



# MINISTERIUM FÜR WISSENSCHAFT, FORSCHUNG UND KUNST BADEN-WÜRTTEMBERG

- Leitender Ministerialrat Helmut Meinhold -

Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg  
Postfach 10 34 53 - 70029 Stuttgart

Herrn  
Dr. Hans Kraft, MdL  
Stellvertretender Vorsitzender des  
Ausschusses für Wissenschaft und Forschung  
Landtag Nordrhein-Westfalen  
Postfach 10 11 43

40002 Düsseldorf

Stuttgart, 29. Juli 1999  
Durchwahl (0711) 279- 3180  
Aktenzeichen: 34-741.2/-  
(Bitte bei Antwort angeben)

**Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Wissenschaft und For-  
schung des Landtags Nordrhein-Westfalen am 26. August 1999 zum  
Gesetz zur Neuordnung der Hochschulmedizin (Gesetzentwurf der  
Landesregierung, Drs. 12/3787)**

**Anlagen**  
Schriftliche Stellungnahme

Sehr geehrter Herr Dr. Kraft,

für die Einladung zur Anhörung danke ich Ihnen. Auf die Ihnen bereits übersandte Teilnah-  
meerklärung darf ich verweisen. Eine schriftliche Stellungnahme zum Gesetzentwurf ist die-  
sem Schreiben beigelegt.

Ich werde mich am 26. August um 10.00 Uhr im Landtagsgebäude in Düsseldorf einfinden.

Mit freundlichen Grüßen



Helmut Meinhold  
Leitender Ministerialrat im  
Ministerium für Wissenschaft, Forschung  
und Kunst Baden-Württemberg

Stuttgart, den 29. Juli 1999

**Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Wissenschaft und Forschung des Landtags Nordrhein-Westfalen am 26. August 1999 zum Gesetz zur Neuordnung der Hochschulmedizin (Gesetzentwurf der Landesregierung, Drs. 12/3787)**

**Zum Ausgangspunkt des Gesetzentwurfs:**

In der Begründung des Regierungsentwurfs wird auf die Überlegungen der Kultusministerkonferenz von 1995 Bezug genommen, die durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 ausgelöst worden sind.

Das Gesundheitsreformgesetz wird eine weitere Verschärfung des Kostendrucks auf die Krankenhäuser und damit nochmals steigende Gefahren für den Zuschuss für Forschung und Lehre zur Folge haben.

Es ist vorauszusehen, dass in Verbindung mit einem „flächendeckenden“ Preissystem die Bedeutung von Markt und Wettbewerb zunehmen und die Leistungsfähigkeit privatwirtschaftlich geführter Krankenhäuser auch für die Universitätsklinika zur „Meßlatte“ werden wird.

## I. Zum Universitätsklinikum

### 1. Alternativen zur Reform

Wie unter Nr. 2 dargestellt, ist der Übergang zur rechtlichen Selbstständigkeit zwingend. Nur Regelungen auf der Grundlage des neu vorgesehenen § 45 a) werden den Anforderungen gerecht.

Der vorgesehene Weg, die Regelungen durch Verordnungen zu treffen, kann sinnvoll sein, birgt aber auch Risiken. Vor allem bei der Leitungsstruktur sind verschiedene Lösungen mit vergleichbarer Effizienz denkbar: Die Rücksichtnahme auf die Vorstellungen der Universität und des Klinikums ist nützlich, wenn die Leistungsfähigkeit der Regelung nicht dem Abstimmungsbemühen untergeordnet wird.

### 2. Zur Selbstständigkeit

Allein die rechtliche Selbstständigkeit gewährleistet eine Konzentration von Zuständigkeit und Verantwortung auf das Klinikum, die jedenfalls annähernd unternehmensähnliche Wirtschaftsführung ermöglicht.

Nur so kann die unerlässliche Fähigkeit, im eigenen Namen am Rechtsverkehr teilzunehmen, hergestellt werden.

Die Vorstellung, dass das gleiche Ergebnis auch ohne selbstständige Rechtsform im Wege der Delegation staatlicher Zuständigkeiten auf das Klinikum (das nachgeordnete Landesbehörde bleibt) erreicht werden kann, ist unrealistisch. Die Erfahrung lehrt, dass der – immer wohlgemeinte und fürsorgliche – Zugriff von Ministerialbürokratie und Politik nicht hinreichend auszuschließen ist. Allein diese Gefahr beeinträchtigt die unternehmerische Wirtschaftsführung.

### 3. Zur Anstalt des öffentlichen Rechts

3.1 Die Anstalt des öffentlichen Rechts ist jedenfalls gegenwärtig die zweckmäßigste Rechtsform. Maßgeblich ist, wie die in weitem Umfang gestaltungsfähige Anstalt tatsächlich ausgestaltet wird. Das aktienrechtliche Modell Vorstand – Aufsichtsrat ist prinzipiell der richtige Ansatz. Es kommt aber darauf an, dass

- bei der Zusammensetzung der Organe der Leistungsfähigkeit und der Gesamtverantwortung für das Klinikum Vorrang vor Teilinteressen von Gruppen oder Einrichtungen eingeräumt wird;
- der Aufsichtsrat nicht als verlängerter Arm des Landes oder der Universität oder „Übervorstand“ angelegt wird.

### 3.2 Zusammenarbeit mit der Universität

Jede nicht gebotene Einschränkung der Unternehmensführung muss vermieden werden, wenn die Verpflichtung des Klinikums, die Kosten mit den Kassenerlösen zu decken, ernst gemeint ist. Beispielsweise die Auflage, nur mit der staatlichen Bauverwaltung zu bauen, wäre insoweit problematisch.

Eine Einschränkung der Geschäftstätigkeit des Klinikums ist freilich zur Gewährleistung von Forschung und Lehre geboten. Bei Kernentscheidungen vor allem im personellen und strukturellen Bereich können Klinikum und Universität nur einvernehmlich handeln. Beide Seiten sollten insoweit nicht mit Hilfe von Schiedsstellenmechanismen unter Druck gesetzt werden können.

### 4. Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Der Sprung vom Landesbetrieb zur GmbH ist sehr groß, möglicherweise zu groß – auch dann, wenn das Land oder die Universität Gesellschafter werden und keine Privatisierung erfolgt.

Auf mittlere Sicht kann der Übergang zur GmbH notwendig werden. Dies wird vor allem davon abhängen, inwieweit es der Anstalt gelingt, im Leistungs- und Kostenbereich den Anforderungen zunehmend privatwirtschaftlich beeinflusster Wettbewerbskriterien (Preise) zu genügen. Die Entwicklung des öffentlichen Dienstrechts wird insofern eine Kernfrage sein.

Anlass zum Übergang auf die GmbH könnte auch die Investitionsfinanzierung sein. Es wird darauf ankommen, ob und wie lange die notwendigen Investitionen ohne Beteiligung privaten Kapitals finanziert werden können.

#### 5. Förderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz

Mittlerweile ist geklärt, dass die Rechtsformänderungen insoweit keine negativen Auswirkungen haben müssen. Entscheidend ist, dass die bestimmungsgerechte Verwendung der für Forschung und Lehre zugewiesenen Mittel und entsprechende Entscheidungs- und Mitwirkungsbefugnisse des Medizinischen Fachbereichs gesichert sind.

## II. Zum Fachbereich

### 1. Ziele

Die Integration zwischen Krankenversorgung, Forschung und Lehre auf der Klinik- und Abteilungsebene durch die Personalunion zwischen Ärztlichem Direktor und Professor für Forschung und Lehre muss auch künftig aufrechterhalten werden.

Bisher sind die für den Fachbereich maßgeblichen finanziellen Vorgänge in weitem Umfang in die Leitungsstruktur der Klinik eingebunden; die Sicherung gegen die Dominanz der Belange der Krankenversorgung von Forschung und Lehre bei diesen Entscheidungen bleibt zweifelhaft. Bei wachsendem Kostendruck in der Krankenversorgung steigt das Risiko für Forschung und Lehre.

Der Schutz der Mittel für Forschung und Lehre und ihr effizienter Einsatz, die nach dem Regierungsentwurf u. a. durch Maßnahmen wie Trennungsrechnung und geteilte Budgets gesichert werden sollen, benötigen einen selbstständigen und hinreichend vom Klinikum unabhängigen Verantwortungsträger. Das kann nur der Fachbereich sein.

Dies ergibt sich auch aus folgendem:

- Die von wirtschaftlicher Effizienz diktierte rechtliche Verselbständigung des Klinikums führt – auch unter Berücksichtigung der Regeln über die Zusammenarbeit – zu einer deutlicheren Trennung von der Universität als bisher. Medizinische Forschung und Lehre können nicht „mitgehen“, sie müssen in der Universität verankert bleiben. Der vor der Verselbständigung vielleicht noch akzeptable vielfach bestimmende Einfluss der Leitungsorgane des Klinikums auch auf finanzielle Fragen von Forschung und Lehre wird noch problematischer.
- Nehmen Leistungsbezug und Wettbewerb auch in Forschung und Lehre zu, so ist es noch notwendiger, dass der für Forschung und Lehre verantwortliche Fachbereich auch über die dafür bestimmten finanziellen Mittel verfügt, unabhängig davon, inwieweit er den Vollzug seiner Entscheidungen der Klinikumsverwaltung überlässt.

Bei alledem kommt es darauf an, die richtige Balance zwischen Unabhängigkeit und Eigenständigkeit einerseits sowie Einbindung und Abstimmungspflicht andererseits zwischen dem Fachbereich und dem Klinikum, dem Fachbereich und der Gesamtuniversität und der Gesamtuniversität und dem Klinikum zu finden.

## 2. Leistungsstruktur

Die Leistungsstruktur des Fachbereichs sollte der Leistungsstruktur des Klinikumsvorstands nachgebildet werden. Klinikums- und Fachbereichsvorstand müssen jedenfalls im „Alltagsgeschäft“ auch partnerschaftlich handlungsfähig sein. Die Nachbildung wird Grenzen haben, weil der Fachbereich nicht in gleicher Weise wie das Klinikum als Wirtschaftsbetrieb verstanden werden

kann und auch der Einbindung in die Gesamtuniversität Rechnung zu tragen ist. Insofern wird ein „Vorstand-Aufsichtsrats-Modell“ beim Fachbereich nur eingeschränkt möglich sein.

### 3. Fachbereichs- und Klinikumsreform

§ 45 a) sieht die angesprochene Reform des Fachbereichs nur dann vor, wenn auch das jeweilige Klinikum reformiert wird. Das überzeugt nicht. Aus den genannten Gründen sollte die Neuordnung der Fachbereiche auch dann erfolgen, wenn am Landesbetrieb Klinikum festgehalten wird.

#### **Ergebnis:**

1. Der im Gesetzentwurf vorgesehene Weg der Reform wird nachdrücklich befürwortet.
2. Eine Alternative zu dieser Reform in der Weise, dass ein Teil der Klinika in der bisherigen Rechtsform verbleibt, besteht nicht. Diese Alternative schwächt auch die Überzeugungskraft der Reform.
3. Das vorgesehene Verordnungsverfahren, wonach die Details der Reform standortabhängig festgelegt werden, leuchtet ein, stellt aber hohe Anforderungen an die Pflicht, dann in unterschiedlichen Varianten ausbalancierte tragfähige Lösungen zu finden und durchzusetzen.
4. An eine Reform des Fachbereichs gemäß § 45 Abs. 3 sollte auch dann gedacht werden, wenn von einer Reform des jeweiligen Klinikums abgesehen wird.