

# **TOP 5**

## **Wirtschaftliche Verflechtungen**

**Dipl. Kfm. Dipl. Pol. R. Strehl**  
**Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Tübingen**  
**Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschland**

Sehr geehrter Herr Präsident,  
meine Damen und Herren!

Ich werde meine Ausführungen zu wirtschaftlichen Verflechtungen in der Hochschulmedizin in 7 Unterpunkte gliedern.

### I. Daten und Fakten

Die deutsche Hochschulmedizin ist durch einen inniglichen Aufgabenverbund mit einer Verflechtung von Aufgaben der Lehre und Forschung mit Aufgaben der Krankenversorgung gekennzeichnet. In der Regel steht das Klinikum im Hochschulverbund mit öffentlich-rechtlicher Trägerorganisation und Binnenstruktur. Das ist zum einen ein großer Vorteil, andererseits resultieren daraus eine Reihe von Folgeproblemen. Wir stehen in einem Dreieck von Politikfeldern, die nur unzureichend koordiniert und stark miteinander verflochten sind (Abb. 1).

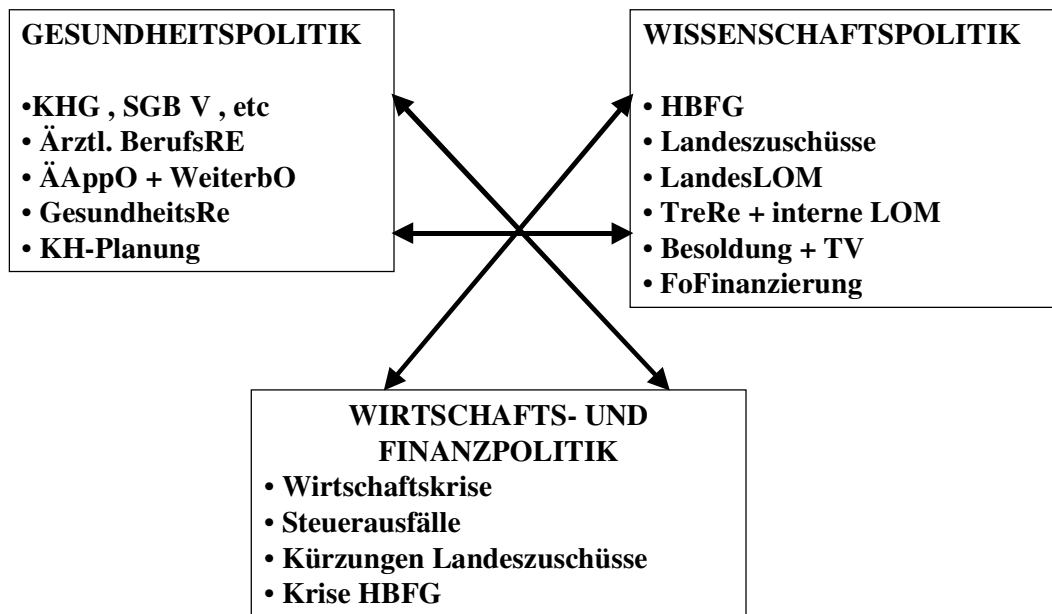


Abb. 1: Hochschulmedizin im politischen Dreieck

Trotz des weltwirtschaftlichen Aufschwunges ist die Wirtschaftslage in Deutschland nicht gut. Nach dem Frühjahrsgutachten 2004 hat der weltwirtschaftliche Aufschwung an Kraft und Breite gewonnen, seine Zentren liegen jedoch in Nordamerika und Ostasien. Der Euroraum zeigt eine leichte Erholung und beginnt sich aus der Stagnation zu lösen. In Deutschland dagegen sehen wir seit drei Jahren unverändert eine Stagnation, die binnenwirtschaftlichen Antriebskräfte sind ohne Dynamik und die Arbeitsmarktlage hat sich nochmals verschlechtert. Die positiven Konjunkturerwartungen der Bundesregierung haben sich nicht erfüllt. Mit dem Ausbleiben einer Verbesserung am Arbeitsmarkt kommt es erstens zu einer Verminderung der GKV-Einnahmen (Grundlohnsumme), was zu den Deckelungen der Erträge aus Krankenversorgung in der Hochschulmedizin führt. Zweitens resultieren anhaltende Steuerausfällen. Dies ist bedeutend für die öffentlichen Haushalte und damit für die Zuschüsse für Forschung und Lehre und die Zuschüsse für Investitionen. Die zögerlichen Reformen führen zu weiteren Belastungen für Leistungserbringer.

Ich will diese Problemsicht an Hand einiger Daten aus der Hochschulmedizin (Erhebung der KMK unter der Leitung von Herrn von Gaertner) belegen.

Im Jahr 2001 betragen die Gesamterträge der deutschen Hochschulmedizin ca. 13 Mrd. Euro, die sich auf 36 Universitätsklinika verteilen. Die laufenden Zuschüsse für Forschung und Lehre betragen 2,93 Mrd. Euro/Jahr. Die Investitionssumme belief sich auf 964 Mio. Euro, darunter waren HBMG-Investitionen von 707 Mio. Euro und Großgeräteempfehlungen von 193 Mio. Euro. Die staatliche Finanzierung (Zuschuß Forschung und Lehre sowie Investitionen) betrug somit rund 4 Mrd. Euro. Die Erlöse aus der Krankenversorgung betragen sich auf 7,96 Mrd. Euro/Jahr. Die Drittmitteleinwerbung betrug 792 Mio. Euro.

Die Universitätsmedizin verfügt über 10 % der Planbetten (49.590 von 495.176). Ihre stationären Fallzahlen belaufen sich auf 12 % (1,7 Mio. von 15,5 Mio.). Die Kosten der Universitätsmedizin machen einen Anteil von 15 % (7,1 Mrd. Euro von 48,4 Mrd. Euro) an den Krankenhausaufgaben in Deutschland aus und die Investitionen etwa 25 %, wobei der Zuschuß für Forschung und Lehre eingerechnet wurde (964 Mio. Euro von 4,2 Mrd. Euro). In der Universitätsmedizin werden die vielen der schweren und schwersten Fälle behandelt, weil nur hier die baulichen und personellen Kapazitäten mit etwa 32.000 Wissenschaftlern und Ärzten vorhanden sind.

Vergleichen wir die deutschen Zahlen mit denen der USA, so sehen wir deutlich geringere Summen finanzieller Zuwendungen in Deutschland. In Deutschland waren es 4,9 Mio. US-\$ aus öffentlicher Hand und 1,7 Mio. US-\$ aus der Pharmaindustrie, in den USA dagegen 14,7 Mio. US-\$ aus öffentlicher Hand und 10,9 Mio. US-\$ aus der Pharmaindustrie. Noch größer werden die Unterschiede, wenn wir die Jahresetats großer US-Universitäten betrachten. So verfügt die UCSF über ein Jahresbudget von mehr als 800 Mio. US-\$ (einschließlich Investitionen und Schulen), Stanford über mehr als 700 Mio. US-\$. Die Budgets der Harvard Medical School, von Johns Hopkins und der Scripps Foundation La Jolla/San Diego sind nicht beziffert worden, sie dürften sich in der Nähe von 1 Mrd. US-\$ bewegen.

Ein zusätzliches Problem entsteht in Deutschland aus der gesetzlich festgelegten Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V). Der Vertragsrahmen sieht den Ausschluß von Beitragssatzerhöhungen vor, es sei denn, die Wirtschaftlichkeitsreserven sind ausgeschöpft oder die notwendige medizinische Versor-

gung kann anders nicht mehr gewährleistet werden. Ich will dies an Zahlen für Baden-Württemberg verdeutlichen (Abb. 2).

<b>Jahr</b>	<b>Veränderungsrate</b> linear einschl. BAT- Ausgleichsrate	<b>Personalkosten- steigerung</b> Tarif einschl. VBL u.a.	<b>Differenz</b>
<b>1999</b>	<b>1,922%</b>	<b>3,640%</b>	<b>-1,718%</b>
<b>2000</b>	<b>1,433%</b>	<b>2,090%</b>	<b>-0,657%</b>
<b>2001</b>	<b>1,630%</b>	<b>1,860%</b>	<b>-0,230%</b>
<b>2002</b>	<b>1,840%</b>	<b>3,640%</b>	<b>-1,800%</b>
<b>2003</b>	<b>1,370%</b>	<b>3,610%</b>	<b>-2,240%</b>
<b>2004</b>	<b>0,580%</b>	<b>2,410%</b>	<b>-1,830%</b>
<b>Gesamt</b> kumuliert	<b>9,096%</b>	<b>18,518%</b>	<b>-9,422%</b>

Abb. 2: Zunehmende Schere zwischen Kostensteigerung und Beitragsveränderungsrate

Für Tübingen bedeutet die Differenz von 9,42 % ein Minus von 2 Mio. Euro je Prozentpunkt und Jahr. Dieser Minderbetrag von 19 Mio. Euro wurde nicht durch das Land erstattet, sondern mußte vom Klinikum selbst eingewirtschaftet werden.

Die Situation wird in diesem Jahr verschärft, weil die beginnende DRG-Einführung Mindereinnahmen mit sich bringen wird, weil sich die Schere Kosten – Grundlohnsumme um weitere 2,6 % öffnet, weil ein 1 % Abzug für die Integrierte Versorgung GMG 2003 erhoben wird und das EugH-Urteil zur Arbeitszeit, nach dem Bereitschaftsdienst wie Arbeitszeit zu vergüten ist, zu weiteren Kostensteigerungen führen wird. Weiterhin wird die Abschaffung des AiP zusätzliche 2000 Euro pro Position/Monat kosten, auch diese Summen müssen eingerechnet werden.

Ein erstes Zwischenfazit läßt nachstehende Problemfelder deutlich werden:

- 2004 bis 2006 droht eine kumulierte, nicht koordinierte Negativentwicklung für die Hochschulmedizin

- sie liegt erstens unabhängig von DRG–Einführung bei ca. 5 % Minus bei den KV-Erträgen und -Aufwendungen
- Sie ist zweitens deutschlandweit durch "steinbruchartige" Kürzungen bei den Zuschüssen für Forschung und Lehre aus den Landeshaushalten gekennzeichnet
- es droht drittens der quasi Zusammenbruch der Investitionsfinanzierung aus Bundes- und Landeshaushalten
- viertens werden z.T. abenteuerliche Fusionsvorhaben (Berlin, Schleswig-Holstein, Erwägungen in Hessen und München) mit weiteren Belastungen einhergehen
- viel zuwenig Geld in Deutschland für die Zahl von 35 Universitätsklinika
- die Mittel werden weitestgehend institutionell zugewiesen; wenig leistungsabhängig
- Verschärfung 1: säkulare Kürzungen
- Verschärfung 2: riesiges Gefälle zwischen Bundesländern und Standorten
- Verschärfung 3: Aufgabenverbund im durchgreifenden Strukturwandel
- dauerhafte Strukturkrise in Deutschland – keine befristete konjunkturelle Delle
- Beschäftigungsquote beträgt nur 31 % (26 von 82 Mio.)
- 41 % der Erwachsenen leben aus Transfersystem
- nur noch 38 % Ausgaben im Bundeshaushalt jenseits von Versorgung und Zinsausgaben
- Wissenschaftspolitik fordert von Hochschulen Strukturplanung und ignoriert selbst wirtschaftlichen und finanziellen Rahmen
- Es fehlt ein Masterplan zu Abstrukturierung auf das Niveau von 85 % des status quo ante

## II. Lehre und Finanzen

Die neue ÄAppO sowie die Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte (AppOZ) werden neue Ausgaben begründen. Eine professionelle Organisation des Studiums kostet eigene Mittel. Es werden zusätzliche Un-

terrichtsräume benötigt, zusätzliches Lehrpersonal und neue Lehrmedien. Die Pauschalierung durch den Kostennormwert wird mit politischen Beträgskompromissen einhergehen. Ich schließe mich den Bedenken hinsichtlich des Kostennormwertes an, sehe aber auch, daß die alte KapVO völlig überholt ist und abgeschafft gehört.

### III. Forschung und Finanzen

Angelehnt an das Referat von Herrn Niethammer sehe ich eine Reihe von Problemen in der Forschungsförderung. Im Zentrum steht die Trennung in Grund- und Ergänzungsausstattung. Man benötigt dazu eine Mindest-Grundausrüstung. Ich erwähne in diesem Zusammenhang Grenzprobleme, wie die Finanzierung der Tierhaltung für die Forschung (in Tübingen etwa 1,5 Euro je Maus und Woche), die nach Ansicht der DFG zur Grundausrüstung gehört. Inzwischen haben sich diese Kosten aber eindeutig in eine projektbezogene Zusatzausrüstung gewandelt. Drittmittel erhält man oft nur, wenn man zahlreiche Auflagen und Ablöseverpflichtungen akzeptiert, was dazu führt, daß die Entscheidungsfreiheit der Fakultäten gegen oder auf Null sinkt. Unsere Geldgeber (DFG, BMBF), aber auch der Wissenschaftsrat überlegen oft zu wenig, wie diese Auflagen in die Fakultäten eingreifen.

Auch die Drittmittel haben einen gewissen Sättigungs- und Stagnationspunkt erreicht. Dies betrifft sowohl öffentliche wie auch private Drittmittel. Die wenig veränderte Strafrechtsproblematik mit ihren Elementen Vorteilsnahme, die nur durch die vollständige Privatisierung eines Klinikums umgangen werden könnte, und Bestechlichkeit trägt nicht zu einer Verbesserung der Einwerbungssituation in Deutschland bei.

### IV. Krankenversorgung und Finanzen

Die anstehende Umstellung in deutschen Krankenhausfinanzierungssystem wird Einheitspreise für gleiche Leistungen bringen. Dies bedeutet für die Krankenhäuser neue Preise und gleiche oder schärfere Budgetdeckelungen. Ich sehe in diesem Konzept 3 Grundfehler: der Zeitplan war falsch, der

weltweit einzigartige Ansatz, die Krankenhausfinanzierung zu 100 % über DRG zu realisieren, war falsch und schließlich hat sich die beauftragte Selbstverwaltung durch die Kassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ähnlich überfordert wie das Konsortium Toll Collect angestellt.

Ein erstes zentrales Problem ist der landeseinheitliche Basisfallwert. Dieser Basisfallwert streut nur bei den Universitätsklinika zwischen dem Minimum von 2.980 Euro und dem Maximum von 3.779 Euro. Er beträgt im Mittel 3.355 Euro. Vergleicht man diese Zahlen mit nicht-universitären Krankenhäusern in Baden-Württemberg (Minimum 1.364 Euro, Maximum 4.357 Euro, Mittel 2.860 Euro), so liegt die Universitätsmedizin gerade um etwa 500 Euro je Fall über den Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung. Es ist nach dem Sinn zu fragen, künftig alle Krankenhäuser in Deutschland nach dem gleichen Einheitswert zu beurteilen, wenn vorher ein Krankenhaus der Grundversorgung dieselbe Leistung mit 1.364 Euro erbracht hat. Warum soll dieses Krankenhaus künftig von den Universitätsklinika 1.600 Euro je Fall und Einheitswert bekommen? Hier ist offensichtlich bei der Konzeption nicht genügend nachgedacht worden.

Worin liegen die Ursachen dieses Mangels? Ist die Universitätsmedizin so teuer, weil Universitätsklinika so groß sind? Entsprechende Untersuchungen wurden nicht in Auftrag gegeben, ein gezieltes Nichtinteresse ist anzunehmen. Kann es ein Systemproblem sein, und es können nicht alle KH-Leistungen über einheitlichen Basisfallwert preislich ausgedrückt werden? Gibt es noch Lücken oder Mängel? Sind trägerspezifische Unwirtschaftlichkeiten (BAT, VBL, veraltete Leitungsstrukturen usw.) eine Ursache? Ich vermute, daß alle diese Elemente kombiniert und kumuliert als Gründe zählen.

Nach meiner persönlichen These ist die Differenz von etwa 600 Euro je Fall auf drei Komponenten zurückzuführen: die unzureichende Abbildungsqualität ist durch Selbstverwaltung und INEK zu beheben, die Zusatzkosten durch VBL und BAT sind durch die politischen Gremien von Bund und Ländern auszugleichen, Unwirtschaftlichkeiten müssen intern durch Aufsichtsräte und Vorstände beseitigt werden.

Die Abbildungslücken sind für mich an folgenden Elementen zu belegen. Die Intensivmedizin wurde in Österreich viel besser in das Gesamtkonzept eingebunden. Die Transplantationspauschalen sind völlig mißraten. Ohne Abstimmung mit den Fachgesellschaften wurden neue Klassifikationen mit daran geknüpften falschen Kalkulationen geschaffen. Es ist zu befürchten, daß das Segment Knochenmarktransplantation vom Markt verschwinden wird, wenn keine vernünftigen Nachkorrekturen erfolgen.

Patienten, die als Langlieger oberhalb der oberen Grenzverweildauer liegen, machen 25 % der Gesamtkosten aus, das Abrechnungsprinzip sieht für diese Gruppe aber degressive Pauschalen vor. Ein weiteres Problem sind die sog. Kurzlieger. Bei unklaren Fällen führen wir in der Universitätsmedizin eine teure und aufwendige Diagnostik durch, die in der Regel schnell zu einem Ergebnis führt. Nach 2-3 Tagen kann der Patient entlassen werden. Dies führt aber zu einem Abschlag, weil dieser Fall unterhalb der unteren Grenzverweildauer lag.

Die Situation der teuren Medikamente, insbesondere in der Onkologie, ist schwierig zu lösen. In einem diagnoseorientierten System sind solche Therapieunterschiede nur sehr schwer abzubilden. Spezialfächer und seltene Erkrankungen sind ebenso nur ungenügend abgebildet.

Die gesundheitssystematisch sinnvollen teilstationären Leistungen werden immer wieder als auch von niedergelassenen Vertragsärzten erbringbar angesehen, obgleich dort keine innovativen Leistungen zugelassen sind. Somit hat ambulante, innovative Medizin in Deutschland ihren alleinigen Platz in Hochschulambulanzen.

Für die Modifikation der DRG - Einführung haben wir schon einiges politisch erreichen können. Der Start findet erst im Jahr 2005 statt, die Anpassung soll geringer werden. Über Abriegelungen und eine verlängerte Anpassung wird nachgedacht. Eine Zwischenbilanz wäre nach drei Jahren zu ziehen. Für die Universitätsmedizin wäre besonders bedeutsam, wenn ein eigener Basisfallwert für die Universitätsklinika eingeführt werden wird; mit einem einheitlichen Basisfallwert können wir nicht überleben.

Wenn die Finanzausstattung der Universitätsklinika so abgebaut wird, wie es jetzt im Gesetz steht, ist das alte Niveau der Universitätsmedizin nicht



mehr bezahlbar. Es entsteht ein ernsthaftes Versorgungsproblem in Deutschland und wir werden bald nur noch eine Durchschnittsmedizin haben, so dass die klinische Basis für Spitzenforschung wegbrechen wird.

Betrachtet man die Veränderungen des Zeitplanes für die DRG-Einführung (Abb. 3), so werden einige Einflußnahmen deutlich. Die KMK hat sich mit dem Verband der Universitätsklinika (VUD) darauf verständigt, allenfalls drei Stufen zu je 10 % und einer nachfolgenden Zwischenbilanzierung einzuführen. Wenn diese 10 % mehr als 1 % des Budgets ausmachen, müssen die Kürzungen abgeriegelt werden. In der Zwischenbilanzierung soll dann geprüft werden, ob das Konzept eines einheitlichen Basisfallwertes nicht besser durch zwei oder drei unterschiedliche Basisfallwerte ersetzt werden sollte.

	GSG	Rep I	Rep II	DKG	KMK
2004	Option				
2005	voll	33,3%	15%	10%	10% *
2006		33,3%	25%	20%	10% *
2007		33,3%	30%	20%	10% *
2008		voll	30%	25%	ZB
2009			voll	25%	
2010				voll	

Abb. 3: Veränderungen des Zeitplanes der Einführung des DRG-Systems; GSG-Gesundheitsstrukturgesetz, Rep-Reparatur, DKG-Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft, KMK-Kultusminister-Konferenz

Ein zweiter großer Komplex in der Krankenversorgung ist die Anpassung an internationale Standards im Verhältnis von stationärem und nichtstationärem Krankenhaus. In Abb. 4 ist ein Überblick über die dabei zu beachtenden Elemente und gesetzlichen Grundlagen gegeben.

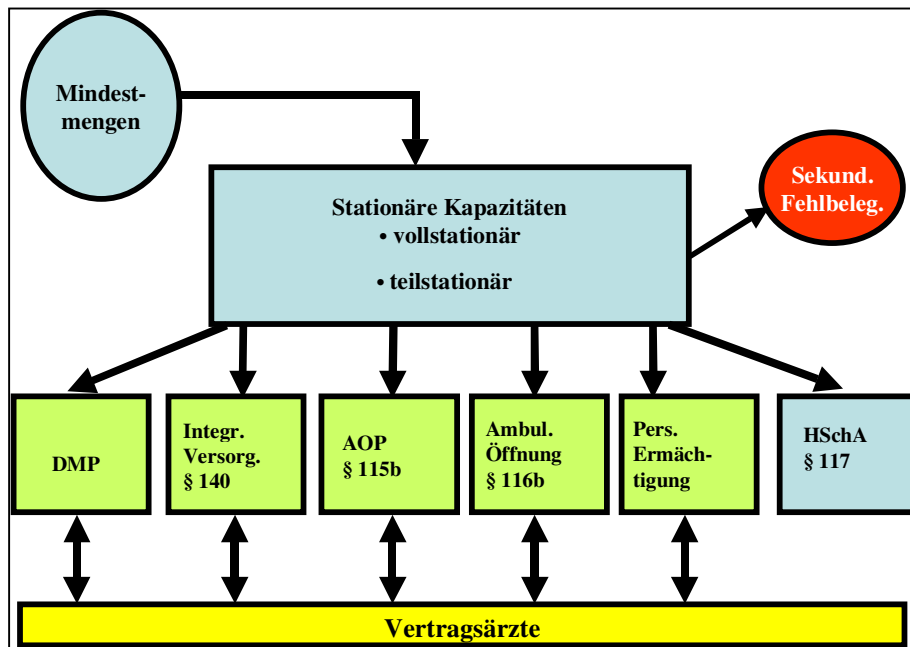


Abb. 4: Interaktionen bei der stationären und teilstationären bzw. ambulanten Versorgung

Die aufgelisteten Regelungen werden zu einem Abschmelzen der klinischen stationären Betten und dem Aufbau einer ambulanten Versorgung durch das Universitätskrankenhaus führen. In den USA ist das schon jetzt der Normalfall. In Stanford findet man den Eingang für die stationäre Betreuung bezeichnenderweise hinter dem Hauptgebäude; die Eingänge für die Universitätsambulanz und die Notaufnahme liegen unmittelbar an der Hauptstrasse, wenn man von der Stadt kommt. In Deutschland fehlen jedoch die Finanzierungsregelungen, es mangelt an Regelungen für die Einführung von Innovationen und es fehlt an Budgetierungsregelungen. Zusätzlich bedingt die ambulante Versorgung stets die Verhandlung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, was die Entscheidungsfindung nicht vereinfacht.

## V. Investitionen und Finanzen

Die HBMG-Situation stellt sich sehr problematisch dar. Extrem verzögert wurde erst ein Beschluß über 33. Rahmenplan gefaßt, wobei der Bundesan-

teil um 20 % von 1,1 auf 0,9 Mrd. Euro gekürzt wurde. Der Wissenschaftsrat hatte Empfehlungen über 3,1 Mrd. Euro ausgesprochen. Die Konsequenzen sind strittig, es wird kaum oder keine Neubeginner im kommenden Jahr geben. Die mittelfristige Finanzplanung des Bundes sieht bis 2007 sogar eine Absenkung des Bundesanteils auf 0,7 Mrd. Euro vor. Zusätzlich hat die gemeinsame Position der Länder in der Föderalismuskommission ergeben, daß künftig die Länder allein für Hochschulbau verantwortlich sein sollen. Lediglich über eine gemeinsame Forschungsförderung soll künftig noch verhandelt werden. Unter der Sicht auf die knappen Länderhaushalte sehe ich es als einen Trugschluß, das Ende der Gemeinschaftsaufgabe als bessere Perspektive anzusehen.

Wir haben einen Teil der Investitionen bereits in die Eigenfinanzierung übernommen, dennoch bestehen Verfahrens- und Planungsbürokratie fort. Die Planungsstandards der Bauämter mit den jeweiligen Vergaberechten, Ordnungsrechten und Planungsansprüchen sind einzuhalten. In der Summe führt das zu Bauten, die zu edel und zu teuer sind. Mehr für das gleiche Geld wäre möglich.

## VI. Transparenz statt Trennung und Finanzen

Der Generalverdacht einer Quersubventionierung besteht fort. Es wird behauptet, daß Gelder der Krankenversorgung mißbräuchlich für Forschung und Lehre eingesetzt würden, umgekehrt dürfe nichts von den wenigen Geldern für Forschung und Lehre in der Krankenversorgung ausgegeben werden.

Es gibt theoretische Ansätze, die nicht sehr realitätsbezogen sind, Verwendungsnachweise zu führen. So wird z.B. im Strukturgutachten Berlin 2002, S. 123f (erstellt unter der Leitung des ehemaligen Generalsekretärs des Wissenschaftsrates Benz) ausgeführt, daß in allen Phasen des Haushaltsprozesses eine klare Trennung zwischen Einnahmen und Ausgaben der Krankenversorgung einerseits sowie der Forschung und Lehre andererseits gewährleistet sein müsse. Dies gelte für die Phasen der Haushaltsaufstellung, der Mittelbewirtschaftung und der Abrechnung. Die Mittel aus

dem Landeszuschuß für Forschung und Lehre dürften ausschließlich für diese Zwecke verwendet werden.

Auch die KMK oder das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst des Landes Baden-Württemberg denken über sehr genaue Verwendungsnachweise nach. Die Hauptfolge wäre aber ein gigantischer Rechenaufwand mit virtuellen Ergebnissen, der vorrangig von den Wissenschaftlern selbst zu leisten wäre: kontieren statt forschen und lehren! Für mich liegt der Hauptdenkfehler im (Fehl)Schluß, daß eine zweckentsprechende Verwendung ein Indikator für den Erfolg des Mitteleinsatzes sei. Dies gilt in gleicher Weise für die leistungs- und/oder erfolgsorientierte Mittelverteilung.

Eine Trennungs- oder Transparenzrechnung muß eine Reihe von Funktionen erfüllen. Man will Klarheit haben (Erkenntnisinteresse), man will in begrenztem Umfang einen Verwendungsnachweis führen und eine Begründung für einen Zuschußbedarf (extern) belegen können. Intern soll eine Verteilungs-Gerechtigkeit und die Ermöglichung von Steuerung und Erfolgskontrolle hergestellt werden. Aus diesen Kenntnissen ergeben sich Dispositionsmöglichkeiten und -fähigkeiten. Im Rechnungswesen haben wir dafür nur begrenzte Voraussetzungen, externe Rechnungslegungen sind einheitlich, interne dagegen von Betrieb zu Betrieb verschieden.

Eine Reihe von Fragen ist zu bedenken. Die Kostenträger Forschung und Lehre auf der einen Seite und Krankenversorgung auf der anderen Seite sind unstrittig. Zu fragen ist nach einer Trennung zwischen Lehre und Forschung, nach einer Trennung der ambulanten von der stationären Krankenversorgung. Die Rolle der Weiterbildung, der Gutachten und der Nebentätigkeiten muß bedacht werden.

Der Wissenschaftsrat hat sich entschieden für eine Trennungsrechnung eingesetzt. Er fordert, die Trennungsrechnung weiter zu schärfen, fundiert und kontinuierlich zu verbessern. Er spricht sich für eine stringente und transparente, Trennungsrechnung aus, die realitätsnahe weiterentwickelt werden muß. Dies alles sei ohne unvermeidbaren Mehraufwand leistbar, da ohnehin eine neue Kostenrechnung wegen der DRG - Einführung notwendig würde.

Solche Aussagen zeugen nach meiner Überzeugung von wenig Kenntnis der methodischen und praktischen Probleme. Ich vermute, daß der erlebte Ausgangspunkt am Beispiel Berlin, wo mit rückständigen Modellen, die auch ich uneingeschränkt für inakzeptabel halte, gearbeitet wurde, zu einem Muster geführt hat, welches so nicht auf alle Universitätsklinika übertragen werden sollte.

Das eigentliche Ziel muß darin bestehen, eine Optimierung der Mittelverteilung unter Ergebnis Gesichtspunkten zu ermöglichen und dabei eine stärkere Umverteilung zugunsten der Spitzenforschung zu sichern. Hierfür ist aber ein Gesamtsystem erforderlich, in dem die Trennungsrechnung nur ein Element ist.

Ich habe versucht, in 15 Punkten Anforderungen an ein Gesamtsystem zu formulieren.

1. Der Gesamtschuß gehört in die Zuständigkeit der Medizinischen Fakultät – nicht der Universität und auch nicht des Universitätsklinikums
2. Transparenz ist geboten für den Gesamtschuß und nicht nur für disponible Sachmittel oder kleine Fonds
3. Unterscheidung von zentralen Mitteln/Fonds der Fakultät und dezentralen Budgets der Units
4. Differenzierung der Krankenversorgung: der Finanzbedarf der Krankenversorgung ist nicht nur der stationäre Bereich; auch der nichtstationäre Bereich (Ambulanz etc.) ist offenzulegen
5. Differenzierung von Forschung und Lehre: Lehre separieren (unterschätzt und unterschiedlich: Vorklinik, ZMK)
6. Differenzierung der Forschung: gar keine Aktivität, pro forma, redliche Normalaktivität, gut, Spitze
7. Ergänzung der Finanzdaten als Inputdaten durch vernünftige Leistungskategorien und –messungen zur Orientierung auf den Output
8. Nicht alles ist meßbar. Ohne Ergänzungen systematischer, persönlicher und intuitiver Art trennt man nach falschen Indikatoren
9. Auch die Infrastruktur muß getrennt betrachtet werden: Räume, Laboratorien, Großgeräte, Tierhaltungskapazitäten usw.

10. Getrennte, centgenaue Finanzierung/Budgetierung auf der Ebene der Medizinischen Fakultäten/Universitätsklinika und aller Kliniken/ Institute/Abteilungen vor Beginn des Wirtschaftsjahres
11. Weitgehender Verzicht auf aufwendige unterjährige buchhalterische Verwendungskontrolle, die ohnehin nicht restlos möglich ist und allenfalls bürokratische Scheintransparenz stiftet
12. Echte Leistungsbeurteilung und daran geknüpfte Budget-Umverteilungen durch die Leitungsgremien von Medizinischer Fakultät/Universität und Universitätsklinikum nach dem Wirtschaftsjahr
13. Voller Datenzugang und uneingeschränkte Verfügbarkeit der Daten für alle Leitungsgremien von Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum; sachgerechtes Berichtswesen für die verschiedenen Beteiligten
14. Personalsteuerung: wer sich an diese Punkte nicht hält, hat in Vorständen von Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum nichts verloren und gehört abgelöst; die variable Vergütung ist auch an der Einhaltung der Punkte 1-13 auszurichten
15. Das praktizierte System ist durch Wirtschaftsprüfer sachverständig abzuprüfen und zu beurteilen

## VII. Strategie und Finanzen

Fusionen sind unter den engen finanziellen Rahmenbedingungen ökonomisch gefordert, um Kapazitäten abzubauen. Politisch gewollt ist dagegen der Erhalt, das betrifft die internen Entscheidungen innerhalb einer Hochschule genauso wie die externen Entscheidungen der Politik.

Bei Fusionen sollten 4 Wahrheiten bedacht werden:

- Mega-Fusionen führen selten zu mehr Wirtschaftlichkeit
- Ohne mehr Wirtschaftlichkeit langfristig keine Marktvorteile
- "Eine Fusion hat nur Sinn, wenn man Leute feuert" (Stephan Newhouse, Präsident Morgan Stanley, FAZaS 14.3.2004)
- Große Differenz zwischen Entschluß und Vollzug der echten Integration

Im fatalen Dreieck von Universität – Medizinischer Fakultät – Universitätsklinikum konnten wir in der Vergangenheit den Fehler beobachten, nur die Universitätsklinik, nicht aber die Fakultäten zu fusionieren (Schleswig-Holstein), oder eine Zuordnung zu mehreren Universitäten vorzunehmen (Berlin). Richtig wäre es gewesen, eine echte Fusion von Universitätsklinik und Medizinischen Fakultäten mit Zuordnung nur zu einer Universität zu realisieren. Richtig ist dabei auch, eine Asymmetrie von Haupt- und Nebenstandort mit Vorrang von Ergänzungen und minimalen Doppelangeboten zuzulassen.

Bei den Fusionen werden häufig 4 schwere Fehler gemacht: überzogene Einsparvorgaben, Standortgarantien, Fachabteilungsgarantien und Beschäftigungsgarantien lassen ein Fusionsvorhaben von vornherein untauglich werden.

Als einen letzten Aspekt darf ich falsche und richtige Leitungskonzepte anführen. Für die Universitätsmedizin unbrauchbar halte ich das SANA-Modell mit einem Geschäftsführer, der möglichst ein Kaufmann ist. Auch das Einhäuptl – Modell (Vorstand ohne Verwaltungsdirektoren) und das Rektoren – Modell (verstärkte Zuständigkeit der Rektoren für die Belange der Hochschulmedizin) werden die Beteiligten überfordern.

Der Aufgabenverbund (Lehre, Forschung, Krankenversorgung) erfordert vielmehr einen Managementverbund von Wissenschaftler, Mediziner und Ökonom als Gesamtverantwortung im Team. Er erfordert weiterhin Verfügbarkeit, Fachnähe und Kompetenz über 365 Tage zu 24 h. Dies können z.B. Rektorate nicht leisten. Einseitigkeiten oder Vetorechte für Einzelvorstände müssen vermieden werden. Anderenfalls hat man falsches Leitungspersonal trotz richtiger Leitungsstrukturen.

## Diskussion

Prof. **Frömmel** mahnt aus Berliner Sicht unter Anführung des angesprochenen Defizits der Charité von mehr als 50 Mio. Euro vor falscher Polemik und plakativen Vergleichen. Bei den aufgezeigten 15 Punkten sollte der wirtschaftliche Sachverstand der Einrichtungen aufgenommen werden. In den sog. Profit-Zentren, wie der Chirurgie, müssen dann Verwaltungsstrukturen geschaffen werden, die über den erforderlichen wirtschaftlichen Sachverstand verfügen.

Herr **Strehl** akzeptiert die erste Kritik nicht, sei in Berlin 2003 doch die politisch gewollte Führung tätig gewesen. Dem zweiten Punkt stimmt er zu. In Tübingen sind seit mehreren Jahren Bereichs-Controller tätig. Entscheidungskompetenz kann nur wahrgenommen werden, wenn kompetente Mitarbeiter vorhanden sind.

Prof. **Putz** begrüßt, daß auch Lehre und Forschung in die Trennungsrechnung aufgenommen werden sollen. Damit ist das Signal gesetzt, daß die Lehre zu einem Marktwert in Zeitstunden werden muß. Auf diesem Weg ist eine qualitativ hochwertige Ausbildung mit den verfügbaren Ressourcen möglich. Prof. **Handwerker** ergänzt, daß in der bisherigen Diskussion zur Lehre der Schnittpunkt an der falschen Stelle gesetzt wurde. Vielmehr sollte zwischen curricularer Lehre und forschungsbezogener Lehre unterschieden werden.

Prof. **Seeger** pflichtet den vorgeschlagenen 15 Punkten bei. Er bittet um eine Erklärung, warum der Begriff der Trennungsrechnung durch den Begriff der Transparenzrechnung ersetzt wurde.

Herr **Strehl** stellt richtig, daß zwischen getrennter Budgetierung und einem Nachweis der Verwendung der Einzelbudgets unterschieden wurde. Hier war keine buchhalterische Trennung im Ablauf gemeint, sondern eine Aufteilung des Landeszuschusses von Beginn an. Am Ende muß nach einer Evaluierung der Leistungen entschieden werden, ob die Budgets beibehalten oder verändert werden müssen. Die Beantwortung der Frage, ob die Gelder dann auch für die jeweiligen Zwecke ausgegeben wurden, ist eher nachrangig, weil ein solcher Verwendungsnachweis nur mit begrenzter Genauigkeit geführt werden kann und der Nutzen nicht den großen Aufwand rechtferti-



gen wird. Der Nachweis guter Lehre und Forschung ist wichtiger als ein täglicher Verwendungsnachweis für Finanzmittel. In dieser Kategorie läßt sich die Trennungsnachweisrechnung von der Transparenzrechnung unterscheiden.

Prof. **Pfeilschifter** verweist auf das Fehlen ökonomischer Daten, die den Dekanen durch die Verwaltungen vielfach nicht zur Verfügung gestellt werden. Er betont, daß ein Dekan ein Vetorecht in Belangen, die Forschung und Lehre berühren, behalten müsse. Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates weisen in die richtige Richtung. Die Einführung der Transparenzrechnung wirft die Fakultätsvorstände um Jahre zurück.

Herr **Strehl** widerspricht dem. Er wiederholt seine Ablehnung jeglicher Art von Vetorechten von Einzelvorständen. Dies sei auch in der Wirtschaft unüblich. Der Klinikumsvorstand muß auf den Verbund verpflichtet werden. Ein Verwaltungsdirektor muß mit seinen Entscheidungen auch Forschung und Lehre unterstützen, andernfalls ist er für diese Funktion am falschen Platz. Umgekehrt muß ein Dekan die Bedeutung der klinischen Krankenversorgung kennen. Der Arzt muß sich dafür einsetzen, beste Lehrer und Forscher zu berufen. Der Vorstand sollte eine Gesamtverantwortung für Krankenversorgung, Lehre und Forschung haben. Hier wird es Sache der Aufsichtsgremien sein, die Vorstände zu kontrollieren. Vermutlich werde man auch für die Medizinischen Fakultäten nicht um extern besetzte Beiräte herumkommen.