

Eine solche regionale Koordinierungsstelle, für die in erster Linie die Landesärztekammern in Betracht kommen, sollte gegenüber den Weiterbildungsassistenten folgende Funktionen erfüllen:

1. Vergabe der Weiterbildungsplätze einer Region, entsprechend einem Weiterbildungsvertrag über fünf Jahre, wobei ein Wechsel zwischen den Kammern möglich bleiben sollte. Durch die Einführung eines qualifizierenden und wirtschaftlich sicheren Weiterbildungsgangs bei gleichzeitiger spezifischer Zuweisung eines anspruchsvollen Versorgungsauftrags durch § 73 SGB V wird die Attraktivität der Allgemeinmedizin für Hochschulabsolventen in kaum zu überschätzender Weise zunehmen.

2. Koordination der regional verfügbaren ambulanten und stationären Weiterbildungsstellen für die verschiedenen Rotationen.

3. Supervision und Betreuung der Weiterzubildenden. Durch eine regionale Koordinierungsstelle bestünde die Chance, nicht nur den organisatorischen Teil der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu erleichtern, sondern den angehenden Allgemeinärzten auch Mentoren an die Seite zu stellen, die ihre Identitätsfindung begleiten und fördern können. Hier bietet sich die Zusammenarbeit mit den regionalen Abteilungen für Allgemeinmedizin der Universitätskliniken an.

Zitierweise dieses Beitrags:

Dt Ärztebl 2000; 97: A-976-979
[Heft 15]

Einige Passagen dieses Aufsatzes sind dem im April bei Schattauer erscheinenden Buch der Autoren „Weiterbildung Allgemeinmedizin: Qualifizierung für die primärärztliche Versorgung. Entwicklung, Gegenwart und Perspektiven der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsordnung in Deutschland“ entlehnt. Hier finden sich weiterführende Überlegungen und Literaturhinweise.

Anschrift der Verfasser

Dr. med. Jürgen in der Schmitt
Weberstraße 11, 40667 Meerbusch
Prof. Dr. med. Peter Helmich
Burgwall 5, 41379 Brüggen

Hochschulmedizin

Hausaufgaben weitgehend erledigt

Zehn Jahre nach dem Mauerfall werden ein erstes Resümee und ein Abriss der künftigen Aufgaben aus der Sicht Thüringens vorgenommen.

Theodor Peschke

Die Hochschulmedizin ist in Deutschland sowohl in die gesellschaftspolitischen Diskussionen über die Reformen des Hochschulwesens einbezogen als auch in die finanziell geprägten Strukturdiskussionen über das zukünftige Gesundheitswesen. Ihre Entwicklung ist daher ein wichtiger Indikator gesellschaftlicher Veränderungen und Kontinuität, was sich in den Diskussionen über die Reform der Ausbildungsordnungen (wie viele Ärzte und Zahnärzte braucht das Land?), über Kostenbegrenzungen im Gesundheitswesen (wie viel Hochleistungsmedizin ist notwendig?) und über hochschulrechtliche Strukturen (benötigen die Hochschulklinika eine rechtliche Selbstständigkeit?) wiederfindet.

Auch Thüringen bemüht sich kontinuierlich, angemessene Problemlösungen zu finden. Die Thüringer Landesregierung beschloss daher 1992 auf Empfehlung des Wissenschaftsrates mit Zustimmung des Thüringer Landtages nach gründlicher Beratung unter Einbeziehung bundesdeutscher Sachverständiger, ab 1994 die human- und zahnmedizinische Lehre und Forschung Thüringens an der Universität Jena zu konzentrieren. Auf diese Weise wurden in Thüringen die human- und zahnmedizinischen Ausbildungskapazitäten den zukünftigen Anforderungen angepasst und die Aufwendungen im Land für die Hochschulmedizin reduziert (Tabelle). Eine vom Wissenschaftsrat vorgeschlagene Sachverständigenkommission empfahl der Landesregierung, welche nichtklinischen, leistungsstarken Forschungs-

gruppen der damaligen Medizinischen Hochschule Erfurt als Forschungszentrum in die Universität Jena einzugliedern sind.

Parallel zur Hochschulstrukturplanung waren für jede Hochschule des Landes die Personalstrukturen für die wissenschaftlichen Einrichtungen zu planen und Überleitungsentscheidungen für jeden Beschäftigten des



wissenschaftlichen Dienstes zu treffen. Allein in der Hochschulmedizin Thüringens betraf dies in Jena 740 Beschäftigte, in Erfurt 780. Zu Beginn des Wintersemesters 1999/2000 sind an der Medizinischen Fakultät der Universität Jena im Ergebnis der auch mit uneigennützigem und engagierter Unterstützung der medizinischen Fakultäten der Universitäten Gießen, Frankfurt, Erlangen und Marburg durchgeführten verkürzten Berufungsverfahren 39 Professuren durch Überleitungen besetzt; das sind 35 Prozent der Professuren C 3 und C 4. Im wissenschaftlichen Dienst haben 66 Prozent der Beschäftigten ein befristetes Arbeitsverhältnis, im Bun-

desdurchschnitt sind 46 Prozent dieser Mitarbeiter befristet beschäftigt (1). Die Evaluierungsverfahren dienen nicht nur dazu, fachlich Inkompetente oder persönlich Ungeeignete aus Entscheidungspositionen zu entfernen, sondern auch Benachteiligten eine Chance zu eröffnen. Dadurch konnten allein an dieser Fakultät im Jahr 1993 auf Empfehlung der Fachkommissionen 23 Habilitierte erstmals zu Professoren berufen werden.

Erst nach Abschluss dieser internen fachlichen Evaluierungs-/Berufungsverfahren wurden die frei gebliebenen Professuren nacheinander bundesweit ausgeschrieben. Durch dieses zweistufige Verfahren fand keine Benachteiligung hochschulinterner Bewerber statt. Dieser Umgestaltungsprozess ist zwar auch in Thüringen für die Beteiligten ein Kulturschock gewesen (2), dieser Prozess wurde aber nach der Wende von allen als notwendig akzeptiert. Hinter all diesen nüchternen Fakten stehen Einzelschicksale vieler Betroffener, die zeitweilig einer enormen psychischen Belastung ausgesetzt waren, insbesondere die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ehemaligen Medizinischen Hochschule Erfurt.

Von einem generellen Personalwandel zugunsten Westdeutscher, wie andernorts behauptet (3), kann in der Hochschulmedizin Thüringens nicht gesprochen werden, eher von einem Beispiel dafür, dass zusammenwächst, was zusammengehört. Bis heute wurden 37 bundesweit ausgeschriebene Berufungsverfahren erfolgreich abgeschlossen, neun dieser Rufe erhielten Bewerber aus den neuen Bundesländern, sodass auch insoweit keine Einseitigkeit vorliegt.

Die Strukturdiskussion über die zukünftige Hochschulmedizin wurde und wird auch bestimmt durch die widersprüchliche, aber hochschul- und gesundheitspolitisch gewünschte gleichzeitige Vernetzung und Abgrenzung der Bereiche Krankenversorgung einerseits sowie Lehre und Forschung andererseits, bis hin zur rechtlichen Trennung des Hochschulklinikums von der medizinischen Fakultät beziehungsweise Universität. Ursächlich für die Differenzierung ist die erforderliche Transparenz in den Verwendungsnachweisen für die Budget-

mittel in der Krankenversorgung sowie für den Landeszuschuss im Lehr- und Forschungsbereich. Dem Klinikum der Universität Jena wird es schrittweise möglich, die Aufwendungen in der Lehre und Forschung getrennt von denen in der Krankenversorgung auszuweisen. Diese konzeptionell und buchungstechnisch sehr aufwendige Arbeit ist nicht durch eine Entscheidung zur rechtlichen Ver selbstständigung eines Hochschulklinikums zu ersetzen, was mancherorts übersehen wird (4). Die gesundheitspolitisch angestrebte Ausweitung der Vergütungen über Fallpauschalen und Sonderentgelte begünstigt diese Entwicklung. Das Klinikum der Universität Jena konnte zudem bereits für das zweite Jahr nach der Wiedervereinigung eine geprüfte Jahresabschlussbilanz vorlegen. Somit sollten innerbetrieblich die betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen für eine solide wirtschaftliche Entwicklung sowohl des Klinikums als auch der Fakultät gegeben sein. Thüringen versucht daher, die betriebswirtschaftlich sinnvolle und notwendige Trennung der beiden Bereiche voneinander nicht mit der rechtlichen zu verbinden.

Investitionen und Wettbewerbschancen

Die Frage nach dem erforderlichen Umfang der Hochschulmedizin in Deutschland beschäftigt alle Entscheidungsträger seit Jahren. Auch Thüringen wurde mit der Forderung der Bundesregierung konfrontiert, dass 1 350 Krankenhausbetten ausreichend für ein komplettes Hochschulklinikum in Deutschland seien. Unter der Voraussetzung eines drastischen Bettenabbaus bis zu dieser Größenordnung bestätigte 1993 der Wissenschaftsrat die strukturelle und bauliche Entwicklungsplanung der Medizinischen Fakultät der Universität Jena mit der beabsichtigten Konzentration auf einen lokalen Standort. Dies erfordert umfangreiche Ersatzinvestitionen für verschlissene oder fehlende Flächen im Lehr-, Forschungs- und Krankenhausbereich.

Als wettbewerbsschädlich für die Hochschulmedizin der neuen Bundesländer hat sich der Umstand aus-

gewirkt, dass die Hochschulklinika der neuen Bundesländer 1993 nicht in das Krankenhaussonderinvestitionsprogramm nach Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz aufgenommen wurden, das allen anderen Krankenhäusern der neuen Länder ermöglicht, bis zum Jahr 2004 mit jährlichen Finanzhilfen des Bundes in Höhe von 700 Millionen DM, ergänzt um Landesmittel und Investitionshilfen der Krankenkassenverbände, den investiven Nachholbedarf zu beseitigen. Ein entsprechendes Investitionsprogramm für die Hochschulklinika der neuen Bundesländer zum Beispiel im Rahmen des Hochschulbauförderungsgesetzes hat es nicht gegeben. Trotz dieser schwierigen Situation hat bisher die Landesregierung Thüringens die Angebote privater Investoren abgelehnt, das Hochschulklinikum oder Teile desselben zu privatisieren.

Im gesamten Krankenhausbereich wird über die Begrenzung der Betriebskosten der Krankenhäuser (Personal, Verbrauchsmaterial, Bauunterhalt) und über die der Investitionskosten (Gebäude und Großgeräte, Neuerwerb und Instandhaltung) diskutiert. Seit 1972 werden die laufenden Betriebskosten von den Krankenkassenverbänden der Länder, die investiven Aufwendungen von den Gesundheitsbehörden der Länder finanziert (duale Finanzierung durch Beitragszahler und Steuerzahler); bei den Hochschulklinika wie bei allen anderen Hochschuleinrichtungen entlastet der Bund die Länder um die Hälfte der Investitionskosten. Eine monistische Finanzierung Ende 1999 setzt gleiche Ausgangsbedingungen für alle Krankenhäuser voraus (5), was zumindest für die Hochschulklinika der neuen Bundesländer angesichts des noch nicht bewältigten Investitionsstaus im Gegensatz zu den benachbarten Versorgungskrankenhäusern keinesfalls gewährleistet ist.

Die unterschiedlichen rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen der Gesundheitssysteme in beiden deutschen Staaten vor 1990 sowie die seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 stattfindenden permanenten Umstellungen in der Gesundheitsgesetzgebung verursachten vor allem in den neuen Bundesländern eine beispiellose Veränderung in den ambu-

Erfolgsmeldungen aus den Ländern

Die Ministerien für Wissenschaft, Forschung, Kunst/Kultur von Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und des Freistaates Bayern melden übereinstimmend: Die vor drei Jahren eingeleiteten Reformen der Hochschulmedizin und der Revision der Strukturen der Hochschulklinika haben sich bewährt und sind zukunftsfruchtig. So sind in den „Pionierländern“ weit reichende organisatorische, finanzwirtschaftliche und verwaltungsmäßige Strukturänderungen und Umgestaltungen der Führungs- und Leitungsstrukturen auf gesetzlicher Basis vollzogen worden, die einerseits den aktuellen Bedingungen an die Hochschulmedizin und den gesetzlichen wie finanziellen Rahmenbedingungen gerecht werden, andererseits an die Herausforderungen der Zukunft angepasst werden sollen. Andere Bundesländer, so etwa Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und weitere Länder, wollen die landeseigenen Universitätsklinika in neue Rechtsformen überführen, um damit darauf basierend neue Leitungsstrukturen zu installieren und Modellstrukturen zu erproben. Charakteristisch für die Strukturänderungen ist auch, dass die Hochschulklinika verstärkt leistungsorientiert arbeiten sollen. Damit müsse eine „kongeniale“ Rechts- und Leitungsstruktur korrespondieren, so die Reforminitiatoren.

Baden-Württemberg berichtet, dass es vorrangiges Ziel der Hochschulklinik-Reform sei, „eine Balance zu finden zwischen Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Klinika einerseits und gemeinwohlorientierter Einbindung in die Hochschulen ebenso wie in die Gesundheitspolitik andererseits“. Die Universitätsklinika in Baden-Württemberg sehen sich allerdings durch die Spar- und Kostendämpfungsmaßnahmen existenziell bedroht, andererseits sorgen sie sich um die Konkurrenzfähigkeit gegenüber den privatwirtschaftlich getragenen Krankenhäusern, vor allem in der Akutversorgung. In den Universitätsklinika seien in den letzten Jahren die Lehr- und Forschungsleistungen ebenso gesteigert worden wie die Qualität der medizinischen Versorgung.

Auch der rheinland-pfälzische Kultusminister Prof. Dr. med. Jürgen Zöllner (SPD), Mainz, lobt die Initiativen

seines Landes, die eine Zäsur in der Geschichte der rechtlichen Verfassung und der Struktur des Mainzer Klinikums herbeigeführt hätten, aber auch auf die Entwicklung der Hochschulmedizin bundesweit ausstrahlten. Insofern habe mit den neuen Klinikstrukturen Rheinland-Pfalz in diesem Entwicklungsprozess eine „Vorreiterrolle“ und Einfluss auch auf die Gesetzgebungsverfahren in anderen Bundesländern genommen.

Bayern zufrieden

Bayern berichtet, dass die revidierten Leitungsstrukturen an der Technischen Universität München (TU) und an den Universitätsklinika Erlangen-Nürnberg das Hauptziel erreicht haben, nämlich die Universitätsklinika und Hochschulen in ihrer Autonomie zu stärken und ihre rechtliche Selbstständigkeit zu bewirken.

Bisher wachte das Bayerische Kultusministerium darüber, dass die Hochschulen und die Universitätsklinika ihrer Verantwortung gegenüber Staat und Gesellschaft nachkommen. Diese Aufgaben sind jetzt einem gewählten Hochschulrat übertragen worden, der aus Repräsentanten aus Wissenschaft, Wirtschaft und beruflicher Praxis zusammengesetzt ist. Das Gremium wird von den Hochschulen selbst gewählt. Die Hochschulen besitzen Mitspracherecht beim Aufstellen des Entwicklungsplans, bei Grundsatzentscheidungen über den Haushalt, die Gliederung der Hochschule und die Einrichtung neuer Studiengänge und bei der Erprobung von Modellstudiengängen. Die Aufsicht ist autonom, ist also nicht wie früher dem Kultusministerium unterstellt. An der Spitze der Hochschule steht ein drei- bis fünfköpfiges Leitungsgremium, dem der Präsident, der Vizepräsident und der Kanzler der Universität angehören. Die Kompetenzen der Hochschulleitungen wurden dadurch wesentlich erweitert, dass jetzt nicht mehr der Senat, sondern das Leitungsgremium selbst die Mittel verteilt. In München soll durch die Einbeziehung der wissenschaftlichen Angestellten und weiteren Mitarbeiter sowie der Vertreter der Studenten sichergestellt werden, dass bei Angelegenheiten,

die eine dieser Gruppen betrifft, deren gewählte Repräsentanten angehört werden. Weitere Änderungen der Strukturen: Die Versammlung wurde durch den erweiterten Senat ersetzt, dem zusätzlich zu den Senatsmitgliedern die Dekane und weitere Gruppenvertreter angehören.

Durchgängig wurde in den Hochschulklinika der Wettbewerb zwischen den Hochschulen gestärkt; das Leistungsprinzip wurde stärker betont. Dies will die TU München durch leistungs- und belastungsbezogene Verteilung der Fördermittel zwischen und innerhalb der Hochschulen erreichen. Für die Mittelzuweisung sollen leistungsbezogene Kriterien herangezogen werden, vor allem Erfolge in Lehre, Forschung und in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Auch ist die Zahl des wissenschaftlichen Personals und die Zahl der Studenten in der Regelstudienzeit für die Vergabe der Fördermittel – wie bisher – ausschlaggebend. Die Ausstattung des Fachgebietes eines Professors wird grundsätzlich befristet. Bisherige Zusagen gelten bis zum 30. September 2001 an der TU München befristet.

Jetzt nimmt der Studiendekan – ein neu geschaffenes Amt in der Gesamtverantwortung des Dekans – die Aufgaben wahr, die mit der Lehre und dem Studium zusammenhängen. Er ist verantwortlich für ein umfassendes Studienangebot, für die Überprüfung der Lehre; er ist zur jährlichen Berichterstattung verpflichtet. Der Präsident, die Dekane und die Studiendekane müssen dafür sorgen, dass alle zur Lehre verpflichteten Personen ihre Aufgaben in der Lehre erfüllen. Präsident und Dekan haben insoweit ein Weisungsrecht. Falls notwendig, müssen Lehrveranstaltungen über das Lehrdeputat hinaus abgehalten werden.

Um die Studienzeiten zu verkürzen, wurde eine Zwischenprüfung nach dem vierten Semester der mindestens vierjährigen Studiengänge eingeführt. Die Möglichkeit, Zwischenprüfungen zu verschieben, wurde auf ein Semester, die Frist für die erste Wiederholung auf sechs Monate verkürzt.

Die bayerischen Universitätsklinika werden jetzt stärker als kaufmännisch eingerichtete Betriebe geführt. Dabei müssen sie – wie bisher – die Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung gewährleisten. Aufsichtsrat und Vorstand der Klinika haben die ihnen

zugewiesenen Funktionen. Geleitet wird das Klinikum von einem Vorstand aus einem ärztlichen Direktor, einem Verwaltungs-, einem Pflegedirektor und einem Professor der Medizin. Die Klinikumskonferenz berät; ihr gehören die Vorstände der Kliniken, die Leiter der klinischen Einrichtungen und die Leiter der klinischen Abteilungen an.

Nordrhein-Westfalen strebt bis zum 31. Dezember 2001 an, alle sechs landeseigenen Universitätsklinika über eine Rechtsverordnung in eine neue Rechtsform überzuführen. Dies wird ausnahmslos die Rechtsform der Anstalt des öffentlichen Rechts sein. Die im Vorfeld diskutierte GmbH oder Aktiengesellschaft ist damit nicht zum Zuge gekommen.

Die Bestrebungen von Personalvertretungen an den Hochschulen und des Marburger Bundes sind nicht aufgegriffen worden; sie hatten sich für eine gesetzliche Regelung der Umwandlung – allerdings ohne förmliche Ermächtigung der Landesregierung zur Rechtsverordnung – ausgesprochen. Der Marburger Bund plädiert dafür, die Landeszuflührungsbeiträge für die klinische Forschung leistungsorientiert zu verteilen. Dazu sollten die Fakultäten Kriterien für die Qualitätsbeurteilung der klinischen Forschung erarbeiten. Die Mittel sollten leistungsabhängig vergeben werden, und zwar in Höhe von bis zu 30 Prozent des Zuführungsbeitrages. Darüber hinaus sollten die Uniklinika so finanziell ausgestattet und in die rechtliche Verselbstständigung übergeleitet werden, dass sie sich einem leistungsbezogenen Wettbewerb stellen können und diesen bestehen. Deshalb müsse der Landesförderbetrag mehrere Jahre lang gleich bleibend zugesagt werden. Dazu sei eine verlässliche Landesplanung für den Bau, die Investition und den Sanierungsbedarf der Universitätsklinika unverzichtbar.

Im Rahmen der bisherigen Tarifbindung der Universitätsklinika plädiert der Marburger Bund für eine Einbindung der Krankenhausärzte zur Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder und eine Überprüfung des Nebentätigkeitsrechtes und des damit verbundenen Rechtes zur Privatliquidation.

Dr. Harald Clade

lant und stationären Versorgungsstrukturen. Die Diskussion um die Zahl der Krankenhausbetten ist inzwischen durch die Kostendiskussion ersetzt worden. Dies sollte auch für den internationalen Vergleich gelten, denn Deutschland hat zwar mit die höchste Bettendichte unter den Industrienationen, kann aber im Vergleich auf einen der niedrigsten Ausgabenanteile für die Krankenhausbehandlung verweisen (6).

Schwächen und Reserven

Auch in der universitären Hochschulmedizin ist die Motivation der Leistungserbringer für die wirtschaftliche Erfüllung der gesetzlich übertragenen Aufgaben in Lehre, Krankenversorgung und Forschung entscheidend. Nicht nur im übrigen Krankenhausbereich, sondern auch in der Hochschulmedizin erfordert die bisherige Systemwidrigkeit der Chefarztvergütung dringend Korrekturen (7). Solange ein Universitätsprofessor der Medizin mit kaufmännischer Verantwortung für eine millionenschwere Klinik bei der Erstberufung von seinem Arbeitgeber beziehungsweise Dienstherrn die gleiche Vergütung wie seine übrigen nichtmedizinischen Universitätskollegen gleich welcher Fakultät erhält, sind die rechtlichen Rahmenbedingungen unzureichend. Durch eine Änderung des Beamten- und Besoldungsrechts sollte eine Leistungsmotivation der Klinikdirektoren für die über Lehre und Forschung hinausgehende Leistungserbringung ermöglicht werden. Hierdurch würde nicht nur eine bessere Wirtschaftlichkeit der Kliniken erreicht werden, sondern auch eine Aufwertung der studentischen Ausbildung. Gleichzeitig würde das vom Wissenschaftsrat bestätigte Spannungsverhältnis zwischen gewünschter größerer wirtschaftlicher Autonomie der Hochschulklinika auf der einen Seite und der Aufrechterhaltung der Einheit von Lehre, Forschung und Krankenversorgung auf der anderen Seite gemildert werden (8).

In der Spardiskussion im Gesundheitswesen und in den öffentlichen Haushalten des Bundes und der Länder stellt somit die Hochschulme-

dizin einen der sensiblen Kernbereiche dar. Hierbei gilt es, nicht nur über Leistungsbeschränkungen nachzudenken, sondern auch Leistungsreserven zu eröffnen. Die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung wird als eine Ursache für mögliche Überkapazitäten und damit Ausgabenverschwendung im ambulanten und stationären Sektor angesehen (6). Im Gegensatz zu den übrigen Versorgungskrankenhäusern hat der Gesetzgeber zur Sicherstellung des Ausbildungsauftrages den Hochschulklinika die Möglichkeit eingeräumt, Polikliniken einzurichten. Umfang und Art dieser poliklinischen Leistungen werden von Dritten immer wieder in Frage gestellt, weil sie im ambulanten Bereich an der Nahtstelle zur stationären Krankenbehandlung erbracht werden. Stattdessen wäre es im Sinne der gesundheitspolitisch angestrebten Kostendämpfung naheliegend, die hier gewonnenen positiven Erfahrungen bei der beabsichtigten Vernetzung ambulanter mit stationären Behandlungsverfahren auch für andere Krankenhäuser zu nutzen (9). Das Reformgesetz enthält als ersten Schritt hierzu die Möglichkeit von Direktverträgen über integrierte Versorgungsformen zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkasse, die aber ohne Ausgleichsmechanismen zur Selektion von Risikogruppen und somit zum Beginn einer Zwei-Klassen-Medizin führen (10).

Teil der Solidargemeinschaft

Die Wirtschaftlichkeit und die Leistungsfähigkeit eines Hochschulklinikums werden durch die rechtlichen Vorgaben des Gesetzgebers für die Vergütungsrahmen für Krankenversorgungsleistungen bestimmt. Jedes Einzelne von ihnen dient ausnahmslos dem gesamten Behandlungsspektrum von der Grundversorgung bis hin zur Maximalversorgung, je nach Standort in unterschiedlicher Ausprägung. Im Bereich der Hochschulmedizin sind mehr als acht Prozent der Krankenhausbetten konzentriert; 1991 wurden 14 Prozent der gesamten Krankenhauskosten aufge-

wendet (11). Eine Sonderregelung für sie gibt es in der Krankenhausgesetzgebung dennoch nicht. Die wiederholt erhobene Forderung nach einer von der Gesellschaft zu beantwortenden Frage „Wie viel Medizin wollen wir uns leisten?“ ist leichter zu beantworten, wenn Klarheit herrscht, wie viel Hochleistungsmedizin an welchen Standorten die Gesellschaft bezahlen will und kann. Dies um so mehr, als ärztliche Entscheidungen Einzelentscheidungen sind, den Universitätsprofessoren der medizinischen Fachdisziplinen von Krankenkassenverbänden, Patienten und Rechtsprechung die höchste Sachkompetenz zugesprochen wird und der Bedarf an Fachkompetenz stetig zunimmt.

Die finanziellen Randbedingungen für die Hochschulmedizin können nicht losgelöst von der wirtschaftlichen Situation der Bundesländer betrachtet werden, erst recht nicht beim Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern. Der durchschnittliche Bruttojahresverdienst eines vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers in Thüringen betrug 1998 im

produzierenden Gewerbe 47 766 DM (12) im Gegensatz zu 70 265 DM in den alten Bundesländern (13). In der Gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Bundesländern sind bevölkerungszahlbezogen 20 Prozent mehr Einwohner versichert als in den alten Bundesländern (14), die Arbeitslosenquote bleibt deutlich höher als in den alten Bundesländern. Vor diesem Hintergrund sind die Diskussionen über Beitragsstabilität in der Gesetzlichen Krankenversicherung und über die Angleichung der Arbeits- und Lebensverhältnisse zu führen.

Die Art der Diskussionen über den Länderfinanzausgleich, über die unterschiedlichen Tarife im öffentlichen Dienst, über die Fernsehrechte der Proficlubs der 1. Fußballbundesliga, über die Renten und über die Kirchensteuern zeigt beispielhaft, dass der Solidaritätsgedanke in der Gesellschaft zunehmend hinter finanziellen Einzelinteressen zurückzutreten droht (15). Den gleichen Eindruck vermittelt das Werben der verschiedenen Krankenkassenverbände gegen-

einander um die zahlungskräftigen Versicherten, die ein relativ geringes Krankheitsrisiko haben. Hier ist gleichfalls eine öffentliche Diskussion notwendig, zumal unser Rechtssystem auf dem Schutz der Schwächeren gegenüber den Stärkeren beruht und die Aufkündigung der Solidargemeinschaft die Grundwerte unserer Gesellschaft infrage stellt. Im Gegensatz zu den US-Amerikanern betrachten die Europäer bisher die Gesundheitsversorgung als soziale Errungenschaft und nicht als Ware (16), wenngleich inzwischen auch in Deutschland mit Krankenbehandlungen Profit erzielt werden kann (17). Trotz der florierenden Wirtschaft ist in den USA die Zahl der Einwohner ohne Krankenversicherung um fast eine Million auf 44,3 Millionen gestiegen, das heißt, fast jeder sechste Einwohner ist ohne Krankenversicherung (18); in Deutschland sind dies 0,1 Prozent der Bevölkerung, zumeist Sozialhilfeempfänger (19). Es ist somit eine genauere Beschreibung der Kriterien des Wirtschaftsstandortes Deutschland notwendig, um die Lohnnebenkosten im internationalen Vergleich objektiv und sachlich bewerten zu können (20). Die Qualität des Wirtschaftsstandortes Deutschland ist auch durch das Gesundheitswesen geprägt, in dem die Hochschulmedizin eine wichtige Rolle spielt.

Die Hochschulmedizin Thüringens ist im Jahr zehn nach der Wiedervereinigung angekommen. Thüringen hat seine Hausaufgaben in der Hochschulmedizin weitgehend erledigt, deren Entwicklung hängt nun vor allem von der Lösung bundesdeutscher Probleme ab.

Zitierweise dieses Beitrags:
Dt Ärztebl 2000; 97: A-979-984
[Heft 15]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das über den Sonderdruck beim Verfasser und über das Internet (www.aerzteblatt.de) erhältlich ist.

Anschrift des Verfassers

Ministerialrat Dr. Theodor Peschke
Thüringer Ministerium für
Wissenschaft, Forschung und Kunst
Postfach 672, 99013 Erfurt

Tabelle

Ausbildungskapazitäten in der Hochschulmedizin nach Ländern

Land	Einwohner am 31. Dezember 1996 in Tausend	Hochschulbetten 1996 je 100 000 Einwohner	Studienplätze 1996 je 100 000 Einwohner	
			Human- medizin	Zahn- medizin
Baden-Württemberg	10 375	60	12,9	2,5
Bayern	12 044	64	11,7	2,7
Berlin	3 459	120	26,6	4,8
Brandenburg	2 554	0	0,0	0,0
Bremen	678	0	0,0	0,0
Hamburg	1 708	109	24,9	5,7
Hessen	6 027	67	16,6	3,7
Mecklenburg- Vorpommern	1 817	125	20,5	5,3
Niedersachsen	7 815	36	9,3	2,0
Nordrhein-Westfalen	17 948	50	11,1	1,6
Rheinland-Pfalz	4 001	43	10,3	2,9
Saarland	1 084	142	24,0	2,1
Sachsen	4 546	65	10,8	2,2
Sachsen-Anhalt	2 724	95	15,0	1,5
Schleswig-Holstein	2 742	94	16,1	2,8
Thüringen	2 491	60	9,7	2,2
Deutschland	82 012	62	12,7	2,5

Quellen: Bundesamt für Statistik: Statistisches Jahrbuch 1998; Deutsche Krankenhausgesellschaft: Deutsches Krankenhausverzeichnis 1997; Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen: ZVS-info 1997 und 1998