

## **Rolf Ackermann**

### **Reform der Medizinischen Einrichtungen – Neue Rechtsform und strukturelle Fragen**

Eine der zentralen Aufgaben des Staates ist die Gesundheitspolitik. Das deutsche Gesundheitssystem hat im Vergleich zu anderen Ländern einen sehr hohen Standard in der Versorgung von Kranken. Im Jahr 1998 wurden nach Auswertungen des Statistischen Bundesamtes insgesamt 211 Milliarden € für Gesundheit ausgegeben. Dies entsprach 10,9 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (1970 betrug der Anteil lediglich 5,7 Prozent). Das Gesundheitswesen ist ein zunehmend an Bedeutung gewinnender Wirtschaftsfaktor mit hohem Wachstumspotenzial. Es bietet ca. 2,2 Millionen Menschen eine Beschäftigung.

Aus Sicht der im Gesundheitswesen Verantwortlichen wird – verursacht durch nicht mehr zeitgemäße Strukturen in der medizinischen Versorgung kranker Menschen – effizientes Handeln für die Leistungserbringer zunehmend schwieriger. Sie sehen hierin große Herausforderungen und Reformzwänge für das deutsche Gesundheitswesen.

Ausgehend von der historischen Entwicklung des heutigen Universitätsklinikums Düsseldorf werden insbesondere die Rechtsformänderung des Klinikums mit ihren Auswirkungen in der Organisationsstruktur, der Leitung und Verwaltung des Universitätsklinikums sowie die Entwicklungen im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung und der Krankenhausfinanzierung aufgezeigt.

Am 27. Juli 1907 wurden die neu erbauten Allgemeinen Städtischen Krankenanstalten und die kurz zuvor errichtete „Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin“ feierlich eröffnet. Die 745 Krankenbetten waren in 25 Einzelgebäuden untergebracht. Die Akademie erfüllte Aufgaben unter anderem in der Ausbildung von Medizinalpraktikanten und in Spezialfächern. Sie konnte allerdings keine Studierenden ausbilden. 1923 wurde die „Akademie für Praktische Medizin“ in „Medizinische Akademie in Düsseldorf“ umbenannt. Die Akademie erhielt die Rektoratsverfassung und das Recht auf klinische Ausbildung von Studierenden. Das Studium der Zahnmedizin konnte im Wintersemester 1931/1932 beginnen. Am 1. November 1935 erhielt die medizinische Akademie in Düsseldorf das Promotionsrecht. Am 1. Januar 1962 übernahm das Land Nordrhein-Westfalen die Medizinische Akademie. Die Krankenanstalten verblieben weiterhin in der Trägerschaft der Stadt Düsseldorf und wurden dem Land unentgeltlich für Zwecke der Forschung und Lehre zur Verfügung gestellt. Das Land übernahm die Personalkosten für das wissenschaftliche Personal. Am 16. November 1965 beschloss die Landesregierung die Umwandlung der Medizinischen Akademie in die „Universität Düsseldorf“. Am 1. Januar 1973 gingen die bisherigen Städtischen Krankenanstalten – Universitätskliniken – von der Stadt Düsseldorf in die Trägerschaft des Landes Nordrhein-Westfalen (Universität) über. Zusammen mit den zentralen Dienstleistungseinrichtungen und den technischen Versorgungs- und Hilfsbetrieben sowie den Schulen für Heil- und Hilfsberufe bildeten die Klinischen und medizinisch-theoretischen Einrichtungen der Hochschule ab dem 1. Januar 1974 die Medizinischen Einrichtungen. Die Medizinischen Einrichtungen waren eine besondere Betriebseinheit der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Mit Wirkung vom 1. Januar 2001 errichtete das Land das Klinikum Düsseldorf der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf als rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts. Das Universitätsklinikum trat an die Stelle der bisherigen Medizinischen Einrichtungen der Universität. Mit der rechtlichen Eigenständigkeit der neuen Anstalt öffentlichen Rechts sollte die Weiterentwicklung der Strukturen der Hochschulmedizin und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit ermöglicht werden. Dementsprechend folgt die Organisationsstruktur den Modellen der Wirtschaft mit einem vom Aufsichtsrat bestellten Vorstand und einem Aufsichtsrat. Allein der Dekan ist Mitglied des Vorstandes kraft Amtes. Die ministerielle Aufsicht ist auf die Rechtsaufsicht beschränkt.

Auslöser der aktuellen Reformdiskussion war und ist der sich verschärfende Wettbewerb um die für Forschung, Lehre und Krankenversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen. Vor allem hat sich die Finanzierung der Krankenversorgung durch die Kostendämpfungsgesetze im Gesundheitswesen grundlegend gewandelt. Insbesondere der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeleitete Übergang vom Selbstkostendeckungsprinzip zu einem System administrierter Preise für definierte Leistungen und einem Abteilungsbudget hat den Druck auf eine ertragsbezogene Orientierung des Leistungsangebots und die betriebliche Kostensteuerung erheblich erhöht. Für die Universitätsklinika gilt dies in besonderem Maße, da sie außerordentlich personal- und kostenintensiv sind.<sup>1</sup>

Die Hochschulmedizin ist sowohl Bestandteil des Wissenschafts- und Bildungssystems als auch des Gesundheitssystems und der Krankenversorgung. Der sich daraus ergebende Ziel- und Orientierungskonflikt aufgrund der sich ändernden Rahmenbedingungen für die Hochschulmedizin, der sich verschärfende Wettbewerb um die für Forschung und Lehre, die Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses und die für die Krankenversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie die Änderung des diesbezüglichen Finanzierungssystems machten eine Strukturreform dringend notwendig.<sup>2</sup>

Erklärtes Ziel dieser Reform ist es, die Wirtschaftlichkeit der Universitätsklinika zu verbessern und ihre Eigenständigkeit und Handlungsfähigkeit zu stärken.

Erreicht werden soll dies durch eine organisatorische Entflechtung in Form der Verselbstständigung der Universitätskrankenhäuser. Die Finanzkreisläufe für Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits werden getrennt, und das Klinikum wirtschaftet nach kaufmännischen Methoden. Eine zweckwidrige Inanspruchnahme der Mittel für Forschung und Lehre für die Krankenversorgung sowie umgekehrt eine Subventionierung der Forschungsaufgaben durch Einnahmen aus der Krankenversorgung soll damit zukünftig verhindert werden.<sup>3</sup>

Lehre und Forschung einerseits und die Krankenversorgung andererseits sollen betriebswirtschaftlich und administrativ klar getrennt sein. Die Belange der medizinischen Forschung und Lehre sind aber im Gegensatz dazu untrennbar mit der Krankenversorgung

---

<sup>1</sup> Karthaus und Schmehl (2000: 299).

<sup>2</sup> Kultusministerium Sachsen-Anhalt (1999: 2).

<sup>3</sup> Karthaus und Schmehl (2000: 299).

verbunden und machen eine enge Anbindung des Klinikums an den medizinischen Fachbereich zwingend erforderlich. Bei einer Neuorganisation der Hochschulmedizin bedürfen diese Bindungen besonderer Berücksichtigung. Maxime der Strukturreform ist damit die Verwirklichung einer Trennung bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Einheit von Patientenversorgung und Forschung und Lehre.<sup>4</sup>

Insbesondere Universitätsklinika mit einem hohen Anteil an Notfallpatienten müssen auch in Zukunft ein sehr hohes Versorgungsniveau sicherstellen. Dazu gehören Diagnose und Therapie besonderer Krankheitsbilder, die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden durch klinische Forschung und die ärztliche Weiterbildung, um auch in Zukunft neue diagnostisch-therapeutische Leitlinien entwickeln zu können.<sup>5</sup> Neue Forschungs- und Entwicklungsergebnisse helfen, Leiden zu lindern, Krankheiten zu heilen und die Gesundheit zu erhalten. Die Forschungsergebnisse tragen dazu bei, das hohe Niveau der gesundheitlichen Versorgung in den Universitätsklinika zu erhalten und konkurrenzfähig zu bleiben.

Die Transparenz und die Trennung der Finanzkreisläufe für die Krankenversorgung einerseits, für Forschung, Lehre und Studium andererseits gehören zu den wichtigsten in der Reformdiskussion erhobenen Forderungen. Nachdruck erhielten sie vor allem durch die Preisorientierung des Krankenhausfinanzierungssystems. Der Aufwand für die Krankenversorgung soll eindeutig nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht, der Aufwand für Forschung, Lehre und Studium aus den entsprechenden Wissenschaftsmitteln gedeckt werden. Die wechselseitige „Subventionierung“ beider Aufgabenträger – ohne dass jeweils mit Sicherheit gesagt werden könnte, welche Seite im Augenblick der Geber ist – soll durch institutionelle Sicherungen verhindert werden. Zugleich werden Effizienzgewinne durch einen erhöhten Leistungs- und Kostendruck auf beiden Seiten erwartet, indem die Mittel nunmehr nicht schon von Anfang an Gegenstand eines gemeinsamen, die Verantwortlichkeiten vermischenden Verhandlungsprozesses sein sollen.<sup>6</sup>

## **Änderungen der Organisationsstruktur und Leitung des Universitätsklinikums Düsseldorf**

Die Voraussetzungen für betriebswirtschaftlich effizientes Handeln im Krankenhaus schaffen die Reformgesetze vor allem durch neue Leitungsstrukturen der Universitätskrankenhäuser, die ein schnelles und flexibles Agieren ermöglichen sollen. Als Vorbild dient hier die Organisationsstruktur moderner Großunternehmen, insbesondere der Aktiengesellschaft, mit einem starken Vorstand und einem kontrollierenden Aufsichtsrat.

Die Leitungsebene des Universitätsklinikums Düsseldorf lässt sich folgendermaßen darstellen:

---

<sup>4</sup> Karthaus und Schmehl (2000: 299).

<sup>5</sup> Kultusministerium Sachsen-Anhalt (1999: 2).

<sup>6</sup> Karthaus und Schmehl (2000: 302).

## **Der Aufsichtsrat**

Dem Aufsichtsrat wird durch Landesgesetz die Überwachung des Klinikumsvorstandes übertragen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe wird ihm eine umfassende Einsichts- und Prüfungsbefugnis bezüglich der Geschäftsunterlagen des Klinikums zugestanden. Er entscheidet in den grundsätzlichen Angelegenheiten des Klinikums und legt die Struktur- und Entwicklungsplanung bzw. die Ziele des Klinikums fest. Ihm steht die Kompetenz zu, über die Satzung des Klinikums zu entscheiden, die Mitglieder des Klinikumsvorstandes zu bestellen und über ihre Vergütung zu beschließen, den Wirtschaftsplan festzustellen, Abschlussprüfer zu bestellen, die Entlastung des Klinikumsvorstandes zu beschließen und auf Vorschlag des Klinikumsvorstandes über die Feststellung des Jahresabschlusses und die Verwendung des Jahresergebnisses zu entscheiden. Vorgesehen ist zudem die Zuständigkeit des Aufsichtsrates zur Zustimmung bei außergewöhnlichen, über den Rahmen des laufenden Geschäftsbetriebes hinausgehenden Rechtsgeschäften, Maßnahmen und Regelungen.

Den Vorsitz des Aufsichtsrates hat der Staatssekretär des Ministeriums für Schule, Wissenschaft und Forschung, Herr Hartmut Krebs, inne. Weitere Mitglieder des Aufsichtsrates sind der Rektor der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Herr Prof. Dr. Dr. h.c. Gert Kaiser (stellvertretender Vorsitz), der Kanzler der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Herr Pallme König, Herr Ministerialdirigent Dr. Berg (Finanzministerium), zwei Vertreter aus dem Bereich der Wirtschaft: Herr Hartmann (E.ON AG), Herr Dr. Rometsch (Bankhaus Trinkaus und Burkardt KG aA), zwei Vertreter aus dem Bereich der universitären Medizin: Herr Prof. Dr. Kreienberg (Universitätsklinikum Ulm) und Herr Prof. Dr. Bartram (Universitätsklinikum Heidelberg). Weitere Mitglieder sind Vertreter des wissenschaftlichen Personals (Herr Prof. Dr. Klein), des nichtwissenschaftlichen Personals (Herr Koerbel-Landwehr) sowie die Gleichstellungsbeauftragte (Frau Stevens) mit beratender Stimme.

## **Der Klinikumsvorstand**

Die Aufgabe der Leitung des Universitätsklinikums Düsseldorf ist dem Klinikumsvorstand übertragen. Der Vorstand fungiert als zentrales Geschäftsführungsgremium mit umfassenden Befugnissen. Er leitet das Universitätsklinikum und vertritt es gerichtlich und außergerichtlich. Ihm obliegt die Entscheidung in allen Angelegenheiten des Universitätsklinikums, die nicht dem Aufsichtsrat zugewiesen sind.

Dem Vorstand gehören an: Der Ärztliche Direktor, Herr Prof. Dr. Ackermann, als Vorsitzender, der stellvertretende Ärztliche Direktor, Herr Prof. Dr. Strauer, mit beratender Stimme, der Dekan der Medizinischen Fakultät, Herr Prof. Dr. Häussinger, der kommissarische Kaufmännische Direktor, Herr Thormeyer, sowie die Pflegedirektorin, Frau Schwarz.

## **Die Klinikumskonferenz**

Als weiteres Organ des Klinikums ist neben Aufsichtsrat und Vorstand ein zusätzliches Gremium etabliert, die „Klinikumskonferenz“. Die Funktion dieses Gremiums liegt in der Beratung des Klinikumsvorstandes. Ihm gehören an: Herr Prof. Dr. Gabbert als Vorsitzender der Klinikumskonferenz, die Leiterinnen und Leiter und die geschäftsführenden Leiterinnen und Leiter der klinischen und medizinisch-theoretischen Abteilungen und der

zentralen Dienstleistungseinrichtungen des Universitätsklinikums und aus dem weiteren Kreis der Professorinnen und Professoren, Hochschuldozentinnen und -dozenten vier von diesen gewählte Vertreterinnen oder Vertreter.

Das wissenschaftliche Personal verbleibt bei der Hochschule, während die nichtwissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anstalt des öffentlichen Rechts angehören. Es ist sichergestellt, dass die bisher erworbenen Rechte der Beschäftigten gewahrt bleiben. Betriebsbedingte Kündigungen aus Anlass der Verselbstständigung sind ausgeschlossen.

Die Umgründung der Medizinischen Einrichtungen in rechtlich selbstständige Anstalten des öffentlichen Rechts bringt Änderungen der rechtlichen Bestimmungen hinsichtlich der Bestellung von Klinik- und Institutsdirektorinnen und -direktoren mit Aufgaben in der Krankenversorgung mit sich. Die vom Ministerium ernannten Professoren haben gegenüber dem Land Aufgaben in Lehre und Forschung zu erfüllen. Neu seit dem 1. Januar 2001 ist die Regelung, dass die Klinik- und Institutsdirektorinnen und -direktoren mit dem Universitätsklinikum bzw. mit dem Aufsichtsrat im Einvernehmen mit der Universität einen Vertrag abschließen, der ihre Aufgaben, Rechte und Pflichten gegenüber dem Klinikum regelt.

## **Änderungen in der Verwaltung des Universitätsklinikums Düsseldorf**

Das Universitätsklinikum nimmt nach wie vor die Aufgaben für die Krankenversorgung wahr und dient der Medizinischen Fakultät zur Erfüllung seiner Aufgaben in Forschung und Lehre. Somit bleibt die Verbindung zwischen Krankenversorgung und Forschung und Lehre erhalten. Die Wirtschaftsführung und das Rechnungswesen des Universitätsklinikums richten sich nach kaufmännischen Grundsätzen. Dazu gehört die Erstellung des Jahresabschlusses und eines Lageberichtes. Die Ausgaben des Universitätsklinikums Düsseldorf werden durch Einnahmen verschiedener Kostenträger für stationäre und ambulante Behandlungen von Patienten und die Nutzung anderer Dienstleistungen finanziert. Mit Zuweisungen des Landes Nordrhein-Westfalen werden die Bereiche 'Forschung und Lehre', die Bauunterhaltung und die Abdeckung betriebsnotwendiger Kosten finanziert. Weiterhin stehen Zuweisungen aus dem Haushalt des Landes Nordrhein-Westfalen als Fördermittel für Investitionsmaßnahmen nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFVG), Zuweisungen aus dem Haushalt des Landes Nordrhein-Westfalen für Investitionen, soweit sie nicht der HBFVG-Finanzierung unterliegen, und Zuwendungen anderer Institutionen und natürlicher Personen für Einzelvorhaben als Finanzmittel zur Verfügung.

Aufgrund der begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen und des daraus resultierenden „Staus“ baulicher Investitionen ist das Universitätsklinikum Düsseldorf gezwungen, große Bauvorhaben in eine Prioritätenliste einzugliedern.

Das Betriebsvermögen der Medizinischen Einrichtungen ging mit Ausnahme der Grundstücke und grundstücksgleichen Rechte mit allen Rechten und Pflichten auf das Universitätsklinikum über. Zum 1. Januar 2001 entschied der Düsseldorfer Landtag die Errichtung eines „Bau- und Liegenschaftsbetriebes NRW“ (BLB) als Nachfolgeeinrichtung der staatlichen Bauverwaltung, der die gesamten Gebäude und Grundstücke des Landes verwalten und entwickeln soll. Damit entsteht zwischen dem BLB und dem Universitätsklinikum Düsseldorf, dem Nutzer der Liegenschaften, ein Vermieter-Mieter-Verhältnis mit

allen Rechten und Pflichten. Die Universitätskliniken müssen sich innerhalb der nächsten viereinhalb Jahre bei Baumaßnahmen des Bau- und Liegenschaftsbetriebes bedienen.

Die neue Rechtsform ermöglicht dem „Wirtschaftsunternehmen Universitätsklinikum Düsseldorf“ mit 4.750 Beschäftigten nach unternehmerischen Gesichtspunkten zum Wohle der Patienten durch eine eigene Wirtschaftsführung, die Dienstherreneigenschaft, die Aufnahme von Krediten, die Gewährung von Darlehen und nicht zuletzt durch die Möglichkeit, Unternehmen zu gründen und sich an Unternehmen zu beteiligen, auf den verstärkten Wettbewerb zu reagieren.

## **Änderungen im Bereich der Pflege**

Die Patientenbetreuung soll kundenorientierter erfolgen und erhält einen deutlicheren Dienstleistungscharakter. Rund 1.300 Pflegepersonen arbeiten im Universitätsklinikum Düsseldorf, das über 1.397 Planbetten verfügt. Das Pflegepersonal nimmt eine wichtige Schlüsselrolle zwischen Patienten, Ärzten und anderen Bereichen ein und ist in großem Maße mitverantwortlich für den Erfolg der Behandlungsprozesse. Neueste Erkenntnisse aus der Pflegeforschung werden in den Pflegeprozess integriert. Durch die Teilnahme an innerbetrieblichen Fortbildungen und Weiterbildungen werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Funktions- und Pflegedienstes optimal weiterqualifiziert, um den dynamischen Strukturen der Gesundheitsversorgung dauerhaft standhalten zu können.

## **Änderungen in der ärztlichen Selbstverwaltung**

Zum Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung gehören die ärztliche Weiterbildung, die Qualitätssicherung ärztlichen Handelns, die ärztliche Fortbildung und berufsrechtliche Aspekte.

Universitätsklinika waren schon immer Institutionen, die sich im Besonderen um die Weiterbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten zu Fachärzten gekümmert haben. Die Weiterbildung stellt die nächsthöhere Ebene eines beruflichen Werdegangs nach der studentischen Ausbildung dar. Diesen Berufsabschnitt in einem Umfeld zu absolvieren, das sich in verschiedener Hinsicht von nicht universitären Einrichtungen unterscheidet, war für einen Teil der jungen Kolleginnen und Kollegen stets besonders attraktiv. Dazu gehören die Breite des Fächerkanons, die Systematik der Kenntnisvermittlung (akademische Medizin), die Perspektiven für die weitere berufliche Entfaltung, die Chancen, höhere Qualifikationen zu erlangen und die guten Möglichkeiten der wissenschaftlichen Betätigung.

Für die Kliniken einer Universität war das Interesse der Studiumsabsolventen an einer universitären Weiterbildung aufgrund der attraktiven Aspekte von großer Bedeutung. Durch die Aufnahme von hoch motivierten, wissenschaftlich interessierten jungen Kolleginnen und Kollegen schien die ständige Generierung einer personellen Ressource für die klinische Wissenschaft gewährleistet. Die zeitlich begrenzten Arbeitsverträge stellen zudem den notwendigen personellen Wandel sicher, mit dem Ziel, die fleißigsten, innovativsten, produktivsten und belastungsfähigsten Mitarbeiter herauszufiltern und weiter zu fördern.

Die mit der Entwicklung der modernen Medizin und der daraus resultierenden Spezialisierung und Subspezialisierung einhergehende Zunahme der Fachabteilungen hat zu einer zahlenmäßigen Ausweitung der Weiterbildungsplätze an den universitären Einrichtungen

geführt. Daraus resultiert, dass rund 80 Prozent der Stellen der sogenannten Dienstort 01, also des ärztlichen Dienstes, durch Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung besetzt sind. Dieser Anteil mag zwischen den Kliniken und unter den Standorten variieren, erreicht aber kaum die 50-Prozent-Marke. Hinzu kommt, dass der dadurch intern produzierte Druck u. a. mit zur Einrichtung von Fachabteilungen in Krankenhäusern der Regelversorgung beigetragen hat, mit der Folge einer weiteren Zunahme der Weiterbildungskapazitäten.

Was sind die Folgen der Ausweitung der Weiterbildungskapazitäten?

Zunächst einmal liegen die Personalkosten niedriger als wenn die Mehrzahl der Weiterbildungsstellen mit Fachärzten besetzt wäre, was aus wirtschaftlicher Sicht positiv zu bewerten ist. Weiterbildung ist aber nicht umsonst zu haben. Die Mittel, die für die Weiterbildung aufgebracht werden müssen, lassen sich schwer ausmachen. Unabhängig davon, dass Berufsanfänger die eine oder andere kostenträchtige Anordnung, z. B. CT-Untersuchung oder die Anordnung einer teuren antibiotischen Therapie – wenn nicht kontrolliert – unnötigerweise veranlassen, ist vor allem im interventionellen Bereich, angefangen von der Sonographie über die Endoskopie über minimal-invasive Verfahren bis hin zu offenen operativen Interventionen ein erheblicher zeitlicher Mehraufwand vonnöten, um junge Kolleginnen und Kollegen an diese Aufgaben heranzuführen. Im operativen Bereich bedeutet eine längere Operationszeit, dass mindestens zwei Operationsschwestern, ein Anästhesist und eine anästhesiologische Funktionsschwester, der ausbildende Facharzt und häufig ein weiterer Assistent länger im Einsatz sind und damit einen wesentlichen Anteil der Weiterbildungskosten verursachen. Die Einführung einer bereits an einigen Universitätskliniken etablierten internen Leistungsverrechnung wird sich in diesem Kostenbereich korrigierend auswirken. Wenn die Personalkosten rund 70 Prozent der Gesamtkosten eines Klinikums ausmachen, wird man unter dem zunehmenden wirtschaftlichen Druck zwangsläufig folgende Fragen stellen müssen:

- Wie viel Weiterbildung ist wirtschaftlich tragbar?
- Wie viel Weiterbildung ist wirklich nötig, um neue medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch weiterzuvermitteln?
- Wie viel Weiterbildung ist nötig, um die eigenen personellen Erfordernisse in Wissenschaft, Lehre und Krankenversorgung für die Zukunft sicherzustellen?

Diese Fragen können wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt und wahrscheinlich auch in naher Zukunft nicht beantworten. Die vor allem auch durch die neue Form der Krankenhausfinanzierung ausgelösten zu erwartenden wirtschaftlichen Erschwernisse haben bereits heute zu Überlegungen geführt, durch ein Anheben des Anteils an Fachärzten sowohl in qualitativer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht bessere Bedingungen zu schaffen. Die bisherigen Personalstrukturen an den Universitätskliniken eignen sich hierzu nur in begrenztem Maße. Die beruflichen Perspektiven der anstelle der Mitarbeiter in Weiterbildung einzustellenden Fachärzte sind unklar. Eine Dauerstelle BAT Ia mag z. B. für einige Zeit attraktiv sein; auf Dauer jedoch kaum. Die Vorstellung, über die Entwicklung eines Departmentsystems neue Aufstiegsmöglichkeiten zu eröffnen, ist sicher interessant. Mit dem bislang in Deutschland verfolgten Konzept der Departmentisierung werden die Probleme allerdings nicht zu lösen sein. Dazu fehlen vor allem die Rahmenbedingungen. Die Erfassung der vom einzelnen Mitarbeiter erbrachten Leistungen und der damit erwirtschafteten

Erlöse ist hierzu Voraussetzung. Die hierfür erforderlichen Instrumente sind aber bislang nicht vorhanden. Aufgrund der in anderen Ländern gesammelten Erfahrungen wird sich die höhere Anzahl dauerhaft beschäftigter Fachärzte positiv auf die Qualität der Weiterbildung auswirken. Vorausgesetzt, dass es gelingt, für diese Fachärzte Anreizsysteme zu entwickeln, wird auch die klinische Forschung profitieren, um die von offizieller Seite immer wieder geforderte Steigerung der Qualität und Produktivität zu erreichen.

In § 137 SGB V wird vom Gesetzgeber die Einführung eines Qualitätsmanagements für alle Krankenhäuser zwingend vorgeschrieben. Aufgrund der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Qualitätsmanagement-Modelle muss jedes Klinikum sorgfältige Überlegungen anstellen, welches Modell Anwendung finden kann und wie die Qualitätssicherung personell und organisatorisch verankert wird. Die Nichteinhaltung der Qualitätssicherung für Fallpauschalen und Sonderentgelte wird ab dem Jahr 2002 mit Vergütungsabschlägen als Sanktionsmaßnahmen bestraft, so dass auch in diesem Bereich der Druck auf die Universitätsklinika erheblich steigt.

Auch wenn man nicht oft genug betonen kann, dass der Patient heute und auch in der Zukunft im Mittelpunkt unserer Bemühungen steht und stehen wird, so wird der wirtschaftliche Druck umso mehr die Entwicklung eines effizient arbeitenden Systems zur Sicherung der Qualität ärztlichen Handelns an den Universitätskliniken erfordern. In diesen Kliniken, in denen bevorzugt medizinische Innovationen auf den klinischen Prüfstand gelangen, verlangt dieser Aspekt – auch vor dem Hintergrund der rasanten Entwicklung der Medizin in Bereichen wie der Biologie und der Technologie – unsere besondere Aufmerksamkeit. Welche personellen Ressourcen hierzu erforderlich sind, wird an einigen Standorten geprüft. Ohne ausreichende personelle Ausstattung wird der angestrebte Effekt – nämlich die Qualität ärztlichen Handelns sicherzustellen – nicht erreicht werden. Die hierfür erforderlichen Stellen müssen durch interne Umverteilung gewonnen werden – ein nicht unproblematisches Unterfangen.

Bei kritischer Betrachtung wird das neue pauschalisierte Entgeltsystem dazu beitragen, die Qualität unserer Arbeit in großem Umfang zu bewerten. Ohne unser eigenes Zutun in Form einer internen Kontrolle durch unsere eigenen ärztlichen Mitarbeiter werden wir die Steuerung des ärztlichen Handelns verlieren. Wirtschaftliche Notwendigkeit auf der einen Seite und Leitlinien auf der anderen Seite machen es zunehmend schwieriger, individuelle diagnostische und therapeutische Konzepte zu entwickeln.

Die aufgezeigte notwendige Verstärkung der fachärztlichen Kapazität wird sich günstig auf den berufsrechtlichen Aspekt der sach- und fachgerechten Berufsausübung auswirken. Ob der Wettbewerb unter den Kollegen das kollegiale Miteinander negativ beeinflusst, bleibt abzuwarten. Jedes Klinikum muss aber gerade in diesem Bereich darauf bedacht sein, personelle Turbulenzen nicht nur zu vermeiden, sondern Teamkonzepte zu verfolgen.

## **Änderungen in der Krankenhausfinanzierung**

### **Fallpauschalengesetz/DRGs**

Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität sollen mit der schrittweisen Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems in Krankenhäusern gefördert werden. Mit dem System erfolgt eine weitgehend genaue Zuordnung der Mittel entsprechend der Leistungen („Geld folgt Leistung“). Die Fallpauschalen werden die im internationalen Ver-

gleich zu hohen Verweildauern in Deutschlands Krankenhäusern weiter verkürzen. Die Transparenz des neuen Entgeltsystems soll die Vergleichbarkeit von Krankenhausleistungen fördern und die guten Leistungen einzelner Krankenhäuser transparent und somit unterstützend für andere Häuser nutzbar machen.

Am 1. März 2002 hat der Bundesrat unter Berücksichtigung der vom Vermittlungsausschuss beschlossenen Änderungen das Fallpauschalengesetz verabschiedet. Damit ist der Weg zum Festpreissystem medizinischer Leistungen unumkehrbar. Ab dem 1. Januar 2004 ist die Anwendung des neuen Vergütungssystems auf der Grundlage eines deutschen Fallpauschalenkataloges verbindlich. Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen sind nur bis zum Ende der Übergangsphase 2006 festgelegt. Welche Rahmenbedingungen ab dem Jahr 2007 gelten, steht zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht fest.

Eine Fülle von Änderungen kommt mit dem Fallpauschalengesetz auf alle Krankenhäuser zu. Ab 2003 bis 2004 gilt zunächst eine budgetneutrale Einführungsphase, die basierend auf dem Gesamtbetrag des Vorjahres budgetneutral ausgestaltet wird. Der Gesamtbetrag des Krankenhauses wird entsprechend § 6 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung mit den Krankenkassen verhandelt. Es wird ein krankenhausesindividueller Basisfallwert je Fallpauschale (multipliziert mit der Bewertungsrelation) als Abschlagszahlung abgerechnet. Die Jahre 2005 und 2006 umfassen eine so genannte Angleichungsphase, in der das Erlösbudget an das neu zu bestimmende Erlösvolumen aufgrund der neu vereinbarten DRG-Leistungsmenge schrittweise herangeführt wird. Am 1. Januar 2008 wird der Angleichungsprozess beendet sein und das Krankenhaus erhält das vereinbarte Erlösvolumen. Das Leistungsvolumen wird auf der Grundlage des DRG-Fallpauschalenkataloges vereinbart. Es gelten Mehr- und Mindererlösausgleiche.

Die allgemeinen Krankenhausleistungen, d. h. teil- und vollstationäre Leistungen, werden mit folgenden Entgelten abgerechnet:

- Fallpauschalen nach DRG-Fallpauschalenkatalog,
- ergänzende Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel,
- ergänzende Entgelte bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschale,
- Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung,
- sonstige Zu- und Abschläge ab dem 1. Januar 2005, z. B. für Notfallversorgung,
- Sicherungszuschlag zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung,
- Entgelte für Leistungen, die in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht durch Fallpauschalen und Zusatzentgelte erfasst werden,
- Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- Qualitätssicherungszuschläge sowie mit dem
- DRG-Systemzuschlag.

Von der Einführung des neuen Vergütungssystems erhofft sich die Bundesregierung eine stärkere Kooperation innerhalb der Krankenhäuser und zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen. Die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

sollen fließender gestaltet werden, als es heute der Fall ist. Im Bundesministerium wird auch über die Einführung ambulanter Fallpauschalen nachgedacht. Das propagierte Ziel des neuen Fallpauschalengesetzes ist, dass die Gelder dorthin fließen, wo die Leistungen erbracht werden.

Über die Auswirkungen des neuen pauschalisierten Entgeltsystems auf die universitäre Medizin kann aus heutiger Sicht Folgendes prognostiziert werden. Die bislang bestehende Finanzierungsflexibilität wird nach der Einführung des neuen Entgeltsystems nicht mehr bestehen. Die Kalkulation der Fallpauschalen geschieht retrospektiv und weitgehend außeruniversitär, ohne die speziellen Belange der universitären Medizin zu berücksichtigen. Dazu gehören beispielsweise der Ausschluss der Finanzierung von Investitionen, Therapieoptimierungen oder klinischen Studien. Ähnliches gilt auch für die Kosten der ärztlichen Weiterbildung. Die mit der Einführung der DRGs verbundene zusätzliche Aufgabenübertragung an ärztliche Mitarbeiter führt zur Reduktion ihrer Zeit für klinische Forschung.

Die Stärkung der Kernkompetenz auf der einen Seite und damit das Abschmelzen nicht so attraktiver Themen auf der anderen Seite wird zu einer klinikumsübergreifenden, strategischen medizinischen Leistungsplanung und Abstimmung führen. Eine Netzwerkbildung zwischen verschiedenen Universitätskliniken, aber auch zwischen Universitätskliniken und nicht-universitären Krankenhäusern wird die Zukunft sein. In dieser Netzwerkbildung werden die Universitätskliniken aber auch als Anbieter von medizinischem Know-how über regionale oder globale Netze neues Einkommen erzielen können. Nicht mehr der Besitz von Wissen und Eigentum an medizinischer Infrastruktur ist die Zukunft, sondern der Zugang zu Wissen und Infrastruktur.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass viele der ärztlichen Selbstverwaltung rechtmäßig zugewiesenen Aufgabenbereiche durch die Umwandlung der Universitätsklinika in eine neue Rechtsform mehr oder weniger stark berührt werden. Es sind aber auch die veränderten wirtschaftlichen Bedingungen und der schärfere Wettbewerb um die Gunst der Patienten, die durch die nunmehr bestehende wirtschaftliche Eigenverantwortung der Universitätsklinika enormen Handlungsbedarf auslösen, um die Zukunft erfolgreich bestehen zu können. Die umfangreichen Anpassungen an die veränderten medizinischen Strukturen sind die Voraussetzung für das erfolgreiche Unternehmen „Universitätsklinikum“.

Dies kann nur durch erhebliche Modernisierung sowohl in der medizinischen Versorgung als auch in den Verwaltungsabläufen, z. B. durch den verstärkten Einsatz EDV-gestützter Kommunikationsmittel der Kliniken, geschehen. Die Krankenhäuser müssen wettbewerbsfähig gemacht werden. Darin inbegriffen ist auch die Änderung der Arbeitszeitbedingungen des Personals in Krankenhäusern.

Der Europäische Gerichtshof hat in seinem Urteil vom 3. Oktober 2000 festgestellt, dass der Bereitschaftsdienst, der in einem Krankenhaus in Form von persönlicher Anwesenheit abgeleistet wird, als Arbeitszeit und gegebenenfalls als Überstunden anzusehen ist. Ob und welche Anwendung das Urteil des Europäischen Gerichtshofes in Deutschland findet, steht zurzeit noch nicht fest. Auf eine Anfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft antwortete die Gesundheitsministerin Schmidt, dass von Seiten der EG-Kommission in Bezug auf die Auswirkungen des EuGH-Urteils noch keine offizielle Äußerung vorläge und dass die Bewertung hinsichtlich der Wirkung des Urteils zusammen mit dem federführend zuständigen Bundesarbeitsministerium vorgenommen werde. Nach einer Umfrage

der Krankenhaus Gesellschaft Nordrhein-Westfalen zu den Auswirkungen des EuGH-Urteils kann von Mehrkosten im Ärztlichen Dienst um jährlich circa 1,75 Milliarden € in Deutschland ausgegangen werden. Hinzu kommt, dass circa 27.000 zusätzliche Ärzte und 14.000 Beschäftigte hauptsächlich im medizinisch-technischen Dienst und im Funktionsdienst zur Verfügung gestellt werden müssten.<sup>7</sup> Dazu müsste die Refinanzierung der zusätzlichen Personalkosten gesichert sein. Aus den bisherigen Budgets der Krankenhäuser können diese zusätzlichen Kosten nicht finanziert werden. Eine weitere Schwierigkeit besteht in der kurzfristigen Rekrutierung des erforderlichen Personals, das in sehr kurzer Zeit nicht *ad hoc* verfügbar sein wird. Eine weitere Verschärfung tritt durch die momentanen Bestrebungen der Gesundheitspolitik ein, die Studierendenzahlen in der Humanmedizin zu senken.

## Ausblick

Die sicherlich nicht gänzlich dargestellten strukturellen Änderungen der medizinischen Versorgung, insbesondere die des Universitätsklinikums Düsseldorf, spiegeln die Komplexität der Organisation des Gesundheitswesens wider. Die Entwicklung der Alterspyramide und der damit verbundenen Zunahme des Anteils multimorbider Patienten, der typisch für die Patientenstruktur eines Universitätsklinikums ist, verlangen in zunehmendem Maße eine Steigerung der Effizienz und Effektivität der medizinischen Versorgung. Der wissenschaftliche Fortschritt wird in den kommenden Jahren auch immer rascher in das Gesundheitswesen eingebunden werden. Das stellt neue Anforderungen an alle im Gesundheitswesen Beschäftigten. Die Lösung darf keinesfalls in der Einschränkung von Leistungen oder der Erhöhung der Versicherungsbeiträge liegen; sie liegt vielmehr in der optimalen Nutzung bestehender Ressourcen. Die Einführung eines Wettbewerbs im Gesundheitssystem zwingt die Leistungserbringer zu einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Krankenversorgung. Dies soll durch die Einführung eines kontrollierten Wettbewerbs um Qualität und Preis zwischen den einzelnen Anbietern von Gesundheitsleistungen erfolgen – bei gleichzeitiger Sicherung eines umfassenden solidarisch finanzierten Krankenversicherungswesens.

Das Leistungsangebot eines Krankenhauses muss die Anforderungen erfüllen, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft möglich sind, um den Auftrag einer bestmöglichen und wirtschaftlichen Krankenversorgung sichern zu können. Ob sich mit den bereits eingeleiteten Reformüberlegungen des Bundes und der Länder diese Ziele verwirklichen lassen, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abschließend beurteilt werden.

## Bibliographie

- KARTHAUS, Arnim und Arndt SCHMEHL. „Umsetzungsprobleme der Strukturreform der Hochschulklinika – eine Zwischenbilanz“, *Medizinrecht* 7 (2000).
- KULTUSMINISTERIUM SACHSEN-ANHALT. *Neuorganisation de Hochschulmedizin in Sachsen-Anhalt – Stand und Weiterentwicklung. Arbeitstreffen im Rahmen der Evaluation 19.11.1999*. Halle an der Saale 1999.

---

<sup>7</sup> Quelle: Rundschreiben Nr. 9/2001 der Krankenhaus Gesellschaft Nordrhein-Westfalen; Umfrage zu den Auswirkungen des EuGH-Urteils vom 3.10.2000.