



Foto: ra2 studio – Fotolia

Was bedeuten die aktuellen politischen Maßnahmen für die Uniklinika?

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) vermisst eine übergeordnete politische Strategie für die Weiterentwicklung des Krankensektors

Von Ralf Heyder, Stephanie Strehl-Dohmen und Marcus Fark

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) enthält im Detail viele für die Krankenhäuser gute Regelungen. Es sind aber auch weitreichende ordnungspolitische Maßnahmen enthalten. Insbesondere werden zukünftig zusätzliche Pflegekräfte „am Bett“ vollständig refinanziert. Die Pflegekosten werden nicht mehr aus den DRG-Fallpauschalen finanziert, sondern über ein neues Pflegebudget, das den gesamten nachgewiesenen Pflegeaufwand erstattet. Obwohl Maßnahmen zur Förderung der Pflege grundsätzlich notwendig und entsprechende politische Initiativen sinnvoll sind, gibt diese spezifische Regelung hinsichtlich ihrer potenziellen Auswirkungen Anlass zur Sorge. Sie könnte sich angesichts des aktuellen Pflegekräftemangels negativ auf die Verteilung des Pflegepersonals auswirken. Ob ein Krankenhaus gut oder schlecht ausgelastet ist, Schwerstkranke oder

leicht erkrankte Patienten versorgt, Notfallbereitschaft rund um die Uhr anbietet oder nur selektiv versorgt, spielt zukünftig für die Finanzierung keine Rolle mehr. Wenn dies dazu führt, dass über die gesamte Breite der akut stationären Patientenversorgung undifferenziert zusätzliche Stellen besetzt werden, könnte das knappe Pflegepersonal künftig ausgerechnet dort nicht mehr prioritär zur Verfügung stehen, wo es für die Patientenversorgung am dringendsten benötigt wird. Diese potenzielle Fehlsteuerung muss korrigiert werden. Notwendig ist die Kopplung der Finanzierung an den Pflegebedarf der Patienten. Ein weiterentwickelter Pflegelastkatalog könnte dafür die Lösung sein.

Berufsgruppenbezogene Definition der Pflege

DKG und GKV-SV haben bis Ende Januar 2019 in einer Vereinbarung zu

Die Bundesregierung hat in dieser Legislaturperiode bereits zahlreiche Reformvorhaben initiiert. Für die Universitätsklinika wie auch alle anderen Krankenhäuser resultieren daraus zahlreiche Einzelmaßnahmen. Vieles davon ist positiv, aber es fehlt ein übergeordnetes Konzept zur Modernisierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland. Dabei mangelt es nicht an guten Vorschlägen. Zuletzt hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2018 umfassende Vorschläge für Vergütungs- und Strukturreformen vorgelegt. Nachfolgend werden einige der jüngsten Reformmaßnahmen mit grundsätzlicher Bedeutung für die Weiterentwicklung des Krankensektors aus Sicht der Universitätsklinika bewertet.

Keywords: Notfallversorgung, Vernetzung, Universitätskliniken

definieren, wie die Pflegepersonal-kosten aus dem DRG-System auszu-gliedern sind. Der Gesetzgeber macht dazu stark berufsgruppenbe-zogene Vorgaben und ignoriert dabei weitgehend innovative Organisati-onsmodelle zur Entlastung der Pfl-ege. Pflege ist aber heutzutage keine ausschließliche Aufgabe examinierter Pflegeberufe mehr. Interprofes-sionelle Organisationsmodelle sind in vielen Universitätsklinikna Standard, damit examinierte Pflegekräfte sich auf ihre Kernaufgaben konzen-trieren können.

Solche pflegetlastenden Maßnah-men bleiben künftig weitgehend un-ter dem Deckel des DRG-Systems. Sie sind nur zu maximal drei Prozent auf das Pflegebudget anrechenbar. Das liegt deutlich unter dem entsprechen-den Aufwand vieler Universitätsklini-ka. Diese werden deshalb im Rest-DRG-System finanzielle Nachteile ge-genüber Krankenhäusern haben, die auf innovative Modelle zur Entlastung der Pflege verzichten. Auch hier ent-steht infolge der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG-Fallpau-schalen ein massiver Fehlanreiz. Not-wendig ist deshalb eine konsequent aufgabenbezogene, d. h. von einzel-nen Berufsgruppen entkoppelte Aus-gliederung der Pflege „am Bett“. Es sollte dem Management des Klini-kums überlassen bleiben, wie es die Pflege und pflegenaher Tätigkeiten in der Arbeitsteilung der Berufsgruppen organisiert.

Finanzierung von Zentren

Wichtig für die Universitätsklinikna ist auch die Förderung von Zentren, die mit dem PpSG ein weiteres Mal ange-passt wird. Künftig wird der G-BA die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten sowie Qualitäts-anforderungen konkretisieren. Dies ist angesichts der festgefahrenen Ver-handlungen von DKG und GKV-SV sinnvoll. Es fehlen auf Bundesebene weiterhin Strukturkriterien dafür, was überhaupt ein Zentrum ausmacht. Es ist zu hoffen, dass der G-BA künftig klar definiert, welche Typen von Zen-tren finanziell gefördert werden und welche strukturellen Mindestanforde-rungen jeweils gelten sollen. Ziel muss dabei sein, jene Einrichtungen zu erfassen, die für ihre jeweiligen Versorgungsbereiche regionale Leuchttürme in der Versorgungsland-schaft sind.

Zu kurz greift das Gesetz bei der Fi-nanzierung. Der Fokus liegt hier wei-terhin auf den „besonderen Aufga-ben“ von Zentren. Die Nachweis-pflichten für die Krankenhäuser zum zusätzlichen Finanzierungsbedarf für diese besonderen Aufgaben bleiben dabei unverändert hoch und sind in der Praxis kaum erfüllbar. Das Kran-kenhaus muss zum Beispiel nachwei-sen, welche Kosten der besonderen Aufgaben nicht bereits in den DRG enthalten sind. Dabei ist meist völlig unklar, welche Leistungen und Vor-haltungen dort berücksichtigt sind. Dazu kommt, dass weiterhin nur Lei-stungen für Patienten anderer Lei-stungserbringer zuschlagsfähig sind, nicht für Patienten der Zentren selbst. Derzeit wäre beispielsweise die auf-wendige Tumorkonferenz mit Betei-ligung vieler Fachärzte für Patienten anderer Krankenhäuser grundsätz-lich über den Zentrumszuschlag fi-nanzierbar, bei eigenen Patienten hin-gegen nicht. Das ist sachlich nicht nachvollziehbar, da aufwendige Tu-morkonferenzen in den DRG nicht ab-gebildet sind. Zudem wirken Zentren auch in die ambulante Flächenversor-gung. Die Finanzierung macht aller-dings an den Sektorengrenzen halt. Die Förderung und Finanzierung die-ser Zentren müssen vom Gesetzgeber deshalb sektorenübergreifend gestal-tet werden.

Fazit: Die Verlagerung der Zuständig-keit für diese Fragen in den G-BA ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings wird nun erneut viel Zeit ins Land ge-hen, bis die notwendigen Definitio-nen vorliegen. Dazu kommen unzu-längliche Finanzierungsregelungen für die Zentren. Absehbar ist, dass am Ende zwar Zentren nach bundesein-heitlichen Kriterien ausgewiesen wer-den, die besonderen Versorgungsan-gebote dieser Zentren aber trotzdem nicht relevant gefördert werden. Bei den Finanzierungsregelungen besteht daher weiterhin erheblicher Verbes-erungsbedarf.

Weiterführung des Krankenhaus-Strukturfonds

Ebenfalls im PpSG geregelt ist die Weiterführung des Krankenhaus-Strukturfonds. Die 34 Uniklinika be-handeln etwa zehn Prozent der Kran-kenhauspatienten, bilden einen Großteil des ärztlichen und pflegeri-schen Nachwuchses aus und sind die Basis für die medizinische Forschung

in Deutschland. Sie sind zentrale Ak-teure in ihren jeweiligen Versorgungs-regionen und daher wichtige Partner für jenen Strukturwandel, den der Strukturfonds eigentlich fördern soll. Unverständlich ist daher, dass Univer-sitätsklinikna weiterhin weitgehend von der Förderung aus dem Struktur-fonds ausgeschlossen sind. Lediglich bei den Zentren für Seltene Erkrankun-gen und den telemedizinischen Netzwerkstrukturen sollen die Unikli-nika in Zukunft Förderung erhalten können. Allerdings unter so hohen Auflagen, dass dies in der Praxis kaum relevant werden dürfte. Es gibt keine sachlichen Gründe, Uniklinika – die wie auch Plankrankenhäuser nach-weislich unter einem erheblichen In-vestitionsstau leiden – weiter vom Strukturfonds auszuschließen. Dies muss dringend korrigiert werden.

Reform der Notfallversorgung

Der G-BA hat im April 2018 ein Not-fallstufenkonzept für die stationäre Versorgung beschlossen. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Krankenhäuser faktisch in sehr unterschiedlichem Umfang an der Notfallversorgung mitwirken. Der Vorhalteaufwand unterscheidet sich entsprechend stark. Mit den Notfall-stufen kann dies in der Vergütung nun besser abgebildet werden. Das ist aus-drücklich zu begrüßen. Allerdings ist die bisherige Umsetzung enttäuschend. Auf Basis des Notfallstufen-konzeptes sollten bis zum 30. Juni 2018 Zu- und Abschläge zwischen DKG, GKV-SV und PKV vereinbart werden. Ein fristgerechter Abschluss ist nicht gelungen. Da das InEK keine empirisch fundierte Kalkulation vor-legen konnte, mussten die Vertrags-parteien einen normativen Ansatz wählen – ohne Bezug zu den Ist-Kos-ten der Krankenhäuser. Der Zuschlag für die höchste Notfallversorgungs-stufe beträgt nun 688.500 Euro je Krankenhausstandort. Das entspricht bei einer durchschnittlichen Fallzahl eines Universitätsklinikums von 50.000 pro Jahr einem Zuschlag von umgerechnet 14 Euro. Dass dies nicht ausreicht angesichts des immensen Vorhalteaufwands, den Universitäts-klinikna und andere Häuser der Maxi-malversorgung für die Notfallversor-gung betreiben müssen, ist offenkun-dig. Ändert sich daran nichts, dann bleibt die eigentlich beabsichtigte Förderung der stationären Notfallvor-haltung Makulatur. Deshalb ist es un-

bedingt erforderlich, dass das InEK die Zuschläge für die stationäre Notfallversorgung zeitnah auf Ist-Kosten-Basis kalkuliert. Hierfür ist eine eigenständige Kalkulationsmethodik zu entwickeln.

In den jüngst veröffentlichten Eckpunkten des BMG zur Reform der ambulanten Notfallversorgung wird eine weitgehende Organisationsreform an der Sektorengrenze angedacht. Ziel ist es, die Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie den Rettungsdienst zu entlasten. Künftig soll es gemeinsame Notfallleitstellen sowie integrierte Notfallzentren (INZ) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und der Krankenhäuser geben. Das BMG folgt damit den Vorschlägen des SVR. Grundsätzlich ist es ausgesprochen positiv, dass das BMG dieses wichtige Thema angeht. Viele der im Raum stehenden Vorschläge sind sinnvoll, bspw. die Zusammenlegung von Leitstellen, der „gemeinsame Tresen“ als Instrument zur Steuerung der ambulanten Notfallpatienten in die richtige Versorgungsebene und die Einbeziehung der INZ in die Krankenhauspla-

nung. Wichtig ist zudem die Verknüpfung der INZ mit den Notfallstufen, die der G-BA für die stationäre Notfallversorgung beschlossen hat. Bei der weiteren Konkretisierung der Regelungen für das INZ muss jedoch darauf geachtet werden, dass dies mit dem Krankenhausbetrieb kompatibel bleibt. Die in den Eckpunkten ange-deutete Auslagerung der Notaufnahme aus dem Krankenhaus in ein rechtlich selbstständiges, gemeinsam mit der KV betriebenes INZ ist jedenfalls kein gangbarer Weg.

Fazit

Der Gesetzgeber hat viele Einzelmaßnahmen auf den Weg gebracht. Obwohl Vieles davon für die Krankenhäuser positiv ist, bleibt ordnungspolitisch Vieles widersprüchlich oder inkonsequent. Es fehlt offenkundig ein klares politisches Zielbild, wie die deutsche Krankenhauslandschaft in zehn Jahren aussehen soll. Entsprechend existiert kein ordnungspolitisch stimmiges Gesamtkonzept für eine Reform der Krankenhausfinanzierung. Im Gegenteil: Gerade mit Blick auf das PpSG stellt sich die Fra-

ge, ob die Maßnahmen nicht eher bestehende Strukturen konservieren statt die notwendigen Umbauten zu unterstützen, bspw. in Richtung einer stärkeren Vernetzung und Zentrenbildung. Um echte Strukturveränderungen zu erreichen – bspw. in der Notfallversorgung – müssten diese konsequenter als bisher durch Veränderungen im Vergütungssystem unterstützt werden. ■

Ralf Heyder
Generalsekretär
des Verbands der Universitätsklinika e.V.
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de

Stephanie Strehl-Dohmen
Referentin VUD
Alt-Moabit 96
10559 Berlin

Marcus Fark
Referent VUD
Alt-Moabit 96
10559 Berlin

WWW.CORPORATEHEALTH-EXPO.DE

// 2019 CORPORATE HEALTH



CORPORATE HEALTH CONVENTION

April
09 – 10
Messe Stuttgart

SPECIAL EXPO CORPORATE HEALTH
@ZPNord19

Mai
07 – 08
Hamburg Messe und Congress

**JETZT
TICKET
SICHERN!**

und 20% sparen!
Promotioncode:
CH19_KUGesund1



INFOS // REGISTRIERUNG