



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

Steuerung und Vernetzung regionaler Versorgung durch die Universitätsmedizin

Renate Höchstetter

Verband der Universitätsklinika Deutschlands

10. DNVF-Forum in Berlin
10. Mai 2023



Gliederung

1. Universitätsklinika als Teil der Hochschulmedizin
2. Gestufte Versorgung, Steuerung und Vernetzung - allgemein
3. Rolle der Universitätsklinika
4. Lösung über Krankenhaus-Reform?



1. Universitätsklinika als Teil der Hochschulmedizin

Deutsche Hochschulmedizin



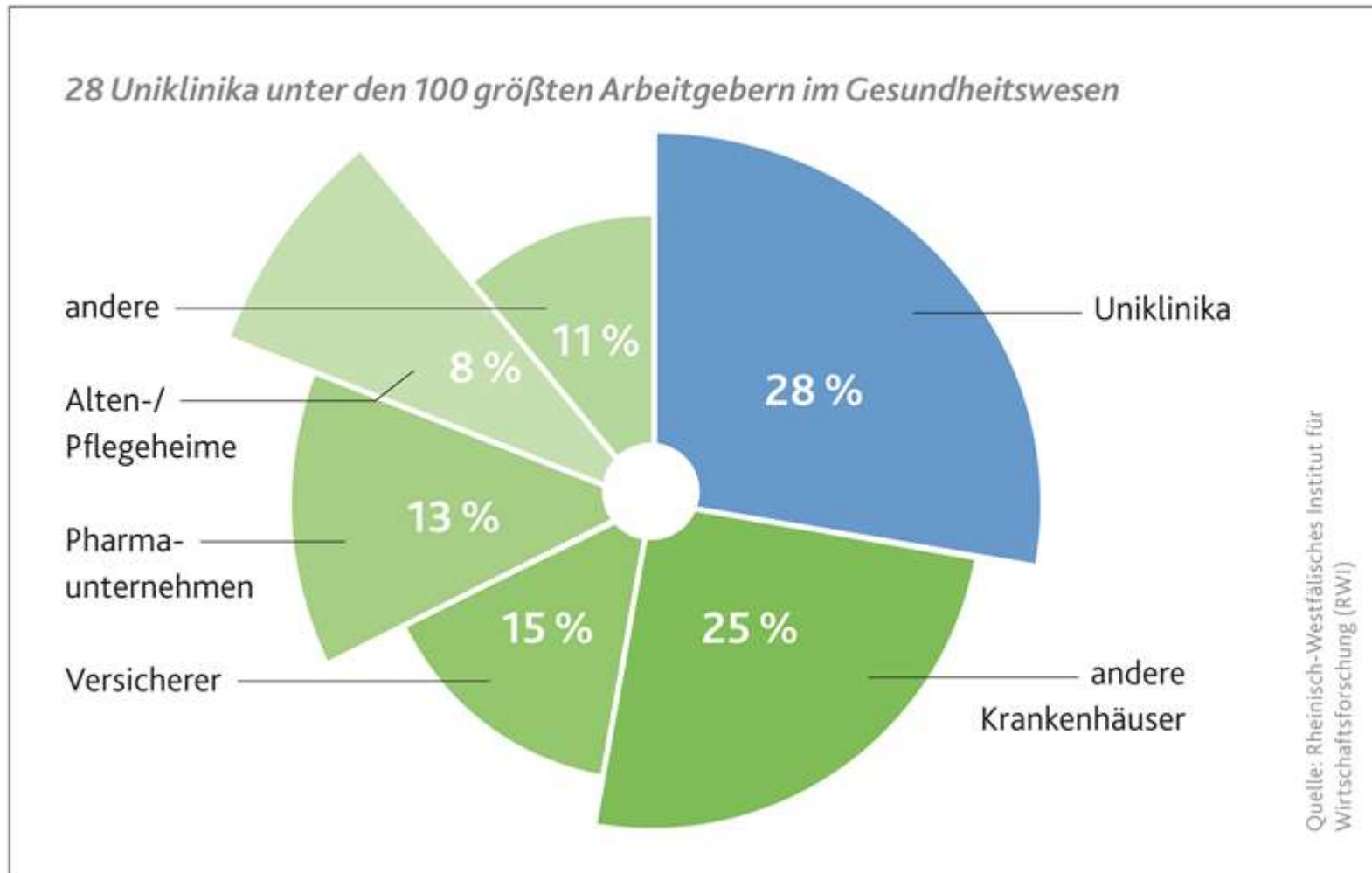
- Deutsche Hochschulmedizin ist Dachverband des Medizinischen Fakultätentages (MFT) und des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)
- Alle 36 Universitätsklinika im VUD organisiert
- Alle 39 Medizinischen Fakultäten im MFT organisiert
- DHM fungiert als gemeinsames öffentliches Sprachrohr des Aufgabenverbunds Forschung, Lehre und Krankenversorgung



Mitarbeitende/Studierende/Patienten in der Hochschulmedizin

- ~ 3.500 Professuren
- ~ ca. 220.000 Mitarbeitende insgesamt
(inkl. wissenschaftlichem Personal = 1/5 aller deutschen KH-Mitarbeitende)
- ~ 13.000 Studienanfänger der Human- und Zahnmedizin p.a.
- ~ 2 Mio. stationäre Fälle p.a. (10% Marktanteil)
- ~ 10 Mio. ambulante Fälle p.a.

Hochschulmedizin als Arbeitgeber und Wirtschaftsfaktor in der Region



Finanzierung der Hochschulmedizin - Höhe

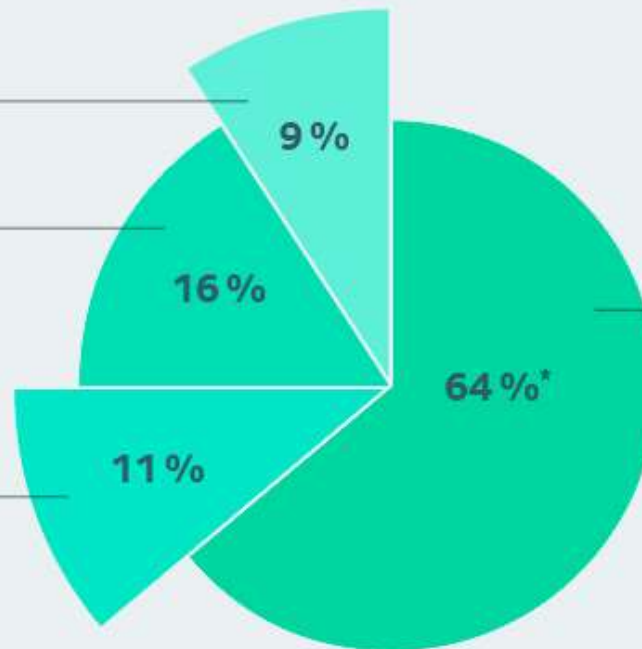
Hochschulmedizin: Umsätze der Leistungsbereiche

2 Mrd. Euro
Drittmittelforschung

3,7 Mrd. Euro
Forschung und Lehre

2,6 Mrd. Euro
ambulante
Krankenversorgung

14,5 Mrd. Euro
stationäre
Krankenversorgung



* Entsprechend Kostendaten

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018; VUD
© Deutsche Hochschulmedizin

Finanzierung in der Hochschulmedizin - durch

Aufgaben und Finanzierung der Hochschulmedizin

Finanzierung

GKV- und PKV-Mittel
für die
Krankenversorgung

Landesmittel aus
Wissenschaftsetat
für Investitionen

Uniklinika

Stationäre
Patientenversorgung

Ambulante
Patientenversorgung

Weiterbildung zur
Fachärztin/Facharzt

Ausbildung der
Gesundheitsfachberufe



Forschung

Klinische
Versorgung

Klinische Lehre

Med. Fakultäten

Grundlagenforschung

Studium der Humanmedizin
und Zahnmedizin

Studium
Gesundheitsfachberufe



Finanzierung

Landesmittel aus
Wissenschaftsetat
für Forschung und
Lehre

Bundesmittel nach
Art. 91b GG
(seit 2017 möglich)

Drittmittel von Bund,
Ländern, EU, Industrie,
Wissenschafts-
organisationen

Maximalversorgung

Wissenschaftlicher Fortschritt

Neue Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden

Ausbildung und Qualifikationen

© Deutsche Hochschulmedizin



2. Gestufte Versorgung, Steuerung und Vernetzung - allgemein

Gestufte Versorgung



Über uns ▾

Für Kliniken ▾

Für Patienten

[🏠](#) / [FÜR KLINIKEN](#) / [ABLAUF EINER ZERTIFIZIERUNG](#)

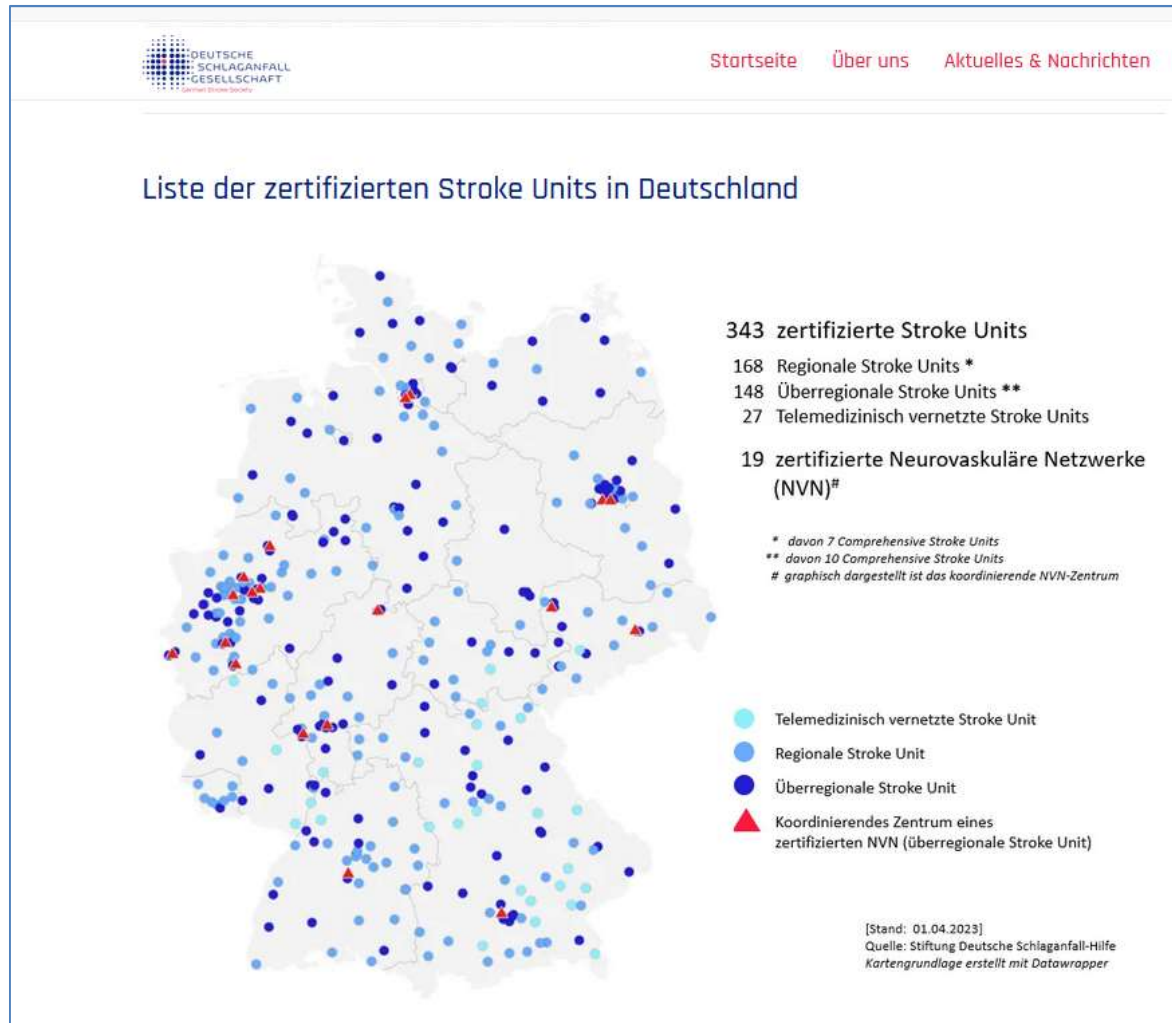
Erfahrung wird zertifiziert

Seit Oktober 2012 besteht die Möglichkeit, sich als **EndoProthetikZentrum (EPZ)** bzw. **EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung (EPZmax)** zertifizieren zu lassen.

Die beiden Zentren unterscheiden sich hinsichtlich der Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität.

Quelle: <https://endocert.de/fuer-kliniken/ablauf-einer-zertifizierung>

Gestufte Versorgung, Steuerung und Netzwerke I



Quelle: <https://www.dsg-info.de/stroke-units-neurovaskulaere-netzwerke/>

Gestufte Versorgung, Steuerung und Netzwerke II

NETZWERK ONKOLOGISCHE SPITZENZENTREN



DER PATIENT IM
MITTELPUNKT

KOMPETENZ IN DREI
STUFEN

FORSCHUNG

ZU DEN
ONKOLOGISCHEN
SPITZENZENTREN

Kompetenz in drei Stufen

Die Onkologischen Spitzenzentren der Deutschen Krebshilfe bilden einen grundlegenden Teil eines umfassenden, dreistufigen Programms, das die Deutsche Krebshilfe gemeinsam mit ihrer Partnerorganisation, der Deutschen Krebsgesellschaft, auf den Weg gebracht hat.

Neben den Onkologischen Spitzenzentren der Deutschen Krebshilfe zertifiziert die Deutsche Krebsgesellschaft auf der zweiten Ebene Onkologische Zentren und als dritte Ebene Organkrebszentren. Diese Strukturen sollen dazu führen, dass Tumorkrankheiten in Deutschland flächendeckend nach einheitlichen, hohen Qualitätsstandards behandelt und versorgt werden.



Drei-Stufen-Modell der onkologischen Versorgung

Nicht optimale Versorgung (wegen inadäquater Strukturqualität) - Pressemitteilung AOK-WIdO 12/2022

Qualitätsmonitor zeigt: Mehr als 14.000 Herzinfarkte nicht optimal versorgt

Neues Online-Portal des WIdO erlaubt detaillierte Auswertungen zu strukturellen Problemen in der deutschen Krankenhaus-Landschaft

Berlin. Nach wie vor werden viele Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt nicht optimal versorgt, weil sie in Kliniken ohne Herzkatheterlabor eingeliefert werden. Von den rund 203.000 Herzinfarkt-Fällen im Jahr 2020 in Deutschland wurden 7 Prozent in Kliniken behandelt, die über kein Katheterlabor verfügten. Das Problem betraf mehr als 14.000 Herzinfarkt-Behandlungen. Das zeigt das heute gestartete Online-Portal „Qualitätsmonitor“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), das neben der Herzinfarkt-Versorgung auch strukturelle Defizite bei der Behandlung von Brust- und Lungenkrebs beleuchtet.

„Der Qualitätsmonitor zeigt, dass es ein Problem bei der Steuerung und Information der Patientinnen und Patienten gibt, denn eigentlich haben wir in Deutschland keinen Mangel an Herzkatheterlaboren“, betont Jürgen Klauber. So gab es 2020 allein in Berlin insgesamt 24 Kliniken mit durchgängig verfügbarem Herzkatheterlabor. Dennoch nahmen dort 18 weitere Kliniken ohne Katheterlabor an der Herzinfarkt-Versorgung teil. Das entspricht immerhin 39 Prozent aller Kliniken, die in Berlin an der Versorgung beteiligt waren. Am besten schneidet hier im Ländervergleich Hamburg ab, wo nur zwei Kliniken (10 Prozent der an der Herzinfarkt-Versorgung beteiligten Häuser) kein Katheterlabor vorhielten.

der Pandemie



HA Hes



Kurzes Zwischenfazit:

Es gibt diverse Initiativen und Aktivitäten, die bereits jetzt eine gestufte Versorgung, Steuerung und Netzwerke vorsehen bzw. zur optimalen, bedarfsgerechten Versorgung (mit Strukturqualität) bereits jetzt schon erfordern würden.

Die meisten Krankenhauspläne der Bundesländer weisen den Krankenhäusern keine Versorgungsstufen zu.

Eine besondere Vergütung oder Aufwandsentschädigung für diese Zusatzleistungen gibt es (in den allermeisten Fällen) nicht. Die DRG haben bundesweit die gleichen Relativgewichte.



3. Rolle der Universitätsklinika



SACHVERSTÄNDIGENRAT

zur Begutachtung der Entwicklung

im Gesundheitswesen

Kurzfassung des Gutachtens 2018:

**Bedarfsgerechte Steuerung
der Gesundheitsversorgung**

– Einleitung und Zusammenfassung –

Gutachten 2018

Auszug:

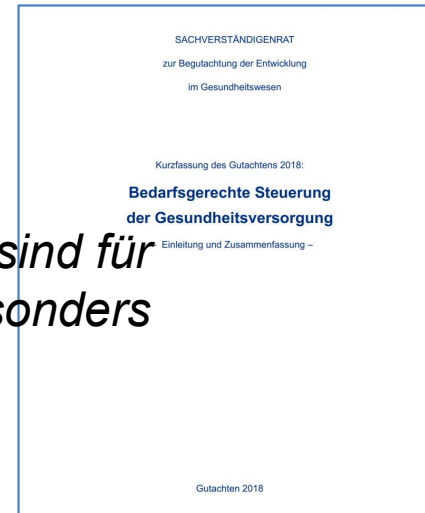
„... Die Fehlentwicklungen in der Krankenhausfinanzierung sind für Universitätskliniken und tws. auch für Maximalversorger besonders gravierend.“

Lösungen:

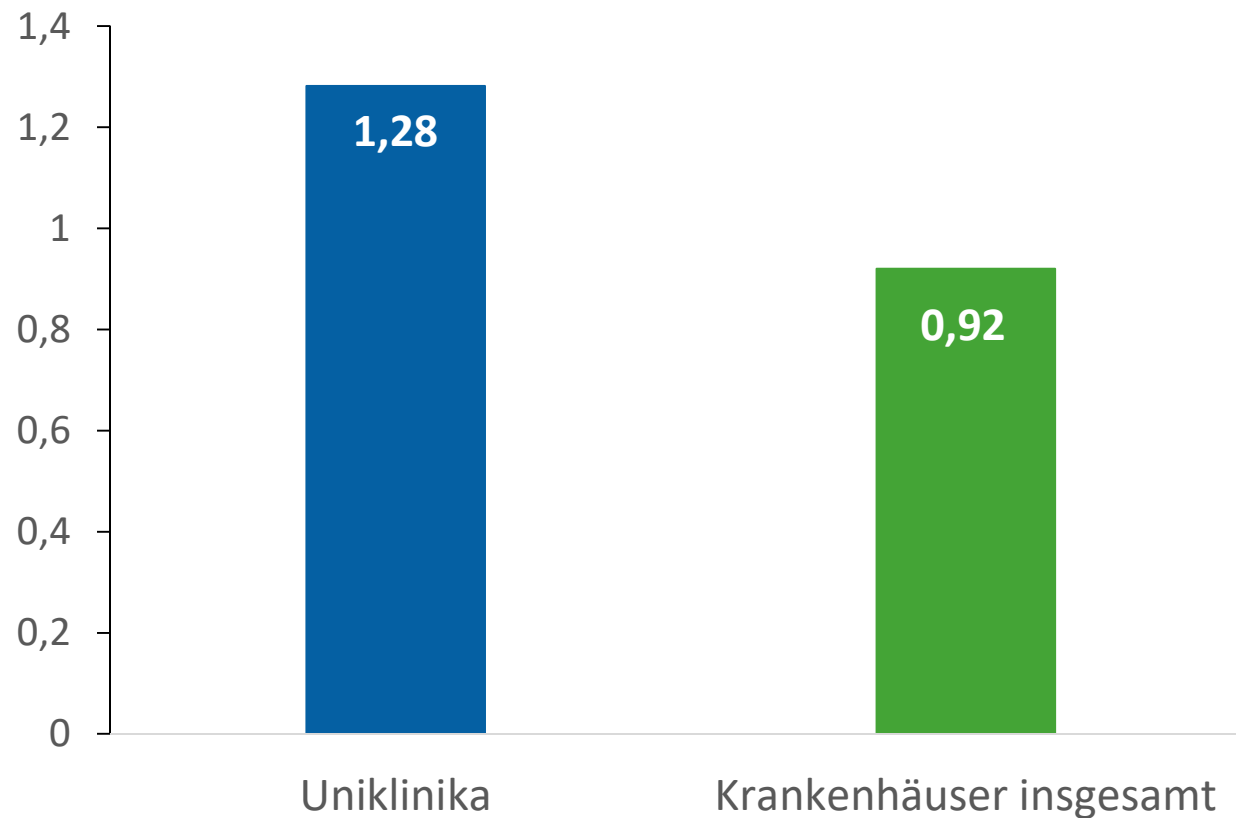
Weiterentwicklung der Betriebskostenfinanzierung: Unterscheidung nach Versorgungsstufen im DRG-System, z.B. Multiplikatoren auf die RG.

*Statt bettenorientierte Planung: leistungsorientierte Planung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. –strukturen
(bundeseinheitliche und empirisch abgeleitete Definition von Versorgungsstufen auf Fachabteilungsebene)*

Maßnahmen, um der derzeitigen Unterfinanzierung in der Investitionsförderung entgegenzuwirken und die gegenwärtigen Überkapazitäten abzubauen ...

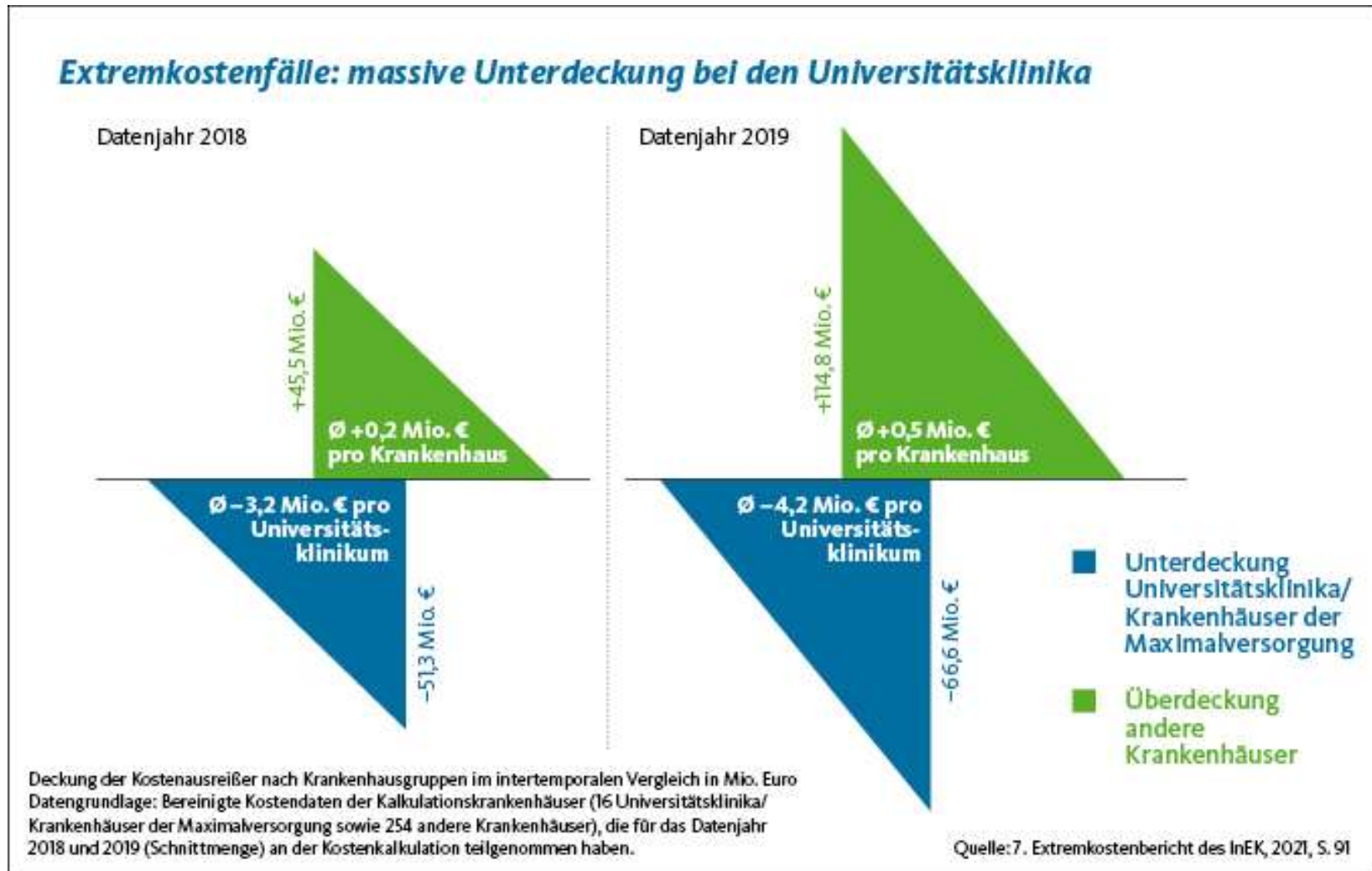


Universitätsklinika haben höhere Fallschwere, da komplexere Fälle (Durchschnittliche Fallschwere (CMI) 2020)

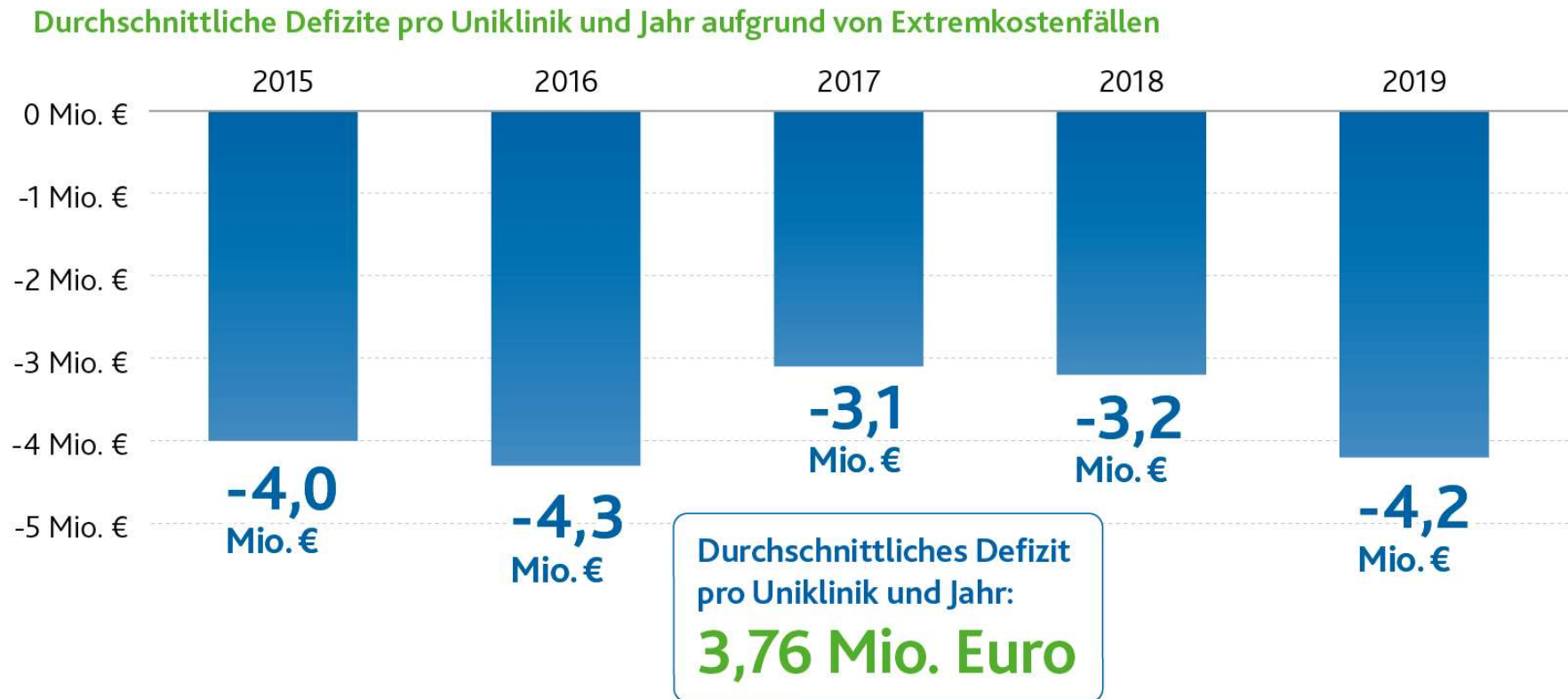


Quelle: Eigene Erhebung; Statistisches Bundesamt 2021

... von der andere profitieren



Beispiel: Extremkostenfälle tragen zur Unterfinanzierung der Universitätsmedizin bei ...

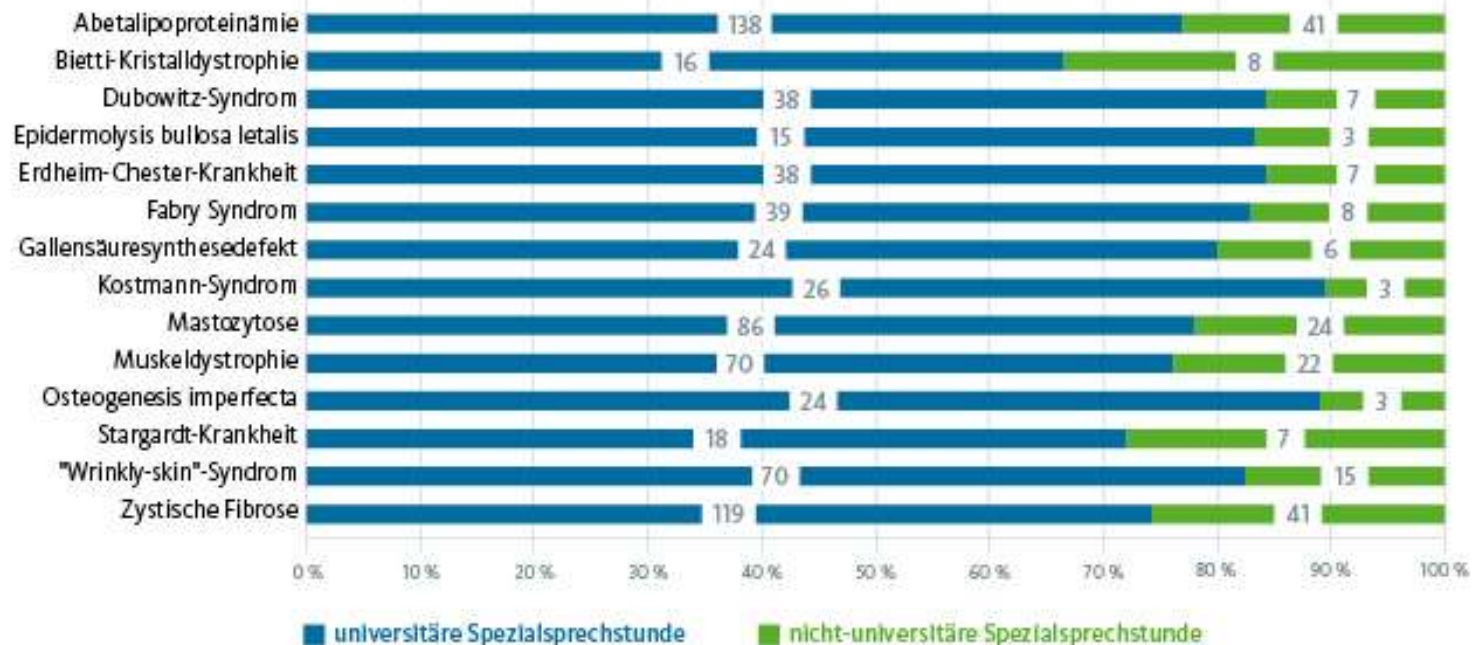


Quelle: INEK-Extremkostenberichte 2015-2021

Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen in der Universitätsmedizin

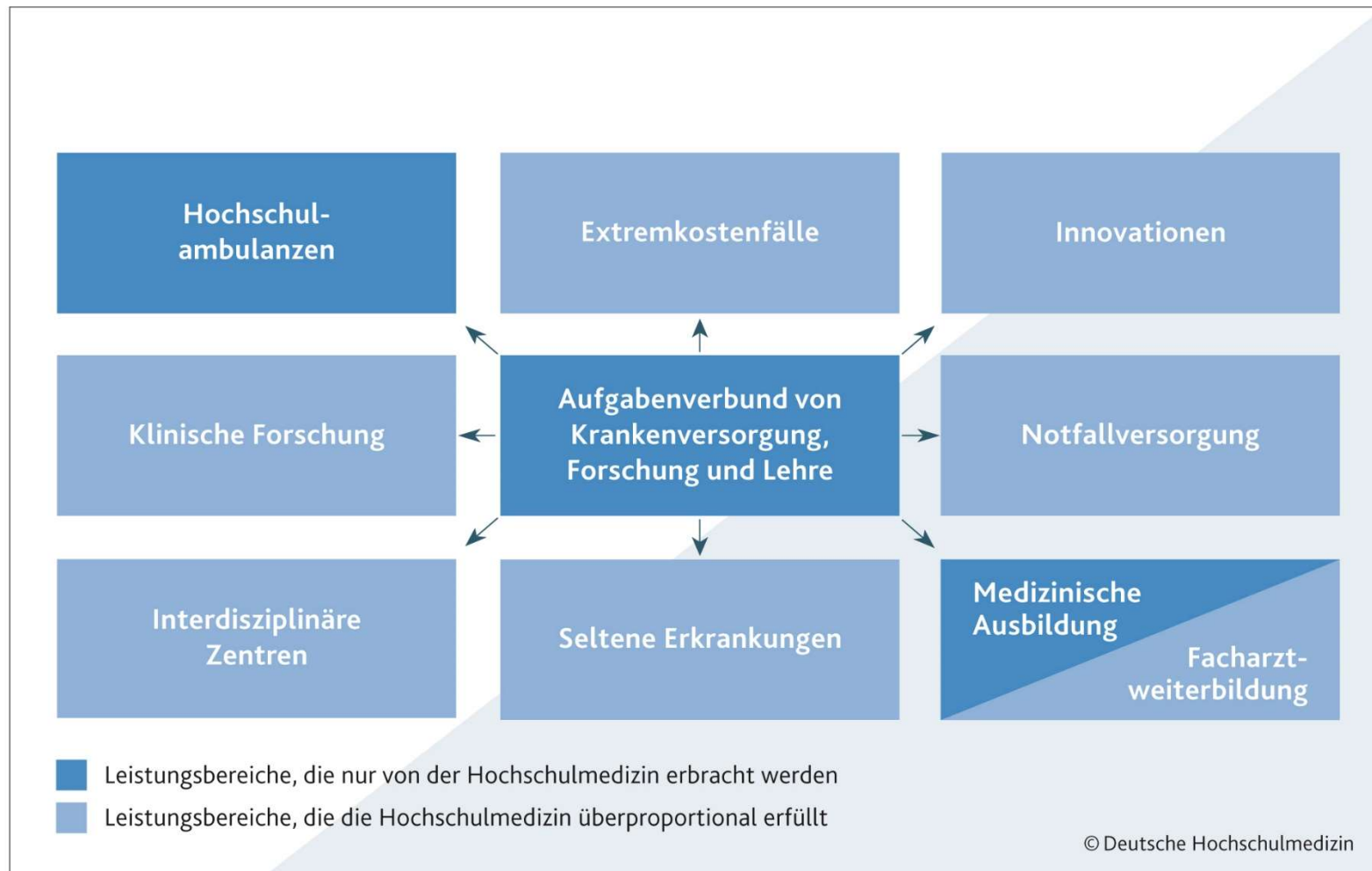
Beispiel Seltene Erkrankungen: Besondere Rolle der Uniklinika

Spezialsprechstunden für seltene Erkrankungen



Quelle: orpha.net, 20.01.2020
in Anlehnung an R. Heyder, Krankenhausreport 2015, S. 110

Sonderaufgaben der Hochschulmedizin



Sonderaufgaben der Hochschulmedizin



Mit besonderen Aufgaben sind Kosten verbunden, die im DRG-System mit seinen Ø-Werten nicht abgebildet werden

Aggregierte Jahresergebnisse der Universitätsklinika



* Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) vertritt die Interessen aller 36 Universitätsklinika. Zur Vergleichbarkeit der Daten im Zeitverlauf handelt es sich in der vorliegenden Auswertung um die Jahresergebnisse von 30 Universitätskliniken, von denen Daten über die vergangenen sieben Jahre vorliegen. Für das Jahr 2021 sind die Jahresergebnisse zum Teil noch vorläufig.

Universitätsmedizin - Pandemie wirkt wie ein Brennglas!

$\frac{3}{4}$ aller ECMO-Plätze
an Uniklinika

Ca. 26% der COVID-Fälle mit
einem Anteil von 2% der
Krankenhäuser

Kernkompetenzen der Hochschulmedizin im Kampf gegen COVID-19

Forschung

Virologie und Epidemiologie,
klinische Wirkstoffforschung
und Impfstoffforschung



Behandlung

Versorgung von Patientinnen
und Patienten, insbesondere
Schwerstkranken



Koordination

Steuerung der regionalen
Versorgungskapazitäten



Beratung

Schulung, Einbindung in Krisen-
stäbe, Ansprechpartner der Politik

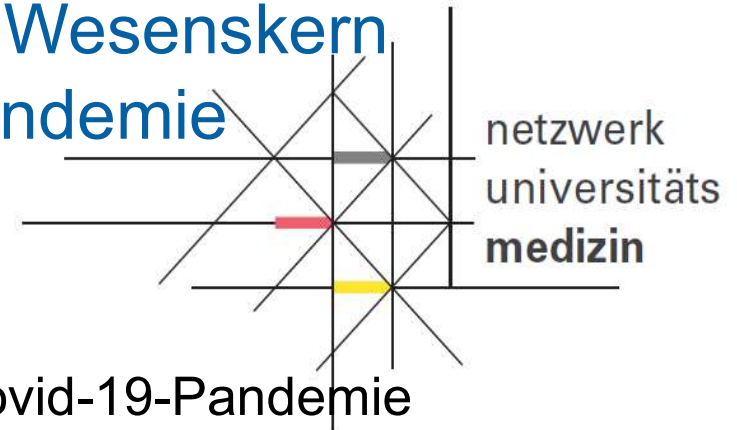
Studium

Aufrechterhaltung der Ausbildung von Ärztinnen
und Ärzten sowie Gesundheitsfachberufen



© Deutsche Hochschulmedizin

Versorgungsnahe Forschung - Wesenskern der Unimedizin, auch in der Pandemie



Netzwerk Universitätsmedizin (NUM)

- im April 2020 zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie vom BMBF ins Leben gerufen
- 150 Mio. Euro initial für 2020/21 / 240 Mio. Euro für 2022-24
- Ziel: schneller Erkenntnisgewinn durch patientennahe Forschung und deutschland-weiten Austausch
- **Alle Universitätsklinika** sind beteiligt
>> medizinisches Forschungsnetzwerk „sui generis“ in Deutschland
- Aufbau auf Vorarbeiten der **Medizininformatik-Initiative** (MII), an der auch alle UK beteiligt sind





WR

WISSENSCHAFTSRAT

Drs. 9192-21
Köln 09.07.2021

Empfehlungen zur
künftigen Rolle der
Universitätsmedizin
zwischen Wissenschafts-
und Gesundheitssystem



WR	WISSENSCHAFTSRAT
Drs. 9192-21 Kain 09.07.2021	
Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem	

Koordination und Steuerung **von Versorgungsprozessen und –kapazitäten**

Innovative Versorgungskonzepte: Telemedizin, digitale Lösungen und Netzwerke

Forschung zu Diagnostik und Therapie (zu **Covid-19**)

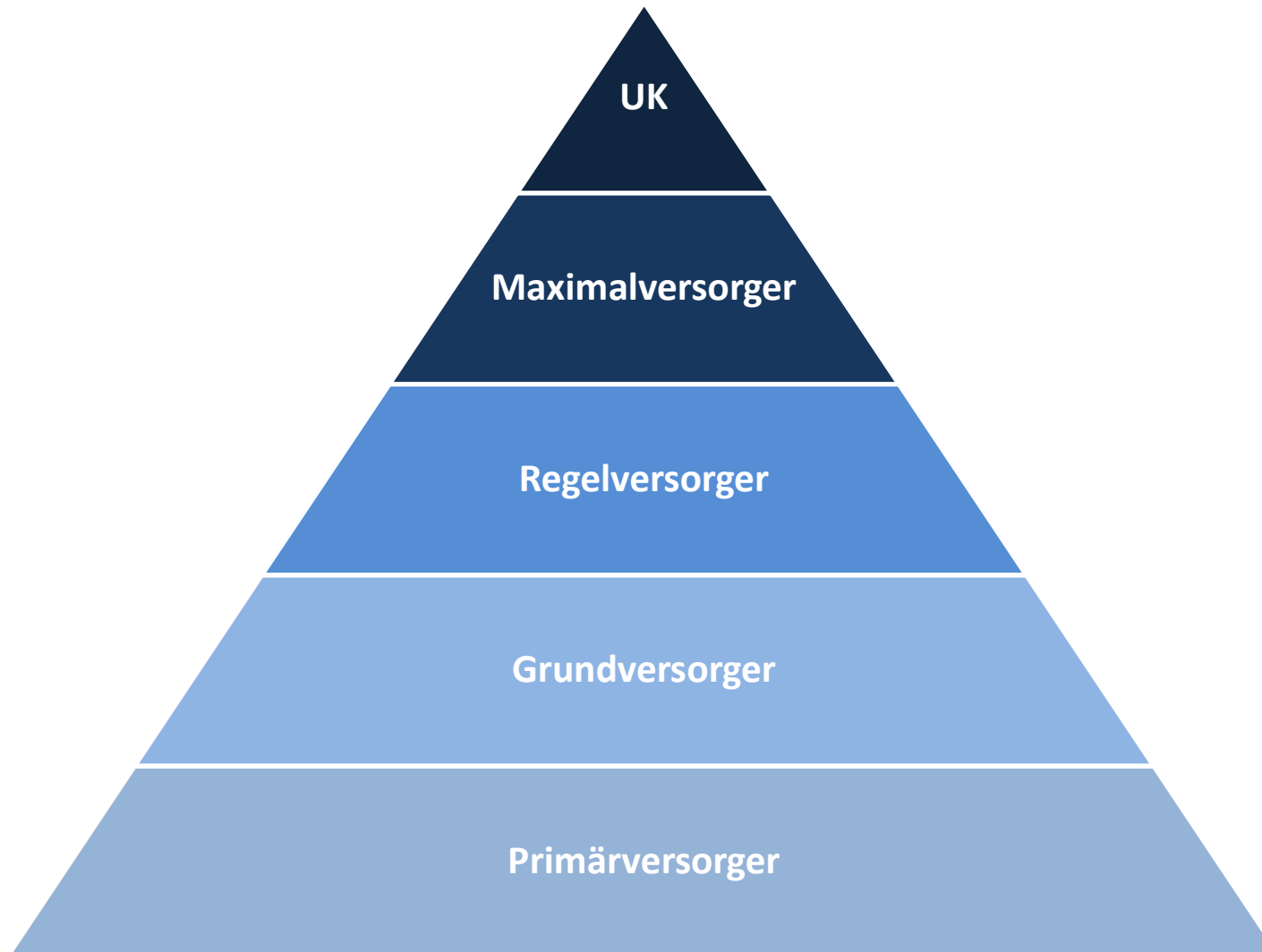
Qualitätssicherung: Entwicklung medizinische Leitlinien und Bereitstellung der Expertise für nicht-universitäre Häuser

Wissenschaftler stehen für **Politikberatung und Wissenschaftskommunikation zur Verfügung**



4. Lösung über Krankenhausreform?

Fünf Versorgungsstufen in der stationären Versorgung (Koalitionsvertrag 2021)





Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Dritte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

**Grundlegende Reform
der Krankenhausvergütung**

3. GRUNDPRINZIPIEN DES REFORMVORSCHLAGS

Der Reformvorschlag verknüpft eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung der Länder mit einer neuen Vergütungssystematik, die zu einem deutlich reduzierten Anteil leistungs- und mengenabhängig ist. Das Konzept sieht folgende zentrale Elemente vor, die sich gegenseitig ergänzen und wichtige Mindeststrukturqualitäten definieren:

1. eine einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln), um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen
2. ein System von Leistungsgruppen, die passgenauer als durch DRGs (hohe Granularität) und Fachabteilungen (niedrige Spezifität) den Leveln zugeordnet und dem Bevölkerungsbedarf angepasst werden können
3. Reduktion der mengenbezogenen Komponente zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung



Die drei Kernbestandteile der Reform



Quelle: Eigene Darstellung.

Lauterbach wehrt sich gegen Länder

Die Politik streitet um die Finanzen der Krankenhäuser. Minister Lauterbach aber sagt: Mehr Geld ohne Reform wird es nicht geben.

Von Christian Geinitz, Berlin

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) hat das Anliegen der Bundesländer zurückgewiesen, dass es vor Beginn der geplanten **Krankenhausreform** zu nächst weitere Mittelzusagen des Bundes und der Krankenkassen geben müsse, um die Kliniken zu finanzieren. "Mehr Geld ohne Reform kann es nicht geben", sagte Lauterbach am Montag der F.A.Z. Die Lage sei dringlich und dulde keine Verzögerung. "Die Krankenhäuser brauchen schnell die Umsetzung der Reform - aus Ländern und Kliniken mehrten sich die Notsignale." Trotz der Widerstände aus den Regionen - motiviert nicht zuletzt durch die Landtagswahlen in Bremen am 14. Mai sowie in Bayern und Hessen am 8. Oktober - will Lauterbach am Fahrplan für das Gesetz festhalten. "Wir müssen und werden uns mit den Bundesländern bis zum Sommer auf Eckpunkte der Klinikreform einigen", versicherte er. "Die Reform ist im Zeitplan dafür."

Auch inhaltliche Bedenken wies er zurück. "Außer Frage steht ebenfalls die Mechanik der Reform: Eine **Krankenhausreform** ist zwingend mit mehr Spezialisierung, Pauschalen für das Vorhalten benötigter Leistungen und weniger Bürokratie

verbunden." Im Entwurf eines "Basismodells" aus dem Ministerium, das der F.A.Z. vorliegt, heißt es unmissverständlich: "Die Krankenhäuser werden **Versorgungsstufen** (Levels) zugeordnet." Genau das hatten die Länder zuvor abgelehnt.

Konkret hatten die Amtschefs der Länder-Gesundheitsminister mehr Zeit, Geld und Mitsprache in der Neuordnung gefordert und zentrale Qualitätsanforderungen durch den Bund in Form der Levels verworfen. In einer Beschlussempfehlung für die Gesundheitsministerkonferenz verlangten sie einen weiteren Strukturfonds des Bundes, einen Inflationsausgleich sowie eine vollständige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen. Die von Lauterbach geplante Auszahlung der neuen Vorhaltepauschalen über das Bundesamt für Soziale Sicherung lehnen die Amtschefs ab und fordern mehr Zeit für die Vorbereitung der Reform. Bis dahin müsse der Bund "für eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser sorgen", heißt es in dem Papier, über das zuerst die F.A.Z. berichtet hatte.

Die Länder haben Bedenken, dass der Bund in die gesetzlich ihnen vorbehaltenen Krankenhausplanung hineinregiert und dass kleine lokale Kliniken geschlossen werden müssen.

Lauterbach will ihnen diese Bedenken nehmen und geht auch sonst auf sie zu, um einen Kompromiss zu erreichen. Der F.A.Z. sagte er: Kleinere Krankenhäuser auf dem Land - Level-1-Häuser - sollen flexibel mehr ambulante Behandlungen machen können. Sie sollen für Ärzte und Pflegekräfte besonders attraktiv werden. Durch die geplanten Vorhaltepauschalen werde "der ökonomische Druck sinken". Lauterbachs "Basismodell zur geplanten **Krankenhausreform**" sollte schon Ende April vorliegen. Der Diskussionsentwurf wurde am Montag mit den Ländern besprochen und dient zur Vorbereitung des Treffens der Bund-Länder-Gruppe am 23. Mai. Neu ist, dass die Geburtshilfe nicht auf Level 2 beschränkt ist, sondern auch Level-1-Häusern zugeordnet werden kann. Außerdem gibt es eine neue Level-Kategorie F für Fachkliniken einschließlich Bundeswehrkrankenhäusern und berufs-genossenschaftlicher Kliniken. Die abrechenbaren Leistungsgruppen werden am Modell von Nordrhein-Westfalen orientiert. Lauterbach besteht auf "bundeseinheitlichen Mindeststrukturvoraussetzungen". Die Rechtsverordnung seines Hauses soll aber "unter Einbeziehung der Länder erfolgen".

Entwurf eines Basismodells zur geplanten Krankenhausreform als Grundlage für eine erste Folgenabschätzung

Diskussionsentwurf für die Klausursitzung des Koordinierungskreises

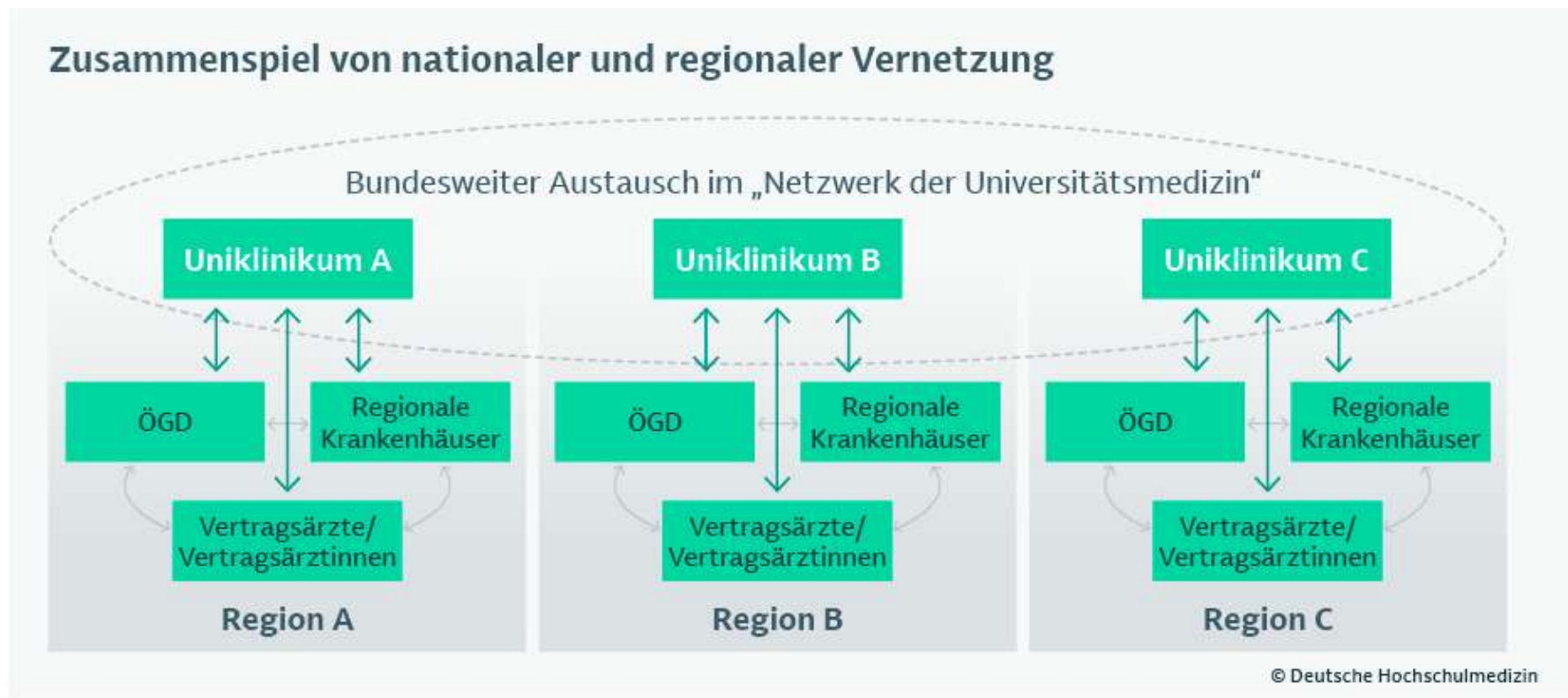
Zur geplanten Krankenhausreform beauftragt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vier Folgenabschätzungen. Nachstehendes Basismodell ist Grundlage der ersten Folgenabschätzung in nachfolgenden Schritten und geprägt von dem Ziel, eine praktikable erste Abschätzung modellieren zu können.

1. Potenzielles Leistungsangebot ausgehend von Levelzuordnungen (Arbeitsinstrument)

Die Krankenhäuser werden Versorgungsstufen (Level) zugeordnet. Diese Levelzuordnung ist zunächst ein Arbeitsinstrument zur Folgenabschätzung und berweckt die Transparenz über die bestehenden Versorgungsstrukturen.

Die Zuordnung der NRW-Leistungsgruppen zu Levels erfolgte in Anlehnung an die Dritte Stellungnahme der Regierungskommission, jedoch mit einigen Abweichungen: Um etwa Geburten flächendeckend zu gewährleisten, kann diese Leistungsgruppe grundsätzlich auch Level I-Krankenhäusern zugeordnet werden (siehe Zuordnung in Anlage 1).

Zielbild: Horizontale Vernetzung der UK im NUM und vertikale Koordinierung durch UK in Regionen („Dirigentenfunktion“)



SPITZENVERSORGUNG FÜR ALLE IST TEAMPLAY



SICHERE JOBS:

Menschen in der Region können sich auf sichere Arbeitsplätze im Gesundheitsbereich und zahlreiche Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten vor Ort verlassen.

TEAMPLAY AUF AUGENHÖHE:

Das perfekte Zusammenspiel zwischen kleinen und großen Krankenhäusern sowie Uniklinika macht es jedem Player möglich, sich auf die eigenen Kernkompetenzen zu fokussieren und damit die Patient:innenversorgung in der Region zu verbessern.

UNIVERSITÄTSKLINIKA:

wirken durch das Zusammenspiel mit anderen kleinen, mittleren und großen Kliniken, das Teilen ihrer Expertise und das Vorhalten spezieller Behandlungs- und Diagnosemethoden weit über ihren Standort hinaus in die Region.

KRISENFESTE VERSORGUNG:

Uniklinika stellen durch ihre Expertise, das Teilen ihres Wissens und durch Kapazitätssteuerung die Gesundheitsversorgung für die Region im Krisenfall sicher.

24/7-NOTFALLVERSORGUNG:

An 365 Tagen im Jahr können sich Menschen in der Region auf eine Notfallversorgung verlassen, die alle medizinischen Disziplinen abdeckt.

SPITZENVERSORGUNG FÜR ALLE:

Patient:innen in der Region profitieren vom perfekten Zusammenspiel aller Versorger durch bestmögliche Behandlung.

OPTIMALE RESSOURCENNUTZUNG:

Kliniken und weitere Versorgungseinrichtungen profitieren durch eine klare Rollenverteilung. So können sie ihre Kompetenzen bestmöglich für die Patient:innen einsetzen.

STANDORTFAKTOR INNOVATION:

Jede Uniklinik sorgt nicht nur für Spitzenversorgung in der Fläche, sondern macht durch ihre Innovations- und Strahlkraft jede Region attraktiver für forschende Unternehmen.

SPEZIELLE THERAPIEN:

Patient:innen mit seltenen und komplexen Krankheitsbildern erhalten Spezialdiagnostik sowie innovative und interdisziplinäre Behandlungsangebote.

PROFESSOR JENS SCHOLZ,

1. Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

Regionale Gesundheitsversorgung ist ein Mannschaftssport. Die Uniklinika können als Mannschaftskapitän ihre Expertise einbringen und das Team partnerschaftlich koordinieren. Dazu brauchen wir die Krankenhausreform mit einem eigenen Versorgungslevel für die Uniklinika.

Unser Wissen. Unsere Erfahrung.
In jeder Situation.

SPITZENMEDIZIN FÜR DEUTSCHLAND

