

Positionspapier

*Neugestaltung
des Personalrechts
einschließlich des Vergütungssystems
der Professoren mit ärztlichen
Aufgaben im Bereich der Hochschulmedizin*

– Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 19.11.1999 –

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Eckpunkte	1
1. Teil: Ausgangslage und Zusammenfassung der Ergebnisse	3
2. Teil: Die Hochschulmedizin im Wandel	10
I. Neue Rahmenbedingungen in der Krankenversorgung	10
1. Änderungen der Finanzierungsgrundsätze in der Krankenversorgung	10
2. Marktwirtschaftliche Einflüsse auf die Erbringung von Krankenhausleistungen	11
3. Verstärkung des Wettbewerbs Qualitätssicherung und "Kundenorientierung"	12 12
II. Neue Finanzierungsgrundsätze im Bereich von Forschung und Lehre	13
III. Strukturänderungen in der Hochschulmedizin	14
3. Teil: Leitungs- und Vergütungssystem der klinischen Einrichtungen	16
I. Gegenwärtiges Personalrecht und geltendes Vergütungssystem	16
1. Gegenwärtige Leitungs- und Personalstruktur	16
a) Regelfall	16
b) Neue Modelle	16
2. Das geltende Vergütungssystem	17
a) Liquidationsrecht	17
b) Abgaben	19
II. Gründe für eine Änderung des gegenwärtigen Systems	20
1. Probleme der gegenwärtigen Leitungs- und Personalstruktur	20
2. Probleme des gegenwärtigen Vergütungssystems	22
a) Fehlender Bezug zwischen Liquidationseinnahmen und Dienstaufgaben	23
b) Nachteile des derzeitigen Vergütungssystems bei strukturellen und fachlichen Veränderungen	24
c) Probleme der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	26
d) Nachteile des Liquidationsrechtes für den Leiter der klinischen Einrichtung	27

III.	Neue Modelle der Leitungs- und Vergütungsstruktur	28
1.	Beamtenrechtliche Lösungsansätze	29
2.	Vertragsrechtliche Lösungsansätze	31
a)	Kombinationslösung Beamtenrecht/Vertragsrecht	31
b)	Vollständiger Ersatz des Beamtenverhältnisses durch das Vertragsrecht (Vertragslösung)	32
3.	Folgerungen für das Nebentätigkeits- und Haushaltsrecht	34
IV.	Besondere Auswirkungen des Übergangs in das Vertragsrecht	36
1.	Unterscheidung zwischen dem Innenverhältnis und dem Außenverhältnis	36
2.	Weitreichende Gestaltungsmöglichkeiten und Verantwortung	38
4. Teil:	Spezielle Fragen zu den vertraglichen Regelungen (Zuständigkeit, inhaltliche Ausgestaltung, Beendigung)	40
I.	Zuständigkeit zum Vertragsabschluss	40
II.	Fragen zur Ausgestaltung der Verträge	42
1.	Allgemeines	42
2.	Vergütungsfragen	43
a)	Besoldung/Vergütung als Hochschullehrer und Vergütung als Chefarzt	43
b)	Bemessung der Vergütung für die Chefarztaufgaben	44
c)	Variable und fixe Vergütungsbestandteile	45
d)	Finanzierung der Vergütung	47
3.	Abgaben und Mitarbeiterbeteiligung	47
4.	Entwicklungsklausel	48
III.	Zeitliche Ausgestaltung der Vertragsverhältnisse	48
1.	Befristung	48
2.	Probezeit	49
3.	Kündigung aus wichtigem Grund	50
5. Teil:	Abschluss von Verträgen mit nachgeordneten Ärzten	52
I.	Gründe für den Übergang in das Vertragsrecht	52
II.	Zulässigkeit des Abschlusses von außertariflichen Verträgen	53
6. Teil:	Zeitpunkt des einheitlichen Übergangs auf das neue Personalrecht und Vergütungssystem	54

Eckpunkte

1. Die Kultusministerkonferenz ist der Auffassung, dass im Hinblick auf den grundlegenden Wandel im Gesundheitswesen, seine fortschreitende marktwirtschaftliche Ausrichtung und die damit verbundenen Herausforderungen an sämtliche Anbieter von Gesundheitsleistungen die Anforderungen an die Leitung der klinischen Einrichtungen in der Hochschulmedizin eine Änderung der personalrechtlichen Regelungen der Professoren und sonstigen leitenden Ärzte notwendig machen.
2. Bei künftigen Besetzungen von Professuren in der Hochschulmedizin sind die mit der Professur zusammenhängenden Aufgaben der Leitung einer klinischen Einrichtung einschließlich des damit verbundenen Liquidationsrechtes durch Chefarztverträge zu regeln, durch die sämtliche mit der Leitung der klinischen Einrichtung verbundenen Aufgaben einschließlich die Behandlung von Privatpatienten zu Dienstaufgaben der Chefärzte bestimmt werden. Der einvernehmliche Abschluss vergleichbarer Verträge mit bereits im Amt befindlichen Professoren wird angestrebt.
3. Im Rahmen der Chefarztverträge ist das bisherige Liquidationsrecht durch eine leistungsgerechte Vergütung mit fixen und variablen Bestandteilen zu ersetzen, wobei der regionalen, nationalen und internationalen Wettbewerbssituation, in der sich die Hochschulklinika befinden, Rechnung zu tragen ist. Anstelle einer Orientierung an der Höhe der zu erwartenden Liquidationseinnahmen sollen mittel- bis langfristig andere Kriterien, wie z. B. der Umfang der Verantwortung, die Qualität und der wirtschaftliche Erfolg der klinischen Einrichtung überwiegen. Ferner sind die Verhältnisse des Arbeitsmarktes, das Gewicht der zu besetzenden Position und ihre Bedeutung für das Klinikum wie auch die Qualifikation des Hochschullehrers zu berücksichtigen. Hiernach richtet sich auch die Vereinbarung unbefristeter und befristeter Vergütungsbestandteile.
4. Abschluss und inhaltliche Ausgestaltung der Chefarztverträge sind integraler Bestandteil der betrieblichen und wirtschaftlichen Verantwortlichkeit der Leitung des Klinikums. Dies gilt vor allem für die Festlegung der Vergütung, da diese durch das Klinikum erwirtschaftet werden muss. Deshalb muss auch in denjenigen Ländern, in denen die Klinika nicht rechtlich verselbstständigt wurden, die alleinige Zuständigkeit zum Abschluss der Chefarztverträge bei der

Leitung des Klinikums verankert werden. Das bedeutet insbesondere, dass insoweit die Verbindlichkeit von Stellenübersichten und sonstige Bedingungen, zum Beispiel die Zustimmung der Finanzministerien zum Abschluss außertariflicher Verträge, entfallen müssen. Die nach Landesrecht bestehende Zuständigkeit der Wissenschaftsminister zur Berufung des jeweiligen Chefarztes auf die mit der Leitung der klinischen Einrichtung verbundene Professur bleibt hiervon unberührt.

5. Parallel zu den Aufgaben in der Krankenversorgung sind dem Chefarzt die Aufgaben in Forschung und Lehre einschließlich der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses zu übertragen. Dies kann entweder
- im Rahmen der sog. Kombinationslösung (Ernennung zum beamteten Professor und Abschluss eines Chefarztvertrages) oder
 - im Rahmen der sog. reinen Vertragslösung (Abschluss eines Angestellten- sowie eines Chefarztvertrages oder eines einheitlichen Angestellten- und Chefarztvertrages mit dem Hochschullehrer)

erfolgen.

Zur Erhaltung der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung ist sicherzustellen, dass das Professorenamt und die dazugehörige Chefarztposition nicht auseinanderfallen. Um dieses Ziel zu erreichen, empfiehlt sich nach Auffassung der Kultusministerkonferenz als am besten geeignete Lösungsmöglichkeit die reine Vertragslösung.

6. Ähnliche Verträge sind auch für die in der zweiten Führungsebene stehenden (nachgeordneten) Ärzte ins Auge zu fassen, um auf diese Weise außer den Chefarzten weitere ärztliche Leistungsträger in die Führungs- und Wirtschaftsverantwortung im Bereich der klinischen Einrichtung und des Klinikums einzubeziehen.
7. Im Hinblick auf die fortschreitende marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitssektors und damit einhergehend seine wettbewerbliche Orientierung ist die Neuordnung der Personalstruktur unverzüglich von den Ländern bzw. Hochschulklinika in Angriff zu nehmen.

1. Teil: Ausgangslage und Zusammenfassung der Ergebnisse

Eine Neugestaltung der personalrechtlichen Grundlagen einschließlich des Liquidationsrechtes für die Leiter der klinischen Einrichtungen der Hochschulen war bereits in den von der KMK am 29. September 1995 beschlossenen Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin empfohlen worden. Die KMK hat in diesem Beschluss hervorgehoben,

"dass eine Neugestaltung der für die ärztlichen Aufgaben der Professoren maßgeblichen personalrechtlichen Regelungen wegen ihrer zentralen Bedeutung und im Interesse der notwendigen Einheitlichkeit der Entwicklung der deutschen Hochschulmedizin ein gemeinsames Ziel aller Länder sein muss."

In ihrem Beschluss vom 28. Februar 1997 zum Thema "Hochschulen und Hochschulpolitik vor neuen Herausforderungen" hat die KMK erneut die Notwendigkeit einer Neugestaltung der für die ärztlichen Aufgaben der Professoren maßgebenden personalrechtlichen Regelungen betont.

Das Ergebnis der weiteren Beratungen in der Kultusministerkonferenz lässt sich in folgenden 20 Punkten zusammenfassen:

1. Seit dem zum 1.1.1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz orientiert sich das Gesundheitswesen in zunehmendem Maße an Mechanismen des Marktes, in dessen Gefolge Elemente des Wettbewerbs zwischen den Anbietern im Bereich der Krankenversorgung immer größere Bedeutung erlangen. Diese Orientierung an Markt und Wettbewerb wird zugleich überlagert von der vom Gesetzgeber vorgegebenen Sicherstellung der Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
2. Die seither eingeleiteten Änderungen des Finanzierungssystems zielen deshalb darauf ab, zum Einen das bis dahin geltende Selbstkostendeckungsprinzip durch

differenzierte leistungsbezogene Entgeltformen abzulösen, zum Anderen die Effizienz des Einsatzes knapper werdender Ressourcen durch Ausschöpfung sämtlicher Wirtschaftlichkeitspotentiale bei den Anbietern von Gesundheitsleistungen zu steigern. Wirtschaftliche Gesichtspunkte in der Krankenversorgung, insbesondere auch bei der Erbringung von Krankenhausleistungen, treten damit immer stärker in den Vordergrund. Die Hochschulklinika als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens waren und sind von dieser Entwicklung in gleicher Weise wie der gesamte übrige Krankenhaussektor betroffen.

3. Ein vergleichbarer „Paradigmenwechsel“ vollzog sich bei der staatlichen Finanzierung der hochschulmedizinischen Einrichtungen durch die jeweiligen Landeshaushalte. Wurden die dort ausgewiesenen Landeszuschüsse in der Vergangenheit unter anderem auch mit dem Ziel einer Fehlbetragsfinanzierung zur Abdeckung eines Defizits zwischen den erzielten Einnahmen und den getätigten Ausgaben gewährt, so erwartet der Zuschussgeber nunmehr den Nachweis einer zweckentsprechenden Verwendung des Zuschusses für die in der Finanzierungsverantwortung des Staates liegenden Aufgaben in Forschung und Lehre, wobei auch hier bei der Zuschussverteilung zunehmend leistungsbezogene Gesichtspunkte maßgeblich sein sollen. Soweit über den Landeszuschuss andere Aufgaben außerhalb von Forschung und Lehre abgedeckt werden, sind diese im Rahmen einer entsprechenden Kosten- und Leistungsrechnung transparent zu machen.
4. Die dargestellten Entwicklungen führten zu geänderten Anforderungen an Betrieb, Struktur und Organisation der Hochschulklinika, auf die inzwischen die Länder, soweit dies als notwendig angesehen wurde, entsprechend dem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 29. September 1995 mit gesetzlichen Organisationsreformen reagiert haben.
5. Die Organisationsreformen sind jedoch nur ein erster Schritt, um die Hochschulklinika für die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu rüsten. Der sich hier vollziehende Wandel führt auch zu einer grundlegenden Veränderung der Aufgaben der Leitung einer klinischen Einrichtung in der Hochschulmedizin. Neben der Optimierung der medizinischen Versorgung der Patienten ist nunmehr verstärkt eine nach wirtschaftlichen Grundsätzen zu erbringende medi

zinische Versorgung Handlungs- und Entscheidungsmaßstab. Dabei gewinnen Aufgaben des Klinikmanagements eine immer größere Bedeutung. Als eine wichtige Aufgabe hat die Leitung der klinischen Einrichtung dafür zu sorgen, dass die Einnahmen in der Krankenversorgung, aus denen sich die Einrichtung refinanzieren muss, erwirtschaftet werden. Wie jedes andere Wirtschaftsunternehmen muss sich die klinische Einrichtung dabei einem zunehmenden Wettbewerb stellen und ihren Erfolg an Hand von Maßnahmen und Maßstäben der Qualitätssicherung und durch Herstellung der notwendigen Kosten- und Leistungstransparenz nachweisen.

6. Zugleich steht die klinische Einrichtung vor der Notwendigkeit, die begrenzten Ressourcen zur Erzielung eines größtmöglichen Erfolgs effizient einzusetzen, was auch ein modernes Personalmanagement erfordert. Diesem Wandel klinischer Einrichtungen von behördlich strukturierten Institutionen hin zu unternehmensorientierten Wirtschaftsbetrieben können die Vorschriften des geltenden Beamten-, Hochschullehrer- und Besoldungsrechts nicht ausreichend Rechnung tragen. Insbesondere würde es das Beamtenrecht nicht bzw. nur in ganz besonderen Ausnahmefällen unter den Bedingungen des Disziplinarrechts ermöglichen, sich von dem Leiter einer klinischen Einrichtung, der den ärztlichen oder unternehmerischen Anforderungen an die Leitung der klinischen Einrichtung nicht gewachsen ist, zu trennen.
7. Die gewandelten Anforderungen machen deshalb in einem zweiten Schritt eine Änderung des gegenwärtigen für die Leiter klinischer Einrichtungen maßgeblichen, vom Beamten-, Hochschullehrer- und Besoldungsrecht geprägten Personalrechts und des geltenden, auf dem Liquidationsrecht beruhenden Vergütungssystems erforderlich.
8. Notwendig ist, das bisher maßgebliche Personalrecht durch einen Chefarztvertrag abzulösen, durch den die Leitungsaufgaben und die mit diesen verbundene Krankenversorgung sämtlicher Patienten, somit auch der Privatpatienten, dem Chefarzt im Rahmen der ihm obliegenden Dienstaufgaben übertragen werden.
9. Mit der Ablösung des geltenden Personalrechtes durch den Abschluss von Chefarztverträgen muss auch eine Ablösung des auf einer Nebentätigkeit beruhenden Liquidationsrechtes des Chefarztes einher gehen. Dieses auf der Liquidations

befugnis beruhende Vergütungssystem birgt nicht nur die Gefahr von Fehlsteuerungen in Bezug auf strukturelle und fachliche Veränderungen innerhalb der klinischen Einrichtung bzw. des Klinikums, sondern lässt auch den notwendigen Bezug zu den von dem Chefarzt wahrzunehmenden Leitungsaufgaben vermissen. Im Extremfall könnte es sogar dazu kommen, dass dem Leiter einer klinischen Einrichtung aus der Behandlung von Privatpatienten Liquidationseinnahmen im bisherigen oder sogar noch in wachsendem Umfang zufließen, obwohl sich die wirtschaftliche Gesamtsituation der klinischen Einrichtung verschlechtert.

10. Da die Liquidationseinnahmen künftig den Klinika zustehen, ist an Stelle des auf einer privaten Nebentätigkeit des Chefarztes beruhenden Liquidationsrechtes eine leistungsgerechte Vergütung zu vereinbaren. Bei dieser Vereinbarung ist zu berücksichtigen, dass sich die Hochschulklinika in einem regionalen, nationalen und internationalen Wettbewerb im Verhältnis zu anderen Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt wie auch im Verhältnis der Universitätsklinika zueinander befinden. Entsprechendes gilt für die medizinischen Fakultäten. Die leistungsgerechte Vergütung darf deshalb die Attraktivität der Lehrstühle und der mit ihnen verbundenen Chefarztpositionen nicht beeinträchtigen.
11. Besonders in der Zeit des Übergangs vom bisherigen durch die Liquidationsbefugnis geprägten System auf vertragliche Festlegungen wird zumindest in den alten Bundesländern die Höhe der zu erwartenden Nettoliquidationserlöse bei der Bemessung der vertraglich zu vereinbarenden Vergütung Gewicht haben. Mittel- bis langfristig sollten jedoch andere Kriterien überwiegen, wie z.B. der Umfang der Verantwortung, die Größe und Bedeutung der klinischen Einrichtung, die Qualität der Leistungen, das Gewicht der zu besetzenden Position sowie die Qualifikation des Hochschullehrers und nicht zuletzt auch die Marktverhältnisse.
12. Ebenso wie bei größeren Wirtschaftsunternehmen wird eine Aufteilung der Vergütung in einen fixen und einen variablen Bestandteil empfohlen. Dabei wären bei der Bemessung des fixen Vergütungsbestandteils die unter vorstehender Ziffer 11 genannten Kriterien heranzuziehen. Da die Vergütung vom Klinikum erwirtschaftet werden muss und aus dem Betriebsergebnis zu finanzieren ist, bietet sich auch bei der fixen Vergütung eine zeitliche Befristung an, um dem Klinikum bei wesentlich veränderten Rahmenbedingungen ggf. eine Anpassung zu ermög-

lichen. Die variable Vergütung sollte nicht über 30 % der Gesamtvergütung liegen und in Abhängigkeit von Zielvereinbarungen festgelegt werden, wobei neben besonderen wirtschaftlichen Erfolgen der klinischen Einrichtung z.B. auch anerkannte Erfolge bei der Qualitätssicherung, der erfolgreiche Abschluss eines Zertifizierungsverfahrens, die Position auf einer Rankingliste oder Innovationen in der Krankenversorgung herangezogen werden können.

13. Da Abschluss und inhaltliche Ausgestaltung der Chefarztverträge, insbesondere die Festlegung der Vergütung in untrennbarem Zusammenhang zum Betrieb und zur Wirtschaftlichkeit eines Klinikums stehen und diese in der Verantwortlichkeit der Leitung des Klinikums liegen, muss auch in denjenigen Ländern, in denen die Klinika nicht rechtlich verselbstständigt wurden, sichergestellt werden, dass die Zuständigkeit zum Abschluss der Chefarztverträge ausschließlich bei der Leitung des Klinikums liegt, zumal die Leitung des Klinikums auch die Verantwortung dafür trägt, dass die vereinbarte Vergütung auch tatsächlich erwirtschaftet wird. Das bedeutet insbesondere, dass die Verbindlichkeit von Stellenübersichten und sonstige Zustimmungserfordernisse, z.B. die Zustimmung der Finanzministerien zum Abschluss außertariflicher Verträge, entfallen müssen.
14. Es empfiehlt sich, im Rahmen der Chefarztverträge eine Probezeit zu vereinbaren. Zum Zweck der Erprobung könnte der Vertrag auch befristet werden, wenn der Erprobungszweck ausdrücklich Vertragsinhalt wird. Dem gegenüber wird eine generelle Befristung der Chefarztpositionen vergleichbar den Positionen von Vorstandsmitgliedern von Industrieunternehmen oder Geschäftsführern von GmbHs nicht als rechtlich zulässig erachtet. Chefarzte zählen zwar zu den Leistungsträgern im Krankenhaus, sind jedoch weder organschaftliche Vertreter der Klinika im Sinne von § 14 Abs. 1 des Kündigungsschutzgesetzes (KSchG) noch leitende Angestellte im Sinne von § 14 Abs. 2 KSchG. Für eine Beendigung des Chefarztvertrages nach Ablauf der Probezeit sind deshalb die Vorschriften des Kündigungsschutzgesetzes zu beachten. Unberührt hiervon bleibt die Möglichkeit einer Kündigung aus wichtigem Grund unter den Voraussetzungen des § 626 BGB.
15. Parallel zum Chefarztvertrag sind dem Leiter einer klinischen Einrichtung die Aufgaben als Professor in Forschung und Lehre zu übertragen. Die Übertragung kann auf herkömmliche Weise durch Berufung in ein Beamtenverhältnis auf Le

benszeit auf eine entsprechende C 4-Professur (in Ausnahmefällen C 3-Professur) erfolgen (Kombinationslösung Beamtenrecht/Vertragsrecht). Wegen der bei der Kombinationslösung nicht gänzlich auszuschließenden Gefahr eines Auseinanderfallens von Professorenamt und Chefarztposition empfiehlt es sich, auch im Bereich von Forschung und Lehre das Beamtenverhältnis durch einen Vertrag zu ersetzen, mit dem die mit der Professur verbundenen Aufgaben übertragen werden.

16. Die Zuständigkeit für den Abschluss eines Vertrages im Bereich Forschung und Lehre richtet sich nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften. Nach Maßgabe dieser Vorschriften käme sowohl eine Zuständigkeit des Wissenschaftsministeriums als auch eine Zuständigkeit der Leitung der Hochschule in Betracht. Denkbar wäre auch, zusammen mit dem Chefarztvertrag einen einheitlichen Vertrag abzuschließen, wobei auf der einen Seite sowohl das Klinikum als auch das Land bzw. die Hochschule als Vertragspartner auftreten müssten. Die Vergütungsregelung für die Aufgaben in Forschung und Lehre würde sich an den besoldungsrechtlichen Bestimmungen orientieren. Im Falle des Abschlusses von zwei Verträgen ist durch die Vereinbarung eines Junktims sicherzustellen, dass die Geltungsdauer des die Professuraufgaben regelnden Vertrages und des Chefarztvertrages nicht auseinanderfallen.
17. Ähnliche Verträge sind auch für die in der zweiten Führungsebene stehenden (nachgeordneten) Ärzte ins Auge zu fassen, um auf diese Weise außer den Chefärzten weitere ärztliche Leistungsträger in die Führungs- und Wirtschaftsverantwortung, insbesondere in eine Budget-, Kosten-, Leistungs- und Erlösverantwortung im Bereich der klinischen Einrichtung und des Klinikums einzubeziehen.
18. Soweit außertarifliche Verträge mit nachgeordnetem ärztlichen Personal auf Grund der Satzung der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) auf Schwierigkeiten stoßen sollten, müssen diese im Interesse der Wirtschaftlichkeit der Klinika behoben werden, andernfalls können sich Forderungen nach einem Ausscheiden aus der TdL ergeben. Die Zuständigkeit für den Abschluss derartiger außertariflicher Verträge muss ebenfalls bei dem jeweiligen Klinikum liegen. Wie schon bei den Chefarztverträgen setzt deshalb auch der Abschluss von Verträgen mit

nachgeordneten Ärzten zwingend voraus, dass die Verbindlichkeit der Stellenübersichten im Bereich des Klinikums und weitere Zustimmungserfordernisse (vgl. Ziff. 13) aufgehoben werden.

19. Ebenso wie schon bei der Organisationsreform ist den Ländern ein weiter Gestaltungsspielraum zu eröffnen. Dies gilt sowohl für die Frage, ob ein Land nur auf die Kombinationslösung oder auf die reine Vertragslösung umsteigen möchte, als auch für Regelungen im Vertrag selbst. Da für die Universitätsklinika völlig unterschiedliche Bedingungen bestehen, kann auch nicht ein einheitlicher Rahmen über die Höhe der zu gewährenden Vergütung vorgegeben werden. Die Umstellung sollte dabei mit Wirkung für die Zukunft erfolgen. Ungeachtet dessen können auch vorhandene Professoren mit ihrem Einverständnis in das neue Personalrecht einbezogen werden.
20. Angesichts der Entwicklungen auf dem Gesundheitssektor ist die Umsetzung dieser Empfehlung dringlich. Eine entsprechende Reform der Personalstruktur muss daher von den Ländern unverzüglich in Angriff genommen werden.

2. Teil: Die Hochschulmedizin im Wandel

I. Neue Rahmenbedingungen der Krankenversorgung

Angesichts tiefgreifender ökonomischer Veränderungen bei gleichzeitig ungebremstem medizinischen Fortschritt sowie einer anhaltenden hohen Arbeitslosigkeit stellt sich seit Jahren und in zunehmender Schärfe die Frage der Finanzierung und der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens. Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 (GSG) sowie die nachfolgenden gesetzlichen Regelungen einschließlich des Pflegesatzrechtes mit ihren tiefen Einschnitten in die Finanzierung der Krankenhausleistungen und die damit verbundenen Auswirkungen auf Struktur, Organisation und Finanzierung des Krankenhauswesens sind Ausdruck der Bemühungen der öffentlichen Hand, die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ziel zu gewährleisten, einen weiteren Anstieg der Lohnnebenkosten zu vermeiden. Von dem sich hier vollziehenden Wandel sind die Universitätsklinika mit ihrem hohen Leistungsspektrum in besonderer Weise betroffen.

1. *Änderungen der Finanzierungsgrundsätze in der Krankenversorgung*

Durch das GSG wurde das bis dahin geltende sog. Selbstkostendeckungsprinzip durch eine leistungsbezogene Budgetierung, der für ein Krankenhaus geltende tagesgleiche Pflegesatz durch neue Vergütungs- und Versorgungsformen abgelöst, bei denen die vollstationäre Behandlung nur dann gerechtfertigt ist und finanziert wird, wenn die medizinische Versorgung des Patienten nicht auf andere Weise, etwa durch ambulantes Operieren, durch vor- und nachstationäre sowie teilstationäre Behandlung oder außerhalb des Krankenhauses durch die niedergelassene Ärzteschaft sichergestellt werden könnte. Ein Krankenhaus, das sich auf diese Situation nicht rechtzeitig einstellt, muss künftig damit rechnen, dass es einen Teil

seines kassenfinanzierten Budgets wegen sog. Fehlbelegungen wieder verliert. Durch gesetzliche Maßnahmen der Deckelung der Klinikbudgets und sogar der Budgetabsenkung im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes sind die Krankenhausträger gezwungen, weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, um auf diese Weise zur Beitragssatzstabilität im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung beizutragen.

2. Marktwirtschaftliche Einflüsse auf die Erbringung von Krankenhausleistungen

Die genannten gesetzlichen Regelungen haben wirtschaftliche Gesichtspunkte in der Krankenversorgung, vor allem bei Leistungen auf dem Krankenhaussektor in den Vordergrund treten lassen. Dieser Prozess wird sich weiter fortsetzen. Dabei werden marktwirtschaftliche Elemente bei der Erbringung von Krankenhausleistungen wachsenden Einfluss zu Lasten krankenhausesindividueller Versorgungsstrukturen und -gegebenheiten gewinnen. Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe und insbesondere die Universitätsklinika, die an der Spitze der Leistungskette stehen (Supramaximalversorgung)¹, werden sich bei dieser Entwicklung zunehmenden Schwierigkeiten ausgesetzt sehen, ihre im Vergleich zu anderen Krankenhäusern besonders hohen Grund- und Vorhaltekosten zu decken. Auf Grund der besonderen Zusammensetzung des Patientenlientels wird sich die Situation weiter verschärfen. Die Klinika sind deshalb gezwungen, ihre besonderen Leistungen in der Krankenversorgung zu dokumentieren und transparent zu machen.

Wegen des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und der angestrebten Absenkung der Lohnnebenkosten wird der Einfluss der Krankenkassen auf das Kosten- und Leistungsgeschehen in Zukunft weiter zunehmen. Zusätzliche Dynamik erhält diese Entwicklung durch die gesundheitspoliti

sche Diskussion über "Globalbudgets" und "Einkaufsmodelle", mit denen die Bereitstellung stationärer Versorgungsleistungen mittels Verträgen einzelner Krankenkassen mit Krankenhäusern einem verschärften Wettbewerb unterworfen wird. Ein volles Wettbewerbssystem aber erfordert letztlich auch eine Integration des Investitionsbereichs in die Gestaltung der Preise für die Krankenhausleistungen (monistisches Finanzierungssystem). Im Rahmen dieses monistischen Finanzierungssystems würden sich diejenigen Krankenhäuser am ehesten durchsetzen, bei denen sich die Krankenversorgung für die Krankenkassen als besonders kostengünstig erweist.

3. Verstärkung des Wettbewerbs

Die Zunahme marktwirtschaftlicher Elemente in der stationären Krankenversorgung führt zu einem sich immer stärker entwickelnden Wettbewerb zwischen den Einrichtungen der stationären Krankenversorgung selbst. Auf Grund der gesetzgeberischen Vorgabe des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung verschärft sich zudem der Wettbewerb im Verhältnis der Krankenhäuser einschließlich der Hochschulklinika zu der niedergelassenen Ärzteschaft. Diese Konkurrenzsituation akzentuiert sich in den Polikliniken der Hochschulklinika, deren Leistungen nach §120 SGB V aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu finanzieren sind.

4. Qualitätssicherung und "Kundenorientierung"

Im Zuge der Verstärkung des Wettbewerbs zwischen Anbietern von Gesundheitsleistungen werden auch Gesichtspunkte der Qualitätssicherung und des Qualitätsvergleiches in den Vordergrund treten. Hierfür sind nicht nur die vom Gesetzgeber selbst vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitäts-

1 Vgl. dazu S. 120 ff des Sondergutachtens 1997 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen "Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche", Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung

sicherung verantwortlich, sondern auch die von der Öffentlichkeit geforderten Qualitätsvergleiche, wie sie in zunehmendem Maße auch ihren Niederschlag in den Medien finden. Vergleichende Untersuchungen der Leistungsfähigkeit von Fachabteilungen der Krankenhäuser in den überregionalen Medien, wie zuletzt "Die große Liste" im Focus, werden an Zahl und Qualität weiter zunehmen und die Krankenhäuser zwingen, im Sinne eines ständigen Qualitätsmanagements ihre Leistungsfähigkeit und ihr Leistungsprofil zu überprüfen, zu schärfen und gegenüber der Bevölkerung transparent zu machen.

II. Neue Finanzierungsgrundsätze im Bereich von Forschung und Lehre

Auch im Bereich von Forschung und Lehre der Hochschulklinika haben sich nicht zuletzt wegen der Sparzwänge in den öffentlichen Haushalten und aus den Gründen, die zu einer fundamentalen Änderung des Finanzierungssystems in der Krankenversorgung geführt haben, neue Finanzierungsgrundsätze entwickelt und zu einer geänderten Betrachtungsweise der den Hochschulklinika gewährten Landeszuschüsse geführt. Ebenso wie in der Krankenversorgung sind die Hochschulklinika auch im Bereich von Forschung und Lehre einem erheblichen wirtschaftlichen Druck in Form von Zuschusskürzungen ausgesetzt, wobei diese Kürzungen teilweise mehr oder weniger pauschal mit Unwirtschaftlichkeiten und einer angeblich zweckwidrigen Verwendung staatlicher Mittel zur Subventionierung von Krankenhausleistungen begründet werden. Die Sicherung der finanziellen Basis von Forschung und Lehre ist künftig davon abhängig, dass die Klinika ihre Krankenversorgungskosten dauerhaft mit den Kassenerlösen und den Erlösen aus den poliklinischen Einnahmen decken können.

Ferner wird in allen Ländern angestrebt, die im Rahmen der Landeszuschüsse zur Verfügung gestellten Mittel für Forschung und Lehre vermehrt leis-

tungsbezogen und befristet zu vergeben². Diese Entwicklung wird sich verstärken und zu einem Wettbewerb unter den medizinischen Fakultäten, aber auch zwischen den medizinischen und nichtmedizinischen Fakultäten führen. Insbesondere erwartet auch der Landesgesetzgeber, der die für Forschung und Lehre notwendigen finanziellen Mittel bereitstellt, dass eine zweckentsprechende Verwendung dieser Mittel nachgewiesen wird. Eine (verdeckte) Defizitabdeckung von Krankenversorgungsleistungen wird immer weniger akzeptiert. Die Universitätsklinika sind deshalb gezwungen, zum Nachweis ihrer Leistungen das Kosten- und Leistungsgeschehen sowohl in der Krankenversorgung als auch in Forschung und Lehre transparent zu machen und zu diesem Zweck eine dafür erforderliche Kosten- und Leistungsrechnung aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln.

III. Strukturänderungen in der Hochschulmedizin

Die dargestellten Entwicklungen im Bereich der Krankenversorgung wie auch in Forschung und Lehre führen zu geänderten Anforderungen an Betrieb, Struktur und Organisation der Hochschulmedizin. In fast allen Ländern wurden die Hochschulklinika inzwischen neu strukturiert und organisiert, um den Herausforderungen des Kosten- und Wettbewerbsdrucks besser zu begegnen. Auch unterhalb der Leitungsebene der Universitätsklinika ergeben sich aus den dargestellten Entwicklungen neue betriebliche und fachliche Anforderungen. So werden den klinischen Einrichtungen auf der Grundlage von vorgegebenen Teilbudgets im Rahmen von Leistungsvereinbarungen neue unternehmerische Aufgaben zuwachsen, zugleich wird die Leitung der klinischen Ein-

2 Art. 5 des Hochschulrahmengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 09. April 1987 (BGBl. I S. 1170), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 20. August 1998 (BGBl. I S. 2190) lautet wie folgt:
"1Die staatliche Finanzierung der Hochschulen orientiert sich an den in Forschung und Lehre sowie bei der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses erbrachten Leistungen. 2Dabei sind auch Fortschritte bei der Erfüllung des Gleichstellungsauftrages zu berücksichtigen."

Regelungen gibt es auch in verschiedenen Landesgesetzen, vgl. u.a. Art. 7 des Bayerischen Hochschulgesetzes.

richtung aber auch eine eigenständige Kosten- und Leistungsverantwortung innerhalb des Klinikums zu übernehmen haben und gleichsam als Subunternehmer im Rahmen des Gesamtunternehmens "Universitätsklinikum" auftreten.

In fachlicher Hinsicht sind Strukturen erforderlich, die gleichermaßen den übergreifenden medizinisch-fachlichen und betrieblich-ökonomischen Anforderungen gerecht werden, gleichzeitig jedoch eine qualifizierte Vertretung der zugeordneten speziellen Fachgebiete nach neuestem Wissensstand sicherstellen und flexibel auf neue Leistungserfordernisse reagieren können.

3. Teil: Leitungs- und Vergütungssystem der klinischen Einrichtungen

I. Gegenwärtiges Personalrecht und geltendes Vergütungssystem

1. Gegenwärtige Leitungs- und Personalstruktur

a) Regelfall

Das hierfür bisher maßgebliche Leitbild sieht die zentrale Leitungsfunktion bei beamteten (in der Regel C 4-)Professoren, die auf ihren Fachgebieten gleichermaßen für Forschung und Lehre sowie für die Krankenversorgung verantwortlich zeichnen. Mit ihrer Ernennung wird den Professoren zugleich die Leitung einer klinischen Einrichtung als Dienstaufgabe übertragen. Sie werden dabei in aller Regel, soweit nicht beamtenrechtliche Vorschriften entgegenstehen, in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit berufen. Mit der gewährten Besoldung werden derzeit die Dienstaufgaben in Forschung, Lehre und auch Krankenversorgung abgegolten (zur Liquidation vergleiche nachf. Abschnitt 2 a)).

b) Neue Modelle

Allerdings gibt es in verschiedenen Ländern eine größere Zahl von Fällen, in denen die Positionen in Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits abweichenden Regelungen unterworfen sind. Dies gilt überall dort, wo die für die Krankenversorgung verantwortliche klinische Einrichtung in anderer Trägerschaft geführt wird. Die Regelungen, die in den Ländern getroffen wurden, sind keineswegs einheitlich und können sich bereits landesintern auf Grund der konkreten Umstände des Einzelfalles beträchtlich unterscheiden, je

nachdem in welchem Umfang eine Einbindung in Forschung und Lehre der jeweiligen medizinischen Fakultät beabsichtigt ist und hierfür auch entsprechende Ressourcen vorgesehen sind. Besonders bei denjenigen Ländern, in denen die Universitätsklinik rechtlich verselbstständigt wurden oder werden, ist mit einem vermehrten Rückgriff auf derartige Kooperationsmodelle zu rechnen.

Die wohl „lockerste“ Verbindung zur Universität besteht dort, wo zwar eine Ernennung zum Professor an der Universität erfolgt, der Hochschullehrer anschließend jedoch zur Wahrnehmung einer Chefarztposition bei einem anderen Träger beurlaubt wird, von dem er auch alimentiert wird. Im Rahmen der Beurlaubung wird der Hochschullehrer verpflichtet, die notwendigen Lehrveranstaltungen an der Universität abzuhalten. Auf der anderen Seite gibt es Kooperationen, bei denen der Hochschullehrer sowohl an der Universität eine klinische Einrichtung leitet und über Ressourcen für Forschung und Lehre verfügt, als auch bei einem anderen Träger eine Chefarztposition bekleidet. Eine Vielzahl von weiteren Kooperationen bewegen sich zwischen den dargestellten Modellen.

2. Das geltende Vergütungssystem

a) Liquidationsrecht

Um sehr gute Ärzte zu gewinnen, wird traditionell den Leitern von klinischen Einrichtungen gestattet, im Rahmen einer Nebentätigkeit Privatpatienten innerhalb der klinischen Einrichtung stationär und ambulant zu behandeln und hierfür das in der Gebührenordnung für Ärzte (Gebührenordnung für Zahnärzte) vorgesehene Honorar in Rechnung zu stellen (Liquidationsrecht). Die Liquidationseinkünfte übersteigen die Besoldung häufig um ein Vielfaches. Sie weisen allerdings erhebliche Unterschiede auf, je nachdem, auf welchem medizinischen Fachgebiet der Liquidationsberechtigte tätig ist. Die Höhe der Liquidationseinnah

men ist dabei abhängig sowohl von der Zahl der Privatpatienten als auch von den in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) festgelegten Entgelten für die medizinischen Leistungen. Traditionell relativ geringe Liquidationseinkünfte werden z.B. in der Psychiatrie und der Pädiatrie erzielt, wobei die Größe der klinischen Einrichtung nur eine untergeordnete Rolle spielt. Wenn der Leiter einer pädiatrischen oder einer psychiatrischen Einrichtung trotz vielleicht doppelt so hoher Bettenzahl nur ein Drittel oder sogar noch weniger Liquidationseinnahmen erzielt als der Leiter einer operativen Einrichtung, so ist dies keineswegs ungewöhnlich. Besondere Auswirkungen ergeben sich zudem aus der Regelung in § 22 Abs. 3 Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) über die sog. Liquidationskette. Nach dieser Regelung muss sich eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf sämtliche an der Behandlung des Patienten beteiligten liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses erstrecken. Diese Regelung kommt vor allem denjenigen klinischen Fachgebieten zugute, die zentrale medizinische Dienstleistungen bei der Behandlung der Patienten zu erbringen haben³.

Beträchtliche Unterschiede bei den Liquidationseinnahmen gibt es auch zwischen den Ländern, insbesondere den alten und den neuen Ländern.

Im Gegensatz zu anderen Fachgebieten, insbesondere des Ingenieurwesens oder der Architektur, in denen den Lehrstuhlinhabern genehmigt werden kann, in Nebentätigkeit ein privates Ingenieurbüro oder Architekturbüro zu betreiben, ist es den Vorständen klinischer Einrichtungen nicht erlaubt, ihre ärztliche Nebentätigkeit im Rahmen einer Privatklinik oder Privatpraxis außerhalb des Klinikums auszuüben. Mit der

3 Betroffen hiervon sind vor allem die Fächer Anästhesiologie, Klinische Chemie, Mikrobiologie und Hygiene, Immunologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie, Transfusionsmedizin und Virologie; aber auch überall sonst, wo Spezialisten konsiliarisch zu einer Behandlung hinzugezogen werden, greift die Liquidationskette.

Wahrnehmung der Nebentätigkeit „intra muros“ sollte eine unkontrollierte Ausweitung der Nebentätigkeit zu Lasten der Dienstaufgaben verhindert und die Abstimmung zwischen diesen Aufgaben verbessert werden.

Obwohl die Einordnung des Liquidationsrechtes in das Besoldungssystem rechtlich nicht ganz einfach ist, da mit ihm faktisch Leistungen abgegolten werden sollen, die, wie insbesondere die Klinikleitung selbst, Bestandteil des Hauptamtes sind, hat das Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung vom 07.11.1979 (BVerfGE 52 S. 303 ff., 331) an seiner Rechtmäßigkeit keinen Zweifel gelassen.

Vom traditionellen Liquidationsrecht abweichende Vergütungsformen haben sich in der Vergangenheit unter verstärktem wirtschaftlichen Druck vor allem bei in privater Trägerschaft stehenden Krankenhäusern entwickelt, zunehmend ist das Liquidationsrecht inzwischen aber auch bei Krankenhäusern in freigemeinnütziger und in kommunaler Trägerschaft in Bewegung geraten und wird auch dort teilweise schon durch andere Vergütungsvereinbarungen ersetzt.

b) Abgaben

Als Ausgleich für die Inanspruchnahme der Einrichtungen des Klinikums und des dem liquidationsberechtigten Professor hieraus erwachsenden Vorteils (er trägt nicht die üblichen finanziellen Risiken einer Privatpraxis) einschließlich der Möglichkeit der Nutzung staatlicher Ressourcen (und der Vermeidung der sich daraus ergebenden Kosten), hat dieser von den erzielten Liquidationseinnahmen Abgaben in bestimmter Höhe zu entrichten. Dabei ist zu unterscheiden,

bei der stationären Privatbehandlung

- der in § 6 a der GOÄ vorgesehene Abschlag von 25 % der zu berechnenden Gebühr;
-

- die pflegesatzrechtliche Kostenerstattung gemäß § 7 Abs. 2 Nrn. 4 und 5 BPfIV, bei der zwischen Alt- und Neuverträgern unterschieden wird;
- der Vorteilsausgleich, der nach den einschlägigen nebetätigkeitsrechtlichen Vorschriften der Länder bzw. der Klinika an den Krankenhaussträger bzw. an das Klinikum zu entrichten ist und dem Klinikum verbleibt;

bei der ambulanten Privatbehandlung

- die in den Nebentätigkeitsregelungen der Länder bzw. Klinika vorgesehene Kostenerstattung;
- der Vorteilsausgleich nach einem von den Ländern bzw. Klinika festgelegten Prozentsatz;

Hinzu kommen kann eine Mitarbeiterbeteiligung, die in den Ländern unterschiedlich geregelt ist.

II. Gründe für eine Änderung des gegenwärtigen Systems

1. Probleme der gegenwärtigen Leitungs- und Personalstruktur

Die gegenwärtige Leitungs- und Personalstruktur ist im Wesentlichen vom Beamtenrecht geprägt. Die dem Hochschullehrer bei seiner Ernennung übertragene Leitung der klinischen Einrichtung wird dabei ebenfalls vom Beamtenrecht her definiert und beurteilt. Angesichts der bereits weiter oben dargestellten grundlegenden Änderungen auf dem Gesundheitssektor sind die einzelnen klinischen Einrichtungen genauso wie das jeweilige Klinikum vor gänzlich neue Herausforderungen gestellt, die eine neue Managementphilosophie erfordern. Die Wirtschaftlichkeit einer klinischen Ein

richtung erfordert von deren Leitung, dafür zu sorgen, dass die Einnahmen in der Krankenversorgung, aus denen sich die klinische Einrichtung refinanzieren und ihren betrieblichen Aufwand bestreiten muss, auch tatsächlich erwirtschaftet werden. Neben einer soliden, qualitativ hochwertigen Krankenversorgung erweist es sich dabei als erforderlich, angesichts des zunehmenden Wettbewerbs auf dem Gesundheitssektor auch in der Öffentlichkeit die besondere Leistungsfähigkeit der betreffenden klinischen Einrichtung darzustellen und ihre Konkurrenzfähigkeit zu erhalten. Eine weitere wesentliche Leitungsaufgabe besteht in der Durchsetzung von Kostenbewusstsein im internen Betriebsablauf und im Aufbau eines Berichtswesens über das Kosten- und Leistungsgeschehen.

Mit begrenzten Ressourcen den größtmöglichen Erfolg zu erzielen, ist dabei nicht nur eine Frage eines wirtschaftlichen und sparsamen Einsatzes finanzieller Mittel, sondern verlangt zugleich ein modernes Personalmanagement. Angesichts des medizinischen Fortschritts gilt dies auch für die notwendige Zusammenführung einer zunehmenden Zahl von Spezialisten im Interesse einer Krankenversorgung auf höchstem Niveau. Dabei haben sich spätestens seit der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips andere Maßstäbe im Sinne eines neuen Leitbildes für die Leitung einer klinischen Einrichtung entwickelt. Stand früher schwerpunktmäßig die beständige Optimierung der medizinischen Versorgung der Patienten im Vordergrund ohne Rechtfertigungszwang für die Verwendung der Ressourcen, so ist nunmehr zusätzlicher Handlungs- und Entscheidungsmaßstab eine mit wirtschaftlichen Mitteln zu erbringende medizinisch notwendige Behandlung.

Kliniken, die dies nicht zu leisten vermögen, können zu einer erheblichen wirtschaftlichen Belastung für das gesamte Hochschulklinikum werden. Notwendige Subventionen von Unwirtschaftlichkeiten in der Krankenversorgung einer klinischen Einrichtung können sich unter Umständen auch zu Lasten der für Forschung und Lehre zur Verfügung stehenden Mittel auswirken.

Bei immer stärker greifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und einer wachsenden Kosten- und Leistungstransparenz wird der Erfolg einer klinischen Einrichtung deutlicher als bisher erkennbar. Sollte sich erweisen, dass der Hochschullehrer den Anforderungen an die Leitung der ihm anvertrauten klinischen Einrichtung nicht gewachsen ist und die ihm übertragenen Aufgaben einschließlich der Einhaltung des Budgets nicht erfüllt, muss es möglich sein, sich von ihm zumindest in seiner Eigenschaft als Leiter einer klinischen Einrichtung zu trennen. Diese Möglichkeit ist in dem in Abschn. I Ziff. 1 Buchst. a) dargestellten Regelfall weitestgehend ausgeschlossen bzw. könnte nur nach Maßgabe einschlägiger disziplinarrechtlicher Bestimmungen realisiert werden.

Eine Trennung von dem Leiter der klinischen Einrichtung stellt allerdings eine ultima ratio dar, die nur dann in Betracht kommen wird, wenn andere Maßnahmen nicht greifen. Bei Wirtschaftsunternehmen spielt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle das Vergütungssystem, dem in Bezug auf den betrieblichen Erfolg eines Unternehmens eine wichtige Anreizfunktion zukommt. Das gegenwärtige Vergütungssystem im Bereich der Hochschulmedizin ist hierfür jedoch nicht geeignet.

2. Probleme des gegenwärtigen Vergütungssystems

Aufgabe eines Vergütungssystems ist es, die vereinbarte Leistung angemessen zu honorieren und darüber hinaus besonders gute Leistungen zusätzlich zu belohnen (Anreizfunktion). Das gegenwärtige System der Liquidation genügt diesen Forderungen, wie auch die KMK bereits festgestellt hat, nicht mehr uneingeschränkt (vgl. Überlegungen zu Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 29.09.1995, S. 53, 56).

a) Fehlender Bezug zwischen Liquidationseinnahmen und Dienstaufgaben

Der Leiter einer klinischen Einrichtung hat im Bereich von Forschung, Lehre und Krankenversorgung bedeutende Aufgaben wahrzunehmen. Für die ihm anvertrauten Patienten und die ihm zur Verfügung stehenden personellen, finanziellen und räumlichen Ressourcen trägt er hohe Verantwortung.

Die mit der Leitung einer klinischen Einrichtung verbundenen wesentlichen Leistungen bestehen nicht primär in der Versorgung von Privatpatienten, sondern in der Sicherstellung einer Krankenversorgung insgesamt nach den Regeln ärztlicher Kunst auf höchstem Niveau und bei wirtschaftlichem Ressourceneinsatz, wobei die Krankenversorgung zugleich die Basis dafür bieten muss, dass auf dem von der Klinik vertretenden Fachgebiet qualitätsvolle, kompetitive klinische Forschung und Lehre betrieben werden kann.

Für diese bedeutenden Dienstaufgaben erhält der Leiter der klinischen Einrichtung keine direkte Vergütung. Die Privatliquidation steht hierzu im Grunde nur in einem mittelbaren Zusammenhang. Fehlentscheidungen des Hochschullehrers mit nachteiligen Auswirkungen für die klinische Einrichtung und das Klinikum könne in dem geltenden Vergütungssystem ebenfalls kaum sanktioniert werden. Im Extremfall kann es sogar dazu kommen, dass dem Leiter der klinischen Einrichtung aus der Behandlung von Privatpatienten Privateinnahmen im bisherigen oder sogar noch wachsenden Umfang zufließen, obwohl sich die wirtschaftliche Gesamtsituation der klinischen Einrichtung verschlechtert.

Die Problematik des Liquidationsrechtes wird auch an der von Fachgebiet zu Fachgebiet zum Teil völlig unterschiedlichen Höhe der Liquidationseinnahmen deutlich. Da diese Einnahmen von Faktoren wesentlich mitbestimmt werden, die weder vom Leiter der klinischen Einrich

tung selbst noch vom Klinikum insgesamt beeinflusst werden können, finden sie in dem Maß der Verantwortlichkeit für eine klinische Einrichtung keine Entsprechung.

b) Nachteile des derzeitigen Vergütungssystems bei strukturellen und fachlichen Veränderungen

Von einem auf Liquidationseinnahmen beruhenden Vergütungssystem können Fehlsteuerungen auf Grund von Besitzstandsdenken und Abgrenzungstendenzen ausgehen, auch können hierin Hindernisse für die interdisziplinäre Zusammenarbeit begründet sein. Ferner kann das Liquidationsrecht die Bereitschaft beeinträchtigen, zukunftsweisende Entwicklungen neuer medizinischer Schwerpunkte oder aus wirtschaftlichen Gründen erforderliche Strukturmaßnahmen zuzulassen. Umgekehrt fordern ärztliche Standesvertretungen immer wieder im Bereich der klinischen Medizin zusätzliche Lehrstühle, neue Abteilungen oder andere selbstständige Funktionsbereiche, wobei zwar fachliche Argumente vorgetragen werden vielfach aber das Liquidationsrecht für nachgeordnete Fachärzte gemeint ist. Strukturentscheidungen aber, die auf die Ausweitung des Liquidationsrechtes abzielen, führen nur zu einer weiteren Zersplitterung der klinischen Medizin und widersprechen den wirtschaftlichen und medizinischen Erfordernissen, insbesondere aber den Notwendigkeiten von Forschung und Lehre, auf neue Herausforderungen rasch und flexibel reagieren zu können.

Ungeachtet dessen erfordert eine sinnvolle Arbeitsteilung innerhalb einer klinischen Einrichtung und insbesondere eine zunehmende Spezialisierung im Rahmen des medizinischen Fortschritts, dass auch unterhalb der Leitungsebene ein Anreizsystem auf der Grundlage attraktiver Einkünfte zur Gewinnung weiterer hervorragender Ärzte und/oder Wissenschaftler geschaffen wird. Dies kann jedoch nicht durch eine Ausweitung des Liquidationsrechtes auf nachgeordnete Ärzte erfolgen, da

dies die unerlässliche betriebliche Einheit einer klinischen Einrichtung gefährden würde.

In Bezug auf nachgeordnete Ärzte besteht besonderer Handlungsbedarf auch auf Grund von in jüngster Zeit ergangenen Entscheidungen des Bundessozialgerichts zu § 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV).⁴ Das Bundessozialgericht hat in diesen Urteilen nochmals die Nachrangigkeit von Institutsermächtigungen gegenüber persönlichen Ermächtigungen von Krankenhausärzten gem. § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV festgestellt. Sollte die Inanspruchnahme einer persönlichen Ermächtigung durch nachgeordnete Ärzte eines Universitätsklinikums an nebensächlich-rechtlichen Vorschriften scheitern, sei es Aufgabe des Landes, ggf. durch Änderung der einschlägigen Vorschriften die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass dem bundesrechtlichen Grundsatz des Vorrangs persönlicher Ermächtigungen vor Institutsermächtigungen Rechnung getragen werden könne. Diesen Entscheidungen kann jedoch nicht durch Änderung der nebensächlich-rechtlichen Vorschriften zu Gunsten nachgeordneter Ärzte Rechnung getragen werden, da dadurch die Einbindung dieser Ärzte in den Klinikbetrieb beeinträchtigt und zugleich die Wirtschaftlichkeit der klinischen Einrichtung erhebliche Nachteile erleiden würde. Nur das Vertragsrecht kann hier eine sachgerechte und wirtschaftliche Lösung bieten. Näheres hierzu ist in den Ausführungen weiter unten im 6. Teil enthalten.

c) Probleme der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Für die Liquidationseinnahmen ist die GOÄ bzw. GOZ maßgeblich. Die Ansätze der Gebührenordnung wiederum richten sich nach den privatärztlichen Leistungen der niedergelassenen Ärzteschaft und haben im

4 Vgl. Urteil des BSG vom 1. Juli 1998 Az.: B 6 KA 44/97 R sowie Urteil vom 1. 7. 1998 Az.: B 6KA 43/97 R betreffend Verfahren zwischen dem Universitätsklinikum Tübingen und dem Berufungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg; ferner vgl. BSH-Urteil vom 2. Oktober 1996 (BSGE 79,179 ff.).

Grunde keinen Bezug zu den Dienstaufgaben des Leiters einer klinischen Einrichtung. Veränderungen im Gebührenrecht können deshalb wesentlich die Einnahmen beeinflussen, ohne dass dies durch die eigentlichen Dienstaufgaben induziert oder gerechtfertigt wäre.

Insbesondere auf Grund des in der einschlägigen Gebührenordnung verankerten Prinzips der persönlichen Leistungserbringung kann es ferner trotz einer Reihe von Ausnahmen zu einer Konkurrenz zwischen Dienstaufgaben und Privatbehandlung im Rahmen der Nebentätigkeit kommen. Hier treten nebensätigtkeitsrechtliche und gebührenrechtliche Vorschriften nicht selten in einen Widerspruch zu den dienstrechtlichen Erfordernissen einer Gesamtverantwortung für die klinische Einrichtung mit der Folge, dass der Leiter der klinischen Einrichtung gar nicht in der Lage ist, sämtliche, ihm auferlegten Pflichten ordnungsgemäß zu erfüllen. So wurde durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1861) der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung weiter verschärft. Zu welchen in Bezug auf die Leitung einer klinischen Einrichtung wenig

sinnvollen Lösungen die GOÄ führt, zeigen die in der Anmerkung dargestellten Beispiele im Vollzug von § 4 Abs. 2 GOÄ.⁵

d) Nachteile des Liquidationsrechtes für den Leiter der klinischen Einrichtung

Die ausschließliche Orientierung am Liquidationsrecht und den Liquidationseinnahmen kann sich im Übrigen auch für den Leiter der klinischen Einrichtung selbst insbesondere dann sehr nachteilig auswirken, wenn die Zahl der Privatpatienten aus Gründen, die mit seiner fachlichen Kompetenz überhaupt nichts zu tun haben, deutlich zurückgeht. Mit einer derartigen Entwicklung muss z.B. dann gerechnet werden, wenn, wie in einigen Ländern bereits geschehen, aus fiskalischen Gründen bestimmte privatärztliche Leistungen aus dem Katalog der Beihilfe herausgenommen werden.

Die Abschöpfung von Liquidationseinnahmen zu Gunsten der privaten Krankenversicherung (PKV) im Rahmen von § 6 a GOÄ und zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Grund der Bundespflegesatzverordnung sind ebenso wie die Absenkungen der in der GOÄ bzw. im DKGNT festgelegten Punktwerte weitere Beispiele für Entwicklungen, die Einfluss auf die Liquidationseinnahmen haben, ohne dass dies in einem inneren Zusammenhang mit der Leitung einer klinischen Einrichtung stehen würde. Das Verhältnis von Leistung zu

5 Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ kann der Arzt Gebühren nur für selbstständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Im Satz 3 werden einige Leistungen aus dem Katalog der grundsätzlich berechnungsfähigen Leistungen wieder gestrichen, wenn sie nicht von dem Wahlarzt selbst oder seinem ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um Grundleistungen nach Nrn. 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme oder innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung des Patienten, ferner die Visiten nach Nrn. 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses und Leistungen, die in der Regel an das nachgeordnete Personal delegiert werden dürfen, wie z.B. Blutentnahmen, Injektionen und Infusionen. Ob eine derartige gesetzliche Regelung wirklich sinnvoll ist, dürfte zu bezweifeln sein. Dem Patienten wird es nicht viel nützen, wenn Blutentnahmen etwa künftig vom Wahlarzt durchgeführt werden, nur weil sonst insoweit nicht liquidiert werden kann. Hier wird der Konflikt zwischen dem Prinzip der Höchstpersönlichkeit der Leistung und den Anforderungen an eine Klinikleitung sehr deutlich.

Gegenleistung kann hier zur reinen Fiktion werden. Hinzu kommen die vielfältigen und zum Teil nur schwer nachvollziehbaren Abgabenregelungen, die sich von Land zu Land erheblich unterscheiden und einer anderen Logik folgen als rein betrieblichen Erfordernissen.

Besonders einschneidende Auswirkungen würden sich dann ergeben, wenn die Regelung in § 22 Abs. 3 Satz 1 BPfIV über die Liquidationskette eingeschränkt oder aufgehoben werden sollte. Es wäre nicht überraschend, wenn in diesem Falle von den betroffenen Chefärzten selbst die Forderung nach einer Änderung des Vergütungssystems erhoben würde. Schließlich mehren sich diejenigen Fälle, in denen Versicherungsunternehmen der PKV Liquidationen wegen angeblicher Verletzungen von Vorschriften der GOÄ nicht anerkennen wollen.

Wie bereits weiter oben ausgeführt wurde, spielt das Liquidationsrecht in den neuen Ländern wegen der deutlich niedrigeren Zahl von Privatpatienten eine weitaus geringere Rolle als in den alten Ländern. Dieses Ungleichgewicht führt dazu, dass Chefarztpositionen an klinischen Einrichtungen in den Universitätsklinika der fünf neuen Länder vielfach nur als Durchgangspositionen für die Übernahme eines Lehrstuhls und der Leitung der dazugehörigen klinischen Einrichtung in den alten Ländern betrachtet wird. Auch hieraus ergibt sich Handlungsbedarf.

III. Neue Modelle der Leitungs- und Vergütungsstruktur

Die vorstehenden Ausführungen machen deutlich, dass das für die Hochschulmedizin noch überwiegend geltende System, das das Beamten-/Besoldungsrecht und die Liquidationsbefugnis miteinander verbindet, den Anforderungen der Hochschulmedizin nicht mehr in vollem Umfange gerecht wird.

Seine Mechanik und Wirkungsweise können auch aus der Sicht der betroffenen Hochschullehrer nicht befriedigen.

1. Beamtenrechtliche Lösungsansätze

Gegenwärtig wird auf den unterschiedlichsten Ebenen in Bund und Ländern auch eine Änderung des für den Hochschulbereich geltenden Dienst-, Besoldungs- und Tarifrechts⁶ gefordert, mit einer Fortentwicklung des für die Professoren geltenden Beamten- und Besoldungsrechts lassen sich jedoch die besonderen Probleme im Klinikbereich, die zunehmend durch Markt- und Wettbewerbserfordernisse bestimmt werden, nicht adäquat lösen. Jedenfalls für den Aufgabenbereich der Leitung einer klinischen Einrichtung und der damit verbundenen Verantwortlichkeit für die Krankenversorgung muss, wie bereits in dem KMK-Beschluss vom 29.09.1995 zum Ausdruck gebracht wurde, der Übergang vom bisherigen Beamten- und Besoldungsrecht in das Vertragsrecht ins Auge gefasst werden. Der Abschluss eines Chefarztvertrages mit dem Leiter einer klinischen Einrichtung ermöglicht es, dass sich im Extremfall das Klinikum bzw. das Land als Träger des Klinikums von dem Chefarzt wieder lösen kann, ferner lässt sich in dem Chefarztvertrag eine Vergütung eigenständig regeln, wobei die Vergütung unabhängig von oder auch in Verbindung mit der Privatliquidation vereinbart werden könnte.

Befriedigende Lösungen lassen sich auch nicht mittels eines Rückgriffs auf das Beamtenverhältnis auf Probe oder das Beamtenverhältnis auf Zeit erreichen. Nach § 46 des Hochschulrahmengesetzes (HRG) werden Professoren, soweit sie in das Beamtenverhältnis berufen werden, zum Beamten auf Zeit oder Lebenszeit ernannt; durch Gesetz kann ferner bestimmt werden, dass eine Probezeit zurückzulegen ist. Die Landesgesetzgeber

6 Vgl. hierzu u.a. die Entschließung des 186. Plenums der Hochschulrektorenkonferenz vom 02.11.1998 mit "Empfehlungen zum Dienst- und Tarif-, Besoldungs- und Vergütungsrecht sowie zur Personalstruktur in den Hochschulen", ferner Beschlüsse der 152. Amtschefkonferenz vom 4./5.12.1997 und der 285. KMK vom 4./5.3.1999.

könnten somit, soweit noch nicht geschehen, die Möglichkeit vorsehen, dass Stellen für Professoren, die mit der Leitung einer klinischen Einrichtung verbunden sind, zunächst auf Probe oder auch auf Zeit besetzt werden.⁷ Weder im Rahmen des Beamtenverhältnisses auf Probe noch im Rahmen des Beamtenverhältnisses auf Zeit können jedoch die weiter oben im Zusammenhang mit einer aufgabengerechten Vergütung angesprochenen Probleme gelöst werden. Da sich Defizite im Bereich der Klinikleitung u. U. erst nach Ablauf der – nach Landesrecht festzulegenden – Dauer der Probezeit bzw. des Zeitbeamtenverhältnisses ergeben können, fehlt es auch an ausreichenden Sanktionsmöglichkeiten für die Zeit nach Übernahme des Hochschullehrers ins Beamtenverhältnis auf Lebenszeit. In denjenigen Ländern, in denen die Klinika rechtlich verselbstständigt wurden, bieten beamtenrechtliche Sonderformen ohnehin keine Lösung.

Die Kultusministerkonferenz spricht sich deshalb für eine Ablösung des Beamten-, Besoldungs- und Liquidationsrechts durch vertragsrechtliche Regelungen aus.

Von einer vertragsrechtlichen Ausgestaltung des Beschäftigungsverhältnisses mit den Leitern klinischer Einrichtungen können auch neuartige Struktureffekte für das Klinikum ausgehen. So erscheint es durchaus denkbar, dass die Bildung von Departments, also von organisatorischen Einheiten unter Leitung eines Chairman nach amerikanischem Vorbild mit wesentlichen eigenständigen Entscheidungskompetenzen an Bedeutung

7 Erstmals ist in Bayern auf Grund eines Beschlusses des Bayerischen Landtags vom 08.07.1998 vorgesehen, dass eine Berufung in das Beamtenverhältnis auf Zeit in der Regel dann zu erfolgen hat, wenn der zu Berufende noch keine vergleichbare Leitungsfunktion an einer universitären oder außeruniversitären klinischen Einrichtung innehatte oder innehat.

gewinnt, weil der Leiter einer einzelnen klinischen Einrichtung bei Einbindung seiner Einrichtung in ein derartiges Department eine spürbare Entlastung von Managementaufgaben erhalten kann. Die Übertragung bestimmter Verantwortlichkeiten und Leitungsfunktionen auf das Department, das durchaus auch interdisziplinär strukturiert sein könnte, erschiene als ein Mittelweg, bei dem die Ablösung eines im Management eher ungeeigneten Chefarztes von der Leitung der ihm unterstellten klinischen Einrichtung vermieden werden könnte.

Der ständig wachsende Kosten- und Leistungsdruck in der Krankenversorgung verlangt den Ärzten, besonders den leitenden Ärzten Kenntnisse und fachliche Kompetenz auf Gebieten außerhalb der Medizin ab, in denen sie nicht originär ausgebildet wurden. Der Übergang auf ein Departementssystem kann bei dieser Entwicklung eine sinnvolle organisatorische Antwort auf die fortschreitende Spezialisierung der medizinischen Fachgebiete geben und zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit des Klinikums und der klinischen Einrichtungen beitragen.

2. *Vertragsrechtliche Lösungsansätze*

Beim Übergang vom Beamtenrecht bzw. Besoldungsrecht in das Vertragsrecht sind zwei Lösungsmöglichkeiten denkbar.

a) Kombinationslösung Beamtenrecht/Vertragsrecht

Bei dieser Lösung wird mit dem künftigen Leiter einer klinischen Einrichtung ein gesonderter Chefarztvertrag abgeschlossen, durch den die Leitungsaufgaben und die Aufgaben in der Krankenversorgung vertraglich übertragen werden. Für den Bereich Forschung und Lehre verbleibt es bei der bisherigen Berufung in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit. Die Lösung hätte den Vorteil, dass der Chefarzt in seiner Eigenschaft als Hochschullehrer im Bereich von Forschung und Lehre nicht anders behandelt wird als Hochschullehrer anderer Fachgebiete. Mit

dieser Kombinationslösung wären somit auch keine präjudizierenden Wirkungen auf das Hochschullehrerrecht außerhalb der klinischen Medizin im Sinne einer generellen Abkehr vom Beamtenrecht insgesamt verbunden.

Mit der Übernahme in ein Beamtenverhältnis könnte der Chefarzt eine wirtschaftliche Absicherung erhalten, wenn ihm die Professur auch dann noch verbliebe, falls er als Chefarzt seine Wirkungsmöglichkeit verlieren sollte. Die Möglichkeit eines Auseinanderfallens von Professorenverhältnis und Chefarztposition wäre allerdings nicht unproblematisch. So müsste für einen neuen Leiter der klinischen Einrichtung eine neue C 4-Professur geschaffen werden. Auch sollten die Schwierigkeiten für einen Nachfolger in der Leitung der klinischen Einrichtung bei einer derartigen Konstellation nicht unterschätzt werden. Eine solche Situation wird allerdings nur in sehr seltenen Fällen vorkommen, so dass die geschilderten negativen Folgen nicht überschätzt werden dürfen. Allein schon die (theoretische) Möglichkeit, mit der Chefarztposition seinen klinischen Wirkungsbereich zu verlieren, kann durchaus eine präventive, heilsame Wirkung entfalten.

Ein Auseinanderfallen von Professorenamt und Chefarztpositionen könnte bei der Kombinationslösung zumindest für einen gewissen Zeitraum dann verhindert werden, wenn bei der Besetzung des Lehrstuhls auf die Professur auf Zeit zurückgegriffen würde.

b) Vollständiger Ersatz des Beamtenverhältnisses durch das Vertragsrecht (Vertragslösung)

Wegen der bei der Kombinationslösung nicht gänzlich auszuschließenden Gefahr eines Auseinanderfallens von Professorenamt und Chefarztposition wurde in den von der KMK vom 29.09.1995 beschlossenen "Überlegungen" empfohlen, dass auch die Bestellung zum Professor

auf Grund eines außertariflichen Vertrages erfolgen sollte (KMK-Beschluss vom 29.09.1995 S. 60, 61).

Die Bestellung von Professoren im Angestelltenverhältnis wird bereits derzeit praktiziert, etwa bei der vertretungsweisen Wahrnehmung einer C 4- oder einer C 3-Professur oder in dem besonderen Fall, wenn die beamtenrechtlichen Voraussetzungen (noch) nicht erfüllt sind. In aller Regel handelt es sich allerdings um befristete Angestelltenverhältnisse. Der Rückgriff auf vertragliche Regelungen sowohl bei der Übertragung der Aufgaben als Professor als auch bei der Bestellung zum Chefarzt ermöglicht es, den gesamten Aufgabenbereich des Hochschullehrers im Bereich der klinischen Medizin nach einheitlichen Grundsätzen zu regeln und ein Auseinanderfallen der Aufgabenbereiche zu vermeiden. Diese Konstruktion sichert damit am besten die Einheit von Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung.

Die vertragliche Bestellung zum Professor im Rahmen einer einheitlichen Vertragslösung verstößt nicht gegen das Grundgesetz. Zwar ist in Lehre und Praxis umstritten, ob mit Professoren ohne jede Einschränkung ein privatrechtliches Dienstverhältnis begründet werden kann - so verschiedene Landeshochschulgesetze⁸ - oder ob die Ernennung zum Beamten die grundgesetzlich vorgeschriebene Regel ist, weil Professoren hoheitsrechtliche Befugnisse im Sinne des Art. 33 Abs 4 GG als ständige Aufgabe ausüben. Da aber auch die Vertreter der zuletzt genannten Meinung Ausnahmen von dem Regelfall für zulässig halten, kommt es auf diese Streitfrage nicht an. Ein derartiger Ausnahmefall kann nämlich für die klinische Medizin im Hinblick auf die hohe Budgetverantwortung, die die Hochschullehrer als Leiter klinischer Einrichtungen wahrzunehmen haben, gut begründet werden.

8 Vgl. u. a. § 39 des Gesetzes über die Hochschulen im Freistaat Sachsen vom 11. Juni 1999.

Dieses Modell ist deshalb der unter Ziff. 2 a) dargestellten Kombinationslösung vorzuziehen. Wegen der Besonderheiten einer C 4-Position, die mit der Leitung einer klinischen Einrichtung verbunden ist, insbesondere im Hinblick auf die hohe wirtschaftliche Verantwortung des Hochschullehrers, ist in dieser Lösung kein Bezugsfall im Rahmen der allgemeinen hochschulpolitischen Diskussion über das Für und Wider einer „Entbeamtung“ der Hochschullehrerposition zu sehen. Sollten gleichwohl aus den genannten Gründen Bedenken gegen diese Lösung bestehen, wäre auch eine Kombinationslösung gegenüber der gegenwärtigen Rechtslage vorzuziehen.

3. *Folgerungen für das Nebentätigkeits- und Haushaltsrecht*

Nebentätigkeitsrechtliche Probleme im geltenden Recht können sich bei dem Kombinationsmodell ergeben. Nach den einschlägigen Nebentätigkeitsverordnungen der meisten Länder ist Professoren, die eine klinische Einrichtung leiten, die Privatbehandlung von Patienten innerhalb der klinischen Einrichtung und die damit verbundene Liquidation allgemein gestattet. Diese automatische Verbindung zwischen der Übertragung der Leitung einer klinischen Einrichtung auf einen beamteten oder angestellten Professor und dem Liquidationsrecht soll bei dem Kombinationsmodell gerade aufgehoben werden. Es empfiehlt sich deshalb, in die einschlägigen nebentätigkeitsrechtlichen Vorschriften eine klarstellende Regelung aufzunehmen.

Ein weiteres Problem ergibt sich hinsichtlich der in den Nebentätigkeitsvorschriften geregelten Abführungspflicht bei einer Nebenamtsvergütung. Dieses Problem stellt sich allerdings nur dann, wenn die Chefarztstätigkeit bei der Kombinationslösung als Nebenamt, nicht hingegen als ein 2. Hauptamt eingestuft würde. Wenn im Falle eines Nebenamtes die Vergütung nicht in Form von Liquidationseinnahmen gewährt wird, die unmittelbar dem Chefarzt zufließen, greifen dem Wortlaut nach nicht die Aus

nahmevorschriften in den Landesneben tätigkeitsverordnungen. Zur Sicherheit sollten deshalb, zumindest im Sinne einer Klarstellung, die einschlägigen Vorschriften ergänzt und für die vorliegende Fallgestaltung eine gesonderte Ausnahmeregelung getroffen werden.

Bei denjenigen Universitätsklinika, die nicht rechtlich verselbstständigt wurden und für die nach den geltenden Haushaltsgesetzen nach wie vor die Stellenübersichten zu den Wirtschaftsplänen für verbindlich erklärt sind, können die Kombinationslösung oder die Vertragslösung nur dann umgesetzt werden, wenn die Verbindlichkeit der Stellenübersichten aufgehoben wird. Ohne entsprechende Freiräume, die es den Klinika ermöglichen, Verträge mit den Chefärzten in eigener Zuständigkeit und Verantwortlichkeit abzuschließen, ist der Übergang in das Vertragsrecht zum Scheitern verurteilt. Da die Vergütung, die mit dem Chefarzt vereinbart werden soll, vom Klinikum erwirtschaftet werden muss, würde es die Verantwortlichkeitsebenen verwischen, wollte man die Zuständigkeit für den Abschluss entsprechender Verträge und insbesondere für die Festlegung der Vergütungen beim Träger des jeweiligen Klinikums und damit bei den Ministerien verankern.

Dem Klinikum muss es dabei möglich sein, die Vergütung nach den Verhältnissen des Arbeitsmarktes, nach dem Gewicht der zu besetzenden Position und ihrer Bedeutung für das Klinikum, nach der Finanzierbarkeit und der Qualifikation des betreffenden Hochschullehrers zu bemessen. Die Möglichkeit einer individuellen Festsetzung der Vergütung auf Grund der konkreten Umstände des Einzelfalls ist auch Ausdruck eines sich wettbewerblich orientierenden Gesundheitssektors, in dem die Klinika in Konkurrenz zu den übrigen Krankenhäusern aber auch zu den übrigen Universitätsklinika treten.

IV. Besondere Auswirkungen des Übergangs in das Vertragsrecht

1. Unterscheidung zwischen dem Innenverhältnis und dem Außenverhältnis

Beim Übergang in das Vertragsrecht und der damit verbundenen Ablösung des bisherigen Beamten-, Besoldungs- und Liquidationsrechtes durch vertragliche Regelungen sind zwei Regelungsbereiche voneinander zu unterscheiden:

- Im Innenverhältnis richten sich die Beziehungen zwischen dem Leiter der klinischen Einrichtung und dem Klinikum, der Hochschule und dem Träger des Klinikums nach dem Chefarztvertrag und ggf. einem weiteren mit Hochschule und Land abgeschlossenen Vertrag als Professor. In diesem Vertrag bzw. diesen Verträgen ist auch die Vergütung für die Leitung der klinischen Einrichtung und für die Wahrnehmung der Aufgaben als Hochschullehrer zu regeln.
- Hiervon zu unterscheiden ist im Außenverhältnis die Beziehung zu den Patienten. Hierfür gelten nach wie vor die einschlägigen rechtlichen Bestimmungen der BpflV und der GOÄ bzw. GOZ.

Wesentlich für den Chefarztvertrag ist, dass die im bisherigen Rechtssystem dem Nebentätigkeitsbereich zugeordnete Privatbehandlung zur Dienstaufgabe des Leiters der klinischen Einrichtung gemacht wird. Damit werden auch die aus der Privatbehandlung erzielten Liquidationserlöse Gegenstand der vertraglichen Regelungen zwischen dem Chefarzt und dem Klinikum, wobei die Vertragsparteien hinsichtlich Art und Umfang der Regelungen entsprechend dem Grundsatz der Vertragsfreiheit weiten Spielraum hätten.

Unberührt hiervon bleibt im Außenverhältnis die ärztliche Wahlleistung als solche, die von dem Chefarzt gegenüber dem Patienten nach Maßgabe der Krankenhausaufnahmeverträge und ggf. entsprechender Zusatzverträge unter Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsvorschriften zu erbringen sind. Ob und ggf. in welche rechtliche Beziehung der Chefarzt zu den Privatpatienten bei der Erbringung wahlärztlicher Leistungen tritt, richtet sich wiederum im Einzelnen nach den Regelungen des Chefarztvertrages. Dabei sind unterschiedliche Fallgestaltungen denkbar:

- Das Klinikum bleibt auch im Bereich der wahlärztlichen Leistung ausschließlicher Vertragspartner des Privatpatienten; es verpflichtet sich, die mit dem Privatpatienten vereinbarten wahlärztlichen Leistungen durch den Chefarzt als seinen Erfüllungsgehilfen erbringen zu lassen; das Klinikum liquidiert an Stelle des Chefarztes (Krankenhausliquidation).
- Das Klinikum ermächtigt im Rahmen des Chefarztvertrages den Leiter der klinischen Einrichtung, im Außenverhältnis unmittelbar mit dem Privatpatienten entsprechende Verträge über wahlärztliche Leistungen und ihre Abrechnung abzuschließen. Der Leiter der klinischen Einrichtung tritt jedoch nach Maßgabe des Chefarztvertrages seinen Honoraranspruch an das Klinikum ab, das diesen gegenüber den Privatpatienten in Rechnung stellt; dabei wäre es denkbar, dass sich das Klinikum einer privatärztlichen Verrechnungsstelle bedient. Natürlich wäre auch der umgekehrte Fall möglich, dass der Chefarzt gegenüber dem Privatpatienten für das Klinikum liquidiert.
- Das Klinikum ermächtigt im Rahmen des Chefarztvertrages den Leiter der klinischen Einrichtung, im Außenverhältnis mit dem Privatpatienten einen gesonderten Vertrag über die Erbringung der wahlärztlichen Leistungen abzuschließen und hierfür auch das ärztliche Honorar zu berechnen und einzuziehen.

Welche Vergütung der Chefarzt in den genannten drei Fällen für seine Tätigkeit erhält, ob eine Vergütung in Abhängigkeit oder völlig unabhängig von den Liquidationserlösen, richtet sich ebenfalls ausschließlich nach dem mit dem Klinikum abgeschlossenen Chefarztvertrag, ist somit eine Frage des Innenverhältnisses. Die Krankenhausliquidation entspricht am besten der mit dem Übergang in das Vertrags- und Vergütungssystem verfolgten Zielsetzung, so dass die anderen Varianten nur in Ausnahmefällen unter der Voraussetzung akzeptabel erscheinen, dass eine ausbalancierte Einbindung derartiger Vergütungsregelungen in ein umfassendes leistungsbezogenes Vergütungskonzept im Rahmen des Chefarztvertrages sichergestellt ist.

Mit dem Übergang in das Vertragsrecht gewinnt ein Klinikum somit erheblichen Freiraum, der ihm weitreichende neue Gestaltungsmöglichkeiten eröffnet, zugleich aber auch eine erhöhte Verantwortung überträgt.

2. *Weitreichende Gestaltungsmöglichkeiten und Verantwortung*

Während gegenwärtig die Rechte und Pflichten des Chefarztes als beamteter Professor einschließlich der Besoldung in den Hochschul- bzw. Hochschullehrer- und Beamten-gesetzen der Länder sowie im Bundesbesoldungsgesetz in einer zwar generalisierten, den Einzelfall jedoch abschließenden und wenig flexiblen Art und Weise geregelt wurden, ermöglicht es der Übergang in das Vertragsrecht, differenzierte, auf den konkreten Einzelfall bezogene Regelungen zu treffen. Wie die aktuelle Diskussion einer umfassenden Dienstrechtsreform der Professoren zeigt, wird auch für den nichtklinischen Bereich das geltende Dienstrecht als reformbedürftig angesehen.

Hinsichtlich der Wahrnehmung der Leitung der klinischen Einrichtung und der Aufgaben in der Krankenversorgung gab es bisher in den Ländern, wenn überhaupt, nur wenige, eher generalklauselartige Regelungen, die lediglich durch die Berufungsvereinbarungen und den darauf beruhenden

Ernennungsentscheidungen detaillierter ausgefüllt wurden. In dem hierauf bezogenen bisherigen Vergütungssystem, das gemäß den nebensächlichkeitsrechtlichen Bestimmungen die Vergütung dem privaten Aufgabenbereich des Chefarztes überließ, waren individuelle Festlegungen der Vergütungshöhe im jeweiligen Einzelfall der Disposition des Dienstherrn und Arbeitgebers weitestgehend entzogen. Lediglich auf der Ebene des Gesetz- oder Verordnungsgebers konnte durch die Veränderung der im Nebensächlichkeitsrecht geregelten Nutzungsentgelte und ggf. durch Festlegung von Mitarbeiterbeteiligungen Einfluss genommen werden, wobei entsprechende Regelungen nur in einer generellen, übergreifenden Weise getroffen werden konnten.

Über die Liquidationen wurde/wird deshalb weder bei Erst- noch bei Zweit- oder Drittberufungen noch im Rahmen von Rufabwendungsverhandlungen verhandelt. Diesbezügliche Verhandlungen beschränken sich bisher wie im nichtklinischen Bereich ausschließlich auf die Frage, ob neben dem Grundgehalt noch ein Ruhegehaltfähiger oder nichtruhegehaltfähiger Zuschuss oder Sonderzuschuss entsprechend den Vorbemerkungen zur Bundesbesoldungsordnung C gewährt werden kann oder nicht. Mit dem Übergang in ein neues System der vertraglichen Vereinbarung einer Vergütung für die Leitung der klinischen Einrichtung erhält der hierfür verantwortliche Vertragspartner des Hochschullehrers und Leiters einer klinischen Einrichtung gänzlich neue und weitreichende Gestaltungsmöglichkeiten, durch die ihm zugleich auch eine große Verantwortung sowohl hinsichtlich der Gewinnung des Hochschullehrers als auch bezüglich der Einforderung der mit der vereinbarten Vergütung verbundenen Gegenleistung wächst.

4. Teil: Spezielle Fragen zu den vertraglichen Regelungen (Zuständigkeit, inhaltliche Ausgestaltung, Beendigung)

I. Zuständigkeit zum Vertragsabschluss

Aus den oben genannten Gründen ist der Übergang vom bisherigen System (wahlärztliche Leistungen als Nebentätigkeit) in das Vertragsrecht (wahlärztliche Leistungen als Dienstaufgabe) unabdingbar. Dabei kann es jedoch nicht Ziel sein, den Ländern einheitliche vertragliche Regelungen über die Bestellung von Leitern klinischer Einrichtungen an Hochschulklinika vorzugeben. Ohnehin wären rechtlich verselbstständigte Hochschulklinika an derartige Empfehlungen nicht gebunden. Auch ist die Situation zwischen den einzelnen Ländern aber auch zwischen den Hochschulklinika innerhalb des jeweiligen Landes so unterschiedlich, dass ein einheitliches Vertragsmuster hierfür keine Lösung bieten kann. Wegen Besonderheiten der Hochschulklinika, die sie grundlegend von den kommunalen, freigemeinnützigen oder privaten Krankenhäusern unterscheidet, sollen im Nachfolgenden spezielle Fragestellungen diskutiert werden.

Im Gegensatz zu Krankenhäusern in kommunaler, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft, bei denen dem Chefarzt ausschließlich die Leitung der klinischen Einrichtung und die Wahrnehmung der Aufgaben in der Krankenversorgung übertragen wird, treten bei den klinischen Einrichtungen der Hochschulklinika neben diese Aufgaben auch jene in Forschung und Lehre.

Sofern die Kombinationslösung realisiert werden soll, werden die Aufgaben hinsichtlich Forschung und Lehre (und Hochschulsebstverwaltung) wie bisher

schon über das Beamten- und Besoldungsrecht geregelt. Hier ergeben sich gegenüber den bisher geltenden Zuständigkeitsregelungen in den Ländern keine Änderungen.

Bezüglich der Zuständigkeit zum Abschluss der Chefarztvereinbarung selbst ist zu unterscheiden, ob es sich um ein rechtlich verselbstständigtes Klinikum handelt oder nicht. Bei einem rechtlich verselbstständigtem Klinikum liegt die Zuständigkeit für den Vertragsabschluss bei dem Klinikum, bei den übrigen Klinika ist nach wie vor die Zuständigkeit des Landes gegeben.⁹ Für den Erfolg der vorgeschlagenen neuen Leitungs- und Vergütungsstruktur ist es jedoch essenziell, dass auch bei den nicht rechtlich verselbstständigtem Klinika die Zuständigkeit zum Abschluss des Chefarztvertrages bei dem jeweiligen Klinikum liegt.¹⁰ Auch bei den nicht rechtlich verselbstständigtem Klinika ist die Leitung des Klinikums diejenige Institution, die für die Wirtschaftlichkeit des Klinikums verantwortlich ist. Die Ausgestaltung der Chefarztverträge steht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Entscheidung über die Ressourcen und damit auch über den Umfang der von der klinischen Einrichtung wahrzunehmenden Aufgaben. Die Chefarztverträge sind somit wesentliches Element der Steuerung und der betrieblichen Verantwortung des Managements eines Klinikums.

Besondere Fragen stellen sich hingegen bei einer reinen Vertragslösung. Hier müssten zum einen die Rechte und Pflichten als Hochschullehrer in Forschung, Lehre und Hochschulselbstverwaltung, zum anderen die Aufgaben als Leiter einer klinischen Einrichtung vertraglich festgelegt werden. Ob die Übertragung dieser Aufgaben in einem oder zwei Verträgen erfolgt, richtet sich dabei ebenso wie die Frage der Zuständigkeit zum Abschluss des bzw. der Verträge nach landesrechtlichen Vorschriften. Auch hier kommt es wieder darauf an, ob das Klinikum rechtlich verselbstständig wurde oder nicht.

9 In Berlin liegt die Zuständigkeit bei der Hochschule, die Dienstherrnfähigkeit besitzt.

10 Abweichende Zuständigkeiten können sich in denjenigen Ländern ergeben, die die Integrationslösung realisiert haben.

Bei rechtlich verselbstständigten Klinika wären grundsätzlich zwei Verträge erforderlich, wobei der die Aufgaben des Hochschullehrers regelnde Vertrag das Land oder die von ihm bestimmte Stelle abschließen müsste, für den Chefarztvertrag wäre das Klinikum zuständig. Selbstverständlich kann landesintern bestimmt werden, dass die Aufgaben auf beiden Feldern *uno actu* im Rahmen eines Vertrages mit dem Chefarzt geregelt werden, wobei der Vertrag auf der einen Seite sowohl namens des Landes¹¹ als auch namens des Klinikums abgeschlossen werden müsste. Beim Abschluss von zwei Verträgen wäre durch ein Junktum zwischen beiden Verträgen sicherzustellen, dass die Auflösung des einen Vertrags unmittelbar auch zur Beendigung des anderen Vertrags führt. Damit wäre ein Auseinanderfallen von Hochschullehrer- und Chefarztstätigkeit ausgeschlossen. Derartige Regelungen bestehen bereits beim Herzzentrum Leipzig.

Bei nicht rechtlich verselbstständigten Klinika wäre prinzipiell das Land für den Abschluss vertraglicher Regelungen über beide Aufgabenbereiche zuständig. Dabei muss, worauf bereits weiter oben hingewiesen wurde, die Zuständigkeit für den Abschluss des Chefarztvertrages wegen der größeren Sachnähe und der notwendigen klaren Trennung von betrieblicher Verantwortung und Trägerverantwortung auf die Leitung des Klinikums übertragen werden.

II. Fragen zur Ausgestaltung der Verträge

1. Allgemeines

Es wurde bereits an anderer Stelle darauf hingewiesen, dass bei außeruniversitären Krankenhäusern in der Regel Chefarztvereinbarungen abgeschlossen werden, die die Behandlung von Privatpatienten als Dienstaufgabe regeln. Überwiegend wird hierbei allerdings noch das Liquidations

11 Bezüglich Berlin vgl. Fußnote 8.

recht eingeräumt, nur zum geringeren Teil werden förmliche Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen.¹² Bei einem Chefarztvertrag mit einem Universitätsklinikum muss berücksichtigt werden, dass sich die Aufgaben der klinischen Einrichtungen des Klinikums nicht nur auf die Krankenversorgung beschränken, sondern dass der Leiter der klinischen Einrichtung zugleich gewährleisten muss, dass in der klinischen Einrichtung Aufgaben von Forschung und Lehre erfüllt werden. Auch hinsichtlich der vertraglichen Beschäftigung von Professoren im Angestelltenverhältnis kann auf Vorbilder zurückgegriffen werden. Derartige Verträge werden z.B. in denjenigen Fällen abgeschlossen, in denen einem Hochschullehrer für einen befristeten Zeitraum die vertretungsweise Wahrnehmung eines Lehrstuhls übertragen wird oder in denen wegen fehlender beamtenrechtlicher Voraussetzungen eine Ernennung zum beamteten Hochschullehrer nicht möglich ist.

2. Vergütungsfragen

a) Besoldung/Vergütung als Hochschullehrer und Vergütung als Chefarzt

Für die Wahrnehmung der Aufgaben in Forschung und Lehre stehen dem Hochschullehrer bei der Kombinationslösung Bezüge nach der BesGr. C 4 (in Ausnahmefällen C 3-Bezüge) zu (ggf. zuzüglich der in den Vorbem. zur BBesO C vorgesehenen Zuschüsse oder Sonderzuschüsse). Auch bei der reinen Vertragslösung wären gesonderte Vergütungen für die jeweils zu erbringenden vertraglichen Leistungen zu vereinbaren, wobei sich die Vergütung für Forschung und Lehre am ehesten an der Beamtenbesoldung orientieren könnte. Jedenfalls auf längere Sicht sollte dabei an die Möglichkeit von Leistungsanreizen gerade auch wegen der Nähe der Krankenversorgung gedacht werden.

12 Vgl. hierzu die „Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarzt-Vertrag“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft, 5. geänderte Auflage 1996; ferner Hartmut Münzel, Chefarzt- und Belegarztvertrag, Beck'sche Musterverträge Bd. 23, 1995.

Die dort bestehenden höheren Verdienstmöglichkeiten können sich negativ auf die Attraktivität der wissenschaftlichen Arbeit auswirken.

b) Bemessung der Vergütung für die Chefarztaufgaben

Besonders in der Zeit des Übergangs vom bisherigen durch die Liquidationsbefugnis geprägten System auf vertragliche Festlegungen wird die Höhe der erwarteten Nettoliquidationseinnahmen (d.h. der Einnahmen nach Abzug der weiter oben dargestellten Abgaben¹³) bei der Bemessung der vertraglich zu vereinbarenden Vergütung Gewicht haben. Hierauf wird auch wegen der Refinanzierung dieser Vergütung zu achten sein. Gerade in einer Übergangszeit wird es Professoren geben, die nach altem Recht liquidieren, und neu berufene Professoren, auf die die Vertragslösung Anwendung findet. Insoweit sollten vor allem im Vergütungsbereich zu große Brüche vermieden werden. Mittel- bis langfristig sollten andere Kriterien, z.B. der Umfang der Verantwortung, die Größe und Bedeutung der klinischen Einrichtung und die Qualität der Leistungen bei der Bemessung der Vergütung überwiegen.

Die Vorgabe eines einheitlichen Vergütungsrahmens durch KMK-Beschluss ist abzulehnen. Eine derartige Vorgabe wäre für rechtlich verselbstständigte Klinika ohnehin nicht verbindlich. Eine auf einem KMK-Beschluss beruhende Ländervorgabe für die übrigen Klinika würde zu inakzeptablen Wettbewerbsverzerrungen führen, die Konkurrenzfähigkeit dieser Klinika auch gegenüber den sonstigen Krankenhäuser beeinträchtigen und den unterschiedlichen Gegebenheiten innerhalb der Länder nicht gerecht werden. Die Höhe der Vergütung muss sich, worauf bereits weiter oben hingewiesen wurde, nach den Verhältnissen des Marktes, nach dem Gewicht der zu besetzenden Po-

13 Siehe den 4. Teil, Abschn. I, Ziffer 2 b)

sition und ihrer Bedeutung für das Klinikum, der Finanzierbarkeit und der Qualifikation des Hochschullehrers richten. Ein solches System verträgt sich nicht mit vorgegebenen Richtsätzen. Ungeachtet dessen wird auf längere Sicht ein auf Vertrag beruhendes neues Vergütungssystem wegen des Leistungs- und Marktbezugs zu größerer Transparenz und Vergleichbarkeit führen als das gegenwärtige Liquidationsrecht.

Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass es bei den Überlegungen zur Umstellung auf Chefarztverträge und ein damit verbundenes Vergütungssystem nicht darum geht, die Chefarzteinnahmen zu vermindern und zu nivellieren, sondern um die Herstellung einer unmittelbaren Beziehung zwischen Leistung und Vergütung.

c) Variable und fixe Vergütungsbestandteile

In der Privatwirtschaft, insbesondere bei größeren Wirtschaftsunternehmen, ist eine Differenzierung in variable und fixe Vergütungsbestandteile üblich. Selbst im Bereich der Hochschullehrerbesoldung wird inzwischen in den Gremien der KMK die Ablösung der einheitlichen und starren Besoldung durch eine niedrigere Grundvergütung und deren Ergänzung durch Zulagen (Struktur-, Leistungs- und Funktionszulagen) diskutiert.

In der Industrie ist die Größe des variablen Anteils prinzipiell abhängig von der wahrgenommenen Leitungsposition und liegt selten über 30 %. Auch im Bereich der klinischen Medizin könnte ein Anteil von 30 % variabler Vergütung eine obere Orientierungslinie sein.¹⁴

14 In dem weiter oben (in Anm. 11) bereits erwähnten Mustervertrag der DKG soll der Arzt eine feste Vergütung im dienstlichen Aufgabenbereich nach der Anlage 1 a) zum BAT (Grundvergütung nach § 28 BAT, Ortszuschlag nach Maßgabe des § 29 BAT sowie Zulagen, eine Zuwendung und ein Urlaubsgeld entsprechend den tariflichen Regelungen zum BAT) erhalten. Als variable, nicht zusatzversorgungspflichtige Vergütung soll eine Beteiligung an den Einnahmen des Krankenhausträgers aus der gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen durch das Krankenhaus vereinbart werden. *[Fortsetzung der Fußnote auf S. 46]*

Bei der variablen Vergütung handelt es sich um eine veränderbare Größe, die in Abhängigkeit vom wirtschaftlichen Erfolg der klinischen Einrichtung und zumindest zum Teil von dem Betriebsergebnis des Klinikums insgesamt gewährt werden sollte, wobei auch andere Bemessungsgrößen, wie z.B. anerkannte Erfolge bei der Qualitätssicherung, eine erfolgreiche Zertifizierung, die Position auf einer Ran-kingliste oder Innovationen in der Krankenversorgung hinzutreten können. Die Festlegung entsprechender Bemessungsgrößen im Rahmen von Zielvereinbarungen könnte dabei einerseits der Rechtsklarheit dienen, andererseits das Engagement und die Leistungsbereitschaft fördern.

Hinsichtlich der Kriterien zur Bemessung der fixen Vergütung wird auf die Ausführungen weiter oben in Ziff. 2 b Bezug genommen. Da auch die fixe Vergütung von der klinischen Einrichtung und – soweit möglich – durch die Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten erwirtschaftet werden muss, stellt sich die Frage, ob diese fixe Vergütung dauerhaft gewährt werden kann oder ob über eine zeitliche Befristung sichergestellt wird, dass über sie zumindest für den Fall neu verhandelt werden kann, dass die Einnahmen der klinischen Einrichtung oder die Einnahmen aus der Privatbehandlung plötzlich wegbrechen. Dabei wäre es Verhandlungssache, ob und unter welchen Voraussetzungen dem Chefarzt die Weitergewährung einer bestimmten Mindestvergütung von vorneherein zugesagt werden kann.

Der Mustervertrag der DKG enthält ferner den Vorschlag für eine Zusatzvereinbarung zum Dienstvertrag mit dem Chefarzt, die eine Erhöhung der Beteiligung des Arztes an den Einnahmen des Krankenhausträgers aus der gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen für den Fall vorsieht, dass das dem Arzt vorgegebene interne abteilungsbezogene Teilbudget im Pflegesatzzeitraum eingehalten oder unterschritten wird - sog. Bonus-System - (vgl. Mustervertrag, 5. Auflage, S. 26).

Dieser Vorschlag der DKG ist nach Auffassung der Arbeitsgruppe Hochschulmedizin nicht weitgehend genug, da er sich nach wie vor im Wesentlichen an dem herkömmlichen Liquidationsrecht orientiert.

d) Finanzierung der Vergütung

Wie bereits weiter oben ausgeführt wurde, erscheint es zumindest in einer Übergangszeit zweckmäßig, sich bei der Finanzierung der Vergütung an den Liquidationseinnahmen zu orientieren, soweit der Leiter der klinischen Einrichtung bisher derartige Einnahmen erzielen konnte. Es sollte jedoch geprüft werden, ob nicht mittelfristig die Vergütungsfrage zunehmend nach dem Betriebsergebnis bemessen wird, zumal es für die wirtschaftliche Lage der klinischen Einrichtung und des Klinikums eher zweitrangig ist, ob dieses Betriebsergebnis über Liquidationseinnahmen, auf Grund der Leistungen in der gesamten stationären und ambulanten Krankenversorgung oder mittels einer besonders sparsamen und effizienten Wirtschaftsführung erzielt wird. Letztlich kann die Vergütung ihre Funktion im Sinne eines Anreizsystems nur dann optimal erfüllen, wenn sie sich von der Privatbehandlung und der Privatliquidation löst und das gesamte Leistungsspektrum der klinischen Einrichtung berücksichtigt.

3. Abgaben und Mitarbeiterbeteiligung

Regelungen über die Mitarbeiterbeteiligung bzw. Poolregelungen in den Ländern knüpfen an das in den nebenscheidungsrechtlichen Vorschriften geregelte Liquidationsrecht an und sind somit gegenstandslos, wenn das Liquidationsrecht durch Chefarztverträge abgelöst wird. Insoweit wäre zu prüfen, ob diese Mitarbeiterbeteiligung/Poolregelung durch eigenständige Regelungen des Klinikums ersetzt wird. Dabei erschiene es überlegenswert, die Mitarbeiterbeteiligung stärker leistungsbezogen zu gestalten und damit ebenfalls im Sinne eines Anreizsystems einzusetzen.

4. Entwicklungsklausel

Bei einer Übertragung der Leitung einer klinischen Einrichtung im gegenwärtigen Recht war es üblich, dass sich das Land bzw. die nach Landesrecht zuständige Stelle Änderungen des Aufgabenbereichs, der Ausstattung der klinischen Einrichtung mit Personal, Räumen und Sachmitteln oder auch mit Betten einschließlich Privatbetten vorbehalten hat. Im Falle des Abschlusses eines Vertrages ist es notwendig, dass die Leitung des Klinikums die Möglichkeit einseitiger struktureller und organisatorischer Änderungen oder Änderungen in der Ausstattung der Klinik konkret im Rahmen einer Entwicklungsklausel mit dem Chefarzt vereinbart.

III. Zeitliche Ausgestaltung der Vertragsverhältnisse

Befristete Verträge enden unmittelbar mit Ablauf der vereinbarten Befristung.

Verträge, die auf unbestimmte Zeit abgeschlossen wurden, können nach Ablauf der vereinbarten Probezeit einseitig nur nach Maßgabe des Kündigungsschutzgesetzes und der hierzu bestehenden arbeitsgerichtlichen Rechtsprechung beendet werden.

1. Befristung

Eine generelle Befristung der Chefarztpositionen vergleichbar den Positionen von Vorstandsmitgliedern, von Industrieunternehmen oder Geschäftsführern von GmbH's erscheint zumindest derzeit rechtlich nicht zulässig, da Chefarzte zwar zu den Leistungsträgern im Krankenhaus zählen, gleichwohl jedoch weder organschaftliche Vertreter der Klinika im Sinne von § 14 Abs. 1 des Kündigungsschutzgesetzes (KSchG) sind noch zu

den leitenden Angestellten im Sinne von § 14 Abs. 2 KSchG rechnen.¹⁵ Die Aufgaben der Chefärzte sind – von besonderen Einzelfällen abgesehen – Daueraufgaben, so dass eine vertragliche Befristung in einem Arbeitsgerichtsprozess erfolgreich angegriffen werden könnte. Unabhängig davon ist zu berücksichtigen, dass auch im übrigen Krankenhaussektor angestellte Chefärzte soweit ersichtlich keine befristeten Verträge erhalten.

2. Probezeit

Die Vereinbarung einer Probezeit empfiehlt sich. Das gilt zumindest für diejenigen Fälle, in denen eine Persönlichkeit zum Chefarzt bestellt wird, die bisher noch über keine Erfahrung in der Leitung einer klinischen Einrichtung verfügt. Anzustreben wäre eine Regelung, die sich an der befristeten Besetzung von Führungspositionen im öffentlichen Dienst orientiert. Der Abschluss eines befristeten Dienstvertrages zum Zwecke der Erprobung wird grundsätzlich als zulässig erachtet. Die Befristung eines Dienstvertrages mit einem leitenden Abteilungsarzt zur Erprobung ist allerdings nur dann ein sachlicher Grund, wenn dieser Zweck ausdrücklich Vertragsinhalt geworden ist.

Besonderheiten ergeben sich bezüglich der an Universitätsklinika beschäftigten Chefärzte wegen der von ihnen wahrzunehmenden Aufgaben in Forschung und Lehre, die ihnen entweder im Rahmen der herkömmlichen Ernennung zum beamteten Professor oder ebenfalls im Rahmen eines Vertrages übertragen werden. Wird dem Professor die Chefarztposition zunächst nur auf Probe übertragen, macht es wenig Sinn, ihn gleich zum Beamten auf Lebenszeit zu ernennen. Besser wäre es, den Hochschullehrer dann ebenfalls zum Beamten auf Probe zu ernennen, sofern dies nach der

15 Ein Chefarzt ist nur dann „ähnlich leitender Angestellter“ nach §14 Abs. 2 KSchG, wenn er im Außenverhältnis befugt ist, die Einstellung und Entlassung von Arbeitnehmern vorzunehmen, insbesondere den Arbeitsvertrag mit Arbeitnehmern zu unterzeichnen. Es reicht nicht aus, dass er im Innenverhältnis verbindliche Vorschläge machen kann, die nur unter bestimmten Voraussetzungen abgelehnt werden können (LAG Nürnberg, Urt. v. 13.10.1998, MedR 1999 S. 231).

Gesetzeslage in den Ländern möglich ist oder auf Grund einer Gesetzesänderung ermöglicht werden würde. Andernfalls bietet sich an, die Aufgaben der Professur zunächst nur im Angestelltenverhältnis befristet zu übertragen und die Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit von der erfolgreichen Ableistung der im Chefarztvertrag vereinbarten Probezeit abhängig zu machen.

Bei der reinen Vertragslösung, bei der auch das Professorenverhältnis vertraglich begründet wird, ließe sich ohne weiteres ebenfalls eine Probezeit in Parallelität zu dem Chefarztvertrag vereinbaren, zumal sich, wie bereits weiter oben ausgeführt wurde, ohnehin ein Junktim zwischen beiden Verträgen empfiehlt.

3. Kündigung aus wichtigem Grund

Von einer Beendigung des Vertragsverhältnisses während der Probezeit abgesehen bestünde die Möglichkeit einer Kündigung aus wichtigem Grund unter den Voraussetzungen des § 626 BGB unbeschadet der Frage einer ordentlichen Kündigung in besonderen Einzelfällen nach Maßgabe der Vorschriften des KSchG. Auch wenn die Kündigung aus wichtigem Grund lediglich unter erschwerten Bedingungen ausgesprochen werden könnte, so sollten die prophylaktischen Effekte einer derartigen Möglichkeit nicht unterschätzt werden. Immerhin ist es mit einer solchen Kündigung möglich, sich von einem Chefarzt, der den Aufgaben in der Krankenversorgung und/oder den Aufgaben im Klinikmanagement nicht gewachsen ist, zu trennen. Für Chefärzte, die den Anforderungen im Bereich des Managements nicht gewachsen sind, könnte sich dann eine andere Lösung ergeben, wenn ihre klinische Einrichtung in ein Department eingebunden ist und die Managementfunktionen ganz oder überwiegend von dem Chairman des Departments wahrgenommen werden können (vgl. hierzu oben 4. Teil Abschnitt III Ziff. 1 a.E.).

5. Teil: Abschluss von Verträgen mit nachgeordneten Ärzten

I. Gründe für den Übergang in das Vertragsrecht

Bereits in den vorstehenden Abschnitten (vgl. insbesondere oben 4. Teil Abschnitt II Ziff. 2 b)) sind verschiedene Gründe genannt, die für die Notwendigkeit sprechen, in besonderen Fällen auch mit nachgeordneten Ärzten außertarifliche Verträge abzuschließen zu können. Die Entwicklung der Medizin ist durch eine ständig zunehmende Spezialisierung gekennzeichnet. Die Möglichkeit, mit nachgeordneten Ärzten Verträge abzuschließen, stellt letztlich ein organisatorisches Korrelat zu dieser Spezialisierung dar, da sie eine stärkere Dezentralisierung der Organisationsstruktur eines Klinikums bzw. einer klinischen Einrichtung ermöglicht, ohne zugleich den organisatorischen Zusammenhalt der klinischen Einrichtung zu gefährden. Zugleich könnten im Rahmen einer derartigen dezentralen Organisationsstruktur auch die Verantwortlichkeiten besser verteilt und eine größere Zahl von leitenden Ärzten in die Aufgaben und Zielsetzungen des Klinikums eingebunden werden. Nur im Rahmen entsprechender Verträge lassen sich Zielvereinbarungen mit den hiervon betroffenen Spezialisten treffen, mittels derer außer den Chefärzten weitere ärztliche Leistungsträger in die Führungs- und Wirtschaftsverantwortung, insbesondere in eine Budget-, Kosten-, Leistungs- und Erlösverantwortung einbezogen werden können.

Es handelt sich hier nicht um Fälle der Mitarbeiterbeteiligung, da den betroffenen Spezialisten im Rahmen der Verträge eigenständige Aufgabenbereiche übertragen werden und die vereinbarte Vergütung eine Gegenleistung für diese Aufgaben darstellt.

II. Zulässigkeit des Abschlusses von außertariflichen Verträgen

Solange die Träger der Hochschulklinika Mitglieder der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) sind¹⁶, stellt sich die Frage, ob sie mit dem Abschluss von außertariflichen Verträgen mit nachgeordnetem ärztlichen Personal gegen ihre satzungsgemäßen Verpflichtungen verstoßen. Die Satzung der TdL schließt allerdings eine Abweichung von den Tarifverträgen in begründeten Einzelfällen nicht aus. Wenn sich hier Schwierigkeiten in Bezug auf die TdL ergeben sollten, müssen sie im vorrangigen Interesse der Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Klinika beseitigt werden, damit eine Diskussion um ein Ausscheiden aus der TdL vermieden werden kann.

Soweit bei nicht rechtlich verselbstständigten Klinika die Finanzministerien zu beteiligen sind, ist eine generelle Zustimmung erforderlich und anzustreben.

16 Das gilt nicht mehr für die Hochschulklinika des Freistaates Sachsen seit ihrer zum 1.7.1999 erfolgten rechtlichen Verselbstständigung.

6. Teil: Zeitpunkt des einheitlichen Übergangs auf das neue Personalrecht und Vergütungssystem

Rein rechtlich gesehen wäre es selbstverständlich ohne weiteres denkbar, dass einzelne Länder ihren Klinika den Übergang auf das neue Vertrags- und Vergütungssystem gestatten. Soweit die Klinika rechtsfähig sind, können sie von den Ländern u. U. auch gar nicht gehindert werden. Hieraus ergibt sich auch für die übrigen Länder Handlungsbedarf.

Um allzu unterschiedliche Entwicklungen zu vermeiden, ist es, wie bereits im Beschluss der KMK vom 29. September 1995 zum Ausdruck gebracht wurde, geboten, dass in allen Ländern der Bundesrepublik Deutschland die Umstellung gleichzeitig durchgeführt wird. Auch wenn kein Land hierzu gezwungen werden kann, sind die Sachnotwendigkeiten für eine derartige Umstellung so groß, dass jedes Land im Hinblick auf die voraussehbaren weiteren gravierenden Änderungen auf dem Gesundheitssektor gut beraten ist, wenn es die Umstellung unverzüglich in Angriff nimmt.

Wie bei der Organisationsreform der Universitätsklinika ist den Ländern ein weiter Gestaltungsspielraum zu eröffnen. Dies gilt sowohl für die Frage, ob ein Land lediglich auf die Kombinationslösung oder auf die reine Vertragslösung umsteigen möchte, als auch für Regelungen im Vertrag selbst. Auch kann nicht, wie bereits ausgeführt wurde, an eine einheitliche Regelung über die Höhe der zu gewährenden Vergütung gedacht werden. Die Umstellung sollte dabei mit Wirkung für die Zukunft erfolgen. Für derzeit bereits liquidationsberechtigte Professoren kann die Umstellung auf das neue System nur mit ihrem Einverständnis erfolgen.

Bei der Neugestaltung der für die ärztlichen Aufgaben der Professoren maßgeblichen personalrechtlichen Regelungen müssen auch etwaige landesrechtliche Restriktionen, die der empfohlenen Neugestaltung entgegenstehen, beseitigt werden. Aufzugeben ist hiernach insbesondere eine etwa noch bestehende Verbindlichkeit von Stellenübersichten; soweit der Abschluss von AT-Verträgen mit Chefärzten und nachgeordnetem ärztlichen Personal der Zustimmung des jeweiligen Finanzministeriums bedarf, ist auf eine Aufgabe des Zustimmungserfordernisses, zumindest auf eine generelle Zustimmung, hinzuwirken.