

Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
Vorbemerkung	2
A. Anlaß und Gegenstand	3
I. Aufgaben der Hochschulmedizin in Forschung, Lehre und Krankenversorgung	3
II. Finanzierung der Hochschulmedizin	4
1. Investive Kosten	4
2. Betriebskosten	6
3. Drittmittel	10
4. Auswirkungen des Gesundheits- strukturgesetzes	12
III. Organisation der Hochschulmedizin	15
B. Stellungnahme	17

Vorbemerkung

Die Situation der Hochschulmedizin ist gegenwärtig durch zwei wesentliche Entwicklungen gekennzeichnet: Zum einen hat der Anteil der personal- und kostenintensiven Hochleistungsmedizin an der in den Universitätskliniken geleisteten Krankenversorgung stetig zugenommen. Dies hat zu einem erheblichen Anstieg der Betriebskosten hochschulmedizinischer Einrichtungen, aber auch zu einem verschärften internen Wettbewerb um die für Forschung, Lehre und Krankenversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen, geführt. Das mit Beginn des Jahres 1993 inkraftgetretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) sowie die im Juli 1994 verabschiedete Bundespflegesatzverordnung haben darüber hinaus strengere Maßstäbe im Hinblick auf die künftige Wirtschaftsführung in Krankenhäusern gesetzt. Zum anderen erfordern der grundlegende Neuaufbau der Hochschulkliniken in den neuen Ländern, aber auch der erhebliche Sanierungs- und Neubaubedarf in den alten Ländern hohe Investitionssummen. Dieser Bedarf stieß schon in den vergangenen Jahren in zunehmendem Maß an die finanziellen Grenzen der Rahmenpläne für den Hochschulbau und dürfte auf absehbare Zeit nicht im erforderlichen Maß gedeckt werden können.

Diese Entwicklung stellt Bund, Länder und Medizinische Fakultäten vor einschneidende Richtungsentscheidungen über grundlegende strukturelle Fragen insbesondere der Hochschulkliniken. Der Wissenschaftsrat möchte in dieser Diskussion Rahmenbedingungen aufzeigen, die für den Fortbestand leistungsstarker klinischer Forschung und eine qualitativ anspruchsvolle Lehre unverzichtbar sind.

Die vorliegende Stellungnahme wurde von Ausschuß Medizin des Wissenschaftsrates vorbereitet und am 20. Januar 1995 vom Wissenschaftsrat verabschiedet.

A. Anlaß und Gegenstand

A.I. Aufgaben der Hochschulmedizin in Forschung, Lehre und Krankenversorgung

Hochschulmedizin zeichnet sich durch ein typisches Aufgabenspektrum von Forschung, Lehre und Krankenversorgung aus. Im Rahmen der klinischen Forschung und der damit verbundenen Grundlagenforschung werden Ursache und Entstehungsmechanismen von Krankheiten erforscht, neue diagnostische und therapeutische Verfahren entwickelt, im Rahmen unabhängiger Studien erprobt und in die Praxis eingeführt. Auch ist es Aufgabe der Hochschulmedizin, diagnostische und therapeutische Qualitätsstandards zu definieren, überholte medizinische Methoden zu identifizieren und Alternativen zu prüfen. Durch die Verfügbarkeit einer Vielzahl apparativer Einrichtungen ist es darüber hinaus möglich, neue technische Verfahren zu bewerten, gegeneinander abzuwägen und entsprechende Anwendungsbereiche zu bestimmen.

Die klinische Ausbildung von Studenten ist vom 3. bis 5. Studienjahr ausschließlich Aufgabe der Hochschulkliniken, die im 6. Studienjahr durch Lehrkrankenhäuser unterstützt werden. Zur Zeit gibt es in der Bundesrepublik Deutschland 37 staatliche Hochschulen mit medizinischen Ausbildungsstätten sowie eine private Hochschule, an denen gegenwärtig rund 105.000 Studierende der Human- und der Zahnmedizin ausgebildet werden. Acht dieser Einrichtungen befinden sich in den neuen Bundesländern bzw. im Ostteil Berlins. Die Zahl der Studienanfänger hat sich in der Zeit von 1960 bis 1988 in den alten Bundesländern mehr als verdoppelt. Sie ist seit 1988 rückläufig, insbesondere aufgrund 1990 geänderter Zulassungsnormen. 1994 standen in Deutschland für Studienanfänger rund 10.000 Studienplätze zur Verfügung, davon rund 1.800 in den neuen Ländern. Die Zahl der berufstätigen Ärzte hat seit den

60er Jahren kontinuierlich zugenommen: Kamen im Jahr 1960 statistisch noch rund 779 Einwohner auf einen Arzt, so hat sich diese Zahl im Jahr 1992 auf 322 Einwohner je Arzt verringert. Diese Arztdichte wird nur von wenigen Ländern übertroffen.

Die Rolle als Schrittmacher medizinischer Innovation brachte es mit sich, daß die Hochschulkliniken im Lauf der Jahre einen zunehmend hohen Anteil medizinischer Maximalversorgung der Bevölkerung übernahmen. Auch in den östlichen Bundesländern ist die Maximalversorgung noch zum weitaus überwiegenden Teil Aufgabe der Hochschulkliniken. Im Jahr 1992 verfügten die medizinischen Einrichtungen der Universitäten mit 52.437 über rund 8% aller Krankenhausbetten, gleichzeitig aber über rund 17% aller Intensivbetten, rund 21% des in Krankenhäusern tätigen ärztlichen Personals und rund 30% der medizinischen Großgeräte.¹⁾ Diese Zahlen geben einen Anhalt für den vergleichsweise hohen Anteil an medizinischer Maximalversorgung, die in Hochschulkliniken geleistet wird.

A.II. Finanzierung der Hochschulmedizin

II.1. Investive Kosten

"Ausbau und Neubau von Hochschulen einschließlich der Hochschulkliniken" werden als Gemeinschaftsaufgabe gemäß Artikel 91a des Grundgesetzes von Bund und Ländern finanziert. Insbesondere durch die in den 70er und 80er Jahren neugebauten Klinika der alten Länder hatte der Bereich Medizin zeitweilig einen Anteil von über 50% an den Mitteln der Rahmenpläne für den Hochschulbau, einschließlich der Mittel für Großgeräte. Gegenwärtig liegt dieser Anteil bei rund 38%. Für laufende Vorhaben der Medizin so-

¹⁾ Statistisches Bundesamt.

wie Vorhaben der Kategorie I des 23. Rahmenplanes - dies umfaßt sowohl klinische als auch medizinisch-theoretische Einrichtungen und Großgeräte - werden insgesamt rund 4,1 Milliarden DM veranschlagt.¹⁾ Darüber hinaus hat der Wissenschaftsrat in den Empfehlungen zum 24. Rahmenplan Vorhaben der Medizin mit einem Volumen von rund 1,5 Milliarden DM in Kategorie I eingestuft.²⁾ Zu den Investitionen im Rahmen der Wissenschaftshaushalte sind des weiteren die Aufwendungen der Länder für Vorhaben zu rechnen, deren Kosten unterhalb der im Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG) festgelegten Bagatellgrenzen von 0,5 Millionen DM für Bauvorhaben und 0,15 Millionen DM für Großgeräte liegen sowie die Kosten der Bauunterhaltung. Zusätzliche Mittel, die das Investitionsförderungsgesetz Aufbau Ost (IfG) nach Art. 14 des GSG ab 1995 als Finanzhilfe für besonders bedeutsame Investitionen der neuen Länder "zum Ausgleich unterschiedlicher Wirtschaftskraft und zur Förderung wirtschaftlichen Wachstums" bietet, können von den Hochschulkliniken der neuen Länder - im Unterschied zu außeruniversitären Krankenhäusern - nach der derzeitigen Rechtslage allerdings nicht in Anspruch genommen werden.³⁾

Umfassende und exakte Daten über den notwendigen Investitionsbedarf der kommenden Jahre liegen nicht vor. Legt man die seit 1989 für Vorhaben der Medizin aufgewandten Mittel des Rahmenplans für den Hochschulbau von durch-

1) Der Anteil der Medizin an den Globalbeträgen für Großgeräte einschließlich CIP und WAP wird mit 50% veranschlagt.

2) Empfehlungen zum 24. Rahmenplan für den Hochschulbau 1995 - 1998, Allgemeiner Teil, S.33

3) Krankenhausinvestitionsprogramm gem. Art. 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992, Bundesgesetzblatt I, S.2266 f.

schnittlich rund 1,3 Milliarden DM jährlich¹⁾ sowie den für die kommenden Jahre kalkulierten Bedarf für die Klinika der neuen Bundesländer²⁾ zugrunde, beläuft sich der auf dieser Basis geschätzte mittelfristige Investitionsbedarf für Vorhaben der Hochschulmedizin auf rund 2 Milliarden DM jährlich. Diese Größenordnung erscheint auch nach den Erfahrungen früherer Besuche des Ausschusses Medizin des Wissenschaftsrates realistisch, da in den vergangenen Jahren eine zunehmende Zahl großer, als dringlich erkannter Bauvorhaben in den alten Bundesländern zurückgestellt werden mußte.

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, daß langfristig ein Wechsel im gesamten System der Krankenhausfinanzierung vorgesehen ist. Der Deutsche Bundestag hat dies anläßlich der Verabschiedung des GSG mit einer Entschlie-ßung bekräftigt und seine Absicht hervorgehoben, die bisherige duale Krankenhausfinanzierung durch Krankenkassen einerseits und Staat andererseits durch eine sogenannte monistische Finanzierung allein durch die Krankenkassen zu ersetzen. Dies wird auch für die Hochschulkliniken von großer Bedeutung sein.³⁾

II.2. Betriebskosten

Der laufende Betrieb eines Hochschulklinikums wird zum größten Teil über die Sozialleistungsträger sowie durch einen Zuschuß des Sitzlandes aus dem Wissenschaftshaushalt finanziert. Das bis zum Inkrafttreten des GSG praktizierte Vergütungssystem nach dem Selbstkostenprinzip

¹⁾ Angaben des BMBF

²⁾ Vgl. Wissenschaftsrat, Empfehlungen zur künftigen Struktur der Hochschullandschaft in den neuen Ländern und im Ostteil von Berlin - Teil III -, S. 14, Köln 1992

³⁾ Vgl. Bundesrat, Drs. 856/92 vom 9.12.92

beruhte auf den Gesamtkosten eines Krankenhauses, auf deren Basis in jährlichen Verhandlungen die Pflegesätze des kommenden Jahres vereinbart wurden. Entsprechend den besonderen Gegebenheiten wurde bei den Hochschulklinika ein bestimmter Kostenanteil für Lehre, Ausbildung und Forschung aus den Gesamtkosten ausgegliedert bzw. als Abschlag verrechnet. Die vereinbarten Abschläge wurden in den einzelnen Ländern aufgrund unterschiedlicher Finanzierungssysteme für hochschulmedizinische Einrichtungen sowie uneinheitlicher Vorschriften zur Rechnungslegung in unterschiedlicher Weise ermittelt und teilweise prozentual geschätzt. Sie sind deshalb nicht direkt vergleichbar und liegen zwischen 10% und 40% der Betriebskosten eines Klinikums.¹⁾ Entsprechend den individuellen Kostenstrukturen unterschieden sich auch die ausgehandelten Pflegesätze der einzelnen Universitätsklinika. Sie lagen teils über, teils aber auch unter den Vergütungssätzen nicht-universitärer Krankenhäuser.

Der Landeszuschuß wird im Rahmen der Haushaltsverhandlungen in den meisten Ländern praktisch als Differenz zwischen den Gesamtkosten eines Klinikums und den erzielten Erträgen aus der Krankenversorgung ermittelt oder als Budget ausgehandelt. Eine detaillierte Bestimmung der Kosten für Forschung und Lehre ist bisher nicht üblich und wäre im Rahmen der herkömmlichen Dokumentations- und Verwaltungsverfahren mit sehr hohem Aufwand verbunden. Eine eindeutige Zuordnung von Detailleistungen im Überschneidungsbereich zwischen Krankenversorgung und klinischer Forschung ist grundsätzlich zwar machbar, in der Praxis bisher aber schwierig, weil eine medizinische Maßnahme in Universitätskliniken in der Regel mehreren dieser Ziele gleichzeitig dient. So werden Studenten im Umgang mit Patienten der Universitätskliniken ausgebildet

¹⁾ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1991.

und Erkenntnisse, die sich aus der medizinischer Versorgung ergeben, wissenschaftlich ausgewertet. Daraus resultiert ein höherer personeller Aufwand, dessen exakte Zuordnung zu den verschiedenen Leistungsbereichen nur sehr begrenzt möglich ist, da insbesondere das ärztliche Personal diese Aufgaben parallel wahrnimmt.

Die Zuweisungen der Länder werden für die einzelnen Klinika mit jährlichen Beträgen zwischen rund 80 und 220 Millionen DM in den Haushaltsplänen als Betriebskostenzuschuß und für laufende Investitionen ausgewiesen. In einigen Ländern, beispielsweise in Nordrhein-Westfalen, umfaßt der Zuschuß neben der Zuwendung an das Klinikum zusätzlich die Aufwendungen für die vorklinischen und klinisch-theoretischen Einrichtungen der Medizinischen Fakultäten. In anderen Ländern, beispielsweise in Bayern, werden diese Bereiche getrennt veranschlagt. Dadurch erklärt sich die große Schwankungsbreite der Zuschußbeträge. Im Sonderfall des Bochumer Modells werden die Investitionskosten für den Versorgungsbereich durch die teilweise privaten Träger der beteiligten Krankenhäuser aufgebracht, die dabei Mittel im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Anspruch nehmen können; der Zuführungsbetrag, der von seiten des Landes für Lehre und Forschung an der Medizinischen Fakultät Bochum aufgewandt wird, beträgt derzeit rund 45 Millionen DM jährlich. Die Gesamtsumme der von den alten und neuen Ländern aufbrachten Zuschüsse für den Betrieb hochschulmedizinischer Einrichtungen beläuft sich nach Schätzungen gegenwärtig auf rund 5 bis 6 Milliarden DM jährlich. Dies bedeutet eine erhebliche Steigerung gegenüber der Gesamtsumme des Jahres 1986 von rund 2,8 Milliarden DM in den alten Ländern.

Die gelegentlich als "Zuschüsse für Forschung und Lehre" bezeichneten Beiträge werden nicht nur zur Finanzierung der aus Forschung und Lehre resultierenden Aufwendungen,

sondern aller Kosten verwendet, die nicht durch andere Einkünfte gedeckt sind, zumal Pflegesätze und Sonderentgelte die tatsächlichen Kosten der Krankenversorgung in den einzelnen Hochschulklinika in unterschiedlichem Maß und oft nicht vollständig decken. Zu den meist nicht kostendeckend arbeitenden Bereichen eines Hochschulklinikums zählen insbesondere die Polikliniken. Deren ursprünglicher Zweck bestand darin, einem nicht ausgewählten Kreis von Patienten den freien Zugang zu den Universitätskliniken zu ermöglichen, damit die Studenten typische Probleme des klinischen Alltags erleben und Erfahrung mit den häufig auftretenden Krankheitsbildern sammeln konnten. Durch die im städtischen Einzugsbereich hohe Dichte niedergelassener Ärzte ist im Laufe der Jahre jedoch auch in den Polikliniken eine Auslese von selteneren und komplizierten Fällen zu beobachten, die zwar für die wissenschaftliche Langzeitbeobachtung, vielfach aber für die Studentenausbildung weniger relevant sind.

Die Vergütung der in den Polikliniken geleisteten Arbeit erfolgt überwiegend nach Fallpauschalen, wobei diese nach § 120 Abs. 3 SGB V um einen Investitionskostenabschlag von 10% und um einen weiteren erheblichen Abschlag von 20% für Forschung und Lehre zu kürzen sind. Über eine Institutsermächtigung oder eine persönliche Ermächtigung der leitenden Krankenhausärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verfügen nur einzelne poliklinische Einrichtungen mancher Länder. Auf dieser Basis sind kostendeckende Erlöse möglich. Bei der Vergabe derartiger Zulassungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen befinden sich die Hochschulkliniken allerdings in direkter Konkurrenz zu den am Ort niedergelassenen Ärzten, da auch in diesem Bereich ein definiertes vertragsärztliches Budget festgelegt ist, das auf die jeweiligen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aufgeteilt wird. Dementsprechend restriktiv wird die Vergabe neuer Zulassungen gehandhabt, obwohl

hochschulklinische Ambulanzen vielfach Leistungen erbringen, die nicht durch niedergelassene Ärzte angeboten werden. Dies trifft insbesondere für Spezialambulanzen zu, für die im vertragsärztlichen Bereich weder die erforderliche Qualifikation noch die notwendige Ausstattung gegeben ist. Gerade diese Spezialambulanzen tragen wesentlich zum Profil der klinischen Forschung einer Fakultät bei.

Die Höhe der Zuführungsbeträge ist nicht ausschließlich von Studenten- und Bettenzahlen abhängig und läßt keinen unmittelbaren Zusammenhang mit eingeworbenen Drittmitteln erkennen. Die hochschulinterne Verteilung auf die einzelnen Kliniken und Institute erfolgt zum größten Teil nach gewohnheitsmäßigen, oft am Patientenaufkommen orientierten Kriterien. Begründet wird dies unter anderem damit, daß die Krankenversorgung gesichert werden müsse und Aufgaben in Forschung und Lehre dem gegenüber - zumal in Engpaßsituationen - zurückzustellen seien.

II.3. Drittmittel

Drittmittel sind in allen Universitätsklinika wesentliche Voraussetzung für die Forschung. Dabei ist das Verhältnis von Grundfinanzierung und Drittmitteln in Deutschland mit etwa 10:1 fast umgekehrt proportional im Vergleich zu anderen Ländern. Dort enthalten die Drittmittel einen erheblichen Anteil an Overhead-Kosten, die in Deutschland über die Landeszuschüsse im Rahmen der Grundfinanzierung zur Sicherung von Forschung und Lehre getragen werden.¹⁾ Nach einer Statistik des Wissenschaftsrates entfielen im Jahre 1990 auf die Humanmedizin rund 28% aller von den

¹⁾ Vgl. Irvine, J., Martin, B.R., Phoebe, I.: Investing in the Future: An International Comparison of Government Funding of Academic and Related Research, Edward Elgar 1990

Universitäten eingeworbenen Drittmittel.¹⁾ Maßgeblicher Geldgeber ist die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), die im Jahr 1993 rund 270 Millionen DM entsprechend einem Anteil von rund 17% ihres Haushaltsvolumens für medizinische Forschung aufwandte. 1993 existierten in Deutschland 35 Sonderforschungsbereiche auf dem Gebiet der Medizin sowie 24 klinische Forschergruppen. Darüber hinaus fördert die DFG eine Reihe wissenschaftlicher Vorhaben im Normalverfahren sowie Schwerpunktprogramme der Medizin und Forschergruppen der Biologie, die sich mit biomedizinischen Themen befassen.²⁾

Nennenswerte Unterstützung erfährt die medizinische Forschung auch durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), das im Jahr 1993 rund 180 Millionen DM für die Projektförderung medizinischer Vorhaben bereitstellte.³⁾ Davon kommt der größere Teil Hochschuleinrichtungen zugute. Hervorzuheben ist hierbei insbesondere ein bedeutsamer Anteil strukturbildender Maßnahmen wie beispielsweise die Finanzierung des Programms der Klinischen Forschergruppen sowie die Anschubfinanzierung "Interdisziplinärer Zentren für Klinische Forschung". Darüber hinaus gewähren auch andere Bundesministerien, private Stiftungen und Wirtschaftsunternehmen Drittmittel für medizinische Forschungsvorhaben. Auch bieten Programme der Länder zusätzlich zur Grundfinanzierung Fördermittel, die projektorientiert oder als Startfinanzierung vergeben werden, um das Einwerben weiterer Drittmittel zu erleichtern.

1) Vgl. Anlage zum Bericht des Wissenschaftsrates über Drittmittel der Hochschulen 1970 - 1990, Köln 1993

2) Deutsche Forschungsgemeinschaft: Jahresbericht 1993, Bonn 1994

3) Bundesministerium für Forschung und Technologie: Gesundheitsforschung 2000, Programm der Bundesregierung, Bonn 1993

Im Bereich der Drittmittelförderung ist in den vergangenen Jahren eine deutliche Knappheit der Ressourcen spürbar. Zwar ist die Summe der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft für die medizinische Forschung zur Verfügung gestellten Mittel in den vergangenen fünf Jahren um rund 40% angestiegen. Allerdings ist auch die Zahl der antragstellenden Bewerber im Zuge der Wiedervereinigung Deutschlands erheblich angestiegen. Im Gegensatz zu den Fördermitteln der DFG ist die Höhe der Projektmittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung in der gleichen Zeit nur um rund 15% gestiegen, so daß die vom Wissenschaftsrat empfohlene Verstärkung des Programmes der Klinischen Forscherguppen zur Zeit nicht gewährleistet scheint. Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich angesichts der wirtschaftlichen Gesamtsituation gegenwärtig auch bei den Drittmitteln der Industrie ab.

II.4. Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes

Mit dem Anfang 1993 inkraftgetretenen Gesundheitsstrukturgesetz¹⁾ wurden wesentliche Grundsätze der bis dahin geltenden Krankenhausfinanzierung geändert. Abgeschafft wurde vor allem das Selbstkostendeckungsprinzip, das von einem vollständigen Ausgleich der Betriebskosten ausging. Das neue Finanzierungssystem geht lediglich vom Anspruch auf eine "medizinisch leistungsgerechte" Vergütung aus und überläßt die Frage des wirtschaftlichen Gesamtergebnisses den Krankenhausträgern. Als erste Übergangsphase wurde mit Beginn des Jahres 1993 ein sogenannter "Budgetdeckel" für alle Krankenhäuser einschließlich der Universitätsklinika auf der Basis der für das Jahr 1992 vereinbarten Budgets festgeschrieben. Bis maximal Ende 1995 ist die Erhöhung der jährlichen Budgets über die sogenannte

¹⁾ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21.12.92, Bundesgesetzblatt I, S. 2266 ff.

Grundlohnanbindung an die durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Tariflöhne und -gehälter gekoppelt.

Ab 1996 und auf freiwilliger Basis bereits ab 1995 soll stufenweise ein für alle Krankenhäuser verbindliches System von therapie- und diagnosebezogenen Fallpauschalen und katalogmäßig erfaßten Sonderentgelten eingeführt werden. Die im Juli 1994 verabschiedete Bundespflegesatzverordnung¹⁾ gibt zunächst 40 Fallpauschalen und 106 Sonderentgelte für operative und invasive Leistungen vor. Entsprechende Regelungen für die nicht-operativen Leistungen wurden noch nicht getroffen, sollen aber folgen. Eine erste Änderungsverordnung soll diese Entgeltkataloge um weitere 23 Fallpauschalen und 34 Sonderentgelte für die Bereiche Herzchirurgie, Thoraxchirurgie und Geburtshilfe ergänzen. Die mit den Verordnungen vorgegebenen Bewertungsrelationen (Punktzahlen) legen den Abstand der Entgelte untereinander fest. Die für die Krankenhäuser maßgebliche Höhe der Entgelte wird über einen sogenannten "Punktwert" in jährlichen Verhandlungen auf Landesebene durch die Verbände festgelegt. Die Punktzahlen wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von Forschungsinstituten bestimmt und beruhen auf dem Durchschnitt der kalkulierten Ist-Kosten ausgewählter Krankenhäuser auf der Basis einer zu erwartenden Senkung der Verweildauer.

Für Leistungen, die nicht durch Fallpauschalen und Sonderentgelte abgedeckt werden, sollen die Vertragsparteien auf der Grundlage des Vorjahresbudgets und der voraussichtlichen Belegung für jedes Krankenhaus individuelle Abteilungspflegesätze, einen Basispflegesatz für nicht-ärztliche Leistungen sowie entsprechende teilstationäre

¹⁾ Verordnung der Bundesregierung zur Neuordnung des Pflegesatzrechtes, Bundesrat Drs. Nr. 381/94 vom 28.4.94 und 381/94 (Beschluß) vom 8.7.94

Pflegesätze vereinbaren. Diese in jährlichen Verhandlungen festzulegenden tagesgleichen Pflegesätze sind auf der Basis einer "Leistungs- und Kalkulationsaufstellung zu ermitteln". Sie sollen "medizinisch leistungsgerecht" sein, orientieren sich aber nicht mehr an den Kosten eines einzelnen Krankenhauses, sondern werden im Vergleich zu anderen Kliniken bewertet. Das neue System der Fallpauschalen, Sonderentgelte und Pflegesätze eröffnet den Krankenhäusern grundsätzlich die Möglichkeit, Gewinne aber auch Verluste zu erwirtschaften. Damit soll ein wirksamer Anreiz gegeben werden, die Selbstkosten niedrig zu halten.

Zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten können Zu- und Abschläge für das einzelne Krankenhaus vereinbart werden. Sie sind allerdings nur für eng begrenzte "Tatbestände" zugelassen. Darüber hinaus sind auch Mengengrenzungen im Leistungsspektrum zunächst nicht ausgeschlossen. Abschläge für Forschung und Lehre sind in der Bundespflegegesetzverordnung nicht vorgesehen, aber durch die Tatsache, daß die Höhe des bisherigen Budgets den Orientierungsrahmen bildet, bereits im Bezugsmaßstab enthalten. Besonderheiten der Hochschulklinika wurden in der Kalkulation der Fallpauschalen und Sonderentgelte nicht berücksichtigt. Ein Ausgleich für hochschultypische Besonderheiten ist nach den bisherigen Regelungen nahezu ausgeschlossen, da die Punktwerte landeseinheitlich festzulegen sind und die Regelung für Zuschläge daran gekoppelt ist, daß "das Krankenhaus die mit den Fallpauschalen und Sonderentgelten abzurechnenden Leistungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung insgesamt ohne Verlust nicht erbringen kann". Verluste bei einzelnen Fallpauschalen oder Sonderentgelten können somit nicht als Begründung für Zuschläge geltend gemacht werden.

Noch sind die konkreten Auswirkungen der neuen Gesetzgebung auf die finanzielle Situation der medizinischen

Hochschuleinrichtungen nicht genau bezifferbar. Aufgrund des überproportional hohen Anteils der Hochschulklinika an der Maximalversorgung und die vergleichsweise große Zahl besonders schwerkranker und außergewöhnlicher Fälle wird allerdings befürchtet, daß die vorgesehenen Fallpauschalen und Sonderentgelte die tatsächlich erforderlichen Aufwendungen für die Krankenversorgung auch bei sparsamer Betriebsführung vielfach nicht werden decken können. Auch wird erwartet, daß andere Krankenhäuser, die denselben Vergütungsregelungen unterworfen sind, künftig Patienten mit schweren und daher "teuren" Erkrankungen, beispielsweise AIDS- und Tumorpatienten sowie komplizierten Operationen, verstärkt an Hochschulkliniken verweisen werden.

A.III. Organisation der Hochschulmedizin

Hinsichtlich Forschung und Lehre ist die Medizin wie die übrigen Fächer in den Aufbau der akademischen Selbstverwaltung eingebunden. Gleichzeitig gibt es für den Bereich der Krankenversorgung Sonderregelungen. Kliniken und medizinisch-theoretische Institute werden entweder vollständig zu einer als "Medizinische Einrichtungen" oder - im Falle der Ausklammerung der Vorklinik - als "Universitätsklinikum" bezeichneten unselbständigen Anstalt der Universität mit eigenem Wirtschaftsplan zusammengefaßt. Die klinischen Einrichtungen werden durch ein Kollegialorgan (Vorstand) geleitet, dem neben Koordinations- und Planungsaufgaben im Bereich der Krankenhausorganisation die Aufstellung des Wirtschaftsplanentwurfs und die Verteilung von Stellen und Mitteln obliegt. Dem Vorstand gehören in jedem Fall der Ärztliche Direktor, der Verwaltungsdirektor und die Leitung des Pflegedienstes, zum Teil auch Fachvertreter aus der operativen, konservativen und theoretischen Medizin an. Für grundlegende Fragen der Finanz- und Bauplanung tritt in einigen Ländern neben den Vorstand eine weitere Entscheidungsinstanz.

Auch die weitere Untergliederung des Klinikums in Zentren (Kliniken, Institute) und Abteilungen orientiert sich vorrangig an den Belangen der Krankenversorgung. Aufgrund ihrer mehrfachen Funktion als Einrichtungen von Forschung, Lehre und Krankenversorgung weisen sie Besonderheiten der Führungsorganisation auf. Auf Abteilungsebene steht dem Klinik- bzw. Institutsdirektor ein weitreichendes Leitungsrecht zu. Den Zentren obliegen vorrangig Koordinationsaufgaben. Ihre Leitung ist überwiegend kollegial, in einigen Bundesländern auch auf eine einzige Führungsposition hin angelegt. In Fragen der Krankenversorgung steht dem jeweiligen Leiter ein Weisungsrecht zu. Die wegen der Verflechtung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung notwendige Koordination der Aufgaben der Fakultät wird entweder über die Personalunion von Ärztlichem Direktor und Dekan oder die Mitgliedschaft des Dekans im klinischen Vorstand erreicht und über wechselseitige Informations- und Abstimmungspflichten verstärkt. Die klinischen Einrichtungen haben eine eigene, unter der Leitung des Verwaltungsdirektors stehende Verwaltung, die in einigen Ländern über ein Weisungsrecht des Kanzlers in die Universitätsverwaltung eingebunden, überwiegend aber verselbständigt ist und dem Vorstand der Medizinischen Einrichtungen bzw. dem Klinikumsvorstand untersteht. Organisatorisch und finanzwirtschaftlich hat sich die Hochschulmedizin weitgehend gegenüber der Universität verselbständigt; sie ist über die Fachaufsicht der Ministerien in Fragen der Krankenversorgung intensiver staatlicher Einflußnahme, vor allem in finanzwirtschaftlicher Sicht, ausgesetzt. Die Zuständigkeit universitärer Gremien für die Hochschulmedizin beschränkt sich in der Regel auf akademische Angelegenheiten. Das heißt die Medizinische Fakultät ist in Fragen der Organisation, der Finanz- und Bauplanung, vor allem aber der Ressourcenverteilung weitgehend von den Entscheidungen des Klinikumsvorstandes abhängig.

B. Stellungnahme

I. Forschung und Lehre in der Medizin sind nur in enger Verbindung mit der klinischen Betreuung von Patienten möglich. Der Wissenschaftsrat setzt sich für eine diesem besonderen Aufgabenspektrum der Hochschulkliniken angemessene Bezahlung von stationären und ambulanten Leistungen der Krankenversorgung durch die Kostenträger ein. Zugleich empfiehlt er, das in Hochschulkliniken geleistete Ausmaß an Krankenversorgung stärker am Bedarf von Forschung und Lehre zu orientieren.

Die Bundespflegesatzverordnung unterwirft die hochschulmedizinischen Einrichtungen als wesentliche Träger der Maximalversorgung den allgemeinen Bemühungen zur Kostendämpfung im Gesundheitssystem. Gleichzeitig sind die Ansprüche an die Hochschulkliniken unverändert: Sie sollen klinische Forschung auf Spitzenniveau betreiben und die Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie des späteren ärztlichen Führungspersonals gewährleisten. Sie sollen eine Vorreiterrolle in der Krankenversorgung ausüben und Qualitätsstandards setzen, damit die übrigen Einrichtungen der Krankenversorgung auch weiterhin die effektivsten und kostengünstigsten diagnostischen und therapeutischen Verfahren unmittelbar übernehmen können.

Im Hinblick auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung weist der Wissenschaftsrat erneut darauf hin, daß das Ausmaß der von Hochschulkliniken insgesamt geleisteten Krankenversorgung auf den an Forschung und Lehre ausgerichteten Bedarf beschränkt bleiben muß. Bereits in den Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen¹⁾ wurde gefordert, daß regelmäßig überprüft werden sollte, "inwie-

¹⁾ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Köln 1986

weit Aufgaben der Krankenversorgung, die überwiegend oder allein von den Hochschulkliniken wahrgenommen werden, auch von anderen Krankenhäusern mitgetragen werden können". Aus dieser Selbstbeschränkung kann sich vor dem Hintergrund der künftigen Finanzierungsregelungen ein wirtschaftlicher Zielkonflikt ergeben: So kann es sich auch für Hochschulkliniken als betriebswirtschaftlich sinnvoll erweisen, in Teilbereichen Schwerpunkte der Krankenversorgung zu setzen. Damit darf aber nach Ansicht des Wissenschaftsrates das Gleichgewicht zwischen den hochschulmedizinischen Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung grundsätzlich nicht in Frage gestellt werden.

Um die mit diesen Aufgaben verbundenen Ansprüche erfüllen zu können, müssen die Hochschulkliniken ein breites Leistungsspektrum bereitstellen, das sowohl die Maximalversorgung Schwerkranker umfaßt als auch die Betreuung von Patienten mit alltäglichen Krankheitsbildern. Daraus resultieren aufwendige Vorhalteleistungen, die sich in den Kostenstrukturen entsprechend niederschlagen. Durch neue Strategien für Diagnostik und Therapie sichern die Hochschulkliniken gleichzeitig die medizinische Versorgung für die Zukunft. Infolgedessen nehmen sie im Vergleich zu anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung eine besondere Stellung ein. Umso bemerkenswerter ist es, daß die Hochschulmedizin weder im Gesundheitsstrukturgesetz bzw. in der Bundespflegegesetzverordnung noch im Zwischenbericht der Länder zum Gesundheitsstrukturgesetz¹⁾ entsprechend berücksichtigt wird. Es wird nicht verkannt, daß Hochschulkliniken zum sparsamen Umgang mit finanziellen Ressourcen verpflichtet sind (vgl. B.II.). Auch werden sie ihre spezifischen und damit kostenintensiveren Leistungen im Rahmen künftiger Pflegesatzverhandlungen detaillierter

¹⁾ Zwischenbericht der Länder zum Gesundheitsstrukturgesetz; Bewertungen, Handlungsbedarf, Perspektiven, November 1993

als bisher nachweisen müssen. Wenn aber die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung nachweislich eine angemessene Bezahlung spezifischer hochschulmedizinischer Leistungen in der Krankenversorgung nicht erlauben, ist es aus Sicht des Wissenschaftsrates erforderlich, eine Änderung der Verordnung herbeizuführen.

Es wird als sachgerecht betrachtet, daß alle Leistungen, welche die Hochschulkliniken entsprechend ihrem Auftrag unter den Bedingungen sparsamer Wirtschaftsführung in der Krankenversorgung erbringen, vollständig von den Kostenträgern bezahlt werden. Dazu zählen auch Leistungen, die im Sinne der Qualitätssicherung und der begleitenden Dokumentation zur Optimierung von Therapie- und Diagnosestrategien beitragen. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, daß diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Vorfeld der routinemäßigen Anwendung durch Hochschulkliniken koordiniert und als Leistungen der Krankenversorgung bezahlt werden, sofern dies der weiteren Definition und Eingrenzung von Indikationsbereichen dient. Dementsprechend hat sich der Wissenschaftsrat beispielsweise für die Kostenübernahme von PET-Untersuchungen im Rahmen klinischer Studien durch die Krankenkassen ausgesprochen.¹⁾ Die über die eigentliche Krankenversorgung hinausgehenden, eindeutig durch Forschung und Lehre bedingten Leistungen und Maßnahmen können hingegen nicht zu Lasten der Krankenkassen gehen, sondern müssen im Rahmen der Hochschulfinanzierung getragen werden.

Sofern Hochschulkliniken verpflichtet sind, Leistungen der allgemeinen stationären und ambulanten Krankenversorgung zu erbringen, die trotz wirtschaftlicher Betriebsführung nicht kostendeckend entgolten werden, muß die entsprechende Leistungsvorhaltung überprüft werden.

¹⁾ Wissenschaftsrat: Bericht zum Ausbau der Positronen-Emissions-Tomographie in der Medizin, Berlin 1994

II. Zu den Aufgaben der Hochschulkliniken gehört es, innovative diagnostische und herapeutische Methoden für die Anwendung in der klinischen Praxis zu entwickeln. Diese mit hohen Kosten verbundene Aufgabe setzt den Willen zum rationellen Umgang mit finanziellen Ressourcen voraus, erfordert aber gleichzeitig wirksame organisatorische Anreize, die den sparsamen Mitteleinsatz unterstützen und gewährleisten. Auch muß die Erfahrung im Management eines Klinikums bei der Besetzung von Führungspositionen berücksichtigt werden.

Das Bemühen, die Kosten im Gesundheitswesen in einem vertretbaren Rahmen zu halten, darf vor den Universitätskliniken nicht haltmachen. Es kann nicht übersehen werden, daß die Auslegung dessen, was als medizinisch notwendig galt, in den vergangenen Jahrzehnten auch im Zuge eines vermehrt technisch orientierten Verständnisses zunehmend ausgeweitet wurde. In vielen Bereichen von Diagnose und Therapie überwog - oft auch aus Gründen der rechtlichen Absicherung - die Vollständigkeit des Angebots ärztlicher Leistungen. Ökonomische Erwägungen wurden dabei oft vernachlässigt. In den letzten Jahren gewinnt bei Ärzten an Universitätskliniken das Kostenbewußtsein und die Überzeugung an Gewicht, daß das Ziel, eine innovative Medizin zu betreiben, keinen Gegensatz zum sparsamen Umgang mit finanziellen Ressourcen bedeutet. Vielmehr können Versorgungsleistungen ohne Einschränkung ihrer Qualität auf das Notwendige reduziert werden und müssen an hochschulmedizinischen Einrichtungen nicht zwangsläufig teurer sein als an anderen Krankenhäusern.

Die Festlegung von Qualitätsstandards in Verbindung mit der erforderlichen Dokumentation und der sachgerechten Aufklärung des Patienten trägt wesentlich dazu bei, eine undifferenzierte "Defensivmedizin" zu vermeiden. Als Hilfe zum rational begründeten Mitteleinsatz haben sich Ver-

fahren der internen und besonders der externen Qualitätssicherung bewährt, die bei definierten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einen Vergleich mit dem Leistungsprofil anderer Kliniken ermöglichen. Medizinische und wirtschaftliche Stärken, aber auch Schwächen des eigenen Leistungsprofils könnten in vielen Fachgebieten auf diese Weise verdeutlicht und in künftige Entscheidungsstrategien einbezogen werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt den hochschulmedizinischen Einrichtungen, sich den laufenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung anzuschließen und künftig vermehrt Initiativen zu deren Weiterentwicklung zu ergreifen, um wirtschaftlicheres Handeln bei gleichbleibender medizinischer Qualität zu fördern.

In den Hochschulkliniken fehlen bisher geeignete Anreizsysteme, durch die wirtschaftlich vernünftige Verordnungsweisen "belohnt" werden. Dazu ist es notwendig, den leitenden wie den nachgeordneten Ärzten Kenntnis über die Kosten zu vermitteln, die aus diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen erwachsen. Der Wissenschaftsrat spricht sich darüber hinaus dafür aus, den einzelnen Kliniken und Abteilungen durch die Leitung des Klinikums definierte Teilbudgets einschließlich der anteiligen Gemeinkosten für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung vorzugeben. Überschreitungen der Budgetvorgaben müßten erläutert werden. Der Zwang zur Begründung höherer Kosten könnte dazu beitragen, daß die wirtschaftliche Dimension ärztlicher Entscheidungen stärker mitbedacht wird. Außerdem kann dadurch das Kosten- und Leistungsprofil einzelner Abteilungen besser ermittelt und die Frage geklärt werden, inwiefern die jeweiligen Entgeltsätze kostendeckend sind. Ferner würde ermöglicht, wechselseitige Leistungen zwischen den Einrichtungen eines Klinikums als Kostenfaktor zu erfassen. Budgetvorgaben und sonstige Ressourcen dürften nicht als Besitzstand betrachtet werden, vielmehr muß eine bedarfs- und leistungsgerechte Umverteilung möglich sein.

Eine differenzierte und leistungsabhängige Ressourcenverteilung für Forschung, Lehre und Krankenversorgung erfordert auch eine größere Flexibilität des Mitteleinsatzes auf der Ebene der Kliniken, Institute und Abteilungen. So müßte es möglich sein, personelle und finanzielle Ressourcen im Rahmen vereinbarter Grenzen zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung auszutauschen. Vor allem aber ist es im Sinne eines wirksamen Sparanreizes erforderlich, daß Mittel, die durch wirtschaftliche Betriebsführung eingespart werden, dem Klinikum erhalten bleiben und zumindest teilweise in die jeweilige Abteilung zurückfließen.

Aus der größeren wirtschaftlichen Verantwortung der einzelnen Abteilungen wird eine erhebliche Mehrbelastung der leitenden Ärzte resultieren. Diese Mehraufgaben werden nur dann zu bewältigen sein, wenn entsprechende Zuarbeit und Hilfestellung von seiten der Klinikumsverwaltungen geleistet wird. Deren Unterstützung darf sich nicht auf administrative Kontrollen beschränken, sondern muß künftig Serviceleistungen bieten, indem beispielsweise die wirtschaftliche Dimension alternativer diagnostischer und therapeutischer Strategien im Sinne einer Entscheidungshilfe dargestellt wird. Damit ist eine enge Abstimmung zwischen ärztlicher Leitung und wirtschaftlicher Führung des Gesamtbetriebs gewährleistet.

III. Im Hinblick auf eine bessere Transparenz der Kosten wird eine vom Budget für die Krankenversorgung getrennte Mittelzuweisung für Forschung und Lehre empfohlen. Die Vergabe dieses Budgets durch die Fakultäten muß sich ebenso wie die Nutzung sonstiger Ressourcen am Leistungsprinzip orientieren.

Die enge Verbindung hochschulklinischer Aufgaben birgt die Gefahr, daß die Krankenversorgung aufgrund ihrer Unabweisbarkeit im Einzelfall personelle Ressourcen in solch großem Maß bindet, daß für Forschung und Lehre keine entsprechende Zeit übrig bleibt. Auf diesen Umstand hat der Wissenschaftsrat sowohl in den Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen¹⁾ als auch in der Stellungnahme zur Förderung klinischer Forschergruppen²⁾ nachdrücklich hingewiesen und Vorschläge zur strukturellen und organisatorischen Verbesserung gemacht.

Unter den künftigen Finanzierungsregelungen werden ökonomische Erwägungen in den Hochschulkliniken an Einfluß gewinnen. Daraus erwächst die Gefahr, daß klinische Forschung und Lehre gegenüber der Krankenversorgung noch stärker als bisher in eine nachteilige Situation geraten. Wenn die Leistungen der Krankenkassen die Kosten der Patientenversorgung überdies nicht vollständig decken, wird ein steigender Anteil der zur Sicherstellung von Forschung und Lehre gedachten Landeszuschüsse zum Ausgleich des finanziellen Defizits in der Krankenversorgung verwendet werden. Dieser Ausweg ist finanztechnisch möglich, da mit den Landeszuschüssen bislang in der Regel keine detaillierte Zweckbindung in Bezug auf Forschung und Leh-

¹⁾ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Köln 1986

²⁾ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zum Programm "Klinische Forschergruppen in Hochschulen", Köln 1993

re einerseits und Krankenversorgung andererseits vorgegeben wird.

Um diese Entwicklung zu vermeiden, empfiehlt der Wissenschaftsrat ein definiertes Budget für Forschung und Lehre, das von dem für die universitäre Krankenversorgung vorgesehenen Zuschuß abgegrenzt ist und durch die Fakultät vergeben wird. Dieses Budget soll sich am Grundbedarf und an den tatsächlichen Leistungen in Lehre und Forschung orientieren. Der Anteil für die Lehre sollte sich an der Zahl der Studierenden in der Regelstudienzeit orientieren. Es muß unabhängig von Einkünften aus der Krankenversorgung ermittelt und getrennt geführt werden. Der Anteil für die Lehre sollte an der Zahl der Studierenden und dem daraus folgenden Personalbedarf für die Lehre bemessen werden. Dieser Bedarf ergibt sich aus den zu erfüllenden Lehrverpflichtungen.

Für die Forschung ist eine angemessene Grundausstattung erforderlich, die sowohl wissenschaftliches als auch nicht-wissenschaftliches Personal, eine apparative Infrastruktur sowie entsprechende Sachmittel umfaßt. Damit verbunden muß die Zuweisung geeigneter Räumlichkeiten sein, die ebenfalls zur Grundausstattung gehören. Zusätzlich zum Grundbedarf soll ein größerer Teil als leistungsabhängiges Teilbudget für die Forschung ermittelt und gewährt werden. Bei der Vergabe dieses Teilbudgets können externe Vertreter der biomedizinischen Forschung in sachgerechter Weise in den Entscheidungsprozeß einbezogen werden.

Die differenzierte Bemessung müßte sich dementsprechend auch auf die Gesamthöhe der Zuschüsse auswirken und dürfte größere Unterschiede in den Zuführungsbeträgen an die hochschulmedizinischen Einrichtungen eines Landes zur Folge haben. Die Vergabe der Budgets für Forschung und Lehre müßte in der Hand der Fakultäten liegen. Sie werden

diese Aufgabe aber nur leisten können, wenn hierfür die erforderliche personelle und sächliche Infrastruktur zur Verfügung steht und die Dekane erweiterte Befugnisse erhalten (Vgl. B.IV.).

Die Zuweisung eines leistungsgebundenen Teilbudgets für die Forschung würde das Gleichgewicht von Grundmitteln und leistungsbezogenen Ressourcen zugunsten des wissenschaftlichen Wettbewerbes verschieben. Dies entspräche auch dem international üblichen Verhältnis zwischen institutioneller und leistungsgebundener Forschungsfinanzierung.¹⁾ Unabhängig davon ist ein substantielles Angebot an Drittmitteln, deren Vergabe an eine externe Begutachtung gebunden ist, unverzichtbar. Dies gilt nicht nur für die Mittel der DFG, sondern auch für staatliche Förderprogramme, deren finanzielle Anpassung an die gestiegene Nachfrage dringlich ist.

Die Vergabe leistungsbezogener Ressourcen setzt einen fakultätsinternen Wettbewerb voraus, der darauf ausgerichtet sein müßte,

- herausragende Leistungen zu belohnen,
- wissenschaftliche Schwerpunkte hervorzuheben,
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern,
- Nachwuchswissenschaftler zu fördern und
- das Einwerben von Drittmitteln zu unterstützen.

Zur Gestaltung des mit einem separaten Forschungsbudget verbundenen Wettbewerbs bieten sich verschiedene Möglichkeiten an. Bewährt hat sich die Einrichtung klinischer Forschergruppen entsprechend dem durch die DFG geförder-

¹⁾ Vgl. Braun, D.: Gesundheitsforschung und Fördersysteme im internationalen Vergleich; Schriftenreihe zum Programm der Bundesregierung Gesundheitsforschung 2000, Bd. 25, Bonn 1993

ten Modell. Diskutiert werden derzeit - nicht zuletzt angeregt durch die Initiative des BMBF - sogenannte "Interdisziplinäre Zentren für Klinische Forschung", in denen die einzelnen Gruppen zeitlich befristete Arbeitsmöglichkeiten erhalten. Die Vergabe von Räumlichkeiten könnte einschließlich einer angemessenen personellen, apparativen und finanziellen Grundausstattung an die Voraussetzung eingeworbener Drittmittel gebunden werden. Denkbar wären jedoch auch andere Verteilungskriterien. Als sinnvoll hat sich beispielsweise die Anschubfinanzierung erfolgversprechender Forschungsprojekte erwiesen. Damit können insbesondere Nachwuchswissenschaftler in die Lage versetzt werden, weitere Drittmittel einzuwerben. Auch hierbei sind nicht nur finanzielle und personelle Ressourcen, sondern auch Räumlichkeiten und eine apparative Ausstattung als Anreiz wirksam.

Ein separates Budget für Forschung und Lehre ist ein wichtiger Schritt in Richtung auf größere Transparenz der Kosten für Forschung, Lehre und wissenschaftlichen Nachwuchs einerseits sowie Krankenversorgung andererseits. Dies setzt eine weitgehende Aufschlüsselung dieser Leistungen sowie eine Differenzierung der mittelbar und unmittelbar durch Forschung und Lehre bedingten Kosten voraus. Eine Analyse der Kosten- und Leistungsstruktur wurde bislang in den meisten Kliniken nicht praktiziert, scheiterte aber auch an der fehlenden technischen Infrastruktur. Eine wesentliche Hilfe versprechen moderne Dokumentations- und Informationsverfahren, die für eine Reihe von Kliniken geplant werden. Der Wissenschaftsrat sieht in diesen Kommunikationssystemen eine Grundvoraussetzung für wirtschaftliches Arbeiten und eine leistungsbezogene Ressourcenvergabe. Ob auf diesem Weg eine vollständige Kostenstellenrechnung möglich ist, bleibt abzuwarten, zumal der damit verbundene administrative Aufwand bei allem Bemühen um Kostentransparenz begrenzt bleiben muß. So werden Kosten im Überschneidungsbereich verschiedener

Aufgaben anteilig geschätzt werden müssen.¹⁾

IV. Die wirtschaftliche Größenordnung moderner Universitätsklinika und die gleichzeitige Verantwortung für Forschung und Lehre zwingen zu Überlegungen über neue Organisationsformen und die mögliche wirtschaftliche Verselbständigung von Klinika. Dabei muß die ärztliche Verantwortung für Forschung, Lehre und Krankenversorgung gewährleistet bleiben.

Bereits in den Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen hat der Wissenschaftsrat deutlich gemacht, daß die typischerweise zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung auftretenden Interessenskonflikte "nur durch Kompromisse gelöst werden können, die nicht einseitig zu Lasten einer der Aufgaben gehen dürfen".²⁾ In den Jahren prosperierender öffentlicher Haushalte mag dieser Interessensausgleich unter Inkaufnahme wachsender Kosten gelungen sein. Angesichts der knappen Ressourcen werden jedoch Einsparungen unvermeidbar sein, so daß sich die Frage nach sinnvollen Beschränkungen und Neustrukturierungen immer drängender stellt.

Derzeit werden in Medizinischen Fakultäten und wissenschaftspolitischen Gremien eine Reihe von Vorschlägen zur Neuorganisation von Hochschulklinika diskutiert. Der Wissenschaftsrat spricht sich nachdrücklich für einen erweiterten Handlungs- und Verantwortungsspielraum von Klini-

¹⁾ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: Abgrenzung der Kosten für Forschung und Lehre von den Selbstkosten des Krankenhauses nach Bundespflegegesetzverordnung, Forschungsbericht Nr. 141 im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1986

²⁾ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Köln 1986

kumsleitung und Dekan aus und fordert Bund und Länder auf, die rechtlichen Voraussetzungen für eine Führung von Universitätskliniken in privatrechtlichen Organisationsformen (z.B. als GmbH) zu prüfen. Die rechtliche Prüfung muß insbesondere die HBBG-Fähigkeit dieser neuen Organisationsformen umfassen. Gleichzeitig muß von den Ländern aber auch der Versuch unternommen werden, das bisherige Strukturmodell als Landesbetrieb innerhalb der Universität zu optimieren und an die Herausforderungen einer effizienten Wirtschaftsführung anzupassen. Dabei darf jedoch die für Forschung und Lehre notwendige Verbindung zur Fakultät nicht außer Acht gelassen werden. Der Wissenschaftsrat betrachtet keine der vorgeschlagenen Strukturvarianten als allgemein verbindliches Idealmodell. Vielmehr dürfte es sich empfehlen, verschiedene Organisationsformen zur Verfügung zu haben, um den jeweiligen Gegebenheiten und spezifischen Ansprüchen einer Fakultät und ihrem Klinikum gerecht zu werden.

Als Alternative zum herkömmlichen Klinikumskonzept wird derzeit insbesondere die wirtschaftliche Abgrenzung des Klinikbetriebes innerhalb der Hochschule oder aber in einer von der Universität getrennten Trägerschaft diskutiert. Für eine größere betriebswirtschaftliche Selbständigkeit spricht der Umfang des Finanzvolumens, das mit der Krankenversorgung verbunden ist. Auch im Ausland hat sich diese Eigenständigkeit in der Betriebsführung vielfach bewährt. Ebenso erscheinen die Grundsätze der öffentlichen Verwaltung zur Bewältigung der komplexen Aufgaben eines modernen Hochschulklinikums vielfach nicht mehr angemessen. Stattdessen müßten die Klinikumsleitungen mit dem erforderlichen unternehmerischen Sachverstand und mit deutlich erweiterten Entscheidungsspielräumen, beispielsweise in der Personalbewirtschaftung und der Verwendung verfügbarer Investitionsmittel, ausgestattet sein. Die Aufhebung des Jährlichkeitsprinzips des Haushalts würde eine größere Planungssicherheit, aber auch die Risiken der eigenverantwortlichen Betriebsführung mit

sich bringen. In diesem Sinne spricht sich der Wissenschaftsrat auch dafür aus, daß die Klinika Gewinne aus sparsamer Wirtschaftsführung zur Verbesserung der eigenen investiven Strukturen heranziehen können.

Der Wissenschaftsrat sieht in der größeren wirtschaftlichen Selbständigkeit universitärer Krankenhausbetriebe komplementär zur eigenständigen Finanzierung von Forschung und Lehre einen von mehreren gangbaren Wegen, um den wachsenden Anforderungen im Bereich der Krankenversorgung besser gerecht zu werden. Dabei müssen aus seiner Sicht die folgenden Bedingungen berücksichtigt werden:

- Die ökonomische Eigenständigkeit des Krankenhausbetriebes darf nicht zu einer Trennung der Gesamtverantwortung für Forschung, Lehre und medizinische Versorgung führen. Das Prinzip der Personalunion zwischen Arzt und Lehrer bzw. Arzt und klinischem Forscher sollte gerade in einer Zeit, in der wesentliche Neuerungen für die Klinik aus der biomedizinischen Grundlagenforschung erwartet werden, erhalten bleiben. Dementsprechend muß die Qualifikation in Wissenschaft und Lehre ausschlaggebend für die Besetzung der ärztlichen Führungspositionen bleiben.
- Die ärztliche Gesamtverantwortung für Forschung, Lehre und Krankenversorgung schließt differenzierte Ausbildungswege der wissenschaftlichen Mitarbeiter und die Bildung eigenständiger Forschergruppen nicht aus. Vielmehr erfordert die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses klar definierte Freiräume für die Forschung, die auch bei einer weitgehenden Loslösung des Krankenhausbetriebes gewährleistet sein müssen.
- Im Zusammenhang mit Leistungsanreizen wurden in jüngster Zeit Vorschläge diskutiert, die darauf abzielen, das persönliche Einkommen der leitenden

Ärzte vom wirtschaftlichen Erfolg der von ihnen betreuten Abteilungen abhängig zu machen und das Liquidationsrecht durch außertarifliche Vereinbarungen zu ersetzen. Der Wissenschaftsrat hält es für gerechtfertigt, diese Frage zur Diskussion zu stellen. Er fordert Bund und Länder auf, in einem abgestimmten Verfahren die Voraussetzungen für Verträge außerhalb des Beamten- und Besoldungsrechtes zu prüfen. Alternative Vereinbarungen sollten sich jedoch nicht auf den Bereich der Krankenversorgung beschränken, sondern beispielsweise auch die Möglichkeit eröffnen, Ressourcen für die Forschung in Abhängigkeit vom jeweiligen wirtschaftlichen Ergebnis zu vergeben.

- Mit einer wirtschaftlichen und gegebenenfalls haushaltsmäßigen Verselbständigung der Krankenversorgung werden komplexe Abstimmungsprozesse zwischen Klinikumsleitung und den Gremien der jeweiligen Medizinischen Fakultät erforderlich. So werden wissenschaftliche Schwerpunkte im Hinblick auf die daraus resultierenden Struktur- und Ausbauvorstellungen und im Kontext mit Prioritäten der medizinischen Versorgung zu diskutieren sein. Um eine wirksame Beteiligung an diesen Entscheidungsprozessen sicherzustellen, ist ein angemessenes Mitspracherecht der Fakultät in den Leitungsgremien des Klinikums notwendig. Es muß über die bisher übliche Vertretung durch den Dekan hinausgehen.
- Mit der schrittweisen Einführung und verantwortlichen Betreuung eines separaten Budgets für Forschung und Lehre kommen erhebliche Anforderungen auf die Fakultätsspitze zu. Die dafür erforderlichen Entscheidungsstrukturen müßten geeignet sein, Ressourcen nach Leistungskriterien zu vergeben. Eine wesentliche Voraussetzung für die eigenständige Budgetverantwortung der Fakultät ist die Erweiterung der Befugnisse des Dekans, der entsprechend den Empfehlungen des Wissen-

schaftsrates eine personelle Unterstützung erhalten müßte.¹⁾ Der Dekan sollte in dieser Funktion durch sachkundige Fakultätsgremien unterstützt werden, deren Aufgaben auch die regelmäßige Evaluation von Leistungen umfassen müßte.

- Auch im Lehrbereich bedarf es künftig einer wirksameren Abstimmung. Da die Universitätskliniken zunehmend zu einer "Auffangstation für Spezialfälle" werden, engt sich das für den studentischen Unterricht erforderliche Spektrum alltäglicher Krankheitsbilder immer mehr ein. Um diesem Mangel entgegenzuwirken, wird es notwendig sein, die verfügbaren Kapazitäten der Lehrkrankenhäuser und gegebenenfalls niedergelassener Ärzte stärker für die praktische Studentenausbildung zu nutzen und konzeptionell in die Lehre einzubinden. Unabhängig von den in diesem Zusammenhang zu klärenden Kapazitätsfragen wird dadurch ein Koordinationsbedarf entstehen, der umso größer ist, wenn Teile des Klinikums in außeruniversitärer Trägerschaft stehen. Vorrangig ist jedoch das Ausbildungsangebot der Universität zu nutzen.

¹⁾ Wissenschaftsrat: 10 Thesen zur Hochschulpolitik, Empfehlungen und Stellungnahmen 1993

V. Der Investitionsbedarf der hochschulmedizinischen Einrichtungen wird auf absehbare Zeit nicht in ausreichendem Maß gedeckt werden können. Der Wissenschaftsrat spricht sich angesichts dieser Situation gegen schematische Kürzungen und für Prioritäten entsprechend den Leistungen in Forschung und Lehre sowie für eine komplementäre Schwerpunktbildung innerhalb und zwischen Medizinischen Fakultäten aus. Auch muß die Gesamtzahl Medizinischer Fakultäten neu bedacht werden.

Der Anteil der Medizin an den Rahmenplänen für den Hochschulbau hat nach der Aufbauphase der Klinika in den alten Ländern stetig abgenommen. Diese Tendenz setzte sich auch nach der Deutschen Einigung fort, obwohl der Aufbau der Hochschulmedizin in den neuen Ländern zunehmend Mittel bindet und in den kommenden Jahren ein erhebliches Finanzvolumen erfordern wird.

In den alten Ländern ist mittlerweile die Situation entstanden, daß umfangreichere Neubauvorhaben sowie größere Altbausanierungen eine immer geringere Chance der Realisierung haben. Entsprechendes gilt auch für den Ersatz technisch überholter Grundausstattungen, der in vielen Kliniken ansteht und trotz des vergleichsweise hohen Anteils medizinischer Großgeräte an den Rahmenplänen deutlich hinter dem Bedarf zurückbleibt. Der Engpaß in der Finanzausstattung der Rahmenpläne für den Hochschulbau führt verbunden mit dem Ausschluß der Hochschulkliniken von der Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zwangsläufig zu einem erheblichen Wettbewerbsnachteil gegenüber Krankenhäusern der Maximalversorgung. Insbesondere der Aufbau der Hochschulmedizin in den neuen Ländern wird sich unter diesen Bedingungen mit großer Wahrscheinlichkeit erheblich verzögern. Schon heute sind eine Reihe von Kliniken in den neuen, aber auch in den alten Ländern baulich und apparativ schlechter gestellt als städtische Krankenhäuser, die in den neuen

Ländern darüber hinaus entsprechend Art. 14 GSG ab 1995 Sondermittel¹⁾ zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in Anspruch nehmen können.

Aus Sicht des Wissenschaftsrates ist es unverständlich, daß die hochschulmedizinischen Einrichtungen der neuen Länder aus dem Krankenhausinvestitionsprogramm ausgenommen wurden, obwohl sie derzeit noch einen besonders hohen Anteil an der regionalen Maximalversorgung zu tragen haben. Er fordert den Gesetzgeber auf, diese Regelung nochmals zu überprüfen und eine Teilnahme der Hochschulen an dem Programm zu ermöglichen. Eine Doppelförderung derselben Baumaßnahme über das Hochschulbauförderungsgesetz und das Krankenhausinvestitionsprogramm muß allerdings ausgeschlossen sein. Ebenso muß die Prüfung der Vorhaben durch den Wissenschaftsrat für beide Wege verbindlich sein.

Nach Ansicht des Wissenschaftsrates müssen Wege gefunden werden, um den Aufwand für die Hochschulmedizin in realisierbaren Grenzen zu halten. Er sieht dabei die folgenden Leitgedanken als maßgeblich an:

- Hochschulkliniken bleiben weiterhin Bestandteil der HBFG-Förderung, wie dies im Artikel 91a des Grundgesetzes festgeschrieben ist. Grundsätzlich erwartet der Wissenschaftsrat, daß in den Ländern über den universitären Bedarf hinaus entsprechende Kapazitäten der Regel- und Maximalversorgung außerhalb der Universitäten bereitgestellt werden.
- Schon vor der Neuregelung der Krankenhausfinanzierung hat sich der Wissenschaftsrat wiederholt mit der Frage der notwendigen Bettenkapazität von Hochschulkliniken auseinandergesetzt und unter den besonderen Bedingungen

¹⁾ Krankenhausinvestitionsprogramm gem. Art. 14 GSG, Bundesgesetzblatt I, S. 2266 ff.

des vollständigen Neubaus für das Universitätsklinikum Rudolf Virchow in Berlin seinerzeit 1.350 Betten für angemessen gehalten.¹⁾ Dieselbe Einschätzung wurde auch für die Neustrukturierung der Klinika in den neuen Ländern zugrundegelegt.²⁾ Im Zuge der Gesundheitsreform wird der Stellenwert, der dem "Bett" als Planungsgröße zukommt, deutlich relativiert. In Bereichen, in denen die Kosten der Krankenversorgung nicht durch die Krankenkassen gedeckt sind, werden die Hochschulklinika im eigenen Interesse versuchen, den Aufwand und damit auch die Bettenkapazität einzuschränken.

Unter dieser Maßgabe hält es der Wissenschaftsrat auch für denkbar, die Richtzahl von 1.350 Betten für Universitätsklinika zu unterschreiten, vorausgesetzt, daß geeignete außeruniversitäre Krankenhäuser für Zwecke der Maximalversorgung und für eine Kooperation im Bereich der universitären Lehre zur Verfügung stehen. Entsprechende Modelle für einen "Funktionsverbund", in dem "die einzelnen Aufgaben jeweils dort wahrgenommen werden, wo sie am kostengünstigsten und sachlich zweckmäßigsten erledigt werden können", hat der Wissenschaftsrat bereits in den Empfehlungen zu Aufgaben, Organisation und Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten vorgeschlagen.³⁾

-
- 1) Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Verlagerung des Universitätsklinikums Rudolf Virchow der Freien Universität Berlin; in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1987, Köln 1988, S. 153 ff.
- 2) Wissenschaftsrat: Zur künftigen Struktur der Hochschullandschaft in den neuen Ländern und im Ostteil von Berlin - Teil III -, Köln 1992
- 3) Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Aufgaben, Organisation und Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, Köln 1976

- Die Reduzierung hochschulklinischer Betten kann auch durch die Bildung komplementärer Schwerpunkte zwischen benachbarten Hochschulstandorten und in Abstimmung mit den Lehrkrankenhäusern erreicht werden. Komplementarität bedeutet dabei die volle Ausstattung eines Faches oder Teilgebietes als Lehrstuhl bzw. Klinik in der einen und als reine Einheit zur Krankenversorgung in der benachbarten Fakultät. Nicht alle Teilgebiete der klinischen Medizin müssen an jeder Universitätsklinik als selbständige Einrichtung bzw. als Lehrstuhl vertreten sein. Fachrichtungen, die für die Krankenversorgung nach den Regeln der Maximalversorgung notwendig sind, aber wissenschaftlich an einem Standort nicht ausgebaut werden müssen, können durch kompetente Fachärzte vertreten sein. Diese können Oberärzte oder Leiter von unselbständigen Abteilungen innerhalb einer Klinik bzw. eines Lehrkrankenhauses sein. Eine komplementäre Schwerpunktsetzung kann vor Landesgrenzen nicht haltmachen und wird bei künftigen Begutachtungen Medizinischer Fakultäten an Bedeutung gewinnen.

- Als Alternative zu öffentlich finanzierten Hochschulkliniken wurde in den vergangenen Jahren immer wieder die Möglichkeit einer privaten Finanzierung von Einzelkliniken oder ganzer Kliniken diskutiert. Auch der Wissenschaftsrat empfiehlt, solche Konzepte im Hinblick auf positive Erfahrungen im Ausland sorgfältig zu prüfen. Es besteht allerdings die Möglichkeit daß Forschung und Lehre in diesem Rahmen nur akzeptiert, nicht aber gefördert werden, obwohl die Einstufung als Universitätsklinik im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern durchaus von Vorteil sein kann. Privatinvestoren neigen außerdem dazu, sich auf einzelne gewinnversprechende Bereiche der Krankenversorgung, beispielsweise die Herzchirurgie, zu beschränken. Die Ausgliederung solcher Gebiete kann einem Hochschulklinikum wirtschaftliche Nachteile eintragen, welche die Vorteile möglicherweise überwiegen. Diese Art der Bau-

finanzierung kann deshalb nur dann empfehlenswert sein, wenn annehmbare Bedingungen und ungehindertes Engagement für Forschung und Lehre vertraglich abgesichert werden.

- Bei Fortdauer der gegenwärtigen Diskrepanz zwischen Investitionsbedarf und verfügbaren Mitteln für den Hochschulbau wird auch über die Frage nach der Zahl notwendiger Universitätsklinika nachzudenken sein. Der Wissenschaftsrat spricht sich mit Nachdruck gegen eine gleichmäßige Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für alle hochschulmedizinischen Einrichtungen aus. Die Qualität von Forschung und Lehre hängt nicht von der Zahl Medizinischer Fakultäten, sondern vielmehr von deren Leistungsfähigkeit ab. Unter diesem Gesichtspunkt darf die Reduktion der Gesamtzahl der Hochschulklinika oder die Zusammenlegung benachbarter Standorte kein Tabu sein. Der Wissenschaftsrat ist sich bewußt, daß derartige Entscheidungen schwierig sind. Bei Finanzknappheit schließt er diese Lösungen in Einzelfällen aber nicht aus, wenn nur so wissenschaftlich leistungsfähige Einrichtungen finanziell abgesichert und angemessen ausgestattet werden können.