

Sicht der Universitätsklinik

Prof. Dr. D. M. Albrecht

Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Dresden

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
meine Damen und Herren!

Ich möchte zu Beginn die herzlichsten Grüße des Verbands der Universitätsklinik (VUD) an Sie übermitteln. Ich freue mich und bin stolz, daß wir nicht nur Wand an Wand, sondern innerhalb von Räumen gemeinsam für die Hochschulmedizin arbeiten werden. Das freut mich auch deshalb, weil ich in der Vergangenheit schon einige ideologische Grabenkämpfe mitgemacht habe und weil ich überzeugt bin, daß sich vergangene Diskussionen um das falsche Problem gedreht haben. Die Durchschlagskraft der Hochschulmedizin nach außen könnte größer sein, wenn wir unsere Energie nicht in Grundsatzdiskussionen verschwendet hätten.

Wenn ich nun die Sicht der Universitätsklinik darstelle, werden Sie bemerken, daß sie sich von der von Herrn Kollegen Autenrieth vorgestellten Position nicht wesentlich unterscheidet. Ich werde darauf eingehen, was in der Ausgestaltung und Profilierung noch unterschiedlich sein könnte. Ich werde weiterhin die „Kampflinien“ ganz klar definieren. Sie liegen nicht zwischen Fakultät und Klinikum, sie liegen vielleicht zwischen der Hochschulmedizin und der Universität, sie liegen aber noch viel mehr zwischen der Hochschulmedizin und denen, die die Hochschulmedizin auch in Zukunft zu finanzieren haben. Hier ist jede Konzentration angebracht, denn sonst laufen wir Gefahr, gemeinsam unterzugehen und das kann nicht unser Interesse sein.

Vor einigen Jahren haben wir in Dresden gemeinsam mit Harvard einen Leadership-Kurs etabliert und versucht, internationale Strukturen zu charakterisieren und herauszufinden, was die Hochschulmedizin als Verbund von

Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät von anderen Fakultäten unterscheidet. Dabei fiel auf, daß die deutschen Teilnehmer hauptsächlich über die Strukturen diskutierten und Strukturqualität vor die Ergebnisqualität stellten. Geht man mit angelsächsischer Pragmatik heran, stellt man fest, daß es verschiedene Geschäftsfelder mit eigenen Konkurrenz- und Interessenlagen gibt (Abb. 1).

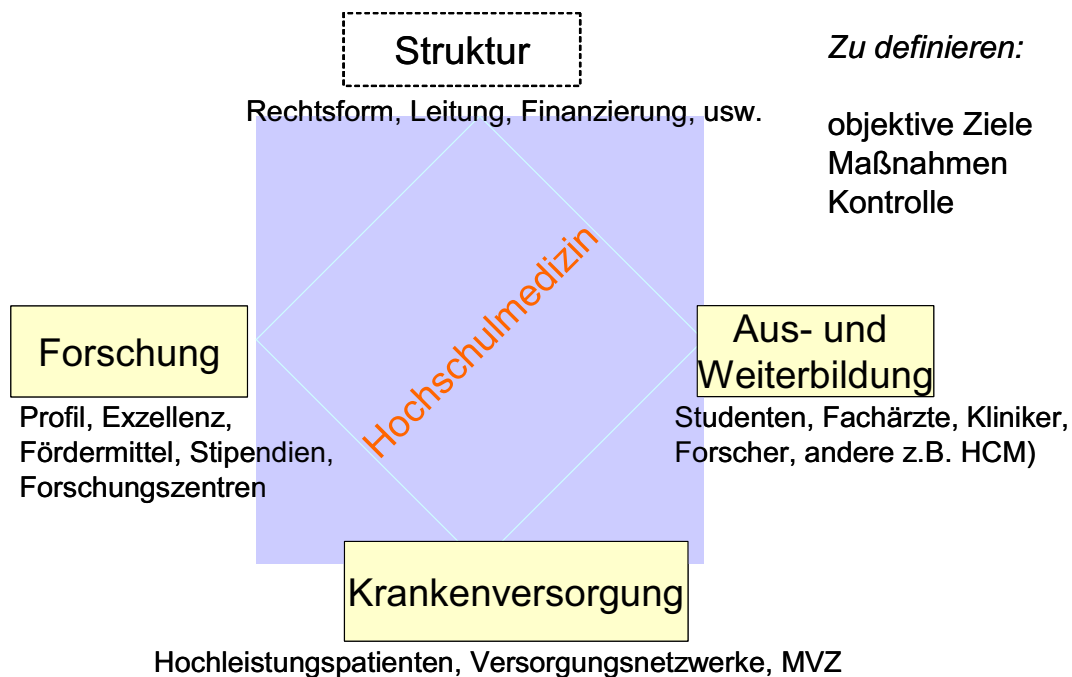


Abb. 1: Stellung der Hochschulmedizin und ihre Beziehungen, Quelle Harvard Leadershipcourse 10.04.2005

Es kann nicht sein, daß nur eine einzige „optimale“ Struktur alle Probleme in den verschiedenen Bereichen lösen könnte. Es kann auch nicht sein, daß eine monetäre Denkweise – quasi „wer zahlt, schafft an“ – als Lösung für Strukturfragen dienen soll. Die Effektivität und Ausrichtung der Struktur hat eine einzige Aufgabe, die Effizienz in allen Geschäftsbereichen möglichst nicht zu behindern. Wir haben in Deutschland an einigen Standorten genau diesen Fehler begangen.

Erst muß also die Zieldefinition für die Bereiche Krankenversorgung, Forschung und Lehre und andere erfolgen, dann kann ich Maßnahmen für die Erreichung der Ziele benennen und Elemente festlegen, mit denen ich die Wirksamkeit der Maßnahmen prüfe. Dafür brauche ich eine Struktur und entsprechend professionalisierte Aufsichts- und Leitungsgremien.

Ich will hier keine aus Sicht der Klinika geeignete Rechtsform vorschlagen. Die Rechtsform ist für mich prinzipiell zweitrangig. Sie muß eben nur den genannten Kriterien genügen. Man kann Klinikum und Fakultät integrieren. Man kann ein Universitätsklinikum privatisieren. Aus meiner Sicht muß ein in einem Bundesland an einem Standort praktiziertes Modell mit zwei privatisierten Universitätsklinika in einer Rechtsform und den daneben stehenden Fakultäten als Angehörige zweier unterschiedlicher Hochschulen aber wegen der Komplexität scheitern.

Ich bedauere, daß wir noch kein Modell einer Eigenprivatisierung, also dem Zusammenschluß von Fakultät und Klinikum unter einer gemeinsamen Zielsetzung und mit einer möglichst starken Unabhängigkeit von einem staatlichen „Hineinregieren“ etabliert haben. Mein „Lieblingsmodell“ MHH kommt dem schon sehr nahe, dennoch unterliegt es als Hochschulmodell den Regularien der Hochschulgesetzgebung des Landes Niedersachsen. Ich glaube nämlich, daß wir grundsätzlich künftig mehr Probleme mit unseren Eignern, den Bundesländern, mit anderen Universitätsklinika oder externen Konkurrenten haben werden.

Ein weiteres Modell sind die öffentlich-rechtlichen Modelle, die als Körperschaften oder Anstalten öffentlichen Rechts aufgebaut sind. Das Beispiel Berlin erscheint mir dabei ein sehr schwieriges, denn dort ist de facto eine Gliedkörperschaft entstanden, die jedoch auf vier Hochschulstandorte verteilt agieren muß. Nach meiner Meinung ist das Modell Berlin schon zu groß, um noch schnell und schlagkräftig auf ständige Änderungen der Gesundheitspolitik reagieren zu können.

Es gibt schließlich auch Mischformen. Der VUD hat eine Zusammenstellung erarbeitet, in der die verschiedenen Länder- und Standortmodelle nachzulesen sind.

Die Ist-Situation der Hochschulmedizin in Deutschland ist in Abbildung 2 illustriert. Das Universitätsklinikum ist in der Regel ausgegliedert, nicht weil die Klinika es wollten, sondern weil die Träger (Länder und Universitäten) aus Sorge vor der wirtschaftlichen Lage, die Universitätsklinika fallen ließen. Es sollten keine befürchteten Defizite durch die Länder oder die Universitäten getragen werden müssen.

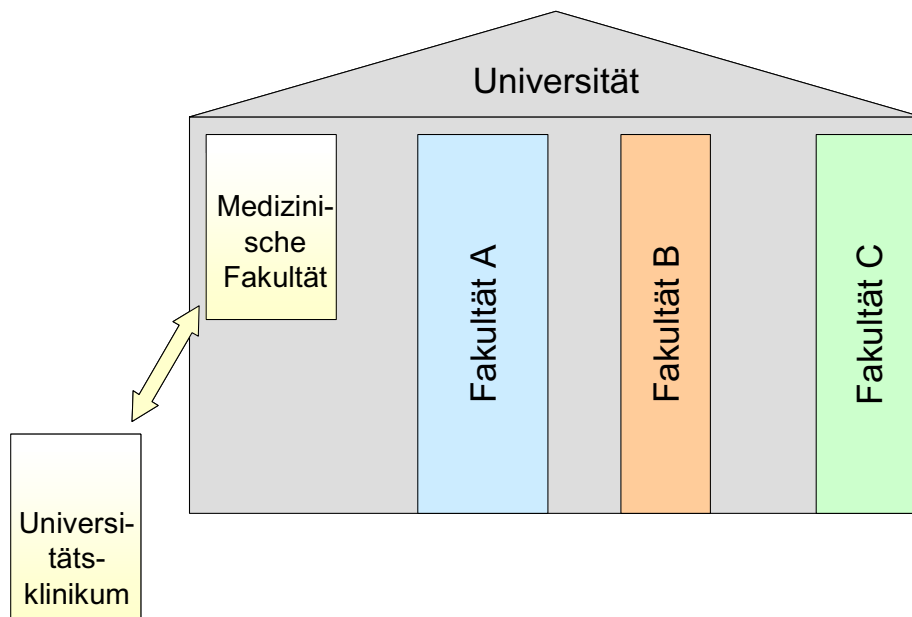


Abb. 2: Ist-Situation der Hochschulmedizin an den meisten Standorten

Wenn wir uns frei entscheiden könnten, würden wir für Dresden ein anderes Modell anstreben (Abb. 3).

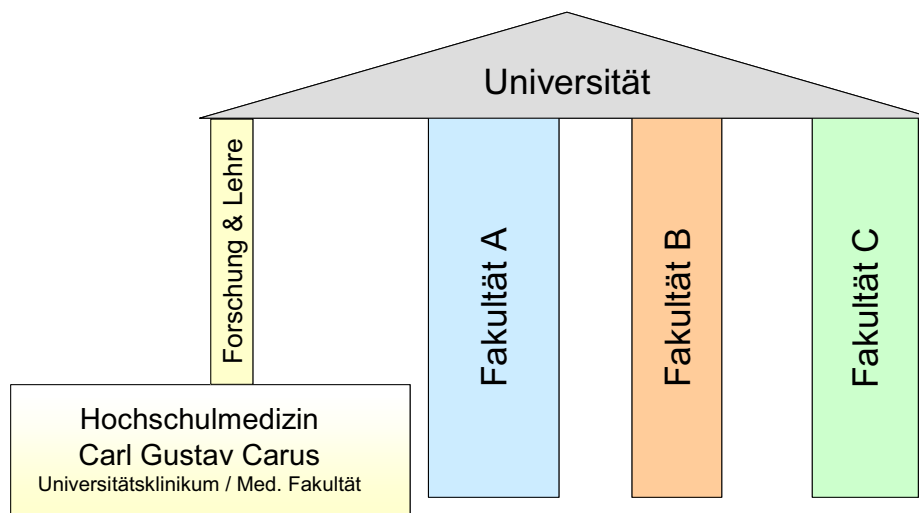


Abb. 3: Modell der wirtschaftlichen und rechtlichen Selbständigkeit 2008

Dieses Modell scheiterte nicht an der Uneinigkeit von Universitätsklinikum, Medizin und Universität, sondern weil sich der Freistaat Sachsen bis jetzt nicht dazu durchringen konnte, an diesem Modell weiterzuarbeiten. Das hat auch eine Menge mit den Geldströmen und ihrer Steuerung zu tun, mit dem Management der Risiken und der Realisierung von Verbindungen zwischen

Universitätsmedizin und Universität. Aber auch mit der Schaffung von Zugbrücken, die im Bedarfsfall hochgezogen werden können. Wenn sich am Ende das Interesse der Universität darauf konzentriert, daß der Landeszuführungsbetrag zunächst an die Universität zu kommen hat und sie ihn dann (nach Einbehaltung eines Anteiles) an die Medizin weiterverteilt, ist das nicht die Interessenlage, die ein solches Konstrukt weiterbringen wird.

Aus unserer Sicht erschien ein Stiftungsmodell jederzeit realisierbar (Abb. 4).

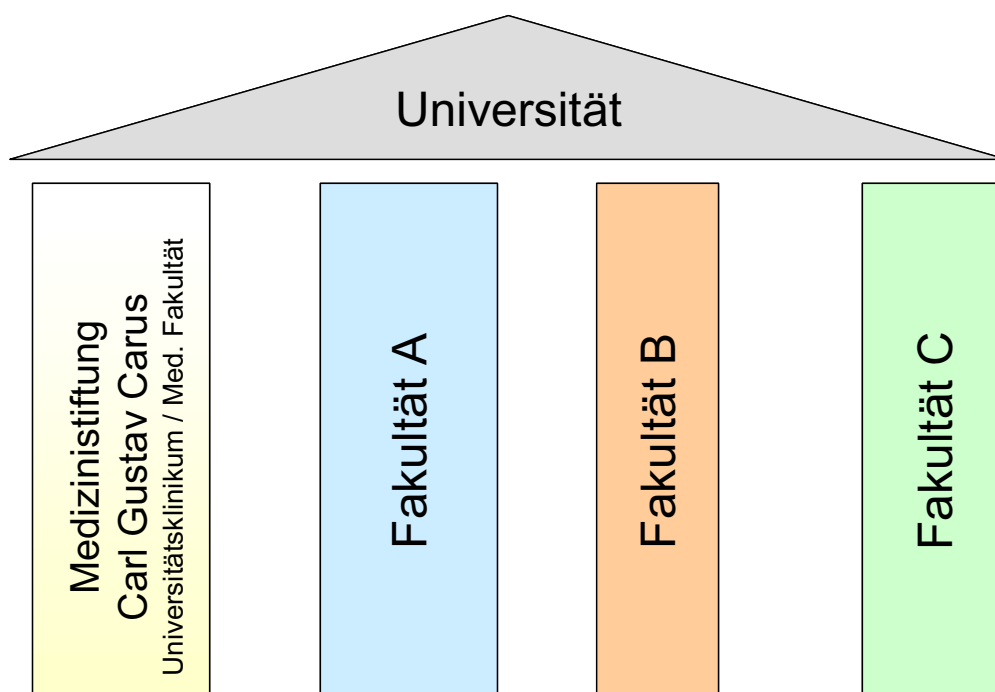


Abb. 4: Stiftungsmodell aus dem Jahre 2004

Dabei handelt es sich um eine rechtlich selbständige Verknüpfung von Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum und eine Einbindung in die Universität für die akademischen Belange. Damit würde eine lokale Forschungslandschaft gebildet, die die Medizin und die Lebenswissenschaften aus den anderen Fakultäten oder der Gesamtuniversität so verknüpft, daß eine Profilbildung auf lokaler Ebene möglich wird.

Wir haben mit außeruniversitären Forschungsorganisationen (Fraunhofer Gesellschaft, Helmholtz-Gemeinschaft, Max-Planck-Gesellschaft) eindeutiger geregelte Vertragsbeziehungen als mit der eigenen Universität. Der Lei-

stungsaustausch mit der Universität wird wegen der angeblich sauber geregelten gemeinsamen Rechtsform häufig nicht genau definiert und führt im Nachgang zu Streitigkeiten.

Wesentliche Aspekte der Zukunftsaufgaben des Krankenversorgungsteils sind in Abbildung 5 zusammengefaßt.

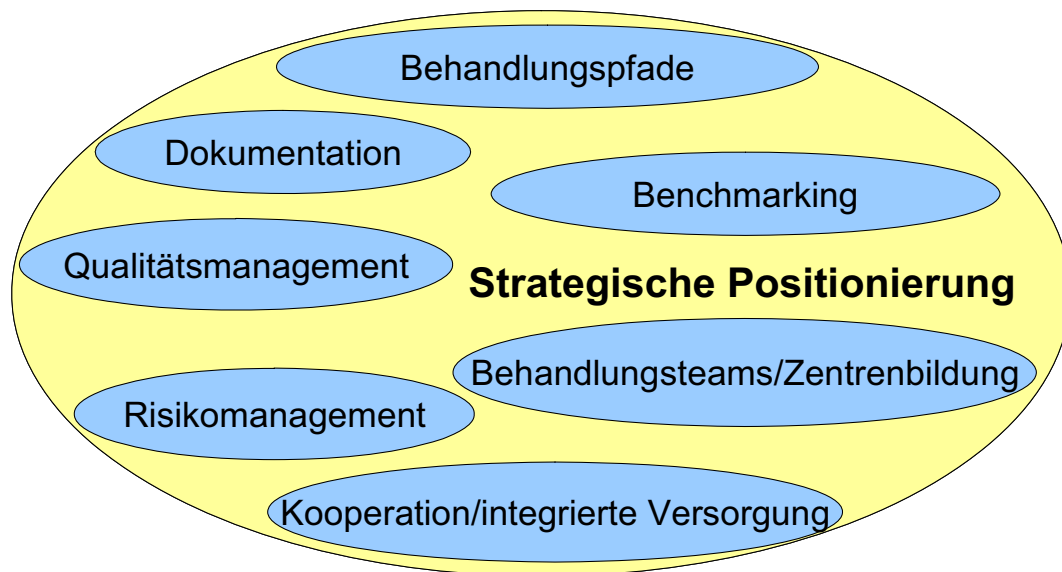


Abb. 5: Zukunftsaufgaben der Universitätsmedizin

Die Universitätsklinika hatten nicht nur das wirtschaftliche Problem. Hier hat sich in den letzten Jahren aus meiner Sicht sowieso die Spreu vom Weizen getrennt und die Klinika, die mit der Entgeltsystematik umgehen können, haben sich erfolgreich angepaßt. 20-25 % der Universitätsklinika sind unter den Bedingungen der Entgeltsystematik in der Lage, auskömmlich zu arbeiten. Die stationäre Finanzierungsproblematik (DRG) der Hochleistungsmedizin ist aber nur eine Seite der Medaille: Das Problem der sektorierten Budgetierung wird nämlich von der Politik nur zögerlich angegangen. Das bedeutet, daß die ambulante und stationäre Versorgung unterschiedlich bewertet werden, eine Vergütung der poliklinischen Fälle ist bisher für die Universitätsmedizin immer noch nicht adäquat. Bleibt die sektorierte Budgetierung so bestehen und müssen und wollen die Universitätsklinika künftig weitere regionale Versorgungsaufgaben übernehmen, wird das Problem der Mittelverteilung und die finanzielle Lage der Klinika wieder

schlechter. Hier spielen die Universitätsklinika eigentlich eine wichtige Rolle, denn wenn sie sich richtig positionieren, wird die Universitätsmedizin ein wichtiger Partner in der Steuerung der Gesundheitsversorgung auch im ambulanten Bereich in Deutschland sein. Das sehe ich als eine Chance und nicht als eine Gefahr.

Diese Situation prallt zusätzlich auf die Demographie-Problematik (Abb. 6). Im Jahr 2020 wird in unserer Region jeder zweite Bürger älter als 65 Jahre sein. Dieses Alter betrifft dann nicht nur die Patienten, sondern auch die, die im Gesundheitssystem arbeiten. Die Problematik der Nachwuchsgewinnung haben wir heute bereits mehrfach thematisiert.

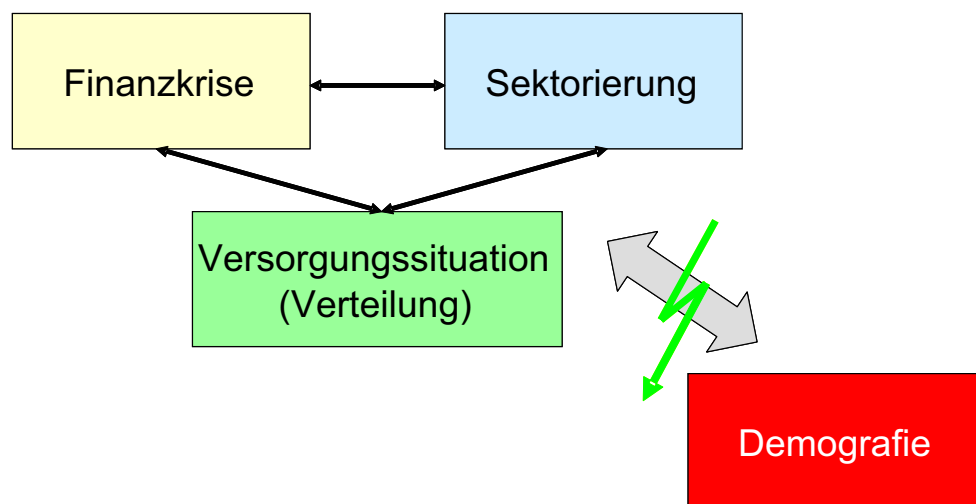


Abb. 6: Probleminteraktion für die Universitätsklinika

Ein weiteres Problem ist der investive Bereich. Die Investitionen spielen für die Standorte und die Überlebensfähigkeit der Universitätsklinika eine entscheidende Rolle. Das HBFG ist praktisch beendet. Wir haben eine Finanzierungssituation, in der völlig unklar ist, ob finanzschwache Länder ihre Anteile an der Finanzierung des Hochschulbaus überhaupt tragen können (Abb. 7). Das wird in der Konkurrenzsituation mit anderen universitären Einrichtungen ein massives Problem für die Hochschulmedizin. Man wird sehen, wer in der Schlange, die um Investitionsmittel für den Hochschulbau ansteht, an die Spitze gelangt oder zurückstehen muß.

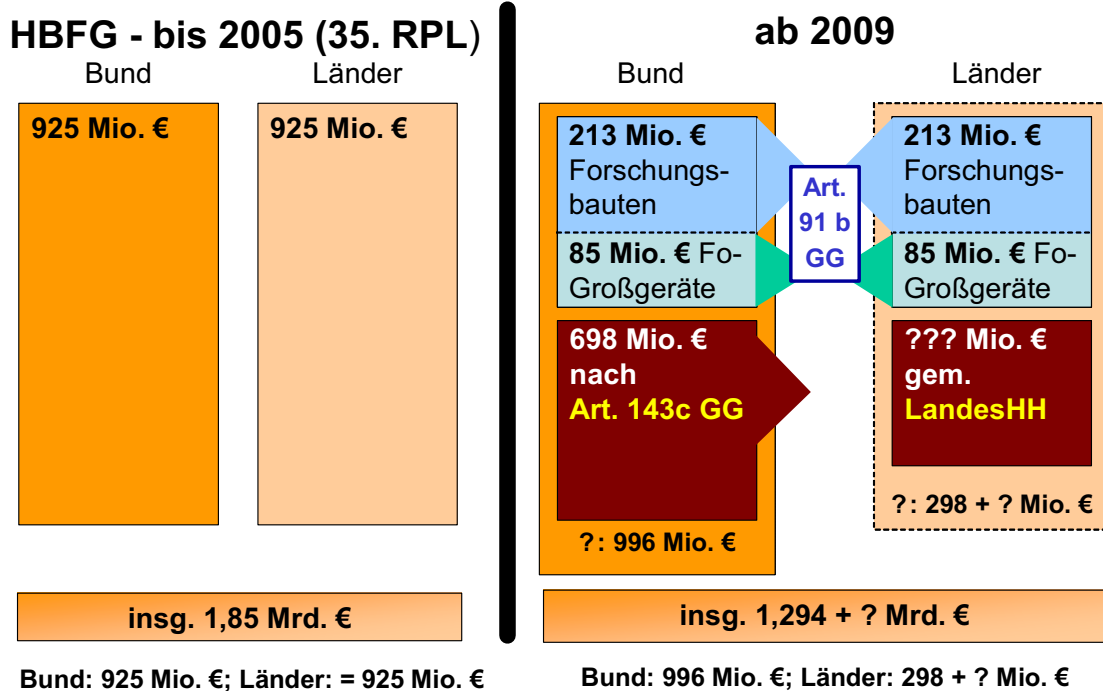


Abb. 6: Investitionsvolumina vor und nach Beendigung des HBFG, Quelle: Von Heyden, Kanzlertagung Münster WR am 16. März 2007

Lassen Sie mich auf ein weiteres Problem in den Beziehungen zwischen Universität – Fakultät und Universitätsklinikum hinweisen. Durch die Definition, daß jeder Arzt z. B. am Universitätsklinikum Dresden ein wissenschaftlicher Mitarbeiter ist und damit in der Tarifsystematik (TVL) verblieb, wurden in Dresden - und dies gilt für nahezu alle Standorte - Klinika ohne Ärzte geschaffen. Die erste Aufgabe war dann festzulegen, in welchem Anteil in der Finanzierung, in der Zuordnung Wissenschaftler auf der einen und Ärzte in klinischer Tätigkeit auf der anderen Seite festzulegen ist. Das mag verblüffen, ist aber über die Jahre noch immer ein bedeutender Konflikt. Eine pauschale Regelung verbietet sich, denn Kliniken mit einem hohen Patientenaufkommen werden einen höheren Anteil an Ärzten in klinischer Tätigkeit haben (müssen) als solche mit einem weniger großen Aufkommen und mehr Tätigkeit in Forschung und Lehre. Schauen wir uns die Standorte in Deutschland an, entstehen die meisten Konflikte aus einer schlechten Lösung dieser Problematik.

Die Verrechnung von Leistungen der Klinika an die Fakultäten und umgekehrt hat schon zu verschiedenen Schriften und Stellungnahmen des Wissenschaftsrates geführt. Wir brauchen selbstverständlich eine Transparenz-

rechnung, die den Gegebenheiten des Standortes Rechnung trägt, sonst sind Konflikte unausweichlich (Abb. 7).

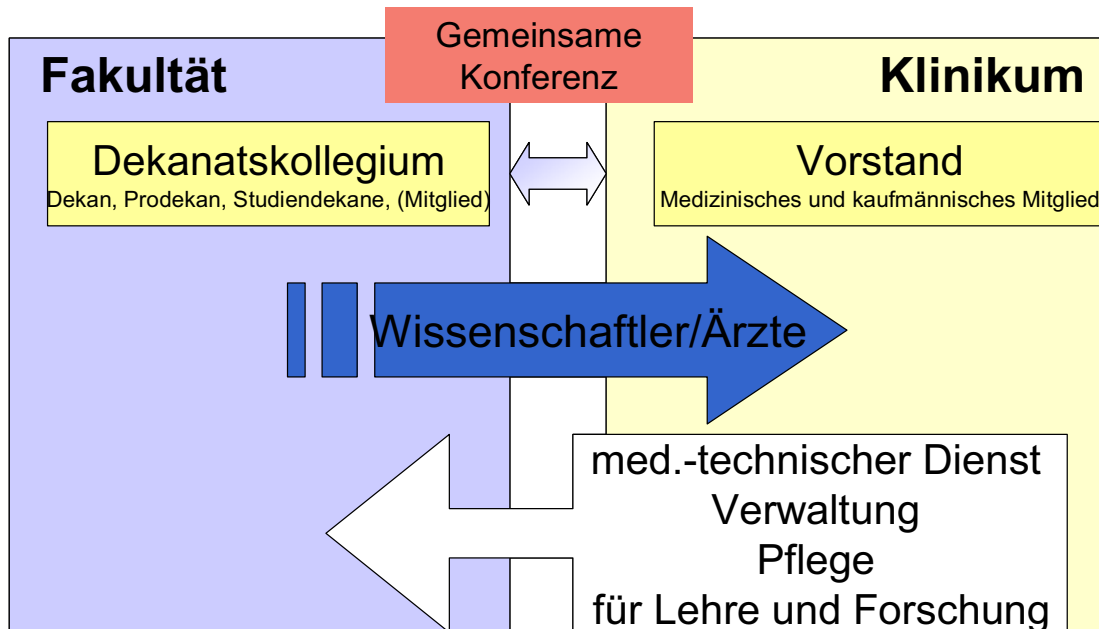


Abb. 7: Beziehungen zwischen der Medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum Dresden

Als Beispiel will ich Ihnen die Personalzahlen am Universitätsklinikum Dresden nennen (Abb. 8): Per Gesetz waren zum Start der Anstaltsgründung alle Ärzte Angehörige der Medizinischen Fakultät (mittlere Säule). Weil die Strukturanteile einen viel höheren Anteil klinischer Institutionen aufweisen, sind aber fast 7mal so viele Ärzte am Universitätsklinikum Dresden tätig wie an der Medizinischen Fakultät (linke Säulen). Betrachtet man die Finanzierung der Ärzte, gilt das rechte Säulenpaar. Wir finden also drei unterschiedliche Verteilungen bei der Zuordnung von Ärzten und wissenschaftlichen Mitarbeitern je nach Struktur, Tätigkeits- oder Finanzierungszuordnung. Bei der Lösung dieses Problems werden Sie große Standortunterschiede in Deutschland finden.

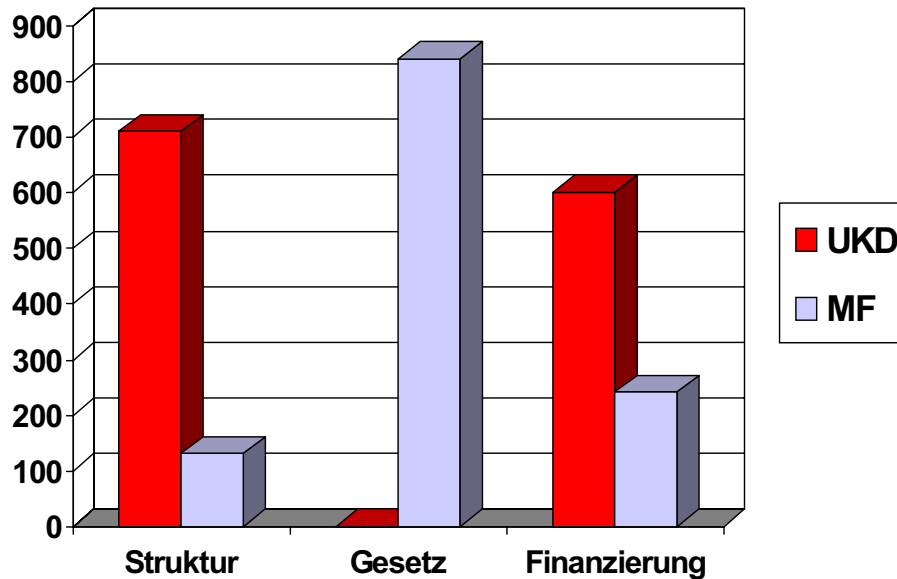


Abb. 8: Probleme der institutionellen Trennung von Fakultät und Klinikum am Beispiel der Zuordnung von Ärzten

Probleme einer getrennten Rechtsform sind weiterhin getrennte Budgets, eine schwierig zu realisierende Deckungsfähigkeit, die Steuerproblematik für erbrachte Leistungen und künftig auch für die Personalgestaltung. Wir haben zusätzlich das Problem der Personalrekrutierung (z. B. Ärzte) und die Tarifproblematik (zwei Tarifsysteme für die gleiche Tätigkeit). Ein bundeseinheitlicher Tarifvertrag wird nicht eingeführt werden. Außerdem bleibt die Finanzierung von Investitionen problematisch, das gilt für den Zugang zum Kapitalmarkt, für die Beteiligung an anderen Krankenhäusern oder Arztpraxen/MVZ-Investitionen und für die Finanzierung von Innovationen (z. B. PET, 3 Tesla MRT etc.).

Was sind unsere Vorstellungen?

Wir wollen zunächst eine einheitliche, weiter professionalisierte Aufsichts- und Leitungsstruktur. Wir wünschen uns eine Dienstherrenfunktion für alle Beschäftigten und die Festlegung eines Tarifvertrages. Wir wollen die komplette Bauherreneigenschaft, denn dann können wir schneller, besser und billiger bauen als heute im Bereich der Fakultäten. Wir wollen gemeinsam einen Kapitalmarktzugang, das schließt die Kreditaufnahme und die Arbeit

mit Co-Investoren ein. Schließlich sprechen wir uns damit für eine gemeinsame Rechtsform aus Fakultät und Klinikum aus.

Ich möchte eine Leitungsstruktur etablieren, in der in gleicher Augenhöhe, aber auch mit gleicher Verantwortung agiert wird (Abb. 9).

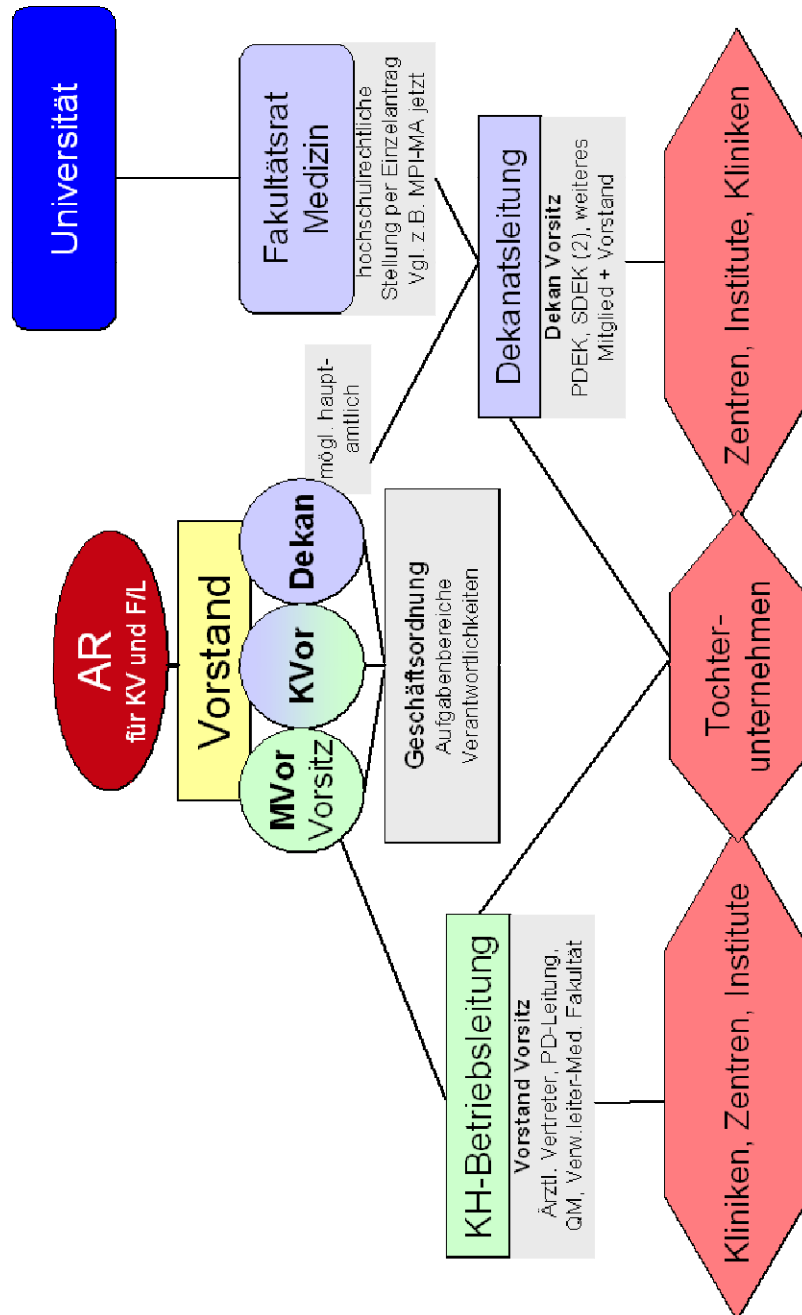


Abb. 9: Vorstellung eines künftigen Leitungsmodells

In diesem Modell muß nicht unbedingt der Dekan der Vorsitzende des Gesamtvorstandes sein, sondern der, der die höchste Kompetenz für diese Funktion hat. Die universitäre Linie kann nach meiner Meinung ihre Beziehungen zur Universität sehr gut mit Verträgen und Vereinbarungen regeln.

Zum Schluß halte ich die Panik vor Chefarztverträgen für völlig unbegründet. Momentan gibt es bei der Parallelität von Forschung, Lehre und Krankenversorgung ein Nebeneinander von zwei Varianten:

Variante 1: HL-Beamtenrecht für Forschung & Lehre
 Klinikumsvertrag für Krankenversorgung
 - Problem zwei paralleler Verträge
 - keine Trennung vom Beamtenrecht
 - Leistungsanreiz nur begrenzt möglich

Variante 2: Chefarztvereinbarung für Forschung, Lehre
 und Krankenversorgung
 + Trennung vom Beamtenrecht
 + Leistungsanreiz durch variablen
 Gehaltsbestandteil

Ich halte die Variante 2 grundsätzlich für die bessere. Wir bezahlen z. B. unsere Spitzenwissenschaftler jetzt schon nach außertariflichen Verträgen in diesem System, denn für ein W2-Ost-Gehalt würde kein Spitzenforscher aus Yale nach Dresden kommen. Auch das geht allerdings nur unter einer gemeinsamen Rechtsform und einer gemeinsamen Zielsetzung und Verantwortungsübernahme.

Letztendlich sollte das Ergebnis von Strukturveränderungen eine Qualitätsverbesserung sein. Ein Beispiel aus unserem Krebszentrum, einer gemeinsamen Struktur von Fakultät und Klinikum, kann das verdeutlichen. Denn mit Schaffung der neuen Struktur 2002 unter Einbeziehung einer Forschungseinrichtung mit nationaler Reputation kam es z. B. zu einer deutlichen Verbesserung der Überlebensrate beim Ösophaguskarzinom – ein klassisches Beispiel, wie eine Strukturveränderung die Ergebnisqualität erhöht.