

Die Rolle von Rektor und Kanzler in der Hochschulmedizin im Kooperationsmodell

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Sie werden sich sicherlich fragen, was die Hochschulmedizin mit dem Thema dieser Fortbildungsveranstaltung zu tun hat. Ich möchte versuchen, im Rahmen meines Beitrages darauf eine Antwort zu geben.

Da es nicht wenige unter den Teilnehmern dieser Fortbildungsveranstaltung gibt, deren Einrichtungen nicht mit der Hochschulmedizin verknüpft sind, gestatten Sie es mir, zum besseren Verständnis meines Beitrags zunächst einige grundlegende Ausführungen zur Hochschulmedizin zu machen. Ich werde dabei grundsätzlich nicht auf länderspezifische Besonderheiten eingehen, die sich auf Grund der unterschiedlichen Hochschulgesetze der Bundesländer stellen, in denen die staatlich finanzierte Hochschulmedizin vertreten ist. Nur ausnahmsweise werde ich mich an der einen oder anderen Stelle exemplarisch auf die Rechtslage in NRW beziehen, soweit sie auf andere Bundesländer im Wesentlichen übertragbar ist.

Und noch eine weitere Vorbemerkung: Im Folgenden werde ich die Rolle von „Rektor und Kanzler“ in den Blick nehmen, wohlwissend, dass einige Landesgesetze und Hochschulverfassungen keine Rektorats-, sondern Präsidialverfassungen vorsehen, ohne dass allerdings zwischen beiden Verfassungsformen mittlerweile noch signifikante Unterschiede bestehen. Jedenfalls bezogen auf das von mir zu behandelnde Thema werden daher von den von mir verwendeten Bezeichnungen von „Rektor und Kanzler“ die Bezeichnungen von „Präsident und Vizepräsident“, soweit dieser Kanzlerfunktionen wahrnimmt, mit umfasst.

1. Einige Anmerkungen zur wirtschaftlichen Bedeutung der Hochschulmedizin

Die Verschränkung mit dem Gesundheitswesen ist das prägende Gestaltungselement der Hochschulmedizin. So versorgen alleine die 33 Universitätsklinika 10% der stationären Behandlungsfälle in Deutschland. Auf Grund der von den Ländern übertragenen Aufgaben in der Krankenversorgung und der öffentlichen Gesundheitspflege kommt damit der Hochschulmedizin als Ganzes eine herausgehobene Stellung innerhalb des Hochschul- und Gesundheitssystems zu.

Darauf hat Dirk Böhm in seinem Beitrag auf dem 10. Hochschulrechtstag in Bonn am 19.5.2015 zum Thema „Hochschulfinanzierungsverwaltung und Hochschulmedizin“ eindrucksvoll hingewiesen. Einige von ihm herausgearbeitete Zahlen auf der Grundlage von Erhebungen des Statistischen Bundesamtes bezogen auf das Jahr 2013 belegen dies nachdrücklich, wobei davon ausgegangen werden kann, dass sich bei einer Fortschreibung dieser Zahlen keine nennenswerten Veränderungen ergeben:

Danach entfallen rund 52% der Ausgaben der Universitäten auf ihre Medizinischen Einrichtungen, genau genommen 20,9 von 39,9 Mrd. Euro. In der Hochschulmedizin sind 26% der insgesamt an Hochschulen beschäftigten Personen tätig. Danach sind knapp 25% vom hauptberuflich wissenschaftlichem Hochschulpersonal und ca. 36% vom hauptberuflich nicht-wissenschaftlichem Personal in den Medizinischen Einrichtungen beschäftigt. Gut 25% der laufenden Grundmittel für Forschung und Lehre aller Universitäten fließt an die

Medizinischen Fakultäten, obwohl lediglich 6% der Studierenden an Universitäten ausgebildet werden.

Die finanzielle Ausnahmerolle der Medizin innerhalb der Universität stellt sich noch klarer dar, wenn man die Mittel der Krankenversorgung mit in die Betrachtung einbezieht. Die Einnahmen der Universitäten aus wirtschaftlicher Tätigkeit und aus Vermögen beliefen sich 2013 auf 0,8 Mrd.Euro, diejenigen der Hochschulmedizin auf 14,8 Mrd.Euro und überstiegen damit die Einnahmen der Universitäten um das achtzehnfache. Hinzu kommen die Einnahmen im Bereich der Forschung: 25% aller universitären Drittmittel stammt aus der Medizin. 2013 waren dies 1,6 von insgesamt 6,6 Mrd.Euro.

Diese Zahlen beweisen einerseits den allgemein bekannten Umstand, dass die Hochschulmedizin genauso kostenintensiv wie ertragstark ist, und zeigen im Übrigen auch, dass die Hochschulmedizin fiskalisch und haushaltspolitisch immer wieder in die Diskussion zu geraten droht. Andererseits belegen diese Zahlen aber auch, wie mächtig die Hochschulmedizin im Verbund der Hochschulen und hier in Sonderheit der Universitäten ist. Schon Ihre sich daraus ergebende Sonderstellung lässt mehr als erahnen, dass sich der Leitung Medizin führender Hochschulen besondere Herausforderungen im Umgang mit der Hochschulmedizin stellen.

2. Wie ist die Hochschulmedizin in Deutschland organisiert und was bedeutet das Kooperationsmodell, auf das ich mich in meinem Beitrag konzentriere?

a. Die Hochschulmedizin im Föderalismus

In Deutschland gibt es derzeit 37 staatlich finanzierte Medizinische Fakultäten inklusive der Medizinischen Fakultät der Hochschule in Witten-Herdecke, die vom Land NRW zu einem Teil mitfinanziert wird. Wie dargelegt, stehen dem 33 Universitätsklinika gegenüber. Die Divergenz zwischen 33 und 37 ist u.a. darauf zurückzuführen, dass in einigen Bundesländern mehrere Medizinische Fakultäten ein gemeinsames Universitätsklinikum haben, so z.B. in Hessen die Medizinischen Fakultäten der Universitäten Marburg und Gießen das privatisierte Rhön-Klinikum und in Schleswig-Holstein die Medizinischen Fakultäten der Universitäten Kiel und zu Lübeck das Schleswig-Holsteinische Universitätsklinikum. Zudem hat sich zwar an der Universität Oldenburg eine Medizinische Fakultät etabliert, das dazugehörige Universitätsklinikum befindet sich jedoch noch in der Errichtungsphase. Von den 37 Medizinischen Fakultäten befinden sich 28 in einem sog. Kooperationsmodell mit unterschiedlichen Varianten nach Maßgabe der jeweiligen Landesgesetze. Auf das Kooperationsmodell werde ich gleich noch intensiver zurückkommen. 8 Fakultäten befinden sich im sog. Integrationsmodell, das ebenfalls unterschiedliche landesgesetzlich geregelte Varianten aufweist. Am Standort Oldenburg ist im Übrigen ein Kooperationsmodell im Gespräch.

Vom Grundsatz her ist das Integrationsmodell dadurch gekennzeichnet, dass das Universitätsklinikum und die Medizinische Fakultät im Verhältnis zur Universität eine gemeinsame Rechtspersönlichkeit mit einem gemeinsamen Leitungsorgan bilden, in dem alle Entscheidungen bezogen auf Forschung, Lehre und Krankenversorgung in einer einheitlichen Entscheidungsstruktur zusammengefasst sind.

b. Die Ausgestaltung des Kooperationsmodells im Einzelnen:

aa. Inhaltliche Verschränkung zwischen Universität, Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum trotz institutioneller Verselbständigung

Charakteristisch für die Ausgestaltung des Kooperationsmodells ist vor allem, dass die Universitätsklinikum zwar institutionell als Anstalten des öffentlichen Rechtes verselbständigt sind, aber mit der Medizinischen Fakultät der jeweiligen Universität eng zusammenarbeiten und ihr damit in Forschung und Lehre zu „dienen“ haben, so wie es die meisten Landesgesetze formulieren. Zudem werden die einfachrechtlichen Regelungen durch die noch aufzuzeigenden grundrechtlichen Vorgaben, die ihren Niederschlag in den organisationsrechtlichen Regelungen finden müssen, überlagert.

Die Rechtslage in NRW steht exemplarisch für die Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen Universität und Universitätsklinikum in der ganz überwiegenden Anzahl der Bundesländer, die das Kooperationsmodell in ihren Hochschulgesetzen verankert haben.

2001 traten die Universitätsklinikum in NRW als selbständige, rechtsfähige, mit Dienstherrenfähigkeit ausgestattete Anstalten des öffentlichen Rechts an die Stelle der bisherigen Medizinischen Einrichtungen der Universitäten, die bis zu diesem Zeitpunkt Betriebseinheiten der Universitäten ohne eigene Rechtsfähigkeit waren. Die dem Aufgabenbereich der Medizinischen Einrichtungen zuzurechnenden Rechte und Pflichten des Landes und der Universität gingen dabei im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf das Universitätsklinikum über. Von dieser Gesamtrechtsnachfolge unberührt blieb die persönliche Stellung der Universitätsprofessoren der Fachrichtung Medizin. Diese sind zwar verpflichtet, im Universitätsklinikum Aufgaben in der Krankenversorgung und im öffentlichen Gesundheitswesen zu erfüllen, sind aber weiterhin der Universität zugehörig und damit keine Beschäftigte des Klinikums. Dies gilt im Übrigen auch für das gesamte sonstige wissenschaftliche Personal der Medizinischen Fakultät, zu denen grundsätzlich auch alle Ärzte gehören, die Aufgaben der Krankenversorgung im Universitätsklinikum wahrnehmen.

Das Konzept des Kooperationsmodells zieht allerdings trotz der gesetzlich statuierten institutionellen Selbständigkeit keine materielle Verselbständigung nach sich. Denn nach wie vor dient das Universitätsklinikum, wie dargelegt, der Medizinischen Fakultät der Universität zur Erfüllung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre. Weiter nimmt es Aufgaben der Krankenversorgung einschließlich der Hochleistungsmedizin wahr und gewährleistet in diesem Rahmen die Verbindung der Krankenversorgung mit Forschung und Lehre. Nicht nur in tatsächlicher Hinsicht besteht also ein hohes Maß an Verzahnung von universitärer Forschung und Lehre auf der einen und der Krankenversorgung auf der anderen Seite. Diese Verschränkung kann nur funktionieren, wenn zwischen Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät eine umfassende Kooperation stattfindet. Diese versuchen die meisten Landesgesetze zu institutionalisieren: Universitätsklinikum und Universität schließen eine Kooperationsvereinbarung, die die Grundlage für die Zusammenarbeit darstellt. Außerdem soll das Klinikum sicherstellen, dass die Mitglieder der Hochschule die ihnen durch Art.5 Abs.3 Satz 1 GG und durch das Hochschulgesetz verbürgten Rechte wahrnehmen können. Der grundrechtlich garantierte Wissenschaftsfreiheit wird damit auch innerhalb des Universitätsklinikums ein besonderer Stellenwert eingeräumt.

In organisatorischer Hinsicht setzt sich die Verzahnung von Universität und Universitätsklinikum fort: Organe des Klinikums sind dem Vorbild der Kapitalgesellschaften entsprechend der Aufsichtsrat und der Vorstand. Die Aufgaben des Aufsichtsrates

entsprechen im Wesentlichen denen des Aufsichtsrates einer AG (u.a. Bestellung und Abberufung der Mitglieder des Vorstandes mit Ausnahme des Dekans, Zustimmung zu wirtschaftlich bedeutenden Geschäftsvorgängen). Hinzu tritt die Satzungscompetenz. Die Zusammensetzung des Aufsichtsrates spiegelt Trägerinteressen, wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Sachverstand sowie mitbestimmungsrechtliche Aspekte wider. U.a. sind in NRW stimmberechtigte Mitglieder des Aufsichtsrates Rektor und Kanzler der Universität und auch in anderen Bundesländern mindestens 1 Mitglied der Hochschulleitung – i.d.R. der Rektor.

Die operative Verantwortung für das Universitätsklinikum ist hingegen dem Vorstand übertragen, dem durchgängig in allen Bundesländern kraft Amtes der Dekan der Medizinischen Fakultät als stimmberechtigtes Mitglied angehört. Während also der Aufsichtsrat die betrieblichen Ziele festlegt und die Geschäftsführung des Vorstandes überwacht, trifft der Vorstand die im Tagesgeschäft anfallenden Entscheidungen.

bb. Einige wenige Anmerkungen zur haushaltsrechtlichen Stellung der Medizinischen Fakultät im Kooperationsmodell

Obwohl die Medizinische Fakultät im Rahmen des Kooperationsmodells integraler Bestandteil der Universität ist, hat sie anders als die anderen Fakultäten mit Blick auf die Mittelbewirtschaftung autonomere Spielräume. Es beginnt bereits damit, dass der Zuschuss für Forschung und Lehre in der Hochschulmedizin in den Haushaltsplänen der Länder grundsätzlich gesondert neben dem Zuschuss für die Universität ausgewiesen ist. Die Entscheidungen über die Mittelverteilung und Mittelverwendung obliegt i.d.R. allein den Organen der Medizinischen Fakultät im Rahmen der Festlegungen des Hochschulentwicklungsplans – so jedenfalls die gesetzliche Regelung in NRW. Nur über diesen Plan, in den sich der Entwicklungsplan der Medizinischen Fakultät einbettet, kann also in NRW die Hochschulleitung – allenfalls – mittelbar auf die Finanzentscheidungen der Medizinischen Fakultät Einfluss nehmen.

Da die die Medizinische Fakultät betreffenden Verwaltungsaufgaben i.d.R. vom Universitätsklinikum wahrgenommen werden, obliegt die Wahrnehmung der administrativen Aufgaben der Bewirtschaftung des Zuführungsbetrages einschließlich der Drittmittel etc. dem Universitätsklinikum im Wege der Organleihe. Eine Einflussnahme der Hochschulleitung auf die Mittelbewirtschaftung durch die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum besteht im Übrigen selbst dann nicht, sofern sich der Landeshaushaltsgesetzgeber – so wie in NRW – dafür entschieden hat, den Zuführungsbetrag für die Hochschulmedizin zunächst der Universität zuzuweisen. Grundsätzlich ist er nämlich in einem solchen Fall unverzüglich und ungeschmälert an die Medizinischen Fakultät oder das Universitätsklinikum weiterzuleiten. Mittel können also in einem solchen Fall nicht etwa – auch nicht teilweise – von der Universität zurückgehalten werden, z.B. um auf diese Weise ihre Leistungen für die Medizinische Fakultät ausgleichen zu können. Damit ist – abgesehen von hier nicht weiter interessierenden Besonderheiten – das Budget der Medizinischen Fakultät weitgehend der Einflussnahme der Hochschulleitung entzogen.

Im Ergebnis hat damit die Medizinische Fakultät und mit ihr die Hochschulmedizin mit Blick auf die Haushaltsführung eine gesetzlich gesicherte Sonderstellung innerhalb des Gesamtkanons der Universität. Sie räumt ihr eine nicht unerhebliche Selbständigkeit ein.

3. Die finanzielle Situation der Universitätsklinik

Der grundsätzliche Blick auf die Hochschulmedizin wäre unvollständig, wenn man nicht wenigstens kurz auch auf die spezielle finanzielle Situation der Universitätsklinik eingehen würde. Immerhin stellt sie sich als eine wichtige Rahmenbedingung für das Verhältnis des Universitätsklinikums zur Universität dar, der sich die Hochschulleitung zu stellen hat.

Während das jeweilige Land Mittel für Forschung und Lehre für die Medizinischen Fakultäten bereitzustellen hat, erfolgt die Finanzierung der von den Universitätsklinik wahrzunehmenden Krankenversorgung vorwiegend durch die Krankenkostenträger, obwohl, wie dargelegt, die Universitätsklinik mit der Krankenversorgung Forschung und Lehre zu dienen haben, und für die Leistungen, die sie dafür erbringen, ebenso einen Ausgleich von den Medizinischen Fakultäten erhalten müssen, wie die Universitäten/Medizinischen Fakultäten für die Leistungen einen Ausgleich beanspruchen, die sie für die Universitätsklinik aufbringen.

Eine wesentliche Problematik besteht nun darin, dass die Besonderheiten der universitären Medizin zu einer chronischen Unterfinanzierung der Universitätsklinik als Supramaximalversorger im Verhältnis zu anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung führen. Als beispielhafte Gründe hierfür seien stichwortartig genannt:

- Nicht durch das DRG-System hinreichend vergütete Extremkostenfälle resultierend aus seltenen oder komplexen oder schwersten Erkrankungen, die letztlich überproportional den Universitätsklinik überantwortet bleiben;
- Sicherstellung der Notfallversorgung im jeweiligen Einzugsbereich;
- Durch die Krankenkostenträger finanziell nicht ausgeglichene Aufgaben der Universitätsklinik infolge der Aufgabentrias Forschung, Lehre und Krankenversorgung, mithin infolge von Aufgaben der Innovation und damit der Generierung neuer Methoden und Erkenntnisse in Bezug auf die Diagnose und Therapie von Krankheiten.

Es nimmt vor diesem Hintergrund nicht Wunder, dass mittlerweile ein hoher Prozentsatz der Universitätsklinik rote Zahlen schreibt, und sich damit an vielen Standorten die Gefahr konkretisiert, dass eine auch beihilferechtlich höchst problematische Quersubventionierung der Universitätsklinik durch die jeweiligen Medizinischen Fakultäten zu Lasten von Forschung und Lehre stattfindet, um Defizite in der Krankenversorgung auszugleichen bzw. in Grenzen zu halten.

Zwar hat das Bundesverfassungsgericht 2014 im Rahmen seiner die Medizinische Hochschule Hannover betreffenden Entscheidung ausdrücklich auf die Notwendigkeit einer Trennungsrechnung hingewiesen, um die Finanzierungskreisläufe von Forschung und Lehre einerseits und der Krankenversorgung andererseits transparent auseinander halten zu können. Alle die damit befasst sind, wissen aber, wie schwierig es ist, eine tatsächliche Kostentrennung der in einem Funktionszusammenhang im Sinne einer sog. Kuppelproduktion stehenden Bereiche von Forschung, Lehre und Krankenversorgung vorzunehmen.

4. Die Rolle der Universitäten in der Hochschulmedizin

Wenn man sich die dargelegten Besonderheiten der Hochschulmedizin mit ihren autonomen Spielräumen und finanziellen Herausforderungen betrachtet, muss zwangsläufig die Frage beantwortet werden, welche Rolle den Universitäten im Verhältnis zu den Medizinischen

Fakultäten und den Universitätsklinikum zukommt. Nur wenn diese Frage verlässlich geklärt ist, kann der in dem Thema meines Beitrages stehenden, entscheidenden Frage nachgegangen werden, welche Rolle Rektor und Kanzler in der Hochschulmedizin im Kooperationsmodell wahrzunehmen haben.

Die Mitgliedergruppe der HRK und der Kanzlerarbeitskreis Hochschulmedizin haben Ende 2010 ein gemeinsames Papier mit dem Titel „Die Verantwortung der Universitäten für die Hochschulmedizin im wissenschaftlichen Wettbewerb“ auf den Weg gebracht. Mit diesem Papier werden Empfehlungen fortgeschrieben und konkretisiert, die die HRK zuvor bereits 2005 mit dem Titel „Eingebundene Souveränität und zur Zukunft der Medizin in der Universität“ gegeben hatte. Es ist hier zwar nicht der Ort, dieses bis heute gültige und nach wie vor hoch aktuelle Papier in seiner Gesamtheit nachzuzeichnen. Gleichwohl ist es wert, wesentliche Feststellungen, die Rektoren, Präsidenten und Kanzler getroffen haben, in der gebotenen Kürze zu vermitteln, soweit sie eine unmittelbare Bedeutung für das Thema meines Beitrages haben:

Ausgangspunkt ist die Feststellung, dass die Entwicklung der deutschen Hochschulmedizin durch die Intensivierung des wissenschaftlichen Wettbewerbs geprägt ist, in den auch und gerade die Medizin führenden Hochschulen nicht zuletzt durch die Exzellenzinitiative gestellt sind. Hinzu tritt die Reformentwicklung im Gesundheits- und Krankenhauswesen, welche den krankenhaushwirtschaftlichen Wettbewerb, dem auch die Universitätsklinikum in erheblicher Weise ausgesetzt sind, enorm verschärft hat. Auf dieser Grundlage besteht die Überzeugung, dass für eine Stärkung des Forschungsstandortes Deutschland und der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der Hochschulen in den Lebenswissenschaften, deren maßgeblicher Bestandteil die Medizin ist, eine enge Verzahnung der Hochschulmedizin mit den anderen Universitätsdisziplinen unverzichtbar ist. Aus dieser Feststellung leitet sich der Grundsatz ab, dass die von den Medizinischen Fakultäten zu verantwortende medizinische Forschung und Lehre und die vom Universitätsklinikum sicherzustellende Krankenversorgung sowohl für die qualitätsorientierte Weiterentwicklung als auch für die wissenschaftliche Produktivität der gesamten Universität wichtige Teilbereiche sind und nicht separiert werden dürfen, sondern akademisch und organisatorisch eng in den Fächerverbund der Universität integriert geführt und betrieben werden müssen. M.a.W.: Die Hochschulmedizin stellt sich danach als unverzichtbarer integraler Bestandteil der Universität dar.

Besonders deutlich wird dies dadurch, dass der universitäre Anspruch der Hochschulmedizin glaubhaft und tragfähig mit Blick auf die Errichtung interdisziplinärer Studiengänge und Forschungsverbünde sowie die Stärkung des wissenschaftlichen Nachwuchses nur im Dialog und im Rahmen einer unverzichtbaren Zusammenarbeit mit den Disziplinen der Natur- und Lebenswissenschaften, der Technikwissenschaften sowie der Geistes-, Kultur- und Sozialwissenschaften erfüllt werden kann. Eine solche Zusammenarbeit kann wesensnotwendig auch vor dem Hintergrund notwendiger Profilscheidungen und Schwerpunktsetzungen sowie Allianzbildungen etwa mit außeruniversitären Einrichtungen nur unter besonderer strategischer Positionierung und Förderung seitens der Universitätsleitungen sichergestellt werden.

Dies anzuerkennen, ist eine Herausforderung an die Verantwortungsgemeinschaft aus Universität, Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum und setzt die Bereitschaft und Fähigkeit voraus, dass sich diese 3 Bereiche, die je für sich – durch Gesetz- und Haushaltsgesetzgeber gestützt – eine Autonomie in Anspruch nehmen, zu einem kooperativ-integrativen Miteinander zusammenfinden. Es ist selbstverständlich, dass die Aufgaben und Ziele, die sich in den 3 Verantwortungsbereichen stellen, zwischen den Beteiligten in einem

Aushandlungsprozess gebracht werden müssen. Ebenso nachvollziehbar ist es aber auch, dass die Besonderheit der Universitätsmedizin darin liegt, dass es auf der Grundlage des Art.5 Abs.3 Satz 1 GG die wissenschaftliche Seite ist, der eine Prärogative für die Entscheidung der Ziele im Rahmen des Aushandlungsprozesses zukommt. Die Medizinische Fakultät unterscheidet sich nämlich wesentlich von der Forschungsabteilung eines Krankenhauses, weil sie nicht aus den Erträgen der Krankenhauswirtschaft, sondern aus Steuermitteln finanziert wird.

Die Art und Weise der organisatorischen Verzahnung der 3 Verantwortungsbereiche hat daher sicherzustellen, dass Universitätsleitung und Medizinische Fakultät ihre unverzichtbare Steuerungshoheit bei Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung von Forschung und Lehre behalten. Dies impliziert die Einbeziehung der Medizin in die Struktur- und Entwicklungsplanung der Gesamtuniversität, den Abschluss von Zielvereinbarungen zwischen der Universitätsleitung und der Medizinischen Fakultät einerseits sowie die Einbeziehung der Medizin in die Zielvereinbarungen der Universität mit dem Land andererseits. Entgegen vieler landesgesetzlicher Regelungen bezogen auf das Kooperationsmodell muss dann aber auch die Zuständigkeit für die Entwicklungsplanung die Zuständigkeit der Universitätsleitung für die Budgetverteilung bzw. -festlegung nach sich ziehen. Entwicklungsplanung und Finanzplanung gehören nämlich untrennbar zusammen. Hinzukommt überdies die Zuständigkeit der Universitätsleitung für das gesamte Berufungswesen inklusive der klinischen Professuren.

Vor diesem gesamten Hintergrund stellt sich als eine besondere Herausforderung für die Verantwortungsgemeinschaft der Abschluss der bereits genannten Kooperationsvereinbarung dar, die das Nähere über die Zusammenarbeit des Universitätsklinikums mit der Universität und ihrer Medizinischen Fakultät zu regeln hat.

5. Besondere Aufgabenstellungen für Rektor und Kanzler in der Hochschulmedizin im Rahmen des Kooperationsmodells

Legt man nun unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums mit ihrer Aufgabentrias Forschung, Lehre und Krankenversorgung und den damit verbundenen besonderen finanziellen Aspekten die soeben aufgezeigten Aufgabenfelder zugrunde, für die die Universität auch für den Bereich der Hochschulmedizin verantwortlich ist, lassen sich bereits daraus ohne weiteres einige gewichtige Rückschlüsse für die Rolle von Rektor und Kanzler in der Hochschulmedizin ziehen. Ihnen kommt – ungeachtet der Zuständigkeiten von Universitäts- bzw. Hochschulräten, von Präsidien und Rektoraten und von Senaten als Gremien – zur Realisierung der dargelegten Verantwortungsgemeinschaft und Sicherstellung des Primats von Forschung und Lehre in engem Zusammenwirken mit dem Dekan bzw. dem Dekanat der Medizinischen Fakultät eine Schlüsselfunktion zu. Dies mag beispielhaft auf der Grundlage der Rechtslage in NRW anhand einiger signifikanter, das Verhältnis zur Hochschulmedizin bestimmender Funktionen von Rektor und Kanzler beleuchtet werden, ohne dass insoweit naturgemäß ein Anspruch auf Vollständigkeit erfüllt werden kann.

a. Mitgliedschaft von Rektor und Kanzler im Aufsichtsrat des Universitätsklinikums

Rektor und Kanzler in NRW zählen zu den kraft Amtes dem Aufsichtsrat des Universitätsklinikums angehörenden stimmberechtigten Mitgliedern. Hier stellt sich die

Frage, welches Interesse sie im Rahmen dieser Tätigkeit verfolgen dürfen. Haben sie als gewissermaßen von der Universität „entsandte“ Aufsichtsratsmitglieder in dem Sinne dieselben Pflichten wie die gewählten Mitglieder, indem sie gesellschaftsrechtlichen Grundsätzen folgend vorrangig das Gesellschaftsinteresse, mithin die Interessen des Universitätsklinikums, zu verfolgen und im Aufsichtsrat die unteilbaren Kontrollfunktionen gegenüber dem Vorstand auszuüben haben? Wäre dies so, wäre es ihnen verwehrt, reine Universitätsinteressen zu verfolgen, sofern diese Interessen nicht deckungsgleich mit den Interessen des Klinikums sind, was erfahrungsgemäß auch und gerade auf Grund der dargestellten finanziellen Probleme der Universitätsklinik und der damit in Konflikt tretenden wissenschaftlichen Interessen nicht selten der Fall ist.

Es ist das Verdienst Volker Eppings, herausgearbeitet zu haben, dass im Hochschulmedizinerrecht die Rechtsfigur des Vorrangs des Gesellschaftsrechts auf öffentlich-rechtliche Organisationsformen jedenfalls dann nicht übertragbar ist, wenn sich aus grundrechtlicher Perspektive wie im Falle der Wissenschaftsfreiheit organisationsrechtliche Anforderungen ergeben. So liegt der Fall bezogen auf den Aufsichtsrat eines Universitätsklinikums auf der Grundlage einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im Jahre 2002, die zu einer Regelung der seinerzeitigen Fassung der Universitätsklinikumsverordnung NRW ergangen ist. Das Gericht hat ausdrücklich festgestellt, dass die Besetzung des Aufsichtsrates u.a. mit den Vertretern der Universität, mithin mit Rektor und Kanzler, und einem seinerzeit im Benehmen mit der Medizinischen Fakultät berufenen externen sachverständigen Mitglied aus dem Bereich der medizinischen Wissenschaft eine organisatorische Sicherung der Wissenschaftsfreiheit darstellt. Daraus ergibt sich, dass Rektor und Kanzler sehr wohl berufen sind, universitäre Interessen im Aufsichtsrat zu vertreten, mithin im Rahmen von Beschlussfassungen für eine Prärogative der wissenschaftlichen Seite einzutreten. Dass tun sie im Übrigen z.B. dann, wenn sie strikt darauf achten, dass das Klinikum einer seiner Kernaufgaben, nämlich Forschung und Lehre zu dienen, entspricht.

Es kann aber unabhängig davon kein vernünftiger Zweifel daran bestehen, dass beide Amtsträger bei wohlverstandenen Handeln im Rahmen ihrer Mitwirkung im Aufsichtsrat neben der Verfolgung der Universitäts- und Fakultätsinteressen natürlich stets bemüht sein sollten, auch die Interessen des Universitätsklinikums zu wahren.

b. Spezialitäten des Berufungsverfahrens

Dass dem Rektor im Rahmen des Berufungsverfahrens eine zentrale Rolle zukommt, bedarf eigentlich keiner weiteren Betonung. Er ist derjenige, der auch auf die Professuren der Universitätsmedizin den Ruf auf der Grundlage des von der Medizinischen Fakultät zu erarbeitenden Berufungsvorschlages zu erteilen hat und damit entscheidende Akzente für die Entwicklung der Universitätsmedizin setzt. Dabei ist das Einvernehmen mit dem Universitätsklinikum herzustellen, soweit es sich um Professuren mit Aufgaben in der Krankenversorgung handelt. Allerdings darf der dafür zuständige Vorstand des Universitätsklinikums sein Einvernehmen nur verweigern, wenn begründete Zweifel an der Eignung des Vorgeschlagenen für die im Universitätsklinikum zu erfüllenden Aufgaben bestehen.

Darüber hinaus hat der Rektor auf die Gestaltung der mit dem zu Berufenden abzuschließenden Vereinbarung einen maßgeblichen Einfluss. Dies gilt für Professuren ohne Krankenversorgungsbezug uneingeschränkt, weil mit ihnen eine Vereinbarung mit Blick auf

Ausstattung und Vergütung abgeschlossen wird, bei der die Universität gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät der alleinige Vertragspartner ist. In NRW war es bisher zwar – wie in vielen anderen Bundesländern im Rahmen des Kooperationsmodells auch – üblich, dass bezogen auf Professuren mit Krankenversorgungsbezug zwei Verträge – ein Vertrag mit der Universität und ein weiterer Vertrag mit dem Universitätsklinikum – abgeschlossen wurden. Auf die Gründe dafür und die Gestaltung dieser Verträge soll hier nicht im Einzelnen eingegangen werden. Entscheidend ist jedoch, dass seit 2013 in NRW die gesetzliche Regelung besteht, dass Vertragsverhältnisse mit Professuren, die die Leitung einer Abteilung im Universitätsklinikum mit Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung obliegt, in einem einzigen Vertrag zwischen der Professur, der Universität und dem Universitätsklinikum geregelt werden. Parallel dazu hatte bereits Epping in einem Gutachten festgestellt, dass die bis dato geltende Praxis eines Zwei-Vertrags-Modells in NRW rechtlich keinen Bestand haben kann. Diese rechtliche Erkenntnis dürfte auch für andere Bundesländer, in denen das Kooperationsmodell gilt, von Bedeutung sein, auch wenn deren Praxis eines Zwei-Vertrags-Modells noch nicht aufgegeben sein sollte. Im Ergebnis bedeutet die Verpflichtung, einen Vertrag abzuschließen, dass die Universität, die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum, sprich Rektor, Dekan sowie Ärztlicher und Kaufmännischer Direktor bezüglich der Ausgestaltung des Vertrages eng miteinander zusammenzuwirken haben und sich dies als ein besonderer Ausdruck der Kooperationsverpflichtung der Universität einschließlich ihrer Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums darstellt. Nach meiner Erkenntnis ist allerdings diese gesetzliche Verpflichtung zur Vertragsgestaltung in NRW bis heute an keinem Standort umgesetzt worden.

c. Die Stellung des Rektors als Dienstvorgesetzter der Professuren und des sonstigen wissenschaftlichen Personals

Die Stellung des Rektors im Verhältnis zu Hochschulmedizin wird überdies in denjenigen Ländern noch weiter gestärkt, in denen geregelt ist, dass er bezogen auf das gesamte der Universität bzw. dem Land als Dienstherr bzw. Arbeitgeber angehörende wissenschaftliche Personal einschließlich der im Universitätsklinikum tätigen Ärzte die Funktion des Dienst- und Disziplinarvorgesetzten ausübt. Damit ist er – wie ohnehin für den Bereich außerhalb der Hochschulmedizin – für alle Maßnahmen zuständig, die die statusrechtliche Stellung des wissenschaftlichen Personals in der Hochschulmedizin betreffen. Da das Universitätsklinikum die die Medizinische Fakultät betreffenden Verwaltungsaufgaben einschließlich der Personalverwaltung nicht im Wege der Auftragsverwaltung, sondern, wie bereits dargelegt, im Wege der Organleihe wahrnimmt, hat der Rektor auf diese Weise nicht nur jederzeitigen Zugriff auf die Personalakten, sondern kann er das Klinikum auch anweisen, wie in Personaleinzelfällen zu verfahren ist; dies betrifft z.B. Kündigungen von Beschäftigten, Erteilung von Nebentätigkeitsgenehmigungen und Einleitung von beamtenrechtlichen Disziplinarverfahren.

d. Kooperationsvereinbarung zwischen Universität und Universitätsklinikum

Es ist zudem keine Frage, dass Rektor und Kanzler – zusammen mit dem Dekanat der Medizinischen Fakultät – bezogen auf den Abschluss der bereits erwähnten Kooperationsvereinbarung mit dem Universitätsklinikum eine besondere Rolle zukommt, gilt es doch mit dieser Vereinbarung, die mangels detaillierter gesetzlicher Vorgaben erhebliche Spielräume eröffnet, die vielfältigen, auch standortspezifischen Beziehungen zwischen Universität und Universitätsklinikum vertrauensbildend zu regeln. Dass ein wesentlicher

Augenmerk im Rahmen dieser Vereinbarung auf den Ausgleich von Aufwendungen, die beide Seiten für Forschung, Lehre und Krankenversorgung aufbringen, und auf die Zusammenarbeit der Verwaltungen der Universität und des Universitätsklinikums sowie der Dekanatsverwaltung liegt, ergibt sich per se.

Es kann hier nicht Aufgabe meines Beitrages sein, im einzelnen darzustellen, wie die Kooperationsvereinbarung konkret ausgestaltet sein sollte, zumal insoweit länderspezifische und auch standortbezogene Besonderheiten zu beachten sind. Alle diejenigen unter Ihnen, die an den Einzelheiten einer solchen Vereinbarung interessiert sind, seien jedoch auf die „Empfehlungen zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen in der Hochschulmedizin“ hingewiesen, die der Kanzlerarbeitskreis Hochschulmedizin 2010 erarbeitet und unter dem Titel „Leistungsaustausch zwischen Universität/Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum“ veröffentlicht hat.

Bei aller Sorgfalt und Intensität, die der Kooperationsvereinbarung von allen Seiten gewidmet sein sollte, sollte nicht aus dem Auge verloren werden, dass eine solche Vereinbarung auch mit Kooperationswillen gelebt werden muss. Dies hängt ganz wesentlich von den handelnden Personen ab. Die Erfahrung lehrt, dass eine noch so gut formulierte und gestaltete Vereinbarung wertlos ist, wenn nicht Rektorat, Vorstand und Dekanat an einem gleichen Strang ziehen und bereit sind, die unterschiedlichen Interessenlagen in einen angemessenen Ausgleich zu bringen.

e. Aufgabenstellung des Kanzlers

Schließlich soll auch noch ungeachtet seiner Mitgliedschaft im Aufsichtsrat, seiner Mitwirkung in den Berufungsverfahren und Mitgestaltung des Kooperationsvertrages ein Blick auf weitere Aspekte der Aufgabenstellung des Kanzlers bezogen auf die Hochschulmedizin geworfen werden. Ihm kommt neben den beschriebenen Aufgaben sicherlich eine besondere Funktion im Rahmen der Zusammenarbeit der Verwaltungen nach Maßgabe der Regelungen der Kooperationsvereinbarung zu. Dazu gehören in vielfältiger Hinsicht notwendige Abstimmungen mit dem die Verwaltung des Universitätsklinikums leitenden Kaufmännischen Direktor, wobei auch hier standortspezifische und geschichtlich gewachsene Besonderheiten etwa im Bereich der Liegenschaften und von übergeordneten, gemeinsamen Serviceeinrichtungen ebenso eine Rolle spielen, wie die Frage, welche Verwaltung für die Medizinische Fakultät welche Verwaltungsaufgaben wahrzunehmen hat und auf welche Aufgaben sich in diesem Zusammenhang die Verwaltung des Dekanats der Medizinischen Fakultät konzentrieren sollte.

Soweit Bundesländer den Universitäten – entgegen den Empfehlungen der HRK und der Medizinkanzler – keine budgetrechtlichen Befugnisse im Verhältnis zu ihren Medizinischen Fakultäten einräumen, dürften dem Kanzler i.d.R. auch keine Kontroll- und Widerspruchsrechte bezogen auf die Hochschulmedizin zustehen, es sei denn, dass dazu der Gesetzgeber eine spezielle Regelung getroffen hat, so wie in NRW mit dem 31b Abs.2 Satz 2 HG – eine Vorschrift die, so viel sei gesagt, unglücklich formuliert und in ihrem Anwendungsbereich umstritten ist. Nach der von Epping und auch von mir vertretenen – aber vom Wissenschaftsministerium NRW abgelehnten – Auffassung dürfte sie dem Kanzler – analog seiner Rechte im Verhältnis zum Rektorat – die Möglichkeit eröffnen, gegen Entscheidungen der Medizinischen Fakultät über die Verwendung der Mittel des Zuführungsbetrages für Forschung und Lehre jedenfalls dann Widerspruch zu erheben, sofern diese mit dem Hochschulentwicklungsplan nicht in Einklang stehen. Dass es sich dabei um

eine den Kanzler im Verhältnis zur Hochschulmedizin in einen nicht unerheblichen Konflikt bringende Vorschrift handelt, steht außer Frage. Möglicherweise deswegen ist von ihr bisher – soweit dies ersichtlich ist – auch noch kein Gebrauch gemacht worden.

6. Fazit

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich komme zu einem Fazit meines Beitrages:

Die Komplexität der Hochschulmedizin und ihre Bedeutung für die Gesamtuniversität, die ich hier nur ansatzweise habe aufzeigen können, spiegelt sich auch in der speziellen Rolle wieder, die Rektor und Kanzler in dem von mir ausschließlich besprochenen Kooperationsmodell zukommt. Sie erfordert angesichts der zum Teil unterschiedlichen Funktionen, die beide Amtsträger für den Bereich der Hochschulmedizin wahrzunehmen haben, die Bereitschaft, sich in die speziellen Belange der Medizin hineinzubegeben und die Fähigkeit, – unabhängig von Gremiensitzungen – auch und gerade mit den maßgeblichen Funktionsträgern im Aufsichtsrat und Vorstand des Universitätsklinikums und mit dem Dekan der Medizinischen Fakultät ständig etwa im Rahmen von wiederkehrenden Jour-Fixe-Gesprächen zu kommunizieren, um dem hohen Abstimmungsbedarf, der in der erwähnten Verantwortungsgemeinschaft zwischen Universität, Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum besteht, Rechnung tragen zu können. Von wesentlicher Bedeutung dürfte auch sein, dass in der Hochschulleitung Einigkeit über die Strategie im Verhältnis zur Hochschulmedizin besteht und u.a. eine Abstimmung darüber erfolgt, wie die Hochschulleitung ihre Rolle im Aufsichtsrat und seinen Ausschüssen (hier sind vorzugsweise der Präsidial- und Finanzausschuss von Interesse) wahrnehmen will. Dies gilt umso mehr, wenn – wie in NRW – 2 Vertreter der Hochschulleitung im Aufsichtsrat vertreten sind.

Die Universität ist im übrigen gut beraten, wenn im Rektorat bzw. Präsidium Medizin führender Hochschulen als Prorektor bzw. Vizepräsident ein Mitglied der Medizinischen Fakultät vertreten ist, das mit seiner Expertise und seiner Nähe zur Fakultät, die in der Regel im Verbund der Universität ihre größte Fakultät sein dürfte, in nicht unerheblicher Weise die von Rektor und Kanzler wahrzunehmenden Funktionen unterstützen kann.

Die Interessengegensätze zwischen Universität, Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum können evident sein. Konflikte sind z.B. dadurch angelegt, dass das Klinikum angesichts der dargelegten wirtschaftlichen Situation immer wieder Einsparungen vorzunehmen hat, die zwangsläufig auch auf die Bereiche von Forschung und Lehre durchschlagen, und in einer solchen Situation die Universität und ihre Medizinische Fakultät das Primat von Forschung und Lehre angesichts des Umstandes einzufordern haben, dass, wie bereits mehrfach dargelegt, eine wesentliche Aufgabe des Klinikums darin besteht, Forschung und Lehre zu dienen. In solchen konflikträchtigen Situationen, in denen die Interessensgegensätze besonders deutlich werden, erfordert das Kooperationsmodell von allen Beteiligten Verständigungs- und Kooperationsbereitschaft, Kommunikations- und Überzeugungsfähigkeit, Fingerspitzengefühl und die Bereitschaft und Fähigkeit, Kompromisse einzugehen.

Eines ist gewiss: Hochschulleitungen, die meinen, die Hochschulmedizin im wesentlichen eigenständig wirken lassen zu können, etwa weil sie den Aufwand scheuen, sich der Komplexität des Verhältnisses zwischen Universität, Medizinischer Fakultät und

Universitätsklinikum zu stellen, wird der Erfolg eher nicht beschieden sein. In einer Zeit, in der die Universitäten mehr denn je alle Anstrengungen zu unternehmen haben, ihre vor allem auch interdisziplinären Stärken auszuschöpfen, um im Wettbewerb mit anderen Einrichtungen – so z.B. im Rahmen der Exzellenzinitiative – bestehen zu können, kann es keine Frage sein, dass die Hochschulmedizin als ein bedeutsamer und singulärer Bestandteil der Universität mit ihren Ressourcen und Qualitäten maßgeblich zum Erfolg in diesem Wettbewerb beitragen kann. Hochschulleitungen dürften daher gut beraten sein, sich um ihre Medizin zu kümmern – oder, um es salopp zu sagen, Flagge zu zeigen –. Meine Erfahrung ist, dass ganz besonders die Mediziner dankbar sind und es zu schätzen wissen, wenn sich die Hochschulleitung, und hier insbesondere Rektor und Kanzler, persönlich ihrer speziellen Interessenlage verantwortlich annehmen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.