

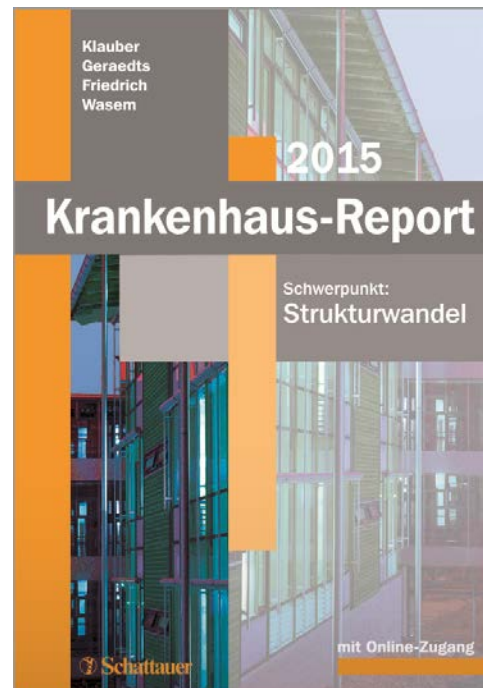
Krankenhaus-Report 2015

„Strukturwandel“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 99-113



7	Die Bedeutung der Universitätskliniken in der regionalen und überregionalen Versorgung.....	99
	<i>Ralf Heyder</i>	
7.1	Einführung.....	100
7.2	Maximal- versus Regelversorgung.....	102
7.3	Überregionale Versorgung.....	104
7.3.1	Einzugsgebietsanalyse für Universitätsklinika	105
7.3.2	Einzugsgebiet Maximalversorgung	105
7.3.3	Einzugsgebiet Regelversorgung	106
7.3.4	Überregionales Profil der Universitätsklinika	107
7.3.5	Verlegungsanalyse nach Bettengrößenklassen.....	108
7.4	Seltene Erkrankungen.....	109
7.5	Notfallversorgung	111
7.6	Schlussfolgerungen und politischer Handlungsbedarf	112

7 Die Bedeutung der Universitätskliniken in der regionalen und überregionalen Versorgung

Ralf Heyder

Abstract

Gemeinsames Alleinstellungsmerkmal aller deutscher Universitätsklinika ist ihre akademische Prägung durch Forschung und Lehre in allen Bereichen der Krankenversorgung. Gleichwohl unterscheiden sich die 33 deutschen Universitätsklinika hinsichtlich ihrer Funktion in der regionalen und überregionalen Versorgung, ihres Wettbewerbsumfeldes und ihres Leistungsspektrums. Dieser Beitrag charakterisiert auf empirischer Basis die Rolle der Universitätsklinika in der deutschen Krankenhauslandschaft. Dabei geben die Daten deutliche Hinweise auf eine ausgeprägte Funktion als überregionale stationäre Versorgungszentren. Bisher fehlen in der Krankenhausplanung und -finanzierung geeignete Instrumente zur strukturellen Förderung solcher Zentren. Diese Lücke muss mit der nächsten Krankenhausreform geschlossen werden. Der Zentrumszuschlag muss zu einem echten Förderinstrument für die Konzentration komplexer medizinischer Versorgung in interdisziplinären, erkrankungsübergreifenden Strukturen ausgebaut werden. Dabei sollte das Zentrumskonzept die ambulante Versorgung einschließen.

A common unique feature of all German university hospitals is the provision of research and teaching in all areas of patient care. Nevertheless, the 33 German university hospitals differ with respect to their role in regional and trans-regional health care provision, their competitive environment and service spectrum. This article characterizes the role of university hospitals as opposed to other German hospitals on an empirical basis. The results show that there is significant evidence that university clinics have a distinct role as trans-regional inpatient care centres. Currently hospital planning and financing lack appropriate tools for a structural advancement of such centres. This gap should be closed with the next hospital reform. The centre bonus must become a genuine instrument for promoting the concentration of complex medical care in multidisciplinary structures which cater for multiple diseases. At the same time, the centre concept should include outpatient care.

7.1 Einführung

Universitätsklinika haben in der deutschen Krankenhauslandschaft eine besondere Bedeutung. Sie bilden im Verbund mit den Medizinfakultäten forschungsnah fast alle deutschen Ärzte wissenschaftlich aus. Dafür müssen sie in der Lehre das gesamte Fächerspektrum der Approbationsordnung vorhalten. Außerdem brauchen sie für eine versorgungsnah Ausbildung Zugriff auf ein möglichst breites Spektrum der Grund- und Regelversorgung.

Universitätsklinika sind nicht nur Lehranstalten, sondern auch medizinische Forschungseinrichtungen. Sie sind unverzichtbar für die Translation wissenschaftlicher Erkenntnisse in neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Umgekehrt leiten sie aus ihren Erfahrungen in der Krankenversorgung neue wissenschaftliche Fragestellungen und Forschungsprojekte ab. Die Möglichkeiten und Grenzen der klinischen Forschung werden durch das Patienten- und Leistungsspektrum eines Universitätsklinikums maßgeblich mitbestimmt.

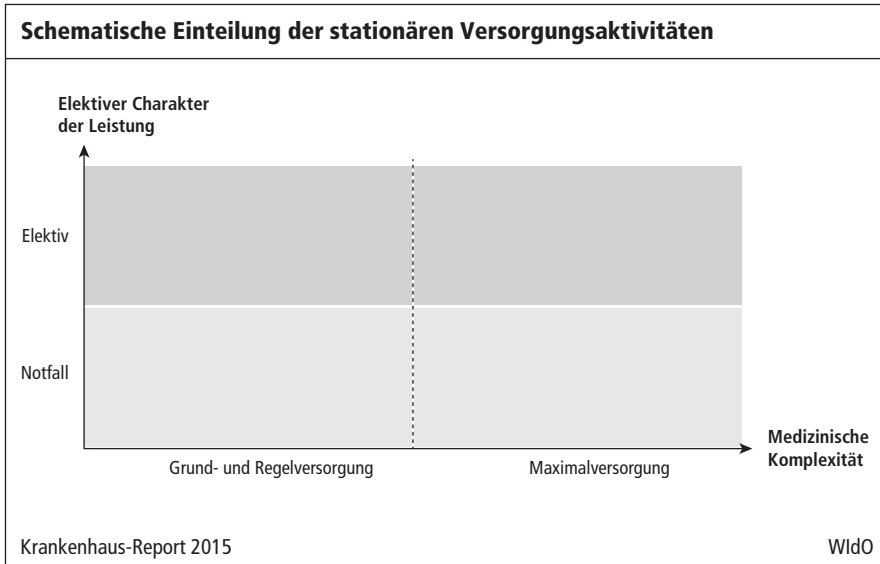
Der permanente Erkenntnistransfer zwischen Forschung und Patientenversorgung ist das prägende Element universitärer Medizin. Dieser Transfer muss in den Universitätskliniken institutionell verankert und organisiert werden. Das schlägt sich in einem hohen Maß in wissenschaftlicher Autonomie der leitenden Ärzte und einem eigenständigen, akademisch ausgerichteten institutionellen Überbau nieder. Hier liegt ein entscheidender Strukturunterschied zu nicht-universitären Krankenhäusern.

Selbst ein eher kleines Universitätsklinikum wie Greifswald, das aufgrund der besonderen demografischen Entwicklung in seinem Umfeld einen starken Forschungsschwerpunkt in Community Medicine hat, ist aufgrund seiner Forschungs- und Lehrprägung völlig anders organisiert als nicht-universitäre Krankenhäuser. Gleiches gilt für Universitätsklinika mit einem starken Portfolio in der Hochleistungsmedizin. Zwar gibt es unter den Universitätsklinika Unterschiede beim medizinischen Leistungsspektrum und hinsichtlich der Forschungsstärke. Trotzdem ist ihnen gemeinsam, dass sie sich aufgrund ihres Forschungs- und Lehrprofils, ihrer Unternehmenskultur und ihrer Leistungs- und Entscheidungsorganisation grundlegend von nicht-universitären Krankenhäusern unterscheiden.

Immer wieder wird die Frage laut, inwieweit sich die strukturellen Unterschiede zwischen Universitätsklinika und nicht-universitären Krankenhäusern auch in Unterschieden im medizinischen Leistungsspektrum niederschlagen. Ohne Zweifel beeinflussen die Forschungsprägung und der akademische Kontext an Universitätsklinika die medizinische Leistungsorganisation und -erbringung erheblich. Das beginnt bei der Indikationsstellung und geht über die Weiterentwicklung von Therapiestandards bis hin zu neuen diagnostischen oder therapeutischen Angeboten, die oft in den Universitätsklinika entwickelt werden. Dazu kommt mit der wissenschaftlichen Evaluation neuer Verfahren in klinischen Studien ein weiterer Schwerpunkt im Aufgabenspektrum.

Im Folgenden wird versucht, Unterschiede zwischen Universitätsklinika und nicht-universitären Krankenhäusern datenbasiert sichtbar zu machen. Dazu wird die Rolle der Universitätsklinika in der deutschen Versorgungslandschaft empirisch untersucht. Die Analyse orientiert sich an den in Abbildung 7–1 schematisch dargestellten vier Leistungsfeldern. Folgende Fragestellungen werden bearbeitet:

Abbildung 7–1



- Welchen Anteil haben die Universitätsklinika an der Maximalversorgung in Deutschland?
- Wie stellt sich innerhalb der Universitätsklinika das Verhältnis von Maximal- und Regelversorgung dar? Stimmt die von Kritikern der Hochschulmedizin oft ins Feld geführte Behauptung, dass Universitätsklinika nur noch hochspezialisierte Medizin betreiben und dort keine „Normalpatienten“ mehr behandelt werden?
- Welche Rolle spielen Universitätsklinika in der überregionalen Versorgung?
- Finden sich empirische Hinweise auf eine besondere Rolle der Hochschulmedizin in der Krankenversorgung, etwa für die Betreuung von Patienten mit seltenen Erkrankungen oder von besonders komplexen Fällen oder die Vorhaltung überregionaler Zentren mit einer herausragenden Expertise?
- Welche Rolle spielen Universitätsklinika in der Notfallversorgung?

Für die Analyse wird auf verschiedene Quellen zurückgegriffen, u. a. die Daten nach § 21 KHEntgG des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD). Punktuell wurden diese Analysen durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V ergänzt, um Aussagen zum Krankenhaussektor insgesamt ableiten zu können.¹

Allerdings ersetzt dieser Beitrag keine umfassende wissenschaftliche Analyse. Hierfür fehlen dem VUD die Daten. Die nachfolgenden Ausführungen geben nur

¹ Für die hervorragende Zusammenarbeit möchte sich der Autor an dieser Stelle beim WIdO, und dort ganz besonders bei Herrn Friedrich, bedanken.

erste Hinweise, wie das Thema empirisch angegangen werden kann. Weitergehende Analysen wären wünschenswert.

7.2 Maximal- versus Regelversorgung

Der VUD erstellt für seine Mitglieder auf Basis der stationären § 21-Abrechnungsdaten jährlich ein umfassendes Leistungsbenchmarking. Dazu gehört auch eine Analyse, welcher Anteil des Leistungsspektrums eher der Regel- bzw. der Maximalversorgung zuzuordnen ist.

Der VUD unterscheidet dazu DRGs, die überwiegend der Grund- und Regelversorgung bzw. überwiegend der Maximalversorgung zuzuordnen sind.² Die DRGs wurden bei Einführung des G-DRG-Systems mittels Experteneinschätzung in diese beiden Kategorien eingeteilt. Seitdem wird diese Einteilung jährlich mit Hilfe von Übergangsgruppierungen fortgeschrieben. Unterstützende Kriterien bei unklaren Zuordnungen einer DRG sind eine bundesweit niedrige Fallzahl oder eine starke Konzentration der Leistung auf Unikliniken. Beides wird als Indiz für den Maximalversorgungscharakter einer DRG gesehen. Zusätzlich erfolgt bei unklaren Zuordnungen eine medizinische Bewertung durch ärztliche Experten. Diese gibt dann in der Regel den Ausschlag.

Legt man diese intern im VUD verwendete Einteilung zugrunde, dann zeigt sich für das Datenjahr 2012 folgendes Bild (siehe Abbildung 7–2)³:

- Von den 1 692 deutschen Allgemeinkrankenhäusern⁴ sind nur 32 (ohne Bochum) Universitätsklinika. Das entspricht einem Anteil von zwei Prozent. Sie versorgen allerdings rund 9,7 Prozent der akutstationären Krankenhausfälle. Ihr Anteil bei den Maximalversorgungsfällen liegt sogar bei 24 Prozent. Bezogen auf den Casemix⁵ – als Indiz für die Fallschwere⁶ – fällt der Anteil an den Maximalversorgungsfällen mit 29,3 Prozent noch höher aus. Innerhalb der Kategorie „Maximalversorgung“ betreuen die Universitätsklinika also im Durchschnitt aufwändigere Fälle als nicht-universitäre Krankenhäuser.
- Im Bereich der Regelversorgung versorgen die Universitätsklinika 8,6 Prozent aller Krankenhausfälle in Deutschland. Bezogen auf den Casemix liegt der Anteil bei 8,8 Prozent, also haben die Universitätsklinika auch im Bereich der Regelversorgung leicht überdurchschnittlich schwere Fälle.
- Innerhalb der Universitätsklinika liegt der Anteil der Maximalversorgungsfälle an der Gesamtfallzahl bei 21,8 Prozent. Bezogen auf den Casemix beträgt der

2 Die Liste ist im Internetportal zum Krankenhaus-Report verfügbar.

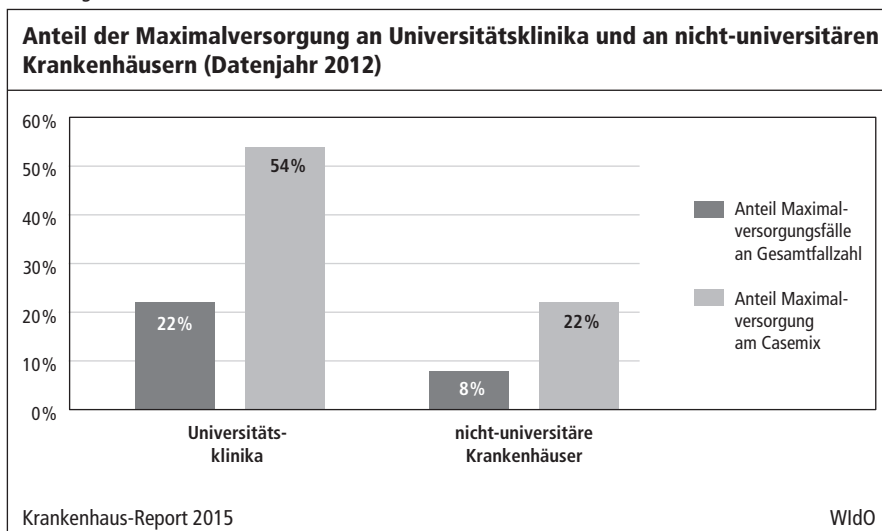
3 Daten 2012 gruppiert im System 2012. Die Auswertungen für die Universitätsklinika erfolgten durch den VUD. Die Auswertungen für die Grundgesamtheit aller Krankenhäuser erfolgten durch das WiDO, das dazu die § 21-Daten des Statistischen Bundesamtes ausgewertet hat.

4 Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2012.

5 In den Casemix gehen nicht bewertete DRG mit dem Wert „0“ ein. Nicht bewertete Entgelte sind oft der Maximalversorgung zuzuordnen.

6 Der Casemix bildet an sich nur den ökonomischen Behandlungsaufwand ab, nicht die Krankheitschwere. Da beides aber stark miteinander korreliert, wird der Casemix hier als Surrogatparameter für die Erkrankungsschwere verwendet.

Abbildung 7–2



Anteil allerdings 54,3 Prozent. Über die Hälfte der Ressourcen der Universitätsklinika wird also im Bereich der Maximalversorgung eingesetzt.

- Bei den nicht-universitären Kliniken liegt der Anteil der Maximalversorgungsfälle deutlich niedriger bei 7,7 Prozent. Bezogen auf den Casemix entspricht das 21,6 Prozent.
- Bezogen auf den Casemix variiert der Anteil der Maximalversorgung zwischen den 32 Universitätsklinika.⁷ Das Universitätsklinikum mit dem höchsten Maximalversorgungsanteil liegt bei 63,7 Prozent, das mit dem niedrigsten Anteil bei 37,3 Prozent. Der Median liegt bei 54 Prozent und damit sehr nah am gewichteten Mittelwert.

Somit zeigt sich, dass die Universitätsklinika im Vergleich zu den nicht-universitären Krankenhäusern weit überproportional in der Maximalversorgung aktiv sind. Unklar ist, wie sich die Maximalversorgung innerhalb der nicht-universitären Krankenhäuser verteilt. Neben den großen nicht-universitären Maximalversorgern gibt es weitere nicht-universitäre Krankenhäuser, die überdurchschnittlich viele Maximalversorgungsleistungen erbringen. Dazu gehören insbesondere manche Spezialkliniken (z. B. Herzzentren), evtl. auch Schwerpunktkrankenhäuser. Hier war eine nach Bettengrößenklassen oder Krankenhaustypen differenzierte Analyse mit den verfügbaren Daten nicht möglich.

Trotz ihres klaren Schwerpunkts in der Maximalversorgung verfügen die Universitätsklinika über umfangreiche Erfahrung in der Grund- und Regelversorgung. Die Behauptung, dass Universitätsklinika aufgrund ihrer Spezialisierung auf Hochleistungsmedizin mit „Normalpatienten“ nicht mehr umzugehen wüssten und dar-

⁷ Datenjahr 2012, gruppiert im System 2014.

unter die Aus- und Weiterbildung der Ärzte leide, ist regelmäßiger Bestandteil gesundheitspolitischer Diskussionen. Die Daten zeigen, dass diese These einer „Über-Spezialisierung“ der Universitätsklinik nicht stimmt. Drei Viertel der 2012 in Universitätsklinik behandelten Fälle sind der Grund- und Regelversorgung zuzuordnen. Das spiegelt den umfassenden Versorgungsauftrag wider.

Die Hochschulmedizin braucht diese Grund- und Regelversorgungspatienten für Forschung und Lehre. Forschung beschränkt sich nicht nur auf Hochleistungsmedizin und praxisnahe Lehre ist nur mit einem möglichst breiten Patientenspektrum möglich. Gesundheitspolitische Forderungen, wonach die Hochschulmedizin sich ausschließlich auf hoch aufwändige Patienten fokussieren soll und „leichtere“ Patienten in anderen Versorgungsstufen versorgt werden sollen, sind daher mit dem Auftrag der Hochschulmedizin in Forschung und Lehre nicht vereinbar. Aus der rein fiskalischen Perspektive eines Kostenträgers mag eine derartige Spezialisierung sinnvoll erscheinen. Völlig kontraproduktiv wäre sie jedoch für die klinische Forschung, die Ausbildung der Studierenden und die Weiterbildung der Assistenzärzte.

Dazu kommt, dass einige Universitätsklinik vor Ort auch die Funktion des Grundversorgers mit übernehmen, weil es dort kein anderes geeignetes Klinikum gibt oder bestimmte Fachabteilungen nur im Universitätsklinikum vorgehalten werden, z. B. Augenheilkunde oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Und selbst dort, wo es andere Regelversorger gibt, finden zahlreiche Patienten mit weniger aufwändigen Erkrankungen den Weg in die Universitätsklinik. Gründe dafür können u. a. ein akuter Notfall, eine Einweisung durch den niedergelassenen Arzt, eine Verlegung aus einem anderen Klinikum oder schlicht die freie Wahlentscheidung des Patienten sein.

Unter dem Strich bleibt festzuhalten, dass es für den heutigen Fallmix an Universitätsklinik gute Gründe gibt und kein Anlass besteht, hier massive Umprofilierungen zu fordern oder gar vorzunehmen. Die gesundheitspolitische Debatte zur Rolle der Universitätsklinik ist geprägt von uneinheitlichen, teils gegensätzlichen Erwartungen. Die einen bemängeln heute schon eine zu hohe Spezialisierung der Universitätsklinik, die anderen fordern dagegen eine noch größere Spezialisierung. Die Daten zeigen dagegen ein ausgewogenes Leistungsspektrum, das der besonderen Rolle der Universitätsklinik als Forschungs- und Ausbildungseinrichtung entspricht.

7.3 Überregionale Versorgung

Hinweise darauf, inwieweit Universitätsklinik besondere Versorgungsangebote vorhalten, kann auch eine Analyse der Einzugsgebiete liefern. Unsere Annahme hierbei ist, dass angesichts der hohen Krankenhausdichte in Deutschland bei Anfahrtszeiten der Patienten von über 40 Minuten nicht mehr von einer örtlichen oder regionalen Versorgung ausgegangen werden kann. Die 40 Minuten sind plausibel, denn eine 2012 durchgeführte Analyse der Erreichbarkeit von Krankenhäusern zeigte, dass 73,2 Prozent der Bevölkerung in 10 Minuten und 97,5 Pro-

zent in 20 Minuten das nächste Krankenhaus der Grundversorgung erreichen konnten.⁸

Es ist daher bei Anfahrtszeiten von über 40 Minuten sehr wahrscheinlich, dass die jeweiligen Patienten eine Vielzahl anderer Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen zur Auswahl gehabt hätten. Die Tatsache, dass sie dennoch ein Universitätsklinikum aufgesucht haben, spricht für ein besonderes, in der Fläche nicht verfügbares Leistungsangebot.

7.3.1 Einzugsgebietsanalyse für Universitätsklinika

Der VUD kann derartige Analysen nicht mit eigenen Daten durchführen, da diese nicht mit Geokodierung vorliegen. Entsprechende Auswertungen wurden deshalb in Kooperation mit der Firma Trinovis erstellt. Trinovis vertreibt ein Marktanalyse-tool, mit dessen Hilfe Einzugsgebiete untersucht werden können. Dadurch konnten für die zehn Universitätsklinika⁹, die dieses Tool nutzen, die in den § 21-Daten des Jahres 2012 hinterlegten Fälle mit den Anreisezeiten der Patienten verknüpft werden. Die Analyse umfasst knapp 560 000 stationäre Fälle.

Für diese Stichprobe zeigt sich, dass gut 25 Prozent der Patienten eine Anfahrtszeit von über 40 Minuten hatten. Legt man 30 Minuten zugrunde, dann steigt der Anteil sogar auf knapp 38 Prozent. Geht man dagegen von einer Stunde Fahrtzeit aus, dann liegt der Anteil immer noch bei knapp 12 Prozent. Das legt nahe, dass 20 bis 30 Prozent der Patienten an Universitätsklinika einen überregionalen Bezug haben. Mangels entsprechender Daten konnte für diese Arbeit nicht untersucht werden, wie sich dies bei nicht-universitären Krankenhäusern verhält.

7.3.2 Einzugsgebiet Maximalversorgung

Legt man die 40 Minuten als Maßstab nur an das oben definierte Segment der Maximalversorgung an, dann beträgt hier der Anteil von Patienten mit entsprechender Anfahrtszeit sogar gut 35 Prozent. Hierzu trägt bspw. der Bereich Organtransplantationen/Abstoßung/Evaluierung bei. Er macht 2,2 Prozent der Maximalversorgungsfälle aus. Davon beträgt der Anteil von Patienten mit einer Fahrzeit von über 40 Minuten 54 Prozent. Weitere Bereiche mit einem auffällig großen Einzugsgebiet stellt Tabelle 7–1 dar.

Daneben gibt es in der Maximalversorgung eine Reihe von Bereichen mit sehr kleinen Fallzahlen, aber hoher überregionaler Ausrichtung. Beispiele dafür sind: Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Epilepsiechirurgie/invasives präoperatives Video-EEG, Neubildungen des Nervensystems, Kinderherzchirurgie und Resezierende Eingriffe.

⁸ Krankenhaus-Report 2012, Seite 4.

⁹ Aachen, Dresden, Düsseldorf, Hamburg, Heidelberg, Mainz, Regensburg, Saarland, Tübingen und Würzburg.

Tabelle 7–1

Leistungen der Maximalversorgung an Universitätskliniken mit überregionaler Bedeutung

Bereich	Anteil an Maximalversorgungsfällen	davon Patientenanteil mit einer Fahrzeit über 40 Minuten
Organtransplantationen/Abstoßung/Evaluierung	2,2 Prozent	54 Prozent
Augenheilkunde	13,8 Prozent	44 Prozent
Hochwertige Prothesen für das Gehör	0,6 Prozent	53 Prozent
Große Eingriffe am Verdauungssystem	2,4 Prozent	51 Prozent
Endokrinologische Chirurgie	1 Prozent	50 Prozent
Stammzell-Transplantationen, KMT, Entnahmen	2,5 Prozent	53 Prozent

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

7

7.3.3 Einzugsgebiet Regelversorgung

Interessanterweise beträgt auch bei den Regelversorgungsfällen der Anteil der Patienten mit über 40 Minuten Anfahrtszeit noch knapp 23 Prozent. Tabelle 7–2 weist auffällige Bereiche aus.

Zu den beiden vorangegangenen Tabellen ist anzumerken, dass hinter den medizinischen Kategorien (z. B. Augenheilkunde) in der jeweiligen Tabelle immer nur der Anteil der Leistungen betrachtet wird, der nach der Definition des VUD jeweils auf die Maximal- bzw. auf die Regelversorgung entfällt. So erklärt sich, dass manche

Tabelle 7–2

Leistungen der Regelversorgung an Universitätskliniken mit überregionaler Bedeutung

Bereich	Anteil an Regelversorgungsfällen	davon Patientenanteil mit einer Fahrzeit über 40 Minuten
Augenheilkunde	5,7 Prozent	38 Prozent
Große Eingriffe am Verdauungssystem	1,3 Prozent	34 Prozent
Endoskopische Verfahren, vor allem die komplexe therapeutische ERCP	1,8 Prozent	30 Prozent
Sonstige rheumatologische Erkrankungen	1 Prozent	31 Prozent
Bösartige Neubildung Bindegewebe, Frakturen	0,5 Prozent	40 Prozent
Eingriffe Wirbelsäule	2 Prozent	30 Prozent
Dermatologie/Brusterkrankungen, vor allem Gewebe-/Hauttransplantationen	5,6 Prozent	30 Prozent
Urologische Chirurgie	4 Prozent	32 Prozent
Andere hämatologische Behandlungen, vor allem Lymphom/Leukämie	2,4 Prozent	32 Prozent

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

medizinischen Kategorien (z. B. Augenheilkunde, Große Eingriffe am Verdauungssystem) in beiden Tabellen vorkommen.

Für die auffälligen Regelversorgungsbereiche kann es verschiedene Ursachen geben. In der Augenheilkunde gibt es entsprechende Fachabteilungen nur an vergleichsweise wenigen Krankenhäusern. Hier müssen Patienten generell auch im Bereich der Regelversorgung weiter fahren. Gleiches gilt für andere kleine Fächer wie die Dermatologie oder Urologie.

Möglicherweise landen aber auch einige besonders schwere oder komplexe Fallkonstellationen in Regelversorgungs-DRG, weil sie in der DRG-Klassifikation nicht gesondert erfasst und damit nicht sichtbar werden. Sehr auffällig ist etwa, dass bei den großen Eingriffen am Verdauungssystem die Patienten aus einer größeren Entfernung kommen, obwohl die Dichte der Leistungserbringer in diesem Bereich sehr hoch ist. Für einen relevanten Teil dieser Fälle ist zumindest zu vermuten, dass hier komplizierende Konstellationen vorliegen. Möglicherweise könnte eine differenzierte Analyse der ICD-Kodes in Verbindung mit Nebendiagnosen zusätzliche Erkenntnisse bringen, ob es hier besondere Fallkonstellationen gibt, aufgrund derer die Patienten dann letztlich doch das weiter entfernte Universitätsklinikum aufsuchen.

7.3.4 Überregionales Profil der Universitätsklinik

Somit zeigt die Stichprobenanalyse des VUD besonders bei den elektiven Leistungen der Universitätsklinik ein starkes überregionales Profil. In der Maximalversorgung ist dies ausgeprägter als in der Regelversorgung. Dieser Befund wird auch durch eine Analyse der Patientenwege von stationär versorgten AOK-Patienten bestätigt. Untersucht wurde hierzu die Frage, ob innerhalb einzelner DRG (z. B. Prostataresektion) die Anfahrtswege der Patienten im Median bei Universitätsklinik länger sind als bei nicht-universitären Krankenhäusern. Herausgefiltert wurden die DRG, bei denen der Anfahrtsweg im Median bei Universitätsklinik um mindestens 50 bzw. 75 Prozent über dem Vergleichswert für nicht-universitäre Krankenhäuser lag.

Im Ergebnis zeigte sich, dass für 21,2 Prozent der AOK-Fälle in DRGs der Maximalversorgung gilt, dass innerhalb der jeweiligen DRG der Median der Patientenwege bei Universitätsklinik mindestens 50 Prozent höher liegt als bei nicht-universitären Krankenhäusern. Für Regelversorgungsfälle liegt dieser Anteil immerhin noch bei 19,1 Prozent. Um mindestens 75 Prozent weitere Patientenwege weisen Universitätskliniken immerhin noch für 7,8 Prozent der Maximalversorgungsfälle bzw. 5,2 Prozent der Regelversorgungsfälle auf (siehe Tabelle 7–3).

Warum haben Universitätsklinik einen größeren Anteil von Patienten, die relativ lange Anfahrtswege in Kauf nehmen? Zu einem Teil ist dies sicher auf Behandlungen zurückzuführen, die selten und komplex sind und daher fast ausschließlich an Universitätsklinik angeboten werden, etwa Transplantationen oder Kinderherzchirurgie. Daneben gibt es Bereiche wie die Augenheilkunde, bei denen entsprechende Fachabteilungen nur an vergleichsweise wenigen Krankenhäusern existieren.

Zudem gibt es Bereiche wie die Neubildungen oder die Eingriffe am Verdauungssystem. Hier gibt es eine große Dichte von Leistungserbringern. Trotzdem ist bei den Universitätsklinik in diesen Leistungsbereichen der Anteil der Patienten

Tabelle 7-3

Fallzahlanteile von DRG, die im Median mindestens um 50 bzw. 75 Prozent längere Anfahrtswege für Universitätsklinika aufweisen*

Median der Patientenwege in Universitätskliniken erhöht um mehr als	Fallzahlanteil der DRG mit entsprechend längeren Anfahrtswegen bei Patienten der Universitätsklinika, untergliedert nach	
	Maximalversorgung	Regelversorgung
50 %	21,2 %	19,1 %
75 %	7,8 %	5,2 %

*im Vergleich zu anderen Krankenhäusern

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

7

mit längeren Anfahrtszeiten vergleichsweise hoch. Gerade für solche Bereiche liegt die Vermutung nahe, dass es an den Universitätsklinika für ungewöhnliche, seltene und komplexe Krankheitsbilder eine besondere Expertise gibt, die von den Patienten bzw. den Einweisern überregional stark nachgefragt wird. Hierzu waren mit den verfügbaren Daten leider keine weiterführenden Analysen möglich. Die DRG-Klassifikation allein ist hierfür nicht differenziert genug. Das wird weiter unten am Beispiel der Seltenen Erkrankungen verdeutlicht.

7.3.5 Verlegungsanalyse nach Bettengrößenklassen

Ein weiteres Indiz für die Vorhaltung besonderer Versorgungsangebote mit überregionaler Bedeutung an Universitätsklinika liefert die Analyse von Verlegungen nach Bettengrößenklassen (siehe Tabelle 7-4). Hierzu wurden die voll- und teilstationären Fälle der AOK aus dem Jahr 2012 ausgewertet.¹⁰ Es fällt auf, dass Universitätsklinika einen höheren Anteil an Fällen mit Aufnahme- oder „Aufnahme- und Entlassungs“-Verlegung¹¹ als andere große Krankenhäuser haben. Lag etwa der Anteil aufnahmeverlegter Fälle bei Krankenhäusern mit mehr als 1 000 Betten nur bei 2,8 Prozent, so betrug er bei den Universitätsklinika 4,4 Prozent. Dies spricht für die Hypothese, wonach Universitätsklinika in besonderem Maße anspruchsvolle Fälle zuverlegt bekommen, die andernorts nicht adäquat versorgt werden können. Höhere Anteile bei zuverlegten Patienten erreichen nur kleine Spezialkrankenhäuser mit weniger als 100 Betten.

10 Verlegungen wurden so identifiziert, dass auf Existenz einer Entlassung (t-24h) bzw. Aufnahme (t+24h) desselben Versicherten in einem anderen Krankenhaus geprüft wurde. Verlegungen im selben Haus zwischen DRG- und PsychPV-Bereich gehen nicht ein. Die ermittelten Verlegungen enthalten aber Bereichswechsel zwischen DRG- und PsychPV-Bereich bei IK-Wechsel. Quelle: WIdO.

11 Fälle, die erst von einem anderen Krankenhaus zur Behandlung an das Universitätsklinikum verlegt und dann vom Universitätsklinikum nach der Behandlung wieder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden.

Tabelle 7–4

Verlegungsstatistik nach Bettengrößenklassen

Bettengröße	Anteil Fälle mit ...		
	Aufnahmeverlegung	Entlassverlegung	Aufnahme- und Entlassverlegung
unter 50 Betten	7,2 %	2,5 %	1,2 %
50 bis unter 100 Betten	7,1 %	3,8 %	0,9 %
100 bis unter 200 Betten	4,3 %	4,3 %	0,6 %
200 bis unter 500 Betten	2,6 %	3,6 %	0,4 %
500 bis unter 1.000 Betten	2,8 %	2,6 %	0,4 %
über 1.000 Betten	2,8 %	1,9 %	0,4 %
Universitätskliniken	4,4 %	2,7 %	0,7 %
Gesamt	3,2 %	3,2 %	0,4 %

Krankenhaus-Report 2015

Wido

7.4 Seltene Erkrankungen

Ein besonders überregional geprägtes Thema ist die Versorgung Seltener Erkrankungen.¹² Die je nach Klassifizierung sieben- bis achttausend Seltenen Erkrankungen sind zu 80 Prozent genetisch bedingt und bilden eine heterogene Gruppe von vornehmlich komplexen Krankheitsbildern. In den meisten Fällen verlaufen die Krankheiten schwerwiegend und chronisch.

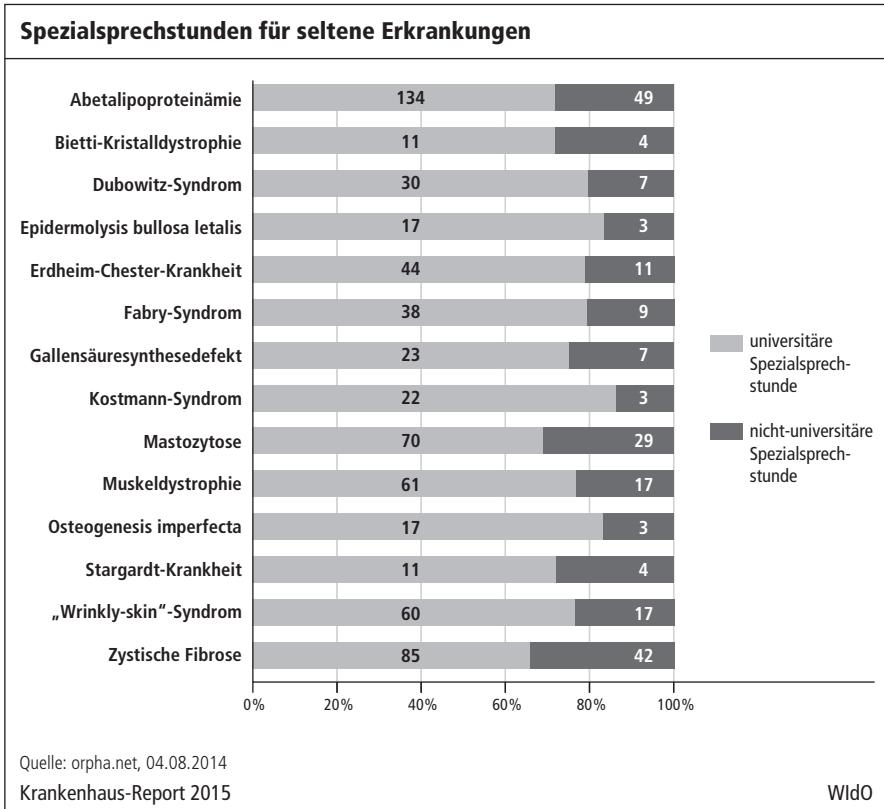
Betroffene Patienten sind oft auf eine hochspezialisierte Behandlung und eine aufwendige Spezialdiagnostik angewiesen. Dafür braucht es in der Regel ein mit der Erkrankung erfahrendes interdisziplinäres und multiprofessionelles Behandlungsteam. Eine qualifizierte Versorgung am Wohnort ist in vielen Fällen nicht möglich. Wegen der kleinen Fallzahlen und der notwendigen Spezialisierung findet sich die entsprechende Expertise oftmals nur an Universitätskliniken. Zudem ist für die Behandlung dieser Patienten die Forschung an Universitätskliniken von herausragender Bedeutung, weil wegen der kleinen Fallzahlen häufig keine Standardtherapie existiert.

Der überregionale Charakter dieser Versorgungsangebote lässt sich mit den § 21-Daten nicht abbilden. Für viele Seltene Erkrankungen ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen (ICD-10) zu wenig differenziert, sodass eine spezifische Kodierung nicht möglich ist. Zudem werden diese Patienten nicht immer stationär, sondern oft auch in den Hochschulambulanzen versorgt.

Für die Analyse der Versorgungsrolle der Universitätskliniken wurde daher auf die Orphanet-Datenbank zurückgegriffen. Orphanet ist ein im Internet öffentlich zugängliches Referenz-Portal für Informationen über Seltene Krankheiten und Or-

¹² Wenn nicht mehr als 5 von 10 000 Menschen in der Europäischen Union von einer Krankheit betroffen sind, gilt diese Krankheit als selten (Quelle: Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Seltenen Erkrankungen in Deutschland. Studie im Auftrag des BMG, 09. Juni 2009).

Abbildung 7–3



phan Drugs. Dort findet sich u. a. ein Verzeichnis entsprechender Spezialsprechstunden. Zum Beispiel bieten laut Orphanet die Universitätsklinika in Deutschland 134 von 183 Spezialsprechstunden für Abetalipoproteinämie¹³ und 22 von 25 Spezialsprechstunden für das Kostmann-Syndrom¹⁴ an. Das gleiche Muster zeigt sich bei anderen Seltenen Erkrankungen (siehe Abbildung 7–3). Manche Erkrankungen sind so selten, dass auch unter den Universitätsklinika nicht alle eine Sprechstunde anbieten.

Generell liegt der Anteil der Universitätsklinika an den angebotenen Spezialsprechstunden jeweils zwischen 70 und 90 Prozent. Zwar stehen hier keine Fallzahlen zur Verfügung. Es liegt aber nahe, dass die Universitätsklinika für die Sicherstellung der Versorgung bei Seltenen Erkrankungen eine noch weitaus größere Rolle spielen als im Bereich der Maximalversorgung. Knapp ein Viertel der Maximalversorgungsfälle in Deutschland wird an Universitätsklinika behandelt (siehe oben).

¹³ Besondere Art von Fettstoffwechselstörung.

¹⁴ Immunerkrankung.

Das Beispiel der Seltenen Erkrankungen macht besonders deutlich, dass die forschungsgeprägten Strukturen der Universitätsklinik auch für die Gesundheitsversorgung unverzichtbar sind. Das Gesundheitssystem braucht Einrichtungen, in denen sich ein breites Spektrum von wissenschaftlich orientierten Spezialisten im Team um unbekannt, ungewöhnliche oder besonders komplexe Krankheitsbilder kümmert.

7.5 Notfallversorgung

Eine völlig andere Situation besteht in der Notfallversorgung. Sie ist zeitkritisch und somit zwangsläufig eher örtlich oder regional geprägt. Die verfügbaren § 21-Daten erlauben hierzu keine aussagekräftigen Analysen, da Notfälle medizinisch nicht eindeutig definiert sind und sich daher im Datensatz nicht klar abgrenzen lassen. Für Aussagen zur Rolle der Universitätsklinik in der Notfallversorgung wird deshalb auf die im Juli 2014 von der Selbstverwaltung veröffentlichte Studie zur Mengenentwicklung im Krankenhaussektor zurückgegriffen.¹⁵ Dort wurden anhand von drei Kriterien Fallkollektive abgegrenzt, die überwiegend durch Notfälle geprägt sind. Dadurch wurde es erstmals möglich, das Verhältnis von Notfällen zu elektiven Fällen auf der Ebene einzelner Krankenhäuser abzubilden.

Aus der Studie lassen sich folgende Befunde ableiten:

- Die Universitätsklinik spielen über das gesamte Notfallspektrum eine tragende Rolle für die Sicherstellung der Notfallversorgung in ihrer jeweiligen Region.
- Dieser Beitrag wächst im Zeitablauf überproportional zu nicht-universitären Krankenhäusern. Von 2007 bis 2012 ist die Zahl der Notfälle in Universitätsklinik jährlich um 4,1 Prozent gestiegen, in nicht-universitären Krankenhäusern dagegen nur um 1,8 Prozent.¹⁶
- Dennoch ist der Anteil der Notfälle an der Gesamtfallzahl in nicht-universitären Krankenhäusern im Durchschnitt höher als in Universitätsklinik. Die nicht-universitären Krankenhäuser hatten 2012 (2007) einen Notfallanteil von 40,8 Prozent (40 Prozent), Universitätsklinik dagegen von 31,5 Prozent (30 Prozent).
- Der niedrigere Notfallanteil in Universitätsklinik ist nach Einschätzung der Autoren durch das besondere Leistungsspektrum von Universitätskliniken zu erklären. Universitätsklinik erbrachten demnach bestimmte elektive Leistungen besonders häufig, z. B. im Bereich der Neubildungen. Neubildungen machten 18,2 Prozent aller Fälle in Universitätsklinik aus, in Nicht-Universitätsklinik sind es nur 9,7 Prozent. Allein dieser überproportional hohe Versorgungsanteil bei den Neubildungen erkläre bereits die Differenz der Notfallanteile.¹⁷
- Das Notfallversorgungsangebot von Universitätsklinik ist also keineswegs kleiner als bei vergleichbaren nicht-universitären Krankenhäusern. Universitätsklinik spie-

15 Schreyögg J, Bäuml T, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A. Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. Juli 2014.

16 Schreyögg et al. 2014, Seite 71.

17 Schreyögg et al. 2014, Seite 71.

len aber offensichtlich in Teilen der elektiven Versorgung, etwa der Onkologie, eine besonders starke Rolle.

Dieser Befund deckt sich mit dem Ergebnis der oben dargestellten Einzugsgebietsanalysen, die für Teile des elektiven Leistungssegments, darunter die Onkologie, eine überregionale Rolle der Universitätsklinik aufzeigen. Hier haben Universitätskliniken wahrscheinlich einen überproportional hohen Anteil an der Versorgung.

7.6 Schlussfolgerungen und politischer Handlungsbedarf

7

Die vorangegangenen Analysen legen nahe, dass die Universitätsklinik in der deutschen Versorgungslandschaft eine besondere Rolle spielen. In der Krankenversorgung adressieren sie offensichtlich Versorgungsbedarfe, die andernorts nicht oder nicht in gleicher Weise bedient werden können.

Erstaunlich ist, dass dieser relativ klare Befund trotz der eher rudimentären Datenbasis möglich ist. Gleichwohl können die hier zugrunde gelegten Analysen keine wissenschaftliche Untersuchung ersetzen. Differenziertere Analysen wären wünschenswert, um die Ergebnisse kritisch zu überprüfen, bestehende Unterschiede zwischen den Krankenhäusern weiter zu konkretisieren und eindeutigere Interpretationen zu ermöglichen.

In den dargestellten Einzugsgebietsanalysen finden sich deutliche Hinweise, dass Universitätskliniken in vielen Leistungsbereichen faktisch als überregionale Zentren fungieren. Das gilt nicht für das gesamte medizinische Leistungsspektrum, aber doch für einen beachtlichen Anteil: Mindestens 20 Prozent der Patienten haben einen vergleichsweise überregionalen Bezug. Bei den seltenen Erkrankungen dürfte dieser Anteil noch weitaus höher liegen. Zudem wächst die Bedeutung der Universitätsklinik für die Sicherstellung der stationären Notfallversorgung.

Die verfügbaren Daten legen zudem eine Sonderrolle der Hochschulmedizin auch in der Krankenversorgung nahe. Um dies herauszuarbeiten, wurde auf indirekte Indikatoren ausgewichen, etwa die Maximalversorgungsanteile, das Einzugsgebiet für bestimmte DRG oder die Zahl von Sprechstunden für Seltene Erkrankungen.

Trotz der erheblichen Limitationen bei den verfügbaren Daten belegen schon die notgedrungen eher groben Analysen die große Bedeutung der Hochschulmedizin für die Sicherstellung der Versorgung insbesondere von Schwerstkranken. Zudem zeigt das Beispiel der Seltenen Erkrankungen: Für komplexe medizinische Herausforderungen, die eher kleine Patientenpopulationen betreffen, bilden sich Behandlungsangebote vorzugsweise forschungsnah in einem wissenschaftlichen Kontext heraus. Nicht-universitäre Krankenhäuser sind hier weitaus weniger präsent.

Die wissenschaftliche Prägung der Krankenversorgung findet fast ausschließlich an oder mit Hilfe der Hochschulmedizin statt. Universitätskliniken sind eben nicht nur große Krankenhäuser der Maximalversorgung, sondern bieten darüber hinaus einen institutionalisierten wissenschaftlichen Versorgungskontext. Krankenkassen und Gesundheitspolitik müssen ihren Teil dazu beitragen, dass Universitäts-

klinika diese wissenschaftsorientierten Versorgungsangebote machen können. Dabei geht es nicht um die Förderung von Forschung, sondern von Leistungsangeboten in der Patientenversorgung, die ohne universitären Überbau wohl gar nicht oder zumindest nicht in gleicher Qualität möglich wären.

Welche politischen Implikationen ergeben sich aus diesen Erkenntnissen? Ein wesentliches Ziel von Strukturreformen im Krankenhaussektor sollte die Konzentration komplexer medizinischer Versorgung in Zentren sein. Die Universitätsklinik fungieren offensichtlich bereits heute in vielen komplexen Leistungsbereichen als Zentren mit einer relativ weiten räumlichen Ausstrahlung. Die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen werden dieser Versorgungsrealität allerdings nicht gerecht. Notwendig ist daher, diese Zentrumsfunktion mit regulatorischen Instrumenten sichtbar zu machen, gezielt zu fördern und dadurch die Konzentration der Versorgung weiter zu forcieren. Derzeit fehlen dafür sowohl in der Versorgungsplanung als auch im Finanzierungsrecht praxistaugliche Instrumente.

Hilfreich wäre es, den bereits heute im Krankenhausfinanzierungsrecht verankerten Zentrumszuschlag konkreter auf die besonderen Strukturen, Aufgaben und Prozesse von Zentren, nicht nur an Universitätskliniken, zuzuschneiden. Das setzt eine klare Definition des Zentrumsbegriffs voraus. Hier müssen anspruchsvolle Voraussetzungen definiert werden, um einer Inflation vermeintlicher Zentren vorzubeugen. Folgende Kriterien könnten hierbei als Anknüpfungspunkte dienen:

- Existenz einer abteilungsübergreifenden, interdisziplinären Organisationsstruktur
- Erkrankungübergreifender Fokus
- Vernetzung mit anderen Leistungserbringern
- Überörtliche Aufgaben und Präsenz
- Enge Anbindung an die medizinische Forschung

Darüber hinaus sollte das Zentrumskonzept dringend auf die ambulante Versorgung erweitert werden. Komplexe medizinische Fragestellungen, bspw. in der Onkologie, können immer öfter zumindest in Teilen ambulant bearbeitet werden. Allerdings braucht es hierfür in aller Regel die Ressourcen des Krankenhauses und eine enge Verknüpfung mit der stationären Versorgung. Ein modernes Verständnis medizinischer Zentren sollte daher die ambulante Versorgung einschließen.