation für Neugeborene aufbauen, Schulungen Begleitforschung: Realisierbarkeit der Behandlungsrichtlinien B+ überprüfen	Früherkennung verbessern, Krebsregister aufbauen Begleitforschung: Bereitschaft der Bevölkerung für regelmäßiges Screening erheben
			Tanga, Tansania Bamenda, Kamerun Charité Berlin	Assela, Äthiopien Uniklinik Düsseldorf
			Qualität medizinischer Dienste	Infektionen von Kleinkindern
			Verbesserung der Qualität durch regelmäßige Erhebungen und Mängelbeseitigung	Vorsorge, Diagnose und Management optimieren
			Prozesse und Strukturen für Qualitätsmanagement einführen, Trainings der Mitarbeiter	Fortbildungslehrplan für Mitarbeiter entwickeln, Infrastruktur für regelmäßige Fortbildungen aufbauen
	Battor, Ghana Charité Berlin	Butare, Ruanda Charité Berlin	Mbeya, Tansania LMU München	Lilongwe, Malawi Uniklinik Heidelberg Uniklinik Köln
Erkrankung	Gebärmutterhalskrebs	Nosokomiale Infektionen	Zervixkarzinom	Diabetes u. a.
Ziele	Zugang zu Humane Papillomviren (HPV)-Screenings verbessern	Handdesinfektion und Hygienemaßnahmen verbessern	Diagnosen und Behandlung verbessern, Screening ausweiten	Gesundheitsversorgung und Versorgungsmanagement stärken
Maßnahmen, u. a.	Probeentnahmen auf kommunaler Ebene und Low-tech-Testmethoden einführen, Training Begleitforschung: Prävalenz von HPV	Hygienemaßnahmen einführen, Desinfektionslösung vor Ort produzieren Begleitforschung: Prävalenz von multiresistenten Keimen vor und nach Krankenhausaufenthalt	Chirurgisches Know-how ausbauen, regionale Vernetzung ausweiten	Schulungen Begleitforschung: Versorgung von Diabetes-Patienten
				Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal Begleitforschung: Kohorte zur Überprüfung von Nebenwirkungen des nationalen Behandlungsschemas aufbauen

Weltweites Engagement
Deutsche Uniklinika haben vielfältige Kooperationen und Partnerschaften mit Kliniken in Schwellen- und Entwicklungsländern – unter anderem das von der GIZ koordinierte Afrika-Projekt ESTHER.
www.esther.eu



Prof. Dr. Michael Tchirikov
Direktor der Universitätsklinik
und Poliklinik für Geburtshilfe
und Pränatalmedizin. Zentrum
für Fetalchirurgie, Halle/Saale

Ich verstehe die Haltung der Kassen nicht

„Es dauert einfach zu lange, bis Innovationen in die Versorgung gelangen. Ein besonders drastisches Beispiel ist die Versorgung von Frauen mit vorzeitigen Blasensprüngen. Allein in Deutschland könnten wir mit dieser Methode vielen Kindern das Leben retten und Frühchen eine gesunde Entwicklung ermöglichen. Die Techniken hierzu haben wir entwickelt – die Finanzierung steht leider in den Sternen. Die Krankenkassen zweifeln noch immer an der Wirksamkeit der Methode. Solange die Maßnahmen nicht bezahlt werden, können wir aber keine ausreichende Anzahl von Behandlungen vornehmen. Dann fehlen uns die Fallzahlen, die wir für aussagefähige klinische Studien benötigen.“

Unzureichende Vergütung – Beispiel Bluttransfusion

Etwa eines von 1000 Kindern entwickelt im Laufe der Schwangerschaft eine Blutarmut. In rund einem Zehntel der Fälle kann der Fötus sich nur dank einer Bluttransfusion normal weiterentwickeln. Das für die sogenannte intrauterine Bluttransfusion notwendige Konzentrat aus roten Blutkörperchen wird in einem aufwendigen Prozess hergestellt. Während der Transfusion muss ein Operationsteam für einen Notkaiserschnitt bereitstehen. Die Fallpauschale trägt diesen Ausnahmefällen nicht annähernd Rechnung – häufig erhalten die Kliniken gerade mal die Hälfte ihrer Kosten erstattet.



Beispiel Bluttransfusion:
Erstattung
häufig nur zu **50%**

Operationen im Mutterleib: Chirurgische Innovationen retten Leben

Neue Operationsmethoden und Therapien ermöglichen es, immer mehr Krankheiten und Fehlbildungen von Föten bereits während der Schwangerschaft zu behandeln. Diese Eingriffe erbringen in Deutschland ausschließlich hochspezialisierte Abteilungen in Uniklinika.

Überregionale Zentren an den Uniklinika Bonn, Gießen/Marburg, Halle, Hamburg und Heidelberg haben sich auf Operationen im Mutterleib spezialisiert. Die Neonatologen, Kinderkardiologen oder Kinderchirurgen wenden diese Methoden in interdisziplinärer Zusammenarbeit an und entwickeln sie in klinischen Studien weiter. Lebensrettende Beispiele:

- **Gefäßverbindungen bei Zwillingen:** Zwillingsschwangerschaften sind riskant und können gefährlich werden. Zum Beispiel, wenn sich beide Föten eine Plazenta teilen und es dabei zu unerwünschten Gefäßverbindungen kommt. Dadurch erhält ein Kind zu viel Blut, das andere zu wenig. Diese Komplikation tritt bei rund einem Zehntel der eineiigen Zwillingsschwangerschaften auf und ist für beide Kinder lebensbedrohlich – ohne Behandlung sterben 80 Prozent der Babys. In einem minimalinvasiven Verfahren werden die betroffenen Blutgefäße per Laser verschlossen. In 90 Prozent der behandelten Fälle kann eines der Kinder gerettet werden, in 70 Prozent überleben beide Zwillinge.
- **Loch im Zwerchfell:** Etwa eines von 2500 Kindern entwickelt eine sogenannte Zwerchfellhernie. Dadurch drücken Magen, Darm und Leber in den Brustkorb und die Lunge kann sich nicht entwickeln. Ohne Behandlung überlebt nur die Hälfte der Föten. Neue fetalchirurgische Methoden schaffen Abhilfe: Mittels eines winzigen Ballons, den der Operateur in die Luftröhre des Fötus einsetzt, erhöht sich der Druck im Brustraum. Das bedeutet: Die Organe werden zurückgedrängt und die Lunge kann sich wieder entfalten.
- **Vorzeitiger Blasensprung:** Deutschlandweit erleiden pro Jahr etwa 6000 Frauen einen Blasensprung vor der 28. Schwangerschaftswoche. Häufig sind Fehl- oder extreme Frühgeburten die Folge. Mit neuartigen Methoden kann die Entbindung nach Blasensprüngen um mehr als 40 Tage hinausgezögert werden. Dazu erhalten die Mütter Spülungen mit täglich 2,5 Litern künstlichem Fruchtwasser. Der wichtige Lebensraum für die Entwicklung der ungeborenen Kinder bleibt erhalten.
- **Verengte Herzklappen:** Sind die Aortenklappen eines Fötus deutlich verengt, kann sich die linke Herzkammer nicht entwickeln. Noch während der Schwangerschaft wird die Verengung mittels eines Ballons erweitert und der Blutfluss durch die Herzklappe verbessert. So kann sich die linke Herzkammer normal weiterentwickeln.

Fehlende Erstattung verzögert Einsatz neuer Methoden

Obwohl die Wirksamkeit der Methoden dokumentiert ist, ist die Finanzierung durch die Krankenkasse oftmals nicht gesichert oder unzureichend. An den hochspezialisierten und zeitaufwendigen Therapieverfahren sind häufig interdisziplinäre Teams beteiligt. Die pauschale Vergütung über das DRG-System ist dafür in der Regel zu gering. Wenn überhaupt, gibt es für viele medizinische Eingriffe erst nach einem aufwendigen Genehmigungsverfahren ein Entgelt. Dennoch klaffen erhebliche Finanzierungslücken. Gleichzeitig wird in Rechnungsprüfungen die medizinische Notwendigkeit der Behandlung immer wieder angezweifelt – für die Kliniken ein weiteres wirtschaftliches Risiko.



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:
06. September 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.

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.

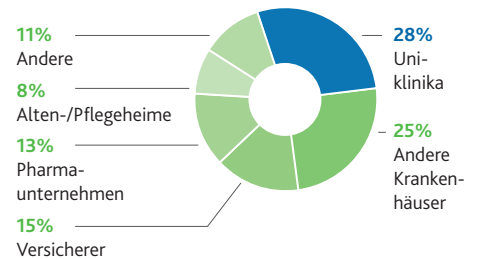
Erste Adresse für Schwerkranke

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.

Fokus auf Ausbildung

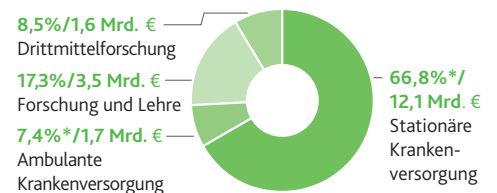
An Deutschlands Uniklinika und medizinischen Fakultäten schließen jährlich rund 9 600 Mediziner ihr Studium ab. Damit bildet Deutschland im Verhältnis zu seiner Einwohnerzahl weltweit mit die meisten Ärzte aus.

Die 100 größten Arbeitgeber im Gesundheitswesen



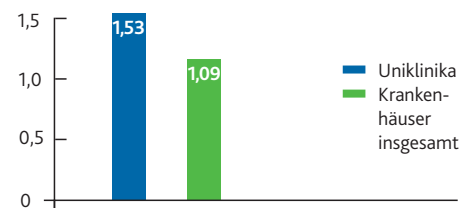
Quelle: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)

Umsatz nach Segmenten



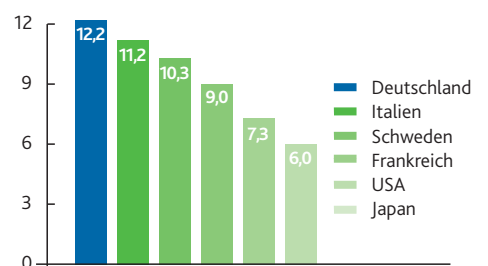
*Entsprechend Kostendaten
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2013, eigene Berechnungen

Mittlerer CMI



Quelle: Eigene Erhebung; Statistisches Bundesamt 2014

Medizinabsolventen je 100 000 Einwohner pro Jahr



Quelle: OECD, 2015