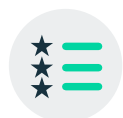




# Agenda der Deutschen Hochschulmedizin für die kommende Legislaturperiode



1. Zusammenfassung 2
2. Unentbehrliche Rolle der Deutschen Hochschulmedizin 3
3. Versorgung steuern, Vernetzung stärken, Resilienz erhöhen 5
4. Innovationen ermöglichen, Potenziale heben, Translation fördern 10
5. Bürokratieabbau priorisieren, Freiräume schaffen, Karriereperspektiven eröffnen 14

# 1. Zusammenfassung



## **Krankenhausreform umsetzen und Netzwerkstrukturen ausbauen**

Der Kurs der Krankenhausreform muss beibehalten werden: Die Strukturen der Krankenhausversorgung müssen konzentriert werden. Leitbild für die Krankenhauslandschaft der Zukunft sind regionale und überregionale Netzwerke, in denen Universitätsklinika und Maximalversorger die Versorgung koordinieren.



## **Hochschulambulanzen stärken**

Die Hochschulambulanzen müssen weiter gestärkt werden. Sie sind der Motor für Innovationen in der ambulanten Medizin. Die Rolle der Hochschulambulanzen in der ambulanten Krankenversorgung ist aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankungen sowie der Bedeutung für die praktische Ausbildung der künftigen Medizinerinnen und Mediziner von besonderer Bedeutung.



## **Resilienz erhöhen**

Die Widerstandsfähigkeit des Gesundheitswesens gegenüber pandemischen und militärischen Bedrohungsszenarien muss gestärkt werden. Öffentlich getragene Krankenhäuser tragen dabei eine besondere Verantwortung und müssen hierfür unterstützt werden.



## **Wissenschaftsgetriebene Forschung unterstützen**

Die klinischen Studien, die aus der Wissenschaft heraus initiiert und mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, müssen gestärkt werden.



## **Gesundheitsdatennutzung ermöglichen**

Deutschland braucht eine ressortübergreifende Strategie zur Umsetzung des Europäischen Gesundheitsdatenraumes (EHDS) und eine nachhaltige Finanzierung der bestehenden Infrastrukturen, wie Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) und Medizininformatik-Initiative (MII).



## **Innovationszentren implementieren**

In universitären Innovationszentren können unter geschützten Rahmenbedingungen Innovationen für eine Anwendung in der Regelversorgung geprüft und etabliert werden, z. B. im Bereich der ATMP bzw. Gen- und Zelltherapien. Das erfolgreich umgesetzte Modellvorhaben zur Genomsequenzierung ist die Blaupause für die Implementierung solcher Innovationszentren.



## **Regulierungen verringern**

Um Translation und Ausgründungen in der Biomedizin zu stärken, müssen hemmende Regulierungen abgebaut werden.



## **Bürokratie abbauen**

Der Bürokratieabbau in der Gesundheitsversorgung muss hohe Priorität haben und ist das wichtigste Instrument gegen den Fachkräftemangel. Mehrfachregulierung für gleiche Sachverhalte führt zu Ressourcenverschwendung und Zusatzkosten ohne einen Gewinn an Transparenz oder Qualität.



## **Akademisierung und Ausbildungsreform vorantreiben**

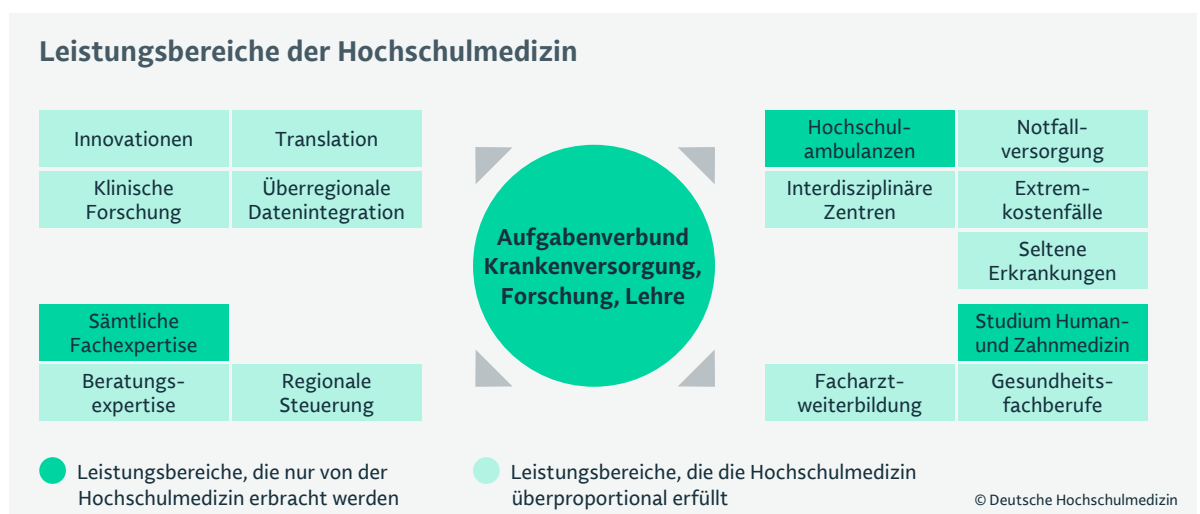
Zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens muss die Teilakademisierung und Kompetenzerweiterung der Gesundheitsfachberufe vorangetrieben und die medizinische Ausbildung modernisiert werden.

## 2. Unentbehrliche Rolle der Deutschen Hochschulmedizin

Das erfolgreiche Zusammenwirken von Krankenversorgung, Forschung und Lehre kennzeichnet die Hochschulmedizin. Die 39 Medizinischen Fakultäten und 36 Universitätsklinika wirken gemeinsam als Deutsche Hochschulmedizin. Sie arbeiten eng zusammen, ergänzen sich und garantieren medizinische Versorgung auf höchstem Niveau sowie Lehre und Forschung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Um diese enge Zusammenarbeit sichtbar zu machen, haben der Medizinische Fakultätentag (MFT) und der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) die Deutsche Hochschulmedizin (DHM) als gemeinsamen Dachverband gegründet.

Die Medizinischen Fakultäten betreiben die medizinische Lehre und Forschung. Sie sind in der Regel Teil einer Universität oder bilden eine autonome Hochschule. Die enge Zusammenarbeit von Fakultäten und Universitätsklinika ermöglicht Translation: Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung finden ihren Weg in klinische Studien und damit in die erste Patienten-anwendung. Zugleich werden Fragestellungen aus der Krankenversorgung zurück in die Forschung gespiegelt. Die Hochschulmedizin ist durch diese Sonderstellung für die deutsche Krankenversorgungs- und Forschungslandschaft unentbehrlich.

Die Universitätsklinika sind Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe. Sie werden in der Regel von den Bundesländern getragen, halten das komplette medizinische Leistungsspektrum vor und sind erste Anlaufstellen insbesondere für Patientinnen und Patienten mit schweren, komplexen und Seltenen Erkrankungen, die vom Spezialwissen, von Interdisziplinarität, Infrastruktur und innovativen Methoden profitieren. Zudem werden Notfälle einschließlich Schwerstverletzter rund um die Uhr versorgt. Die Universitätsklinika sind damit wichtiger Eckpfeiler des deutschen Gesundheitssystems.



Die Deutsche Hochschulmedizin umfasst:

- jährlich ca. 14.000 Studienanfängerinnen und -anfänger der Human- und Zahnmedizin
- über 105.000 Studierende der (Zahn-)Medizin, Gesundheitsfachberufe, medizinnaher Studiengänge
- jährlich ca. 2 Mio. stationäre Fälle (10 % aller stationären Fälle in Deutschland)
- jährlich ca. 10 Mio. ambulante Fälle
- ca. 3.800 Professuren
- über 200.000 Mitarbeitende in Wissenschaft und Patientenversorgung
- Umsatz: 19,9 Mrd. Euro stationäre Krankenversorgung, 3,3 Mrd. Euro ambulante Krankenversorgung, 4,8 Mrd. Euro Forschung und Lehre, 2,5 Mrd. Euro Drittmittelforschung

## Aufgaben und Finanzierung der Hochschulmedizin

### Finanzierung

GKV- und PKV-Mittel für die Krankenversorgung

Landesmittel aus Wissenschaftsetat für Investitionen

### Uniklinika

Stationäre Patientenversorgung  
 Ambulante Patientenversorgung  
 Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt  
 Ausbildung der Gesundheitsfachberufe



### Forschung

Klinische Versorgung

### Klinische Lehre



### Med. Fakultäten

Grundlagenforschung  
 Studium der Humanmedizin und Zahnmedizin  
 Studium Gesundheitsfachberufe



### Finanzierung

Landesmittel aus Wissenschaftsetat für Forschung und Lehre

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

Drittmittel von Bund, Ländern, EU, Industrie, Wissenschaftsorganisationen

Maximalversorgung  
 Wissenschaftlicher Fortschritt  
 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  
 Ausbildung und Qualifikationen

© Deutsche Hochschulmedizin

## 3. Strukturen anpassen, Vernetzung stärken, Resilienz erhöhen

Das gemeinsame Wirken in vernetzten Strukturen ist zentral für die Entwicklung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung und damit Garant für eine Patientenversorgung in der Hochschulmedizin auf höchstem Niveau. Mit der Krankenhausreform wird die Struktur und die Finanzierung der stationären Versorgung verbessert. Allerdings werden weiterhin nicht alle sich aus den Besonderheiten der Universitätsmedizin ergebenden Versorgungsformen sachgerecht finanziert.

### 3.1. Krankenhausreform stringent umsetzen

Angesichts der finanziellen und demografischen Herausforderungen, vor denen Deutschland steht, sowie dem Fachkräftemangel, braucht das Gesundheitssystem strukturelle Anpassungen mit weitreichenden neuen Weichenstellungen. Deutschland hat weltweit eine der höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf, im Vergleich der OECD-Staaten überdurchschnittlich viel ärztliches und Pflegefachpersonal und belegt auch bei Krankenhausbetten und stationären Fallzahlen Spitzenplätze. Der niedrighschwellige Zugang zur medizinischen Versorgung ist eine Errungenschaft, erfolgt aber bisher, auch zum Nachteil der Patientinnen und Patienten, weitgehend ungesteuert.

#### **Herausforderungen und Notwendigkeit der Reform**

Der mit der Krankenhausreform eingeschlagene Kurs ist richtig und muss konsequent weiterverfolgt werden. Mit der Einführung von Leistungsgruppen haben die Bundesländer ein Instrument erhalten, um die Versorgungsaufträge der einzelnen Krankenhäuser passgenauer zuzuweisen und Leistungen zu konzentrieren. Mit der gestuften Krankenhausversorgung mit regionalen und überregionalen Netzwerken, in denen Universitätsklinika und Maximalversorger die Versorgung koordinieren, lassen sich die notwendigen Strukturveränderungen im Sinne von zielgerichteter Patientensteuerung umsetzen. Die Koordinierungsfunktion für Universitätsklinika bietet die Möglichkeit, dem Ziel einer sektorübergreifenden Versorgung näherzukommen: mit allen Krankenhäusern und perspektivisch auch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Reha- und Pflegeeinrichtungen lässt sich mithilfe gemeinsam abgestimmter Pfade (inkl. Zu- und Abverlegungsmöglichkeiten), effiziente und patientenzentrierte regionale Versorgung umsetzen.

#### **Umsetzung und Weiterentwicklung der Maßnahmen**

Die konkrete Umsetzung der Reform liegt in erster Linie in den Händen der Bundesländer. Der Bund hat die Umsetzung engmaschig zu prüfen, zu monitoren und zu evaluieren. Die Rolle der Krankenhäuser im System muss von den Ländern klar beschrieben werden. Dabei müssen neben

der auskömmlichen Investitionsfinanzierung der Länder bedarfsnotwendige Strukturen über das Instrument der Vorhaltefinanzierung weiterhin abgesichert werden. Die Auswirkungen der Vorhaltefinanzierung und die Wirkung des 20-Prozent-Korridors an Patientenaufwuchs bzw. -abnahme müssen von Anfang an aufmerksam begleitet werden. Die Vorhaltefinanzierung muss die wichtigen Strukturen und Leistungen der Hochleistungsmedizin sachgerecht abbilden und dabei die seit Jahren bekannten Defizite des Fallpauschalensystems kompensieren. Sofern Universitätsklinika Fallzahlreduktionen anderer Krankenhäuser auffangen müssen, ohne aufgrund ihrer Größe dadurch selbst die Schwelle zur Erhöhung der Vorhaltefinanzierung überschreiten zu können, sind gegebenenfalls gesetzliche Nachbesserungen vorzunehmen.

### Zugang zum Transformationsfonds sicherstellen

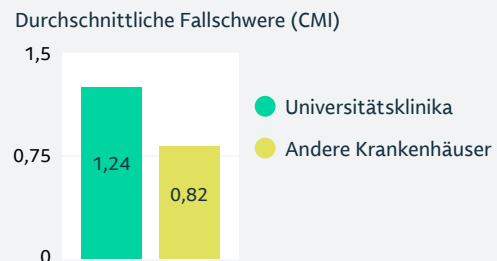
Am Transformationsfonds als Mittel für die Modernisierung der Krankenhauslandschaft ist in jedem Fall festzuhalten. Die Mittel des Transformationsfonds dürfen nur bereitgestellt werden, wo Strukturen tatsächlich im Sinne des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes zukunftsweisend verändert werden. Die Erfahrungen zeigen, dass vor allem die Universitätsmedizin ein wichtiger Akteur ist, um lokale Strukturveränderungen (z. B. in Form von Versorgungseinschränkungen anderer Krankenhäuser) zu kompensieren. Daher muss der Zugang der Universitätsklinika zu den Mitteln des Transformationsfonds uneingeschränkt sichergestellt werden.

### Leistungsgruppen weiterentwickeln

Die Leistungsgruppen sind weiterzuentwickeln und zielgerichtet weiter auszudifferenzieren. Die Qualitätskriterien sind möglichst praktikabel auszugestalten und dürfen keine unverhältnismäßige Bürokratie hervorrufen. Die Qualität der Patientenversorgung muss weiterhin auf hohem Niveau garantiert sein. Dazu gehört auch eine sachgerechte risikoadjustierte Betrachtung der Versorgungsqualität entsprechend der unterschiedlichen Versorgungsaufträge der Krankenhäuser. So werden in Universitätsklinika Patientinnen und Patienten mit häufig überdurchschnittlich komplexem Versorgungsbedarf behandelt.

#### Erste Adresse für Schwerkranke

Universitätsklinika sind oft Hoffnungsträger für Menschen mit schweren oder Seltenen Erkrankungen. Entsprechend hoch ist der durchschnittliche Aufwand je Patientin oder Patient, der im Fallpauschalensystem mittels des sogenannten Case Mix Index (CMI) die Fallschwere abbildet.



Quelle: Berechnung auf Basis eigener Erhebung sowie Gesundheitsberichterstattung (GBE, 2022)

© Deutsche Hochschulmedizin

---

## 3.2. Ambulante Versorgung stärken

Dank des medizinischen Fortschritts und schonender Behandlungsverfahren kann bereits heute ein Teil der Krankenhausaufenthalte durch ambulante Leistungen ersetzt werden. Gleichzeitig können Leistungen in der ambulanten Versorgung mitunter dann effizienter erbracht werden, wenn z. B. Personal nicht rund um die Uhr vorgehalten werden muss. Ambulantisierung ist somit auch eine Antwort auf den Fachkräftemangel. Ambulante Krankenhausversorgung, insbesondere auch in Universitätsklinika, ist jedoch nicht immer mit einer Versorgung im vertragsärztlichen Bereich gleichzusetzen. Um die sektorübergreifende Versorgung und Ambulantisierung zu stärken, sollte Krankenhäusern ein exklusiver Weg für die ambulante Versorgung gebahnt werden und hybride Finanzierungsmodelle (die eine sukzessive Absenkung vom Vergütungsniveau der Fallpauschalen vorsehen) sollten zunächst exklusiv für Krankenhäuser etabliert werden. Ambulantisierung muss für Krankenhäuser wirtschaftlich darstellbar sein, wenn sie gelingen soll.

### Hochschulambulanzen als Innovationsmotor

Die Hochschulambulanzen der Universitätsklinika bieten Behandlungsmöglichkeiten, die sonst im deutschen Gesundheitssystem nicht vorgehalten werden. Dort werden Patientinnen und Patienten aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheit bestmöglich über Sektorengrenzen hinweg versorgt. Zudem dienen Hochschulambulanzen der praktischen Ausbildung künftiger Ärztgenerationen und als wichtiger Baustein für universitäre Forschung. Sie unterscheiden sich somit wesentlich von anderen ambulanten Versorgungsangeboten. Innovative Medizin braucht diesen Bereich, um neue ambulante Behandlungsmethoden zu entwickeln bzw. Versorgungskonzepte aus der stationären (Maximal-)Versorgung in die ambulante Versorgung zu überführen. Die Hochschulambulanzen tragen daher erheblich zur Ambulantisierung bei. Dies muss bei der Finanzierung der Hochschulambulanzen berücksichtigt werden. Die Inanspruchnahme steigt kontinuierlich, auch weil es permanent neue Behandlungsmethoden mit spezialisierter ambulanter Nachsorgenotwendigkeit gibt (z. B. neue Gen- und Immuntherapien). Damit Universitätsklinika Forschung, Lehre und innovative Versorgung auch in den Hochschulambulanzen auf höchstem Niveau fortführen können, muss an der vom Gesetzgeber gewollten wirtschaftlichen Stabilisierung der Hochschulambulanzen festgehalten werden. Die mit der Reform im Jahr 2015 eingesezte Entwicklung der Hochschulambulanzen muss sich hierfür unbedingt noch verstetigen, um die herausragende Funktion der Hochschulambulanzen in der Versorgung zu unterstützen und die politisch gewollte Ambulantisierung im Bereich der Maximalversorgung zu fördern.

---

## 3.3. Notfallversorgung reformieren

Die ambulante Notfallversorgung muss in Integrierten Notfallzentren (INZ) organisiert und konzentriert werden. So können Patientinnen und Patienten schnell auf den richtigen Versorgungspfad gelenkt werden und die Kapazitäten in den Notaufnahmen für tatsächliche Notfälle bereitstehen. INZ müssen an Krankenhäusern mit notfallmedizinischer Expertise und entsprechender Ausstattung angesiedelt sein und unter deren Federführung stehen. Dabei müssen die ambulante und stationäre Notfallversorgung durch die Länder aus einer Hand geplant werden. Getrennte Zuständigkeiten wären angesichts der engen Verschränkung der zentralen Krankenhausnotaufnahme und INZ kontraproduktiv. Zudem ist ersichtlich, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen immer weniger in der Lage sind, die ambulante Notfallversorgung zu gewährleisten. Die Erwar-

tungen der zukünftigen Ärztegenerationen entsprechen immer weniger den Anforderungen niedergelassener Einzelpraxen. Stattdessen stehen Interdisziplinarität, Teilzeitoptionen und Reduktion des eigenen wirtschaftlichen Risikos im Vordergrund. Das Gesundheitssystem muss sich diesen Veränderungen stellen. Die Vorhaltung von Fachärztinnen und -ärzten in Krankenhäusern und zusätzlich in niedergelassenen Praxen ist ein Sonderweg des deutschen Gesundheitswesens. Diese „doppelte Facharztschiene“ wird sich angesichts der skizzierten Entwicklungen der Demografie und des Fachkräftemangels nicht dauerhaft aufrechterhalten lassen. Für eine bedarfsorientierte, wohnortnahe ambulante Versorgung wird insbesondere im ländlichen Raum eine Konzentration auf die Primärversorgung und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erforderlich sein.

### 3.4. Weiteren Reformbedarf angehen

Mit der Krankenhausreform wurden Verbesserungen in der Finanzierung der Universitätsklinika angestoßen. Diese werden aber die systemimmanenten Defizite aus der besonderen Versorgungsrolle der Universitätsklinika nicht sachgerecht ausgleichen können. An drei Bereichen lässt sich die weiterhin systematische Unterfinanzierung der Universitätsklinika im Finanzierungssystem exemplarisch verdeutlichen:

1. Die sogenannten „Extremkostenfälle“, die sich aus Fallkonstellationen ergeben und die innerhalb des Fallpauschalensystems nicht behebbar sind, belasten ein Universitätsklinikum im Durchschnitt mit jährlich ca. 4 Mio. Euro.
2. Trotz einer Erhöhung der Zuschläge für die stationäre Notfallversorgung im Rahmen der Krankenhausreform lässt sich die von Universitätsklinika 24/7 bereitgestellte umfassende Notfallversorgung nicht kostendeckend betreiben.
3. Die Nachweispflichten für Zentren (z. B. für Seltene oder onkologische Erkrankungen gemäß § 136c Absatz 5 SGB V) zum zusätzlichen Finanzierungsbedarf für besondere Aufgaben sind kleinteilig, bürokratisch und in der Praxis oftmals kaum erfüllbar. Auch wird bei der Finanzierung der besondere Aufwand der Zentren für eigene Patientinnen und Patienten ausgeklammert. Die gesetzlichen Grundlagen sind anzupassen, damit die politisch gewollte Förderung auch Wirkung entfaltet. Anstelle der bisherigen Fokussierung auf besondere Aufgaben der Zentren sollte die Finanzierung an strukturelle Kriterien und Vorhaltungen geknüpft sein.

### 3.5. Krisenresiliente Strukturen etablieren

Globale Herausforderungen haben auch Auswirkungen auf unser Gesundheitswesen. In den letzten Jahren haben Handelskonflikte und Produktionsausfälle globale Lieferketten gestört, was zu Engpässen bei Medikamenten, medizinischem Material und technischer Ausrüstung führt. Der russische Angriffskrieg auf die Ukraine hat zudem die Energiepreise zwischenzeitlich stark steigen lassen. Geflüchtete aus Kriegsgebieten benötigen oft sofortige medizinische Versorgung. Cyberattacken auf kritische Infrastrukturen, einschließlich Krankenhäuser und Forschungseinrichtungen, sind zum Alltag geworden. Universitätsklinika sind im Falle militärischer Konfliktlagen zentral für die Versorgung von Verwundeten und der Bevölkerung. Die Resilienz unseres Gesundheitswesens muss angesichts dieser Herausforderungen gestärkt werden. Krankenhäuser, die von der öffentlichen Hand getragen werden, stehen dabei besonders im Fokus und tragen eine besondere Verantwortung. Sie müssen dementsprechend unterstützt werden.



Der Klimawandel führt zu Hitzewellen, die besonders ältere Menschen, chronisch Kranke und Kinder betreffen. Extremwetter wie Überschwemmungen oder Stürme können zu Großschadenslagen führen und die Infrastruktur beschädigen sowie die medizinische Versorgung beeinträchtigen. Klimatische Veränderungen begünstigen die Ausbreitung von Krankheiten, die bisher vor allem im globalen Süden auftreten. Kliniken müssen daher „klimafest“ werden, z. B. durch hitzebeständige Infrastruktur, Notfallpläne und Ressourcen für klimabedingte Gesundheitskrisen.

Die COVID-Pandemie hat die Notwendigkeit robuster Frühwarnsysteme und schneller Forschungsreaktionen verdeutlicht. Neue Pathogene können schnell auftreten, wobei Resistenzen und Zoonosen wachsende Bedrohungen darstellen.

### Resilienz des Gesundheitssystems erhöhen

Die Resilienz unseres Gesundheitssystems muss daher erhöht werden:

1. Investitionen in Sicherheit zur Bereithaltung funktionierender, abwehrender Infrastrukturen und Schutz medizinischer Daten, die wir sowohl für die Versorgung als auch für die Forschung benötigen, sind unabdingbar. In Falle von Bündnis- oder Landesverteidigung müssen Universitätskliniken ihren Beitrag zur Versorgung von kombattierenden und zivilen Personen leisten können.
2. Modernisierungen und Neugestaltung von Gebäuden, Anlagen und Prozessen in der Universitätsmedizin müssen im Sinne des Klimaschutzes nachhaltig und „klimafest“ erfolgen. Durch die besonders leistungsintensive und spezialisierte Patientenversorgung liegt der Ressourcenbedarf ebenso wie die Anforderung an personelle, räumliche und apparative Ausstattung deutlich über dem anderer Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.
3. Gleichzeitig ist die Universitätsmedizin der Ort, an dem wissenschaftliche Evidenz über epidemiologische Erkenntnisse generiert wird. Die Ausbreitung (neuer) Krankheiten und deren Behandlung sowie der Einfluss des Klimawandels auf die Gesundheit werden maßgeblich in der Universitätsmedizin erforscht. So leistet die Universitätsmedizin einen aktiven Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und bildet in den medizinischen Studiengängen und Ausbildungsberufen die künftigen generalistisch und spezialisiert tätigen Fachkräfte aus, die die Leistungen im Gesundheitswesen sicherstellen.

## 3.6. Prävention stärken

Der gesundheitspolitische Stellenwert von Prävention sollte gehoben werden. Prävention kann die negativen Auswirkungen des demografischen Wandels auf Wirtschaft, Gesellschaft und Sozialsysteme begrenzen. Angesichts der finanziellen und personellen Restriktionen, denen unser Gesundheitssystem in Zukunft immer stärker unterliegen wird, kommt der Prävention eine immer größere Bedeutung zu. Eine verbesserte Prävention von z. B. chronischen Krankheiten bedeutet perspektivisch eine Verringerung des Personalbedarfs im Gesundheitswesen. Die Universitätsmedizin, auch in ihrer engen Einbindung in das gesamte universitäre Fächerspektrum, besitzt mit entsprechenden Instituten und Professuren die notwendige Expertise, um ihren Beitrag bei der Entwicklung und Implementierung von disziplinübergreifenden und evidenzbasierten Präventionskonzepten zu leisten. Diese Potenziale gilt es zu heben und die Expertinnen und Experten der Universitätsmedizin stärker bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen einzubinden.

## 4. Innovationen ermöglichen, Potenziale heben, Translation fördern

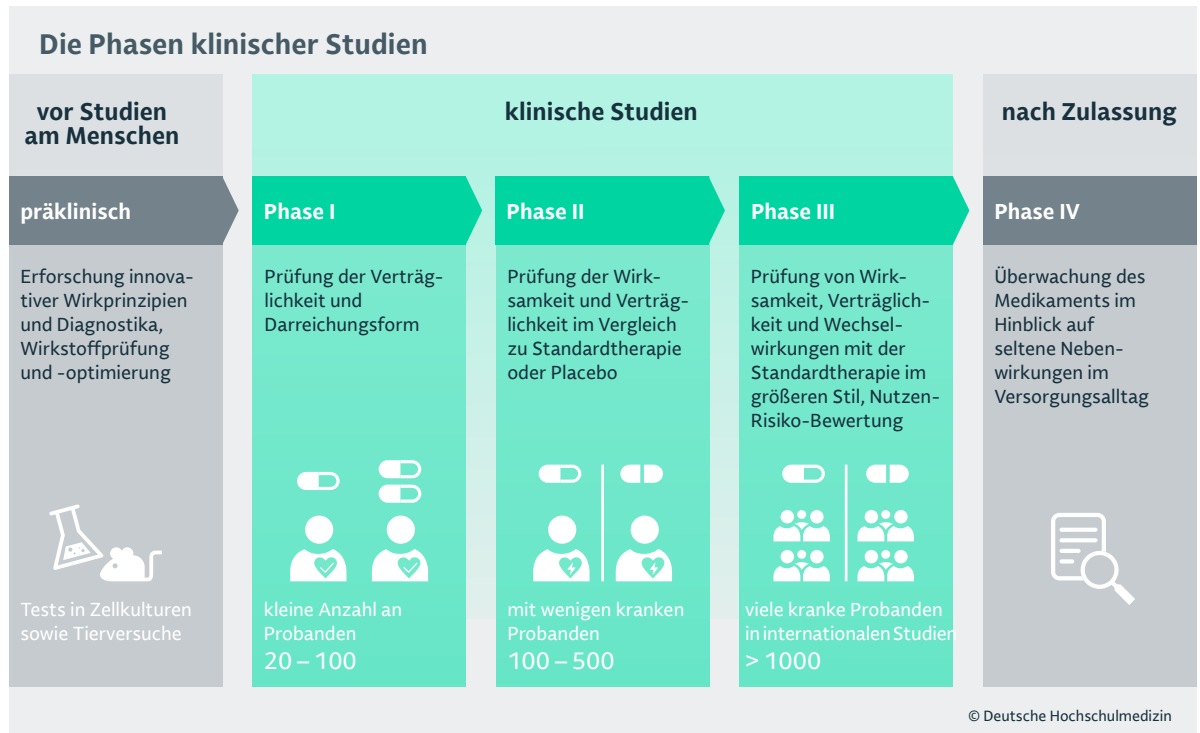
Nirgendwo sonst gehen Forschung und Versorgung so eng Hand in Hand wie in der Hochschulmedizin. Hier werden aus wissenschaftlichen Erkenntnissen neue Therapien entwickelt und aus der Anwendung neue Erkenntnisse gewonnen. Hier werden Grundlagen erforscht und bestehende Verfahren optimiert. Möglich wird dies durch die nur in der Universitätsmedizin vorhandene Parallelität von Forschung und Krankenversorgung. So können Versorgungsdaten direkt bei den behandelten Patientinnen und Patienten erhoben werden und sowohl der unmittelbaren Behandlung als auch der Forschung dienen. Gleichzeitig können neue Erkenntnisse aus der Forschung direkt in die Versorgung einfließen und diese verbessern.

### 4.1. Akademische klinische Studien fördern

Bevor Innovationen in den Versorgungsalltag übernommen werden können, müssen sie in verschiedenen Phasen auf Wirksamkeit und Sicherheit geprüft werden. Das führt vom Tierversuch über kleine Studien am Menschen bis zu umfangreichen klinischen Studien mit großen Kohorten. Dies ist ein langer und teurer Weg. Eine große Hürde besteht darin, Projekte über die letzte und enorm teure Phase einer umfangreichen klinischen Studie zu bringen. Bei allen diesen Schritten spielt die Universitätsmedizin eine zentrale Rolle, die sie in enger Kooperation mit weiteren Beteiligten aus der Wissenschaft und der Industrie umsetzt. Diese Zusammenarbeit mit den forschungsstarken außeruniversitären Organisationen sollte rollengerecht weiterentwickelt werden. Dafür sollte zum Beispiel die gemeinwohlorientierte Forschung als hoheitliche Aufgabe steuerrechtlich privilegiert werden. Auch die Umsetzung des §2b Umsatzsteuergesetz (UstG) muss im Rahmen von institutionellen Forschungsk Kooperationen öffentlicher Einrichtungen erheblich vereinfacht und rechtssicher gestaltet werden.

#### **Strukturen, Finanzierung und Regularien verbessern**

Viele wissenschaftliche Fragestellungen werden in klinischen Studien adressiert, die von der Akademie initiiert und öffentlich finanziert sind. Analog zum Medizinforschungsgesetz benötigen diese gemeinwohlorientierten Studien verbesserte Strukturen, eine effizientere Regulatorik und umfassendere Finanzierung. Wie in anderen Ländern sollten Studien mit bereits zugelassenen Arzneimitteln und medizinische Register, in denen auch Medikationen erfasst werden, aufgrund ihres sehr geringen Risikos für die Patientinnen und Patienten nicht im Arzneimittelgesetz geregelt werden.



## 4.2. Bundestierversuchsgesetz auf den Weg bringen

Fast alle grundlegenden medizinischen Fortschritte der Vergangenheit gehen auf Versuche mit Tieren zurück. Als Beispiele sind Antibiotika, Herzschrittmacher oder Krebstherapien zu nennen. Auch die 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 Versuche an Tieren sind gesetzlich vorgeschrieben. Für andere gibt es bisher keine passenden Alternativen. Die Hochschulmedizin forscht an der Entwicklung neuer Verfahren, die Tierversuche ersetzen können. Da diese auch in absehbarer Zeit nicht vollumfänglich zur Verfügung stehen werden, 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.

### Rechtssicherheit schaffen

Auch wenn Tierversuche in Deutschland sehr stark reguliert sind, besteht für beteiligte Forschende immer wieder Rechtsunsicherheit. Grund dafür sind unterschiedliche Interpretationen des Rechts, uneinheitliches Agieren der Aufsichtsbehörden, fehlende Aktualisierungen bzw. das Nichtineinandergreifen der verschiedenen Regulierungen. Eine Lösung für diese Probleme könnte die Erarbeitung eines forschungsorientierten Bundestierversuchsgesetzes sein. Dieses sollte in der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Bildung und Forschung liegen und in der zeitnahen Ausarbeitung alle relevanten Beteiligten einbinden.

### 4.3. Forschungsstandort stärken und Regulierung vereinfachen

Der Wissenschafts- und Forschungsstandort Deutschland steht vor der Herausforderung, in der Biotechnologie und Gesundheitswirtschaft international wettbewerbsfähig zu bleiben und Innovationen voranzutreiben. Die Deutsche Hochschulmedizin unterstützt Initiativen zur Förderung der biomedizinischen Forschung, wie z. B. die nationale Strategie zu gen- und zellbasierten Therapien des BMBF. Derzeit bestehen regulatorische und strukturelle Hemmnisse, die das Entwicklungspotenzial der Branche einschränken. Dazu müssen hemmende Regulierungen insbesondere im Bereich der Unternehmensprozesse wie Gründung, Anmeldung, Steuererklärung und Compliance abgebaut werden. In Wissenschaft und Wirtschaft herrschen unterschiedliche Kulturen, die die Zusammenarbeit und den Wechsel zwischen beiden Bereichen erschweren. Hier hilft ein regelmäßiger Austausch. Dies kann durch die Förderung von z. B. Scouts, Inkubatoren, Transferzentren oder Gründerwerkstätten unterstützt werden.

### 4.4. Universitäre Innovationszentren ermöglichen

Die Hochschulmedizin legt die Grundlagen für Innovationen, erforscht diese in Studien, entwickelt sie weiter und wendet sie auch erstmalig in der Patientenversorgung an. Damit der Translationsprozess von der Idee bis zur medizinischen Anwendung gelingt, dürfen Innovationen in der Versorgung nicht durch fehlende Erstattungssicherheit oder durch unverhältnismäßige Bürokratie behindert werden. Stattdessen sollten die Universitätsklinika als Innovationszentren umfassend gefördert werden. Therapeutische Neuheiten – akademisch entwickelte und kommerzielle – sollten in Innovationszentren im geschützten Umfeld der Universitätsmedizin eingeführt, erprobt und finanziert werden.



Das Modellvorhaben zur Genomsequenzierung bei onkologischen und Seltenen Erkrankungen stellt eine Blaupause für die gezielte Implementierung neuer Versorgungsformen dar. Hierbei wurde ein begrenzter Kreis von Leistungserbringern (Universitätsklinika), die vorgegebene Qualitätsanforderungen erfüllen, zur Versor-

gung berechtigt – und dies unter wirtschaftlich gesicherten Bedingungen für Leistungserbringer und Krankenkassen. Gleichzeitig wird das Vorhaben wissenschaftlich begleitet und evaluiert, ob und unter welchen Voraussetzungen ein neues Versorgungsangebot in die Regelversorgung überführt werden kann.

Die Grundprinzipien des erfolgreichen Modellvorhabens zur Genomsequenzierung sollten im Sinne einer Etablierung der Universitätsklinika als Innovationszentren verstetigt werden. Damit kann die Einführung von Innovationen in der Versorgung unter gesicherten Rahmenbedingungen der Universitätsmedizin beschleunigt werden. Dies kommt der Patientenversorgung und auch dem Forschungs- und Wirtschaftsstandort Deutschland zugute. Insbesondere im Bereich der Gen- und Zelltherapien bzw. der Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) wäre eine Etablierung dieses Ansatzes für die Entwicklung, Herstellung und Anwendung eigenhergestellter und kommerzieller Therapien in universitären Zentren sinnvoll.

---

## 4.5. Gesundheitsdatennutzung weiter ausbauen und verbessern

Mit dem Digitalgesetz und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) hat der Gesetzgeber in der 20. Legislaturperiode wichtige Impulse für die weitere Digitalisierung des Gesundheitswesens gelegt. Daran muss angeknüpft werden, u. a. durch ein Medizinregistergesetz. Eine wichtige Aufgabe wird die Umsetzung des Europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS) sein. Hierzu bedarf es einer ressortübergreifenden Strategie der Bundesregierung. Dazu gehören eine eng abgestimmte Regulatorik und eine Verstärkung der vom Bund finanzierten Infrastrukturen wie die Medizininformatik-Initiative (MII) und das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM). Im GDNG wurden erste Möglichkeiten der Datenverknüpfung geschaffen. Diese müssen durch weitere Datensätze ergänzt werden, auch anderer Disziplinen. Der Austausch bzw. die Zusammenführung von personenbezogenen Forschungsdaten zwischen öffentlichen Forschungseinrichtungen muss einem einheitlichen Datenschutzrecht und einem Ethikvotum unterliegen.

---

## 4.6. Interoperabilität sicherstellen

Die Vielzahl von Krankenhausinformations- (KIS-) und Praxisverwaltungssystem-(PVS-) Programmen und die damit einhergehende Heterogenität innerhalb der Systeme führten in der Vergangenheit dazu, dass Kooperationen im Gesundheitswesen, sei es zu Versorgungs- oder Forschungszwecken, erschwert wurden. In den letzten Jahren gab es hierzu mehrere neue gesetzliche Regelungen und Initiativen, die die Digitalisierung und die Standardisierung von IT-Systemen im Krankenhaus vorangetrieben haben. Hierzu gehört auch die Umsetzung moderner Schnittstellen (HL7 FHIR) in KIS-Systemen, die einen standardisierten Austausch von Gesundheitsdaten in ein und demselben Datenformat ermöglichen. Diese Umsetzung ist bislang aber nur teilweise erfolgt. Des Weiteren besteht Verbesserungspotenzial hinsichtlich spezialisierter Subsysteme, die aufgrund unterschiedlicher Datenformate nicht immer mit den entsprechenden KIS-Systemen reibungslos kommunizieren können. Sofern die Hersteller der Programme den Vorgaben zur Vereinheitlichung nicht nachkommen, ist der Gesetzgeber aufgerufen, weitergehende Maßnahmen wie Durchsetzungsmechanismen und Sanktionen zu prüfen.

## 5. Bürokratieabbau priorisieren, Freiräume schaffen, Karriereperspektiven eröffnen

An den Standorten der Hochschulmedizin arbeiten über 200.000 Menschen. Etwa ein Fünftel von ihnen gehört zum wissenschaftlich-ärztlichen Personal. Mit insgesamt 3.800 Professorinnen und Professoren bilden die Medizinischen Fakultäten den mit Abstand größten Fachbereich innerhalb der Universitäten. Die Hochschulmedizin-Standorte gehören oft zu den größten Arbeitgebern in ihren Regionen. Gewinnung von Mitarbeitenden und Erhaltung der Motivation spielt in der Hochschulmedizin eine große Rolle. Das gilt für hochspezialisierte Expertinnen und Experten genauso wie für Mitarbeitende in allen anderen Bereichen der Hochschulmedizin.

### 5.1. Bürokratieabbau für mehr Effizienz

Die demografischen Rahmenbedingungen und die damit verbundene Herausforderung, den Versorgungsbedarf mit dem vorhandenen Personal zu decken, erzwingen eine zeitnahe umfassende und nachhaltige Reduktion bestehender bürokratischer Lasten.

Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Anforderungen von Gesetz- und Verordnungsgebern, der Selbstverwaltung, des Gemeinsamen Bundesausschusses etc. ist ein kaum noch zu durchschauendes Geflecht von sich zum Teil widersprechenden Regelungen entstanden. Es gibt zwischenzeitlich eine Vielzahl von Normen, die jeweils die gleichen oder sehr ähnliche Sachverhalte erfassen, allerdings mit unterschiedlichen Adressaten, unterschiedlichen Zeiträumen, unterschiedlichen Abgabefristen und unterschiedlichen Meldeformaten. Diese Mehrfacherfassung von ähnlichen Sachverhalten vergeudet wertvolle Arbeitszeit. Zusätzlich führen die Anforderungen der verschiedenen Normgeber dazu, dass diverse Nachweise bzw. Dokumentationen erforderlich sind, die jeden der festgelegten Prozesse im Einzelnen für den Medizinischen Dienst (MD) überprüfbar machen. Diese Dokumentationen für die Überprüfungsprozesse im MD stehen allerdings häufig konträr zu den Dokumentationen der medizinischen Behandlungsprozesse. Für die Erstellung der Dokumentationen für den MD aus den medizinischen Behandlungsunterlagen werden erneut Ressourcen benötigt. Dies führt zu keiner Steigerung von Transparenz und Qualität. Die Folge ist ein erheblicher Bürokratieaufwand einhergehend mit ineffizienten Prozessen, Verlust von Arbeitsplatzattraktivität und Verschwendung wertvoller zeitlicher Ressourcen von hochqualifizierten Fachkräften, die eigentlich in der unmittelbaren Patientenversorgung dringend gebraucht werden. Bürokratieabbau ist die effektivste Maßnahme zur Effizienzsteigerung im Krankenhaussystem, insbesondere unter Berücksichtigung der begrenzten Ressourcen.



Ein Beispiel für die Mehrfachregulierung, die dadurch unnötig Ressourcen verschlingt, ist das Nebeneinander verschiedener Vorgaben für Personalschlüssel: Jenseits der gesetzlich geregelten Pflegepersonaluntergrenzen gelten zusätzliche Pflegepersonalbesetzungsvorgaben, Anforderungen aus den sogenannten Entlastungstarifverträgen und Vorgaben aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Alle diese Normen haben unterschiedliche Berechnungsverfahren und Grundgesamtheiten.

Dies ist extrem ressourcenaufwendig. Eine Vereinheitlichung der Normen, Berechnungsvorgaben, Einstufungskriterien, Festlegung der Grundgesamtheiten etc. führen dann auch zu einem Bürokratieabbau, da nicht unterschiedliche Nachweise und Dokumentationen – je nach einzelner Norm – erfolgen müssen. Dadurch entlasten und verschlanken sich auch die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst und gleichzeitig wird Zeit für die Patientenbehandlung frei.

## 5.2. Personal durch veränderte Struktur sichern

In Deutschland sind im internationalen Vergleich sehr viele Fachkräfte im Gesundheitswesen beschäftigt. Der trotzdem wahrgenommene Fachkräftemangel ergibt sich u. a. aus der zu großen Anzahl von Krankenhäusern, den finanziellen Anreizen aus dem bisherigen Fallpauschalensystem und fehlenden Anreizen für mehr ambulante Medizin. Auch die Arztzentriertheit in der Patientenversorgung führt zu einem unnötig hohen Bedarf an Medizinerinnen und Medizinern und senkt gleichzeitig die Attraktivität der nicht-ärztlichen Tätigkeiten. Die Krankenhausreform kann in Zukunft einen Teil dieser Schiefelage korrigieren. Angesichts geburtenschwacher Jahrgänge, die in den nächsten Jahren in den Arbeitsmarkt eintreten, sind aber weitergehende Maßnahmen notwendig.

Dem Fachkräftemangel muss darüber hinaus mit einer Kombination verschiedener Maßnahmen begegnet werden, u. a. mit einer angemessenen Akademisierung der Gesundheitsfachberufe, je nach Patientenklitel und Versorgungssetting. Pflege- und Gesundheitsfachkräfte sollten eine Aufwertung erfahren und erweiterte Kompetenzen zur Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten erhalten, wie es in anderen europäischen Ländern bereits der Fall ist. Zudem müssen die Anerkennungsverfahren für Fachkräfte mit ausländischen Abschlüssen vereinfacht und beschleunigt werden.

## 5.3. Facharztweiterbildung ausfinanzieren

Das gesamte Gesundheitswesen profitiert nicht nur von der Mediziner Ausbildung in den Medizinischen Fakultäten, sondern auch vom überdurchschnittlichen Engagement der Universitätsklinika bei der Facharztweiterbildung. Im Zuge der Krankenhausreform ist davon auszugehen, dass die Facharztweiterbildung noch stärker an Universitätsklinika gebündelt wird, weil dort ausreichend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungsermächtigungen vorhanden sind. Um diese Herausforderung besser in der Fläche zu verteilen, werden Weiterbildungsverbände wichtiger. Diese können über die Koordinierungsfunktion der Universitätsklinika und Maximalversorger gesteuert werden. Der mit der Weiterbildung einhergehende Aufwand muss in der Krankenhausfinanzierung künftig berücksichtigt werden. Kliniken, die sich nicht an der



Weiterbildung beteiligen, sind im derzeitigen Fallpauschalensystem finanziell im Vorteil. Diese Schieflage muss behoben werden. Sollte dies auf Selbstverwaltungsebene nicht gelingen, sind die strukturellen Nachteile der Kliniken, die sich in der Weiterbildung engagieren, durch einen gesetzlich fixierten „Weiterbildungszuschlag“ auszugleichen. Der Sachverständigenrat hat in diesem Zusammenhang gute Vorschläge gemacht, z. B. die Einrichtung eines individuellen Weiterbildungsbudgets, das an den Weiterzubildenden gebunden bleibt und unabhängig von der Weiterbildungsstätte mitgenommen wird.

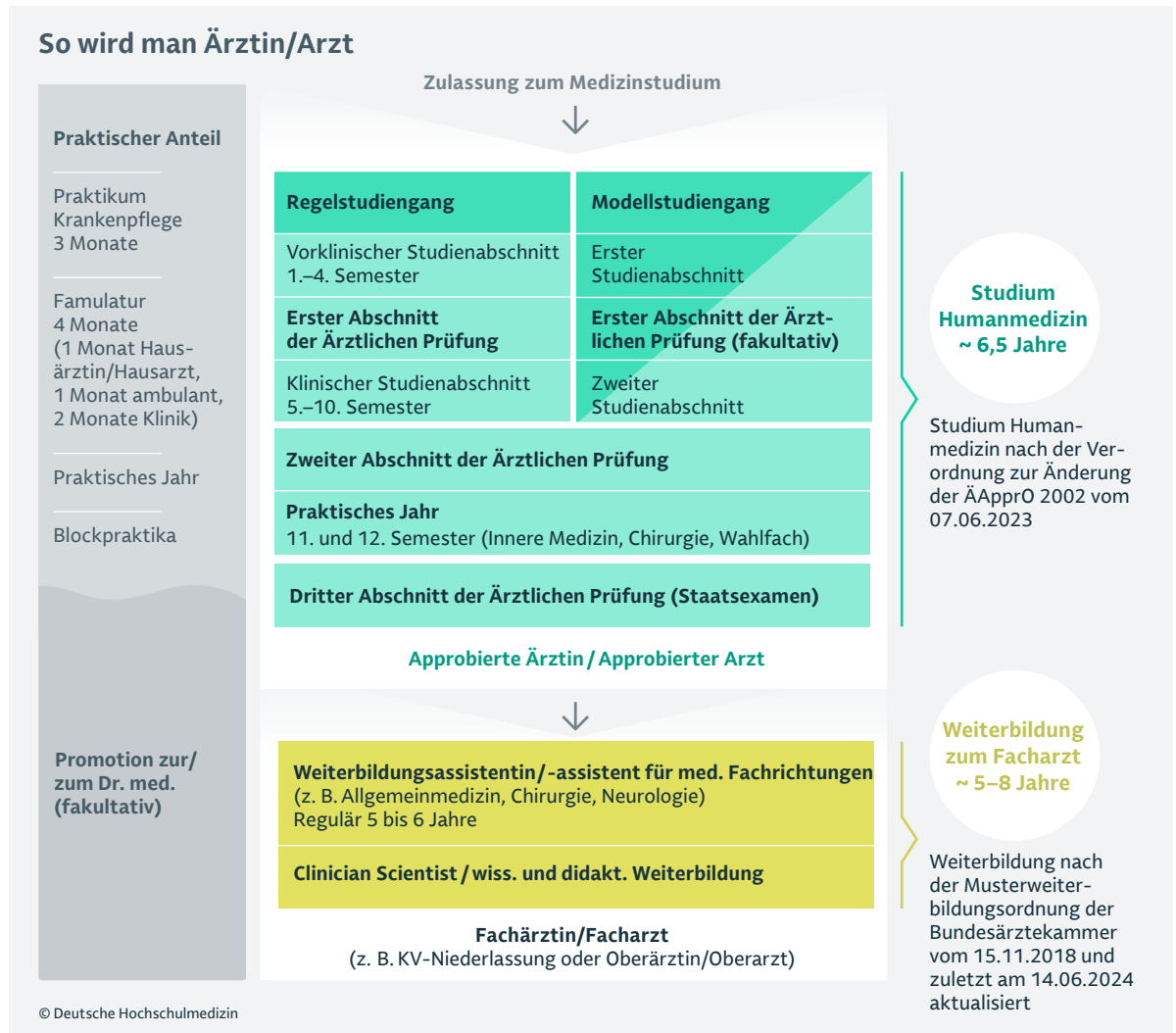
## 5.4. Moderne Ausbildung in der Medizin sichern

Die Medizin, das Gesundheitssystem sowie die Didaktik entwickeln sich kontinuierlich und mit zunehmender Geschwindigkeit weiter. Um dem in einem zukunftsorientierten Medizinstudium Rechnung zu tragen, benötigen die Medizinischen Fakultäten mehr Freiräume in der Approbationsordnung für Ärzte, einen nationalen Lernzielkatalog als gemeinsames Instrument der inhaltlichen Umsetzung sowie finanzielle und personelle Spielräume für die Weiterentwicklung. Eine Modernisierung der Approbationsordnung sollte die regulatorische Detailtiefe reduzieren, gleichermaßen patientenorientiert wie wissenschaftsbasiert sein, mehr Raum für neue, insbesondere digitale Lehrformate schaffen und den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKL) als zentrales Element einer kompetenzorientierten, inhaltlich zwischen den Fakultäten abgestimmten Ausgestaltung in den Mittelpunkt stellen. Dieser Katalog wird von den Fakultäten im Dialog mit vielen weiteren Beteiligten (wie z. B. dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)) erarbeitet und soll im Sinne einer Harmonisierung von Lehr- und Prüfungsinhalten für die Inhalte des Staatsexamens maßgeblich sein. Bei allen Maßnahmen, die das Medizinstudium betreffen, muss die Sicherung der Qualität der Ausbildung Vorrang vor einer nicht mehr nachhaltigen Erhöhung der Studienplatzzahlen haben.

## 5.5. Clinician-Scientists-Programme nachhaltig weiterführen

Clinician Scientists sind Ärztinnen und Ärzte, die sowohl in der Forschung als auch in der Krankenversorgung tätig sind. Sie verkörpern damit das Wesen der Universitätsmedizin: die Verbindung von Forschung und Krankenversorgung (bench to bedside) als Innovationstreiber für eine erstklassige medizinische Versorgung und Forschung in Deutschland. Spezifische Programme zur strukturierten Förderung der meist in der Weiterbildung befindlichen Clinician Scientists sind an den universitätsmedizinischen Standorten aus Eigen- und Drittmitteln inzwischen fest etabliert. Die Freiräume für Forschung außerhalb solcher Programme werden zunehmend geringer. Um die universitätsmedizinische Forschung auf ihrem hohen Niveau zu halten, ist der weitere Ausbau dieser Programme und ihre Ausdifferenzierung zu spezifischen Schwerpunkten für individuelle Karrierewege unabdingbar. So erfordern beispielsweise die Durchführung aufwendiger klinischer Studien, methodisch anspruchsvolle Datenauswertungs- und KI-Projekte oder stark vernetzte Projekte im Bereich Seltener Erkrankungen spezifisch anpassbare Programmangebote. Hier ist eine nachhaltige Finanzierung durch den Bund erforderlich.





## 5.6. Gesundheitsfachberufe bedarfsgerecht akademisieren

Die Gesundheitsfachberufe, zu denen neben den Pflegeberufen auch Hebammen sowie therapeutische Berufe wie Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie gehören, sind von wesentlicher Bedeutung in unserem Versorgungssystem. Innerhalb und außerhalb der Hochschulmedizin sind hochqualifizierte, praxiserfahrene Fachkräfte gefragt, die auch wissenschaftlich und interprofessionell arbeiten. Um dieses hohe Niveau zu halten und in Zukunft noch effizienter zu gestalten, ist die kompetenzorientierte akademische Ausbildung eines jeweils angemessenen Anteils dieser Berufsgruppen unabdingbar. Der Auf- und Ausbau neuer Studiengänge in der Hochschulmedizin, verbunden mit der Einrichtung neuer Professuren und eigener Forschungsaktivitäten, ist daher unumgänglich. Dies setzt voraus, dass hierfür ausreichende Ausbildungskapazitäten durch eine nachhaltige Finanzierung sichergestellt werden können.



## Standorte der Deutschen Hochschulmedizin



Herausgeber:  
Deutsche Hochschulmedizin e. V.  
Alt-Moabit 96 · 10559 Berlin  
[www.deutsche-hochschulmedizin.de](http://www.deutsche-hochschulmedizin.de)

Verantwortlich: Sebastian Draeger,  
Richard Blomberg

Gestaltung:  
weissbunt, Design und Kontext, Berlin

Text und Lektorat:  
Main-Post Corporate, Würzburg

Redaktionsschluss: 14.02.2025