



Foto: patpitchaya – Fotolia

Eine gemeinsame Verantwortung

Interview mit Ralf Heyder

Die meisten Krankenhäuser in Deutschland kämpfen mit einer unzureichenden Finanzierung – eine Sonderrolle fällt dabei den Universitätskliniken zu. Sie sind mit ihrem besonderen Versorgungsangebot oftmals die letzte Hoffnung für Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen. Forschung, Lehre und Krankenversorgung sind hier eng miteinander verknüpft. Fraglich ist, wie sich der Forschungs- und Medizinstandort Deutschland im internationalen Wettbewerb weiterentwickeln wird. Entscheidend für die Zukunft könnten hier die Themen Digitalisierung des Gesundheitswesens sowie Personalgewinnung und -entwicklung sein. Die KU-Redaktion sprach darüber mit Ralf Heyder

Keywords: Universitätskliniken, Digitalisierung, Personalmanagement



Ralf Heyder
Generalsekretär des Verbands der
Universitätskliniken Deutschlands e.V.
Berlin

Die Warnstreiks an der Charité und dem Universitätsklinikum Düsseldorf gehen derzeit durch die Presse. Sind sie das Sinnbild der finanziellen Lage der Universitätskliniken?

Mit der finanziellen Lage der Universitätskliniken oder gar der Arbeitssituation der Pflege hat das nichts zu tun. Die Universitätskliniken sind, was Personalausstattung und Bezahlung der Pflege angeht, im Vergleich zu anderen Trägern insgesamt gut aufgestellt. Die Warnstreiks sind eine rein politische Aktion der Gewerkschaften im Kontext der Debatte um Personaluntergrenzen. Ver.di hat sich offenbar primär die Universitätskliniken als Ziel herausgesucht, weil sie als große Häuser mit viel Personal in der öffentlichen Wahrnehmung besonders präsent sind.

Die meisten Krankenhäuser in Deutschland kämpfen heute mit einer unzureichenden Finanzierung. Warum nehmen die Universitätskliniken dennoch eine Sonderrolle ein?

In der Tat haben heute viele Krankenhäuser mit finanziellen Problemen zu kämpfen, nicht nur die Universitätskliniken. Alle leiden unter der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung. Zudem werden die Kostensteigerungen insbesondere im Personalbereich nicht adäquat ausgeglichen. Darüber hinaus tragen aber die Universitätskliniken – wie zum Teil auch einige andere große Maximalversorger – weitere Lasten: Sie halten besondere Leistungen vor, die trotz hoher Auslastung der Betten im bestehenden Entgeltsystem nicht adäquat vergütet werden. Dazu gehören zum einen die vielfältigen Zentren mit ihren interdisziplinären und multiprofessionalen Versorgungsangeboten, oder auch die Notfallversorgung. Völlig ungelöst ist zudem die einseitige Belastung durch sogenannte Extremkostenfälle. Allein hierdurch entsteht im Mittel eine jährliche Unterdeckung von 4 Millionen Euro je Klinik.

Der Fixkostendegressionsabschlag ist seit dem 1. Januar 2017 wirksam. Universitätskliniken gehören zu den Krankenhäusern

mit überproportionalem Fallzahlwachstum. Hat sich hierdurch die finanzielle Lage noch weiter verschlechtert?

Wir befürchten, dass dieser neue Abschlag den Universitätskliniken noch mehr Geld entziehen wird als vorher der Mehrleistungsabschlag. Beziffern können wir den Effekt aber noch nicht, da die notwendigen Informationen aus den Budgetabschlüssen noch nicht vorliegen.

Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sollten zwei Problemfelder hinsichtlich der Vergütung gelöst werden. Einerseits sollten die Leistungen von Zentren besser vergütet und andererseits Unterschiede bei der Notfallvorhaltung stärker berücksichtigt werden. Wie sieht der derzeitige Umsetzungsstand dieser beiden Regelungen aus?

Beide Themen wurden vom Gesetzgeber zur Konkretisierung an die Selbstverwaltung übergeben. Dort haben sich diese für uns sehr wichtigen Fragen festgefahren. Es ist unklar, ob die politisch gewollte Förderung von Zentren, wie sie gerade in den Universitätskliniken vorgehalten werden, gelingen wird. Bisher hat sich hier finanziell noch nichts verbessert. Vielmehr droht derzeit in einigen Bundesländern, in denen es bereits Zentrumszuschläge gab, ein Rückschritt gegenüber der alten Rechtslage. Hier muss der Gesetzgeber nachjustieren und deutlich machen, was unter einem Zentrum zu verstehen ist und welche Tatbestände zusätzlich zu finanzieren sind. Vor allem muss endlich anerkannt werden, dass Zentren auch wichtige Funktionen in der ambulanten Versorgung übernehmen.

Für die Notfallversorgung hat das KHSG eine Zu- und Abschlagsfinanzierung vorgesehen, die auf ein System unterschiedlicher Notfallstufen aufbauen soll. Diese Stufen sollen vom G-BA festgelegt werden. Das ist bisher noch nicht erfolgt. Entsprechend werden die besonderen Vorhaltungen der Universitätskliniken – und auch vieler anderer Krankenhäuser – für die Notfallversorgung weiterhin unzu-

reichend finanziert. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) plädiert aktuell dafür, diese Regelung auszusetzen. Ein Alternativkonzept zur Lösung der Vorhalteproblematik hat die DKG aber nicht. Deshalb hoffen wir, dass der G-BA jetzt endlich die notwendigen Grundlagen für eine bessere Finanzierung der Notfallvorhaltung schafft.

Der Systemzuschlag wurde bislang nicht umgesetzt, wäre er die Lösung aller Probleme? Warum wurde die Umsetzung Ihrer Ansicht nach bislang durch die Bundesregierung blockiert?

Sicher würde auch ein Systemzuschlag nicht alle Probleme lösen. Da die Bundesregierung dem Systemzuschlag eine klare Absage erteilt hat, stellt sich die Frage aber im Moment auch gar nicht. Die Gegner des Systemzuschlags argumentieren, man wolle Leistung finanzieren, nicht Türschilder. Gleichwohl stellen wir fest, dass die leistungsbezogenen Ansätze für eine bessere Finanzierung von Zentren, Notfallvorhaltungen oder Extremkostenfällen offenkundig nicht greifen. Vor diesem Hintergrund muss weiterhin über die Frage diskutiert werden, wie eine praxistaugliche Lösung für diese Finanzierungsthemen aussehen könnte.

Wie können die Universitätskliniken trotz der schwierigen finanziellen Lage in Zukunft bestehen?

Was meinen Sie mit „bestehen“? Woran wird das gemessen? Die entscheidende Frage ist doch, was wir als Gesellschaft von den Universitätskliniken erwarten. Mein Eindruck ist, dass diese Erwartungen eher steigen. Man denke nur an den Masterplan Medizinstudium 2020. Dazu passt es ordnungspolitisch einfach nicht, dass man diese Einrichtungen wirtschaftlich so unter Druck setzt, wie das derzeit passiert. Immer höhere Ansprüche bei immer knapperen Mitteln – das kann auf Dauer nicht gut gehen. Wenn sich die Rahmenbedingungen für die Universitätsmedizin weiterhin so entwickeln wie in den letzten 15 Jahren, dann wird der Forschungs- und Medizin-

standort Deutschland im internationalen Wettbewerb Probleme bekommen. Wenn die Gesellschaft das nicht will, dann müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden, und zwar erheblich.

Welche Themen muss die deutsche Hochschulmedizin aus Ihrer Sicht am dringendsten angehen?

Ein ganz großes Thema ist die Digitalisierung unseres Gesundheitswesens. Hier müssen die Universitätskliniken als kritische Infrastrukturen im Sinne des IT-Sicherheitsgesetzes eine tragende Rolle spielen. Dieser Prozess stößt derzeit durch fehlende Ressourcen, die Fragmentierung unseres Gesundheitssystems und Überregulierung an viele Grenzen. Hier muss die nächste Bundesregierung dringend Verbesserungen auf den Weg bringen.

Ein zweites großes Thema ist die Personalgewinnung und -entwicklung. Dabei geht es neben der Sicherung des ärztlichen Nachwuchses für die Versorgung auch darum, genug Nachwuchs für die Forschung zu gewinnen. Letzteres wird leider bei vielen politischen Debatten um die Mediziner Ausbildung völlig übersehen, ist aber für den Medizinstandort Deutschland essentiell. Ein weiteres Thema ist die Entwicklung praxistauglicher akademischer Ausbildungsangebote für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, insbesondere die Pflege.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde 2015 die Hochschulambulanzregelung reformiert. Konnte eine bessere Vergütung erreicht werden?

Die Rechtsgrundlagen für die Hochschulambulanzen (HSA) sind mit dem GKV-VSG tatsächlich deutlich verbessert worden. Ob das aber am Ende zu einer auskömmlichen Finanzierung führen wird, ist aktuell noch völlig offen. Der Gesetzgeber ging seinerzeit davon aus, dass ab dem Jahr 2016 die HSA-Erlöse um 265 Millionen Euro ansteigen. Diese dringend notwendigen Mittel sind bislang nicht angekommen. Laut gesetzli- ►

cher Vorgabe hätten die Budgets aufgrund der neuen Rechtslage bis Mitte 2017 verhandelt sein müssen. Dies ist vielerorts noch nicht passiert. Die Kassen spielen auf Zeit. Im Moment zeichnen sich in einigen Bundesländern Schiedsverfahren ab. Es bleibt abzuwarten, was dabei herauskommt.

Forschung, Lehre und Krankenversorgung sind an Universitätskliniken eng miteinander verknüpft. Wie wirkt sich das auf den Wettbewerb aus?

Dieser Verbund hat viele Vorteile. So ist die Uniklinik als Arbeitgeber besonders für Menschen attraktiv, die gerne in innovativen, dynamischen und hochgradig – auch international – vernetzten Umfeldern arbeiten. Und die Patienten schätzen, dass sie Zugang zu Behandlungsmethoden und Spezialisten haben, die in der Fläche regelmäßig nicht verfügbar sind. Universitätskliniken sind mit ihrem besonderen Versorgungsangebot oftmals die letzte Hoffnung für Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen. Der Aufgabenverbund aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung wird also von Mitarbeitern und Patienten sehr geschätzt. Im stationären Vergütungssystem wird das, was die Universitätskliniken auszeichnet, aber leider zum Nachteil. Das muss sich ändern.

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft warnt davor, dass die Forschung an deutschen Universitätskliniken zurückgedrängt wird. Wie kann dieser Entwicklung entgegengewirkt werden?

Noch stehen wir in der Forschung relativ gut da. Bei der Anzahl der klinischen Industriestudien liegt Deutschland weltweit an zweiter Stelle hinter den USA. Die DFG artikuliert in ihrem Papier aber eine berechtigte Sorge für die Zukunft. Die Universitätskliniken verwenden momentan sehr viel Kraft darauf, trotz schwieriger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen erstklassige Forschung zu betreiben und wissenschaftlichen Nachwuchs in ausreichender Zahl zu qualifizieren. Teilweise zehren sie dabei von der Substanz. Denn 75

Prozent des Umsatzes eines Universitätsklinikums kommen aus der Krankenversorgung und nur 25 Prozent aus Forschung und Lehre. Verschlechtern sich – so wie in den letzten 15 Jahren – die Rahmenbedingungen im Bereich der Krankenversorgung, dann schadet dies perspektivisch auch Forschung und Lehre – und umgekehrt. Man kann diese Aufgaben nicht voneinander trennen. Die DFG hat daher völlig zu Recht die Sorge, dass die aktuelle Sparpolitik dazu führt, dass wir in zehn Jahren große Probleme mit dem wissenschaftlichen Nachwuchs und der Wettbewerbsfähigkeit unserer Forschung haben. Wollen wir den Wissenschaftsstandort Deutschland in der Medizin auch in Zukunft stark halten, dann brauchen wir dafür wirtschaftlich gesunde Universitätskliniken. Wissenschafts- und Gesundheitspolitik haben hier eine gemeinsame Verantwortung.

Immer mehr Kliniken bieten in Kooperation mit Hochschulen oder Universitäten berufs- bzw. ausbildungsbegleitende Pflegestudiengänge an. Ein konkreter Plan, wie die akademisierten Pflegekräfte dann in der Praxis eingesetzt werden können, existiert häufig nicht. Sollten die Universitätskliniken hier eine Vorreiterrolle einnehmen?

Ja, ganz klar! Letztlich geht es darum, Berufsprofile für akademisch ausgebildete Pflegekräfte zu definieren und in der Klinik zu implementieren. Die Bereitschaft, sich dieser Aufgabe anzunehmen, ist in der Universitätsmedizin in den letzten Jahren stark gewachsen. Mittlerweile gibt es dazu an vielen Standorten Projekte - Tendenz weiter steigend.

Die Digitalisierung bietet enorme Zukunftschancen in der Medizin. Unter Federführung der Universitätskliniken wird derzeit eine vernetzte forschungskompatible Patientenakte entwickelt, welche Chancen versprechen Sie sich hiervon?

Die Hochschulmedizin will eine vernetzte elektronische Patientenakte entwickeln, die allen beteiligten Ärzten bei jedem Behand-

lungsschritt alle relevanten Informationen liefert und gleichzeitig das neuste Forschungswissen zur Verfügung stellt. Neu daran ist vor allem, dass die vernetzte Patientenakte auch an die klinische und biomedizinische Forschung angebunden sein soll. Das heißt, dass die Daten aus der Krankenversorgung in der Forschung genutzt werden können, und zwar standortübergreifend. So können viel schneller und aussagekräftiger als bisher Erkenntnisse über Erkrankungen und Behandlungskonzepte gewonnen werden. Gleichzeitig soll die Akte wissenschaftliche Erkenntnisse unmittelbar in den Behandlungsprozess zurückspeiegeln, damit neue Evidenz schneller als bisher beim Patienten ankommt. Bei allen bisherigen gesundheitspolitischen Diskussionen über die elektronische Patientenakte wurde die Forschung ausgeklammert. Unser Anliegen ist es, das zu ändern.

Eine einheitliche Akte ist ein enormes Unterfangen und erfordert Einigkeit der Universitätskliniken – besteht nicht auch die Befürchtung, dass dieses Unterfangen scheitern könnte?

Um hier keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Es geht bei dem Projekt der elektronischen und vernetzten Patientenakte nicht um das Programmieren einer einheitlichen Softwarelösung für alle Universitätskliniken. Wir wollen vielmehr zwischen den Universitätskliniken mit ihren jeweils sehr individuellen IT-Lösungen einheitliche Standards und Prozesse für die Datenhaltung und den einrichtungsübergreifenden Datenaustausch verabreden. Auch das ist noch eine sehr große Aufgabe, und das wird sicher nicht von heute auf morgen gelingen. Wir halten das aber für machbar. Es gibt ja auch schon erste Erfolge im Rahmen der vom BMBF geförderten Medizininformatikinitiative. Darauf wollen wir aufbauen.

Herr Heyder, vielen Dank für das Gespräch

*Das Interview führte
KU-Fachredakteurin Anna Zarling.*