

26. **Arbeitsverträge mit Chefärzten des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein**

Die seit 2003 geschlossenen Chefarztverträge sind für das UK-SH unwirtschaftlich. Bis Ende 2004 entstanden beim UK-SH aus den neuen Chefarztverträgen Mindererlöse und zusätzliche Belastungen von rd. 500 T€ In den meisten Fällen verfügen die Chefärzte heute über ein höheres Einkommen als nach altem Recht (Besoldung und Nebentätigkeit).

Das UK-SH hat es versäumt, vor der Umstellung des bisherigen Verfahrens Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchzuführen.

Um die negativen Auswirkungen der jetzigen Regelungen und Verfahrensweise zu vermeiden, spricht sich der LRH dafür aus,

- das HSG dahingehend zu ändern, dass die medizinischen Hochschullehrer bei Abschluss eines Chefarztvertrags aus dem Beamtenverhältnis ohne Bezüge beurlaubt werden,
- für Lehre, Forschung und Krankenversorgung einen Vertrag abzuschließen,
- die Chefarztstätigkeit in die Versorgungsanwartschaft einzu-beziehen, sodass die Sozialversicherungspflicht entfällt.

Sofern diese Änderungen nicht durchsetzbar sind, empfiehlt der LRH aus wirtschaftlicher Sicht die Rückkehr zum früheren Recht. Das Beamtenverhältnis für Lehre, Forschung und Krankenversorgung mit der genehmigten Nebentätigkeit war für das UK-SH einfacher, klarer und kostengünstiger. Die Nebentätigkeit sollte jedoch individueller und leistungsbezogener geregelt werden.

26.1 **Allgemeines**

Am 19.11.1999 beschloss die Kultusministerkonferenz (KMK) das Positionspapier zur „Neugestaltung des Personalrechts einschl. des Vergütungssystems der Professoren mit ärztlichen Aufgaben im Bereich der Hochschulmedizin“. Die KMK sprach sich für eine Ablösung des Beamten-, Besoldungs- und Liquidationsrechts durch vertragsrechtliche Regelungen aus. Sie wies darauf hin, dass die Wirtschaftlichkeit einer klinischen Einrichtung künftig von deren Leitung erfordere, dafür zu sorgen, dass die Einnahmen der Krankenversorgung, aus denen sich die klinische Einrichtung refinanzieren und ihren betrieblichen Aufwand bestreiten müsse, auch tatsächlich erwirtschaftet würden. Die KMK bat die für das Hochschulwesen zuständigen Landesministerien darauf hinzuwirken, dass spätestens ab 01.01.2002 bei der Besetzung von Professuren, die mit der Leitung einer klinischen Einrichtung verbunden sind, die im Positionspapier vor-

geschlagenen neuen personalrechtlichen Regelungen zugrunde gelegt werden.

Erst mit dem Gesetz zur Errichtung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UK-SH) und zur Änderung des Hochschulgesetzes (HSG) vom 12.12.2002¹ wurde der Beschluss der KMK umgesetzt. In der Begründung zum Gesetzentwurf der Landesregierung² heißt es u. a.:

„Ein wesentlicher Bestandteil der Chefarztverträge wird die Vereinbarung einer leistungsgerechten und leistungsabhängigen Vergütung sein. Sie wird an die Stelle der Privatliquidation für die persönliche Beratung, Untersuchung oder Behandlung von Patienten und an die Stelle von persönlicher Abrechnung von Privatgutachten treten. Anstelle einer Orientierung an der Höhe der zu erwartenden Liquidationseinnahmen sollten mittel- bis langfristig andere Kriterien, wie z. B. der Umfang der Verantwortung, die Qualität und der wirtschaftliche Erfolg der Abteilung überwiegen.“

Mit der Prüfung der neuen Chefarztverträge im UK-SH wollte der LRH feststellen, ob und inwieweit die gesetzlichen und vertraglichen Umsetzungen in Schleswig-Holstein den Zielen des Positionspapiers der KMK gerecht werden. Insbesondere prüfte der LRH, welche wirtschaftlichen Auswirkungen die Chefarztverträge für das UK-SH haben.

Beim Übergang vom Beamten- und Besoldungsrecht in das Vertragsrecht hält die KMK 2 Lösungsmöglichkeiten für denkbar:

- **Vollständiger Ersatz des Beamtenverhältnisses durch das Vertragsrecht (Vertragslösung)**

Bei der Vertragslösung erfolgt auch die Bestellung zum Professor aufgrund eines außertariflichen Vertrags. Nach Auffassung der KMK sichert diese Konstruktion am besten die Einheit von Forschung und Lehre und der Krankenversorgung.

- **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 übertragen werden. Für den Bereich Forschung und Lehre verbleibt es bei der bisherigen Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit.

¹ GVOBl. Schl.-H. 2002, S. 240.

² Landtagsdrucksache 15/1839 vom 30.04.2002, S. 21 f.

Mit der Änderung des HSG¹ zum 01.01.2003 wurde in Schleswig-Holstein die Grundlage für die auch von der KMK favorisierte **Vertragslösung** geschaffen. § 98 Abs. 1 HSG erhielt folgende Fassung:

„*Dienstrechtliche Stellung der Professorinnen und Professoren*

(1) Die Professorinnen und Professoren werden, so weit sie in das Beamtenverhältnis berufen werden, zu Beamtinnen oder Beamten auf Zeit oder auf Lebenszeit ernannt. Ein privatrechtliches Dienstverhältnis kann befristet oder unbefristet begründet werden. Für befristete privatrechtliche Dienstverhältnisse gilt § 218 Abs. 4 und 5 des Landesbeamtengesetzes entsprechend. Leiterinnen oder Leiter einer Abteilung oder Sektion des Klinikums nach § 125 Abs. 3 und 7 erhalten die dienstrechtliche Stellung als Professorin oder Professor i. d. R. **in einem privatrechtlichen Dienstverhältnis.**“

Für die am 31.12.2002 vorhandenen Direktoren von Abteilungen sowie für die Leiter von Sektionen des Klinikums bleibt gem. § 136 Abs. 1 HSG das bisherige Hochschulrecht in Kraft. Dies gilt auch bei Wechsel des Dienstherrn (Wechsel aus einem anderen Bundesland). Die seit dem 01.01.2003 geltende Rechtslage kann folgende Regelungen zur Folge haben:

1. Direktor einer Abteilung (Neueinstellung)	<p>- reine Vertragslösung - → Hochschullehrer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angestellter des Landes (1. Vertrag) <p>und → Chefarzt im Klinikum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angestellter des Klinikums (2. Vertrag) • Direktor der Abteilung
2. Direktor einer Abteilung (Neueinstellung, Änderung von Altfällen)	<p>- Kombinationslösung - → Hochschullehrer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beamter des Landes <p>und → Chefarzt im Klinikum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angestellter des Klinikums (Vertrag) • Direktor der Abteilung
3. Vorhandene Direktoren von Abteilungen, Besitzstandswahrung (Altfälle)	<p>- beamtenrechtliche Berufungen - → Hochschullehrer und Chefarzt im Klinikum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beamter des Landes, ambulante und stationäre Nebentätigkeit (Privatliquidation)
4. Kommissarische Direktoren und Sektionsleiter	<p>- Dienstvertrag gem. § 125 Abs. 7 HSG - → evtl. Hochschullehrer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beamter oder Angestellter des Landes oder Angestellter des Klinikums <p>und → komm. Direktor oder Sektionsleiter im Klinikum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angestellter des Klinikums

¹ Gesetz über die Hochschulen und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Hochschulgesetz - HSG) i. d. F. d. Bekanntmachung vom 04.05.2000, zuletzt geändert durch Gesetz vom 10.12.2004, GVOBl. Schl.-H. S. 477.

Die von der KMK favorisierte Vertragslösung ist in Schleswig-Holstein bisher nicht realisiert worden, stattdessen stellt das nur als Ausnahmeregelung gedachte Kombinationsmodell z. Z. die Regel dar. Das liegt vor allem daran, dass sich die Bewerber fast durchgängig im Beamtenverhältnis auf Lebenszeit befinden und nicht bereit sind, diesen Status aufzugeben. Dieser Zustand wird sich auf Jahre nicht ändern, da die Bewerber für die Lehrstuhl- und Chefarztpositionen primär aus dem Bereich der beamteten Oberärzte kommen.

Das **Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur** (Wissenschaftsministerium) erklärt, dass Schleswig-Holstein eines der ersten Bundesländer gewesen sei, das die Empfehlungen der KMK zur „Umsetzung des Personalrechts einschl. des Vergütungssystems der Professoren mit ärztlichen Aufgaben im Bereich der Hochschulmedizin“ in Landesrecht umgesetzt habe. Einige Länder hätten die KMK-Empfehlungen bis heute nicht umgesetzt bzw. die gesetzlichen Spielräume wesentlich weiter gefasst. Diese unterschiedlichen Verfahrensweisen führen dazu, dass Schleswig-Holstein bei der Berufung von Professoren in einem scharfen Wettbewerb mit Bundesländern stehe, die auch noch in 2004 ihren Bewerbern und Bewerberinnen das Recht zur Privatliquidation angeboten haben. Das UK-SH sei deshalb gehalten, insbesondere in den Abteilungen, in denen besonders schwierige Aufgaben zu bewältigen seien, Chefarztverträge mit attraktiven Bedingungen anzubieten, um hoch qualifizierte Personen für Schleswig-Holstein zu gewinnen. Die Mehrheit dieser Personen sei jedoch bereits verbeamtet gewesen, sodass die von der KMK favorisierte Vertragslösung nicht zum Verhandlungserfolg führen konnte.

Der **LRH** stellt fest, dass Schleswig-Holstein mit dem föderalen Alleingang bei der Umsetzung der Empfehlungen der KMK offensichtlich nicht gut beraten gewesen ist.

26.2 **Neue Chefarztverträge**

Bis Ende 2004 hat das UK-SH mit 8 Abteilungsdirektoren, 3 kommissarischen Abteilungsdirektoren und 3 Sektionsleitern Dienstverträge nach dem neuen Recht geschlossen. Vor dem Hintergrund der bundesweiten Konkurrenz, der Situation der Fakultäten und des UK-SH traf das Wissenschaftsministerium die Entscheidung, dass in allen Fällen die Kombinationslösung Vertragsgrundlage wird; d. h. alle Abteilungsdirektoren sind nach wie vor Beamte des Landes (Bereich Forschung und Lehre). Daneben sind sie Angestellte des UK-SH (Leitung einer klinischen Einrichtung).

Obwohl in allen Dienstverträgen mit den Abteilungsdirektoren vereinbart wurde, dass diese für die Erreichung bzw. Einhaltung des vom Klinikums-

vorstand im Rahmen einer jährlichen Zielvorgabe definierten Leistungsrahmens, der damit verbundenen Erträge und des für die Abteilung zur Verfügung gestellten Budgets zu sorgen haben, hat das UK-SH erst im April 2004 damit begonnen, entsprechende Zielvereinbarungen für das laufende Jahr abzuschließen. Die abgeschlossenen Zielvereinbarungen enthalten lediglich eine Festlegung des Finanzvolumens (Erlöse, Personal- und Sachkosten und Deckungsbeitrag); die Vereinbarung eines Leistungsrahmens wurde nicht vorgenommen. Der LRH hält die Aufnahme der dem Budget zugrunde liegenden Leistungsdaten in die Zielvereinbarungen für unerlässlich. Nur in Kenntnis der detaillierten Leistungsdaten kann auf Abweichungen reagiert werden.

Das **Wissenschaftsministerium** erklärt, dass in 2003 und 2004 die Chefarztverträge vor dem Hintergrund erheblicher struktureller Veränderungen der fusionierten Universitätsklinik abgeschlossen worden seien, die keine verlässliche Grundlage für leistungsorientierte Zielvereinbarungen bieten. Neben den organisatorischen Veränderungen durch die Fusion bedeute insbesondere die Einführung der medizinischen Leistungszentren einen großen Einschnitt. Die Budgetverantwortung sei von der Abteilung (Klinik bzw. Institut) zum Zentrum verlagert worden. Nachdem nunmehr die Zentren etabliert seien, würden leistungsorientierte Komponenten Bestandteil der Chefarztverträge sein.

Während das **Wissenschaftsministerium** darauf hinweist, dass man keine verlässliche Grundlage für leistungsorientierte Zielvereinbarungen gehabt habe, erwidert **der Vorstand des UK-SH**, dass man Zielvereinbarungen geschlossen habe, die auch einen entsprechenden Leistungsrahmen enthielten. Denn die Budgets orientieren sich hinsichtlich der zu erzielenden Erlöse an den geplanten Leistungs- und Behandlungszahlen der jeweiligen Abteilung, die dem Abteilungsleiter bekannt seien. Sowohl der Vorstand als auch die Leiter der Abteilungen würden unterjährig regelmäßig über die Kosten- und Erlössituation ihrer Einrichtungen unterrichtet. Dieses Berichtswesen bilde die Grundlage dafür, dass auf Abweichungen im vereinbarten Kosten- und Erlösrahmen unverzüglich reagiert werden könne. Das hierfür bereitgestellte Steuerungsinstrumentarium würde fortlaufend verfeinert.

Der **LRH** stellt fest, dass die Änderung des HSG durch die Zentrenbildung nicht die Verantwortung auf der Abteilungsebene verändert hat. Die Direktoren einer Abteilung entscheiden nach wie vor über die Verwendung der Finanzmittel, die der Abteilung zur Verfügung stehen. Sie sind für das wirtschaftliche Ergebnis verantwortlich (§ 125 Abs. 6 HSG). Da die Klinika

Kiel und Lübeck darüber hinaus 20 Jahre über Zentren¹ verfügten, kann diese Reorganisation für die meisten Abteilungsdirektoren, denen diese Organisationsform bekannt ist, keinen größeren Einschnitt bedeuten.

Die dem **LRH** für den Zeitraum vom 01.01.2004 bis 31.12.2004 vorgelegten Zielvereinbarungen enthalten keine belastbaren Leistungsrahmen. Es wurden lediglich unvollständige Erlös- und Aufwandbudgets innerhalb des Deckungsbeitrags vereinbart. So fehlen in allen Fällen Zusatzentgelte. Darüber hinaus müssen die Zielvereinbarungen zu Beginn eines Geschäftsjahres geschlossen sein. Spätere Zielvereinbarungen haben nur eine geringe Steuerungsrelevanz.

Die Zielvereinbarungen sehen keine Sanktionen bei Nichteinhaltung des Budgets vor. Sie sind kein geeignetes Steuerungsinstrument für die Einhaltung der Budgetziele. Der LRH empfiehlt, eine Verknüpfung zwischen der Vergütung des Abteilungsdirektors und der Erfüllung der Zielvereinbarung herzustellen. Bei Nichteinhaltung sollte der Dienstvertrag für den Abteilungsdirektor entsprechende Sanktionen vorsehen.

Nach den Dienstverträgen sind alle Abteilungsdirektoren u. a. verpflichtet, gem. den Vorgaben des Klinikumsvorstands für eine Trennungsrechnung zwischen den Bereichen Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits zu sorgen. Entsprechende Vorgaben des Vorstands des UK-SH gibt es bisher nicht. Der LRH hält diesen Vertragsbestandteil für entbehrlich. Es ist die Aufgabe des Vorstands, den Gesetzesauftrag gem. § 126 Abs. 4 HSG² umzusetzen.

Der **Vorstand des UK-SH** erklärt, dass er den Hinweis des LRH aufnehmen werde.

26.3 Dienstaufgaben in der Krankenversorgung

Zu den Dienstaufgaben der Chefarzte zählen alle ärztlichen Tätigkeiten im ambulanten und stationären Bereich **einschl. der wahlärztlichen Behandlung**. Auch die Behandlung von Patienten im Rahmen einer persönlichen vertragsärztlichen Ermächtigung oder im Rahmen eines Durchgangsarzt- bzw. Verletzungsarztverfahrens sind Dienstaufgaben. Die

¹ Vgl. § 66 Abs. 1 HSG i. d. F. vom 01.03.1979: „Zentren sind die organisatorischen Grundeinheiten des Klinikums. Sie fassen die Abteilungen eines Faches oder verwandte Fachgebiete zusammen.“

§ 66 Abs. 3 HSG: „Der Zentrumsvorstand hat insbesondere folgende Aufgaben: ... Beschlussfassung über die Verwendung die dem Zentrum zugewiesenen Personal- und Sachmittel.“

² § 126 Abs. 4 HSG: „Zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz entwickelt das Klinikum Methoden der Mittelbewirtschaftung, die die gesonderte Ausweisung der Finanzmittel für Forschung und Lehre und der Finanzmittel für die Krankenversorgung ermöglichen.“

Dienstaufgaben dürfen nicht in Nebentätigkeit wahrgenommen werden. Die Gutachtertätigkeit wurde in 7 Fällen den Dienstaufgaben zugerechnet, in den anderen 7 Fällen ist dieser Bereich weiterhin Nebentätigkeit. Der LRH ist der Auffassung, dass der dienstliche Aufgabenbereich für alle Chefärzte/Abteilungsdirektoren gleich geregelt werden sollte. Nur so lässt es sich vermeiden, dass der Umfang der Dienstaufgaben auch vom Verhandlungsgeschick des künftigen Chefarztes abhängig ist.

Der **Vorstand des UK-SH** weist darauf hin, dass nach § 4 Ziff. 5 HntVO¹ die für die Erstattung von Gutachten auf Anforderung von Gerichten und Staatsanwaltschaften erforderliche Nebentätigkeitsgenehmigung allgemein als erteilt gelte. Diese Regelung sei ein Indiz dafür, dass der Gesetz- und Verordnungsgeber der Auffassung gewesen sei, dass diese Aufgaben nicht dem Hauptamt zuzurechnen seien. Dies sei auch die Auffassung der o. g. 7 Chefärzte gewesen. Um die vom LRH gewünschte Einheitlichkeit herzustellen spreche sich das UK-SH dafür aus, die selbstständige Gutachtertätigkeit den Chefärzten künftig nicht mehr als Dienstaufgabe zu übertragen.

Der **LRH** sieht sich durch den Einwand des UK-SH in seiner Kritik bestätigt. Die von der KMK beschlossene Neuregelung im Personalrecht der Professoren im Bereich der Hochschulmedizin hat insbesondere das Ziel, die bisher bestehende Trennung zwischen Hauptamt und Nebentätigkeiten dadurch aufzuheben, dass alle Nebentätigkeiten zum Hauptamt erklärt werden. Die vom UK-SH angekündigte Rückkehr zur Nebentätigkeit bei allen Chefärzten bei der Gutachtertätigkeit wird dem nicht gerecht.

Da die wahlärztliche Behandlung von Privatpatienten ebenfalls zu den Dienstaufgaben gehört, ist der Abteilungsdirektor verpflichtet, die wahlärztliche Leistung zu erbringen. Die Leistungserbringung muss unter Berücksichtigung der Vorgaben, die die Gebührenordnung für Ärzte² an die Abrechenbarkeit dieser Leistungen knüpft (höchstpersönliche Leistungserbringung) erfolgen. Die in der GOÄ vorgesehene höchstpersönliche Leistungserbringung von abrechnenden Ärzten stellt klar, dass der abrechnende Arzt die Leistung im Kern selbst erbracht haben muss. Der Chefarzt kann daher den Leistungsumfang nicht durch Delegation auf Mitarbeiter vermehren.

¹ Landesverordnung über die Nebentätigkeit der im Hochschulbereich tätigen Beamtinnen und Beamten (Hochschulnebenstätigkeitsverordnung - HntVO) i. d. F. d. Bekanntmachung vom 01.02.1996, zuletzt geändert durch Art. 28 des Gesetzes vom 15.06.2004, GVObI. Schl.-H. S. 153.

² Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12.11.1962, BGBl. I S. 1522, zuletzt geändert durch die 4. Änderungsverordnung vom 23.12.1995, BGBl. I S. 1861.

Unter „persönliche Leistungen“ fallen auch solche Leistungen, die unter Aufsicht des abrechnenden Arztes nach dessen fachlicher Weisung ausgeführt werden (§ 4 Abs. 2 GOÄ). Das UK-SH hat sicherzustellen, dass die Vereinbarungen über gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen künftig neben dem Abteilungsdirektor ausschließlich einen ständigen ärztlichen Vertreter benennen und nicht - wie bisher in einigen Abteilungen des Klinikums üblich - eine Vielzahl von Mitarbeitern für den Verhinderungsfall anführen. Hierbei muss der ständige ärztliche Vertreter nicht der Stellvertreter im arbeitsrechtlichen Sinne sein. Ebenfalls wäre es möglich, für einzelne Aufgabengebiete unterschiedliche ärztliche Vertreter zu benennen. Das UK-SH hat strikt darauf zu achten, dass eine Leistung, die ausschließlich von einem der vorhandenen sonstigen Ärzte erbracht wird, nicht Gegenstand einer Wahlleistungsvereinbarung oder Liquidation sein kann. Da der Patient in einem solchen Fall keine Wahlmöglichkeit hat, dürfen wahlärztliche Leistungen nicht berechnet werden.

Der **Vorstand des UK-SH** wird künftig verstärkt darauf achten, dass dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung im Rahmen der geltenden Gesetze, der höchstrichterlichen Rechtsprechung und der jeweils herrschenden Auffassung in der Fachliteratur entsprochen wird.

Die Chefarztverträge sehen vor, dass die Chefarzte die ihnen aus der Patientenbehandlung zustehenden Vergütungsansprüche im Voraus an das UK-SH abtreten, welches die Abtretung annimmt. Der LRH hält diese Regelung zur Abrechnung von Dienstaufgaben für nicht sachgerecht. Es ist bemerkenswert, dass aus Dienstaufgaben des UK-SH dem Abteilungsdirektor ein Liquidationsrecht zustehen soll. Dies wird nur im Ausnahmefall, wie der persönlichen Ermächtigung einer Kassenarztstätigkeit, der Fall sein. Der LRH empfiehlt, alle Dienstaufgaben der Abteilungsdirektoren, für die gesonderte Berechnungen aufgrund der Gesetzeslage durch die Krankenhausverwaltung möglich sind, unmittelbar durch diese oder die von ihr beauftragten Dritten abzurechnen. Die Abtretung von Erträgen aus Dienstaufgaben kommt nicht in Betracht. Auch die KMK hat sich in ihrem Positionspapier zur Neugestaltung des Personalrechts für die Krankenhausliquidation ausgesprochen. Sie weist darauf hin, dass die Krankenhausliquidation am besten der Zielsetzung entspricht, die mit dem Übergang in das Vertrags- und Vergütungssystem verfolgt wird. Die anderen Varianten (Abtretung von Liquidationserlösen) erscheinen auch der KMK nur in Ausnahmefällen akzeptabel.

Der **Vorstand des UK-SH** erklärt, dass er an dem Abtretungsmodell zumindest so lange festhalten werde, wie die Abteilungsdirektoren mit Liquidationsbefugnis eindeutig in der Mehrzahl seien. Im Übrigen seien die Unterschiede zwischen den Abrechnungsvarianten eher dogmatischer Natur und dürften sich praktisch nicht auswirken.

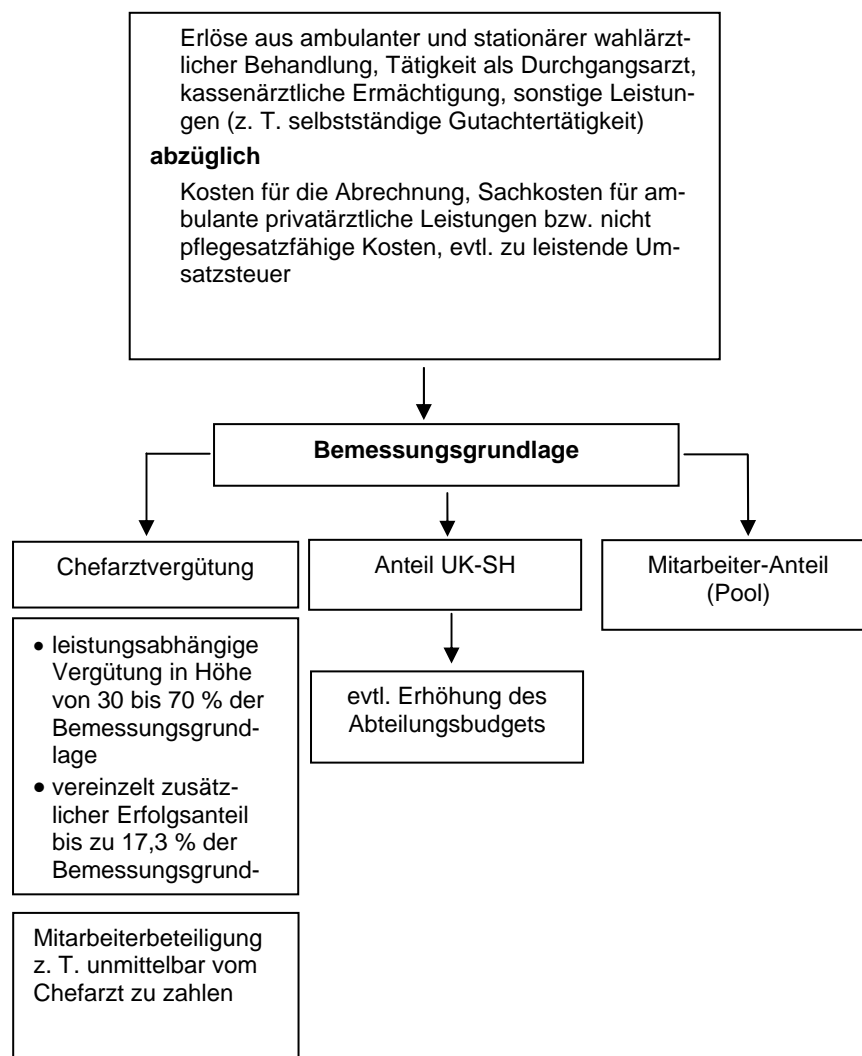
Der **LRH** begrüßt es, dass das UK-SH den Vorschlägen des LRH zumindest mittelfristig folgen wird.

26.4 **Chefarztvergütung**

Die vergütungsrelevanten Regelungen in allen Chefarztverträgen unterscheiden zwischen **festen und leistungsabhängigen Bestandteilen**. Die festen Vergütungsbestandteile sind die in den Chefarztverträgen vereinbarten Festbeträge, die bis zu 8.333 € pro Monat betragen. Die leistungsbezogenen Vergütungsbestandteile sind Prozentsätze aus dem Bereich der früheren Privatliquidation. Die vereinbarten Regelungen differieren erheblich.

Hinzu kommen die Einkünfte für Forschung und Lehre aus den Besoldungs- oder Vergütungszahlungen nach BesGr. C 4 oder C 3 bzw. VergGr. I BAT.

Berechnungsprinzip für die leistungsbezogene Vergütung



Die vereinbarten Chefarztvergütungen weichen erheblich voneinander ab. Dies gilt sowohl für die festen als auch für die variablen (leistungsbezogenen) Vergütungsbestandteile. Obwohl den Abteilungsdirektoren grundsätzlich gleiche Dienstaufgaben übertragen wurden, erhalten im leistungsunabhängigen Bereich einige Abteilungsdirektoren keine Vergütung, anderen wurden erhebliche Festbeträge zugesichert. Angesichts der Bedeutung, der Vielzahl und der in weiten Teilen identischen Dienstaufgaben sind die für diesen Bereich vereinbarten Vergütungsregelungen bemerkenswert. Der LRH hält es für notwendig, **im leistungsunabhängigen Bereich grundsätzlich gleiche Beträge vorzusehen.**

Der **Vorstand des UK-SH** ist der Auffassung, dass gute Gründe dafür sprechen, von einer einheitlichen Vergütung abzusehen. Auch wenn die Dienstaufgaben der Abteilungsdirektoren grundsätzlich gleich seien (fachliche und organisatorische Leitung der Abteilung, wirtschaftliche Verantwortung etc.), sei das Maß der Verantwortung jedoch höchst unterschiedlich. Vergütungen würden zwischen dem Vorstand des Klinikums und dem künftigen Abteilungsdirektor frei ausgehandelt. Das UK-SH habe auf der Grundlage des Positionspapiers der KMK folgende Kriterien für die Vergütungshöhe festgelegt, die bei den Vertragsverhandlungen berücksichtigt würden:

a) **Objektive Kriterien:**

- der Stellenwert der Abteilung innerhalb des Klinikums und der Region,
- die Struktur der Abteilung und die sich daraus ergebende Verantwortung für den künftigen Abteilungsdirektor,
- die Bewerberlage und die Arbeitsmarktsituation in dem jeweiligen Fach,
- die Einnahmen des Vorgängers aus privatärztlichen Leistungen,
- die Einnahmen aus der C-Besoldung oder der W 3-Besoldung einschl. der Leistungszulagen,
- das Bestreben des Vorstands, einen angemessenen Ausgleich herzustellen zwischen Abteilungsdirektoren, die aus privatärztlichen Behandlungen hohe Erlöse und solchen, die geringe Erlöse erzielen können,
- der Grad der Zielerreichung bei Zielvereinbarungen.

b) **Subjektive Kriterien:**

- die Qualifikation, Erfahrung und Reputation sowie die individuellen Interessen und Forderungen des künftigen Abteilungsdirektors.

Der **LRH** ist der Auffassung, dass die Kriterien überwiegend nicht geeignet sind, im leistungsunabhängigen Bereich zu einer adäquaten Vergütungshöhe zu kommen. Die Einnahmen aus der C 4-Besoldung oder der W 3-Besoldung werden für die Hochschullehrertätigkeit und nicht für die

Chefarztstätigkeit gewährt. Die Höhe der privatärztlichen Leistungen sowie der Grad der Zielerreichung bei Zielvereinbarungen wären Kriterien für die leistungsabhängige Vergütung und nicht für den leistungsunabhängigen Bereich. Auch für die Leitung einer „kleinen“ Abteilung wird eine Vergütung gezahlt werden müssen. In den geprüften Fällen erhalten 4 Abteilungsdirektoren im leistungsunabhängigen Bereich überhaupt keine Vergütung, in den anderen Fällen liegen die vereinbarten Vergütungen zwischen 417 € und 8.300 € pro Monat. Der LRH bleibt bei seiner Auffassung, dass diese Differenzen nicht gerechtfertigt sind.

Im **leistungsabhängigen** Bereich wurden fast ausschließlich Prozentanteile an den Erlösen der früheren Privatliquidation vereinbart. Auch dadurch ergeben sich hohe Vergütungsdifferenzen. Die vom LRH untersuchten Vereinbarungen führen mehrheitlich dazu, dass die Chefärzte heute über ein höheres Einkommen verfügen als nach altem Recht über die Besoldung und die Nebentätigkeit. Damit ist die Befürchtung der KMK, dass durch das bisherige Liquidationsrecht die Gefahr von Fehlsteuerungen in Bezug auf strukturelle und fachliche Veränderungen innerhalb der klinischen Einrichtungen eintreten kann, auch auf diese Neuregelung zu übertragen. Die getroffenen Vereinbarungen können dazu führen, dass dem Leiter einer klinischen Einrichtung leistungsbezogene Vergütungsbestandteile aus der Behandlung von Privatpatienten in wachsendem Umfang zufließen, obwohl sich die wirtschaftliche Gesamtsituation der klinischen Einrichtung verschlechtert. Genau das sollte aber durch die neuen Chefarztverträge ausgeschlossen werden.

Der **Vorstand des UK-SH** weist darauf hin, dass die Abteilungsdirektoren durch den Chefarztvertrag dazu verpflichtet würden, den in einer jährlichen Zielvorgabe definierten Leistungsrahmen einzuhalten, die damit verbundenen Erträge zu erreichen sowie das der Abteilung zur Verfügung gestellte Budget nicht zu überschreiten. Diese vertraglichen Regelungen wirkten als Korrektiv und würden die Gefahr von Fehlsteuerungen ausschließen. Sollte ein Abteilungsdirektor gegen seine vertraglichen Verpflichtungen schuldhaft verstoßen, hätte das UK-SH die Möglichkeit, die im Dienstvertragsrecht für Leistungsstörungen vorgesehenen Maßnahmen einzuleiten.

Unabhängig davon, dass die Zielvereinbarungen keinen belastbaren Leistungsrahmen enthalten, gehen die Einlassungen des UK-SH am Kern der Kritik des **LRH** vorbei. Wenn die vom Vorstand des UK-SH geschlossenen Verträge tatsächlich so wirken würden, wie vom Vorstand beschrieben, ist es bemerkenswert, dass sich die Finanzsituation des UK-SH von Jahr zu Jahr verschlechtert hat.¹

¹ Vgl. hierzu auch Nr. 7.14.5 dieser Bemerkungen.

Der **LRH** hält hier eine grundlegende Änderung für erforderlich. Der feste Vergütungsanteil sollte mindestens 50 % der Gesamtvergütung betragen. Der variable Vergütungsanteil sollte sich nicht primär aus Erträgen des früheren Nebentätigkeitsbereichs ergeben, sondern an den wirtschaftlichen Ergebnissen der Abteilung ausgerichtet sein. Die Erlöse aus ambulanter und stationärer ärztlicher Wahlleistung verblieben dann beim Klinikum.

Der **Vorstand des UK-SH** weist darauf hin, dass bei einer Abkopplung der festen Chefarztvergütung von den Einnahmen aus den Erlösen aus wahlärztlichen Leistungen eine Finanzierung der Chefarztvergütungen z. z. nicht sichergestellt wäre. Das UK-SH prüfe, ob nicht mittelfristig die Vergütungsfrage zunehmend nach dem Betriebsergebnis bemessen werden könne. Dies habe man bisher nicht umsetzen können. Nach der Organisationsstruktur weise der Vorstand den Zentrumsleitungen ein Budget zur Verteilung auf die dem Zentrum angehörenden Abteilungen zu. Die Aufteilung des Budgets und der Abschluss von Zielvereinbarungen mit den Abteilungsdirektoren sei Aufgabe der Zentrumsleitungen. Die Rechtsgrundlage für die Zentrumsstruktur und damit die Etablierung von Zentrumsleitungen sei zum 01.01.2005 im HSG geschaffen worden.

Der **LRH** ist der Auffassung, dass die Erlöse aus der früheren Privatbehandlung nicht ausschließlich abteilungsbezogen gesehen werden dürfen. Sie haben vielmehr dem Ausgleich im gesamten Klinikum zu dienen. Auch mit der Wiedereinführung der Zentrumsstruktur ändert sich nicht die Verantwortung des Abteilungsdirektors für die Verwendung der der Abteilung zur Verfügung stehenden Finanzmittel und für das wirtschaftliche Ergebnis der Abteilung.¹

Während bis zum 31.12.2002 mit der Besoldung eines Hochschullehrers auch die dienstliche Leitung einer Abteilung oder eines Instituts sowie die Aufgabe der Krankenversorgung abgegolten waren, wird seit 2003 bei Abschluss eines Chefarztvertrags durch die Besoldung als Hochschullehrer nur der Bereich Forschung und Lehre vergütet. Angesichts der vielen Aufgaben, die einem Abteilungsdirektor durch den Chefarztvertrag als Dienstaufgaben in der Krankenversorgung zugewiesen werden, ist es einem Abteilungsdirektor keinesfalls möglich, als Haupttätigkeit den Bereich Forschung und Lehre wahrzunehmen. Dieser Aufgabenbereich kann nur als Teilaufgabe neben den Aufgaben „Chefarzt, Leiter einer Abteilung“ angesehen werden. Der LRH empfiehlt, das HSG dahingehend zu ändern,

¹ § 125 Abs. 6 HSG: „Der Direktor trägt die ärztliche und fachliche Verantwortung. Er entscheidet über die Verwendung der Finanzmittel, die der Abteilung zur Verfügung stehen und ist für das wirtschaftliche Ergebnis verantwortlich.“

dass die medizinischen Hochschullehrer bei Abschluss eines Chefarztvertrags aus dem Beamtenverhältnis ohne Dienstbezüge beurlaubt werden.

26.5 **Vergleich der variablen Chefarztvergütungen mit früheren Nebentätigkeitsabgaben für das UK-SH**

Der LRH hat die neuen variablen Chefarztvergütungen den möglichen früheren Nebentätigkeitserlösen gegenübergestellt. Bei diesem Vergleich ergeben sich bei den zum Zeitpunkt 31.12.2004 bestehenden Chefarztverträgen über die jeweilige Laufzeit der Verträge für das UK-SH geringere Erlöse von insgesamt 361 T€. In 6 Fällen stehen den vereinbarten festen Vergütungen bisher keine Erlöse gegenüber. Bis Ende 2004 beläuft sich der zusätzliche Aufwand aus diesen Verträgen für das UK-SH auf 91 T€. Bei den Chefarztverträgen, die bei einem Vergleich mit dem früher geltenden Nebentätigkeitsrecht für das UK-SH zusätzliche Belastungen mit sich bringen, liegt es im System, dass jede Ausweitung der wahlärztlichen Tätigkeit die Mindererlöse für das UK-SH steigert.

Von 14 abgeschlossenen Chefarztverträgen ist Ende 2004 lediglich ein Vertrag im Vergleich zum bisherigen Recht für das UK-SH positiv. Geringere Erlöse und zusätzlicher Aufwand führen bis Ende 2004 zu einer Mehrbelastung von 452 T€. Hinzu kommen die Kosten für den Verwaltungsaufwand. Außerdem musste das UK-SH seinen Haftpflichtversicherungsbereich um die neuen Dienstaufgaben der Chefärzte erweitern. Bei Berücksichtigung der vom UK-SH außerdem zusätzlich zu zahlenden Arbeitgeberanteile der Sozialversicherung beträgt die zusätzliche Gesamtbelastung seit Abschluss der Chefarztverträge für das UK-SH bis Ende 2004 rd. 500 T€. Angesichts der angespannten finanziellen Situation im UK-SH wird sich das UK-SH weitere Reformen dieser Art nicht leisten können.

Der **Vorstand des UK-SH** konnte die Feststellungen des LRH in 6 Fällen nicht nachvollziehen, da in einem Fall keine Chefarztvergütung vereinbart worden sei und 5 Chefärzte keine Vorgänger gehabt hätten. Hier sei für das UK-SH kein Vergleichsmaßstab erkennbar.

Der **LRH** hat für alle Erträge aus privatärztlicher Behandlung eine Vergleichsberechnung auf der Basis der heutigen Chefarztverträge und den Regelungen der HNTVO vorgenommen. Bei dieser Vergleichsberechnung ist es belanglos, ob es einen Vorgänger für diesen Bereich gab. In dem vom UK-SH angesprochenen Einzelfall wurde eine hohe leistungsabhängige Chefarztvergütung vereinbart, die bisher nicht durch entsprechende Erlöse aus wahlärztlicher Behandlung kompensiert wurde.

Der **Vorstand des UK-SH** bestätigt, dass durch die Einführung der Chefarztverträge der Verwaltungsaufwand gegenüber dem Verfahren der Privatliquidation angestiegen ist.

26.6 Sozialversicherungspflicht

Während die Bezüge der beamteten Hochschullehrer sozialversicherungsfrei sind, unterliegt die Chefarztvergütung der Sozialversicherungspflicht. Im Versorgungsfall wird dies dazu führen, dass neben den Versorgungsbezügen ein Anspruch aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht. Die Versorgungsbezüge werden dann nach § 55 BeamtVG¹ gekürzt. Auch wenn das zunächst positiv erscheinen mag, führt die neue Verfahrensweise zu einer deutlich höheren Belastung für die öffentlichen Haushalte. Die Ursache liegt in den hohen Sozialversicherungsabgaben, die zusätzlich vom UK-SH als Arbeitgeber zu tragen sind.

Der LRH teilt die in der Präambel der Chefarztverträge dargelegte Aussage, dass die Aufgaben als Universitätsprofessor einerseits und die des Abteilungsdirektors andererseits in einem untrennbaren Zusammenhang zueinander stehen, dem im Rahmen der Ausgestaltung des Dienstverhältnisses mit dem Land und des Chefarztvertrags Rechnung getragen werden muss.

Der LRH empfiehlt daher, die Sozialversicherungspflicht für die Chefarztvergütung dadurch aufzuheben, dass die Chefarztstätigkeit in die Versorgungsanwartschaft einbezogen wird. Da der Wegfall der Sozialversicherungspflicht zu einer deutlichen Erhöhung des Nettogehalts der Chefärzte führt, könnte eine entsprechende Absenkung der Bruttogehälter erfolgen.

Das **Wissenschaftsministerium** verweist darauf, dass der weitaus größte Anteil bei der Sozialversicherungspflicht die gesetzliche Rentenversicherung betreffe. Hier würden auch Ansprüche erworben, die in vielen Fällen zu einer entsprechenden Reduzierung der Pension aus dem Beamtenverhältnis führten. Außerdem müssten vor einer Entscheidung über die Einbeziehung der Chefarztverträge in die Versorgungsanwartschaft auch sozialpolitische Aspekte bewertet werden. Mit der Einbeziehung würden hohe Einkommen aus dem privatrechtlichen Arbeitsverhältnis der Sozialversicherungspflicht entzogen. Unabhängig davon werde das Wissenschaftsministerium die Anregung des LRH aufgreifen und gemeinsam mit dem Finanzministerium erneut prüfen, ob die Chefarztstätigkeit in die Versorgungsanwartschaft einbezogen werden könne.

¹ Gesetz über die Versorgung der Beamten und Richter in Bund und Länder (Beamtenversorgungsgesetz - BeamtVG) i. d. F. d. Bekanntmachung vom 16.03.1999, BGBl. I S. 322, zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes vom 27.12.2004, BGBl. I S. 3822.

Der **LRH** erwidert, dass die Berücksichtigung sozialpolitischer Aspekte nicht zulasten des „Wirtschaftsunternehmens“ UK-SH gehen darf. Wenn die Landesregierung diesen Aspekt berücksichtigen will, muss es durch die Erhöhung des laufenden Zuschusses an das UK-SH für einen entsprechenden Ausgleich sorgen.

26.7 **Mitarbeiterbeteiligung**

Zur Beteiligung von Mitarbeitern sehen die Chefarztverträge 2 unterschiedliche Regelungen vor:

- Entweder wird ein Betrag von bis zu 15 % des Gesamtbetrags der ambulanten und stationären Erträge vom UK-SH in einen sog. Mitarbeiterpool eingestellt und den wissenschaftlichen Mitarbeitern vom UK-SH nach Maßgabe des Chefarztes ausbezahlt oder
- der Chefarzt stellt die angemessene Beteiligung direkt aus seiner leistungsabhängigen Vergütung sicher. Die Höhe der auf diese Weise zu zahlende Mitarbeitervergütung ist nicht festgelegt.

Die Besoldungsgesetze des Bundes und des Landes Schleswig-Holstein enthalten keine Rechtsgrundlage, die es ermöglicht, derartige Zulagen zu gewähren. Auch die Satzung der Tarifgemeinschaft Deutscher Länder schließt übertarifliche Leistungen aus. Für eine Mitarbeiterbeteiligung gibt es rechtlich zz. keinen Raum. Da die ambulante und stationäre wahlärztliche Behandlung für den Chefarzt eine Dienstaufgabe ist, die er grundsätzlich auch höchstpersönlich erbringen muss, kann die Mitwirkung von Mitarbeitern an dieser Dienstaufgabe nicht zu höheren Vergütungsansprüchen führen.

Die Berechnung ärztlicher Wahlleistungen ist grundsätzlich nur dann möglich, wenn sie vom Wahlarzt höchstpersönlich erbracht wurde (§ 2 Abs. 3 GOÄ). Auch wenn solche Leistungen einbezogen werden können, die unter Aufsicht des abrechnenden Arztes nach dessen fachlicher Weisung ausgeführt werden, ist eine durch schlichte Anordnung an Mitarbeiter delegierte Leistung nicht liquidationsfähig. Da Mitarbeiter also nur in einem engen Rahmen mitwirken dürfen, ist auch von dem Rechtsrahmen der GOÄ kaum eine Möglichkeit der (finanziellen) Mitarbeiterbeteiligung vorhanden. Der Vorstand des UK-SH ist aufgefordert, diesen Bereich rechtlich einwandfrei zu regeln.

Das **Wissenschaftsministerium** und der **Vorstand des UK-SH** teilen die Rechtsauffassung des LRH, dass die bestehenden Bundes- und Landesgesetze sowie die tarifrechtlichen Regelungen eine Mitarbeiterbeteiligung nicht ermöglichen. Das Wissenschaftsministerium werde daher gemeinsam mit dem Finanzministerium erneut prüfen, welche rechtlich einwandfreien Lösungen realisierbar seien.

26.8 **Abschließende Bewertung des LRH**

Das im UK-SH praktizierte Verfahren ist weder wirtschaftlich noch wird es dem KMK-Beschluss vom 19.11.1999 und den Zielsetzungen der Novelisierung des HSG zum 01.01.2003 gerecht. Das Beamten- und das Besoldungsrecht wurden bisher nicht abgelöst. Die Behandlung von ambulanten und stationären Patienten wurde zwar vertraglich Dienstaufgabe; die aus diesen Aufgaben zu erzielenden Erlöse fließen jedoch anteilig dem Chefarzt als leistungsbezogene Vergütung zu. Die vereinbarten Anteile der Chefarzte sind überwiegend so hoch, dass die Chefarzte nach diesem Verfahren höhere Einkünfte haben als bei dem früheren Nebentätigkeitsrecht. Die für den Bereich der Krankenversorgung vereinbarten (hohen) Chefarztvergütungen werden durch die DRG-Erlöse nicht gedeckt werden können. Die Differenzen müssen also an anderer Stelle vom UK-SH erwirtschaftet werden.

Das UK-SH hat es versäumt, vor der Umstellung des bisherigen Verfahrens Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen (§ 7 Abs. 2 LHO) durchzuführen. Da die vereinbarten leistungsbezogenen Vergütungen fast ausschließlich an den Bereich der bisherigen Privatliquidation gekoppelt wurden, hätte das UK-SH vor Abschluss eines Chefarztvertrags in jedem Fall eine präzise Break-even-Analyse durchführen müssen, um festzustellen, unter welchen Bedingungen zumindest ein neutrales Ergebnis erreicht werden kann. Das ist nicht geschehen.

Der **Vorstand des UK-SH** erklärt, dass er vor Beginn von Vertragsverhandlungen Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen durchgeführt habe. Diese hätten den Verhandlungsführern des UK-SH als Richtgröße für ein Angebot zur Vergütungshöhe gedient. In der Praxis habe sich gezeigt, dass in einigen Fällen ein Überschreiten dieser Richtgröße erforderlich gewesen sei, um die Verhandlungen nicht scheitern zu lassen. Das UK-SH sei der Überzeugung, dass ihm erhebliche Nachteile entstanden wären, wenn der Vorstand in solchen Situationen nicht flexibel reagiert hätte.

Das **Wissenschaftsministerium** verweist darauf, dass der LRH nicht die wirtschaftlichen Vorteile durch die „Schaffung von Exzellenzen“ und die langfristige Qualitätssicherung von Abteilungen und Sektionen in der Krankenversorgung sowie in Forschung und Lehre berücksichtigt habe. Für das Wissenschaftsministerium sei die aus Mindererlösen und zusätzlichen Kosten postulierte Summe von 500.000 € nicht nachvollziehbar, da zu-

mindest 2 im Prüfungszeitraum geschlossene und für das UK-SH günstige Dienstverträge nicht berücksichtigt worden seien.¹

Der **LRH** weist darauf hin, dass die Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen des UK-SH keine konkreten Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen sind. Der vom UK-SH zu tragende Aufwandsbereich (Sozialversicherung, Abrechnungskosten, Mitarbeiterpool) wurde nicht berücksichtigt. Im Übrigen bleibt der LRH bei seiner Auffassung, dass angesichts der kritischen Finanzsituation des UK-SH darüber nachgedacht werden muss, ob tatsächlich jeder Lehrstuhl mit dessen Besetzung auch die Übernahme der Chefarztposition verbunden ist, mit exzellenten Wissenschaftlern besetzt werden muss.

Um die negativen Auswirkungen der neuen Chefarztverträge zu vermeiden, spricht sich der LRH dafür aus,

- das HSG dahingehend zu ändern, dass die medizinischen Hochschullehrer bei Abschluss eines Chefarztvertrags aus dem Beamtenverhältnis ohne Bezüge beurlaubt werden,
- für Lehre, Forschung und Krankenversorgung einen Vertrag abzuschließen,
- die Chefarztstätigkeit in die Versorgungsanwartschaft einzubeziehen, sodass die Sozialversicherungspflicht entfällt.

Sofern diese Änderungen nicht durchsetzbar sind, empfiehlt der LRH aus wirtschaftlicher Sicht die Rückkehr zum früheren Recht. Das Beamtenverhältnis mit der genehmigten Nebentätigkeit war für das UK-SH einfacher, klarer und kostengünstiger. Sollte dieser Schritt erwogen werden, spricht sich der LRH für eine flexiblere Regelung des Nebentätigkeitsrechts aus, damit es möglich wird, Leistungsanreize und Steuerungen durch das Nebentätigkeitsrecht zu ermöglichen. Auch hierbei ist sicherzustellen, dass der Chefarzt Gebühren nur für selbstständige Leistungen berechnet, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner fachlichen Aufsicht erbracht wurden.

Das **Wissenschaftsministerium** wird eingehend prüfen, ob es sachgerecht und wirtschaftlich ist, die jetzigen Regelungen und Verfahrensweisen zum Abschluss von Chefarztverträgen zu ändern. Angesichts der Zielsetzungen, die mit den Chefarztverträgen als neues Instrument der Unternehmenssteuerung verbunden seien, hält das Wissenschaftsministerium eine Rückkehr zum alten Recht (Privatliquidation als Nebentätigkeit) nicht für sachgerecht. Zukünftig werde es in den Universitätsklinikum wesentlich mehr marktwirtschaftliche Elemente geben. Bei der völligen Neugestaltung des Personalrechts sei ein Verbesserungsbedarf nach den ers-

¹ Der LRH hat in seine Vergleichsrechnung ausschließlich die Chefarztverträge einbezogen, die am Stichtag 31.12.2004 bestanden. Kurze und im Einzelfall evtl. günstige Dienstverträge wurden hierbei nicht berücksichtigt.

ten Erfahrungen zu erwarten. Dies gelte insbesondere vor dem Hintergrund der außerordentlich schwierigen Startbedingungen am UK-SH. Es sei daher nicht gerechtfertigt, die Zielsetzungen der KMK weitgehend zu negieren und ohne eine Optimierung des Systems ernsthaft zu prüfen, eine Rückkehr zum alten Recht vorzuschlagen.

Gem. Art. 56 LV überwacht der LRH die gesamte Haushalts- und Wirtschaftsführung des Landes. Er untersucht hierbei die zweckmäßigste, wirtschaftlichste und einfachste Gestaltung der öffentlichen Verwaltung. Er überwacht auch die Haushalts- und Wirtschaftsführung der übrigen juristischen Personen des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht des Landes unterstehen. Aufgrund dieses Verfassungsauftrags sieht sich der **LRH** nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, der Landesregierung die obigen Änderungsvorschläge zu unterbreiten, damit die negativen wirtschaftlichen Auswirkungen der bisher geschlossenen Verträge in Zukunft vermieden werden.