



**Stenografischer Bericht**  
(ohne Beschlussprotokoll)

**– öffentliche Anhörung –**

37. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft und Kunst

14. September 2017, 11:59 bis 14:08 Uhr

**Anwesend:**

Vorsitzende Abg. Ulrike Alex (SPD)

**CDU**

Abg. Lena Arnoldt  
Abg. Jürgen Banzer  
Abg. Dr. Ralf-Norbert Bartelt  
Abg. Birgit Heitland  
Abg. Andreas Hofmeister  
Abg. Judith Lannert  
Abg. Armin Schwarz

**SPD**

Abg. Elke Barth  
Abg. Gernot Grumbach  
Abg. Heike Habermann  
Abg. Handan Özgüven  
Abg. Dr. Daniela Sommer

**BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Abg. Martina Feldmayer  
Abg. Daniel May

**DIE LINKE**

Abg. Janine Wissler

**FDP**

Abg. Dr. Frank Blechschmidt

**Fraktionsassistentinnen und Fraktionsassistenten:**

Christian Richter-Ferenczi (Fraktion der CDU)  
 Anja Kornau (Fraktion der SPD)  
 Marina Zahn (Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)  
 Nicole Eggers (Fraktion DIE LINKE)  
 Birgit Müller (Fraktion der FDP)

**Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:**

Name - bitte in Druckbuchstaben ergänzen -	Amts- bzw. Dienstbezeichnung	Ministerium, Behörde
Bauerf. D. Rop	Magistrin	HMWK
Rehm	RD	StK
Seitel	MR	HMdF
Wieckowski	R.Diu	HMWK
Krenzer	RSC	Goethe-Universität
Parhisi	LV Brüssel	- )
Knapp	RORin	HMWK
KÖSTERS		- 4 -
HOMERER	M3	"
Junké	PM	- " -
Rehm	M	HMWK

**Anzuhörende:**

Universität Gießen	Präsident Prof. Dr. Joybrato Mukherjee  Kanzlerin Susanne Kraus
Universität Marburg	Präsidentin Prof. Dr. Katharina Krause  Kanzler Dr. Friedhelm Nonne
Universität Frankfurt am Main	Präsidentin Prof. Dr. Birgitta Wolff  Herr Michael Müller
Universität Gießen FB 11 Medizin	Studiendekan Prof. Dr. Joachim Kreuder
Universität Marburg FB 20 Medizin	Dekan Prof. Dr. Helmut Schäfer  Dekanat Geschäftsführung Burkard Daume
Universität Frankfurt FB 16 Medizin	Dekan Prof. Dr. Josef M. Pfeilschifter
Uniklinik Gießen/Marburg Standort Gießen	
Uniklinik Gießen/Marburg Standort Marburg	Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Harald Renz
Uniklinik Frankfurt	Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Jürgen Graf
Charité Berlin	Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Ulrich Frei
Uniklinik Dresden	Ralf Thierfelder Leiter des Geschäftsbereichs Controlling
Uniklinikum Gießen/Marburg Standort Gießen	Ärztlicher Geschäftsführer Prof. Dr. Werner Seeger, Frau Dr. Hinck-Kneip
Uniklinikum Gießen und Marburg Standort Marburg	Kaufmännischer Direktor Dr. Gunther K. Weiß
Uniklinikum Frankfurt	Kaufmännische Direktorin Bettina Irmscher

## Öffentliche mündliche Anhörung

zu dem

**Dringlichen Berichts Antrag  
der Abg. Alex, Grumbach, Degen, Habermann, Dr. Sommer,  
Özgüven (SPD) und Fraktion betreffend Trennungsrechnung Uni-  
versitätsklinik**  
– Drucks. [19/4368](#) –

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden  
– Ausschussvorlage WKA 19/32 –

(Teil 1 verteilt am 06.09.2017)

Die **Vorsitzende** eröffnet die Sitzung, begrüßt die Anwesenden und gibt einige organisatorische Hinweise. Sodann beginnt die Anhörung.

### Universitäten: Präsidien

Herr Prof. **Dr. Mukherjee**: Ich darf mich für die Einladung zu dieser Anhörung bedanken und will kurz einordnend zur Trennungsrechnung nach dem Verständnis der Stellungnahme, die Ihnen aus Gießen und Marburg vorliegt, zunächst einmal feststellen: Eine Leistungsverrechnung, so der Terminus technicus, den wir seit vielen Jahren in Gießen und Marburg verwenden, zwischen Krankenversorgung einerseits und Forschung/Lehre andererseits ist möglich.

Zweitens. Eine Leistungsverrechnung zwischen Forschung und Lehre einerseits sowie Krankenversorgung andererseits ist auf der Grundlage der kooperationsvertraglichen Regelungen in Gießen und Marburg seit elf Jahren in den wesentlichen Grundsätzen auch unumstritten. Allerdings haben wir, wie Sie wissen, einige Streitfälle seit vielen Jahren, die wir immer wieder im Hinblick auf die konkrete Umsetzung der kooperationsvertraglichen Wesentlichkeitsgrundsätze diskutieren. Das ist auch nicht weiter schlimm, aber von diesen Diskussionen abzuleiten, dass eine Trennungsrechnung per se nicht möglich sei, ist so, als ob man sagen würde: Weil wir viele Rechtsstreitigkeiten vor Gerichten haben, ist der Rechtsstaat infrage zu stellen. – Das sind Umsetzungsfragen, über die man sehr intensiv diskutieren kann. In unserer Stellungnahme finden Sie drei Beispiele für solche Sachverhalte, bei denen man in der Tat unterschiedlich Position beziehen kann.

Drittens. Die Leistungsverrechnung ist völlig unabhängig vom Status des Partners auf der Krankenversorgungsseite. Ob er sich im privatisierten Status oder in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft befindet – die Notwendigkeit, zwischen den beiden Finanzierungsströmen systematisch zu trennen, Steuermittel für Forschung und Lehre einerseits sowie Krankenversicherungsbeiträge für die Finanzierung der Krankenversorgung andererseits, ergibt sich in jedem Fall.

Allerdings – das wollen wir selbstbewusst feststellen – haben wir viertens in Gießen und Marburg – ich spreche jetzt nur für die Universität Gießen, aber wir sind im gleichen Konstrukt – besondere Erfahrungen damit sammeln können, weil es bei uns aufgrund unserer Konstruktion eine besondere Verantwortung dafür gibt, zwischen diesen beiden Finanzierungsströmen zu trennen.

Fünftens – das ist sozusagen der mittelhessische Blick auf die aktuelle Situation – haben wir es dankenswerterweise durch die Mithilfe vieler Beteiligter geschafft, jetzt auf der Grundlage des Kooperationsvertrages eine Regelung für die kommenden Jahre zu finden, Stichwort: Zukunftsvertrag, um eine ganze Reihe von Streitfällen gesamthaft anzugehen und um auch die Situation bei diesen streitigen Sachverhalten zu lösen. Das zeigt aber umgekehrt auch, dass die wesentlichen Grundsätze der Kooperation unumstritten sind und dass es durchaus gelingen kann – auch durch entsprechende pauschale Ansätze, die sinnvoll sein können –, durch eine verursachungsgerechte Finanzierung die verschiedenen Aufgaben miteinander zu vereinbaren und eine Trennungsrechnung erfolgreich zu gestalten – trotz aller Sachverhalte, die diskussionswürdig sind.

Frau Prof. **Dr. Krause:** Wir haben eine gemeinsame Stellungnahme der Präsidien und der Dekane abgegeben. Ich habe deswegen mündlich nichts hinzuzufügen und möchte gern nachher mehr Zeit für Fragen und Antworten lassen.

Frau Prof. **Dr. Wolff:** Wir haben auch eine schriftliche Stellungnahme eingereicht, die sehr technisch ist und aus der Sie gut ersehen können, wie die Problematik der Vollkostenrechnung adressiert wird. Das Problem, das Sie in Ihrer Anfrage ansprechen, haben wir relativ gut im Griff. Ich möchte mich Herrn Mukherjee anschließen, der das Problem der Abgrenzung sozusagen zwischen Forschung und Lehre sowie Patientenversorgung in den Vordergrund gestellt hat. Dazu kann ich aus eigener Erfahrung – zweieinhalb Jahre in Frankfurt – berichten, dass wir auch diese Umsetzungsprobleme haben.

Ich habe auf Bitten des Ministeriums versucht, nach meinem Amtsantritt zu vermitteln, weil es genau in dem Bereich eine ganze Reihe alter und ungelöster Streitfragen gab. Zur Illustration, um es ganz plastisch zu machen, möchte ich ein Beispiel nennen: Bei einer Malerrechnung aus dem letzten Jahrtausend über die Renovierung einer Toilette war nicht klar, ob diese von Patienten oder von Studierenden genutzt wird. Diese Art Problematik gibt es. Daran ersehen Sie schon, wie schwierig es im konkreten Fall ist, genau abzugrenzen. In der Tat braucht man dabei Pauschallösungen, die aber nur zustande kommen, wenn insgesamt genug Mittel im System sind, sodass nicht beide Seiten so unter Druck kommen, dass sie total erbittert kämpfen.

Wir haben es im Verlauf dieses Schlichtungsprozesses, dieses informellen Mediationsprozesses, geschafft, alle Punkte – diese Altlasten und diese Rechnung von dieser Art ebenso wie Fragen rund ums Carolinum, Professorengehälter usw. – bis auf einen zu lösen. Aber an einem Punkt sind wir immer wieder gescheitert, nämlich bei der Frage der Zuordnung von Personalkosten. Da sind wir noch nicht abschließend weitergekommen. Es gäbe da Möglichkeiten, aber meine Befürchtung ist, dass sie nicht funktionieren, ohne dass weitere Mittel ins System kommen. Eine Möglichkeit wäre beispielsweise, der Uniklinik einen Fonds für Forschung und Lehre zur Verfügung zu stellen, der aber nur mit Zustimmung der Uni eingesetzt werden kann. Da sehe ich eine Möglichkeit, in der Schlichtung zu einem Ergebnis zu kommen, auch zu einer neuen sogenannten §-15-Vereinbarung.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. – Ich bitte nun die Abgeordneten um Fragen.

Abg. **Gernot Grumbach:** Ich will mich erst einmal bei Ihnen allen bedanken, dass Sie hergekommen sind, denn diese Sorte von Anhörung ist normalerweise im Parlamentsbetrieb selten. Wir hatten den Eindruck, nachdem wir im Zuge der Privatisierungsdebatte die erste Runde solcher Debatten hatten und dann feststellten, dass es an so vielen Standorten – nicht nur in Hessen – knirscht, dass es vielleicht ganz nützlich sei, einen Versuch zu unternehmen, das ein bisschen zusammenzutragen und vielleicht auch ein paar Lösungsvorschläge aus den Debatten zu erhalten.

Ich komme zu meinem ersten grundsätzlichen Punkt. Wenn Sie sagen, dass bestimmte Teile durch Pauschalierung geregelt würden, wie Gießen und Marburg schreiben, und wenn ich auf anderen Seite – die Stellungnahmen habe ich gelesen – Herrn Pfeilschiffer mit seiner sehr pointierten Stellungnahme sehe – Er sagt: Liebe Leute, wir haben strukturelle Probleme, dass Mittel für Wissenschaft, Forschung und Lehre sozusagen in einen anderen Bereich abgeleitet werden. Das ist eine unzulässige freche Kurzfassung; das gebe ich gern zu. Da haben wir schon einen ziemlich breiten Aspekt. Die Frage ist: Wie entstehen Pauschalierungen, und wie kann man das sozusagen im Aushandlungsprozess beschreiben?

Ich stelle Ihnen gleich eine zweite Frage. Würde es Ihnen helfen, wenn wir in einem Universitätsklinikgesetz zum Beispiel festlegen: Bestimmte Personalkostenanteile von Professorenstellen sind Forschung und Lehre, bestimmte Personalkostenanteile sind Krankenversorgung? Dann haben Sie keine Verhandlungsdebatte mehr. Wir hätten das Problem, dass wir möglicherweise nicht realitätsnah genug sind, aber wir hätten eine Variante, mit der wir einen Teil der Streitigkeiten relativ schlicht lösen könnten.

Abg. **Martina Feldmayer:** Auch wir bedanken uns dafür, dass Sie zur Anhörung zu diesem etwas schwierigen Thema hergekommen sind. Ich möchte eine etwas ketzerische Frage an Prof. Mukherjee bezüglich der Sinnhaftigkeit und Machbarkeit der Trennungsberechnung stellen – unabhängig davon, ob das Universitätskrankenhaus in privater oder in öffentlicher Trägerschaft ist.

Abg. **Janine Wissler:** Ich habe zunächst wie Herr Grumbach die allgemeine Frage, ob man im Uniklinikgesetz eine Regelung treffen könnte, die diese Schwierigkeiten – ich glaube, dass das nicht so ganz einfach ist – und die Streitfälle zumindest ein bisschen reduziert.

Dann habe ich noch eine Frage, auf die in den schriftlichen Stellungnahmen zum Teil schon eingegangen wird. Mit Blick auf die Personalkosten scheint es sehr schwierig zu sein, überhaupt abzutrennen: Wer arbeitet was und wozu? Gerade im ärztlichen Bereich fallen auch Mehrarbeit und Überstunden an. Könnten Sie dazu etwas sagen? Denn das stelle ich mir sehr schwierig vor. Zum Teil war auch in den Unterlagen angesprochen, dass es sehr schwierig sei, das gerade im ärztlichen Bereich zu trennen.

**Vorsitzende:** Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen vonseiten der Abgeordneten. – Dann fangen wir mit der Antwortrunde an.

Herr Prof. **Dr. Mukherjee**: Zunächst einmal zu der grundsätzlichen Frage – ich habe das in meinem Eingangsstatement bereits deutlich markiert –: Natürlich ist eine Leistungsverrechnung möglich und machbar. Die Erfahrung der letzten Jahre in Mittelhessen zeigt, dass dies auch umsetzbar ist, trotz mancher Diskussionen zu einzelnen Sachverhalten.

Ich glaube, die Wesentlichkeitsgrundsätze – so der Terminus für die Grundlagen der Kooperation und der Leistungsverrechnung in unserem Kooperationsvertrag mit der RHÖN-KLINIKUM AG und dem UKGM in Mittelhessen –, d. h. die Grundsätze einer verursachungsgerechten Zuordnung von Aufgaben und Kosten einerseits, dann aber auch der Pauschalierung dort, wo der Aufwand zu hoch wird, um die Kosten noch im Klein-Klein zuzuordnen, sind eigentlich der richtige Mix.

Das tun wir, und das ist eigentlich eine Daueraufgabe. Man darf nicht davon ausgehen, dass das in einem so dynamischen Markt und in einem sich so dynamisch entwickelnden Verhältnis mit immer neuen Aufgaben und neuen Aufgabenkonstellationen ein für alle Mal irgendwann erledigt und in Stein gemeißelt wäre, sondern es ist eine Daueraufgabe, diesen Mix immer wieder auszutarieren und neu auszugestalten.

Eine Pauschalierung – das wird sozusagen immer als das Heil bringende Mittel angesehen – macht dort Sinn, wo es nicht mehr sinnvoll ist, eine verursachungsgerechte Zuordnung vorzunehmen. Aber eine Pauschalierung kann nicht Willkür bedeuten. Auch eine pauschalierte Zuordnung, eine pauschalierte Festsetzung von Kosten muss plausibilisierbar sein. Sie kann von Pilotprojekten oder von pilothaften Datenerhebungen abgeleitet sein.

Das bringt mich zu einem weiteren Punkt, der angesprochen wurde, nämlich zur Frage der Kontingente und der Frage der Personalkostenanteile. Wir haben dazu in unserem Kooperationsvertrag sehr gute und auch transparente Regelungen getroffen. Bei uns sind die Anteile klar geregelt. Beim Professor/Chefarzt ist klar geregelt, welche Anteile er innerhalb seines Gesamtvertragswerks sozusagen als Professor für Forschung und Lehre aufzubringen hat und welche Anteile sozusagen in einer Chefarztfunktion für die Krankenversorgung zu erbringen sind. Weiterhin ist geregelt, wer welche Anteile an den entsprechenden Personalkosten zu leisten hat. Wir haben ebenfalls klare Festlegungen zu den Kontingenten für Krankenversorgung einerseits sowie für Forschung und Lehre andererseits, und zwar durchaus klinikumspezifisch. Das wurde durch die Geschäftsführung in Absprache mit uns geregelt.

Immer wieder kommt es bei der Plausibilisierung dieser Kontingente zu Fragen. Ich glaube – da bin ich wieder bei der Daueraufgabe – da liegt eine Aufgabe für die Zukunft, dass wir über Arbeitszeitcontrolling und entsprechende Herangehensweisen schauen, vielleicht auch pilothaft schauen – da sind wir dran in Mittelhessen –: Wie verteilt sich eigentlich in dieser oder jener Klinik in der Realität die Arbeitszeit auf Forschung, auf Lehre, auf Krankenversorgung? Sind unsere Annahmen von vor zehn Jahren heute, im Jahr 2017 noch plausibel? Müssen wir da nachjustieren? Es sind solche Aufgaben für die Plausibilisierung von pauschalen Ansätzen, etwa im Bereich der Personalkontingente, mit denen wir uns beschäftigen müssen. Das stellt aber – das will ich ausdrücklich dazu sagen – die grundsätzliche Sinnhaftigkeit und auch Machbarkeit einer Leistungsverrechnung nicht infrage.

Frau Prof. **Dr. Krause**: Ich möchte ergänzen, dass es sich manchmal lohnt, mit den jüngeren Ärztinnen und Ärzten über ihren Erfahrungen in der Situation von Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung zu sprechen. Ich erinnere daran, dass sich das Befris-

tungsrecht dieser Personen in weit überwiegender Zahl aus dem Arbeitsvertrag als wissenschaftliche Mitarbeiterin oder Mitarbeiter ableitet. Diese Personen haben Aufgaben in der Wissenschaft.

Relativ leicht festzustellen und zu berechnen sind die Aufgaben der Lehre. Da ist das Controlling durch die Fachbereiche zwingend vorgeschrieben. Lehre muss persönlich abgeleistet werden. Ich vertraue auf die Dekane der drei medizinischen Fachbereiche in Hessen, dass dies auch regelmäßig erfolgt. Deswegen konzentrieren sich die Fragen, die bundesweit entstehen, auf den Bereich der Forschung. Das Stichwort ist die sogenannte Feierabendforschung. Das darf nicht mehr sein. Auch die Hochschulrektorenkonferenz hat sich dazu einschlägig geäußert.

Das Gespräch mit den jüngeren Leuten zeigt, dass es im Moment auf die Haltung des Chefs ankommt, wie er seine Klinik organisiert und ob er persönlich Wert darauf legt, dass Zeit für Forschung auch innerhalb einigermaßen normaler Dienstzeiten bleibt. Es ist im Übrigen auch in anderen Fächern üblich, dass man sozusagen wissenschaftlich nach Feierabend arbeitet. Die Universitäten sind der größte Ausbeutungsbetrieb der Welt. Das hängt mit dem persönlichen Commitment und der persönlichen Haltung aller zusammen.

Ich will aber nicht beschönigen, dass es sehr viele Fälle gibt – deswegen leidet die Humanmedizin ebenso wie die Zahnmedizin bundesweit an einem Mangel an wissenschaftlichem Nachwuchs –, in denen ein Problem existiert: Nur sehr wenige Chefs sind bereit, Forschungs- oder Lehrzeiten in die Dienstpläne zu schreiben. Das begreifen nicht wenige Kolleginnen und Kollegen in der Medizin als einen Eingriff in ihre persönlichen organisatorischen Rechte. Ich glaube, wir müssen dahin kommen. Das ist ein sehr dickes Brett. Das ist nicht nur ein Thema der hessischen Kliniken. Wir diskutieren das allerdings in Mittelhessen immer wieder und auch sehr konkret. Es hat auch schon Pilotprojekte gegeben. Wir machen uns da nicht beliebt. Es wird auch immer wieder zwingend aus der Notwendigkeit von Krankenversorgung Abweichungen geben müssen. Niemand unter den Assistenzärztinnen und -ärzten ist abgeneigt, das auch mit der ersten Priorität zu versehen, wenn es notwendig ist. Aber ohne Dienstpläne und ohne ein entsprechendes Controlling der Dienstpläne kommen wir an der Stelle bundesweit nicht weiter.

Frau Prof. **Dr. Wolff**: Ich schließe mich meiner Vorrednerin und meinem Vorredner vorbehaltlos an. Die Probleme sind absolut die gleichen.

Zur Frage der Regulierungsebene: Informationsökonomisch effizient ist eine Regelung tatsächlich nur, wenn die Betroffenen intensiv gehört werden und wenn sie sie idealerweise selbst aushandeln. Wenn das aus irgendwelchen Gründen nicht geht, ist immer die Frage: Wer regelt das, wenn es keine freiwillige Regelung gibt? Wir haben, wie gesagt, versucht, das durch informelle Gespräche bei mir zu regeln. Ich bin Aufsichtsratsmitglied bei der Uniklinik und Unipräsidentin; beide Seiten liegen mir wirklich sehr am Herzen. Aber wir hatten auch dabei Grenzen der Regelungsmöglichkeiten. Wenn ich einen Topf mit Geld gehabt hätte, hätten wir es regeln können. Aber so war es einfach nicht möglich. Insofern ist die Frage von Herrn Grumbach nach der Regulierungsebene sehr interessant.

Ich glaube aber: Wichtiger ist die Frage, wie die Pauschalierung oder der Regelungsinhalt zustande kommt. Ansonsten hätten wir im Rahmen der §-15-Vereinbarung einen Mechanismus im Schlichtungsverfahren, der dann über das Ministerium läuft. Aber

wenn sich der Gesetzgeber dieses Problem auf den Tisch ziehen möchte, kann das natürlich auch eine Lösung sein. Am wichtigsten ist aber der Inhalt.

Abg. **Gernot Grumbach:** Ich will die letzten Ausführungen kommentieren. Ich bin so etwas wie ein Föderalist – im Staatsaufbau, aber auch in der Frage von Aufgaben. Alles, was ich nicht per Gesetz regeln muss, muss ich nicht per Gesetz regeln. Das sage ich, damit es kein Missverständnis gibt.

Ich sehe aber genau bei dieser Geschichte – und zwar nicht nur in Hessen – immer erneut die Debatte aufflackern: Wie regeln wir es konkret? Der Feierabendwissenschaftler ist ein Punkt, den ich genauso wenig wie Frau Krause will. Sie macht es eigentlich an einem Punkt noch konkreter. Wir haben sehr bewusst im Hochschulgesetz festgelegt, welchen Anteil wissenschaftliche Mitarbeiter für die eigene Arbeit bekommen. Der spannende Aspekt ist doch, ob sie nicht in einem vergleichbaren Punkt sagen: „Professoren im Bereich Medizin haben per Dienstplan erst einmal ein Kontingent für sich, in dem sie Forschung und Lehre betreiben“, und das sozusagen der Debatte entziehen. Das ist die Grundlage für die Arbeit, wobei wir alle – auch das will ich sagen – ziemlich einig sind, dass die Gesamtmenge an Geld, die für die Medizin im Hochschulbereich zur Verfügung steht, jedenfalls nicht ausreicht. Wir haben schon unterschiedliche Anstrengungen mit Sonderregelungen für Uniklinika und Ähnliches politisch immer wieder versucht. Aber trotzdem ist die Frage, ob man sagt: Ihr müsst einen Dienstplan machen, in dem ein bestimmter Anteil von Arbeitszeit für den Bereich universitärer Forschung und Lehre festgelegt ist. Den müsst Ihr als Grundlage für eure Personal- und Einsatzplanung nehmen. – Dann wären Sie auf der sicheren Seite. Wenn Sie im Laufe von fünf Jahren sagen: „Das deckt die Realität nicht mehr ab“, muss man schauen, wie man das ändert. Aber ich habe den Eindruck, dass die Welt vielleicht ein bisschen einfacher ist, wenn man solche Rahmenbedingungen für Planung macht.

Frau Wolff, an Sie habe ich noch eine klassische Frankfurter Frage. Das Land Hessen hat das Gießen/Marburg-Problem einfach gelöst, indem es zusätzliches Geld draufgeschüttet hat.

(Heiterkeit bei Prof. Dr. Wolff)

– Ich weiß, dass Sie das nicht so gerne hören. Im Prinzip hat man entgegen alter Verträge gesagt: Wir nehmen noch mal Geld in die Hand. – Die spannende Frage ist, ob ähnliche Maßnahmen in Frankfurt einen Teil der Probleme auch relativ schnell lösen würden.

Herr Prof. **Dr. Mukherjee:** Ich wollte eigentlich nur zu dem ersten Kommentar von Herrn Grumbach etwa sagen, erlaube mir aber zu dem zweiten Punkt auch noch einen Kommentar.

Grundsätzlich erst einmal zu der Frage der Personalkostenanteile: In der Tat ist das der zentrale Teil der Daueraufgabe und auch eine nach wie vor nicht ganz gelöste Herausforderung. Wir haben bei uns in unserem Kooperationsvertrag genau auf dieser Ebene Personalkostenkontingente für Forschung und Lehre einerseits und Kassenversorgung andererseits bestimmt. Es obliegt den Abteilungsleitern, darüber zu wachen, dass diese vereinbarten Kontingente für die einzelnen Aufgaben auch entsprechend eingesetzt werden. So ist die Konstruktion. Das entspricht auch eigentlich dem, wie es sein sollte.

Nun haben wir die Realität des Krankenversorgungsbetriebes und des Forschungs- und Lehrbetriebes. Zwischen diesen beiden Dingen, der Konstruktion von Kontingenten für Aufgabenbereiche einerseits, die vereinbart sind, und der Realität andererseits immer wieder einen Abgleich hinzubekommen und nachzujustieren, ist die Daueraufgabe. Frau Krause sprach eben von einigen Pilotprojekten, die wir zu diesem Zweck durchführen.

Letztendlich läuft es darauf hinaus, dass wir einen Weg finden müssen, der von allen akzeptiert und mitgetragen wird, dass wir in der Realität stärker hinschauen: Wo werden diese Kontingente, die vereinbart sind, auch tatsächlich eingesetzt? In der Tat kann es in der einen Klinik bzw. in dem einen Bereich so sein, dass vielleicht die vereinbarten Kontingente für Forschung und Lehre nicht dafür eingesetzt werden, und in einer anderen Abteilung kann es genau andersherum sein. Sich dem zu widmen, ist in der Tat eine Aufgabe, der wir nachkommen müssen. Aber letztendlich ist nicht unbedingt die Frage, ob es gesetzlich oder im Kooperationsvertrag der Beteiligten geregelt ist; vielmehr müssen wir uns der Frage des Abgleiches zwischen Vereinbarung und Realität widmen.

Zweitens. Sie werden es mir nachsehen, wenn ich aus Gießener bzw. mittelhessischer Sicht sage: Was wir im Zukunftsvertrag gemeinsam mit allen Beteiligten und unterstützt vom Land geregelt haben, bedeutet nicht, dass irgendwie zusätzliches Geld als Problemlöser mobilisiert wird, wenn ich das so umformulieren darf, sondern es geht darum, unabwiesbare Steigerungen – Preissteigerungen, Tarifsteigerungen – der letzten acht oder neun Jahre angemessen auszugleichen. Es geht aber im Kern eigentlich auch um ganz andere Fragen. Damit will ich sagen: Geld ist immer eine Frage – wie überall im Wissenschaftsbetrieb.

Aber die Punkte, über die wir in Sachen Leistungs- und Trennungsrechnung sprechen, sind aus meiner Sicht prinzipiell regelungstechnische Fragen, die unabhängig von der Budgetierung zu lösen sind. Es ist natürlich auch klar: Wenn beide Teilsysteme in diesem kooperationsvertraglichen Geflecht zwischen Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre unter Druck sind, dann – ich will ein Bild von Herrn Weiß aufgreifen, das er schon einmal zum Besten gegeben hat – ist das offenbar aus medizinischer Sicht wie eine Operationsnaht unter erheblichem Druck von beiden Seiten: Wenn man sie aufmacht, ist es schwer, sie wieder zuzubekommen. – Dieses Bild war mir als Laie sehr eingängig. Aber es ist natürlich so: Wer sich bewegen kann, kann sich bewegen. Pauschalierungen und Kompromisslösungen sind bei strittigen Sachverhalten immer möglich, und zwar einfacher möglich, wenn nicht beide Teilsysteme unter enormem finanziellen Druck stehen.

Aber die Frage, wie man die kooperationsvertraglichen Beziehungen regelt, ist zunächst einmal unabhängig von den Budgetierungsfragen.

Frau Prof. **Dr. Wolff**: Die Frage von Herrn Grumbach zu dem spezifischen Frankfurter Thema ist sozusagen für Frankfurt noch nicht beantwortet. Ich kann mich auch da wiederum nur Herrn Mukherjee anschließen: Wenn man Druck aus dem Kessel nimmt, pfeift er weniger.

Ich das eben schon angedeutet: Wir haben bei den Schlichtungsgesprächen bei mir im Büro mit allen Beteiligten eine teilweise Lösung dadurch gefunden, dass wir durchaus zum Teil in systemwidriger Weise aus dem Unibudget ausgeholfen und dadurch Kompromisse ermöglicht haben. Das hat natürlich Grenzen. Wir haben bei der Gelegenheit noch einmal mithilfe der Fachabteilung aus dem Ministerium durchgerechnet, dass die

Universität alles, was sie durch die Clusterpreise für die Unimedizin bekommt, wirklich korrekt weitergibt. Wir halten nichts zurück, und trotzdem reicht es offensichtlich nicht, damit die Uniklinik Frankfurt, die in ihrer Positionierung die letzte Landeslinik ihrer Art ist, trotz ganz massiver Bemühungen, die wir alle vom Aufsichtsrat aus verfolgen können, durchweg defizitfreie Jahresabschlüsse aufstellt. Damit steht sie nicht alleine. Das schaffen nur wenige Unikliniken in Deutschland, weil wir diese systematische Nichtfinanzierung von Lehre, Weiterbildung und Forschung im Gesundheitssystem haben.

Insofern wundert mich das Folgende im Nachhinein nicht – das ist eher eine Anekdote -: Als ich neu in den Aufsichtsrat kam und die Zahlen, Daten, Fakten und Details noch nicht so kannte, traf ich Heyo Kroemer wieder, der wirklich eine Medizinkoryphäe und Chef der Göttinger Universitätsmedizin ist. Als Erstes sagte er mir: Hier kann man eigentlich gar nichts machen; wir haben pro Jahr 10 Millionen € zu wenig in der Unimedizin insgesamt. – Das war eine Hausnummer, die ich seitdem nicht vergessen habe. Im Nachhinein denke ich: Eigentlich hat er recht. Ich weiß nicht, ob es genau 10 Millionen € sein müssen, aber natürlich könnte man damit genau die Lücke schließen, die es immer im Jahresabschluss gibt. Man könnte diese Konflikte entschärfen und den Freiraum für die Akteure wieder generieren, der vielleicht in Gießen auch dadurch noch einmal besser möglich geworden ist, weil es eine Mittelzufuhr gegeben hat.

Aber, wie gesagt, es klingt immer einfach, mehr Geld zu fordern. Deswegen bin ich damit vorsichtig. Aber in diesem Fall haben wir viele andere Dinge versucht und sind nicht weitergekommen, weil wir immer bei den Personalkosten hängen geblieben sind.

Frau Prof. **Dr. Krause**: Ich möchte hier wirklich nicht Marburg/Gießen einerseits und Frankfurt andererseits nennen. Deswegen werde ich noch einmal etwas unbequem und erinnere daran, dass jede Zahlung aus Steuermitteln in die Krankenversorgung dem europäischen Beihilferahmen unterliegt und deswegen auch so genau kontrolliert werden muss. Das heißt: Auch das, was wir jetzt als Erweiterung des Zuschusses aus der öffentlichen Hand an das UKGM zahlen, unterliegt genau diesen Prüfungen. Wenn es dieser Prüfung nicht standhalten kann, kann das Geld nicht fließen. Deswegen kann nicht einfach mehr Steuergeld in das System von Forschung und Lehre gegeben werden, um die Probleme der Krankenversorgung zu heilen, so sehr ich es immer begrüßen würde, dass Forschung und Lehre in der Human- und in der Zahnmedizin in Hessen und anderswo besser finanziert werden könnten. Das ist der eine Punkt.

Mit dem anderen Punkt sind wir wieder beim Druck im Kessel. Den haben in der Tat beide Seiten. Aber möglicherweise ist der Druck in der Krankenversorgung schwerer auszuhalten und wird auch schwerer ausgeübt, indem die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen an anderer Stelle – das betrifft nicht die Zuständigkeit dieses Ausschusses, aber durchaus die Zuständigkeit des Landtages wie des Bundestages – ständig wachsen. Durch den ökonomischen Druck zieht natürlich die Krankenversorgungsseite alle Möglichkeiten in Betracht, in irgendeiner Weise auf ihre Kosten zu kommen. Deswegen könnte sie geneigt sein, natürlich auch in Forschung und Lehre zu wildern. Ich formuliere das bewusst vorsichtig.

Abg. **Gernot Grumbach**: Ich habe eine Frage an das Ministerium zu einer langfristigen Entwicklung. Sie hatten einmal zugesagt, dass wir den Zukunftsvertrag, wenn es geht, bekommen. Wir haben ihn noch nicht.

Minister **Boris Rhein**: Dass Sie ihn einsehen können, ist durchaus möglich. Das haben wir dem Ausschussesekretariat mitgeteilt!

Abg. **Gernot Grumbach**: Okay. – Zur Frage der Krankenversorgung: Wir haben hier sehr bewusst nicht das Thema „Privatisierung“ angesprochen, außer in der einen Bemerkung des zusätzlichen Geldes, weil das ein anderes Thema ist. Wir machen hier auch das Thema „Krankenversorgung“ nicht wirklich auf, weil wir in anderen Ausschüssen sehr klar darüber debattieren, dass wir dafür eine andere Struktur brauchen. Ich will das nur als Rahmen erwähnen.

Mich interessiert Folgendes: Wenn Sie eine Verteilung zwischen Forschung und Lehre sowie medizinischer Versorgung pro Personalstelle ausmachen, in welcher Größenordnung bewegt sich so etwas? Liegt das bei 20 Prozent Forschung und Lehre? Beträgt das 25 Prozent? Sind das 10 Prozent? Das wäre ein spannender Punkt, weil er vielleicht auch ein bisschen darüber aussagt, wie viel Zeit eigentlich noch für die Studierenden übrig bleibt.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt**: Ich habe eine Frage an Frau Prof. Krause. Sie haben sehr zugespitzt und das Problem sehr gut beschreibend angedeutet: Subventionierung der Krankenversorgung durch Forschungsgelder? Wenn ich mit gesetzlichen oder auch mit privaten Krankenkassen spreche, wird die Frage ebenfalls, aber genau umgekehrt gestellt: Subventionieren Gelder aus dem Sozialversicherungssystem die Forschung, was nicht deren Aufgabe ist? Ich will nicht in die Diskussion einsteigen – dazu fehlt mir insbesondere auch jegliche Kompetenz –, aber ich frage: Welches Instrumentarium sehen Sie, um diese Fragestellung, diese systematische Streitfrage irgendwie einer Objektivierung näherzubringen? Welche Diskussionsebene kann man suchen, um sich bei dieser Sache den Fakten zu nähern? Das ist für uns in der Politik wichtig.

Eine zweite Frage: Frau Prof. Wolff, Sie haben angedeutet, dass die Bilanz der Krankenversorgung in den Universitätskliniken nicht nur hessenweit negativ ausfällt, sondern dass es ein bundesweites Problem ist. Wenn ich die Zahlen richtig im Kopf habe – Stichwort: Universitätsklinikenreport –, haben mehr als 50 % negative Zahlen. 30 % haben ungefähr eine Null, während 20 % im Plusbereich liegen. Sie kennen die Zahlen besser. Können Sie uns für unsere politische Diskussion, die wir dann auf Landes- und Bundesebene führen müssen, ein aktuelles Bild der Zahlen veranschaulichen?

Abg. **Janine Wissler**: Wir sollten keine Diskussion „Frankfurt gegen Gießen/Marburg“ führen, denn darum geht es gar nicht. Es gibt diese Studie, wonach zwei Drittel aller Universitätskliniken in Deutschland unterfinanziert sind. Daher ist das ein größeres Problem. Denn es betrifft mehr als nur die beiden hessischen Standorte.

Zu dem, was Herr Mukherjee gesagt hat, finde ich: Formal ist die Trennungsrechnung unabhängig von der Höhe des Budgets. Aber das Problem ist: Je kleiner der Verteilungsspielraum ist, desto größer sind die Konflikte, würde ich annehmen. Daher hängt es schon damit zusammen, wie die finanzielle Situation insgesamt ist.

Ich will die Finanzierungsfrage nicht grundsätzlich stellen, aber bei der Bewertung macht es einen Unterschied, ob es bei der Trennungsrechnung zwischen unterschiedlichen öffentlichen Geldern hin- und hergeht, oder ob da ein privater Krankenhauskonzern mit im Spiel ist. In den Anfangsjahren hat darauf auch der Hessische Rechnungshof

hingewiesen, wenn ich mich richtig erinnere. Daher muss man das schon mitberücksichtigen.

Zu dem, was zu den Kostensteigerungen von Gießen/Marburg gesagt wurde, entgegne ich: Ich finde es immer gut, wenn mehr Geld für Forschung und Lehre ausgegeben wird; das ist nicht die Frage. Aber die Punkte, die bei Gießen/Marburg aus meiner Sicht sehr nachvollziehbar dazu führen, dass man die Mittel erhöht, gibt es für Frankfurt auch, also die Tarifsteigerungen, die erhöhten Kosten. Ich habe auch nachgelesen und gesehen, dass die Absolventenzahl in Frankfurt stärker als im Bundesdurchschnitt gestiegen ist. Daher stellt sich die Frage: Warum bekommt man im einzigen privatisierten Uniklinikum, wo ein Konzern Druck macht – – Wir hatten vor ein paar Jahren eine andere Diskussion. Da war eher der Vorwurf von Ärztinnen und Ärzten, dass sie weniger Zeit für Forschung und Lehre hätten, und dass das Land die Patientenversorgung bezuschusse. Dann hat die Rhön Klinikum AG den Vorwurf umgedreht, und auf einmal bekommt eine Uniklinik mehr Geld und die andere nicht. Diese Frage kann man schon stellen.

Mir geht es auch um die Frage der Arbeitszeit, zu der Herr Grumbach eben schon etwas gesagt hat. Wenn ich das richtig gelesen habe, steht in den Anhörungsunterlagen der Uni Frankfurt, dass mit Blick auf die Pauschalen die Kontingentierung für Forschung und Lehre bei 10 % liegt. Das kam mir enorm wenig vor. Ich kenne mich nicht gut an Unikliniken aus, aber das ist eigentlich eine Lehrveranstaltung, oder? Ich frage mich, wie man den Forschungsbereich unterbekommt. Aber bei der Lehre ist es auch mit der Lehrveranstaltung nicht getan, sondern auch Abschlussarbeiten werden betreut usw. Daher scheinen mir die 10 % sehr niedrig angesetzt zu sein. Deshalb frage ich, ob Sie mit Blick auf diese internen Vereinbarungen zu Pauschalierungen und Kontingentierungen sagen können, ob es in den letzten zehn bis 20 Jahren eine Tendenz gab. Lag der Anteil von Forschung und Lehre auch vor 20 Jahren schon bei 10 Prozent, oder hat es eine Entwicklung nach oben oder unten gegeben? Denn das würde darauf hindeuten, wie sich Aufgaben verschieben.

Herr Prof. **Dr. Mukherjee**: Die grundsätzliche Frage der Quersubventionierung von Forschung und Lehre in Richtung Krankenversorgung oder umgekehrt, kann man wirklich ad acta legen. Hierzu nenne ich nur zwei Zahlen aus Gießen. Wenn man sich vergegenwärtigt, wie das Gesamtbudget für Forschung und Lehre des Fachbereichs Medizin bei uns ist – ca. 70 Millionen € – und wenn man dagegen stellt, dass das Gesamtbudget bzw. der Gesamtumsatz der Uniklinik am Standort Gießen ein Mehrfaches davon beträgt, kann man sich auch ausrechnen, dass eine Quersubventionierung von der einen in die andere Richtung so gar nicht substantiell möglich ist.

Ich muss ich Ihnen ein bisschen widersprechen – Frau Wissler, sehen Sie es mir nach –, damit es keine Gießen/Marburg-versus-Frankfurt-Debatte wird, wie von mehreren zu Recht gewünscht wurde, weil es um grundsätzliche Fragen geht. Die Leistungsverrechnungsfragen sind völlig unabhängig von dem privaten Status des Klinikumsbetreibers, denn es sind grundsätzlich zwei unterschiedliche Finanzströme. Das Wissenschaftsressort und die Steuermittel im Wissenschaftsressort sind ausschließlich dazu da, Forschungs- und Lehraufgaben zu finanzieren, egal welchen Status bzw. welche Trägerschaft das Krankenhaus hat. Insofern muss es eine ganz klare Trennung auch zwischen den Finanzierungsströmen geben. Die Leistungsverrechnung muss geklärt sein. Ich will im Übrigen darin erinnern: Die Leistungsverrechnung in Gießen und Marburg wurde nicht erst mit der Privatisierung eingeführt, sondern sie wurde einige Jahre vorher eingeführt. Wenn sie nicht schon da gewesen wäre, wären der Kooperationsvertrag und die Privatisierung

gar nicht möglich gewesen. Das zeigt sehr klar, dass das zwei völlig unterschiedliche Dinge sind.

Zum anderen haben wir natürlich eine Gemengelage mit ganz unterschiedlichen Herausforderungen. Da ist natürlich die Frage: Ist die Krankenversorgung ausreichend finanziert? Da würden wir auch von universitärer Seite aus immer sagen: Nein, das ist sie nicht. – Deswegen haben wir in den letzten Jahren auch immer wieder die Forderung nach einem Systemzuschlag für die Uniklinika unterstützt. Dieser Kampf um die Forderung wird weitergeführt werden müssen, weil Uniklinika in der Tat ganz besondere Aufgabenstellungen haben, die kein anderes Krankenhaus, kein anderer Supermaximalversorger hat.

Unabhängig davon kann es – da hat Frau Krause den wirklich entscheidenden Punkt angesprochen – nicht unsere Aufgabe sein, im Forschungs- und Lehrbetrieb, im akademischen Betrieb, im universitären Betrieb die Finanzierungslücke der Krankenversorgung mit Steuermitteln für Forschung und Lehre zu lösen. Diese Herausforderung muss wirklich in einem ganz anderen Zusammenhang gelöst werden. Das Stichwort „Systemzuschlag“ ist dort gefallen.

Zu der Frage der Personalkontingente: Das ist sicherlich an den Standorten unterschiedlich. Wenn man alle 30 Standorte betrachtet, sieht man: Das wird an allen Standorten leicht unterschiedlich geregelt sein. Bei uns ist es so – deswegen kann ich Herrn Grumbachs Frage gar nicht mit einer Zahl beantworten –, dass ganz klar bis auf die zweite Nachkommastelle die Kontingente abteilungsspezifisch für die einzelnen Aufgabenbereiche zugeordnet sind. Da gibt es Festlegungen. Im Grunde genommen ist es die Aufgabe des jeweiligen Abteilungsleiters, in der Realität darauf zu achten, dass in der Wahrnehmung der Aufgaben durch das gesamte Personal in der Abteilung diese Kontingenzuordnung eingehalten wird.

Da bin ich wieder beim Punkt von eben: In der Realität immer wieder zu überprüfen, ob das der Fall ist, ist eine Herausforderung und eine Aufgabe, der wir uns stellen müssen. Aber es gibt nicht diesen einen prozentualen Anteil, der für alle Abteilungen gleich gilt, sondern das ist wirklich auf Personalstellen heruntergebrochen für die Abteilungen festgelegt.

(Abg. Gernot Grumbach: Gibt es eine Spannbreite?)

– Können wir schauen, ja.

Frau Prof. **Dr. Wolff:** Vielleicht können wir jemanden, der näher dran ist und auch die Entwicklung dieser Prozentanteile schon viel länger beobachtet, um seine Einschätzung bitten und das an Herrn Dekan Pfeilschiffer adressieren.

**Vorsitzende:** Herr Pfeilschiffer wurde schon genannt, und er kommt noch dran. Aber ich habe nichts dagegen.

Herr Prof. **Dr. Pfeilschiffer:** Ich würde die Frage gern beantworten, aber lassen Sie mich bitte ein kleines Stück ausholen. Ärzte und Wissenschaftler in der Universitätsmedizin haben bekanntermaßen eine Doppelfunktion. Dementsprechend ist auch im Hochschulgesetz und im Hessischen Universitäts-Klinikengesetz die unterstützende Funktion des

Klinikums für diese Aufgaben definiert. In anderen Landesgesetzen ist es als dienende Aufgabe beschrieben. Das Bundesverfassungsgericht hat uns eindeutig auferlegt, hierbei eine effektive Kostentrennung vorzunehmen. Das ist eine entsprechende Vorgabe. Würden wir die nicht befolgen, würden wir gegen die Wissenschaftsfreiheit in Art. 5 Grundgesetz verstoßen.

Trennungsrechnung ist eine Daueraufgabe, die keineswegs für immer gelöst sein wird. Herr Mukherjee, das wird uns immer beschäftigen. Selbstverständlich gilt hier, dass es wechselseitig keine Querfinanzierung geben darf: weder von Forschung und Lehre zur Krankenversorgung noch umgekehrt. Ebenso ist klar, dass wir vonseiten der Forschung und Lehre nur Zusatzkosten finanzieren, also nur das, was in der Kassenversorgung durch Forschung und Lehre getrieben ist. Die Versorgung des Patienten oder der Patientin ist natürlich aus den Krankenversorgungsmitteln zu finanzieren.

Frau Wissler, nur ein kleiner Anhaltspunkt – es gibt wenige Daten hierzu –: Jeder zehnte Patient, der in ein Universitätsklinikum kommt, ist prinzipiell geeignet, Forschungspatient zu sein. Jeder 20. Patient – das entspricht 5 Prozent – ist prinzipiell für die Lehre brauchbar und einsetzbar.

Die Frage der Personalkosten – Sie haben es gehört – ist tatsächlich unser ganz kritischer Streitpunkt, der uns leider nicht verlässt. Damit wir das adäquat abbilden, müssen wir – das ist normativ vorgegeben, und es gibt keinen Ausweg – überschneidungsfrei und überlappungsfrei Zeiten definieren. Das ist eine Herausforderung. Es gibt heute Tools, die das erlauben. Dies nicht machen zu können, ist schlichtweg Humbug. Alternativ können wir Kontingente definieren. Das haben wir in Frankfurt annäherungsweise versucht. Dabei sind wir auf diese plus-minus 10 Prozent gekommen, wenn man über alle Einrichtungen mittelt. Es ist notwendig, hierbei eine Spannbreite anzuwenden, weil sich nicht eine Einrichtung mit der anderen vergleichen lässt.

Das Problem ist – wir haben es angesprochen –: Die Finanzierung ist nicht ausreichend. Die Erlöse, die auf der Krankenversorgungsseite generiert werden, sind nicht ausreichend. Zwei Drittel der deutschen Universitätsklinika schreiben Defizite in Höhe von hohen dreistelligen Millionenbeträgen. Hochschulen, Hochschulrektorenkonferenz, Medizinischer Fakultätentag, Verband der Universitätsklinika Deutschlands haben sich gemeinsam positioniert und für einen Systemzuschlag geworben. Denn nur so sind diese Sonderaufgaben der Universitätsmedizin adäquat zu finanzieren.

Ebenso sind wir nicht nur auf der Kassenversorgungsseite unterfinanziert, sondern wir sind dito – das können Sie, wenn Sie wollen, im Gutachten des Wissenschaftsrats zu Gießen/Marburg zuletzt nachlesen – auch auf der Landesseite, was Zuführungsbeträge für Forschung und Lehre betrifft, eklatant unterfinanziert. Wenn Sie diesen Benchmark des Wissenschaftsrates cum grano salis nehmen – natürlich wird das nicht auf den Euro genau stimmen –, leiden wir an dieser Unterfinanzierung von zwei Enden. Dies ist ein nicht auflösbares Problem.

Daher ist dieses Bild der Spannung an der OP-Naht wirklich gut gewählt und zutreffend. Wir müssten diese Spannung reduzieren, und zwar von beiden Seiten. Über die Finanzierung der Krankenversorgung muss auf Bundesebene verhandelt werden. Dies passiert. Da setzen sich alle Verbände zusammen. Wir haben breite Unterstützung. Das dauert.

Aufseiten des Landes – ich nehme die Frage von Herrn Grumbach zum Anlass – kann man natürlich Geld vermehrt in Forschung und Lehre geben, das für Forschung und Lehre eingesetzt wird. Ich bin schon verwundert, dass die private Einrichtung in Gie-

Ben/Marburg Geld aus dem Landestopf erhält, während dies der eigenen Landeseinrichtung in Frankfurt aber nicht zugestanden und kategorisch ausgeschlossen wird.

**Vorsitzende:** Jetzt möchte ich auf unsere erste Gruppe zurückkommen, denn wir haben Sie, Herr Pfeilschiffer, etwas vorgezogen, da Ihr Name schon vorher erwähnt wurde.

Frau Prof. **Dr. Krause:** Zunächst einmal gab es eine direkte Frage von Herrn Dr. Bartelt an mich. Das Grundprinzip ist hinreichend erläutert worden. Ich möchte noch einmal auf den Wesentlichkeitsgrundsatz unserer vertraglichen Regelung abheben. Es geht nie um die Krümel, sondern es geht um große Volumina. Junge Ärztinnen und Ärzte leiden darunter, dass sie keine klaren Zeiten für Forschung haben. Ich kann nur sagen: Das muss in Dienstpläne hinein. – Darüber lässt sich dann auch der Gegenwurf des Missbrauchs von Krankenversorgungsmitteln für die Forschung im Wesentlichen begrenzen und entkräften. Ich kann mir wirklich nicht vorstellen, dass es völlig unmöglich sein soll, halbe Tage innerhalb einer großen Abteilung – ich rede wirklich von großen Abteilungen – so einzutakten, dass Forschungs- und Vorbereitungszeit für die Lehre da ist.

Wir sind auch nach den Proportionen gefragt worden. Vielleicht sind die Regelungen für die Professorenschaft, die in Marburg und in Gießen gelten, ein ganz vernünftiger Gradmesser. Sie werden zu 50 %, was das Professorengehalt angeht, vom Klinikum bezahlt und zu 50 % von den Universitäten über die Fachbereiche. Das bedeutet nach meiner Lesart, dass 50 % der professoralen Arbeitszeit Forschung und Lehre sind. Das ist übrigens auch ein reduziertes Lehrdeputat, nicht acht Semesterwochenstunden wie bei allen anderen, sondern vier. 50 % der Arbeitszeit sind der Krankenversorgung gewidmet. Über die Wochenarbeitszeiten sprechen wir hier lieber nicht. Aber das wäre vielleicht ein Gradmesser.

Es tut mir leid: Ich muss jetzt auch noch etwas zu den Themen „Gießen/Marburg“, „Zukunftsvertrag“ und „Frankfurt“ sagen. Ich möchte daran erinnern, dass in den Landeshaushalten seit etlichen Jahren ein Betrag von 13 Millionen € für Investitionen in der Krankenversorgung stand, der vom Klinikum nicht abgerufen worden ist, aber der doch einen Gradmesser für das Finanzvolumen darstellt, um das es jetzt in anderer Form auch geht.

In Frankfurt werden seit Jahr und Tag solche Investitionsmittel für die Krankenversorgung über den Haushalt des Wissenschaftsministeriums zur Verfügung gestellt. Ich würde sagen: Wir ziehen gerade ungefähr gleich. Es geht nicht um eine Besserstellung oder um eine Regelung für Gießen und Marburg, die die Probleme sozusagen jetzt einfach löst, sondern um eine Korrektur des Vertrages, die schon beim ersten Letter of Intent – 2013 glaube ich – entsprechend vereinbart worden ist.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Wenn wir so viele Experten beieinanderhaben, wollen wir als Abgeordnete auch ihr Wissen anzapfen und für die weitere politische Diskussion nutzen. Zunächst einmal habe ich eine Frage an Prof. Pfeilschiffer und Prof. Mukherjee.

Ich möchte ein paar Worte vorausschicken, bevor ich meine Frage stelle. Wir haben hier großes Verständnis dafür und wir erkennen das Problem, dass bei der Krankenversorgung in Universitätskliniken bei diesem Aspekt eine Finanzierungsproblematik besteht und dass dies auch Gegenstand von Diskussionen sein muss. Dies mitberücksichtigend lautet meine Frage: Haben Sie Verständnis dafür, dass ich mit der Begrifflichkeit „Sys-

temzuschlag“ ein gewisses Problem habe? Denn wie der Begriff „Systemzuschlag“ diskutiert wird, handelt es sich um einen Zusatz auf die Honorierung etwa im Rahmen der DRGs, was dann wieder Auswirkungen auf die Finanzierung durch die Sozialsysteme haben würde. Man kann sagen: DRG, X Euro plus 20 Prozent, weil das in der Universitätsklinik geleistet wurde. – Und das mit guten Gründen; das ist ganz klar. Aber wäre es nicht besser, wenn man als Begrifflichkeit „eine zusätzliche Finanzierungssäule“ in der weiteren Diskussion verwenden würde? Denn „Systemzuschlag“ ist in eine Richtung verbraucht und missverständlich.

Eine zweite Frage vornehmlich an Prof. Pfeilschiffer: Haben – –

**Vorsitzende:** Herr Dr. Bartelt, die Frage müsste er oder müssten Sie sich für die nächste Runde merken; das ist mir egal.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Ich merke mir das.

Herr Prof. **Dr. Mukherjee:** Vielen Dank für die Frage nach dem Begriff. – Ich glaube: Der politische Widerstand gegen einen Systemzuschlag in welcher Form auch immer hat viel mit diesem Begriff zu tun. Er ist wahrscheinlich genauso unsexy, wenn ich das sagen darf, wie der Begriff „Grundfinanzierung“, weil für Außenstehende nicht unmittelbar nachvollziehbar ist, was jetzt eigentlich mit diesem Zuschlag belegt werden soll.

In der Tat sollte man für die nächste Runde der politischen Auseinandersetzungen einen attraktiveren Begriff finden. Da ist der Fantasie keine Grenze gesetzt. Aber im Kern geht es natürlich um das gleiche Anliegen, nämlich darum, dass, wie der Fakultätentag und andere unterstützt von der Hochschulrektorenkonferenz immer wieder sagen, wir ganz klar identifizierbar acht besondere Aufgaben in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung haben, die andere Krankenhäuser und Kliniken nicht haben. Für diese acht besonderen, abgrenzbaren und zusätzlichen Aufgaben bzw. zusätzlichen Lasten brauchen wir auch eine zusätzliche Finanzierung. Um diese Kernidee geht es. Sie ist richtig. Niemand kann sie von der Hand weisen.

Aber es geht wie immer natürlich um Begrifflichkeiten. Man muss über Alternativen zu dem Begriff „Systemzuschlag“ nachdenken. Das muss kein DRG-Zuschlag sein. Denkbar ist in der Tat eine separate Finanzsäule für die Unikliniken, die es in einigen europäischen Ländern durchaus gibt. Da muss man sich einmal in den Nachbarländern umschauen. Da gibt es Modelle, die für uns Pate stehen könnten.

Erlauben Sie mir bitte noch einen Satz zu dem Thema: Wer bekommt wo wie viel Geld zusätzlich? Frau Krause hat das eben sehr deutlich gemacht. Ich will nur erläuternd ergänzen: Es ist grundsätzlich windschief, wenn wir Beträge an unterschiedlichen Standorten miteinander in Beziehung setzen – Gießen/Marburg, Frankfurt; wir können das bundesweit anlegen –, weil die Leistungsverrechnungsverträge an den Standorten höchst unterschiedlich sind. Deswegen bevorzuge ich den Begriff „Leistungsverrechnung“. Die Leistungen, die die Uniklinik Frankfurt für die Fakultät erbringt, sind ganz anders als die Leistungen geregelt, die bei uns von der Klinik für den Fachbereich erbracht werden und umgekehrt. Deswegen werden da wirklich Äpfel mit Birnen verglichen. Ich kann nur davor warnen, einzelne Beträge miteinander in Beziehung zu setzen, die auf der Grundlage völlig unterschiedlicher kooperationsvertraglicher Regelungen zwischen Krankenversorgung, Forschung und Lehre an den jeweiligen Standorten entstanden sind.

Abg. **Gernot Grumbach:** Ich möchte gar nichts mehr fragen, sondern nur noch zwei Sätze kommentierend zu meinen eigenen Sätzen sagen. Ich weiß natürlich schon, dass es in Hessen große Unterschiede im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte gab zwischen dem Geldbetrag, den die eine oder andere Einrichtung bekommen hat. Ich weiß auch, dass die Universität Frankfurt strukturell bei den Bauinvestitionen deutlich mehr bekommen hat. Trotzdem – das ist eigentlich mein einziger Punkt – hatte ich den Eindruck, dass an einer Stelle ein Problem gelöst wird, das möglicherweise mit der gleichen Lösung an einer anderen Stelle ebenfalls zur Problemlösung führen würde. Das ist mein einziger Punkt. Es geht nicht um die Frage nach der Gerechtigkeit zwischen Hochschulen und sonst etwas. Da gibt es noch viel Nachholbedarf gerade im Baubereich, sondern es geht mehr um die Frage: Gibt es nicht gerade an den Punkten ein Problem, wo ein relativ begrenzter Mitteleinsatz zu dem, was sonst so passiert, die Probleme reduzieren würde?

**Vorsitzende:** Ich sehe keine Wortmeldungen zu diesem Bereich mehr und würde ihn mit einem herzlichen Dank an die Präsidien der Hochschulen abschließen. Zum nächsten Bereich haben wir Prof. Dr. Pfeilschiffer schon gehört.

Abg. **Gernot Grumbach:** Ich möchte den Vorschlag machen, die beiden folgenden Blocks zusammenzufassen, weil wir von der Systematik her beiden Teilen Fragen stellen müssten und wir vielleicht vorher die kleinen Nuancen in den Unterschieden gern gehört hätten.

**Vorsitzende:** Okay, dann machen wir das so.

Universitäten: Dekane medizinischer Fakultäten  
und  
Universitätsklinika: Ärztliche/Kaufmännische Direktoren

Herr Prof. **Dr. Kreuder:** Die von den beiden Universitäten Gießen und Marburg vorgelegte Stellungnahme basiert natürlich auf einer intensiven Mitarbeit der Fachbereiche und der Dekanate, sodass unsere wesentlichen Punkte dort eingeflossen sind. Ich möchte bewusst den Blick von der Makroebene der Geldflüsse, die doch häufig diskutiert wurde, auf die Mikroebene, auf der sich die Dekanate bewegen, lenken. Das klang eben in den Diskussionen schon an: Die Wunde steht unter Spannung; die Wurst ist an beiden Seiten zu knapp. – Dies kann zu erheblichen Problemen führen, wenn auf beiden Seiten der Wille zu einer Einigung, zu einer Zusammenarbeit fehlt.

Ich will das anhand der Lehre in Gießen verdeutlichen. Wir haben dort eine Budgetierung des Personals, die auf der zu erbringenden Lehre aufsetzt. Das hat den großen Vorteil, dass wir dort erst einmal eine Sicherung der zu erbringenden Lehre in die Budgets hineinnehmen. Wir haben durch Einbindung der Studierenden ein intensives Controlling, dass die entsprechende Lehre auch durchgeführt wird. Wir haben die schon angesprochenen Unterschiede in den einzelnen Abteilungen, die natürlich dazu verpflichtet, dass sich die Abteilungsleitungen um die entsprechende Umsetzung der Vorgaben kümmern. Ich will damit sagen: Einer Besorgnis, die eben schon anklang, dass die Lehre im universitären Bereich zumindest für unseren Fachbereich in Gießen gefährdet sei, kann ich eindeutig entgegentreten.

Da ist wichtig, dass wir uns sehr genau die Instrumente anschauen, wenn wir in diesem ganzen Bereich weiterkommen wollen. Diese würde ich gerne im Weiteren mit Ihnen diskutieren.

Herr Prof. **Dr. Schäfer**: Ich will ganz kurz ausführen, weil wir diese gemeinsame Stellungnahme gemacht haben, und darf den wichtigsten Punkt aus Sicht des Fachbereichs Medizin in Marburg nennen. Pauschalierungen müssen und können in dieser Trennungsberechnung die Ausnahme bleiben. Ein sehr hoher Anteil der Leistungen in Lehre und Forschung lässt sich messen. Das bildet der Kooperationsvertrag, den wir 2005 in Gießen/Marburg mit UKGM ausgehandelt haben, sehr gut ab und ist eine hervorragende Grundlage.

Ich will erwähnen, dass dieser Kooperationsvertrag unter wettbewerblichen Bedingungen entstanden ist. Damals gab es Anbieter, die die beiden Klinika kaufen wollten. Unter wettbewerblichen Bedingungen kommen immer gute Sachen heraus. Deswegen tut man sehr gut daran, den Kooperationsvertrag aufrechtzuerhalten. Er hat nach meiner Ansicht eine sehr hohe Qualität.

Ich will etwas zum Controlling sagen. Selbstverständlich brauchen wir Zeiten für Forschung, die auch in die Dienste einkalkuliert werden müssen – das ist völlig richtig. Sie müssen – zusammen mit der Lehre – den Kontingenten, die wir in die Kliniken für Lehre und Forschung hineingeben, entsprechen.

Es gibt aber auch einen weiteren Punkt, der noch gar nicht angesprochen ist und den ich für sehr wichtig halte, nämlich den Begriff der Steuerbarkeit. Controlling ist die eine Sache, aber Steuerung und leistungsabhängige Steuerung sind noch wichtiger, wie ich glaube. Wir haben – jetzt gehe ich auf die Mikroebene, Herr Kreuder – die Aufgabe, das Budget, das wir vom Präsidium bekommen – die Zahlen wurden eben genannt; das ist ein durchaus beachtliches Budget, aber im bundesweiten Vergleich vielleicht nicht –, auf die Einrichtungen aufzuteilen. Das ist die Aufgabe der Dekane und der Dekanate. Wir haben in Marburg 71 Kliniken und Institute. Ich habe das extra nachgeschaut.

Unsere Aufgabe ist, denen das Budget weiter zuzuweisen. Darin muss auch die Klinik enthalten sein. Wir haben in Marburg seit spätestens 2014 ein rein erfolgsabhängiges Steuerungsmodell eingeführt, wenn ich es mal so sagen darf. Das heißt: Wir vergeben nach einheitlichen Kriterien. Wir vergeben erst einmal einen Sockelbetrag für die Lehre. Damit ist die Lehre abgedeckt, wie Herr Kreuder sagt. Wir vergeben dann eine Forschungszusatzausstattung erfolgsabhängig nach dem Forschungserfolg der letzten drei Jahre. Das heißt, die Forschungszusatzausstattung wird nach Drittmittelerwerb und Publikationsleistungen gesteuert. Das halte ich für das richtige Konzept für die Zukunft.

Jetzt haben wir den schönen Fall, dass uns der geltende Kooperationsvertrag ermöglicht, das auch in der Klinik abzubilden. Wir haben dieses Steuerungsmodell sogar in wesentlichen Komponenten aus dem Kooperationsvertrag entlehnt. Das Thema „Steuerbarkeit“ war mir sehr wichtig. Deswegen muss man diese Regelungen, die uns der Kooperationsvertrag gibt, unbedingt aufrechterhalten. Das hat einen sehr großen Vorteil. Man hat nämlich einen internen Wettbewerb zwischen den einzelnen Einrichtungen um Forschungsgelder und auch einen Wettbewerb zwischen klinischen und experimentellen Instituten, die etwa jeweils die Hälfte des Fachbereichs ausmachen. Das müssen wir auch bedenken. Insofern denke ich, dass diese Steuerbarkeit für alle Mittel, die wir in Lehre und Forschung bekommen, mindestens genauso wichtig, wenn nicht noch wichtiger als das Controlling ist.

**Vorsitzende:** Prof. Pfeilschiffer, möchten Sie ergänzen?

Herr Prof. **Dr. Pfeilschiffer:** Ich werde nicht wiederholen, was ich schon zu Protokoll gegeben habe, aber ich würde gern die Frage von Herrn Dr. Bartelt beantworten, bevor ich sie vergesse. Lieber Herr Dr. Bartelt, ich kann hier voll mit Herrn Mukherjee mitgehen: Die Universitätsmedizin erfüllt eine Vielzahl von Aufgaben, die nicht adäquat im herkömmlichen DRG-System abgebildet sind. Denken Sie an die Zentren für seltene Erkrankungen. Denken Sie an die fachärztliche Weiterbildung, die in Deutschland zu zwei Dritteln an den Universitätsklinika stattfindet. Denken Sie an die Notfälle, für die wir unverzichtbar sind – gerade im großstädtischen Bereich. Denken Sie an die Hochschulambulanzen. Daher sage ich: Auch wenn der Begriff „Systemzuschlag“ verbrannt ist – ich stimme Ihnen in der Weise zu –, müssen wir über eine dritte Finanzierungssäule nachdenken, eine alternative Finanzierungssäule, eine zusätzliche Finanzierungssäule, die diese Leistungen der Universitätsmedizin adäquat abbildet, damit dies dann die OP-Naht unter Erleichterung und Entspannung stellt.

Herr Prof. **Dr. Seeger:** Ich habe tapfer zugehört und bin Herrn Grumbach dankbar, zu einigen Aspekten, die er und Frau Wissler aufgebracht haben, etwas sagen zu können. Wir würden es gerne so machen, dass ich ein wenig den Hintergrund skizziere – ich will versuchen, dies so knapp wie möglich hinsichtlich der wesentlichen Botschaften zu machen – und dass Herr Weiß dann etwas detaillierter auf Aspekte der sogenannten Trennungsrechnung eingeht.

Die Begriffe, nach denen ich das ordnen will, wurden schon genannt und heißen: Mittel im System und Daueraufgabe. Es gibt vier Ebenen, die ich gerne ansprechen möchte, von denen einige schon genannt wurden, die ich dann nur kurz ergänzen will.

Die erste Ebene sind die DRGs. Es ist allen klar, und jeder, der Medizin macht – ich bin auch praktisch tätiger Kliniker und Mediziner –, weiß, dass wir eine äußerst starke Verdichtung im Krankenversorgungssystem haben. Diese Verdichtung ist zwar ökonomisch gesehen gut, führt aber zu diesem extrem hohen Druck, in viel kürzerer Zeit als früher viel mehr Patienten zu versorgen. Da sind wir im Boot mit der gesamten Medizin in Deutschland.

Der zweite Punkt ist die Besonderheit der Universitätskliniken. In Deutschland haben wir uns als einziges Land der Welt geleistet, die Universitätsklinik genauso zu finanzieren wie jede andere Klinik auch. Auch eine Spezialklinik, die sich auf hochrentable Bereiche spezialisiert, wird nach dem gleichen DRG-System bezahlt. Der Begriff „Systemzuschlag“ wurde schon genannt. Glasklar ist, dass dort Dinge laufen – Maximalversorgung, Besonderheiten, seltene Krankheiten, Spezialambulanzen –, die eigentlich nur dort angeboten werden. Es ist schon eine extreme Herausforderung, um es gelinde zu beschreiben, der Universitätsmedizin zuzumuten, unter exakt den gleichen Bedingungen finanziert zu werden, was natürlich genau diesen Druck extrem erhöht. Da sind wir im Boot mit allen anderen Universitätskliniken in Deutschland.

Die dritte Ebene sind die Mittel für Forschung und Lehre, die zugewiesen werden. Ich will vorausschicken, dass ich voller Anerkennung – ich persönlich profitiere davon – für das Land Hessen bin, was die LOEWE-Initiative und die verschiedenen Anstrengungen betrifft, die grundsätzlich die Forschung stark nach vorne gebracht haben. Es ist keine Frage, dass die Mittel für Forschung und Lehre pro Student in Hessen niedrig sind. Ich muss benennen, welche Konsequenzen das hat. In Hannover fließen ungefähr 150 bis

160 Millionen € pro Jahr. In Gießen sind es 65 Millionen €. Es wäre fein, wenn Hannover zwei- bis dreimal so viele Medizinstudenten hätte, aber Hannover hat weniger als wir. Bei weniger Medizinstudenten und zwei- bis dreimal so viel Geld pro Student, heißt das insgesamt: Das ist das Dreifache pro Medizinstudent.

Wenn wir sagen: „Mit diesen Forschungs- und Lehremitteln sollen natürlich die Freiräume für die Forschung geschaffen werden“, erhellt das vielleicht eine kleine Rechnung, die wir in Gießen machen durften, als ich dafür zuständig war, die Geldverteilung neu zu gestalten. Wir haben gesagt: Das alles müssen wir neu machen; jetzt schauen wir, wie viel Lehre jeder hat. – Da gibt es die Kapazitätsverordnung, und dann rechnet man das aus. Nach der Kapazitätsverordnung bekommt jeder genau erst einmal das zugewiesen, was er nach der Lehre bekommt. Den Rest verteilen wir dann erfolgsabhängig für die Forschung. Als wir das gemacht hatten, kamen wir zu dem Schluss: Wir können die Lehre überhaupt nur zu 90 Prozent abdecken. Das Geld reichte nicht einmal. Wenn man das eins zu eins durchrechnet, ist es ein kleiner Witz zu sagen: Wo bleiben nur die Riesenmengen für die Forschung, die finanziert werden? Im Prinzip wird nicht einmal die kapazitätsmäßig geforderte Lehre voll abgedeckt. Das ist die dritte Ebene. Auch da sind wir im Boot mit allen Universitätskliniken in Hessen.

Es gibt aber noch eine vierte Ebene. Da sind wir wirklich alleine im Boot. Sie betrifft die Finanzierung des dualen Systems. Jeder weiß, wie die Finanzierung der Krankenhäuser funktioniert: Die Krankenkassen bezahlen die Krankenversorgung, und die Träger bezahlen die Investitionsmittel für Bau und für Geräte. Das ist das duale System. Das geschieht überall über die Krankenhausfinanzierungsgesetze und über die Trägeraufgaben, die dann bei den Sozialministerien liegen. Darüber werden alle finanziert – auch private Kliniken, die genauso gut Krankenversorgung treiben. Einzige Ausnahme sind die Unikliniken. Bei den Universitätskliniken werden die Trägeraufgaben für Forschung und Lehre von den Wissenschaftsministerien getragen. Im Durchschnitt sind das in Deutschland Mittel in der Größenordnung von 35 Millionen € pro Jahr pro Universitätsklinik. Das ist eher wenig, um die ständigen Bau- und Investitionskosten abzudecken. In Gießen und Marburg sind es null seit der Privatisierung, also seit zwölf Jahren.

Klar, denkt man: Das ist etwas, das Rhön-Klinikum übernommen hat. Die Rhön-Klinikum AG hat es in der Art übernommen, dass sie quasi eine Bank für uns ist. Das heißt: Wir haben einen Kredit aufgenommen, für den wir jedes Jahr 4 % Zinsen zahlen. Das heißt also: Gießen/Marburg startet jedes Jahr mit 37 Millionen € Zinsen und Abschreibungen, denn wir bekommen kein Geld geschenkt, sondern können es quasi bei Rhön-Klinikum als Bank aufnehmen. Unser Haushalt beginnt also bei minus 37 Millionen €. Wenn wir im letzten Jahr 9 Millionen € plus hatten – zählen Sie das zusammen –, waren wir bei 46 Millionen € plus. Man kann sich fragen, wie das überhaupt gehen kann. Was mich immer wundert, ist das Bashing der privatisierten Universitätsklinik statt der Anerkennung, dass es überhaupt möglich gewesen ist, unter diesen Bedingungen noch eine schwarze Null zu schreiben und den Standort nach vorne zu bringen. Ich werbe dafür anzuerkennen, welche Leistungen die Mitarbeiter an dem Standort erbracht haben.

Das waren meine Rahmenbedingungen. Unter diesen Rahmenbedingungen ist es natürlich eine echte Herausforderung, die Trennungsrechnung oder Leistungsverrechnung, wie Herr Mukherjee richtig sagte, so gut wie möglich in die Wege zu leiten. Das Prinzip dieser Leistungsverrechnung teilen wir: Es ist kein Wille des Klinikums, Geld sozusagen aus FuL umzuleiten. Ich meine: Die Lehre wird sowieso sichergestellt. Die Rechnung des kleinen Mannes hat eben schon gezeigt, dass eigentlich gar nichts übrig ist. Es ist kein Wille, das umzuverteilen. Wir wollen die Leistungsverrechnung so gut wie möglich. Dass man sich in einem so knappen System bei einigen Details hier oder da nicht einig werden

kann, mag sein. Aber wir haben jetzt einen wirklich sehr guten Plan mit Blick auf das Zukunftsprojekt.

Ich will im Übrigen etwas zu den Zahlen sagen – das ist mein letzter Punkt –: Da stehen zum ersten Mal seit zwölf Jahren Investitionsmittel in Höhe von 13 Millionen € zur Verfügung. 13 Millionen € verglichen mit dem Mittelwert von zweimal 35 Millionen € für Gießen und Marburg – in Summe macht das 70 Millionen € – sind immer noch nicht revolutionär, aber immerhin schon ein Einstieg. Denn, wie gesagt, es flossen Investitionsmittel für Bauinvestitionen in den letzten zwölf Jahren nur nach Frankfurt. Das wurde durch die Privatisierung möglich. Aber wie gesagt: Für uns hieß es, wir könnten das sozusagen als Kredit bei der Bank abholen. Das sage ich zu den Rahmenbedingungen.

Jetzt möchte ich Herrn Weiß bitten, die Dinge wirklich so gut zu verrechnen, wie es geht, und zu pauschalieren, wo man nicht mehr im Detail verrechnen kann. Es besteht überhaupt kein Dissens, dies genauso durchzuführen.

**Vorsitzende:** Zwei Dinge: Bitte achten Sie erstens auf die Redezeit, die ungefähr bei fünf Minuten liegen sollte. Zweitens ist jetzt erst einmal Prof. Dr. Renz dran.

Herr Prof. **Dr. Renz:** Ich übergebe an Herrn Dr. Weiß der Zeit halber.

(Zuruf: Bitte Mikro benutzen! Wir hören nichts!)

**Vorsitzende:** Sie verzichten auf Ihren Redebeitrag, Prof. Renz?

(Zustimmung von Herrn Prof. Dr. Renz)

– Wenn alle einverstanden sind, ziehe ich gern den Beitrag von Herrn Weiß vor.

Herr **Dr. Weiß:** Als Sprecher der Geschäftsführung habe ich gern diese Aufgabenteilung mit Prof. Seeger vorgenommen. Ich will es deshalb, weil wir schon sehr ins Detail gegangen sind und auch schon viel gehört haben, gar nicht mehr lange ausführen. Aber es ist wichtig, noch einmal das Prinzip einer verursachungsgerechten Kostenerstattung an oberste Stelle zu setzen; das ist schon mehrfach gesagt worden. Weder der jetzige noch der zu vereinbarenden Zukunftsvertrag sieht eine Subventionierung oder eine Budgetierung oder sonst irgendetwas vom Land in Richtung Kassenversorgung vor, noch diskutieren wir – – Wir möchten uns auch gar nicht in die Diskussion, die möglicherweise am Universitätsklinikum Frankfurt völlig berechtigt geführt wird, einmischen. Ich kann das nicht beurteilen.

Wichtig ist für uns, dass wir einen Kooperationsvertrag haben, der 2005 entstanden ist und der – da bin ich sehr dankbar; so etwas hört man als Klinikvertreter doch sehr selten – vonseiten der Dekane und der Präsidien gelobt wird. Wir loben ihn auch, weil wir ebenfalls meinen, dass dieser Kooperationsvertrag alle Regelungen enthält, um Zweckentfremdung von Steuermitteln auszuschließen. Natürlich ist ein solcher Vertrag, der damals in einem eng gefassten Zeitraum formuliert worden ist, nicht in allen Punkten interpretationsfest. Deshalb gab und gibt es diese strittigen Punkte. Deshalb haben wir auch das Prinzip, dass wir bisher bis auf wenige Einigungsjahre mit Abschlagszahlungen gearbeitet haben. Das heißt: Es ist überhaupt noch nichts passiert. Es wurden gegensei-

tig die Forderungen gestellt, und man hat sich im Rahmen von jährlichen Abschlagszahlungen darauf verständigt, dass es zumindest einen Liquiditätsfluss gibt, denn die Leistungen werden vom Klinikum erbracht. Wir zahlen die Löhne und Gehälter. Wir stellen Verbrauchs- und Sachmittel zur Verfügung. Wir stellen Gebäude und Raumnutzungsmöglichkeiten sowie Infrastruktur zur Verfügung. Dafür brauchen wir natürlich eine Kostenerstattung.

Genau das hat auch die Einigung im Mai vor Augen gehabt, die die Vergangenheit, das aktuelle Jahr bis zum Jahr 2021 und dann möglicherweise auch die Zeiträume ab 2022 vor Augen hat und regeln soll. Wir sind da sehr optimistisch und auch sehr dankbar, dass sich alle Beteiligten vonseiten des Ministeriums, aber auch vonseiten der Universitäten, der Dekane und des Klinikums damals auf diesen LOI – das ist es letztendlich – geeinigt haben und darauf, dass wir ihn jetzt in einen Zukunftssicherungsvertrag überführen.

An dieser Stelle noch einmal zu Transparenz und Angemessenheit: Wenn Sie Einblick nehmen – es wurde ja schon gesagt, dass Sie im Ministerium die Vereinbarung einsehen können –, werden Sie sehen, dass ganz hohe Hürden für den Fluss von möglichen zusätzlichen Mitteln eingebaut worden sind, nämlich – ich darf zitieren – die Plausibilisierung und die Bestätigung der Angemessenheit eines wechselseitigen Forderungsverzichtes, die Plausibilisierung und Bestätigung der Angemessenheit einer Aufstockung des Basisbetrags und auch einer jährlichen Steigerungsrate – und dies durch unabhängige Dritte, durch Wirtschaftsprüfer.

Wenn Sie als Abgeordnete des Hessischen Landtags diesem Vertrag hoffentlich zustimmen werden, haben Sie alle Sicherheiten, dass keine Steuermittel zweckentfremdet werden und dass wirklich dem Prinzip der verursachungsgemäßen Kostenerstattung gefolgt wird.

Noch einige letzte Sätze zur Praxis: Ich widerspreche meinem sehr geschätzten Dekan, Prof. Schäfer, nur an einer Stelle und immer sehr ungern. Die Kliniker sagen, wenn man sie fragt, warum sie in die Dienstpläne keine klare Trennung eintragen – wir alle hätten das sehr gern –, dass sie sich nicht tag- und personengenau vorstellen können, hier die Anteile von Forschung und Lehre sowie der Krankenversorgung zu definieren. Wir glauben – an der Stelle sind wir uns einig –: Es gibt Bereiche, wo es reine Forschungs- und Lehrsachverhalte sowie reine Krankenversorgungssachverhalte gibt. Prof. Renz hat gesagt: Man solle eigentlich die akademische Gremienarbeit und Selbstverwaltung als eine wichtige Kostenart auch mit aufnehmen. Die würden wir wahrscheinlich dem universitären Bereich zuordnen.

Aber es gibt eben auch viele Mischsachverhalte. Über diese Mischsachverhalte brauchen wir pauschale Verständigungen, die einem Drittvergleich standhalten. Ich bin ganz zuversichtlich, dass wir das schaffen.

Herr Prof. **Dr. Graf**: Ich möchte nicht alles wiederholen, was wir schon gehört haben. Ich möchte rekapitulieren: Die Aufgabe leitet sich aus dem Gesetz ab. Darin steht, was das Universitätsklinikum leisten muss. Das ist für alle drei in Hessen betriebenen Standorte einheitlich. Das sind besondere Aufgaben. Das kann man leider Gottes nicht oft genug betonen, weil wir uns nicht in einer Weise optimieren können, wie es andere Krankenversorgungsanstalten vielleicht tun.

Wir können das Leistungsportfolio in einigen Leistungsbereichen nicht ausschließlich nach einer wirtschaftlichen Betrachtungsweise steuern – so viel zum Begriff des Steuerns. Herr Prof. Schäfer, wir sehen uns als tatsächlichen Universalversorger. Das brauchen wir sowohl für die Ausbildung als auch für die Weiterbildung. Das erwarten übrigens auch die Standorte von uns, an denen wir unsere Tätigkeit ausüben, weil wir natürlich auch einerseits die letzte Wiese sind und den Kolleginnen sowie den Kollegen in anderen Häusern mit anderen Versorgungsstufen helfen und die Patienten übernehmen, und weil wir – das hat sich in den letzten Jahren aus meiner Sicht so entwickelt – auch ein bisschen so etwas wie die Bad Bank des Gesundheitswesens geworden sind. Was man anderswo nicht ordentlich behandeln kann oder will oder wo die Tageszeit nicht hinreichend ist, kommt zu uns, und wir versorgen es. Es macht die Steuerbarkeit an vielen Stellen sehr schwierig, wenn man das aus rein ökonomischen Aspekten betrachtet.

Daran möchte ich direkt anschließen. Wenn ich aus einer rein operativen Betrachtungsweise das Universitätsklinikum auf die Krankenversorgung konzentriere, komme ich genau in diesen Konflikt, der Planbarkeit der Leistungserbringung bzw. der Personalzuordnung, der eben von Herrn Dr. Weiß schon angesprochen wurde. Natürlich können wir Organisationspläne aufstellen und die Personalbedarfsbemessung dementsprechend vornehmen. Das wird aber, da die Unterschiede zu groß sind, nach lokoregionären Aspekten geschehen müssen. Das heißt: Da werden Sie die drei hessischen universitätsmedizinischen Standorte nicht über einen Kamm scheren können und dürfen. Das wird jeder in einer lokoregionären Form für sich entsprechend der Organisationsnotwendigkeiten und der Aufgaben durchführen müssen.

Wir haben aber die Schwierigkeit, dass die Krankenversorgung mit einer sehr hohen Verbindlichkeit erbracht werden muss. Wenn Sie dort Krankenstände haben und wir die Schwierigkeit haben, wie wir diesen Bereich besetzen, der funktionieren muss, um der Krankenversorgung zu folgen, wird immer wieder einmal die eine Person, in der sich diese Dreiteilung unserer Aufgaben materialisiert, nämlich der Einrichtungsleiter, der für Forschung, Lehre und Krankenversorgung steht, tagesaktuell eine verantwortungsbewusste Zuweisung von Personalressourcen vornehmen müssen. Und wenn er das muss, wird er als Erstes die Lehre und die Krankenversorgung priorisieren, denn die Vorlesung kann bzw. darf nicht ausfallen, und die Krankenversorgung muss stattfinden. Dann wird aus dieser Perspektive naturgemäß die Forschung häufig eher als disponibel betrachtet.

Ich sage nicht, dass das richtig oder falsch ist, sondern das ist wie in jedem System, wo Sie an irgendeiner Stelle Ressourcenmangel verwalten, dass Sie priorisieren müssen. Das müssen wir in diesem System auch. Es gibt eine einzige Lösung dafür, nämlich dass Sie qualifizierte Überkapazitäten in einer Anzahl vorhalten, die auch den üblichen Amplitudenschwankungen des Anspruchs an den Bedarf gerecht wird. Das ist eine wunderbare Idee. Ich warne davor, dieser Idee beizuspringen, denn die Zukunft wird das nicht mehr zulassen, da qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Zukunft in der nötigen Anzahl für uns gar nicht mehr Verfügung stehen werden. Das heißt: Wir müssen an dieser Stelle mit hoher Sicherheit andere Wege finden. Diese Einschränkung sehe ich im Bereich der Steuerbarkeit tatsächlich für den Krankenversorgungsbereich der Universitätsklinik. Das möchte ich herausstellen, denn dieser Verantwortung können und dürfen wir uns aus vielerlei Gründen, die man gern im Einzelnen diskutieren kann, nicht entziehen. Die machen diesen – ich sage das unschöne industrielle Wort – Produktionsbetrieb schwieriger zu steuern als andere Teile des universitären Betriebes und auch als andere Produktionsstätten, denn unsere Produktivität ist mit vielen nicht planbaren Parametern und Variablen versehen. So können wir auch nicht immer das Aufkommen der Patienten steuern. Wir können auch nicht immer abschätzen, welche Notfälle uns zugewiesen werden. Schon gar nicht kennen wir die Tages- oder Wochenzeiten, an denen diese

Patienten kommen. In der Industrie werden Standby-Crews und Überkapazitäten von Ressourcen oder Personal genutzt, um diese Dinge zu steuern und um auch hohen Belastungsspitzen gerecht werden zu können. Das ist uns aber aus verschiedenen Gründen gegenwärtig nicht möglich.

Herr Prof. **Dr. Frei**: Ich vermute, Sie haben sich etwas dabei gedacht, als Sie die Charité eingeladen haben, an Ihrer hessischen Diskussion teilzunehmen.

Ich möchte zunächst einmal festhalten: Wir haben von der Organisation her ein gänzlich anderes Modell. Die Charité ist ein Fusionsprodukt dreier Universitätskliniken. Das ist eine Folge der Wende gewesen; Berlin hat auch drei Opernhäuser. Nach langem Grübeln hat der Berliner Senat meiner Ansicht nach eine kluge Lösung gefunden, denn er hat die Charité zur gemeinsamen Fakultät der Humboldt- sowie der Freien Universität gemacht und ihr in Form einer teilselbstständigen Gliedkörperschaft einen großen Freiraum gegeben. Das heißt: Die Diskussion mit Universitätspräsidenten ist uns eigentlich nur im Bereich der Wissenschaft vertraut, aber mit Blick auf die Frage, wie wir und Charité führen, nicht. Wir haben da fast die Funktion einer medizinischen Hochschule. Das macht vieles leichter, vor allem der Faktor „eine Fakultät“. Dann hat man keine Debatte mit zwei akademischen Senaten.

Wir sind ein sogenanntes Integrationsmodell, aber tatsächlich muss man sagen, dass ein großer Teil Kooperation enthalten ist, weil wir nämlich getrennte Teilwirtschaftspläne für das Klinikum und für den Forschungs- und Lehrbereich führen. Der Forschungs- und Lehrbereich wird, wie überall auch, durch eine Staatszuführung finanziert, die in Berlin sieben Jahre lang um 90 Millionen € sank und in den letzten drei Jahren wieder gestiegen ist.

Die Methode, wie man diese Dinge in Berlin organisiert, sind sogenannte Hochschulverträge. Die Charité wird wie eine Hochschule behandelt. Das heißt: Die Universitäten bekommen einen fünfjährigen Vertrag mit dem Senat, in dem der Aufwuchs für diese fünf Jahre festgeschrieben ist – natürlich auch mit der Definition der Aufgaben: was sie geleistet haben sollen, wie viele Absolventen und wie viele Studierende es geben soll etc. Die Hochschulverträge sind gerade wieder abgeschlossen worden, und der Berliner Senat hat einen Aufwuchs von jährlich 3,5 Prozent für die Fakultäten festgeschrieben. Das klingt jetzt sehr üppig, aber Sie müssen wissen: Wir haben ein paar Lasten, die möglicherweise die hessischen Universitätskliniken nicht haben. Wir müssen zum Beispiel die Rückstellungen für die Pensionslasten selbst tragen. Das ist angesichts des Zinsverfalls eine ganz erhebliche Belastung. Der Fakultätshaushalt muss, wie ein früherer Finanzsenator namens Sarrazin gesagt hat, auf null ausgesteuert werden. Das könne ein Amtsrat, hat er gesagt.

(Abg. Gernot Grumbach: Der hatte immer schon viel Fantasie!)

Das Klinikum hat – das ist die Vorgabe der letzten Jahre – eine schwarze Null. Wir sind aus einem tiefen Loch von 56 Millionen € Minus gekommen und haben in den letzten sechs Jahren ausgeglichene Ergebnisse darstellen können. Das war mühsam.

Zusätzlich gibt es einen investiven Zuschuss, der leider ziemlich festgefroren ist und der nicht nach Forschung, Lehre und Krankenversorgung getrennt ist. Er umfasst eine einzige Summe. Diese muss durch eine Kommission sachgerecht verteilt werden, die sowohl mit Personen aus Forschung und Lehre als auch aus der Krankenversorgung besetzt ist.

Ich möchte etwas zu ein paar Punkten sagen, die hier angesprochen worden sind. Wir machen keine Mikrosteuerung. Das heißt also: Der Dekan ermittelt aufgrund der Lehrbelastung der einzelnen Einrichtungen aufgrund eines Pro-Kopf-Stundenbetrags eine Grundausrüstung für die einzelnen Kliniken und Institute für die Lehre, die um eine Summe für Forschung ergänzt wird. Er behält sich aber für Forschung noch etwas zurück. Diesen Teil verteilt er dann als sogenannte LOM, also als leistungsorientierte Mittel, wie es hier schon angesprochen wurde.

Die Kliniker in den einzelnen Abteilungen können gar nicht sagen, auf welcher Stelle sie sitzen. Denn alle machen gleichermaßen Forschung und Lehre. Wie es schon gesagt wurde: Gerade im Lehrebereich haben wir eine hohe Belastungsfluktuation durch unseren Modellstudiengang. Da kann es passieren, dass eine Klinik 14 Tage oder drei Wochen lang die Hälfte ihrer Mannschaft in die Lehre stecken muss, damit das erledigt wird. Dann gibt es Zeiten, in denen man weniger Lehre hat.

Wir haben, um dem Anspruch auf Forschungszeit nachzukommen, in unserem Tarifvertrag mit dem Marburger Bund stehen, dass jeder zwei Stunden pro Woche Anspruch auf Forschungszeit hat. Das wird tatsächlich nicht gelebt, war aber von der Tarifvertragspartei so gefordert gewesen, um dies abzubilden und sozusagen den Fuß in die Tür zu bekommen. Tatsächlich weicht das natürlich deutlich ab. Wir haben ein Instrument, um die Forschung besser zu fördern. Da haben wir Glück, denn wir können auf Stiftungsgelder zurückgreifen. Wir haben ein sogenanntes Clinical-Scientist-Program, durch das eine inzwischen dreistellige Zahl von Mitarbeitern Freistellungen für 50 % in einem Zeitraum von einem halben Jahr bis zwei Jahren hat bekommen können. Aus diesen Mitteln wird sozusagen der klinische Platzhalter finanziert, wenn der andere in die Forschung geht. Es ist aber ein glücklicher Umstand, dass das aus Stiftungsmitteln finanziert werden kann. Das könnte sich die Fakultät allein nur in ganz geringem Umfang leisten.

Ich möchte auch etwas dazu sagen, weil das hier angesprochen worden ist, wie wir die Finanzierung des Leitungspersonals, zum Beispiel des Professors machen. Da erfolgt die Trennung folgendermaßen: Da wir die neuen gemeinsamen Dienstverträge haben, wird das W-Gehalt von der Fakultät gezahlt. Das Fixum und das, was obendrauf kommt, werden vom Klinikum bezahlt. Wir machen keine 50:50-Trennung oder so, sondern das, was uns genuin auch im Hochschulvertrag als Professorenstelle zugewiesen wird, wird dort finanziert, um dieses zu lösen.

Ich könnte noch viel erzählen, aber ich höre jetzt auf, denn Sie haben vielleicht noch Fragen.

Herr **Thierfelder**: Wir in Dresden haben seit ca. 20 Jahren das gleiche Modell: einen Kooperationsvertrag – wir nennen das bei uns „Regelwerk“ –, der gemeinsam mit der Fakultät und den verantwortlichen Vorständen abgestimmt ist. Letztlich ist das ein individuelles Modell, das die unterschiedlichen medizinischen und auch wissenschaftlichen Aufgaben jeder einzelnen Struktureinheit individuell berücksichtigt.

Was hier gesagt worden ist, kann ich unterstreichen. Die Grundprinzipien, dass eine Kapazitätsverordnung erst einmal die Lehre abdecken muss, werden also bei der Budgetierung für die jeweilige Struktureinheit berücksichtigt. Dann werden entsprechend auch leistungsorientierte Mittel aus den vorangegangenen Jahren gewichtet. Daraus ergeben sich dann die jeweiligen zusätzlichen Budgets für die Forschungsaufgaben. Das Budget für die Krankenversorgung ergibt sich aus der Leistungsplanung mit den jeweiligen Klinikdirektoren und den andockenden Instituten etc., sodass sich daraus die indi-

viduellen Verrechnungsmodifikationen für die Kostenverteilung im Ist ergeben. Das heißt: Wir erheben jedes Jahr einen Planverrechnungssatz auf Basis dieser Budgets nach verschiedenen Kostenarten, also für die jeweilige Kostenart des Ärztlichen Dienstes, für die medizinisch-technischen Dienste, für Wissenschaftler, aber auch für die einzelnen Kostenarten im medizinischen Bereich, aber auch im Bereich Wirtschafts- und Versorgungsdienst usw. usf. Daraus werden dann die Ist-Kosten letztlich abgeleitet.

Damit wird jeder Leiter einer Struktureinheit in die Lage versetzt, seine Aufgaben zu lösen. Er bekommt ein Gesamtbudget; wegen der Transparenz wird aber ausdifferenziert, wie sich dieses Gesamtbudget zusammensetzt. Der Leiter einer Struktureinheit hat innerhalb des Jahres aber auch die Möglichkeit, zwischen diesen Teilbudgets zu shiften. Hier wurde auch gesagt: Krankenversorgung lässt sich nicht planen. Es gibt dabei keine Linearität im Jahresverlauf. – Daher hat er die Flexibilität, innerhalb dieser Budgets zu steuern. Das sind die Grundprinzipien, die wir in Dresden haben.

Das Klinikum in Dresden hat – ich bin seit fünf Jahren dabei, ich kam vorher von einem privaten Träger und musste mich mit der Trennungsrechnung anfreunden, die ich vorher natürlich nicht kannte –, soweit ich weiß, immer ausgeglichene oder schwarze Zahlen geschrieben. Aber der Landeszuführungsbeitrag ist seit Jahren unterhalb der tariflichen Steigerung gewachsen. Das führt uns natürlich zu erheblichen Problemen bei der Aussteuerung und bei der Rechtfertigung der Höhe der Budgets, um diesem Lehr- und Forschungsauftrag am Ende noch zu genügen. Schließlich hat man auch strategische Fragen, wie man mit so einer Fakultät im internationalen Maßstab umgehen will. Dazu braucht man natürlich auch strategische Budgets. Das fällt uns natürlich immer schwerer.

Frau **Irmischer**: Nun haben eigentlich alle schon vor mir geredet. Viel ist nicht mehr zu ergänzen. Ich möchte aber noch einmal ganz kurz auf die Trennungsrechnung in Frankfurt eingehen. Wir haben in Frankfurt eine sehr detaillierte Trennungsrechnung. Wir haben sie sehr kleinteilig vorgenommen, um die Dinge hoffentlich einigermaßen sachgerecht trennen zu können. In dieser Kleinteiligkeit ergibt sich auch immer wieder genau das Problem: Ist es wirklich sachgerecht, oder ist es nicht sachgerecht? Das ist unsere tägliche Diskussion.

Unser Streitpunkt bei dieser Sache ist nach wie vor das Thema „Personal“, weil eigentlich in beiden Systemen zu wenig Personal tatsächlich finanziert ist: sowohl in der Krankenversorgung – das wurde ausführlich dargestellt – als auch in Lehre und Forschung. Wenn man sich das Gesamtbudget und allein die Tarifsteigerungen ansieht, stellt man fest: Sie sind nicht einmal durch die jährlichen Steigerungen abgedeckt. Also kann es immer nur weniger Personal in Lehre und Forschung geben.

Personal ist das Thema, das aus meiner Sicht sehr schlecht zu trennen ist, weil wir eine Art von Kuppelproduktion haben. Wir machen Krankenversorgung sowie Lehre und Forschung gleichermaßen in einem Zusammenhang. Zu trennen, welche Minute auf die Forschung, Lehre – bei der Lehre geht es noch – oder die Krankenversorgung entfällt, ist schwierig. Hier ist der wesentliche Punkt, eine Idee zu haben oder sich zu verständigen. Dabei kommen die pauschalen Systeme am ehesten zum Tragen. Sie müssen jährlich überprüft werden, um einen Weg zu finden, wie man die Personalkosten zwischen der Krankenversorgung und der Forschung trennen kann.

**Vorsitzende:** Ist noch jemand anwesend, der zwar eingeladen war, aber nicht zu Wort gekommen ist? Das scheint nicht der Fall zu sein. Dann bitte ich die Abgeordneten, ihre Fragen zu stellen.

Abg. **Gernot Grumbach:** Ich fange mit den beiden Gästen von der Charité und der Uniklinik Dresden an. Wenn ich es richtig verstehe, haben Sie bereits in Ihren Modulen – mindestens bei einem ist es nach der Beschreibung SAP – relativ ausgefeilte Trennungsrechnungen. Heißt das, dass Sie bei der Budgetaufstellung erst einmal keinen Konflikt haben?

Eine zweite Frage, die sich logischerweise anschließt, ist: Das Budget für unplanbare Bereiche aufzustellen, bedeutet, dass Sie am Ende des Jahres bei der Abrechnung zwangsläufig eine Differenz zu Ihren Budgetplanungen bekommen, weil Sie es über das Jahr im Zweifel doch nicht genau aussteuern können. Wie regeln Sie das? Ist Ihr System so angelegt, dass sie sagen: Alle unsere Kostenstellen sind so verbucht, dass es aufgeht, oder bleibt bei Ihnen auch ein Streitbetrag übrig?

Drittens. Im Gesamtkomplex stellt sich die Frage: Wie setzen wir Personal ein? Wir haben eine riesige Spannbreite gehabt. Frau Prof. Krause hat relativ ruhig gesagt: Wir machen eine 50:50-Finanzierung, eigentlich müsste die Arbeitszeit aufgeteilt werden. Würden wir das machen, würden wir die Uniklinika lahmlegen. – Auf der anderen Seite: Dass wir in der Langfristperspektive morgen kein zusätzliches Personal bekommen, weiß ich auch. Aber die Universitäten könnten sagen: Wir bauen den Anteil der von uns bezahlten Stellen so aus, dass sie schrittweise wieder mehr Forschung und Lehre übernehmen können, und sagen euch das in einem Zehnjahresplan, sodass ihr zehn Jahre Zeit habt – um ganz flapsig zu sagen – bei der Uniklinikleitung für Ersatzpersonal zu sorgen.

Das ist der Punkt, an dem sich die Frage stellt: Wer trägt welchen Konflikt miteinander aus? – Ich will im Moment keinem das Leben schwerer machen. Ich versuche, Auswege zu finden, die irgendwann dazu führen, dass das Geld, das nötig ist, auch irgendwoher debattiert werden kann, sage ich einmal. Der Spaß in der Politik ist, aus Worten irgendwann einmal Taten und Geld zu machen. Gibt es dazu eine Idee, oder ist das ein völlig irrsinniges Konzept? Dass es häufig funktioniert, weiß ich. Die Frage ist aber: Wie kommt man in eine Situation, dass die eine Seite guten Gewissens sagen kann, dass sie einen guten Zeitaufwand für Forschung und Lehre hat, und in der die andere Seite guten Gewissens sagen kann, sie bekommt die Krankenversorgung unter guten Bedingungen hin?

Mein allerletzter Satz richtet sich eher an die Ärztlichen Direktoren: Haben Sie selbst eine Idee für einen Vorschlag für ein System, wie wir das so hinbekommen, dass es gut funktioniert?

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Meine Frage schließt sich ein bisschen an. Ich gebe zu: Ich habe die Systematik der leistungsorientierten Mittel bzw. dieser Zuwendung noch nicht ganz verstanden. Könnten Sie es vielleicht noch einmal unter den Aspekten erklären, wie am Ende etwa die Aufteilung für die Patientenversorgung, für die besonderen Fälle mit besonderen Herausforderungen in der Patientenversorgung und für die Forschung und Lehre ist? In welcher Form werden diese Zuwendungen geregelt? Ist eine Dynamisierung vorgesehen, oder ist das jeweils ein politischer Beschluss bei den Haushaltsberatungen? Sie haben es sicherlich vorgetragen, aber ich habe es in diesen wesentlichen Punkten noch nicht ganz verstanden.

Meine zweite Frage richtet sich an Prof. Dr. Graf. Sie haben noch einmal sehr eindrücklich und auch für mich nachvollziehbar überzeugend dargelegt, dass die Zuweisung von Patienten, die in anderen Häusern nicht suffizient behandelt werden können, einen wesentlichen Bestandteil der Mehrkosten ausmacht. Können Sie uns anhand einer Zahl veranschaulichen, wie hoch der Anteil an zugewiesenen Patienten etwa aus Kreiskliniken ist, die einer besonderen Betreuung durch Ihr Haus bedürfen?

Eine letzte Frage richte ich an Herrn Prof. Pfeilschifter. Ich komme noch einmal auf diese Kontingentierung und auf diese 10 Prozent zurück. Auch ich teile die subjektive, jetzt nicht belegbare Einschätzung von Frau Wissler, dass 10 Prozent vielleicht etwas niedrig seien. Könnten Sie uns ein bisschen beschreiben, wie Sie dieses Kontingent abgrenzen? Ist damit die Betreuung des Patienten, der für Forschung und Lehre von Bedeutung sein könnte, gemeint oder ist dort gar mit einbezogen, wenn sich der Arzt zurückzieht, eine Publikation schreibt und in der Bibliothek Recherchen anstellt? Oder ist darin einbezogen, dass er seine Erkenntnisse auf einer Tagung vorstellt? Wie muss ich mir Ihre Definition in etwa vorstellen?

Abg. **Janine Wissler:** Ich möchte noch einige Sätze zur vorherigen Diskussion sagen. Es ging mir nicht darum, einzelne Beträge zwischen Gießen/Marburg und Frankfurt zu vergleichen und zu sagen: Gießen/Marburg hat soundso viel bekommen, das muss Frankfurt jetzt auch bekommen. Ich will nur sagen, dass ich es verwunderlich finde, dass Gießen/Marburg diesen anerkannten Mehrbedarf hat, gerade weil die Landesregierung im letzten Jahr eine EntschlieÙung in den Bundesrat eingebracht hat, in der die Unterfinanzierung der Hochschulmedizin insgesamt beklagt wurde. Die Landesregierung hat in der BundesratsentschlieÙung auch gesagt, dass die wirtschaftliche Situation der Unikliniken angespannt sei, dass diese deutlich unterfinanziert seien und dass sich die Situation vermutlich weiter verschlechtern werde. Die EntschlieÙung hat der Bundesrat angenommen, aber ich glaube: Das war bisher leider folgenlos. Deswegen hat es mich gewundert, dass – ich will jetzt nicht einzelne Zahlen vergleichen – bei der Uniklinik Frankfurt auch anerkannt wird, dass dort ein Mehrbedarf ist.

Ich möchte eher in die Richtung schauen, in die Herr Dr. Bartelt gefragt hat. Auch meine Bitte wäre gewesen, das ein bisschen aufzufächern. Wenn die 10 Prozent, die genannt wurden, einen Mittelwert darstellen, würde es bedeuten, dass es bei einigen noch um einiges niedriger liegt und der Anteil von Forschung und Lehre quasi gegen null ginge. Könnten Sie das noch ein bisschen ausführen?

Mich interessiert, wie das festgelegt ist. Sie haben vorhin gesagt, dass das nach Abteilungen unterschiedlich sei und dass man das nicht für die ganze Uniklinik sagen könne. Aber ist das dann nach Abteilungen unterschiedlich, oder ist das sogar nach einzelnen Personen unterschiedlich? Wird mit unterschiedlichen Personen ein unterschiedlich hoher Ansatz von Lehre und Forschung vereinbart? Mich interessiert das, daher bitte ich Sie, das auszuführen.

Weil es eben von der Charité angesprochen wurde, interessiert mich, ob es in Hessen, in Frankfurt oder in Marburg/Gießen auch die Möglichkeit für Personal gibt, sich für Forschungsprojekte ganz oder teilweise für eine gewisse Zeit freustellen zu lassen. Ist das bei Ihnen Praxis oder nicht?

Ich fand den Begriff – ich weiß nicht, wer ihn gesagt hat – der Bad Bank des Gesundheitssystems sehr spannend. Es gibt die Entwicklung, dass Krankenhäuser, die nicht Häuser der Maximalversorgung sind, aufgrund der DRGs, der Finanzierungssituation und

auch aufgrund von Privatisierung in die Situation kommen, dass es Abteilungsschließungen gibt. Dazu interessiert mich, ob Sie in der Tendenz eine Zunahme bemerken oder ob man diese Rolle als Bad Bank in irgendeiner Form quantifizieren kann, nach der Universitätskliniken auffangen müssen, dass es in anderen Krankenhäusern bestimmte, mitunter kostspielige Abteilungen nicht mehr gibt. Nehmen Sie da eine Tendenz wahr?

Herr Prof. **Dr. Renz**: Eine ganze Reihe von Punkten ist angesprochen worden. Herr Grumbach hat gefragt: Welche Lösungen gibt es? – Dazu komme ich zum Schluss.

Die Quadratur des Kreises besteht darin, dass Krankenversorgung, Forschung und Lehre sozusagen unter sehr begrenzten Rahmenbedingungen durchgeführt werden müssen: Rahmenbedingungen des Arbeitszeitgesetzes, Rahmenbedingungen der zur Verfügung stehenden Mittel – es kann nur das verteilt werden, was wirklich da ist.

Ich fange mit der Krankenversorgung an. Es wurde schon gesagt: Bei der Krankenversorgung hat die Universität die Aufgabe, Spitzenmedizin zu betreiben und Innovationstreiber in Deutschland zu sein. Das ist im Finanzierungssystem nicht abgebildet. Da kommen wir sozusagen zum ersten Punkt, der gelöst werden muss: Wie soll das zukünftig dargestellt werden? Das ist sicherlich eine bundesweite Aufgabe. Das ist nicht nur eine hessenweite Herausforderung. Das ist die Herausforderung, vor der alle 32 oder 33 Universitätskliniken stehen, je nachdem wie sie rechnen. Aber hierbei muss etwas passieren. Sonst kann in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt dieser Auftrag, der auch gesetzlich verankert ist, Innovationstreiber zu sein und die Führerschaft bei der Weiterentwicklung der medizinischen Forschung und Entwicklung zu übernehmen, nicht wahrgenommen werden. Herr Mukherjee, Sie mögen den Begriff des Systemzuschlags nicht, aber hierbei muss sozusagen eine weitere Säule implementiert werden.

Sie haben die Lehre angesprochen. Bei der Lehre sind die Lehrverpflichtungen, die sogenannten Lehrdeputate, in der Kapazitätsverordnung festgelegt. Darum kommen wir nicht herum. Sie muss erbracht werden. Es ist nicht immer so, wie es manchmal angesprochen wird, wenn es heißt: immer zuerst die Krankenversorgung, dann kommt die Lehre hinterher. – Die Lehre ist verpflichtend. Ich kann zumindest für Marburg sagen: Bei der großen Mehrheit der Kollegen wird diese Verpflichtung im Grundprinzip sehr ernst genommen. Deswegen ist die Frage, wenn es hierbei eine Quersubventionierung gäbe – ich sage das im Konjunktiv –, in welche Richtung sie ginge: in Richtung der Lehre oder in Richtung der Krankenversorgung? So klar wäre das an der Stelle sicherlich nicht.

Die Universitätskliniken bilden die nächste Ärztegeneration aus. Das verpflichtet uns, die gesamte Fächerbreite vorzuhalten. Man kann an den Universitätskliniken nicht bestimmte, vielleicht unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht so leistungsfähige Kliniken, Bereiche oder Einrichtungen einfach schließen und abwickeln. Das heißt: Das muss sozusagen im System mitgenommen werden. Das ist an der Stelle nur bedingt abgebildet.

Zum Schluss zur Forschung: Der Landeszuschuss wird ganz wesentlich über die medizinische Studentenausbildung errechnet, also über die Lehre. Die Forschung kommt dabei nur – das sage ich ganz vorsichtig – begrenzt vor. Da sind wir natürlich sehr dankbar, dass das Land Hessen über die LOEWE-Initiative usw. quasi eine zusätzliche Finanzierungssäule eingebaut hat. Das haben wir hier in Hessen. Das zeichnet uns aus und unterscheidet uns von anderen Ländern. Aber das wurde aus der Not heraus geboren, weil die Mittel, die aus dem regulären Haushalt in diesem Zusammenhang zur Verfügung gestellt werden, eigentlich nicht ausreichen.

Ich komme zum letzten Punkt in dem Zusammenhang. Herr Schäfer, Sie haben es „erfolgsabhängige Steuerung“ genannt.

(Prof. Dr. Schäfer: So ist es! Nicht leistungs-, sondern erfolgsabhängige Forschung!)

Ich finde das super: erfolgsabhängige Steuerung in Krankenversorgung, Forschung und Lehre, aber insbesondere in der Forschung.

Aber schauen wir uns doch einmal die Realität an. In der Realität – korrigieren Sie mich, wenn ich das falsch sage – sind es 2 % der Mittel, die erfolgsabhängig nach Impactfaktoren, Höhe der eingeworbenen Drittmittel usw. verteilt werden können. Wenn wir von 60 Millionen € Landeszuschuss im Jahr ausgehen, beträgt das erfolgsabhängige Verteilungsvolumen vielleicht 1,5 oder 2 %. Das zeigt uns auf, dass wir dringend auch auf dieser Ebene deutlich mehr Volumen und Spielraum im System brauchen, wenn wir die erfolgsabhängigen Komponenten nach vorne bringen wollen. Ich bin sehr für Erfolg an der Stelle, aber dazu müssen auch die notwendigen Mittel zur Verfügung gestellt werden, damit wir das auch implementieren und realisieren können.

Herr Prof. **Dr. Seeger**: Ich möchte einen Punkt aufgreifen. Vorweg – das wurde schon gesagt –: Wir können auf keinen Fall irgendetwas schließen. Das geht nicht, weil wir alles für die Lehre vorrätig haben müssen. Das ist gut und notwendig, aber logischerweise engt es natürlich den Steuerungsrahmen ein.

Ich möchte auf Ihre Frage zu sprechen kommen, um plastisch zu machen, wie das aussieht. Ich erzähle, wie es bei mir in der Abteilung ist. Ich habe circa 70 Stellen. Von diesen 70 Stellen – das ist eine relativ große internistische Klinik – weiß ich, dass sozusagen sieben Stellen aus Forschung und Lehre kommen, während 63 Stellen krankensorgungsbedingt sind.

Wie gehe ich mit diesen Stellen aus Forschung und Lehre um? Wir haben eine Menge Lehrverpflichtungen in der inneren Medizin, da ich eine sehr große internistische Klinik habe. Sie besteht aus Vorlesungen, Seminaren, dem Modulunterricht, dem Unterricht am Krankenbett. Das alles ist genau festgelegt. Das hat übrigens eine hohe Priorität. Es ist regelrecht Chefsache, wenn das einmal ausfällt. Das sage ich, um deutlich zu machen, dass das nicht zur Disposition stehen kann. Wenn ich gegenrechne, sehe ich: Von den sieben Stellen alles weg. Also können wir unseren Dienstplan so machen, dass sie überall ihre Lehrverpflichtung haben. Das verbraucht in der Summe ungefähr diese sieben Stellen.

Wieso geht es überhaupt noch mit der Forschung? Mit der Forschung geht es deswegen, weil ich zehn – da sind wir sehr erfolgreich – Gerok-Stellen habe, die durch Exzellenzcluster, durch Sonderforschungsbereiche, durch das Deutsche Zentrum für Lungenforschung finanziert werden. Das alles sind drittmittelfinanzierte Stellen. Diese zehn Gerok-Stellen sind natürlich ein Wort, weil damit sozusagen weitere 20 Leute fifty-fifty, immer mal mit halben Stellen freigesetzt werden können. Das ist das Instrument, durch das einzelne Leute freigesetzt werden. Das wäre aus dem Zuführungsbetrag gar nicht machbar. Wäre der Zuführungsbetrag doppelt so hoch – ich will nicht immer aufs Geld zu sprechen kommen, aber ich will es plastisch schildern –, könnte man auch mit dem Geld, was man FuL-mäßig bekommt, genauso ein Konzept machen. Man muss sagen: Die Lehre wird abgebildet. Das muss in den Dienstplänen überall geregelt sein. – Dann kann man durchaus darstellen, dass bestimmte Leute, die forschungsaktiv sind, zum Bei-

spiel hier ein Vierteljahr frei haben oder dort ein halbes Jahr freigestellt werden – wie auch immer man das regelt. Aber im Moment ist die Lebensrealität so, dass das über zusätzliche eingeworbenen Drittmittel geschieht.

Herr Prof. **Dr. Pfeilschiffer**: Ich versuche, kurz auf die Fragen einzugehen. Herr Grumbach, die Idee, wie wir das machen könnten, wenn es tatsächlich irgendwann möglich sein sollte, für den Landtag lautet: Erhöhen Sie über die zehn Jahre den Clusterbeitrag der Medizin an den hessischen Hochschulstandorten, die Medizinausbildung betreiben, und wir haben genügend Zeit und Möglichkeiten – wir haben das angedeutet –, um uns zu positionieren. Eine Dynamisierung der Zuwendungen wäre natürlich eine ideale Sache.

Herrn Dr. Bartelt muss ich bezüglich der 10 Prozent Kontingentierung antworten: Denken Sie daran, dass wir vorklinische Einrichtungen und klinisch-theoretische Einrichtungen haben, die zu 100 Prozent in Forschung und Lehre tätig sind. Wir haben darüber hinaus klinische Einrichtungen. Sie haben bei Herrn Seeger gehört, dass von 70 Stellen sieben aus Forschung und Lehre finanziert sind, exakt 10 Prozent. Wenn Sie an die Anästhesie denken – sie ist die größte Klinik bei uns –, sehen Sie: Von den 150 Assistenten sind fünf in Forschung und Lehre tätig, also 3 Prozent. Wenn Sie über all das mitteln, kommen wir so hin. Bedenken Sie bitte auch: Die Gehaltsentwicklung unterliegt Gott sei Dank einer Dynamisierung, die Landesführungsbeträge in Hessen tun dies leider nicht. Daher ist die Schere, die sich hierbei auftut, gewaltig. Sie ist nicht nur in der Krankenversorgung sichtbar, sondern auch in Forschung und Lehre.

Eine leidige Sache ist ärgerlich: Die Notwendigkeit, sogenannte Feierabend- oder Wochenendforschung zu betreiben, tut sich auf. Denn mit den verbliebenen zwei, vier oder fünf Stunden pro Woche kommen wir nicht zurecht. Eine gewisse Selbstaussbeutung ist in dem Sinn gegeben; aber auch weil die intrinsische Motivation in dem Forschungsbereich ganz anders ist als in anderen Bereichen.

Frau Wissler hat nach den Rotationsstellen analog zu Berlin gefragt. Natürlich gibt es solche Stellen. Herr Kollege Seeger in Gießen ist da sehr erfolgreich; auch wir in Frankfurt sind dabei erfolgreich. Wann immer wir einen SFB einwerben, beantragen wir zwei Rotationsstellen. Damit können wir verschiedenen Kliniken dort Stellen zuweisen, was dazu führt, dass andere Kollegen aus der Krankenversorgungstätigkeit für bestimmte Perioden – vier Monate, sechs Monate, ein Jahr – freigestellt werden, um Forschung und Lehre zu machen. Andererseits sind wir natürlich weit davon entfernt, ähnliche Stellenkontingente zu erhalten, wie sie in Berlin möglich sind mit dem Berliner Institut für Gesundheit, dem BIG, wo allein – ich müsste die Zahl herausuchen, die Frau Grüters-Kieslich damals genannt hat – 100 Rotationsstellen über die Klinik verteilt worden sind. Ein solches Programm in Hessen zu realisieren, wäre natürlich toll.

Herr Prof. **Dr. Graf**: Ich möchte kurz zur Erklärung beitragen: Bei den 50:50-Finanzierungen der Professorenstellen, die da vereinbart und die in Hessen an allen Standorten gleich sind, muss man natürlich berücksichtigen, dass diese das W- bzw. C-Grundgehalt betreffen, dass es aber durchaus schwierig ist, jemanden zu berufen, dem man nicht mehr bietet als die W-Grundbesoldung. Das heißt: Es kommt ein abhängiger Betrag, der signifikant ist, aus den Mitteln des Universitätsklinikums hinzu, um die Professorin oder den Professor, der in Forschung, Lehre und Krankenversorgung tätig werden soll, tatsächlich für das eigene Universitätsklinikum und mithin für die eigene Universität zu gewinnen. Durchaus signifikante Mittel müssen dafür verausgabt werden. Sie haben zumindest nach meiner Einschätzung sehr häufig ihre Berechtigung.

Ich versuche gern, die Fragen von Frau Wissler und Herrn Dr. Bartelt gemeinsam zu beantworten. Herr Dr. Bartelt, Sie hatten gefragt, ob ich die Mehraufwendungen beziffern kann bzw. die Anzahl der Patienten, die wir bekommen. Ich kann das nur in einer relativ abstrakten Weise machen. Lassen Sie es mich an einem Beispiel erläutern, das in der Presse rauf und runter zu lesen war, nämlich an Patienten mit multiresistenten Erregern, die eine besondere Herausforderung für das System Krankenversorgung darstellen und deren Versorgung besonders teuer und ressourcenträftig ist.

Das städtische Gesundheitsamt Frankfurt reguliert für die Gemarkung der Stadt Frankfurt diese meldepflichtigen Keime. Im Jahr 2016 wurden 260 Fälle mit solchen multiresistenten Erregern festgestellt. Auf der Gemarkung der Stadt Frankfurt gibt es 19 Kliniken, von denen fünf bis sechs den nicht geschützten Begriff „Maximalversorger“ für sich beanspruchen. Von diesen 260 multiresistenten Erregern im Jahr 2016 wurden 127 im Universitätsklinikum Frankfurt festgestellt. Die entsprechenden Patienten bedingen einen erheblichen Ressourcenverbrauch.

Wenn ich mit den Kollegen in Marburg und in Gießen spreche, merke ich: Sie machen die gleiche Erfahrung. Diese Patienten kommen zu uns, nicht weil man die Keime zu uns bringen möchte, sondern weil sie eine besondere Komplexität mitbringen. Diese Patienten sind mitunter multimorbide und haben Erkrankungen, die anderswo nicht zu behandeln sind. Bisweilen werden sie auch aus dem Ausland oder sonst woher zugewiesen.

Vor sechs Tagen haben wir in der letzten Woche zum Beispiel eine Familie aus dem Sudan aufgenommen: Vierlingsgeburt. Andere Level-1-Zentren, Neonatologien in Hessen, haben diese Familie nicht aufgenommen. Sie hatten keine Kapazitäten. Wir hatten auch keine Kapazität mehr, haben die Familie aber aufgenommen. Die Vierlinge wurden geboren, alle wurden neonatologisch versorgt, aber die Kostendeckung ist nicht geklärt. Das sind die Patienten, die wir behandeln. Ich sage ganz deutlich: Ich halte es für gut und richtig, diese Patienten zu behandeln. Wir sind weder in der Position, diese wegzuschicken, noch wollen wir das. Sie verursachen erhebliche Aufwendungen. Sie sind hoch spannend für die Lehre. Sie sind äußerst wichtig für die Ausbildung und für die Weiterbildung unserer Kolleginnen und Kollegen, damit sie, wenn sie zu anderen Krankenhäusern wechseln, viele Erfahrungen mitnehmen, die sie anderswo nicht sammeln können. Diese Erfahrungen kosten Zeit, und am Ende kosten diese Erfahrungen viel Geld.

Von Prof. Seeger ist schon gesagt worden, dass wir natürlich Dinge aufrechterhalten, die sich betriebswirtschaftlich ganz sicher nicht rechnen. Wir betreiben eine Endokrinologie, eine Diabetologie, eine Rheumatologie. Das sind weitestgehend ambulante Fächer, wie Sie sehen, wenn Sie in den Fächerkanon schauen. Dennoch müssen sie für die Ausbildung der Studenten zur Verfügung stehen und für die Weiterbildung vorgehalten werden. Diabetologie wird – so ist in jeder Tageszeitung zu lesen – für mittlerweile 10 % der Gesellschaft gebraucht. In Zukunftsprognosen, die vielleicht als düster bezeichnet werden, werden zukünftig 20 oder 25 % der Gesellschaft betroffen sein. Wenn wir im Gesundheitsversorgungssystem Deutschland so weitermachen und nur noch 33 Universitätsklinik Diabetologen ausbilden, wird uns in 10, 15 oder 20 Jahren kein niedergelassener Arzt mehr diabetologisch versorgen, weil es keinen dort ausgebildeten mehr gibt. Diese Aspekte müssen wir immer mitdiskutieren, wenn wir über die Finanzierung und die Leistungserbringung in universitätsmedizinischen Systemen sprechen. Wir haben eine Verantwortung für die Zukunft der Versorgungsleistung der Medizin in Deutschland und auch für die Versorgungsleistungen, vor allem für die Versorgungsströme in den knapp 2.000 anderen Krankenhäusern.

Ich kann Ihnen ein Beispiel von einem Kollegen aus Dortmund nennen. Er hat in den Städtischen Kliniken ein neonatologisches Level-1-Zentrum. Er hat in der Qualitätssicherung schlechte Zahlen gehabt: eine Übersterblichkeit. Dann hat er – er ist dort Geschäftsführer – das von seinem Neonatologen prüfen lassen und festgestellt, dass alle dort gestorbenen Neonaten in dem Betrachtungszeitraum aus niedrigeren Versorgungsstufen zugewiesen waren. Soll er jetzt als Geschäftsführer die Entscheidung treffen und sagen: Ich nehme keine extern zugewiesenen Neonaten mehr auf, damit meine Qualitätssicherungszahlen stimmen, oder soll er weiter diesen Service anbieten und vielleicht etwas stärkere Leistung erbringen, das eine oder andere Leben retten, aber dafür schlechte Qualitätssicherungszahlen und hohe Kosten akzeptieren, die nicht gegenfinanziert sind? Das sind faktisch die Alltagsfragen, mit denen Sie sich immer wieder konfrontiert sehen, wenn Sie versuchen den Operativ-Produktivbereich mit Lehre und Forschung zu verbinden.

Das kann hervorragend voneinander profitieren, denn wir können Dinge sichtbar sowie auch in der Lehre und in der Weiterbildung wirksam machen, die anderswo nicht zu sehen sind. Aber dafür muss man uns zugestehen, dass wir eine andere Form der Finanzierungsgrundlage als andere Krankenhäuser finden, die gelegentlich auch mal sagen: Das können oder wollen wir nicht versorgen. Das können oder wollen wir grundsätzlich anbieten. – Unser aus dem Gesetz abgeleiteter Auftrag ist es, alles anzubieten.

Wir haben – das nehmen wir gerne an – qualitative Verpflichtungen, die wir auch erfüllen wollen. Aber dafür brauchen wir die Menschen, die diese Leistungen erbringen. Wenn wir weiter den Druck auf das System erhöhen, werden weniger, die qualifiziert, leistungsfähig und -bereit sind, in diese beruflichen Felder hineingehen; denn der Druck in dem System ist hoch.

Wenn Sie heute Ausschreibungen für signifikante Professuren an deutschen Universitätskliniken haben – etwa auf einem großen Feld der inneren Medizin oder der Gastroenterologie –, bewerben sich auf W-3-Leitungsstellen sieben Personen. Früher haben sich 40 oder 45 Personen beworben. Die Zahl der Mediziner im System ist nicht kleiner geworden; aber ganz offensichtlich ist die Zahl derer, die diesen Druck in einer Person aushalten wollen, Lehre, Forschung und Krankenversorgung zu verbinden und sich das Universitäre mit dem Betriebswirtschaftlichen materialisieren zu lassen, signifikant geringer geworden. Das hat etwas damit zu tun, dass es sich um ein Dilemma handelt. Was wir dort lösen sollen, ist nicht lösbar. Das heißt: Wir können nur anbieten, das durch Kompromisswege für alle Beteiligten erträglicher und zukunftsfähig zu machen. Darin sehen wir unsere Aufgaben.

Natürlich – das muss ich so platt sagen – würden wir alle nicht hier sitzen, wenn wir Überschüsse erwirtschaften würden. Das heißt: Geld ist ein ganz wesentlicher Faktor bei dieser Fragestellung. Wir beteiligen uns gerne daran, ergebnis- und leistungsorientierte Steuergrößen in dieses System einzupflegen, jedoch sollten diese tatsächlich auch mit denen, die das System tragen, verantworten und steuern müssen, vereinbart werden. Da ist der G-BA – das darf ich am Rande sagen – gegenwärtig nicht immer hilfreich für uns. Da sollte man auch mit denen sprechen, die die Universitätsmedizin und damit besondere Bereiche abbilden.

Herr Prof. **Dr. Schäfer**: Ich möchte kurz auf den Begriff der Steuerung eingehen, weil ich glaube, dass vorhin grob missverstanden worden ist, wie ich ihn gebraucht habe. Für mich ist Steuerung die Steuerung der Ausstattung, also der Mittel, die wir vom Präsidium zugewiesen bekommen. Die Zuweisung dieser Mittel insgesamt, also Personal- und lau-

fende Mittel an die Einrichtungen, habe ich unter „Steuerung“ verstanden und keinesfalls irgendeine Mikrosteuerung.

Das läuft dann so: Man hat den Sockel für die Lehre. Das sind etwa zwei Drittel und ein Drittel als Zusatzausstattung für die Forschung. Das verhält sich also wie zwei Drittel zu einem Drittel. Dieses Verhältnis ist viel aufschlussreicher als die 10 Prozent am ärztlichen Stellenanteil, die insgesamt vielleicht in die Forschung und Lehre gehen. Dieses Verhältnis zwischen Ausstattung für die Lehre und die Forschung sagt etwas über die Angemessenheit der Clusterpreise im jeweiligen Land aus. Da würde man sich natürlich ein 1:1-Mischungsverhältnis wünschen. Das eine Drittel wird entsprechend den Forschungsleistungen der letzten drei Jahre vergeben. Herr Renz, nicht wie Sie sagten: „2 Prozent“, sondern die Personalsteuerung machen wir auch danach. Das ist ein erheblich größerer Anteil. Das Gegenteil von erfolgsabhängiger Steuerung stellen die Pauschalierung und die Pauschalzahlungen dar.

Ganz zum Schluss darf ich sagen: Bei der Umsetzung des Zukunftspapiers bitte ich doch, sehr darauf zu achten, dass diese leistungs- und erfolgsorientierte Steuerung erhalten bleibt.

Herr Prof. **Dr. Frei:** Ich bin noch gefragt worden, wie die Methodik dieser Trennungsberechnung bei uns funktioniert. Da muss man eine Weile zurückgehen. In den Jahren 2006 und 2007 haben sich Fakultät und Klinikum in einem fast einjährigen Prozess hingesezt. Das lief gleichzeitig mit einer Verbesserung des Controllingprozesses und des Gebäudeinformationssystems. Da hat man festgelegt, welche Bereiche eindeutig zum Klinikum gehören und welche Bereiche eindeutig dem Fakultätsforschungs- und -lehrbereich zukommen.

Da bleibt natürlich ein großer Rest sogenannter Mischbereiche übrig. Diese Mischbereiche wurden dann Kostenstelle für Kostenstelle zur Frage abgeklappert: Wie sind dort die Verteilungen zwischen Klinikum und Fakultät? Dann bleibt ein Topf übrig, den Sie pauschalieren müssen. Wie wollen Sie mit dem Gärtner oder dem Pförtner umgehen? Abgeleitet von den vorher gewonnenen Größen wird dann pauschaliert. Auf dieser Basis werden dann die Budgets erstellt. Dann kann der Dekan sagen, wie viel Geld er zu verteilen hat – jenseits der abzuführen Pauschalbeträge für die Mischbereiche. Der Dekan weiß genau, wie viel Geld er hat. Im Klinikum müssen Sie eine Prognoserechnung machen, wie viele Erlöse Sie im nächsten Jahr machen werden, wie das laufen wird und welche neuen Kostendämpfungsmaßnahmen sich die Gesundheitspolitik einfallen lässt, um das wieder zu mindern, also FDA, Fixkostendegressionsabschlag, und solche komischen Sachen.

Mitunter werden noch höhere Zahlen von MDK-Prüfungen ins Haus geschickt. Zurzeit wird jeder vierte Fall vom MDK geprüft und wieder zum Teil herausgeholt. Das macht die Steuerung und die Planung im Klinikum ein Stück schwieriger als in der Fakultät.

Am Ende muss die Fakultät aber sehr aufpassen, dass sie mit ihrem Gesamtkostenrahmen sozusagen auf Null kommt. Denn es wird vom Aufsichtsrat verlangt: Die Fakultät darf kein Defizit machen. – Beim Klinikum kann es passieren – in Berlin eigentlich nur, wenn die Politik eingreift, wie gerade jetzt; aber ansonsten bekommen wir es hin.

Abg. **Gernot Grumbach:** Ich habe eine Nachfrage. Herr Prof. Frei, können Sie ungefähr quantifizieren, wie groß der Rest des Gemischten ist und wie viel dann letztlich übrig

bleibt, bei dem Sie pauschalieren müssen? Denn das macht möglicherweise einen Unterschied aus.

Herr Prof. **Dr. Frei:** Es bleibt ein Betrag von etwa einem Drittel dieses gemischten Bereichs, den man nicht mit irgendeiner Nummer hinterlegen kann, sondern der dann pauschaliert werden muss.

(Abg. Gernot Grumbach: Und der gemischte vom gesamten?)

– Der Anteil des gemischten am gesamten Bereich beträgt etwa ein Viertel.

**Vorsitzende:** Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall.

Meine Damen und Herren, ich danke Ihnen ganz herzlich und wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

(Beifall)

Wiesbaden, 14. November 2017

Für die Protokollierung:

Die Vorsitzende:

Claudia Lingelbach

Ulrike Alex