

Thema:

**Universitätsklinik -  
Übernehmen und gestalten**

Auslage auf der Hauptversammlung:

**Eugen Münch**

Vorstandsvorsitzender, RHÖN-KLINIKUM AG  
Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt/Saale

Termin:

**20. Juli 2005**

Veranstaltung:

**Ordentliche Hauptversammlung der RHÖN-KLINIKUM AG  
im Congress Center Messe Frankfurt am Main**

## **Universitätsklinika - Übernehmen und gestalten**

Die heftigen Diskussionen um die Privatisierung von Universitätsklinika sind der Anlass, die Thematik aus Sicht der RHÖN-KLINIKUM AG kurz zu beleuchten.

Bei der Übernahme von Universitätsklinika ist zu beachten, dass diese nicht, weil die Politik das Subsidiaritätsprinzip (privat vor Staat) besonders beachten würde, sondern, dass sie auf den Markt der Privatisierung kommen, weil das bisherige System nicht mehr durchzuhalten ist und deshalb nicht mehr wie bisher weitergemacht werden kann.

Folgende Problemlösungen werden gebraucht:

- a) Wie kann ohne zusätzliche Mittel die Versorgung in bisheriger oder besserer Qualität aufrecht erhalten werden?
- b) Wie können ohne Erhöhung öffentlicher Zuschüsse oder gar nach deren Verschwinden Investitionen für modernste Medizin generiert werden?
- c) Wie können Kapitalgeber und die von ihnen für den Einsatz ihres Kapitals eingebrachten Bedingungen, das sind Rendite, Sicherheit und Mitsprache bis Bestimmung, in das System implantiert werden, da der Staat, der per Steuern Zwangskapital einziehen kann, um es dann unter freier politischer Diktion einzusetzen, ausfällt?

Zu lösen ist somit das Problem einer fundamentalen Veränderung, ohne das alte Ziel Versorgung, Forschung und Lehre zu beschädigen.

### **Medizinische Versorgungszentren, Tele-Portal-Klinik und Hochleistungs-Spezialklinik als Bausteine der Versorgung in der Neuen Universitätsklinik**

Aus vorgenanntem Grund wurde deshalb im RHÖN-KLINIKUM Konzern ein Konzept entwickelt, mit dem beispielsweise eine Universitätsklinik insgesamt in vier Ebenen aufgelöst und damit die Vorhaltung der jeweiligen Ebene mit den Anforderungen der Patienten in Einklang gebracht werden kann. Das Ergebnis des Konzepts bedeutet, dass man – wenn man von einer entsprechenden Veränderbarkeit bei Organisation und Personal ausgeht – die eingesetzten Investitionen innerhalb kürzester Zeit zur Amortisation bringen könnte. Bei 100 % Veränderungsfähigkeit der Strukturen (grüne Wiese) wären wir in der Lage, trotz Einrechnung der Investitionen und eines 10%-Bremseffektes, der durch Beeinflussung der Wirtschaftlichkeit durch notwendige universitäre Bedingungen entsteht, mindestens einen Effizienzabstand zu bisherigen Durchschnittsstrukturen deutscher Universitätskliniken von 20% zu erzeugen. Je weniger Veränderungen möglich sind (Besitzstandsschutzauflagen), desto geringer oder verzögerter der Wirkungsgrad.

Nach dem vorhandenen RHÖN-KLINIKUM Konzept ist somit das Entscheidende bei einer Übernahme einer Universitätsklinik nicht der Kaufpreis, nicht die Investitionssumme, sondern die Bereitschaft der betroffenen Professoren und Mitarbeiter zu qualifizierten Veränderungen. Da es in den nächsten Jahren sehr viele Großklinikprivatisierungen geben wird, werden die Übernahmestrategen des RHÖN-KLINIKUM Konzerns dieses Kriterium zum bestimmenden Element machen. Deshalb kann im Moment noch nicht gesagt werden, wie scharf der Konzern bei Gießen und Marburg in den Wettbewerb geht. Bei Gießen weiß man von einer hohen Bereitschaft, Neues zu wagen, bei Marburg bestehen eher Zweifel daran.

In den Universitäten, vor allem den medizinischen Fakultäten, dem Wissenschaftsrat Medizin, den Mitarbeitern der Universitätsklinik und der Politik gibt es aktuell erbitterte Diskussionen und Positionskämpfe, weil nun die Finanzierung der Hochschulklinika an sich ins Wanken gerät, nachdem bereits Entwicklungen wie Ausgliederung der Herzklinik, Projekt des RHÖN-KLINIKUM Konzerns in Leipzig, Lösungen für die Investitionsengpässe des Staates sichtbar werden ließ. Die mit der neuen Struktur der Krankenhausfinanzierung einhergehende Transparenz und die sukzessive Ablösung der Selbstkosten-Vergütung durch die Einführung der DRG-Systeme führt dazu, dass die Universitätsklinik in eine drastische Unterfinanzierung hineinlaufen, wenn sie sich nicht fundamental ändern und neues Investitionskapital für die Bewerkstelligung des Prozesses erhalten.

Betrachtet man die Patientenklientel einer Universitätsklinik mit der neuen Einteilung der Patienten nach Krankheit und Schweregraden, so sieht man sehr schnell, dass der Durchschnitt aller Patienten fast den selben Schweregrad und damit das Vergütungsniveau einer mittelgroßen Klinik erreicht. Sieht man sich darüber hinaus das Bild – Patientenklientel Universitätsklinik versus mittelgroße Klinik – näher an, so unterscheiden sich die Patienten beider Kliniken beträchtlich, allerdings anders als die Uniklinik-Protagonisten uns glauben machen wollen. Sie sagen, dass die Universität zu viele „schwere Patienten“ zu versorgen hat und deshalb zu teuer ist. Tatsächlich muss sie für ihren Apparat und ihren Aufwand zu viele „leichte Patienten“, die in zu teuren Betten liegen, betreuen. Es ist ein bisschen so, als wolle man mit Rolls-Roys-Limousinen Personen-Nahverkehr betreiben. Das bedeutet, dass jede Universitätsklinik für jeden schweren Fall mindestens einen leichten hat, für den sie das selbe Equipment bereitstellt wie für die echten Hochleistungsfälle; dies wird aber zukünftig nicht mehr bezahlt.

Die adäquate Lösung ist ein völliger Umbau der Uniklinika in verschiedene Leistungsstufen für Patienten verschiedener Versorgungsstufen. Das bedeutet, dass es eine Universitätsklinikenebene für Grund- und Regelversorgung nach dem im RHÖN-KLINIKUM entwickelten Modell der Tele-Portal-Klinik geben sollte. Diesem vorgeschaltet sollte ein universitäres Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) sein. Darüber wäre dann eine Regel- und Schwerpunktversorgung angesiedelt und als oberste Stufe die experimentelle und Hochleistungs-Medizin. Die Behandlungskosten entsprechen dann der jeweiligen Stufe – eventuell mit gewissen Kostenmehrunen, weil die Universität mitläuft. Die Einsparungen

können nach Verrechnung der nötigen Investitionen, die einem völligen Neubau, aber zu den nach dem RHÖN-KLINIKUM Konzept entwickelten rationellen Bedingungen, gleichkommen, in Höhe von sicher 20 Prozent – trotz Universitätszuschlags – betragen.

Die Qualität der Organisation müsste und würde sich extrem verändern, und die Effizienz des gesamten Gebildes würde enorm gestählt durch den erfolgreichen Veränderungsprozess.

### **Lösung des Konzerns für die Bewahrung der Freiheit Forschung und Lehre**

Da aber Universitäten nicht nur aus den Klinika bestehen, sondern ursächlich und zuerst Lehr- und Forschungsstätten sind, also erheblich grundrechtlich gesicherte Bastionen bezüglich Freiheit von Forschung und Lehre, und bisher von einer zwar nicht gelebten Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung ausgegangen wird, treten naturgemäß, wenn ein Teil einem solchen Effizienzmanagement unterworfen wird, echte Probleme auf. So kommen die Vertreter der Forschung und Lehre gemäß der alten Vorstellung damit an, dass sie postulieren, dass für die Forschung und deren Vertreter immer das letzte Wort bei allen Entscheidungen im Verbund von Klinik und Universität bestehen bleiben muss.

Das Primat der Wissenschaft hat allerdings dazu geführt, dass sowohl die Finanzierung durch den Staat in der Menge, wie dieses Konstrukt es erfordert, gehalten hat (die Kraft der wissenschaftlichen Lobby hat die Politik nicht dazu bewegen können, zu Lasten anderer Bedürfnisse die Kürzungen zu vermeiden). Dabei ist dieses Primat der Wissenschaft, verbunden mit eigener Desorganisation, weil der so genannte Anspruch auf die Freiheit von Forschung und Lehre in Freiheit auch gegenüber innerhalb der Akademie geltenden Zwängen und Regeln im Sinne egoistischer und Gruppeninteressen geopfert wurde, durchaus angreifbar. Um diesen Anspruch nicht zu gefährden, hat man es zugelassen, dass sich auch die Verwalter, die Fach- und Sachkräfte der Universitäten, d.h. die unter Ver.di und den Personalräten versammelten Mitarbeiter unisono, als der Freiheitsrechte eigen betrachteten. Die Ineffizienz in der Eigensteuerung wurde in ihrem materiellen Teil lange verdeckt durch die Kombination aus Staatszuschüssen und Werteverzehr durch Konsum der Teilnehmer zu Lasten der Investitionen, d. h. Desinvestition, bis zur heute teilweise vorhandenen Funktionsunfähigkeit.

Das mit dieser Analyse aufgezeigte Problem der aktuellen Situation liegt darin, dass ein wie oben beschrieben saniertes und hochfunktionelles Klinikum unter der Führung eines privaten Trägers nie Kapital bekommen würde, noch in der Lage wäre, den Prozess der Veränderung zu vollziehen, wenn es sich dem Primat der Wissenschaft - wie es bisher verstanden wird - unterwirft. Kein Kaufmann, kein erfolgreicher Investor und kein Aktionär gibt einem, der Pleite gemacht hat, Kapital, um es mit denselben Methoden noch einmal zu versuchen.

Wenn aber die Universität der Hauptzweck einer Universitätsklinik ist, stellt sich die Frage: Wie müssten die Beteiligten sich verändern und arrangieren, um die unterschiedlichen Interessenslagen unter einen Hut zu bringen?

Fangen wir mit dem privat finanzierten erfahrenen Klinikkonzern an. Er würde sich gerne mit der Wissenschaft schmücken und aus einer effizienten Forschung der Universität sein Veränderungs-know-how ziehen. Er würde dafür vermutlich auch gewisse Ineffektivitäten in Kauf nehmen. Und er würde gerne Mitarbeiter nach seinen Konzepten der Prozess-Krankenhausstruktur ausbilden und die positive Wirkung des Rufs, Chancen einer Universität neben den Konzernbedingungen zu bieten, nutzen und dafür Bereitstellungen für die Lehre leisten.

Es wird davon ausgegangen, dass es sich wie bei der RHÖN-KLINIKUM AG um einen Konzern handelt, der sich zum Ziel gesetzt hat, in den Versorgungszielen des Staates, nämlich der Flächenversorgung, tätig zu sein und nicht – wie das an verschiedener Stelle entsteht – ein Konzern zu sein, der Medizindienstleistungen als Markenartikel erzeugen und an die Krankenkassen verkaufen will. Der Unterschied liegt unter anderem darin, dass der Markenartikler eine Forschungs- und Entwicklungsabteilung bräuchte, die – wie in der Pharmaindustrie üblich – fokussiert seine Produktlinien voranbringt. Der Versorger hat im Gegensatz dazu Mitgliedern seiner Bezugskrankenkasse versprochen, dass er sie jederzeit aufnimmt, was auch immer sie für ein medizinisches Problem bekommen. Das bedingt eine Entwicklungs- und Forschungsleistung, die den vollen Bereich umfasst. Man denke nur an die Frage, wie dieser Konzern gerüstet wäre oder was er tun müsste, um es zu sein, wenn eine Pandemie um die Welt läuft und seine Klientel erfasst wird und seine Aufnahmepflicht mit einer Konventionalstrafe unterlegt ist.

Die Forderungen, die ein Versorgungskonzern an die Forschung und Entwicklung haben muss, sind so breit angelegt, dass sie niemals aus einer abhängigen Forschungs- und Entwicklungsabteilung ausreichend bedient werden könnten. Deshalb haben diese Unternehmen sich damit geholfen, dass sie von den Universitäten die Entwicklungsergebnisse, d. h. den Stand der Technik in Form der Übernahme von Mitarbeitern, die dort ausgebildet wurden, abgezogen haben. Damit sind sie aber im Strom der Innovationen nur punktuell involviert. Der bessere Weg wäre die Übernahme von Universitätsklinika, um über den Partnerschaftsverbund mit der medizinischen Fakultät den indirekten Zugang zu den Entwicklungsströmen der deutschen und internationalen Forschungsszene zu haben. Diesen Zugang bekommt man nicht als Entwicklungsabteilung, sondern als Universität als solche, die mit dem Prädikat der Autonomie fixiert ist im Sinne der Freiheit von Forschung und Lehre. Das bedeutet nicht mehr und nicht weniger, dass die Versorgungs-Krankenhausketten ein originäres Interesse an einer autonomen Forschungs- und Lehre-Einrichtung haben müssen, vorausgesetzt, diese kann die Partnerschaftsleistung erbringen.

Diese beschriebenen Erfordernisse können nur gelöst werden, indem die Universität, respektive die medizinische Fakultät, in einer Interessenskooperation

mit dem Klinikkonzern verbunden wird. Diese Verbindung erfordert jedoch, dass Verlässlichkeit, Kalkulierbarkeit und Vertragstreue gewährleistet sind und jeder genau das tut, worin seine Stärken liegen. Es erfordert, dass man sich von einer Über- oder Unterordnung in eine Partnerschaft begibt, die zwar polare Interessen hat, die aber gleichgewichtig und auf gleicher Augenhöhe funktioniert.

Fragt man, welche Defizite wie zu schließen sind, so ist das Ergebnis sehr schnell klar. Der Klinikträger muss sich auf seinen Bereich konzentrieren und einfach gut sein sowie die beschriebenen Ziele als seine eigenen akzeptieren. Die Fakultät muss zum handlungsfähigen Partner werden, der sich intern durch Selbstdisziplin und daraus folgend durch qualifizierte Organisation und Management auszeichnet, und der vom Staat in selbst verwalteter Autonomie genügend Mittel bekommt, um sie für eigene Zwecke zu verwenden und durch gewillkürte Kombination mit seinem Partner in Synergien zu verwandeln, was für beide mehr als die bloße Addition der Ressourcen ergeben wird.

#### **Fazit:**

Da wir glauben, dass wir die Fähigkeiten, die wir als Klinikbetreiber brauchen, haben und die Finanzmittel für die notwendigen Investitionen aufbringen, wird die Frage, wann wir mit einer erfolgreichen Sanierung einer Universitätsklinik beginnen können, damit beantwortet werden: Wir können und sollten dann antreten, wenn wir eine Fakultät und Universität gefunden haben, die bereit und in der Lage ist, sich eine Verfassung und eine Organisationsform zu geben, die vermuten lässt, dass sie in der Lage ist, auf ihrem Gebiet mit der uns eigenen Effizienz die Rolle des vollwertigen Partners auszufüllen.

Das, was wir in Gießen gesehen haben, war viel versprechend, das was wir in der Kombination Gießen/Marburg sehen, erfüllt den beschriebenen Anspruch bislang nicht.

\*\*\*\*\*