

# Krankenhaus-Report 2007

## „Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /  
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 121-141



<b>7</b>	<b>Die Rolle der Universitätsklinik und ihrer Ambulanzen in der zukünftigen Versorgung .....</b>	<b>121</b>
	<i>Rüdiger Strehl</i>	
7.1	Grunddaten .....	121
7.1.1	Aufgaben, Leistungen, Kapazitäten .....	121
7.1.2	Erträge, Kosten, Ergebnisse .....	122
7.1.3	Investitionen .....	124
7.1.4	Internationaler Rang .....	124
7.2	Gegenwärtige Situation der Hochschulmedizin in Deutschland .....	125
7.2.1	Rahmenbedingungen Gesundheitspolitik .....	125
7.2.2	Rahmenbedingungen Wissenschaftspolitik .....	126
7.2.3	Rahmenbedingungen Finanzpolitik .....	128
7.3	Perspektivische Entwicklungsoptionen .....	130
7.3.1	Quantitative Reaktionen .....	130
7.3.2	Strukturelle Strategien .....	133
7.3.3	Dritter Sektor .....	136
7.3.4	Innovationen .....	138
7.3.5	Strategische Handlungsfähigkeit der Hochschulmedizin .....	139
7.4	Literatur .....	141

# 7 Die Rolle der Universitätsklinik und ihrer Ambulanzen in der zukünftigen Versorgung

Rüdiger Strehl

## Abstract

Die Universitätsmedizin organisiert einen komplizierten Aufgabenverbund. Die Finanzierung der Krankenversorgung ist begrenzt. Finanzausschüsse aus den öffentlichen Haushalten für Forschung, Lehre und Krankenversorgung stagnieren oder sinken. Um im Wettbewerb bestehen zu können, sind neue Aufgabenprofile und Governance-Reformen unerlässlich. Der Zugang zu Innovationen und deren Finanzierung ist eines der zentralen Zukunftsprobleme für die Universitätsmedizin.

University medical centers coordinate a complex combination of tasks. Funding through health care provision is limited. Government grants for research, teaching and investments are stagnating or declining. In order to stay competitive, a recombination of tasks and governance reforms is essential. Access to medical innovations and their respective funding are major future challenges for university medical centers.

7

## 7.1 Grunddaten

### 7.1.1 Aufgaben, Leistungen, Kapazitäten

Die Hochschulmedizin in Deutschland ist durch einen Aufgabenverbund gekennzeichnet. Dieser organisiert:

- Forschung
- Lehre (Ausbildung von Human- und Zahnmedizinern)
- Schulen, insbesondere für nichtärztliche medizinische Berufe
- Versorgung kranker GKV-, Privat- und Selbstzahlerpatienten durch stationäre Akutversorgung über alle Levels und Versorgungsstufen, nichtstationäre Angebote in Hochschulambulanzen, Spezialsprechstunden, AOP, IV, MVZ, psychiatrischen Ambulanzen usw.
- ärztliche Weiterbildung
- Heranbildung des Wissenschaftlichen Nachwuchses
- Dienstleistungen unterschiedlichster Art, insbesondere auch Mitversorgung anderer medizinischer Einrichtungen.

Tabelle 7–1

**Strukturdaten der Universitätsklinik und medizinischen Fakultäten in Deutschland**

	Deutschland	Universitätsklinik	Anteil
Anzahl Krankenhäuser	Ca. 2 200	33 (38 Hauptstandorte)	1,5 %
Stationäre Fälle/Jahr	Ca 17,3 Mio	1,7 Mio	10 %
Betten	542,000	50,000	9 %
Verweildauer	8,9 Tage	7,1–9,7 Tage	
Ambulante Fälle		4 Mio Quartalsfälle ohne PP,AOP,IV etc.	
Studierende Humanmedizin		11 000; 1. Fachsemester 61 000 Regelstudienzeit 6 900 Examina/Jahr	
Studierende Zahnmedizin		2 000; 1. Fachsemester 10 000 Regelstudienzeit 1 200 Examina/Jahr	
Ärzte in Weiterbildung		Ca. 20 000 (Schätzung ca. 50 % der Gesamtstellen für Ärzte)	
Wissenschaftlicher Nachwuchs		Ca. 30 000 (Schätzung ca. 75 % der Gesamtstellen für Ärzte)	

Krankenhaus-Report 2007

WldO

Es gibt derzeit in Deutschland 33 Universitätsklinik, von denen 27 in dem traditionellen Verbund – eine Universitätsklinik (UK), eine Medizinfakultät (MF), eine Universität – tätig sind. Die folgende Übersicht weist aus, dass bereits bei sechs Universitätsklinik Sonderkonstellationen mit mehreren Hauptstandorten (oftmals zuvor eigenständige Universitätsklinik), Mehrfachzuordnungen zu Medizinischen Fakultäten und Universitäten vorliegen, die zumeist auf Fusionsvorhaben und/oder Trägerwechsel zurückzuführen sind, die bisher in der Regel noch nicht vollzogen und abgeschlossen sind.

Die Hochschulmedizin als Verbund der Universitätsklinik und Medizinischen Fakultäten ist durch die in Tabelle 7–1 dargestellten Strukturdaten gekennzeichnet.

### 7.1.2 Erträge, Kosten, Ergebnisse

Die Hochschulmedizin verfügte 2004 über ca. 13 Mrd Euro Erträge, die sich wie folgt zusammensetzen:

- 8 Mrd Euro stationäre, nichtstationäre und ambulante Krankenversorgung (GKV und PKV)
- 3 Mrd Euro Zuschüsse für Forschung und Lehre aus den Länderhaushalten
- 1 Mrd Euro Forschungsdrittmittel aus verschiedenen Quellen
- 1 Mrd Euro Investitionszuschüsse von Bund und Ländern.

Diese Ertragskomponenten verändern sich nur sehr wenig. Die stationären Erträge unterliegen den Budgetdeckelungen des Sozialrechts. Damit ergibt sich die bekannte Scherenproblematik, die eine Überwälzung externer Preiserhöhungen bei den Personaltarifen, den Energiekosten, teuren Arzneimittel- und Medizinproduktinnovationen sowie Steuererhöhungen und Zwangsabgaben verhindert. Die Zuschüsse für Forschung und Lehre stagnieren auf dem Niveau zur Jahrtausendwende und entsprechen deshalb wegen der diversen Tarif- und Preissteigerungen nicht den erforderlichen Fortschreibungen. Gravierende Einbrüche ergeben sich 2007 bei den Investitionszuschüssen als Auswirkungen der Föderalismusreform I (s. u.).

Allerdings weisen die Standorte nur bei den stationären Erträgen gleiche Rahmenbedingungen wegen des bundeseinheitlichen Preis- und Budgetierungssystems auf. Wobei auch hier kleinere Unterschiede über die Landesbasisfallwerte zu verzeichnen sind, die sich inzwischen aber halbiert haben.

Bei den ambulanten Vergütungsregelungen gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Auch differiert die Situation bei den Erträgen aus Privatbehandlungen teilweise erheblich. Eklatant sind die regionalen Unterschiede bei den Zuschüssen für Forschung und Lehre (2004: Minimum 29,8 Mio Euro; Maximum 144,1 Mio Euro; Nichteinbeziehung der Doppelstandorte Berlin und LMU München mit Zuschüssen von jeweils mehr als 200 Mio Euro). Ähnlich fallen Mehrjahresbilanzen bei den Investitionszuschüssen aus (s. u.)

Die groben Kostenstrukturen der Universitätsklinik unterscheiden sich nicht evident von denen der Krankenhäuser im Allgemeinen. Bei den Kostenarten sind Unterschiede insbesondere bei der Personalgruppe der medizinisch-technischen Assistenten (Labor und Radiologie) und beim medizinischen Bedarf zu registrieren. Auswertungen der Kostenmatrix für die DRG-Kalkulation zeigen zudem deutliche Unterschiede bei den Kostenstellenkomplexen Intensiv, Radiologie und Labor. Dies führt unverändert beim Durchschnitt aller Universitätsklinik zu Differenzen der hausindividuellen Basisfallwerte gegenüber den landesweit geltenden Richtgrößen. Durch die Verbesserung der Kalkulation und des DRG-Systems im Verlauf der Konvergenzphase haben sich die Differenzen deutlich zugunsten der Universitätsklinik verringert.

2004 wiesen etwa 50 % der Universitätsklinik negative Betriebsergebnisse aus. Dies ist im Wesentlichen auf drei Faktoren in jeweils unterschiedlicher Ausprägung zurückzuführen. An erster Stelle rangiert die Scherenproblematik als Ursache, weil Tarifsteigerungen beim Personal und vielfältige andere Sachkostensteigerungen wegen der sozialrechtlich oktroyierten Budgetierungen nicht an die Kostenträger weitergegeben werden können. Zweitens stehen nicht jedem Standort die Ausweichstrategien zur Verfügung, mit Steigerungen der Leistungszahlen die Produktivität zu erhöhen, weil dies die jeweilige Konkurrenzlage nicht zuließ. Drittens sind die Universitätsklinik organisatorisch und personell noch unterschiedlich aufgestellt, sodass die strategischen innerbetrieblichen Anpassungspotenziale nur unvollständig genutzt werden können.

### 7.1.3 Investitionen

Die Hochschulmedizin erhielt bis Ende 2006 ungefähr 90 % ihrer Investitionen von Bund und Ländern nach dem Hochschulbauförderungsgesetz als verfassungsrechtlich geregelte Gemeinschaftsaufgabe auf der Basis von Artikel 91a des Grundgesetzes finanziert, soweit für Bau und Großgeräte Bagatellgrenzen überschritten wurden. Unterhalb dieser Grenzen war die ausschließliche Zuständigkeit des Landes gegeben.

Selbst wenn der anteilige Investitionsbedarf für Forschung und Lehre in Abzug gebracht wird, war damit für die Universitätsklinik eine herausragende Besserstellung gegenüber den mehr als 2000 übrigen Krankenhäusern verbunden, die vorrangig nach dem KHG ihre Investitionsfinanzierung ausrichten mussten. Während für den Hochschulmedizinbereich einschließlich der Universitätsklinik bis 2006 rund 1 Mrd Euro pro Jahr für Investitionen verfügbar war, belief sich das Volumen der KHG-Mittel insgesamt auf ca. 2,7 Mrd Euro.

Diese Besserstellung kam dabei weniger den Investitionen in Bau und Betriebstechnik zugute. Vor allem weisen die Universitätsklinik gegenüber den übrigen Krankenhäusern eine sichtbar bessere und hochwertigere Ausstattung in der Medizintechnik und flächendeckende IT-Systeme auf.

### 7.1.4 Internationaler Rang

Die deutsche Hochschulmedizin hat inzwischen international mit ihren Ergebnissen zweifellos wieder eine Spitzenstellung erreicht. In der Krankenversorgung wird alles angeboten, was international zum Repertoire der Hochleistungsmedizin gerechnet wird.

Der Wissenschaftsrat mäkelte zwar seit Jahren an der Leistungskraft der medizinischen klinischen und Grundlagenforschung, liefert hierfür aber keinerlei empirische Beweise. Aus Beobachtungen gerade der nordamerikanischen Szene lassen sich eher andere Schlüsse ableiten. Im Vergleich beispielsweise mit den USA ist das deutsche System der Hochschulmedizin unterfinanziert und überlastet. Die renommierten Komplexe der Medical Schools in Baltimore, Boston, San Francisco und Stanford verfügen über die fünf- bis achtfachen Mittel für Forschung und Lehre im Vergleich zu den gut dotierten deutschen Standorten. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache schneidet die Forschung in Deutschland eher günstig ab.

In Deutschland liegen die jährlichen Zulassungen zum Human- und Medizinstudium pro Fakultät durchschnittlich bei ca. 300. Die Zahl der Erstzulassungen überschreitet dagegen in den USA selten die Zahl 100 pro Jahr, was bessere Betreuungsrelationen, intensiveren Praxisbezug und eine bessere Infrastruktur in der Lehre ermöglicht.

Auch profitieren die USA-Komplexe von den besseren Stiftungs- und Steuerregelungen. Wer den Campus der Medical School der University of California in Los Angeles betrachtet, trifft überwiegend auf Gebäude, die die Namen ihrer Stifter tragen. Dies entlastet den Investitionsetat des Staates Kalifornien immens und setzt Mittel für laufende Finanzierungen frei.

## 7.2 Gegenwärtige Situation der Hochschulmedizin in Deutschland

### 7.2.1 Rahmenbedingungen Gesundheitspolitik

Die Universitätsklinik haben im Finanzierungssystem der stationären und nicht-stationären Krankenversorgung grundsätzlich keine Sonderstellung. Das Fallpauschalensystem finanziert die stationären Fälle träger- und typenunabhängig. Es gibt keinerlei Sonderregelungen für Universitätsklinik. Im Ordnungsrahmen für die Krankenhäuser werden die Universitätsklinik nur bei drei Regelungsbereichen anders als der übrige Krankenhausbereich behandelt. Erstens sind sie sozial- (§ 108 SGB V) und landeskrankenhausrechtlich qua Status zugelassene Krankenhäuser; zweitens ist ihnen das Institut der Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) exklusiv zugeordnet; drittens erfolgt ihre Investitionsfinanzierung nicht auf der Grundlage des KHG (näheres s. u.).

Die Gleichbehandlung für die Hochleistungsmedizin der Universitätsklinik im G-DRG-System hat einerseits zu einer erhöhten Komplexität mit einer wachsenden Zahl von DRGs, Zusatz- und Innovationsentgelten geführt, die nunmehr bei deutlich über 1000 liegt. Gleichwohl sind Lücken in der Finanzierung noch nicht ausgeräumt. Hierzu zählen insbesondere die Intensivmedizin, seltene Krankheitsbilder, Mehrfachverletzte und vor allem Kostenausreißer. Auch funktioniert das gesetzlich angelegte System von Zu- und Abschlägen nicht. Hierdurch werden vor allem die Universitätsklinik belastet, für die dieses Ertragssegment lediglich 4,2% ausmacht. Zu nennen sind die Zusatzkosten für die ärztliche Weiterbildung und medizinischen Zentren, aber auch die fehlenden Abschläge für die Krankenhäuser, die keine relevanten Beiträge zur Notfallversorgung leisten.

Wie alle anderen Krankenhäuser sind die Universitätsklinik durch die gesetzliche Blockade der Überleitung von externen Preiseffekten in die Krankenhausentgelte über die Deckelung der Budgets auf die Fortschreibungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV negativ betroffen. Hier sind neben den Tarifsteigerungen vor allem exorbitante Erhöhungen bei den Energiepreisen sowie als besondere Belastungen für die Universitätsklinik die Preisausreißer bei medizinischen Innovationen anzuführen.

Die Sonderstellung der Universitätsklinik bei der Krankenhausplanung durch die Zulassung per Gesetz ist begründet und notwendig. Die weiteren Aufgaben im Verbund mit der stationären Krankenversorgung könnten ansonsten nicht sachgerecht wahrgenommen werden. Dies gilt für die Lehre, die klinische Forschung und die Heranbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Biomedizin. Probleme ergeben sich allerdings, soweit darüber hinausgehend Ansprüche angemeldet werden. Dies betrifft einmal typischerweise nicht in allen Krankenhausabteilungen einer Fachrichtung angebotene Leistungen vor allem der Supramaximalversorgung, die oftmals auch sehr kostenintensiv sind. Am Beispiel der Transplantationen und vergleichbarer Schwersteingriffe mit begrenzten Fallzahlen in Deutschland wurde bereits gerichtlich geklärt, dass die Zulassung nicht automatisch mit dem sozialrechtlich besonders gestellten Status einer Universitätsklinik gegeben sein muss. Vielmehr wäre es in diesem Fall sinnvoll, dass regional diese Angebote nach Kriterien von Mindestmengen, Qualität und Wirtschaftlichkeit konzentriert werden.

Auch dürften aus dem Status der Universitätsklinik nicht beliebig große Mengen von Betten pro Fachrichtung ableitbar sein, wohl aber Mindestgrößen, soweit sie aus Gründen der Lehre und/oder Forschung als erforderlich nachgewiesen werden können.

Traditionell hat das deutsche Sozialrecht die Universitätsklinik mit den Instituten Poliklinik/Hochschulambulanz gegenüber anderen Krankenhäusern privilegiert. Die Begründung hierfür liegt unverändert in den Bedürfnissen für Lehre und Forschung, die nicht auf die Verfügung über akut stationäre Krankheitsfälle beschränkt werden darf. Allerdings sind diese Einrichtungen an vielen Standorten durch eklatante Missbräuche geprägt (Strehl 1995, S. 101ff).

Erstens werden in diesen Hochschulambulanzen viele Fälle behandelt, die primär einer speziellen Diagnostik und/oder Therapie bedürfen, die wegen Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung dort nicht angeboten werden. Diese hoch spezialisierte „tertiary care“ (Sachverständigenrat 2003, S. 290) müsste systemgerecht eigentlich über Ermächtigungen durch die vertragsärztlichen Zulassungsausschüsse ermöglicht und entsprechend aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung finanziert werden. Tatsächlich verweigern in diesen Zulassungsausschüssen Ärzte- und Kassenvertreter diese Ermächtigungen, um die Gesamtvergütung zu schonen. Gleichzeitig überweisen die Vertragsärzte diese Fälle aber ungeniert zur Behandlung in die Hochschulambulanzen.

Zweitens sind die Hochschulambulanzen in den meisten Fällen unterfinanziert (Lauterbach et al 2003), weil früher in dreiseitigen Verhandlungen zwischen Universitätsklinik, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen und nach neuer Rechtslage auch in zweiseitigen Verhandlungen nur mit den Kassen keine den Kosten entsprechenden Pauschalen erreicht wurden.

Drittens laufen vernünftig konzipierte Ersatzregelungen des Gesetzgebers (§ 116 b SGB V), mit denen katalogisierte und vom Gemeinsamen Bundesausschuss kontrollierte nichtstationäre ambulante hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen durch Krankenhäuser erbracht werden sollen, faktisch leer, weil die Krankenkassen bisher die Vereinbarung solcher Leistungserbringungen mit flächendeckenden Verweigerungshaltungen blockiert haben. Die Neufassung des SGB V durch das GKV-WSG überträgt nun die Zulassungskompetenz zur Erbringung solcher Leistungen den Organen der Landeskrankenhausesplanung. Allerdings ist die Finanzierung weitgehend an den EBM gebunden, was weiterhin Probleme bei der Erbringung innovativer Leistungen zur Folge haben dürfte.

### 7.2.2 Rahmenbedingungen Wissenschaftspolitik

Traditionell waren die Universitätsklinik in Deutschland nahezu ausnahmslos selbstständige Einheiten der Universitäten, die ihrerseits mit hunderten Erlassen durch die Wissenschaftsministerien in den meisten Fragen des Personalrechts, der Haushalts- und Personalwirtschaft, der Organisation und des Bauwesens via Fachaufsicht fremdgesteuert wurden. Von 1997 bis 2003 wurden die Universitätsklinik und teilweise die Medizinischen Fakultäten in einer ersten Welle umfangreichen Reformen unterzogen, deren Hauptgrund in der fachlichen Überforderung der Ministerien und deren Angst begründet lag, für wirtschaftliche Risiken der Universitätsklinik in Mil-

lionshöhe weiterhin (Mit-) Verantwortung zu tragen. Die Hochschulmedizin in diesem Kontext war unter doppeltem Gesichtspunkt handlungsunfähig: Erstens im Wettbewerb vor allem im Krankenhausmarkt und zweitens im Hinblick auf die erforderlichen internen Umstrukturierungen.

Formal lag der Schwerpunkt dieser Reformen in der rechtlichen Verselbständigung der Universitätsklinik. Dies erfolgte vornehmlich über die Rechtsform der Anstalt des Öffentlichen Rechts. Gewährträger blieb das jeweilige Bundesland. Diese Option wurde auch deshalb bevorzugt, weil somit keine Zwänge zur Übernahme der deutschen Rechtsvorschriften zur Unternehmensmitbestimmung verbunden waren. Die Medizinischen Fakultäten wurden in diese Lösung nicht mit einbezogen, sondern sie blieben rechtlich unselbständige Teilmemberschaften der Universitäten. Lediglich Hamburg und Berlin wählten unter Einbeziehung der Fakultät den Rechtstyp einer Teilkörperschaft der Universität.

Materiell ergaben sich in diesem Rechtsrahmen zwei wesentliche Regelungsfelder für die Leitungsorganisation der Hochschulmedizin. Erstens handelt es sich um das Verhältnis der Leitungen von Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultäten (Kooperations- oder Integrationsmodell) und zweitens um das Problem der Ausgestaltung des Leitungssystems in diesen beiden Modellen.

Vorherrschend war die Option für das Kooperationsmodell. In den Köpfen der Wissenschaftsadministratoren geisterte die Hypothese, Mittel für Forschung und Lehre würden für die Krankenversorgung zweckentfremdet (Braun 1993). Also standen rigide Trennungen von Zuständigkeiten, Wirtschaftsplänen und Personalgruppen an. Mit Trennungsrechnungen sollten den Aufgaben entsprechende Verwendungen gesichert werden. Fakultätsvorstände und Klinikumsvorstände erhielten eigene Zuständigkeiten und Mittel. Im Integrationsmodell wurde mit einem Vorstand und Wirtschaftsplan für Fakultät und Universitätsklinikum gearbeitet; allerdings wurde auch hier verstärkt auf interne Trennungsrechnungen und gesonderte Budgetierungen für Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits geachtet.

Die Leitungskompetenzen, insbesondere für die Wirtschaftsführung, wurden von den Ministerien und Hochschulleitungen in beiden Modellen neu gebildeten Vorständen in den Universitätsklinikum übertragen. Auch wurde in einigen wenigen Bundesländern eine parallele Dezentralisierung für die Medizinische Fakultäten betrieben, die insoweit neue und eigene Zuständigkeiten gegenüber den Hochschulleitungen erhielten. Im Kooperationsmodell wurden die Klinikumsvorstände durch eigene Aufsichtsräte überwacht, beraten und in Einzelfragen gesteuert. Die Universitätsklinikum erhielten so zweifellos größere Handlungsfreiheiten und konnten relativ agil nach innen und außen entscheiden. Allerdings wurden diese Möglichkeiten unterschiedlich genutzt.

Die Fakultätsvorstände waren wenig verändert durch zwei Eigenarten geprägt. Erstens wurde der Dekan unverändert im Rahmen der akademischen Selbstverwaltung gewählt und bei allzu forschen Reformen bei den passenden Gelegenheiten auch abgewählt. Echte Strukturveränderungen waren deshalb nur durchsetzbar, wenn die Mehrheit der Betroffenen in den Fakultäten gewonnen werden konnte; dies war selten und oft nur mit wenig vernünftigen Gegengaben erreichbar. Zweitens blieb es bei zahllosen übergeordneten Eingriffsrechten der zentralen Hochschulorgane und der ministeriellen Fachaufsicht. Dies reichte von der Außenvertretungs-



befugnis des Hochschulrektors bis zu personalrechtlichen, -wirtschaftlichen, haushaltsrechtlichen und vielen organisatorischen und planerischen Eingriffsvorbehalten und -aktionen der Ministerien.

Die Hochschulmedizinreformen 1997 bis 2003 waren deshalb bis auf wenige Ausnahmen durch Unzulänglichkeiten und Halbheiten gekennzeichnet. Es entwickelten sich zwei Entscheidungskulturen, die auf Dauer für die Hochschulmedizin zu Spannungen führen mussten, die mitunter nur schwierig zu handhaben waren. Auf der einen Seite nutzen die meisten Universitätsklinikum die doppelte Freiheit nach innen und nach außen zu leistungs- und wirtschaftlichkeitsorientierten Strukturentscheidungen, erzielten Überschüsse, verpflichteten leistungsorientiert und über- und außertariflich hochqualifiziertes Personal und tätigten zunehmend selbst erwirtschaftete und finanzierte Investitionen. Auf der anderen Seite mussten die Medizinischen Fakultäten mit vielen wichtigen Personalentscheidungen (Berufungen), Organisationsveränderungen und Baumaßnahmen die endlosen Schleifen in der Universität und den unterschiedlichsten Ministerien und teilweise deren Unterbehörden durchlaufen, bevor grünes Licht galt und vor allem Finanzierungen standen. Dieses Spannungsverhältnis zeigte deutlich weiteren Handlungsbedarf bei den Hochschulmedizinreformen auf.

### 7.2.3 Rahmenbedingungen Finanzpolitik

Hochschulmedizin wie überhaupt die Universitäten sind in Deutschland bis zum Ende des 20. Jahrhunderts nur als „staatliche Veranstaltungen“ existent und begreifbar. Ihr Gepräge resultiert aus diesem Kontext, der ihr nahezu ewig finanzielle Stabilität mit Nachschusspflichten der staatlichen Träger für alle Preiserhöhungen, neue Bedarfe und infrastrukturelle Erfordernisse garantierte. Hierfür brauchte man kein Management und keine Wirtschaftsführung, sondern nur ein gutes Netzwerk für Anmelde- und Bettelstrategien im Zusammenhang der öffentlichen Haushaltsverfahren.

Diese Wachstumsorientierung kam auch der deutschen Hochschulmedizin lange zugute. Sie setzte noch einen Aspekt auf diese Mechanismen auf, insoweit die staatlichen Zuschüsse für Forschung und Lehre über Jahrzehnte mit einem festen (oft 20%igen) Anteil der Krankenversorgungsumsätze oder -erträge definiert und bedient wurden. Die Krise der Landeshaushalte infolge der gesamtwirtschaftlichen Schwäche und der Sonderbelastungen durch die deutsche Wiedervereinigung bereitete diesen finanziellen Zuwachsraten ein abruptes Ende. Inzwischen hat das „Schwimmbadsyndrom“ die Länderhaushalte erfasst: Die Zahl der Hochschulen und speziell die Extrabedürfnisse der Medizinischen Fakultäten sind nicht mehr in gleichem Umfang wie in der Vergangenheit mit den erforderlichen Fortschreibungen bedienbar. Die Zuschüsse für Forschung und Lehre an die Medizinischen Fakultäten werden deshalb bundesweit entweder real gekürzt oder nicht unter Berücksichtigung der Preissteigerungen fortgeschrieben.

Am deutlichsten wird diese Abhängigkeit der Hochschulmedizin von den öffentlichen Haushalten bei den Investitionen nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG). Zunächst differiert wie bei den Zuschüssen für Forschung und Lehre der Anteil der Standorte enorm, wie Tabelle 7–2 zeigt. Sie weist für den Zeitraum 1990 bis 2004 die dargestellten Summen (KMK 2006) aus.

Tabelle 7-2

**HBFG-Investitionen 1990–2004: 10,1 Mrd Euro**

34. Gießen	110 Mio €	7. Regensburg	406 Mio €
33. Marburg	121 Mio €	6. Bonn	411 Mio €
32. Münster	125 Mio €	5. Erlangen	422 Mio €
31. Aachen	133 Mio €	4. Mainz	435 Mio €
30. Rostock	160 Mio €	3. Würzburg	439 Mio €
29. Magdeburg	179 Mio €	2. Freiburg	476 Mio €
28. Kiel	181 Mio €	1. Tübingen	522 Mio €

Krankenhaus-Report 2007

Wido

An diese Unterschiede mit dem Faktor fünf knüpfen sich Folgeentscheidungen an, da auf Dauer Standorte mit Investitionsvolumina unter 25 Mio Euro pro Jahr weder arbeits- geschweige denn wettbewerbsfähig sind. Gerade dieser Investitionsstau macht diese Hochschulmedizinbereiche unattraktiv für leistungsstarke Wissenschaftler, stellt sie in ihrer eigenständigen Existenz in Frage und führt sie zwangsläufig in Fusions- und/oder Privatisierungsszenarien.

Dann geraten inzwischen auch die Standorte in Bundesländern, die bisher zu den Spitzeninvestoren gehörten, in den Investitionsstau. Dies hängt einmal damit zusammen, dass auch in diesen Bundesländern die Verschuldungspolitik der Vergangenheit nicht mehr kritiklos fortgesetzt wird. Da der politische Widerstand bei Investitionskürzungen geringer ist als bei Schließungen von Einrichtungen und/oder Stellenabbau, werden selbst in den einst finanzstarken Ländern Bayern und Baden-Württemberg kaum noch größere Bauvorhaben neu begonnen. Zum zweiten hat die Föderalismusreform I mit Wirkung ab 2007 die Investitionsfinanzierung für die Hochschule dramatisch verändert. Grundsätzlich sind nunmehr ausschließlich die Länder für die Finanzierung des Investitionsbedarfs der Hochschulmedizin in der Krankenversorgung, Lehre und Routineforschung zuständig. Lediglich international herausragende Spitzenforschung wird nach eingehenden Begutachtungen noch durch Bund und Länder gemeinsam finanziert. Dies hat zur Konsequenz, dass für die Hochschulmedizin faktisch nur noch 70% der bisherigen Mittel für Investitionen verfügbar sind. Dies ist im Vergleich zu nichtuniversitären Krankenhäusern immer noch viel, bedeutet aber faktisch für die Universitätsklinik eine enorme Verschlechterung. Es erhöht sich also auch deshalb der Druck ausgehend von den Universitätsklinik, über neue Regeln und Quellen der Investitionsfinanzierung nachzudenken.

Die Hochschulmedizin gerät zunehmend mit ihren Strukturen in das Visier von steuerlichen Betrachtungen. Dabei spielen Fragen der Umsatzsteuer, Ertragssteuern und die Gemeinnützigkeit eine immer größere Rolle. Umsatzsteuer wird diskutiert für Leistungsbeziehungen zwischen Universität und Universitätsklinikum sowie für solche zwischen Wissenschaft und Krankenversorgung. Dabei ist insbesondere die jeweilige Personalgestaltung, getrennt nach Kategorien (wissenschaftliches und nichtwissenschaftliches Personal) in jeder Konstruktion (Universitätsklinikum als Anstalt, Körperschaft oder GmbH; Kooperations- oder Integrationsmodell) sehr differenziert steuerrechtlich zu bewerten (Klaßmann 2005, S. 154f; Knorr/Klaßmann

2004, S. 348f). Die Fragen können nicht als abschließend geklärt angesehen werden und müssen als Risikopotenzial im zweistelligen Millionenbereich angesetzt werden. Brisanz weist auch die Frage einer möglichen Ertragssteuerpflicht von Forschung und Lehre in modernen integrierten Betriebstypen der Hochschulmedizin auf. Auch bedarf es vernünftiger Lösungen, um bei Rechtsformänderungen Nachversteuerungen bei Wegfall der Gemeinnützigkeit zu vermeiden (von Gaertner 2007).

## 7.3 Perspektivische Entwicklungsoptionen

Die Hochschulmedizin in Deutschland wird ihre gegenwärtige dreifache finanzielle Hypothek nicht mehr abschütteln können:

- Die Krankenversorgung wird in einheitlichen sozialrechtlichen Kontexten finanziert; Sonderregelungen für die Hochschulmedizin gibt es nur als extreme Ausnahme.
- Forschung und Lehre hängen überwiegend von Zuweisungen aus den Landeshaushalten ab; finanzielle Verbesserungen sind hier unwahrscheinlich, weitere Kürzungen eher das realistische Szenario. Hinzu kommen Erwartungen der Hochschulpolitiker, ohne annähernd entsprechende Finanzverstärkungen weitere Studentenzahlen auszubilden.
- Der Investitionsstau beginnt erst mit den Verschlechterungen durch die Föderalismusreform I. Der Tiefpunkt ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen wohl lange noch nicht erreicht.

Hinzu kommt eine stärkere Leistungs- und Ergebnisorientierung. Geld wird künftig in allen Aufgabenbereichen der Hochschulmedizin nur akquiriert werden können, wenn Ergebnisse qualitativ und quantitativ überzeugend an die maßgeblichen Finanziers ver- und übermittelt werden können. Strategien im Hinblick auf diese Herausforderungen sind deshalb gefragt.

### 7.3.1 Quantitative Reaktionen

Die erste Antwort auf diese Ausgangslage war eine Debatte über die Größe der deutschen Universitätsklinika. 700 oder 800 statt 1 200 oder 1 600 Betten würden reichen. So argumentierten viele mit Blick auf die USA, natürlich auch der Wissenschaftsrat, der seit den 80er Jahren ausgehend von der Fusion Universitätsklinikum Berlin-Charlottenburg und Städtisches Krankenhaus Rudolf Virchow sich vielfältig mit dieser Größenfrage beschäftigte. Dabei wurde vieles nicht beachtet. Erstens werden mit kleineren Klinika zwar die Investitionsbedürfnisse kleiner, nur die Betriebsergebnisse erfahren unkalkulierbare Bewegungen, weil mit Bettenreduzierungen zwar Teilkosten entfallen, aber auch Vollentgelte. Wirtschaftlich können derartige Strategien sehr schnell nicht intendierte weitere Verschlechterungen hervorrufen. Dann wird zweitens die Basis in der Krankenversorgung und Forschung reduziert. Die Relation von Patientenfällen zu Studenten, international ohnehin in Deutschland eher ungünstig, verschlechtert sich noch mehr. Damit sind

drittens kapazitätsrechtliche Auswirkungen für die Lehre möglich, die von den Gerichten nicht ohne Weiteres akzeptiert werden. Viertens werden die für die ärztliche Weiterbildung erforderlichen Mindestkapazitäten sehr schnell unterschritten. Fünftens sind kleinere Einheiten unattraktiver für herausragende Mediziner und Wissenschaftler.

Statt auf Schrumpfungen mit Rationalisierungen setzen einige Universitätsklinik auch auf Wachstumsstrategien. Dabei wird beabsichtigt, vorhandene Kapazitäten besser auszulasten und/oder mit geringen Grenzkosten Zusatzleistungen zu erbringen, die in der Konvergenzphase zunehmend besser finanziert werden und nach Abschluss ab 2009 volle Entgelte erbringen. Dieses Konzept setzt erstens eine entsprechende Markt- und Nachfragekonstellation sowie besonders attraktive, reputativ ausgewiesene Kliniken voraus. Zu beachten ist allerdings, dass Wachstumsstrategien im Aufgabenbereich Krankenversorgung möglicherweise die Zeitbudgets für Forschung und auch Lehre einschränken, was in der Hochschulmedizin nicht in jedem Fall hingenommen werden kann.

Bis auf die kapazitätsrechtlichen Fragen wären diese Probleme bei Schließungen (Siewert/Siess 2006, S. 587ff) nicht so bedeutend. Nur hier ist die zentrale Ausgangsprämisse, gleiches Geld für weniger Einrichtungen, bundesweit nicht plan-, steuer- und umsetzbar. Allenfalls in den Ländern wäre ein derartiges Konzept denkbar. Nur scheitert dieser Ansatz bisher ausnahmslos an der fehlenden politischen Kraft angesichts der Widerstände der Betroffenen und der Öffentlichkeit. Bei gebotenen Konstellationen haben Berlin, München und Schleswig-Holstein diese Option aufgeworfen und als politisch chancenlos verworfen. Bei ähnlichen Konstellationen in alten und neuen Bundesländern wird diese strategische Alternative jeweils erst gar nicht zugelassen oder zuerst verworfen. Im Gegenteil gibt es Länder wie Baden-Württemberg, die trotz der gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen eine weitere Hochschulmedizin in Mannheim, nur wenige Kilometer von dem etablierten Hochschulmedizinstandort Heidelberg entfernt, neu aufbauen.

Bringen Schrumpfungen keine Lösung und scheitern Schließungen an politischen Erwägungen, dann wird sehr gern der Lösungsversuch Fusion als Option gewählt. Dies ist explizit in Berlin und Schleswig-Holstein als Ausweg gewählt worden, später wurde auch die Privatisierung in Gießen-Marburg damit überlagert, andernorts wird diese Variante immer mal wieder erwogen und diskutiert. Solange jedoch diese Fusionen in den Zielsetzungen nicht ehrlich veranschlagt und mit echten strukturellen Veränderungen konzipiert werden, verfehlen sie nicht nur die Ausgangsproblematik, sondern beschwören reihenweise ungewollte Konflikte, die insgesamt die Leistungsfähigkeit dieser Hochschulmedizininkomplexe schwächen. Potenziert werden diese Probleme, wenn nur die Universitätsklinik fusioniert werden, die Fakultäten und Universitätszuordnungen aber getrennt bleiben. Entsprechend wird es schwerer, im Rahmen von Berufungen herausragende Kandidaten zu gewinnen, im vorhandenen Personalbestand macht sich sehr oft Niedergeschlagenheit und Resignation über die Folgen von nicht konsequent angesetzten Fusionen breit.

Da sind die Erfahrungen mit Kooperationen schon positiver. Eine Kommission für die Weiterentwicklung der Hochschulmedizin in Baden-Württemberg hat 2006 die Schaffung von „Kompetenzzentren“ empfohlen. Damit ist die Konzentration eines Faches in einem Bundesland an ein oder zwei Standorten mit der Maßgabe

gemeint, die anderen Fakultäten mitzuversorgen. So werden ganze Institute oder Kliniken eingespart. Dies betrifft vorrangig die Lehre. Aber auch die Abstrache in diesem Bundesland, teure Leber- und Herztransplantationen nur noch an zwei Standorten zu konzentrieren, schafft finanzielle Entlastungen und vermutlich über den „high-volume“-Effekt auch Qualitätsverbesserungen. In der medizinischen Forschung sind solche standortübergreifenden Fusionen zukünftig dann unabdingbar, wenn die Projekte mit millionenschweren Investitionen verbunden sind, die für jeden einzelnen Standort nicht finanzierbar sind. Solche Kooperationen sind nicht nur zwischen den Fakultäten und Universitätsklinikum prüfenswert. Es gab bereits in der Vergangenheit vielfältige Beispiele über die Zusammenarbeit von Universitätsklinikum und Fakultäten mit umliegenden Krankenhäusern. Dies ermöglicht Arbeitsteilung in der Krankenversorgung und fördert Zuweiserbeziehungen. In der Lehre sollten zunehmend diese Krankenhäuser auch in die Ausbildung des 1. und 2. Klinischen Studienabschnitts einbezogen werden, wobei allerdings die Wissenschaftsminister begleitend das völlig veraltete Kapazitätsrecht anpassen müssten. Auch für die ärztliche Weiterbildung und die Rekrutierung von Patienten für klinische Studien erweisen sich derartige Kooperationen als vielfältig vorteilhaft. Insgesamt dürften diese Kooperationen für die Zukunft noch erhebliche Handlungsmöglichkeiten beinhalten.

Der weitestreichende Ansatz zur Lösung der finanziellen Ausgangsprobleme ist die Privatisierung von Universitätsklinikum und/oder Medizinischen Fakultäten. Vorrangig wird die Variante diskutiert und betrieben, die (Teil-)Lösungen des Investitionsstaus bezweckt (Strehl 2003a, S. 113ff; Strehl 2003b, S. 86ff). Hierzu werden einmal Verkaufspreise als einmalige Finanzierungsquelle in Betracht gezogen (so vor einigen Jahren der inzwischen aus der Politik verschwundene FDP-Wirtschaftsminister Döring oder die gegenwärtige Landesregierung Schleswig-Holstein mit der Variante, Lübeck verkaufen, um Kiel investiv zu sanieren). Dann geht es zumeist und vorrangig um Investitionsverpflichtungen des Erwerbers. Hier sind derzeit in Anlehnung an Gießen-Marburg und den Erwerb des Krankenhauskomplexes Berlin-Buch zumeist einmalige Investitionsverpflichtungen zwischen 150 bis maximal 300 Mio Euro im Gespräch. Zumeist basieren diese Konzepte auf nicht transparenten und offen gelegten Ausgangsanalysen, die erkennbar zu kurz greifen. Es ist angesichts der bekannten Defizite im Investitionsverhalten der Vergangenheit durch die alten Träger und den definierbaren künftigen Investitionsbedarf für Bauten, Betriebs- und Medizintechnik sowie im IT-Segment offensichtlich, dass diese in Rede stehenden Beträge niemals ausreichen, um bis ca. 2012/2015 die erforderlichen Investitionen abzudecken. Hinzu kommt, dass unter den bestehenden G-DRG-Bedingungen und angesichts der Unsicherheiten über den Ordnungspolitischen Rahmen im Krankenhauswesen ab 2009 betriebliche Refinanzierungskonzepte mit erheblichen Risiken behaftet sind. Sicher ist schon jetzt eine anzunehmende Belastung der Krankenhaus-Wirtschaftspläne um ca. 10 % durch die Kapitaldienstlasten und Renditeerwartungen. Neben den Belastungen durch Preiserhöhungen, Steuern und Zwangsabgaben kommt auf diese Betriebe ein Rationalisierungsdruck zu, der letztlich nur durch eine andere Art der Medizin, die im weißen Kernbereich erheblich kostengünstiger arbeitet, erwirtschaftet werden kann. Diese Umstrukturierungen werden aber gerade dann nicht einfach zu konzipieren und umzusetzen sein, wenn die Privatisierung durch eine Fusion der Universitäts-

klinika ohne eine Zusammenführung auch der Medizinischen Fakultäten und die Anbindung an nur eine Universität gestaltet werden soll. Die Privaten vergeben bei der Akzeptierung solcher Rahmenbedingungen ihre eigentlichen Vorteile, die in der fehlenden bürokratischen und politischen Behinderungen bei strategischen Unternehmensentscheidungen, bei der Personalgewinnung und -vergütung, beim Einkauf, Vergaberecht und bei der Freiheit vom öffentlichen Bau-(un)wesen gesehen werden müssen.

Schließlich lernen auch die Universitätsklinik, dass viele ihrer Anpassungsstrategien schnell in das unvertraute Visier des Kartellrechts geraten können. Zwar schützen noch die Bagatellgrenzen, aber bei Privatisierungen haben Krankenhausketten diese Umsatzgrenzen bereits überschritten und auch die Universitätsklinik erreichen nach der Beteiligung/Übernahme schnell diese Grenzen und werden damit bei allen überbetrieblichen Aktionen kartellrechtlich beobachtet. Derzeit läuft eine Bestandsaufnahme, jedoch zeichnet sich bereits ab, dass die Besonderheiten des Aufgabenverbunds von Krankenversicherung, Forschung, Lehre und Weiterbildung unmöglich sachadäquat vom bestehenden Kartellrecht erfasst werden. Da mit der beabsichtigten Eliminierung des Hochschulrahmengesetzes die letzte bundesrechtliche Gesetzesregelung im Hochschulbereich entfallen wird, kommt es darauf an, im GWB die Besonderheiten der Hochschulmedizin speziellen Regelungen zuzuführen, wenn nicht unsinnige Handlungsbeschränkungen bei Kooperationen, Fusionen und Privatisierungen Anwendung finden sollen.

### 7.3.2 Strukturelle Strategien

Besondere finanzielle Erfordernisse erwachsen für die Hochschulmedizin aus ihrem Aufgabenverbund. Sie unterscheidet sich von allen anderen Einrichtungen der Universität einerseits und von normalen Krankenhäusern andererseits dadurch, dass sie einen komplexen Aufgabenverbund einschließt. Forschung, Lehre und Krankenhausversorgung sowie die Personalentwicklung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung und der Pflege des wissenschaftlichen Nachwuchses gehören zu diesem Aufgabenverbund. Dieser Verbund ist unter Gesichtspunkten der Qualität auszurichten und zu optimieren. Je nachdem, wie dieser Verbund ausgestaltet ist, spielt die Wirtschaftsführung dieses Komplexes angesichts immer knapper werdender Finanzen eine zunehmende Rolle. Dabei sind zwei grundsätzliche Strategien auszu-machen. Einmal kann man eine oder mehrere Aufgaben dieses Verbundes priorisieren. Forschung oder Krankenversicherung werden diskutiert als Leitaufgaben, denen alle anderen zu „dienen“ haben. Eine zweite Strategie besteht darin, Einzelaufgaben ihrerseits zu spezialisieren und zu maximieren.

Bei dem ersten Ansatz geht es um die Komposition des Aufgabenverbundes. Die idealtypische Betrachtungsweise dieses Verbundes ist auf eine Ausgewogenheit angelegt. Dies muss schlicht und einfach als weltfremd bezeichnet werden und trifft die Realität allenfalls im extremen Ausnahmefall. Faktisch sind viel mehr sehr unterschiedliche Strukturierungen und Akzentuierungen anzutreffen. In der Diskussion in Deutschland um die Hochschulmedizin hat der Wissenschaftsrat sehr lange mit falschen Typenvermutungen versucht, die Diskussion zu beeinflussen. Die deutsche Hochschulmedizin wurde mit dem Pauschalverdacht überzogen, in diesem Aufgabenverbund würde die Krankenversorgung mit ihren Bedürfnissen und vor

allem finanziellen Erfordernissen die anderen Teilaufgaben dominieren. Dies sei die maßgebliche Ursache für einen angeblich international eher bescheidenen Rang der medizinischen Forschung in Deutschland. Als Schlussfolgerung haben der Wissenschaftsrat, aber auch andere staatliche Förderorganisationen die Forderung erhoben, die Universitätsklinik seien in ihrem Leistungsspektrum funktional auf die Forschung zu beziehen. Weniger Krankenversorgung, und die auch noch streng auf die Bedürfnisse der Forschung ausgerichtet, sei das Rezept für die vermeintlich kränkelnde Hochschulmedizin in Deutschland. Von Lehre ist dabei eher weniger die Rede, wenn auch hier generell Verbesserungsbedarf attestiert wird. Über die schwierige Situation des wissenschaftlichen Nachwuchses, der ständig zwischen den Polen hin und her gestoßen wird, sich der ärztlichen oder wissenschaftlichen Karriere zu verschreiben, wird ebenfalls in periodischen Abständen geklagt.

Diese holzschnittartige Betrachtungsweise kann heute allen Ernstes nicht mehr aufrechterhalten werden. Erstens hat niemals in der Hochschulmedizin an allen Standorten die Krankenversorgung die Forschung dominiert. Der Wissenschaftsrat hat selbst in seinen Begutachtungen hierfür zahlreiche Beispiele als Gegenbeweis geliefert. Zweitens wird der Rang der medizinischen Forschung im internationalen Vergleich zu undifferenziert, wenn nicht gar falsch betrachtet. Auch werden keine empirischen Belege für dieses kritische Urteil geliefert. Aus der Sicht des Auslandes steht die deutsche Hochschulmedizin in der Versorgung, aber auch in der klinischen und der Grundlagenforschung, wettbewerbsfähig da. Erforderlich wäre eine differenzierte, methodisch saubere Bestandsaufnahme. Hier würden sich vermutlich deutlich differierende Abweichungen ergeben.

Anzueraten ist vielmehr eine Betrachtung des Aufgabenverbundes ohne ein einheitliches Basiskonzept. Der Blick auf die USA zeigt, dass unter den mehr als 100 Medical Schools allenfalls zehn bis fünfzehn als in der Breite forschungsgetrieben gekennzeichnet werden können. Diese sind überwiegend solide Aufgabenverbünde einer Hochschulmedizin, die ihren Aufgaben in der Lehre, Weiterbildung und Krankenversorgung grundsollide nachgehen und allenfalls vereinzelt Forschungsschwerpunkte aufweisen. Dieser eher pragmatische, auf Typen unterschiedlich angelegte Blick sollte auch für die Situation in Deutschland herangezogen werden. Schon die Unterschiede in der finanziellen Ausstattung mit Lehr- und Forschungszuschüssen einerseits und Investitionsmitteln andererseits kann nur zu dem Schluss führen, dass es in Deutschland nur einige Standorte geben kann, die in höherem Ausmaß durch eine Vielfalt von Forschungsschwerpunkten in der Hochschulmedizin geprägt werden. Es ist gerade die Hauptaufgabe der strategischen Ausrichtung der Hochschulmedizin an den einzelnen Standorten, den Aufgabenverbund so auszurichten und zu profilieren, dass Tradition, finanzielle Situation und personelle Stärkungen in Deckung gebracht werden. Mehr als dreißig forschungsgetriebene Einrichtungen für Hochschulmedizin in Deutschland sind insofern kein realistisches Konzept.

Ein zweiter Ansatz besteht darin, innerhalb der Aufgabenbereiche asymmetrische Akzentuierungen zu forcieren. Supramaximalversorgung (Sachverständigenrat 1997/8, S. 124ff; Tecklenburg 2007, S. 488ff) in der Krankenversorgung oder Clusterbildung in der Forschung bilden hier die Leitkonzepte. Dabei kann am Beispiel der Krankenversorgung erläutert werden, dass ein expliziter Verzicht auf Regel- und Basisversorgung mit diesem Ansatz verbunden ist. Dies kann als Konzept tragen, wenn verschiedene Voraussetzungen erfüllt werden. Erstens braucht man

Spitzenkräfte in den jeweiligen medizinischen Fachdisziplinen. Zweitens treibt im Normalfall eine dichte Konkurrenz mit Krankenhäusern dieser Versorgungsstufen zu dieser Spezialisierung. Drittens muss man die Auswirkungen für Lehre und Weiterbildung im Auge haben und externe Ergänzungen organisieren. Viertens müssen diese Leistungsschwerpunkte der Supramaximalversorgung im G-DRG-System vorteilhaft abgebildet sein und ein auskömmliches Wirtschaften erlauben. Kommt all dies zusammen, kann die Strategie der Konzentration auf Supramaximalversorgung tragen. Ähnliches könnte man als Rahmenerfordernisse für eine Clusterbildung in der Forschung formulieren.

Insofern ist es angeraten, wenn die Hochschulmedizin sich ihrer Kernkompetenzen in den jeweiligen Aufgabenbereichen und als Verbund sehr wohl bewusst ist. Dabei hat sich ein Bündel von Alleinstellungsmerkmalen der Universitätsklinik herauskristallisiert (Strehl 2006, S. 571ff), das ihnen im deutschen Krankenhauswesen eine besondere, herausgehobene Stellung verleiht:

- (1) Personelles Know-how: Speziell ausgebildete und über die ständige Verbindung mit Forschung und Fortbildung weiterqualifizierte medizinische Spitzenkräfte.
- (2) Technisches Equipment: Wegen der besonderen Investitionsförderung stehen die modernsten Hightech-Geräte in einzigartiger Breite und Menge zur Verfügung.
- (3) Innovationsnähe und -verfügbarkeit: Durch die enge Verbindung mit der Klinischen Forschung verfügen die Universitätsklinik über erheblich größere Einsatzmöglichkeiten modernster und brandneuer Geräte, Diagnostika, Medikamente und Medizinprodukte in der klinischen Anwendung.
- (4) Interdisziplinarität: Höchste Spezialisierung und gleichzeitig weitreichende Kooperationen mit Konsilien, Departments, Zentren.
- (5) Fallspektrum: Hohe Inanspruchnahme für komplexe, schwerste und seltene Fälle.
- (6) Verbindung zur Forschung: Die Forschung in der Medizinischen Fakultät, aber auch die enge Verbindung mit der Biologie, Biochemie, Pharmakologie und Medizintechnik liefert ständig neue Konzepte aus der Forschung für den Transfer in die Krankenversorgung. Die Markteinführung innovativer Pharmaka, Medizinprodukte, Instrumente und Verfahren wird zum überwiegenden Teil über die Universitätsklinik abgewickelt, die hieraus zumeist einen ein- bis zweijährigen Anwendungsvorsprung beziehen.
- (7) Beste Nachwuchskräfte: Natürlich kommen die meisten Ärzte nicht nur zur Weiterbildung an die Universitätsklinik, sondern sie wollen als wissenschaftlicher Nachwuchs eine bestimmte Wissenschaftlerkarriere einschlagen. Damit verkörpern sie eine Bestenauslese besonderer Art.
- (8) Mehr Geld? Dies kann so umstandslos nur mit weiteren Erläuterungen gelten. Einerseits fehlen den Universitätsklinik bei bestimmten Leistungen im DRG-System, wie dargelegt, ausreichende Finanzierungen. Andererseits verfügen sie einmal über die Forschungsmittel und dann vor allem bei den Investitionen über Ressourcen, die in dieser Qualität und Quantität normale Krankenhäuser nicht haben. Diese sind zwar nicht für den Einsatz in der Krankenversorgung bestimmt, bilden aber teilweise eine „verstärkende“ Infrastruktur im Hintergrund.



Diese Kernkompetenzen sind nicht automatisch vorhanden. Es handelt sich vielmehr um Anlagen der Hochschulmedizin, die diese im Unterschied zu anderen Krankenhäusern aufweist, die aber der Aktivierung bedürfen, um hieraus Wettbewerbsvorteile in der Krankenversorgung, Forschung und oder Lehre zu beziehen. Kernkompetenzen müssen sich u. a. in einem unterscheidbaren Patientennutzen, besonderem Prozesswissen, deutlicher Abhebung von Mitbewerbern und künftiger Ausbaufähigkeit zeigen (Nagel 2007, S. 73ff), dies sowohl in der Krankenversorgung als auch in der Forschung und in der Ausbildung.

Qualitativ haben die Universitätsklinika deshalb strategische Entwicklungspotenziale, die sie deutlich von anderen Krankenhäusern unterscheiden. Allerdings müssen sie es erreichen, den Aufgabenverbund sachgerecht zu komponieren, Einzelaufgabenbereiche richtig auszugestalten und zuzuspitzen sowie ihre Kernkompetenzen zu nutzen. Dies ist in eine strategische Ausrichtung einzubetten, die für jede Fachdisziplin die Nachfrage und Zuweiserstrukturen, die Konkurrenzsituation und die internen Stärken und Schwächen identifiziert und in die Unternehmensentscheidungen einbezieht.

### 7.3.3 Dritter Sektor

Der vollstationäre Sektor, auch der Universitätsklinika, ist unter Abschmelzdruck. Dies liegt erstens an spezifischen deutschen Überkapazitäten im internationalen Vergleich. Zweitens hat die „Ambulantisierung“ erst die kleine Chirurgie und inzwischen auch wichtige Bereiche der konservativen Medizin erfasst. Zum Beispiel werden in akademischen Kernfächern wie der Gastroenterologie, Endokrinologie, Onkologie auch belastende Therapien zunehmend nichtstationär erbracht. Schließlich gehen drittens viele Patienten nicht ohne Not ins Krankenhaus, wenn diagnostisch und/oder therapeutisch ambulante Alternativangebote verfügbar sind.

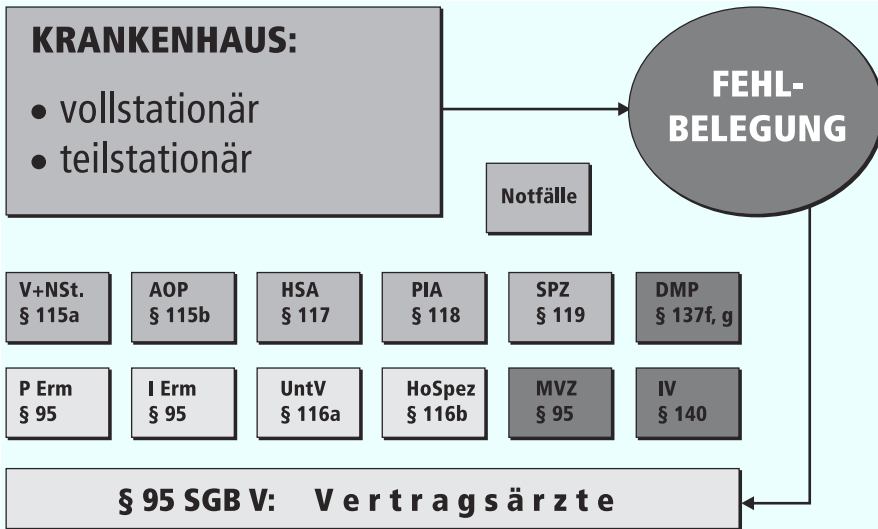
Und dies ist zunehmend der Fall. Gesetzlich wurden mit den letzten Gesundheitsreformen viele neue nichtstationäre Leistungen eingeführt und bestehende belebt, wie aus Abbildung 7–1 ersichtlich wird.

Viele dieser 13 weder vollstationären noch vertragsärztlichen nichtstationären Leistungssegmente sind erst neu gesetzlich geregelt worden. Sie eröffnen auch für die Universitätsklinika neue Möglichkeiten. Dies ist nicht nur unter Aspekten des Wettbewerbs und der wirtschaftlichen Auslastung von Kapazitäten von Bedeutung. Viel wichtiger ist der Umstand, dass die studentische Lehre und die Weiterbildung nur die hinreichende Basis eines gefächerten Patientenspektrums finden, wenn dieser 3. Sektor von den Universitätsklinika erschlossen und aktiv entfaltet wird. Anderenfalls hätten traditionsreiche medizinische akademische Disziplinen keine hinreichende praktische Basis mehr.

Nur muss realistisch derzeit zwischen den gesetzlich angelegten Möglichkeiten und ihren oft vertraglichen Realisierungen sehr genau unterschieden werden. Vieles versandet an Initiativen im Bermudadreieck der Selbstverwaltung von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Universitätsklinika oder Krankenhäusern. Als Beispiel sei nur der Versuch des Gesetzgebers angeführt, über § 116b SGB V die Hochleistungs-Ambulanz-Medizin separiert zu regeln. Die Kassen haben dieses Instrument systematisch blockiert. Auch ist kritisch festzustellen, dass dieser 3. Sektor ohne jede Homogenität und Struktur ist. Leistungsdefinitionen, Zu-

Abbildung 7–1

## Das nichtstationäre Krankenhaus ab 2007



Krankenhaus-Report 2007

Wido

lassungen, Preise, Budgetierungen und Qualitätsanforderungen sind nicht aufeinander bezogen und oftmals ohne systematischen Zusammenhang vereinzelt ausgestaltet. Dies bläht insbesondere die Vertrags- und Abrechnungsbürokratie auf und behindert vernünftige Prozessgestaltungen.

Schließlich hat die Universitätsmedizin besondere Handicaps bei der Inanspruchnahme von Integrationsverträgen, DMP etc. Die weiteren neuen Institutionen des Sozialrechts zur Erbringung nichtstationärer Leistungen durch die Universitätsklinik (IV, DMP usw.) spielen für sie keine bedeutende Rolle. Dies liegt vorrangig darin begründet, dass über die Möglichkeiten der Hochschulambulanz die Universitätsklinik über Jahrzehnte andauernde positive Erfahrungen in der Erbringung sektorübergreifender integrierter Versorgung verfügen, allerdings mit unzulänglichen Finanzierungen. Da diese Kombinationen aus einer Hand erfolgen, können die komplizierten sozialrechtlichen Vorschriften über Vertragspartner aus allen Sektoren als Prämisse für DMP und IV-Verträge nicht erfüllt werden. Die Aufbohrung der Kombination stationäre Universitätsklinik / Hochschulambulanz durch Einbeziehung in der Regel nicht so kompetenter Vertragsärzte oder sonstiger Versorgungseinrichtungen ist an sich unsinnig und zudem in vielen Fällen strategisch und finanziell uninteressant. Die derzeitige Zwischenbilanz im neuen 3. Sektor ist für die Hochschulmedizin deshalb auch eher ernüchternd.

Für die Universitätsklinik hat der Verband der Universitätsklinik Deutschlands deshalb im letzten Reformgesetzgebungsverfahren vorgeschlagen, eine Schwerpunktbildung im Regelungsbereich der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) vorzunehmen und insbesondere durch erweiterte Tatbestände den § 116b zu integrieren. Dies ist letztlich nicht berücksichtigt worden, obwohl viele Fachleute

dies befürwortet hatten. Dieser 3. Sektor nimmt an vielen amerikanischen Medical Schools oft 50% des Umsatzes ein und garantiert die Patientenbasis für Forschung und Lehre. Er wird dann für die deutschen Universitätsklinika ein strategisch bedeutsames Feld, wenn der Gesetzgeber die notwendige Strukturierung und Ordnung vornimmt und die Blockadechancen der verschiedenen Interessenvertreter der Selbstverwaltung zurückgedrängt werden können.

### 7.3.4 Innovationen

Die strategischen Entwicklungsperspektiven der Hochschulmedizin hängen maßgeblich davon ab, wie sie in der Lage ist, Innovationen anzuziehen, einzuführen, zu finanzieren und zu evaluieren. In der Vergangenheit (vgl. Arnold/Strehl 2001, S. 159ff) hatten Hochleistungskrankenhäuser nur eine Schranke bei der Einführung von Innovationen zu beachten. Es gab keine Bundesausschüsse mit Entscheidungszuständigkeit für die Zulassung von Innovationen in der stationären Versorgung. Die Pflegesätze als Preisform stellten auf die Anwesenheit pro Tag ab, formulierten aber keine medizinischen Kriterien für die Abrechnungsfähigkeit bestimmter Leistungen im Rahmen der stationären Versorgung. Lediglich die Budgetierung der Krankenhausfinanzierung wirkte als Limitierungsfaktor. Grundsätzlich konnten die Mediziner im jeweiligen Krankenhaus entscheiden, welche diagnostischen und/oder therapeutischen Verfahren, Produkte etc. sie einsetzten. Sie mussten nur beachten, dass sie mit ihrem Budget auskamen. Keine externe Stelle machte ihnen Vorschriften. In diesem Bezugsrahmen erwies sich die deutsche Krankenhausmedizin als extrem innovationsfähig; letztlich entschieden Mediziner, welche Einsparungen zugunsten von Innovationen vorzunehmen waren. Dies änderte sich mit der Einführung des DRG-Systems und den verschiedenen Gesundheitsreformen, die versuchten, den Gemeinsamen Bundesausschuss als zentrale Regulierungsstelle für die Definition des medizinischen Standards zu etablieren.

Im DRG-System werden die Preiskategorien detailliert durch Diagnosen, Nebendiagnosen, weitere medizinische Daten und Prozeduren definiert. Innovationen tangieren vorrangig die Prozeduren. Ändern sich Labormethoden, bildgebende Diagnostik, Medikamente, Medizinprodukte, Instrumente oder Verfahren, dann sind zumeist neue OPS-Schlüssel, Kostenkalkulationen und Änderungen der Algorithmen zur DRG-Berechnung erforderlich. Aus Australien und anderen Ländern mit DRG-Praxis ist übermittelt, dass Einpflegungen von Innovationen in das DRG-System Innovationsfenster von bis zu fünf Jahren aufreißen. In dieser Zeit sind teurere Innovationen gegenüber dem DRG-Standard unterfinanziert. Hiervon sind insbesondere Universitätsklinika immer wieder betroffen. Der Gesetzgeber hat deren Klage aufgenommen und „Innovationsentgelte“ (§ 6 KHEntgG) für zulässig erklärt. Das InEK bearbeitet die Anträge für dieses Entgelt jedes Jahr zwischen Oktober und Januar zügig. Die Kassen blockieren diese Möglichkeiten zweifach. Erstens haben sie rein diagnostische Innovationsentgelte ausgeschlossen, weil sie hier keine Möglichkeiten sehen, die Leistungserbringung und Abrechnung zu steuern. Dies ist inzwischen als rechtswidrige Vorgehensweise durch Gutachten eingestuft worden. Zweitens verhandeln sie örtlich diese Innovationsentgelte erst spät im Jahr und dann äußerst selektiv. Damit hat sich diese an sich sinnvolle Kategorisierung des Gesetzgebers als in der Praxis kaum umsetzbar erwiesen. Drittens hat sich ge-

zeigt, dass für alle Universitätsklinik dieses Ertragssegment 0,4% ausmacht, was in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Bedeutung und dem bürokratischen Aufwand steht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), ertüchtigt durch weitere Gesundheitsreformen, strebt eine Zulassungskontrolle von Innovationen auch im stationären Sektor an. An sich behandelt das Sozialrecht den vertragsärztlichen und stationären Bereich unterschiedlich. Während für den ambulanten Sektor ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gilt, d. h. Innovationen müssen explizit vom GBA zugelassen werden, ist das Prinzip im Krankenhausbereich umgekehrt: Erlaubt und damit zulässig ist die Leistungserbringung von Innovationen, solange sie nicht explizit als GKV-Leistung ausgeschlossen sind. Der GBA forciert nun einerseits Prüfungen mit dem Ziel, an sich Erlaubtes zu verbieten. Andererseits versucht er, durch Verfahrensordnungen Innovationen schon dann zu verbieten, wenn Prüfverfahren angelaufen sind und Unsicherheit hinsichtlich von Nutzen und Kostenauswirkungen bestehen. Dies alles läuft auf der Ebene von Einzelkontrollen ab, was angesichts der überbordenden Vielzahl von Innovationen die Problematik aufwirft, wie der GBA mit seinen Hilfsinstitutionen diese Aufgabenstellung nur einigermaßen angemessen be- und abarbeiten will.

Für die strategische Ausrichtung der Universitätsklinik in den kommenden Jahren wird entscheidend sein, wie der Gesetzgeber mit dieser Problematik umgehen wird. Mit Blick auf ausländische Beispiele erscheinen alternative Vorgehensweisen erwägenswert. Hier werden Innovationen teilweise einer Stufenzulassung unterzogen, die ihre Einführung für zwei Jahre zunächst nur in bestimmten Einrichtungen erlaubt. In Deutschland wäre zu prüfen, ob Nutzen- und Kostentests insbesondere von teuren Innovationen ohne gesicherte Überlegenheit zunächst etwa 100 Krankenhäusern vorbehalten bleiben sollten. Diese müssten über besondere personelle, organisatorische und instrumentelle Prüfeinrichtungen verfügen und sich zu einer aussagefähigen rechtzeitigen Berichterstattung verpflichten. Für die Universitätsklinik könnte hier eine neue Premiumaufgabe erwachsen, die an bestimmte ihrer Alleinstellungsmerkmale und Spezialkompetenzen anknüpfen sollte.

### 7.3.5 Strategische Handlungsfähigkeit der Hochschulmedizin

Die Hochschulmedizin hängt in ihren strategischen Möglichkeiten in extrem hohem Maß von der Weiterentwicklung der gesundheits- und finanzpolitischen Rahmenbedingungen in den kommenden zehn Jahren ab. Sie muss aber ergänzend ihre strategische Handlungsfähigkeit dramatisch ausweiten, wenn sie bestehen und ihre Chancen nutzen will. Wettbewerbsfähigkeit ist auch abhängig von den Governancestrukturen, insbesondere von der Leitungsorganisation und dem Führungsverhalten. Dabei steht im Vordergrund die Umorientierung von Personen oder Berufsgruppen zu Aufgaben. Das Dilemma besteht dabei darin, dass einerseits gerade die medizinischen Leistungsträger und Fachkräfte den primären Produktionsvorteil bilden, sie andererseits aber mit ihren Sonderinteressen nicht das strategische Programm der Hochleistungsmedizin einseitig dominieren dürfen. Diese Mitarbeitergruppen waren in der Vergangenheit darin geübt und erfolgreich, das Leistungsportfolio nach ihren Wünschen und ihrem Können zu prägen. Künftig kann das Leistungsprogramm der Hochleistungsmedizin nicht mehr „ärztegetrieben“ ausgerichtet wer-

den, sondern muss das Ergebnis strategischer Entscheidungen sein, die aus externen Markt- und Konkurrenzanalysen einerseits und internen Stärken- und Schwächenbetrachtungen andererseits resultieren.

Hierzu muss das Management der Hochschulmedizin in mehrfacher Hinsicht unabhängig und kompetent weiterentwickelt werden. Erstens ist die Abkoppelung von Resten der staatlichen Einflussnahme zu vollenden. Personal- und Bauhoheit zählen ebenso hierzu wie eine Gleichstellung in Vergabeverfahren. Der Trägereinfluss muss über den Aufsichtsrat geleitet werden, in dem allerdings durch die Zusammensetzung und personelle Auswahl Sachkompetenz und Unabhängigkeit dominieren müssen. Politische „Durchseuchungen“, oftmals auch das Problem in vielen Aufsichts- oder Beiräten kommunaler Krankenhäuser, müssen verhindert werden, wenn strategische Handlungsfreiheit angesagt ist.

Sodann ist insbesondere die Medizinische Fakultät im Verbund der Hochschulmedizin mit einer Sonderstellung gegenüber den zentralen Universitätsorganen auszustatten. Eine Professionalisierung der Fakultätsspitze kann nicht erreicht werden, wenn sie Rektoraten und Akademischen Senaten unterstellt ist. Dann können auf Dauer keine kundigen und entscheidungsorientierten Führungskräfte für die Medizinische Fakultät gewonnen und gehalten werden.

Damit ist auch offensichtlich, dass das in der Akademia an sich noch vorherrschende Prinzip einer Mandatierung von unten der strategischen Handlungsfähigkeit der Hochschulmedizin entgegenstehen muss. Hierzu gehören Bestimmungen, die selbst in Reformgesetzentwürfen immer noch auftauchen. Anzuführen sind Verpflichtungen des Dekans, im Klinikumsvorstand Beschlüsse des Fakultätsrates zu beachten. Gleiches gilt für Vetorechte der Fakultäten im Privatisierungsvertrag von Gießen und Marburg. Auch der Wissenschaftsrat verfällt in seinen Empfehlungen immer wieder in derartige Strukturmuster.

Governance in der Hochschulmedizin fördert die strategische Handlungsfähigkeit nur, wenn der oder die Vorstände und der Aufsichtsrat und ihre Mitglieder sich nur ihr und nicht auch maßgeblich ihren entsendenden Institutionen verpflichtet fühlen. Entsprechende Anfälligkeiten von Vertretern der Ministerien und Rektorate konnten praktisch beobachtet werden. Es ergibt sich aus der Natur des Aufgabenverbundes, dass an den offenen Schnittstellen zur Universität, Gesundheits-, Wissenschafts- und Finanzpolitik des Landes strategische Ausrichtungen durch die jeweilige Hochschulmedizin zu leisten sind. Diese sind allerdings im Sinne der Hochschulmedizin auszugestalten und nicht als politisch taktische Prozesse zu prägen. Genauso muss die Hochschulmedizinleitung nach innen aktiv informieren, kommunizieren und überzeugen. Es muss ihr gelingen, eine Wissensorganisation zu praktizieren, in der sie das oftmals einzigartige Wissen und Können ihrer Leistungsträger für den Gesamtverbund aktiviert. Dann gewinnt sie auch die Hochschullehrer, Chefarzte und weitere wichtige Berufsgruppen für ein Konzept nachhaltiger strategischer Aufgaben-, Markt- und Stärkenausrichtung, mit dem die Hochschulmedizin bestehen und wachsen kann.

## 7.4 Literatur

- Arnold M, Strehl R. Wie kommen Innovationen ins DRG-System? In: Arnold M, Litsch M, Schell-schmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart: Schattauer 2001; 159ff.
- Braun D. Gesundheitsforschung und Fördersysteme im internationalen Vergleich. Bonn 1993. DKG. Krankenhausstatistik.
- Klaßmann R. Aktuelle Besteuerungsfragen für Krankenhäuser und Krankenhausträger. Düsseldorf 2005, 154f.
- KMK. Datenerhebung 2001 bis 2004, 2006.
- Knorr KE, Klaßmann R. Die Besteuerung der Krankenhäuser. Düsseldorf 2004; 348f.
- Lauterbach K et al. Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten. Sankt Augustin 2003.
- Nagel R. Lust auf Strategie. Stuttgart 2007; 73ff.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 1997. Baden-Baden 1997/8; 124ff.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2003, Band II. Baden-Baden 2003; 290.
- Siewert R, Siess M. Das Universitätsklinikum der Zukunft. In: Thiede A, Gassel HJ (Hrsg). Krankenhaus der Zukunft. Heidelberg 2006; 587ff.
- Strehl R. Hindernisse und deren Überwindung bei der Erbringung ambulanter Leistungen durch Hochleistungskrankenhäuser. In: Arnold M, Paffrath D (Hrsg). Krankenhaus-Report 1995, Stuttgart: Gustav Fischer Verlag 1995; 101ff.
- Strehl R. Privatisierungswelle im deutschen Krankenhauswesen? In: Arnold M, Klauber J, Schell-schmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart: Schattauer 2003; 113ff.
- Strehl R. Operationalisierungsfragen – Investition, Finanzierung, Personal. In: Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg. Teilprivatisierung der Universitätsklinik. Stuttgart 2003; 86ff.
- Strehl R. Strukturelle Entwicklungen der Universitätsklinik aus Verwaltungssicht. In: Thiede A, Gassel HJ (Hrsg). Krankenhaus der Zukunft. Heidelberg 2006; 571ff.
- Tecklenburg A. In einem morbiditätsgesteuerten Gesundheitssystem sollen Maximalversorger die Regie übernehmen. Krankenhaus-Umschau 2007; 488ff.
- von Gaertner HO. Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Rheinland-Pfalz. Vortrag Medizinischer Fakultätentag Juni 2007.
- Wissenschaftsrat. Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen. 2006.