

Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin - Aufgaben, Organisation, Finanzierung -

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
Vorbemerkung	3
A. Ausgangslage	4
I. Bedeutung der Hochschulmedizin innerhalb des Hochschulsystems	4
1. Historischer Überblick	4
2. Wirtschaftliche Bedeutung der Hochschulmedizin	4
3. Aufgaben- und Leistungsspektrum	5
a) Ausbildung in der Humanmedizin	8
b) Forschung	10
c) Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses	11
d) Krankenversorgung	12
e) Ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie Ausbildung des nichtärztlichen Personals	18
II. Organisation der Hochschulmedizin	19
1. Herkömmliche Organisation der Hochschulmedizin	19
2. Neue Organisationsformen nach Novellierung der Ländergesetze	22
3. Neue Organisationsformen in vorliegenden Gesetzentwürfen	33
III. Finanzierung der Hochschulmedizin	37
1. Überblick	37
2. Investitionsfinanzierung	38
3. Der Zuschuß des Landes	41
4. Laufende Finanzierung der Krankenversorgung	42
5. Laufende Finanzierung der Fort- und Weiterbildung sowie der Ausbildung nichtärztlichen Personals	45

B.	Stellungnahme	46
I.	Reformbedarf und –ziele	46
II.	Zum Aufgabenspektrum der Hochschulmedizin	47
III.	Zur Organisation der Hochschulmedizin	53
	1. Handlungsbedarf	53
	2. Leitlinien der Organisationsreform der Hochschulmedizin	55
	3. Zur Ausgliederung von Versorgungsbereichen	61
IV.	Zur Finanzierung der Hochschulmedizin	66
	1. Zur Investitionsfinanzierung	67
	2. Zur laufenden Finanzierung durch die Krankenkassen	76
	3. Zur laufenden Finanzierung durch das Land	85
	4. Zur fakultätsinternen Mittelverteilung	87
C.	Zusammenfassung	91
D.	Anhang	97

Vorbemerkung

Die geänderten und sich weiter ändernden Rahmenbedingungen für die Hochschulmedizin, ein sich verschärfender Wettbewerb um die für Forschung, Lehre, die Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses und die Krankenversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen, Wirtschaftlichkeitsprobleme in der Krankenversorgung sowie die Änderungen des diesbezüglichen Finanzierungssystems machen die Weiterentwicklung bzw. Neugestaltung der die Hochschulmedizin bestimmenden Strukturen dringend notwendig. Mit der Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin hat der Wissenschaftsrat bereits 1995 Grundsatzfragen der Hochschulmedizin vor dem Hintergrund der sich wandelnden finanziellen Randbedingungen erörtert und Rahmenbedingungen für den Fortbestand einer leistungsstarken medizinischen Forschung und einer qualitativ anspruchsvollen Lehre aufgezeigt. Diese Überlegungen werden mit den vorliegenden Empfehlungen aufgegriffen, ergänzt und weiterentwickelt. Ziel ist es dabei, die Leistungsfähigkeit der Hochschulmedizin als Teil des Wissenschaftssystems ebenso wie die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenversorgung künftig zu gewährleisten. Dies beinhaltet besonders Fragen des Aufgabenspektrums sowie der Finanzierungs- und Organisationsstruktur.

Zur Vorbereitung der vorliegenden Empfehlungen hat der Wissenschaftsrat 1996 eine Arbeitsgruppe eingesetzt, in der auch Sachverständige mitgewirkt haben, die nicht dem Wissenschaftsrat angehören. Ihnen ist der Wissenschaftsrat zu besonderem Dank verpflichtet.

Der Wissenschaftsrat hat diese Empfehlungen am 9. Juli 1999 verabschiedet.

A. Ausgangslage

A.I. Bedeutung der Hochschulmedizin innerhalb des Hochschulsystems

I.1. Historischer Überblick

Ursprünglich war die Medizinische Fakultät an deutschen Hochschulen in erster Linie eine Einrichtung für die Lehre. Erst durch die aufstrebende Entwicklung der Naturwissenschaften im 19. Jahrhundert wurde die Forschung in der Medizin nachhaltig befruchtet. Nach und nach setzte sich die Erkenntnis durch, daß Lehre und Forschung in der Medizin vom kranken Menschen ihren Ausgang nehmen sollten. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts entstanden die ersten kleinen Universitätskrankenhäuser. Die Notwendigkeit einer praktischen Ausbildung der Medizinstudenten wurde anerkannt bei gleichzeitiger Betonung, daß die Bildungsidee Wilhelm von Humboldts auch für die Medizinischen Fakultäten prägend sein soll.

Auch die heutige Hochschulmedizin ist geprägt durch die Verbindung von Aufgaben zum einen in Forschung und Lehre, die sie eigenverantwortlich wahrnimmt, zum anderen in der vom Land übertragenen Krankenversorgung. Bereits in der Vergangenheit war es für den Leiter einer Universitätsklinik vielfach schwer, den Anforderungen von Forschung, Lehre und Krankenversorgung, sowohl fachlich wie auch organisatorisch, in vollem Umfang gerecht zu werden. Nachdem die Kosten und damit ökonomische Gesichtspunkte eine ständig wachsende Bedeutung erlangt haben, werden von ihm Eigenschaften erwartet, die nahezu unvereinbar sind: guter Lehrer, engagierter Forscher, kenntnisreicher und verständnisvoller Arzt sowie streng kalkulierender Ökonom.

I.2. Wirtschaftliche Bedeutung der Hochschulmedizin

Durch die ihr vom Land übertragenen Aufgaben in der Krankenversorgung und der öffentlichen Gesundheitspflege besitzt die Hochschulmedizin eine bedeutende wirtschaftliche Stellung innerhalb des Hochschulsystems. Hiervon zeugen die folgenden

statistischen Angaben zu den hochschulmedizinischen Einrichtungen für das Jahr 1996.¹

Rund 45 % aller Ausgaben für die Hochschulen (ca. 90 % laufende Ausgaben, 10 % Investitionsausgaben) entfallen auf die medizinischen Einrichtungen (22,7 Mrd. DM) und mehr als 75 % der Einnahmen stammen aus den medizinischen Einrichtungen.² Bei den Einnahmen handelt es sich überwiegend um Verwaltungseinnahmen (74 %),³ die fast ausschließlich (96 %) aus den medizinischen Einrichtungen (insbesondere aus dem klinisch-praktischen Bereich) stammen. Hinzu kommen rund 24 % Einnahmen aus Zuschüssen und Zuweisungen für laufende Zwecke und rund 2,4 % Investitionsmittel (außerhalb des HBFVG).

Die Bedeutung der Hochschulmedizin innerhalb der Hochschulsystems spiegelt sich auch in ihrer Personalausstattung wider (vgl. Übersicht 2): Auf die medizinischen Einrichtungen entfallen rund 37 % (190.299 Personen) der insgesamt an Hochschulen beschäftigten Personen. Vom hauptberuflich wissenschaftlichen Hochschulpersonal sind rund 25 % (38.331 Personen), vom hauptberuflich nicht-wissenschaftlichen Personal rund 56 % (147.518 Personen) in den medizinischen Einrichtungen tätig. Der letztere hohe Anteil ist insbesondere auf den Personalbedarf im Pflegebereich und in den zentralen Einrichtungen der Hochschulklinika (z.B. Apotheke, Zentrallabore, Verwaltung) zurückzuführen.

I.3. Aufgaben- und Leistungsspektrum

Rund 70 % des wissenschaftlichen Personals der medizinischen Einrichtungen der Hochschulen ist organisatorisch der klinisch-praktischen Medizin zuzuordnen und insofern zu einem nicht unerheblichen Teil mit Aufgaben in der Krankenversorgung

¹ Vgl. nachfolgende Übersichten 1 und 2 sowie Tabellen 1, 2 und 3 im Anhang. Die Angaben zu den „medizinischen Einrichtungen“ der Hochschulen beziehen sich auf die nach Landesrecht abgegrenzten Hochschulklinika einschließlich der Fächergruppe Humanmedizin (inkl. Zahnmedizin) der zugehörigen Universität bzw. Gesamthochschule.

² Bei dieser und den folgenden Angaben zu den Einnahmen der Hochschulen bleiben die Zahlungen des Bundes für die Finanzierung der Grundausrüstung unberücksichtigt (z.B. Zuweisungen des Bundes nach dem Hochschulbauförderungsgesetz).

³ Einnahmen aus der Krankenbehandlung werden zu den Verwaltungseinnahmen gezählt.

**Übersicht 1: Finanzmittel der Hochschulen insgesamt sowie speziell der hochschulmedizinischen Einrichtungen
1994, 1995, 1996 ¹⁾**

Haushalt; Mio. DM	Hochschulen insgesamt			Medizinische Einrichtungen ²⁾		
	1994	1995	1996	1994	1995	1996
(1) Ausgaben	46.725,4	48.714,2	50.305,6	21.211,3	21.927,5	22.673,4
davon:						
laufende Ausgaben	41.304,0	43.174,4	44.260,6	18.914,6	19.950,3	20.551,0
Investitionsausgaben	5.421,4	5.539,8	6.044,8	2.297,0	1.977,2	2.131,3
(2) Einnahmen ³⁾	18.705,4	19.539,0	20.384,8	14.402,6	15.089,7	15.463,7
davon:						
Zuweisungen u. Zuschüsse für laufende Zwecke	4.127,0	4.276,2	4.857,6	792,6	809,9	920,3
Zuweisungen u. Zuschüsse für Investitionen	547,3	492,2	492,9	202,6	134,2	141,3
Verwaltungseinnahmen	14.031,1	14.770,6	15.034,3	14.402,6	14.145,6	14.401,9
darunter:						
Drittmiteleinnahmen	3.981,4	4.094,7	4.477,9	863,8	912,7	981,7
(3) Nettoausgaben ⁴⁾	32.658,8	33.943,6	34.460,0	7.804,0	7.781,9	7.780,0
darunter: FuE-Ausgaben	14.439,0	14.429,8	14.640,0	k.A.	k.A.	k.A.

¹⁾ Detailliertere Angaben sind im Anhang zu finden (Tabelle 1).

²⁾ Nach Landesrecht abgegrenzte Hochschulklinika einschließlich Fächergruppe Humanmedizin der zugehörigen Universität bzw. Gesamthochschule.

³⁾ Bei den Angaben zu Variable (2) bleiben Zahlungen des Bundes für die Finanzierung der Grundausstattung unberücksichtigt (z.B. Zuweisungen des Bundes nach dem HBFG).

⁴⁾ Für das Jahr 1996 sind die Angaben zu Variable (3) Schätzwerte.

**Übersicht 2: Personal der Hochschulen insgesamt sowie speziell der hochschulmedizinischen Einrichtungen
1994, 1995, 1996 ¹⁾**

Feb98.xls, Tabelle 3

Personal; Anzahl (prozentuale Zunahme von 1986 bis 1994, 1995, 1996)	Hochschulen insgesamt			Medizinische Einrichtungen ²⁾		
	1994	1995	1996	1994	1995	1996
(1) hauptberufl. wissenschaftl./künstl. P.	147.738	152.401	154.448	35.390	37.470	38.331
davon:						
Professoren	36.995	37.672	37.589	3.087	3.226	3.212
Dozenten und Assistenten	14.537	16.193	15.843	4.372	5.800	6.010
wissenschaftl./künstl.Mitarbeiter	89.790	92.506	94.626	27.873	28.379	28.990
Lehrkräfte für besondere Aufgaben	6.416	6.030	6.390	58	65	119
(2) nebenberufl. wissenschaftl./künstl. P. ³⁾	98.655	99.478	97.175	4.199	4.015	4.321
davon:						
Gastprofessoren/Emereti	1.040	1.153	1.395	99	61	68
Lehrbeauftragte, Honorarprofessoren, Privat-/Honorarprofessoren	41.549	41.723	41.947	1.799	1.491	1.969
Wissenschaftl. und stud. Hilfskräfte, Tutoren	56.066	56.602	53.833	2.301	2.463	2.284
(3) wissenschaftl./künstl. Personal, gesamt ³⁾	246.393	251.879	251.621	39.589	41.485	42.652
(4) nicht-wissenschaftliches Personal	265.082	270.009	267.720	147.060	150.414	147.647
(5) Personal, gesamt	511.475	521.888	519.344	186.649	191.899	190.299

¹⁾ Detaillierte Angaben zum Personal sind im Anhang zu finden (Tabelle 2).

²⁾ Nach Landesrecht abgegrenzte Hochschulklinika einschließlich Fächergruppe Humanmedizin der zugehörigen Universität bzw. Gesamthochschule.

³⁾ Ohne studentische Hilfskräfte. Die Angaben zu den medizinischen Einrichtungen sind für 1996 tendenziell zu niedrig.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Personal an Hochschulen 1994, 1995, 1996 (Reihe 4.4)

betrachtet, wodurch die Personalkapazitäten für Forschungs- und Lehraufgaben deutlich reduziert werden. Dies wird durch empirische Studien untermauert,⁴ wonach die Gesamtarbeitszeit des wissenschaftlichen Personals der Medizinischen Klinik (finanziert aus Plan- und Drittmittelstellen) im Erhebungsmonat (Oktober 1997) zu 66,5 % für Krankenversorgung und lediglich zu 25 % für Forschung bzw. zu 8,1 % für Lehre verwandt wurden. Nach einer Berechnung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie waren 1993 in der Hochschulmedizin schätzungsweise 28 % der wissenschaftlichen Mitarbeiter (umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ) = Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) in der Forschung tätig; im Hochschuldurchschnitt betrug dieser Anteil etwa 47 %.⁵

a) Ausbildung in der Humanmedizin

Ziel der Mediziner Ausbildung soll der zur Weiterbildung qualifizierte und bereite Arzt sein.⁶ Die Ausbildung bis zur vollen Ärztlichen Approbation umfaßt insgesamt sieben und ein halbes Jahre, gegliedert in ein sechsjähriges Studium mit zwei Prüfungen und nachfolgender 18monatiger Tätigkeit als Arzt im Praktikum (AIP). Wesentliches Strukturmerkmal des Medizinstudiums ist – trotz gewisser Übergangsfelder – die Trennung in einen vorklinischen (erstes und zweites Studienjahr) und einen klinischen Studienabschnitt (drittes bis sechstes Studienjahr). Insgesamt umfaßt die Ausbildung praktische Ausbildungsabschnitte im Umfang von 35 Monaten. Hierin enthalten ist (neben der Tätigkeit als Arzt im Praktikum) die klinische Ausbildung, die im dritten bis fünften Studienjahr ausschließlich Aufgabe der Hochschulklinika ist und im sechsten Studienjahr von den Hochschulklinika mit Unterstützung durch Lehrkrankenhäuser durchgeführt wird. Für die übrigen praktischen Ausbildungsabschnitte werden neben den Hochschulklinika auch die mit ihnen vertraglich verbundenen

⁴ Vgl. S. P.C. Scriba: Krankenversorgung und klinische Forschung: Wer bezahlt das Personal? In: Aus der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin; Medizinische Klinik 90 (1995), Nr. 2, S. 121-124; Leistungsbericht 1997: Medizinische Klinik – Medizinische Poliklinik, Klinikum Innenstadt, Ludwig-Maximilians-Universität München.

⁵ Vgl. die Angaben zu den Vollkräften und dem Forschungspersonal mit BMBF: Bundesbericht Forschung 1996, S. 597. Dem Forschungspersonal werden zusätzlich zum Drittmittelpersonal über FuE-Koeffizienten auch Personal der Grundausstattung zugerechnet. Die FuE-Koeffizienten werden indirekt – über den Zeitaufwand für Lehre und andere Nichtforschungstätigkeiten – und unter einer Vielzahl von Annahmen ermittelt, so daß die FuE-Angaben lediglich grobe Schätzungen darstellen. Siehe auch Tabellen 1, 2, 3 und 4 im Anhang.

⁶ Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Köln 1992, S. 37.

Lehrkrankenhäuser und andere außeruniversitäre Einrichtungen herangezogen. Der Wissenschaftsrat wies 1992 auf vielfältige Mängel in der ärztlichen Ausbildung hin: So stellte er unter anderem fest, daß die von der Krankenversorgung geprägte Fächerstruktur (einschließlich der Trennung von Vorklinik und Klinik) für die medizinische Ausbildung wenig geeignet, der Lehrstoff insgesamt zu umfangreich und der Praxisbezug während des Studiums defizitär ist sowie Leistungsanreize zur Verbesserung und Professionalisierung der Lehre erforderlich seien.⁷ Trotz der Möglichkeit, den Unterricht gegenstands- bzw. problembezogen und damit fächerübergreifend zu strukturieren,⁸ ist das Medizinstudium noch immer weitgehend fächerbezogen gegliedert, folgt also der von der Krankenversorgung geprägten Fächerstruktur.

Die Promotion in der Medizin dient vielfach als Nachweis wissenschaftlicher Befähigung und bildet normalerweise keinen eigenen Abschnitt der wissenschaftlichen Weiterqualifikation, sondern wird studienbegleitend durchgeführt. Mit 31,4 Jahren bei Absolventen im Jahr 1996 ist daher auch das durchschnittliche Promotionsalter im Verhältnis zum Durchschnitt aller Fächergruppen (1996: 32,1 Jahre) relativ gering. Trotz rückläufiger Promotionszahlen ist die Promotionsintensität (Verhältnis von Zahl der Promotionen zur Zahl der Staatsprüfungen) in der Medizin nach wie vor relativ hoch (1996: 61,5 %).⁹

Die Zahl der an deutschen Hochschulen immatrikulierten Studenten im Fachgebiet Humanmedizin (einschließlich Zahnmedizin) ist im Zeitraum von WS 1992/93 bis WS 1996/97 um rund 11 % auf 97.577 Studenten gesunken; davon befinden sich rund 10 % im ersten Fachsemester.¹⁰ Die Zahl der Absolventen der Humanmedizin (Staatsprüfung) betrug im Jahre 1996 11.933 (vgl. Übersicht 3). Die durchschnittliche Fachstudiendauer der deutschen Erstabsolventen betrug 6,5 Jahre; zum Zeitpunkt der Prüfung wiesen sie ein durchschnittliches Alter von 28,5 Jahren auf.¹¹

⁷ Vgl. Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Köln 1992.

⁸ Approbationsordnung für Ärzte ÄAppO vom 21. Dezember 1989 (siebente Änderungsverordnung), § 2 Abs. 1 und Änderungsverordnung vom 5.2.1999.

⁹ S. Übersicht 3 bzw. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Neustrukturierung der Doktorandenausbildung und -förderung, in: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung und zur Förderung des Hochschullehrernachwuchses, Köln 1997, S. 86 ff.

¹⁰ Vgl. Tabelle 5 im Anhang.

¹¹ Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Prüfungen an Hochschulen 1996 (Reihe 4.2), Wiesbaden 1998, S. 280.

Übersicht 3: Studenten und Prüfungen an den Hochschulen insgesamt sowie speziell an den hochschulmedizinischen Einrichtungen 1994, 1995, 1996

Studenten und Prüfungen; Anzahl	Hochschulen insgesamt			Fächergruppe Humanmedizin		
	WS 1994/95	WS 1995/96	WS 1996/97	WS 1994/95	WS 1995/96	WS 1996/97
(1) Immatrikulierte Studenten	1.867.604	1.853.243	1.834.658	101.955	99.110	97.577
darunter: ... im ersten Fachsemester	300.185	299.354	306.065	9.611	9.706	9.922
(2) Absolventen: Diplom und entsprechende Abschlußprüfung (Staatsprüfung etc.)	101.972	105.703	110.530	12.921	12.158	11.933
(3) Promotionen	22.404	22.387	22.849	7.415	7.228	7.337
(4) Habilitationen	1.479	1.532	1.609	533	524	541

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Studierende an Hochschulen Wintersemester 1994/1995, 1995/96, 1996/1997 (Reihe 4.1), Prüfungen an Hochschulen 1994, 1995, 1996 (Reihe 4.2)

b) Forschung

Klinische Forschung zielt zum einen auf die Erkenntnisgewinnung hinsichtlich der Ursachen und Entstehungsmechanismen von Krankheiten (grundlagenorientierte klinische Forschung); zum anderen befaßt sie sich mit der Entwicklung und Verbesserung diagnostischer und therapeutischer Verfahren, die im Rahmen unabhängiger Studien erprobt und in die Praxis eingeführt werden (anwendungsorientierte klinische Forschung).

Empfehlungen des Wissenschaftsrates für eine stärker forschungsorientierte Klinikorganisation aufgreifend, konzentriert sich die Projektförderung des BMBF seit 1993 mit verschiedenen Förderprogrammen auf Maßnahmen zur Verbesserung der Strukturen der klinischen Forschung an Hochschulen.¹² Auch die Zahl der Sonderforschungsbereiche im Bereich Medizin konnte seit 1985 von 33 auf mittlerweile 54

¹² Dazu zählen Anschubfinanzierungen für 35 Klinische Forschergruppen, für Interdisziplinäre Zentren für Klinische Forschung an acht ausgewählten Hochschulstandorten, für Kooperationsprojekte zwischen außeruniversitären Einrichtungen der biomedizinischen Forschung mit Universitätskliniken im Bereich der klinischen Forschung, Koordinationszentren für Klinische Studien sowie die Förderung universitärer Modellprojekte in der Klinischen Pharmakologie. Vgl. BMBF: Bundesbericht Forschung 1996, Bonn 1996, S. 184.

(1997) deutlich (64 %) erhöht werden. Mit diesen Förderprogrammen und –instrumenten wurde die Etablierung neuer, geeigneterer Forschungsstrukturen an den hochschulmedizinischen Einrichtungen unterstützt und damit die Voraussetzung für qualitativ hochwertige Forschung verbessert.

c) Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Neben Forschung und Lehre stellt die Nachwuchsförderung eine weitere Aufgabe der Hochschulen dar, deren Bedeutung vom Wissenschaftsrat hervorgehoben wurde.¹³ Die forschungsbezogene Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses erfolgt auch in der Medizin vorrangig im Rahmen der Promotion bzw. Habilitation. Die Habilitation in einem klinischen Fach erfolgt meist zeitlich parallel zur Weiterbildung zum Facharzt (vgl. Abschnitt A.I.3.e.). Ihre Zahl ist in der Humanmedizin vergleichsweise hoch, was damit zusammenhängt, daß sie auch für die Ausübung leitender ärztlicher Funktionen außerhalb der Hochschulen von hoher Bedeutung ist.

Mit Graduiertenkollegs wurde ein Instrument der forschungsorientierten Graduiertenausbildung geschaffen, das zu einer qualitativen Verbesserung der Doktorandenausbildung führt und Vorbildfunktion für die Doktorandenausbildung außerhalb des Kollegs einnimmt. Hervorzuheben sind auch Sonderforschungsbereiche und Klinische Forschergruppen, die für die forschungsbezogene postgraduale Ausbildung durch Einbindung der Nachwuchswissenschaftler in ein übergeordnetes Forschungsprogramm und durch Kooperation mit erfahreneren Wissenschaftlern von überragender Bedeutung sind. Um junge Wissenschaftler für einen begrenzten Zeitraum von Routineaufgaben in der Krankenversorgung für die konzentrierte Durchführung von Forschungsvorhaben freizustellen, werden darüber hinaus vereinzelt von den Fakultäten Spielräume geschaffen.

¹³ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung und zur Förderung des Hochschullehrernachwuchses, Köln 1997.

d) Krankenversorgung

Hochschulklinika verfügen in der Regel über mehr als 1.000 Betten und nehmen damit in der Klasse der Krankenhäuser eine herausragende Größenordnung ein.¹⁴ Auch wenn in der folgenden Analyse der Versorgungsleistungen zu Vergleichszwecken auf die außeruniversitären zugelassenen Krankenhäuser der gleichen Größenordnung (1.000 und mehr Betten) zurückgegriffen wird („übrige Krankenhäuser“ bzw. „vergleichbare Krankenhäuser“), ist zu betonen, daß Hochschulklinika nicht nur hinsichtlich ihrer Größe – gemessen an der Zahl der Betten – sondern auch hinsichtlich ihres Fächerspektrums sowie ihrer Geräte- und Personalausstattung und der hohen Anzahl an Patienten mit besonders schwierigen Erkrankungen eine herausgehobene Stellung einnehmen.

Während in den Hochschulklinika 1996 158.686 Personen (140.820 VZÄ)¹⁵ beschäftigt waren, d.h. durchschnittlich 4.176 Personen (3.706 VZÄ) je Hochschulklinikum, darunter 548 ärztliche Mitarbeiter (565 VZÄ), verfügte ein vergleichbares Krankenhaus dagegen lediglich über 2.563 Mitarbeiter (2.258 VZÄ), darunter 278 ärztliche Mitarbeiter (281 VZÄ) (vgl. Übersicht 4). Damit stehen in einem Hochschulklinikum durchschnittlich doppelt so viele Ärzte wie in einem vergleichbaren Krankenhaus zur Verfügung. Auch der Anteil des ärztlichen Personals am Gesamtpersonal ist mit 15,2 % geringfügig höher als bei den übrigen Krankenhäusern (12,4 %). So sind in den Hochschulklinika mehr als die Hälfte des ärztlichen Personals (53 %) Assistenzärzte in Weiterbildung (übrige Krankenhäuser: 46 %).

- Stationäre Krankenversorgung

Die Krankenversorgung in Deutschland befindet sich im internationalen Vergleich auf hohem Niveau, was nicht zuletzt auf den Leistungen der Hochschulmedizin beruht.¹⁶

¹⁴ Die folgenden statistischen Angaben beziehen sich auf das Jahr 1996. Vgl. Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen (Fachserie 12), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1996 (Reihe 6.1), Wiesbaden 1997, sowie Kostennachweis der Krankenhäuser 1996 (Reihe 6.3), Wiesbaden 1998. Die statistischen Angaben zu den Hochschulklinika beziehen sich auf die Hochschulklinika im Sinne des HBFVG.

¹⁵ VZÄ = Vollkräfte im Jahresdurchschnitt.

¹⁶ Siehe auch Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Köln 1986, S. 18 ff.

Die Hochschulklinika tragen rund 10 % der bundesweiten stationären und knapp 25 % der teilstationären Krankenversorgung.¹⁷ Je Hochschulklinikum wurden im Jahre 1996 durchschnittlich 37.100 Patienten stationär behandelt, d.h. rund 3.500 Patienten mehr als in einem vergleichbaren Krankenhaus. Die durchschnittliche Verweildauer ist mit 10,2 Tagen etwa um 1,3 Tage kürzer; der Nutzungsgrad der Betten ist mit 82,3 % um knapp einen Prozentpunkt niedriger als in den übrigen Krankenhäusern. Die Zahl der entlassenen teilstationären Patienten konnte in den Hochschulklinika seit 1991 fast verdreifacht werden (1996: 34.738 Patienten). In den übrigen Krankenhäusern nahm diese Zahl im Fünfjahreszeitraum lediglich um 34 % zu (1996: 11.887 Patienten).

Aufgrund ihres breiten Fächerspektrums können Hochschulklinika in der Regel Versorgungsleistungen in allen medizinischen Fachrichtungen und den wichtigsten Spezial- und Teilgebieten anbieten sowie eine kooperativ-interdisziplinäre Versorgung gewährleisten. Insbesondere durch ihre Forschungsnahe, ihre Sachausstattung und ihre personelle Ausstattung mit leitenden Ärzten, die häufig zu den bedeutendsten Vertretern ihrer Fachrichtung zählen, sind sie führend in der Entwicklung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren und Methoden. Insgesamt sind Hochschulklinika somit in der Lage, Supramaximalversorgung zu erbringen, d.h. Versorgungsleistungen, die jenseits der Leistungsgrenzen der übrigen Krankenhäuser mit Maximalversorgung liegen. Ein Hochschulklinikum verfügt durchschnittlich über 100 Intensivbetten und besitzt damit fast doppelt so viele wie ein vergleichbares Krankenhaus (56 Intensivbetten) (vgl. Übersicht 5); der Anteil der Pflegetage, die der Intensivbehandlung dienen, ist bei Hochschulklinika um 40 % höher als bei den übrigen Krankenhäusern; der prozentuale Anteil der aus anderen Krankenhäusern zugewiesenen Patienten liegt mit 4,4 % um fast zwei Prozentpunkte höher als bei den übrigen Krankenhäusern. Vor diesem Hintergrund ist auch die überdurchschnittliche Einweisung besonders schwer erkrankter Patienten oder Risikopatienten zu sehen, für die in anderen Kliniken keine Behandlungsmöglichkeiten mehr gesehen werden bzw. das absehbare Risiko sehr hoch ist oder für die besondere Erfahrungen in Spe-

¹⁷

Vgl. Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1, Wiesbaden 1997, S. 35 und S. 100.

Übersicht 4: Personal der Hochschulklinika und vergleichbarer Krankenhäuser 1994, 1995, 1996

feb98; Tabelle 4

	Hochschulklinika (n=38)						"Übrige Krankenhäuser" = Plankrankenhäuser mit 1000 und mehr Betten (1994: n=35), (1995/96: n=32)					
	Anzahl am Stichtag			Vollkräfte im Jahresdurchschnitt			Anzahl am Stichtag			Vollkräfte im Jahresdurchschnitt		
	31.12.1994	31.12.1995	31.12.1996	1994	1995	1996	31.12.1994	31.12.1995	31.12.1996	1994	1995	1996
(1) Ärztliches Personal ¹⁾	20.539	20.517	20.842	20.106	20.764	21.493	9.537	8.745	8.916	9.256	8.835	9.011
davon:												
Leitende Ärzte	1.411	1.606	1.614				742	673	676			
Oberärzte	3.253	3.537	3.565				1.865	1.767	1.813			
Assistenzärzte mit Weiterbildung	4.320	4.275	4.705				2.137	2.077	2.294			
Assistenzärzte ohne Weiterbildung	11.555	11.099	10.958				4.793	4.228	4.133			
(2) Nichtärztliches Personal ²⁾	136.412	136.747	137.844	119.520	118.716	119.327	78.357	73.345	73.121	68.969	63.693	63.245
davon:												
Pflegedienst				37.362	37.782	38.549				28.702	26.848	26.806
Medizinisch-technischer Dienst				29.999	31.067	32.021				10.868	10.228	10.244
Funktionsdienst				13.200	13.312	13.462				7.795	7.289	7.115
Klinisches Hauspersonal				6.812	6.175	5.994				3.142	2.832	2.724
Wirtschafts- und Versorgungsdienst				10.791	10.004	9.554				7.942	7.211	6.913
Technischer Dienst				5.115	4.852	4.877				2.559	2.341	2.303
Verwaltungsdienst				10.782	10.788	10.881				4.860	4.541	4.528
Sonderdienste				1.343	1.053	899				1.036	642	667
Sonstiges Personal				4.115	3.683	3.092				2.066	1.760	1.946
(3) Personal, gesamt ³⁾	156.951	157.264	158.686	139.627	139.480	140.820	87.894	82.090	82.037	78.225	72.528	72.256

¹⁾ Ausgewiesen sind lediglich die in der Einrichtung fest angestellten Ärzte (hauptamtlich tätige Ärzte) einschließlich Ärzte im Praktikum; Gast-, Konsiliar- und hospitierende Ärzte wie auch Belegärzte und von Belegärzten eingestellte Ärzte sind nicht erfaßt. Bei der Angabe der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt bleiben die Zahnärzte unberücksichtigt; Überstunden und Bereitschaftsdienste sind nicht einbezogen.

²⁾ Bei der Stichtagsangabe sind Schüler und Auszubildende nicht mitgezählt. Bei der Berechnung der Vollkräfte hingegen sind Krankenpflegeschüler im Verhältnis 7 zu 1, Schüler in der Krankenpflegehilfe im Verhältnis 6 zu 1 berücksichtigt.

³⁾ Die Angaben zum Personal am Stichtag 31.12. differieren nicht unerheblich von den Angaben zu Übersicht 2. Dies ist zum einen auf die definitorischen Abgrenzungen der Fußnoten 1) und 2) zurückzuführen. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß in der vorliegenden Übersicht Personal, das nicht dem Klinikum organisatorisch zugerechnet wird (z.B. Einrichtungen der Vorklinik), hier unberücksichtigt bleibt.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen (Fachserie 12), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1994,1995, 1996 (Reihe 6.1).

zialbehandlungen nur in den entsprechend spezialisierten Hochschulklinika zu finden sind. Ebenso spielen aber auch Budgetüberlegungen der einweisenden Klinik oder der einweisenden Ärzte bei der Überweisung von Patienten an Hochschulklinika eine Rolle. Im Ergebnis ist innerhalb der Patientengruppe mit gleicher oder ähnlicher Erkrankung in Hochschulklinika der Anteil besonders schwieriger und risikoreicher Fälle relativ groß. Aufgrund der erforderlichen Supramaximalversorgung dieser Patienten sind die Behandlungskosten je Fall relativ hoch, bedingt durch die anzuwendenden innovativen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die interdisziplinäre Versorgung des einzelnen Patienten (Viel-Augen-Prinzip) und den hohen Aufwand in der Vor- und Nachsorge.

Übersicht 5: Stationäre und teilstationäre Versorgungsleistungen der Hochschulklinika und vergleichbarer Krankenhäuser 1994, 1995, 1996

	Hochschulklinika ¹⁾ (n=38)			"Übrige Krankenhäuser" = Plankrankenhäuser mit 1000 und mehr Betten (1994:n=35), (1995/96:n=32)		
	1994	1995	1996	1994	1995	1996
Stationäre Behandlung						
(3) Fallzahl	1.346.622	1.378.736	1.409.308	1.113.232	1.027.860	1.073.882
(4) Betten	49.021	48.175	47.702	47.247	42.504	40.741
davon: Intensivbetten	3.604	3.694	3.785	1.934	1.727	1.795
(5) Verweildauer in Tagen	11	10,5	10,2	12,9	12,6	11,5
(6) Nutzungsgrad der aufgestellten Betten in %	82	82,5	82,3	83,2	83,6	83
(7) Pflegetage	14.621.165	14.497.997	14.376.498	14.349.019	12.965.446	12.371.810
davon: Pflegetage intensiv (in % von Pflegetage gesamt)	938.266 (6,4%)	956.458 (7 %)	1.027.221 (7,1%)	548.484 (3,8%)	501.838 (4 %)	527.275 (4,3%)
(8) Selbstkosten je Fall; DM	8,9218	9,2454	9,2042	6,9152	7,5997	7,2852
Teilstationäre Behandlung						
(9) entlassene teilstationäre Patienten	41.763	41.433	34.736	11.205	12.157	11.887

¹⁾ Hochschulklinika im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFüG).

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1994, 1995, 1996 (Reihe 6.1) sowie Gesundheitswesen (Fachserie 12), Kostennachweis der Krankenhäuser 1994, 1995, 1996 (Reihe 6.3)

- Ambulante Krankenversorgung

Obwohl das Primat der ambulanten Versorgung bei den niedergelassenen Ärzten liegt, werden ambulante Leistungen aufgrund von Versorgungslücken auch in Hochschulklinika erbracht. Angesichts des nicht unerheblichen Ausmaßes dieser Leistungen wird nachfolgend auf die rechtlichen Grundlagen eingegangen. Sofern Krankenhäuser Versorgungsleistungen ambulant erbringen wollen, bedarf dies in der Regel einer Zulassung durch die Zulassungsausschüsse.¹⁸ Nur soweit und solange niedergelassene Vertragsärzte die ambulante Versorgung der Kassenpatienten nicht gewährleisten können (Sicherstellungslücke), können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung und ärztlich geleitete Einrichtungen von den hierfür zuständigen Zulassungsausschüssen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden (Institutsermächtigungen oder persönliche Ermächtigungen). Mit anderer Zielsetzung, nämlich zur Deckung des universitären Bedarfs an Forschung und Lehre, sind darüber hinaus die poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen (Polikliniken) berechtigt, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen (§ 117 SGB IV). In den Poliklinikverträgen wird zumeist von den Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel die Zahl der für Forschung und Lehre erforderlichen Patienten festgelegt und damit die poliklinische Ambulanztätigkeit kontingiert.

Aufgrund ihrer zeitlich unlimitierten Bereitschafts-, Rufbereitschafts- und Schichtdienste wird ferner insbesondere in ländlichen Gegenden, in denen keine oder nur wenige außeruniversitäre Krankenhäuser angesiedelt sind, ein Großteil der Notfallversorgung von Hochschulklinika geleistet. Hinzu kommen Leistungen, die nicht von niedergelassenen Ärzten oder außeruniversitären Krankenhäusern der Region erbracht werden können. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Behandlung interdisziplinär erfolgen muß oder spezielles medizinisches Know-how erfordert. Hier stellen Hochschulklinika mit ihrer Spezialkompetenz und dem Verbund spezialisierter Fachrichtungen die Versorgung von Patientengruppen sicher, die besonderer diagnosti-

¹⁸ Ausgenommen davon sind nach den Bestimmungen der §§ 115a, 115b SGB V ambulante Operationen sowie vor- und nachstationäre ambulante Behandlungen. Für diese Behandlungsformen wird keine Zulassung der Krankenhäuser in Form von „Ermächtigungen“ benötigt.

scher und therapeutischer Betreuung bedürfen. Allerdings können bei der Überweisung von Patienten von seiten der außeruniversitären Einrichtungen an Hochschulklinika auch wirtschaftliche Gesichtspunkte eine Rolle spielen. So beispielsweise bei zeit- oder überwachungsintensiven Behandlungen oder bei Behandlungsformen, die hoher und im gegenwärtigen Entgeltsystem unwirtschaftlicher Investitionen bedürfen, denen sich Hochschulklinika jedoch nicht entziehen können.

Hochschulmedizinische Ambulanzen sind jedoch auch für Forschung und Lehre sowie für die ärztliche Weiterbildung von Bedeutung:¹⁹ In Spezialambulanzen an den Hochschulklinika können zum einen bestimmte Krankheitsgruppen, die beim einzelnen niedergelassenen Arzt nur selten vorkommen, diagnostisch und therapeutisch besser behandelt werden, zum anderen in wissenschaftliche Untersuchungen eingebunden werden. Poliklinische Institutsambulanzen tragen darüber hinaus zur Stärkung der allgemeinmedizinischen Kompetenz der Studierenden bei. Im gleichen Sinne kommt den Hochschulambulanzen auch für die ärztliche Weiterbildung eine wichtige Rolle zu.

Die Tatsache, daß Polikliniken einen erheblichen Beitrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Kassenpatienten leisten, wird auch durch empirische Studien untermauert. In einer Untersuchung aus dem Jahr 1988 wird die Zahl der poliklinischen Neuzugänge in Hochschulklinika auf 3,8 Mio. und die Zahl der poliklinischen Behandlungsfälle auf 8,75 Mio. geschätzt.²⁰ Eine neuere bundesweite Erhebung weist für 1996 5,7 Mio. ambulante Fälle bzw. 11,9 Mio. ambulante Behandlungen aus.²¹ Dieses Ausmaß an poliklinischen Behandlungsfällen beinhaltet zweifelsohne neben den für Forschung und Lehre erforderlichen auch Versorgungspatienten.

¹⁹ Vgl. Gesundheitsforschungsrat: Stellungnahme zur Bedeutung der Ambulanzen an den Hochschulklinika für Forschung und Lehre, Mai 1998, sowie E. Zrenner: Ambulanzleistungen in Hochschulkliniken, Expertenkolloquium „Strukturen und Finanzierung der Hochschulmedizin“, Bonn, November 1998.

²⁰ S. E. Goll: Universitätsklinika als Untersuchungsobjekt, S. 30, in: W. Buchholz, P. Eichhorn (Hrsg.): Wirtschaftliche Führung von Krankenhäusern, Baden-Baden 1992, S. 21 ff.

²¹ Bundesweite Erhebung durch die Universität Münster, Münster 1997.

e) Ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie Ausbildung des nichtärztlichen Personals

Die zunehmende Spezialisierung in der Krankenversorgung erfordert eine Arbeitsteilung innerhalb des ärztlichen Tätigkeitsfeldes und damit die Spezialisierung des einzelnen Arztes. Zugleich bedingt sie auch eine verstärkte Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Angehörigen von Heilhilfsberufen, welche die Ärzte von Heilhilfsfunktionen entlasten. Ein hohes Niveau der ambulanten wie auch stationären Krankenversorgung kann nur aufrechterhalten werden, wenn diesem Umstand Rechnung getragen wird und in ausreichendem Maße und in geeigneter Weise Möglichkeiten der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Angehörigen von Heilhilfsberufen angeboten werden. Hochschulklinika nehmen insbesondere im Bereich der ärztlichen Weiterbildung und der Ausbildung nichtärztlichen Personals vielfach aus Ermangelung geeigneter anderer Ausbildungsstätten eine herausgehobene Stellung ein: Rund 22 % der in Weiterbildung befindlichen Ärzte sind hier beschäftigt sowie rund 12 % der in Krankenhäusern lernenden Schüler und Auszubildenden; in den übrigen größtmäßig vergleichbaren Krankenhäusern betragen die Anteile lediglich 9 % bzw. 8 %.²²

Während die Belastung der Hochschulklinika mit Aufgaben in der Ausbildung nichtärztlichen Personals durch eine entsprechend höhere Ausstattung mit nichtärztlichem Personal kompensiert werden kann,²³ kann von einer Entlastung in der Weiterbildung durch eine entsprechend höhere Ausstattung mit ärztlichem Personal nicht gesprochen werden: Der Anteil der Assistenzärzte in der Weiterbildung an der Gesamtzahl der hauptamtlich beschäftigten Ärzte beträgt in Hochschulklinika 53 %, bei den übrigen Krankenhäusern hingegen 46 %. Dieser Unterschied in der ärztlichen Weiterbildung ist tatsächlich noch erheblich bedeutsamer, da berücksichtigt werden

²² Vgl. Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen (Fachserie 12), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1995 (Reihe 6.1), Wiesbaden 1997, S. 52 und 61.

²³ Hochschulklinika verfügen über 13 nichtärztlich Beschäftigte je Schüler/Auszubildendem, die übrigen Krankenhäuser lediglich über 11 nichtärztlich Beschäftigte je Schüler bzw. Auszubildendem. Vgl. Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen (Fachserie 12), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1995 (Reihe 6.1), Wiesbaden 1997, S. 61.

muß, daß an den Universitätsklinikern durchschnittlich doppelt so viele Ärzte beschäftigt werden wie an vergleichbaren Krankenhäusern.

A.II. Organisation der Hochschulmedizin

Um ihren Aufgaben in der Lehre und studentischen Ausbildung, in der klinischen Forschung sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von ärztlichem und nichtärztlichem Personal ebenso wie den Aufgaben in der Krankenversorgung gerecht zu werden, werden von den Hochschulen sowohl vorklinische, medizinisch-theoretische und klinisch-theoretische Einrichtungen als auch klinisch-praktische Einrichtungen einschließlich diesen zugeordnete Einheiten (technische Versorgungs- und Hilfsbetriebe, Verwaltungseinrichtungen) und spezielle Ausbildungsstätten für nichtärztliches Personal vorgehalten.

Seit Mitte der 90er Jahre hat eine Entwicklung zur rechtlichen Verselbständigung der Hochschulkliniken eingesetzt. In den verschiedenen Bundesländern war oder ist dies mit Gesetzesänderungen im Bereich der Hochschulmedizin verbunden. Trotz erheblicher Unterschiede in den einzelnen Bundesländern wird im folgenden der Versuch gemacht, die herkömmliche und novellierte Organisationsstruktur der Hochschulmedizin aufzuzeigen.

II.1. Herkömmliche Organisation der Hochschulmedizin²⁴

Neben den für Fakultäten üblichen akademischen Aufgaben (Pflege der Wissenschaften durch Forschung und Lehre, Graduierung, Lehrkörperergänzung, Nachwuchspflege, wissenschaftliche Fortbildung) werden den Medizinischen Fakultäten zum Teil weitergehende Aufgaben zugewiesen (insbesondere Abstimmungspflichten bei Entscheidungen an der Schnittstelle von Forschung, Lehre und Krankenversorgung). Forschung und Lehre sind dem eigenverantwortlichen Aufgabenbereich der

²⁴ Vgl. folgendes mit G. Sandberger: Das Recht der Hochschulmedizin, S. 930-962, in: Chr. Fläming u.a. (Hrsg.): Handbuch des Wissenschaftsrechts, Band 1, 2. Auflage, Berlin u.a. 1996.

Hochschule zuzuordnen und unterliegen insofern lediglich der Rechtsaufsicht des Landes. Die Krankenversorgung hingegen – als vom Land übertragene Aufgabe – steht unter der Fachaufsicht des Landes. Für den Funktionsbereich Krankenversorgung werden die unmittelbar der Krankenversorgung dienenden Einrichtungen sowie – je nach Land in unterschiedlichem Umfang – weitere hochschulmedizinische Einrichtungen organisatorisch zu einem „Klinikum“ (bzw. zur „Medizinischen Einrichtung“) zusammengefaßt. Das Klinikum ist meist in Trägerschaft der Universität (und damit in mittelbarer Trägerschaft des Landes) und in der Rechtsform einer rechtlich unselbständigen Anstalt der Universität verfaßt. In der Regel wird es als Landesbetrieb nach § 26 LHO geführt. Ihm obliegt die Wahrnehmung von Aufgaben in der Krankenversorgung und im öffentlichen Gesundheitswesen sowie zusätzlich der Dienst an oder die Pflege von medizinischer Forschung und Lehre.

Organe der Fakultät sind Dekan und Fakultätsrat oder Fachbereichsrat (im Nachfolgenden wird nur die Bezeichnung Fakultätsrat verwendet). Das Klinikum wird durch seinen Vorstand geleitet. Dem Fakultätsrat als Kollegialorgan der Fakultät gehören neben den Wahlmitgliedern der Ärztliche Direktor des Klinikums – sofern keine Personalunion mit dem Amt des Dekans vorliegt – und in einigen Bundesländern auch der Verwaltungsdirektor mit beratender Stimme an (zum Teil ist auch die Amtsmitgliedschaft der Geschäftsführenden Direktoren der Kliniken/Zentren und Institute vorgesehen). Wie auch in anderen Fakultäten üblich, wird der medizinische Dekan vom Fakultätsrat aus der Reihe der Professoren meist für eine Amtszeit von einem Jahr gewählt. Der Klinikumsvorstand bzw. das Direktorium,²⁵ bestehend aus bis zu 7 Personen, darunter Ärztlicher Direktor, Verwaltungsdirektor, leitende Pflegekraft und Dekan der Medizinischen Fakultät, entscheidet in strategischen Führungsfragen, welche die Krankenversorgung betreffen. Die Verantwortung des Ärztlichen Direktors für Forschung und Lehre beschränkt sich auf eine unterstützende Aufgabe, soweit keine Personalunion mit dem Amt des Dekans besteht. Er ist hauptamtlicher Professor der Hochschule und meist Leiter einer Abteilung der Krankenversorgung. Auf dezentraler Ebene ist das Klinikum nach fachlicher oder funktionsmäßiger Zusammen-

²⁵ Bei einem zweistufigem Leitungsmodell tritt neben den Klinikumsvorstand eine Klinikumskommission bzw. ein Klinikumsverwaltungsrat.

gehörigkeit in Kliniken (bzw. Zentren) sowie Institute gegliedert, denen wiederum Abteilungen als untergeordnete Organisationseinheiten zugeordnet sind. Eine Trennung der Zuständigkeit für Forschung und Lehre einerseits sowie für Krankenversorgung andererseits erfolgt nicht. Der Zuständigkeitskatalog der dezentralen Einrichtungen ist im Bereich Krankenversorgung sehr umfangreich und differenziert, für den Bereich Forschung und Lehre ist meist nur eine allgemeine Aufgabenbeschreibung vorgesehen.

Schnittstellen zwischen Medizinischer Fakultät und Klinikum bestehen insbesondere bei Entscheidungen über Strukturplanung, Aufstellung und Vollzug des Haushaltes, Planung der baulichen Entwicklung und Zuteilung von Räumen, Organisationsregelungen und Erlaß von Benutzerordnungen, die sowohl Forschung und Lehre als auch Krankenversorgung berühren. Trotz eines oftmals langwierigen Abstimmungsverfahrens kann den Belangen von Forschung und Lehre vielfach nicht genügend Rechnung getragen werden, da tendenziell ein Kräfteungleichgewicht zwischen Klinikum und Fakultät zu Ungunsten der Fakultät besteht. Hierfür ausschlaggebend ist, daß die Fakultät meist nicht über ein eigenes Budget für Forschung und Lehre verfügt und daß der Einfluß des Dekans auf Entscheidungen, die das Klinikum betreffen, angesichts des raschen Amtswechsels bei mehrjähriger Amtszeit der Funktionsträger des Klinikums eher beschränkt ist. Zudem sind für die Lösung möglicher Konfliktfälle mitunter lediglich Benehmenslösungen vorgesehen, so daß letztlich der Klinikumsvorstand entscheidet. Soweit es auf zentraler Ebene nicht zu einer Abstimmung kommt, werden Konflikte auf die dezentrale Ebene des Klinikums übertragen, deren Organe die Gesamtverantwortung für Forschung, Lehre und Krankenversorgung tragen.

Das Klinikum wird vielfach als eine in Form eines Landesbetriebes tätige nachgeordnete staatliche Verwaltung behandelt. Dadurch ist die Flexibilität der Wirtschaftsführung – trotz mancher Sonderregelungen – durch die grundsätzliche Gültigkeit der Landeshaushaltsordnungen und deren Verwaltungsvorschriften eingeschränkt²⁶, zusätzlich erschweren exogene Planungs-, Vorbehalts-, Genehmigungs-, Weisungs- und Aufsichtsrechte den Handlungs- und Entscheidungsspielraum der Klinikumslei-

²⁶ Zu denken ist an die Grundsätze der sachlichen und der zeitlichen Bindung, der Deckungsfähigkeit sowie an das Stellenprinzip. Von diesen Grundsätzen abweichende Regelungen sind nur in einzelnen Bundesländern und teilweise nur in beschränktem Maße zugelassen.

tung und behindern eine effiziente Wirtschaftsführung (im Sinne einer Kostenminimierung).

II.2. Neue Organisationsformen nach Novellierung der Ländergesetze

1995 sprachen sich der Wissenschaftsrat²⁷ und die Kultusministerkonferenz (KMK)²⁸ für eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Klinikums und der Mittelverwendung für Lehre und Forschung aus. Um dies zu erreichen, wurde in Abhängigkeit von den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten auch die rechtliche Verselbständigung der Universitätsklinik als möglich erachtet. In den meisten Bundesländern sind entsprechende Gesetze bereits verabschiedet oder in Vorbereitung. Sie weisen eine Reihe von Unterschieden auf, wobei viele als Rechtsform für das Klinikum die rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts vorsehen. Im folgenden werden kurz die einzelnen novellierten Gesetze vorgestellt (siehe auch Tabelle 6 im Anhang).

Rheinland-Pfalz

Rheinland Pfalz hat als erstes Bundesland mit der Umsetzung der KMK-Empfehlung begonnen. Das Landesgesetz zur Umwandlung des Klinikums Universität Mainz in eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts wurde am 1.7.1997 verabschiedet und ist seit dem 1.1.1998 in Kraft. Danach obliegen dem Klinikum in enger Verbindung mit der Universität die Krankenversorgung auf universitärem Niveau sowie die Fort- und Weiterbildung der Ärzte und die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen sonstiger Fachberufe des Gesundheitswesens. Es wird wie bisher von einem Vorstand geleitet, dem der Ärztliche Direktor, der Verwaltungsdirektor, der Pflegedirektor und der Dekan des Fachbereichs Medizin angehören. Die Wirtschaftsführung steht unter der besonderen Verantwortung des Verwaltungsdirektors. Als Aufsichtsorgan fungiert ein Aufsichtsrat, in dem der für die Hochschulen zuständige Minister

²⁷ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1995, Band I, Köln 1996, S. 77-99.

²⁸ Kultusministerkonferenz: Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin, Beschluß vom 29.9.1995.

als Vorsitzender, zwei weitere von der Landesregierung zu benennende Vertreter des Landes, der Präsident der Universität Mainz und ein von deren Senat gewählter Professor des Fachbereichs Medizin vertreten sind.²⁹ Der Aufsichtsrat legt die betrieblichen Ziele des Klinikums fest und entscheidet in allen grundsätzlichen Angelegenheiten. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem Klinikum und der Universität Mainz ist durch eine Vereinbarung geregelt, in der insbesondere die Ziele von Forschung, Lehre und Krankenversorgung sowie die wechselseitig zu erbringenden Leistungen und die dafür jeweils zu entrichtenden Vergütungen bestimmt werden. Soweit die Aufgliederung des Wirtschaftsplanes (Erfolgs- und Vermögensplan) nicht durch die Mittelzuweisung durch das Ministerium bereits geregelt ist, erfolgt die Aufgliederung einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien. Bei auftretenden Konflikten zwischen Klinikum und Universität Mainz entscheidet das für die Hochschule zuständige Ministerium.

In seinen Empfehlungen zum 26. Rahmenplan hat sich der Wissenschaftsrat mit der rechtlichen Verselbständigung des Universitätsklinikums Mainz befaßt und dies als einen denkbaren Lösungsweg bezeichnet, um die wirtschaftlichen Grundlagen von Forschung und Lehre langfristig zu sichern.³⁰ Zugleich betonte der Wissenschaftsrat, daß bei institutioneller Aufgabentrennung die Universität bzw. der Fachbereich Medizin uneingeschränkt Aufgabenträger von Forschung und Lehre bleiben müsse. Das verselbständigte Klinikum müsse auch künftig die Funktion eines Universitätsklinikums wahrnehmen. Mit der 36. Verordnung zur Ergänzung der Anlage zum HBFG vom 19.3.1998 wurde das Klinikum der Universität Mainz in die Anlage zum HBFG aufgenommen.

Sachsen-Anhalt

Seit dem 1. Januar 1997 ist das Gesetz zur Entwicklung der medizinischen Fachbereiche in Kraft. Danach wird das Klinikum, bestehend aus den Kliniken und den Kli-

²⁹ Mit beratender Stimme gehören Vertreter der Beschäftigten, externe Sachverständige aus dem Wirtschaftsleben, eine externe Persönlichkeit aus dem Bereich der medizinischen Wissenschaft und der Patientensprecher dem Aufsichtsrat an.

³⁰ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 26. Rahmenplan für den Hochschulbau 1997-2000, Bd. 3, S. RP 39 f.

nisch-Theoretischen Instituten, als organisatorisch verwaltungsmäßig und finanzwirtschaftlich verselbständigter Teil des Fachbereichs als Landesbetrieb im Sinne von § 26 LHO geführt. Es dient der Forschung und Lehre sowie der Krankenversorgung. Eine Umwandlung der beiden Universitätsklinika Halle und Magdeburg in rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts erfolgte nicht. Die Zuschüsse des Landes für Forschung und Lehre stehen dem jeweiligen medizinischen Fachbereich unmittelbar zur Verfügung, der bei seiner Verteilungsentscheidung die Belange von Forschung und Lehre im jeweiligen Klinikum zu berücksichtigen hat.

Organe des Klinikums sind der Klinikumsvorstand und der Klinikumsausschuß. Der Klinikumsvorstand (Ärztlicher Direktor, Verwaltungsdirektor, Sprecher des medizinischen Fachbereichs, Direktor des Pflegedienstes, Leiter einer Klinik oder eines Klinisch-Theoretischen Instituts) leitet das Klinikum und soll dessen Aufgaben und Ziele in Forschung, Lehre und Krankenversorgung unter Berücksichtigung der kaufmännischen und wirtschaftlichen Grundsätze verwirklichen. Der Fachbereich kann gegen Beschlüsse des Klinikumsvorstandes Einspruch einlegen, wenn er Belange von Forschung und Lehre beeinträchtigt sieht. Hilft der Klinikumsvorstand dem Einspruch nicht ab, entscheidet auf Antrag des Fachbereichsrates der Sprecher des medizinischen Fachbereichs. Dies gilt ebenso, wenn der Klinikumsvorstand sich durch Beschlüsse des Fachbereichs in Belangen der Krankenversorgung beeinträchtigt glaubt. Der Klinikumsausschuß berät den Klinikumsvorstand. Er setzt sich zusammen aus 5 Leitern der Kliniken oder Klinisch-Theoretischen Institute, 2 habilitierten Mitgliedern, 4 wissenschaftlichen Mitarbeitern sowie 2 nicht-wissenschaftlichen Mitarbeitern des Klinikums.

Das Zusammenwirken von Land und Hochschule in Angelegenheiten des Klinikums wird durch den Verwaltungsrat als besonderem Organ (§ 60 HRG) wahrgenommen. Dem Verwaltungsrat gehören der Kultusminister, der Minister der Finanzen sowie der Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit, der Rektor, der Kanzler, je ein externer Vertreter aus Wirtschaft und Wissenschaft sowie je ein Vertreter des Personalrats und des Personals an. Der Verwaltungsrat legt auf Vorschlag des Klinikumsvorstandes die Struktur und die Entwicklungsplanung des Klinikums fest und überwacht die Geschäftsführung des Klinikumsvorstandes.

Baden-Württemberg

Mit dem am 1.1.1998 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Hochschulmedizin wurden die als unselbständige Anstalten der Universitäten und zugleich als Landesbetrieb geführten Universitätsklinikum Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm in rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts der jeweiligen Universität umgewandelt. Die Universitätsklinikum gewährleisten in enger Verbindung mit der jeweiligen Universität die Verbindung der Krankenversorgung mit Forschung und Lehre. Sie erhalten als Organe einen Klinikumsvorstand und einen Aufsichtsrat. Der Klinikumsvorstand (Leitender Ärztlicher Direktor, Stellvertreter, Kaufmännischer Direktor, Dekan der Medizinischen Fakultät, Pflegedirektor) leitet das Klinikum. Dem Aufsichtsrat (je ein Vertreter des Wissenschafts- und Finanzministeriums, der Rektor und ein Prorektor der Universität, zwei bis vier externe Sachverständige insbesondere aus der Wirtschaft und der medizinischen Wissenschaft sowie mit beratender Stimme ein Personalvertreter) obliegt insbesondere die Bestellung, Überwachung und Beratung des Klinikumsvorstandes.

Zusammen mit der Neustrukturierung der Klinikum wurde die Entscheidungsstruktur der Medizinischen Fakultät durchgreifend geändert, indem außer dem Fakultätsrat ein Fakultätsvorstand eingeführt wird, dem neben Dekan, Prodekan und Studiendekan der leitende Ärztliche Direktor und mit beratender Stimme der Kaufmännische Direktor angehören. Der Vorstand entscheidet insbesondere über die der Fakultät zugewiesenen Stellen und Mittel. Bei der Aufstellung von Grundsätzen für die Verteilung und Verwendung des Zuschusses des Landes für die Grundausstattung sowie den Lehr- und Forschungsfonds bedarf es der Zustimmung des Fakultätsrates.

In seinen Empfehlungen zum 28. Rahmenplan³¹ hat sich der Wissenschaftsrat mit der Frage der Aufnahme der verselbständigten Klinikum in Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm in die Anlage zum HBFVG beschäftigt und sah keinen Anlaß für Bedenken, daß die verselbständigten Klinikum künftig die Funktion als Universitätsklinikum nicht oder nur unzureichend wahrnehmen würden. Dieses hängt auch mit den im

³¹ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 28. Rahmenplan für den Hochschulbau 1999-2002, Bd. 2, S. BW 60 ff.

Gesetz vorgesehenen Regelungen zur engen Zusammenarbeit zwischen Klinikum und Universität zusammen. Die Bundesregierung wird mit der 27. Verordnung zur Ergänzung des HBFG vom Dezember 1998, welcher der Bundesrat zugestimmt hat, die Universitätsklinik des Landes Baden-Württemberg wieder in die Anlage zum HBFG aufnehmen.

Niedersachsen

Das Niedersächsische Hochschulgesetz in der Fassung vom 24.3.1998 enthält eine Experimentierklausel (§ 125 a), die das Ministerium ermächtigt, abweichend von der üblichen Organisation nach Anhörung der Hochschule durch Verordnung die Organisation und die Aufgaben im Bereich Humanmedizin zu regeln, um neue Entscheidungs- und Leitungsstrukturen für Forschung, Lehre und Krankenversorgung und ihr Zusammenwirken zu erproben. Die Erprobung soll insbesondere dazu dienen, die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen zu verbessern und den Einsatz der für Forschung und Lehre bestimmten Mittel für diese Zwecke zu sichern.

Niedersachsen hat für die neue Leitungsstruktur das Integrationsmodell gewählt, im Gegensatz zu vielen anderen Ländern, die mit ihrer Gesetzgebung das Kooperationsmodell (Trennung von Fakultät und Klinikum) präferieren. Das Integrationsmodell wird mit einem einheitlichen Vorstand für die Fakultät mit Klinikum umgesetzt (Verordnung vom 16.10.1998). Der professionelle dreiköpfige Vorstand für Forschung/Lehre, Krankenversorgung sowie Administration ist hauptamtlich besetzt und mit weitgehenden Kompetenzen ausgestattet. Das Land geht davon aus, daß vor allem durch den Einigungszwang im Vorstand die Ressourcensteuerung transparent und optimal zugunsten von Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung gegeneinander abgegrenzt wird und Konflikte ohne wesentliche Reibungsverluste schnell ausgetragen werden können. Der amtierende Vorstand besteht jeweils aus dem für Forschung und Lehre zuständigen Mitglied (dem Dekan der Medizinischen Fakultät Göttingen bzw. dem Rektor der Medizinischen Hochschule Hannover) sowie dem für die Krankenversorgung und dem für die Wirtschaftsführung und Administration zuständigen Mitglied. Die Amtszeit der Vorstandsmitglieder beträgt fünf Jahre. Zu den Aufgaben des Vorstands gehören insbesondere die bisher dem Senat bzw. dem

Fachbereichsrat obliegende Struktur- und Entwicklungsplanung, die Aufteilung der Sach-, Investitions- und Personalbudgets auf die Zentren, die Abteilungen, die Betriebseinheiten, die Zentralen Einrichtungen und die Verwaltung sowie die Bereitstellung von Mitteln für einen zentralen Lehr- sowie einen zentralen Forschungsfonds.

Zuständigkeit und Entscheidungsbefugnisse der zentralen Universitäts- und Fachbereichsgremien werden im wesentlichen auf akademische Angelegenheiten beschränkt. Hierzu gehören auch die Berufungsverfahren mit der Einschränkung, daß der Vorstand vor Weiterleitung des Berufungsvorschlages an das Ministerium hierzu Stellung nimmt. Fakultät und Klinik bilden wie bisher einen einheitlichen Landesbetrieb. Alle wesentlichen Entscheidungen werden entweder bei übergreifenden Angelegenheiten vom Vorstand gemeinsam oder nach dem Ressortprinzip von einzelnen Vorstandsmitgliedern, in bestimmten Fällen im Benehmen mit Senat oder Fachbereichsrat, getroffen.

Zu den Aufgaben des für das Ressort Forschung und Lehre zuständigen Vorstandsmitgliedes gehören insbesondere die Bildung von Schwerpunkten in Forschung und Lehre sowie die Aufteilung der für die Forschung bestimmten Ressourcen jeweils im Benehmen mit dem Fachbereichsrat. Zu den Aufgaben des für das Ressort Krankenversorgung zuständigen Vorstandsmitgliedes gehören insbesondere die Organisation der Krankenversorgung einschließlich Leistungsplanung, Bettenstruktur und Qualitätssicherung unter Mitwirkung der Organisationseinheit Pflegedienst und der klinischen Abteilungen sowie die Aufteilung der für die Krankenversorgung vorgesehenen Ressourcen im Benehmen mit der neu anstelle des bisherigen Klinikumsvorstandes geschaffenen Klinikkonferenz. Zu den Aufgaben des für das Ressort Wirtschaftsführung und Administration zuständigen Vorstandsmitglieds gehören insbesondere die Leitung der Verwaltung und die betriebswirtschaftliche Unternehmensplanung und -führung sowie das Controlling. Das für das Ressort Wirtschaftsführung und Administration zuständige Vorstandsmitglied ist zudem Beauftragter für den Haushalt und Dienstvorgesetzter des Personals mit Ausnahme der Professorinnen und Professoren.

Bayern

Nach dem Bayerischen Hochschulgesetz in der Fassung des Änderungsgesetzes vom 24. Juli 1998 sind die bayerischen Universitätsklinika organisatorisch, finanzwirtschaftlich und verwaltungsmäßig selbständige Teile der Hochschulen und werden als kaufmännisch eingerichtete Staatsbetriebe (Art. 26 BayHO) geführt. Das Zusammenwirken von Staat und Hochschule in Angelegenheiten des Klinikums obliegt dem Aufsichtsrat, dem der Staatsminister für Wissenschaft, Forschung und Kunst, je ein Vertreter der Staatsministerien der Finanzen sowie für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, der Rektor oder Präsident, der Sprecher des medizinischen Fachbereichs sowie zwei externe in Wirtschaftsangelegenheiten bzw. Krankenversorgung erfahrene Vertreter angehören.

Organe des Klinikums sind der Klinikumsvorstand und die Klinikumskonferenz. Der Klinikumsvorstand, dem der Ärztliche Direktor, der Verwaltungsdirektor, der Pflegedirektor sowie ein Medizinprofessor, der nicht Mitglied im Aufsichtsrat ist, angehören, leitet das Klinikum eigenverantwortlich. Zu seinen Aufgaben gehört u.a. die Herstellung von Leistungs- und Kostentransparenz einschließlich einer Trennung der Ausgaben für Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits. Bei Entscheidungen, die zu einer Verminderung der Ausstattung einer Einrichtung führen, kann der Leiter dieser Einrichtung den Aufsichtsrat anrufen. Das neue Organ der Klinikumskonferenz berät den Klinikumsvorstand. Ihr gehören die Vorstände der Kliniken und sonstigen klinischen Einrichtungen und die Leiter der in klinischen Einrichtungen eingerichteten Abteilungen an. Hinzu kommen als Mitglieder je zwei Vertreter der nichtliquidationsberechtigten Professoren, des sonstigen ärztlich-wissenschaftlichen Personals, des Pflegedienstes und des sonstigen nicht-wissenschaftlichen Personals des Klinikums. Die Klinikumskonferenz soll monatlich vom Ärztlichen Direktor einberufen und geleitet werden.

Aufgrund einer Experimentierklausel kann das Staatsministerium im Benehmen mit dem Rektor oder Präsidenten und dem Klinikumsvorstand durch Rechtsverordnung bestimmen, daß ein geeignetes Klinikum oder Teilbereiche eines Klinikums erpro-

ungsweise als selbständige Anstalt des öffentlichen Rechts oder in einer Rechtsform des privaten Rechts geführt werden.

Schleswig-Holstein

Mit dem am 1.1.1999 in Kraft getretenen Gesetz zur Neuordnung der Universitätsklinik in Schleswig-Holstein werden die beiden Universitätsklinik in Kiel und Lübeck jeweils in eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts der Hochschule überführt. Dem Klinikum obliegt die den Zwecken von Forschung und Lehre dienende Krankenversorgung. Es hält in enger Zusammenarbeit mit der Hochschule die für Forschung, Lehre und Studium notwendigen Voraussetzungen vor. Soweit der Fachbereich Medizin, der Träger der Aufgaben in Forschung und Lehre ist, dafür die Einrichtungen des Klinikums nutzt, weist das Land die dafür veranschlagten Finanzmittel dem Klinikum zur Verwaltung zu.

Der Vorstand (Ärztlicher Direktor, Kaufmännischer Direktor, Dekan des Medizinischen Fachbereichs, Pflegedirektor) leitet das Klinikum. Entscheidungen über die strukturelle und organisatorische Weiterentwicklung des Klinikums, die Einfluß auf die Entwicklungsplanung der Hochschule für den Fachbereich Medizin und die Voraussetzungen für Forschung und Lehre im Klinikum haben, werden im Benehmen mit der Hochschule getroffen. Der Aufsichtsrat entscheidet über die grundlegenden Ziele für das Klinikum und stellt die Zusammenarbeit zwischen den Klinika des Landes sicher. Die Aufsichtsräte der Klinika in Kiel und Lübeck werden personengleich besetzt. Ihnen gehören neben der Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein oder ein von ihr benanntes Mitglied als Vorsitzender, je ein Mitglied der Ministerien für Finanzen, Energie und Arbeit, Gesundheit und Soziales, die Rektoren beider Hochschulen, je ein Vertreter der Beschäftigten der Klinika sowie je ein externer Sachverständiger aus der medizinischen Wissenschaft und aus dem Wirtschaftsleben an. Ohne Stimmrecht gehören dem Aufsichtsrat je ein Direktor einer Abteilung, ein klinischer Wissenschaftler und ein Medizinstudierender der Klinika, ein Gewerkschaftsvertreter, die Gleichstellungsbeauftragte der Klinika oder die Frauenbeauftragte der Hochschulen an. Wenn zwischen dem Vorstand und dem Fachbereich Medizin eine Meinungsverschiedenheit

besteht, hat der Aufsichtsrat die Aufgabe, eine Verständigung herbeizuführen. Bei nicht herstellbarem Einvernehmen bezüglich Fragen von Forschung und Lehre ist das Land als Rechtsaufsichtsbehörde gefordert. Darüber hinaus wird die Zusammenarbeit zwischen Klinikum und jeweiliger Hochschule durch eine Vereinbarung geregelt.

Der Wissenschaftsrat hat in seiner Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultäten der Universitäten in Kiel und Lübeck³² ausgeführt, daß er keine grundsätzlichen Bedenken sieht, daß die verselbständigten Klinika in Kiel und Lübeck die Funktion als Universitätsklinikum nicht oder unzureichend wahrnehmen würden. Er gab allerdings zu bedenken, daß durch die Zuweisung des Landeszuschusses an das Klinikum die Gefahr einer Schwächung der Position der Fakultät gegenüber dem Klinikum besteht und Fragen von Forschung und Lehre gegenüber der Krankenversorgung in den Hintergrund treten könnten, und empfahl daher die Aufnahme der rechtlich verselbständigten Klinika in Kiel und Lübeck in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes unter einer Reihe von Maßgaben.

Sachsen

Mit dem zum 1. Juli 1999 in Kraft tretenden Sächsischen Hochschulmedizingesetz werden die Universitätsklinika Dresden und Leipzig in rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts überführt werden. Das Universitätsklinikum fungiert als Träger der Krankenversorgung und gewährleistet in enger Zusammenarbeit mit der Universität und ihrer Medizinischen Fakultät die Verbindung der Krankenversorgung mit Forschung und Lehre.

Leitungsgremium für die Klinika ist jeweils ein Vorstand (ärztliches und kaufmännisches Vorstandsmitglied), der vom Aufsichtsrat bestellt wird. An seinen Sitzungen kann der Dekan mit beratender Stimme teilnehmen. Dem Aufsichtsrat, der die betrieblichen Ziele des Universitätsklinikums festlegt und in allen grundsätzlichen An-

³² Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Medizinischen Fakultät der Medizinischen Universität zu Lübeck, Drs. 3849/99, Berlin, 1999, S. 52 ff.

gelegenheiten entscheidet, gehören insgesamt elf Personen an; drei Vertreter des Landes (jeweils der Wissenschafts-, der Finanz- und der Gesundheitsminister oder ein Vertreter), der Kanzler der Universität, ein gewähltes Mitglied des Dekanatskollegiums, ein gewählter Vertreter der Beschäftigten der Anstalt sowie fünf unabhängige Persönlichkeiten, davon zwei aus der Medizin und drei aus der Wirtschaft. Es ist gesetzlich festgelegt, daß sich Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät gegenseitig an wesentlichen Entscheidungen beteiligen. Entscheidungen, die sich unmittelbar und wesentlich auf Forschung und Lehre auswirken, bedürfen der Zustimmung des Dekanatskollegiums der Medizinischen Fakultät (Dekan, Prodekan, Studiendekan Humanmedizin, Studiendekan Zahnmedizin sowie Sprecher des Klinikvorstandes mit beratender Stimme), das die Fakultät leitet. Die Kompetenzen im Bereich Forschung und Lehre, die für die Zusammenarbeit mit dem Klinikum maßgeblich sind, sind bei der Fakultät konzentriert und geordnet. Sie erhält die dafür im Landeshaushalt veranschlagten Mittel über die Universität zugewiesen, über deren Verwendung das neu geschaffene Dekanatskollegium entscheidet. Kommt eine Entscheidung zwischen der Medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum nicht zustande, entscheidet das neu geschaffene Gremium Gemeinsame Konferenz. Ihr gehören Dekan und Prodekan sowie der Vorstand des Universitätsklinikums an, wobei Dekanat und Vorstand jeweils eine Stimme haben. Den Vorsitz hat eine sachkundige Persönlichkeit, die der Staatsminister für Wissenschaft und Kunst auf Vorschlag einer Findungskommission im Einvernehmen mit dem Aufsichtsrat und im Benehmen mit dem Rektoratskollegium bestellt. Der Vorsitzende kann in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung den die Rechtsaufsicht führenden Minister anrufen, der dann endgültig entscheidet.

In seinen Empfehlungen zum 29. Rahmenplan hat sich der Wissenschaftsrat für eine Aufnahme der Universitätsklinika Dresden und Leipzig in die Anlage zum HBFVG ausgesprochen, wenn in Konfliktfällen von grundsätzlicher Bedeutung für Forschung und Lehre, für die in der Gemeinsamen Konferenz keine einvernehmlichen Lösungen gefunden werden, der Vorsitzende auf Antrag des Dekans den die Rechtsaufsicht führenden Minister anzurufen hat. Sollte das Land keine Möglichkeit sehen, das Antragsrecht des Dekans umzusetzen, hat der Wissenschaftsrat als Mindestlösung

empfohlen, daß der Rektor oder eine neutrale wissenschaftliche Persönlichkeit aus dem Universitätsbereich Vorsitzender der Gemeinsamen Konferenz wird.³³

Thüringen

Auch nach den am 22. Mai 1999 in Kraft getretenen Änderungen im Thüringer Hochschulgesetz bilden die Kliniken, die Klinisch-Theoretischen und die Medizinisch-Theoretischen Institute der Universität Jena mit den ihnen dienenden Betriebseinheiten wie bisher die rechtlich unselbständige Anstalt „Klinikum“. Sie trägt die Verantwortung für die ordnungsgemäße Krankenversorgung, die Aus-, Fort- und Weiterbildung und die Erledigung der sonstigen übertragenen Aufgaben auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens. Das Klinikum wird als Landesbetrieb geführt. Künftig sollen die für den Betrieb des Klinikums notwendigen Zuständigkeiten, insbesondere in personellen, organisatorischen und finanziellen Angelegenheiten, dem Klinikum über die Hochschule durch das Ministerium übertragen werden.

Der Klinikumsvorstand (Ärztlicher Direktor, Dekan, ein Mitglied des medizinischen Fachbereichs, Verwaltungsdirektor sowie Direktor des Pflegedienstes) leitet das Klinikum. Er ist u.a. für die Verteilung der Personal- und Sachmittel an die medizinischen Einrichtungen und Betriebseinheiten zuständig. Entscheidungen, die sich auf Forschung und Lehre auswirken, trifft er im Benehmen mit dem medizinischen Fachbereich. Zu den Aufgaben des Fachbereichsrates gehört auch, den Klinikumsvorstand bezüglich der Verwendung der Mittel für die Krankenversorgung zu beraten und diesbezüglich Empfehlungen abzugeben. Dem Fachbereichsrat gehören der Ärztliche Direktor mit beschließender und der Verwaltungsdirektor mit beratender Stimme an. Der Ärztliche Direktor gehört dem Senat mit beratender Stimme an. Die Klinikumsverwaltung hat auch den medizinischen Fachbereich bei seiner Aufgabenerfüllung zu unterstützen. Der Fachbereichsrat beschließt die Grundsätze über die Verwendung und Verteilung der Personal- und Sachmittel, die dem Fachbereich zugewiesen sind. Der Dekan vollzieht die Beschlüsse des Fachbereichsrates in eigener Zuständigkeit. Dem Dekan steht hinsichtlich der Lehr- und Prüfungsverpflich-

³³ Wissenschaftsrat, Empfehlungen zum 29. Rahmenplan für den Hochschulbau 2000-2003, Länderteil Sachsen.

tungen der zur Lehre verpflichteten Personen ein Aufsichts- und Weisungsrecht zu. Im Rahmen der Gesamtverantwortung des Dekans kann ein Studiendekan die mit Lehre und Studium zusammenhängenden Aufgaben wahrnehmen.

II.3. Neue Organisationsformen in vorliegenden Gesetzentwürfen

In einigen Bundesländern liegen bereits konkrete Entwürfe für neue oder novellierte Gesetze vor:

Hessen

Das Hessische Hochschulgesetz in der Fassung vom 3.11.1998 sieht vor, die Universitätsklinik in Frankfurt, Gießen und Marburg in rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts zu überführen, die den jeweiligen Fachbereich Medizin der Universität bei der Erfüllung der klinischen Aufgaben in Forschung und Lehre unterstützen. Im Rahmen dieses Auftrags nimmt das Universitätsklinikum Aufgaben der Krankenversorgung und des öffentlichen Gesundheitswesens wahr.

Die Einzelheiten der neuen Organisationsstruktur der Klinik sollen in einer Rechtsverordnung des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst festgelegt werden, über deren Entwurf zur Zeit landesintern beraten wird. Der Entwurf orientiert sich weitgehend an den Regelungen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Er wird voraussichtlich mit Wirkung im Jahr 2001 in Kraft treten.

Der Entwurf überträgt die Leitung der rechtsfähigen Anstalt einem Klinikumsvorstand, der sich aus vier Personen zusammensetzt: dem Ärztlichen Direktor, dem Kaufmännischen Direktor, dem Pflegedirektor und dem Dekan des Fachbereichs Medizin. Als Kontroll- und Beratungsorgan fungiert ein Aufsichtsrat, dem sieben Personen angehören: drei Vertreter aus Landesministerien, der Universitätspräsident, der Vorsitzende des Klinikums-Personalrates sowie zwei erfahrene Persönlichkeiten aus Wissenschaft und Wirtschaft. In beiden Organen bedürfen Beschlüsse und Maßnahmen, die Angelegenheiten der Forschung und Lehre betreffen, der Zustimmung der Fach-

bereichsleitung. Kommt auch nach Befassung des Aufsichtsrates ein Einvernehmen nicht zustande, entscheidet auf Antrag das Ministerium für Wissenschaft und Kunst abschließend.

Die Universität, insbesondere der Fachbereich Medizin, und das Universitätsklinikum sind zu enger Zusammenarbeit verpflichtet. Die Einzelheiten werden in einer Kooperationsvereinbarung zwischen Klinikumsvorstand, Fachbereichs- und Hochschulleitung geregelt. Universität und Klinikum erstatten einander die Kosten der erbrachten Leistungen und der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material nach Maßgabe der getroffenen Vereinbarung. Zuwendungsempfänger des Landeszuschusses für Aufgaben der Hochschulmedizin in Forschung und Lehre ist die Universität.

Nordrhein-Westfalen

Nach dem im Juni 1999 verabschiedeten Gesetz zur Neuordnung der Hochschulmedizin können in Nordrhein-Westfalen die Medizinischen Einrichtungen einer Hochschule künftig aufgrund einer Verordnungsermächtigung als Anstalt des öffentlichen Rechts oder in privater Rechtsform, etwa als gemeinnützige GmbH, verselbständigt werden.

Im Wesentlichen ist dabei an folgende Organisationsstruktur gedacht: Die Medizinischen Einrichtungen bleiben auch in der verselbständigten Rechtsform Hochschulkliniken mit dem Land als wirtschaftlichem Träger. Mit einem Aufsichtsrat und einem Vorstand erhalten sie die einem Unternehmen entsprechende Leitungsstruktur. An der Steuerung der Medizinischen Einrichtungen wirkt das Land im jeweiligen obersten Organ, dem Aufsichtsrat mit. Im Übrigen beschränkt es sich auf die Rechtsaufsicht. Die Medizinischen Einrichtungen arbeiten eng mit dem Fachbereich Medizin und der übrigen Universität zusammen, wobei die Grundlagen der Zusammenarbeit durch Rechtsvorschriften in der Verordnung und durch vertragliche Vereinbarungen geregelt werden. Die Leitungsebenen von Fachbereich Medizin und Medizinischen Einrichtungen werden durch die stimmberechtigte Mitgliedschaft des Dekans im Vorstand des Klinikums und durch die beratende Mitgliedschaft des Ärztlichen und des

Kaufmännischen Direktors im Fachbereichsrat personell verzahnt. Beabsichtigt ist außerdem die Aufteilung der Mittel in Teilbudgets für Forschung und Lehre und für die Krankenversorgung sowie die Bildung von Abteilungsbudgets. Auch der Fachbereich Medizin soll eine neue Struktur erhalten: eine Leitungsebene mit Steuerungs- und Geschäftsführungsaufgaben (Dekan, oder aber ein Fachbereichsvorstand unter dem Vorsitz des Dekans) und einen Fachbereichsrat mit einer aufsichtsratsähnlichen Funktion.

Saarland

Nach dem im März 1999 vorgelegten Regierungsentwurf zur Reform der saarländischen Hochschulgesetze und zur Änderung anderer hochschulrechtlicher Vorschriften bilden die Kliniken und die klinischen Institute zusammen mit den ihnen dienenden zentralen Einrichtungen und den Schulen für Fachberufe des Gesundheitswesens eine rechtlich unselbständige Anstalt der Universität mit dem Namen „Universitätskliniken des Saarlandes“. Sie trägt die Verantwortung für die ordnungsgemäße Krankenversorgung, die Aus- und Weiterbildung ihres Personals und die Erledigung der sonstigen übertragenen Aufgaben auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens und dient der Universität in Forschung, Lehre und Studium im medizinischen Bereich. Die Universitätskliniken werden als Landesbetrieb gemäß § 26 der Landeshaushaltsordnung geführt und sollen nach dem Entwurf eine eigene Verwaltung besitzen. Das für die Hochschulen zuständige Ministerium ist Träger der Universitätskliniken im Sinne des Krankenhausrechts und für organisatorische Belange zuständig. Soweit Belange der Krankenhausplanung berührt sind, ist das Einvernehmen mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium herzustellen.

Der Klinikumsvorstand (Ärztlicher -, Verwaltungs-, Pflegedirektor sowie mit beratener Stimme der Dekan) soll die Universitätskliniken leiten und die Universität in den Angelegenheiten der Universitätskliniken nach außen vertreten. Kommt ein Beschluß nicht zustande, soll die Universitätsleitung entscheiden. Der Klinikumsvorstand soll u.a. Grundsätze für die Verteilung der Stellen und Mittel an die einzelnen Kliniken, Institute usw. aufstellen sowie die Zuweisung von Räumen vornehmen. Dem Ärztlichen Direktor, der nicht gleichzeitig Dekan sein darf, obliegt insbesondere die Si-

Herstellung der Zusammenarbeit des ärztlichen Dienstes und der Kliniken und Institute. Der Ärztliche Direktor ist des weiteren Vorsitzender der Direktorenkonferenz, die sich aus den Direktoren aller Kliniken, klinischen Instituten und deren Abteilung sowie dem Klinikumsvorstand zusammensetzt und den Klinikumsvorstand berät. Die Direktorenkonferenz soll ferner als Beratungsgremium eine Großgerätekommission bilden; die Konferenz der leitenden Krankenpflegekräfte soll den Pflegedirektor beraten. Das für die Hochschulen zuständige Ministerium soll durch Rechtsverordnung nach Anhörung der Universität das Nähere über die Aufgaben, Leitung, Organisation und Nutzung der Gesamtheit der Universitätskliniken sowie der einzelnen Kliniken und klinischen Institute regeln (Klinikordnung).

Das Ministerium wird auch zum Erlaß einer Rechtsverordnung ermächtigt, die bestimmt, daß die Universitätskliniken des Saarlandes als öffentlich-rechtliche Anstalten der Universität mit eigener Rechtspersönlichkeit geführt werden können, wobei die Freiheit von Forschung und Lehre der Mitglieder der Universität zu wahren ist.

Übrige Länder

In Hamburg ist ein Referentenentwurf in Überarbeitung. In Mecklenburg-Vorpommern sind diesbezüglich keine Planungen bekannt.

Berlin hat bisher eine rechtliche Verselbständigung seiner Universitätsklinika gegenüber den Hochschulen nicht vorgesehen. Die Universitätsklinika haben seit Anfang der 90er Jahre eine weitgehende organisatorische und wirtschaftliche Selbständigkeit innerhalb der Hochschule erhalten. So sind dem Klinikumsvorstand, der nach dem Integrationsmodell zusammengesetzt ist, und der Finanz- und Wirtschaftskommission jedes Universitätsklinikums als Aufsichtsgremium Befugnisse eingeräumt, die denen von Leitungs- und Aufsichtsorganen in Unternehmen ähnlich sind. Dies gilt insbesondere für die Kompetenzen der Klinikumsleitung bei der Wirtschaftsführung, bezüglich der Bauherrenfunktion, der Stellenbewirtschaftung und der personalrechtlichen Entscheidungsbefugnisse.

Bei der Verwendung der Mittel für Forschung und Lehre ist in Berlin die Stärkung der Fakultät bzw. des Fachbereichs sowie des Dekans bereits durch das Universitätsmedizinengesetz vom 3.1.1995 vorgenommen worden. Der getrennte Ausweis von Teilbudgets für stationäre und ambulante Krankenversorgung, Forschung und Lehre sowie sonstige Aufgaben in den Wirtschaftsplänen der Universitätsklinik wurde ebenfalls durch dieses Gesetz vorgesehen.

A.III. Finanzierung der Hochschulmedizin

III.1. Überblick

Die Zwitterstellung der Hochschulmedizin, geprägt durch die Zugehörigkeit zum Hochschulsystem einerseits und – über ihr Klinikum – zum Gesundheitssystem andererseits, spiegelt sich auch in der Systematik ihrer Finanzierung wider. Auch für die Forschung und Lehre in der Hochschulmedizin ist die Grundfinanzierung von laufenden Ausgaben und Investitionen Aufgabe der öffentlichen Haushalte, wobei das Land als Träger der Hochschule den größeren Finanzierungsbeitrag leistet. Darüber hinaus wird die Förderung von Forschung, Lehre und Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses über Drittmittel finanziert, die vorwiegend aus öffentlichen Haushalten, aber auch aus dem privaten Sektor stammen. Aufgrund der Aufgaben als Teil des Gesundheitssystems treten neben diese drei Finanzierungsquellen (Bund, Land und privater Sektor) bei der Hochschulmedizin die Krankenkassen³⁴, die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und in besonderen Fällen die Sozialleistungsträger³⁵. Den rechtlichen Regelungen zur Finanzierung von Krankenhäusern entsprechend werden stationäre Leistungen in der Krankenversorgung direkt durch die Kostenträger, ambulante Leistungen durch die Kassenärztliche Vereinigung oder durch Patienten vergütet. Darüber hinaus werden Kosten der Ausbildung des nichtärztlichen Personals und der betriebsnotwendigen Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten des Klinikums zum Teil dem weiteren Bereich der Versorgung zugerech-

³⁴ Für Privatpatienten stehen neben den privaten Versicherungsgesellschaften auch die Dienstherren (Beihilfe) ein.

³⁵ Dies sind Träger der Unfallversicherung, der Rentenversicherung, der Sozialhilfe- und Versorgungsämter.

net und sind über die Krankenkassen erstattungsfähig. Die ärztliche Weiterbildung hingegen wird nicht gesondert finanziert, sondern aus dem Budget gedeckt. Die Einnahmen aus der Krankenbehandlung sind wesentlicher Bestandteil des Haushaltes der medizinischen Einrichtungen.³⁶

III.2. Investitionsfinanzierung

Nach dem im „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG)“ formulierten dualen Prinzip (Dualistik) dürfen Investitionskosten mit Ausnahme sogenannter Rationalisierungsinvestitionen nicht auf den Kostenträger (Krankenkassen) abgewälzt werden, sondern sind aus öffentlicher Förderung zu tragen (§ 4 KHG). Die baulichen und apparativen Investitionen der Hochschulklinika werden im Rahmen der grundgesetzlich festgeschriebenen Gemeinschaftsaufgabe „Ausbau und Neubau der Hochschulen“ (Art. 91 a GG) und nach den Bestimmungen des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFG) gemeinsam von Bund und Ländern finanziert. Ausgenommen hiervon sind solche Beschaffungen von Großgeräten, deren Investitionskosten unter 250.000 DM liegen sowie solche Baumaßnahmen, die eine Kostengrenze von 3 Mio. DM nicht überschreiten; diese Investitionen hat das Land als Träger der Hochschule und des Klinikums ohne Beteiligung des Bundes zu finanzieren (investiver Landeszuschuß an das Hochschulklinikum).

Für die Erfüllung der Gemeinschaftsaufgabe wird ein gemeinsamer Rahmenplan aufgestellt. Auf der Grundlage der Empfehlungen des Wissenschaftsrates und unter Berücksichtigung der Finanzierungsmöglichkeiten von Bund und Ländern werden durch Beschluß des Planungsausschusses Investitionsvorhaben der Länder vorbehaltlos in den Rahmenplan aufgenommen. Das sich hieraus ergebende Investitionsvolumen für den Hochschulbau eines jeden Landes wird jeweils hälftig von Bund und Land finanziert. Zusätzlich können unter bestimmten Voraussetzungen auch drittvor-

³⁶ Einen Anhaltspunkt hierfür bieten die Verwaltungseinnahmen der medizinischen Einrichtungen. In ihnen sind insbesondere auch Einnahmen aus der Krankenbehandlung enthalten. Die Verwaltungseinnahmen machen bei den medizinischen Einrichtungen rund 94 % der Gesamteinnahmen aus (vgl. Tabelle 1 im Anhang).

finanzierte Vorhaben (Vorfinanzierung staatlicher Vorhaben mit privatem Kapital) realisiert werden.³⁷

Angesichts knapper Ressourcen auch in den öffentlichen Haushalten ist der Spielraum für Investitionen in den Hochschulbau seit Jahren eng bemessen. Dies spiegelt sich auch in der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau wider. So waren im 20. Rahmenplan noch 3,5 Mrd. DM für Bauvorhaben der Medizin für den Vierjahreszeitraum 1991-1994 (alte Bundesländer) in Kategorie I ausgewiesen gegenüber 2,6 Mrd. DM im 25. Rahmenplan für den Zeitraum 1996-1999 (gesamtes Bundesgebiet). Hinzu kommt, daß die Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau seit 1987 (und zunehmend seit 1992) unterfinanziert ist. Dem wissenschaftlich und wissenschaftspolitisch begründeten finanziellen Gesamtbedarf für bauliche und apparative Investitionen im Hochschulbereich, den der Wissenschaftsrat für 1999 auf 4,7 Mrd. DM³⁸ bezifferte,³⁹ standen aufgrund der Finanzplanung des Bundes, der 1,8 Mrd. DM einplante, geringere Beträge gegenüber als für die Realisierung dieser Investitionen erforderlich wäre. Um die aus Sicht des Landes wichtigsten Investitionsvorhaben für den Hochschulbau dennoch realisieren zu können, haben die Länder in den vergangenen Jahren (bis 1998) Vor- und Mehrleistungen auf den Bundesanteil in Höhe von insgesamt 1,115 Mrd. DM erbracht. Gleichwohl konnte die Finanzierungslücke damit nicht vollständig geschlossen werden. Erschwerend kommt hinzu, daß auch auf seiten einiger Länder Finanzierungsschwierigkeiten zunehmend zum Tragen kommen. So sind zum Beispiel durch erforderliche Einsparmaßnahmen eines Landes Kürzungen der Landeshaushaltsansätze auch während des laufenden Haushaltsjahres nicht unüblich. Für das Haushaltsjahr 1999 hat der Bund im Januar 1999 den ursprünglichen Haushaltsansatz um 200 Mio. auf 2,0 Mrd. DM erhöht, so daß bei entsprechender Gegenfinanzierung der Länder der Investitionsstau gemindert, keineswegs jedoch aufgelöst wird.

Universitätskliniken sind in der Regel mit ihrem Bettenangebot Teil der Krankenhauspläne der Länder. Auf der Grundlage ihres Aufgabenspektrums in der stationä-

³⁷ Zweites Gesetz zur Änderung des Hochschulbauförderungsgesetzes vom 20. August 1996.

³⁸ 50 % davon aus Bundesmitteln.

³⁹ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 28. Rahmenplan für den Hochschulbau 1999-2002, Bd. 1; Allgemeiner Teil, Köln 1998, insbesondere S. 36 f. sowie S. 58.

ren Krankenversorgung (Zahl der Fachabteilungen, Bettenzahl, Anteil der Intensivbetten etc.) werden die Hochschulklinika in den Krankenhausplänen der höchsten Versorgungsstufe zugerechnet.⁴⁰

Aufgrund des Status der Hochschulklinika als Teil des Gesundheitswesens sind ihre stationären Ressourcen in der Landeskrankenhausplanung zu berücksichtigen. Da in der Phase der Investitions- bzw. Kapazitätsplanung verschiedene vertikale Entscheidungsträger mit einbezogen werden⁴¹ sowie ein horizontaler Abstimmungsbedarf auf der Ebene des Landes, insbesondere zwischen Gesundheits- und Wissenschaftsressort besteht, ist von Universitätsklinika ein – in diesem Ausmaß bei außeruniversitären Krankenhäusern nicht gegebener – Abstimmungsprozeß zu durchlaufen, der zu teilweise erheblichen Zeitverzögerungen beim Zustandekommen einer Planungsentscheidung führt und flexible Entscheidungen erschwert.

Für die – auf übergeordnete Zielvorstellungen ausgerichteten – staatlichen Angebotsplanungen werden umfangreiche Kenntnisse über künftige Entwicklungen benötigt. Um beispielsweise die mit der staatlichen Krankenhausplanung verfolgte Zielsetzung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit stationären Einrichtungen zu gewährleisten, müßte der künftige objektive Bedarf solcher Einrichtungen bekannt sein. „Wichtige Determinanten (des künftigen Bedarfs), wie die Bevölkerungsentwicklung, die Morbiditätsentwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt, aber auch die Präferenzen der Patienten selbst, lassen sich (jedoch) grundsätzlich nicht allgemein und objektiv vorab quantifizieren.“⁴² Vor dem Hintergrund dieser Informationsdefizite bergen staatliche Angebotsplanungen stets die Gefahr der Fehlallokation von Ressourcen in sich – mit weitreichenden Konsequenzen für den gesamten, der staatlichen Planung unterliegenden Sektor.

⁴⁰ Unabhängig davon sind sie in unterschiedlichem Ausmaß auch für die Grund- und Regelversorgung der Bevölkerung zuständig. Vgl. I.1.d)

⁴¹ Organe der Hochschule und Gremien des Landes; im Falle der angestrebten Finanzierung über das HBFG zusätzlich der Wissenschaftsrat (bei Großgeräten zusätzlich die Deutsche Forschungsgemeinschaft) und das BMBF.

⁴² Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1992, Baden-Baden 1992, Ziffer 229.

Vor diesem Hintergrund werden wissenschaftlich und wissenschaftspolitisch erforderliche Investitionen im Hochschulbau häufig deutlich zeitlich verschoben (Investitionsstau). Bezogen auf die Hochschulklinika wird der Ausbau der für Versorgungszwecke sowie auch für akademische Belange erforderlichen Infrastruktur verzögert. Hierdurch werden sowohl die Entwicklung in der Forschung gehemmt, als auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Bereich der Krankenversorgung gefährdet und dadurch die Hochschulklinika in der zunehmend wettbewerblich strukturierten Krankenhauslandschaft in eine relativ schlechtere Position als insbesondere private Anbieter gebracht.

III.3. Der Zuschuß des Landes

Für eine Grundausstattung an Personal, Räumen, Geräten und Sachmitteln wird den hochschulmedizinischen Einrichtungen neben den Investitionsmitteln des Trägerlandes und des Bundes auch ein Zuschuß des Landes zur Verfügung gestellt. Dieser ist vorgesehen für die laufende Grundfinanzierung von Forschung, Lehre und Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Bis 1992 wurde der Zuschuß des Landes in der Regel als Differenzbetrag aus den Gesamtkosten des Hochschulklinikums und den Einnahmen aus stationärer und ambulanter Krankenversorgung sowie sonstigen Abzügen ermittelt. Nach dem damals geltenden Selbstkostendeckungsprinzip wurde die Vergütung stationärer Krankenversorgungsleistungen auf der Grundlage der Gesamtkosten des Krankenhauses bestimmt, wobei Kostenabzüge für Unwirtschaftlichkeiten und für Leistungen geltend gemacht wurden, die nicht den allgemeinen Krankenhausleistungen zugerechnet wurden (Selbstkosten des Krankenhauses). Zu letzteren zählen insbesondere auch wissenschaftliche Forschung und Lehre. Da die Kosten von Forschung und Lehre nicht zuverlässig beziffert werden konnten, wurden hierfür pauschale Abzüge (meist 20 % der Gesamtkosten) vorgenommen.⁴³ Darüber hinaus wurden Kostensteigerungen, die über denen vergleichbarer Krankenhäuser lagen, unter Hinweis auf ihre Ursachen in Forschung und Lehre ausgliedert. Daraus resultierte eine Tendenz zur Kostenunterdeckung in der stationä-

⁴³ Bei den Abzügen ist zwischen der Praxis des Pauschalbezuges auf Kosten der klinischen Fachgebiete insgesamt und der echten Kostenausgliederung der Kosten der klinisch-theoretischen Fachgebiete zu unterscheiden.

ren Krankenversorgung, deren Finanzierung grundsätzlich im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen liegt. Im ambulanten Bereich entsteht der Fehlbetrag aus der Differenz zwischen Kosten und den Erlösen, wobei diese Differenz durch die Pauschalabzüge mitverursacht wird.⁴⁴ Mögliche Kostenunterdeckungen wurden aufgefangen durch den Zuschuß des Landes, der – residual ermittelt – in der Regel identisch war mit der Summe der Abzüge von den Gesamtkosten, für die die Krankenkassen nicht aufkamen („Defizitdeckung“).

Das zum 1.1.1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz hat die Finanzierung der stationären Krankenversorgung auf neue Grundlagen gestellt. Insbesondere wurde das bis dahin geltende Selbstkostendeckungsprinzip vom Grundsatz her aufgegeben und soll nunmehr schrittweise durch ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem abgelöst werden. Der Systemwandel machte den Aufbau einer differenzierten Kosten- und Leistungsrechnung im Bereich der Krankenversorgung notwendig. Damit rückte zugleich aber auch der für Forschung und Lehre gewährte Zuschuß in den Blickpunkt. Dabei wurde die bisherige in einer Fehlbetragsfinanzierung (Defizitdeckung) bestehende Funktion des Landeszuschusses zunehmend kritisch hinterfragt und eine der Krankenversorgung vergleichbare Orientierung an leistungsbezogenen Gesichtspunkten gefordert. Es besteht deshalb auch im Bereich der staatlichen Finanzierung der Universitätsklinik die Notwendigkeit, die im Rahmen des Landeszuschusses bereitgestellten Mittel unabhängig von den Kosten der Krankenversorgung zu bemessen und an den Aufgaben in Forschung, Lehre und Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses auszurichten.

III.4. Laufende Finanzierung der Krankenversorgung

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV 95) verbundene Umstrukturierung der Krankenhausvergütung zielt darauf ab, eine leistungsgerechte Vergütung stationärer Versorgungsleistungen über einen geregelten Wettbewerb zu erreichen. Für die Vergütung stationärer Versorgungsleistungen sind folgende „Pflegesätze“

⁴⁴ Pauschalabzüge gemäß § 120 Abs. 3 SGB V.

vorgesehen: Die allgemeinen stationären Krankenhausleistungen sollen soweit als möglich über Fallpauschalen für bestimmte Behandlungsfälle abgerechnet werden (§ 14 Abs. 1 BPflV 1995). Soweit dies nicht möglich ist, werden die Versorgungsleistungen wie bisher vergütet über tagesgleiche Pflegesätze in Form eines Basispflegesatzes (als Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlaßte Leistung) sowie Abteilungspflegesätze (als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistung) (§ 10 BPflV 1995) und ferner über Sonderentgelte für einen bestimmten Behandlungskomplex eines Behandlungsfalls. Die Pflegesätze werden nicht nur auf der Grundlage der Kosten des behandelnden Krankenhauses ermittelt. Fallpauschalen und Sonderentgelte, die zwischen 25 und 30 % des Budgets eines Klinikums ausmachen, resultieren aus Durchschnittswerten und stellen insofern für das einzelne Krankenhaus externe Preise dar.⁴⁵ Die tagesgleichen Pflegesätze werden auf der Grundlage der voraussichtlichen Leistungsstruktur und –entwicklung vereinbart.

Ambulant durchgeführte Operationen sowie vor- und nachstationäre Behandlungen werden direkt von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung richtet sich bei ambulanten Operationen nach den für alle Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte gültigen Punktwerten und –zahlen (Gebühren); für vor- und nachstationäre Behandlungen sind Fall- bzw. Tagespauschalen vorgesehen. Die Finanzierung weiterer ambulanter Leistungen, die im Klinikum auf der Grundlage von Ermächtigungen erbracht werden, erfolgt aus der Gesamtvergütung, die für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung an die Kassenärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen als streng gedeckeltes Pauschalbudget gewährt wird. Nach § 120 Abs. 1 SGB V soll die Vergütung nach den gleichen Bedingungen wie bei zugelassenen Vertragsärzten erfolgen. Dementsprechend finden für Leistungen ermächtigte Ärzte und Klinikumeinrichtungen (ohne Polikliniken) Gebührentarife Anwendung. Für die Vergütung poliklinischer Leistungen wird hingegen in der Regel von der Kann-Bestimmung des § 120 Abs. 3 SGB V Gebrauch gemacht, die eine Pauschalvergütung zuläßt: Die Vergütung ist um einen Investitionskostenabschlag von 10 % und um einen weiteren 20%-igen Abschlag für Forschung und Lehre zu kürzen. Diese Vergütungsform führt zu pauschalen Vergütungssätzen für die Polikliniken in Höhe von rund 70 bis 155 DM

⁴⁵ So wurden zur Ermittlung von Fallpauschalen eine sehr begrenzte Zahl an Krankenhäusern einbezogen und über die Methode der arithmetischen Mittelwertbildung die durchschnittlichen Kosten einer jeweiligen Leistung ermittelt.

je Quartal und Fall, unabhängig von den dafür erbrachten Leistungen und der Behandlungshäufigkeit.⁴⁶ Die das Kontingent überschreitenden Patienten werden unter Aussetzen von Wirtschaftlichkeitserwägungen „quasi umsonst“ behandelt.

Die Selbstkosten je Fall (also nach erfolgten Kostenabzügen, so beispielsweise für ambulante Leistungen oder für Forschung und Lehre) betragen in Hochschulklinika durchschnittlich rund 9.200 DM und liegen damit um etwa 2.000 DM höher als bei den übrigen Krankenhäusern. Diese Kostendifferenz beruht auf deutlich höheren Personalkosten je Fall und nahezu doppelt so hohen Sachkosten je Fall. Insbesondere werden in Hochschulklinika je Fall mehr als doppelt so hohe Kosten für medizinischen Bedarf verursacht (Kosten für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, für Blut, Blutkonserven und Blutplasma, für ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial, für Narkose und sonstigen OP-Bedarf sowie für Laborbedarf).⁴⁷

Die rechtliche Unterscheidung hinsichtlich der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in Poliklinikverträgen mit kontingentierter Ambulanztätigkeit, Institutsermächtigungen und persönlichen Ermächtigungen ist für die Situation der Hochschulklinika von Bedeutung, da unterschiedliche Vergütungsformen je nach Zulassungsgrund üblich sind. Ambulante Leistungen der Krankenhäuser werden generell aus dem Gesamtbudget vergütet, das für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) von den Krankenkassen gewährt wird. Insofern stehen Krankenhäuser mit ihren ambulanten Leistungen in einem direkten Wettbewerb mit niedergelassenen Ärzten um ein limitiertes Budget. Von besonderer Bedeutung ist, daß für poliklinische Leistungen der Hochschulklinika in der Regel Vergütungspauschalen vorgesehen sind, die in vielen Fächern eine Kostendeckung nicht zulassen. Aufgrund dieser Sonderregelung für Polikliniken besteht die Tendenz, Anträge eines Hochschulklinikums auf eine Institutsermächtigung oder persönliche

⁴⁶ Vgl. auch M. Heller: Ermächtigungssystem nach SGB V und Vergütungen, Expertenkolloquium „Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin“, Bonn, November 1998.

⁴⁷ Die Personalkosten je Fall betragen in Hochschulklinika durchschnittlich 7.351,86 DM, in den übrigen Krankenhäusern 5.388,94 DM. Die Sachkosten je Fall umfassen in Hochschulklinika durchschnittlich 4.627,96 DM, in den übrigen Krankenhäusern 2.627,84 DM. Die Kosten des medizinischen Bedarfs je Fall betragen in Hochschulklinika durchschnittlich 2.583,30 DM, in den übrigen Krankenhäusern 1.251,51 DM. Vgl. Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen (Fachserie 12), Kostennachweis der Krankenhäuser 1995 (Reihe 6.3), Wiesbaden 1997.

Ermächtigung auch dann zurückzuweisen, wenn offensichtlich eine Sicherstellungslücke vorliegt.⁴⁸

III.5. Laufende Finanzierung der Fort- und Weiterbildung sowie der Ausbildung des nichtärztlichen Personals

Nach §§ 7 und 9 BPfIV 1995 sind die Kosten der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen sowie die Kosten der betriebsnotwendigen Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten des Krankenhauses pflegesatzfähig und werden damit dem weiteren Bereich der Versorgung zugerechnet. In der Kalkulation für ein Klinikum werden jedoch die mit der Fort- und Weiterbildung verbundenen Kosten nicht gesondert ausgewiesen. Damit besteht die Gefahr, daß auf Fort- und Weiterbildung zurückzuführende Kostenbestandteile unter Hinweis auf Forschung und Lehre nicht als pflegesatzfähig und damit nicht dem weiteren Bereich der Krankenversorgung zugehörig anerkannt werden.

⁴⁸ Siehe auch R. Strehl: Hindernisse bei ambulanten Leistungen durch Hochleistungskrankenhäuser, S. 108, zitiert in: M. Arnold, D. Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '95, Stuttgart u.a. 1995, S. 101 ff.

B. Stellungnahme

B.I. Reformbedarf und –ziele

Als integraler Bestandteil des Wissenschafts- und Gesundheitssystems sind die hochschulmedizinischen Einrichtungen einschließlich ihrer Klinika wesentliche Säule der medizinischen Forschung und der Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie alleiniger Standort der ärztlichen Ausbildung. Zugleich sind sie mit ihren Klinika und gemeinsam mit den außeruniversitären Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten Träger der regionalen und landesweiten Krankenversorgung.

Trotz einer Reihe von Reformbestrebungen sind nach wie vor Defizite sowohl in Forschung und Lehre wie auch in der Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses vorhanden. Zusätzlich sind im Bereich der Krankenversorgung seit langem und zunehmend Finanzierungs- und Wirtschaftlichkeitsprobleme erkennbar. Die Weiterentwicklung bzw. Neugestaltung der Strukturen, welche die Hochschulmedizin bestimmen, ist daher dringend erforderlich. Es gilt, die Wahrnehmung akademischer Aufgaben im Klinikum bei Wahrung der Freiheit von Forschung und Lehre sicherzustellen und hierbei Anreize für ein möglichst hohes qualitatives Niveau der Leistungserbringung zu schaffen. Angesichts veränderter Rahmenbedingungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Einführung von Marktelementen in den Krankenhaussektor ist ferner die Wettbewerbsfähigkeit der Hochschulklinika in der Krankenversorgung zu gewährleisten. Nach Auffassung des Wissenschaftsrates sind strukturelle Maßnahmen notwendig, um die Leistungsfähigkeit der Hochschulmedizin als Teil des Wissenschafts- und Gesundheitssystems zu gewährleisten. Angesprochen sind damit Fragen des Aufgabenspektrums sowie der Finanzierungs- und Organisationsstruktur der Hochschulmedizin.

Der Wissenschaftsrat hat sich in der Vergangenheit mehrfach und intensiv mit Fragen der ärztlichen Ausbildung, der medizinischen Forschung und der Förderung

des wissenschaftlichen Nachwuchses befaßt.⁴⁹ Auch Fragen der Organisation und Finanzierung der Hochschulmedizin wurden vom Wissenschaftsrat schon mehrfach beleuchtet.⁵⁰ Diese Überlegungen werden im folgenden aufgegriffen, ergänzt und weiterentwickelt.

B.II. Zum Aufgabenspektrum der Hochschulmedizin

Das Niveau der Krankenversorgung ist in Deutschland im internationalen Vergleich hoch. Um dieses Versorgungsniveau langfristig halten zu können, ist es erforderlich, die (klinische) Forschung voranzutreiben, Forschungsergebnisse im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals weiterzuvermitteln und sie hierdurch in die allgemeine Krankenversorgung einzubringen. Die Hochschulmedizin nimmt gegenwärtig Aufgaben auf allen Stufen dieses Diffusionsprozesses von Forschungsleistungen in die Krankenversorgung wahr. Die einzelnen Aufgabenbereiche der Hochschulmedizin stellen jedoch hohe und zum Teil miteinander im Zielkonflikt stehende Anforderungen an sie:

- Die Organisation der Hochschulmedizin auf dezentraler Ebene muß unter Forschungsgesichtspunkten die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Klinikern und theoretischen Medizinern unterschiedlicher Fachrichtungen sowie mit Vertretern der natur- und sozialwissenschaftlichen Grundlagenfächer gewährleisten.

⁴⁹ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung und zur Förderung des Hochschullehrernachwuchses, Köln 1997; Thesen zur Forschung in den Hochschulen, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1996, Köln 1997; 10 Thesen zur Hochschulpolitik, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1993, Köln 1994. Speziell mit Blick auf die Hochschulmedizin sei auf folgende Empfehlungen hingewiesen: Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Köln 1992; Empfehlungen zur Verbesserung der Ausbildungsqualität in der Medizin, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1988, Köln 1989; Empfehlungen zur Förderung klinischer Forschergruppen in den Hochschulen, Köln 1987, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1987; Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Köln 1986; Stellungnahme zu Fragen der ärztlichen Ausbildung, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1982, Köln 1983.

⁵⁰ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Hochschulmedizin, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1995, Köln 1996, S. 77 ff.; Empfehlungen zu Aufgaben, Organisation und Ausbau der medizinischen Ausbildungs- und Forschungsstätten, Köln 1976; Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, Köln 1968.

- Die Dynamik des wissenschaftlichen Erkenntnisprozesses legt die fortlaufende Anpassung von Organisationsstrukturen an die Erfordernisse der Forschung und insofern eine flexible Organisationsstruktur nahe (revidierbare Zuordnung von Betten und Personal zu einer Abteilung, Auflösen und Neugründen von Abteilungen). Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit der Krankenversorgung kann hingegen eine gewisse Kontinuität der Organisationsstruktur erforderlich sein.
- Vor dem Hintergrund der zunehmend wettbewerblich strukturierten Krankenhauslandschaft und angesichts der wirtschaftlichen Größe von Hochschulklinika kann auf eine professionelle Steuerung eines Klinikums nicht verzichtet werden. Hierfür müssen dem Steuerungsorgan eines Klinikums weitreichende Handlungs- und Entscheidungsspielräume eingeräumt werden. Das Klinikum ist im Sinne eines auf Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ausgerichteten patientenorientierten Dienstleistungsbetriebs zu führen. Das Verfolgen der Zielgröße Wirtschaftlichkeit in der Krankenversorgung kann den Erfordernissen wissenschaftlicher Tätigkeiten jedoch zuwider laufen.⁵¹
- Für die medizinische Aus- und Weiterbildung der Ärzte und die Ausbildung des nichtärztlichen Personals ist die von der hochspezialisierten Krankenversorgung geprägte Fächerstruktur wenig geeignet. Sie erfordert vielmehr in der ambulanten wie stationären Versorgung ein breit gefächertes Patientenspektrum, welches das durchschnittliche Krankheitsgeschehen widerspiegelt. Hingegen wird insbesondere für naturwissenschaftlich geprägte Forschungszwecke eine möglichst große Zahl von ausgewählten Patienten mit besonderen Krankheitsbildern benötigt.

⁵¹

Beispielsweise können die Behandlungskosten zwar durch ausschließliche Verwendung abgesicherter Erkenntnisse und Methoden (kurzfristig) gesenkt werden. Gerade das Experimentieren mit Verfahren, deren Wirksamkeit noch nicht nachgewiesen werden konnte, ist jedoch wesentlicher Bestandteil der klinischen Forschung (und kann darüber hinaus langfristig zu kostengünstigeren Methoden führen). Ähnlich verhält es sich mit der Zielgröße Patientenorientiertheit: Die Steuerung eines Klinikums als patientenorientierter Dienstleistungsbetrieb würde es verlangen, die aus Sicht der Patienten mit der universitären Forschung und Lehre verbundenen Nachteile zu unterbinden (z.B. Belastung durch den Studentenunterricht).

- Die Sonderrolle der Hochschulklinika, verursacht durch die enge Verknüpfung von hochqualitativer Krankenversorgung mit Forschung und Lehre, muß nach Meinung des Wissenschaftsrates im Rahmen des Gesundheitssystems eine entsprechende Anerkennung und Berücksichtigung finden, um den komplexen Aufgabenstellungen gerecht werden zu können.
- Die einzelnen Aufgabenbereiche Forschung, Lehre und Krankenversorgung konkurrieren um die zur Verfügung stehenden Ressourcen. So wird z.B. erfahrenes ärztliches Personal nicht nur für die hochspezialisierte Krankenversorgung, sondern auch für die Wahrnehmung von Aufgaben in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sowie für Betreuung und Durchführung von Forschungsarbeiten benötigt.⁵² Der Bedarf an qualifiziertem ärztlichen Personal ist in Hochschulklinika insgesamt ungleich höher als in außeruniversitären Einrichtungen. Ähnliches gilt für die Ausstattung mit Räumen, Sachmitteln und Geräten.⁵³

Das Aufgabenspektrum der Hochschulmedizin ist somit gekennzeichnet durch ein Spannungsfeld zwischen den einzelnen Aufgabenbereichen, das vielfach zuungunsten der akademischen Belange aufgelöst wird. Mit strukturbildenden Fördermaßnahmen – wie der Einrichtung von Sonderforschungsbereichen, klinischen Forschergruppen oder interdisziplinären Zentren für die klinische Forschung – wurden in den hochschulmedizinischen Einrichtungen zwar zunehmend geeignete übergreifende Forschungsstrukturen geschaffen. Allerdings dominiert in den Hochschulklinika nach wie vor die von der Krankenversorgung geprägte Untergliederung mit relativ starrer Zuordnung von Betten zu den einzelnen Organisationseinheiten. Vor diesem Hintergrund konnten sich die hochschulmedizinischen Einrichtungen zwar als Vorreiter in der Krankenversorgung etablieren. Umfang und Leistungen der Forschung im Bereich der Hochschulkliniken werden hingegen seit langem vielerorts als unzureichend kritisiert, Mängel in der ärztlichen Ausbildung und der Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses beklagt (vgl. A.III.1.).

⁵² Als unmittelbar vordringlich erscheinende Aufgabe hat die Krankenversorgung die Tendenz, die anderen Aufgabenbereiche in den Hintergrund zu drängen: Forschung kann häufig nur als Feierabend- oder Wochenendarbeit betrieben werden; auch Zeitressourcen für die praktische Ausbildung der angehenden Ärzte und die Betreuung der Doktoranden sind rar.

⁵³ Eine besonders umfangreiche Raumausstattung wird beispielsweise durch die Forschungstätigkeit (spezielle Forschungsflächen) und die Wahrnehmung von Aufgaben in der Weiterbildung (z.B. erweiterter OP-Bereich) begründet.

Diese Situation ist aus Sicht des Wissenschaftsrates nicht länger haltbar. Die vorrangige Bedeutung der Hochschulmedizin liegt in ihrer Stellung als Bestandteil des Wissenschafts- und Bildungssystems und damit in ihren Funktionen als wesentliche Säule der medizinischen Forschung, der Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie der ärztlichen Ausbildung. Daher muß stärkeres Gewicht auf die Erfordernisse der akademischen Aufgaben gelegt und möglichst günstige Voraussetzungen und Anreize für die Wahrnehmung der Kernaufgaben der Hochschulmedizin in Forschung und Lehre geschaffen werden.

Der Wissenschaftsrat wiederholt in diesem Zusammenhang seine Forderung, die Struktur des Medizinstudiums zu reformieren und künftig einen fächerübergreifenden, integrierten Unterrichtsansatz zu wählen.⁵⁴ Er begrüßt die Einführung einer Modellklausel in die Approbationsordnung für Ärzte, die es den Ländern und den Medizinischen Fakultäten ermöglicht, eigeninitiativ die Ausbildung zu verbessern und damit das Profil der Fakultät in der Lehre zu schärfen. Er unterstützt die vielfach erfolgreichen Bemühungen, geeignete Forschungsstrukturen einzurichten, die insbesondere auch dem wissenschaftlichen Nachwuchs die Möglichkeit einer forschungsorientierten postgradualen Ausbildung bieten. Diese Bemühungen sollten künftig verstärkt weiterbetrieben werden.

Der Wissenschaftsrat erinnert an seine Forderung, Möglichkeiten der Differenzierung und Schwerpunktsetzung für das Aufgabenspektrum des einzelnen Mitarbeiters intensiver zu nutzen. Ferner sollten Stellen für Ärzte verfügbar gemacht werden, deren Aufgaben überwiegend oder ausschließlich in der Forschung liegen. Wissenschaftlich ambitionierten Ärzten sollte durch ein Rotationssystem verstärkt Möglichkeiten einer zeitlich befristeten Freistellung von Aufgaben in der Regelkrankenversorgung eingeräumt werden.⁵⁵

Um im Bereich der Hochschulmedizin akademische Belange deutlicher als bisher in den Vordergrund zu rücken, sind aus Sicht des Wissenschaftsrates Umfang und Art

⁵⁴ Vgl. Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Köln 1992; derselbe: Empfehlungen zur Steuerung der Hochschulen durch Evaluation, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1996, Bd. I, Köln 1997, S. 55-104.

⁵⁵ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Köln 1986, S. 45 ff.

der in Hochschulklinika erbrachten Krankenversorgung und damit die Rolle der Hochschulklinika für das Gesamtgesundheitssystem sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich neu festzulegen. Damit Hochschulklinika in die Lage versetzt werden, orientiert an den Erfordernissen der Forschungsschwerpunkte der jeweiligen Hochschule fachliche Schwerpunkte zu bilden, müssen zunehmend auch Möglichkeiten der Vernetzung der Hochschulklinika in einer Region sowie der abgestimmten Schwerpunktbildung untereinander und der Kooperation mit benachbarten außeruniversitären Einrichtungen der Krankenversorgung genutzt werden. Entsprechende Modelle sind den regionalen Voraussetzungen folgend für großstädtische Hochschulmedizin bzw. klein- bis mittelstädtische periphere Standorte unterschiedlich zu planen. Dies muß mit Blick auf die Aufgabenerfüllung der Hochschulklinika seinen Niederschlag in den jeweiligen Landeskrankenhausplänen finden.

Die Aufgaben der Hochschulmedizin müssen gleichermaßen im ambulanten Bereich ihren Niederschlag finden. Hochschulambulanzen sollten sich insbesondere der Behandlung von selten vorkommenden Erkrankungen und ungewöhnlichen Krankheitsverläufen widmen, die hinsichtlich Diagnostik und Therapie das interdisziplinäre Expertenwissen und die Spezialgeräte der Hochschuleinrichtungen benötigen, und nicht von niedergelassenen Ärzten behandelt werden können (Spezialambulanzen). Je nach Hochschulstandort sind unterschiedliche fachliche Schwerpunkte in Abstimmung mit den jeweiligen Forschungsschwerpunkten denkbar. Spezialambulanzen bieten eine gute Zugangsmöglichkeit für klinische Studien zur Erkenntnisgewinnung und Weiterentwicklung diagnostischer und therapeutischer Leitlinien. Darüber hinaus müssen insbesondere für Lehrzwecke in gewissem Maße allgemeine Ambulanzen für die Demonstration häufiger Krankheitsbilder betrieben werden (Polikliniken).

Nach Ansicht des Wissenschaftsrates erscheint es weder sinnvoll noch nötig, daß jedes einzelne Hochschulklinikum sämtliche Versorgungsleistungen zur Verfügung stellt. Vielmehr ist eine Arbeitsteilung innerhalb des Gesundheitswesens anzustreben. Diese kann nur gelingen, wenn Hochschulklinika adäquat in ein Netz von Versorgungseinrichtungen der Region eingebunden sind, die zu den Hochschulklinika komplementäre Versorgungsleistungen anbieten und hierdurch das Versorgungs-

spektrum der Hochschulklinika sinnvoll ergänzen.⁵⁶ Bestehende Lücken könnten somit durch Verträge geschlossen werden, mit denen sich hochschulmedizinische Einrichtungen Zugang zu Bereichen verschaffen, die sie selbst nicht verwirklichen können (z.B. Rheumatologie). In diesem Zusammenhang sei auch an die Einrichtung von Stiftungsprofessuren zur Unterstützung solcher Kooperationen erinnert. Die hieraus erwachsenden Verschiebungen im Bereich der stationären Krankenversorgung müssen ihren Niederschlag in den Landeskrankenhausplänen finden. Sofern – wie bisher üblich – in Poliklinikverträgen die Zahl der vergüteten Fälle festgeschrieben bleibt, ist außerdem ein 24-Stunden-Notdienst an allen Tagen durch niedergelassene Ärzte einzurichten. Nur so kann sichergestellt werden, daß Hochschulklinika von Aufgaben in der Krankenversorgung entlastet werden, ohne daß damit Einbußen in der regionalen Krankenversorgung verbunden sind.

Sofern diese Voraussetzungen erfüllt sind, können wissenschaftlich motivierte Mitarbeiter von Aufgaben in der Krankenversorgung stärker entlastet und hierdurch größere Freiräume für die Wahrnehmung von Aufgaben in Forschung, Lehre und Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses geschaffen werden. Zum einen kann damit die Forschungstätigkeit insgesamt intensiviert, zum anderen können neue Forschungsfelder erschlossen werden. Ein wichtiges Betätigungsfeld für die Hochschulmedizin erkennt der Wissenschaftsrat in der Technologiebewertung und Qualitätssicherung neuer medizinischer Verfahren und Methoden. Hochschulklinika sollten sich im Rahmen ihres Forschungsauftrages verstärkt in der Weiterentwicklung diagnostischer und therapeutischer Leitlinien engagieren. Spezialambulanzen der Hochschulklinika weisen hierfür gute Voraussetzungen auf. Allerdings müssen diagnostische und therapeutische Leitlinien an großen, homogen untersuchten Patientenkollektiven erforscht und erprobt werden. Insofern sollten einzelne Spezialambulanzen für besondere Krankheitsformen zu überregionalen bis nationalen Referenz- und Kompetenzzentren für medizinische Innovationen ausgebaut und damit international kompetitiv gemacht werden; notwendige Voraussetzung hierfür ist die ausreichende Ausstattung der Spezialambulanzen mit Personal- und Sachmitteln (vgl. Ab-

⁵⁶ Zu denken ist an benachbarte außeruniversitäre Krankenhäuser wie auch Praxen niedergelassener Ärzte; zunehmend an Bedeutung gewinnen hierbei rechtlich verselbständigte und aus dem Organisationsgefüge der Hochschulen herausgelöste Dienstleistungs- und Versorgungseinrichtungen (vgl. Abschnitt B.III.3.).

schnitt B.IV.). Des weiteren könnten diese neuen Freiräume genutzt werden, um den arbeits- und zeitintensiven fächerübergreifenden Unterricht im Studium einzuführen.

Aus Sicht des Wissenschaftsrates sollten sich die Hochschulklinika insbesondere in der ärztlichen Weiterbildung auch weiterhin mit Nachdruck engagieren, da sie im Vergleich zu anderen Versorgungseinrichtungen in besonderem Maße geeignet sind, den erforderlichen hohen Qualifikationsstand sicherzustellen. Dies zum einen, weil an Hochschulklinika medizinische Disziplinen meist von den angesehensten Fachleuten vertreten werden und damit Fachgebietsqualifikationen unter Anleitung außerordentlich qualifizierter Ärzte erworben werden können. Zum anderen kann der sich in Weiterbildung befindliche Arzt in Hochschulklinika aktuellstes Wissen und die neuesten Kenntnisse über innovative Behandlungsmethoden erwerben. Eine angemessene Relation zwischen Fachärzten und Ärzten in Weiterbildung, die von Fach zu Fach variieren kann, sollte durchgesetzt werden. Bei entsprechender Einbindung in ein funktionierendes Gesundheitsnetzwerk kann in Hochschulklinika auch die ärztliche Weiterbildung sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung des nicht-ärztlichen Personals in Kooperation mit außeruniversitären Einrichtungen fortgeführt werden.

Insgesamt ist der Wissenschaftsrat der Auffassung, daß eine verstärkte Hinwendung der Hochschulmedizin zu kompetitiver und leistungsorientierter Forschung sowie problem- und praxisorientierter, möglichst interdisziplinär wahrgenommener Lehre nur erfüllbar ist mit einer entsprechenden Finanzierung. Dies sowohl hinsichtlich der Krankenversorgung im stationären wie ambulanten Bereich, als auch zur Gewährleistung einer die Wettbewerbsfähigkeit ermöglichenden baulichen Substanz.

B.III. Zur Organisation der Hochschulmedizin

III.1. Handlungsbedarf

Ziel ist es, unter Gewährleistung der Wettbewerbsfähigkeit der Hochschulklinika und bei Wahrung der Freiheit von Forschung und Lehre die Wahrnehmung akademischer Aufgaben innerhalb des Klinikums sicherzustellen. Mit Blick auf die Wettbewerbsfä-

higkeit im Bereich der Krankenversorgung müssen Entscheidungen sach- und zeitnah gefällt und hierdurch der Krankenhausbetrieb effizient gesteuert werden können. Diesen Anforderungen liefen bisher insbesondere die zum Teil weitreichenden Einflußnahmen des Staates und universitärer Gremien auf die operativen Entscheidungen des Klinikums zuwider. Sie erschienen allenfalls in einer Zeit sinnvoll, in welcher der Landeszuschuß an die Universitätsklinik als Jahresfehlbetrag zur Abdeckung von Defiziten gewährt wurde. Außerdem war die integrierte Wahrnehmung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre innerhalb des Klinikums bisher insbesondere durch ein Kräfteungleichgewicht zwischen Klinikum und Fakultät (u.a. kurze Amtszeit des Dekans, unbefriedigende Konfliktfallregelung, fehlender Ausweis eigener Mittel und Stellen für Forschung und Lehre) erschwert. Beim Übergang auf eine leistungsorientierte Zuschußgewährung sollte sich der Staat auf die Ergebniskontrolle beschränken.

Eine Weiterentwicklung der bisherigen Organisationsstruktur der Hochschulmedizin ist unabdingbar. Für die Organisationsreform gibt es keinen „Königsweg“. Der Wissenschaftsrat hat sich bereits in seiner Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin mit Blick auf die Hochschulklinika für eine Organisationsvielfalt im Rahmen bestimmter, aufgrund der akademischen Belange erforderlicher Grenzen ausgesprochen⁵⁷ und dies bei seinen Empfehlungen zur Aufnahme rechtlich verselbständigter Klinika in die Anlage zum HBFVG berücksichtigt.⁵⁸ Aufbauend auf diesen Überlegungen werden im folgenden Leitlinien einer Organisationsreform beschrieben, die den Korridor markieren, innerhalb dessen sich ein Strukturwandel vollziehen sollte. Flankierend hierzu sind Veränderungen in der Finanzierung der Hochschulmedizin erforderlich (s. Kapitel B.IV.).

⁵⁷ Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1995, Bd. I, S 93 ff.

⁵⁸ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 26. Rahmenplan für den Hochschulbau 1997-2000, Bd. 3, S. RP 39 f.; Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 28. Rahmenplan für den Hochschulbau 1999-2002, Bd. 2, S. BW 60 ff.; Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Medizinischen Fakultät der Medizinischen Universität zu Lübeck, Drs. 3849/99, Berlin, 1999, S. 52 ff.; Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 29. Rahmenplan für den Hochschulbau 2000-2003, Länderteil Sachsen.

III.2. Leitlinien der Organisationsreform der Hochschulmedizin

- Trennung von Aufsichts- und Geschäftsführungsfunktion bzw. von Träger- und Betriebsverantwortung im Aufgabenbereich Krankenversorgung

Um eine eigenverantwortliche Wahrnehmung von Führungsaufgaben im Bereich der Krankenversorgung zu gewährleisten, ist die ökonomische Eigenständigkeit des Klinikbetriebes bei sämtlichen operativen, die Krankenversorgung betreffenden Entscheidungen notwendig. Die bisherigen Weisungs- und Verantwortungsstrukturen sollten abgelöst werden durch Strukturen, die eine klare Abgrenzung von Träger- und Betriebsverantwortung ebenso wie von Aufsichts- und Geschäftsführungskompetenz zulassen. Die Kompetenzen der hochschulmedizinischen Leitungsorgane und der zentralen Universitätsorgane bedürfen eindeutiger Zuordnung, deren Zusammenarbeit klarer Verfahrensregelungen.

Unbeschadet der Gewährleistung von Forschung und Lehre und der Erfüllung der Aufgaben der Krankenhausplanung muß die Leitungsstruktur der Universitätsklinik danach insbesondere auch den Erfordernissen eines großen Wirtschaftsbetriebs (Umsatz zwischen 300 Mio. bis zu 1 Mrd. DM) mit einem qualifizierten und komplexen Leistungsspektrum und den Erfordernissen der Wirtschaftlichkeit, die sich an der Leistungsfähigkeit eigenständiger unternehmerisch geführter Krankenhäuser orientiert, genügen.

Die für die Wirtschaftsführung maßgeblichen Entscheidungen betreffen alle Bereiche des Krankenhauses. Organisation, Struktur, Personal, Investitionen, Leistungsspektrum und Finanzwesen (Verteilung/Umverteilung von Stellen und Mitteln, leistungsbezogene Budgetbemessung) stehen im Vordergrund. Die Entscheidungen müssen schnell und mit gesicherter Bestandskraft getroffen werden können. Dies erfordert eine Konzentration der Kompetenzen und der Verantwortung bei der Leitung des Klinikums.

Die von einigen Ländern bereits gewählte Zusammenführung der Aufsichts- und Kontrollfunktionen in einem der Führungsstruktur der Kapitalgesellschaften nachge-

bildeten Aufsichtsorgan, dem die Überwachung der laufenden Geschäftsführung des für die Krankenversorgung zuständigen Entscheidungsorgans und insbesondere auch die Abstimmung grundsätzlicher Entscheidungen an der Schnittstelle zur Hochschule obliegen, ist zweckmäßig. Die Einflußnahme des Landes auf den Krankenhausbetrieb muß im Wege seiner Mitgliedschaft im Aufsichtsorgan erfolgen und sich demgemäß auf die strategische Steuerung und globale Kontrolle der Aufgabenerfüllung beschränken. Über den als erforderlich angesehenen Umfang staatlicher Steuerung haben sich die beteiligten Ressorts abzustimmen.

Es ist fraglich, ob eine in dieser Weise Kapitalgesellschaften nachgebildete Leitungsstruktur mit abgesicherter Zuordnung der Kompetenzen und der Verantwortung ohne die Umwandlung der Universitätsklinik in rechtsfähige Einrichtungen erreicht werden kann. Solange die Universitätsklinik in Folge fehlender eigener Rechtsfähigkeit Teil der unmittelbaren Landesverwaltung bleiben, könnte ihnen zwar die Zuständigkeit für die genannten Entscheidungen in weitem Umfang übertragen werden, die Fachaufsicht des Landes bleibt aber grundsätzlich bestehen. Sie kann aus verfassungsrechtlichen Gründen in ihrem Kernbereich nicht beschränkt werden, weil das Land andernfalls seiner rechtlichen und politischen Verantwortung für Entscheidungen, die in seinem Namen getroffen werden und die es sich unmittelbar zurechnen lassen muß, nicht gerecht werden könnte.

- Klare Zuordnung von Aufgaben in Forschung und Lehre sowie der Krankenversorgung und Schaffung von Konfliktfallregelungen

Mit einer klaren Zuweisung von Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten muß zugleich eine klare Aufgabenzuordnung einhergehen. Sie kann sowohl als Kooperationsmodell als auch als Integrationsmodell erfolgen. Beim Kooperationsmodell wird von der getrennten Zuordnung von Aufgaben in der Krankenversorgung einerseits und von Aufgaben in Forschung und Lehre andererseits an die Leitungsorgane des Klinikums bzw. der Fakultät ausgegangen, ohne daß damit die Verbindung und Überlagerung der Aufgaben in der Praxis in Frage gestellt wird. Im Falle des Kooperationsmodells, wie es bereits in den Ländern Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Sachsen realisiert ist, steht dem für die Krankenver-

sorgung zuständigen Klinikumsvorstand ein für Forschung und Lehre zuständiges Leitungsgremium auf der Ebene der Fakultät gegenüber. Beim Integrationsmodell (z.B. in Hessen, Niedersachsen) werden Leitung und Geschäftsführung des Krankenhausbetriebes sowie Forschung und Lehre als „Teilressorts“ einem einheitlichen Medizinischen Vorstand neuer Prägung überantwortet.

Sowohl Integrations- als auch Kooperationsmodell weisen Vorzüge und Nachteile auf (vgl. Anlage 1). Sofern die Hochschulklinika als rechtlich unselbständige Anstalten der Universität geführt werden, sind beide Modelle grundsätzlich denkbar. Im Falle der rechtlichen Verselbständigung der Hochschulklinika sind aus Sicht des Wissenschaftsrates allerdings eigene Leitungsgremien für Fakultät und Klinikum erforderlich (Kooperationsmodell). Unabhängig von der Wahl des einen oder anderen Modells ist jedoch unabdingbar, daß bei der konkreten Ausgestaltung der Leitungsorganisation den Gefahren und Schwächen des jeweiligen Modells durch geeignete Regelungen vorgebeugt wird.

Für Entscheidungen an der Schnittstelle zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung sind präzise Verfahren der Abstimmung und Konfliktfallregelung erforderlich, um die ausreichende Berücksichtigung von akademischen Belangen sicherzustellen. Dies betrifft sowohl Organisations- und Planungsentscheidungen einschließlich der Struktur- und Bauplanung als auch hauswirtschaftliche und Personalentscheidungen.

- Professionalisierung der Entscheidungsträgerfunktionen

Mit der organisatorischen Verselbständigung des Klinikums und dem Etablieren einer eigenen Klinikumsverwaltung wird faktisch das Prinzip der Einheitsverwaltung von akademischen und staatlichen Angelegenheiten durchbrochen. Weitgehende Autonomie und Eigenverantwortlichkeit erfordern eine professionelle Geschäftsführung. Im Falle einer kollegialen Leitung ist im Interesse der Handlungsfähigkeit eine geringe Mitgliederzahl des zuständigen Leitungsorgans anzuraten. Zugleich muß bei der Besetzung von Führungspositionen der Größenordnung der Klinika sowie ihrer Bedeutung für Krankenversorgung, Forschung und Lehre Rechnung getragen werden.

Die kollegiale Leitung muß – unbeschadet der Gesamtverantwortung – durch ein Ressortprinzip mit Einzelzuständigkeiten für laufende Aufgaben ergänzt werden, das mindestens folgende Bereiche umfaßt: Ärztliche Leitung, administrativ/kaufmännische Leitung und Pflegedienstleitung. Aufgrund der komplexen Aufgaben, der hohen Anforderungen und erforderlichen Qualifikationen wäre es förderlich, wenn die Mitglieder der kollegialen Leitung ihre Funktion hauptberuflich wahrnehmen können. Im Interesse der Integration von Krankenversorgung, Forschung und Lehre ist die Zugehörigkeit des Dekans oder eines Prodekanes zum Leitungsgremium des Klinikums oder seine Mitgliedschaft im Vorstand zu empfehlen. Zugleich gilt es, die Position des Ärztlichen Direktors mit einer dieser besonders verantwortungsvollen Stellung entsprechenden Persönlichkeit zu besetzen.

- Reorganisation des Klinikumbetriebes

Das Prinzip der Delegation von Verantwortung mit zunehmenden Entscheidungsspielräumen der nachgeordneten Organisationseinheiten ist auch innerhalb des Klinikums fortzuführen. Dem für die Organisation des Klinikums zuständigen Organ sollten für die Organisationsreform der dezentralen Ebene möglichst wenig gesetzliche Vorgaben gemacht werden, um den fachlichen Veränderungen in Krankenversorgung, Forschung und Lehre flexibel Rechnung tragen zu können. Dabei ist eine klare Abgrenzung zentraler und dezentraler Aufgaben und eine Regelung der Abstimmungsprozesse zwischen der Leitung des Klinikums und den dezentralen Einrichtungen erforderlich. Vor allem muß die dezentrale Organisation auch für Verbände außerhalb der bisherigen fachlichen Ausrichtung der Kliniken und Institute offen sein.

Als Instrument der internen Führung und Kontrolle bietet sich das System der internen Budgetierung an. Dementsprechend sind die Budgetkreisläufe für Krankenversorgung, Forschung und Lehre transparent zu gestalten. Entsprechend ist die Leitungsorganisation der Einzelkliniken und Institute den Anforderungen dezentraler Budgetverantwortung anzupassen. Vor dem Hintergrund der funktionalen Verflechtung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung und angesichts der damit verbundenen Gesamtverantwortung für alle drei Teilbereiche muß an der Personalunion

von Chefarztstätigkeit und Professur festgehalten werden. Jedoch sollte erwogen werden, die Chefarztstätigkeit eines Hochschullehrers zu beenden oder für einen befristeten Zeitraum nachzubeseetzen, wenn sich für den Krankenhausbetrieb anders nicht auflösbare medizinische, strukturelle oder wirtschaftliche Schwierigkeiten ergeben. Letztlich muß mit der Übertragung von Entscheidungsverantwortung auf nachgeordnete Einheiten und der damit verbundenen Mehrbelastung der leitenden Ärzte eine angemessene Zuordnung von oder der Rückgriff auf Verwaltungskapazitäten einhergehen. Als Bestandteil der neuen Strukturen sollte auch eine in angemessenen zeitlichen Abständen erfolgende Evaluation der Leistungen im Hinblick auf den Aufgaben- und Verantwortungskanon der leitenden Ärzte erfolgen. Damit hierin ein wirksames Instrument der Qualitätssicherung gegeben ist, sollte mit geeigneten rechtlichen Regelungen die Voraussetzung für eine mögliche Abberufung geschaffen werden.

- Schaffung geeigneter Entscheidungsstrukturen auf seiten der Fakultät

Die Medizinischen Fakultäten hatten bisher insbesondere in finanzwirtschaftlicher Hinsicht nur einen geringen Entscheidungsspielraum. Sie waren im wesentlichen von den Ressourcenzuweisungen des Klinikumsvorstandes bei haushaltsrechtlicher Zuordnung der Vorklinik zur Hochschule auch von den Hochschulorganen abhängig. Wegen der damit verbundenen Gefahr der Dominanz der Krankenversorgung empfiehlt der Wissenschaftsrat ein definiertes Budget für Forschung und Lehre, das von dem für die Krankenversorgung getrennt ist, auszuweisen und die Vergabe des Budgets für Forschung und Lehre unter Schaffung geeigneter Entscheidungsstrukturen in die Hand der Fakultät zu legen. Dieses wurde in einigen Ländern bereits umgesetzt. Der Wissenschaftsrat betont, daß die fakultätsinternen Entscheidungsstrukturen geeignet sein müssen, Ressourcen zum einen nach Leistungskriterien zu vergeben, zum anderen ausschließlich für Forschung und Lehre zuzuweisen sowie kurzfristig operative Entscheidungen zu fällen.

Im Falle des Kooperationsmodells ist ein Leitungsorgan der Fakultät zu etablieren, dem operative Entscheidungen im Rahmen von Grundsatzentscheidungen des Fakultätsrates obliegen. Als operative Instanz wäre ein Dekan nach angelsächsischem

Vorbild denkbar. In Betracht gezogen werden könnte auch ein Fakultätsvorstand, der mit Ausnahme von strategischen Entscheidungen und Berufungen eine auch die Ressourcenvergabe umfassende Leitungskompetenz erhält. Der Fakultätsvorstand sollte aus der Reihe der Mitglieder des Fakultätsrates und von diesem gewählt werden. Aus Gründen der Abstimmung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung sollte auch der Ärztliche Direktor des Klinikums, mindestens mit beratender Stimme, Mitglied des Fakultätsvorstandes sein. Die erweiterten Zuständigkeiten des Fakultätsvorstandes erfordern mehrjährige Amtszeiten – der Wissenschaftsrat empfiehlt eine dreijährige Amtszeit des Dekans – und die Unterstützung durch eine entsprechende Verwaltungsinfrastruktur. Neben der Wahl des Fakultätsvorstandes obliegen dem Fakultätsrat insbesondere Struktur- und strategische Entscheidungen, Satzungen und Berufungen. Dadurch wird sichergestellt, daß operative Entscheidungen des Fakultätsvorstandes im Gesamtinteresse der Fakultät gefällt werden.

Mit der Übertragung von Verantwortung für Vergabeentscheidungen auf den Dekan oder einen Fakultätsvorstand ist ein weitreichender Kompetenzzuwachs verbunden, der, wie auch beim Klinikum, der Aufsicht und Kontrolle bedarf. Diese Aufsichts- und Integrationsaufgabe muß durch eine klare Zuständigkeitsregelung für das Fakultätsorgan, die Hochschulleitung, die zentralen Hochschulorgane (Senat, Haushaltsausschuß, Verwaltungsrat) und das Land gesichert werden. Dabei kann von folgenden Überlegungen ausgegangen werden: Auf der Grundlage der Zielvorstellungen des Fakultätsrates sollte der Dekan/Fakultätsvorstand eine strategisch ausgerichtete Planung ausarbeiten, die der Zustimmung des Fakultätsrates und der zuständigen zentralen Organe der Hochschule bedarf und in diesem Sinne den Charakter einer Zielvereinbarung zwischen Fakultät und Hochschule hat. Dieser Struktur- und Entwicklungsplan der Medizinischen Fakultät sollte die Planungen für die fachliche, strukturelle, investive, personelle sowie finanzielle Entwicklung der Fakultät beinhalten. Insbesondere sollten darin auch die anzustrebenden Leistungen in der Lehre (Anzahl der auszubildenden Studenten) und die beabsichtigten Ausbildungs- und Forschungsschwerpunkte bestimmt sein. An diese Zielvereinbarung sollte die Zuweisung des Landes an die hochschulmedizinischen Einrichtungen geknüpft werden. Umgekehrt sind auch die Entscheidungen über die Verwendung des Budgets für Forschung und Lehre in diese strategische Planung sowie in Grundsätze der Mittel-

verteilung einzubinden, die ebenfalls der Zustimmung des Fakultätsrates und der zuständigen zentralen Organe der Hochschule bedürfen.

Durch den Zustimmungsvorbehalt der Hochschule zum Struktur- und Entwicklungsplan der Medizinischen Fakultät und zu anderen strategisch bedeutsamen Regelungen einerseits sowie durch die Zielvereinbarung zwischen Hochschule und Land andererseits wird die Aufsicht über die Medizinische Fakultät und die vom Wissenschaftsrat wiederholt als wichtig betonte Integration derselben in die Hochschule sichergestellt. Zusätzlich wird dem erforderlichen Einfluß des Landes und der Universität über die Medizinische Fakultät durch die aufgaben- und leistungsbezogene Bemessung des Budgets für Forschung und Lehre Nachdruck verliehen.

III.3. Zur Ausgliederung von Versorgungsbereichen

In jüngerer Zeit zeichnet sich zunehmend die Tendenz ab, hochschulmedizinische Bereiche – soweit sie nicht Forschung und Lehre umfassen – aus wirtschaftlichen Überlegungen aus dem Organisationsgefüge der Hochschule auszugliedern und rechtlich zu verselbständigen. Die Ansätze differieren sowohl hinsichtlich des Ausmaßes der Leistungsausgliederung, als auch der Rechtsform, in der die verselbständigte Einrichtung verfaßt ist. Das Ausmaß der Ausgliederung kann sich auf Teilbereiche des bisher üblichen Leistungsspektrums eines Hochschulklinikums oder auf das Hochschulklinikum als Ganzes beziehen. Hinsichtlich der Rechtsform der rechtlich verselbständigten Einrichtungen kommen neben öffentlich-rechtlichen auch privatrechtliche Varianten in Frage.⁵⁹

Die rechtliche Verselbständigung des Gesamtklinikums fördert die ökonomische Eigenständigkeit des Krankenhausbetriebs und damit seine Wettbewerbsfähigkeit im Bereich der Krankenversorgung. Mit der Auslagerung von Teilbereichen, die nicht

⁵⁹ Bei einem Übergang zu privatrechtlichen Rechtsformen ist zu unterscheiden zwischen Aufgaben- und Organisationsprivatisierung. Bei der Privatisierung des Vollzugs einer öffentlichen Aufgabe (Aufgabenprivatisierung) wird der Aufgabenbereich auf einen Träger (AG, GmbH, natürliche Person) mit privater Beteiligung überführt; bei der Organisationsprivatisierung wird der Aufgabenbereich in eine privatrechtliche Rechtsform überführt (AG, GmbH) unter Beibehaltung des bisherigen Trägers (Universität/Land) als Gesellschafter.

zum Kerngeschäft des Hochschulklinikums gezählt werden, können Einsparmöglichkeiten verbunden, die Managementkomplexität im Klinikum reduziert und hierdurch die Steuerung erleichtert sowie das Leistungsspektrum des „Restklinikums“ ergänzt werden. Bei der Privatisierung des Klinikums oder von Teilbereichen spielen sich eröffnende Möglichkeiten der Finanzierung von Sanierungs- und Ersatzinvestitionen außerhalb der öffentlichen Haushalte eine Rolle.

Erste Erfahrungen gibt es sowohl mit „kleinen“ Lösungen – wie etwa dem Rückgriff auf ein Großgerät, das von einem privaten Investor finanziert und bereitgestellt wird, als auch mit der Ausgliederung eines oder mehrerer Fachgebiete aus dem Hochschulklinikum und deren Integration in eine bestehende oder neu zu gründende Einrichtung.⁶⁰ In verschiedenen Bundesländern wurden die Hochschulklinika als Ganzes rechtlich verselbständigt und in Rechtsformen des öffentlichen Rechts überführt. Überwiegend ist eine von der Universität getrennte Trägerschaft vorgesehen (s. Tabelle 6 im Anhang). Der Wissenschaftsrat beobachtet diese Entwicklung mit Interesse. Er sieht in der rechtlichen Verselbständigung von medizinischen Einrichtungen einen möglichen Weg, die Wettbewerbsfähigkeit der Hochschulklinika im Bereich der Krankenversorgung zu steigern. Zu den rechtlich verselbständigten Universitätsklinika in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Sachsen hat er bereits gesondert Stellung genommen.⁶¹

a) Zur Verselbständigung von Teilbereichen

Neben der Ausgliederung von Teilbereichen des Hochschulklinikums aus Wirtschaftlichkeitserwägungen und deren Integration in bestehende oder neu zu gründende, rechtlich selbständige Einrichtungen – zu denken ist beispielsweise auf den Rückgriff

⁶⁰ Eine Sonderstellung nimmt das sogenannte Bochumer Modell ein, bei dem die klinische Ausbildung der Studenten ausschließlich durch Zusammenarbeit mit bestehenden Krankenhäusern der Region ermöglicht wird. Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Universität Bochum, in: Empfehlungen 1995, Bd. I., Köln 1996, S. 101 ff.

⁶¹ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 26. Rahmenplan für den Hochschulbau 1997-2000, Bd. 3, S. RP 39 f.; Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 28. Rahmenplan für den Hochschulbau 1999-2002, Bd. 2, S. BW 60 ff.; Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Medizinischen Fakultät der Medizinischen Universität zu Lübeck, Drs. 3849/99, Berlin, 1999, S. 52 ff.; Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 29. Rahmenplan für den Hochschulbau 2000-2003, Länderteil Sachsen.

auf eine GmbH, die im Auftrag des Klinikums bestimmte Teilaufgaben wie die Bereitstellung von Stammzellpräparaten durchführt – bieten derartige organisatorische Veränderungen unter bestimmten Bedingungen eine sinnvolle Möglichkeit, das Leistungsspektrum des „Restklinikums“ zu ergänzen und den Ausbau der Hochschulmedizin unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten voranzutreiben.⁶²

Der Wissenschaftsrat betont jedoch nachdrücklich, daß die Prüfung dieser Organisationsveränderungen nicht ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit in der Krankenversorgung und damit der Wettbewerbsfähigkeit des „Restklinikums“ erfolgen darf. Vielmehr muß der Bedeutung der rechtlich verselbständigten Einrichtungen für Forschung und Lehre in ausreichendem Maß Rechnung getragen werden. Dies ist mit besonderer Sorgfalt zu prüfen.⁶³ Der Wissenschaftsrat kann derartige Organisationsentwicklungen nur unterstützen, wenn sichergestellt ist, daß diese weder zu Lasten von Forschung und Lehre noch zu Lasten des Gesamtklinikums gehen. Angesichts der geringen Erfahrungen, die mit Modellen der Verselbständigung von Teilbereichen des Klinikums bisher gesammelt werden konnten, sieht der Wissenschaftsrat zum gegenwärtigen Zeitpunkt von einer abschließenden Stellungnahme zu diesen Entwicklungen ab. Er behält sich vor, zu dieser Thematik im Kontext von public-private-partnership gesondert einzugehen.

b) Zur rechtlichen Verselbständigung des Gesamtklinikums

Eine Tendenz zur rechtlichen Verselbständigung gesamter Universitätsklinika ist auch im westlichen Ausland zu finden, soweit die Universitäten dort nicht von jeher auf ein Netzwerk von Krankenhäusern anderer Trägerschaft angewiesen waren. Wie Beispiele aus den Niederlanden, Österreich und Großbritannien zeigen, sind mit der selbständigen Trägerschaft der Universitätsklinika vielfach Probleme für Forschung

⁶² Der Wissenschaftsrat hat bereits auf Möglichkeiten der Ausgliederung von Teilbereichen des universitären Leistungsspektrums und auf Möglichkeiten der anderweitigen Finanzierung von Bettenkapazitäten hingewiesen, die über den universitären Bedarf hinausgehen. Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultäten der Universitäten Halle, Magdeburg und Leipzig, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1995, Bd. 1, Köln 1996, S. 256 ff., S. 335 ff.

⁶³ Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München und des Klinikums rechts der Isar, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1995, Band 1, Köln 1996, S. 240.

und Lehre verbunden: Versorgungsaufgaben erhalten Priorität gegenüber Forschung und Lehre, wachsender Kostendruck zwingt zur Schwerpunktsetzung unter ökonomischen, statt wissenschaftlichen Zielsetzungen. Es bedarf eines komplexen Regelungswerkes, um die Aufgaben des verselbständigten Klinikums als Einrichtung von Forschung und Lehre zu sichern, Kosten der Teilbereiche zu ermitteln und gegeneinander auszugleichen, Personal- und Planungsentscheidungen des Klinikums und der Fakultät zu koordinieren. Die Lösung dieser Zielkonflikte wird um so schwieriger, je weniger dem Sonderstatus der Hochschulklinika Rechnung getragen wird durch enge personelle Verflechtung in den verschiedenen Leitungsebenen, durch eindeutige Verfahrensregelungen und einen finanziellen Ausgleich für den aus Forschung und Lehre bedingten Mehraufwand.

Zwar ist grundsätzlich die ökonomische Eigenständigkeit im Bereich der Krankenversorgung auch im Rahmen eines Rechtsstatus des Hochschulklinikums als unselbständige Anstalt der Universität möglich,⁶⁴ der Wissenschaftsrat verkennt jedoch nicht, daß ab einem gewissen Grad der ökonomischen Selbständigkeit eine rechtliche Verselbständigung des Klinikums angezeigt ist. In einer durch zunehmende Dynamik und Konkurrenz gekennzeichneten Entwicklung im Hochschul- und Gesundheitssystem werden sich auf Dauer nur Institutionen behaupten, die im Rahmen struktureller und finanzieller Vorgaben selbständig und eigenverantwortlich handeln können. Im Hinblick auf die enge Verbindung zwischen Land, Hochschule und Hochschulmedizin gewährleisten öffentlich-rechtliche Rechtsformen die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben (in Forschung, Lehre und Krankenversorgung) und eröffnen rechtlich selbständigen Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts die Möglichkeit koordinierter Selbststeuerung.

Mit der eigenen öffentlich-rechtlichen Rechtspersönlichkeit erhalten die Hochschulklinika einerseits größere Selbständigkeit als im Falle von Landesbetrieben nach § 26 LHO, andererseits werden die Weiterungen privatrechtlicher Rechtsformen vermieden. Die größere Selbständigkeit äußert sich in eigenen Organen, Leitungs-

⁶⁴ Hierfür ist es erforderlich, Träger- und Betriebsverantwortung sowie Geschäftsführungs- und Aufsichtskompetenz zu trennen und finanzwirtschaftliche und ablauforganisatorische Regeln, die eine eigenverantwortliche Betriebsführung verhindern, abzulösen (z.B. das Stellenprinzip, das Jährlichkeitsprinzip, den kameralistischen Zweckbindungsgrundsatz sowie die fehlende Bauherrenzuständigkeit).

und Überwachungskompetenzen sowie in einer deutlichen Abgrenzung der Betriebsverantwortung von der Trägerverantwortung.

Die eigene Rechtspersönlichkeit, die Rechts- samt Parteifähigkeit beinhaltet, verbessert zudem die Chance, beim Hochschulklinikum eine Corporate Identity als Dienstleistungsunternehmen zu entwickeln. Ein gutes Image wirkt nach außen und nach innen, wo Personalentwicklung (Potentialermittlung, Karriereplanung, Aus- und Fortbildung, Rotation, Beförderungen usw.) einen hohen Stellenwert einnehmen muß. Für die Hochschulklinika bleibt im Falle der öffentlich-rechtlichen Verselbständigung das jeweilige Landesrecht maßgeblich. Es können klinikaspezifische Regelungen vorgesehen, selbst hoheitliche Tätigkeiten verankert, die Befugnis öffentlicher Abgabenerhebung übertragen und die Rechtsaufsicht über die Klinika beibehalten werden.

Ein besonders zu erwähnender Vorteil sowohl öffentlich-rechtlicher als auch privatrechtlicher Verselbständigung besteht darin, daß das Hochschulklinikum (unter bestimmten landespolitischen Voraussetzungen) Beteiligungen (z.B. an einer Labor- oder Servicegesellschaft) eingehen, Tochtergesellschaften (z.B. eine Reha-Klinik) gründen und Vereinbarungen im Rahmen von Public Private Partnership schließen kann. Es bieten sich „Make or Buy“- Optionen an: Für die Leistungserstellung (z.B. durch Schreib-, Küchen- und Reinigungspersonal) kann statt eigener Mitarbeiter fremdes Personal herangezogen werden. Unter Umständen wird es möglich, Leistungen im Hause mit eigenem Personal, aber in Fremdregie zu erstellen (z.B. ambulantes Operieren durch niedergelassene Ärzte). Noch weitergehend ist der Fall, wonach die Leistungen im Hause mit fremdem Personal in Fremdregie erstellt werden (z.B. Arztpraxis oder Dialysezentrum im Hochschulklinikum, ähnlich Catering, Wäscherei).

Wie auch bei der Verselbständigung von Teilbereichen betont der Wissenschaftsrat mit Blick auf die Verselbständigung des Gesamtklinikums, daß die Belange von Forschung und Lehre durch diese Entwicklungen nicht beeinträchtigt werden dürfen. Dieser Grundsatz gilt ungeachtet der wirtschaftlichen Vorteile der Verselbständigung. Die Qualität von Forschung und Lehre darf nicht der Wirtschaftlichkeit der Leistungs-

erbringung in der Krankenversorgung nachgeordnet werden. In diesem Zusammenhang betont der Wissenschaftsrat, daß im Fall der rechtlichen Verselbständigung des Klinikums ein Regelwerk vorzusehen ist, welches ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Medizinischer Fakultät und Hochschulklinikum konstituiert. Dazu gehört sowohl, daß Leistungen kostenrechnerisch erfaßt werden und zu entgelten sind als auch, daß gesetzliche, mindestens aber statuarische Regelungen sicherstellen, daß die Einrichtungen des Klinikums Einrichtungen für Forschung und Lehre der Medizinischen Fakultät bleiben. Die garantierte Freiheit von Forschung und Lehre darf nicht zur Disposition von Kooperationsverträgen stehen, die Details der Zusammenarbeit von Universität, Fakultät und Klinikum regeln.

B.IV. Zur Finanzierung der Hochschulmedizin

Die Finanzierung der Hochschulklinika erfolgt derzeit aus folgenden Quellen:

- Investitionskosten, die durch Bund und jeweiliges Land im Rahmen des HBFG getragen werden,
- Investitionsfinanzierung durch das Land,
- Vergütung der pflegesatzfähigen Kosten durch die Krankenkassen,
- Vergütung der poliklinischen Medizin durch die Kassenärztliche Vereinigung,
- Personal- und Sachkosten für Forschung und Lehre durch den Landeszuschuß,
- Investitions-, Personal- und Sachkosten von Forschungsprojekten durch Drittmittel.

Da die Hochschulklinika auch in Zukunft sowohl Aufgaben in Forschung und Lehre als auch Aufgaben in der Krankenversorgung erfüllen müssen, ist für eine angemessene Wahrnehmung hochschulmedizinischer Aufgaben⁶⁵ die Ausstattung mit Mitteln zur Finanzierung der erforderlichen Investitionen notwendige Voraussetzung. Ebenso muß die Deckung laufender Betriebskosten sichergestellt sein. Daß dies die bisherigen Finanzierungsmechanismen nicht mehr zu leisten vermögen, zeigt sich

⁶⁵ Hochschulmedizinische Aufgaben betreffen in der vorliegenden Stellungnahme die Bereiche Forschung, Lehre und Krankenversorgung.

gerade in den letzten Jahren immer deutlicher. Die geänderten und sich weiter ändernden Rahmenbedingungen in der Hochschulmedizin, insbesondere die Änderungen des Finanzierungssystems der Krankenversorgung, die zunehmende Verknappung staatlicher Mittel und der rasante medizinische Fortschritt zwingen zu einer Anpassung des Finanzierungssystems, um Forschung und Lehre zu stärken.

Angesichts der prekären Lage der öffentlichen Haushalte sind die Hochschulklinika mehr als bisher auf die Erschließung neuer Finanzierungsquellen angewiesen. Zu diesem Zweck sollten in Forschung, Lehre und Krankenversorgung neue Kooperationsformen und eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Industrie und weiteren externen Forschungspartnern gefördert werden. Ein entsprechendes Anreizsystem zum Einwerben von Drittmitteln ist aufzubauen.

IV.1. Zur Investitionsfinanzierung

a) Investitionserfordernisse

Seit dem schwerpunktmäßigen Ausbau der Universitätsklinika in den 70er und 80er Jahren hat der Anteil der Medizin an den Rahmenplänen für den Hochschulbau stetig abgenommen. Zwar ist es immer noch möglich, einzelne umfangreiche Neubauvorhaben zu realisieren, jedoch ist insgesamt eine Situation entstanden, in der trotz des zunehmenden Sanierungsbedarfs einschließlich des erforderlichen Ersatzes technisch überholter Grundausstattungen die Bestandssanierung und –erhaltung aufgrund der engen Finanzausstattung der Rahmenpläne für den Hochschulbau bereits seit mehreren Jahren vernachlässigt wird. Aufgrund des im Vergleich zum Bedarf unzureichenden Finanzierungsrahmens, wozu der Ausschluß der Hochschulkliniken von der Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz beiträgt, können die Hochschulklinika zunehmend nicht mehr auf bauliche und apparative Gegebenheiten vertrauen, wie sie für eine leistungsfähige Krankenversorgung in anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung gegeben sind. Dies erschwert eine qualitativ hochstehende kompetitive Forschung und Lehre. Zugleich erwachsen den

Hochschulklinika daraus erhebliche Wettbewerbsnachteile im Bereich der Krankenversorgung.

Der aktuelle Investitions- und Sanierungsbedarf läßt sich nur näherungsweise beziffern. Der Wissenschaftsrat hat 1995 auf der Basis umfangreicher Daten den jährlichen Investitionsbedarf für die Hochschulmedizin auf rund 2 Mrd. DM geschätzt.⁶⁶ Der Eindruck aus den vor-Ort Besuchen der letzten Jahre deutet auf einen tendenziell eher zunehmenden Investitions- und vor allem Instandhaltungsbedarf hin.

Das Land Nordrhein-Westfalen ist 1998 der Frage nachgegangen, welche finanziellen Investitionen zur Sanierung und Modernisierung der Gebäude seiner Hochschulen erforderlich wären, um zumutbare Studienbedingungen herzustellen.⁶⁷ Es hat danach Kosten von rund 321 Mio. DM je Klinikum⁶⁸ errechnet, wobei allein rund jeweils 124 Mio. DM auf Grundinstandsetzungen sowie Grunderneuerungen von Altkliniken entfallen.

Um die Universitätsklinika in die Lage zu versetzen, in Forschung und Lehre leistungsfähig und gegenüber anderen, privatwirtschaftlich betriebenen Krankenhäusern konkurrenzfähig zu sein, ist es Voraussetzung, ihre Bausubstanz sowie Gerätebestand und Ausstattung zu verbessern. Dabei kommt es in gleichem Maße darauf an, den Investitionsrückstand aufzuholen und die künftige Leistungsfähigkeit zu sichern. Bei Fortdauer der gegenwärtigen Diskrepanz zwischen Investitionsbedarf und verfügbaren Mitteln wird es nicht möglich sein, einer gleichmäßig schleichenden Verschlechterung der Arbeitsbedingungen an den hochschulmedizinischen Einrichtungen in erforderlichem Maße entgegenzuwirken. Ausreichende Investitionsmittel sind insbesondere auch deshalb erforderlich, damit sich Hochschulklinika im Rahmen ihres Forschungsauftrags der Qualitätssicherung innovativer Methoden und Verfahren widmen können und sich als Referenzzentren für medizinische Innovation bestätigen. Aus dem Ziel, den Nachholbedarf im investiven Bereich zu decken und zu einer

⁶⁶ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin, a.a.O., S. 80.

⁶⁷ Landtag Nordrhein-Westfalen, Drucksache 12/2768 vom 22.1.1998.

⁶⁸ Durchschnitt für die Medizinischen Einrichtungen der Hochschulen in Bonn, Münster, Köln, Aachen, Düsseldorf und Essen.

Verstetigung der erforderlichen Investitionen zu gelangen, leitet sich ein Investitionsbedarf ab, der eine Mittelerhöhung zwingend erforderlich erscheinen läßt.

Neben einem Mittelaufwuchs müssen durch eine konsequente Einführung betriebswirtschaftlicher Managementmethoden Leistungsanreize geschaffen werden, um Rationalisierungsreserven zu mobilisieren.⁶⁹ Unabhängig davon gewinnt die Frage nach der Zahl der für die medizinische Forschung und Lehre in Deutschland insgesamt erforderlichen Universitätsklinika neue Aktualität. Der Wissenschaftsrat gibt der Schaffung angemessener Voraussetzungen für eine international kompetitive Hochschulmedizin – gegebenenfalls auch an einer geringeren als der derzeitigen Zahl von Hochschulklinika – den Vorrang vor einer Aufrechterhaltung aller hochschulmedizinischen Standorte und deren Klinika bei notleidender Gebäudesubstanz und Ausstattung. Außerdem sind Möglichkeiten der privaten Finanzierung von hochschulmedizinischen Investitionen sorgfältig zu prüfen.

b) Finanzierungsinstrumentarien

Unabhängig von der Höhe der zu Investitionszwecken zur Verfügung stehenden Mittel hat sich in den vergangenen Jahren zunehmend gezeigt, daß das derzeitige System der Investitionsfinanzierung für die Hochschulklinika sowohl wegen seiner mangelnden Flexibilität als auch wegen der damit bisweilen einhergehenden falschen subventionsartigen Finanzierungsanreize einer grundlegenden Reform bedarf.

Aus Sicht des Wissenschaftsrates muß das künftige Finanzierungsinstrumentarium für die Hochschulmedizin folgenden Anforderungen genügen, um die Belange von Forschung und Lehre angemessen zu sichern:

- (1) Die Verantwortung des Landes für Forschung und Lehre in der Hochschulmedizin ist unverzichtbar.
- (2) Die Finanzierung der Investitionen für Forschung und Lehre an den Universitätsklinika sollte wie bei den übrigen universitären Disziplinen im Rahmen der Hochschulbauförderung erfolgen.

⁶⁹ Vgl. auch Kapitel B.III.2.

- (3) Gleichzeitig müssen sach- und zeitnahe Investitionsentscheidungen gewährleistet werden, die sowohl den wissenschaftlichen als auch den krankenversorgungsbezogenen Belangen Rechnung tragen. Dafür ist eine klare Trennung der Budgets für Forschung und Lehre einerseits sowie für Krankenversorgung andererseits und der finanziellen Verantwortlichkeit für die beiden Bereiche auch bei Investitionen erforderlich.
- (4) Für betriebswirtschaftlich sinnvolle Investitionsentscheidungen ist eine Verstärkung der Mittelzuflüsse unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Abschreibungsraten und der Gewährleistung von Planungssicherheit vorzusehen. In diesem Zusammenhang sollte es den Universitätsklinika ermöglicht werden, einen Betrag nicht nur für Geräte, sondern auch für bauliche Investitionen anzusparen.
- (5) Bei Einführung einer monistischen Finanzierung der Investitionen im Bereich der Krankenversorgung sollten die Universitätsklinika in dieses System einbezogen werden. In diesem Fall müssen auch öffentliche Mittel, die bislang von Bund und Ländern für die Krankenversorgung im Rahmen des KHG und des HBFG⁷⁰ eingesetzt werden, in den Bereich der Krankenkassen umgeschichtet werden. Eine eigenständige Finanzierung der Universitätsklinika außerhalb der Monistik erscheint verfehlt.
- (6) Außerdem sollte den Klinika die direkte Kreditaufnahme ermöglicht werden. Damit können Anreize geschaffen werden, künftig Rationalisierungsgewinne für Rationalisierungsinvestitionen einzusetzen.
- (7) Mit der Stärkung der Eigenverantwortung in der Führung der Hochschulklinika sollte die Entscheidungsfreiheit bezüglich der Verwendung der zur Verfügung stehenden Investitionsmittel eingeräumt werden. Damit verbunden sein sollte mehr Autonomie bei der Planung und Durchführung von Investitionen und damit auch die Übertragung der Bauherreneigenschaft.
- (8) Unter der Voraussetzung einer klaren finanziellen Trennung von Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits kann in der Öffnung der hochschulmedizinischen Krankenversorgung für Privatisierungslösungen eine Belebung und Ergänzung der Hochschulmedizin liegen. In diesem Zusammenhang ist an Firmengründungen aus der Forschung heraus zu denken.

⁷⁰ KHG = Krankenhausfinanzierungsgesetz
HBFG = Hochschulbauförderungsgesetz

Insgesamt erachtet der Wissenschaftsrat die Beibehaltung des engen inhaltlichen Konnexes zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung als zwingend erforderlich. Dies muß sich in der Einfügung der Krankenversorgung in den universitären Zusammenhang widerspiegeln. Eine Zweiteilung der Budgets auch im Investitionsbereich ist damit vereinbar. Investitionen für Forschung und Lehre in der Medizin sollen auch künftig – wie bei allen Hochschuldisziplinen – im Rahmen der Hochschulbauförderung des Bundes und der Länder erfolgen. Die in der Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 angekündigte Neuordnung der Finanzverfassung ab dem Jahr 2005 und die anstehende, ebenfalls angekündigte Überprüfung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau beziehen sich ebenso wie die Ankündigung einer HBFG-Novelle ohne Veränderung von Artikel 91a des Grundgesetzes auf den Gesamtbereich des Hochschulbaus und der Rahmenplanung, sind also nicht medizinspezifisch intendiert. Dabei wird es darauf ankommen, die besonderen Belange der Hochschulmedizin angemessen zu berücksichtigen.

Die Einführung der monistischen Finanzierung von Investitionen und laufenden Kosten im Bereich der stationären Krankenversorgung wurde bereits mehrfach vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen angeregt⁷¹, vom Bundestag 1993 im Grundsatz beschlossen und in der Koalitionsvereinbarung vom Oktober 1998 erneut als Mittel zur Strukturreform benannt. Im Rahmen der derzeit diskutierten Gesundheitsreform⁷² wird der Übergang in den Monismus für den allgemeinen Krankenhausbereich konkret angestrebt, nicht jedoch für die Universitätsklinika. Die monistische Finanzierung entspricht eher der betriebswirtschaftlichen Forderung, die Kosten für die Leistungen eines Krankenhauses allein durch entsprechend kalkulierte Vergütungen zu decken. Damit werden Investitionen und laufende Finanzierung zusammengebracht und zu Leistungszielen in wirtschaftliche Beziehung gesetzt. Für die Universitätsklinika würde der Übergang zum Monismus eine grundsätzliche Änderung der Finanzierungsform, d.h. eine Herauslösung der Investitionen für den Bereich der Krankenversorgung aus der Hochschulbauförderung des Bundes und der Länder bedeuten. Die Universitätsklinika bei der Einführung des

⁷¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1992, Baden-Baden 1992, Ziffer 234.

⁷² Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversorgung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) – Stand: Juni 1999.

Monismus nicht zu berücksichtigen, würde zu starken Wettbewerbsverzerrungen führen. Wenn im Unterschied zu allen anderen Krankenhäusern bei den Universitätsklinik die Investitionsanteile der Krankenversorgung nicht in den Kassenleistungen enthalten wären, bestünde die Gefahr einer preisinduzierten massiven Verschiebung von Patienten mit Bedarf an Hochleistungsmedizin zu den Universitätsklinik. Da in einem sich zunehmend marktwirtschaftlich organisierenden und finanzierenden Gesundheitssektor unterschiedliche Parameter bei der Preisgestaltung und daraus resultierende Wettbewerbsverzerrungen vermieden werden müssen, empfiehlt der Wissenschaftsrat nachdrücklich, Investitionen in den Krankenversorgungsbereich der Universitätsklinik in die mit der Einführung der Monistik vorgesehene Neuordnung der Krankenhausfinanzierung einzubeziehen. Dies nicht zuletzt deswegen, weil die Gründe für die Einführung der Monistik auch für den Krankenhausbetrieb der Hochschulklinik gelten. Vor dem Übergang in eine monistische Finanzierung muß allerdings eindeutig geklärt sein, wie die Investitionen im Bereich der Polikliniken einschließlich der dort betriebenen Spezialambulanzen finanziert werden. Diese Klärung ist Aufgabe des Gesetzgebers. Ein Verzicht auf den im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) § 120 Abs. 3 geregelten 10%igen Investitionsabschlag ist nicht ausreichend. Außerdem muß einer Reihe von Besonderheiten, welche die Universitätsklinik als Orte der Hochleistungsmedizin auszeichnen, Rechnung getragen werden.

Die systematische Einführung der monistischen Finanzierung für die stationäre Krankenversorgung läßt sich allerdings nicht in einem Schritt realisieren. Sie muß vielmehr in Zwischenschritten erfolgen (Teil-Monistik). Als ein erster Schritt in Richtung Monistik kann die 1997 auf die Krankenkassen überführte Finanzierung der großen Instandhaltungsmaßnahmen an Gebäuden und Außenanlagen angesehen werden (Instandhaltungspauschale von 1,1%), die auch für die Universitätsklinik gilt. Nur eine Einbeziehung der Universitätsklinik auch in einen zweiten Übergangsschritt zur Monistik, bei dem mit der effektiven Einführung des Fallpauschalen-Systems⁷³ die Krankenkassen auch die Kosten der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegü-

⁷³

Die Krankenhäuser erhalten demnach Investitionsmittel als Teil der neu einzuführenden Fallpauschalen. Mit Einführung dieses neuen Fallpauschalen-Systems werden die entsprechenden Beträge in die Fallpauschalen einkalkuliert. Es ist vorgesehen, daß die Mittel zweckgebunden zu verwenden und entsprechende Nachweise aufzustellen sind.

ter⁷⁴ sowie kleiner baulicher Maßnahmen und in einem dritten Schritt die großen Investitionen (Einzelfördermaßnahmen) übernehmen sollen, gewährleistet, daß die Universitätsklinik gegenüber dem übrigen Krankenhausbereich keine gravierenden Wettbewerbsnachteile erleiden. Gegenüber einem dualen System der Krankenhausfinanzierung ist ein am Ende der Reform stehendes vollständiges monistisches System dadurch gekennzeichnet, daß auch die Investitionskosten anteilig über die Vergütungen für stationäre und ambulante Leistungen und damit alle Kostenarten durch die Krankenkassen finanziert werden. Dies setzt eine Umschichtung öffentlicher Mittel für Krankenhausinvestitionen voraus.

In diesem mittel- bis langfristig anzustrebenden Modell sollte sich der Staat auf eine indikative, d.h. anzeigende Rahmensetzung beschränken, bei der die besonderen Belange der Hochschulklinika sicherzustellen sind. Daher ist es erforderlich, die Hochschulen an der vom Staat unter Beteiligung der Krankenhäuser (Landeskrankenhausgesellschaften) und der Landesverbände der Krankenkassen erstellten Rahmensetzung entweder über die Länder oder direkt zu beteiligen. Bei der Ausgestaltung der Monistik ist darauf zu achten, daß die Mechanismen die Besonderheiten der Universitätsklinik berücksichtigen. Dies beinhaltet zum einen bedarfsgerechte Ausgangszahlen und die Ermöglichung von Einzelfallentscheidungen. Zum anderen ist die angemessene Beachtung der Belange von Forschung und Lehre bei der Frage der Verwendung der Investitionsmittel im Zusammenhang mit der empfohlenen Organisationsreform⁷⁵ sicherzustellen. Ein Mitentscheidungsrecht der wissenschaftlichen Seite ist besonders dann nötig, wenn von entsprechenden Maßnahmen im Klinikum Grundstrukturen von Forschung und Lehre betroffen sind. Mit einer stärkeren Entscheidungsfreiheit vor Ort würde den Krankenhäusern eine erhöhte Planungsaufonomie eingeräumt, welche bislang beim Staat lag. Investitionsentscheidungen könnten nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen unabhängig von der staatlichen Mittelzuweisung für einzelne Vorhaben erfolgen. Universitätsklinik würden ihre Investitionen für die Krankenversorgung ohne Antragsverfahren direkt aus den Erlösen und über Kredite finanzieren und dadurch Flexibilität und Anpassungsfähigkeit ge-

⁷⁴ Das bedeutet, daß die Finanzierung bestimmter Investitionsgegenstände, die bisher von den Ländern mit Pauschalen nach § 9 KHG gefördert werden, der Finanzierung durch die Krankenkassen übertragen werden.

⁷⁵ Vgl. Kapitel B.III.

winnen. Insgesamt bietet die monistische Finanzierung die Chance, Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und damit auch im Krankenhausbereich der Universitätsklinika verstärken. Gegebenenfalls kann dies auch die Schließung einzelner nicht wirtschaftlich arbeitender Abteilungen zur Folge haben, aber insgesamt langfristig zu einer Senkung der Betriebskosten führen.

Da die Monistik und die damit einhergehende erhöhte Planungsautonomie sich ausschließlich auf die Krankenversorgung beziehen, ist es erforderlich, auch künftig Investitionsmittel für Forschung und Lehre in der Hochschulmedizin im Rahmen der Hochschulmittel des Bundes und der Länder vorzusehen. Den Ländern wird empfohlen, den Einrichtungen der Hochschulmedizin eine langfristige Investitionsplanung zu ermöglichen und ihnen dafür die notwendigen Planungskompetenzen zu übertragen. Dadurch könnte eine größere Flexibilität der Universitätsklinika erreicht werden. Vorbedingungen sind sowohl die Übertragung der Verantwortung an die Klinika als auch die Trennung der Budgets für Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre.

Wegen der empfohlenen getrennten Budgets zur Investitionsfinanzierung müssen die Investitionsstrategien für die Teilbereiche Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung aufeinander abgestimmt werden. Sonst besteht die Gefahr, daß die Wissenschaft in der Medizin aus dem universitären Kanon ausgesondert wird. Die Klinika sollten im Sinne eines integrierten Konzepts zur Forschungs- und Krankenhausplanung Entwicklungs- und Strukturpläne aufstellen, die jeweils einen Zeitraum von rund zehn Jahren umfassen. Diese Entwicklungspläne für die einzelnen hochschulmedizinischen Standorte sollten der kritischen Prüfung durch den Wissenschaftsrat unterzogen werden. Die neuen Strukturen sollten auf ihre Leistungsfähigkeit für Forschung und Lehre mit dem Ziel begutachtet werden, daß Freiheit von Forschung und Lehre gewahrt bleiben, das Forschungsgeschehen an den Universitätsklinika nicht durch die Krankenkassen beeinflußt und der medizinisch-technische Fortschritt gefördert wird. Neben Aspekten der Einbindung in die Gesamtheit der universitären Disziplinen und deren Verflechtung am Ort ist die wissenschaftliche Schwerpunktsetzung sowie standortübergreifende Abstimmung und die Beurteilung der wissenschaftlichen Potenz einzubeziehen. Darüber hinaus sollte der Wissenschaftsrat vor dem Hintergrund der qualitativen und quantitativen Anforderungen an medizinische

Forschung und Lehre auch die Investitionsstrategie auf ihre Angemessenheit hin prüfen.

Der Wissenschaftsrat appelliert an Bund und Länder, in der Interimszeit bis zur Einführung der monistischen Finanzierung ihre investiven Anstrengungen nicht zurückzufahren. Sonst wird sich der oben beschriebene, besorgniserregende Investitions- und besonders Sanierungsbedarf mit weitreichenden negativen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit in Forschung, Lehre und Krankenversorgung weiter zuspitzen.

Unabhängig von dem künftigen System zur Finanzierung von Investitionen der Hochschulklinika spricht sich der Wissenschaftsrat zur Sicherung der Substanzerhaltung nachdrücklich für ein der tatsächlichen Kostenentwicklung angepaßtes Verhältnis von Investitionshöhe zu Abschreibungsraten aus und zwar sowohl für den Bereich Forschung und Lehre als auch für die Krankenversorgung, wobei für letztere die zu errechnenden Beträge in die monistische Finanzierung einzuführen sind. Danach sind jährliche Finanzierungsraten für den Ersatzbedarf sowie Mittel für Neubedarf bei Neuerungen in der Medizin vorzusehen. In diesem Zusammenhang müssen die bislang rechnerisch veranschlagten auf den ursprünglichen Beschaffungswert rekurrierenden Abschreibungskosten durch betriebswirtschaftliche, sich nach dem Wiederbeschaffungswert richtende Abschreibungsraten ersetzt werden und nicht wie bislang nur in den Bilanzen der Universitätsklinika ausgewiesen, sondern auch bei der Mittelzuteilung berücksichtigt werden. Im übrigen sollte aus der Rechnungslegung klar ersichtlich sein, daß Abschreibungen auf Geräte und bauliche Investitionen zu Verlusten führen, wenn sie nicht durch entsprechend kalkulierte Vergütungen aufgefangen werden. Dabei sollte ein Abschreibungssystem im Sinne verstetigter jährlicher Zuweisungen angestrebt werden, das auch eine Rücklagenbildung und damit die Planbarkeit von Investitionen erlaubt. Die künftige Entwicklung muß zeigen, ob ein System der Rücklagenbildung auf Dauer praktikabel ist. Insgesamt erachtet es der Wissenschaftsrat als wichtig, daß künftig alle finanziellen Entscheidungen, sowohl hinsichtlich der Verwendung von Betriebs- als auch von Investitionsmitteln, in Forschung und Lehre sowie in der Krankenversorgung einheitlich getroffen werden. Dies zielt darauf ab, das Investitionsgeschehen stärker mit der wirtschaftlichen Betriebsführung zu verbinden.

Die Mittelknappheit im Bereich öffentlicher Kassen wird künftig auch Tendenzen zur Privatisierung zunehmend interessanter machen. Neben der Suche privater Investoren, von denen z.B. entsprechende Objekte vom Land für die Hochschulmedizin gemietet werden können, ist die Privatisierung von Teilbereichen des Krankenhausbetriebes ebenso denkbar wie - unter bestimmten Maßgaben - diejenige eines ganzen Universitätsklinikums. Entsprechende Möglichkeiten zum Vorteil der Hochschulmedizin zu nutzen kann jedoch nur gelingen, wenn die Budgets von Forschung und Lehre getrennt und die Beziehungen zwischen Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits angemessen geregelt sind (vgl. B.III.3). Zudem setzt dies die Lösung der Finanzierung (Abschreibungen, Bedienung von eingesetztem Fremd- und Eigenkapital) voraus. Die Privatisierung einzelner Kliniken oder eines ganzen Universitätsklinikums wird nur im Einzelfall sinnvoll und möglich sein, so daß nicht davon ausgegangen werden kann, daß die Privatisierung künftig zur tragenden Säule des Systems der Hochschulmedizin wird. Im Falle der Privatisierung eines ganzen Klinikums sollte nach einem Zeitraum von fünf Jahren geprüft werden, ob die Belange von Forschung und Lehre angemessen berücksichtigt sind und die Qualität der Forschung derjenigen anderer Hochschulklinika entspricht.

IV.2. Zur laufenden Finanzierung durch die Krankenkassen

Die gegenwärtige Lage der Hochschulmedizin im Bereich der laufenden Finanzierung ist gekennzeichnet durch eine unzureichende und insbesondere im Bereich der ärztlichen Fort- und Weiterbildung unsystematische Vergütung von hochschulmedizinischen Leistungen durch die Krankenkassen. Die hierdurch – auch bei sparsamer Wirtschaftsführung – bedingte Tendenz einer Kostenunterdeckung der Hochschulmedizin hat zur Folge, daß der Zuschuß des Landes tendenziell zur Finanzierung zweckfremder Aufgabenbereiche herangezogen wird und hierdurch nicht mehr in voller Höhe zur Förderung von Forschung und Lehre zur Verfügung steht. Diese Situation hält der Wissenschaftsrat für untragbar. Einem Ende der Subventionierung der Krankenversorgung durch den Zuschuß des Landes kann nur dann Vorschub geleistet werden, wenn die Hochschulklinika im Bereich der Krankenversorgung durch die Vergütungen der Krankenkassen wirtschaftlich gesichert werden. Es muß

sichergestellt werden, daß Hochschulklinika ihre Versorgungsleistungen ohne unberechtigten Rückgriff auf den Landeszuschuß erbringen können. Mit Blick auf die ambulante Versorgung müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen angepaßt und eine aufgaben- und leistungsgerechte Vergütungshöhe gewährleistet werden.

Aus Sicht des Wissenschaftsrates erfordert dies:

- (1) die besonderen Leistungen der supramaximalen Versorgung durch Leistungsberichte transparent zu machen;
- (2) eine leistungsgerechte Vergütung der Krankenversorgung;
- (3) eine klare Trennung zwischen Krankenversorgung einerseits und Forschung und Lehre andererseits;
- (4) eine Beseitigung aller aus der kameralistischen Haushaltsführung stammenden Restriktionen und dadurch z.B. die Aufhebung der Stellenbindung, die Ermöglichung einer vollständigen Deckungsfähigkeit innerhalb der Wirtschaftspläne sowie der Rücklagenbildung;
- (5) Bemühung um Verstetigung des Landeszuschusses;
- (6) die Anpassung der Budgets für die Universitätsklinika an die neuen Fallpauschalen auf der Grundlage von Leistungsstruktur und Leistungsentwicklung (§ 12 Pflegesatzverordnung), um zu verhindern, daß die Universitätsklinika ihre Leistungen einschränken müssen oder sich ihr Leistungsangebot qualitativ verschlechtert;
- (7) die Kooperation und Vernetzung von Hochschulklinika mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.

a) Zur Supramaximalversorgung

Die tendenzielle Kostenunterdeckung im weiteren Bereich der Krankenversorgung ist im wesentlichen auf folgende Besonderheiten der Hochschulklinika zurückzuführen: Innerhalb der Patientengruppe mit gleicher oder ähnlicher Erkrankung ist in den Hochschulklinika der Anteil besonders schwieriger und risikoreicher Fälle relativ hoch.⁷⁶ Sie erfordern Versorgungsleistungen, die jenseits der Leistungsgrenzen der

⁷⁶ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 1997.

übrigen Krankenhäuser der Maximalversorgung liegen (Supramaximalversorgung) und verursachen relativ hohe Behandlungskosten. Diesem besonderen Patientenspektrum tragen die einheitlich für alle Krankenhäuser festgelegten Fallpauschalen und Sonderentgelte für die Vergütung stationärer Leistungen nicht Rechnung und erschweren den Hochschulklinika – auch bei wirtschaftlicher Betriebsführung – vielfach die erforderliche Kostendeckung in der stationären Versorgung.⁷⁷ Nach den bisherigen bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen für Fallpauschalen und Sonderentgelte, die sich auf Durchschnittswerte gründen, ist ein Teil der supramaximalen therapeutischen und diagnostischen Leistungen, die Hochschulklinika zur Behandlung schwieriger Fälle erbringen, unberücksichtigt. Da in jede Fallpauschale einheitlich Vorhaltekosten als bundesweiter Durchschnittssatz aller deutschen Krankenhäuser eingerechnet werden, können die kalkulierten Fallpauschalen auch wegen des Basisteils nicht als leistungsgerechte Vergütung für Hochschulklinika bewertet werden. Auch bei den auf Durchschnittswerten beruhenden Sonderentgelten für besonders aufwendige Verfahren wird der hohe Aufwand der Hochschulklinika in der Vor- und Nachsorge nicht berücksichtigt. Offensichtlich ist es darüber hinaus den Universitätsklinika vereinzelt nicht gelungen, das derzeitige Pflegesatzrecht auszuschöpfen und die im Vergütungssystem bestehenden Spielräume unter Hinweis auf die teure Hochleistungsmedizin hinreichend zu nutzen. Diese Möglichkeit wird jedoch mit dem Übergang zum beabsichtigten Globalbudget nicht mehr bestehen.

Angesichts der Komplementärfunktion supramaximaler Versorgungsleistungen der Hochschulklinika innerhalb des Gesundheitswesens und der Bedeutung dieser Leistungen für die Sicherung eines hohen Versorgungsniveaus in Deutschland müssen Hochschulklinika auch künftig diese Aufgabe wahrnehmen können, ohne daß ihnen daraus wirtschaftliche Nachteile erwachsen, indem Versorgungsleistungen zu Lasten anderer Aufgabenbereiche durchgeführt werden müssen. Vor diesem Hintergrund plädiert der Wissenschaftsrat nachdrücklich dafür, das Prinzip der leistungsgerechten Vergütung von Krankenhausleistungen auch auf die Hochschulklinika anzuwenden. Dementsprechend sind bei der Bemessung der Kassenvergütungen die besonderen

⁷⁷

Vgl. auch G. Neubauer: Leistungsbezogene Vergütung der Universitätsklinika, Expertenkolloquium „Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin“, Bonn, November 1998.

Leistungen der Hochschulklinika im Bereich der Krankenversorgung zu berücksichtigen.

Um dies zu erreichen, ist es zunächst erforderlich, die besonderen Leistungen der Hochschulklinika transparent zu machen, um bei Einführung eines vollständigen Fallpauschalensystems einer entsprechenden Beweislast bezüglich der Besonderheiten universitärer Hochleistungsmedizin Rechnung zu tragen. Hierfür sollten Leistungsberichte von den Hochschulklinika erstellt werden, die bundesweit eine vergleichbare Struktur aufweisen. Aus ihnen sollte hervorgehen, mit welchen diagnostischen und therapeutischen Leistungen ein bestimmtes Hochschulklinikum in der jeweiligen Rechnungsperiode jenseits der Leistungsgrenzen benachbarter Krankenhäuser der Maximalversorgung agierte. Damit würde aus dem Leistungsbericht ersichtlich, zu welchem Anteil die Untersuchung und Behandlung von Patienten nicht mit einheitlich für alle Krankenhäuser geltenden Entgelten leistungsgerecht vergütet werden. Mit diesen Informationen aus dem Leistungsbericht ist den Klinika ein Instrument an die Hand gegeben, um ihre Sonderstellung im Gesundheitssystem in den Verhandlungen mit den Kostenträgern (Kassen) nachzuweisen und insgesamt gerechte Preise für ihre Leistungen auszuhandeln. Ein entsprechendes in der Komplexität der Datenerhebung und –verarbeitung nicht zu unterschätzendes Vorgehen kann jedoch nur dann aussichtsreich sein, wenn es eine Entsprechung in einem ausdifferenzierten Fallpauschalensystem hat.

Bei der Einführung eines möglichst vollständigen Fallpauschalen-Systems ist daher darauf Wert zu legen, daß das spezifische Leistungsspektrum der Hochschulkliniken mit ihren besonderen Vorhaltekosten und ihrem Versorgungsauftrag abgebildet wird. Dies erfordert, die Schwere der Erkrankung, die Behandlungsschwere und die Multimorbidität des Patienten zu berücksichtigen, um die Leistungen flexibel abdecken zu können. Im Bereich der stationären Versorgung ist insbesondere an Zuschläge zu Fallpauschalen für einen bestimmten Prozentsatz der Behandlungsfälle zu denken. Sonderentgelte und Fallpauschalen sollten örtliche Zu- oder Abschläge erhalten. Supramaximale Versorgungsleistungen in der ambulanten Versorgung sollten sich – sofern eine Gebührenregelung vorgesehen ist – in höheren Punktzahlen oder – soweit vor- und nachstationäre Behandlungen betroffen sind – in höheren Pauschalen

niederschlagen. Dies setzt eine Änderung der §§ 117 (Polikliniken) und 120 (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen) SGB V voraus. Für supramaximale Leistungen sollten je nach Standort unterschiedliche Zuschläge durchsetzbar sein, wobei im Sinne einer leistungsgerechten flexiblen Lösung bei besonders kostenintensiven Eingriffen auch die Möglichkeit vorgesehen werden sollte, eine Finanzierung zuvor mit den Kassen auszuhandeln. Die sonstigen Pflegesätze sollten für Hochschulklinika entsprechend den für außeruniversitäre Krankenhäuser geltenden Kriterien ermittelt werden.

Einige Länder – so z.B. die USA, Frankreich, Skandinavien und Australien – haben in der jüngeren Vergangenheit begonnen, dieser Problematik durch die Entwicklung von Patientenklassifikationssystemen gerecht zu werden, welche die Patienten entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung oder dem Mortalitätsrisiko in Gruppen mit ähnlicher Kostenintensität der stationären Behandlung zusammenfassen. Diese Patientengruppensysteme enthalten auch prozeß- und qualitätsorientierte Aspekte. Sie werden in den vorgenannten Ländern jeweils national weiterentwickelt und ermöglichen aufgrund der Patientenzentriertheit ein für alle Krankenhäuser einheitliches leistungsorientiertes Entgeltsystem. Ein solches System kann bei entsprechender Ausgestaltung geeignet sein, das spezifische Leistungsspektrum der Universitätsklinika abzubilden. Bund und Länder sowie die Selbstverwaltung müssen dafür Sorge tragen, daß bei einem vergleichbaren Patientenklassifikationssystem für fallorientierte Entgelte die Spezifika der universitären Hochleistungsmedizin angemessen berücksichtigt werden. Bei der Entwicklung eines solchen Systems sollten die Universitätsklinika ebenso einbezogen werden wie bei dessen im Hinblick auf zu berücksichtigende Innovationen jährlich erforderlichen Überprüfung.

Der bei der Vergütung stationärer Leistungen festgestellte mangelnde sachliche Bezug und die damit verbundene Tendenz einer Kostenunterdeckung in den Hochschulklinika setzt sich derzeit bei den Vergütungsregelungen für ambulante Leistungen fort.⁷⁸ Auch im weiteren Feld der in Hochschulklinika erbrachten ambulanten Leistungen kann durch die geltenden Finanzierungsregelungen die wirtschaftliche Si-

⁷⁸ Siehe auch Gesundheitsforschungsrat: Stellungnahme zur Bedeutung der Ambulanzen an den Hochschulklinika für Forschung und Lehre, Mai 1998.

cherung des Klinikums nicht immer gewährleistet werden, denn auch hier – insbesondere bei ambulanten Operationen – ist von einer Risikoselektion der Patienten zu Lasten der Hochschulklinika auszugehen. Die einheitliche Vergütungsregelung für ambulante Operationen sowie für sonstige ambulante Leistungen von niedergelassenen Ärzten sowie ermächtigten Krankenhausärzten und –einrichtungen läßt Unterschiede in der Risikostruktur des Patientenaufkommens und damit in der Leistungserbringung unberücksichtigt, ist insofern nicht leistungsgerecht und führt tendenziell zu einer Kostenunterdeckung im Bereich der ambulanten Versorgung durch Hochschulklinika. Hinzu kommt, daß Hochschulklinika entscheidende finanzielle Nachteile erleiden, sofern sie ihnen zugewiesene ambulante Patienten behandeln, auch wenn das Patientenkontingent des Poliklinikvertrages bereits ausgeschöpft ist. Eine aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten notwendige Abweisung von Patienten ist jedoch vielfach (z.B. bei Notfallversorgung) nicht möglich.⁷⁹

b) Zum Schnittstellenbereich von akademischen und versorgungsbezogenen Aufgaben

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß in Hochschulklinika Leistungen erbracht werden, die dem Schnittstellenbereich von akademischen und versorgungsbezogenen Aufgaben zuzuordnen sind. Eine Abgrenzung derjenigen Diagnose- und Therapieverfahren, die ausschließlich unter Versorgungsgesichtspunkten angewendet werden, von denen, die auch Forschung und Lehre dienen, ist meistens nicht eindeutig möglich. Vielmehr ist gerade bei angewandter klinischer Forschung, beispielsweise im Rahmen klinischer Studien, von einer Gemengelage versorgungsinduzierter und forschungsrelevanter Behandlung auszugehen.

Aufgrund dieser Überlappungsbereiche und da in den Pflegesätzen Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen, nicht berücksichtigt werden (§ 17 Abs. 3 KHG), besteht die Gefahr, daß „Versorgungsleistungen“ der Hochschulklinika bei den Pflegesatzverhandlungen zu eng definiert werden und somit die mit den tatsächlichen Versorgungsleistungen

⁷⁹ Siehe Gesundheitsforschungsrat: Stellungnahme zur Bedeutung der Ambulanzen den Hochschulklinika für Forschung und Lehre, Mai 1998.

verbundenen Kosten weitgehend aus dem Finanzierungsbereich der Kassen ausgeklammert werden.

Da angewandte patientennahe klinische Forschung in weiten Bereichen Krankenversorgung beinhaltet, ist es aus Sicht des Wissenschaftsrates auch im Interesse der Kassen, weil mittelfristig lohnend, daß entsprechende Forschungsvorhaben von den Kassen mitfinanziert werden. So z.B. mit Blick auf Forschungsergebnisse, welche die Wirksamkeit praktizierter Diagnostikmethoden oder die Entwicklung kostengünstigerer Therapien anbelangen. Auch den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes folgend können sich die Krankenkassen nicht grundsätzlich Forderungen nach einer Mitfinanzierung versorgungsbezogener Aufgaben, die für angewandte klinische Forschung genutzt werden, verschließen.

Die Erhöhung des Krankenversorgungsbudgets um einen „Forschungszuschlag“ scheint kaum konsensfähig. Zudem liefe die Koppelung der Forschungsfinanzierung an die Vergütung stationärer Versorgungsleistungen einer Transparenz in der Mittelzuweisung entgegen. Die vom Gesetzgeber indirekt intendierte Beteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung der Forschung kann daher realisiert werden, indem die Kassen gemeinschaftlich als Drittmittelgeber zur Förderung wissenschaftlicher Forschung auftreten.⁸⁰ Einen Beitrag zur Förderung der medizinischen Forschung würden sie somit nicht über die Vergütung der Krankenversorgungsleistungen (Pflegesätze) leisten. Vielmehr fließen – dem Modell nach – die vorgesehenen Mittel in einen eigens hierfür eingerichteten Forschungsfonds und sollen durch unabhängige und wissenschaftlich ausgewiesene Gutachter auf der Grundlage der Bewertung der bereits erbrachten Leistungen und der geplanten Projekte der jeweiligen Fakultät im Bereich der angewandten klinischen Forschung an die Medizinischen Fakultäten vergeben werden.

Handlungs- und Reformbedarf erkennt der Wissenschaftsrat insbesondere hinsichtlich der Vergütungsregelungen für poliklinische Leistungen. Unumstritten ist, daß die Hochschulklinika mit ihren Polikliniken und Spezialambulanzen zur Sicherstellung der

⁸⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten 1995 – Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden 1995, Ziffer 329.

kassenärztlichen Versorgung beitragen und eine Versorgungslücke durch spezielle Kenntnisse diagnostischer und therapeutischer Verfahrensweisen schließen. Angesichts der hohen Zahl poliklinischer Behandlungsfälle ist es naheliegend, daß nur ein geringer Teil der poliklinischen Versorgungsleistungen Zwecken von Forschung und Lehre dient. Vor diesem Hintergrund ist eine generelle Mindervergütung poliklinischer Leistungen (im Vergleich zu ambulant erbrachten Leistungen außerhalb der Polikliniken) nicht zu vertreten. Insbesondere sind Vergütungspauschalen in Höhe von rund 70 bis 155 DM pro Quartal, die keinen Bezug zur erbrachten Leistung aufweisen und eine Kostendeckung auch nicht annähernd ermöglichen, nicht länger zu verantworten. Die derzeitige inadäquate Vergütung der ambulanten Leistung ist eine der hauptsächlichen Ursachen dafür, daß jährlich große Teile des Zuschusses für Forschung und Lehre der Länder in die ambulante Krankenversorgung fließen. Deswegen spricht sich der Wissenschaftsrat nachdrücklich dafür aus, von einer nicht kostendeckenden Pauschalvergütung poliklinischer Leistungen, insbesondere aber von einem generellen 20%igen Abschlag für Forschung und Lehre, abzusehen.

Statt dessen sollte die Vergütung nach dem Nettoprinzip, d.h. ohne fiktive Abzüge für Forschung und Lehre, auf der Basis von Einzelleistungen (oder kostendeckenden Pauschalen) erfolgen. Denkbar wäre dabei eine Anlehnung an die den niedergelassenen Ärzten erstatteten Vergütungen. Polikliniken sollten ferner möglichst weitgehende Ermächtigungen als Spezialambulanzen mit Facharztzuweisung eingeräumt werden. Dabei sollte die Vergütung der Leistungen dieser Spezialambulanzen künftig aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung herausgelöst und unmittelbar zwischen Klinik und Kassen ausgehandelt werden, so daß im Ergebnis standortspezifische und fachspezifische Komponenten Berücksichtigung finden. Im Gegenzug könnten die Behandlungsfälle, die Gegenstand von Poliklinikverträgen sind, zahlenmäßig verringert und auf die tatsächlich für Forschung und Lehre wichtigen Fälle beschränkt werden. Zu denken ist dabei insbesondere auch an Behandlungsfälle in „kleinen Fächern“, die (mangels stationärer Patienten) für die Lehre essentiell sind.

Die besondere Bedeutung, die den Universitätsklinik für die Sicherung der Leistungsfähigkeit der medizinischen Forschung und der Krankenversorgung zukommt, fußt wesentlich auf ihren Aktivitäten im Bereich der Entwicklung neuer Untersu-

chungs- und Behandlungsmethoden. Deren Rolle für den medizinisch-technischen Fortschritt ist unverzichtbar. Schon heute erweist sich die Knappheit der Mittel im Hochschulbereich in diesem Zusammenhang als Problem, da die breite Einführung neuer Verfahren vielfach bereits vor Abschluß der Technologiebewertung und Qualitätskontrolle erfolgt. Wenn der medizinische Forschungsstandort Deutschland nicht nachhaltig gefährdet werden soll, ist es unverzichtbar, daß die Krankenbehandlung im Rahmen der Entwicklung und Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch die Universitätsklinika sowie die dafür durchzuführenden klinischen Studien auch künftig grundsätzlich von den Krankenkassen mitzutragen sind, ohne einer Wirksamkeits-Genehmigung durch deren Gremien zu bedürfen.

Der Wissenschaftsrat plädiert auch für eine weitreichendere Kooperation und Vernetzung von Hochschulklinika mit anderen Krankenhäusern sowie mit niedergelassenen Ärzten. Damit kann der Überlast in der Versorgung entgegengewirkt und Freiraum für Forschungstätigkeit an den Klinika geschaffen werden und somit bei wachsendem Wettbewerb eine strategische Positionierung aufgrund eines besonderen Profils erreicht werden. Dazu gehört auch eine engere Zusammenarbeit mit nachsorgenden Einrichtungen (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Pflege- und Altenheime), die zugleich geeignet ist, die Verweildauer der Patienten im Universitätsklinikum zu verringern.

Aus Sicht des Wissenschaftsrates ist für einen weiteren Schnittstellenbereich akademischer und versorgungsbezogener Aufgaben eine Reform der Vergütungsregelungen im Sinne einer gemeinschaftlichen Finanzierung durch die Kassen sowie das Land vorzusehen, nämlich die Weiterbildung und die Fortbildung des Personals der Hochschulklinika. Deswegen empfiehlt der Wissenschaftsrat, für die Kosten der Weiterbildung ärztlichen und nichtärztlichen Personals sowie für Fortbildung – ähnlich wie in den USA – jeweils einen gesonderten Zuschußbetrag (als %Satz) der Kostenträger auszuweisen.⁸¹ Die Mittel der Fortbildung sollten über Vergütungen der Krankenhausleistungen refinanziert werden, die bei Inanspruchnahme von Fortbildungsmaßnahmen erhoben werden.

⁸¹ In den USA erhalten die Kostenträger für die Wahrnehmung der ärztlichen Weiterbildung gesondert von den Versorgungsträgern Zuschläge.

Durch die empfohlenen Neuregelungen für die Kassenvergütung hochschulmedizinischer Leistungen werden die Klinika grundsätzlich in die Lage versetzt, bei wirtschaftlicher Betriebsführung eine Kostendeckung im weiteren Versorgungsbereich zu erreichen. Sie werden hierdurch zugleich wirtschaftlich gesichert. Sie gewährleisten auch, daß der Zuschuß des Landes nicht mehr zwangsläufig für Versorgungszwecke zweckentfremdet wird.

IV.3. Zur laufenden Finanzierung durch das Land

Die Höhe des nach Bundesländern unterschiedlichen Landeszuschusses ergibt sich nicht automatisch als Restgröße aus den Pflegesatzverhandlungen. Sie unterliegt je nach Bundesland einer eigenständigen Beweislast (s. A.III.3.). Der Wissenschaftsrat plädiert dafür, daß der Anteil des Zuschusses des Landes, der für Forschung und Lehre zugewiesen wird, künftig unabhängig von der Krankenversorgung bemessen und als eigenständiges Budget für die akademischen Aufgaben der Fakultät gewährt sowie von dieser auch gesondert nach unterschiedlichen Kriterien verteilt werden soll. Nur so kann verhindert werden, daß es aufgrund des bestehenden Anreizsystems bei steigendem Kostendruck nicht zu einer Absorption der für Forschung und Lehre bestimmten Mittel durch die Krankenversorgung kommt.

Angesichts der für eine Medizinische Fakultät und ein Universitätsklinikum erforderlichen Planungssicherheit spricht sich der Wissenschaftsrat für eine regelgebundene Zuweisung der Mittel auf der Basis von - aus der Zielvereinbarung zwischen den hochschulmedizinischen Einrichtungen und Hochschule bzw. Land abgeleiteten - Maßstäben zur Bemessung des Budgets für Forschung und Lehre⁸² aus. Diese sollten transparent und nachvollziehbar sein. Die Höhe des Budgets soll sich zum einen am Grundbedarf für Forschung und Lehre orientieren. Zum anderen soll das Budget einen Leistungsbezug aufweisen, wodurch ein Anreiz zu Leistungssteigerungen geschaffen und Möglichkeiten der Kontrolle der Mittelverwendung eröffnet werden. Auf

⁸² Im folgenden wird – verkürzend – vom „Budget für Forschung und Lehre“ gesprochen, obwohl dieses Budget nicht nur der Finanzierung von Forschung und Lehre, sondern auch darüber hinausgehenden akademischen Aufgaben dient - so z.B. der Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses, der ärztlichen Weiterbildung und auch der Weiterbildung des nichtärztlichen Personals, soweit dies als Aufgabe der Hochschulmedizin angesehen wird (vgl. B.II.).

diese Weise können der Wettbewerb zwischen den Hochschulklinika gefördert und die Leistungsfähigkeit und Qualität in der klinischen Forschung und Lehre erhöht werden. Der Wissenschaftsrat plädiert dafür, das Budget für Forschung und Lehre vorzugsweise der Fakultät global zuzuweisen und ihr die Entscheidung über die fakultätsinterne Verteilung der Mittel zu übertragen. Die Zuweisung der Landesmittel an das Klinikum birgt die Gefahr einer Schwächung der Position der Fakultät gegenüber dem Klinikum. Fragen von Forschung und Lehre könnten gegenüber der Krankenversorgung in den Hintergrund treten.⁸³ Dies schließt jedoch eine Verwaltung der Mittel der Fakultät durch das Klinikum nicht aus.

Mit dem sich am Grundbedarf orientierenden Teilbudget für Forschung und Lehre soll die Fakultät in die Lage versetzt werden, die ihr zugewiesenen und im Struktur- und Entwicklungsplan festgeschriebenen Aufgaben in der Ausbildung von Studenten wahrzunehmen sowie wissenschaftliche „Basisarbeit“ zu leisten. Dementsprechend kann zur Bemessung des Grundbedarfs zunächst von der Zahl der auszubildenden Studenten und auf die für diese Ausbildungsaufgaben erforderliche Lehrkapazität ausgegangen werden. Dem Prinzip der Einheit von Forschung und Lehre folgend, ist zusätzlich den für die Ausbildung erforderlichen Wissenschaftlern eine Grundausrüstung für die Forschung zuzuordnen. Die Grundausrüstung für die Forschung soll die Fakultätsmitglieder in die Lage versetzen, wissenschaftlich „auf dem Laufenden“ zu bleiben und ausreichend begründete Förderanträge für Forschungsvorhaben zu stellen. Zu berücksichtigen sind der hieraus resultierende Personal-, Raum-, Sachmittel- und Apparatebedarf.

Über die Grundausrüstung hinaus sollte das Forschungs- und Lehrbudget für die Medizinische Fakultät zu einem wesentlichen Anteil leistungsbezogen gewährt werden. Dieses Teilbudget dient der Förderung innovativer Vorhaben in Forschung und Lehre, die sich in die – im Struktur- und Entwicklungsplan vereinbarte – inhaltliche Schwerpunktsetzung der Fakultät einfügen und einen im Vergleich zum Grundbedarf erhöhten Mittelbedarf begründen.

⁸³ Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Medizinischen Fakultät der Medizinischen Universität zu Lübeck, Berlin 1999, Drs. 3849/99, S. 56.

Für die laufende Finanzierung ihrer Aufgaben würden der Hochschulmedizin damit folgende Mittel zur Verfügung stehen:

- (1) Budgets, welche die Fakultät für Forschung und Lehre und das Klinikum für seine Aufgaben global vom Land (bzw. der Hochschule) erhält;
- (2) Drittmittel, welche die Fakultät für Forschung und Lehre von Förderorganisationen (DFG, BMBF etc.) einwirbt;
- (3) Drittmittel, welche die Fakultät für die Wahrnehmung von Aufgaben in der angewandten klinischen Forschung aus dem Forschungsfond der Krankenkassen einwirbt;
- (4) Budget, welches das Klinikum für die Wahrnehmung von Aufgaben in der Krankenversorgung von den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erhält (einschließlich Vergütung für die Ausbildung nichtärztlichen Personals);⁸⁴
- (5) Zuschuß, den das Klinikum für Aufgaben der Weiterbildung ärztlichen wie nichtärztlichen Personals von den Krankenkassen erhält.

IV.4. Zur fakultätsinternen Mittelverteilung

Die Übertragung von Entscheidungsverantwortung auf das Klinikum bzw. die Fakultät und von dort auf die nachgeordneten Organisationseinheiten (Institute, Kliniken und Abteilungen) muß mit der Schaffung eines geeigneten Instrumentariums zur hochschulinternen Steuerung und Kontrolle einhergehen. Dafür bietet sich das System der internen Budgetierung an. Das Budgetierungsverfahren in der Krankenversorgung wie auch im akademischen Bereich soll sich demnach nicht auf ein Budget für das Klinikum bzw. die Medizinische Fakultät als Ganzes beschränken. Vielmehr muß die Finanzaufweisung mit der jeweiligen Leistungsverantwortung auf dezentraler Ebene verbunden werden. Damit wird innerhalb der Hochschulmedizin ein Anreiz- und Sanktionssystem etabliert und zugleich die zweckentsprechende und leistungsbezogene Verwendung der zugewiesenen Mittel sichergestellt.

⁸⁴ Der Begriff des „Budgets“ wird hier nicht im Sinne der BPfIV 1995 § 10 verwendet. Vielmehr werden hier unter „Budget“ alle Vergütungen des Klinikums für Versorgungsaufgaben zusammengefaßt (Pflugesätze, Gebühren).

Mit Blick auf das Budget, das dem Klinikum für die Krankenversorgung zur Verfügung steht und, um den wirtschaftlichen und sparsamen Einsatz dieser Mittel in der Krankenversorgung sicherzustellen, hat der Wissenschaftsrat bereits in seiner Stellungnahme aus dem Jahre 1995 empfohlen, den einzelnen Kliniken, Instituten und Abteilungen durch die Klinikumsleitung definierte Budgets⁸⁵ vorzugeben. Die Einhaltung der Budgets soll unterjährig überwacht werden, ihre Nichteinhaltung ist zu begründen. Außerdem wird die Notwendigkeit betont, den leitenden und nachgeordneten Ärzten Kenntnis über die Kosten zu vermitteln, die aus diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen erwachsen.⁸⁶ Im Hinblick auf die Notwendigkeit, Klinikleitern stärker als bisher Wirtschaftlichkeitsanreize zu geben, ist zu erwägen, erfolgsabhängige Vergütungsbestandteile im Sinne außertariflicher Vereinbarungen einzuführen und dabei das Liquidationsrecht einzubeziehen.

Anreize zur Steigerung der akademischen Leistungen in den einzelnen Kliniken, Instituten und Abteilungen sollten über das Verfahren der internen Verteilung des Forschungs- und Lehrbudgets gegeben werden. Es sollte darüber hinaus erwogen werden, Möglichkeiten zu schaffen, daß sich auch bei Wissenschaftlern herausragende Erfolge finanziell niederschlagen. Zwar kann und sollte das Verfahren zur Bestimmung des globalen Forschungs- und Lehrbudgets der Medizinischen Fakultät nicht im Verhältnis eins zu eins auf das Binnenverteilungsverfahren übertragen werden. Allerdings sollte sich das Verfahren der Binnenverteilung grundsätzlich an den gleichen Maßstäben orientieren und in „Grundsätzen der internen Mittelverteilung“ festgelegt werden:

- Die interne Mittelverteilung sollte sich an im voraus festgelegten Ziel- und Leistungsvereinbarungen ausrichten, die zwischen der Fakultät und jedem einzelnen Professor abgeschlossen werden (z.B. zu haltende Lehrveranstaltungen, innovative Forschungsprojekte) und in ihrer Gesamtheit wiederum Grundlage für die Zielvereinbarung zwischen Fakultät und Hochschule bilden.

⁸⁵ Die Budgets umfassen die geplanten jährlichen Kosten und Erträge der Klinik oder des Instituts.

⁸⁶ Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1995, Bd. I, Köln 1996, S. 90.

- Aus diesen Zielvereinbarungen sollten Kriterien der Mittelverteilung abgeleitet werden (z.B. Anzahl der Lehrverpflichtungsstunden; eingeworbene Drittmittel etc.).
- Die Regeln für die interne Verteilung des Forschungs- und Lehrbudgets müssen zum einen geeignet sein, den Grundbedarf einer jeden Einrichtung für die ihr übertragenen Aufgaben in Forschung und Lehre sicherzustellen. Zum anderen müssen sie Wettbewerbselemente enthalten und Anreize zur Leistungssteigerung im Sinne der Zielvereinbarung setzen.

Neben den Finanzierungsmitteln sollten auch die Kosten getrennt nach Aufgabenbereichen erfaßt und aus dem entsprechenden Budget gedeckt werden. Dies erfordert einen Ausbau der oftmals nur rudimentär vorhandenen Kostenrechnung an den Hochschulklinika und ist zugleich wichtige Voraussetzung für eine verbesserte Transparenz und den aufgabengerichteten Mitteleinsatz. Bei gegenseitiger Inanspruchnahme von Leistungen sollte eine (in wirtschaftlicher Hinsicht vertretbare) Verrechnung zwischen den Aufgabenbereichen stattfinden.

Als zusätzlicher Anreiz für Forschungsaktivitäten ist auch denkbar, daß sich Wissenschaftler hochschulmedizinischer Einrichtungen um Mittel aus einem internen Forschungspool der Medizinischen Fakultät bewerben, wie dies bereits teilweise praktiziert wird. Dieser Forschungspool ließe sich z.B. durch einen bestimmten Prozentsatz des Landeszuschusses füllen. Alternativ wäre denkbar, daß die verschiedenen hochschulmedizinischen Einrichtungen jeweils einen bestimmten Beitrag leisten, den sie sich dann wiederum in Projekten „zurückholen“ könnten. Es gibt derzeit verschiedene Modelle zur internen Mittelverteilung, die Anreize zur Steigerung der akademischen Leistungen geben. Die Verteilung dieses Teilbudgets kann sich an einem Kanon von Kriterien orientieren, wie beispielsweise die Qualität des Projektantrags, den eingeworbenen Drittmitteln, den Publikationen, der Anzahl der geleisteten Lehrveranstaltungen oder der Qualität der Lehre (z.B. gemessen anhand des Anteils der Absolventen, die das Studium in der Regelstudienzeit absolvieren), der Zahl der Promotionen etc. Diese Modelle sollten in der Realität ausprobiert und zu gegebener Zeit überprüft werden. Langfristig ist nach Ansicht des Wissenschaftsrates die Ein-

führung einer ex-post und ex-ante-Evaluation an den Klinika anzustreben, um die Umsetzung des skizzierten Verfahrens herbeizuführen.

Mit der Übertragung von Entscheidungs- und Budgetverantwortung auf nachgeordnete Einheiten und mit der damit verbundenen Mehrbelastung der leitenden Ärzte muß eine angemessene Zuordnung von oder der Rückgriff auf Verwaltungskapazitäten einhergehen. Hingewiesen sei insbesondere auf die informationstechnischen und damit auch personellen Voraussetzungen einer weitreichenden Budgetierung. Die verwendete Informationstechnologie muß es daher erlauben, die Leistungen im Budgetbereich „Krankenversorgung“ getrennt von den Leistungen des Budgetbereichs „Forschung und Lehre“ zu dokumentieren und die hierdurch jeweils verursachte Mittelverwendung abzubilden.

C. Zusammenfassung

Als integraler Bestandteil des Wissenschafts- und Gesundheitssystems sind die hochschulmedizinischen Einrichtungen mit ihren Klinika wesentliche Säule der medizinischen Forschung und der Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie alleiniger Standort der studentischen Ausbildung. Gleichzeitig haben sie eine herausragende Bedeutung für die Hochleistungsmedizin der regionalen und überregionalen Krankenversorgung.

Dafür werden von den Hochschulen sowohl vorklinische, medizinisch-theoretische und klinisch-theoretische als auch praktische Einrichtungen und spezielle Ausbildungsstätten für nichtärztliches Personal vorgehalten. Schnittstellen zwischen Medizinischer Fakultät und Klinikum bestehen insbesondere bei Strukturplanung, Aufstellung und Vollzug des Haushaltes, Planung der baulichen Entwicklung und Zuteilung von Räumen, Organisationsregelungen und Erlaß von Benutzerordnungen, die sowohl Forschung und Lehre als auch Krankenversorgung berühren.

Rund 70 % des wissenschaftlichen Personals der medizinischen Einrichtungen sind dem Bereich der klinisch-praktischen Medizin zugeordnet. Die Hochschulklinika nehmen nicht nur hinsichtlich ihrer Größe, ihrer Geräte- und Personalausstattung, sondern auch hinsichtlich ihres Fächerspektrums und der hohen Anzahl an Patienten mit besonders schwierigen Erkrankungen eine herausgehobene Stellung ein. Sie verfügen in der Regel über durchschnittlich doppelt so viele Intensivbetten und Ärzte (mehr als die Hälfte davon sind Assistenzärzte in Weiterbildung) wie vergleichbare Krankenhäuser.

Die geänderten und sich weiter ändernden Rahmenbedingungen in der Hochschulmedizin, insbesondere die Änderungen des Finanzierungssystems der Krankenversorgung, die zunehmende Verknappung staatlicher Mittel und der rasante medizinische Fortschritt machen die Weiterentwicklung bzw. Neugestaltung der die Hochschulmedizin bestimmenden Strukturen unverzichtbar. Mit dem Ziel, die Wahrnehmung der akademischen Aufgaben im Klinikum auf einem hohen Leistungsniveau sicherzustellen und die Wettbewerbsfähigkeit der Hochschulklinika in der Kranken-

versorgung zu gewährleisten, skizziert der Wissenschaftsrat Leitlinien für die Organisation und Finanzierung. Sie markieren den Korridor, innerhalb dessen sich ein Strukturwandel vollziehen sollte.

Das Klinikum wird teilweise noch als eine in Form eines Landesbetriebes tätige nachgeordnete staatliche Verwaltung behandelt. Dadurch ist die Flexibilität der Wirtschaftsführung meist eingeschränkt. Zusätzlich erschweren exogene Planungs-, Vorbehalts-, Genehmigungs-, Weisungs- und Aufsichtsrechte den Handlungs- und Entscheidungsspielraum und behindern eine effiziente Wirtschaftsführung. Dies gilt insbesondere für nach wie vor bestehende kameralistische Restriktionen (Stellenprinzip, mangelnde Deckungsfähigkeit innerhalb der Wirtschaftspläne, keine Rücklagenbildung). Der Wissenschaftsrat sieht in der rechtlichen Verselbständigung von medizinischen Einrichtungen einen Weg, die Wettbewerbsfähigkeit der Hochschulklinika im Bereich der Krankenversorgung zu steigern. Dabei muß neben dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit in der Krankenversorgung auch der Bedeutung von Forschung und Lehre Rechnung getragen werden. Es bedarf eines komplexen Regelwerkes, um die Aufgaben des verselbständigten Klinikums als Einrichtung von Forschung und Lehre zu sichern, Kosten der Teilbereiche zu ermitteln und gegeneinander auszugleichen, Personal- und Planungsentscheidungen des Klinikums und der Fakultät zu koordinieren. Insgesamt ist ein enger Konnex zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu sichern und ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Medizinischer Fakultät und Hochschulklinikum zu konstituieren.

Der Wissenschaftsrat spricht sich für eine klare Zuordnung von Aufgaben in Forschung und Lehre sowie der Krankenversorgung aus. Dies kann sowohl in Form eines Kooperationsmodells (getrennte Zuordnung von Aufgaben in der Krankenversorgung einerseits und von Aufgaben in Forschung und Lehre andererseits an Leitungsorgane des Klinikums bzw. der Fakultät) als auch in Form eines Integrationsmodells (Krankenhausbetrieb sowie Forschung und Lehre sind als Teilressorts einem einheitlichen „medizinischen Vorstand“ neuer Prägung zugeordnet) gewährleistet werden. Für Entscheidungen an der Schnittstelle zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung sind präzise Verfahren der Abstimmung und Konfliktfallregelung zu schaffen. Die bisherigen Weisungs- und Verantwortungsstrukturen im Verhältnis

zum Land und zur Universität sollten abgelöst werden durch Strukturen, die eine klare Abgrenzung sowohl zwischen Träger- und Betriebsverantwortung als auch zwischen Aufsichts- und Geschäftsführungskompetenz zulassen. Hierdurch wird die ökonomische Eigenständigkeit des Krankenhausbetriebes gewährleistet. Die Wahrung der Trägerinteressen des Landes sollte im Wege seiner Mitgliedschaft im Aufsichtsorgan erfolgen. Der Aufsichtsrat sollte sich auf die strategische Steuerung und globale Kontrolle der Aufgabenerfüllung konzentrieren.

Neben einer Professionalisierung der Managementfunktionen wird empfohlen, das Prinzip der Delegation von Verantwortung auch innerhalb des Klinikums unter Nutzung des Systems der internen Budgetierung fortzuführen. Dementsprechend sind die Budgetkreisläufe für Krankenversorgung, Forschung und Lehre transparent zu gestalten.

Insgesamt ist der Wissenschaftsrat der Auffassung, daß eine verstärkte Hinwendung der Hochschulmedizin zu kompetitiver und leistungsorientierter Forschung sowie problem- und praxisorientierter, möglichst interdisziplinär wahrgenommener Lehre nur mit einer ihrem besonderen Leistungsprofil gemäßen Finanzierung möglich ist. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Krankenversorgung im stationären wie ambulanten Bereich als auch hinsichtlich einer die Wettbewerbsfähigkeit ermöglichenden baulichen Substanz. Auch bei einem künftigen Finanzierungsinstrumentarium wird die Verantwortung des Landes für Forschung und Lehre in der Hochschulmedizin als unverzichtbar angesehen, um die Belange von Forschung und Lehre angemessen zu sichern. Es sollte sich jedoch auf eine Rahmensetzung beschränken.

Um sach- und zeitnahe Investitionsentscheidungen zu gewährleisten, die sowohl den akademischen als auch den versorgungsbezogenen Belangen Rechnung tragen, ist eine klare Trennung der Budgets für Forschung und Lehre einerseits sowie für Krankenversorgung andererseits und der finanziellen Verantwortlichkeit für die beiden Bereiche erforderlich. Die Finanzierung der Investitionen für Forschung und Lehre an den Universitätsklinika sollte auch künftig im Rahmen der Hochschulbauförderung des Bundes und der Länder erfolgen, wobei eine Verstetigung der Mittelzuflüsse unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Abschreibungsraten und die Gewährlei-

stung von Planungssicherheit vorgesehen werden sollte. Investitionen in den Krankenversorgungsbereich der Universitätsklinik empfiehlt der Wissenschaftsrat nachdrücklich in die mit der Einführung der Monistik vorgesehene Neuordnung der Krankenhausfinanzierung einzubeziehen. Damit werden Investitionen und laufende Finanzierung zusammengebracht und zu den Leistungszielen in wirtschaftliche Beziehung gesetzt. Eine eigenständige Finanzierung der Universitätsklinik außerhalb der Monistik wird als verfehlt angesehen. Auch bei einem monistischen System müssen die Bereiche Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre in der Budgetierung und Finanzierung getrennt werden. Hierfür müssen auch öffentliche Mittel, die bislang von Bund und Ländern für die Krankenversorgung im Rahmen des KHG und des HBMG eingesetzt werden, in den Bereich der Krankenkassen umgeschichtet werden. Der Übergang in die Monistik erfordert zwingend, daß den Kliniken die direkte Kreditaufnahme ermöglicht wird, um künftig Rationalisierungsgewinne für Rationalisierungsinvestitionen einsetzen zu können.

Mit der Stärkung der Eigenverantwortung in der Führung der Hochschulklinik soll auch mehr Autonomie bei der Planung und Durchführung von Investitionen unter angemessener Berücksichtigung der akademischen Belange einhergehen. Ein Mitspracherecht der Fakultät ist vorzusehen, wenn von entsprechenden Maßnahmen im Klinikum Grundstrukturen von Forschung und Lehre betroffen sind. Um sicherzustellen, daß die Investitionsstrategien für die Teilbereiche Forschung und Lehre einerseits und die Krankenversorgung andererseits aufeinander abgestimmt werden, sollten die Kliniken im Sinne eines integrierten Konzepts zur Forschungs- und Krankenhausplanung Entwicklungs- und Strukturpläne aufstellen, die jeweils einen Zeitraum von rund zehn Jahren umfassen und vom Wissenschaftsrat auch unter Gesichtspunkten der Leistungsfähigkeit von Forschung und Lehre geprüft werden.

Unter der Voraussetzung einer klaren wirtschaftlichen Trennung von Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits kann in der Öffnung der staatlichen hochschulmedizinischen Krankenversorgung für die Privatisierung eine Belebungs- und Finanzierungsvariante der Hochschulmedizin gesehen werden, sofern die Beziehungen zwischen Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung angemessen

sen geregelt sind. Die vollständige Privatisierung eines gesamten Klinikums wird jedoch nur im Einzelfall sinnvoll und möglich sein.

Derzeit ist die laufende Finanzierung der stationären Krankenversorgung in der Hochschulmedizin gekennzeichnet durch eine tendenzielle Kostenunterdeckung. Denn innerhalb der Patientengruppe mit gleicher oder ähnlicher Erkrankung ist der Anteil besonders schwieriger und risikoreicher Fälle relativ hoch. Die heutigen Fallpauschalen und Sonderentgelte sind meist keine leistungsgerechte Vergütung. Aus diesem Grund wird der Zuschuß des Landes tendenziell zur Finanzierung zweckfremder Aufgabenbereiche herangezogen und steht nicht mehr in voller Höhe zur Förderung von Forschung und Lehre zur Verfügung. Diese Situation hält der Wissenschaftsrat für untragbar. Er plädiert nachdrücklich dafür, das Prinzip der leistungsgerechten Vergütung von Krankenhausleistungen auch auf die Hochschulklinika anzuwenden. Bei der Einführung eines möglichst vollständigen Fallpauschalen-Systems ist das spezifische Leistungsspektrum der Hochschulkliniken mit ihren besonderen Vorhaltekosten und ihrem Versorgungsauftrag abzubilden. Schwere der Erkrankung, Schwierigkeitsgrad der Behandlung und Multimorbidität des Patienten sind zu berücksichtigen, um die jeweils erbrachten Leistungen angemessen abdecken zu können.

Besonders gravierend ist die Unterdeckung im Vergütungssystem der ambulanten Leistungen. Die Universitätsklinika nehmen mit ihren Ambulanzen wichtige diagnostische und therapeutische Versorgungsaufgaben wahr. Handlungs- und Reformbedarf erkennt der Wissenschaftsrat vor allem hinsichtlich der Vergütungsregelungen für poliklinische Leistungen. Statt der nicht kostendeckenden Pauschalvergütung poliklinischer Leistungen und des generellen 20 %igen Abschlags für Forschung und Lehre sowie 10 % für Investitionen sollte die Vergütung nach dem Nettoprinzip, d.h. ohne fiktive Abzüge, auf der Basis von Einzelleistungen (oder kostendeckenden Pauschalen) erfolgen. Die Vergütung der Leistungen der Spezialambulanzen sollte künftig aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung herausgelöst und unmittelbar zwischen Klinik und Kassen ausgehandelt werden, so daß im Ergebnis standortspezifische und fachspezifische Komponenten Berücksichtigung finden. Im Gegenzug könnten die Behandlungsfälle, die Gegenstand von Poliklinikverträgen sind, zahlenmäßig verrin-

gert und auf diejenigen Fälle beschränkt werden, die tatsächlich für Forschung und Lehre wichtig sind.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, daß der Zuschuß des Landes für Forschung und Lehre künftig nach belastungs- und leistungsbezogenen Kriterien bemessen und als eigenständiges Budget für die akademischen Aufgaben der Fakultät von dieser auch gesondert verteilt wird.

Nach Ansicht des Wissenschaftsrates erscheint es weder sinnvoll noch nötig, daß jedes einzelne Hochschulklinikum sämtliche Versorgungsleistungen zur Verfügung stellt. Für eine Arbeitsteilung innerhalb des Gesundheitswesens sollten die Hochschulklinika adäquat in ein Netz von Versorgungseinrichtungen der Region eingebunden werden, die komplementäre Versorgungsleistungen anbieten. Unabhängig davon gewinnt auch die Frage nach der Zahl der für die medizinische Forschung und Lehre in Deutschland insgesamt erforderlichen Universitätsklinika neue Aktualität.

D. Anhang

Tabelle 1: Finanzmittel der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1994, 1995, 1996

Tabelle 2: Personal der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1994, 1995, 1996 (Anzahl)

Tabelle 3: Personalstellen der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1994, 1995, 1996

Tabelle 4: Finanzierung des Personals der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1994, 1995, 1996

Tabelle 5: Studenten und Prüfungen an den Hochschulen und der Fächergruppe Humanmedizin 1994, 1995, 1996

Tabelle 6: Synopse der derzeit bekannten Strukturregelungen der Länder für die Hochschulklinika, Stand: März 1999

Anlage 1: Kurzbeschreibung Integrationsmodell und Kooperationsmodell

Tabelle 1: Finanzmittel der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1994

Re94aus.xls21.08.1998

Finanzmittel 1994 in Mio. DM	I. Hochschule insgesamt	II. Humanmed. allgemein (o.zentrale Einrichtungen)	III. Vorklinik mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	IV. Klin. Theorie mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	V. Klin.-prakt. Humanmedizin ohne Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VI. Klin.-prakt. Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VII.=II.bis VI. Fächergruppe Humanmed.	VIII. Zentrale Einrichtungen d. Hochschul- klinika	IX.= VII.+VIII. Medizinische Einrichtungen
(1) Ausgaben	46725,4	1858,1	452,2	1414,7	12145,7	507,5	16378,2	4833,1	21211,3
(1.1): von (1) laufende Ausgaben	41304	1612,9	420	1308	10849	461	14650,9	4263,7	18914,6
(1.2): von (1) Investitionsausgaben	5421,4	245,3	32,2	106,7	1296,8	46,6	1727,6	569,4	2297
(2) Einnahmen	18705,4	1272,5	591	518,6	10757	247,3	13386,4	1016,2	14402,6
(2.1): unter (2): Drittmiteleinahme	3981,4	204	89,6	128,3	312,1	5,1	739,1	124,7	863,8
(2.2): von (2) Zuweisungen u. Zuschüsse f. laufende Zwecke	4127	170,2	86,6	130,2	284,8	6,5	678,3	114,3	792,6
(2.3): unter (2.2)...aus dem öffentlichen Bereich	1071,5	19,4	4,3	17,2	18,8	0,6	60,3	0,4	60,7
(2.4): von (2) Zuweisungen u. Zuschüsse für Investitionen	547,3	43,7	4,3	10,9	128,1	3,5	190,5	12,1	202,6
(2.5): unter (2.4)...aus dem öffentlichen Bereich	451,5	24,5	0,4	9,4	92	3	129,3	0,9	130,2
(2.6): von (2) Verwaltungseinnahmen	14031,1	1058,6	500,2	377,5	10344,2	237,3	12517,8	889,7	13407,5
(3) Nettoausgaben	32658,8	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	7804
(3.1): unter (3) FuE-Ausgaben	14439	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Finanzen der Hochschulen 1994 (Reihe 4.5), Wiesbaden 1995; BMBF: Faktenbericht 1998, Bonn 1998.

Tabelle 1: Finanzmittel der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1995

Re95aus.xls09.10.1997

Finanzmittel 1995 in Mio. DM	I. Hochschule insgesamt	II. Humanmed. allgemein (o.zentrale Einrichtungen)	III. Vorklinik mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	IV. Klin. Theorie mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	V. Klin.-prakt. Humanmedizin ohne Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VI. Klin.-prakt. Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VII.=II.bis VI. Fächergruppe Humanmed.	VIII. Zentrale Einrichtungen d. Hochschul- klinika	IX.= VII.+VIII. Medizinische Einrichtungen
(1) Ausgaben	48714,2	1858,8	447,1	1438,3	12187,5	482,5	16414,2	5513,3	21927,5
(1.1): von (1) laufende Ausgaben	43174,4	1618,4	413,2	1339,4	11083,2	454,4	14908,4	5041,9	19950,3
(1.2): von (1) Investitionsausgaben	5539,8	240,4	33,9	98,9	1104,3	28,1	1505,8	471,4	1977,2
(2) Einnahmen	19539	1224,5	89,2	528,6	11656	289,5	13787,9	1301,8	15089,7
(2.1): unter (2): Drittmiteleinahme	4094,7	159,5	62,6	136	384,1	7,4	749,5	163,1	912,7
(2.2): von (2) Zuweisungen u. Zuschüsse f. laufende Zwecke	4276,2	102,7	60	130,2	342,6	9,9	645,5	164,3	809,9
(2.3): unter (2.2)...aus dem öffentlichen Bereich	1112,7	6,3	4,2	12,2	15,7	0,4	38,8	6,9	45,7
(2.4): von (2) Zuweisungen u. Zuschüsse für Investitionen	492,2	58,1	3,8	17,5	34,2	0,3	114	20,3	134,2
(2.5): unter (2.4)...aus dem öffentlichen Bereich	324,7	3,6	0,2	7,3	3,9	0	15	0,1	15,1
(2.6): von (2) Verwaltungseinnahmen	14770,6	1063,6	25,4	380,9	11279,2	279,3	13028,3	1117,2	14145,6
(3) Nettoausgaben	33943,6	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	7781,9
(3.1): unter (3) FuE-Ausgaben	14429,8	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Finanzen der Hochschulen 1995 (Reihe 4.5), Wiesbaden 1997; BMBF: Faktenbericht 1998, Bonn 1998.

Anmerkung zu Variablen (2) und (2.4): Zuweisungen des Bundes nach dem HBFK sind nicht berücksichtigt.

Tabelle 1: Finanzmittel der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1996

Re96aus.xls21.08.1998

Finanzmittel 1996 in Mio. DM	I. Hochschule insgesamt	II. Humanmed. allgemein (o.zentrale Einrichtungen)	III. Vorklinik mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	IV. Klin. Theorie mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	V. Klin.-prakt. Humanmedizin ohne Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VI. Klin.-prakt. Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VII.=II.bis VI. Fächergruppe Humanmed.	VIII. Zentrale Einrichtungen d. Hochschul- klinika	IX.= VII.+VIII. Medizinische Einrichtungen
(1) Ausgaben	50305,6	2030,6	480,5	1554,9	12911,4	517	17494,4	5179	22673,4
(1.1): von (1) laufende Ausgaben	44260,6	1685,2	430,2	1416,6	11782,1	469,2	15783,3	4767,7	20551
(1.2): von (1) Investitionsausgaben	6044,8	354,4	50,3	138,2	1129,3	47,8	1720	411,3	2131,3
(2) Einnahmen	20384,8	1279,7	68	567,9	12141,4	301,9	14358,9	1104,8	15463,7
(2.1): unter (2): Drittmiteleinahme	4477,9	198,2	61,3	161,8	365,7	8,7	795,7	186	981,7
(2.2): von (2) Zuweisungen u. Zuschüsse f. laufende Zwecke	4857,6	156,8	59,5	157,3	361,7	10,8	746,1	174,2	920,3
(2.3): unter (2.2)...aus dem öffentlichen Bereich	1296,2	8,5	7,5	18,7	16,2	0,1	51	25,3	76,3
(2.4): von (2) Zuweisungen u. Zuschüsse für Investitionen	492,9	43,5	3	12,7	53,8	0,4	113,4	27,9	141,3
(2.5): unter (2.4)...aus dem öffentlichen Bereich	344,6	2,9	0,3	5,5	20,3	0	29	0	29
(2.6): von (2) Verwaltungseinnahmen	15034,3	1079,3	5,5	397,9	11725,8	290,7	13499,2	902,7	14401,9
(3) Nettoausgaben	34460	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	7780
(3.1): unter (3) FuE-Ausgaben	14640	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Finanzen der Hochschulen 1996 (Reihe 4.5), Wiesbaden 1998; BMBF: Faktenbericht 1998, Bonn 1998. Angaben zu Variablen (3) und (3,1): Schätzwerte.

Tabelle 2: Personal der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1994 (Anzahl)

Re94aus.xls; 21.08.1998

Personal 1994 (Anzahl)	I. Hochschule insgesamt	II. Humanmed. allgemein (o.zentrale Einrichtungen)	III. Vorklinik mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	IV. Klin. Theorie mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	V. Klin.-prakt. Humanmedizin Zahnmed. (o.zentrale Einrichtung)	VI. Klin.-prakt. Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VII.=II.bis VI. Fächergruppe Humanmed. 1)	VIII. Zentrale Einrichtungen d. Hochschulklinika	IX.= VII.+VIII. Medizinische Einrichtungen
(1) hauptberufl. Professoren	36995	147	490	675	1565	183	3063	24	3087
(2) Dozenten und Assistenten, hauptberufl.	14537	55	400	695	2932	241	4323	49	4372
(3) wissenschaft./künstl.Mitarb., hauptberufl.	89790	854	2068	4587	18287	1515	27311	562	27873
unter (3) Ärzte im Praktikum	2875	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	2839	15	2854
(4) Lehrkräfte für besondere Aufgaben,	6416	0	3	3	1	0	7	51	58
(5)=(1)bis (4): hauptberufl. wissenschaftl./künstl.	147738	1056	2961	5960	22785	1939	34704	686	35390
(6) Gastprofessoren/Emeretti, nebenberufl.	1040	38	8	8	37	7	98	1	99
(7) Lehrbeauftragte, Honorarprof, Privat-/Honorar doz, nebenberufl.	41549	379	167	139	984	28	1719	80	1799
(8) Wissenschaftl.und stud. Hilfskräfte,	56066	13	829	609	752	36	2240	61	2301
(9) = (6) bis (8): nebenberufl. wissen-	98655	430	1004	756	1773	71	4057	142	4199
(10) = (5)+(9): wiss./künstl. P. 1)	246393	1486	4969	7472	26331	2081	38761	828	39589
(11) Verwaltungspersonal, hauptberufl.	59590	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	7052	9222	16274
(12) Technisches Personal, hauptberufl.	53940	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	18740	2828	21568
(13) Pflegepersonal, hauptberufl.	56876	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	48855	7920	56775
(14) Auszubildende, hauptberufl.	13340	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	2427	6712	9139
(15) Sonstiges Verwaltungs-, technisches u. sonst. Personal, hauptberufl.	79205	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	23592	18791	42383
(16)=(11) bis (15): Verwaltungs-, techn.	262954	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	100666	45473	146139
(17) Verwaltungs, technisches und sonst. Personal, nebenberufl.	2128	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	913	8	921
(18)=(16)+(17): Verwaltungs-, techn.	265082	6192	3674	11713	75505	4496	101579	45481	147060
(19)=(10)+(18): Personal 1)	511475	7678	8643	19185	101836	6577	140340	46309	186649

1) Aufgrund der voneinander abweichenden Verfahren bei der fachlichen und der organisatorischen Zuordnung von Personalstellen differieren summarische Angaben zum Teil von der Summe der Einzelangaben.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Personal an Hochschulen 1994 (Reihe 4.4), Wiesbaden 1996.

Tabelle 2: Personal der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1995 (Anzahl)

Re95aus.xls; 09.10.1997

Personal 1995 (Anzahl)	I. Hochschule insgesamt	II. Humanmed. allgemein (o.zentrale Einrichtungen)	III. Vorklinik mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	IV. Klin. Theorie mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	V. Klin.-prakt. Humanmedizin ohne Zahnmed. (o.zentrale Einrichtung)	VI. Klin.-prakt. Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VII.=II.bis VI. Fächergruppe Humanmed. 1)	VIII. Zentrale Einrichtungen d. Hochschulklinika	IX.= VII.+VIII. Medizinische Einrichtungen
(1) hauptberufl. Professoren	37672	2	505	755	1741	197	3179	47	3226
(2) Dozenten und Assistenten, hauptberufl.	16193	8	462	801	4093	396	5731	69	5800
(3) wissenschaft./künstl.Mitarb., hauptberufl.	92506	33	1935	4779	19649	1470	27788	591	28379
unter (3) Ärzte im Praktikum	3243	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	3205	21	3226
(4) Lehrkräfte für besondere Aufgaben,	6030	0	2	0	1	0	3	62	65
(5)=(1)bis (4): hauptberufl. wissenschaftl./künstl.	152401	43	2904	6335	25484	2063	36701	769	37470
(6) Gastprofessoren/Emeretti, nebenberufl.	1153	0	4	1	17	5	27	34	61
(7) Lehrbeauftragte, Honorarprof, Privat-/Honorarproz, nebenberufl.	41723	676	31	89	577	4	1464	27	1491
(8) Wissenschaftl.und stud. Hilfskräfte,	56602	27	863	653	841	34	2392	71	2463
(9) = (6) bis (8): nebenberufl. wissen-	99478	703	898	743	1435	43	3883	132	4015
(10) = (5)+(9): wiss./künstl. P. 1)	251879	746	3802	7078	26919	2106	40584	901	41485
(11) Verwaltungspersonal, hauptberufl.	61115	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	8568	9614	18182
(12) Technisches Personal, hauptberufl.	55453	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	18984	3200	22184
(13) Pflegepersonal, hauptberufl.	59750	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	51466	8192	59658
(14) Auszubildende, hauptberufl.	13759	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	1946	7206	9152
(15) Sonstiges Verwaltungs-, technisches u. sonst. Personal, hauptberufl.	77441	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	21417	19368	40785
(16)=(11) bis (15): Verwaltungs-, techn.	267518	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	102381	47580	149961
(17) Verwaltungs, technisches und sonst. Personal, nebenberufl.	2491	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	425	28	453
(18)=(16)+(17): Verwaltungs-, techn.	270009	259	3885	12310	81477	4875	102806	47608	150414
(19)=(10)+(18): Personal 1)	521888	1005	7687	19388	108396	6981	143390	48509	191899

1) Aufgrund der voneinander abweichenden Verfahren bei der fachlichen und der organisatorischen Zuordnung von Personalstellen differieren summarische Angaben zum Teil von der Summe der Einzelangaben.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Personal an Hochschulen 1995 (Reihe 4.4), Wiesbaden 1997.

Tabelle 2: Personal der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1996(Anzahl)

Re96aus.xls; 21.08.1998

Personal 1996 (Anzahl)	I. Hochschule insgesamt	II. Humanmed. allgemein (o.zentrale Einrichtungen)	III. Vorklinik mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	IV. Klin. Theorie mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	V. Klin.-prakt. Humanmedizin ohne Zahnmed. (o.zentrale)	VI. Klin.-prakt. Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VII.=II.bis VI. Fächergruppe Humanmed.1)	VIII. Zentrale Einrichtungen d. Hochschulklinika	IX.= VII.+VIII. Medizinische Einrichtungen
(1) hauptberufl. Professoren	37589	2	491	780	1733	198	3183	29	3212
(2) Dozenten und Assistenten, hauptberufl.	15843	11	479	889	4206	371	5929	81	6010
(3) wissenschaft./künstl.Mitarb., hauptberufl.	94626	33	1923	4895	20164	1446	28348	642	28990
unter (3) Ärzte im Praktikum	3297	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	3264	15	3279
(4) Lehrkräfte für besondere Aufgaben, hauptberufl.	6390	0	1	1	25	0	27	92	119
(5)=(1)bis (4): hauptberufl. wissenschaftl./künstl. P.	154448	46	2894	6565	26128	2015	37487	844	38331
(6) Gastprofessoren/Emereti, nebenberufl.	1395	16	0	3	17	0	36	32	68
(7) Lehrbeauftragte, Honorarprof. Privat-/Honorardoz. nebenberufl.	41947	698	25	153	910	13	1887	82	1969
(8) Wissenschaftl. und stud. Hilfskräfte	53833	6	747	731	769	30	2230	54	2284
(9) = (6) bis (8): nebenberufl. wissenschaftl./künstl. Personal	97176	720	772	887	1696	43	4153	168	4321
(10) = (5)+(9): wiss./künstl. P. 1)	251624	766	3666	7452	27824	2058	41640	1012	42652
(11) Verwaltungspersonal, hauptberufl.	62079	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	8483	9792	18275
(12) Technisches Personal, hauptberufl.	55198	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	18182	3118	21300
(13) Pflegepersonal, hauptberufl.	59894	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	54523	5264	59787
(14) Auszubildende, hauptberufl.	13419	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	1956	7015	8971
(15) Sonstiges verwaltungs-, technisches u. sonst. Personal, hauptberufl.	75175	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	20236	18590	38826
(16)=(11) bis (15): Verwaltungs-, techn.	265765	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	103739	43779	147518
(17) Verwaltungs, technisches und sonst. Personal, nebenberufl.	1955	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	463	26	489
(18)=(16)+(17): Verwaltungs-, techn. und sonst. Personal 1)	267720	217	3769	11910	82959	4987	103842	43805	147647
(19)=(10)+(18): Personal 1)	519344	983	7435	19362	110783	7045	145482	44817	190299

1) Aufgrund der voneinander abweichenden Verfahren bei der fachlichen und der organisatorischen Zuordnung von Personalstellen differieren summarische Angaben zum Teil von der Summe der Einzelangaben.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Personal an Hochschulen 1996 (Reihe 4.4), Wiesbaden 1998.

Tabelle 3: Personalstellen der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1994

re94aus.xls; 27.08.98

Personalstellen 1994	I. Hochschule insgesamt	II. Humanmed. allgemein (o.zentrale Einrichtungen)	III. Vorklinik mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	IV. Klin. Theorie mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	V. Klin.-prakt. Humanmedizin ohne Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VI. Klin.-prakt. Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VII.=II.bis VI. Fächergruppe Humanmed.1)	VIII. Zentrale Einrichtungen d. Hochschulklinika	IX.= VII.+VIII. Medizinische Einrichtungen
(1) C4	13933	68	207	393	801	128	1597	10	1607
(2) C3	19214	128	181	447	1150	101	2106	22	2128
(3) C2	12573	36	146	301	1087	63	1632	4	1636
(4) C1	16414	72	417	626	3459	337	4910	41	4951
(5) H,B,R3 u. höher, AT	354	1	1	7	0	1	10	2	12
(6) A16, R2	193	1	0	1	11	0	13	7	20
(7) A15, R1	2689	1	20	51	131	23	226	23	249
(8) A14	6234	35	80	205	678	59	1057	40	1097
(9) A13	4446	347	46	105	397	50	945	22	967
(10) BAT I-Ib, AT	17933	404	369	1281	7135	494	9682	217	9899
(11) BAT IIa,IIb	24371	106	351	927	4943	401	6728	213	6941
(12)= (1) bis (11): insgesamt höherer Dienst	118354	1198	1917	4343	19791	1657	28906	600	29506
(13) Nicht höherer Dienst	2534	40	0	7	16	1	64	1	65
(14)= (12)+(13): Insg. wissenschaftl. u.künstl. Personal 1)	120919	1238	1917	4350	19807	1658	28970	601	29571
(15) Beamte	11087	10	23	47	234	31	345	1464	1809
(16) Angestellte	145902	5834	2101	7790	54537	3201	73463	19187	92650
(17) Arbeiter	35178	979	300	889	5389	246	7802	13449	21251
(18) Praktikanten, Auszubildende, Sonst.	11809	618	95	118	1633	274	2737	5403	8140
(19)=(15) bis (18): Insg. Verwaltungs-, techn. u. sonst. Personal 1)	207494	7454	2584	8974	62752	3822	85586	40290	125876
(20)=(14)+(19): Personal insg. 1)	328413	8692	4501	13324	82559	5480	114556	40891	155447

1) Aufgrund der voneinander abweichenden Verfahren bei der fachlichen und der organisatorischen Zuordnung von Personalstellen differieren summarische Angaben zum Teil von der Summe der Einzelangaben.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Personal an Hochschulen 1994 (Reihe 4.4), Wiesbaden 1996.

Tabelle 3: Personalstellen der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1995

re95aus.xls; 09.10.1997

Personalstellen 1995	I. Hochschule insgesamt	II. Humanmed. allgemein (o.zentrale Einrichtungen)	III. Vorklinik mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	IV. Klin. Theorie mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	V. Klin.-prakt. Humanmedizin ohne Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VI. Klin.-prakt. Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VII.=II.bis VI. Fächergruppe Humanmed.1)	VIII. Zentrale Einrichtungen d. Hochschulklinika	IX.= VII.+VIII. Medizinische Einrichtungen
(1) C4	13791	10	214	415	822	139	1600	19	1619
(2) C3	19571	8	290	485	1203	109	2095	33	2128
(3) C2	12452	0	166	305	1122	82	1674	8	1682
(4) C1	16752	3	438	675	3589	363	5067	55	5122
(5) H,B,R3 u. höher, AT	420	46	2	4	0	1	53	0	53
(6) A16, R2	210	2	0	1	13	0	16	7	23
(7) A15, R1	2585	0	20	49	139	22	230	23	253
(8) A14	6189	12	82	207	679	62	1042	45	1087
(9) A13	4144	6	32	114	397	49	598	25	623
(10) BAT I-Ib, AT	16877	19	274	1190	6606	430	8518	286	8804
(11) BAT IIa,IIb	25044	86	443	1114	5802	455	7900	275	8175
(12)= (1) bis (11): insgesamt höherer Dienst	118034	191	1960	4558	20372	1711	28792	774	29566
(13) Nicht höherer Dienst	2889	17	30	52	283	42	423	9	432
(14)= (12)+(13): Insg. wissenschaftl. u.künstl. Personal 1)	121077	208	1990	4610	20654	1753	29215	783	29998
(15) Beamte	14258	11	25	48	276	10	370	1533	1903
(16) Angestellte	161188	250	2299	8596	60887	3108	75140	20919	96059
(17) Arbeiter	39558	214	413	1083	6390	302	8402	13976	22378
(18) Praktikanten, Auszubildende, Sonst.	12889	290	107	139	2359	285	3180	5455	8635
(19)=(15) bis (18): Insg. Verwaltungs-, techn. u. sonst. Personal 1)	227893	764	2843	9867	69912	3705	87091	41883	128974
(20)=(14)+(19): Personal insg. 1)	348970	972	4833	14477	90566	5458	116306	42666	158972

1) Aufgrund der voneinander abweichenden Verfahren bei der fachlichen und der organisatorischen Zuordnung von Personalstellen differieren summarische Angaben zum Teil von der Summe der Einzelangaben.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Personal an Hochschulen 1995 (Reihe 4.4), Wiesbaden 1997.

Tabelle 3: Personalstellen der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen 1996

re96aus.xls; 28.08.1998

Personalstellen 1996	I. Hochschule insgesamt	II. Humanmed. allgemein (o.zentrale Einrichtungen)	III. Vorklinik mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	IV. Klin. Theorie mit Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	V. Klin.-prakt. Humanmedizin ohne Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VI. Klin.-prakt. Zahnmed. (o.zentrale Einrichtungen)	VII.=II.bis VI. Fächergruppe Humanmed.1)	VIII. Zentrale Einrichtungen d. Hochschul-klinika	IX.= VII.+VIII. Medizinische Einrichtungen
(1) C4	13929	10	232	447	851	147	1687	15	1702
(2) C3	19879	6	291	505	1266	113	2181	35	2216
(3) C2	12430	0	176	332	1106	85	1699	8	1707
(4) C1	16529	4	479	700	3495	348	5025	57	5082
(5) H,B,R3 u. höher, AT	353	46	2	0	3	0	51	1	52
(6) A16, R2	176	2	0	2	11	0	15	7	22
(7) A15, R1	2586	2	25	53	146	24	250	19	269
(8) A14	6065	11	92	218	663	71	1056	47	1103
(9) A13	4060	5	54	117	381	49	606	23	629
(10) BAT I-Ib, AT	18039	19	330	1310	7387	498	9544	299	9843
(11) BAT IIa,IIb	23873	27	352	941	5417	489	7225	290	7515
(12)= (1) bis (11): insgesamt höherer Dienst	117918	131	2033	4625	20726	1824	29338	800	30138
(13) Nicht höherer Dienst	3907	17	24	58	285	44	427	68	495
(14)= (12)+(13): Insg. wissenschaftl. u.künstl. Personal 1)	121836	148	2057	4682	21011	1868	29765	868	30633
(15) Beamte	11306	125	24	47	211	13	420	1604	2024
(16) Angestellte	150535	550	2296	8411	63599	3279	78136	19770	97906
(17) Arbeiter	35826	226	379	1004	4933	290	6831	13840	20671
(18) Praktikanten, Auszubildende, Sonst.	12440	1	100	115	2325	311	2852	5469	8321
(19)=(15) bis (18): Insg. Verwaltungs-, techn. u. sonst. Personal 1)	210107	902	2799	9577	71068	3893	88239	40683	128922
(20)=(14)+(19): Personal insg. 1)	331943	1050	4856	14259	92079	5761	118004	41551	159555

1) Aufgrund der voneinander abweichenden Verfahren bei der fachlichen und der organisatorischen Zuordnung von Personalstellen differieren summarische Angaben zum Teil von der Summe der Einzelangaben.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Personal an Hochschulen 1996 (Reihe 4.4), Wiesbaden 1998.

Tabelle 4: Finanzierung des Personals der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen, 1994
re94aus.xls; 09.10.1997

Finanzierung des Personals 1994	I. Hochschulen insgesamt				II. Fächergruppe Humanmedizin				III. Zentrale Einrichtungen der Hochschulklinika				IV.=II.+III.: Medizinische Einrichtungen			
	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe
		Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln			Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln			Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln			Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln	
(1) hauptberufl. Professoren, Zahl	36995	35292	209	1494	3063	2903	12	148	24	24	0	0	3087	2927	12	148
(2) Dozenten und Assistenten, hauptberufl. (Zahl)	14537	13291	1012	234	4323	4029	231	63	49	49	0	0	4372	4078	231	63
(3) wissenschaft./künstl. Mitarb., hauptberufl. (Zahl)	89790	62470	21451	5869	27311	22183	3420	1708	562	536	10	16	27873	22719	3430	1724
unter (3) Ärzte im Praktikum	2875	2376	413	86	2839	2355	403	81	15	13	1	1	2854	2368	404	82
(4) Lehrkräfte für besondere Aufgaben, hauptberufl. (Zahl)	6416	6071	191	154	7	4	3	0	51	51	0	0	58	55	3	0
(5)=(1)bis (4): hauptberufl. Wiss./künstl.P. (Zahl)	147738	117124	22863	7751	34704	29119	3666	1919	686	660	10	16	35390	29779	3676	1935
(6) Gastprofessoren/Emereti, nebenberufl. (Zahl)	1040	861	48	131	98	80	1	17	1	1	0	0	99	81	1	17
(7) Lehrbeauftragte, Honorarprof, Privat-/Honorar doz., nebenb. (Zahl)	41549	36026	1036	4487	1719	1045	88	586	80	80	0	0	1799	1125	88	586
(8) Wissenschaftl. und stud. Hilfskräfte, Tutoren, nebenberufl. (Zahl)	56066	38801	8736	8529	2240	1231	630	379	61	46	4	11	2301	1277	634	390
(9) = (6) bis (8): nebenberufl. Wissen- schaftl./künstl. Personal (Zahl)	98655	75688	9820	13147	4057	2356	719	982	142	127	4	11	4199	2483	723	993
(10) = (5)+(9): wiss./künstl. P. (Zahl)	246393	192812	32683	20898	38761	31475	4385	2901	828	787	14	27	39589	32262	4399	2928
(11) Verwaltungspersonal, hauptberufl. (Zahl)	59590	54580	2242	2768	7052	5779	352	921	9222	9044	50	128	16274	14823	402	1049
(12) Technisches Personal, hauptberufl. (Zahl)	53940	46959	4147	2834	18740	15814	1511	1415	2828	2774	10	44	21568	18588	1521	1459
(13) Pflegepersonal, hauptberufl. (Zahl)	56876	52933	175	3768	48855	45487	159	3209	7920	7348	14	558	56775	53835	173	3767
(14) Auszubildende, hauptberufl. (Zahl)	13340	12258	47	1035	2427	2075	0	352	6712	6261	14	437	9139	8336	14	789
(15) Sonstiges Verwaltungs-, technisches u. sonst. P., hauptberufl. (Zahl)	79208	73557	2207	3447	23592	20265	739	1588	18791	18452	45	294	42383	37717	784	1882
(16)=(11) bis (15): Verwaltungs-, techn. und sonst. Personal, hauptberufl. (Zahl)	262954	240287	8818	13852	100666	89420	2761	7485	45473	43879	133	1461	146139	133299	2894	8946
(17) Verwaltungs, technisches und sonst. Personal, nebenberufl. (Zahl)	2128	985	207	936	913	44	64	805	8	8	0	0	921	52	64	805
(18)=(16)+(17): Verwaltungs-, techn. und sonst. Personal (Zahl)	265082	241272	9025	14788	101579	89464	2825	8290	45481	43887	133	1461	147060	133351	2958	9751
(19)=(10)+(18): Personal (Zahl)	511475	434084	41708	35686	140340	120939	7210	11191	46309	44674	147	1488	186649	165613	7357	12679

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Personal an Hochschulen 1994 (Reihe 4.4), Wiesbaden 1996.

Tabelle 4: Finanzierung des Personals der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen, 1995

re95aus.xls; 09.10.1997

Finanzierung des Personals 1995	I. Hochschulen insgesamt				II. Fächergruppe Humanmedizin				III. Zentrale Einrichtungen der Hochschulklinika				IV.=II.+III.: Medizinische Einrichtungen			
	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe
		Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln			Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln			Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln			Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln	
(1) hauptberufl. Professoren, Zahl	37672	37281	269	122	3179	3159	15	5	47	46	1	0	3226	3205	16	5
(2) Dozenten und Assistenten, hauptberufl. (Zahl)	16193	14657	1237	299	5731	5228	295	208	69	67	1	1	5800	5295	296	209
(3) wissenschaft./künstl. Mitarb., hauptberufl. (Zahl)	92506	64798	25136	2572	27788	23055	3619	1114	591	549	15	27	28379	23604	3634	1141
unter (3) Ärzte im Praktikum	3243	2663	409	171	3205	2637	403	165	21	19	1	1	3226	2656	404	166
(4) Lehrkräfte für besondere Aufgaben, hauptberufl. (Zahl)	6030	5823	142	65	3	2	1	0	62	62	0	0	65	64	1	0
(5)=(1)bis (4): hauptberufl. Wiss./künstl.P. (Zahl)	152401	122559	26784	3058	36701	31444	3930	1327	769	724	17	28	37470	32168	3947	1355
(6) Gastprofessoren/Emereti, nebenberufl. (Zahl)	1153	1024	50	79	27	24	0	3	34	34	0	0	61	58	0	3
(7) Lehrbeauftragte, Honorarprof, Privat-/Honorar doz., nebenb. (Zahl)	41723	36751	1114	3858	1464	787	82	595	27	25	0	2	1491	812	82	597
(8) Wissenschaftl. und stud. Hilfskräfte, Tutoren, nebenberufl. (Zahl)	56602	42225	10172	4205	2392	1344	649	399	71	54	7	10	2463	1398	656	409
(9) = (6) bis (8): nebenberufl. Wissen- schaftl./künstl. Personal (Zahl)	99478	80000	11336	8142	3883	2155	731	997	132	113	7	12	4015	2268	738	1009
(10) = (5)+(9): wiss./künstl. P. (Zahl)	251879	202559	38120	11200	40584	33599	4661	2324	901	837	24	40	41485	34436	4685	2364
(11) Verwaltungspersonal, hauptberufl. (Zahl)	61115	57686	2497	932	8568	7591	622	355	9614	9452	26	136	18182	17043	648	491
(12) Technisches Personal, hauptberufl. (Zahl)	55453	49900	4642	911	18984	17064	1352	568	3200	3151	12	37	22184	20215	1364	605
(13) Pflegepersonal, hauptberufl. (Zahl)	59750	58113	170	1467	51466	50253	144	1069	8192	7783	11	398	59658	58036	155	1467
(14) Auszubildende, hauptberufl. (Zahl)	13759	12908	56	795	1946	1769	5	172	7206	6734	19	453	9152	8503	24	625
(15) Sonstiges Verwaltungs-, technisches u. sonst. P., hauptberufl. (Zahl)	77441	73841	2512	1088	21417	20387	690	340	19368	18980	38	350	40785	39367	728	690
(16)=(11) bis (15): Verwaltungs-, techn. und sonst. Personal, hauptberufl. (Zahl)	267518	252448	9877	5193	102381	97064	2813	2504	47580	46100	106	1374	149961	143164	2919	3878
(17) Verwaltungs, technisches und sonst. Personal, nebenberufl. (Zahl)	2491	2383	105	3	425	424	0	1	28	28	0	0	453	452	0	1
(18)=(16)+(17): Verwaltungs-, techn. und sonst. Personal (Zahl)	270009	254831	9982	5196	102806	97488	2813	2505	47608	46128	106	1374	150414	143616	2919	3879
(19)=(10)+(18): Personal (Zahl)	521888	457390	48102	16396	143390	131087	7474	4829	48509	46965	130	1414	191899	178052	7604	6243

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Personal an Hochschulen 1995 (Reihe 4.4), Wiesbaden 1997.

Tabelle 4: Finanzierung des Personals der Hochschulen einschließlich hochschulmedizinischer Einrichtungen, 1996

re96aus.xls; 09.10.1998

Finanzierung des Personals 1996	I. Hochschulen insgesamt				II. Fächergruppe Humanmedizin				III. Zentrale Einrichtungen der Hochschulklinika				IV.=II.+III.: Medizinische Einrichtungen			
	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe	Personal Anzahl	Finanzierung aus...		Nicht finanz./ ohne Angabe
		Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln			Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln			Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln			Stellenplan o. sonst. Haushalts- mitteln	Drittmitteln	
(1) hauptberufl. Professoren, Zahl	37589	37206	254	131	3183	3163	17	3	29	29	0	0	3212	3192	17	3
(2) Dozenten und Assistenten, hauptberufl. (Zahl)	15843	14680	876	287	5929	5594	121	214	81	79	1	1	6010	5673	122	215
(3) wissenschaft./künstl. Mitarb., hauptberufl. (Zahl)	94626	64989	27931	1706	28348	23186	4258	904	642	594	31	17	28990	23780	4289	921
unter (3) Ärzte im Praktikum	3297	2652	453	192	3264	2630	442	192	15	13	2	0	3279	2643	444	192
(4) Lehrkräfte für besondere Aufgaben, hauptberufl. (Zahl)	6390	6133	145	112	27	26	1	0	92	92	0	0	119	118	1	0
(5)=(1)bis (4): hauptberufl. Wiss./künstl.P. (Zahl)	154448	123006	29206	2236	37487	31969	4397	1121	844	794	32	18	38331	32763	4429	1139
(6) Gastprofessoren/Emereti, nebenberufl. (Zahl)	1395	1228	84	83	36	24	1	11	32	32	0	0	68	56	1	11
(7) Lehrbeauftragte, Honorarprof, Privat-/Honorarproz, nebenb. (Zahl)	41947	38132	642	3173	1887	1079	74	734	82	79	0	3	1969	1158	74	737
(8) Wissenschaftl. und stud. Hilfskräfte, Tutoren, nebenberufl. (Zahl)	53834	39263	11506	3791	2230	1142	696	392	54	35	4	15	2284	1177	700	407
(9) = (6) bis (8): nebenberufl. Wissen- schaftl./künstl. Personal (Zahl)	97176	78623	12232	7047	4153	2245	771	1137	168	146	4	18	4321	2391	775	1155
(10) = (5)+(9): wiss./künstl. P. (Zahl)	251624	201629	41438	9283	41640	34214	5168	2258	1012	940	36	36	42652	35154	5204	2294
(11) Verwaltungspersonal, hauptberufl. (Zahl)	62079	58902	2582	595	8483	7621	599	263	9792	9694	35	63	18275	17315	634	326
(12) Technisches Personal, hauptberufl. (Zahl)	55198	49930	4710	558	18182	16506	1361	315	3118	3095	13	10	21300	19601	1374	325
(13) Pflegepersonal, hauptberufl. (Zahl)	59894	59058	181	655	54523	53879	156	488	5264	5073	24	167	59787	58952	180	655
(14) Auszubildende, hauptberufl. (Zahl)	13419	12844	188	387	1956	1903	13	40	7015	6637	140	238	8971	8540	153	278
(15) Sonstiges Verwaltungs-, technisches u. sonst. P., hauptberufl. (Zahl)	75175	72075	2451	649	20235	19532	545	158	18590	18382	51	157	38825	37914	596	315
(16)=(11) bis (15): Verwaltungs-, techn. und sonst. Personal, hauptberufl. (Zahl)	265765	252809	10112	2844	103379	99441	2674	1264	43779	42881	263	635	147158	142322	2937	1899
(17) Verwaltungs, technisches und sonst. Personal, nebenberufl. (Zahl)	1955	1773	158	24	463	458	4	1	26	26	0	0	489	484	4	1
(18)=(16)+(17): Verwaltungs-, techn. und sonst. Personal (Zahl)	267720	254582	10270	2868	103842	99899	2678	1265	43805	42907	623	635	147647	142806	3301	1900
(19)=(10)+(18): Personal (Zahl)	519344	456211	51708	12151	145482	134113	7846	3523	44817	43847	659	671	190299	177960	8505	4194

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Personal an Hochschulen 1996 (Reihe 4.4), Wiesbaden 1998.

Tabelle 5: Studenten und Prüfungen an den Hochschulen und der Fächergruppe Humanmedizin 1994
28.08.1998 Re94aus.xls

Studenten und Prüfungen 1994	I.Hochschulen insgesamt		II. Fächergruppe Humanmedizin	
	Anzahl	durchschnittl. Alter der Stud. bzw.Prüflinge	Anzahl	durchschnittl. Alter der Stud. bzw.Prüflinge
(1) Immatrikulierte Studenten WS 1994/95	1867604	kA	101955	kA
(2): unter (1) im ersten Fachsemester	300185	kA	9611	kA
(3) Absolventen: Diplom und entsprechende Abschlußprüfung (Staatsprüfung etc.)	101972	kA	12921	kA
(4): unter (3) deutsche Absolventen: Diplom und entsprechende Abschlußprüfung (Staatsprüfung etc.)	93654	28,0 bzw. 31,0 1)	12171	28,4 bzw. 33,8 1)
(5) Promotionen	22404	kA	7415	kA
(6): unter (5) Promotionen deutscher Absolventen	20878	33,6 bzw. 31,7 1)	7168	kA bzw. 31,1 1)
(7) Habilitationen	1479	40,1	533	39,8

1) Durchschnittsalter bei Abschluß der ersten bzw. weiteren Prüfung.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Studierende an Hochschulen Wintersemester 1994/95 (Reihe 4.1), . Prüfungen an Hochschulen 1994 (Reihe 4.2), Personal an Hochschulen 1994 (Reihe 4.4), jeweils Wiesbaden 1996

Tabelle 5: Studenten und Prüfungen an den Hochschulen und der Fächergruppe Humanmedizin 1995
09.10.1997 Re95aus.xls

Studenten und Prüfungen 1995	I.Hochschulen insgesamt		II. Fächergruppe Humanmedizin	
	Anzahl	durchschnittl. Alter der Stud. bzw.Prüflinge	Anzahl	durchschnittl. Alter der Stud. bzw.Prüflinge
(1) Immatrikulierte Studenten WS 1995/96	1.853.243	k.A.	99110	k.A.
(2): unter (1) im ersten Fachsemester	299354	k.A.	9706	k.A.
(3) Absolventen: Diplom und entsprechende Abschlußprüfung (Staatsprüfung etc.)	105703	k.A.	12158	k.A.
(4): unter (3) deutsche Absolventen: Diplom und entsprechende Abschlußprüfung (Staatsprüfung etc.)	96843	28,0 bzw. 31,8 1)	11585	28,4 bzw. 32,6 1)
(5) Promotionen	22387	k.A.	7228	k.A.
(6): unter (5) Promotionen deutscher Absolventen	20901	34,3 bzw. 31,9 1)	6945	31,4
(7) Habilitationen	1532	40	524	39,5

1) Durchschnittsalter bei Abschluß der ersten bzw. weiteren Prüfung.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Studierende an Hochschulen Wintersemester 1995/96 (Reihe 4.1), . Prüfungen an Hochschulen 1995 (Reihe 4.2), Personal an Hochschulen 1995 (Reihe 4.4), jeweils Wiesbaden 1997

Tabelle 5: Studenten und Prüfungen an den Hochschulen und der Fächergruppe Humanmedizin 1996
28.08.1998 Re96s.xls

Studenten und Prüfungen 1996	I.Hochschulen insgesamt		II. Fächergruppe Humanmedizin	
	Anzahl	durchschnittl. Alter der Stud. bzw.Prüflinge	Anzahl	durchschnittl. Alter der Stud. bzw.Prüflinge
(1) Immatrikulierte Studenten WS 1996/97	1.834.658	kA	97577	kA
(2): unter (1) im ersten Fachsemester	306065	kA	9922	kA
(3) Absolventen: Diplom und entsprechende Abschlußprüfung (Staatsprüfung etc.)	110530	kA	11933	kA
(4): unter (3) deutsche Absolventen: Diplom und entsprechende Abschlußprüfung (Staatsprüfung etc.)	101315	28 bzw. 32,1 1)	11252	28,5 bzw. 34,4 1)
(5) Promotionen	22849	kA	7337	kA
(6): unter (5) Promotionen deutscher Absolventen	21293	33,3 bzw. 32,0 1)	7073	kA bzw. 31,4 1)
(7) Habilitationen	1609	39,9	541	39,7

1) Durchschnittsalter bei Abschluß der ersten bzw. weiteren Prüfung.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur (Fachserie 11), Studierende an Hochschulen Wintersemester 1996/97 (Reihe 4.1), . Prüfungen an Hochschulen 1996 (Reihe 4.2), Personal an Hochschulen 1996 (Reihe 4.4), jeweils Wiesbaden 1998

Tabelle 6: Synopse von neuen Strukturregelungen der Länder für die Hochschulklinika, Stand: 17. Juni 1999

Bundesland	Rechtsform	Gegenstand	Zusammensetzung des Aufsichtsorgans	Zusammensetzung des Klinikumsvorstandes	Entscheidungen über Zuschuß für Forschung und Lehre	Konfliktregelung	Besonderheiten	Gesetz vom bzw. Verfahrensstand für Novelle
Baden-Württemberg	rechtsfähige Anstalt d. öffentl. Rechts d. Universität	Klinikum	WM, FM, Rektor, Prorektor, max. 4 Externe (insbes. Wirtsch., Med.); Personalvertr. (beratend)	ÄD, Stellvertr. des ÄD, KD, PD, Dekan	Fakultätsvorstand	Aufsichtsratsanrufung o. Dekan (Satzung)	Fakultätsvorstand	Hochschulmedizinreform-Gesetz (verabschiedet: 13.11.97, in Kraft seit: 1.1.98)
Bayern	Staatsbetrieb i.S. von Art. 26 BayHO (organisatorisch, finanzwirtschaftlich u. verwaltungsmäßig selbständiger Teil d. Hochschule)	Klinikum	WM (Vorsitz), FM, A/SM, Rektor/Präsident, Dekan, 2 Externe (Wirtsch., Leiter Klin. Einrichtung/KV)	ÄD, VD, PD, Med. Prof.	Klinikum	Aufsichtsratsanrufung	Experimentierklausel: selbständige Anstalt des öffentlichen Rechts o. Rechtsform des privaten Rechts; Klinikumskonferenz	Bayer. Hochschulgesetz (Änderungsgesetz vom 24.7.1998; in Kraft seit: 1.8.98)
Berlin	/	/	/	/	/	/	/	/
Hamburg	/	/	/	/	/	/	/	Referententwurf in Vorbereitung
Hessen	rechtsfähige Anstalt d. öffentl. Rechts d. Universität	Klinikum: med. Zentren (klin. und klin.-theroret. Einrichtungen), techn. Einrichtungen (Versorgungs- und Hilfsbetriebe) sowie Schulen für nichtärztliche Fachberufe	3 WM, UP, PR, 2 Persönlichkeiten aus Wissenschaft und Wirtschaft	ÄD, VD, PD, Dekan	Universität ist Zuwendungsempfänger	Ministerium	VO-Regelung u. a. zur inneren Organisation d. Klinikums, Aufgaben u. Zusammensetzung d. Aufsichtsrats	Hess. Hochschulgesetz (Fassung vom 3.11.1998)
Mecklenburg-Vorpommern	/	/	/	/	/	/	/	/
Niedersachsen	Landesbetriebe nach § 26 LHO (als organisatorisch u. wirtschaftlich weitestgehend selbständige Hochschule -MHH- oder Teil einer Hochschule - Bereich Humanmedizin d. Universität Göttingen -)	Medizinische Hochschule Hannover bzw. Bereich Humanmedizin einschließlich Klinikum der Universität Göttingen	Fach- und Rechtsaufsicht wird durch das zuständige Ministerium wahrgenommen	kein Klinikumsvorstand, auf Ressortebene KV: Krankenhausbetriebsleitung und Klinikumskonferenz	Fachbereich bzw. Vorstand	Hochschulleitung bzw. Ministerium	Experimentierklausel: VO-Ermächtigung zur Regelung der Organisation u. d. Aufgaben in der Humanmedizin, von der das Ministerium in Bezug auf die Medizinische Hochschule Hannover und den Bereich Humanmedizin der Universität Göttingen Gebrauch gemacht hat.	Nieders. Hochschulgesetz (i.d.F. vom 24.3.98), Humanmed VO (in Kraft seit 1.8.1998)
Nordrhein-Westfalen	rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts oder privatwirtschaftliche GmbH	Med. Einrichtungen (klin. u. med.-theroret. Einrichtungen mit zentralen Dienstleistungseinrichtungen u. techn. Versorgungs- und Hilfsbetrieben sowie Schulen für Heilhilfsbetriebe	Aufsichtsrat			Fachbereich		Regierungsentwurf (März 1999)
Rheinland-Pfalz	rechtsfähige Anstalt d. öffentl. Rechts d. Landes	Klinikum	WM, 2 Landesvertr., Präsident, 1 Fachber.vertr., ohne Stimmrecht; 2 Pers.vertr., max. 3 Externe (Wirtsch., med. Wiss.), Patientenfürsprecher	ÄD, VD, PD, Dekan				Landesgesetz (verabschiedet: 1.7.97, in Kraft seit: 1.1.98)
Saarland	rechtlich unselbständige Anstalt d. Universität (Landesbetrieb gemäß § 26 LHO)	Klinikum: Kliniken u. klin. Institute (u. die ihnen dienenden zentr. Einrichtungen u. den Schulen f. Fachberufe d. Gesundheitswes.)		ÄD, VD, PD, Dekan (beratend)	Klinikum: Vorstand stellt Grundsätze für d. Verteilung auf		Direktorenkonferenz, Großgerätekommission, Konferenz d. ltd. Krankenpflegekräfte; VO-Ermächtigung (Klinikordnung) zur Regelung d. Aufgaben, Leitung, Organisation u. Nutzung d. Klinikums, Ermächtigungsklausel zur rechtl. Verselbständigung	Regierungsentwurf (März 1999)
Sachsen	rechtsfähige Anstalt d. öffentl. Rechts d. Landes	Klinikum: Kliniken u. klin. Institute (u. die ihnen dienenden Einrichtungen sowie die Schulen für nichtärztl. u. med. Berufe)	WM, FM, SM, Kanzler, 1 Dekanatsvertr., 1 Vertreter d. Beschäftigten, 5 Externe (Med., Wirtsch.)	ÄD, KD, Dekan (beratend)	Dekanatskollegium	Gemeinsame Konferenz (Rektor oder neutral. Wiss. = Vorsitz, Dekanat, Klin.Vorst.)	Gemeinsame Konferenz	Sächsisches Hochschulmedizingesetz (verabschiedet: 18.3.1999, in Kraft: 1.7.99)
Sachsen-Anhalt	Landesbetrieb i.S. von § 26 LHO als verselbständigter Teil d. Fachbereichs	Klinikum: Kliniken u. klin.-theroret. Institute (u. die ihnen dienenden Dienstleistungseinrichtungen sowie die Ausbildungsstätten)	Verwaltungsrat (bes. Organ i.S. § 60 HRG): KM, FM, AM, Rektor, Kanzler, 2 Externe (Wirtsch., Wiss.), 2 Personalvertreter	ÄD, VD, PD, Dekan, Leiter einer Klinik o. eines klin.-theroret. Instituts	Fachbereich	Fachbereichssprecher	Finanzierung/Leasing, Bettenabbau, Evaluierung	Gesetz zur Entw. der med. Fachbereiche (verabschiedet: 23.1.97, in Kraft: 1.1.97)
Schleswig-Holstein	rechtsfähige Anstalt d. öffentl. Rechts d. Hochschule	Klinikum	WM, FM, AM (mit teils je 2 Stimmen) aus Kiel u. Lübeck jeweils: Rektor, Personalvertr.; 2 Externe (Med.Wiss., Wirtsch.); o. Stimmrecht: 1 Gewerkschaftsvert., aus Kiel u. Lübeck jeweils: Direktor klin. Abteilung, kl. Wiss., Med.Stud., Gleichstellungs- oder Frauenbeauftragte	ÄD, KD, PD, Dekan	Klinikum: Vorstand beschließt über Mittel im Benehmen mit Fachbereich	Aufsichtsrat	Vereinbarung über Zusammenarbeit von Klinikum u. Hochschule	Gesetz zur Neuordnung der Universitätsklinika in Schleswig-Holstein (verabschiedet: 28.10.98, in Kraft: 1.1.99)
Thüringen	rechtlich unselbständige Anstalt d. Landes	Klinikum: Kliniken u. klin.-theroret. u. medizin.-theroret. Institute	Verwaltungsrat: Rektor, 1 Med.Prof., max. 4 Landesvertr., 2 Pers.vertr. Klinik., 2 Externe (Wiss./Med., Wirtsch.)	ÄD, VD, PD, Dekan, 1 Fachber.vertr.	Klinikum: Vorstand im Benehmen mit Fachbereich	keine		Thüringer Hochschulgesetz (Änderungsgesetz in Kraft seit 22.5.1999)

ÄD: Ärztl. Direktor, KD: Kaufm. Direktor, PD: Pflegedirektor, VD: Verwaltungsdirektor, UP: Universitätspräsident, AM: Min. für Arbeit, Soziales, FM: Finanzmin., KM: Kultusmin., SM: Min. für Soziales, WM: Wiss.Min.; KV: Krankenversorgung

Quelle: Wissenschaftsrat erstellt nach Landesgesetzen und Gesetzentwürfen.

Anlage 1: Kurzbeschreibung Integrationsmodell und Kooperationsmodell

Die Zusammenfassung von Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten für Forschung, Lehre und Krankenversorgung in einem einheitlichen medizinischen Vorstand (Integrationsmodell; z.B. Hessen, Hamburg, Niedersachsen) fördert unter Umständen die Abstimmung der zum Teil konflikträgen Belange von Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Allerdings besteht die Gefahr, daß im gemeinsamen Leitungsgremium Belange der vordringlich erscheinenden Krankenversorgung größeres Gewicht beigemessen wird und insofern Entscheidungen zu Lasten von Forschung und Lehre gefällt werden. Zumal, wenn an der bisherigen Vermischung von Finanzierungsströmen für Forschung, Lehre und Krankenversorgung festgehalten wird. In diesem Zusammenhang ist es von besonderer Bedeutung, den hochschulmedizinischen Einrichtungen ein von der Krankenversorgung getrenntes Budget für Forschung und Lehre zuzuweisen; die Verteilung des Budgets für Forschung und Lehre sollte nach Leistungskriterien erfolgen und in der Hand der Fakultät liegen.⁸⁷ Bedingt ist dies auch beim Integrationsmodell möglich: die Verteilung des Budgets für Forschung und Lehre könnte dem Dekan als Mitglied des gemeinsamen Leitungsgremiums im Rahmen seiner Ressortzuständigkeit für den Aufgabenbereich Forschung und Lehre übertragen werden. Soweit ein Beschluß des gemeinsamen Gremiums vorgesehen ist bei Fragen, die die Schnittstelle von Forschung, Lehre und Krankenversorgung betreffen, sind allerdings besondere Vorkehrungen und Konfliktfallregelungen nötig, um die ausreichende Berücksichtigung von akademischen Belangen sicherzustellen. Hier sollte dem Dekan z.B. ein Vetorecht eingeräumt werden.

Beim Kooperationsmodell (z.B. Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein, Sachsen), bei dem eine getrennte Zuordnung von Aufgaben in Forschung und Lehre einerseits und in der Krankenversorgung andererseits an die jeweiligen eigenständigen Leitungsorgane Fakultätsrat und Klinikumsvorstand besteht, kann hingegen eine weitgehende Autonomie in Fragen von Forschung und Lehre sichergestellt werden. Hier ist allerdings der Gefahr des Auseinanderdriftens beider Berei-

⁸⁷ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1995, Bd. I, S. 90 ff.

che entgegenzuwirken und durch geeignete Regelungen die Zusammenarbeit sicherzustellen. Daher sollte der Klinikumsleitung auf seiten der Fakultät ein Ansprech- und Kooperationspartner gegenüberstehen, der mit vergleichbaren Kompetenzen und Verantwortlichkeiten für die akademischen Angelegenheiten ausgestattet ist.