

Stellungnahme „Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“

Vorwort

Die gesundheits- und forschungspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre, die zu erheblichen Veränderungen unseres Gesundheitssystems geführt haben, wurden von Deutschen Ärztetagen immer wieder problematisiert. So hat der Deutsche Ärztetag wiederholt auch die zentrale Bedeutung der Krankenhäuser und der Universitätsmedizin für die Qualität der ärztlichen Leistungserbringung und Krankenversorgung in Deutschland hervorgehoben sowie darauf hingewiesen, dass die veränderten Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen zur Beeinträchtigung ihrer Funktionsfähigkeit geführt haben.

Diese Diskussion wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer aufgegriffen, indem er seinen Wissenschaftlichen Beirat beauftragt hat, diese Fehlentwicklungen exemplarisch am Beispiel der Universitätsmedizin darzustellen und die vorliegende Stellungnahme auszuarbeiten. Darüber hinaus wurden die speziellen Konstellationen der Universitätsmedizin mit dem komplexen Aufgabenspektrum in den Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung problematisiert.

Der Bundesärztekammer ebenso wie den zahlreichen Autoren der Stellungnahme ist es ein zentrales Anliegen klarzustellen, dass die in der vorliegenden Stellungnahme angesprochenen Problemfelder insbesondere im Bereich der Finanzierung auch andere Einrichtungen des Ge-

sundheitssystems wie Krankenhäuser der Maximalversorgung, akademische Lehrkrankenhäuser sowie kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung betreffen. Im Interesse einer stringenten Darstellung werden diese Verweise in der Stellungnahme aber nicht gesondert hervorgehoben.

Um dem Thema Universitätsmedizin in seiner Komplexität und Vielschichtigkeit gerecht zu werden und die verschiedenen, zum Teil gegenläufigen Interessen zu berücksichtigen, wurde der Arbeitskreis mit 36 ad personam berufenen Mitgliedern aus verschiedenen Bereichen breit besetzt. In teils kontroversen, aber stets konstruktiven Diskussionen haben die Beteiligten die im Folgenden dargestellten Beschreibungen der derzeitigen Situation der Universitätsmedizin analysiert und mögliche Lösungsansätze erarbeitet. Dafür sei ihnen an dieser Stelle gedankt.

Die vorliegende Stellungnahme soll in erster Linie einen Beitrag zur dringend erforderlichen Diskussion über eine nachhaltige Zukunftsgestaltung der Universitätsmedizin leisten. Darüber hinaus ist zu wünschen, dass die in dieser Stellungnahme am Beispiel der Universitätsmedizin aufgearbeiteten grundsätzlichen Probleme und Fragestellungen positive Impulse für die ebenfalls betroffenen nichtuniversitären Einrichtungen des Gesundheitssystems bewirken.



Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery,
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetags



Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba,
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats
der Bundesärztekammer



Prof. Dr. rer. nat. Heyo Kroemer,
Federführender des Arbeitskreises

Präambel

Die deutsche Universitätsmedizin verbindet verschiedene Alleinstellungsmerkmale, die sie für die Daseinsvorsorge der im demografischen Wandel befindlichen Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland unverzichtbar machen. Nahezu die gesamte Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses findet in der Universitätsmedizin statt. Parallel dazu wird die Supramaximalversorgung sowie die Versorgung von Patienten mit seltenen Krankheitsbildern zu einem erheblichen Teil in der universitären Medizin gewährleistet. In engster Verbindung mit der Krankenversorgung wird hier international wettbewerbsfähige Spitzenforschung sowohl im angewandten Bereich als auch in der Grundlagenforschung betrieben. Ein Charakteristikum der deutschen Universitäts-

medizin ist dabei die sehr enge Verknüpfung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre.

Die Kombination dieser Aktivitäten, die sowohl einzeln als auch in ihrer Summe unverzichtbar sind, macht die Universitätsmedizin zu einem Konstrukt, das sich durch sein Leistungsspektrum deutlich von anderen Organisationen abhebt. Ein hoher qualitativer Anspruch an die Universitätsmedizin ist somit die unabdingbare Voraussetzung für die angemessene Versorgung der Bevölkerung und die gestalterische Teilhabe unseres Landes am internationalen medizinischen Fortschritt.

Verschiedene, nicht miteinander koordinierte Einflussfaktoren haben zum einen dazu geführt, dass die funktional notwendige, aber fragile Balance zwischen Krankenversorgung einerseits und

Forschung und Lehre andererseits nicht mehr gewährleistet ist. Zum anderen sind Finanzierungsprobleme, insbesondere die unzureichende Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Universitätsmedizin innerhalb der Fallpauschalenvergütung, die Abhängigkeit ärztlicher Vergütung vom Ort der Tätigkeit innerhalb der Universitätsmedizin, die restriktive Entwicklung der länderseitigen Finanzierung und die Abschaffung des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFVG), zu nennen. Letztere haben bereits in Einzelfällen zur Überführung klinischer Teile der Universitätsmedizin in eine privatrechtliche Organisationsform geführt.

Im Ergebnis kommt bereits jetzt weder die für die Versorgung notwendige Zahl von Ärzten in der Niederlassung und in klinischer Tätigkeit an, noch gehen auf der anderen Seite genügend junge Mediziner in die Forschungsbereiche, so dass die Erfüllung der beiden zentralen Aufgaben der Universitätsmedizin gefährdet ist. Eine mangelhafte Finanzierung sowohl im investiven als auch im konsumtiven Bereich stellt die Universitätsmedizin funktional infrage.

Die Probleme der Universitätsmedizin haben bereits bei mehreren Deutschen Ärztetagen – wie beim 110. Deutschen Ärztetag 2007 in Münster¹ – zu Anträgen und Beschlüssen geführt. Diese wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer aufgegriffen, indem er den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer damit beauftragt hat, die vorliegende Stellungnahme auszuarbeiten.

Es gibt zu dieser Problematik bereits zahlreiche Positionspapiere von Interessenverbänden und zuständigen Wissenschaftsorganisationen, die die individuellen Probleme aus der jeweiligen Sicht mit Sachkunde beleuchten. Eine praktisch alle relevanten Faktoren integrierende Betrachtung der aktuellen Lage der Universitätsmedizin mit besonderem Blick auf

- Finanzierungsformen und Governancestrukturen,
 - Aus-, Weiter- und Fortbildungsaufgaben,
 - Anreize für experimentelle und klinische Forschungskarrieren sowie
 - den Auftrag der Universitätsmedizin in der ambulanten und stationären Patientenversorgung
- gibt es bisher nicht.

Die Bundesärztekammer und somit die deutsche Ärzteschaft machen sich die Forderungen der vorliegenden Stellungnahme zu eigen.

1. Nachhaltige Finanzierungsstrategien

Zielsetzung dieses Kapitels ist es, die Auswirkungen der veränderten finanziellen Rahmenbedingungen, u. a.

- der DRG-Einführung (Diagnosis Related Groups),
- der Föderalismusreform (z. B. die Abschaffung des HBFVG),
- des Investitionsstaus,
- der leistungsorientierten Ressourcenverteilung und
- der unzureichenden Finanzierung der Hochschulambulanzen,

auf die Universitätsmedizin kritisch zu untersuchen. Es sollen Forderungen und Lösungsansätze für die Sicherstellung einer universitätsmedizinergerechten Finanzierung formuliert werden, die einerseits auf eine Weiterentwicklung des DRG-Systems, andererseits auf eine grundlegende Neuausrichtung von Finanzierungskonzepten abzielen und z. B. in einer erneuten Föderalismusreform umgesetzt werden könnten. Diese möglichen Lösungsansätze

sollen auch im internationalen Vergleich betrachtet werden (z. B. im Kontext des niederländischen Modells zur Finanzierung der Universitätsmedizin).

Die im Folgenden begründeten Kernforderungen sind:

- Insbesondere die Finanzierungsstruktur des klinischen Teils der Universitätsmedizin ist mit den Anforderungen an die Universitätsmedizin und mit deren Alleinstellungsmerkmalen nicht vereinbar. Eine nachhaltige und transparente Finanzierung der systemrelevanten und bisher nicht bzw. nicht adäquat finanzierten Teile der Universitätsmedizin muss erfolgen.
- Eine direkte Finanzierungsmöglichkeit der Universitätsmedizin durch den Bund oder durch Krankenkassen (sog. 3. Finanzierungssäule) muss erreicht werden. In jedem Fall muss eine (Wieder-)Beteiligung des Bundes an notwendigen Großinvestitionen erfolgen.
- Die investive Komponente einer funktionsfähigen Universitätsmedizin ist in einer Größenordnung von zehn bis 15 Prozent des Gesamtumsatzes pro Jahr zu gewährleisten.

1.1 Was sind die wesentlichen Probleme der derzeitigen Finanzierung?

Universitäre Medizin in Deutschland wird derzeit grundsätzlich aus drei Quellen finanziert:

- aus den Erlösen der Krankenversorgung für die laufenden Betriebskosten,
- aus der öffentlichen Finanzierung von Forschung und Lehre sowie der Investitionskosten der Krankenversorgung durch die Länder und
- aus den Drittmitteln weiterer Zuwendungsgeber.

Die beiden erstgenannten Finanzierungsarten stehen bezüglich des Gesamtumsatzes etwa im Verhältnis 4 : 1 bis 10 : 1. Der zunehmend größere Finanzierungsanteil aus Erlösen der Krankenversorgung spiegelt den starken Leistungszuwachs der Universitätskliniken in den letzten Jahren wider und unterstreicht die Bedeutung der Universitätsmedizin auch als Supramaximalversorger in der deutschen Krankenhauslandschaft. Die immer gravierender werdenden Probleme der DRG-Finanzierung (Stichwort „Kostenscherbe“: Kosten steigen stärker als Erlöse) wie auch der Länderhaushalte (Stichwort „Schuldenbremse“), die in der Universitätsmedizin kumulieren, treffen die klinische Versorgung der Bevölkerung daher im Kern.

Von zunehmender Bedeutung für die Universitätsmedizin sind die sogenannten Drittmittel, die üblicherweise nach einem Reviewprozess zur Durchführung definierter Aufgaben in der Forschung zur Verfügung gestellt werden. Die Drittmittelquote der Universitätsmedizin ist mittlerweile auf durchschnittlich 30 Prozent der Landeszuführungsbeträge angestiegen und somit ein unverzichtbarer Anteil der Finanzierung.

Rückblick

Im Jahr 2000 wurde die GKV-Gesundheitsreform beschlossen. In Art. 4 zur Änderung des § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) heißt es: „Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist für alle Krankenhäuser ... ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen ...“.

¹ vgl. Beschluss 110. DÄT (2007), Drs. V-70 „Forschung und Universitäten in Deutschland – Rolle der Ärzte als Tagesordnungspunkt auf dem 111. Deutschen Ärztetag“

Der durch diese Gesetzgebung induzierte Wettbewerb sowie die damit einhergehende Schließung zahlreicher unwirtschaftlich geführter Krankenhäuser haben an fast allen deutschen Universitätsklinika zu einem drastischen Zuwachs ihrer klinischen Leistungen geführt. Im Januar 2011 trat dann jedoch das „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) in Kraft, das einen Abschlag von 30 Prozent für Mehrleistungen vorsah und dazu geführt hat, dass unter diesen neuen Rahmenbedingungen nur noch die wenigsten klinischen Mehrleistungen ausreichend finanziert sind. So bleibt zur Kompensation der außerdem auch aufgrund der nicht ausgeglichenen Tarifsteigerungen anwachsenden Kosten nur noch die Reduktion der Ausgabenseite. Hier ist zu bemerken, dass unter dem Kostendruck der letzten Jahre ein erheblicher Teil der vorhandenen Rationalisierungsspielräume bereits genutzt worden ist. Daher ist im Jahr 2011 im Vergleich zu 2010 der Anteil der Universitätsklinika, die in der Krankenversorgung kein ausgeglichenes Ergebnis mehr erzielen konnten, wieder stark gestiegen.

Die in den letzten Jahren zunehmend ausgeweiteten Krankenhausleistungen sind aus zwei Gründen ein fundamentales Problem: Zum einen enthält die derzeitige Vergütung der Krankenversorgung keine investiven Komponenten. Zum anderen zeigt die Länderfinanzierung der Investitionen extreme Unterschiede zwischen den Standorten, da es kein länderübergreifendes Finanzierungsprinzip gibt. Aus den genannten Gründen wird die notwendige Investitionsquote bei weitem nicht erreicht. Es ist abzusehen, dass die Universitätsmedizin in funktionale Schwierigkeiten kommen wird. Dies ist insbesondere zu erwarten, wenn Großinvestitionen wie der komplette Neubau von Kliniken erforderlich werden. Eine ausreichende Investitionsquote von zehn bis 15 Prozent des Gesamtumsatzes ist unbedingte Voraussetzung für eine erfolgreiche Teilnahme in dem wettbewerblich organisierten DRG-System. Durch die Abschaffung des HBFVG, das für eine gesonderte Berücksichtigung der besonderen Aufgaben für Forschung und Lehre von den Hochschulen die gemeinsame Finanzierung der Investitionskosten durch Bund und Länder vorsah, wird sich die Situation für die Universitätsmedizin perspektivisch deutlich verschlechtern.

Die Gesundheitsreform im Jahr 2000 hat, wie oben beschrieben, „eine einheitliche Vergütung aller Krankenhäuser“ zum Ziel gehabt. Fundamentale Unterschiede in den Aufgaben bzw. Leistungsspektren der Häuser – und hier besonders die Eigentümlichkeiten der Universitätsmedizin – wurden dabei unzureichend berücksichtigt.

Begründung der Forderungen

Nach einem ausreichend langen Erfahrungszeitraum lässt sich aus Sicht der Universitätsmedizin Folgendes konstatieren: Das DRG-System hat sich partiell bewährt. Die Universitätsklinika wurden durch den Druck des Systems deutlich wirtschaftlicher und wettbewerbsfähiger. Hohe Transparenz bezüglich der erbrachten Leistungen und der dafür aufgewendeten Kosten wurde erreicht.

Gleichzeitig deckte diese Transparenz aber auch fundamentale Probleme auf: Die komplexen und aufwendigen Leistungen, die gerade die Universitätsmedizin zum Gesundheitssystem beisteuert, finden im derzeitigen DRG-System keine angemessene Berücksichtigung. In Bereichen mit besonders niedrigen Basisfallwerten, in denen dennoch adäquate Leistungen erwartet werden,

wird dies zur existenziellen Bedrohung. Die Folge davon ist ein regionales, qualitativ und quantitativ sinkendes Angebot essenzieller medizinischer Höchstleistungen, d. h. Qualitätsverlust in der Krankenversorgung. Des Weiteren enthält das System eine ausgeprägte Scherenproblematik. So werden etwa notwendige, aber von außen festgelegte Tarifsteigerungen (führend im ärztlichen Bereich) nicht abgebildet.

Auch weist das DRG-System ein strukturelles Problem im Umgang mit der Translation von Innovationen in die Patientenversorgung auf. Sogenannte Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sind zwar im DRG-System vorgesehen, müssen jedoch von jeder Universitätsmedizin eigens beantragt werden und finden anschließend bestenfalls mit einer zweijährigen Verzögerung dauerhafte Berücksichtigung im DRG-System. Eine leistungsgerechte und zeitnahe Finanzierung von Innovationen – als eine der Domänen der Universitätsmedizin – findet daher nicht statt.

Die Universitätsklinika als Supramaximalversorger sind per definitionem die Anlaufpunkte für besonders schwere und seltene Erkrankungen, die eine spezielle Infrastruktur benötigen bzw. hohe Interdisziplinarität erfordern. Diese Fälle stellen häufig sog. Extremkostenfälle (besonders aufwendige, schwere Fälle) dar, die entweder gar nicht oder aber unzureichend im DRG-System abgebildet werden. Von den stationären Fällen sind 0,5 bis ein Prozent in diese Kategorie einzuordnen. Einzelfallanalysen haben ergeben, dass sich das Defizit pro Extremkostenfall auf 26 000 bis 30 000 Euro beläuft und sich so eine jährliche finanzielle Zusatzbelastung von fünf bis zehn Millionen Euro pro Universitätsklinikum ergibt. Für diese systematische Ungleichbehandlung im DRG-System muss ein Ausgleich gefunden werden. Der Ausgleich könnte analog dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen ausgestaltet werden, indem er die negativen Deckungsbeiträge dieser „Ausreißerfälle“ kompensiert. Hiermit sind ausdrücklich keine Bagatellfälle, sondern ausschließlich Extremkostenfälle mit schwerwiegenden Defiziten gemeint.

Die im Rahmen der Föderalismusreform II erfolgte Änderung des Art. 91 b Grundgesetz (GG) hat zur Folge, dass der Bund die Hochschulen nicht mehr direkt finanziell unterstützen kann. Durch die Schaffung der Deutschen Zentren zur Gesundheitsforschung (DZG) ist es dem Bund weiterhin zwar möglich, überregional bedeutsame Forschungsvorhaben in der Medizin zu fördern – auch sieht diese Initiative eine Kooperation mit der bestehenden Forschungsinfrastruktur der Universitätsklinika vor –, dennoch wird diese Kooperation mit den außeruniversitären Forschungsinstituten, die die Kooperationsmodalitäten maßgeblich bestimmen, von der Universitätsmedizin als nicht gleichberechtigt empfunden. Der 113. Deutsche Ärztetag 2010 in Dresden hat sich eindeutig positioniert, indem er eine Gleichberechtigung universitärer und nichtuniversitärer Institutionen im Rahmen der Initiative zur Gesundheitsforschung gefordert hat. Die aktuelle Entwicklung, wie sie nachdrücklich in dem Papier „Helmholtz 2020 – Zukunftsgestaltung durch Partnerschaft“ beschrieben wird, steht in deutlichem Kontrast zur Stellungnahme des Ärztetages.

Zusammenfassend stehen sich innerhalb der Universitätsmedizin mit der krankenkassenfinanzierten Versorgung und der länderfinanzierten Forschung und Lehre zwangsläufig und langfristig zwei Systeme gegenüber, deren Abstimmung fortlaufend aktualisiert und verbessert werden muss. ▶

1.2 Welche Entwicklungen werden konkret bei Beibehaltung der derzeitigen Finanzierungssysteme erwartet?

Die langjährige massive strukturelle Investitionsunterfinanzierung wird in einigen Ländern dazu führen, dass eine Reihe von Universitätskliniken nicht mehr wettbewerbsfähig sein wird. Aufgrund ihrer institutionellen Größe und der Kompensationsmöglichkeiten ist damit zu rechnen, dass das Erreichen dieses Punktes unterschiedlich lange dauert, dann jedoch dramatisch und sehr rasch auftritt.

Die unzureichende Finanzierung von Forschung und Lehre an vielen Standorten und die gleichzeitige unzureichende Finanzierung der Weiterbildung an allen Standorten bedrohen konsequent die Qualität der ärztlichen Berufsentwicklung und damit die Erfüllung des öffentlichen Auftrages der Daseinsvorsorge durch die Universitätsmedizin.

Die ausschließliche Finanzierung der universitären Krankenversorgung durch das allgemeine DRG-System führt aufgrund der damit verbundenen Probleme (u. a. Scherenproblematik, in manchen Ländern mangelnde Finanzierung der NUB, Extremkostenfälle) zu standortunterschiedlichen Quersubventionierungen (Drittmittel/Landeszuschuss) und weiteren Einschränkungen der Aktivitäten von Forschung und Lehre. Darunter leidet nicht nur die Exzellenz von Forschung und Spitzenmedizin, sondern auch die Qualität von Aus-, Weiter- und Fortbildung. Die Systemrelevanz der Universitätsmedizin für die Versorgung der Bevölkerung ist jedoch noch nicht in vollem Umfang im Bewusstsein von Politik und Gesellschaft verankert. Mit einer Beibehaltung der derzeitigen Finanzierungssysteme droht eine negative Entwicklung des Gesundheitssystems, einhergehend mit dem Verlust der internationalen Konkurrenzfähigkeit. Auf diese Weise wird die für den Standort Deutschland so wichtige Wirtschaftskraft der Gesundheitswirtschaft mittelfristig nachhaltig geschwächt.

1.3 Wie müsste eine nachhaltige Finanzierung aussehen?

Nachhaltige Finanzierung erfordert neben der derzeitigen Unterstützung durch die Länder und den Erlösen aus der DRG-finanzierten Krankenversorgung die Einführung einer dritten Finanzierungssäule, die den bisher nicht berücksichtigten Besonderheiten der Universitätsmedizin Rechnung trägt. In der dritten Säule sollten somit die Aktivitäten finanziert werden, die spezifisch für die universitäre Medizin sind und bisher nur unzureichend oder gar nicht durch die Fallpauschalen und die Landesfinanzierung für Forschung und Lehre abgebildet werden können.

Dazu gehören

- klinische Strukturen, die für Aus-, Weiter- und Fortbildung notwendig sind und zum Teil ausschließlich zu Ausbildungszwecken beibehalten werden, obwohl sie unwirtschaftlich sind;
- Vorhalte- und Sicherstellungsaufgaben (z. B. die Versorgung von Schwerstbrandverletzten und Tropenerkrankungen);
- Innovationen aus translationaler Forschung als ein zentrales Charakteristikum der Universitätsmedizin: Viele der medizinischen und medizintechnischen Innovationen werden in der universitären Patientenversorgung zum ersten Mal angewendet;
- die aufwendige und hochgradig spezialisierte Diagnostik und Therapie der für die Universitätsmedizin typischerweise besonders schweren Fälle und seltenen Erkrankungen sowie

- eine hochspezialisierte Krankenbehandlung in den universitären Ambulanzen (vgl. Kapitel 4.2 und 4.3), die weit über den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang gemäß § 117 Sozialgesetzbuch (SGB) V hinausgeht.

Die Summe dieser Faktoren ergibt einen zu finanzierenden Kostenblock, der spezifisch vor allem für die universitäre Medizin ist. Modelle, die die oben genannten Punkte berücksichtigen, werden in den Nachbarländern, wie etwa in den Niederlanden, erfolgreich praktiziert. Dabei ist anzumerken, dass über die dritte Finanzierungssäule durch den Mittelgeber eine sinnhafte Steuerung der Universitätsmedizin hin zu einem differenzierten Aufgabenspektrum erfolgen könnte. Durch eine seit über einem Jahrzehnt immer wieder geforderte Anerkennung der Systemrelevanz der Universitätsmedizin für die Patientenversorgung könnte die Generierung von notwendigen monetären Ressourcen für die dritte Finanzierungssäule aus Bundesmitteln begründet werden. Andere Modelle, etwa ein DRG-Zuschlag für die universitäre Medizin, wären aufgrund der besonderen Aufgaben denkbar, würden aber eine negative Steuerungswirkung auslösen, weil die Kostenträger Patientenströme dann in die nichtuniversitären, kostengünstigeren Häuser lenken würden. Wenn die Etablierung einer dritten Finanzierungssäule innerhalb des DRG-Systems erfolgen soll, wäre die einzig praktikable Variante ein DRG-Systemzuschlag für die Universitätsmedizin, wie er analog für das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entrichtet wird.

Größenordnungsmäßig wären für die obigen Aufgaben etwa 30 Millionen Euro pro Standort² zur Aufrechterhaltung der Funktionalität der Universitätsmedizin in der Bundesrepublik notwendig. Besser als eine pauschale Lösung wäre jedoch eine Ankopplung an Leistungsparameter, wie etwa einen fiktiven Kostennormwertzuschuss für Forschung und Lehre pro Student oder eine Orientierung an anderen studentischen Leistungszahlen und Drittmiteleinwerbungen. Ein solches Modell hätte den Vorteil, dass die Investitionsfinanzierung in der Verantwortung der Länder ebenso wie die wettbewerbliche Komponente des DRG-Systems vollumfänglich erhalten bliebe.

Das Modell einer dritten Finanzierungssäule würde darüber hinaus langfristig die Universitätsmedizin in Trägerschaft der öffentlichen Hand stabilisieren. Privates Kapital wäre nicht zwangsläufig notwendig, wenn der Zugang zum Kapitalmarkt für die Standorte zugelassen wird (Zusammenhang zu Rechtsform, Trägerschaft und Governance siehe Kapitel 2).

Neben diesen Faktoren ist es unabdingbar, dass die Universitätsmedizin gleichberechtigten und ungehinderten Zugang zu allen Drittmittelquellen hat. Dafür sind die notwendigen gesetzlichen Grundlagen zu schaffen.

2. Rechtliche Rahmenbedingungen und Corporate Governance der Universitätsmedizin

Ziel dieses Abschnittes ist es, die Auswirkungen der unterschiedlichen Wesensmerkmale verschiedener Rechts- und Organisationsmodelle sowie der Möglichkeiten zur Gestaltung der sog. Corporate Governance auf die Universitätsmedizin, insbesondere unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlich geschützten Wissenschafts- und Lehrfreiheit, zu untersuchen, Risiken aufzuzeigen sowie Handlungsempfehlungen und Forderungen zu for-

² Vgl. Gürkan I (2009): Krankenhausfinanzierung aus Sicht der kaufmännischen Leitung eines Universitätskrankenhauses. Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie 2009; 6: 374-82.

mulieren. Möglichkeiten zur Einbeziehung von privatwirtschaftlichem Kapital, vor allem aber auch die Optionen zur Begründung von strategischen Partnerschaften der universitätsmedizinischen Einrichtungen untereinander, mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen oder auch mit freigemeinnützigen oder öffentlichen Krankenhausträgern sollten hierbei betrachtet werden.

Die im Folgenden begründeten Kernforderungen sind:

- Eine möglichst enge organisatorische und rechtliche Verknüpfung von Fakultät und Universitätsklinikum in einem integrativen Modell muss erfolgen, das – in welcher konkreten rechtlichen Ausgestaltung auch immer – seinerseits ein rechtlich selbständiger Teil einer Universität ist.
- Die Gewährleistung einer hohen operativen und strategischen Flexibilität der integrierten Universitätsmedizin ist essenziell.
- Die Umsetzung der Aufsichts- und Kontrollpflicht von Land und Universität muss in ausschließlich nach sachlichen Kompetenzkriterien besetzten Aufsichtsgremien erfolgen.
- Dem Staat muss eine Rechts- und eine Ergebnisaufsicht, jedoch keine inhaltliche Fachaufsicht über die Universitätsmedizin obliegen.
- Rechtsrahmen müssen entwickelt werden, die standort-spezifische Besonderheiten berücksichtigen und die die Bildung strategischer Verbände und Partnerschaften, sowohl mit der Medizin anderer Universitäten als auch mit außeruniversitären (Forschungs-)Einrichtungen, ermöglichen.

2.1 Was sind die wesentlichen Probleme der derzeitigen Rechtsformen der Universitätsmedizin in Deutschland?

In den letzten Jahren ist zunehmend deutlich geworden, dass der rechtliche Rahmen, innerhalb dessen eine Universitätsmedizin agiert, von erheblicher Bedeutung für den Erfolg in Forschung, Lehre und Krankenversorgung ist.

Standortindividuell haben sich im Speziellen entwickelt:

- die Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg im Jahre 2006;
- die Renaissance des sog. Integrationsmodells, die u. a. zur Neufassung der Universitätsmedizingesetze in Rheinland-Pfalz, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern führte;
- die an verschiedenen Stellen in der Bundesrepublik diskutierten Ideen zur Umsetzung von strategischen Partnerschaften und Verbänden (z. B. die Zusammenführung der Universitätskliniken Aachen und Maastricht oder die gemeinsame Erfüllung der Ausbildungsaufgaben von supranationalen Standorten wie Oldenburg und Groningen).

Aber auch missglückte Versuche, die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zu reformieren (z. B. das zwischenzeitlich außer Kraft gesetzte Universitätsmedizingesetz des Landes Baden-Württemberg), haben gerade in jüngerer Vergangenheit die hohe Bedeutung der Wahl, vor allem aber der richtigen inhaltlichen Ausgestaltung der Rechts- und Organisationsform für den Erfolg der Universitätsmedizin deutlich gemacht.

Die folgenden Fragen stehen dabei im Mittelpunkt des Interesses:

- Inwieweit darf und muss sich die Universitätsmedizin als Unternehmen verstehen?
- Dürfen unternehmerische Grundsätze auch auf die Organisation von Forschung und Lehre Anwendung finden?
- Sollen sich (private) Dritte mit Renditeerwartung an der Universitätsmedizin beteiligen können?
- Inwieweit muss der Einfluss des Staates auf die Universitätsmedizin eingeschränkt werden?
- Was ist das notwendige Maß an staatlicher Kontrolle der Universitätsmedizin, und wie wird es gewährleistet?

Bei entsprechender Ausgestaltung bestehen – jedenfalls in Bezug auf die rechtlich gegebenen Möglichkeiten der Ausgestaltung der Corporate Governance – zwischen öffentlich-rechtlichen Rechts- und Organisationsformen, wie z. B. der Rechtsform der Anstalt des öffentlichen Rechts (AöR) oder der Körperschaft des öffentlichen Rechts (KdöR), einerseits sowie Rechtsformen des Privatrechts, wie z. B. der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder der Aktiengesellschaft (AG), andererseits kaum Unterschiede. Die Corporate Governance kann in beiden Varianten nahezu identisch ausgestaltet werden.

Die größte Herausforderung bei der Regelung einer guten Corporate Governance der Universitätsmedizin ist es, ein gezieltes Zusammenspiel innerhalb und zwischen

- Land,
 - Universität,
 - Fakultät (die in der Regel keine eigene Rechtspersönlichkeit besitzt) und
 - dem Universitätsklinikum
- zu gestalten.

Von entscheidender Bedeutung ist dabei der Blick auf die unterschiedlichen und teilweise auch gegenläufigen Interessen, die nicht nur in ein ausgewogenes Verhältnis gebracht werden, sondern auch praktikabel gestaltet sein müssen:

- Das Aufsichtsinteresse (insbesondere aufgrund der konsumtiven und investiven Finanzierung von Forschung und Lehre, der Investitionsförderung der Krankenversorgung durch das Land) sowie die ordnungspolitischen Interessen des Landes;
- das umfassende Interesse insbesondere der Universität, eine fakultätsübergreifende Forschung und Lehre sicherzustellen und dabei auf eine starke medizinische Forschung und Lehre bauen zu können;
- das spezifische Interesse insbesondere der medizinischen Fakultät an exzellenter medizinischer Forschung und Lehre sowie
- das Interesse insbesondere des Universitätsklinikums an Spitzenmedizin in Koordination mit dem Forschungsprofil (mit einem betriebswirtschaftlich mindestens ausgeglichenen Ergebnis).

Im Idealfall sind die Interessen der medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums weitestgehend deckungsgleich, da exzellente medizinische Forschung und Lehre auch zu einer qualitativ optimalen Krankenversorgung führen und sich dies auch vice versa bedingt. Jedenfalls basieren die Integrationsmodelle insbesondere auch auf der Annahme, dass Forschung, Lehre und Krankenversorgung *untrennbare* und *unverzichtbare* und vor allem auch *gleichberechtigte* Merkmale der Universitätsmedizin sind.

Neben den obigen Überlegungen ist festzustellen, dass es derzeit keine bundesweit einheitlichen Grundsätze für die Ausge-

staltung der Rechtsform von Universitätsklinik gibt. Daraus folgt, dass die gewählten Rechtskonstrukte in aller Regel spezifisch für die Bundesländer, zum Teil sogar spezifisch für einzelne Standorte in diesen Bundesländern entwickelt worden sind. Die eigentlich, z. B. aus Gründen der Rechtsklarheit, wünschenswerte Etablierung länderübergreifender Verbundsysteme in der Universitätsmedizin, die kompatibel zueinander sind und wechselseitige Beteiligungen zulassen, wird dadurch teilweise erschwert.

2.2 Welche Entwicklungen werden konkret bei Beibehaltung der derzeitigen Rechtsformen erwartet?

Derzeit versuchen viele Universitätsmedizinengesetze, die inhaltliche Ausgestaltung der Rechts- und Organisationsform im Einzelnen bereits im Gesetz zu regeln. Dabei erfolgen teilweise Anlehnungen an das Aktienrecht und teilweise an das GmbH-Gesetz, jedoch in der Regel keine ausdrücklichen Bezugnahmen. Es wird auf diese Weise versucht, ein komplexes Regelwerk nachzubilden, ohne Strukturen des Privatrechts zu benennen. Soweit Regelungen zur Corporate Governance im Gesetz erfolgen, bedeutet dies aber weniger Flexibilität, da gesetzliche Regelungen nur durch neue gesetzliche Regelungen geändert werden dürfen.

Zentrale Fragen zur Corporate Governance, des Ordnungsrahmens für die Leitung und Überwachung der Universitätsmedizin, sind zudem ungeklärt und heftig umstritten, wie z. B. die bundesweit geführte Diskussion über die sog. Gewährträgerversammlung zeigt, die im baden-württembergischen Universitätsmedizinengesetz vorgesehen war. Die Strukturen der Corporate Governance sind in vielen Fällen im Hinblick auf die Mechanismen zur Gremienbesetzung, der Entscheidungsfindung und der Entscheidungsumsetzung nicht ausreichend professionell.

Der Rechtsrahmen prägt aber nicht nur entscheidend das Selbstverständnis der Universitätsmedizin sowie das Zusammenspiel zwischen Land, Universität, Fakultät und Universitätsklinikum, er schafft – oder verhindert – auch Möglichkeiten der strategischen Entwicklung, der Bildung von Verbänden (z. B. mit den Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung), der Finanzierung und der steuerlichen Optimierung der Universitätsmedizin (z. B. aufgrund einer Minimierung umsatzsteuerlicher Risiken im Integrationsmodell oder aufgrund der Möglichkeit zur Verrechnung steuerpflichtiger Gewinne mit Verlusten bei Abschaffung des steuerlichen Status der Gemeinnützigkeit).

Daher ist der Gesetzgeber an seine Reformpflicht zu erinnern: „Der Gesetzgeber darf nicht nur neue Modelle und Steuerungstechniken entwickeln und erproben, . . . vielmehr ist er sogar verpflichtet, bisherige Organisationsformen kritisch zu beobachten und zeitgemäß zu reformieren“ (Bundesverfassungsgericht [BVerfG] Beschluss vom 26.10.2004 – 1 BvR 911/00 „Brandenburger Hochschulen“);

dabei hat er die bestehende Pflicht zum Ausgleich der Interessen zu beachten:

„Es ist die Aufgabe des Gesetzgebers, einen Ausgleich zwischen den Erfordernissen einer bestmöglichen Behandlung der Patienten und der Garantie der Wissenschaftsfreiheit für die handelnden Hochschullehrer herbeizuführen. . . . Im Bereich der universitären Krankenversorgung stehen sich daher verschiedene Grundrechte und verfassungsrechtlich geschützte Interessen gegenüber; Aufgabe des Gesetzgebers ist es, zwischen diesen möglicherweise gegensätzlichen Grundrechtspositionen einen Ausgleich zu finden.“ [BVerfG Beschluss vom 08.04.1981 – 1 BvR 608/79 = BVerfGE 57, 70 „Hessisches Universitätsgesetz“].

2.3 Wie müsste ein idealer Rechtsrahmen aussehen?

Es müssen klare und effizient wirkende Strukturen der Corporate Governance geschaffen werden, um die Wettbewerbsfähigkeit der Universitätsmedizin nicht nur in der Krankenversorgung, sondern auch in der medizinischen Forschung und Lehre dauerhaft zu sichern.

Wettbewerbsfähigkeit – am besten (regionale, nationale und ggf. auch internationale) Marktführerschaft – bringt wirtschaftlichen Erfolg, der eine wichtige, wenn nicht unverzichtbare Voraussetzung für qualitative Spitzenmedizin und Exzellenz in Forschung und Lehre darstellt. Wenn diese These richtig ist, dann ist die Universitätsmedizin von heute insoweit längst unternehmerisch tätig und muss sich einen entsprechenden Rechts- und Organisationsrahmen wählen, in dem die Spezifika der Universitätsmedizin im Allgemeinen, grundsätzlich auch im Hinblick auf die individuellen Anforderungen des Standorts, Berücksichtigung finden.

Auch wenn die öffentliche Trägerschaft grundsätzlich wünschenswert ist, sollten aus Gründen der Flexibilität für die Universitätsmedizin neben öffentlich-rechtlichen auch private Rechts- und Organisationsformen wählbar sein. Rein rechtlich gesehen besteht kein Vorrangverhältnis zugunsten der einen oder anderen Option.

Insbesondere verlangt der im Grundgesetz verankerte Schutz der Freiheit von Forschung und Lehre (Art. 5 Abs. 3 Grundgesetz) nicht unbedingt die Wahl einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform. Dementsprechend kann z. B. das Landesgesetz über die Errichtung der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz vom 10. September 2008 auch optional die Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung für die Universitätsmedizin Mainz vorsehen. Da diese im Integrationsmodell strukturiert ist, also Krankenversorgung, Forschung und Lehre drei Aufgaben einer einzigen rechtlichen Einheit sind, können auch die Bereiche Forschung und Lehre als GmbH organisiert sein (vgl. § 25 Universitätsmedizinengesetz).

Im direkten Vergleich ergeben sich allerdings erhebliche Unterschiede zwischen öffentlich-rechtlichen und privaten Rechtsformen:

- Mit wenigen Ausnahmen sind alle bestehenden Universitätsklinik in Deutschland in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform der Anstalt des öffentlichen Rechts, der Körperschaft des öffentlichen Rechts oder in Mischformen derselben (z. B. sog. Gliedkörperschaften) verfasst.
- Von den verschiedenen Rechtsformen des Privatrechts bietet sich für die Universitätsmedizin am ehesten die Rechtsform der GmbH an, eine Kapitalgesellschaft, deren Haftung auf das Vermögen der Gesellschaft begrenzt ist. Die GmbH ist durch Bundesrecht geregelt, ihre gesetzlichen Grundlagen besitzen eine lange Tradition (das „Gesetz betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung“ stammt aus dem Jahr 1892), und diese Rechtsform findet in allen Branchen Anwendung. Dementsprechend liegt eine gewachsene, sehr umfassende und solide Rechtssprechungspraxis vor, die Rechtssicherheit und Vertrauen in die Rechtsform schafft.
- Eine weitere Rechtsform ist die einer Stiftung des öffentlichen Rechts oder einer Stiftung des privaten Rechts, die die Vorteile des Integrationsmodells voll abbildet und die hohe Freiheitsgrade beinhaltet (z. B. Universitätsmedizin Göttingen). Eine Stiftung *gehört sich selbst* und erneuert sich, insbesondere was die Besetzung des Aufsichtsgremiums, des Stiftungsrates oder Kuratoriums, anbelangt, in der Regel über die Kooptation aus sich heraus (das Land Hessen hat im August 2012 ein umfassendes Konzept eines Stiftungs-

modells als Rechtsrahmen für die öffentlichen Plankrankenhäuser in Hessen vorgeschlagen).

Im Folgenden werden die strukturellen Unterschiede zwischen den Rechtsformen aufgelistet:

- Bei der AöR/KdöR besteht aufgrund der Gewährträgerhaftung eine unbeschränkte Haftung, während bei der GmbH die Haftung kraft Rechtsform beschränkt ist. Haftungsbeschränkungen müssten bei der AöR/KdöR also jeweils im Einzelfall vereinbart werden; bei der GmbH können umgekehrt unbeschränkte oder weitergehende Haftungen – z. B. über Bürgschaften, um günstigere Finanzierungsbedingungen zu erhalten – im Einzelfall vereinbart werden.
- Die GmbH ist grundsätzlich mit ihrer gesamten Geschäftstätigkeit steuerpflichtig, d. h. kraft Rechtsform steuerlich gewerblich. Dies bietet (bei Abschaffung des steuerlichen Status der Gemeinnützigkeit, was ohne eine Nachversteuerung gestaltbar ist) gegenüber der AöR und KdöR steuerliche Vorteile, z. B. im Hinblick auf die Möglichkeit der Verrechnung von Gewinnen und Verlusten und die Etablierung von umsatzsteuerlichen Organschaften.
- Die GmbH ist passiv beteiligungsfähig, was bedeutet, dass sich Dritte, z. B. andere Universitätskliniken, beteiligen können. Dies ist bei der AöR und KdöR rechtstechnisch zwar möglich, jedoch nur mit einem erheblichen Regelungsaufwand umsetzbar. Gesellschaftsrechtlich verbindliche und damit grundsätzlich langfristige Partnerschaften, z. B. mit anderen Universitätskliniken oder außeruniversitären Forschungsinstitutionen, bei denen ein gemeinsames Interesse und der gemeinsame Erfolg im besten Sinne des Wortes geteilt werden, können damit am besten innerhalb der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft, wie z. B. der GmbH, verwirklicht werden.
- Die rechtsfähige Stiftung wird zur Verwirklichung eines bestimmten Zwecks – hier universitäre Krankenversorgung, Lehre und Forschung – errichtet. Sie ist mit einem dem Stiftungszweck gewidmeten Vermögen und einer zweckentsprechenden Organisation (Vorstand, Stiftungsrat oder Kuratorium) auszustatten. Die Handlungsmöglichkeiten der Stiftung – abgeleitet aus dem Stiftungszweck – sind frei gestaltbar, müssen allerdings von der Stiftungsaufsicht genehmigt werden. Die Stiftung verfügt daher im Vergleich zu den anderen dargestellten Rechtsformen über gleichwertige oder höhere Gestaltungsfreiräume.
- Im Hinblick auf die Anforderungen an Kontrolle bzw. Aufsicht – insbesondere in Bezug auf die Sicherstellung der Freiheit von Forschung und Lehre – scheinen die öffentlich-rechtlichen Rechtsformen AöR und KdöR der GmbH oder anderen privatrechtlichen Rechtsformen überlegen zu sein. Allerdings bestehen auch bei der GmbH umfassende und nicht beschränkbare Kontrollrechte, z. B. ein unbeschränktes Einsichtsrecht sowie umfassende, grundsätzlich unbedingt zu befolgende Weisungsrechte des Gesellschafters gegenüber dem Geschäftsführer. Zudem kann die GmbH durch das öffentlich-rechtliche Rechtsinstitut, der sog. Beleihung, zu einer „nachgeordneten Behörde“ im Hinblick auf die ihr obliegenden Aufgaben in Forschung, Lehre und/oder Krankenversorgung gemacht werden. Dadurch stehen auch öffentlich-rechtliche Instrumente der Kontrolle (bis hin z. B. zur Ersatzvornahme) zur Verfügung. Im Übrigen untersteht auch eine „Universitätsmedizin GmbH“ der Rechtsaufsicht.

An die *ideale* Rechtsform einer Universitätsmedizin werden grundsätzlich die folgenden Forderungen erhoben:

- So wenig Gremien und Organe wie möglich, so viele wie nötig, weshalb z. B. die Interessen der Universität, nach einer internen Abstimmung der Universitätsorgane, gebündelt auf Ebene der Universitätsmedizin vertreten werden sollten und keinesfalls – wie im Universitätsmedizingesetz des Landes Baden-Württemberg bis vor kurzem noch vorgesehen – jeweils einzeln Berücksichtigung finden dürfen. Denn dies führte z. B. dazu, dass dem Wirtschaftsplan nicht nur der Aufsichtsrat der Universitätsmedizin zustimmen musste, sondern auch der Fakultätsrat, der Aufsichtsrat der Universität, der Senat etc.;
- so wenig Gremienmitglieder wie möglich, so viele wie nötig;
- klare Aufgaben- und Kompetenzzuweisungen an die Gremien;
- kontroverse Diskussion der Interessen, aber keine Konfrontation unterschiedlicher Interessenlagen im gleichen Gremium.

Im gleichen Gremium sollten die unterschiedlichen Auffassungen über das „Wie“ der Umsetzung der gleichen Interessenlagen diskutiert werden, jedoch sollte eine Vermischung von „Unternehmensinteressen“ mit „Aufsichtsinteressen“ auf Ebene des gleichen Gremiums tunlichst vermieden werden.

Dies führt zu einer Corporate Governance mit einem klassischen dreistufigen Aufbau:

1. Operative Leitung der Universitätsmedizin (= Geschäftsführung),
2. Beratung und Kontrolle der Geschäftsführung, die jedoch ausschließlich im Interesse des Unternehmens erfolgt (= klassischer Aufsichtsrat),
3. Aufsichtsinteresse, das sich als Ergebnisaufsicht versteht (= Gesellschafterversammlung).

Eine gute Grundlage für diese Aufgabenstellung sind die „Grundsätze guter Unternehmens- und Beteiligungsführung im Bereich des Bundes – Public-Corporate-Governance-Kodex des Bundes (PCGK)“.

Aufgrund verschiedener Entwicklungen (Staatsfinanzen, Schuldenbremse) ist abzusehen, dass eine rein öffentliche Finanzierung der Universitätsmedizin in Zukunft zunehmend schwierig sein wird. Die erfolgreiche Universitätsmedizin wird daher verstärkt die Bildung strategischer Verbünde und Partnerschaften zum Ziel haben müssen. Die Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit solcher Verbünde muss über einen schlichten Kooperationsvertrag hinausgehen und vielmehr als *echte Partnerschaft* im Sinne eines gemeinsamen Unternehmens ausgestaltet werden können. Dies macht Rechtsformen, die eine Beteiligungsfähigkeit vorsehen, erforderlich. Auch die steuerlichen Belange der Universitätsmedizin (Saldierung von Gewinnen und Verlusten sowie umsatzsteuerliche Organschaften) müssen berücksichtigt werden. Während also öffentlich-rechtliche Modelle mit maximaler struktureller Integration von Forschung, Lehre und Krankenversorgung wünschenswert bleiben, müssen auch privat-rechtliche Rechtsformen in Betracht gezogen werden; wobei auch hier eine Integration der drei Geschäftsfelder realisiert werden muss, so dass ein privatrechtlich organisiertes Integrationsmodell grundsätzlich eine sinnvolle Organisationsform sein kann. Bisher wurde in Deutschland keine Universitätsmedizin (Universitätsklinikum und medizinische Fakultät) vollständig und erfolgreich privatisiert. Teilprivatisierungen sind zum Teil auf erhebliche Kritik gestoßen. ▶

3. Nachwuchsentwicklung und ärztliche Karrierewege

Ziel dieses Abschnittes ist es, die wesentlichen Probleme bei der Entwicklung des ärztlichen Nachwuchses und transparenter Karrierewege aufzuzeigen und Lösungsmöglichkeiten zu diskutieren. Dabei wird die Ausgangslage wie folgt beurteilt:

Die demografische Entwicklung in den wohlhabenden Ländern Europas und Nordamerikas vergrößert den Bedarf an kompetenten Ärztinnen und Ärzten. Die Situation in Schwellen- oder gar in Entwicklungsländern mit einer Vielzahl ungelöster gesundheitlicher Probleme der Bevölkerung macht deutlich, dass auch dort großer, vielmehr noch größerer Bedarf an ärztlicher Diagnostik und Therapie besteht, so dass eine Abwerbung von Ärzten aus diesen Ländern ethisch nicht vertretbar ist.

Bezogen auf die deutsche Universitätsmedizin stellt sich die Aufgabe, dem ärztlichen Nachwuchs in Aus-, Weiter- und Fortbildung attraktive Karrierewege aufzuzeigen, sie einzuleiten und zu ermöglichen.

Der schon existente und weiterhin prognostizierte Fachkräftemangel, die ärztliche Profession und nichtärztliche Medizinberufe betreffend, ließe sich mildern, wenn es gelänge, einem jahrelangen familienbedingten Aussetzen aus dem Arbeitsleben durch die Etablierung von familienförderlichen Strukturen im Sinne von Prävention vorzubeugen (z. B. durch Kinderhort und Kindergarten beim Universitätsklinikum oder flexible Dienstpläne). Dadurch würden Frauen sowie zunehmend auch Männer nach einem familienbedingten Aussetzen zeitnah wieder in das aktive Berufsleben integriert, so dass aufwendige Reintegrationsprogramme nicht notwendig würden. Empfohlen werden ferner Programme, die auch nach jahrelangen Pausen die Aktualisierung der praktischen und theoretischen Fähigkeiten möglichst spezifisch für den vorgesehenen Arbeitsplatz fördern. Es geht darum, subjektive Ängste und objektive Defizite im allgemeinen Interesse abzubauen und kooperatives Willkommen auszudrücken.³ Hier könnte auch die Universitätsmedizin in Kooperation mit den Angeboten der Landesärztekammern hilfreich agieren.

Die im Folgenden begründeten Kernforderungen sind:

- *Das Auswahlverfahren und der Zugang zum Medizinstudium müssen so gestaltet sein, dass sowohl überzeugend an kurativer Medizin interessierte Kandidaten als auch für Forschung geeignete junge Menschen identifiziert werden.*
- *Die Ausbildungswege und Karriereoptionen müssen so gestaltet und weiterentwickelt werden, dass der Beruf des Arztes für herausragend qualifizierte junge Menschen attraktiv bleibt.*
- *Die Einkommen von in der Universitätsmedizin Forschenden müssen an diejenigen klinisch tätiger Ärzte angepasst werden.*
- *Rein wissenschaftliche Karrieren müssen für den ärztlichen Nachwuchs wirtschaftlich wesentlich attraktiver werden.*
- *Leistungen in der Lehre müssen für den akademischen Erfolg besser gewertet werden.*

- *Die Weiterbildung zum Facharzt und eine Karriere in der Forschung müssen parallel möglich und vereinbar sein (Physician Scientist).*
- *Generell muss die Aus- und Weiterbildung in der ambulanten Versorgung erheblich intensiviert werden.*
- *Für die Ärztinnen und Ärzte in der Universitätsmedizin müssen Beruf (Forschung, Lehre und Krankenversorgung) und Familie besser vereinbar sein. Die Gleichstellung von Frauen und Männern muss auch in den Führungspositionen erreicht werden. Empfohlen werden Programme zur Erleichterung der beruflichen Reaktivierung von Ärztinnen und Ärzten nach einer Familienpause.*
- *Die Akademisierung einer geeigneten Teilgruppe nicht-ärztlicher Heilberufe mit dem Ziel, derselben Forschung in diesen Tätigkeitsbereichen zu ermöglichen, ist als Aufgabe der medizinischen Fakultäten zu verstehen.*

3.1 Was sind die wesentlichen gegenwärtigen Probleme?

Rückblick

Über Jahre wurden die deutschen Universitäten dafür kritisiert, dass sie den ärztlichen Nachwuchs patientenfern und praxisuntauglich ausbilden würden. Erfreulicherweise kann heute festgestellt werden, dass sich bezüglich der Ausbildung vieles zum Guten gewendet hat: Dekane und Studiendekane, Wissenschaftsrat, Medizinischer Fakultätentag, aber auch die Deutsche Gesellschaft für Ausbildung in der Medizin (GMA) und nicht zuletzt die Bundesärztekammer haben für eine praxisnähere und alltags-tauglichere Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses gesorgt.

Schlüssel zum Erfolg sind individuelle und objektive Auswahlverfahren, in denen die Abiturnote nur eine Rolle unter mehreren spielt, der frühe Kontakt mit Patienten, die engagierte Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden, die Entwicklung einer Reihe von mündlichen Prüfungen, die Stärkung der Allgemeinmedizin an der Hochschule, die Förderung von Famulaturen in der hausärztlich ausgerichteten Vertragsarztpraxis und vieles mehr.

Medizinische Fakultäten und Universitätsklinikum haben in Deutschland das Monopol, den ärztlichen Nachwuchs auszubilden. Nur im Delegationsverfahren über die Konstruktion des Akademischen Lehrkrankenhauses oder der Akademischen Lehrpraxis können andere in die akademische Lehre einbezogen werden. Es ist die Aufgabe der Universitätsmedizin, ihrer institutionellen Pflicht nachzukommen und stetig an der Konzeption neuer Lösungen weiterzuarbeiten.

Begründung der Forderungen

Die Universitätsmedizin ist auf diese Aufgaben grundsätzlich vorbereitet. In sehr geordneten transparenten und akademischen Verfahren werden die Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer ausgesucht und berufen, die einerseits für den Unterricht der Studierenden, andererseits für die Weiterentwicklung des wissenschaftlichen Faches geeignet sind. Davon profitieren nicht zuletzt die Patienten. Reglementierte und gremiengesteuerte allgemeine Auswahlverfahren für Hochschullehrer bilden allerdings nicht in jedem Fall die unterschiedlichen Anforderungsprofile einer Klinikprofessur ab. Fehlbesetzungen in einem großen Fach können fatale, jahrzehntelange negative Auswirkungen sowohl für Forschung und Lehre als auch für die Krankenversorgung haben.

³ Vgl. Märker-Hermann E (2012) Mentoring: Förderprogramme für Ärztinnen. Dtsch Med Wochenschr 2012;137 (28/29): 1446–7. Vgl. Lammert F et al (2012): Qualifizierungschancen für Nachwuchswissenschaftler in der Inneren Medizin. Dtsch Med Wochenschr 2012; 137: 1586–8.

Regelmäßige Evaluationen durch die Studierenden und durch die Lehrkommissionen, die Entwicklung von Lehrhäusern sowie die erfolgsorientierte Vergabe von Mitteln führen zur kontinuierlichen Verbesserung der heute schon hochwertigen Leistungen in Lehre, Forschung und Patientenversorgung.

Stetes Ärgernis aufseiten der wissenschaftlichen Assistenten und jungen Dozenten ist die unterschiedliche Vergütung zwischen klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten und den auf Wissenschaft und Forschung ausgerichteten Kolleginnen und Kollegen. Es steht den Institutionen aber teilweise frei, ihre in Forschung und Lehre tätigen Ärzte nach gleichem Tarif zu bezahlen. Gesamthaft ist es der Ärzteschaft mit Hilfe der Ärztegewerkschaft Marburger Bund gelungen, die Vergütung im Krankenhausbereich deutlich zu verbessern. Die Einkommenssituation von Ärztinnen und Ärzten an Universitätsklinik und nichtuniversitären Krankenhäusern einerseits, an Kliniken in den neuen und alten Bundesländern andererseits, ist vergleichbar günstig. Flächendeckend eingeführt wurde der arzt-spezifische Tarifvertrag mit einer transparenten Vergütungstabelle.

Natürlich gibt es auch im Bereich der klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte Wünsche nach einer noch verbesserten Einkommenssituation: So werden Berufsanfänger in anderen akademischen Berufen, wie beispielsweise der chemischen oder pharmazeutischen Industrie, zum Teil besser eingruppiert, die Vergütung von Bereitschaftsdiensten und Rufbereitschaften könnte gesteigert werden, die Arbeit zu ungünstigen Zeiten findet noch nicht die verdiente wirtschaftliche Anerkennung. Bezogen auf die Universitätsmedizin liegt die Schwachstelle darin, dass die arzt-spezifischen Tarife bisher nur für Ärztinnen und Ärzte mit klinischem Einsatz Gültigkeit haben. Dies stellt nicht nur eine Benachteiligung des dringend benötigten wissenschaftlichen Nachwuchses dar; mittelbar resultiert aus dieser Ungleichbehandlung, die als Ungerechtigkeit empfunden wird, die nicht seltene Entscheidung der wissenschaftlich interessierten jungen Ärztinnen und Ärzte oder des begabten Forschernachwuchses gegen Wissenschaft und Forschung und stattdessen für eine klinische Weiterbildung oder andere spätere Tätigkeiten. Die Verantwortlichen in den Leitungsstrukturen der Fakultäten und Universitätsklinik bis hin zu den Ordinarien haben wenig Handlungsspielraum und können nur die wirklich intrinsisch Engagierten und Ehrgeizigen zu rein wissenschaftlicher Tätigkeit motivieren. Es ist von allgemeinem Interesse, diese zurzeit noch auseinandergehende Schere zu schließen und generell die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Hatte sich die Hochschulleitung – wie beschrieben – im Studienbereich um die Qualität der Lehrenden und der Lehre gekümmert, so muss sie jetzt darauf bauen, dass die Universitätsmedizin Abteilung für Abteilung den Anforderungen der (Landes-)Ärztzekammern an die Voraussetzungen zur Genehmigung als Weiterbildungsstätte genügt. Darüber hinaus müssen sich die sorgfältig ausgewählten Hochschul-lehrer dem Kollegialorgan der ärztlichen Selbstverwaltung stellen und nachweisen, dass sie nicht nur zur Ausbildung von Studierenden, sondern auch zur Weiterbildung in dem von ihnen akademisch und klinisch vertretenen Fach geeignet sind, welches sie nicht nur kompetent beherrschen, sondern sogar wissenschaftlich weiter entwickeln sollen.

Wünschenswert wäre es, dass die Ärztekammern

- die besondere Rolle der Universitätskliniken,
- die im Vergleich zu anderen Krankenhäusern und Praxen größeren Herausforderungen,
- aber auch deren enorme Chancen

sehen und die Universitätsleitung und die Abteilungsleiter/Ordinarien stärker als bisher in den Kammeralltag einbeziehen würden.

3.2 Welche Entwicklungen werden konkret bei Beibehaltung der derzeitigen (strukturellen) Rahmenbedingungen erwartet?

Die Aufgabe der Universitätsklinik, den ärztlichen Nachwuchs in Koordination und Kooperation mit den beteiligten Akteuren auszubilden und in die Gesamtheit der Ärzteschaft zu integrieren, wird heute schon gut, sollte zukünftig jedoch noch besser erfüllt werden.

Die Universitätsklinik können bei langfristig gesicherter Finanzierung garantieren, dass sie Ärztinnen und Ärzte qualifizieren, die für die Durchführung klinisch-praktischer Tätigkeiten in der Patientenversorgung geeignet sind. Dies gilt nicht nur für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland oder für Europa, sondern letztlich weltweit, auch unter Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen medizinischen Herausforderungen. Die Universitätsklinik fördern die Teilnahme an internationalen Austauschprogrammen, unterstützen die Studierenden in der Beantragung von Stipendien und begrüßen die Ableistung von Teilen des Praktischen Jahres im Ausland. Einige Fakultäten sind schon heute sehr darum bemüht, dass die Studierenden parallel zum deutschen Staatsexamen auch die US-amerikanischen Zugangshürden bewältigen.

Sollte es nicht gelingen, die Vergütung für forschende Ärztinnen und Ärzte zu verbessern und sie schrittweise mit den Einkommensmöglichkeiten der klinisch tätigen Kollegen zu harmonisieren, ist mit einer Abkehr des ärztlichen Nachwuchses von Fragen der Wissenschaft und Forschung hin zur klinischen Berufsausübung zu rechnen. Außerdem werden sich die begabtesten und kompetentesten Nachwuchswissenschaftler ausländischen Forscherverbänden anschließen. Die oben für den in Weiterbildung befindlichen akademischen Nachwuchs beschriebene Vergütungsschere trifft auch die Gruppe der bereits habilitierten Ärztinnen und Ärzte.

Weder die Position des Juniorprofessors noch die des abhängig beschäftigten, beamteten W2-Professors ist unter Vergütungsaspekten attraktiv, gleichzeitig ist es heute vielerorts üblich, dass ein W2-Professor als Oberarzt vertraglich eine bessere Vergütung erhält als ein W3-Professor. Über das hier zu behandelnde Themenfeld der Ärztinnen und Ärzte hinaus gilt dies auch für den akademischen Nachwuchs der nichtklinischen wissenschaftlichen Fächer, die wesentliche Teile der Lehre und Forschung in den medizinischen Fakultäten ausmachen. Auch ambitionierte Forscher (Mediziner und Nichtmediziner) sind in die Zukunftssicherung der deutschen Universitätsmedizin einzubeziehen.

3.3 Wie müssten nachhaltige (strukturelle) Rahmenbedingungen aussehen?

Die Abstände der Novellierung unserer Approbationsordnung (ÄAppO) sollten für eine bessere Realitätsnähe verkürzt werden. Die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses bedarf einer kontinuierlichen Verbesserung. Die Studierenden sind noch intensiver als bisher in die Analyse der Rahmenbedingungen und die Evaluationen einzubeziehen.

Die Gründung von Lern- bzw. Studienhäusern scheint ein guter Schritt zu sein. Die Lehre muss als bedeutende Aufgabe der Universitätsmedizin so akzeptiert werden, dass sie auch den Schritt in den Kreis der Hochschullehrer bzw. die Habilitation ermöglicht. Grundlagenwissenschaft, klinische Forschung, Versorgungsforschung und die Verbesserung der akademischen Lehre sind Säulen der Universitätsmedizin, deren schwerpunktmäßige Beschäftigung auch akademisch gleichwertig honoriert werden sollte. ►

Die Kommerzialisierung der klinischen Universitätsmedizin ist nicht ohne Probleme. Sie darf die Aufgaben der Professoren, Dozenten und wissenschaftlichen Mitarbeiter nicht auf die wirtschaftliche Leistungserbringung am Patienten einengen und muss die dringend erforderlichen Gestaltungsräume von Forschung und Lehre berücksichtigen. Das gilt auch für die aktuell gewordene Diskussion über leistungsabhängige Bonusregelungen.

Das Alleinstellungsmerkmal der Universitätsmedizin für die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses sollte nicht aufgegeben werden. Dazu gehört auch die Zulassung und ggf. Zertifizierung von Akademischen Lehrkrankenhäusern nach überall gleichen Kriterien. Die Universitätsmedizin stellt sich aber der wettbewerblichen Herausforderung, die der Gesetzgeber durch die Änderung der Approbationsordnung bezüglich der Ausbildung der Studierenden im Praktischen Jahr angestoßen hat.

Zur Erfüllung der komplizierten Lehraufgaben wird es zur Netzwerkbildung zwischen Universitätsklinik, nichtuniversitären Krankenhäusern sowie Lehrpraxen kommen. Die Versorgung der Bevölkerung erfolgt im niedergelassenen bzw. ambulanten Bereich; seit den Reformen von Bundesminister Norbert Blüm gilt verbindlich die Maxime „ambulant vor stationär“. Fälschlicherweise wird dem ärztlichen Nachwuchs in Aus- und Weiterbildung in Universitätskliniken suggeriert, die eigentliche Versorgung der Bevölkerung geschehe im stationären Bereich. Dies ist realitätsfern und widerspricht den gesetzlichen Vorgaben. Studierende und junge Ärztinnen und Ärzte sind auf den Versorgungsalltag vorzubereiten.

Die Sonderwege der Universitätsmedizin, wie sie an der privaten Universität Witten/Herdecke, im Rahmen des Bochumer Modells, in der privatisierten Universitätslandschaft Gießen/Marburg und/oder in Oldenburg/Groningen praktiziert werden, sind ergebnisoffen zu begleiten, bei Erkennung von Fehlentwicklungen zu stoppen und bei positiver Evaluation zu übertragen. Dies gilt insbesondere für den Versuch, im Umweg über ausländische Examina eine Umstrukturierung des Medizinstudiums vom Staatsexamens- zum Bachelor-/Masterstudiengang zu erreichen. Die Universitätsmedizin unterstützt hier die eindeutige Positionierung der deutschen Ärzteschaft.

Eine langfristige Arbeitsvertragsgestaltung als Mittel zur Förderung des akademisch orientierten Nachwuchses auch in der Universitätsmedizin, z. B. mittels Facharztverträgen für die gesamte restliche Weiterbildungszeit, ist unverzichtbar. Anstatt einer bisher vielerorts üblichen reinen Personalverwaltung sollte eine tatsächliche Personalplanung im Sinne einer Personalentwicklung erfolgen.

Im angloamerikanischen Raum und in Teilen Europas sind die ärztliche Ausbildung und die dort selbstverständlich akademische Ausbildung nichtärztlicher Heilberufe organisatorisch eng miteinander verknüpft. Da eine entsprechende Diskussion derzeit in Deutschland geführt wird, soll dieser Themenkomplex in der Folge kurz aufgezeigt werden.

Im Jahr 2007 hat der Sachverständigenrat in seinem Gutachten (Textziffer 268) den medizinischen Fakultäten empfohlen „zu prüfen, inwieweit sie das Spektrum ihrer Professionen erweitern können, und zwar durch die Integration von beispielsweise Pflegewissenschaften und -praxis, Physiotherapie, Logopädie und weiteren Gesundheitsberufen. Nichtärztliche Gesundheitsberufe wie die Pflege lassen sich als Teil der Heilkunde mit einem eigenen Forschungsbedarf definieren. Wenn bei der Versorgung der meisten Krankheitszustände die Kooperation vieler

Professionen erforderlich ist, dann bietet es sich an, das erforderliche Maß an Gemeinsamkeit auch für Aus-, Weiter- und Fortbildung und nicht zuletzt für die Forschung anzustreben. Multiprofessionelle Forschung stellt eine zentrale Aufgabe der Universitäten dar, so dass die medizinischen Fakultäten aufgefordert sind, Verantwortung für die kooperationsfördernde und professionsübergreifende Lehre und Forschung im Bereich aller Gesundheitsberufe zu übernehmen“.

Diese Überlegungen sollen keinesfalls zu einer flächendeckenden Akademisierung aller Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe führen. Es scheint aber unabdingbar, einen definierten Teil dieser Profession so zu entwickeln, dass er sich um spezifische Forschungsfragen kümmern kann (vgl. 29. Sitzung des Gesundheitsforschungsrates, 08.12.2011) und zwar eingebunden in das akademische Niveau der universitären Medizin. Die ärztliche Letztverantwortung im Sinne der Diskussion um Delegation und Substitution steht hierbei nicht zur Disposition. Gefordert wird vielmehr Kooperation und Koordination (SVR 2007). Medizinische Fakultäten müssen vermehrt in die Ausbildung der an fast allen Standorten vorhandenen Berufsfachschulen integriert werden. Es können für einen bestimmten Prozentsatz an Auszubildenden Bachelor-/Masterstudiengänge an den medizinischen Fakultäten angeboten werden.

4. Bedeutung der Universitätsmedizin für die Patientenversorgung

In diesem Abschnitt werden die Aufgaben der Universitätsmedizin in der Patientenversorgung mit einem besonderen Fokus auf die Probleme im ambulanten Bereich besprochen.

Gemäß der Humboldt'schen Trias basiert auch die Universitätsmedizin auf der Einheit von Lehre, Forschung und Patientenversorgung. Damit haben universitätsmedizinische Einrichtungen als Krankenhäuser der Regel-, Maximal- bzw. Supramaximalversorgung eine Bedeutung sowohl für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und deren wissenschaftlich basierte Weiterentwicklung als auch für umfassend ausgebildete Ärzte in Deutschland. Diese Funktionen sind unter den derzeitigen Rahmenbedingungen gefährdet und müssen durch die in den Kapiteln 1 bis 3 beschriebenen Verbesserungen der Finanzierung, der Governancessstrukturen, der Personalpflege (hier insbesondere der Nachwuchsgewinnung), aber auch durch die im Folgenden dargestellten Anpassungen im Versorgungsablauf gesichert werden.

In Deutschland vollzieht sich, überwiegend ökonomisch getrieben, aber auch als Zeichen geglückter Translationen eine zunehmende Verlagerung von stationären Tätigkeitsbereichen in den ambulanten Bereich. Aus dieser Entwicklung resultieren insbesondere für die Universitätsmedizin gravierende Defizite hinsichtlich der Funktionalität von Forschung, Lehre und Weiterbildung.

Lösungsansätze werden unter besonderer Berücksichtigung einer verstärkten Kooperation zwischen Universitätsmedizin und ambulanten Zentren mit Forschungsaktivitäten bewertet und skizziert. Auch die demografischen Herausforderungen und Konzepte für eine künftige Struktur der medizinischen Flächenversorgung werden betrachtet.

Die im Folgenden begründeten Kernforderungen sind:

- Während in den Ballungsräumen die Supramaximalversorgung im Sinne von Spitzenleistungen der Universitätsmedizin ausgeprägt ist, beobachtet man bei Universitätsklinik in ländlichen Regionen alle Übergänge von

der Regelversorgung bis hin zur Maximalversorgung. Diese regionale Differenzierung hat zu verschiedenartiger Leistungsfähigkeit und unterschiedlichen Schwerpunkten in der Forschung und sogar auch in der Lehre geführt. Universitätsklinika (und Fakultäten) müssen ihre jeweiligen Lücken ausgleichen (Lehrpraxen, Verträge mit niedergelassenen Spezialisten und Stiftungsprofessuren für leistungsfähige Chefärzte).

- Die ständig zunehmende Verlagerung von bisher stationären Versorgungsleistungen in den ambulanten Sektor (sog. „Ambulantisierung“) muss von den Universitätsklinika konstruktiv angegangen werden. Strukturelle Maßnahmen seitens der Fakultäten und Universitätsklinika sind dringend geboten: Es fehlen „wegrationalisierte“ Professuren für Forschung, Lehre und Krankenversorgung in Gebieten, die den Universitätsklinika durch die Ambulantisierung verloren gegangen sind.
- Die Universitätsambulanzen müssen in Zusammenarbeit mit ambulanten Praxen weiterhin wichtige Beiträge zur Versorgung leisten (Spezialambulanzen, Transfer von Forschungsergebnissen, Versorgungsforschung) und entsprechend gefördert werden. Die Universitätsambulanzen sind dabei angemessen zu vergüten.
- Niedergelassene müssen auch in der Weiterbildung mit Universitätsambulanzen kooperieren, um ihre eigenen Nachfolger zu generieren.
- Lehrpraxen sollen auch in anderen Gebieten, über die Allgemeinmedizin hinaus angeworben werden. Empfohlen wird die Förderung der Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten, die auch durch finanzielle Anreize begünstigt werden sollte.

4.1 Was sind die wesentlichen Probleme in der derzeitigen Organisation?

In Ballungsgebieten teilen sich die Universitätsklinika vielfach die Versorgungsaufgabe mit leistungsfähigen, benachbarten Häusern der Maximalversorgung und mit spezialisierten Zentren im niedergelassenen Bereich. Hier bieten die Universitätsklinika, oft ohne örtliches Monopol für alle Spezialisierungen, vor allem die vom Sachverständigenrat (SG 1997 Textziffer 189 ff.) sog. Supramaximalversorgung. Letztere ist für jeden Standort zu definieren, durch befristete Verträge mit Kostenträgern und der Kassenärztlichen Vereinigung zu sichern und im Sinne von „Spitzenleistungen“ (VUD Politikbrief 01/2011) zu finanzieren.

Vergleichsweise isoliert, in weniger dicht besiedelten Regionen gelegene Universitätsklinika haben dagegen eine Monopolstellung in der Maximalversorgung ihrer Umgebung. Abhängig von erheblichen Größen- und Finanzierungsunterschieden bieten sie ein meist engeres Spektrum der Supramaximalversorgung.

Auf der Basis dieser unterschiedlichen Voraussetzungen entwickelte sich eine Differenzierung der Schwerpunkte in der Forschung und auch in der Lehre der deutschen Universitätsklinika. Diese Differenzierung sollte wegen der Chancen, Exzellenz im eigenen Profilbereich zu entwickeln, weiter gefördert werden. Beispielhaft sind der bevölkerungsmedizinische Schwerpunkt in Greifswald zu nennen oder andere Schwerpunkte, die im Rahmen der Exzellenzinitiative sichtbar werden (s. Landkarte Hochschulmedizin). Aber auch die Versorgungsforschung bietet Möglichkeiten, gerade auch für Standorte in kleineren Ballungszentren.

Für die Lehre gilt, dass Universitätsklinika je nach Profil ihrer Versorgungsleistungen mehr oder weniger weitgehend die Breite des ärztlichen Handelns anbieten können. Das führt dazu, dass sich gerade in Ballungsgebieten besonders leistungsfähige Universitätsklinika thematisch ergänzen müssen. Lücken können beispielsweise durch Chefärzte/Chefärztinnen mit Stiftungsprofessur oder Verträge mit ambulanten Leistungsanbietern, wie z. B. Lehrpraxen, ausgeglichen werden.

4.2 Welche konkreten Entwicklungen werden bei Beibehaltung des gegenwärtigen Systems erwartet?

Der rasante medizinische und technische Fortschritt erlaubt die ambulante Durchführung von immer mehr diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die früher nur stationär vorgenommen werden konnten. In der jüngeren Vergangenheit wurden die stationären Betten als Haupteinnahmequelle betrachtet und die Polikliniken und Ambulanzen lediglich als Zulieferer für die Stationen angesehen, anstatt das ökonomische Potenzial der ambulanten Versorgung zu erkennen und für eine leistungsgerechte Vergütung der dort erbrachten Behandlungen zu sorgen. Nicht finanziert sind der zusätzliche Aufwand für Forschung und Lehre und die höheren Vorhaltekosten für Spezialisten. Im derzeitigen System gibt es an den Universitätsklinika eine Vielzahl ambulanter Angebote in uneinheitlicher Organisationsform, die an vielen Orten zumindest zum Teil auch durch Vertragsärztinnen und -ärzte angeboten werden. Hierbei kann es sich um persönliche Ermächtigungen (gemäß § 116 SGB V), Institutsermächtigungen (gemäß § 95 SGB V), traditionelle Poliklinik-Sprechstunden mit geringer pauschaler Vergütung pro Quartal oder um sog. §-116b-SGB-V-Ambulanzen handeln. Außerdem sind eine Revitalisierung der integrierten Versorgung gemäß § 140a–d SGB V sowie die Einrichtungen nach § 120 SGB V, die vielerorts angestrebt werden, zu nennen. Diese Möglichkeiten werden durch regionale, besondere Versorgungsaufträge ergänzt.

Zusammenfassend würde eine Beibehaltung des derzeitigen Systems gravierende Konsequenzen haben: Als Folge des durchaus gewünschten Transfers von meist in den Universitätsklinika erarbeiteten wissenschaftlichen Fortschritten in die Versorgung der Bevölkerung ist zunehmend eine „Ambulantisierung“ der Medizin zu verzeichnen. Dies führt zu einem Verlust wesentlicher Fächer in der Universitätsmedizin (bspw. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin) mit der Konsequenz, dass die Universitätsklinika zu einigen Patientengruppen kaum noch oder keinen Zugang mehr haben, dies jedoch für Forschung und Lehre, aber auch für die Weiter- und Fortbildung dringend erforderlich ist.⁴

4.3 Wie müsste eine nachhaltige Struktur der Universitätsambulanzen aussehen?

Hochschulambulanzen spielen auch in Zukunft eine zentrale Rolle bei der Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus der klinischen Forschung in die Patientenversorgung. Die jährlich in den akademischen Lehrpraxen behandelten 4,5 bis fünf Millionen Patienten stellen ein erhebliches Potenzial für patientenorientierte klinische Forschung und Versorgungsforschung dar. Schon in den vergangenen Jahren wurden (insbesondere in der Inneren Medizin) die meisten klinischen Studien an ambulanten

⁴Vgl. Kentenich et al. (2012): Forschung und Weiterbildung im Bereich der Fortpflanzungsmedizin stärken. J Reproductive Med Endokrinol 8: 199–202.

Patienten durchgeführt, da häufig Langzeituntersuchungen notwendig waren. Der Trend wird in Zukunft weiter zunehmen, da immer mehr Studien zur Prävention von Krankheitskomplikationen initiiert werden. Sie betreffen daher Patienten, die über Jahre keiner stationären Behandlung bedürfen. Es erscheint unmöglich, die für derartige Studien erforderlichen Patienten ausschließlich durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten außerhalb der Universitätsklinik zu rekrutieren. Den Hochschulambulanzen kommt neben ihrer eigenen Versorgungsaufgabe eine zentrale koordinierende Funktion zu, die ausgebaut werden muss.

Viele ehemals in der Universitätsmedizin tätige, auch im Bereich der Forschung ausgewiesene Praxisinhaber werden zunehmend Schwierigkeiten haben, für ihre Praxis einen geeigneten Nachfolger zu finden, da die hierfür notwendige Weiterbildungsleistung nicht mehr durch die Universitätsmedizin erbracht wird. Vor diesem Hintergrund kann bei den ambulant tätigen Spezialisten ein Eigeninteresse geweckt werden, im Bereich der Weiterbildung mit der Universitätsmedizin in Weiterbildungsverbänden zu kooperieren und potenzielle Nachfolger heranzubilden. Grundsätzlich erscheint in diesem Punkt auch die Zusammenarbeit von universitären Einrichtungen und Akademischen Lehrkrankenhäusern erforderlich.

Der direkte Zugang für Patienten zur Universitätsmedizin muss möglich sein, wenn auch im Regelfall eine Überweisung durch einen ambulant tätigen Facharzt erfolgt. Er könnte durch eine adäquat finanzierte Kontingentierung gesteuert und ggf. begrenzt werden.

Mit Spezialambulanzen werden die wenigsten Universitätsklinik sämtliche Spezialgebiete abdecken können. Daher ist auf gute Kooperationsvereinbarungen zwischen zwei und mehreren Universitätsklinik zu achten, damit zumindest im Bereich zwischen zwei oder mehreren Bundesländern die Angebote so strukturiert werden, dass sowohl die Patientinnen und Patienten Zugang zu hochspezialisierten Versorgungsangeboten gewinnen als auch die Universitätsklinik Forschungsmöglichkeiten und die spezialisierte Weiterbildung standortübergreifend organisieren können.

Die Ambulanzen an Universitätsklinik leiden in mehrfacher Hinsicht unter den aktuellen gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen:

- Fragmentierung der Rechtsgrundlagen: Ambulante Versorgung erbringen die Universitätsklinik auf der Grundlage eines Flickenteppichs von ambulanten Ermächtigungen. Die Spezialregelung für Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) bildet nur einen Teilbereich ab. Dazu kommen die ambulante Notfallversorgung, persönliche und Institutsermächtigungen, vor- und nachstationäre, teilstationäre, integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme, Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren, Ambulantes Operieren, seltene und besondere Erkrankungen (§ 116b SGB V) und Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Mit jeder dieser Ermächtigungsgrundlagen sind andere Zulassungs- und Abrechnungsregelungen sowie Qualitätssicherungsanforderungen verbunden. Es gibt zahlreiche Überlappungen und ungeklärte Schnittstellen. Auf dieser Grundlage ist die Krankenversorgung kaum noch vernünftig zu administrieren.
- Die Unterfinanzierung der Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V werden sich in Zukunft immer weniger Universitätsklinik noch leisten können: Die Vergütungspauschalen

für Patienten in den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V decken an den meisten Universitätsklinik nicht annähernd die tatsächlichen Behandlungskosten des Ambulanzbetriebs ab, so dass es zur Quersubventionierung kommt.

- Limitierung des § 117 SGB V auf den Bedarf für Forschung und Lehre: Die Kassenärztlichen Vereinigungen geben den Universitätsklinik Fallzahlbegrenzungen vor. Denn laut Gesetz dürfen nur so viele Patienten behandelt werden, wie für Forschung und Lehre erforderlich sind. Zusätzliche Fälle werden nicht bezahlt. Faktisch haben die Universitätsklinik aber auch in der ambulanten Versorgung eine Sicherstellungsfunktion. In den letzten zehn Jahren sind die ambulanten Patientenzahlen enorm angestiegen. Jede Universitätsklinik behandelt heute Fallzahlen weit über der Obergrenze – ohne Vergütung.

Die Universitätsklinik brauchen bessere Rechts- und Finanzierungsgrundlagen für ihre Ambulanzen. Die zahlreichen ambulanten Zulassungsregelungen für die ambulante Hochschulmedizin müssen zusammengeführt werden. Die vorhandene Spezialregelung für die Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) darf nicht mehr allein auf den Bedarf für Forschung und Lehre beschränkt bleiben. Die Universitätsklinik brauchen stattdessen die Möglichkeit, mit den Krankenkassen aus einem Guss sachgerechte Vergütungsmodelle für ihre besonderen Versorgungsangebote zu verhandeln.

Da in vielen Bereichen aufgrund der Verkürzung von Liegezeiten eine zunehmende Verlagerung der patientenorientierten klinischen Forschung in die Hochschulambulanzen erfolgt, empfiehlt sich die Einrichtung von Forschungsverbänden mit Beteiligung der Akademischen Lehrpraxen, wie dies an manchen Standorten im Bereich der Versorgungsforschung bereits geschehen ist.

Die Einrichtung von Lehrpraxen hat sich an einer Reihe von Standorten bewährt. Lehrpraxen erleichtern der Universitätsmedizin den Zugang zu ambulanten Patienten für Lehre und Forschung. Der Vorteil für die Praxisinhaber besteht in einer engeren Kooperation mit einer medizinischen Fakultät und einem Universitätsklinikum sowie deren Sichtbarmachung nach außen. Neben den 4 554 allgemeinmedizinischen Lehrpraxen mit insgesamt etwa 4,5 bis fünf Millionen Patienten pro Jahr wäre die Einrichtung von Lehrpraxen in weiteren Gebieten (wie der Augenheilkunde oder Kinder- und Jugendmedizin) wünschenswert. Umgekehrt sind Hochschulambulanzen auch für die Vertragsärzteschaft unverzichtbar, insbesondere bei der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen sowie bei Patienten, bei deren Betreuung komplexe und aufwendige diagnostische oder therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen, die ein gut aufeinanderabgestimmtes multidisziplinäres Vorgehen erfordern.

Anreize könnten durch ein finanziell unterlegtes Bonus-Malus-Modell, z. B. höhere Punktwerte oder eine extrabudgetäre Vergütung für Praxen, geschaffen werden, die sich in Forschung, Lehre und Weiterbildung engagieren. Die Weiterentwicklung von Förderungsprogrammen muss den Einbezug der Versorgung durch Niedergelassene in kooperative Projekte als Auflage für eine Förderung besonders beachten. Empfohlen wird die Bindung von Anteilen der Vergütung an den Nachweis einer Zusammenarbeit in Weiterbildung, Ausbildung und Forschung zwischen niedergelassenen Zentren und universitären Forschungseinrichtungen. In anderen Ländern, wie z. B. den Niederlanden, sind forschende Allgemeinärzte nichts Ungewöhnliches.

Generell erscheint die Einrichtung von Ambulanzportalen innerhalb der Polikliniken sinnvoll, wie dies in den Empfehlungen

des Wissenschaftsrates zur ambulanten Universitätsmedizin vorgeschlagen wurde. Dies würde die Arbeitsabläufe straffen und die Betreuung patientenfreundlicher gestalten. Die Leitung derartiger Ambulanzportale könnte auch ein Hochschullehrer für Allgemeinmedizin übernehmen, wodurch dieses Gebiet stärker in die Aktivitäten von medizinischen Fakultäten und Universitätsklinik eingebunden würde. Lehrpraxen können der Zugang zu Patienten für wissenschaftliche Projekte sein, insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung.

Die medizinischen Fakultäten und Universitätsklinik sollten prüfen, ob sie in ärztlich unterversorgten Gebieten durch die Übernahme von Praxen oder die Einrichtung von MVZ die ärztliche Versorgung sicherstellen können. Allerdings haben sich die Bedingungen für die Gründung von MVZ infolge des am 01.01.2012 in Kraft getretenen „Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)“ für Universitätsklinik und andere Krankenhäuser wieder verändert.

Eine vertraglich geregelte Doppelbeschäftigung von Ärzten und Hochschullehrern in Praxen (für die Patientenversorgung) und in der Hochschule (für Forschung und Lehre) sollte häufiger genutzt werden.

Es hat in der Vergangenheit nicht an Appellen gefehlt, die auf eine Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation in den Universitätsklinik abzielen:

- Die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) „Hochschulambulanzen: heutiger Stand und zukünftige Perspektiven“ vom Oktober 2011 hebt vor allem auf den barrierefreien (direkten) Zugang von Patienten zu den Ambulanzen der Universitätsklinik mit Fallobergrenzen und auf eine angemessene Finanzierung derselben ab.
- Der Gesundheitsforschungsrat im Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) stellt im Oktober 2003 fest, dass Ambulanzen der Hochschulklinik de facto einen besonderen Auftrag in der Krankenversorgung wahrnehmen, der über den „für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang“ deutlich hinausgeht und auf besonderer fachlicher Kompetenz beruht, die in dieser Form in anderen Einrichtungen nicht verfügbar ist. Den Universitätsklinik werden diese Leistungen im Anteil Forschung, Lehre und Weiterbildung nicht angemessen vergütet.
- Der Verband der Universitätsklinik Deutschlands (VUD) empfiehlt, die spezialärztliche Versorgung im § 117 SGB V festzuschreiben und den Flickenteppich der Ermächtigungsgrundlagen aufzulösen. Es bleibt abzuwarten, welche Verbesserungen das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) tatsächlich bringt.
- Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) widmet sich 2012 in seinem Sondergutachten „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ dem Thema. Er beschreibt den zunehmenden Mangel an qualifiziertem Personal und empfiehlt u. a. Entlassungsmanagement, Beratungsforschung, Qualitätswettbewerb und die Angleichung der Vergütung in der ambulanten Versorgung einschließlich der Universitätsambulanzen.
- Der Wissenschaftsrat stellt in mehreren Stellungnahmen die Probleme der Universitätsmedizin und insbesondere auch der Universitätsambulanzen dar, beispielsweise 2004 in sei-

nen „Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin“ sowie 2010 in seinen „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Universitätsmedizin in Deutschland“.

Epilog: Kooperation „Universitätsmedizin und Ärztekammern“

Die gesetzlich definierte ärztliche Selbstverwaltung manifestiert sich in den Ärztekammern, in denen alle approbierten Ärzte der Bundesrepublik Deutschland als Pflichtmitglieder organisiert sind. Wenn aufgrund der bisher beschriebenen Zusammenhänge die ärztliche Ausbildung an den Universitäten in Deutschland aus verschiedenen Gründen bedroht ist, hat dies auch unmittelbare Auswirkungen auf die Aufgaben der Ärztekammern. Insoweit ist es nur konsequent, dass die vorliegende Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates vom Vorstand der Bundesärztekammer, veranlasst durch den Deutschen Ärztetag, initiiert wurde.

Neben den im Rahmen der Stellungnahme beschriebenen Problemen und vorgeschlagenen Problemlösungen soll in diesem Epilog skizziert werden, wie Ärztekammern und Universitätsmedizin in Zukunft enger zusammenarbeiten und so die Rahmenbedingungen nachhaltig gestalten können. Bereits jetzt findet man Synergie in der Beziehung von Ärztekammern und Universitätsmedizin in vielfacher Form. Dazu gehören z. B. die normative Funktion von Ärztekammern (Berufsordnung, Weiterbildungsordnung, Richtlinien, Leitlinien etc. gelten auch für jeden in der Universitätsmedizin tätigen Arzt). Des Weiteren werden die in der Universitätsmedizin tätigen Ärztinnen und Ärzte in berufsrechtlichen, standesrechtlichen und ethischen Fragen durch die Ärztekammern vertreten. Für die Erteilung der Weiterbildungsbefugnisse und die Zulassung der Weiterbildungsstätten zur Weiterbildung sind die Ärztekammern in hoheitlichem Auftrag – auch gegenüber der Universitätsmedizin – verantwortlich.

Ärztekammern tragen aber auch für den Nachwuchs außerhalb der Hochschulen Verantwortung. Sie formulieren die Weiterbildungsinhalte und sind am Nationalen Lernzielkatalog beteiligt. Die Ärztekammern sorgen damit auch für eine abgestimmte praxisorientierte Aus- und Weiterbildung. Damit ergibt sich eine wechselseitige Angewiesenheit von Universitätsmedizin und Ärztekammern, welche an den Schnittstellen der Aus-, Weiter- und Fortbildung besonders deutlich wird. Hinzu kommt die unerlässliche Mitwirkung von Hochschullehrern in den Gremien der Ärztekammern wie Vorstand oder Ausschüssen sowie bei Facharztprüfungen oder der wissenschaftlich fundierten Fortbildung, in denen diese ihr fachliches Potenzial einbringen.

Generell betrachtet haben die Ärztekammern die Doppelaufgabe, einerseits die beruflichen Belange der Ärzteschaft zu wahren und gleichzeitig als hoheitliche Aufgabe die Aufsicht über die Ärzte zu führen. Das intrinsische Konfliktpotenzial dieser Doppelaufgabe ist erfolgreich zu lösen. In diesem Zusammenhang sollte eine noch engere Zusammenarbeit zwischen den Ärztekammern und der Universitätsmedizin angestrebt werden. Dabei erscheinen die folgenden Aspekte besonders relevant. Von besonderer Bedeutung für die Universitätsmedizin sind die gegenwärtigen Schwierigkeiten, die Weiterbildung zum Facharzt und eine wissenschaftlich erfolgreiche Hochschullehrerlaufbahn zu vereinbaren. Den Ärztetagen und den Kammern wird empfohlen, Wege zu suchen, die wissenschaftliches Engagement und Erfolg vermehrt für die Anerkennung als Weiterbildungsäquivalente erlauben. Die Ärztekammern

sollten bereits während der universitären Ausbildung und auch in der Weiterbildung an den Universitäten mehr Präsenz zeigen und sich ggf. auch strukturell einbringen. Dazu sollten die Universitäten entsprechende Rahmenbedingungen schaffen und eine enge Abstimmung mit den Ärztekammern anstreben. Auch die wissenschaftlichen und ökonomischen Anforderungen an eine zukunftsorientierte Universitätsmedizin wirken mittelbar, wie z. B. über das Berufsrecht, auf die Ärztekammern. Die Universitätsmedizin sollte deshalb langfristige Entscheidungen, die sich auf die Tätigkeit der universitären Ärzte auswirken, frühzeitig mit den Ärztekammern abstimmen.

Mitglieder des Arbeitskreises

Prof. Dr. med. Guido Adler

Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender,
Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. med. D. Michael Albrecht

Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums
Carl Gustav Carus, Dresden

Prof. Dr. rer. physiol. Dr. h. c. Ulrike Beisiegel

Präsidentin der Georg-August-Universität Göttingen

Prof. Dr. med. Dieter Bitter-Suermann

Präsident für Forschung und Lehre der Medizinischen Hochschule Hannover

Prof. Dr. rer. nat. Maria Blettner

Direktorin des Instituts für Medizinische Biometrie,
Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Mainz

Dr. Andreas Botzlar

2. Vorsitzender des Marburger Bundes, Berlin

Dr. med. Andreas Crusius

Präsident der Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Rostock

Dr. jur. Francesco De MEO

Vorsitzender der Geschäftsführung der Helios-Kliniken GmbH, Berlin

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Axel Ekkernkamp

Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin

Prof. Dr. med. Georg Ertl

Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik I
des Universitätsklinikums Würzburg

Dr. med. Henning Friebel

ehem. Präsident der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Prof. Dr. med. Harald Gollnick

Leiter der Universitätsklinik für Dermatologie und
Venerologie der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Joachim Grifka

Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie
der Universität Regensburg, Asklepios-Klinikum Bad Abbach

Dipl.-Volkswirtin Irmtraut Gürkan

Kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Heidelberg

Prof. Dr. med. Norbert Haas

Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC) der Charité
– Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum

Prof. Dr. med. Karl Hörmann

Direktor der HNO-Klinik am Universitätsklinikum Mannheim

Dr. med. Max Kaplan

Vizepräsident der Bundesärztekammer,
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, München

Prof. Dr. med. Thea Koch

Direktorin der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Thomas Köhler

Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Eschborn

Prof. Dr. rer. nat. Heyo Kroemer (**federführend**)

Sprecher des Vorstands – Vorstand Forschung und Lehre,
Dekan der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen

Prof. Dr. med. Stefan Meuer

Direktor des Instituts für Immunologie am Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard Niebling

Leiter des Lehrbereichs Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Eberhard Nieschlag

em. Direktor des Centrums für Reproduktionsmedizin
und Andrologie des Universitätsklinikums Münster

Prof. Dr. med. Karl Heinz Rahn

Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften, Düsseldorf

Dipl.-Ökonom Uwe Repschläger

Hauptabteilungsleiter Unternehmensstrategie und Controlling,
Barmer-GEK, Wuppertal

Prof. Dr. med. Heinrich Sauer

Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Friedrich-Schiller-Universität, Jena

Prof. Dr. med. Jürgen Schölmerich

Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Klinikums
der Goethe-Universität Frankfurt a. M.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Dresden

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba

Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. Babette Simon

Präsidentin der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg

Prof. Dr. med. Ute Thyen

Oberärztin an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Lübeck

Prof. Dr. med. Brigitte Vollmar

Direktorin des Instituts für Experimentelle Chirurgie der Medizinischen
Fakultät der Universität Rostock

Ltd. Ministerialrat Hans-Otto von Gaertner

Ministerium für Bildung, Wissenschaft,
Jugend und Kultur des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz

Dr. med. Martina Wenker

Vizepräsidentin der Bundesärztekammer,
Präsidentin der Landesärztekammer Niedersachsen, Hannover

Dr. med. Mathias Wesser

Präsident der Landesärztekammer Thüringen, Jena-Maua

Dr. med. Theodor Windhorst

Präsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, Münster

Geschäftsführung

Dezernat VI (Leiter Dr. med. Gert Schomburg)

Bundesärztekammer

Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

E-Mail: dezernat6@baek.de