

Neuer Finanzierungsmix

Universitätsmedizin zwischen Wissenschaft und Krankenversorgung

| REINHARD BUSSE | Die Universitätsmedizin bildet die Schnittstelle des Wissenschafts- und Gesundheitssystems. Wie muss in Deutschland eine Hochleistungsmedizin ausgestattet bzw. finanziert sein, damit sie Motor des medizinischen Fortschritts bleibt und Krisen wie die Corona-Pandemie bewältigen kann? Welche Fehlentscheidungen der letzten Jahre treten im Krisenmodus offen zu Tage und wo besteht Änderungsbedarf?

Die Universitätsmedizin verfügt durch die institutionelle Einheit von Lehre, Forschung und Krankenversorgung über ein Alleinstellungsmerkmal und bildet die Schnittstelle des Wissenschaftssystems und des Gesundheitssystems. Diese Sonderrolle war schon wiederholt Anlass zu vertieften Betrachtungen, Analysen und Empfehlungen, so in verschiedenen Arbeitsgruppen des Wissenschaftsrates wie derzeit zu „Strukturen und Aufgaben der Universitätsmedizin in der Versorgung“. Zu dieser Sonderrolle trägt ihre gemischte Finanzierung bei, die sie von Entwicklungen in beiden Sektoren abhängig macht.

Lässt man Investitionsmittel außer Betracht, verfügen die nicht-medizinischen Fächer im Wissenschaftsbetrieb im Wesentlichen über zwei Finanzierungsquellen, nämlich die sog. Grundmittel für Lehre und Forschung sowie

die Drittmittel, während stationäre Leistungen der Krankenhäuser ganz überwiegend über sog. Fallpauschalen, auch „Diagnosis-Related Groups“ (DRGs), vergütet werden. Für die Universitätsmedizin ergeben sich damit drei Quellen, deren Anteile sich im Zeitraum 2007 bis 2017 verändert haben: So haben DRGs (und Vergütungen für ambulante Leistungen), aus Sicht

»Eine Folge der DRGs als Vergütungsinstrument sind die Anreizwirkungen zur Fallzahlsteigerung.«

des Wissenschaftsbetriebs „Verwaltungseinnahmen“ genannt, von 72 auf 77 Prozent der universitätsmedizinischen Finanzmittel zugenommen, während der Grundmittelanteil von 20 auf 14 Prozent zurückgegangen ist und der Drittmittelanteil mit 7 bzw. 8 Prozent (s. Abbildung 1) fast konstant geblieben ist. Nicht-medizinische universitäre Fächer finanzieren sich hingegen zu 65 Prozent aus Grundmitteln und 28 Prozent aus Drittmitteln (s. Abbildung 2).

Fallpauschalen und ihre Folgen

Seit 2004 werden Universitätsklinika wie alle anderen allgemeinen Krankenhäuser mit den DRGs vergütet, mit denen vergleichbare stationäre Fälle über alle Krankenhäuser hinweg mit dem gleichen Betrag bezahlt werden, der sich aus dem durchschnittlichen Res-

sourcenaufwand ergibt. „Vergleichbar“ wird dabei primär nach Diagnose und erfolgter Prozedur bestimmt (sog. Basis-DRG), sekundär auch nach Schweregrad und Nebendiagnosen. Eine Folge der DRGs als Vergütungsinstrument sind die Anreizwirkungen zur Fallzahlsteigerung. Dies ist insbesondere bei planbaren Eingriffen mit hohem Sachkostenanteil der Fall, also etwa bei Implantationen von künstlichen Gelenken oder auch Stents an den Herzkranzgefäßen, da deren Einkaufskosten bei höheren Fallzahlen sinken. Fallzahlsteigerungsanfällig sind auch Notfalldiagnosen, da Krankenhäuser beim Patientenkontakt in der Notaufnahme selbst

über die stationäre Aufnahme entscheiden und nicht von Einweisungen abhängig sind. Zwischen 2007 und 2017 sind die stationären Fallzahlen insgesamt um 13 Prozent gestiegen, wobei die Steigerungsrate in Universitätsklinika mit 17 Prozent deutlich größer war und deren Marktanteil gestiegen ist – ob wegen geänderter Patientenpräferenzen oder weil Universitätsklinika deutlicher auf die DRG-Anreize reagiert haben, muss hier offenbleiben.

Diese Steigerungsraten lassen nicht nur die stationären Behandlungskosten anwachsen, sondern werfen auch die Frage nach der Notwendigkeit und Angemessenheit und damit dem potenziellen Nutzen für den Patienten auf. Sie haben darüber hinaus aber auch strukturelle Wirkungen, indem Abteilungen mit – möglicherweise unnötig – steigenden Patientenzahlen wie die Kardiologie wachsen, während nicht-interventionelle Fächer, deren Patienten noch dazu zunehmend ambulant behandelt werden, wie etwa die Endokrinologie oder Rheumatologie, kleiner

AUTOR



Dr. med. **Reinhard Busse** ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin.

werden oder entsprechende Abteilungen geschlossen werden. Das mag in nicht-universitären Krankenhäusern unvermeidbar sein, hat aber in Universitätsklinikum Konsequenzen für Aus- und Weiterbildung sowie Forschung in diesen Fächern. Entsprechende universitäre Fächer in anderen Ländern wie etwa Großbritannien sind hiervon weniger stark betroffen als in Deutschland, da dort stationäre und ambulante Leistungserbringung in einer Hand liegen und ein „Verlust“ an stationären Patienten durch das ambulante Setting kompensiert wird.

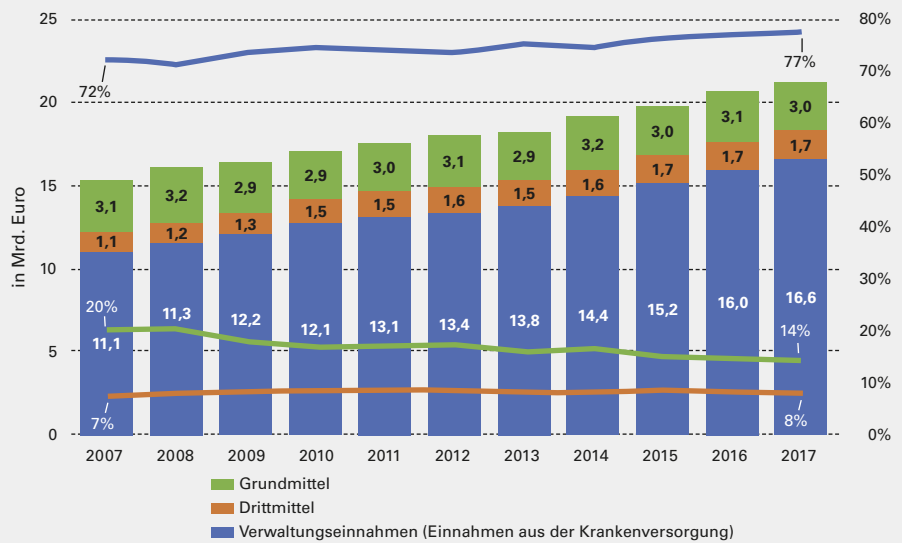
Gesamtetat

Der konsumtive Gesamtetat der Universitätsmedizin von rund 23,4 Mrd. Euro im Jahr 2017 betrug 55 Prozent der Ausgaben aller Universitäten zusammen (s. Abbildung 2) – und ihr Anteil an den Ausgaben für stationäre Krankenhausversorgung betrug rund 15 Prozent. Auch gemessen an den Betten, dem Personal und der Anzahl an behandelten Patienten wird die Relevanz für das Gesundheitssystem deutlich: So verfügten 2017 die 35 Universitätsklinikum in Deutschland über 10,0 Prozent der Betten, 19,6 Prozent des ärztlichen Personals und 13,8 Prozent des Pflegepersonals; sie behandelten 10,0 Prozent der stationären Patienten und waren für 10,8 Prozent der Belegungstage verantwortlich (jeweils als Anteil an allen allgemeinen Krankenhäusern). Zugleich ist die personelle Ausstattung deutlich besser als die von allgemeinen Krankenhäusern generell: Universitätsklinikum haben pro Bett, Fall oder Belegungstag ziemlich genau doppelt so viel ärztliches Personal und rund 40 Prozent mehr Pflegepersonal als Krankenhäuser generell.

Wer muss wo behandelt werden?

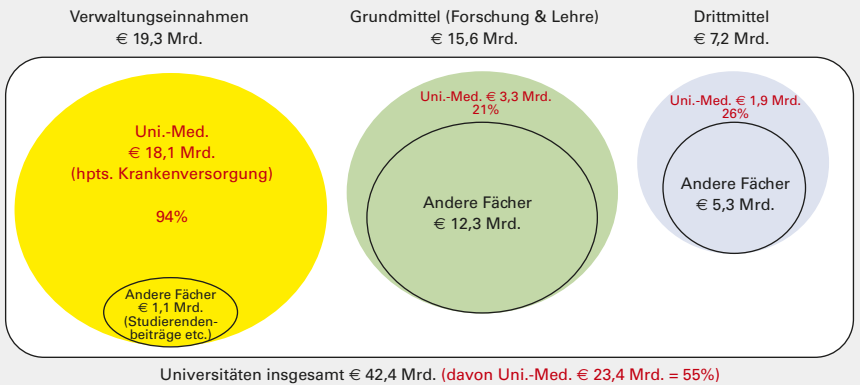
Ein Teil dieses Unterschieds ist der Tatsache geschuldet, dass Universitätsklinikum Krankenhäuser der sog. Maximalversorgung sind, d.h. aufwändigere Patienten mit höherem Personal- und Sachaufwand behandelt werden. Erkennbar ist dies am sog. Case Mix Index, der den relativen Aufwand und damit die DRG-Vergütung pro Fall widerspiegelt; er ist rund 40 Prozent höher als im Schnitt der Krankenhäuser. Für 2012 konnten 21,8 Prozent der stationären Fälle in Universitätsklinikum der Maximalversorgung zugeordnet werden – im Gegensatz zu nur 7,7 Prozent in

Abb. 1: Entwicklung von Grundmitteln, Drittmitteln und Verwaltungseinnahmen in der Finanzierung der Universitätsmedizin 2007 bis 2017, in Mrd. Euro, preisbereinigt (Index 2010 = 100; linke Skalierung) und als Prozentsatz (rechte Skalierung)



Ohne getrennte Ausweisung von Zuwendungen und Zuschüssen; Quelle: eigene Berechnungen nach Statistisches Bundesamt: Monetäre hochschulstatistische Kennzahlen (Fachserie 11 Reihe 4.3.2).

Abb. 2: Finanzierungsquellen der Universitätsmedizin im Vergleich zu den Universitäten insgesamt, 2017



Ohne getrennte Ausweisung von Zuwendungen und Zuschüssen; Quelle: eigene Berechnungen nach Statistisches Bundesamt 2019, Fachserie 11, Reihe 4.3.2, Tabelle 2.1.2

nicht-universitären Krankenhäusern. Aber die Zahlen bedeuten auch, dass von allen Fällen der Maximalversorgung weniger als ein Viertel in Universitätsklinikum behandelt wurden – und die große Mehrheit außerhalb, d.h. in Konkurrenz zur Universitätsmedizin. Dies ist etwa in den Niederlanden anders, wo bestimmte Leistungsbereiche nur in Universitätsklinikum erbracht werden. Es muss allerdings gut überlegt werden, welche dies sein könnten – lediglich „aufwändig“ sollte kein Kriterium sein; vielmehr muss eine wissenschaftsgetriebene Komponente zugrunde liegen, die zum verbesserten Verständnis von

Krankheitsentstehung, Diagnostik, Therapie oder Versorgung beiträgt.

Alte und neue Fehlanreize

Vor einigen Jahren wurde mit Hinweis auf die höhere Komplexität der Erkrankungen von den Universitätsklinikum ein DRG-„Systemzuschlag“ gefordert, d.h. die systematische Höhervergütung von Leistungen; diese Forderung verkannte aber die bereits im DRG-System abgebildeten Unterschiede, die sich (neben zusätzlichen Aufgaben etwa in den Polikliniken und in Lehre und Forschung) in der besseren Personalausstattung widerspiegeln – und vor allem, dass das

Sie müssen auf Englisch schreiben oder vortragen? Sie fragen sich, wie deutsche Wendungen, z.B. „aus Platzgründen muss ... ausgeklammert werden“ oder „...sei zunächst angemerkt, dass ...“ korrekt und geschliffen ins Englische übertragen werden?

Oder Sie suchen nach Formulierungsalternativen? Das **„Wörterbuch der allgemeinen Wissenschaftssprache / Wörter, Wendungen und Mustertexte“** von Dirk Siepmann bietet Ihnen in komprimierter Form zahlreiche griffige und direkt umsetzbare Beispiele.



Gebundene Ausgabe, 352 Seiten, 34,90 Euro (D) inkl. Porto, für DHV-Mitglieder zum Sonderpreis von 29,90 Euro inkl. Porto. **Zu bestellen über:** Deutscher Hochschulverband, Rheinallee 18-20, 53173 Bonn, Tel. 0228 9026666, Fax 0228 9026680 oder per Mail: dhv@hochschulverband.de

Dirk Siepmann ist Professor für Fachdidaktik des Englischen an der Universität Osnabrück. Er verfügt über eine jahrzehntelange Erfahrung in Fremdsprachendidaktik, Übersetzungswissenschaft und Lexikographie.

die Schieflage zwischen Fächern, die von DRGs überdurchschnittlich profitieren und den anderen verstärkt hätte. Heute wird stattdessen häufig gleich die komplette Abschaffung der DRGs gefordert – oftmals ohne Benennung von Alternativen und verkennend, dass alle anderen Vergütungsformen von Budgets über Tagespflegesätze bis zur Einzelleistungsvergütung ebenfalls Fehlreize haben.

Neujustierung

Es sollte also ein Finanzierungsmix mit Komponenten gefunden werden, die die Vielfältigkeit der Universitätsmedizin besser als eine überwiegende DRG-Finanzierung widerspiegeln und deren Wirkungen jeweils ihrer Intention entsprechen. Zum Teil betreffen diese Änderungen alle Krankenhäuser, z.T. sind sie spezifisch für die Universitätsmedizin. Zur ersteren Gruppe zählt z.B. die Herausnahme der Kosten für Notaufnahmen bzw. Rettungsstellen aus der DRG-Kalkulation und deren Finanzierung über ein Budget, das die technische und personelle Ausstattung widerspiegelt, um zu verhindern, dass Patienten primär zur Refinanzierung stationär aufgenommen werden. Universitätsmedizin-spezifisch wird man sich der Frage zuzuwenden haben, wie sich die o.g. wissenschaftsgetriebene Komponente niederschlagen kann. Hier wird bei kleinen Fallzahlen, z.B. in der Kinderonkologie oder bei seltenen Erkrankungen, eine Konzentration auf Universitätsklinik sinnvoll sein – da es dann keine Gerechtigkeitsüberlegungen gegenüber nicht-universitären Krankenhäusern gibt, könnten auch ganz andere Finanzierungsformen gewählt werden.

Bei anderen Patientengruppen mit Forschungs- und/oder Steuerungsbedarf (etwa häufigere onkologische Erkrankungen oder auch Covid-19) scheidet eine vollständige Konzentration der Versorgung in der Universitätsmedizin aus; Covid-19 hat eindrucksvoll gezeigt, wie zusätzlich zur „normalen“ klinischen Forschung die – getrennt zu finanzierenden – Aufgaben der Universitätsmedizin aussehen: regionale Koordination der Versorgung, telemedizinische Konsile mit nicht-universitären (Intensiv-)Stationen, Auswertung von in (Intensiv-)Registern gesammelten Daten, Entwicklung von Diagnostik- und Therapie-Leitlinien, Kommunikation der sich rasch entwickelnden Erkenntnisse an Politik und Öffentlichkeit etc.

Allerdings ist das Erhalten von Finanzmitteln nur eine Seite der Medaille, auch die interne Weitergabe bzw. Nutzung der Mittel muss neu justiert werden. Mittel für ärztliche Stellen, die die Universitätsmedizin etwa für die Analyse der Daten eines Registers oder der Entwicklung einer Leitlinie erhält, dürfen nicht in „normale“ Weiterbildungsstellen umgewandelt werden; für aus den Grundmitteln finanzierte Stellen muss gleiches gelten – z.B. für Lehrassistenten oder „Clinician Scientists“, und zwar durch klar definierte Freistellung von der „normalen“ klinischen Versorgung.

Kurz: Es braucht einen kohärenten Plan jenseits von „mehr Geld“ zur Finanzierung der ebenfalls neu zu justierenden universitätsmedizinischen Aufgaben in Lehre, Forschung, Versorgung und Beratung von Politik und Öffentlichkeit.

ZUM WEITERLESEN

Deutsche Hochschulmedizin e.V. (2014) Krankenversorgung. Forschung. Lehre. Wir leisten mehr. https://www.uniklinika.de/fileadmin/user_upload/pdf/Qualit_1_.pdf

Heyder R (2015) Die Bedeutung der Universitätsklinik in der regionalen und überregionalen Versorgung. In: Klauber J et al. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer, S. 99-113 <https://wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhaus-report/2015/?L=0>

Wissenschaftsrat (2016) Perspektiven der Universitätsmedizin (Drs. 5663-16). <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5663-16.pdf>

Milstein R, Schreyögg J (2020) Empirische Evidenz zu den Wirkungen der Einführung des G-DRG-Systems. In: Klauber J et al. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2020. Springer, S. 25-39 https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_2

Stephani V, Geissler A, Quentin W (2020) Vergütung von spezialisierten, seltenen und kostenvariablen Fällen außerhalb des DRG-Systems: Erfahrungen aus Deutschland, Dänemark, England, Estland, Frankreich und den USA. In: Klauber J et al. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2020. Springer, S. 53-67 https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_4