



Themen der Hochschulmedizin im Koalitionsvertrag

1. Zusammenfassung	02
2. Was ist Hochschulmedizin?	03
3. Themen der Hochschulmedizin im Koalitionsvertrag	06
Stärkung der Universitäten	06
Verstetigung zentraler versorgungsnaher Forschungsstrukturen (MII & NUM)	07
Krankenhausplanung und -finanzierung	09
Ambulante Versorgung	11
Notfallversorgung	12
Daten und Digitalisierung	13
Medizinstudium und Approbationsordnung	14
Weiterbildung	17
Gesundheitsfachberufe	18
Pflege im Krankenhaus	19
Bürokratieabbau	20
Tierversuche	20

Zusammenfassung

Die Hochschulmedizin, der Zusammenschluss aus Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten, war und ist ein zentraler Akteur bei der Bewältigung der Corona-Pandemie. Grundlage hierfür ist das enge und sich gegenseitig verstärkende Zusammenspiel von Forschung, Lehre und Krankenversorgung auf höchstem Niveau. Der Koalitionsvertrag enthält gute und wichtige Signale für die Hochschulmedizin. Viele vereinbarte Reformen und Maßnahmen betreffen die Hochschulmedizin unmittelbar und müssen in ihrem Sinne zur Stärkung des Gesundheits- und Wissenschaftssystems umgesetzt werden. In diesem Faktenblatt positioniert sich die Deutsche Hochschulmedizin dazu. Davor wird das System Hochschulmedizin kurz vorgestellt.



Stärkung der Universitäten

Eine Stärkung der Universitäten kommt auch der Forschung in der Hochschulmedizin zugute. Universitäten dürfen gegenüber außeruniversitären Einrichtungen nicht benachteiligt werden.



Verstetigung zentraler versorgungsnaher Forschungsstrukturen (MII & NUM)

Die Medizininformatik-Initiative (MII) und das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) müssen über die Projektlaufzeit hinaus verstetigt werden.



Krankenhausversorgung (Planung und Finanzierung)

Eine Reform, die die Krankenhauslandschaft in Bezug auf Planung und Versorgung zu einem gestuften System weiterentwickelt, ist zu begrüßen. Die Anerkennung von Universitätsklinika als eigener Versorgungsstufe entspricht der Versorgungsrealität.



Ambulante Versorgung

Bei der Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen besteht ein großes Potential. Damit „Hybrid-DRG“ sich nicht negativ auf die Versorgungslandschaft auswirken, müssen die Rahmenbedingungen eines solchen Finanzierungssystems genau geprüft werden.



Notfallversorgung

Integrierte Notfallzentren (INZ) sind die richtige Struktur für die ambulante Notfallversorgung. Krankenhäuser mit umfassender stationärer Notfallversorgung müssen hier aber die Federführung innehaben. Ein Vorrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) widerspricht der Versorgungsrealität.



Medizinstudium und Approbationsordnung

Strittige Fragen um die Reform der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte (ÄApprO) müssen schnellstmöglich geklärt werden, damit die Novelle endlich verabschiedet werden kann. Der Bund muss sich an der Finanzierung der Reform beteiligen. Über eine strukturierte Diskussion muss geklärt werden, wie viele Medizinstudienplätze Deutschland künftig braucht.

Was ist Hochschulmedizin?

39 Medizinische Fakultäten und 35 Universitätsklinika bilden zusammen die Deutsche Hochschulmedizin. Sie arbeiten eng zusammen und ergänzen sich. Gemeinsam garantieren sie den Dreiklang aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung auf höchstem Niveau und nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Universitätsklinika: Höchste Versorgungsstufe

Universitätsklinika sind Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe. Sie halten für Patient:innen das komplette medizinische Leistungsspektrum vor – auch für schwere, komplexe und seltene Erkrankungen.

Medizinische Fakultäten: Teil von Universitäten

Forschung und Lehre sind Aufgaben der Medizinischen Fakultäten. Sie sind in der Regel Teil einer Universität oder bilden eine autonome Hochschule.

Enge Zusammenarbeit als Garant für exzellente Versorgung, Lehre und Gesundheitsforschung

Die Deutsche Hochschulmedizin (DHM) ist der gemeinsame Dachverband des Medizinischen Fakultätentags (MFT) und des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands (VUD). Der VUD repräsentiert die 35 Universitätsklinika und der MFT die 39 Medizinischen Fakultäten auf Bundesebene.

Die enge Zusammenarbeit ihrer Mitglieder sichtbar zu machen, ist das Ziel der DHM. Sie umfasst:

- Über 13 500 Studienanfänger:innen der Human- und Zahnmedizin pro Jahr
- 2 Mio. stationäre Fälle pro Jahr (10 Prozent aller stationären Fälle in Deutschland)
- 10 Mio. ambulante Fälle pro Jahr
- 3500 Professuren in der Human- und Zahnmedizin
- 220 000 Beschäftigte in Wissenschaft und Patient:innenversorgung
- Umsätze: 14,5 Mrd. Euro stationäre Krankenversorgung, 2,6 Mrd. Euro ambulante Krankenversorgung, 3,7 Mrd. Euro Forschung und Lehre, 2 Mrd. Euro Drittmittelforschung

Die Hochschulmedizin als Aufgabenverbund von Forschung, Lehre und Krankenversorgung deckt viele Bereiche der Gesundheitsversorgung und der medizinischen Wissenschaft und Lehre überproportional, manche sogar ausschließlich ab (Grafik S. 4).

Hochschulmedizin als Arbeitgeber

Mehr als 220 000 ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter:innen in Wissenschaft und Krankenversorgung gewährleisten Spitzenmedizin an den Standorten der Deutschen Hochschulmedizin.



Sonderrolle in der Wissenschafts- und Krankenhauslandschaft

Medizinische Fakultäten sind an ihren Standorten überall mit Abstand die größten Fakultäten bezüglich Beschäftigte und Budgets. 3500 Professuren gibt es allein in der Human- und Zahnmedizin. Auch bei den erhaltenen Drittmitteln steht die Medizin im universitären Ranking immer ganz oben. Innerhalb der Universitäten nehmen die Medizinischen Fakultäten aufgrund ihrer Größe und engen Verzahnung mit der Krankenversorgung eine Sonderrolle ein. Die Universitätsklinika sind meist die größten Krankenhäuser der Region und gehören dort in der Regel zu den größten Arbeitgeber:innen. Die Strahlkraft der Universitätsmedizin geht in der Krankenversorgung, der Wissenschaft und der Wirtschaft weit über den Standort hinaus.

Hochspezialisierte Krankenversorgung

Die Universitätsklinika bieten eine qualitativ hochwertige, stark spezialisierte und auf viele Krankheitsbilder ausdifferenzierte Versorgung, auch mit neuen Therapieansätzen. Dies ist so nur in der Universitätsmedizin aufgrund ihrer Multidisziplinarität und engen Verknüpfung zur Wissenschaft möglich ist. Auch in der Bekämpfung der Pandemie spielt sie eine zentrale Rolle. Die Universitätsklinika haben je nach Phase der Corona-Pandemie zwischen 25 und 40 Prozent der beatmungspflichtigen COVID-Patient:innen auf ihren Intensivstationen behandelt. Die Universitätsklinika versorgen nicht nur schwererkrankte Patient:innen, sondern koordinieren oftmals auch die regionale Versorgung der COVID-Erkrankten.

Die Universitätsklinika behandeln pro Jahr zwei Millionen Patient:innen stationär. Das sind zehn Prozent aller Krankenhausaufenthalte in Deutschland. Darüber hinaus betreuen sie jährlich rund zehn Millionen ambulante Patient:innen.

In den Hochschulambulanzen stehen vielfältige diagnostische und therapeutische Verfahren zur Verfügung, die niedergelassene Fachärzt:innen oftmals nicht vorhalten. Ursprünglich auf Forschung und Lehre beschränkt, werden die Hochschulambulanzen für die Krankenversorgung immer wichtiger. Darüber hinaus bilden Universitätsklinika, anders als die meisten Krankenhäuser, das gesamte Fächerspektrum ab. Dies ist auch für die Ausbildung von Medizinstudierenden unabdingbar.

Forschung mit Synergieeffekten

Der größte Teil der öffentlich finanzierten medizinischen Forschung findet in Deutschland in der Hochschulmedizin statt. Das beinhaltet die Grundlagenforschung genauso wie klinische Studien.

Medizinische Forschung zielt darauf ab, Krankheiten besser zu verstehen und neue Behandlungsmöglichkeiten zu finden. Dabei dauert es zum Beispiel von der ursprünglichen Idee bis zur anwendbaren Therapie in der Regel viele Jahre, bis alle internationalen Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit eines neuen Behandlungsverfahrens abgeschlossen sind und ein neues Verfahren anwendbar ist. Oftmals ist das nur in Kooperation mit Partnern aus der Industrie und vielen Standorten der Universitätsmedizin möglich.

Die Hochschulmedizin ist in der einzigartigen Situation, dass sie Forschung und direkten Patientenkontakt vereint. Das wirkt sich positiv auf die Forschung aus. Viele Forschungsideen kommen aus der Patientenversorgung. Umgekehrt werden die Ergebnisse wieder dorthin zurückgespielt. Auf dieser Sonderstellung bauen Initiativen wie die Medizininformatik-Initiative (MII) oder das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) auf. Die beiden Projekte setzen stark auf Vernetzung und machen Daten für die Forschung und Versorgung zum Nutzen der Patient:innen verfügbar.

Medizinstudium und fachärztliche Weiterbildung

Jahr für Jahr starten an den Standorten der Deutschen Hochschulmedizin über 13 500 angehende Ärzt:innen und Zahnärzt:innen. Fast alle von ihnen (92 Prozent in der Humanmedizin) schließen ihr Studium mit Erfolg ab. Das ist die beste Abschlussquote aller Studienfächer in Deutschland. Das ist bezogen auf die Gesamtbevölkerung ein Spitzenplatz unter den OECD-Ländern.

Das Medizinstudium ist der kostenintensivste Studiengang an deutschen Universitäten. Neben theoretischem Wissen müssen die angehenden Ärzt:innen unter intensiver fachlicher Betreuung Erfahrungen sammeln. Dafür stehen ihnen die Universitätsklinika mit ihrem umfassenden stationären und ambulanten Versorgungsspektrum, die Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen niedergelassener Haus- und Fachärzt:innen zur Verfügung: Strukturen, die es in keinem anderen Studium in dieser Tiefe und diesem Umfang gibt.

Nach dem Studium absolvieren Ärzt:innen in der Regel eine sechsjährige Facharztausbildung. Während das Medizinstudium in der Verantwortung der Medizinischen Fakultäten liegt, wird die anschließende fachärztliche Weiterbildung unter anderem durch die Universitätsklinika gewährleistet. Ob Dermatologie, Herzchirurgie, Neurologie, Augenheilkunde oder Kinderkardiologie: Sie bilden die Ärzt:innen in sämtlichen Fächern weiter – auch in den „kleinen“ Fächern, die in anderen Krankenhäusern oftmals nicht vertreten sind.

Gesundheitsfachberufe

Die Hochschulmedizin gewährleistet zudem die Ausbildung in den zahlreichen Gesundheitsfachberufen. Dazu gehören neben den Pflegeberufen die Hebammenausbildung und ihre Akademisierung sowie therapeutische Berufe wie Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie. Diese Ausbildung findet in der Regel in Berufsakademien statt, die den Universitätsklinika angegliedert sind. Seit einigen Jahren ermöglichen Universitätsklinika und Medizinische Fakultäten die Kombination einer Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen mit einem Bachelorstudium. Teilweise werden auch weiterführende Masterstudiengänge angeboten. Begleitet wird dies durch die Einrichtung von neuen Professuren und zunehmende eigene Forschungstätigkeiten zu aktuellen Themen in diesen Disziplinen.

Themen der Hochschulmedizin im Koalitionsvertrag

Im Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP vom 24. November 2021 finden sich Positionen, die sich direkt oder indirekt auf die Hochschulmedizin auswirken. Es kommt jetzt darauf an, wie diese Positionen in parlamentarische Initiativen und Regierungshandeln umgesetzt werden.

Stärkung der Universitäten



„Universitäten und Hochschulen für angewandte Wissenschaften sind das Rückgrat der deutschen Wissenschaftslandschaft. [...] Einer Entkopplung der Budgetentwicklung zwischen Hochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen wirken wir entgegen.“

Koalitionsvertrag 2021, S. 22

Auf einen Blick

Eine Stärkung der Universitäten kommt auch der Hochschulmedizin zugute. Universitäten dürfen gegenüber außeruniversitären Einrichtungen nicht länger benachteiligt werden.

Hintergrund

In der Vergangenheit sind außeruniversitäre Forschungseinrichtungen überproportional gefördert worden. Diese Schieflage muss behoben werden. Die Hochschulmedizin ist Teil der universitären Landschaft. Aus diesem Grund wird eine Stärkung der Universitäten immer auch der Hochschulmedizin zugutekommen.

Unsere Position

Universitäre Forschungsprojekte und -infrastrukturen müssen stärker gefördert werden, um im Wettbewerb mit den außeruniversitären Einrichtungen gleichwertige Chancen im Wissenschaftssystem zu haben.

In der Hochschulmedizin gehen exzellente Lehre, Forschung und Krankenversorgung Hand in Hand. In der täglichen Arbeit überschneiden sich die Tätigkeiten, teilweise sind sie nur schwer voneinander abzugrenzen. Jede Veränderung in der Finanzierung hat damit immer auch direkte und indirekte Auswirkungen auf die anderen beiden Bereiche. Wissenschaftsfreundlich geklärt werden muss in dieser Legislatur deshalb unbedingt die Umsatzsteuerregelung. Wissenschaftliche Leistungen und die zwingend notwendige Zusammenarbeit zwischen Fakultät und Universitätsklinikum kann nicht mit unternehmerischen Leistungsbeziehungen gleichgesetzt

werden. Die Umsatzsteuerregelung darf nicht zu zusätzlichen Belastungen für Universitätsklinika und Fakultäten sowie für die Zusammenarbeit in wissenschaftlichen Netzwerken führen. Dies hätte sonst auch Einbußen bei wissenschaftlichen Kooperationen zufolge.



Verstetigung zentraler versorgungsnaher Forschungsstrukturen (MII & NUM)



„Für die Lösungen der großen gesellschaftlichen Herausforderungen benötigen wir eine starke Wissenschafts- und Forschungspolitik. Die Entwicklung eines erfolgreichen Impfstoffes gegen SarsCoV2 in Deutschland zeigt: Wir können unser Innovationspotenzial heben, wenn wir unsere Ressourcen effektiv bündeln und einsetzen. An diesen Erfolg wollen wir anknüpfen, indem wir Programmlinien, Hightech-Strategie und Ressortforschungen missionsorientiert weiterentwickeln.“ Koalitionsvertrag 2021, S. 19–20

„Zentrale Zukunftsfelder der zukünftigen Wissenschafts- und Forschungspolitik der Bundesregierung sind unter anderem [...] ein vorsorgendes, krisenfestes und modernes Gesundheitssystem, welches die Chancen biotechnologischer und medizinischer Verfahren nutzt, und das altersabhängige Erkrankungen sowie seltene oder armutsbedingte Krankheiten bekämpft.“ Koalitionsvertrag 2021, S. 20

Auf einen Blick

Die Medizininformatik-Initiative (MII) und das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) müssen über die Projektförderung hinaus verstetigt und gefördert werden.

Hintergrund

Ein vorsorgendes, krisenfestes und modernes Gesundheitssystem ist nur mit der Hochschulmedizin zu erreichen. Zwei zentrale Strukturprojekte haben sich in der Pandemie diesbezüglich als besonders relevant erwiesen:

Netzwerk Universitätsmedizin

Das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) wurde im April 2020 im Zuge der Pandemiebekämpfung gegründet. In dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Netzwerk arbeiten alle Standorte der Hochschulmedizin zusammen mit dem Ziel, die COVID-19-Forschung noch besser zu koordinieren und für das Gesundheitswesen zugänglich zu machen.

Das Netzwerk ermöglicht die schnellere Rekrutierung von größeren Patient:innengruppen für klinische Studien. Außerdem wird sichergestellt, dass Erkenntnisse bundesweit einheitlich Eingang in die Krankenversorgung finden und Innovationen schnell umgesetzt werden können.

Die Auswirkungen der Pandemie werden die Arbeit des NUM in den nächsten Jahren weiterhin prägen. Das NUM soll aber auch über COVID-19 hinaus als Plattform für neue Herausforderungen im Gesundheitswesen gestärkt werden. Zudem kann das Netzwerk eine nationale Anlaufstelle für Patient:innenorganisationen, Ethikkommissionen, Datenschutzbeauftragte, Förder:innen, Industrie und internationale Verbände sein, um gemeinsame Standards und schlanke Prozesse zu etablieren.

Medizininformatik-Initiative

Ziel der vom BMBF geförderten Medizininformatik-Initiative (MII) ist es, routinemäßig erhobene Behandlungsdaten mit Studiendaten zu verknüpfen und für die Forschung nutzbar zu machen und damit Therapie, Diagnose und Prävention von Krankheiten zu verbessern. Es werden einheitliche Datenstandards definiert, Daten strukturiert vorgehalten und Schnittstellen für verschiedene Systeme geschaffen. Entsprechende Strukturen (Datenintegrationszentren) werden an Universitätsklinika aufgebaut und vernetzt. Dort werden IT-Lösungen und Prozesse zur standardisierten Erfassung, Qualitätssicherung und Nutzung von Daten entwickelt, die an konkreten Anwendungsfällen getestet werden („Use Cases“). Beispiele für solche Use Cases sind die IT-basierte Unterstützung von Diagnose und Therapiewahl bei seltenen Erkrankungen, die Rekrutierung von Patient:innen für klinische Studien oder die Bündelung von Daten für die COVID-19-Forschung.

Die Initiative erhält vom Bund bis 2022 rund 180 Mio. Euro. Für die anstehende Förderphase von 2023 bis 2026 stellt das BMBF rund 200 Millionen Euro zur Verfügung. Die MII hat im Bereich Standardisierung und Kooperation bereits Maßstäbe gesetzt, die auch außerhalb des Netzwerks wirken. Zu nennen wären die Einführung des internationalen Fachbegriffe-Standards SNOMED CT, der MII-Kerndatensatz (Mindestanforderung für Daten stationärer Patient:innen) oder die mit allen Landesdatenschutzbeauftragten abgestimmte, einheitliche Einwilligung für Patient:innen („Broad Consent“).

Unsere Position

Um noch effektiver zu werden, muss die MII auch in Zukunft mit anderen Strukturen eng verzahnt sein, z. B. bei der Entwicklung standardisierter Inhalte der elektronischen Patientenakte (ePA). Die Strukturen der MII werden auch nach Ende der letzten Förderphase in der medizinischen Forschung gebraucht. Die MII benötigt deshalb eine nachhaltige Finanzierung.

Die Finanzierung des NUM ist derzeit bis zum Jahr 2024 befristet. Seine Arbeit muss dauerhaft finanziert werden. Struktur und Inhalte müssen in den nächsten Jahren an die Zeit nach der Pandemie und mit der MII integriert werden.

Krankenhausplanung und -finanzierung



„Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“ Koalitionsvertrag 2021, S. 86

Auf einen Blick

Eine Reform, die die Krankenhauslandschaft in Bezug auf Planung und Versorgung zu einem gestuften System weiterentwickelt, ist zu begrüßen. Die Anerkennung von Universitätsklinika als eigener Versorgungsstufe entspricht der Versorgungsrealität. Die gemeinsame Umsetzung durch Bund und Länder wird eine Herausforderung.

Hintergrund

Die medizinische Versorgungsstruktur in Deutschland ist inhomogen und teilweise dysfunktional. Vor allem in Großstädten herrscht ein Überangebot, im ländlichen Raum gibt es Versorgungslücken. Das Leistungsangebot orientiert sich auch aufgrund wirtschaftlicher Erwägungen nicht zwangsläufig am tatsächlichen Versorgungsbedarf. Die Allokation begrenzter Personal- und Finanzressourcen ist folglich ineffizient. Die demographische Entwicklung verstärkt diese Herausforderungen nochmals. Der Koalitionsvertrag sieht deshalb eine Abkehr vom Einheitspreissystem und eine Hinwendung zu einem differenzierteren System der Krankenhausvergütung vor.

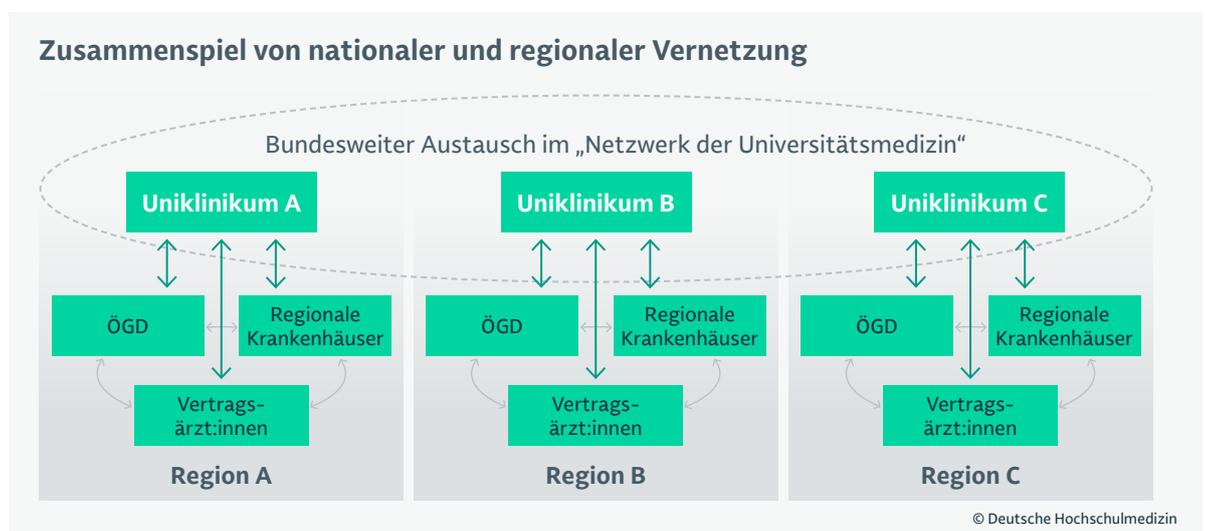
Unsere Position

Der im Koalitionsvertrag vorgesehene Differenzierungsansatz nach Versorgungsstufen und damit einhergehenden unterschiedlichen Rollen und Aufgaben der einzelnen Krankenhäuser ist ein richtiger Schritt. Die Zuweisung einer eigenen Versorgungsstufe für die Universitätsklinika ist sachgerecht und entspricht der Versorgungsrealität. Universitätsklinika heben sich durch ein

breites Fächerspektrum, hohe Interdisziplinarität und der Anwendung neuer Therapieformen aus der Krankenhauslandschaft hervor. Dies muss bei der angestrebten Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung umfänglich berücksichtigt werden.

Im Entwurf der Koalitions-Arbeitsgruppe „Gesundheit und Pflege“ war vorgesehen, dass Länder, die sich an den Leitplanken der Krankenhausplanung orientieren, einen Bundeszuschuss zur Investitionsfinanzierung erhalten. Diese Regelung fehlt im finalen Koalitionsvertrag. Damit geht ein wichtiger Anreiz zum Erfolg der gestuften Krankenhausversorgung verloren. Die Bundesregierung steht nun vor der Herausforderung, die Vorteile der gestuften Versorgung so herauszuarbeiten, dass diese von den Ländern umgesetzt werden.

Neben der Einteilung in Versorgungsstufen sind bei der Krankenhausplanung auf Landesebene regionale Versorgungsnetzwerke zu etablieren, in denen jedem Leistungserbringer eine eindeutige Rolle zugeordnet wird. Die Netzwerke sollten zunächst alle bedarfsnotwendigen Krankenhäuser mit ihren jeweiligen Versorgungsstufen und idealerweise ein Universitätsklinikum als Koordinator umfassen. Perspektivisch ist eine Weiterentwicklung über die Sektorengrenzen anzustreben. Gleichzeitig sollten weitere Akteure (Prävention, Reha-Einrichtungen, Öffentlicher Gesundheitsdienst) einbezogen werden. Die Vernetzung in einer Region mit einem Universitätsklinikum als Koordinator wird ergänzt um den bundesweiten Austausch der Universitätsklinika im Netzwerk Universitätsmedizin (NUM), so dass neueste medizinische Erkenntnisse zeitnah in die Versorgung in der Region einfließen.



Ambulante Versorgung



„Zur weiteren Erforschung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung rund um die Langzeitfolgen von Covid19 sowie [...] ME/CFS [...] schaffen wir ein deutschlandweites Netzwerk von Kompetenzzentren und interdisziplinären Ambulanzen.“ Koalitionsvertrag 2021, S. 83

„Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um.“ Koalitionsvertrag 2021, S. 84

Auf einen Blick

Bei der Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen besteht ein großes Potential. Dies ist Ausdruck des medizinischen Fortschritts und gleichzeitig ein Instrument gegen den Fachkräftemangel. „Hybrid-DRGs“ können ein Impuls zur Förderung der Ambulantisierung sein. Es müssen aber Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit Krankenhäuser, insbesondere auch Universitätsklinika, wirtschaftlich tragfähige Lösungen erhalten und Anreize zur Risikoselektion ausgeschlossen werden.

Hintergrund

Komplexe ambulante Medizin ist oft interdisziplinär, multiprofessionell, infrastrukturintensiv, bedarf einer hochspezialisierten Expertise und unterliegt einer starken Innovationsdynamik. Häufig geht sie mit wiederkehrenden stationären Behandlungsepisoden einher. Universitätsklinika sind in der Lage, derartige Angebote oftmals zeitnah entsprechend der medizinischen Notwendigkeit aufzubauen (z. B. Long-COVID-Ambulanzen).

Dank moderner Medizin sind stationäre Krankenhausaufenthalte heute seltener nötig. Die ambulante Versorgung ist zudem meist effizienter. Ambulantisierung sollte von der Politik daher auch als eine Antwort auf den Fachkräftemangel und für eine effiziente Nutzung knapper Ressourcen gesehen werden. Die Hochschulambulanzen können als Modelle moderner, patient:innenorientierter Versorgungsangebote gesehen werden: Ambulante und stationäre Versorgung erfolgen aus einer Hand, alle Behandlungsangebote sind an einem Ort verfügbar und die Koordination bei komplexen Versorgungsbedarfen wird vereinfacht.

Pauschale Entgelte in Verbindung mit einer großen Zahl von Leistungserbringern auch aus dem niedergelassenen Bereich können zu steigenden Fallzahlen und somit zur Überversorgung führen. Zudem müssen Leistungen hochgradig standardisierbar und ihre Erbringung zeitlich eingrenzbar sein, damit sie sachgerecht in Fallpauschalen abgebildet werden können, andernfalls droht Risikoselektion. Trotz intensiver Bemühungen um Standardisierung sammeln sich innerhalb einzelner DRG hochaufwändige Behandlungsfälle tendenziell Universitätsklinika und Häusern der Maximalversorgung, was dort zu Finanzierungsnachteilen führt. Daher sind Anreize zur Risikoselektion und der damit verbundenen wirtschaftlichen Benachteiligung von Universitätsklinika und Maximalversorgern bei Einführung von Hybrid-DRGs von vornherein zu vermeiden.

Unsere Position

Bei der Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen besteht ein großes Potential. Universitätsklinika haben hohe Kompetenz bei der Erbringung ambulanter Leistungen und die notwendige Expertise, um auch kurzfristig Versorgungsangebote für neu auftretende Krankheitsbilder zu schaffen, wie z. B. Long-COVID. Mit Blick auf die Erfahrungen aus dem stationären Versorgungssektor muss genau auf die Rahmenbedingungen geachtet werden, unter denen „Hybrid-DRG“ als Finanzierungsinstrument implementiert werden.

Notfallversorgung



„Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen. Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen [...] erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung [...].“ Koalitionsvertrag 2021, S. 84–85 f.

Auf einen Blick

Integrierte Notfallzentren (INZ) sind die richtige Struktur für die ambulante Notfallversorgung. Krankenhäuser mit umfassender stationärer Notfallversorgung müssen hier aber die Federführung innehaben. Ein Vorrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) widerspricht der Versorgungsrealität.

Hintergrund

Das System der ambulanten Notfallversorgung ist in der derzeitigen Form nicht bedarfsgerecht und muss neu geordnet werden. Die ambulante Notfallversorgung muss in Integrierten Notfallzentren (INZ) konzentriert werden. INZ sind eng mit den zentralen Krankenhausnotaufnahmen verzahnt. Getrennte Zuständigkeiten zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung wären deshalb kontraproduktiv und widersprechen dem Leitbild der sektorenübergreifenden Versorgung.

Unsere Position

Die Notfallversorgung in INZ ist ein richtiger Schritt. Allerdings ist das im Koalitionsvertrag vorgesehene Vorrecht der KVen über die Organisationshoheit der INZ kritisch zu sehen. Das Triagieren von Patient:innen vor der Notaufnahme einer Universitätsklinik niedergelassenen Ärzt:innen zu überlassen, wird nicht zu einer Verbesserung der Krankenversorgung führen. Gerade Krankenhäuser mit einer umfassenden stationären Notfallversorgung müssen in jedem Fall die Federführung im jeweiligen INZ innehaben. Dabei müssen die ambulante und stationäre Notfallversorgung durch die Länder gemeinsam geplant werden.

Daten und Digitalisierung



„Den Zugang zu Forschungsdaten für öffentliche und private Forschung wollen wir mit einem Forschungsdatengesetz umfassend verbessern [...]. Datenteilung von vollständig anonymisierten und nicht personenbezogenen Daten für Forschung im öffentlichen Interesse wollen wir ermöglichen.“

Koalitionsvertrag 2021, S. 21

„Wir ermöglichen regelhaft telemedizinische Leistungen inklusive [...] Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung.

Wir beschleunigen die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) [...] und deren nutzenbringende Anwendung [...]. Alle Versicherten bekommen DSGVO-konform eine ePA zur Verfügung gestellt; ihre Nutzung ist freiwillig (opt-out).“ Koalitionsvertrag 2021, S. 83

Auf einen Blick

Medizinische Daten haben ein enormes Potenzial für Forschung und Krankenversorgung. Der Koalitionsvertrag setzt hinsichtlich Datenerhebung, -nutzung und -infrastruktur positive Signale.

Die vorgesehene Umsetzung der elektronischen Patientenakte (ePA) als Opt-out-Lösung und das Ausbauen telemedizinischer Angebote sind zu begrüßen. Eine künftige Krankenhausplanung sollte das Potenzial der Telemedizin berücksichtigen. Im Koalitionsvertrag bleibt jedoch unberücksichtigt, wie die Digitalisierung der Krankenhäuser refinanziert werden soll.

Hintergrund

Digitale medizinische Daten haben einen unschätzbaren Wert für Forschung und Versorgung. Ihre Nutzung kann dazu beitragen, Krankheiten zu heilen oder zu vermeiden. Die Digitalisierung betrifft als Querschnittsthema alle Bereiche der Hochschulmedizin. Neben der Analyse von Daten und Entwicklung von Modellen in der Forschung, gehören auch das Erlernen von Digitalkompetenzen im Studium und der Weiterbildung dazu. Digitale Anwendungen haben auch Potential für die Versorgung (z. B. „wearables“ oder KI-Anwendungen in der Diagnostik). All diese Entwicklungen kommen so nur in der Hochschulmedizin zusammen. Die Digitalisierung ist aber auch mit vielen Herausforderungen sowie einem unsicheren Rechtsrahmen verbunden. Die Prinzipien von Datensparsamkeit und strenger Zweckbindung sind angesichts des großen Potenzials medizinischer Daten nicht mehr zeitgemäß.

Für eine effiziente sektorenübergreifende Versorgung in Netzwerken ist eine Digitalisierung des Gesundheitswesens maßgeblich. Innerhalb der Versorgungsnetzwerke sind z. B. telemedizinische Behandlungen und Konsile hilfreich. So kann die besondere Expertise der Universitätsmedizin in die Fläche gebracht werden. Die elektronische Patientenakte (ePA) muss hierbei als Schnittstelle zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und Versorgungsstufen fungieren. Dabei muss sichergestellt sein, dass der Rechtsrahmen und die Umsetzung der forschungskompatiblen ePA eine effektive Nutzung der Daten für die Forschung ermöglichen.

Unsere Position

Der Koalitionsvertrag setzt positive Signale für eine umfassendere Datenerhebung und Nutzung für die Forschung sowie den beschleunigten Ausbau der Infrastruktur des Gesundheitswesens.

Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Umsetzung der ePA als Opt-out-Lösung ist ein richtiger Ansatz. Der Ausbau telemedizinischer Angebote wird die Versorgung verbessern – insbesondere, weil sie das Arbeiten in Netzwerkstrukturen und zwischen den Versorgungsstufen deutlich erleichtern. Auch eine künftige Krankenhausplanung sollte daher das Potenzial der Telemedizin berücksichtigen. Modellprojekte wie das „Virtuelle Krankenhaus NRW“ zeigen die Möglichkeiten. Um solche Modelle zu verstetigen, muss jedoch in allen bedarfsnotwendigen Einrichtungen ein hohes Digitalisierungsniveau erreicht werden. Mit dem Krankenhauszukunftsfonds ist dafür ein Instrument geschaffen worden. Derartige Förderungen durch den Bund zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, an denen auch die Universitätsklinika partizipieren können, sollten verstetigt werden

Medizinstudium und Approbationsordnung



„Wir wollen einen Bund-Länder-Prozess zur Weiterentwicklung des Kapazitätsrechts in Gang setzen.“ Koalitionsvertrag 2021, S. 22

„Wir aktualisieren das Konzept zur Fortentwicklung der Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten, um auch medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche leichter verfügbar zu machen. [...] Die Approbationsordnung wird mehr auf Digitalisierung, Ambulantisierung, Spezialisierung, Individualisierung und berufsgruppenübergreifende Kooperation ausgerichtet.“ Koalitionsvertrag 2021, S. 82

„Die Gendermedizin wird Teil des Medizinstudiums, der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe werden.“ Koalitionsvertrag 2021, S. 86

Auf einen Blick

Strittige Fragen um die Reform der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte (ÄApprO) müssen schnellstmöglich geklärt werden, damit die Novelle endlich verabschiedet werden kann. Der Bund muss sich an der Finanzierung der Reform beteiligen. Über eine strukturierte Diskussion muss geklärt werden, wie viele Medizinstudienplätze Deutschland künftig braucht.

Hintergrund

Medizin wird in Deutschland nach der ÄApprO gelehrt. Die Politik hat mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 die Grundrichtung für eine Novellierung aufgezeigt. Allgemeinmedizin und Wissenschaftlichkeit sollen gestärkt werden. Zudem wird vermehrt auf die Vermittlung von Kompetenzen gesetzt. Der Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) soll künftig verpflichtend werden. Mit der Überarbeitung des NKLM hat die Hochschulmedizin bereits eine wesentliche Grundlage für die Umsetzung der ÄApprO geschaffen. Aktuell arbeitet die Hochschulmedizin an einem NKLM 3.0, der aktuelle Themen und Entwicklungen aufgreift.

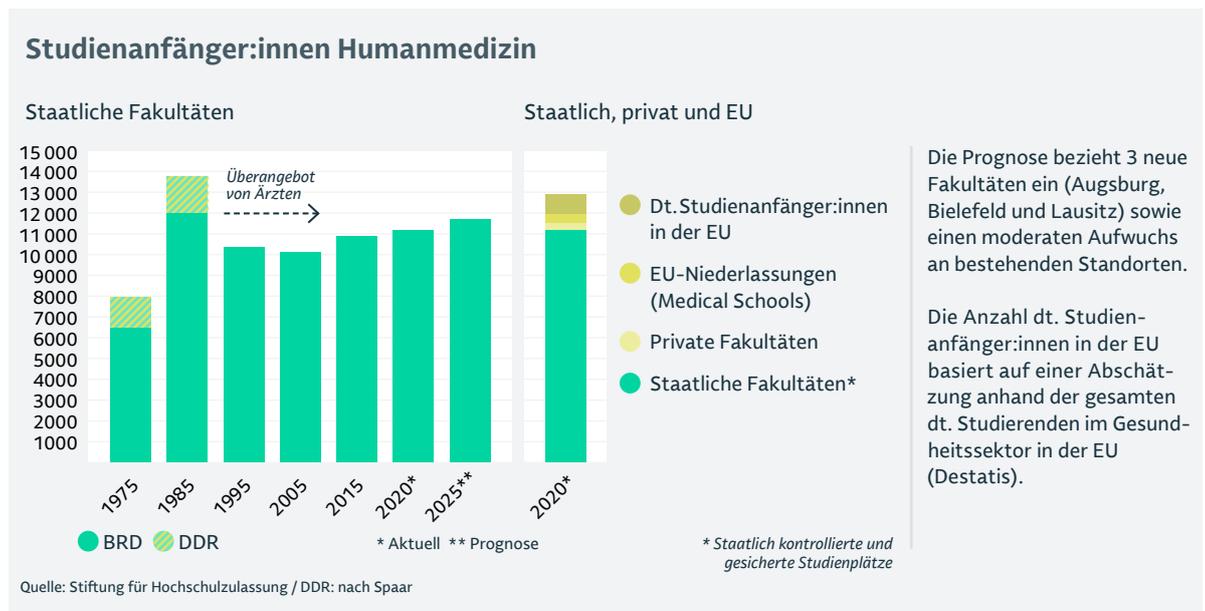
Digitale Instrumente sind bereits ein fester Bestandteil der medizinischen Lehre. Die Pandemie hat der digitalen Lehre einen Innovationsschub gegeben. Klar ist aber auch, dass ohne Patient:innenkontakt ein Medizinstudium in der heute gewohnten Qualität nicht möglich ist.

Unsere Position

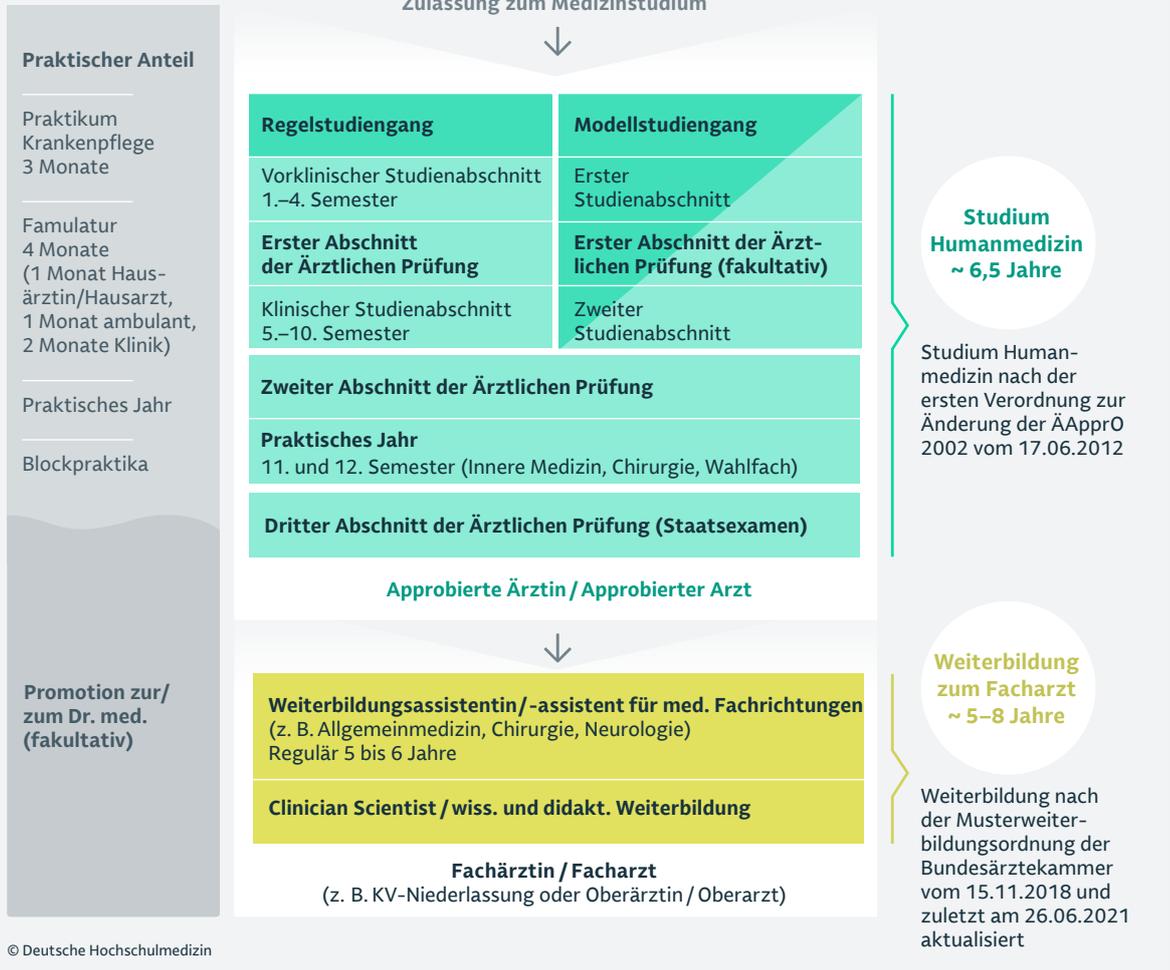
Ein Teil der im Koalitionsvertrag erwähnten Ausrichtung ist in den aktuellen Entwurf der ÄApprO bzw. den NKLM 2.0. bereits eingegangen, z. B. die Ambulantisierung und interprofessionelle Kooperationen. Aspekte wie die Digitalisierung sollten noch gestärkt werden. Neu hinzukommende gesellschaftliche Themen, wie Gendermedizin oder der Umgang mit dem Klimawandel sind bereits jetzt im NKLM abgebildet. Sobald der NKLM gemäß der novellierten ÄApprO Grundlage für das Medizinstudium ist, können dertartige inhaltliche Weiterentwicklungen zukünftig schneller und bedarfsorientiert ins Medizinstudium aufgenommen werden.

Die Novelle der ÄApprO wird insgesamt jährliche Mehrkosten von mindestens 400 bis 500 Mio. Euro verursachen, deren Finanzierung bisher immer noch unklar ist. Hieran muss sich der Bund als Initiator der Reform beteiligen. Selbst bei einer Veröffentlichung im Jahr 2022 ist ein Inkrafttreten frühestens 2026 möglich. Denn die Vorbereitung inklusive des erforderlichen Neubaus von Lehrgebäuden benötigt Zeit. Die strittigen Fragen müssen schnellstmöglich geklärt werden, damit die Novelle der ÄApprO endlich verabschiedet werden kann.

Aufgrund der langen Ausbildung von Mediziner:innen werden die Konsequenzen einer Änderung der ÄApprO erst nach zehn bis zwölf Jahren sichtbar. Aktuelle Probleme, wie das Fehlen von Ärzt:innen in ländlichen und strukturschwachen sowie Überversorgung in vielen städtischen Regionen oder Fachrichtungen, wird man kurz- bis mittelfristig nicht über das Medizinstudium lösen. Darüber hinaus steigt die Zahl der Studienanfänger:innen in der Humanmedizin seit Jahren, ohne dass es eine strukturierte und unabhängige Analyse zum tatsächlichen Bedarf an Studienplätzen gibt oder es alternative Ansätze gibt. Dies muss dringend nachgeholt werden.



So wird man Ärztin/Arzt



Weiterbildung



„Im Rahmen der Reform der Krankenhausvergütung werden Mittel für Weiterbildung in den Fallpauschalen künftig nur an die Kliniken anteilig ausgezahlt, die weiterbilden.“

Koalitionsvertrag 2021, S. 82

Auf einen Blick

Mit der fachärztlichen Weiterbildung erbringen Universitätsklinika für das gesamte Gesundheitswesen eine unersetzliche Leistung. Da die Weiterbildung nicht eigenständig finanziert wird, entsteht für die Universitätsklinika, die sich überdurchschnittlich an der ärztlichen Weiterbildung beteiligen, ein wirtschaftlicher Nachteil. Die Neuregelung ist daher überfällig.

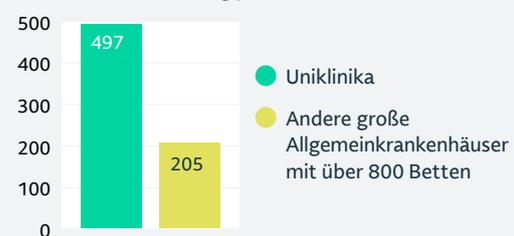
Hintergrund

Die Universitätsklinika bilden überdurchschnittlich viele Fachärzt:innen weiter. In manchen Fächern findet die Weiterbildung fast ausschließlich in der Universitätsmedizin statt (z. B. Virologie, Infektionsepidemiologie). Denn nur in der Hochschulmedizin ist die entsprechende Infrastruktur durch spezielle Abteilungen, große Diagnostiklabors und auszubildendes Fachpersonal sichergestellt. Die Universitätsklinika erbringen durch die Weiterbildung dieser Fachärzte für das gesamte Gesundheitswesen eine unersetzliche Leistung. Die Kosten für weiterbildende Häuser sind erheblich. So müssen Fachärzte die Zeit aufbringen, ihre Kolleg:innen anzuleiten. Durch die Weiterbildung werden Operationssäle länger belegt und Diagnostikuntersuchungen sind zeitaufwändiger.

Das Vergütungssystem sieht keine eigenständige Finanzierung für diesen Aufwand vor. Die Kosten der Weiterbildung gehen in den Fallpauschalen unter, so dass der Mehraufwand nicht sachgerecht erstattet wird. Das Nachsehen haben insbesondere Uniklinika, die überdurchschnittlich viele Ärzt:innen weiterbilden. Obwohl die Uniklinika ca. 10 Prozent der Versorgungskapazitäten vorhalten, führen hier 20 Prozent der Ärzt:innen ihre Weiterbildung durch.

Der Vergleich zeigt:
Deutschlands Uniklinika leisten überproportional viel für die fachärztliche Weiterbildung

Ärzt:in in Weiterbildung pro Haus



Quelle: Statistisches Bundesamt 2019

Unsere Position

Eine Regelung zur dezidierten Finanzierung der Weiterbildung ist überfällig und daher sehr zu begrüßen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten von 2018 bereits den Vorschlag gemacht, eine Rucksack-Finanzierung für jeden Weiterzubildenden zu entwickeln und die Klinika zu finanzieren, die tatsächlich die Weiterbildung durchführen.

Gesundheitsfachberufe



„Die akademische Pflegeausbildung stärken wir gemeinsam mit den Ländern. Dort, wo Pflegefachkräfte in Ausbildung oder Studium bisher keine Ausbildungsvergütung erhalten, schließen wir Regelungslücken. Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u. a. das neue Berufsbild der „Community Health Nurse“. [...] Wir implementieren die Vermittlung digitaler Kompetenzen in der Ausbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe sowie in Fort- und Weiterentwicklung.“

Koalitionsvertrag 2021, S. 82

Auf einen Blick

Die angekündigten Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel sind zu begrüßen, sie reichen aber nicht aus. Die Ausbildungsstätten brauchen finanzielle Unterstützung. Alle Gesundheitsfachberufe müssen aufgewertet werden und mehr Kompetenzen erhalten. Dafür muss die Regierung die rechtlichen Rahmenbedingungen schaffen.

Hintergrund

Die Hochschulmedizin gewährleistet auch die Ausbildung in allen Gesundheitsfachberufen (Pflegeberufe, Hebammen, therapeutische Berufe wie Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie). Vermehrt bietet die Hochschulmedizin hierfür auch Bachelorstudiengänge an. Denn in und außerhalb der Hochschulmedizin sind zunehmend spezialisierte, praxiserfahrene Fachkräfte gefragt, die auch wissenschaftlich und interdisziplinär arbeiten. Einzelne Standorte bauen dazu neue Studiengänge auf, die mit der Einrichtung neuer Professuren und eigenen Forschungstätigkeiten in diesen Disziplinen einhergehen. Hiermit wird ein wichtiger Beitrag zur zukunftsfesten Ausgestaltung des Gesundheitswesens geleistet. Dieser setzt voraus, dass hierfür ausreichend Ausbildungskapazitäten durch eine nachhaltige Finanzierung sichergestellt werden können.

Unsere Position

Die von der Koalition angekündigte Ausbildungsvergütung wird die akademische Pflegeausbildung für angehende Pflegenden attraktiver machen. Darüber hinaus müssen aber auch die Ausbildungsstätten für diese neuen Aufgaben entsprechend finanziell gefördert werden. Die Ausbildungsstätten der Universitätsklinika werden in einigen Bundesländern nicht auskömmlich finanziert. Der Anteil an Investitionskosten für die Schulausstattung wird für die Uniklinika nicht übernommen, im Gegensatz zu Maximalversorgern. Hier sind Uniklinika eindeutig schlechter gestellt, obwohl sie einen Großteil der Gesundheitsfachkräfte ausbilden.

Der Koalitionsvertrag erkennt richtigerweise den Fachkräftemangel als ein zentrales Problem der kommenden Jahre und Jahrzehnte an. In der kommenden Legislaturperiode sollen daher die Verfahren zur Gewinnung von ausländischen Fachkräften und die Anerkennung im Ausland erworbener Berufsabschlüsse vereinfacht und beschleunigt werden.

Darüber hinaus müssen Aufgaben in und zwischen den medizinischen Professionen anders verteilt werden. Die Akademisierung der Pflege voranzutreiben, ist ein guter Ansatz. Es müssen jedoch alle Gesundheitsfachberufe eine Aufwertung erfahren und mehr Kompetenzen erhalten, wie dies in anderen europäischen Ländern bereits üblich ist. Die Kompetenzverteilung und Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams darf nicht durch veraltete Berufsauffassungen behindert werden. Die rechtlichen Rahmenbedingungen müssen hierfür neu ausgerichtet werden.

Pflege im Krankenhaus



„Kurzfristig führen wir zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0. (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein.“ Koalitionsvertrag 2021, S. 81

Auf einen Blick

Die Einführung der Pflegepersonalregelung 2.0 bringt per se keine Verbesserungen, sie dokumentiert nur den bereits bekannten Fachkräftemangel. Auf keinen Fall darf sie zu noch mehr Bürokratie und finanziellen Verwerfungen zu Lasten der Universitätsklinika führen.

Hintergrund

Durch die Anwendung einer verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus, „PPR 2.0“, wird der ohnehin schon bekannte Fachkräftemangel lediglich dokumentiert. Wird sie gleichzeitig mit der Finanzierung des Pflegebudgets verknüpft, sind Streitigkeiten um die richtige PPR-Einstufung mit den Kostenträgern vorprogrammiert. Sollten andere Regelungen, wie etwa die Pflegepersonaluntergrenzen, parallel bestehen bleiben, führt dies zu einem weiteren Aufwuchs der ohnehin schon überbordenden Bürokratie. Diese ist eine der wesentlichen Belastungen für Pflegekräfte und andere Berufsgruppen im Krankenhaus.

Unsere Position

Inwieweit die im Koalitionsvertrag anvisierte kurzfristige Einführung der verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus „PPR 2.0“ eine Verbesserung für die Pflegekräfte mit sich bringt, erschließt sich nicht. Die „PPR 2.0“ per se wird weder für eine quantitative noch für eine qualitative Verbesserung der Personalsituation sorgen. Eine Reform der Krankenhausplanung und -finanzierung muss auch auf eine bessere Allokation der Fachkräfte fokussieren, dort wo sie wirklich gebraucht werden. Dabei sind auch Ansätze der Ambulantisierung weiter zu verfolgen, die mit Blick auf den demographischen Wandel eine effiziente Patientenversorgung ohne Überforderung des vorhandenen Personals ermöglichen. Darüber hinaus tragen die Aufwertung nichtärztlicher Berufe und eine neue Kompetenzverteilung zwischen den Gesundheitsberufen zu einer höheren Zufriedenheit der Krankenhausmitarbeiter:innen bei.

Bürokratieabbau



„Wir überprüfen das SGB V und weitere Normen hinsichtlich durch technischen Fortschritt überholter Dokumentationspflichten. Durch ein Bürokratieabbaupaket bauen wir Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten ab. Die Belastungen durch Bürokratie und Berichtspflichten jenseits gesetzlicher Regelungen werden kenntlich gemacht. Wir verstetigen die Verfahrenserleichterungen, die sich in der Pandemie bewährt haben.“ Koalitionsvertrag 2021, S. 84

Auf einen Blick

Bürokratieabbau ist ein wesentlicher Baustein der Personalentlastung in den Krankenhäusern. Ob das im Koalitionsvertrag angestrebte Paket die erhoffte Verbesserung bringt, ist mit Skepsis zu sehen.

Hintergrund

Der Dokumentationsaufwand, z. B. bei der Einführung innovativer Behandlungsmethoden, ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Sei es durch Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder in Folge von Struktur- und Abrechnungsprüfungen. Dieser Aufwand steht häufig in keinem Verhältnis zum damit verbundenen Versuch, die Behandlungsqualität zu verbessern. Die Qualitätssicherung sollte den Patient:innen dienen. Hier sind künftig bürokratieärmere Ansätze zu wählen, damit sich das vorhandene Personal wieder verstärkt der Krankenversorgung widmen kann und die Attraktivität von Gesundheitsberufen zunimmt. An diesem Punkt setzt die Absicht im Koalitionsvertrag an, mit einem Bürokratieabbaupaket die Belastungen durch Bürokratie und Berichtspflichten zu reduzieren.

Unsere Position

Ob dieser Ansatz tatsächlich Wirkung entfalten wird, bleibt abzuwarten. In der Vergangenheit haben schon andere Initiativen, die Krankenhausbürokratie zu reduzieren, nicht oder nur bedingt gefruchtet wie etwa die Prüfung von Strukturmerkmalen von Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Tierversuche



„Wir legen eine Reduktionsstrategie zu Tierversuchen vor. Wir verstärken die Forschung zu Alternativen, ihre Umsetzung in die Praxis und etablieren ein ressortübergreifendes Kompetenznetzwerk.“ Koalitionsvertrag 2021, S. 44

Auf einen Blick

Eine Strategie zur Reduktion von Tierversuchen muss zusammen mit der Wissenschaft erarbeitet werden.

Hintergrund

Fast alle grundlegenden medizinischen Fortschritte der Vergangenheit gehen auf Versuche mit Tieren zurück. Als Beispiele sind Antibiotika, Herzschrittmacher oder Krebstherapien zu nennen. Auch die extrem schnelle Entwicklung von Impfstoffen gegen COVID-19 wäre ohne Tierversuche nicht möglich gewesen.

In der Hochschulmedizin prüft man mit Tierversuchen z. B. neue Therapien vor der ersten Anwendung am Menschen auf Nebenwirkungen. Jeder Tierversuch muss in Deutschland genehmigt werden. Einige Tests sind gesetzlich vorgeschrieben. Für andere gibt es bisher keine passenden Alternativen.

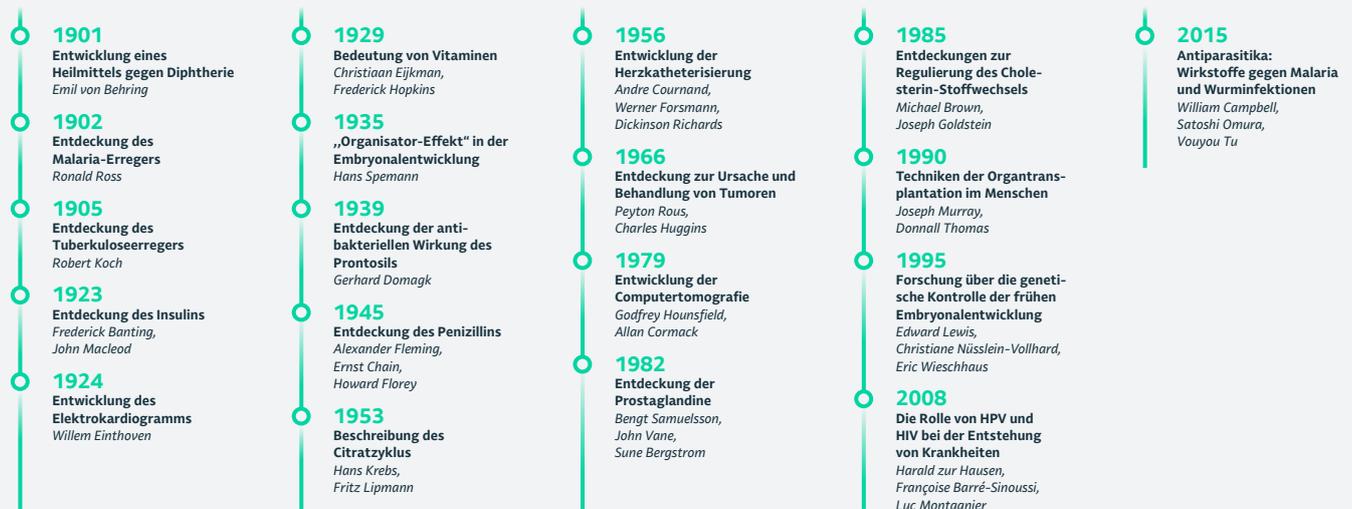
Die Hochschulmedizin forscht an der Entwicklung neuer Verfahren, die Tierversuche ersetzen können. Bis diese zur Verfügung stehen, gilt das 3R-Prinzip (Replace, Reduce, Refine): Tierversuche wenn möglich vermeiden und die Zahl der Tiere und ihr Leiden in Versuchen auf das unerlässliche Maß beschränken.

Unsere Position

Die medizinische Forschung kommt derzeit (noch) nicht ohne Tierversuche aus. Eine Reduktionsstrategie sollte in enger Zusammenarbeit mit der Wissenschaft erarbeitet werden, damit diese nicht dem medizinischen Erkenntnisgewinn entgegensteht. Zudem sollten Einschränkungen auch immer die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Hochschulmedizin im internationalen Umfeld berücksichtigen.

Wie wichtig sind Tierversuche für die Forschung?

(anhand einiger Nobelpreisträger:innen für Medizin)



Quelle: Tierversuche in der Forschung, Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), 2016



Standorte der Deutschen Hochschulmedizin



Herausgeber:
Deutsche Hochschulmedizin e. V.
Alt-Moabit 96 · 10559 Berlin

Verantwortlich: Sebastian Draeger,
Richard Blomberg

Gestaltung:
weissbunt, Design und Kontext, Berlin

Text und Lektorat:
MainKonzept, Würzburg

Redaktionsschluss: 06. April 2022