



Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität

Institut für Medizinische Biometrie,
Informatik und Epidemiologie

Medizinische Einrichtungen

Sigmund-Freud-Straße 25
D-53105 Bonn

Dr. med. G. Orade, MBE, Sigmund-Freud-Straße 25, 53105 Bonn

Frau (~~Inge Fitzek~~) / Herr
Vorsitzende des Ausschuss für Wissenschaft und Forschung
Landtag Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

z. Hd. Herrn Krause

Telefon: (+49) 228 - 287-6685
Telefax: (+49) 228 - 287-5032
e-mail: Orade@uni-bonn.de



Bonn, den 24. 8. 1999

Sehr geehrte Frau Fitzek,

für die Einladung zur öffentlichen Anhörung über das Gesetz zur Neuordnung der Hochschulmedizin möchte ich mich seitens der Landes Assistenten Konferenz (LAK) und auch der Bundesvertretung Akademischer Mittelbau (BAM) recht herzlich bedanken. Bitte entschuldigen Sie, daß wegen der erst heute zugegangenen Einladung eine Stellungnahme zum Gesetzesentwurf nur einige der uns wichtig erscheinenden Felder betrifft.

Mitarbeitermotivierung:

Die überwiegende Mehrheit der in der Hochschulmedizin ärztlich tätigen Universitätsmitglieder gehören dem akademischen Mittelbau an. Es ist für uns daher wichtig, daß das Gesetz zur Neuordnung der Hochschulmedizin die notwendigen Rahmenbedingungen schafft, um medizinische Versorgung auf hohem Niveau zu angemessenen Kosten, eine gute Ausbildung von Studenten (Lehre) und Weiterbildung von Ärzten, sowie Höchstleistungen in der Forschung zu erbringen. Dies setzt eine entsprechende Motivierung aller Mitarbeiter einer Universitätsklinik voraus. Leider kommt dieser Begriff in keinem Paragraphen des Gesetzesvorschlags vor, noch werden so wichtige Punkte wie:

1. transparente Evaluation der erbrachten Leistung in Klinik, Forschung und Lehre
2. leistungsbezogene Delegation von Verantwortung und Übergabe von Ressourcen in Klinik, Forschung und Lehre

behandelt. Ein besonders großes Problem bereitet uns § 44 Abs. 1 Satz 3:

"Sie oder er (Leiterin oder Leiter der Abteilung) ist auf dem Gebiet der Krankenversorgung gegenüber allen Bediensteten in der Abteilung weisungsbefugt".

Häufig gibt es unterhalb der Abteilungsleiterin oder des Abteilungsleiters Fachärztinnen oder Fachärzte mit einer Gebietsbezeichnung, die von der der Leiterin oder der des Leiters abweicht. Die hier im Gesetzestext festgeschriebene Weisungsbefugnis widerspricht dem mit dem Facharzt erworbenen Recht zum eigenverantwortlichen Handeln in dem betreffenden Fachgebiet. Das Gesetz sollte in jedem Fall die ausgewiesene Kompetenz der Position überordnen.

Wirtschaftlichkeit

Die medizinischen Einrichtungen des Landes können mit den Erlösen aus der Krankenversorgung nur einen Teil ihrer Betriebskosten (ca. 66%) bestreiten. Obwohl das Krankenhausfinanzierungsgesetz festlegt, daß der für die Krankenversorgung entstehende Aufwand durch die Entgelte gedeckt sein muß, werden seit Jahren Zuschüsse des Landes sowie drittmittelfinanzierte personelle Ressourcen und Sachmittel in 3stelliger Millionenhöhe der Krankenversorgung zugeführt. Wir begrüßen daher ausdrücklich Satz 3, Abs. 3 in § 38.

Die in diesem Satz geforderte Kostentransparenz bedingt allerdings den Einsatz sogenannter umfassender Krankenhaus- Informationssysteme. Derartige Systeme sind zu Zeit in Deutschland nicht erhältlich¹ Ihre Installation in ein Klinikum dauert minimal 5 Jahre.

Derartige Systeme sind auch eine wichtige Voraussetzung für einen effektiven Betriebsablauf. Untersuchungen zeigen², daß hier ein erhebliches Einsparpotential vorliegt.

§ 40 Abs. 2 behandelt die Qualifikationsanforderungen an die Ärztliche Direktorin oder den Ärztlichen Direktor. Dabei wird festgelegt, daß es sich um Professorinnen oder Professoren handeln muß. Neben Erfahrungen in der Leitung im Krankenhauswesen sollten unbedingt fachliche Qualifikationen wie z.B. eine Weiterbildung in Betriebswirtschaftslehre oder eine entsprechende Zusatzbezeichnung verlangt werden. Da die Stellung der Ärztlichen Direktorin oder des Ärztlichen Direktors von großer Bedeutung ist, sollte die Ärztliche Direktorin oder der Ärztliche Direktor für die Amtszeit ganz von den Verpflichtungen aus ihrem oder seinem Dienstverhältnis als Professorin oder Professor und von der Leitung einer Abteilung entbunden werden. Sollte keine Professorin oder kein Professor für dieses Amt zur Verfügung stehen, so sollte auch die Leiterin oder der Leiter einer Abteilung gewählt werden können, die keine Professorin oder der kein Professor ist. Wahlberechtigt sollten alle Fachärzte sein.

Ein wirtschaftlich arbeitendes Krankenhaus kann auf moderne Betriebsstrukturen nicht verzichten. Dies beinhaltet die Bildung wirtschaftlich autarker, übersichtlicher Abteilungen (Profit Center) mit einem Facharzt an der Spitze. In § 44 Abs. 2 sollte daher nicht für alle Abteilungen mit Aufgaben in der Krankenversorgung die Bestellung einer Professorin oder eines Professors zwingend notwendig sein, da dadurch die Anzahl der Abteilungen auf die Anzahl der Professorenstellen fixiert wird und sich nicht an betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten orientieren kann.

Damit private Interessen, die sich aus der Möglichkeit zur Privatliquidation ergeben können, nicht mit den Anforderungen durch Lehre, Weiterbildung von Ärzten oder einen wirtschaftlichen Klinikbetrieb in Konflikt treten können, müssen Einnahmen aus der Privatliquidation an die persönliche Erbringung der Leistung gebunden sein. Dies entspricht auch ärztlichem Berufsrecht.

In § 45a (Erprobungsklausel) wird dem Ministerium für Wissenschaft und Forschung die Überleitung eines Universitätsklinikums in ein neues Rechtsverhältnis durch Rechtsverordnung ermöglicht, wobei die Hochschule angehört wird. In Abs. 4 wird eine Überprüfung nach 6 Jahren festgelegt. Damit nicht finanzielle Erwägungen der Landesregierung zu einer "Privatisierung" von Universitätsklinika führen können, ohne daß diese die notwendigen finanziellen und strukturellen Voraussetzungen³ erfüllen, bitten wir § 45a Abs. 1 Satz 1 so zu ändern, daß eine gesetzliche Regelung notwendig ist. Weiter sollte die Überprüfung (§45a Abs. 4) spätestens nach 3 Jahren erfolgen und eine automatische Rückführung in den alten Stand erfolgen, wenn das Klinikum keinen ausgeglichenen Haushalt nachweisen kann.

¹ Roland Berger Telematik im Gesundheitswesen - Perspektiven der Telemedizin in Deutschland. Seite 31 - 35.

² Roland Berger Telematik im Gesundheitswesen - Perspektiven der Telemedizin in Deutschland. Seite 33 - 34.

³ Bericht des Wissenschaftsrats nach der Begabung der Universität Bonn.

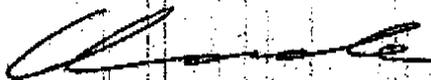
In § 102, Abs. 2 wird in Satz 2 die Beratung des Beitrags der Hochschule zum Haushaltsvoranschlag durch den Klinischen Vorstand festgesetzt. Im Kommentar heißt es hierzu: Da der Dekan darin stimmberechtigtes Mitglied ist und sich für sein Handeln des Votums des Fachbereichs versichern wird, ist zugleich die Beteiligung des Fachbereichs Medizin sichergestellt. Diese Annahme ist durch die Realität ausreichend widerlegt. Satz 2 sollte daher folgendermaßen lauten:

Abweichend von Satz 1 wird der die Krankenversorgung in den Medizinischen Einrichtungen betreffende Teil des Beitrages vom Klinischen Vorstand, der Forschung, Lehre und Studium betreffende Anteil von der Kommission für Planung und Finanzen des Fachbereichs Medizin beraten und von der Verwaltungsdirektorin oder dem Verwaltungsdirektor aufgestellt.

Dies wäre ein erster Schritt hin zur Trennung der Mittel für Forschung, Lehre und Studium und der Krankenversorgung.

Insgesamt betont der vorliegende Gesetzentwurf hierarchische Strukturen, die in der Vergangenheit bei der Anpassung an marktwirtschaftliche Zwänge eher hinderlich waren. Er fördert nicht die den Erfordernissen einer modernen und wirtschaftlichen Krankenversorgung besser entsprechende Teamarbeit in auch betriebswirtschaftlich überschaubaren Einheiten (flache Hierarchie). Die Ansprüche der Ärzte in Ausbildung und der Studierenden werden nicht ausreichend berücksichtigt.

Mit freundlichem Gruß



Dr. med. G. Quade

Vielen Dank für die Weitergabe

Dr. A. R. u