



Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin

Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
Vorbemerkung	3
A. Universitätsmedizinische Zentren.....	5
B. Forschungsschwerpunkte	15
C. Medizinnahe Studienangebote	16
D. Leistungsorientierte Mittelvergabe.....	18
E. Trennungsrechnung	21
F. Zusammenarbeit mit externen Kliniken	23
G. Bewertungs- und Entscheidungsgrundlagen.....	25
 Anlage: Bericht Leitungsmodelle und ihre rechtlichen Grundlagen in der Universitätsmedizin der Bundesrepublik Deutschland	 31

Vorbemerkung

Der Wissenschaftsrat hat in den Jahren 2004, 2005 und 2006 jeweils eine umfangreiche standortübergreifende Stellungnahme zur Universitätsmedizin mit sich zum Teil ergänzenden allgemeinen Empfehlungen verabschiedet.

Die erste umfassende Gesamtschau hatte im Jahr 2004 die fünf universitätsmedizinischen Einrichtungen in Baden-Württemberg zum Gegenstand.¹ Schwerpunkte der Analysen bildeten hierbei die Auswirkungen der Hochschulmedizinreform von 1998 und daraus ableitbare Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Strukturen, zu Verfahren der Ressourcenzuweisung des Landes und der internen Mittelverteilung der Fakultäten, der Trennungsrechnung sowie der Forschungsförderung.

Im Jahr 2005 folgte die „Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen“, die auf einer Analyse bundesweit erhobener Daten beruhte.²

Ein Standortvergleich der fünf bayerischen universitätsmedizinischen Standorte schloss sich im Jahr 2006 an.³ In dieser Stellungnahme standen Leistungsanalysen, für die erstmalig detaillierte fächerbezogene Auswertungen der Drittmittelaktivitäten vorgenommen wurden, eine detaillierte Aufbereitung der internen Organisationsstrukturen und die Formulierung von Leitlinien zur Zentrenbildung im Fokus der Empfehlungen.

In allen drei Stellungnahmen wurden somit Themen erörtert, die für die Universitätsmedizin in Deutschland insgesamt von Bedeutung sind. Nachfolgend werden diese vom Ausschuss Medizin des Wissenschaftsrates erarbeiteten allgemeinen Empfehlungen zur Universitätsmedizin zusammengefasst und in Teilen redaktionell angepasst. Sie stellen ausgewählte Beschlusslagen des Wissenschaftsrates zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Forschung und Lehre der Jahre 2004 bis 2006 dar. Da das Gesundheits- und das Hochschulsystem einer erheblichen Dynamik unterliegen, ist aufgrund des bestehenden Kostendrucks für die Universitätsmedizin mit gravierenden Änderungen zu rechnen. Der Wissenschaftsrat behält diese

1 Wissenschaftsrat: Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg, in Empfehlungen und Stellungnahmen 2004, Band I, Köln 2005, S. 515-625.

2 Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Band II, Köln 2006, S. 331-438.

3 Wissenschaftsrat: Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Bayern, Drs. 7582-06, Dresden, November 2006.

Entwicklungen wegen ihrer Bedeutung für Forschung und Lehre im Auge und wird unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und der Krankenversorgung zu gegebener Zeit hierzu erneut Stellung nehmen.

Ergänzt wird diese Zusammenfassung im Anhang um einen Sachstandsbericht zu den Leitungsmodellen und ihren rechtlichen Grundlagen in der Universitätsmedizin in den vierzehn Ländern mit universitätsmedizinischen Einrichtungen. Dieser Bericht wurde vom Ausschuss Medizin erarbeitet und anschließend von den Ländern inhaltlich und sachlich geprüft.

Die „Allgemeinen Empfehlungen zur Universitätsmedizin“ einschließlich des Berichts in der Anlage hat der Wissenschaftsrat am 13. Juli 2007 verabschiedet.

A. Universitätsmedizinische Zentren

Angesichts des zunehmenden wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Wettbewerbsdrucks und der damit verbundenen notwendigen Schaffung von neuen Strukturen an universitätsmedizinischen Einrichtungen stellt sich die Frage, ob tradierte Fakultätsgliederungen mit der Orientierung entlang der Fächergrenzen den neuen Entwicklungsnotwendigkeiten noch gerecht werden. In den letzten Jahren finden an mehreren universitätsmedizinischen Standorten in Deutschland Umstrukturierungen statt. Dabei steht die Bildung von Zentren im Vordergrund.⁴

Nachfolgend wird zunächst ein Überblick über die Entwicklungen zur Zentrenbildung in Deutschland gegeben. Anschließend werden Prämissen und Leitlinien für die Etablierung von Zentren in der Universitätsmedizin formuliert.

Während die Einrichtung von großen medizinischen Zentren (z.B. Zentrum für Innere Medizin, Zentrum für Grundlagenmedizin) erst seit einigen Jahren erfolgt,⁵ ist die Bildung von themenbezogenen Zentren (z.B. Prionenzentrum) schon seit längerem sehr verbreitet. Mit der Zentrenbildung wird versucht, die disziplinspezifische Organisation der jeweiligen Fakultät und ihres Klinikums in Arbeitseinheiten und/oder den Aufgabenzuschnitt der verschiedenen Untereinheiten neu und variabler zu gestalten. Teilweise werden im Zusammenhang mit Änderungen der Grundstruktur auch fakultätsübergreifende Arbeitseinheiten gebildet. In der Regel ist mit der Bildung von zentralen Organisationseinheiten die Absicht verbunden, eine Qualitätssteigerung und höhere Effizienz in allen Aufgabenbereichen zu erreichen.

Begriffsbildung und Vorstellung darüber, was Zentren bzw. Departments sind, gehen jedoch sehr weit auseinander. So unterscheidet sich der Zuschnitt der Zentren stark hinsichtlich Aufgabenstellung, Leistungsspektrum, Schwerpunktsetzung, Ressourcenausstattung, Kooperationsbeziehungen und Eigenständigkeit (u.a. organisatorischer Rahmen, Verantwortungszuständigkeit, Budgethoheit). Das Spektrum reicht von einer bloßen Umbenennung bestehender Kliniken über eine räumliche Zusam-

4 Zur Bildung von Departments in der Universitätsmedizin hat sich der Wissenschaftsrat erstmalig 2004 im Rahmen seiner Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin sowie zu Zentren im Jahr 2005 in der Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen geäußert. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 75 ff.; Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Band II, Köln 2006, S. 397. In der Standortübergreifenden Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Bayern (Drs. 7582-06, Dresden, November 2006) hat sich der Wissenschaftsrat grundlegender mit der Zentrenbildung in der Universitätsmedizin befasst.

5 Teilweise werden diese neuen Einheiten auch als Departments bezeichnet.

menfassung (z.B. im Rahmen einer Neubaumaßnahme), eine Zusammenfassung von Lehreinheiten (z.B. Zahnheilkunde), über krankheitsbezogene Zentren (z.B. Tumorzentrum) bis zu neuen Formen der Forschungsorganisation oder virtuellen Verbindungen (Netzwerkbildung) unter dem Dach eines Zentrums.

In einigen Ländern ist die Etablierung von Zentren als Grundstruktur flächendeckend an den Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika vorgesehen und gesetzlich verankert (z.B. Berlin, Hamburg). An anderen Standorten wird die Einrichtung von Zentren als Option eingeräumt (z.B. Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen). An den meisten universitätsmedizinischen Standorten existieren sowohl klassische Fakultätsgliederungen entlang der Fächergrenzen (z.B. Klinik für Innere Medizin, Institut für Anatomie) als auch zusätzliche zentrale Organisationseinheiten.

Der Wissenschaftsrat geht davon aus, dass an den Medizinischen Fakultäten/Klinika eine Neuausrichtung der Organisationsstrukturen erforderlich wird. Folgende Entwicklungen werden diese Umstrukturierungsprozesse verstärken:

- In den nächsten Jahren sehen sich die Medizinischen Fakultäten im Rahmen zahlreicher Neubesetzungen einer neu herangewachsenen Wissenschaftlergeneration gegenüber, denen attraktive Arbeitsbedingungen, flexible Organisationsformen und klare Leitungsstrukturen angeboten werden müssen.
- Innovative Wissenschaft entsteht zunehmend an den Rändern und Übergängen zu anderen Disziplinen. Starre Instituts- bzw. Klinikstrukturen erschweren häufig die Hebung von Entwicklungspotenzialen und stehen einer schnellen Anpassung entgegen.⁶
- Angesichts der gewachsenen Anforderungen in Forschung, Lehre und Krankenversorgung verliert das traditionelle Leitbild der Hochschulmedizin einer Einheit der zentralen Aufgabenbereiche (Forschung, Lehre, Krankenversorgung) in einer Person an Tragfähigkeit.⁷ Um ein Auseinanderdriften der Aufgabengebiete zu vermeiden wird zunehmend eine Zusammenführung auf institutioneller Ebene (Einrichtungsebene) erforderlich. Das komplexe Aufgaben- und Leistungsspekt-

6 Der Wissenschaftsrat hat sich in den Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitäten im Wissenschaftssystem neben der Förderung einer zunehmenden Differenzierung zwischen den Universitäten auch auf der intrauniversitären Ebene dafür ausgesprochen, „...künftig verstärkt Organisationsformen zu erproben, die eine funktionale Differenzierung zwischen den einzelnen Arbeitseinheiten einer Universität hinsichtlich Forschung und Lehre besser unterstützen als die traditionellen Fakultäts- oder Fachbereichsstrukturen“. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitäten im Wissenschaftssystem, Köln 2006, S. 71.

7 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 68 ff.

rum der Universitätsmedizin erfordert Steuerungsprozesse, die über zentrale Organisationseinheiten optimiert werden können.

- Die finanziellen Veränderungen im Bereich der Universitätsmedizin erfordern eine Steigerung betriebswirtschaftlicher Effizienz und der Versorgungsqualität (Ressourcenoptimierung, verbesserte Prozessabläufe und Patientenführung/Behandlungspfade).

Empfehlungen:

(1) Allgemeine Prämissen

- Die Bildung von universitätsmedizinischen Zentren sollte als strategisches Instrument zur Optimierung der Leistungsfähigkeit angesehen und insofern als **institutionelle Gestaltungsaufgabe** der Universitäten und Fakultäten/Klinika aufgefasst werden. Die Erprobung innovativer Organisationsformen sollte dabei vom Land sowie den Hochschulen und Fakultäten gefördert werden.
- Fakultät und Klinikum sollten eine klare strukturelle und organisatorische Gliederung aufweisen, die dem Leistungsspektrum Rechnung trägt, das Profil der Gesamteinrichtung widerspiegelt und die Weiterentwicklung erleichtert. Es sollte bei allen Zentren eine **Aufgaben- und Leistungstransparenz** erreicht werden, um allen Akteuren (u.a. Studierende, Wissenschaftler⁸, Hochschulen) aber auch den Patienten einen klaren Orientierungsrahmen vorzugeben.
- Im Vorfeld der Neustrukturierungen sollten detaillierte Analysen der Stärken und Schwächen in den zentralen Aufgabenbereichen stehen. Mechanismen der Ressourcenverteilung und Entscheidungsfindung sind hinsichtlich ihrer Prozessoptimierung zu überprüfen. Ebenso sollte eine **Mehrwertanalyse**⁹ mit Berücksichtigung standortspezifischer Profilbildungen vorgenommen werden. Die strukturelle Differenzierung soll dabei der funktionalen Differenzierung folgen.
- Für den Erfolg von Zentrenstrukturen wird entscheidend sein, dass die Zuschnitte ausreichend flexibel sind. Um eine größtmögliche Anpassungsfähigkeit an eine dynamische Wissenschaftsentwicklung und rasch wechselnde Rahmenbedingungen sicherzustellen, empfiehlt der Wissenschaftsrat eine **zeitliche Befristung** und

8 Aus Gründen der Lesbarkeit sind hier und im Folgenden nicht die männliche und weibliche Sprachform nebeneinander aufgeführt. Personenbezogene Aussagen, Amts-, Status-, Funktions- und Berufsbezeichnungen gelten aber stets für Frauen und für Männer.

9 Siehe auch fachbezogene Leistungsanalysen der Medizinstrukturkommission in Baden-Württemberg. Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg (Hrsg.): Abschlussbericht der Medizinstrukturkommission – Sachverständigenkommission Universitätsmedizin – Baden Württemberg, Stuttgart, Mai 2006.

Überprüfung der Kooperationsstrukturen nach jeweils rund fünf Jahren. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich eher um langfristig angelegte Struktureinheiten im Sinne der nachfolgend skizzierten Departments oder um Organisationsverbände mit kurzfristiger Perspektive handelt.

(2) Zentrentypologie

Der Wissenschaftsrat hat den Eindruck gewonnen, dass die vielgestaltigen Prozesse der Zentrumsbildung in der Universitätsmedizin in Deutschland häufig ohne ausreichend transparente strukturbildende Kriterien und Maßnahmen erfolgen und somit die jeweiligen Profile der Fakultäten und deren Klinika unübersichtliche Züge annehmen.

Um die Unterschiede zwischen Zentren vor allem in Bezug auf das jeweilige Zielspektrum, die Ressourcenausstattung und den Institutionalierungsgrad zu verdeutlichen, hält der Wissenschaftsrat eine idealtypische Klassifizierung (Zentrentypologie) für universitätsmedizinische Zentren für sinnvoll. In diesem Orientierungsrahmen, der sich an Matrixorganisationen anlehnt, wird zwischen **Departments** einerseits und **Profilzentren** andererseits unterschieden.¹⁰ Wissenschaftliche Mitarbeiter können in einem Department (obligatorisch) und in mehreren Profilzentren (fakultativ) tätig sein.¹¹ Der Wissenschaftsrat ist sich darüber im Klaren, dass auch mit der Bildung von Departments ähnliche Verfestigungs- und Autarkietendenzen in den Teileinheiten bzw. zwischen Departments und Profilzentren entstehen können wie bei einer klassischen Instituts- und Klinikstruktur. Ziel sollte daher sein, die institutionellen Barrieren auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Angestrebt werden sollte, dass die Mitgliedschaft in einem Department und mehreren Profilzentren ermöglicht und nicht durch einander widersprechende formale Regelwerke erschwert wird.

10 Eine standortübergreifende einheitliche Terminologie für bestehende und neue Zentren ist nachrangig. Die konkreten Bezeichnungen für Zentren sollten den Standorten überlassen bleiben. Prioritär sind eine transparente und klare Formulierung des jeweiligen Zielspektrums sowie die inhaltliche Ausgestaltung der Zentren.

11 Ferner gibt es auch an Universitätsklinika reine Dienstleistungs- und Servicezentren, auf die der Wissenschaftsrat hier nicht näher eingeht, da diese in der Regel ausschließlich Aufgaben übernehmen, die auch an den meisten anderen Krankenhäusern zur Kostenreduktion und Prozessoptimierung vorhanden sind. Reine Dienstleistungs- bzw. Serviceeinheiten können auch ausschließlich nach ökonomischen Aspekten eingerichtet werden.

a) **Universitätsmedizinische Departments**

Nachfolgend werden mit dem Begriff **Department** unterhalb der Fakultätsebene angesiedelte Organisationseinheiten benachbarter Disziplinen umschrieben,

- die Teil der Grundstruktur einer Medizinischen Fakultät und ihres Klinikums sind,
- in denen die originären Aufgabenbereiche Forschung und Lehre oder Forschung, Lehre und Krankenversorgung gebündelt werden,
- deren Aktionsradius sich überwiegend auf die Fakultät/das Klinikum bezieht und
- denen in der Regel die Lehrstühle der beteiligten Fakultätseinrichtungen zugeordnet sind.

Departments können, müssen aber nicht flächendeckend an den Fakultäten eingerichtet werden.

Folgende **Leitlinien** sollten bei der Bildung von Departments zugrunde gelegt werden:

- **Strategische Verbesserungen**

Die Bildung eines Departments muss mit inhaltlichen und organisatorischen Verbesserungen einhergehen, die von der Grundmaxime „Schaffung besserer forschungs- und lehrförderlicher Strukturen“ sowie einer verbesserten Krankenversorgung geleitet sind. Lediglich die Umetikettierung beispielsweise einer Klinik in Department oder der bloße Zusammenschluss selbstständiger Einheiten sind kein hinreichender Anlass für die Gründung von Departments.

- **Akademisches Anforderungsprofil**

In Departments sollten organisatorische Notwendigkeiten und Forschungsschwerpunkte entsprechend abgebildet sowie Aspekte einer stärkeren Vernetzung der Lehre (u.a. im Rahmen des fächerübergreifenden Unterrichts gemäß den Vorgaben der neuen Approbationsordnung) berücksichtigt werden.

- **Intensivierung der Quervernetzung**

In Departments sollten die sich bietenden Chancen einer stärkeren Quervernetzung genutzt werden. Es sollten fachgebietsspezifische Ausprägungen zugelassen, gleichzeitig aber über disziplinäre Grenzen hinausgegangen werden (geordnete Interdisziplinarität). In der Überwindung der Fächergrenzen zwischen Klinik und Vorklinik und der funktionellen Verflechtung von Lehre, Forschung und Krankenversorgung bis

Weiterbildung können Departments einen passenden Organisationsrahmen geben.

- **Nachwuchsförderung**

Aufgrund ihrer besonderen Organisationsstruktur sollte in Departments das sich bietende Potenzial für selbstständige Nachwuchsgruppen besser ausgeschöpft werden. Es sollten flexible Ausbildungsstrukturen mit individuellen Schwerpunktsetzungen für den wissenschaftlichen Nachwuchs angeboten werden, die sowohl einen eher klinisch-orientierten Karriereweg, als auch eine Konzentration auf einen forschungsorientierten Aufgabenbereich zulassen.¹²

- **Festlegung eines Regelwerkes**

Eine Departmentstruktur bietet zwar auf der einen Seite eine große Flexibilität und Gestaltungsraum für funktionale und inhaltliche Differenzierung, erhöht auf der anderen Seite aber auch den Koordinationsaufwand. Angesichts dessen ist in Departments eine effektive Organisation mit einer Neubestimmung des Verhältnisses von zentraler zu dezentraler Leitung (Fakultätsleitung zu Department, Departmentleitung zu Subeinheiten) erforderlich. Das Zusammenwirken der Einheiten ist auf zentraler und dezentraler Ebene zu koordinieren; mögliche Konflikte müssen im Vorfeld beachtet werden, um Entscheidungen zügig herbeiführen zu können. Die Etablierung von Departments ist nur sinnvoll, wenn damit klare Entscheidungskompetenzen und Budgetverantwortung einhergehen. In einem Regelwerk (z.B. in Form einer Satzung) sollten die relevanten Prozesse und Zuständigkeiten klar definiert und verbindlich festgelegt werden (Aufgaben- und Zielsetzung der jeweiligen Organisationseinheiten, Entscheidungsstrukturen, Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten, Ressourcennutzung inkl. Budgetkompetenzen).

- **Leitung durch einen Geschäftsführenden Direktor**

Departments sollten von einem Geschäftsführenden Direktor oder einem Direktorium geleitet werden. Der Direktor oder das Direktorium können vom Klinikums- oder Fakultätsvorstand in Abstimmung mit leitenden Mitgliedern des Departments ernannt und abberufen werden.¹³ In Abhängigkeit von der Größe des Standorts sollte auch kaufmännischer Sachverstand bereitgestellt werden. Der Geschäftsführende Direktor vertritt das Department innerhalb der Fakultät und des Klinikums sowie mit einem Geschäftsführer nach außen. Er muss auch in die Lage versetzt werden, einerseits

12 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 68 ff.

13 Die Besetzung von Leitungspositionen sollte grundsätzlich auch nichtmedizinischen Wissenschaftlern ermöglicht werden, sofern diese Mitglieder der Medizinischen Fakultät sind.

die Verwendung des Landesführungsbetrags für Forschung und Lehre dem Dekanat sowie andererseits die übergeordnet organisatorische Verantwortung für die Krankenversorgung dem Klinikumsvorstand gegenüber zu vertreten (zur Budgetkompetenz siehe nächster Abschnitt). Um eine stärkere Vernetzung der Aufgabenbereiche zu erreichen, ist alternativ eine Tandemführung¹⁴ innerhalb einer Einheit denkbar (z.B. Leitung durch Klinikvertreter und Institutsvertreter parallel oder innerhalb einer Organisationseinheit kollegiale Leitungen).

- **Budgetkompetenz**

Die Mittelzuweisung an die Departments sollte sich nach der in Fakultät und Klinikum gültigen Verfahrensregel der leistungsorientierten Mittelzuweisung¹⁵ richten. Die Budgetplanung und Mittelzuweisung innerhalb des Departments erfolgt durch den Geschäftsführenden Direktor oder das Direktorium. Der Geschäftsführende Direktor sollte zudem über ein Teilbudget verfügen, mit dem das Gesamtinteresse der Einheit betreffende Innovationen finanziert und ggf. auch Defizite beglichen werden können. Die Leiter der Untereinheiten verfügen eigenverantwortlich über ihre Budgets. Diese Budgethoheit sollte sich auch auf Entscheidungsbefugnisse über den tatsächlichen Einsatz der Ressourcen inkl. Personalbudgets (ohne Professuren) und kleinere Investitionen erstrecken. Grundsätzlich ist die Transparenz von Budgetdaten und Leistungszahlen (einschließlich der Ergebnisse der leistungsorientierten Mittelverteilung) sicherzustellen und das Datenmaterial auch den Leitern der Untereinheiten zur Verfügung zu stellen.

b) Universitätsmedizinische Profilzentren

Von den oben skizzierten Departments sind Organisationsverbände zu unterscheiden, die quer zur Departmentebene teildisziplin- bzw. themenbezogene Kompetenzen bündeln. Diese werden nachfolgend unter dem Oberbegriff **Profilzentren** zusammengefasst und sind dadurch gekennzeichnet, dass

- sie die Grundstrukturen der Fakultäten und Klinika ergänzen,
- in ihnen zumeist Forschung und Lehre oder Forschung und Krankenversorgung

14 Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass u.a. in der Schweiz und in Schweden bereits gute Erfahrungen mit „Dualen Leitungen“ gemacht wurden.

15 Die leistungsorientierte Mittelverteilung sollte auf Fakultätsebene über alle Zentren und Subeinheiten vergleichend durchgeführt werden. Bei einem auf Zentrumsebene etablierten Anreizsystem könnten Leistungsträger nicht adäquat belohnt werden, wenn das Zentrum mit einem negativen Zentrumsergebnis in den fakultätsweiten Vergleich eingeht (Verluste von Subeinheiten größer als die Gewinne von Subeinheiten des Zentrums).

oder nur Krankenversorgung konzentriert werden,

- ihr Aktionsradius häufig über die Fakultät/das Klinikum und teilweise über die Universität hinausgeht und sie somit zur überregionalen Sichtbarkeit beitragen,
- sie das Profil der Fakultät und des Klinikums wesentlich prägen.

Von Profilzentren können auch Impulse für die organisatorische Neuausrichtung der Fakultät/des Klinikums ausgehen und somit strukturbildende Entwicklungen eingeleitet werden. Profilzentren können angesichts ihres zumeist weitgehenden Aktionsradius über das Budget der Fakultät/des Klinikums bzw. über andere universitätsbezogene Budgets (z.B. Innovationsfonds der Universität) oder über Drittmittel finanziert werden. In Profilzentren kann im Idealfall eine bessere Integration von Patienten in Forschungsarbeiten, klinischen Studien oder in Lehrveranstaltungen erreicht werden.

Aufgrund des weit gefächerten Spektrums bereits bestehender und potenzieller Profilzentren hält der Wissenschaftsrat die Formulierung von gesonderten Leitlinien für diesen Zentrentypus für nicht zielführend. Grundsätzlich sollten bei der Bildung von Profilzentren angesichts der verbesserungswürdigen patientenorientierten Forschung in Deutschland die Integration von Forschung und klinischer Versorgung einen inhaltlichen Schwerpunkt bilden (u.a. Translationsforschung).

Da die Profilzentren wie die Departments primär der Prozessoptimierung innerhalb der Universitätsmedizin dienen und es häufig funktionelle Überschneidungen zwischen beiden Typen gibt, gelten die für die Departments formulierten Leitlinien in weiten Teilen auch für die Profilzentren. Dies ist insbesondere dann sinnvoll, wenn

- wesentliche Strukturmerkmale von Departments auch das jeweilige Profilzentrum kennzeichnen,
- das Aufgaben- und Leistungsspektrum klar definierte Organ- und Gremienstrukturen erfordert,
- die Verwaltung gemeinsamer Ressourcen notwendig ist.

In dem Zusammenhang verweist der Wissenschaftsrat auf die im Mai 2006 ausgeschriebene Fördermaßnahme des BMBF „Förderung von Integrierten Forschungs- und Behandlungszentren (IFB)“, in denen auf der Basis bereits existierender herausragender Forschungsschwerpunkte klinische und wissenschaftliche Kompetenz zu

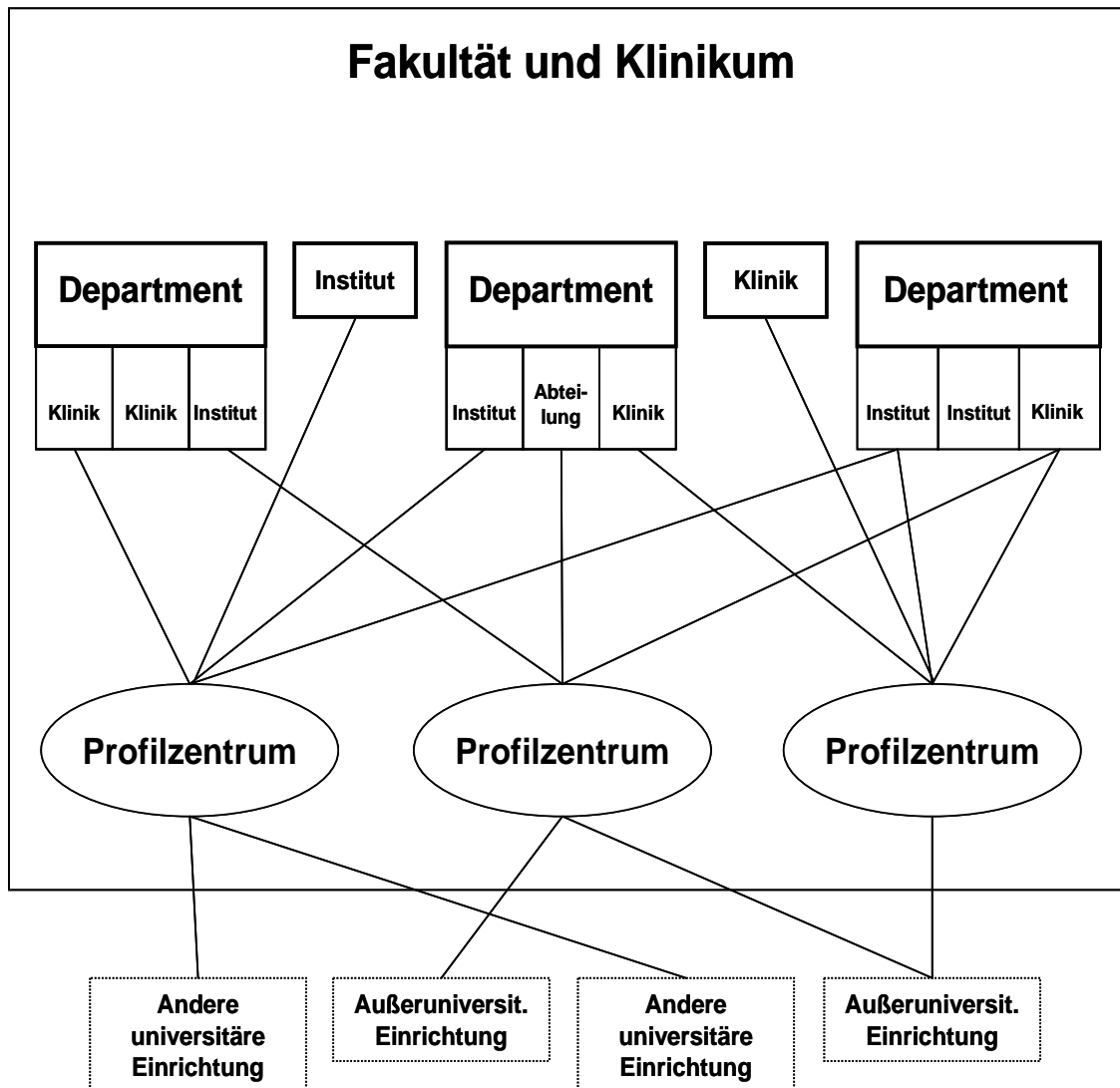
einem Krankheitsgebiet gebündelt werden soll.¹⁶

Oftmals werden Profizentren aber einen weniger formalisierten Regelungsrahmen benötigen, insbesondere wenn diese Zentren nur mit kurzfristiger Perspektive eingerichtet werden und einer spezifischen Aufgabenstellung folgen, die sich an einfachen Ablaufstrukturen orientieren sollte (reduziertes formales Anforderungsprofil).

Abbildung 1 veranschaulicht modellhaft die unterschiedlichen Organisationseinheiten einer Medizinischen Fakultät/eines Klinikums.

¹⁶ Ein zentrales Anliegen hierbei ist, dass sich Aufbau und Organisation der geplanten Zentren nicht an Fächer- und Abteilungsgrenzen orientieren, sondern an strategischen Forschungszielen ausrichten sollen. Siehe BMBF: Bekanntmachung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung von Richtlinien zur Förderung von Integrierten Forschungs- und Behandlungszentren (IFB), in: <http://www.bmbf.de/foerderungen/6182.php> v. 09.05.2006.

Abbildung 1: Organisationseinheiten in der Universitätsmedizin



Das Schaubild zeigt die parallele Etablierung von Departments, Instituten und Kliniken. Alternativ ist auch die flächendeckende Einrichtung von Departments bzw. von klassischen Instituts- und Klinikgliederungen möglich. Mögliche Kooperationen von Departments, Kliniken und Instituten mit anderen universitären und außeruniversitären Einrichtungen werden hier nicht abgebildet.

Quelle: Wissenschaftsrat

B. Forschungsschwerpunkte

Die forschungsbezogenen Standortprofile der Medizinischen Universitätseinrichtungen kennzeichnet meist eine Mischung aus einer Orientierung an klassischen Krankheitsbildern (Herz-Kreislaufforschung, Tumorforschung) und neueren Schwerpunktbildungen (z.B. Molekulare Medizin, Proteinforschung). Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Fakultäten, die wissenschaftlichen Schwerpunkte in der Universitätsmedizin an folgenden drei Kriterien auszurichten:¹⁷

Empfehlungen:

- Ein Schwerpunkt wird durch **wissenschaftliche Exzellenz** charakterisiert. Klinische Expertise und Anerkennung genügen nicht, einen Bereich als universitätsmedizinischen Schwerpunkt zu definieren. Vielmehr muss der Schwerpunkt akademisch begründet werden und sich anhand seiner Input- und Output-Größen messen lassen können.
- Ein Schwerpunkt wird nicht durch wissenschaftliche Einzelleistungen definiert, sondern durch thematische Fokussierung, an der **mehrere Institutionen oder Arbeitsgruppen** beteiligt sind.
- Forschungsschwerpunkte zeichnen sich durch die Einwerbung von **Gruppenförderinstrumenten** wie zum Beispiel Sonderforschungsbereiche, klinische Forschergruppen, Graduiertenkollegs etc. aus.

Zur besseren Charakterisierung einzelner Schwerpunkte hält es der Wissenschaftsrat darüber hinaus für notwendig zu unterscheiden, ob der jeweilige Schwerpunkt eher klinisch ausgerichtet ist oder primär durch experimentell-theoretische Fragestellungen geprägt wird.¹⁸ Grundsätzlich sollte an den Standorten die teilweise undifferenzierte Bezeichnung von Forschungsschwerpunkten (z.B. hinsichtlich onkologischer Schwerpunkte) präzisiert werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Fakultäten, im Kontext der Ausgestaltung unterschiedlicher Profile Alleinstellungsmerkmale mit besonderer Kompetenz zu generieren. Dabei sollten Themen an der Schnittstelle von Medizin und Gesellschaft einschließlich der demografischen und epidemiologischen Entwicklungen und den damit zusammenhängenden veränderten Anforderungen an die medizinische Versorgung verstärkt in den Blick genommen werden.

17 Wissenschaftsrat: Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2004, Band I, Köln 2005, S. 540 f.

18 Zur Rolle und Bedeutung der Naturwissenschaftler in der Medizin vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004.

C. Medizinnahe Studienangebote

Eine frühzeitige Heranführung der Medizinstudierenden an wissenschaftliche Themenstellungen wird vom Wissenschaftsrat grundsätzlich unterstützt. Wissenschaftliche Inhalte der Lehre sind auch mit Blick auf die Ausbildung des Nachwuchses von zentraler Bedeutung und sollten auch im Rahmen der stärkeren Ausrichtung der neuen Approbationsordnung auf berufspraktische Ausbildungsziele nicht vernachlässigt werden. Darüber hinaus kommt eine wissenschaftliche Qualifikation während des Studiums auch der klinischen Forschung zugute. Vor diesem Hintergrund unterstützt der Wissenschaftsrat die Etablierung **medizinnahe Studiengänge**, die eine vertiefte Methodenkompetenz und Verknüpfung von aktuellen Entwicklungen in den Biowissenschaften und/oder Sozial- und Geisteswissenschaften und der Medizin beinhalten.

Hinsichtlich der Bereitstellung komplementärer medizinischer Lehrangebote weist der Wissenschaftsrat auf folgende Aspekte hin:

Empfehlungen:

- Neue Lehrangebote sollten zu einer stärkeren Vernetzung der Medizinischen Fakultäten mit den anderen Fakultäten der Universität führen. Eine Beteiligung außeruniversitärer Forschungseinrichtungen wird empfohlen.
- Aufgrund des damit verbundenen Mehraufwands für die Fakultäten müssen die kapazitätsrechtlichen Auswirkungen in zulassungsbeschränkten Studiengängen geprüft werden. Voraussetzung ist, dass die erforderlichen Personalkapazitäten (ggf. Personalaufstockung) und infrastrukturellen Ressourcen bereitgestellt werden. Sicherzustellen ist, dass die Zusatzangebote nicht zu Lasten der Kernaufgaben und der medizinischen Ausbildungsqualität in den bestehenden medizinischen Studiengängen gehen.
- Die neuen Studiengänge sollten auch an der wissenschaftlichen Schwerpunktbildung der jeweiligen Medizinischen Fakultäten ausgerichtet sein. Die wissenschaftliche Ausrichtung sollte sich daher konsequent in den Strukturen und Inhalten der Lehre und Forschung widerspiegeln.
- Parallel zum regulären Medizinstudium zu absolvierende Studiengänge sollten nur für eine sehr kleine Zahl von Studierenden, die hinsichtlich ihrer Leistungen herausragen oder besonders motiviert sind, angeboten werden. Bei den parallel an-

gebotenen Studiengängen, die mit einer Dissertation abgeschlossen werden können, ist zu berücksichtigen, dass die Anfertigung einer Doktorarbeit während des regulären Medizinstudiums in der Regel zu einer Verlängerung des Studiums führt oder sich negativ auf das Qualitätsniveau der Dissertation auswirkt. Die Promotionsphase sollte sich grundsätzlich an das Studium anschließen.¹⁹

- Die Bereitstellung mehrerer Studiengänge an einer Medizinischen Fakultät setzt voraus, dass die Ausbildungswege eindeutig voneinander unterscheidbar sind. Angesichts dessen sind flankierende Beratungsmaßnahmen essentiell. Studienbewerber und Studierende müssen im Vorfeld und während ihres Studiums über die verschiedenen Qualifizierungswege sowie über potenzielle Berufsfelder umfassend informiert werden. Die Studierenden sollten von Mentoren begleitet werden.
- Empfohlen wird, zusätzliche Studiengänge zu evaluieren. Dabei sollte auch eine Nachverfolgung der beruflichen Werdegänge der Absolventen einbezogen werden.
- Auch das Land sollte dafür Sorge tragen, dass ein standortübergreifender Abgleich und eine Koordination der Studiengänge erreicht werden.

¹⁹ Vgl. hierzu Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 71 ff.

D. Leistungsorientierte Mittelvergabe

Leistungsorientierte Mittelverteilungsverfahren sind auf Länderebene und hochschulintern inzwischen nahezu flächendeckend etabliert.²⁰ Die Ausgestaltung der leistungsorientierten Zuweisungsverfahren (z.B. Auswahl und Gewichtung der Indikatoren) variiert zwischen den Ländern und standortbezogen. Die hochschulinternen Verfahren orientieren sich primär an den landesbezogenen Modellen. Da dabei jedoch die jeweiligen Abteilungen oder Institute im Blickpunkt stehen, müssen sie zugleich fachspezifischen Besonderheiten Rechnung tragen können. Durch die leistungsorientierte Mittelvergabe soll ein wettbewerblicher Anreizrahmen geschaffen sowie Transparenz hinsichtlich der Budgetierung einerseits und der Leistungen andererseits erreicht werden. Ziel muss sein, auf Landes- und Standortebene die forschungsintensiven und erfolgreichen Einrichtungen durch ein **Auszeichnungssystem** zu stärken. Forschung und Lehre sind trotz ihres inhaltlichen Zusammenhangs getrennte Leistungsbereiche, die eine getrennte Ressourcenzuweisung an die Abteilungen erfordern.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, folgende Leitlinien bei der Weiterentwicklung der fakultätsinternen Ressourcenaufteilung zu berücksichtigen:

Empfehlungen:

- Der Prozentsatz der Landesmittel, die vorrangig nach leistungsorientierten Parametern vergeben werden, sollte von den Fakultäten deutlich erhöht werden (unter Einbeziehung der Lehre bis 40 %). Die tatsächliche Höhe dieses Anteils muss jedoch von den Fakultäten selber bestimmt werden und in einem sinnvollen Verhältnis zur Grundausstattung einerseits und zu den Instrumenten der antragsbezogenen, fakultätsinternen Forschungsförderung andererseits stehen. Formelgebundene Zuweisungsverfahren sind erst wirksam, wenn höhere Budgetanteile und damit auch Personalressourcen von der Indikatorsteuerung erfasst werden.
- Prinzipiell ist darauf zu achten, dass **keine Nivellierung** (komplexe Rechenverfahren) in der leistungsorientierten Mittelvergabesystematik stattfindet. Auf die Einbeziehung weicher Parameter (Anzahl Habilitationen und Promotionen) und auf ein Proporzstreben sollte verzichtet werden.

²⁰ 85 % der deutschen Universitäten in staatlicher Trägerschaft wenden Formelmodelle an, 12 % planen deren Einsatz in naher Zukunft. Siehe Jaeger, M.; Leszczensky, M.; Orr, D. et al.: Formelgebundene Mittelvergabe und Zielvereinbarungen als Instrumente der Budgetierung an deutschen Universitäten: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, HIS Kurzinformation A13/2005, Hannover, 2005.

- Es muss sichergestellt sein, dass personalstarke Abteilungen allein aufgrund ihrer **Größe** nicht besser gestellt sind als kleinere Abteilungen. Ausschlaggebend muss ausschließlich die Leistung im Vergleich zu den übrigen Abteilungen der Fakultät sein. Ein Leistungsvergleich erfordert zwingend, dass auch die Trennungsrechnung verfeinert und kontinuierlich angepasst wird.
- **Zugewinnbeträge** aus der LOM des Landes sollten über die fakultätsinternen Verteilungsmodalitäten zumindest zur Hälfte denjenigen Arbeitsgruppen zufließen, auf deren Leistungen auch das Abschneiden der Medizinischen Fakultäten bei der leistungsorientierten Zuweisung des Landeszuführensbetrags durch das Land basiert.
- Zur Vermeidung von Fehlsteuerungen sollte eine **Qualitätssicherung** z.B. durch Lehr- und Forschungsevaluationen durchgeführt werden.
- Empfohlen wird die Anwendung einfacher, transparenter und **ergebnisorientierter Kriterien** (u.a. auch Gewichtung von Drittmitteln, Qualität von Promotionen).²¹
- Im Bereich der **Forschung** sollte es in letzter Konsequenz möglich werden, Abteilungen, die keine nachweisbaren Forschungsleistungen erbringen, Forschungsressourcen weitestgehend zu entziehen, um sie in wissenschaftlich aktive Bereiche umzulenken. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, auch die Grundausstattung für die Forschung nach Leistungskriterien zu vergeben. Wenn keine nachweisbaren Forschungsleistungen erbracht werden, muss diese Grundausstattung auf ein verfassungskonformes Minimum²² reduziert werden. Mit Blick auf entsprechende Urteile der Verwaltungsgerichte und der höchstrichterlichen Rechtsprechung weist der Wissenschaftsrat darauf hin, dass niemand Anspruch auf eine unveränderliche Zuteilung einmal ausgehandelter Berufungszusagen hat. Künftig sollten alle mit der Berufung verbundenen Ressourcenzuweisungen grundsätzlich befristet ausgesprochen werden und nach einer Frist von fünf Jahren überprüft und angepasst werden. Für die retrospektive Bewertung von Forschungsleistungen empfiehlt der Wissenschaftsrat in der Medizin einen Zeitrahmen von zwei bis drei Jahren, weil hierdurch kurzfristige Leistungsschwankungen aufgefangen werden können. Um eine Benachteiligung einzelner Universitäten oder Länder zu vermeiden, sollte dies bundesweit praktiziert werden.

21 Vgl. hierzu Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 55 ff.

22 Zu beachten ist die im Grundgesetz garantierte Freiheit der Forschung nach Artikel 5 Abs. 3, aus der die zwingende Zuweisung einer Grundausstattung für die Forschung abgeleitet wird, um die Hochschullehrer überhaupt in die Lage zu versetzen, dieses Grundrecht wahrnehmen zu können.

- Von der Deutschen Forschungsgemeinschaft wurden 2004 Empfehlungen zu einer leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) an den Medizinischen Fakultäten vorgelegt.²³ Hinsichtlich der Vereinheitlichung bibliometrischer Daten kann auf die Empfehlungen des Wissenschaftsrates vom November 2005 hingewiesen werden (siehe auch Abschnitt G).²⁴
- Die Zuteilung der **Lehrbudgets** sollte zudem über eine leistungsorientierte Komponente verfügen. Abteilungen, die ungenügende Lehrleistungen vorweisen, sollten unabhängig von den zugrunde liegenden Schlüsseln Abstriche bei den Lehrbudgets erhalten. Die auf diese Weise freigesetzten Ressourcen sollten auf andere Einrichtungen umverteilt werden. Generell sollten Dozentenschulungen ermöglicht werden, um insbesondere unerfahrene Lehrkräfte in Didaktik und neuen Unterrichtsformen zu schulen. Nur wenn gute Lehrleistungen einen entsprechenden Ressourcenzufluss sicherstellen, besteht ein wirksamer Anreiz, die Lehre zur zentralen Aufgabe neben der Forschung jeder Medizinischen Fakultät zu machen.
- Die an **externen Klinika** etablierten Disziplinen müssen in das jeweilige LOM-System der Fakultät und des Klinikums einbezogen werden.

Zur Behebung struktureller Schwächen, zur Profilbildung oder zur Anschubfinanzierung sollten die Fakultäten darüber hinaus Instrumente der antragsbezogenen, **prospektiven** (ex ante) **Forschungsförderung** einsetzen. Sie sind besser geeignet, strukturelle oder thematische Benachteiligungen einzelner Fachgebiete gezielter zu beheben.

Die Höhe der Mittel, die in ex post-Verfahren vergeben werden, sollte deutlich über den Aufwendungen für ex ante-Instrumente liegen.

23 Empfehlungen zu einer leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) an den Medizinischen Fakultäten, Stellungnahme der Senatskommission für Klinische Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Bonn 2004; siehe auch: http://www.dfg.de/aktuelles_presse/reden_stellungnahmen/2004/download/stellungnahme_klinische_forschung_04.pdf.

24 Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Band II, Köln 2006, S. 376 ff.

E. Trennungsrechnung

Vor dem Hintergrund, dass in den Universitätsklinikum Forschung, Lehre und Krankenversorgung als miteinander gekoppelte Leistungen erbracht werden, ist die Kostentrennung der drei Bereiche durchaus komplex. Zu einem gewissen Teil wird eine Kostentrennung immer auf normativen Hypothesen beruhen, da sich insbesondere Gemeinkosten nur schwer zuordnen lassen. Es kommt darauf an, Prozesse zu initiieren, die sicherstellen, dass künftig die intrafakultäre Aufteilung des Landeszuführungsbetrags ausschließlich nach Leistungskriterien erfolgt. Da die Klinikum in aller Regel in Bezug auf die Fakultäten eine besondere Stellung innehaben, sind die Klinikum den Fakultäten gegenüber zu einer maximalen Transparenz bei der Preisgestaltung durch eine entsprechende Kosten-Leistungsrechnung verpflichtet.

Empfehlungen:

- Es ist unverzichtbar, die zugrunde gelegten Annahmen der Trennungsrechnung regelmäßig zu überprüfen und anzupassen. Auf eine aufwendige unterjährige buchhalterische Verwendungskontrolle sollte weitgehend verzichtet werden. Wichtiger ist es, Leistungsbilanzen mit Abschluss des Wirtschaftsjahres zu erstellen. Diese sollten zusammen mit dem Jahresabschlussbericht z.B. in einem Lagebericht dokumentiert werden. Der Jahresabschlussbericht ist durch Sachverständige zu überprüfen und zu bewerten.
- Wegen der Verpflichtung der Fakultäten, ein Höchstmaß an Leistungseffizienz mithilfe der Landesmittel zu erreichen, ist eine transparente Kostenzuordnung unumgänglich. Dementsprechend ist auch im Bereich der Fakultätsmittel eine Kosten- und Leistungsrechnung (zumindest in Form einer differenzierten Kostenstellenrechnung) unabdingbar. Sie ist gleichzeitig die Voraussetzung, um eine realitätsnahe Trennungsrechnung herbeizuführen.
- Auf der Grundlage eines transparenten Rechnungswesens muss vor Beginn des Wirtschaftsjahres festgelegt werden, welche Budgets jede Abteilung für Leistungen in der Krankenversorgung, der Forschung und der Lehre erhält. Es muss sichergestellt werden, dass Mittel für Forschung und Lehre aus dem Landeszuführungsbetrag nicht für Aufgaben in der Krankenversorgung zweckentfremdet werden. Ebenso dürfen Budgets für die Krankenversorgung nicht für Forschung oder Lehre eingesetzt werden.

- Der Fakultätsvorstand muss einen ungehinderten Zugang zu allen Daten erhalten und Mitarbeiter beschäftigen, die mit diesen Daten umgehen können. Ein zeitnahes Controlling vonseiten der Medizinischen Fakultät muss die wesentliche Grundlage für gegenseitig zu erbringende Leistungen und die daraus resultierenden Erstattungen sein.
- Es ist die Pflicht der Klinikdirektoren und des Fakultätsvorstandes, darauf zu achten, dass Stellenkürzungen im Bereich der Krankenversorgung nicht durch zusätzliche ärztliche Tätigkeiten wissenschaftlicher Mitarbeiter kompensiert werden. Ebenso muss ausgeschlossen werden, dass z.B. teure Medikamente dazu führen, dass die Kosten bei den Verbrauchsmitteln für die Forschung eingespart werden. Die in Deutschland noch viel zu geringen zeitlichen Freiräume für Forschung und Lehre an den Universitätsklinika müssen erweitert werden.
- Im Rahmen der Krankenversorgung kann es vorkommen, dass einzelne Abteilungen aufgrund ihres speziellen Aufgabenspektrums negative Bilanzen vorlegen.²⁵ Es ist Aufgabe des Klinikumsvorstandes, Gewinne und Verluste in der Krankenversorgung im Rahmen einer Mischkalkulation aufzufangen. Auch hierbei ist maximale Transparenz anzustreben.
- Die Fakultäten eines Landes sollten sich regelmäßig über die Verfahren der Trennungsrechnung und der LOM austauschen. Es wird empfohlen, zumindest innerhalb eines Landes das Rechnungs- und Berichtswesen so auszugestalten, dass vergleichende Analysen für die universitätsmedizinischen Einrichtungen möglich werden.

²⁵ Vgl. hinsichtlich der Kostenproblematik das Kapitel C.V „Finanzverantwortung und Trennungsrechnung“ in der Anlage, S. 76 ff.

F. Zusammenarbeit mit externen Kliniken

Die Zusammenarbeit mit außeruniversitären Krankenhäusern (öffentliche, gemeinnützige bzw. private Träger) gewinnt angesichts der finanziellen Rahmenbedingungen für die Universitätsmedizin immer mehr an Bedeutung. Der Wissenschaftsrat hat sich daher in jüngerer Zeit schon mehrfach zur Zusammenarbeit mit kooperierenden Krankenhäusern geäußert. Zur grundsätzlichen Thematik kann auf die Empfehlungen zu Public Private Partnerships in der Universitätsmedizin verwiesen werden.²⁶ Darüber hinaus hat er konkrete Empfehlungen zu einzelnen Standorten, an denen solche Kooperationsformen etabliert wurden, formuliert.²⁷

Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass bei der Zusammenarbeit mit externen Krankenhäusern der akademische Anspruch und die mit einer Universität verbundenen Anforderungen erfüllt werden müssen. Gegensätzliche Interessenlagen, die insbesondere durch den erhöhten Abstimmungsbedarf auftreten können, sind deshalb schon im Vorfeld durch klare vertragliche Regelungen (Kooperationsverträge) zu minimieren:

Empfehlungen:

- Verträge mit kooperierenden Krankenhäusern sollten so gestaltet werden, dass Anpassungen möglich sind, falls Qualitäts- und Leistungsänderungen auftreten.
- Die ausgelagerten Lehrstühle mit den dazugehörigen Kliniken sollten an der leistungsorientierten Mittelverteilung beteiligt werden; Personalmittel sind hierbei einzubeziehen.
- Auch an den externen Häusern ist eine **Trennungsrechnung** zu etablieren insbesondere bezüglich des Landeszuführensbetrages für Forschung und Lehre sowie für sonstige Trägeraufgaben. Dazu sind ein definiertes und transparentes Abrechnungs- und Mittelbewirtschaftungssystem sowie ein entsprechendes Berichtswesen umgehend für alle externen Kooperationspartner notwendig. Vom jeweiligen Lehrstuhlinhaber sind Fach- und Ressortverantwortung hinsichtlich des Landeszuführensbetrages wahrzunehmen. Die Entscheidungsbefugnisse über den tat-

26 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung, Drs. 7063-06, Berlin, Januar 2006; Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) in der universitätsmedizinischen Forschung, Drs. 7695-07, Berlin, Januar 2007.

27 Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Universität Ulm, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2002, Band II, Köln 2003, S. 435 ff.; Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg in Mannheim, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2003, Band II, Köln 2004, S. 86 ff.; Empfehlungen zur Aufnahme der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes, Drs. 7059-06, Berlin, Januar 2006; Empfehlungen zum 33. Rahmenplan für den Hochschulbau 2004-2007, Band 2, Köln 2003, BY 117 ff.; Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Universität Regensburg, Drs. 7245-06, Nürnberg, Mai 2006.

sächlichen Einsatz der Ressourcen sollten dem Lehrstuhlinhaber obliegen. Die Mittelverwendung ist dem Dekanat gegenüber zu vertreten und durch die Träger und Betreiber der Krankenversorgung entsprechend zu dokumentieren.²⁸

- Auf Polikliniken (Hochschulambulanzen) sollte aus akademischen Gründen nicht verzichtet werden. Sie tragen auch zur Mitverantwortung der Universität an den externen Standorten bei.
- Sicherzustellen ist, dass **Overhead-Kosten**, die im Zusammenhang mit Forschung und Lehre an den verschiedenen Häusern entstehen, transparent dargelegt und auf eine einheitliche, vergleichbare Grundlage gestellt werden.
- Die Universitäten müssen sicherstellen, dass die an den kooperierenden Einrichtungen tätigen Hochschullehrer ihre **akademischen Rechte** gesichert wahrnehmen können. Alle Vertragsentwürfe, die ihr Aufgabenspektrum betreffen, sind daher im Vorfeld grundsätzlich mit den Lehrstuhlinhabern abzustimmen.
- **Bestehende Kooperationsverträge**, für die eine Zustimmung der betroffenen Lehrstuhlinhaber nicht vorliegt, sollten nachträglich neu verhandelt werden.
- Können sich Lehrstuhlinhaber und klinischer Kooperationspartner über den Einsatz des Personals für Forschung und Lehre und damit verbundener Sachmittel nicht klar und dauerhaft einigen, hält es der Wissenschaftsrat für notwendig, dass sich die Universität mit Unterstützung des Landes um einen **neuen Träger** und Betreiber der Krankenversorgung in diesem Fach bemüht.
- Mit Blick auf die an den externen Einrichtungen tätigen Ärzte sollte ein Gehaltsgefüge angestrebt werden, das auch engagierten wissenschaftlich tätigen Mediziner Wechsoptionen eröffnet und eine Zweiteilung im klinischen Bereich vermeiden hilft. Grundsätzlich sollte die Mobilität von Wissenschaftlern sowohl zwischen Universitätseinrichtungen und dem Klinikum als auch mit den externen Einrichtungen gefördert werden.
- Der Wissenschaftsrat empfiehlt, an den jeweiligen universitätsmedizinischen Standorten einen **Verbund** zu etablieren, der sich der Koordination der verschiedenen Kooperationen mit den externen Partnern widmet.

Der Wissenschaftsrat weist erneut darauf hin, dass letztlich das Land als Garant der Wissenschaftsfreiheit die Pflicht hat, entsprechende Regelungen an den kooperierenden Einrichtungen durchzusetzen.

²⁸ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Universität Regensburg, Drs. 7245-06, Nürnberg 2006, S. 82 f.

G. Bewertungs- und Entscheidungsgrundlagen

Um eine vertiefte Analyse der Leistungsfähigkeit der universitätsmedizinischen Einrichtungen durchführen zu können, bedarf es einer validen **Datenbasis** sowohl der Ressourcen, die den Einrichtungen zur Verfügung stehen, als auch der Leistungen, welche die Universitätsmedizin in den Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung erbringt.²⁹ Eine solche Datenbasis ist an vielen Standorten nicht verfügbar, und muss zum Teil immer noch aus vielen unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Quellen zusammengetragen werden. Die Datensituation ist in nahezu allen Bereichen der Hochschulmedizinstatistik vollkommen unbefriedigend. Dies kommt zum Teil durch unterschiedliche **Definitionen** der Parameter zustande.

In dem Zusammenhang ist ferner zu erwähnen, dass die Leistungen in einzelnen medizinischen Fächern nach dem **Fächerschlüssel** des Statistischen Bundesamtes erfasst werden; dieser Schlüssel kann allerdings nicht die Realität in den Einrichtungen sinnvoll abbilden. Dadurch werden insbesondere in den Klinischen Fächern falsche Zuordnungen vorgenommen.³⁰

Vor dem Hintergrund der mangelnden Transparenz und Verfügbarkeit von Input- und Output-Größen ist derzeit weder ein solides **Benchmarking** noch ein faires Ranking in der Universitätsmedizin realisierbar.³¹ Die unbefriedigende Datenlage hat auch erhebliche Konsequenzen für die Möglichkeiten der einzelnen Standorte vor Ort, die Daten zur **internen Steuerung** einzusetzen. Es besteht die Gefahr, dass strategische und operative Maßnahmen auf der Basis von Fehleinschätzungen getroffen werden.

29 Die nachfolgenden Empfehlungen basieren auf der Stellungnahme des Wissenschaftsrates zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen (in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Band II, Köln 2006, S. 338 ff.) sowie der Standortübergreifenden Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Bayern, Drs. 7582-06, Dresden, November 2006.

30 Z.B. werden Tumorzentrum und Transplantationsmedizin in einem Fachgebietsschlüssel zusammengefasst. Weiterhin erfolgt die Zuordnung zu großen Fächern wie Innere Medizin nicht immer systematisch. Einige Spezialisierungen werden als Abteilungen der Inneren Medizin subsumiert, andere als eigenständiges Fachgebiet geführt. Plausibilitätsüberprüfungen der nach Fachgebieten gegliederten Abfrage des Wissenschaftsrates ergaben Fehlerquoten in nicht unerheblichem Umfang von bis zu 20 %. Die Daten wurden daraufhin den Standorten mit Hinweisen auf die Mängel erneut vorgelegt und korrigiert.

31 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Rankings im Wissenschaftssystem - Teil 1: Forschung, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2004, Band I, Köln 2005, S. 159-220.

(1) Daten zu Ausbildungskapazitäten und Absolventenzahlen

Bezüglich der Sicherung von **Ausbildungskapazitäten** für Ärzte stellt sich zunächst die Frage, wie viele Ärzte zukünftig angesichts der demographischen Entwicklung benötigt werden. Verlässliche Untersuchungen zu allen wesentlichen Aspekten des künftigen Ärztebedarfs gibt es derzeit nicht.³² Zusätzlich sind selbst Angaben über die derzeitigen Ausbildungsleistungen der Medizinischen Fakultäten widersprüchlich. So stimmen beispielsweise die Angaben der **Absolventenzahlen** durch das Statistische Bundesamt, das die Zahlen der Statistischen Landesämter aggregiert, nicht mit den Angaben des für die Prüfungen zuständigen Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) überein. Auch die Angaben des Statistischen Bundesamtes über die Zahl der Studierenden, die ein Studium der Humanmedizin aufnehmen, weichen wie in vielen anderen Fächern von den Angaben der Zentralstelle zur Vergabe von Studienplätzen (ZVS) ab.³³ Eine bundesweit anerkannte Definition der Schwundquote gibt es nicht. Unterschiedliche Zahlen melden auch die verschiedenen approbationserteilenden Stellen wie Bezirksregierungen, Landesämter, Landesprüfungsämter und Regierungspräsidien. Daten zur **Arztzahlenentwicklung** werden von den Landesärztekammern auf Basis unterschiedlicher Anmeldeeregulungen erhoben und sind daher nicht vergleichbar. Folglich ist die aggregierte Angabe der Bundesärztekammer kritisch zu hinterfragen.

Empfehlungen:

Um eine fundierte Kapazitäts- und Bedarfsplanung zu ermöglichen, hält der Wissenschaftsrat es für zwingend erforderlich, die Statistik im Bereich der Medizin konsistent zu gestalten. Die beschriebenen Diskrepanzen in den Statistiken zu Studienanfängern, Absolventen, Approbationen, Zulassungen etc. zwischen den unterschiedlichen Meldestellen und Aggregationsniveaus müssen aufgeklärt und künftig durch einheitliche Definitionen und verbindliche Verfahren vermieden werden. Der Wissenschaftsrat fordert die beteiligten Institutionen auf, gemeinsam zügig konkrete Verbesserungen der Datenlage und zur Vereinheitlichung der Definitionen etc. zu erarbeiten. Die Mobilität der Menschen ist insgesamt stärker zu berücksichtigen.

32 Siehe auch Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 26 ff.; Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Band II, Köln 2006, S. 338, 370-372; Zur Situation in der Zahnmedizin vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Band II, Köln 2006, S. 267-330.

33 BMGS: Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“, Abschlussbericht, Hamburg, 2004.

(2) Daten zu Forschungsleistungen

Zu den wichtigsten quantitativ bewertbaren **Output-Größen** der universitätsmedizinischen Forschung zählen begutachtete Publikationen in internationalen Fachzeitschriften und Drittmittel. Drittmittel und Publikationsindikatoren wie beispielsweise Impactfaktoren werden auf vielen Ebenen der Universitätsmedizin zur Steuerung verwendet. Das gilt für die Verteilung von Landesmitteln zwischen Hochschulen genauso wie für die an fast allen Medizinischen Fakultäten etablierte interne leistungsorientierte Mittelvergabe. Problematisch ist, dass oftmals eine unterschiedliche Ausweisung von Drittmitteln auf Länder- und Universitätsebene sowie innerhalb einzelner Standorte erfolgt. Während im Bereich der Klinischen Medizin verausgabte Drittmittel erfasst und bilanziert werden, sind mitunter im Bereich der Vorklinischen Medizin und der Klinisch-Theoretischen Medizin nur eingeworbene Drittmittel bekannt.

Investitionen in Forschung und Entwicklung schlagen sich auch im Innovationserfolg nieder. Hier kann u.a. die Patentintensität als Kriterium für den Innovationserfolg berücksichtigt werden.

Empfehlungen:

Um eine aussagefähige Bewertung der Forschungsleistungen vornehmen zu können, sollten die Universitäten und die Medizinischen Fakultäten die **verausgabten Drittmittel** ausweisen. Die unterschiedliche Darstellung von Drittmitteln innerhalb der Standorte in den Bereichen der Universitäten und verselbstständigten Klinika ist umgehend zu vereinheitlichen und bundesweit abzustimmen, um mittelfristig vergleichende Betrachtungen der Standorte zu ermöglichen. Ein entsprechend professionelles Drittmittelmanagement in den Fakultäten und Universitäten ist auch für die Bewirtschaftung der Mittel aus der Industrie dringend erforderlich. Dies gilt insbesondere für klinische Studien, die von universitätsmedizinischen Einrichtungen koordiniert werden sollten.

Für eine bessere Vergleichbarkeit der **Publikationsleistungen** empfiehlt der Wissenschaftsrat den Fakultäten, folgende Anforderungen bei den Erhebungen und Auswertungen der Publikationen zu berücksichtigen:

Kumulativer Impactfaktor für die gesamte Fakultät und für Fachgebiete:³⁴

- Originalpublikationen (keine Abstracts oder Kongressbeiträge) in internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren,
- nur Artikel von (Ko-)Autoren, die hauptberuflich an der jeweiligen Fakultät beschäftigt sind,
- nur bereits veröffentlichte Arbeiten, keine Artikel in Druck,
- ohne fachspezifische Gewichtungen,
- Gewichtungen nach Koautorenschaften sollten nach folgendem Muster durchgeführt werden: Erst- oder Letztautoren werden mit jeweils einem Drittel gewichtet. Das verbleibende Drittel wird auf die übrigen Autoren verteilt (siehe auch DFG: Empfehlungen zu einer Leistungsorientierten Mittelverteilung (LOM) an den Medizinischen Fakultäten, Bonn, 2004, S. 17),³⁵
- Zuweisung des Journal Impact Factors zu einem Artikel entsprechend dem Erscheinungsjahres des betreffenden Artikels.³⁶

Mit der Berechnung der kumulativen **Anzahl der Publikationen** sowie der **Zitationsfrequenz** für die gesamte Fakultät und für Fachgebiete sollte analog verfahren werden.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, die Veröffentlichungsleistungen der deutschen klinischen Forschung und deren Rezeption einer aktuellen und systematischen Analyse zu unterziehen und dabei methodische Standards zu setzen. Die universitätsmedizinischen Standorte sollten auf einheitlicher Basis summarisch und differenziert nach Forschungsfeldern verglichen werden. Die durch das BMBF in Auftrag gegebene Studie zur Bibliometrie der deutschen medizinischen Forschung in den neunziger Jahren stellt einen ersten richtigen Schritt dar. Der Wissenschaftsrat würde eine Fortsetzung dieser Initiative sehr begrüßen. Aufgrund der wachsenden Bedeutung der Forschung an den Schnittstellen der Disziplinen sollten auch die interdisziplinären wissenschaftlichen Beiträge der Universitätsmedizin in so bedeutenden fächerunabhängigen Journalen wie Nature, Science, etc. berücksichtigt werden.

34 Diesen Beschluss von November 2005 wird der Wissenschaftsrat vor dem Hintergrund der Veränderungen im Publikationswesen zu gegebener Zeit überprüfen.

35 Beispiel 1: Ein Artikel hat fünf Autoren. Nur der Erstautor ist an der Medizinischen Fakultät hauptberuflich beschäftigt. Der Artikel wird mit einem Drittel gewichtet.

Beispiel 2: Ein Artikel hat acht Autoren. Der Letztautor, sowie zwei weitere Autoren (darunter nicht der Erstautor) sind hauptberuflich an der Medizinischen Fakultät beschäftigt. Der Artikel wird mit einem Drittel für den Letztautor plus $(2/6) \times (1/3)$ für die beiden weiteren Autoren, in der Summe also mit 0,44 gewichtet.

36 Beispiel: Ein Artikel der im Jahr 2001 in Zeitschrift XY veröffentlicht wurde, erhält einen Wert entsprechend des Journal Impact Factors der Zeitschrift XY im Jahr 2001. Ein Artikel, der im Jahr 2003 veröffentlicht wurde, erhält den Wert entsprechend des Journal Impact Factors des Jahres 2003.

Empfohlen wird ferner, **Patentanalysen** in eine umfassende Stärken- und Schwächenanalyse einzubeziehen. Dabei sollten einheitliche Parameter zugrunde gelegt werden. Wichtig ist hierbei, eine differenzierte Erhebung vorzunehmen und zu berücksichtigen, ob die Patente am Deutschen Patent- und Markenamt (Inlandspatentanmeldungen), am Europäischen Patentamt oder bei der World Intellectual Property Organization (WIPO) angemeldet wurden. Ferner ist bei Patentanmeldungen aus Hochschulen zwischen drei Typen von Anmeldern zu unterscheiden (Universitäten/Fachhochschulen, Unternehmen, Privatanmelder). Ebenfalls sind der Zeitpunkt der Veröffentlichung (18 Monate nach Hinterlegung der Patente) und eine Rückzieherquote zu berücksichtigen.³⁷

(3) Daten zur Finanzierung

Konkrete Aussagen zur Höhe der **Landeszuführungsbeträge** und den damit verbundenen Aufgaben sind nach wie vor schwierig zu erhalten. Unklar bleibt auch die Antwort auf die Frage, welche Landesmittel die Universitäten tatsächlich für die Ausbildung einsetzen. In einigen Ländern werden aus den Mitteln für Forschung und Lehre z.B. auch Ruhegehälter, Weiterbildungen oder reine Krankenversorgungsaufgaben finanziert. Ebenso vielschichtig sind die Bewirtschaftungsvorgänge der Universitäten und die Zuordnung der Mittel zu verschiedenen Bereichen.

Empfehlungen:

Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Ländern dringend eine Vereinheitlichung und transparente Ausweisung der Landeszuführungsbeträge. Die Zuweisungen sollen zwischen den verschiedenen Standorten und Ländern Vergleiche erlauben, um die Standorte fair bzgl. ihrer Leistungen beurteilen zu können. Mittel, die die Wissenschaftsministerien den Einrichtungen für Forschung und Lehre zuweisen, sollten auch nur für diese akademischen Aufgaben verausgabt werden dürfen.

Aus den Landesmitteln können auch sonstige Trägeneraufgaben der Klinika finanziert werden, die dann allerdings ursächlich mit der Leistungserstellung durch universitätsmedizinische Einrichtungen für Forschung und Lehre verbunden sein müssen. Hierfür ist es notwendig, diese Trägeneraufgaben vorher klar zu definieren und detailliert auszuweisen sowie die Mittelverwendung zu kontrollieren.

³⁷ Von besonderer Bedeutung ist auch der Anteil in Form von Lizenzen verwerteter Patente. Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Interaktion von Wissenschaft und Wirtschaft, Drs. 7865-07, Oldenburg, Mai 2007, S. 41 ff. sowie S. 103 ff.

(4) Daten zum Flächenbestand

Hinsichtlich der **Flächen** erfolgt bundesweit die Erfassung nach dem Raumnutzungsschlüssel³⁸ des Statistischen Bundesamtes. Die Landesdaten weichen erheblich von den Bundesdaten ab. Bei den Plausibilitätsprüfungen der Länder werden offensichtlich nicht alle Unstimmigkeiten ausgeräumt. Bemerkenswert ist der Umstand, dass diese Daten statistisch dargestellt werden, obwohl sie unvollständig sind, da manche Universitäten sich zum Teil nicht im Stande sehen, über die von ihnen genutzten Flächen detaillierte Auskunft zu geben.

Empfehlungen:

Der Wissenschaftsrat fordert die Verwaltungen der Einrichtungen auf, die Versäumnisse bei der Flächenerhebung unmittelbar aufzuholen. Unerlässlich ist, ein EDV-gestütztes, raumscharfes Flächeninformationssystem auf Universitäts- bzw. Fakultätsebene zu implementieren mit Angaben über die Nutzer und Art und Umfang der Nutzung der Flächen (Forschung, Lehre oder Krankenversorgung) sowie die kontinuierliche Pflege und Aktualisierung der Flächendaten vorzunehmen. Eine Software für Raumbestandserhebungen von Hochschulen ist schon seit vielen Jahren verfügbar.³⁹ Redundante Datenhaltung und Datenpflege zwischen Landeshochbauverwaltung, Universitätsklinik und Universitäten sollten grundsätzlich vermieden werden. Es ist ein professionelles und effizientes Flächenmanagement⁴⁰ zu entwickeln bzw. bereits bestehende Systeme sind zu optimieren. Die Daten stellen die Voraussetzung für die Erstellung von Flächenbilanzen und darauf basierend die Bemessung von Flächenbedarfen, für Kostenrechnungen und eine Aufteilung der baubezogenen Gemeinkosten (Miete, Bauerhaltung, Betriebskosten usw.) bzw. der Trennungsrechnung dar (Faktor „Fläche“ in monetäre, leistungsorientierte Anreizmechanismen integrieren).

38 Raumnutzungsarten* (RNA) nach Raumzuordnungskatalogen/Raumnutzungsschlüssel des Statistischen Bundesamtes, Fachkommission „Baukostenplanung und Baukostenkontrolle“ des ARGEBAU Hochbauausschusses (LAG).

39 Beispielsweise HIS-GX Modul Bau. Siehe HIS Hochschul-Informationen-System GmbH: Gebäude und Flächenmanagement. Das Modul Bau, in: <http://www.his.de/abt1/ab08> v. 13.06.2007.

40 Ritter, S.; Hansel, H.: Projektbericht der Arbeitsgruppe Raumhandelsmodell. Monetäre Steuerung der Flächennutzung auf der Grundlage der Bedarfsbemessung „Parametersteuerung“, HIS Kurzinformation Bau und Technik B 6/2005, Hannover, 2005.

Anlage

Bericht

Leistungsmodelle und ihre rechtlichen Grundlagen in der Universitätsmedizin der Bundesrepublik Deutschland

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
Vorbemerkung	33
A. Charakterisierung der Rechtsformen der Klinika	35
A.I. Unselbstständige Anstalt des öffentlichen Rechts	35
A.II. Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts	36
A.III. Körperschaft des öffentlichen Rechts	37
A.IV. Stiftung des öffentlichen Rechts	38
A.V. Rechtsform des privaten Rechts	38
A.VI. Verfassungsrechtlicher Rahmen	42
B. Organisationsmodelle	45
B.I. Kooperationsmodell	45
B.II. Integrationsmodell	52
C. Verhältnis von Fakultät und Klinikum	60
C.I. Primat von Forschung und Lehre	60
C.II. Abstimmung von Entscheidungen zwischen Fakultät und Klinikum	62
C.III. Schlichtung und Konfliktlösung	68
C.IV. Struktur- und Entwicklungsplanung	71
C.V. Finanzverantwortung und Trennungsrechnung	76
D. Personalzuordnung	84
D.I. Personalzuordnung im Integrationsmodell	84
D.II. Personalzuordnung im Kooperationsmodell	85
Anhang	90

Vorbemerkung

Die Medizin nimmt im Vergleich zu den übrigen Fachgebieten an den Universitäten seit langem eine Sonderstellung innerhalb der Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland ein. Sie beruht im Wesentlichen auf der Tatsache, dass medizinische Forschung und Lehre nur im unmittelbaren Kontakt zum Patienten sinnvoll durchgeführt werden können. Die Universitätsmedizin umfasst daher in der Regel große Einrichtungen der stationären und ambulanten Krankenversorgung. Hierdurch ist an der Schnittstelle zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem ein Verbund aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung entstanden, der Organisationsformen benötigt, die sich von den Strukturen anderer Wissenschaftseinrichtungen grundlegend unterscheiden und der durch die Krankenversorgung maßgeblich geprägt wird.

Ziel des vorliegenden, vom Ausschuss Medizin erarbeiteten und von den Ländern inhaltlich und sachlich geprüften Berichts ist es, einen Überblick über den aktuellen Stand der in der deutschen Universitätsmedizin verwirklichten Leitungsstruktur sowie ihrer rechtlichen Grundlagen zu geben. Diese Strukturen sind Spiegel der Sonderstellung der Universitätsmedizin und werden durch die Finanzierung der Universitätsklinika aus dem Gesundheits- und dem Wissenschaftssystem wesentlich bestimmt. Der Bericht ist auf die Darstellung der rechtlichen Basis der unterschiedlichen Modelle fokussiert, die seit Mitte der 1990er Jahre als Antwort auf die sich ändernden Finanzierungsmodalitäten in Folge der Gesundheitsstrukturreformen etabliert und weiterentwickelt wurden.⁴¹ Die Einführung der Fallpauschalen (DRG) und die fortschreitenden Reformen im Gesundheitswesen sind zwar wesentliche Triebfedern für die Neugestaltung der Rechts- und Leitungsstrukturen in der Universitätsmedizin, sie werden jedoch im vorliegenden Bericht nicht ausführlicher behandelt, da der Wissenschaftsrat hierzu regelmäßig Stellung genommen hat.⁴²

Auch auf eine inhaltliche Bewertung der unterschiedlichen Modelle in den einzelnen Ländern oder Empfehlungen zu ihrer Weiterentwicklung wird verzichtet. Einige Länder bereiten derzeit eine Novellierung ihrer Gesetze zur Universitätsmedizin vor. Da-

41 Für eine ausführliche, systematische Darstellung des insgesamt für die Universitätsmedizin relevanten Rechts siehe Becker S.: Das Recht der Hochschulmedizin, Berlin, 2005.

42 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln, 2004; Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2004, Band I, Köln 2005, S. 515-625; Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Band II, Köln 2006, S. 331-438; Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Bayern, Drs. 7582-06, Dresden, November 2006.

bei werden auch modifizierte Modelle entstehen. Insofern ist der Bericht eine Momentaufnahme zu einem Zeitpunkt, zu dem durch die Abschaffung des Hochschulbauförderungsgesetzes die Länderzuständigkeit für die Hochschulen einschließlich der Universitätsmedizin gestärkt wurde und gemeinsame Standards zu Gunsten eines offeneren Wettbewerbs zwischen den Hochschulsystemen der Länder gelockert wurden.

A. Charakterisierung der Rechtsformen der Klinika

Mit Blick auf die Organisationsstrukturen lassen sich innerhalb der Universitätsmedizin in Deutschland formal zwei verschiedene Organisationsmodelle unterscheiden. Bilden Medizinische Fakultät⁴³ (Forschung und Lehre) und Universitätsklinikum (Krankenversorgung) eine rechtliche Einheit, wird dies zumeist als „Integrationsmodell“ bezeichnet (siehe Kapitel B.II). Sind die Aufgaben und ihre Träger rechtlich getrennt, ist vom „Kooperationsmodell“ die Rede (siehe Kapitel B.I).⁴⁴ Die Entscheidung für das eine oder andere Organisationsmodell bedingt zugleich weitgehend die Wahl der Rechtsform, in der Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum verfasst sind. So geht die Umsetzung des Kooperationsmodells zumeist mit der rechtlichen Ver selbstständigung der Universitätsklinika als Anstalt des öffentlichen Rechts einher, während das Integrationsmodell in der Regel Körperschaftslösungen erfordert. Bevor die Unterschiede der Organisationsmodelle und ihre Ausgestaltung näher betrachtet werden, sollen daher zunächst die grundlegenden Rechtsformen der Universitätsklinika und die Verhältnisse zu ihren Universitäten und Medizinischen Fakultäten dargestellt werden.

A.I. Unselbstständige Anstalt des öffentlichen Rechts

Bis vor wenigen Jahren waren die meisten Universitätsklinika unselbstständige Landesbetriebe bzw. rechtlich unselbstständige Anstalten des öffentlichen Rechts. Wesentliches Merkmal dieser Organisationsform ist, dass das Universitätsklinikum Bestandteil der jeweiligen Universität ist. Träger des Klinikums ist die Universität oder auch direkt das Land. Das Land führt zudem die Rechts- und Fachaufsicht über das Universitätsklinikum. Das Klinikum besitzt keine volle Rechtsfähigkeit und ist insbesondere nicht außenrechtsfähig. Demnach kann es formal keine Anstellungsverträge schließen und verfügt über keine Arbeitgebereigenschaft.⁴⁵ Darüber hinaus fehlen ihm Dienstherreneigenschaft (keine eigenen Beamten), Bauherreneigenschaft und Kreditfähigkeit. Gleichwohl erfolgt die Buchführung nach kaufmännischen Regeln und das Klinikum verfügte zumeist über eine weitgehende wirtschaftliche Selbstständigkeit. In der Regel besaßen die Universitätsklinika dieser Rechtsform bereits eine ei-

43 Im gesamten Text wird der Begriff „Fakultät“ synonym zum Begriff „Fachbereich“ verwendet. Lediglich an den Stellen, an denen explizit vom „Fachbereich“ die Rede ist, spricht auch das entsprechende Landesrecht von Fachbereichen.

44 Die Begriffe „Integrationsmodell“ und „Kooperationsmodell“ wurden von der KMK geprägt: Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 29.09.1995.

45 De facto haben in der Vergangenheit aber die Klinika im Auftrag der Länder Arbeitsverträge abgeschlossen.

gene Verwaltung, die nicht nur für das gesamte Universitätsklinikum zuständig war, sondern auch den Fachbereich Medizin zumindest in Teilbereichen bei der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützte.

Derzeit wird nur noch die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) als Landesbetrieb und damit als rechtlich unselbstständiger Teil der Landesverwaltung geführt. Sie weist darüber hinaus als einzige medizinische Hochschule Deutschlands weitere Besonderheiten auf. So ist der Vorstand zugleich Präsidium der Hochschule und der Senat entspricht in Funktion und Zusammensetzung in etwa dem Fachbereichsrat/Fakultätsrat anderer Standorte. Da es sich um eine Medizinische Hochschule handelt, erübrigt sich die Existenz einer gesonderten „Medizinischen Fakultät“ als organisatorische Grundeinheit der Hochschule.

A.II. Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts

Eine (voll)rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts ist – im Gegensatz zur unselbstständigen Anstalt – eine mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattete Einrichtung aus Personal und Sachmitteln, die öffentlichen Zwecken, insbesondere im Bereich der Leistungsverwaltung dient.⁴⁶ Die Anstalt bildet nicht nur gegenüber Dritten, sondern gegenüber ihrem Träger eine selbstständige rechtliche Einheit. Sie hat eigene Satzungsgewalt und genießt partielle Selbstverwaltungsrechte. Zugleich kann bei entsprechender Ausgestaltung eine Anstalt des öffentlichen Rechts wie eine GmbH oder Aktiengesellschaft geführt werden und Kredite aufnehmen. Die Regeln der jeweiligen Landeshaushaltsordnung (LHO) finden auf die Betriebsführung der Anstalt keine Anwendung, sondern die Rechnungslegung erfolgt nach handelsrechtlichen Grundsätzen.

Mit der Umwandlung in eine Anstalt des öffentlichen Rechts wird das Universitätsklinikum aus dem rechtlichen Verbund mit der Universität herausgelöst. Gewährträger des Klinikums bleibt aber das Land (siehe Kapitel A.II.1, Kooperationsmodell). Das Land führt meist nur noch die Rechtsaufsicht über das Universitätsklinikum, die Fachaufsicht entfällt in der Regel. Das Land verfügt zumeist aber noch über Einflussmöglichkeiten im Rahmen des Aufsichtsrates. Wirtschaftsführung und Rechnungswesen richten sich nach kaufmännischen Regeln. Das Prüfungsrecht der Obersten Landesrechnungshöfe bleibt bestehen. Universitätsklinika dieser Rechts-

46 Vgl. Maurer, H.: Allgemeines Verwaltungsrecht, 15. Aufl., 2004, S. 609 f.

form verfügen über eigene Verwaltungen, die zumeist nicht nur für die Universitätsklinik zuständig sind, sondern auch die Medizinischen Fakultäten zumindest in Teilbereichen im Rahmen einer „Auftragsverwaltung“ unterstützen. Die Kliniken sind außenrechtsfähig und verfügen über Arbeitgeberbereitschaft für Angestellte. Darüber hinaus erhalten die Universitätskliniken zumeist die Dienstherrenfähigkeit (für Beamte; Ausnahmen: Hessen und Sachsen) und eine eingeschränkte Bauherreneigenschaft.⁴⁷ Als Organe verfügt das Klinikum mindestens über einen Vorstand und einen Aufsichtsrat. Die operative Geschäftsführung obliegt dem Klinikumsvorstand. Der Aufsichtsrat überwacht die Tätigkeit des Vorstands und entscheidet in grundsätzlichen Angelegenheiten. Parallel dazu erhalten die Medizinischen Fakultäten zumeist analoge Leitungsstrukturen: Dekanat/Fakultätsvorstand und Fakultätsrat. Die Aufgaben in der Krankenversorgung sind dem Klinikum zugeordnet, Aufgaben in Forschung und Lehre der Fakultät. Universität und Fakultät bleiben somit Träger der Aufgaben von Forschung und Lehre. Die Gesetze bzw. Verordnungen stellen zudem meist klar, dass die Krankenversorgung auch zum Zwecke von Forschung und Lehre erfolgt und bringen insofern das Primat der Forschung und Lehre gegenüber den Belangen der Krankenversorgung zum Ausdruck. Zugleich werden Klinikum und Fakultät zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben zu einer engen Zusammenarbeit verpflichtet (siehe Abschnitt C).

A.III. Körperschaft des öffentlichen Rechts

Eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist mitgliedschaftlich verfasst und dient primär öffentlichen Zwecken, kann aber auch private Interessen befriedigen. Als juristische Person des Öffentlichen Rechts besteht sie unabhängig vom Wechsel ihrer jeweiligen Mitglieder.

Bezogen auf die Universitätsmedizin bedeutet das, dass Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät eine gemeinsame, mitgliedschaftlich strukturierte Rechtspersönlichkeit haben. Für die Zusammenarbeit zwischen Klinikum und Universität/Fakultät kommt das so genannte **Integrationsmodell** zum Tragen (siehe Kapitel B.II und Tabelle 3).⁴⁸ Krankenhausbetrieb sowie Forschung und Lehre sind als Teilressorts einem einheitlichen Vorstand zugeordnet, wobei ähnlich wie beim Koopera-

⁴⁷ Eine unentgeltliche Übertragung der Grundstücke, grundstücksgleichen Rechten und Immobilien auf das Universitätsklinikum ist im Rahmen des Kooperationsmodells bisher nur in Rheinland-Pfalz erfolgt (siehe auch Fußnoten 49 und 75).

⁴⁸ Siehe auch Fußnote 44.

tionsmodell das jeweilige Vorstandsmitglied für Forschung und Lehre auch die Funktion des Dekans wahrnimmt. Körperschaftslösungen wurden in Berlin, Hamburg und Thüringen verwirklicht.

A.IV. Stiftung des öffentlichen Rechts

Die Stiftung öffentlichen Rechts ist eine einem öffentlichen Zweck gewidmete Vermögensmasse, der durch einen Hoheitsakt die Eigenschaft einer juristischen Person des Öffentlichen Rechts verliehen worden ist.

Mit der Umwandlung der Universität Göttingen in eine rechtsfähige Stiftung des öffentlichen Rechts wurde die Trägerschaft für die Universität und somit auch für die „Universitätsmedizin Göttingen“ auf eine Stiftung übertragen. Die humanmedizinischen Einrichtungen erhielten aber ein von der Stiftungsuniversität Göttingen gesondertes Stiftungsvermögen (einschließlich der Liegenschaften und Gebäude). Beide Teilvermögen sind in getrennten Bilanzen auszuweisen. Die Teilvermögen dürfen auch nicht zur Verbesserung des jeweils anderen Teilvermögens herangezogen werden. Zugleich verfügt die Universitätsmedizin in Göttingen mit einem eigenen Vorstand („Vorstand der Universitätsmedizin“) und dem „Stiftungsausschuss Universitätsmedizin“ als dessen Aufsichtsorgan über von der Universität weitestgehend getrennte Leitungsorgane. Die Stiftung Universität Göttingen hat Dienstherreneigenschaft; der Vorstand der Universitätsmedizin hat die dienstrechtlichen Befugnisse für das Hochschulpersonal inne; die uneingeschränkte Bauherreneigenschaft⁴⁹ liegt bei der Universität und der Universitätsmedizin. Die Rechtsaufsicht über die Hochschule (Körperschaft) liegt bei der Stiftung. Die Stiftung nimmt die staatlichen Angelegenheiten der Krankenversorgung als eigene Aufgabe wahr; deshalb entfällt die Fachaufsicht. Allerdings unterliegt die Stiftung nach wie vor der Rechtsaufsicht des Landes.

A.V. Rechtsform des privaten Rechts

Die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) kann zu jedem gesetzlich zulässigen Zweck gegründet werden. Sie ist eine juristische Person, für deren Verbindlichkeiten nur das Gesellschaftsvermögen haftet.⁵⁰ Sie hat zudem die Möglichkeit der Eigenfinanzierung durch den Zugang zum Kapitalmarkt. Im Vergleich zur Aktienge-

49 Bauvorhaben ab 1 Mio. Euro müssen weiterhin im Landeshaushalt angemeldet werden. Grundstücke und Immobilien wurden unentgeltlich auf die Stiftung (Teilvermögen Universitätsmedizin) übertragen (siehe auch Fußnoten 47 und 75).

50 § 13 Abs. 2 des GmbH-Gesetzes.

sellschaft ist die GmbH aber einfacher und durch weniger zwingende Vorschriften geprägt, lässt also den Gesellschaftern einen größeren Gestaltungsspielraum bei der Regelung der inneren Struktur. Die GmbH hat nur zwei zwingend vorgeschriebene Organe, nämlich einen oder mehrere Geschäftsführer und eine Gesellschafterversammlung. Die Bildung eines Aufsichtsrats liegt im Belieben der Gesellschafter, sofern sie sich nicht zwingend aus der bundesweit gültigen Mitbestimmungsgesetzgebung ergibt. Als GmbH geführte Universitätsklinik gibt es bisher in Baden-Württemberg (Mannheim) und Hessen (Gießen/Marburg):

Mannheimer Modell

Die zur Universität Heidelberg gehörige Medizinische Fakultät Mannheim kooperiert mit der Klinikum Mannheim gGmbH, die sich als gemeinnützige GmbH in Trägerschaft der Stadt Mannheim befindet.⁵¹ Dabei erfolgt die Zusammenarbeit zwischen Klinikum und Fakultät auf der Basis gesonderter Verträge, die sich an den gesetzlichen Rahmenbedingungen orientieren, die auch für die übrigen vier Medizinstandorte in Baden-Württemberg gelten, und entspricht dem Kooperationsmodell. Allerdings ist der Dekan in Mannheim bisher lediglich Mitglied eines ausschließlich beratenden Klinikumsvorstands. Die eigentliche Geschäftsführung des Klinikums obliegt einem Geschäftsführer der gGmbH. Damit war die Mannheimer Fakultät in Deutschland die erste Fakultät, die hauptsächlich mit einem Klinikum in privatrechtlicher Rechtsform zusammenarbeitete. Im März 2001 wurde das Klinikum vom Land zudem berechtigt, den Titel „Universitätsklinikum“ zu tragen, ohne dass damit allerdings eine Anerkennung des Klinikums als Hochschuleinrichtung im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFUG) verbunden war.

Gießen/Marburger Modell

Seit Januar 2006 wird das durch eine Fusion der beiden vormals als Anstalten des öffentlichen Rechts verfassten Universitätsklinikum in Gießen und Marburg entstandene-

51 Die Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg wurde 1964 mit der Berufung von drei habilitierten Mannheimer Instituts- und Klinikdirektoren zunächst als Sektion der Medizinischen Gesamtfakultät der Universität Heidelberg gegründet. Die Stadt Mannheim stellte ihre Städtischen Krankenanstalten für die Ausbildung im Klinischen Studienabschnitt zur Verfügung. 1969 wurde die Fakultät für Klinische Medizin Mannheim in eine völlig gleichberechtigte und eigenständige Fakultät der Universität Heidelberg überführt, die jedoch über keine vorklinischen Institute verfügt. Ende der 1990er Jahre wurde durch Struktur- und Haushaltsentscheidungen sowie durch die Novellierung des Universitätsgesetzes Baden-Württemberg die Voraussetzung für eine Gleichstellung der Mannheimer Fakultät mit den übrigen Medizinischen Fakultäten des Landes herbeigeführt. Das heutige Universitätsklinikum Mannheim wurde Ende 1997, parallel mit der rechtlichen Verselbstständigung der Universitätsklinikum, aus einem kommunalen Betrieb in eine gemeinnützige GmbH überführt. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2006 wurde die Fakultät zur Vollfakultät ausgebaut, indem nun auch eigene vorklinische Institute eingerichtet werden. Seither heißt sie nicht mehr „Fakultät für Klinische Medizin Mannheim“ sondern „Medizinische Fakultät Mannheim“.

ne Universitätsklinikum in privater Rechtsform als GmbH geführt.⁵² Mehrheitseigner und Träger der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH ist die Rhön-Klinikum AG.⁵³ Zugleich verbleiben die beiden Medizinischen Fachbereiche in Gießen und Marburg bei ihren jeweiligen Universitäten. Die Universitäten kooperieren mit dem Klinikum auf der Basis des Hessischen Hochschulgesetzes, des Gesetzes für die hessischen Universitätskliniken und eines umfangreichen Vertragswerks.⁵⁴ Dieses Modell ist durch einige Besonderheiten charakterisiert. Als Organe neben der Geschäftsführung und dem Aufsichtsrat verfügt das Klinikum über eine Gesellschafterversammlung und eine so genannte „**Ständige Kommission für Forschung und Lehre**“ (SKFL).⁵⁵ Sie ist zuständig für Entscheidungen aller Sachverhalte, die den Kooperationsvertrag betreffen sowie aller sonstigen Forschung und Lehre betreffenden Fragen. Organe auf Seiten der Fachbereiche sind, wie bei allen hessischen Universitäten, das Dekanat und der Fachbereichsrat. Zur Vorbereitung von Strukturentscheidungen der Fachbereiche Gießen und Marburg wird zudem eine gemeinsame Strukturkommission gebildet. Das Klinikum verfügt über eine mehrstufige Geschäftsleitung, bei der zwischen der Geschäftsführung als Gesellschaftsorgan der Universitätsklinikum GmbH und der erweiterten Geschäftsleitung unterschieden wird (siehe auch Tabelle 1). Anders als bei den Anstalten des öffentlichen Rechts sind die Dekane nicht Mitglieder des eigentlichen Vorstands, d.h. der Geschäftsführung der GmbH, haben jedoch einen Gaststatus mit Antragsrecht in den Sitzungen der Geschäftsführung.⁵⁶ Mitglieder der Erweiterten Geschäftsführungskonferenz (EGK) sind neben den Geschäftsführern im Sinne des GmbH-Gesetzes weitere Mitglieder, die nicht Geschäftsführer sind.⁵⁷

Zur Konfliktlösung und zur Wahrung der Belange von Forschung und Lehre wurde ein mehrstufiges Verfahren etabliert. So kann die Ständige Kommission für For-

52 Für eine ausführliche Behandlung der mit der Privatisierung von Universitätskliniken verbundenen Rechtsfragen siehe Sandberger, G.: Rechtsfragen der Privatisierung von Universitätskliniken am Beispiel der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, in: Wissenschaftsrecht, Beiheft 17, Bd. 39, 2006, S. 1 ff.

53 Die Rhön-Klinikum AG hält 95 % der Gesellschaftsanteile. Das Land sichert sich durch einen 5%igen Gesellschaftsanteil einen Zustimmungsvorbehalt in der Gesellschafterversammlung bei allen wesentlichen, bestandsrelevanten Entscheidungen.

54 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Aufnahme der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes, Drs. 7059-06, Berlin, Januar 2006, S. 5 ff. und S. 13 ff.

55 Die Ständige Kommission für Forschung und Lehre setzt sich zusammen aus den beiden Universitätspräsidenten, den beiden Dekanen der Medizinischen Fachbereiche Gießen und Marburg, einem Geschäftsführer der GmbH und einem Mitglied des Mehrheitsgesellschafters.

56 Die GmbH hat einen oder mehrere Geschäftsführer; es können auch stellvertretende Geschäftsführer bestellt werden. Mitglieder der Geschäftsführung sind derzeit der Vorsitzende und Arbeitsdirektor, der Stellvertretende Vorsitzende und Ärztliche Geschäftsführer, der Geschäftsführer für Investitionen, Finanzierung und Zentrale Dienste, der Stellvertretende Ärztliche Geschäftsführer, der Kaufmännische Geschäftsführer für den Standort Gießen sowie der Kaufmännische Geschäftsführer für den Standort Marburg. Die Zuständigkeit der Mitglieder der Geschäftsführung regelt eine Geschäftsordnung.

57 Es sind dies die beiden Dekane, die Ärztlichen Direktoren und die Pflegedirektoren der Standorte Gießen und Marburg.

schung und Lehre (SKFL) mit der Erörterung und Entscheidung aller Fragen aus dem Kooperationsvertrag sowie aller sonstigen, Forschung und Lehre betreffenden Fragen befasst werden. Entscheidungen der SKFL bedürfen der Zustimmung aller ihrer Mitglieder. Kommt eine Einigung zwischen Universität und Klinikum in der SKFL nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Schlichtungskommission.⁵⁸ Anrufung und Befassung der Schlichtungskommission haben aufschiebende Wirkung. Die Entscheidungen der Schlichtungskommission unterliegen der Rechtsaufsicht des Landes und der verwaltungsgerichtlichen Kontrolle. Im Bereich der Strukturplanung gibt es einen Zustimmungsvorbehalt des Klinikums zu Strukturentscheidungen des Fachbereichs in Angelegenheiten der klinischen Medizin. Gesonderte Zustimmungsvorbehalte des Fachbereichs zu Strukturentscheidungen des Klinikums sind demgegenüber nicht direkt vorgesehen. Zustimmungserfordernisse seitens der Fakultät ergeben sich vielmehr indirekt aus dem gesamten Vertragswerk.⁵⁹

Sonderformen der Zusammenarbeit von Universitäten mit Krankenhäusern in unterschiedlicher Trägerschaft:

Regensburger Modell

Das Regensburger Modell der Universitätsmedizin ist charakterisiert durch die Kooperation von drei Fakultäten (Medizin und zwei naturwissenschaftliche Fakultäten) der Universität Regensburg, dem Universitätsklinikum als Anstalt des öffentlichen Rechts sowie vier externen Klinikträgern, die Krankenhäuser in Regensburg und dem Umland betreiben und mit deren Hilfe insgesamt sechs Fächer (Neurologie, Psychiatrie, Urologie, Frauenheilkunde, Pädiatrie und Orthopädie) in der Universitätsmedizin abgedeckt werden. Basis der Zusammenarbeit sind bilaterale Kooperationsverträge zwischen Universität und dem jeweiligen Krankenhausträger. Die leitenden Ärzte der kooperierenden Kliniken sind zugleich berufene Professoren der Universität. Eine personelle Verzahnung zwischen den Leitungsorganen von Fakultät und Universität einerseits und den externen Krankenhäusern und ihren Trägern andererseits besteht nicht. Die Zusammenarbeit zwischen Universität und Universitätsklinikum hingegen entspricht dem Kooperationsmodell, wie es an den übrigen vier Standorten der Universitätsmedizin in Bayern ausgestaltet ist.

58 Die Schlichtungskommission setzt sich paritätisch zusammen aus Vertretern von Universität, Fachbereich und Land auf der einen und Klinikum auf der anderen Seite. Den Vorsitz führt eine vom Wissenschaftsministerium im Einvernehmen mit dem Mehrheitsgesellschafter des Klinikums bestellte Person, deren Stimme bei Stimmgleichheit entscheidet.

59 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Aufnahme der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes, Drs. 7059-06, Berlin, Januar 2006, S. 34 ff.

Bochumer Modell

In Bochum kooperiert die Medizinische Fakultät der staatlichen Ruhr-Universität nicht mit einem privatrechtlichen Klinikum in städtischer Trägerschaft, sondern mit neun verschiedenen Krankenhäusern der Region in unterschiedlicher Trägerschaft („Bochumer Modell“). Basis der Zusammenarbeit ist ein einheitlicher Kooperationsvertrag zwischen der Universität und den kooperierenden Kliniken, die auf diese Weise ein „virtuelles“ Universitätsklinikum bilden. Die leitenden Ärzte der Krankenhäuser sind zugleich berufene Professoren der Universität. Eine personelle Verzahnung zwischen den Leitungsorganen von Fakultät und Universität einerseits und den Krankenhäusern und ihren Trägern andererseits besteht nicht.

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH

Einen weiteren Sonderfall stellt die Medizin an der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH (UWH) dar. Hier kooperieren eine private Universität und deren Fakultät für Medizin mit verschiedenen Krankenhäusern in unterschiedlichen Trägerschaften (öffentlich-rechtliche und private Rechtsformen). Basis der Kooperationen sind hier verschiedene Kooperationsverträge mit den jeweiligen Krankenhausträgern. Charakteristisch für die Universitätsmedizin in Witten/Herdecke ist darüber hinaus, dass die weit überwiegende Anzahl der Professoren der Medizin (insbesondere in den Klinischen Fächern) keine hauptberuflichen Hochschullehrer der privaten Universität sind, sondern als apl. Professoren neben ihrer Tätigkeit als (leitende) Ärzte in den jeweiligen Krankenhäusern Lehraufgaben für die UWH erfüllen.⁶⁰

A.VI. Verfassungsrechtlicher Rahmen

Die Schnittstellenposition zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem bringt es mit sich, dass für die Universitätsmedizin mehrere Artikel des Grundgesetzes (GG) in besonderer Weise zum Tragen kommen. Als Teil des Hochschulsystems ist die Wissenschaftsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 GG die zentrale Norm, aus der für den Staat Organisations- und Finanzierungspflichten ableitbar sind. Das Bundesverfassungsgericht hat dazu in seiner Leitentscheidung von 1973 (Hochschulurteil) festgehalten:

⁶⁰ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Akkreditierung der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Band I, Köln 2006, S. 635-738; Stellungnahme zur Neukonzeptionierung der Humanmedizin im Rahmen des Akkreditierungsverfahrens der „Private Universität Witten/Herdecke gGmbH“ (UWH), Drs. 7340-06, Mainz, Juli 2006.

„Der Staat hat die Pflege der freien Wissenschaft und ihre Vermittlung an die nachfolgende Generation durch Bereitstellung von personellen, finanziellen und organisatorischen Mitteln zu ermöglichen und zu fördern. Das bedeutet, dass er funktionsfähige Institutionen für einen freien Wissenschaftsbetrieb zur Verfügung zu stellen hat. Diesem Gebot kommt deswegen besonders Bedeutung zu, weil ohne eine geeignete Organisation und ohne entsprechende finanzielle Mittel, über die im wesentlichen nur noch der Staat verfügt, heute in weiten Bereichen der Wissenschaften, insbesondere der Naturwissenschaften, keine unabhängige Forschung und wissenschaftliche Lehre mehr betrieben werden kann. [...] Im Bereich des mit öffentlichen Mitteln eingerichteten und unterhaltenen Wissenschaftsbetriebs, d.h. in einem Bereich der Leistungsverwaltung, hat der Staat durch geeignete organisatorische Maßnahmen dafür zu sorgen, dass das Grundrecht der freien wissenschaftlichen Betätigung soweit unangetastet bleibt, wie das unter Berücksichtigung der anderen legitimen Aufgaben der Wissenschaftseinrichtungen und der Grundrechte der verschiedenen Beteiligten möglich ist.“⁶¹

Gleichzeitig darf aber die Beachtung der Wissenschaftsfreiheit in der Universitätsmedizin nicht zu Lasten der Patienten und ihrer Grundrechte gehen, woraus auch Implikationen auf die Organisation insbesondere des Krankenhausbetriebs ableitbar sind. Das Bundesverfassungsgericht hat dies in einer Entscheidung von 1981 hervorgehoben:

„Jeder Patient, der sich in Behandlung eines Universitätskrankenhauses begibt, muss sicher sein, dass sein Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nach allen Regeln ärztlicher Kunst gewahrt wird. Die Krankenversorgung stellt ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut dar, für dessen Schutz der Staat von Verfassungswegen (auch im Hinblick auf das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG) zu sorgen hat. [...] In einem Spannungsverhältnis mit anderen Grund- und Verfassungsrechten kommt der Wissenschaftsfreiheit gegenüber solchen mit ihr kollidierenden gleichfalls verfassungsrechtlich geschützten Prinzipien nicht schlechthin Vorrang zu (BVerfG 47, 327 [368 f.]).“⁶²

Das Bundesverfassungsgericht macht sich im Kontext der oben zitierten Entscheidung die Rechtsprechung des Staatsgerichtshofs für das Land Baden-Württemberg zu Eigen, indem es dessen Urteil zitiert und damit zugleich den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers für Organisationsreformen in der Universitätsmedizin absteckt:⁶³

„Die Strukturierung der universitären Krankenversorgung kann deshalb zwar weitgehend unbedenklich mit Rücksicht auf die Effizienz der Krankenversorgung erfolgen; immer ist jedoch dabei auch zu berücksichtigen, dass die Freiheit medizinischer Forschung und Lehre und die akademische Selbstverwaltung auf diesem Sachgebiet nur dann in ihrem Wesenskern unangetastet bleiben, wenn eine beiden, teilweise untrennbar miteinander verbundenen, Aufgabengebieten Rechnung tragende Organisation des medizinischen Gesamtbereichs der Universität besteht. Dazu gehört vor allem, dass, wie dem Interesse bestmöglicher Krankenversorgung, so auch der Freiheit medizinischer Forschung und

61 BVerfGE 35, 79 [114 f.].

62 BVerfGE 57, 70 [99 f.].

63 Siehe auch Sandberger, G.: Rechtsfragen der Organisationsreform der Hochschulmedizin, Leipzig, 1996.

Lehre und der akademischen Selbstverwaltung der Universität durch geeignete Koordinations- und Kooperationsmöglichkeiten beider Funktionsbereiche und durch sachgerechte organisatorische Verzahnungen Rechnung getragen wird. [...].“⁶⁴

Diese Grundsätze hat das Bundesverfassungsgericht in jüngeren Entscheidungen bekräftigt. So heißt es in der Entscheidung vom 11.11.2002:

„Die primäre Zuständigkeit der Fachbereiche für die Wissenschaftsfreiheit betreffende Fragen wird organisatorisch dadurch gesichert, dass Entscheidungen des Universitätsklinikums im Bereich der Krankenversorgung, soweit Forschung und Lehre betroffen sind, im Einvernehmen mit dem Fachbereich erfolgen müssen.“⁶⁵

Wissenschaftler haben insofern einen aus dem Grundgesetz ableitbaren Anspruch, an der Organisation des Wissenschaftsbetriebs teilzuhaben.⁶⁶ Für Organisationsreformen in der Universitätsmedizin gilt es, im konkreten Einzelfall eine Abwägung der verfassungsrechtlich geschützten Güter vorzunehmen. Die Abwägungsfrage stellt sich dahingehend, ob und wie weit eine von Effizienzprinzipien bestimmte Struktur der Klinikumsorganisation zurücktreten muss, wenn Forschung und Lehre sowie Entscheidungen der akademischen Wissenschaftsverwaltung in dem von Fremdbestimmung frei zu haltenden Bereich in die Aufgabe der Krankenversorgung übergreifen. Es ist dabei mindestens sicherzustellen, dass die Organisationsnormen die freie wissenschaftliche Betätigung und Aufgabenerfüllung strukturell nicht gefährden.⁶⁷ Die Ausgestaltung des konkreten Organisationsrahmens für die Universitätsmedizin ist somit nicht in das Belieben des Gesetzgebers gestellt.

64 StGH B.-W. ESVGH 24, 12 [17].

65 BVerfG, 1 BvR 2145/01, Kammerbeschluss vom 11.11.2002, NVwZ 2003, 600 f.

66 Vgl. auch Epping, V.; Lenz, S.: Weisungsbefugnis in verselbstständigten Klinika – dargestellt am Beispiel der Ausgliederung der Universitätsklinik als Anstalt des Öffentlichen Rechts aus dem Hochschulbereich in Nordrhein-Westfalen, in: Die Öffentliche Verwaltung (DÖV) 2004, S. 1 ff.

67 BVerfGE 85, 360 [384]; BVerfG, 1 BvR 911/00, Beschluss vom 26.10.2004, BVerfGE 111, 333; vgl. auch Geis, M.-E. in: Hailbronner/Geis, Kommentar zum Hochschulrahmengesetz § 58 Rn. 28 ff.

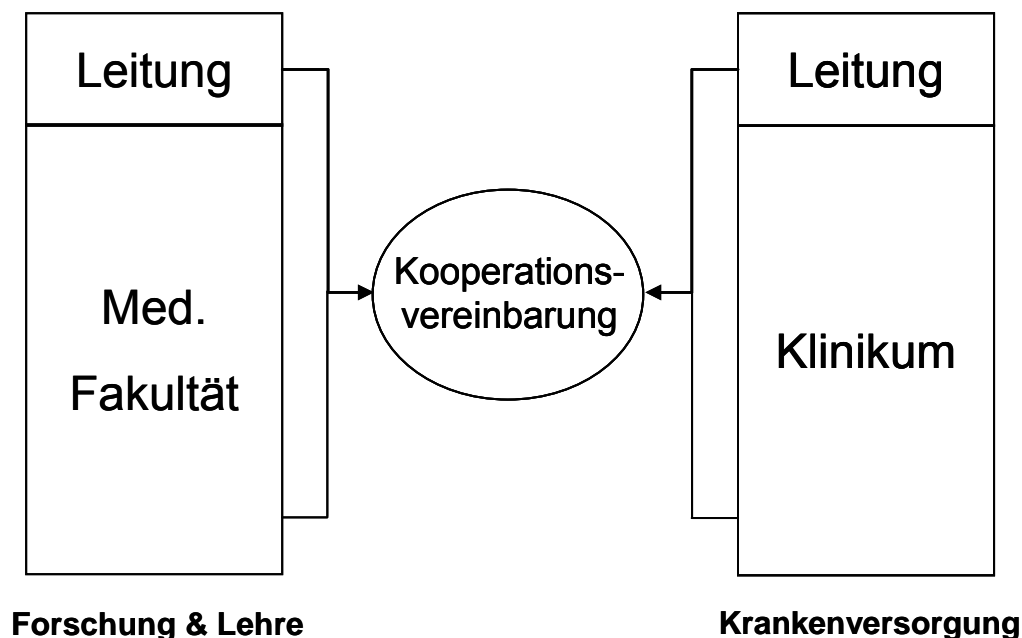
B. Organisationsmodelle

Wie bereits in der Einleitung zum vorangegangenen Abschnitt (siehe Kapitel A.I) angesprochen, liegen den unterschiedlichen Rechtsformen, in denen die Universitätsmedizin verfasst ist, unterschiedliche Organisationsmodelle für das institutionelle Verhältnis von Klinikum mit seiner primären Aufgabe der Patientenversorgung und der Universität bzw. Medizinischen Fakultät mit primär akademischen Aufgaben (Forschung und Lehre) zugrunde. Im Folgenden sollen daher die spezifischen Ausformungen des Kooperations- bzw. Integrationsmodells ausführlicher betrachtet werden.

B.I. Kooperationsmodell

Für ein Organisationsmodell, das eine grundsätzlich getrennte Zuweisung der Aufgaben in Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre an Klinikum bzw. Fakultät/Universität vorsieht, hat die Kultusministerkonferenz (KMK) den Begriff des „**Kooperationsmodells**“ geprägt⁶⁸ (siehe nachfolgende Abbildung 1).

Abbildung 1: Kooperationsmodell



Quelle: Wissenschaftsrat

⁶⁸ Bericht „Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin“. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 29. September 1995.

Bei der Umsetzung dieses Modells wurden die Universitätsklinika rechtlich aus der Universität herausgelöst und als Anstalten des öffentlichen Rechts rechtlich verselbstständigt.

Wesentlicher Grund der Länder für die **rechtliche Verselbstständigung** war die Auffassung, dass die Klinika hierdurch besser unternehmerisch geführt werden können. Insbesondere der durch Reformen im Gesundheitswesen entstandene Kostendruck erfordert erhöhte Wirtschaftlichkeit und flexibleres, unternehmerisches Handeln. Zugleich zeichnete sich ab, dass auch die staatlichen Zuschüsse für Forschung und Lehre nur noch begrenzte Möglichkeiten bieten würden, Defizite zu kompensieren. Diese Entwicklung enthielt ein wachsendes Konfliktpotential zwischen Krankenversorgung einerseits und Forschung und Lehre andererseits, dem durch Strukturänderungen und klare Festlegungen von Verantwortlichkeiten begegnet werden sollte. Eine wichtige Zielsetzung bestand auch darin, die Budgets der Krankenversorgung von den Budgets für Forschung und Lehre zu trennen⁶⁹ und dabei die Aufgabenverantwortung der Medizinisch Fakultät für Forschung und Lehre mit der Finanzverantwortung zusammenzuführen (siehe auch Kapitel C.V).

Zur Errichtung der Anstalten des öffentlichen Rechts haben die Länder entweder besondere Gesetze oder Verordnungen verabschiedet bzw. erlassen, oder für die Medizinischen Fakultäten Sonderregelungen in die Landeshochschulgesetze eingefügt. Dabei wird die Zusammenarbeit zwischen Fakultät und Klinikum zunächst gesetzlich geregelt. Hinzu kommen als kennzeichnendes Element dieses Modells Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Klinikum und der Universität sowie ggf. dem Land, in denen die wesentlichen Inhalte und standortspezifischen Details der Zusammenarbeit vertraglich weiter spezifiziert werden.⁷⁰

Hauptamtliche Ärztliche Direktoren sind nicht selten, jedoch keineswegs zwingend, so dass diesbezüglich auch innerhalb eines Landes Unterschiede zwischen den Universitätsklinika bestehen. Derzeit sind alle Dekane (im Rahmen der Kooperationsmodelle) nebenamtlich tätig, obwohl vier von zehn Landesgesetzen bereits eine Option für hauptamtliche Dekane eröffnen. Kaufmännischer Direktor und Pflegedirektor nehmen ihre Aufgaben immer hauptamtlich wahr.

69 KMK: Bericht „Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin“, Beschluss vom 29. September 1995.

70 Siehe auch: Pallme König, U.: Die rechtliche Einordnung der Kooperationsvereinbarung zwischen Universität und Universitätsklinikum nach nordrhein-westfälischem Recht; in: Wissenschaftsrecht, Beiheft 17, Bd. 39, 2006, S. 63 ff.

Eine enge Verzahnung zwischen den Leitungsorganen von Klinikum und Fakultät wird in aller Regel durch eine partielle Personalunion in den Vorständen erreicht (siehe auch Tabelle A.1.a im Anhang).

Der Dekan ist in aller Regel stimmberechtigtes Mitglied im Klinikumsvorstand und umgekehrt ist der Ärztliche Direktor zumeist stimmberechtigtes Mitglied im Fakultätsvorstand⁷¹. Ausnahmen bilden hier die Universitätsklinika in Kiel/Lübeck und Dresden/Leipzig. In **Schleswig-Holstein** wurde die Verzahnung zwischen Klinikum und Fakultät durch die Etablierung einer zusätzlichen Koordinierungsebene gelöst. Hintergrund ist die 2003 erfolgte Fusion der beiden bereits zum 1. Januar 1999 rechtlich verselbstständigten Klinika in Lübeck und Kiel zum Universitätsklinikum Schleswig-Holstein bei gleichzeitiger Beibehaltung zweier unabhängiger Medizinischer Fachbereiche. Um eine Abstimmung der Entscheidungen zwischen den drei beteiligten Kooperationspartnern zu institutionalisieren, wurde ein siebenköpfiger „Gemeinsamer Ausschuss“ eingerichtet. Ihm gehören die jeweils Verantwortlichen der beiden Dekanate an (Dekan sowie 1. und 2. Prodekan). Den Vorsitz dieses Ausschusses übernimmt jedoch das Vorstandsmitglied für Forschung und Lehre des Klinikums als zusätzlicher externer „Dekan“, der zwar im Klinikum für die Belange von Forschung und Lehre verantwortlich zeichnet, zugleich aber keinen Zugriff auf die jeweiligen Landesführungsbeträge für Forschung und Lehre der beiden Fakultäten hat. Der Vorstand für Krankenversorgung des Klinikums (ÄD) hat ein Gastrecht im Gemeinsamen Ausschuss. Nach dem neuen Hochschulgesetz (HSG 2007) übernimmt der neu einzurichtende „Medizin-Ausschuss“ die Koordination der Fachbereiche untereinander und mit dem Klinikum. Ihm gehören der Wissenschaftsdirektor als Vorsitzender, jeweils zwei Vertreter der Fachbereiche Medizin sowie jeweils ein Vertreter der Präsidien der Universitäten Kiel und Lübeck an. Der Vorsitzende des Vorstands des Klinikums nimmt mit beratender Stimme und Antragsrecht an den Sitzungen des Medizin-Ausschusses teil. Der Wissenschaftsdirektor ist kein Mitglied des Vorstands des Klinikums, nimmt aber mit beratender Stimme und Antragsrecht an dessen Sitzungen teil. Eine wesentliche Neuerung ist, dass die Zuweisung der Landesführungsbeträge für Forschung und Lehre nun unmittelbar an den Medizin-Ausschuss erfolgt. Dieser entscheidet im Benehmen mit den Fachbereichen und dem Vorstand des Klinikums über die Verwendung dieser Finanzmittel.

71 In Hessen ist der Ärztliche Direktor gem. § 59 Abs. 1 HHG nur beratendes Mitglied.

In **Sachsen** ist der Dekan nur beratendes Mitglied im Klinikumsvorstand und das Medizinische Vorstandsmitglied (ÄD) nicht in das Leitungsorgan der Fakultät eingebunden. Der Abstimmung soll hier eine „gemeinsame Konferenz“ dienen, der nach dem Sächsischen Universitätsklinik-Gesetz (§ 7) auch die Konfliktlösung obliegt für den Fall, dass eine Einigung zwischen Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum nicht erreicht werden kann.

Variationen des Kooperationsmodells wurden in Mannheim und Gießen/Marburg realisiert, wo die jeweils kooperierenden Klinika in privater Rechtsform als GmbH geführt werden. Damit gehen auch Modifikationen im Zuschnitt der Leitungsorgane und der internen Abstimmung einher (siehe auch Kapitel A.V).

Weitere Sonderformen des Kooperationsmodells, bei denen die Medizinischen Fakultäten mit mehreren Krankenhäusern zusammenarbeiten, finden sich in Bochum, Regensburg und an der Privaten Universität Witten/Herdecke. Sie wurden bereits in Abschnitt A beschrieben.

Das Kooperationsmodell ist generell durch eine Vielzahl von Abstimmungserfordernissen (u.a. bei Berufungen, Ressourcennutzung, Planungs-, Struktur- und Investitionsentscheidungen) gekennzeichnet (siehe auch Abschnitt C). Neben Benehmens- und Einvernehmensregelungen sind zumeist auch Vetorechte für einzelne Vorstandsmitglieder (Ärztlicher Direktor, Dekan oder Kaufmännischer Direktor) vorgesehen, sofern zentrale Belange des Klinikums bzw. der Fakultät berührt sind. Zumeist gibt es auch explizite Konfliktfallregelungen (eine Ausnahme bildet z.B. Baden-Württemberg, siehe auch Kapitel C.III). Derzeit werden die meisten Einrichtungen der Universitätsmedizin nach dem Kooperationsmodell geführt (siehe nachfolgende Tabelle 1):

Tabelle 1: Kooperationsmodelle in der Universitätsmedizin (Stand: 1. Januar 2007)

Land	Standort	Kooperationsmodell seit	Rechtsform des Klinikums	Organe des Klinikums	Organe der Fakultät	Besonderheiten	Rechtliche Grundlagen*
A. Klinikum als Anstalt des öffentlichen Rechts							
BW	Freiburg Heidelberg Tübingen Ulm	01.01.1998 Neufassung des Gesetzes 15.09.2005	Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts der Universität	Aufsichtsrat Klinikumsvorstand ^{1a)}	Fakultätsvorstand ¹⁾ Fakultätsrat		1998: UKG und UG 2005: LHG insb. § 27 + UKG
BY	TU München	01.07.2003 Neufassung des Gesetzes 01.06.2006	Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Bayern	Aufsichtsrat Klinikumsvorstand ³⁾ Klinikumskonferenz	Dekan Fachbereichsrat		Verordnung, Experimentierklausel (Art. 52i) + BayHSchG, seit 2006: BayUniKlinG
BY	Erlangen LMU München Regensburg Würzburg	01.06.2006	Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Bayern	Aufsichtsrat Klinikumsvorstand ³⁾ Klinikumskonferenz	Fachbereichssprecher (= Dekan) Fachbereichsrat		BayUniKlinG BayHSchG
HE	Frankfurt	01.01.2001 Änderung des UniKlinG 01.01.2006	Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts	Aufsichtsrat Klinikumsvorstand ^{4a)}	Dekanat ⁴⁾ Fachbereichsrat		HHG UniKlinG
MV	Greifswald Rostock	01.05.2003 01.01.2006	Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts der Universität	Aufsichtsrat Vorstand ^{5a)}	Fachbereichsleitung ⁵⁾ Fachbereichsrat		Landesverordnungen ^{+))} LHG-MV
NRW	Aachen Bonn Düsseldorf Essen Köln Münster	01.01.2001	Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts des Landes	Aufsichtsrat Vorstand ⁶⁾	Dekanat ^{6b)} Fachbereichsrat		Verordnung HG (= Artikel 1 des HFG)
RP	Mainz	01.07.1997	Rechtsfähige, gemeinnützige Anstalt des öffentlichen Rechts	Aufsichtsrat Klinikvorstand ⁷⁾ Klinikausschuss ^{7a)}	Dekan Fachbereichsrat		UKIG HochSchG
SL	Homburg/Saar	01.01.2004	Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts	Aufsichtsrat Vorstand ^{8a)}	Dekanat ⁹⁾ Fakultätsrat		UKSG UG
SN	Dresden Leipzig	01.07.1999	Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen	Aufsichtsrat Vorstand ^{9a)}	Dekan Dekanatskollegium ⁹⁾ Fakultätsrat	Gemeinsame Konferenz nach § 7 UKG ^{9b)}	UKG
ST	Halle Magdeburg	01.01.2006	Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts	Aufsichtsrat Klinikumsvorstand ^{10a)}	Fakultätsvorstand ¹⁰⁾ Fakultätsrat		HMG LSA ^{+))} HG LSA
SH	Kiel Lübeck	01.01.1999 Neufassung des HSG ⁺⁺⁾ 04.05.2000 sowie 28.02.2007	Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts der Universitäten Kiel und Lübeck	Aufsichtsrat Vorstand ^{11a)}	Dekan ¹¹⁾ Fachbereichskonvent ^{11c)}	<ul style="list-style-type: none"> ● Fusion der Klinika in Kiel und Lübeck zum Universitätsklinikum Schleswig-Holstein zum 01.01.2003 ^{11b)} ● Ein Klinikum - zwei Fakultäten 	HSG ⁺⁺⁾

Tabelle 1: Fortsetzung

Land	Standort	Kooperationsmodell seit	Rechtsform des Klinikums	Organe des Klinikums	Organe der Fakultät	Besonderheiten	Rechtliche Grundlagen*
B. Klinikum in privater Rechtsform (GmbH)							
BW	Mannheim	01.01.1998	Gemeinnützige GmbH (gGmbH)	Gesellschafterversammlung Aufsichtsrat Geschäftsführer Klinikumsvorstand (nur beratend) ^{2a)}	Fakultätsvorstand ²⁾ Fakultätsrat	Klinikum in Trägerschaft der Stadt Mannheim	Satzung der Klinikum gGmbH Rahmenvereinbarung zw. Land, Uni Heidelberg, Klinikum Mannheim gGmbH Kooperationsvertrag
HE	Gießen-Marburg	AöR: 01.01.2001 bis 01.01.2006 GmbH: seit 02.01.2006	GmbH materiell privatisiertes Klinikum (seit 01.02.2006)	Gesellschafterversammlung Aufsichtsrat Geschäftsführung ^{4b)} Ständige Kommission für Forschung und Lehre (SKFL) ^{4d)}	Dekanat ⁴⁾ Fachbereichsrat	<ul style="list-style-type: none"> • ein Klinikum - zwei Fakultäten ^{4e)} • Erweiterte Geschäftsführung ^{4c)} 	HHG UniKlinG Vertragswerk, Satzung Geschäftsordnung
C. Sonderformen							
NRW	Bochum	15.06.1977 ^{6d)}	Kooperation mit einigen regionalen Kliniken in unterschiedlicher Trägerschaft	entfällt	Dekanat ^{6c)} (gemäß GO) Fachbereichsrat	"Bochumer Modell"	HG (insbesondere § 31 Abs. 5)
NRW	Witten/Herdecke	entfällt (1983: Aufnahme des Studienbetriebs Humanmedizin)	Kooperation mit zahlreichen Kliniken in unterschiedlicher Trägerschaft	entfällt	entfällt	Private Universität	HG + Verträge

Abkürzungen/Erläuterungen

ÄD: Ärztlicher Direktor, AöR: Anstalt des öffentlichen Rechts, F&L: Forschung und Lehre, GO: Grundordnung der Universität, KD: Kaufmännischer Direktor.

BW: Baden-Württemberg, BY: Bayern, HE: Hessen, MV: Mecklenburg-Vorpommern, NRW: Nordrhein-Westfalen, RP: Rheinland-Pfalz, SL: Saarland, SN: Sachsen, ST: Sachsen-Anhalt, SH: Schleswig-Holstein.

* Bei bei den aufgeführten Gesetzen handelt es sich um die jeweiligen Landesgesetze. Bei den Abkürzungen wurde die jeweilige landesspezifische Abkürzung verwendet.

+) Die Bestimmungen der jeweiligen Verordnung werden durch medizinisch-spezifische Regelungen im jeweiligen Landeshochschulgesetz ergänzt und konkretisiert.

++) Die gesetzlichen Regelungen für die Universitätsmedizin sind in das Hochschulgesetz des Landes integriert.

1) Mitglieder des Fakultätsvorstands in BW: Dekan, Prodekan, Studiendekan, ggf. weitere Prodekane soweit nach GO bestellt, ÄD; beratendes Mitglied: KD.

1a) Mitglieder des Klinikumsvorstands in BW: Ltd. ÄD, Stellv. ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan.

2) Sonderfall Mannheim: Mitglieder des Fakultätsvorstands: Dekan, Prodekan, Studiendekan, 2 hauptamtl. Professoren; beratende Mitglieder: Geschäftsführer des Klinikums, Kanzler und Prorektor der Universität Heidelberg.

2a) Der Klinikumsvorstand des Klinikums in Mannheim hat nur eine beratende Funktion. Mitglieder sind: Geschäftsführer des Klinikums, Geschäftsbereichsleiter Finanzen, Ltd. ÄD, Stellv. ÄD, Dekan, Prodekan.

3) Mitglieder des Klinikumsvorstands in BY: ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan.

4) Mitglieder des Dekanats in HE: Dekan, Prodekan, Studiendekan; beratendes Mitglied: ÄD.

4a) Mitglieder des Klinikumsvorstands in Frankfurt: ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan.

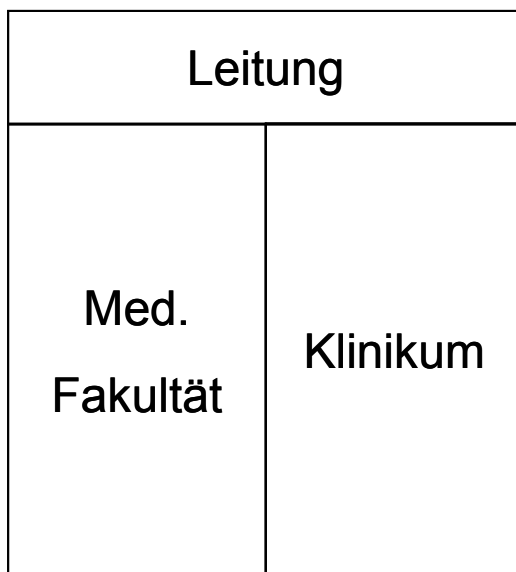
Tabelle 1: Fortsetzung

- 4b) Mitglieder der Geschäftsführung (Gießen/Marburg): Vorsitzender der Geschäftsführung und Arbeitsdirektor, Stellv. Vorsitzender der Geschäftsführung und Ärztlicher Geschäftsführer, Geschäftsführer für Investitionen, Finanzierung und Zentrale Dienste, Stellv. Ärztlicher Geschäftsführer, Kaufmännischer Geschäftsführer für den Standort Gießen, Kaufmännischer Geschäftsführer für den Standort Marburg. Der Stellv. Ärztliche Geschäftsführer und der Kaufmännische Geschäftsführer für den Standort Gießen waren bis Mai 2007 als stellvertretende Geschäftsführer bestellt.
- 4c) Erweiterte Geschäftsleitung (Gießen/Marburg) = Geschäftsführung + weitere Mitglieder der Geschäftsleitung (2 Dekane, 2 ÄD und 2 Pflegedirektorinnen jeweils von den Standorten Gießen und Marburg).
- 4d) Mitglieder der Ständigen Kommission für Forschung und Lehre: 2 Universitätspräsidenten (Gießen, Marburg), 2 Dekane (Gießen, Marburg), 1 Geschäftsführer der GmbH, 1 Vorstandsmitglied des Mehrheitsgesellschafters.
- 4e) Zur Vorbereitung von Strukturentscheidungen der Fachbereiche Gießen und Marburg wird zudem eine gemeinsame Strukturkommission gebildet.
- 5) Mitglieder der Fachbereichsleitung in MV: Dekan, ggf. 2 Professoren gemäß GO; beratende Mitglieder: ÄD und KD.
- 5a) Mitglieder des Vorstands in MV: ÄD, Stellv. ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan (= Fachbereichsleiter).
- 6) Mitglieder des Vorstands in NRW: ÄD, Stellv. ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan.
- 6b) Das Dekanat (in NRW) ist verankert in § 17 der Verordnungen über die Errichtung der Klinika als Anstalten des öffentlichen Rechts. Mitglieder sind: Dekan, Studiendekan, bis zu 2 (ggf. 3) weitere Prodekane nach Maßgabe der Fachbereichsordnung, ÄD (stimmberechtigt, sofern Mitglied der Universität, sonst beratend), beratend: KD.
- 6c) Mitglieder des Bochumer Dekanats: Dekan, Prodekan, Forschungsdekan, Studiendekan.
- 6d) Datum der Unterschrift der Nutzungsverträge mit den Kliniken des "Bochumer Modells". Beginn der medizinischen Ausbildung an der Ruhr-Universität in Bochum 15.10.1969.
- 7) Mitglieder des Klinikvorstands in Mainz: ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan.
- 7a) Mitglieder des Klinikausschusses in Mainz: Leiter oder gfd. Leiter der zum Klinikum gehörenden medizinischen Einrichtungen sowie die Leiter eigenständig geführter Abtlg., 2 Professoren mit der Funktion eines Oberarztes, 2 ärztliche Beschäftigte und 2 nichtwissenschaftliche Beschäftigte des Klinikums, davon eine dem Pflegedienst zugehörige Person.
- 8) Mitglieder des Dekanats im SL (Homburg/Saar): Dekan, Prodekan für Theoretische Medizin und Biowissenschaften, Prodekan für Klinische Medizin, Forschungsdekan, Studiendekan, ÄD. Der ÄD ist auch stimmberechtigtes Mitglied im Bereichsrat für Klinische Medizin.
- 8a) Mitglieder des Vorstands im SL (Homburg/Saar) ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan.
- 9) Mitglieder des Dekanatskollegiums in SN: Dekan, Prodekan, Studiendekan Humanmedizin, Studiendekan Zahnmedizin. Der Sprecher des Vorstands des Universitätsklinikums kann mit beratender Stimme teilnehmen.
- 9a) Mitglieder des Vorstands in SN: Medizinisches Vorstandsmitglied, Kaufmännisches Vorstandsmitglied. Die Satzung des Klinikums kann ein weiteres Vorstandsmitglied vorsehen. Der Dekan kann beratend an den Vorstandssitzungen teilnehmen.
- 9b) Die Gemeinsame Konferenz der Universitätsklinika in SN dient der Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen Klinikum und Fakultät: Mitglieder sind Klinikumsvorstand, Dekan und Prodekan. Dekanat und Klinikumsvorstand haben je eine Stimme. Vorsitz führt eine vom Minister berufene sachkundige Persönlichkeit. In grundsätzlichen Angelegenheiten kann der Vorsitzende den Staatsminister anrufen, der abschließend entscheidet. Sie war ursprünglich als Einrichtung der Abstimmung von Interessen gedacht; in der Praxis wurde sie jedoch v.a. als Konfliktlösungsinstrument verstanden.
- 10) Mitglieder des Fakultätsvorstands in ST: Dekan, Prodekan, Studiendekan, ÄD.
- 10a) Mitglieder des Klinikumsvorstands in ST: ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan.
- 11) Den Dekanaten gehören neben dem Dekan noch der 1. und 2. Prodekan sowie der Studiendekan an. Dem Dekanat wird in der Regel ein Fachbereichsgeschäftsführer zugeordnet.
- 11a) Mitglieder des Vorstands in SH bis 29.03.2007 (HSG 2000): Vorstand für Krankenversorgung, Kaufmännischer Vorstand (hauptberuflich), Vorstand für Forschung und Lehre, Vorstand für Krankenpflege und Patientenservice (hauptberuflich). Die Vorstände für Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre können hauptberuflich tätig sein. Mitglieder des Vorstands in SH ab 30.03.2007 (HSG 2007): Vorstand für Krankenversorgung, Kaufmännischer Vorstand, Vorstand für Krankenpflege und Patientenservice (alle hauptberuflich). Der Wissenschaftsdirektor des Medizin-Ausschusses nimmt mit beratender Stimme und Antragsrecht an den Sitzungen des Vorstands teil.
- 11b) Besonderheit in SH: Die primären Leitungsorgane von Klinikum und Fakultät sind personell nicht verzahnt. Die Koordination der Fachbereiche Medizin untereinander und mit dem Klinikum erfolgt durch ein eigenes Gremium. Bis 29.03.2007 (HSG 2000): "Gemeinsamer Ausschuss" der Med. Fakultäten und des Klinikums gemäß § 59a. Ihm gehören an: 2 Dekane, 2x 1. Prodekan, 2x 2. Prodekan, beratend: 2x Geschäftsführer der Med. Fakultäten. Den Vorsitz führt der Vorstand für Forschung und Lehre des Klinikums. Zusätzlich als Gäste: Vorstand für Krankenversorgung des Klinikums, 2x Studiendekane. Ab 30.03.2007 (HSG 2007): "Medizin-Ausschuss" gemäß § 33. Ihm gehören an: 1 Wissenschaftsdirektor als Vorsitzender, je 2 Vertreter der Fachbereiche Medizin, je 1 Vertreter der Präsidien beider Universitäten (Kiel und Lübeck). Der Vorsitzende des Vorstands des Klinikums nimmt mit beratender Stimme und Antragsrecht an den Sitzungen des Medizin-Ausschusses teil.
- 11c) Nur bis 29.03.2007 (HSG 2000): Dem Fachbereichskonvent gehören zwei vom Vorstand des Klinikums benannte Mitglieder des Vorstands mit Antragsrecht und beratender Stimme an.

B.II. Integrationsmodell

Beim Integrationsmodell erfolgt die organisatorische Verflechtung der unterschiedlichen Aufgabenbereiche der Universitätsmedizin (Forschung, Lehre und Krankenversorgung) in der Weise, dass alle Entscheidungskompetenzen in einer einheitlichen Entscheidungsstruktur zusammengefasst werden (siehe Abbildung 2).⁷²

Abbildung 2: Integrationsmodell



Quelle: Wissenschaftsrat

Fakultät und Universitätsklinikum bilden dabei in der Regel eine gemeinsame Rechtspersönlichkeit mit einem gemeinsamen Leitungsorgan. Beispiele für dieses Modell sind die Körperschaftslösungen in Berlin, Hamburg und Thüringen. Darüber hinaus gibt es das Integrationsmodell auch noch in zwei anderen Rechtsformen in Niedersachsen: Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) als unselbstständiger Landesbetrieb (siehe Kapitel A.I) und die „Universitätsmedizin Göttingen“ als weitgehend eigenständiger Teil einer rechtsfähigen Stiftung des öffentlichen Rechts (siehe Kapitel A.IV). Eine Übersicht der Standorte und Rechtsformen des Integrationsmodells zeigt Tabelle 2.

⁷² KMK: Bericht „Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin“, Beschluss vom 29. September 1995.

Tabelle 2: Standorte und Rechtsformen des Integrationsmodells

Berlin	Körperschaft des öffentlichen Rechts als Gliedkörperschaft* zweier Universitäten (Freie Universität und Humboldt-Universität)
Göttingen	Rechtsfähige Stiftung des öffentlichen Rechts, darin „Universitätsmedizin Göttingen“ als eigener Bereich mit einem von der Universität getrennten Stiftungskapital
Hamburg	Körperschaft des öffentlichen Rechts als Gliedkörperschaft* der Universität Hamburg
Hannover	Medizinische Hochschule Hannover als rechtlich unselbstständiger Landesbetrieb
Jena	Rechtsfähige Teilkörperschaft* der Universität Jena

* Gliedkörperschaft und Teilkörperschaft sind hier als rechtlich synonyme Begriffe zu verstehen; wiedergegeben sind die Formulierungen der jeweiligen Landesgesetze.

Quelle: Landesgesetze

In Bezug auf die konkrete Umsetzung, die Organe der Körperschaft und die internen Abstimmungsprozesse bestehen im Detail jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Integrationsmodellen (siehe Tabelle 3).

Träger der jeweiligen Körperschaften und mithin der Universitätsklinika in Berlin, Hamburg und Thüringen bleibt das Land. Dies gilt auch für die Medizinische Hochschule Hannover (MHH); für die Universitätsmedizin Göttingen ist die Trägerschaft hingegen auf eine Stiftung übergegangen.

In Hamburg führt das Land die Rechts- und Organaufsicht.⁷³ In Berlin⁷⁴ liegen Rechts- und Fachaufsicht bei der Senatsbehörde, Analoges gilt für die MHH. Zudem schließt das Land regelmäßig Verträge mit der Charité über die Grundzüge der weiteren Entwicklung der Universitätsmedizin. Für Jena ist nur die Rechtsaufsicht des Landes über das Klinikum vorgesehen. Für Göttingen liegt die Rechtsaufsicht über die Hochschule (Körperschaft) bei der Stiftung. Die Stiftung nimmt die staatliche Angelegenheit der Krankenversorgung als eigene Aufgabe wahr; deshalb entfällt die Fachaufsicht.

In allen Fällen des Integrationsmodells – einschließlich der Standorte in Niedersachsen – richten sich Wirtschaftsführung und Rechnungswesen nach kaufmännischen Regeln. Das Prüfungsrecht der Obersten Landesrechnungshöfe bleibt erhalten. Alle

73 § 3 Abs. 5 des Gesetzes zur Errichtung der Körperschaft „Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf“ (UKEG).

74 § 89 des Gesetzes über die Hochschulen im Land Berlin, Berliner Hochschulgesetz (BerlHG).

Körperschaften verfügen über eigene Verwaltungen, die sowohl für das Universitätsklinikum als auch die Medizinische Fakultät – sofern vorhanden – zuständig sind. Die Körperschaften besitzen volle Rechtsfähigkeit (als juristische Personen) und sind daher außenrechtsfähig. Sie verfügen über die Arbeitgebereigenschaft. Dies gilt in Niedersachsen nur für die Stiftung Universität Göttingen, nicht jedoch für die MHH. Die Dienstherreneigenschaft (eigene Beamte) erhielten die Charité, das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und die Stiftung Universität Göttingen, nicht jedoch das Universitätsklinikum Jena. In Hamburg wurde die Bauherreneigenschaft vollständig auf das UKE übertragen; auch in Thüringen hat die Teilkörperschaft die Bauherreneigenschaft erhalten.⁷⁵ Der Charité wurde für Maßnahmen im Umfang von bis zu vier Mio. Euro die Bauherreneigenschaft übertragen.

Als **Organe** erhält die Universitätsmedizin im Integrationsmodell mindestens einen Vorstand und ein Aufsichtsorgan sowie einen Fakultätsrat. Die meisten Organe wurden für die Charité in Berlin etabliert (siehe auch nachfolgende Tabelle 3).

Die operative Geschäftsführung obliegt dem **Vorstand**. In der Regel werden beim Integrationsmodell (einschließlich Niedersachsen) alle Vorstandsmitglieder – also auch der Dekan (bzw. das so genannte Vorstandsmitglied für Forschung und Lehre) – hauptamtlich bestellt (siehe Tabelle A.1.b im Anhang). Insofern wurde hier – im Gegensatz zu den im Kooperationsmodell nebenamtlichen Dekanen (siehe auch S. 46 und Tabelle A.1.a im Anhang) – auch auf der Ebene der akademischen Aufgaben-träger eine Professionalisierung der Leitung vollzogen. Einzige Ausnahme bildete bisher das UKE, das erst im April 2007 einen hauptamtlichen Dekan erhielt. Der Vorstand der Universitätsmedizin in Hannover ist, bedingt durch ihren Status als eigene Hochschule, zugleich das Präsidium der MHH. Dessen Zusammensetzung unterscheidet sich aber nicht von Göttingen und den übrigen Integrationsmodellen.⁷⁶ Weitere Organe der MHH sind der Senat und der Hochschulrat.

75 In Hamburg und Thüringen wurden zudem alle Grundstücke und Immobilien unentgeltlich in den Besitz der jeweiligen Universitätsklinik (UKE bzw. Jena) überführt. Gleiches gilt für die Universitätsmedizin Göttingen und das Universitätsklinikum in Mainz (siehe Fußnoten 47 und 49).

76 In Niedersachsen ist die Ressortzuständigkeit der Vorstandsmitglieder gesetzlich geregelt: Organisation und Weiterentwicklung von Forschung und Lehre, Organisation und Weiterentwicklung der Krankenversorgung einschließlich der Leistungsplanung und der Bettenstruktur, Leitung der Verwaltung. Eine gegenseitige Vertretung der Vorstandsmitglieder ist gesetzlich ausgeschlossen.

Tabelle 3: Integrationsmodelle in der Universitätsmedizin (Stand: 1. Januar 2007)

Land	Standorte	Bezeichnung / Name	Rechtsform (seit)	bestehend aus	Mitglieder	Organe	Besonderheiten	Rechtliche Grundlagen
BE*	Berlin	Charité - Universitätsmedizin Berlin (Charité)	Körperschaft des öffentlichen Rechts als Gliedkörperschaft der FU* und der HU* (27.05.2003 bzw. Neufassung 05.12.2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin • Universitätsklinikum Charité - Universitätsmedizin Berlin 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptberuflich Beschäftigte • Immatrikulierte Studierende ¹⁾ • Ggf. Weitere (per Satzung) 	Medizinssenat ²⁾ Fakultätsrat Aufsichtsrat ³⁾ Vorstand ⁴⁾ Fakultätsleitung ⁵⁾ Klinikumsleitung ⁶⁾	Hauptamtlicher Vorstand einschließl. Dekan und hauptamtlicher kaufm. Leiter der Fakultät	BerUniMedG (2005), BerlHG (2005)
HH**	Hamburg	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)	Rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts als Gliedkörperschaft der Universität (12.09.2001)	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Fakultät der Universität Hamburg • früheres Universitäts-Krankenhaus Eppendorf 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptberuflich Beschäftigte • Immatrikulierte Studierende 	Kuratorium ⁷⁾ Medizinischer Fakultätsrat Dekan Vorstand ⁸⁾	Dekan (auch als Vorstandsmitglied) war bis Anfang 2007 nebenamtlich; Dekanat leitet die Medizinische Fakultät; Mitglieder sind: Dekan, Prodekane sowie ein Geschäftsführer.	UKEG, Satzung
NI	Göttingen	Universitätsmedizin Göttingen	Universität als Körperschaft unter dem Dach einer rechtsfähigen Stiftung des öffentlichen Rechts, darin die Universitätsmedizin Göttingen mit eigenem Stiftungsvermögen (01.01.2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Fakultät • Universitätsklinikum • alle medizinischen Einrichtungen der Universität • die zugehörigen Betriebseinheiten und Verwaltungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptberuflich Tätige • Eingeschriebene Studierende sowie Doktoranden 	(Stiftungsrat) ⁹⁾ Stiftungsausschuss Universitätsmedizin ^{9,10)} Vorstand der Universitätsmedizin Göttingen ¹¹⁾ Fakultätsrat ¹²⁾	Hauptamtlicher Vorstand; Vorstand fasst seine Entscheidungen (in der Regel) einstimmig; Benehmen zw. Vorstand und Fakultätsrat bei Errichtung, Änderung, Zusammenlegung und Aufhebung von Organisationseinheiten sowie Festlegung ihrer Aufgaben und Organisationsstrukturen; Einvernehmen über Grundzüge der Entwicklungsplanung; Präsidium der Universität und Vorstand des Universitätsmedizin Göttingen informieren sich regelm. über alle wesentl. Angelegenheiten ihrer Geschäftsbereiche, z.T. mit Einvernehmensregelungen und ggf. Schlichtung durch den Stiftungsrat ⁹⁾ .	NHG insbes. §§ 59 ff.

Tabelle 3: Fortsetzung

Land	Standorte	Bezeichnung / Name	Rechtsform (seit)	bestehend aus	Mitglieder	Organe	Besonderheiten	Rechtliche Grundlagen
NI	Hannover	Medizinische Hochschule Hannover (MHH)	Rechtlich unselbstständiger Landesbetrieb (17.05.1965)	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Hochschule Hannover 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptberuflich Tätige der MHH • Eingeschriebene Studierende sowie Doktoranden 	Hochschulrat ¹³⁾ Senat ¹⁴⁾ Präsidium der MHH (= Vorstand) ¹⁵⁾	Einzigste Medizinische Hochschule in Deutschland Benehmen zw. Vorstand (= Präsidium) und Fakultätsrat (= Senat) bei Errichtung, Änderung, Zusammenlegung und Aufhebung von Organisationseinheiten sowie Festlegung ihrer Aufgaben und Organisationsstrukturen; Einvernehmen über die Grundzüge der Entwicklungsplanung. Präsident (= Vorstand für F&L) und Studiendekan nehmen Funktion des Dekanats wahr.	NHG insbes. §§ 59 ff.
TH	Jena	Universitätsklinikum Jena	Rechtsfähige Teilkörperschaft der Universität (01.01.2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinischer Fachbereich • Universitätsklinikum 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptberuflich Tätige • Eingeschriebene Studierende 	Verwaltungsrat ¹⁶⁾ Klinikumsvorstand ¹⁷⁾ Fachbereichsrat	Hauptamtlicher Vorstand, Einstimmigkeit bei Entscheidung im Vorstand Benehmen zw. Vorstand und Präsidium der Universität sowie Fachbereichsrat bei Änderungen der Einrichtungen, Bestellung von Leistungspositionen. Einvernehmen zwischen Fachbereichsrat und Vorstand bei Berufungen und bei Beschlüssen über die Grundsatzung und die St&E-Planung soweit wesentliche Angelegenheiten von F&L betroffen sind.	Thüringer Hochschulgesetz §§ 91-100

* FU: Freie Universität Berlin; HU: Humboldt-Universität zu Berlin.

** Das UKE-Modell verbindet Integrations- und Kooperationsmodell, da Medizinische Fakultät und Klinikum intern getrennt sind (verschiedene Haushalte, verschiedene Ressortzuständigkeiten). Zugleich bestehen Benehmensregelungen zw. Klinikum und Fakultät bei Belangen von F&L im Verbund mit einem Schlichtungsausschuss (gem. § 22 UKEG und § 15 Satzung) als Konfliktfallregelung. Auch das Berliner Modell ist eine Kombination aus Integrations- und Kooperationsmodell.

Tabelle 3: Fortsetzung

- 1) Die Studierenden sind sowohl an der FU als auch an der HU immatrikuliert.
- 2) Mitglieder des Medizinssenats: Beratend: die beiden Präsidenten (mit Vorsitz im Wechsel) von FU und HU; stimmberechtigt: 7 Hochschullehrer, 2 Studierende, 2 akad. Mitarbeiter, 2 sonstige Mitarbeiter [alle bis auf 1 Hochschullehrer dürfen nicht Mitglied der Charité] sein.
- 3) Mitglieder des Aufsichtsrats: Wissenschaftssenator (Vorsitz), Finanzsenator, 5 externe Sachverständige, 3 hauptberuflich Beschäftigte (Beamte, Angestellte, Arbeiter); Beratend: Frauenbeauftragte der Charité, Personalrat.
- 4) Mitglieder des Vorstands: Vorstandsvorsitzende, Direktor des Klinikums, Dekan (alle hauptamtlich); beratende Mitglieder: Mitglieder der Klinikumsleitung und der Fakultätsleitung.
- 5) Mitglieder der Fakultätsleitung: Dekan, Kaufm. Leiter der Fakultät, Prodekan für Forschung, Prodekan für Lehre.
- 6) Mitglieder der Klinikumsleitung: Direktor des Klinikums (Vorsitz), Kaufmännischer Leiter des Klinikums, Pflegedirektor, ÄD (gewählt von den Professoren der Zentren).
- 7) Mitglieder des Kuratoriums: 1 Vertreter der Aufsichtsbehörde (= Behörde für Wissenschaft und Forschung) als Vorsitzender, 1 Vertreter der Behörde für Finanzen, 4 externe Sachverständige, Präsident der Universität Hamburg, 1 vom Medizinischen Fakultätsrat gewähltes Mitglied, das nicht dem Vorstand angehört, 4 von den Beamten, Angestellten und Arbeitern gewählte Mitglieder, insgesamt 11 Mitglieder.
- 8) Mitglieder des Vorstands: ÄD, KD, Direktor für Patienten- und Pflegemanagement, Dekan.
- 9) Das überwiegend extern besetzte Aufsichtsorgan der Universität ist der Stiftungsausschuss Universität, das überwiegend extern besetzte Aufsichtsorgan der Universitätsmedizin Göttingen ist der Stiftungsausschuss Universitätsmedizin. Er nimmt auch die Rechtsaufsicht wahr. Der Stiftungsrat besteht aus den Mitgliedern von Stiftungsausschuss Universität und Stiftungsausschuss Universitätsmedizin und tritt in den Angelegenheiten, die außer der Universitätsmedizin auch andere Teile der Stiftung Universität Göttingen betreffen, an die Stelle der Stiftungsausschüsse.
- 10) Mitglieder des Stiftungsausschusses Universitätsmedizin: 5 Personen: ein vom Stiftungsausschuss der Universität (Göttingen) aus seiner Mitte bestimmtes Mitglied, zwei Personen, die das Fachministerium auf Vorschlag des Fakultätsrats der Medizinischen Fakultät bestellt und die weder Mitglieder noch Angehörige der Universität Göttingen sind, darunter eine Person mit Fachkompetenz für die medizinische oder wirtschaftliche Leitung von Krankenhäusern, ein vom Senat gewähltes Mitglied der Universität Göttingen und ein Vertreter des Fachministeriums. Beratend: der Vorstand der Universitätsmedizin sowie ggf. die Gleichstellungsbeauftragte und die Mitglieder der Personalvertretung der Universitätsmedizin.
- 11) Mitglieder des Vorstands (jeweils hauptberufliche Bestellung bis zu sechs Jahre): Mitglied Ressort Forschung und Lehre (in Personalunion mit dem Dekan) und zugleich Sprecher des Vorstands, Mitglied Ressort Krankenversorgung, Mitglied Ressort Wirtschaftsführung und Administration.
- 12) Der Fakultätsrat (FR) tritt in Angelegenheiten der Universitätsmedizin an die Stelle des Senats (der Universität Göttingen). Der Dekan als Vorsitzender des FR stellt für den Vorstand der Universitätsmedizin Göttingen zugleich das Benehmen mit dem FR her.
- 13) Hochschulrat: Überwiegend extern besetztes Aufsichtsorgan der Hochschule.
- 14) Höchstes akademisches Entscheidungsgremium der Hochschule (entspricht hier aber dem "Fakultätsrat" anderer Medizin-Standorte in Deutschland). Die Regelungen aus Fußnote 12 (Fakultätsrat Göttingen) gelten analog für den Senat der MHH.
- 15) Mitglieder des Präsidiums der MHH (= Vorstand) (jeweils hauptberufliche Bestellung bis zu sechs Jahre): Präsidiumsmitglied Ressort Forschung und Lehre (= Präsident und Personalunion mit dem Dekan), Präsidiumsmitglied Ressort Krankenversorgung, Präsidiumsmitglied Ressort Wirtschaftsführung und Administration.
- 16) Zusammensetzung des Verwaltungsrats: Hochschul-Minister (Vorsitz) oder dauerhafter Vertreter, Finanzminister oder dauerhafter Vertreter, Leiter der Universität Jena oder dauerhafter Vertreter, 1 Hochschullehrer, 2 Externe, 1 Mitarbeiter (Beamter oder Arbeitnehmer) des Universitätsklinikums.
- 17) Mitglieder des Klinikumsvorstands (alle hauptamtlich): Medizinischer Vorstand (ÄD), Kaufmännischer Vorstand, Dekan des Fachbereichsrats als Wissenschaftlicher Vorstand; Amtszeit jeweils höchstens sechs Jahre, der Sprecher (Vorsitz) wird in der Regel für vier Jahre aus diesem Personenkreis bestellt. Der Pflegedirektor nimmt beratend an den Sitzungen des Klinikumsvorstands teil.

Das Aufsichtsorgan bestellt den Vorstand, überwacht dessen Tätigkeit und entscheidet in grundsätzlichen Angelegenheiten. Doppelte Leitungsstrukturen für Fakultät einerseits und Klinikum andererseits entfallen. Gleichwohl gibt es zumeist auch beim Integrationsmodell einen Fakultätsrat (zum Teil mit einem dem Senat der Universität entsprechenden Aufgabenspektrum). Die Aufgaben von Forschung, Lehre und Krankenversorgung sind jedoch nicht institutionell getrennt, sondern werden durch eine **primäre Ressortzuständigkeit** der Vorstandsmitglieder aufgeteilt. Dabei entspricht das Ressort „Forschung und Lehre“ funktionell dem Dekan, das Ressort „Krankenversorgung“ dem Ärztlichen Direktor und das Ressort „Wirtschaft/Verwaltung“ dem Kaufmännischen Direktor im Kooperationsmodell. Eine Vollmitgliedschaft im Vorstand („Vierer-Vorstand“) für den Pflegedirektor, wie sie an nahezu allen Standorten⁷⁷ des Kooperationsmodells etabliert wurde, gibt es auch in Berlin und Hamburg, nicht aber in Niedersachsen und Thüringen. Bei diesen Integrationslösungen nimmt der Pflegedirektor lediglich beratend an den Vorstandssitzungen teil, nicht jedoch in Niedersachsen.

Bedingt durch die Einheit von Fakultät und Klinikum im Rahmen des Integrationsmodells nehmen die gesetzlichen **Regelungen zur Zusammenarbeit** und Konfliktlösung der beiden Partner eine nachrangige Stellung im Vergleich zum Kooperationsmodell ein, da davon ausgegangen wird, dass der Interessenausgleich bei Entscheidungen innerhalb des Vorstands und nicht zwischen verschiedenen Leitungsorganen erfolgen muss (siehe auch Abschnitt C). In **Hamburg** werden Vorstandsentscheidungen („Vierer-Vorstand“) mehrheitlich herbeigeführt.⁷⁸ Über ein Vetorecht verfügt nur der Kaufmännische Direktor. Entscheidungen, die sich auf Forschung und Lehre auswirken, erfordern lediglich das Benehmen mit dem Dekanat der Medizinischen Fakultät. Darüber hinaus gibt es aber gestufte Einvernehmensregelungen: Entscheidungen über Entwicklungspläne für das Klinikum und die Bestellung von Leitungspositionen bedürfen des Einvernehmens mit dem Dekanat und Entscheidungen über Errichtung, Änderung und Aufhebung von Leistungsbereichen bedürfen des Einvernehmens mit dem Medizinischen Fakultätsrat. Kommt eine einvernehmliche Entscheidung nicht zustande, entscheidet ein so genannter „Schlichtungsausschuss“⁷⁹.

77 Einzige Ausnahme beim Kooperationsmodell ist Sachsen.

78 Bei Stimmgleichheit entscheidet der Ärztliche Direktor.

79 Mitglieder des Schlichtungsausschusses sind der Vertreter der Aufsichtsbehörde als Vorsitzender, der Präsident der Universität Hamburg, der Ärztliche Direktor und der Dekan.

Einvernehmens- und Konfliktfallregelungen wurden auch in **Berlin** realisiert: Zwar entscheidet der Vorstand („Dreier-Vorstand“) mit Mehrheit und das Gesetz legt ausdrücklich fest, dass der Dekan und der Direktor des Klinikums bei Entscheidungen des Vorstands nicht an Festlegungen der Fakultäts- und der Klinikumsleitung gebunden sind. Allerdings kann der Dekan den Aufsichtsrat anrufen, wenn er die Belange von Forschung und Lehre durch eine Entscheidung im Universitätsklinikum, in der Klinikumsleitung oder durch eine Abstimmung im Vorstand beeinträchtigt sieht. Zudem erfordern Vorstandsentscheidungen, die sich strukturell auf Forschung und Lehre auswirken, ein Einvernehmen mit dem Fakultätsrat. In Niedersachsen und Thüringen gibt es Einvernehmensregelungen zwischen Vorstand und Fakultät für Entscheidungen über Berufungsvorschläge und zur Struktur- und Entwicklungsplanung.

Gemeinsam ist den beiden Medizinstandorten **Niedersachsens**, dass das Gesetz⁸⁰ für Vorstandsentscheidungen eine Einstimmigkeit vorsieht. Kommt die Einstimmigkeit jedoch nicht zustande, werden Mehrheitsentscheidungen ermöglicht, so dass zumindest de jure kein Vorstandsmitglied über ein Vetorecht verfügt.⁸¹ Konfliktfall- oder Schlichtungsregelungen sind mit der Ausnahme von Berufungen⁸² nicht vorgesehen (siehe auch Kapitel C.III). Ein Einvernehmen zwischen Vorstand und Fakultätsrat ist lediglich für die Grundzüge der Entwicklungsplanung und für den Gleichstellungsplan erforderlich, während u.a. die eigentliche Beschlussfassung über die Entwicklungsplanung und Gestaltung der Organisation, der Abschluss von Zielvereinbarungen mit dem Land sowie die Beschlussfassung über den Wirtschaftsplan im Benehmen mit dem Fakultätsrat erfolgen.

80 Die nachfolgend aufgeführten Regelungen des Niedersächsischen Hochschulgesetzes (NHG) gelten analog für die MHH, wobei dort der Senat die Aufgaben des Fakultätsrates wahrnimmt.

81 § 63 f Abs. 1 NHG: „Der Vorstand fasst seine Beschlüsse in Vorstandsangelegenheiten nach § 63 e Abs. 2 [dies sind Entscheidungen, die nicht einem einzelnen Vorstandsmitglied übertragen sind] einstimmig. Kommt ein Beschluss nach Satz 1 nicht zustande, so genügt bei einer nochmaligen Abstimmung die einfache Mehrheit. Beschlüsse nach § 63 e Abs. 2 Nr. 12 [Berufungen] kommen gegen die Stimme des Vorstandsmitglieds [für Forschung und Lehre = Dekan = Vorstandssprecher bzw. Präsident der MHH] nicht zustande.“

82 Bei Berufungen ist ein Einvernehmen zwischen Vorstand und dem Präsidium der Hochschule, nicht jedoch mit dem Fakultätsrat erforderlich.

C. Verhältnis von Fakultät und Klinikum

C.I. Primat von Forschung und Lehre

Die wesentliche Aufgabe der Universitätsmedizin ist es, den ärztlichen Nachwuchs auszubilden und medizinische Forschung zu betreiben. Während biomedizinische Grundlagenforschung grundsätzlich auch außerhalb der Medizinischen Fakultäten und auch außerhalb der Hochschulen stattfindet, sind die Universitäten⁸³ der einzige Ort der grundständigen Mediziner Ausbildung, die mit einem Staatsexamen beendet wird und in der Regel zur Approbation als Arzt oder Zahnarzt führt. Zur Verwirklichung einer praxisnahen Ausbildung und einer patientenorientierten Forschung sind Universitätsklinika notwendig. Träger der Lehre und Forschung ist die Universität, die sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben der Universitätsklinika und ggf. weiterer Krankenhäuser bedient. Dementsprechend wurden und werden die Einrichtungen der Medizinischen Fakultäten einschließlich der Universitätsklinika investiv weitestgehend⁸⁴ aus den Mitteln der Wissenschaftsministerien finanziert.

Die Universitätsklinika werden somit vom Auftrag her **zum Zwecke von Forschung und Lehre** betrieben und dienen insofern der Erfüllung akademischer Pflichten. Zugleich bedeutet dies, dass die Universitätsklinika keine eigenen Aufgaben in Forschung und Lehre außerhalb des Verantwortungsbereichs der jeweiligen Medizinischen Fakultät wahrnehmen. Dieses Grundverständnis des Primats von Forschung und Lehre gegenüber den Versorgungsaufgaben ist zumeist auch in die Formulierungen der Landesgesetze zur Universitätsmedizin eingegangen.

Allerdings bestehen graduelle, aber nichtsdestotrotz bemerkenswerte Nuancen in Bezug auf die konkrete Ausformulierung der Landesgesetze: Im Rahmen des Kooperationsmodells sprechen sechs von zehn Landesgesetzen von einer **dienenden Funktion** der Klinika gegenüber den Universitäten oder den Medizinischen Fakultäten (Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein). Hinzuzuzählen ist auch Schleswig-Holstein, dessen Hochschulgesetz eine dienende Funktion der Krankenversorgung für Forschung und

⁸³ Einschließlich der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).

⁸⁴ Ausnahmen bilden Mannheim, die private Universität Witten-Herdecke, die über kein staatlich anerkanntes Universitätsklinikum verfügt, Gießen/Marburg (teilweise) sowie Bochum und alle Kliniken anderer Träger, mit denen Universitäten kooperieren.

Lehre bestimmt, ohne damit allerdings einen Dienstleistungscharakter für das Klinikum insgesamt zum Ausdruck zu bringen.

Im Unterschied dazu betonen die Landesgesetze in Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Sachsen eher den **Kooperationscharakter** zwischen Universität und Universitätsklinikum. Sinngemäß wird bestimmt, dass das Universitätsklinikum in enger Zusammenarbeit mit der Universität die Verbindung der Krankenversorgung mit Forschung und Lehre gewährleistet und dabei die im Grundgesetz verankerte Freiheit in Forschung und Lehre wahrt und somit sicherstellt, dass die Mitglieder der Universität diese Grundrechte wahrnehmen können. Im Gesetz für die hessischen Universitätskliniken wird von Unterstützung des Fachbereichs Medizin bei dessen Aufgabenerfüllung in Forschung und Lehre gesprochen. Ergänzend wird festgelegt, dass Bestimmungen über die Erfüllung der Aufgaben in Forschung, Lehre, Verwaltung und Krankenversorgung in einer gesonderten Vereinbarung⁸⁵ zu treffen sind, so dass von einer mit den anderen Standorten vergleichbaren, funktionalen und verbindlichen Verknüpfung auszugehen ist.

Da im Integrationsmodell (Berlin, Hamburg, Niedersachsen und Thüringen) keine rechtliche Trennung zwischen Klinikum und Fakultät vollzogen wird, sind auch die Regelungen zur Zusammenarbeit weniger prominent. Stattdessen steht im Integrationsmodell tendenziell eher die **Einheit von akademischem Auftrag und Krankenversorgung** im Vordergrund. Dementsprechend legt das Gesetz in Hamburg zunächst fest, dass Aufgaben in Wissenschaft und Krankenversorgung vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) zu erfüllen sind. Zugleich erinnern aber die weiteren Regelungen mit getrennten Aufgabenzuweisungen an Klinikum bzw. Fakultät sehr deutlich an das Kooperationsmodell. So wird bestimmt, dass das UKE der Medizinischen Fakultät bei der Erfüllung seiner Aufgaben dient, während umgekehrt die Medizinische Fakultät an der Krankenversorgung lediglich teilnimmt und nicht dem Klinikum, sondern der Verbesserung der Medizin dienen soll.⁸⁶

85 § 15 des Gesetzes für die hessischen Universitätskliniken (UniKlinG).

86 § 2 Abs. 1 des Gesetzes zur Errichtung der Körperschaft „Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf“ (UKEG): „Das UKE [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf] erfüllt seine Aufgaben in der medizinischen Wissenschaft und der Krankenversorgung im Zusammenwirken von Medizinischer Fakultät und Klinikum sowie in Kooperation mit medizinischen Einrichtungen in der Region. Die Medizinische Fakultät nimmt die Aufgaben von Lehre, Studium, Forschung und Weiterbildung in den medizinischen Fachdisziplinen und medizinnahen Grundlagenwissenschaften wahr und dient mit der Teilnahme an der Krankenversorgung zugleich der Fortentwicklung der Medizin. Das Klinikum erbringt Krankenversorgungs- und sonstige Krankenhausleistungen im Sinne der Bestimmungen über die gesetzliche Krankenversicherung und dient der Medizinischen Fakultät bei der Erfüllung seiner Aufgaben.“

In Thüringen (Jena) gibt es keine funktionale Trennung der Aufgaben, wohl aber eine funktionale Gewichtung zwischen den Teilbereichen Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits, obwohl beide vom Universitätsklinikum (in seiner Einheit mit der Medizinischen Fakultät) wahrgenommen werden. So ist das Universitätsklinikum Jena „verantwortlich für die Pflege der Wissenschaft in Forschung und Lehre einschließlich der Ausbildung von Studierenden; es nimmt daran ausgerichtet Aufgaben in der Krankenversorgung wahr“.⁸⁷ Insbesondere durch diesen Nachsatz kommt die wesentliche Bedeutung von Forschung und Lehre zusammen mit den Versorgungsaufgaben deutlich zum Ausdruck.

Die Berliner Regelungen für die Charité betonen demgegenüber zunächst die besondere Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung, greifen dann aber ebenfalls den Dienstleistungscharakter der Krankenversorgung auf.⁸⁸ Auf eine Ausrichtung der Krankenversorgung an Forschung und Lehre – wie in Thüringen – wird dabei jedoch verzichtet. Vielmehr erscheinen wissenschaftliche und medizinische Exzellenz und wirtschaftliche Krankenversorgung als gleichrangige Unternehmensziele (siehe auch § 2 Abs. 7 des BerlUniMedG).⁸⁸ Im Unterschied dazu werden schließlich im Niedersächsischen Hochschulgesetz⁸⁹ akademische Pflichten und Aufgaben der Krankenversorgung ohne funktionellen Bezug als gleichrangige Aufgaben der Universitätsmedizin beschrieben.⁹⁰

C.II. Abstimmung von Entscheidungen zwischen Fakultät und Klinikum

Bei der Darstellung des grundsätzlichen Verhältnisses von Forschung und Lehre zur Krankenversorgung im vorangegangenen Abschnitt ist bereits deutlich geworden,

87 § 91 Abs. 2 des Thüringer Hochschulgesetzes.

88 Berliner Universitätsmedizinengesetz: Präambel: „Die „Charité – Universitätsmedizin Berlin (Charité)“ nimmt ihre hochschulmedizinischen Aufgaben in der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung wahr.“ § 2(1): „Die Charité besteht aus der „Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin“ und dem „Universitätsklinikum Charité – Universitätsmedizin Berlin“. [...] Es [das Universitätsklinikum] dient der Medizinischen Fakultät bei der Erfüllung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre und nimmt Aufgaben in der Krankenversorgung wahr. [...]“ § 2(7): „Alle Maßnahmen der Charité sollen die wissenschaftliche und medizinische Exzellenz sowie die wirtschaftliche Krankenversorgung und den effektiven Einsatz der Mittel für Forschung und Lehre gewährleisten und fördern.“

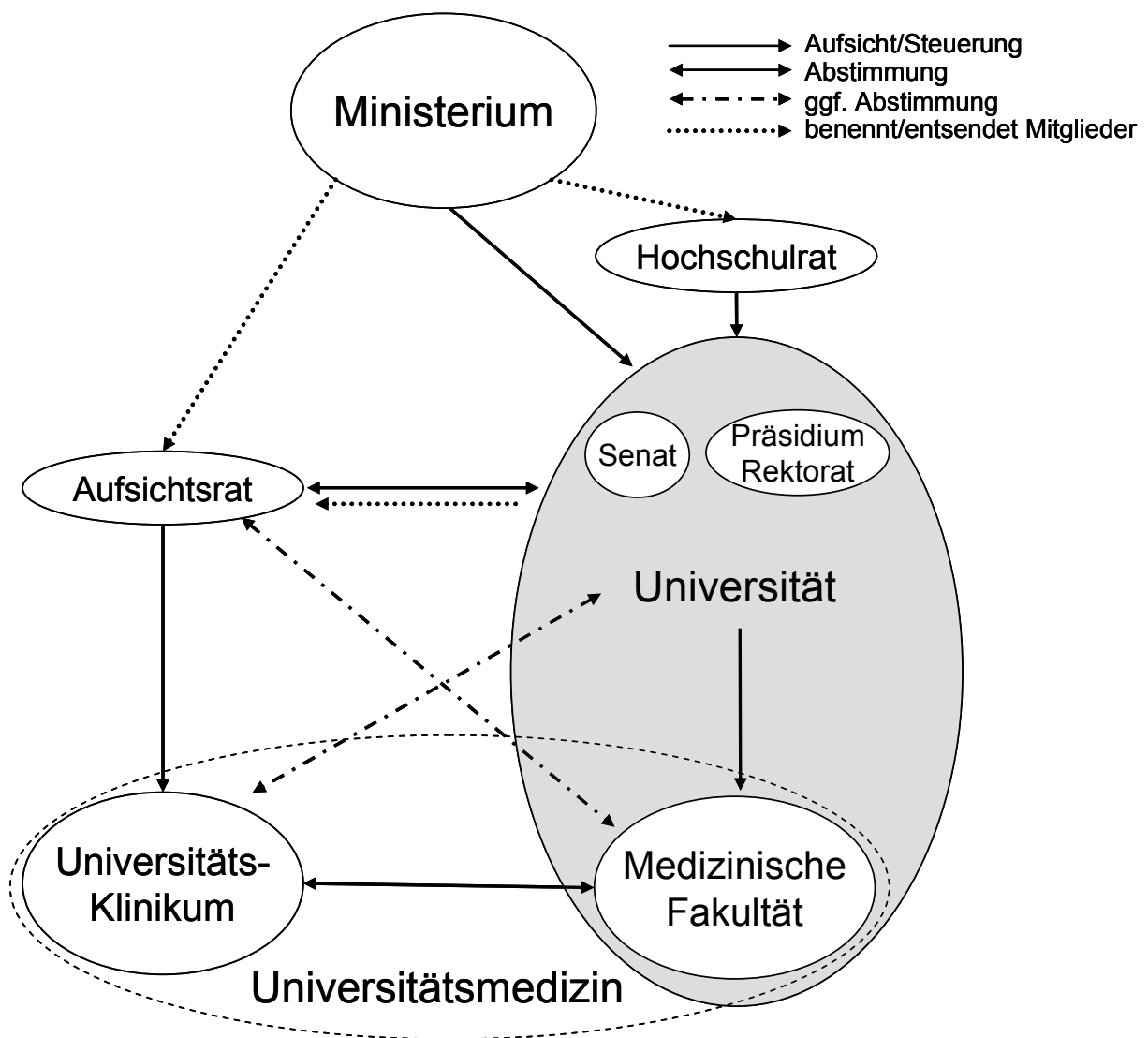
89 § 3(4): „Den Universitäten und den Hochschulen [...] obliegt die Ausbildung des wissenschaftlichen und künstlerischen Nachwuchses. [...]“ und § 3(5): „Die Medizinische Hochschule Hannover und die Universitätsmedizin Göttingen (humanmedizinische Einrichtungen) sowie die Tierärztliche Hochschule Hannover erbringen zusätzlich Dienstleistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens. Die humanmedizinischen Einrichtungen nehmen auch Aufgaben der Krankenversorgung, die Tierärztliche Hochschule Hannover nimmt solche der tiermedizinischen Versorgung wahr. Die humanmedizinischen Einrichtungen und die Tierärztliche Hochschule Hannover beteiligen sich an der Ausbildung von Angehörigen anderer als ärztlicher Heilberufe.“ Niedersächsisches Hochschulgesetz (NHG), in der Fassung vom 24. Juni 2002 in der Neubekanntmachung vom 26. Februar 2007.

90 Insofern zeigt sich in der niedersächsischen Gesetzgebung am deutlichsten eine Auflösung der unmittelbaren Bindung universitärer Krankenversorgung an die Zwecke von Forschung und Lehre. Dieser Umstand spiegelt möglicherweise auch wider, dass nur die niedersächsischen Universitätsklinikum im Zuge der Organisationsreformen nicht aus dem Verbund der Universität herausgelöst wurden, so dass eine Wiederaufnahme in das HBFG per Rechtsverordnung durch den Bund und eine vorangehende Empfehlung des Wissenschaftsrates nicht erforderlich waren, da ansonsten dieser Aspekt möglicherweise eine stärkere Beachtung gefunden hätte.

dass unabhängig vom konkreten Organisationsmodell die Teilbereiche eng miteinander verzahnt sind und je nach Kontext in unterschiedlicher Weise voneinander abhängen. Die Ausgestaltung der Abstimmungsprozesse ist daher ein essenzieller Bestandteil aller gesetzlichen Regelungen zur Universitätsmedizin.

In der nachstehenden Abbildung 3 werden die zahlreichen Abstimmungsnotwendigkeiten veranschaulicht.

Abbildung 3: Abstimmungsnotwendigkeiten



Quelle: Wissenschaftsrat

Die Abbildung zeigt die wichtigsten Abstimmungsbeziehungen modellhaft für das Kooperationsmodell, bei dem Klinikum und Fakultät rechtlich und organisatorisch

getrennt sind. Gleichwohl können die meisten der dargestellten Abstimmungsbeziehungen grundsätzlich auch im Integrationsmodell bestehen. Die Abbildung vereinfacht insofern, als ein Teil der Organe und Gremien von Fakultät und Klinikum (Fakultätsrat, Fakultätsleitung, Vorstand, Klinikumskonferenz, ggf. weitere) nicht gesondert dargestellt sind, sondern unter Fakultät bzw. Klinikum subsumiert wurden. Zudem werden auch die inneruniversitären Relationen nicht gesondert dargestellt.

Im Folgenden sollen die horizontalen Abstimmungsbeziehungen an der Schnittstelle zwischen Klinikum und Fakultät eingehender betrachtet werden.

Da nicht jede Vorstandsentscheidung in Klinikum oder Fakultät Auswirkung auf den jeweils anderen Bereich hat, gilt es die Aufgaben im Vorfeld klar zu trennen. Für die notwendigen Abstimmungsprozesse enthalten alle Landesgesetze bzw. -verordnungen mehr oder weniger detaillierte Regelungen, um das Verhältnis auszutarieren. Wesentliche Instrumente hierzu sind Benehmens-, Einvernehmens- und Konfliktfallregelungen. Eine ausführliche Zusammenstellung der wichtigsten Bestimmungen enthält Tabelle A.2 „Entscheidungen und Abstimmungsregelungen zwischen Fakultät und Klinikum“ im Anhang.

Eine Analyse der 14 Ländergesetze⁹¹ bzw. -verordnungen zeigt, dass bei einer Vielzahl von Unterschieden im Detail überall weitgehend wirkungsgleiche Regelungen getroffen wurden, um die Abstimmung zwischen Fakultät und Klinikum zu moderieren und insbesondere die Belange von Forschung und Lehre zu wahren.

Schlüsselfigur der Abstimmung ist, unabhängig vom Organisationsmodell (Kooperationsmodell oder Integrationsmodell), der Dekan. Mit Ausnahme Sachsens, Schleswig-Holsteins und Mannheims ist er stets Mitglied des Klinikumsvorstands⁹² und nimmt insofern eine Doppelfunktion wahr, indem er einerseits dem Gesamterfolg des Klinikums verpflichtet ist und zum anderen den Belangen von Forschung und Lehre zur Durchsetzung verhelfen muss. Um dies formal zu ermöglichen, finden sich in den Landesregelungen zwei verschiedene Ansätze: das Einstimmigkeits- und das Mehrheitsprinzip.

91 Brandenburg und Bremen haben keine Universitätsmedizin.

92 Zur Stellung des Dekans in der Geschäftsleitung der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH siehe Kapitel A.V.

Einstimmigkeitsprinzip

Das Einstimmigkeitsprinzip wird nur beim Integrationsmodell in Niedersachsen und Thüringen angewandt. Dort werden Vorstandsentscheidungen grundsätzlich einstimmig gefasst, so dass jedes Vorstandsmitglied faktisch über ein Vetorecht verfügt und die Leitungsverantwortung insofern im Vorstand konzentriert wird, als Konflikte bis zur Entscheidungsreife dort ausgefochten werden müssen, weil ansonsten eine Handlungsblockade droht. Bei diesem Leitungsmodell verzichteten die Länder auf eine gesetzlich geregelte Schlichtung (siehe auch Kapitel C.III). Analog soll in Thüringen die Grundsatzung des Klinikums ein Schlichtungsverfahren vorsehen, wenn ein Einvernehmen nicht erzielt werden kann. Im Falle Niedersachsens ermöglicht das Gesetz zusätzlich für den Fall, dass keine Einstimmigkeit erreicht wird, dass bei einer zweiten Beschlussfassung eine einfache Mehrheit genügt.⁹³ Nach Auskunft des Landes wurde von dieser Möglichkeit einer Mehrheitsentscheidung nach interner Übereinkunft bisher noch kein Gebrauch gemacht.

Mehrheitsprinzip

In allen anderen Ländern gilt das Mehrheitsprinzip für Vorstandsentscheidungen, wobei in Bayern, Hamburg, im Saarland und in Schleswig-Holstein bei Stimmengleichheit der Ärztliche Direktor als Vorsitzender entscheidet (zur Zusammensetzung der Vorstände siehe auch Tabelle A.1 im Anhang).⁹⁴ Um bei dieser Konstruktion die Belange von Forschung und Lehre ausreichend zu wahren, kommen Widerspruchsrechte, Einvernehmensregelungen oder sogar beides zur Anwendung.

1. Widerspruchsrechte

In einigen Ländern verfügt der Dekan (bzw. das Dekanat, die Fakultätsleitung oder der Fachbereich) über ein Widerspruchsrecht gegen Vorstandsentscheidungen, die Forschung und Lehre beeinträchtigen und bei denen der Dekan im Vorstand dennoch überstimmt wurde. Beispiele sind Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein⁹⁵

93 Siehe Fußnote 81.

94 Keine expliziten Regelungen für Stimmengleichheit gibt es in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt. In Baden-Württemberg wird die Stimmengleichheit in den Geschäftsordnungen der Klinikumsvorstände geregelt mit einem Stimmenentscheid des Vorsitzenden. In Nordrhein-Westfalen ist in den Satzungen der Universitätsklinik festgehalten, dass in Abstimmungen des Vorstands die Stimme des Vorsitzenden bei Stimmengleichheit den Ausschlag gibt.

95 In Schleswig-Holstein hatte bisher der jeweilige Fachbereich Medizin und nicht der Dekan, der nicht im Vorstand vertreten ist, ein Widerspruchsrecht. Zu beachten ist hier jedoch die besondere Konstruktion des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, das zwei Medizinischen Fakultäten dient. Nach dem HSG 2007 wird das Widerspruchsrecht vom neu eingerichteten Medizin-Ausschuss wahrgenommen, durch den die Koordination der Fachbereiche untereinander und mit dem Klinikum erfolgt.

sowie als Sonderformen Berlin und Sachsen-Anhalt mit zusätzlichen Einvernehmensregelungen (siehe nachfolgenden Abschnitt). Dieser Ansatz erfordert ein Konfliktlösungsverfahren, das regelt, wie mit dem Widerspruch umzugehen ist, wer ggf. eine Schlichtung herbeiführt oder sogar wer anstelle des Vorstandes abschließend entscheidet.

Letztlich führen all diese Bestimmungen dazu, die endgültige Entscheidung aus den Vorständen in andere Organe zu verlagern. Insofern ermöglicht es das Widerspruchsrecht mit Konfliktfallregelung, Entscheidungsblockaden zu vermeiden, indem eine externe Entscheidungsfindung herbeigeführt wird. Dabei liegt es in der Verantwortung des Vorstandes selbst, ob und bis zu welchem Grade er das Heft des Handelns aus der Hand gibt. Dies ist auch deshalb von Belang, da die Widerspruchsmöglichkeit in der Regel an keine hohen inhaltlichen Hürden gebunden ist, sondern lediglich eine „Beeinträchtigung“ von Forschung und Lehre verlangt.

Beim Widerspruchsmodell muss der Dekan abwägen, ob er seine Stellung dazu nutzt, Vorstandsentscheidungen nach außen sichtbar anzufechten oder schmerzhaft Entscheidungen auch zu Lasten von Forschung und Lehre mitzutragen.

Die Schlichtung bzw. Konfliktlösung selbst wird wiederum mit vielfältigen Modifikationen in den einzelnen Ländern verwirklicht (siehe Kapitel C.III).

2. Einvernehmensregelungen

Statt eines Widerspruchsrechts finden sich in den meisten Ländern⁹⁶ Einvernehmensregelungen, nach denen der Klinikumsvorstand bei (wichtigen) Entscheidungen, die sich – ggf. strukturell – auf Forschung und Lehre auswirken⁹⁷, das Einvernehmen mit der Fakultät (bzw. Dekan, Fakultätsleitung oder Fakultätsrat) herstellen muss (siehe auch Tabelle A.2 im Anhang). Die Voraussetzungen für das Einholen des Einvernehmens sind also zum Teil deutlich höher als bei der obigen Widerspruchsregelung. In der praktischen Durchführung dürfte sich diese Variante jedoch kaum vom Verfahren mit Widerspruchsrecht des Dekans unterscheiden.

Dennoch bestehen erhebliche qualitative Unterschiede. Das Erfordernis des Einvernehmens impliziert, dass der Vorstand ohne Zustimmung der Fakultät in diesen

96 Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Sachsen. Zu den Besonderheiten der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH siehe Kapitel A.V.

97 Z.B. Änderungen von Kliniken oder Besetzung von Leitungspositionen, Struktur- und Entwicklungsplanung.

strukturellen Fragen nicht entscheidungsfähig ist. Insofern ist auch formal der Entscheidungsprozess im Unterschied zum Widerspruchsverfahren noch gar nicht abgeschlossen. Zugleich besteht die Funktion des Dekans weniger in der Rolle des Bewahrers der Wissenschaftsbelange im Klinikumsvorstand, sondern im Informationsaustausch und in der Vermittlung zwischen Klinikumsvorstand und Fakultätsrat bzw. Fakultät.

Allerdings gibt es hier weitere Unterschiede im Detail, da in manchen Landesgesetzen lediglich ein Einvernehmen mit dem Dekan/Dekanat vorgesehen ist, während andere Länder explizit ein Einvernehmen mit der Fakultät oder dem Fakultätsrat vorschreiben. Bisweilen wird zudem differenziert, ob es sich um planerische Entscheidungen oder Entscheidungen beispielsweise zu Stellenbesetzungen handelt. Insgesamt ist die Wahrnehmung der Belange von Forschung und Lehre zumeist nicht nur auf die Person des Dekans konzentriert.

Darüber hinaus findet sich in Berlin und Sachsen-Anhalt eine Mischform der beiden obigen Varianten, bei der einerseits dem Dekan ein Widerspruchsrecht eingeräumt wird und andererseits Einvernehmensregelungen für strukturelevante Entscheidungen festgelegt werden.

Zudem bestehen bei einzelnen Widerspruchs- und Einvernehmensmodellen verschiedene Zusatzbestimmungen, wie beispielsweise vice-versa-Regelungen in Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern, nach denen auch dem Klinikum ein Widerspruchsrecht gegen Entscheidungen der Fakultät eingeräumt wird.⁹⁸ Zudem kann der Kaufmännische Direktor ein Vetorecht erhalten, wenn er Grundsätze wirtschaftlicher Haushaltsführung verletzt sieht. Ebenso kann der Ärztliche Direktor über eine Sperrminorität verfügen, damit wichtige Entscheidungen nicht gegen seine Stimme getroffen werden (siehe auch Tabelle A.2 im Anhang). Mit Ausnahme des letzten Falls greifen dann ebenfalls die Bestimmungen zur Konfliktlösung.

98 Ein wechselseitiges Widerspruchsrecht sieht auch das neue Hochschulgesetz in Schleswig-Holstein vor (HSG 2007). Hier steht dem Vorstand des Klinikums gegen Entscheidungen des Medizin-Ausschusses, die wesentliche strukturelle Belange des Klinikums betreffen, ein Widerspruchsrecht zu, das aufschiebende Wirkung hat, wenn es sich nicht um unaufschiebbare Angelegenheiten handelt (§ 33 Abs. 7). Dem Medizin-Ausschuss steht ein entsprechendes Widerspruchsrecht gegen Entscheidungen des Vorstands bezüglich der Belange von Forschung und Lehre zu (§ 88 Abs. 3).

C.III. Schlichtung und Konfliktlösung

Wie bereits beim Widerspruchmodell angesprochen, beinhaltet eine externe Konfliktlösung zumeist eine Verlagerung der Entscheidungskompetenz. Dies gilt ebenso für die Einvernehmensregelungen, die für den Fall der Verweigerung in der Regel⁹⁹ einen alternativen Mechanismus zur Entscheidungsfindung vorsehen. Maßgeblich hierfür ist das Ziel, eine durch gegenseitige Blockaden bedingte Einschränkung der Handlungsfähigkeit der Vorstände zu vermeiden.

In den verschiedenen Ländergesetzen lassen sich drei Grundvarianten der Konfliktlösung identifizieren: Aufsichtsrat als Konfliktlösungsinstrument, gesonderte Schlichtungsgremien oder vollständiger Verzicht auf eine Schlichtung.

a) Aufsichtsrat als Konfliktlösungsinstrument

Im weitaus häufigsten Fall obliegt dem Aufsichtsrat des Klinikums die Pflicht zur Konfliktlösung. Dieser Ansatz findet sich in acht von vierzehn Ländern und ist mit Ausnahme Berlins auf Kooperationsmodelle beschränkt.¹⁰⁰In diesen Fällen wird der Aufsichtsrat zugleich ermächtigt, abschließende Entscheidungen zu treffen. Dieses exekutive Recht des Aufsichtsrates ist in den Ländern jedoch sehr unterschiedlich ausgeprägt: So folgt beispielsweise in Bayern und im Saarland für den Fall eines nicht zustande kommenden Einvernehmens eine Entscheidung durch den Aufsichtsrat, der dadurch gleichsam in einem Automatismus operative Verantwortung erhält.

In Berlin, Hessen (nur Frankfurt), Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein wird der Aufsichtsrat hingegen erst aktiv, wenn der Vorstand oder ggf. einzelne Vorstandsmitglieder (insbesondere der Dekan oder Fachbereiche) dies beantragen. Erwähnenswert sind Detailregelungen in Berlin und Schleswig-Holstein. So bestimmt das Gesetz für die Charité lediglich, dass der Aufsichtsrat vom Dekan angerufen werden kann, wobei mit dieser Formulierung aber eine endgültige Beschlussfassung durch den Aufsichtsrat intendiert ist. In Schleswig-Holstein kommt dem Aufsichtsrat nach den gesetzlichen Bestimmungen vorrangig eine vermittelnde oder schlichtende Moderatorenrolle zu. So ist es eine gesetzliche

99 Ausnahmen sind Baden-Württemberg, Niedersachsen und Thüringen (siehe auch nachfolgenden Abschnitt c) „Keine gesetzlichen Vorgaben zur Konfliktlösung“.

100 Länder mit Aufsichtsrat als Organ der Konfliktlösung: Bayern, Berlin, Hessen (nur Frankfurt), Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein (nach dem HSG 2007 nur noch bei einem Widerspruch des Kaufmännischen Vorstands gegen Entscheidungen des Vorstands nach § 88, Abs. 4) und mit anderer Gewichtung (siehe auch Fußnoten 102 und 106) Thüringen.

Aufgabe des Aufsichtsrates, eine „Verständigung herbeizuführen“, „auf Verlangen ein Einigungsverfahren“ einzuleiten und auf ein „Einvernehmen hinzuwirken“. Erst danach kann (und keineswegs muss) der Aufsichtsrat Beschlüsse fassen.¹⁰¹ Mit dem neuen Hochschulgesetz (HSG 2007) geht die Konfliktlösung in Schleswig-Holstein vom Aufsichtsrat auf eine beim Ministerium angesiedelte Schiedsstelle über.

Hessen (nur Frankfurt) und das Saarland unterscheiden zudem im Konfliktfall zwischen **zwei Ebenen**: Demnach ist der Aufsichtsrat nur zuständig für Konflikte auf der operativen Ebene zwischen Klinikum und Fakultät. Bei Konflikten auf der Aufsichtsebene zwischen Aufsichtsrat und Universität (Saarland) bzw. zwischen Aufsichtsrat und Dekanat (Frankfurt) entscheidet das Ministerium. Das Ministerium hat in beiden Ländern auch bestimmenden Einfluss im Aufsichtsrat.

b) Gesondertes Schlichtungsgremium zur Konfliktlösung

In vier Ländern wurden gesonderte Schlichtungsgremien etabliert.¹⁰² Schleswig-Holstein folgt 2007 mit einer neu einzurichtenden Schiedsstelle.

In **Sachsen-Anhalt** ist ein differenziertes und vielstufiges Verfahren vorgegeben. Zunächst kann der Dekan einen Widerspruch mit aufschiebender Wirkung gegen Vorstandsbeschlüsse geltend machen. Wird diesem Widerspruch nicht abgeholfen, kann er auf Antrag des Fakultätsvorstandes einen Schlichter oder das Ministerium anrufen. Erst wenn der Schlichter kein Einvernehmen herstellen kann, entscheidet nach Anhörung das zuständige Ministerium. Sachsen-Anhalt ist damit auch das einzige Land, das die Option für einen mehrstufigen Konfliktlösungsprozess eröffnet. Für den Fall des Widerspruchs des Kaufmännischen Direktors entscheidet der Aufsichtsrat.

Für das Universitätsklinikum **Hamburg-Eppendorf (UKE)** wurde ein so genannter „Schlichtungsausschuss“ gebildet, der bei Streitigkeiten zwischen Klinikum und Fakultät abschließend entscheidet. Insofern übernimmt nicht das „Kuratorium“, das als Aufsichtsorgan der Gliedkörperschaft UKE fungiert, diese Funktion. Bemerkenswert

101 Angesichts der besonderen Struktur der Universitätsmedizin in Schleswig-Holstein mit einem Klinikum und zwei Medizinischen Fakultäten, spiegelt das alte Hochschulgesetz (HSG 2000) hier vermutlich insbesondere die Absicht des Gesetzgebers wider, vorrangig einvernehmliche Lösungen herbeizuführen.

102 Gesonderte Schlichtungsgremien (mit Entscheidungskompetenz) gibt es in Hamburg, Hessen (nur Gießen/Marburg), Sachsen, Sachsen-Anhalt und ggf. in Thüringen, wo ein Schlichtungsverfahren in der Grundsatzung verankert werden soll. (Das neue Thüringer Hochschulgesetz ist zum 1. Januar 2007 in Kraft getreten; die Grundsatzung liegt noch nicht vor, so dass weitergehende Angaben derzeit nicht möglich sind).

ist hier, dass es sich um keine externe Konfliktlösung handelt, da der Ausschuss im Wesentlichen von den unmittelbar Beteiligten selbst gebildet wird.¹⁰³

In **Hessen** (nur Gießen/Marburg) und **Sachsen** dürften organisatorische Besonderheiten ausschlaggebend gewesen sein, gesonderte Schlichtungsinstanzen vorzusehen. Dies gilt insbesondere für das privatisierte Universitätsklinikum **Gießen und Marburg** (mit dem Mehrheitsgesellschafter Rhön-Klinikum AG), dessen Aufsichtsrat oder dessen Gesellschafterversammlung für eine Konfliktentscheidung zwischen privatem Klinikum und zwei Medizinischen Fachbereichen von zwei staatlichen Universitäten per se nicht in Frage kommen. Konflikte werden daher in der Ständigen Kommission für Forschung und Lehre und nachfolgend insbesondere in der Schlichtungskommission, in der Vertreter des Universitätsklinikums und Vertreter der beiden Universitäten, der Medizinischen Fachbereiche und des Landes zu gleichen Teilen repräsentiert sind und eine externe Person den Vorsitz führt, entschieden.

In ähnlicher Weise entscheidet in **Sachsen** bei nicht herstellbarer Einigung zwischen Klinikum und Medizinischer Fakultät eine so genannte „Gemeinsame Konferenz“. Hintergrund dürfte die Besonderheit sein, dass der Dekan, anders als in allen anderen Klinika mit der Rechtsform einer Anstalt des öffentlichen Rechts, kein Mitglied des Klinikumsvorstands ist. Insofern erfüllt die Gemeinsame Konferenz eine doppelte Funktion, indem sie zwar ein Gremium zur Konfliktlösung ist, aber auch als Ort der Verständigung zwischen Klinikumsvorstand und Dekanatskollegium konzipiert wurde. Dort sollen Klinikum und Fachbereich mit gleichem Gewicht unter dem Vorsitz eines externen Vorsitzenden zusammenwirken. Letzterer kann in Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung den Wissenschaftsminister zur endgültigen Entscheidung anrufen.

In **Schleswig-Holstein** wird nach dem neuen Hochschulgesetz (HSG 2007) künftig eine beim Ministerium angesiedelte Schiedsstelle in Konfliktfällen zwischen Klinikumsvorstand und Medizin-Ausschuss entscheiden.¹⁰⁴ Hier entsenden beide Parteien je zwei Vertreter aus ihren Reihen. Darüber hinaus bestellt das Ministerium einen Vorsitzenden.

103 Mitglieder sind der Ärztliche Direktor, der Dekan der Medizinischen Fakultät, ein Vertreter der Hamburger Wissenschaftsbehörde und der Präsident der Universität Hamburg.

104 Das neue Hochschulgesetz in Schleswig-Holstein ist zum 30. März 2007 in Kraft getreten. Zum wechselseitigen Widerspruchsrecht von Vorstand und Medizin-Ausschuss siehe Fußnote 98.

c) Keine gesetzlichen Vorgaben zur Konfliktlösung

Keine gesetzlichen Vorgaben zur Schlichtung im Vorstand gibt es in Niedersachsen, Thüringen¹⁰⁵ und Baden-Württemberg.

Die Bestimmungen in **Niedersachsen** und **Thüringen**¹⁰⁶ sind zunächst vor dem Hintergrund des Integrationsmodells zu betrachten, das die besondere Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung betont. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass Entscheidungen des Klinikumsvorstands (einschließlich des hauptamtlichen Dekans) grundsätzlich einstimmig erfolgen müssen. Insofern verfügen faktisch alle Vorstandsmitglieder über Widerspruchsrechte.

Bemerkenswert ist vor diesem Hintergrund, dass **Baden-Württemberg** als einziges Land mit dem Kooperationsmodell gänzlich auf eine Konfliktlösung verzichtet.¹⁰⁷ Entscheidungen im Klinikumsvorstand werden mehrheitlich getroffen, so dass der Dekan jederzeit überstimmt werden kann. Dennoch verfügt der Dekan, singulär in Deutschland, über kein Widerspruchs- oder Vetorecht. Allerdings müssen strukturelevante Entscheidungen des Klinikums, wie z.B. die Besetzung von Abteilungen, die Änderungen der Struktur oder Organisation im Einvernehmen mit der Fakultät sowie die Struktur- und Entwicklungsplanung im Einvernehmen mit der Universität getroffen werden. Folge dieser Regelung ist ein relativ starker Vorstand, der sein operatives Geschäft auch im Konfliktfall nicht aus der Hand geben darf. Gleichzeitig verfügen Fakultät bzw. Universität zumindest in strukturellen Angelegenheiten de facto über ein Vetorecht, so dass ein starker Anreiz zur konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Krankenversorgung besteht.

C.IV. Struktur- und Entwicklungsplanung

Die Struktur- und Entwicklungsplanung gehört zu den zentralen Aufgaben der Geschäftsführung und ist zugleich ein strategisch ausgerichtetes Instrument, das in aller Regel einer Genehmigung durch das Aufsichtsorgan bedarf. Dem Wesen der Universitätsmedizin entsprechend umfasst die Struktur- und Entwicklungsplanung zudem alle Funktionsbereiche von Forschung, Lehre und Krankenversorgung sowie

105 Siehe auch Fußnoten 100, 102 und 106.

106 Eine gesetzliche Regelung zur Schlichtung gibt es in Thüringen jedoch für den Fall, dass ein Einvernehmen zwischen Vorstand und Fachbereichsrat nicht erzielt werden kann. Dieses Einvernehmen ist u. a. für die Grundsatzung sowie die Struktur- und Entwicklungsplanung erforderlich. In diesen Konfliktfällen soll der Verwaltungsrat (= Aufsichtsrat) entscheiden, und die Entscheidung ist dem Ministerium anzuzeigen (gem. § 98 Abs. 2 ThürHG).

107 Auf Nachfrage teilt das Land mit, dass eine Regelung zur Schlichtung von Konflikten seit 1998 nicht vermisst worden sei.

deren Administration. Insofern kumulieren gerade in der Struktur- und Entwicklungsplanung die Abstimmungserfordernisse zwischen Fakultät und Klinikum sowohl auf der operativen Ebene der Klinikumsvorstände und Fakultätsleitungen als auch auf der Ebene der Aufsichtsorgane (zwischen Aufsichtsrat und Universität) sowie zwischen den operativen Vorständen und der Aufsichtsebenen von jeweils Klinikum und Fakultät (siehe auch Abbildung 3). In ähnlicher Weise erfordert auch das zunehmend von den Ministerien und Universitäten eingesetzte Steuerungsinstrument der Zielvereinbarung eine aufwändige Abstimmung zwischen allen genannten Ebenen. Insofern verdienen die unterschiedlichen Regelungen in den Landesgesetzen¹⁰⁸ eine gesonderte Betrachtung, zumal die Festlegung der Zukunftsstrategie einen zentralen Punkt der Universitätsmedizin insgesamt berührt. Trotz dieser zentralen Bedeutung wird die Struktur- und Entwicklungsplanung explizit nicht in allen Landesgesetzen zur Universitätsmedizin berücksichtigt (siehe auch Tabelle A.2 im Anhang).

Gesetzliche Verankerung der Struktur- und Entwicklungsplanung

In sechs Ländern (Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen) wird ein Einvernehmen zwischen Wissenschaft und Krankenversorgung in Bezug auf die Struktur- und Entwicklungsplanung festgeschrieben. Jedoch bestehen bereits hier bemerkenswerte Unterschiede: In Baden-Württemberg ist das **Einvernehmen** mit der Universität für Planungen des Klinikums herzustellen. In Hamburg und in Sachsen ist hingegen bei Entscheidungen des Klinikums über Struktur- und Entwicklungspläne das Einvernehmen mit dem Dekanat erforderlich, wobei wiederum nur in Hamburg zusätzlich festgelegt ist, dass die konkrete Umsetzung der Planungen, also z.B. Entscheidungen über Änderungen der Struktur, der Zustimmung des Fakultätsrates bedürfen.¹⁰⁹ In Sachsen-Anhalt ist es hingegen Aufgabe des Aufsichtsrates, ein Einvernehmen mit dem Fakultätsvorstand herzustellen, wobei zuerst aber davon auszugehen ist, dass der Fakultätsvorstand die Struktur- und Entwicklungspläne der Fakultät aufstellt und diese mit dem Klinikumsvorstand abstimmt.¹¹⁰ Darüber hinaus ist es in Sachsen-Anhalt Aufgabe der „Gemeinsamen Kommission“, als einer Kommission der beiden Medizinischen Fakultäten der Uni-

108 Analysiert werden hier vor allem die spezifisch zur Universitätsmedizin von den Ländern getroffenen Regelungen. Die grundlegenden, allgemeinen Regelungen in den Landeshochschulgesetzen zu Zielvereinbarungen bzw. zur Struktur- und Entwicklungsplanung wurden nur einbezogen, sofern sie in Bezug auf die Universitätsmedizin von besonderer Bedeutung erschienen.

109 Explizit nennt das Gesetz Entscheidungen über die Errichtung, Änderungen und Aufhebung von Leistungsbereichen, siehe auch Tabelle A.2 im Anhang.

110 § 3 Abs. 4 Satz 6 Nr. 1+3 des Hochschulmedizingesetzes des Landes Sachsen-Anhalt (HMG LSA).

versitäten in Halle und Magdeburg und des Wissenschaftsministeriums, die Struktur- und Entwicklungspläne der Fakultäten aufeinander abzustimmen.¹¹¹ In Hessen geht die Planung von der Universität aus, und das private wie das öffentlich-rechtliche Universitätsklinikum werden in Angelegenheiten der klinischen Medizin um Zustimmung gebeten; den zur Vorbereitung von Strukturentscheidungen gebildeten Strukturkommissionen gehört zudem im Bereich der klinischen Medizin mindestens ein Vertreter des Universitätsklinikums an.¹¹² In Thüringen (als einzigem von den oben genannten sechs Ländern mit Integrationsmodell) schließlich obliegt die Beschlussfassung über die Struktur- und Entwicklungsplanung folgerichtig nur dem Klinikumsvorstand. Für den Fall aber, dass wesentliche Angelegenheiten von Forschung und Lehre betroffen sind, ist – ähnlich wie in Hamburg – das Einvernehmen mit dem Fachbereichsrat herzustellen.

Im weiteren Sinne zu dieser Gruppe von Ländern mit gesetzlicher Verankerung der Abstimmung bei Planungen gehören Schleswig-Holstein und Niedersachsen. In Schleswig-Holstein war bisher ein **Benehmen** bei Entscheidungen des Klinikumsvorstands mit Einfluss auf die Entwicklungsplanung mit den beiden Universitäten Kiel und Lübeck vorgesehen. Allerdings verfügte die „Wissenschaft“ (in Form der beiden Medizinischen Fachbereiche und der beiden Universitäten) über ein Widerspruchsrecht. Eine Schlichtung und ggf. eine endgültige Entscheidung konnte durch den Aufsichtsrat herbeigeführt werden. Das neue Hochschulgesetz (HSG 2007) sieht ebenfalls Benehmensregelungen vor – und zwar im Hinblick auf die Verwendung der vom Land gewährten Finanzmittel für Forschung und Lehre, die im Klinikum durchgeführt werden. Im Medizin-Ausschuss sind sowohl die Fachbereiche Medizin als auch die Präsidien der Universitäten Kiel und Lübeck vertreten. Außerdem nimmt der Vorsitzende des Vorstands des Klinikums mit beratender Stimme und Antragsrecht an den Sitzungen des Medizin-Ausschusses teil. Darüber hinaus gibt es die wechselseitigen Widerspruchsrechte von Vorstand und Medizin-Ausschuss mit Anrufung der Schiedsstelle (siehe Kapitel C.III und Tabelle A.2 im Anhang).

Für Niedersachsen gilt, dass die **Grundzüge der Entwicklungsplanung** einvernehmlich abzustimmen sind. Zugleich handelt es sich hier, als Adaption an die besonderen Rahmenbedingungen im Integrationsmodell, nicht um ein Einvernehmen

111 § 25 insbesondere Abs. 3 Nr. 1 des HMG LSA. Der gemeinsamen Kommission gehören die beiden Fakultätsvorstände an; den Vorsitz übernimmt der für Hochschulen zuständige Staatssekretär.

112 § 57 Abs. 1 des Hessischen Hochschulgesetzes.

zwischen den Polen Krankenversorgung und Wissenschaft, sondern um eine Abstimmung zwischen Vorstand und Fakultätsrat (Universitätsmedizin Göttingen) bzw. Vorstand und Senat (Medizinische Hochschule Hannover).¹¹³

Einvernehmliche Strukturentscheidungen

Neben den Landesgesetzen zur Universitätsmedizin mit Verankerung der Abstimmung der Struktur- und Entwicklungsplanung findet sich eine zweite große Gruppe von Landesregelungen, bei denen eine Abstimmung der Planungen indirekt aus dem Erfordernis einvernehmlicher (Struktur-)Entscheidungen abgeleitet werden könnte, sofern diese Entscheidungen die Belange des Kooperationspartners (ggf. auch nur unwesentlich) berühren (siehe auch Tabelle A.2 im Anhang). So ist die Verabschiedung einer Planung bereits eine Entscheidung. Sie stellt eine verbindliche Leitlinie des künftigen operativen Handelns dar, das weiterhin zwischen den Vorständen abgestimmt werden muss. Umgekehrt wären daher zwischen Klinikum und Fakultät nicht abgestimmte Planungen letztlich wertlos, da der Versuch ihrer Umsetzung stets an der Verweigerung des Einvernehmens der Gegenseite zu scheitern drohte. Es ist daher ein Gebot der praktischen Vernunft, nicht nur einvernehmlich zu entscheiden, sondern zuvor schon gemeinsam zu planen. Regelungen in diesem Sinne sind in sechs Ländern (Bayern,¹¹⁴ Berlin,¹¹⁵ Mecklenburg-Vorpommern,¹¹⁶ Nordrhein-Westfalen,¹¹⁷ Rheinland-Pfalz¹¹⁸ und Saarland¹¹⁹) zu finden.

113 Bemerkenswert ist insbesondere die Beschränkung auf „Grundzüge“ der Entwicklungsplanung, die dem Vorstand weitreichende Handlungsspielräume eröffnet und es offen lässt, wo die Grenze zwischen den Grundzügen und den tatsächlichen Planungen liegt und wer ggf. darüber befindet.

114 Das Bayerische Universitätsklinikagesetz bestimmt in Art. 8(2), dass der Aufsichtsrat über die Struktur- und Entwicklungsplanung entscheidet. Indirekt ergibt sich daraus, dass es Aufgabe des Klinikumsvorstands ist, diese Planung zu erstellen.

115 Das Berliner Universitätsmedizinengesetz bestimmt, dass der Vorstand der Charité eine strategische Rahmenplanung erarbeitet, die auch wichtige Strukturangelegenheiten einschließt (§ 13(2)). Die Struktur- und Entwicklungsplanung bedarf der Zustimmung des Aufsichtsrates (§ 11(4)). Dabei trifft der Vorstand Entscheidungen, die sich strukturell auf Forschung und Lehre auswirken, im Einvernehmen mit dem Fakultätsrat (§ 13(6)).

116 In Mecklenburg-Vorpommern stellt die Fachbereichsleitung einen Entwicklungsplan auf, der der Zustimmung des Fachbereichsrates bedarf (§§ 16, 17 der Landesverordnungen). Eine eigene Planung des Klinikums ist zumindest gesetzlich nicht vorgesehen. Dementsprechend verfügt der Aufsichtsrat auch über keinen Genehmigungsvorbehalt.

117 In Nordrhein-Westfalen stellt das Dekanat einen Entwicklungsplan auf, der jedoch im Unterschied zu Mecklenburg-Vorpommern nur der Stellungnahme des Fachbereichsrates bedarf (§§ 17, 18 der Verordnungen). Dies ist im Einklang mit den Regelungen des Hochschulgesetzes von 2004, wonach (§ 27(1)) „[...] der Dekan im Benehmen mit dem Fachbereichsrat den Entwicklungsplan des Fachbereichs als Beitrag zum Hochschulentwicklungsplan [erstellt].“ Eine eigene Planung des Klinikums ist zumindest gesetzlich nicht vorgesehen. Dementsprechend verfügt der Aufsichtsrat auch über keinen Genehmigungsvorbehalt.

118 In Rheinland-Pfalz gibt es weder im Gesetz noch in der Satzung des Klinikums Einvernehmensregelungen. Allerdings haben alle Mitglieder des Klinikvorstands ein Widerspruchsrecht nach § 12(4) des Universitätsklinikumsgesetzes: „Wird ein Mitglied des Klinikvorstandes in einer Angelegenheit, die nach diesem Gesetz oder der Satzung seinem Zuständigkeitsbereich unterliegt, im Klinikvorstand überstimmt, kann es verlangen, dass sie zur endgültigen Entscheidung dem Aufsichtsrat vorgelegt wird.“

119 Das Gesetz über das Universitätsklinikum des Saarlandes bestimmt in § 8(3): „Maßnahmen und Beschlüsse [des Klinikumsvorstands], die Belange von Forschung und Lehre betreffen, bedürfen der Zustimmung der Fakultätsleitung.“ Ferner in § 10(3): „Entscheidungen des Aufsichtsrats, die Belange der Forschung und Lehre betreffen, bedürfen des Einvernehmens mit dem Universitätspräsidium.“

Strukturplanungen der Universitäten

Die bisherigen Betrachtungen haben den Bezug der Struktur- und Entwicklungsplanung in der Medizin zu den übergeordneten **Planungen der Universitäten** nur gestreift. So wurde für die Länder mit expliziten Abstimmungsregelungen erwähnt, dass in Baden-Württemberg, Hessen, Schleswig-Holstein und Thüringen die Gremien der Universität in die Abstimmung einbezogen sind, während es in Hamburg, Niedersachsen und Sachsen die Medizinischen Fakultäten selbst sind. Noch vielfältiger werden die Unterschiede, wenn für diese Länder wie für die übrigen sieben Länder zusätzlich noch die Universitätsgesetze berücksichtigt werden. Exemplarisch sollen daher im Nachfolgenden einige Bestimmungen mit interessanten Nuancen herausgegriffen werden.

In Baden-Württemberg ergibt sich beispielsweise die Situation, dass nach dem Landeshochschulgesetz die Struktur- und Entwicklungsplanung der Medizinischen Fakultät lediglich der Billigung des Universitätsvorstands bedarf, während für die Struktur- und Entwicklungsplanung des Klinikums ein Einvernehmen mit der Universität erforderlich ist. De jure wäre demnach das Klinikum planerisch enger an die Universität gebunden als die Fakultät. In der Praxis dürfte dies jedoch ohne Bedeutung sein. Im Unterschied dazu gibt es in Bayern keine expliziten Einvernehmensregelungen zwischen Fakultät und Klinikum in Bezug auf Struktur- und Entwicklungsplanung des Klinikums und die Planungen der Universität bedürfen nur des Benehmens mit dem Klinikum, selbst wenn sich diese Planungen auf das Klinikum auswirken. In Bayern kommt somit das Primat der Wissenschaft deutlich zum Ausdruck und die latente Gefahr eines Auseinanderdriftens der Planungen wird durch die Mitgliedschaft der Universitätsleitung im Aufsichtsrat und Einvernehmenszwang bei Entscheidungen begrenzt.

Beim Hamburger Integrationsmodell gibt es zwar ein gliedkörperschaftsinternes Einvernehmenserfordernis zwischen Fakultät und Klinikum, aber keine formelle Abstimmung zwischen den Planungen von UKE und Universität. Allerdings ist auch hier der Universitätspräsident Mitglied des Aufsichtsrates (Kuratorium) des UKE, so dass ein Abgleich der Planungen zumindest auf dieser Ebene möglich ist. In Mecklenburg-Vorpommern¹¹⁶ und Nordrhein-Westfalen¹¹⁷ gibt es de jure nur eine Entwicklungsplanung des Fachbereichs, die in die Hochschulentwicklungsplanungen der Universi-

täten eingeht.¹²⁰ Dass parallel auch Klinika Planungen erstellen, ist unverzichtbar, jedoch in den Verordnungen nicht enthalten. Insofern wurden für Planungen auch keine Abstimmungsregelungen zwischen Universität, Klinikum und Medizinischem Fachbereich festgelegt.¹²¹

C.V. Finanzverantwortung und Trennungsrechnung

Wie bereits angesprochen, sind die Leistungsbereiche Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits in der Universitätsmedizin eng und bisweilen untrennbar miteinander verwoben.¹²² Die Finanzierung der gemeinsam erbrachten Leistungen speist sich in der Universitätsmedizin naturgemäß aus unterschiedlichen Quellen: Zu nennen sind insbesondere die erwirtschafteten Erträge aus der stationären und ambulanten Krankenversorgung des Klinikums sowie die von den Wissenschaftsministerien der Länder gewährten Landeszuführungsbeträge für Aufwendungen in Forschung und Lehre. Bis Anfang der 1990er Jahre wurde diese „Mischfinanzierung“ im Wesentlichen unproblematisch wahrgenommen. Hintergrund war die Eigenart des seit Jahrzehnten geltenden Krankenhausfinanzierungsrechts, die dazu führte, dass der Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre vielfach als Defizitdeckung der von den Universitätsklinika geleisteten Krankenversorgung betrachtet wurde, weil die Ermittlung des Zuschusses als pauschaler Abzug von den Gesamtkosten erfolgte und weil eine Unsicherheit über die Höhe der tatsächlich auf Forschung und Lehre entfallenen Ausgaben bestand.¹²³

Mit dem Ziel, die Kosten der stationären Krankenversorgung zu reduzieren, leitete die Gesundheitsreform 1993 einen Paradigmenwechsel ein,¹²⁴ in dessen Folge alle Krankenhäuser über ihr Krankenhausbudget mit Krankenkassen verhandeln mussten. „Damit entfiel auch die bisherige Koppelung zwischen den Kosten der Krankenversorgung und den – unterstellten – Kosten medizinischer Forschung und Lehre“.¹²⁵ Diese Umsteuerung der Krankenhausfinanzierung von einer Kostenerstattung zu

120 Nach dem Landeshochschulgesetz Mecklenburg-Vorpommerns wirkt der Fachbereichsrat an der Erarbeitung des Hochschulentwicklungsplans mit; nach nordrhein-westfälischem Hochschulgesetz ist der vom Dekan im Benehmen mit dem Fachbereichsrat zu erstellende Entwicklungsplan lediglich ein Beitrag zum Hochschulentwicklungsplan.

121 Diese Aufgabenverteilung wird auch durch das am 1. Januar 2007 in Kraft tretende Hochschulfreiheitsgesetz in Nordrhein-Westfalen nicht geändert.

122 Ott, R.: Grenzen und Lösungsansätze einer Kostenzuordnung aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung in Universitätsklinika, Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung, München, Band 65, 2003, S. 34 ff.

123 Bericht der KMK vom 29. September 1995: Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin.

124 Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 erfolgte eine Abkehr vom so genannten „Selbstkostendeckungsprinzip“ durch die Einführung von krankenhausbefugten Budgets und Pauschalvergütungen.

125 Meinhold, H.: Neuorganisation der Hochschulmedizin – der Standpunkt der Wissenschaftsverwaltung; Rede im Rahmen des Fortbildungsseminars „Hochschulmedizin im Wandel“ vom 11.-13. Juni 1997 in Erlangen.

einer Leistungsvergütung mündete in die Einführung von Fallpauschalen (DRG) seit 2004, an deren Ende alle Krankenhäuser für die gleiche stationäre Versorgungsleistung landeseinheitliche Erlöse erhalten werden.

Letztlich verursachten diese Reformen die Befürchtung erheblicher Einnahmeverluste für die Universitätsklinika, so dass sie sich nachhaltig dazu gezwungen sahen, ihr Leistungsgeschehen zu analysieren und die Kosten zu reduzieren. Parallel zu den Erlöseinbußen im Bereich der Krankenversorgung führte die angespannte Finanzsituation der meisten Länder dazu, dass die Landesführungsbeträge für Forschung und Lehre z.T. zurückgefahren wurden oder zumindest die Steigerungsraten reduziert wurden, so dass eine Fortsetzung der bisherigen Defizitdeckung unmöglich wurde. Mit der Verknappung der Ressourcen entwickelte sich zugleich ein wachsendes Problembewusstsein in Bezug auf die bisherige Mischfinanzierung.

Bei Kürzungen oder Kostensteigerungen besteht systemimmanent die Gefahr, die jeweiligen Zuflüsse zweckentfremdend zur Kompensation von Defiziten im jeweils anderen Bereich einzusetzen. Hinzu kommt, dass sich der Versuch als problematisch erweist, die bei der gekoppelten Leistungserbringung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung entstehenden Kosten ggf. anteilig – möglichst exakt und verursachungsgerecht – zuzuordnen.¹²⁶ Als Beispiel seien die Lehre am Krankenbett, die Patientenversorgung im Rahmen klinischer Forschung oder die Gemeinkosten wie Strom oder Gebäudereinigung genannt. In dieser Grauzone stand und steht die Universitätsmedizin daher unter dem Dauerverdacht permanenter Quersubventionierung, sei es aus Mitteln der Kostenträger (Krankenkassen) für Zwecke von Forschung und Lehre oder umgekehrt aus Mitteln der Wissenschaft (Landesführungsbetrag für Forschung und Lehre, Drittmitteln) für Zwecke der Patientenversorgung. Verantwortlich für diese Intransparenz war hier insbesondere der historisch bedingte Umstand (Defizitdeckungs-Prinzip), dass das Klinikum in aller Regel nicht nur die Finanzmittel der Krankenversorgung steuerte, sondern auch die Landesmittel für Forschung und Lehre verwaltete und die Medizinischen Fakultäten weder fachlich noch personell in der Lage waren, die Mittelverwendung zu überwachen oder zu steuern. Zur Überwindung der Intransparenz entstand die Forderung, eine klare

126 Siehe auch Fußnote 122.

Trennung zwischen den Finanzmitteln für Forschung und Lehre und Finanzmitteln für Krankenversorgung vorzunehmen.¹²⁷

Aufgaben- und Finanzverantwortung im Kooperationsmodell

In der Folge der sich verändernden Krankenhausfinanzierung bestand ein wesentliches Ziel der Rechtsreformen in der Universitätsmedizin seit 1998 – insbesondere bei der Errichtung der Universitätsklinik als Anstalten des öffentlichen Rechts (Kooperationsmodell) – darin, der, schon aus Verfassungsgründen gebotenen, Aufgabenzuordnung von Forschung und Lehre an die jeweilige Medizinische Fakultät auch die Finanzverantwortung über die Mittel für Forschung und Lehre an die Fakultät zu übertragen.

So schlüssig der Begründungszusammenhang ist, so unterschiedlich ist die Umsetzung dieses Prinzips. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zunächst gilt es festzustellen, dass die Medizinischen Fakultäten weder organisatorisch noch personell darauf vorbereitet waren, ihre Landesführungsbeträge und Drittmittel selber zu verwalten. Außerdem wäre es unter der Maßgabe, Kosten zu sparen, kontraproduktiv, auf Seiten der Medizinischen Fakultäten eigene Finanzverwaltungen aufzubauen, da diese bereits in den Klinika bestehen. Auch bedeutete die Finanzhoheit einer Medizinischen Fakultät über „ihren“ Landesführungsbetrag eine Privilegierung im Vergleich zu den anderen Fakultäten, was zugleich als Indiz für eine stärkere Herauslösung der Medizin aus dem Universitätsverbund interpretiert werden konnte. Umgekehrt erschien aber auch der Ansatz, die Mittelverwaltung für die Medizinische Fakultät über die Universitätsverwaltung abzuwickeln, als nicht zielführend oder zumindest suboptimal, da die wünschenswerte enge Verknüpfung und fachliche Nähe zwischen Universitätsverwaltung und Klinikumsverwaltung nicht gegeben ist und zugleich die unausgesprochene Befürchtung besteht, die Universität könne einen Teil des ursprünglich für die Medizin bestimmten Landesführungsbetrags zurückbehalten.

Vor diesem Hintergrund lassen sich im Rahmen des Kooperationsmodells und mit Blick auf den Empfänger der konsumtiven Landesmittel drei Grundtypen unterscheiden (siehe auch Tabelle A.4 im Anhang).

¹²⁷ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin – Aufgaben, Organisation, Finanzierung, Köln 1999, S. 54.

Im ersten Fall bestimmt das Gesetz, dass der Landesführungsbetrag für Forschung und Lehre der jeweiligen **Medizinischen Fakultät** zugewiesen wird. Solche Regelungen finden sich in Baden-Württemberg,¹²⁸ Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und bis zum März 2007 auch in Schleswig-Holstein. Dabei gehen mit der Ausnahme Schleswig-Holsteins drei Gesetzes- bzw. Verordnungstexte explizit auf die Erstattung von Kosten zwischen Klinikum und Fakultät ein. In Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern gilt zudem, dass die Kostenerstattung Gegenstand der zwischen Fakultät/Universität und Klinikum zu schließenden Kooperationsvereinbarung sein soll, während die Kostenerstattung in Sachsen-Anhalt gesondert geregelt ist. In Schleswig-Holstein findet sich im alten Hochschulgesetz (HSG 2000) ein anderer Sprachgebrauch: Hier schließen die Fakultäten in Kiel und Lübeck mit dem Universitätsklinikum so genannte „Vereinbarungen über die leistungsbezogene Verwendung der Finanzmittel für Forschung und Lehre“. Über die Verwendung der Mittel der Grundausrüstung entscheidet der Klinikumsvorstand im Benehmen mit den Fakultäten, jedoch nach den vom Fachbereich beschlossenen Grundsätzen. De facto handelte es sich in Schleswig-Holstein also um keine Erstattung der Kosten des Klinikums für dessen Aufwendungen in Forschung und Lehre. Vielmehr wirtschaftete der Klinikumsvorstand im Bereich der Grundausrüstung von Forschung und Lehre mit den Mitteln der Fakultäten. Davon getrennt wurden so genannte „Mittel für besondere Forschungs- und Lehrvorhaben“ aber nur nach Entscheidung der Fachbereiche verwendet. Mit dem neuen Hochschulgesetz (HSG 2007) werden die Landesführungsbeträge für Forschung und Lehre künftig unmittelbar dem Medizin-Ausschuss zugewiesen. Dieser entscheidet im Benehmen mit den Fachbereichen und dem Vorstand des Klinikums über die Verwendung der Finanzmittel. Als Basis hierfür sollen vom Medizin-Ausschuss „gemeinsame Standards für die Fachbereiche Medizin zur Ermittlung der Grundausrüstung und der Ausstattung für besondere Forschungs- und Lehrvorhaben“ entwickelt werden.

Unterschiedlich ist in den vier Ländern auch die Funktion des Beauftragten für den Haushalt der Medizinischen Fakultäten geregelt. In Mecklenburg-Vorpommern ist dies der Kanzler der Universität, in Sachsen-Anhalt qua Amt der Dekan. In Schleswig-Holstein ist wie bisher grundsätzlich der Kanzler der Beauftragte für den Haushalt. Für den Fachbereich Medizin hat bisher der Dekan qua Amt diese Funktion

¹²⁸ In Baden-Württemberg ergibt sich die Zuweisung des Landesführungsbetrags für Forschung und Lehre an die Medizinischen Fakultäten im Gegensatz zu den anderen drei Ländern nicht auf der Basis der Gesetzgebung für die Hochschulmedizin, sondern formal auf der Basis der Haushaltsgesetzgebung.

ausgeübt. Nach dem HSG 2007 gilt für den Fachbereich Medizin die besondere Regelung, dass das Land den Universitäten für die Fachbereiche Medizin die Finanzmittel für Forschung und Lehre, die im Klinikum durchgeführt werden, gewährt. Die Zuweisung erfolgt unmittelbar an den Medizin-Ausschuss (siehe oben). In Baden-Württemberg wird der Beauftragte für den Haushalt gesondert vom Ministerium bestellt; derzeit sind dies auch hier die jeweiligen Dekane der Medizinischen Fakultäten. Die Leistungsverrechnung und Kostenerstattung zwischen Klinikum und Fakultät erfordern, dass im Klinikum die Mittel für Forschung und Lehre getrennt von den Mitteln für die Krankenversorgung ausgewiesen werden. Diese Trennung wird zum Teil auch als „**Trennungsrechnung**“ bezeichnet.¹²⁹ Tatsächlich wird die getrennte Ausweisung nur in Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt gesetzlich vorgegeben. Im letzten Fall ist sie zudem an die Bedingung geknüpft, dass das Klinikum im Rahmen eines Geschäftsbesorgungsvertrags tatsächlich mit der Mittelverwaltung beauftragt wird, so dass die Medizinischen Fakultäten grundsätzlich auch die Option haben, ihre Haushaltsmittel auf andere Weise zu verwalten.

Im zweiten Fall wird der Landesführungsbetrag für Forschung und Lehre in der Medizin den **Universitäten** zugewiesen. Diese Variante findet sich in Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen. Beauftragter für den Haushalt ist konsistenterweise der jeweilige Kanzler.¹³⁰ Für alle vier Länder gilt auch (siehe auch Tabelle A.4 im Anhang), dass die Gesetze eine Kostenerstattung zwischen Fakultät und Klinikum auf der Basis von Kooperationsvereinbarungen vorsehen und dass die Trennung der Mittel nicht explizit gesetzlich vorgeschrieben wird.

Im dritten Fall wird der Landesführungsbetrag für Forschung und Lehre dem **Universitätsklinikum** zugewiesen (Bayern, Nordrhein-Westfalen). Zusätzlich gilt aber, dass über dessen Verwendung (allein) die Medizinischen Fakultäten entscheiden, so dass die Zuweisung lediglich als Organisationsvorgabe zu verstehen ist. In Nordrhein-Westfalen nimmt formal der Kanzler der Universität die Funktion des Beauftragten für den Haushalt wahr. In Bayern ist es in der Regel der Kaufmännische Direktor des Klinikums, wobei der Dekan das Recht hat, mit Zustimmung des Ministeriums eine andere geeignete Person zu bestellen. Abzuschließende Kooperationsvereinbarungen sollen in beiden Ländern auch Regelungen zur Kostenerstattung enthalten. In

129 Wissenschaftsrat: Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 2004, Band I, Köln 2005, S. 514 ff.

130 Im Saarland wird die Funktion des Kanzlers vom Vizepräsidenten für Verwaltung und Wirtschaftsführung wahrgenommen.

Bayern wird zudem die Aufstellung getrennter Wirtschaftspläne für Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits vorgegeben. Die Landesverordnung aus Nordrhein-Westfalen lässt dies offen.

Aufgaben- und Finanzverantwortung im Integrationsmodell

Entsprechend dem Charakteristikum des Integrationsmodells, keine strenge Trennung zwischen den drei Aufgabenbereichen der Universitätsmedizin Forschung, Lehre und Krankenversorgung vorzunehmen, erfolgt in aller Regel auch die Zuordnung der Finanzverantwortung in anderer Weise.

Einheitlich für alle Länder mit Integrationsmodell (Berlin, Hamburg, Niedersachsen und Thüringen; siehe auch Tabelle A.4 im Anhang) wird der Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre der jeweiligen Körperschaft als Verbund von Klinikum und Medizinischer Fakultät zugewiesen. Eine formale Besonderheit besteht insofern in Niedersachsen, als die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) als rechtlich un-selbstständiger Landesbetrieb einen Landeszuschuss erhält, während die Universitätsmedizin Göttingen, als Teil der Stiftungsuniversität Göttingen mit medizineigenem Stiftungsvermögen, eine so genannte „Finanzhilfe“ vom Land zur Deckung der laufenden Aufgaben in der Medizin erhält.

Im Integrationsmodell gibt es zumeist keine gesetzlichen Regelungen zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen oder Kostenerstattungen zwischen den Bereichen Krankenversorgung einerseits und Forschung und Lehre andererseits (Ausnahme Hamburg). Gleichwohl kennen auch die Integrationsmodelle eine Mitteltrennung. Insbesondere in Berlin und Hamburg werden dabei typische Elemente des Kooperationsmodells sichtbar: So sind in Berlin der Dekan bzw. der Direktor des Klinikums die Beauftragten für den jeweiligen Teilhaushalt. Berlin und Hamburg erstellen zudem nicht nur einen Wirtschaftsplan für beide Bereiche zusammen, sondern getrennte Teilwirtschaftspläne und weisen darüber hinaus auch am Ende des Jahres die bestimmungsgemäße Verwendung der Mittel nach (siehe auch Tabelle A.4 im Anhang). In Thüringen ist zwar der Kaufmännische Vorstand Beauftragter für den Haushalt, der Dekan meldet aber den Finanzbedarf des Medizinischen Fachbereichs Wirtschaftsplan beim Klinikumsvorstand an und entscheidet – in eigener Ressortzuständigkeit – über die entsprechend dort ausgewiesenen Mittel. Zudem ist die Trennungsrechnung gesetzlich in Berlin, Hamburg und Thüringen verankert. Lediglich in

Niedersachsen finden sich keine gesetzlichen Regelungen zur gegenseitigen Kostenerstattung und Trennungsrechnung. Der Beauftragte für den Haushalt an der MHH ist das für Wirtschaftsführung zuständige Präsidiumsmitglied der MHH, in Göttingen ist die Wahrnehmung dieser Funktion für die Universitätsmedizin nicht ausdrücklich geregelt.

Trennungsrechnung

1999 hatte der Wissenschaftsrat empfohlen, das Finanzierungsinstrumentarium für die Universitätsmedizin zu reformieren und festgestellt, dass dafür u.a. „[...] eine klare Trennung der Budgets für Forschung und Lehre einerseits sowie für Krankenversorgung andererseits und der finanziellen Verantwortlichkeit für die beiden Bereiche auch bei Investitionen erforderlich“ sei.¹³¹ Eine präzise Definition dessen, was unter dem Begriff „**Trennungsrechnung**“ zu verstehen ist, gibt es jedoch nicht.¹³² Dies ist auch Ausdruck der Tatsache, dass die Forderung nach einer Trennung der Mittel es letztlich offen lässt, ob sich diese Trennung lediglich auf die Budgets bei der Aufstellung der Wirtschaftsplanung bezieht (ex ante) oder ob auch ein getrennter Verwendungsnachweis (ex post) zu führen ist. Im Folgenden soll daher die „Trennungsrechnung“ weiterhin als Oberbegriff für verschiedene Ansätze getrennter Mittelbewirtschaftung in der Universitätsmedizin verstanden werden. Die Ambivalenz der Mittel-trennung spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Landesgesetzen zur Universitätsmedizin wider. Wie bereits oben dargestellt, ist Trennung der Mittel außer in Niedersachsen in allen Landesgesetzen in der einen oder anderen Form festgeschrieben. Sieben Landesgesetze verzichten dabei auf explizite Vorgaben zur Trennung der Mittelflüsse. Hier ergibt sich die Notwendigkeit einer Trennungsrechnung aber indirekt aufgrund der Bestimmungen zur (gegenseitigen)¹³³ Kostenerstattung.

Im Unterschied dazu enthalten die Gesetze von sechs Ländern (Bayern, Berlin, Hamburg, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen) explizite Vorgaben zur Trennung der Mittelströme. Am weitesten gehen dabei die Länder Berlin, Hamburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen, da nicht nur eine Trennung im Wirtschaftsplan

131 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin – Aufgaben, Organisation, Finanzierung, Köln 1999, S. 54.

132 Der Wissenschaftsrat hat diesen Begriff u.a. in seinen Empfehlungen zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im November 2002 verwendet. Beschrieben wurden damit die ersten Ansätze zur Trennung der Budgetkreisläufe von Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits. In: Wissenschaftsrat, Empfehlungen und Stellungnahmen 2002, Band II, Köln 2003, S. 328 ff.

133 Dabei ist es interessant festzuhalten, dass nicht alle Gesetze von einer gegenseitigen Kostenerstattung oder Verrechnung gegenseitig erbrachter Leistungen ausgehen, sondern einzelne Landesgesetze lediglich die Medizinische Fakultät in der Pflicht sehen, Leistungen des Klinikums zu erstatten.

(also bei der Aufstellung der Haushaltsplanung), sondern auch bei der Mittelverwendung (Jahresabschluss, Verwendung/Aufwendungen, getrennte Jahresbilanzen) vorgeschrieben sind. In Schleswig-Holstein war bisher eine „gesonderte Ausweisung der Finanzmittel von Forschung und Lehre“ festgeschrieben, so dass das alte Hochschulgesetz (HSG 2000) zwar unscharf blieb, entsprechend der oben beschriebenen Ambivalenz aber grundsätzlich beide Möglichkeiten enthielt. Künftig stellt das Klinikum gemeinsam mit dem Medizin-Ausschuss und den Fachbereichen Medizin sicher, dass die Finanzmittel für Forschung und Lehre gesondert von den Finanzmitteln für die Krankenversorgung verwendet und ausgewiesen werden (HSG 2007).¹³⁴ In Bayern enthält das Gesetz nur die Bestimmung zur Aufstellung getrennter Wirtschaftspläne, so dass die Mittelverwendung offen bleibt.

134 Die Einführung der Trennungsrechnung gemäß § 92 Abs. 4 HSG (2007) ist ab dem 1. Januar 2009 sicherzustellen.

D. Personalzuordnung

Die Frage der dienst- und arbeitsrechtlichen Zuordnung des in der Universitätsmedizin tätigen Personals gewinnt zunehmend an Bedeutung. Ursächlich für diesen Umstand ist zunächst die große Anzahl der in der Universitätsmedizin beschäftigten Arbeitnehmer und die damit bestehenden Personal- und Versorgungskosten. Hinzu kommt, dass die überwiegende Zahl der Beschäftigten mit Tätigkeiten im Kontext der Krankenversorgung befasst ist, und diese insofern nicht zwingend bei den Universitäten beschäftigt sein müssen. Zu nennen sind vor allem Teile des Pflegepersonals, des medizinisch-technischen Dienstes und des technischen Dienstes, des Schreib- und Verwaltungspersonals des Klinikums sowie des sonstigen Personals. Andererseits ist unstrittig, dass diese Beschäftigten zumindest mittelbar dazu beitragen, dass die Universitätsklinika die spezifischen Leistungen erbringen, die die Medizinischen Fakultäten benötigen, um ihre Aufgaben in Forschung und Lehre zu erfüllen. Entsprechend den jeweiligen Integrations- und Kooperationsmodellen finden sich bei der Personalzuordnung verschiedene Lösungen, die zudem im Detail unterschiedliche Ausformungen erhalten haben.

D.I. Personalzuordnung im Integrationsmodell

Beim Integrationsmodell wird das gesamte in der Universitätsmedizin tätige Personal, also auch alle Wissenschaftler, alle Ärzte sowie das gesamte übrige nicht-wissenschaftliche Personal, der gleichen Einrichtung (Teilkörperschaft, Stiftung etc.) zugeordnet. Dementsprechend wurden zumeist auch alle Ärzte – unabhängig von ihrer tatsächlichen Einbindung in Forschung und Lehre – korporationsrechtlich den übrigen Wissenschaftlern der Universität gleichgestellt und verfügen damit über die gleichen Rechte und Pflichten als Universitätsangehörige. Schließlich erhielten die Einrichtungen in Berlin und Hamburg (nicht jedoch in Göttingen, Hannover und Jena) das Recht, eigene Tarifverträge abzuschließen. Innerhalb dieses Grundmodells einheitlicher Personalzuordnung finden sich an den einzelnen Standorten geringfügige Modifikationen:

Im Falle der Medizinischen Hochschule Hannover stellt sich die Frage der Personalzuordnung gar nicht, da alles Personal der Hochschule zugeordnet ist, die noch als Landesbetrieb geführt wird. Damit sind letztlich alle Arbeitnehmer und Beamte der MHH zugleich Bedienstete des Landes **Niedersachsen**. Anders ist die Situation in

Göttingen, wo die Stiftung das gesamte Personal einschließlich der Beamten vom Land übernommen hat. Für die Universitätsmedizin Göttingen nimmt der Vorstand die Funktion des Dienstvorgesetzten wahr.¹³⁵ Dem Präsidenten verbleiben jedoch bestimmte dienstrechtliche und arbeitsrechtliche Befugnisse (§ 63 h Abs. 6 NHG). In der Praxis werden pauschal alle angestellten Ärzte und Wissenschaftler korporationsrechtlich gleichgestellt, da davon ausgegangen wird, dass jeder Arzt Aufgaben in Forschung und Lehre erfüllt.¹³⁶

In **Thüringen** ist eine Überleitung aller Arbeitnehmer einschließlich der Ärzte an die Teilkörperschaft „Klinikum“ erfolgt.¹³⁷ Da das Klinikum jedoch als Teilkörperschaft zur Universität gehört, werden hier ebenfalls alle Ärzte – unabhängig von ihrer Tätigkeit – korporationsrechtlich gleichgestellt.

Auch in Berlin und Hamburg sind alle Beschäftigten einschließlich der Beamten der jeweiligen Gliedkörperschaft (Charité bzw. UKE) arbeitsrechtlich bzw. dienstrechtlich zugeordnet. Zugleich sollen die angestellten Ärzte jedoch „in der Regel“ korporationsrechtlich mit den übrigen (nicht-ärztlichen) wissenschaftlichen Mitarbeitern gleichgestellt sein. Anders als im Niedersächsischen Hochschulgesetz (siehe Fußnote 136) ist eine Mitwirkung in Forschung und Lehre dafür keine zwingende Voraussetzung. Auch wenn die Formulierung der Gesetze in Hamburg¹³⁸ und Berlin¹³⁹ implizieren, dass es Ausnahmen von der Regel geben könnte, werden derzeit alle Ärzte des UKE bzw. der Charité als wissenschaftliche Mitarbeiter betrachtet und erhalten die gleichen Mitwirkungsrechte wie die übrigen Wissenschaftler innerhalb der Universität.

D.II. Personalzuordnung im Kooperationsmodell

Ein wesentlicher Unterschied zum Integrationsmodell liegt bei der Konstruktion des Kooperationsmodells entsprechend darin, dass zwischen den Mitarbeitern unterschieden wird, die Aufgaben in Forschung und Lehre wahrnehmen, und dem übrigen Personal, das keine unmittelbaren akademischen Funktionen wahrnimmt. Im Grund-

135 Einzige Ausnahme: Dienstvorgesetzter des Vorstands der Universitätsmedizin Göttingen ist der Stiftungsausschuss Universitätsmedizin.

136 Das niedersächsische Hochschulgesetz bestimmt hierzu in § 31 Abs. 6, dass hauptberuflich an der Hochschule tätige Personen mit ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Aufgaben, die keine Mitglieder der Hochschullehrergruppe sind, zur Mitarbeitergruppe gehören, wenn sie zugleich Aufgaben in Forschung und Lehre zu erfüllen haben.

137 Beamte können dem Universitätsklinikum zur Dienstleistung vom Land zugewiesen werden. Das Klinikum selbst erhält aber keine Dienstherreneigenschaft.

138 § 30 Hamburgisches Hochschulgesetz.

139 § 92 a Berliner Hochschulgesetz.

modell verblieb daher das gesamte wissenschaftliche Personal (alle Professoren, alle beamteten Wissenschaftler, die Gruppe der Assistenten und wissenschaftlichen Mitarbeiter einschließlich aller Ärzte, aber auch die studentischen Hilfskräfte) dienst- bzw. arbeitsrechtlich bei der Universität oder beim jeweiligen Land.¹⁴⁰ Alle anderen Arbeitnehmer und Auszubildenden sowie die zu ihrer Ausbildung Beschäftigten wurden mit der rechtlichen Verselbstständigung des jeweiligen Klinikums Arbeitnehmer bzw. Auszubildende der neu errichteten Anstalt des öffentlichen Rechts. In Hessen wurden die vor dem 1. Januar 2001 begründeten Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse des nichtwissenschaftlichen Personals mit der rechtlichen Verselbstständigung der Universitätsklinik zum 1. Januar 2001 nicht auf die Klinik übergeleitet; seit diesem Zeitpunkt werden jedoch alle nichtwissenschaftlichen Beschäftigten in den Anstaltsdienst eingestellt. Mit dem Gesetz über die Errichtung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg vom 16. Juni 2005 wurden auch die nichtwissenschaftlichen Beschäftigten an den Standorten Gießen und Marburg, die zum 1. Januar 2001 noch im Landesdienst verblieben waren, in den Anstaltsdienst übergeleitet (Beamte verblieben bei den Universitäten).¹⁴¹ Darüber hinaus erhielten die meisten¹⁴² Klinika das Recht, Beamte zu haben (**Dienstherreneigenschaft**) und das beamtete, nichtwissenschaftliche Personal wurde an das Klinikum versetzt. Mit der Übertragung der Arbeitgeberschaft wurde zugleich einigen wenigen Universitätsklinikum das Recht eingeräumt, nach einer evtl. Übergangszeit und ggf. unter bestimmten Voraussetzungen eigene Tarifverträge abzuschließen.¹⁴³ Wesentliche Abweichungen von diesem Grundtypus gibt es insbesondere in Bezug auf die Zuordnung des nicht-beamteten ärztlichen Personals.

Eine bisher ausnahmslose Zuordnung des **gesamten ärztlichen Personals** zur Universität gibt es derzeit in Bayern.¹⁴⁰ In der Mehrzahl der anderen Länder wird ein unterschiedlich großer Teil der Ärzteschaft beim Universitätsklinikum und somit nicht

140 In Bayern und Mecklenburg-Vorpommern besteht die formale Besonderheit, dass das wissenschaftliche Personal direkt beim Land angesiedelt ist, während in allen anderen Ländern die Universitäten unmittelbare Arbeitgeber des wissenschaftlichen Personals sind. Da die Universitäten ihrerseits jedoch Landesbetriebe sind, ist das wissenschaftliche Personal somit auch in diesen Ländern letztlich Landespersonal. Ab 1. Januar 2007 wurden aber in Nordrhein-Westfalen auf der Basis des Hochschulfreiheitsgesetzes die Universitäten rechtlich verselbstständigt, mit der Folge, dass künftig die Universitäten Arbeitgeber und Dienstherren des wissenschaftlichen Personals sind.

141 Für den Standort Frankfurt sieht der Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Viertes Gesetz zur Änderung des Hessischen Hochschulgesetzes vom 20. März 2007 (Drs. 16/7064) die Überleitung der im Landesdienst verbliebenen nichtwissenschaftlichen Beschäftigten – mit Ausnahme der Beamten – in den Anstaltsdienst zum 1. Januar 2008 vor; dies ist veranlasst durch die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Überführung der Universität Frankfurt in eine Stiftung öffentlichen Rechts.

142 Ausnahmen: Hessen und Sachsen.

143 Beispiele sind die Universitätsklinikum in Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, und Sachsen-Anhalt. In Rheinland-Pfalz muss sich ein Tarifvertrag des Klinikums jedoch im Rahmen der Tarifverträge bewegen, die das Land als Mitglied der Tarifgemeinschaft der Länder (TdL) abschließt. In Schleswig-Holstein gibt es die Sondersituation eines zwischen Marburger Bund, dem Klinikum und dem Land ausgehandelten Beschäftigungspakts, der 2007 ausläuft.

bei der Universität beschäftigt. Zu nennen sind hier zunächst Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. In den jeweiligen Landesgesetzen bzw. Landesverordnungen zur Errichtung der Anstalten des öffentlichen Rechts finden sich dabei sinngemäß Formulierungen, nach denen das in der Universitätsmedizin tätige wissenschaftliche Personal, zu dem zumeist bisher auch alle Ärzte gezählt wurden, bei der Universität verbleibt. Diese Regelung wird dabei nicht nur auf das zum Zeitpunkt der Umwandlung im Klinikum tätige ärztliche Personal bezogen, sondern fast immer auch auf die Zukunft projiziert. Infolge dieser Rechtsauffassung wird auch neu einzustellendes ärztliches Personal arbeitsrechtlich in aller Regel bei der Universität angesiedelt. Gleichwohl praktizieren offenbar alle Klinika der genannten Länder in einem geringen Umfang **Ausnahmen**: So wurden seit der rechtlichen Verselbstständigung in Baden-Württemberg, Hessen¹⁴⁴, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen in Einzelfällen¹⁴⁵ Ärzte nur beim Klinikum eingestellt. Ergänzend wird in diesen Fällen jedoch darauf hingewiesen, dass die Einstellungen erfolgten, um bewährte Mitarbeiter mit besonderen Aufgaben in der Krankenversorgung am Klinikum zu halten. Hintergrund ist die Auffassung, dass Ärzte, die keine Aufgaben in Forschung und Lehre erbringen, nicht als wissenschaftliche Mitarbeiter tätig sind, so dass weder eine Zuordnung zur Universität noch eine mitgliedschaftsrechtliche Gleichstellung erforderlich sind. Unter dieser Prämisse wäre auch in Bayern eine Beschäftigung von Ärzten ausschließlich beim Klinikum rechtlich möglich, sie wird aber bisher nicht praktiziert.¹⁴⁶ In Schleswig-Holstein wird die Möglichkeit, nur in der Krankenversorgung tätiges ärztliches Personal allein dem Klinikum zuzuordnen, bisher in geringem Umfang genutzt.

Eine etwas andere Rechtsauffassung und -praxis besteht in **Sachsen**. Hier wird die Formulierung des Universitätsklinikagesetzes (§ 11 Abs. 2), wonach das wissenschaftliche Personal bei der Universität verbleibt, lediglich auf den Zeitpunkt der Rechtsformänderung der Klinika bezogen. Neu einzustellende Ärzte werden hingegen im Einvernehmen mit der Universität beim Klinikum eingestellt, wobei deren mögliche Einbindung in Forschung und Lehre zunächst keine Rolle spielt. Allerdings

144 Das Gesetz für die hessischen Universitätskliniken schreibt zwar in § 22 Abs. 3 vor, dass das in der Universitätsmedizin tätige wissenschaftliche Personal bei der Universität anzusiedeln ist. Hierdurch wird aber nicht ausgeschlossen, dass Ärzte für Aufgaben allein in der Krankenversorgung als nicht-wissenschaftliches Personal beim Klinikum angestellt werden (§ 22 Abs. 9). Für eine Universitätsklinikum in privater Rechtsform wird dies entsprechend in § 25a Abs. 5 UniKlinG geregelt.

145 Zur Anzahl der bei den Klinika angestellten Ärzte gibt es keine gesicherten Angaben. Die Angaben schwanken je nach Land von „einige wenige“ bis zu „etwa 100“.

146 Dies entspricht auch der Absicht des Gesetzgebers in Bayern, da in der Begründung zum BayUniKlinG (Art. 14 Abs. 2 Nr. 4) ausdrücklich auf die Möglichkeit der Beschäftigung von Ärzten mit Aufgaben ausschließlich in der Krankenversorgung hingewiesen wird.

können diese Angestellten durch den Dekan der Medizinischen Fakultät den übrigen wissenschaftlichen Mitarbeitern der Universität korporationsrechtlich gleichgestellt werden, wenn der zuständige Hochschullehrer und der Klinikumsvorstand zustimmen.¹⁴⁷ Da die Klinika in Sachsen seit 2003 zudem von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, eigene Tarifverträge abzuschließen, werden derzeit die dort beschäftigten Ärzte geringer bezahlt als ihre Kollegen bei der Universität.

In **Mecklenburg-Vorpommern** wurde 2003 mit der Umwandlung des Klinikums der Universität Greifswald in eine Anstalt des öffentlichen Rechts erstmals¹⁴⁸ in Deutschland davon abgewichen, dass in der Universitätsmedizin tätige Ärzte grundsätzlich als wissenschaftliches Personal den Universitäten zuzuordnen sind. Stattdessen bestimmt die Landesverordnung, dass Ärzte mit ausschließlichem Aufgabengebiet in der Krankenversorgung beim Klinikum angestellt werden müssen.¹⁴⁹ Alle anderen Ärzte verbleiben jedoch beim Land.¹⁴⁰

Noch einen Schritt weiter ist das Land **Sachsen-Anhalt** 2006 bei der rechtlichen Verselbstständigung seiner Klinika gegangen, da hier bis zur Hälfte der ärztlichen Mitarbeiter, soweit sie ausschließlich oder überwiegend Aufgaben in der Krankenversorgung wahrnehmen, beim Universitätsklinikum beschäftigt werden können.¹⁵⁰ Diese Regelung bedeutet zugleich, dass Ärzte selbst dann nicht zwingend bei der Universität zu beschäftigen sind, wenn sie – in geringfügigem Umfang – Aufgaben in Forschung und Lehre wahrnehmen. In der Regel soll allerdings eine korporationsrechtliche Gleichstellung erfolgen.

Eine sehr weit gehende Regelung wird seit Januar 2004 im **Saarland** praktiziert: Hier wurden alle Landesangestellten, die vor der rechtlichen Verselbstständigung im Universitätsklinikum des Saarlandes tätig waren, in die neue Anstalt des öffentlichen Rechts überführt.¹⁵¹ Da aus historischen Gründen schon vor 2004 die überwiegende Zahl der Ärzte mit Aufgaben in der Krankenversorgung nicht als wissenschaftliche Mitarbeiter der Universität, sondern als Landesangestellte im Klinikum tätig waren, wurden auf diese Weise über drei Viertel der Ärzte der neu errichteten Anstalt des

147 § 65. Abs. 1 Sächsisches Hochschulgesetz (SächsHG).

148 Mit Blick auf die weiter unten dargestellte Situation des Universitätsklinikums des Saarlandes gilt dieses „erstmal“ nur mit der Einschränkung auf die Personalzuordnung bei der Umwandlung eines Klinikums in eine Anstalt des öffentlichen Rechts. Das meiste im Klinikum in Homburg/Saar tätige ärztliche Personal war nämlich schon bereits vor der rechtlichen Verselbstständigung als Anstalt des öffentlichen Rechts nur beim Klinikum beschäftigt.

149 § 18 Abs. 2 der Landesverordnung über die Errichtung des Universitätsklinikums Greifswald.

150 § 20 Abs. 3 des Hochschulmedizingesetzes des Landes Sachsen-Anhalt (HMG LSA).

151 § 20 Abs.1 des Gesetzes über das Universitätsklinikum des Saarlandes (UKSG).

öffentlichen Rechts zugeordnet. Lediglich die etwa 150 Ärzte, die schon vor 2004 mit Aufgaben in Forschung und Lehre bei der Universität (und damit nicht unmittelbar beim Land) angestellt waren, verblieben arbeitsrechtlich bei der Hochschule. Beide Ärztegruppen wurden durch zusätzliche Regelungen¹⁵² berechtigt und verpflichtet, Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung wahrzunehmen. De facto dürfte damit das Universitätsklinikum des Saarlandes im bundesweiten Vergleich die meisten Ärzte außerhalb der Universität beschäftigen, obwohl diese Leistungen in Forschung und Lehre erbringen. Eine automatische korporationsrechtliche Gleichstellung dieser Klinikärzte mit dem wissenschaftlichen Personal der Universität erfolgt jedoch nicht. Allerdings werden hauptberuflich an der Universität tätige Ärzte den wissenschaftlichen Mitarbeitern zugeordnet – und erlangen damit für die Gremien der Universität aktives und passives Wahlrecht –, soweit sie Lehraufgaben im Fachbereich Medizin wahrnehmen.¹⁵³ Die oben beschriebene Rechtspraxis in Sachsen dürfte über kurz- oder lang zu einer ähnlichen Situation wie im Saarland führen.

152 § 30 Abs. 1 und Abs. 2 des Gesetzes über die Universität des Saarlandes (UG).

153 § 13 Abs. 2 des Gesetzes über die Universität des Saarlandes (UG).

Anhang

Tabelle A.1: Vorstandsmitglieder im a) Kooperations- und b) Integrationsmodell

Tabelle A.2: Entscheidungen und Abstimmungsregelungen zwischen Fakultät und
Klinikum

Tabelle A.3: Mitglieder des Aufsichtsrates

Tabelle A.4: Zuweisung des Landeszuführensbetrags für Forschung und Lehre

Tabelle A.1.a: Vorstandsmitglieder im Kooperationsmodell (Stand: 1. Januar 2007)

Land		Standort	Klinikum *	Fakultät ^{*/**}
BW	Name des Organs	Freiburg, Heidelberg, Tübingen, Ulm	Klinikumsvorstand	Fakultätsvorstand
	Mitglieder		Ltd. ÄD, Stellv. ÄD, KD, Dekan, Pflegedirektor	Dekan, Prodekan, ggf. weiter Prodekane gemäß GO, Studiendekan, Ltd. ÄD
	beratende Mitglieder			KD
	Name des Organs	Mannheim	Geschäftsführung	Fakultätsvorstand
	Mitglieder		Geschäftsführer des Klinikums	Dekan, Prodekan, ggf. weiter Prodekane gemäß GO, Studiendekan
	beratende Mitglieder		Klinikumsvorstand (<u>nur beratend</u>): Geschäftsbereichsleiter Finanzen, ÄD, Stellv. ÄD, Dekan	Geschäftsführer des Klinikums, ÄD, Kanzler und Prorektor der Universität Heidelberg
BY ¹⁾	Name des Organs	Erlangen, LMU,	Klinikumsvorstand	Dekan, (ggf. Fakultätsvorstand gemäß GO) ¹⁾
	Mitglieder	Regensburg, TUM ¹⁾ ,	ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan	Dekan** , Prodekan, Studiendekan
	beratende Mitglieder	Würzburg		ÄD (ist per Gesetz beratendes Mitglied des Fakultätsrats)
HE ²⁾	Name des Organs	Frankfurt	Klinikumsvorstand	Dekanat
	Mitglieder		ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan**	Dekan** , Prodekan, Studiendekan
	beratende Mitglieder			ÄD
	Name des Organs	Gießen/Marburg	Geschäftsführung ²⁾	Dekanat
	Mitglieder		Die GmbH bestellt einen oder mehrere Geschäftsführer. Mitglieder derzeit: Vorsitzender der Geschäftsführung und Arbeitsdirektor, Stellv. Vorsitzender der Geschäftsführung und Ärztlicher Geschäftsführer, Geschäftsführer für Investitionen, Finanzen u. Zentrale Dienste, Stellv. Ärztlicher Geschäftsführer, Kaufmännischer Geschäftsführer für den Standort Gießen, Kaufmännischer Geschäftsführer für den Standort Marburg	Dekan** , Prodekan, Studiendekan
	beratende Mitglieder		Dekane** aus Gießen & Marburg	ÄD ²⁾
MV	Name des Organs	Greifswald, Rostock	Vorstand	Fachbereichsleitung
	Mitglieder		ÄD, Stellv. ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan	Dekan, Studiendekan, ggf. 2 Professoren gemäß GO
	beratende Mitglieder			ÄD, KD

Land		Standort	Klinikum *	Fakultät ^{*/**}
NRW ^{3) 4)}	Name des Organs	Aachen, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln, Münster	Vorstand	Dekanat ³⁾
	Mitglieder		ÄD, stellv. ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan	Dekan, Studiendekan, bis zu 2 (ggf. 3) Prodekane (gemäß Fachbereichsordnung), ÄD ⁴⁾
	beratende Mitglieder			ÄD ⁴⁾, KD
	Name des Organs	Bochum	Sonderfall "Bochumer Modell", d.h.: Kooperation mit verschiedenen Krankenhäusern der Region in unterschiedlicher Trägerschaft, die zusammengefasst als "Klinikum der Ruhr-Universität" bezeichnet werden.	Dekanat
	Mitglieder			Dekan, Prodekan, Forschungsdekan, Studiendekan
	beratende Mitglieder			
	Name des Organs	Witten/Herdecke	Sonderfall "Private Universität Witten/Herdecke"	
	Mitglieder		Die Fakultät für Medizin der Privaten Universität kooperiert auf vertraglicher Basis mit über 20 Krankenhäusern in unterschiedlicher Trägerschaft.	
	beratende Mitglieder			
RP	Name des Organs	Mainz	Klinikvorstand	Dekan
	Mitglieder		ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan	Dekan
	beratende Mitglieder			ÄD und VD sind Gäste des Fachbereichsrates
SL	Name des Organs	Homburg/Saar	Klinikumsvorstand	Dekanat
	Mitglieder		ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan**	Dekan** , Prodekan für Theoretische Medizin und Biowissenschaften, Prodekan für Klinische Medizin, Forschungsdekan, Studiendekan, ÄD
	beratende Mitglieder			
SN ^{5) 6)}	Name des Organs	Dresden, Leipzig	Vorstand ⁵⁾	Dekanat ⁵⁾
	Mitglieder		Medizinisches Vorstandsmitglied, Kaufmännisches Vorstandsmitglied	Dekan**, Prodekan, Studiendekan Humanmedizin, Studiendekan Zahnmedizin
	beratende Mitglieder			
			Gemeinsame Konferenz ⁶⁾	
ST	Name des Organs	Halle, Magdeburg	Klinikumsvorstand	Fakultätsvorstand
	Mitglieder		ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan	Dekan, Prodekan, Studiendekan, ÄD
	beratende Mitglieder		ggf. weitere Mitglieder mit beratender Stimme gemäß Klinikumsordnung	
SH ^{7) 7a) 7b) 7c)}	Name des Organs	Kiel / Lübeck (HSG 2000)	Vorstand	Dekanat (= Dekan)
	Mitglieder		Vorstand für KV, Kaufmännischer Vorstand, Vorstand für F&L, Vorstand für Krankenpflege und Patientenservice ^{7a)}	Dekan ^{7a) 7b)}
	beratende Mitglieder			Gemeinsamer Ausschuss ⁷⁾
	Name des Organs	Kiel / Lübeck (HSG 2007)	Vorstand	Dekan
	Mitglieder		Vorstand für KV, Kaufmännischer Vorstand, Vorstand für Krankenpflege und Patientenservice	Dekan ^{7b)}
	beratende Mitglieder		Wissenschaftsdirektor des Medizin-Ausschusses ^{7c)}	Medizin-Ausschuss ^{7c)}

Abkürzungen/Erläuterungen:

ÄD: Ärztlicher Direktor; KD: Kaufmännischer Direktor/Verwaltungsdirektor; GO: Grundordnung der Universität.

LMU: Ludwig-Maximilians-Universität München; TUM: Technische Universität München.

Die mit **Fettdruck** gekennzeichneten Funktionsträger sind Mitglieder in den jeweiligen Leitungsorganen von Klinikum und Fakultät.

Das bei den Vorständen jeweils zuerst genannte Mitglied führt den Vorsitz.

* Hauptamtliche Dekane gibt es derzeit im Rahmen des Kooperationsmodells in keinem Land. Hauptamtliche Ärztliche Direktoren sind nicht in allen Landesgesetzen explizit vorgeschrieben.

** Hauptamtliche Dekane sind als Option gesetzlich vorgesehen aber noch nicht umgesetzt in Bayern, Hessen, Saarland und Sachsen. Das Sächsische Hochschulgesetz sieht nicht explizit hauptamtliche Dekane vor, enthält aber die Option zur vollständigen Entlastung des Dekans der Medizinischen Fakultät von seinen anderen Pflichten.

- 1) An der TUM gibt es bereits seit 2003 einen Fakultätsvorstand: Mitglieder sind: Dekan (Vorsitz), Prodekan, Studiendekan, ÄD, Beauftragter für Forschungsförderung sowie beratend: KD.
- 2) Sonderfall eines Universitätsklinikums mit zwei Standorten in privater Trägerschaft (Mehrheitsgesellschafter Röhn-Klinikum AG). Der Stellv. Ärztliche Geschäftsführer und der Kaufmännische Geschäftsführer für den Standort Gießen waren bis Mai 2007 als stellvertretende Geschäftsführer bestellt. Unterhalb der Geschäftsführung gibt es eine erweiterte Geschäftsleitung (ohne Organstatus). Ihr gehören die beiden ÄD, die beiden Pflegedirektoren und die beiden Dekane aus Gießen und Marburg an.
- 3) Gemäß der Verordnungen des Landes über die Errichtung der Klinika als Anstalten des öffentlichen Rechts vom 01.12.2000, § 17.
- 4) Der ÄD ist stimmberechtigtes Mitglied im Dekanat, sofern er Mitglied der Universität ist; ansonsten ist er beratendes Mitglied des Dekanats wie auch der KD.
- 5) Dekan bzw. der Sprecher des Vorstands des Universitätsklinikums sind rechtlich keine Mitglieder des jeweils anderen Leitungsorgans, sie können aber mit beratender Stimme an dessen Sitzungen teilnehmen.
- 6) Sonderfall in Sachsen: Die Leitungsorgane von Klinikum und Fakultät sind in Sachsen personell nicht verzahnt. Zusätzlich gibt es aber nach § 7 des Sächs. Universitätsklinikagesetzes eine so genannte "Gemeinsame Konferenz", die der Zusammenarbeit von Klinikum und Fakultät und der Lösung von Konfliktfällen dient. Mitglieder der Gemeinsamen Konferenz sind: Dekan, Prodekan sowie die beiden Mitglieder des Vorstands des Universitätsklinikums. Dekanat und Vorstand haben je eine Stimme. Der Kanzler der Universität hat das Recht zur Teilnahme. Den Vorsitz führt eine vom Minister berufene sachkundige Persönlichkeit. Der Vorsitzende kann in grundlegenden Fällen den Wissenschaftsminister anrufen, der endgültig entscheidet.
- 7) Besonderheit in SH bis 29.03.2007 (HSG 2000): Die primären Leitungsorgane von Klinikum und Fakultät sind personell nicht verzahnt. Der Vorstand für F&L des Klinikums ist nicht personalidentisch mit einem der Dekane der Med. Fakultäten (Kiel bzw. Lübeck). Zusätzlich gibt es aber gemäß § 59a HSG einen "Gemeinsamen Ausschuss" der Fachbereiche Medizin, der für die Abstimmung der Planungen und Entscheidungen der beiden Fakultäten und die Zusammenarbeit mit dem Klinikum vorgesehen ist. Ihm gehören an: 2 Dekane, 2x 1. Prodekan, 2x 2. Prodekan. Den Vorsitz führt der Vorstand für Forschung und Lehre des Klinikums; beratende Mitglieder: 2x Geschäftsführer der Med. Fakultäten; zusätzlich als Gäste: Vorstand für Krankenversorgung des Klinikums, 2x Studiendekane. Eine Verzahnung zwischen Klinikum und Fakultät erfolgt somit hauptsächlich über den "Gemeinsamen Ausschuss".
- 7a) Nur bis 29.03.2007 (HSG 2000): Zwei vom Vorstand des Klinikums benannte Mitglieder des Vorstands gehören dem Fachbereichskonvent mit Antragsrecht und beratender Stimme an.
- 7b) Den Dekanaten gehören neben dem Dekan noch der 1. und 2. Prodekan sowie der Studiendekan an. Dem Dekanat wird in der Regel ein Fachbereichsgeschäftsführer zugeordnet.
- 7c) Besonderheit in SH ab 30.03.2007 (HSG 2007): Die primären Leitungsorgane von Klinikum und Fakultät sind personell nicht verzahnt. Die Koordination der Fachbereiche Medizin untereinander und mit dem Klinikum erfolgt gemäß § 33 HSG durch den Ausschuss für Forschung und Lehre in der Medizin (Medizin-Ausschuss). Ihm gehören an: 1 Wissenschaftsdirektor als Vorsitzender, je 2 Vertreter der Fachbereiche Medizin, je 1 Vertreter der Präsidien der Universitäten (Kiel und Lübeck). Der Vorsitzende des Vorstands des Klinikums nimmt mit beratender Stimme und Antragsrecht an den Sitzungen des Medizin-Ausschusses teil. Der Wissenschaftsdirektor nimmt umgekehrt mit beratender Stimme und Antragsrecht an den Sitzungen des Vorstands des Klinikums teil. Eine Verzahnung zwischen Klinikum und Fakultät besteht insofern lediglich auf der Ebene des Medizin-Ausschusses.

Tabelle A.1.b: Vorstandsmitglieder im Integrationsmodell (Stand: 1. Januar 2007)

Land		Standort	Klinikum	Fakultät
			[Name der Körperschaft, Rechtsform]	
BE ^{1) 1a) 1b)}	Name des Organs	Berlin	Vorstand [... der „Charité – Universitätsmedizin Berlin (Charité)“; Gliedkörperschaft]	
	Mitglieder		Vorstandsvorsitzender, Direktor des Klinikums ¹⁾ , Dekan (alle hauptamtlich)	
	beratende Mitglieder		in der Regel beratende Teilnahme: Mitglieder der Klinikumsleitung ^{1a)} und der Fakultätsleitung ^{1b)}	
HH ²⁾	Name des Organs	Hamburg	Vorstand [... des „Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf“, Gliedkörperschaft]	
	Mitglieder		ÄD, KD, Pflegedirektor, Dekan ²⁾ (alle hauptamtlich)	
	beratende Mitglieder		keine	
NI ³⁾	Name des Organs	Göttingen	Vorstand [... der Universitätsmedizin Göttingen der G.-A.-Universität Göttingen; Stiftung öffentlichen Rechts]	
	Mitglieder		Vorstandsmitglied Ressort Forschung und Lehre, Vorstandsmitglied Ressort Krankenversorgung, Vorstandsmitglied Ressort Wirtschaftsführung und Administration (alle hauptamtlich)	
	beratende Mitglieder		keine	
	Name des Organs	Hannover	Präsidium [... der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH); rechtlich unselbst. Landesbetrieb]	
	Mitglieder		Vorstandsmitglied Ressort Forschung und Lehre (= Präsident) ³⁾ , Vorstandsmitglied Ressort Krankenversorgung (= Vizepräsident), Vorstandsmitglied Ressort Wirtschaftsführung und Administration (= Vizepräsident) (alle hauptamtlich)	
	beratende Mitglieder		keine	
TH ⁴⁾	Name des Organs	Jena	Klinikumsvorstand [... des Universitätsklinikums Jena; rechtsfähige Teilkörperschaft der Universität]	
	Mitglieder		Ärztlicher Vorstand, Kaufmännischer Vorstand, Wissenschaftlicher Vorstand (alle hauptamtlich) ⁴⁾	
	beratende Mitglieder		beratende Teilnahme des Pflegedirektors	

Abkürzungen/Erläuterungen:

ÄD: Ärztlicher Direktor; KD, Kaufmännischer Direktor/Verwaltungsdirektor; GO: Grundordnung der Universität.

Die mit **Fettdruck** gekennzeichneten Funktionsträger sind Mitglieder in den jeweiligen Leitungsorganen von Klinikum **und** Fakultät.

Das bei den Vorständen jeweils zuerst genannte Mitglied führt den Vorsitz.

1) Der Direktor des Klinikums ist nicht identisch mit dem ÄD oder dem kaufm. Leiter des Klinikums.

1a) Mitglieder der Klinikumsleitung sind: Direktor des Klinikums als Vorsitzender, Kaufmännischer Leiter des Klinikums, Pflegedirektor, Ärztlicher Direktor.

1b) Mitglieder der Fakultätsleitung sind: Dekan als Vorsitzender, Kaufmännischer Leiter der Fakultät, Prodekan für Forschung, Prodekan für Studium und Lehre.

2) Hamburg (UKE): Hauptamtlicher Dekan gewählt im Januar 2007, Amtsbeginn April 2007.

3) Hannover: Der Präsident und Vorstand für F&L nimmt zugleich mit dem gewählten Studiendekan die Funktion des Dekanats wahr. Dekan bzw. Dekanat sind jedoch keine Organe der Hochschule.

4) Der Sprecher des Vorstands (Außenvertretungsrecht gemeinsam mit einem weiteren Vorstandsmitglied) wird i.d.R. für vier Jahre aus dem Kreis der Vorstandsmitglieder vom Verwaltungsrat (= Aufsichtsrat) bestellt.

Tabelle A.2: Entscheidungen und Abstimmungsregelungen zwischen Fakultät und Klinikum (Stand: 1. Januar 2007)

Land / Modell ¹⁾	Gesetzliche Grundlagen ²⁾	Entscheidungsmodalitäten im Vorstand Einvernehmensregelungen Struktur- und Entwicklungsplanung (St&E)	Benehmensregelungen	Konfliktfallregelungen	Schlichtung / Entscheidung im Konflikt	Anmerkungen
BW / K	UKG 2005	<ul style="list-style-type: none"> • §10(1) Der Klinikumsvorstand leitet das Universitätsklinikum. [Anm.: Das Gesetz enthält keine weiteren Angaben zum Entscheidungsprozess innerhalb des Vorstands (z.B. Einstimmigkeit), sodass vom Mehrheitsprinzip auszugehen ist. • §7(1) Das Einvernehmen mit der <u>Universität</u> ist erforderlich bei der Struktur- und Entwicklungsplanung des Universitätsklinikums. Bei der Errichtung, Aufhebung und Veränderung von Abteilungen, der Bestellung und Abberufung von Abteilungsleitern sowie den allgemeinen Regelungen der Organisation des Universitätsklinikums ist das Einvernehmen der Medizinischen Fakultät erforderlich. Bedürfen Entscheidungen des Wissenschaftsministeriums oder der Universität des Einvernehmens mit dem Universitätsklinikum, so kann dieses sein Einvernehmen verweigern, wenn erhebliche Nachteile für seine Aufgaben zu befürchten sind. 	<ul style="list-style-type: none"> • §7(1) Das Universitätsklinikum arbeitet eng mit der Universität zusammen und trifft Entscheidungen, die sich auf Forschung und Lehre auswirken, im Benehmen mit der Medizinischen Fakultät. • ST&E: Anm.: Nach §16(4) Nr. 3 des LHG-BW bedarf die ST&E-Planung der Fakultät nur einer Billigung durch den Vorstand der Universität, während der Vorstand für die für die übergreifende Gesamtplanung zuständig ist. 	Keine	Entfällt	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsprinzip im Vorstand • Vice-Versa-Regelungen • Keine gesonderten Widerspruchsrechte, keine Konfliktfallregelungen: Alle wesentlichen Entscheidungen müssen vom Vorstand getroffen werden. • Verweigerung des Einvernehmens durch das Klinikum nur unter der Auflage "erheblicher Nachteile"; keine Bedingungen für die Verweigerung des Einvernehmens seitens der Fakultät. • ST&E-Planung des Klinikums im Einvernehmen mit der Universität.
BY / K	BayUniKlinG 2006 BayHSchG 2006	<ul style="list-style-type: none"> • Art.10(1) Der Klinikumsvorstand leitet das Klinikum. + Art.9(4) Der Klinikumsvorstand kann sich eine Geschäftsordnung geben. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. • Art.10(2) Über die Errichtung, Änderung und Aufhebung von Kliniken, [... etc.] entscheidet der Klinikumsvorstand im Einvernehmen mit der Hochschulleitung sowie der Medizinischen Fakultät und mit Zustimmung des Aufsichtsrats. Die Leitung der Kliniken, [... etc.] wird vom Klinikumsvorstand im Einvernehmen mit der Medizinischen Fakultät bestellt und abberufen. • Art.13(1) Die Entscheidung, welcher Anteil des staatlichen Zuschusses für Forschung und Lehre und welcher Anteil für sonstige Trägereaufgaben verwendet wird, trifft der Dekan oder die Dekanin im Einvernehmen mit dem Klinikumsvorstand. • Art.13(4) Soweit Entscheidungen des Klinikums Auswirkungen auf den Bereich von Forschung und Lehre haben, werden diese im Einvernehmen mit der Medizinischen Fakultät getroffen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Art.13(2) Über die Verteilung und Verwendung der Mittel für Forschung und Lehre [...] entscheidet der Dekan im Benehmen mit dem Klinikumsvorstand nach Maßgabe der von der Medizinischen Fakultät hierfür aufzustellenden Grundsätze; [...]. Die Entscheidung über die Verwendung der Mittel für die sonstigen Trägereaufgaben trifft der Klinikumsvorstand im Benehmen mit dem Dekan. • ST&E: Art.8(2) Der AR entscheidet über die ST&E-Planung des Klinikums [...]. + BayHSchG Art.24(3) Die Erweiterte Hochschulleitung [...] stellt den Entwicklungsplan der Hochschule unter Einbeziehung der Entwicklungspläne der Fakultäten, soweit sich dieser auf das Klinikum auswirkt, im Benehmen mit dem Klinikumsvorstand auf, schreibt ihn fort und legt ihn dem Hochschulrat zur Beschlussfassung vor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Art.10(2) Kommt das Einvernehmen nach den Sätzen 1 und 2 [des Art.10(2)] nicht zustande, entscheidet der Aufsichtsrat. • Art.13(5) Kommt das Einvernehmen [...nach Art.13...] nicht zustande, entscheidet der Aufsichtsrat. 	Aufsichtsrat	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsprinzip im Vorstand (+ ÄD gibt den Ausschlag) • Zusätzl. Einvernehmen zw. Klinikum und Hochschulleitung nach Art.10(2) • Art.10(2) ist Spezialfall von Art.13(4)

Land / Modell ¹⁾	Gesetzliche Grundlagen ²⁾	Entscheidungsmodalitäten im Vorstand Einvernehmensregelungen Struktur- und Entwicklungsplanung (St&E)	Benehmensregelungen	Konfliktfallregelungen	Schlichtung / Entscheidung im Konflikt	Anmerkungen
BE / I	BerlUniMedG 2005	<ul style="list-style-type: none"> • §12(4) Der Vorstand entscheidet mit Mehrheit. Der Dekan und der Direktor des Klinikums sind bei Entscheidungen des Vorstands nicht an Festlegungen der Fakultätsleitung und der Klinikumsleitung gebunden. • St&E: §13(2) [Der Vorstand] erarbeitet eine strateg. Rahmenplanung für Investitionen, Bauvorhaben, Budgetaufteilung, Personalentwicklung u. a. für die Aufgabenerfüllung wichtige Strukturangelegenheiten und schließt zu deren Umsetzung Zielvereinbarungen mit den Zentren ab. • §13(6) Der Vorstand trifft Entscheidungen, die sich strukturell auf Forschung und Lehre auswirken, im Einvernehmen mit dem Fakultätsrat. • §18(5) Soweit durch Entscheidungen in den Zentren oder Leistungsverbänden zwischen den Zentren Angelegenheiten von Forschung und Lehre berührt sind, ist die Zustimmung der Fakultätsleitung im Benehmen mit dem Fakultätsrat herbeizuführen. 	<ul style="list-style-type: none"> • §18(5) Benehmen zwischen Fakultätsleitung und Fakultätsrat bei Entscheidungen in den Zentren und Leistungsverbänden (siehe Spalte links) • §22(2) Der Vorstand erlässt die Satzung nach Absatz 1 im Benehmen mit der Klinikumsleitung und der Fakultätsleitung. Die Satzung und Satzungsänderungen bedürfen der Zustimmung des Aufsichtsrats. 	§15(4) Sieht der Dekan die Belange von Forschung und Lehre durch eine Entscheidung im Universitätsklinikum, in der Klinikumsleitung oder durch eine Abstimmung im Vorstand beeinträchtigt, kann er den Aufsichtsrat anrufen. ³⁾	Aufsichtsrat	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsentscheidungen im Vorstand mit Vetorecht für Dekan • Nur Benehmen bei der Satzung erforderlich gem. §22(2) • Starke Stellung des "integrierten" Vorstands gegenüber Klinikum und Fakultät. Im Aufsichtsrat der Charité sind keine ltd. Mitglieder der beiden Universitäten (FU+HU) vertreten, so dass sich die operative Leitung ihre Prozesse selber gestaltet, ohne dabei an Fakultät und Klinikum gebunden zu sein. Allerdings sind 3 gewählte Mitglieder der Charité sowie 5 Externe im AR vertreten.
HH / I	UKEG 2001	<ul style="list-style-type: none"> • §12(1) Der Vorstand [4er-Vorstand] entscheidet in Angelegenheiten von besonderer betrieblicher oder finanzieller Tragweite durch Mehrheitsbeschluss. Er regelt durch Geschäftsordnung die Geschäftsbereiche der Vorstandsmitglieder [...]. • §12(2) [...] Bei Stimmgleichheit entscheidet diese Stimme [die Stimme des Vorsitzenden (= AD)]. • §9(1) [...] Bei der Berufung auf Professuren und bei Bleibevereinbarungen [als Aufgaben des Dekanats] ist das Einvernehmen mit dem Vorstand herzustellen. • §9(2) Der Medizinische Fakultätsrat und das Kuratorium⁴⁾ können den Dekan aus wichtigem Grund im gegenseitigen Einvernehmen abberufen. • §9(3) [...] Bei der Bestellung des Geschäftsführers [der Med. Fakultät durch den Fakultätsrat] ist das Einvernehmen mit dem Vorstand herzustellen. • §11(3) [...] Bei Entscheidungen über den St&E-Plan des UKE ist das Einvernehmen mit dem Dekanat, bei Entscheidungen über die Errichtung, Änderung und Aufhebung Leistungsbereichen ist das Einvernehmen mit dem Fakultätsrat erforderlich. • §15(1) [...] Die Leitung und die stellvertretende Leitung der Leistungsbereiche werden durch den Vorstand im Einvernehmen mit dem Dekanat bestellt. • §16 (2) [...] Entscheidungen des Kuratoriums über den Organisationsplan [Anmerk.: Der Organisationsplan ist Teil der Satzung.] ersetzen die Beschlussfassung des Hochschulsenats gemäß §85(1) Nr. 4 HmbHG. In diesem Fall haben der Vorstand und der Medizinische Fakultätsrat in gegenseitigem Einvernehmen ein Vorschlagsrecht. 	<ul style="list-style-type: none"> • §9(5) Der Fakultätsrat nimmt zu den Berufungsvorschlägen Stellung. [Anm: Die Berufung erfolgt durch das Dekanat (gem. §9(1)) im Einvernehmen mit dem Vorstand des UKE]. • §11(3) Der Vorstand trifft Entscheidungen, die sich auf Forschung und Lehre auswirken, im Benehmen mit dem Dekanat der Medizinischen Fakultät [aber: Fortsetzung siehe Spalte links und §22, siehe Spalte rechts]. • §15(3) Der Vorstand kann im Benehmen mit dem Dekanat der Med. Fakultät Leitungsaufgaben nach §15(1) wichtigem Grund entziehen. • §16(2) Über Änderungen der Satzung beschließt das Kuratorium. Der Dekan und der Vorstand sind vor Erlass und Änderung der Satzung anzuhören. [... Fortsetzung siehe linke Spalte] • §16(3) Das Satzungsrecht der Universität Hamburg und der Medizinischen Fakultät in Angelegenheiten von Lehre und Forschung bleibt unberührt. Satzungsregelungen gemäß Satz 1, die allein das UKE betreffen, beschließt der Fakultätsrat Medizin. Der Fakultätsrat kann durch Satzung weitere Organe zur Wahrnehmung seiner Aufgaben in Lehre und Forschung schaffen. 	• §22(1) Der Schlichtungsausschuss entscheidet, 1. wenn eine Leistungsvereinbarung oder eine sonstige nach diesem Gesetz notwendige gemeinsame Entscheidung von Klinikum und Medizinischer Fakultät nicht zustande kommt, 2. bei Streitigkeiten über die Wahrnehmung der Verwaltungsaufgaben für die Medizinische Fakultät durch den Vorstand, 3. bei Streitigkeiten über die Gewährleistung von Forschung und Lehre nach §5 [Freiheit in Lehre, Studium und Forschung] dieses Gesetzes. [...]	Schlichtungsausschuss ⁵⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsentscheidungen im Vorstand (+ AD gibt den Ausschlag) ohne Vetorecht einzelner Mitglieder; jedoch Einvernehmensregelungen in strukturellen Fragen (Errichtung, Aufhebung, Änderung von Leistungsbereichen). Automatische Zuständigkeit des Schlichtungsausschusses bei fehlendem Einvernehmen zw. Organen der Fakultät und des Klinikums gem. §22. • Ressortzuständigkeiten der Vorstandsmitglieder gem. Geschäftsordnung. • Zwei Ebenen des Einvernehmens bei Vorstandsentscheidungen mit Organen der Fakultät nach §11(3). • Satzungs Zuständigkeit gem. §16(2+3) auf verschiedenen Ebenen. Universität/Fakultät bestimmen im Bereich F&L über die Satzungsinhalte.

Land / Modell ¹⁾	Gesetzliche Grundlagen ²⁾	Entscheidungsmodalitäten im Vorstand Einvernehmensregelungen Struktur- und Entwicklungsplanung (St&E)	Benehmensregelungen	Konfliktfallregelungen	Schlichtung / Entscheidung im Konflikt	Anmerkungen
HE / K ^{6a)} Frankfurt	UniKlinG 2005 und HHG 2006	<ul style="list-style-type: none"> • [Anm.: Das Gesetz enthält keine weiteren Angaben zum Entscheidungsprozess innerhalb des Vorstands (z.B. Einstimmigkeit), sodass vom Mehrheitsprinzip auszugehen ist.] • §8(2) Maßnahmen und Beschlüsse [des Klinikums], die Belange der Forschung und Lehre betreffen, bedürfen der Zustimmung des jeweiligen Dekanats. • §10(2) Entscheidungen des Aufsichtsrates, die Belange der Forschung und Lehre betreffen, bedürfen des Einvernehmens des Dekanats. • §57(1) HHG: Abstimmung der Strukturplanung: [...] Nach Behandlung durch die zuständigen Hochschulgremien wird das Universitätsklinikum in Angelegenheiten der klinischen Medizin um Zustimmung gebeten. (Anmerk.: Im Konfliktfall greift §8(2) UniKlinG). • §57(2) HHG: Veto bei klinischen Berufungen: Bei Berufungsverfahren für klinische Professuren wird ein Vertreter des Universitätsklinikums beteiligt. Das Universitätsklinikum kann einem Berufungsvorschlag widersprechen, wenn der Bewerber für die Wahrnehmung der Aufgaben in der Krankenversorgung nicht geeignet ist. 	<ul style="list-style-type: none"> • §12(2) Der Ärztliche Direktor wird vom Aufsichtsrat im Benehmen mit dem Fachbereichsrat für die Dauer von sechs Jahren, in Ausnahmefällen für die Dauer von mindestens drei Jahren, bestellt. 	<ul style="list-style-type: none"> • §8(2) [...] Kommt eine Einigung [zw. Dekanat und Klinikum] nicht zustande, entscheidet auf Antrag der Aufsichtsrat. • §10(2) [...] Kommt eine Einigung [zw. Aufsichtsrat und Dekanat] nicht zustande, entscheidet auf Antrag das Ministerium für Wissenschaft und Kunst. • §57(2) HHG [...] Im Falle des Widerspruchs [des Klinikums gegen einen Berufungsvorschlag] entscheidet das Ministerium nach Anhörung der Berufungskommission. 	Zwei Ebenen: <ul style="list-style-type: none"> • Aufsichtsrat gem. §8(2) zw. Klinikum und Dekanat. • Ministerium gem. §10(2) zw. Aufsichtsrat und Dekanat bzw. gem. §57(2) HHG bei Berufungen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsprinzip bei Vorstandsentscheidungen • Konfliktfallregelung nur auf Antrag stärkt die Entscheidungskompetenz der Vorstände • Doppelte Konfliktfallregelung nach §8(2) und §10(2) • Bei §10(2) Vermischung zwischen Aufsichtsebene (AR), die sich mit der operativen Ebene (Dekanat) abstimmen soll.
HE / K ^{6b)} Gießen / Marburg	UniKlinG 2005 HHG 2006 sowie div. Verträge	<ul style="list-style-type: none"> • §8 + §10 des UniKlinG gelten gemäß §25a(1) nicht für Gießen/Marburg. • §57(1) HHG, Abstimmung der Strukturplanung: [...] Nach Behandlung durch die zuständigen Hochschulgremien wird das Universitätsklinikum in Angelegenheiten der klinischen Medizin um Zustimmung gebeten. [...] Kommt ein Einvernehmen mit einem Universitätsklinikum in privater Rechtsform nicht zustande, kann das Verfahren nach § 25a Abs. 4 des Gesetzes für die hessischen Universitätskliniken durchgeführt werden (siehe Spalte zu den Konfliktfallregelungen). • §57(2) HHG: Veto bei klinischen Berufungen (s. oben). • gem. §8 des Gesellschaftsvertrags wird eine Ständige Kommission für Forschung und Lehre (SKFL)⁷⁾ eingesetzt, die als Organ des Klinikums die Aufgabe hat, alle zwischen Gesellschaft einerseits und Universität/Fachbereich andererseits anstehenden Fragen gemeinsamen Interesses zu regeln (§9); kommt eine Einigung nicht zustande, kann die Schlichtungskommission nach §25a(4) UniKlinG angerufen werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • §12 des UniKlinG gilt gemäß §25a(1) nicht für Gießen/Marburg. 	<ul style="list-style-type: none"> • SKFL⁷⁾ (s. nebenstehende Spalten) • §25a(4) Kommt eine Einigung zwischen der Universität und dem mit Aufgaben nach § 5 Abs. 1 belehnten Universitätsklinikum in privater Rechtsform 1. in Fällen, in denen Belange von Forschung und Lehre berührt werden, oder 2. über das Zustandekommen oder eine Anpassung von Vereinbarungen nach §15 nicht zustande, entscheidet auf Antrag des geschäftsführenden Organs des Universitätsklinikums in privater Rechtsform oder eines Dekanats eine Schlichtungskommission. Bei der Entscheidung der Schlichtungskommission ist ein angemessener Ausgleich zwischen den grundgesetzlich geschützten Interessen beider Seiten unter Beachtung bestehender Vereinbarungen nach §15 sicherzustellen. Bis zu einer Entscheidung der Schlichtungskommission über Fragen, die Satz 1 Nr. 2 betreffen, kann das Ministerium für Wissenschaft und Kunst vorläufige Maßnahmen anordnen. Zudem vertraglich vereinbarte aufschiebende Wirkung. • Siehe oben §57(2) HHG: Widerspruch bei Berufungen mit der Maßgabe, dass in Konfliktfällen die Schlichtungskommission (§25a(4) UniKlinG) anzurufen ist. Zusätzlich wird in §57(3) HHG festgehalten, dass die Letztentscheidungskompetenz des Ministeriums in Berufungsverfahren gegeben bleibt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Schlichtungskommission⁸⁾ • Bei Widerspruch gegen Berufungsvorschläge Schlichtungskommission und Letztentscheidungskompetenz des Ministeriums gem. §57(3) HHG. 	<ul style="list-style-type: none"> • SKFL⁷⁾ als Institutionalisierung (Organ der Gesellschaft) der einvernehmlichen Abstimmung zwischen zwei Universitäten, zwei Fakultäten und dem Klinikum.

Land / Modell ¹⁾	Gesetzliche Grundlagen ²⁾	Entscheidungsmodalitäten im Vorstand Einvernehmensregelungen Struktur- und Entwicklungsplanung (St&E)	Benehmensregelungen	Konfliktfallregelungen	Schlichtung / Entscheidung im Konflikt	Anmerkungen
MV / K	LVO 2002 bzw. 2006	<ul style="list-style-type: none"> • §5(1) Der Vorstand leitet das Universitätsklinikum. + §5(4) Der Vorstand gibt sich eine Geschäftsordnung [dort erfolgt auch die Festlegung der Geschäftsbereiche im Rahmen der Satzung]. [Anm.: Das Gesetz enthält keine weiteren Angaben zum Entscheidungsprozess innerhalb des Vorstands (z.B. Einstimmigkeit), sodass vom Mehrheitsprinzip auszugehen ist. • §2(2) Entscheidungen des Universitätsklinikums erfolgen unbeschadet der Gesamtverantwortung der Universität im Einvernehmen mit der Medizinischen Fakultät, soweit der Bereich von Forschung und Lehre betroffen ist. • §9(3) Soweit bei Investitionsentscheidungen des Universitätsklinikums die Belange von Forschung und Lehre betroffen sind, ergeht diese Entscheidung im Einvernehmen mit der Medizinischen Fakultät. • §7 Das Ministerium erlässt eine <u>Mustersatzung</u> für das Universitätsklinikum. Der Aufsichtsrat beschließt über die Satzung und Änderungen, die sich auf [die Gliederung der organisatorischen Einheiten sowie deren Aufgaben, Nutzung oder Leitung beziehen], im Einvernehmen mit der <u>Universität</u>, soweit Einrichtungen betroffen sind, die keine Aufgaben der Krankenversorgung übernehmen. Im Übrigen beschließt der Aufsichtsrat bei Entscheidungen im Sinne von Satz 3 im Einvernehmen mit der Universität, soweit Belange von Forschung und Lehre betroffen sind (§2(2) Satz 3). • §12 Das Universitätsklinikum und die Universität regeln im Einvernehmen mit der Medizinischen Fakultät das Nähere über die Zusammenarbeit durch einen Kooperationsvertrag. Die Zuständigkeit der Medizinischen Fakultät für die Verwendungsentscheidungen des Zuschusses für Forschung und Lehre bleibt davon unberührt. • §14(1) Der Fachbereich Medizin erfüllt seine Aufgaben in Forschung und Lehre in enger Zusammenarbeit insbesondere mit dem Universitätsklinikum. Entscheidungen des Fachbereichs in Berufungsverfahren und in anderen Angelegenheiten von Forschung, Lehre und Studium erfolgen im Einvernehmen mit dem Universitätsklinikum, soweit die Krankenversorgung [...] betroffen [ist]. • ST&E: §16(1) Die Fachbereichsleitung [...] hat insbesondere folgende Aufgaben: [...] 4. Erstellung des Entwicklungsplanes des Fachbereichs Medizin. + §17(1) Der Fachbereichsrat hat folgende Aufgaben: [...] 3. Zustimmung zum Entwicklungsplan des Fachbereichs [...]. 	<ul style="list-style-type: none"> • §14(2) Die Medizinische Fakultät stellt als Grundlage ihrer Wirtschaftsführung im Benehmen mit dem Universitätsklinikum einen mit dessen Aufgaben abgestimmten Wirtschaftsplan auf. Der Wirtschaftsplan weist die Mittel für die Aufgaben der Medizinischen Fakultät getrennt nach Mitteln für die Grundausrüstung für Forschung und Lehre sowie für besondere Forschungs- und Lehrvorhaben aus. 	<ul style="list-style-type: none"> • §2(2) + §9(3) Kommt das Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet der Aufsichtsrat, wenn der Vorstand dies beantragt. • §5(8) Entscheidungen des Vorstands, die der Kaufmännische Direktor nicht mit den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit oder Sparsamkeit für vereinbar hält, können nicht gegen ihre oder seine Stimme getroffen werden. Der Vorstand hat erneut in dieser Angelegenheit zu entscheiden. Kommt eine Einigung im Vorstand nicht zustande, kann der Vorstand mit der Mehrheit seiner Stimmen die Angelegenheit dem Aufsichtsrat zur Entscheidung vorlegen. • §14(1) Das Einvernehmen darf nur in sachlich begründeten Fällen und in Berufungsverfahren nur dann verweigert werden, wenn begründete Zweifel an der Eignung der oder des Vorgeschlagenen für die im Universitätsklinikum zu erfüllenden Aufgaben bestehen. Kommt das Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet der Aufsichtsrat, wenn der Fachbereichsleiter [= Dekan] dies beantragt. 	Aufsichtsrat	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsprinzip bei Vorstandsentscheidungen • Sonderveto des KD nach §5(8) • Einzelanrufungsrecht des Aufsichtsrats für den Dekan (gem. §14(1) Satz 4) im Konfliktfall. • Einvernehmensregelungen auf verschiedenen Ebenen: Universität - Aufsichtsrat (§7) oder Klinikum - Fakultät (§§ 2(2), 9(3), 14(1)); zusätzlich dreiseitiges Einvernehmen bei Koop.-Vertrag (§12) zw. Universität, Klinikum und Fakultät. • Vice-Versa-Regelungen • Verweigerung des Einvernehmens durch das Klinikum (§14(1)) nur in begründeten Fällen und bei Berufungen nur unter der Auflage "begründeter Zweifel"; keine Bedingungen für die Verweigerung des Einvernehmens seitens der Fakultät.

Land / Modell ¹⁾	Gesetzliche Grundlagen ²⁾	Entscheidungsmodalitäten im Vorstand Einvernehmensregelungen Struktur- und Entwicklungsplanung (St&E)	Benehmensregelungen	Konfliktfallregelungen	Schlichtung / Entscheidung im Konflikt	Anmerkungen
NI / I	NHG 2007	<ul style="list-style-type: none"> • §63f(1) Der Vorstand fasst seine Beschlüsse in Vorstandsangelegenheiten nach §63e(2) [dies sind u.a. Erteilung des Einvernehmens mit Senat (MHH) bzw. Fakultätsrat (Göttingen), Beschlussfassung über Entwicklungsplanung, Zielvereinbarung, Wirtschaftsplan, Investitionsplanung, Budgetaufteilung, zentralen Forschungsfonds, Berufungsvorschläge etc.] einstimmig. Kommt ein Beschluss nach Satz 1 nicht zustande, so genügt bei einer nochmaligen Abtimmung die einfache Mehrheit. • §63f(2) [...] Die Vorstandsmitglieder dürfen sich untereinander nicht vertreten. • §63e(2) Vorstandsangelegenheiten sind [...] insbesondere 1. die Erteilung des Einvernehmens zu dem jeweiligen Beschluss des Senats bei der Medizinischen Hochschule Hannover oder des Fakultätsrats bei der Universitätsmedizin Göttingen über die Grundzüge der Entwicklungsplanung [...]. • Anm.: Darüber hinaus gibt es in §63h weitere Einvernehmensregelungen zwischen dem Vorstand der Universitätsmedizin Göttingen und dem Präsidium der Stiftungsuniversität, die jedoch außerhalb des Fokus dieser Tabelle liegen, obwohl es sich hierbei oftmals ebenfalls um die Belange von F&L handelt (Personal, Berufungen, Infrastruktur, Lehr- und Forschungsprofil). 	<ul style="list-style-type: none"> • §63e(3) Entscheidungen nach Absatz 2 Nr. 3 [die Errichtung, Änderung, Zusammenlegung und Aufhebung von Organisationseinheiten sowie die Festlegung ihrer Aufgaben und Organisationsstrukturen] sind bei der MHH im Benehmen mit dem Senat und bei der Universitätsmedizin Göttingen im Benehmen mit dem Fakultätsrat sowie, soweit die Krankenversorgung betroffen ist, auch im Benehmen mit der jeweiligen Klinikkonferenz zu treffen. Der Vorstand gibt vor Abschluss einer Zielvereinbarung bei der MHH dem Senat und bei der Universitätsmedizin Göttingen dem Fakultätsrat Gelegenheit zur Stellungnahme; über den Abschluss einer Zielvereinbarung nach § 1 Abs. 3 informiert er die jeweilige Klinikkonferenz. Vor der Beschlussfassung über den Wirtschaftsplan sind bei der MHH der Senat und bei der Universitätsmedizin Göttingen der Fakultätsrat sowie die jeweilige Klinikkonferenz zu hören. • §63e(4) [...] Entscheidungen [des Dekans] nach Satz 1 Nr.1 [Organisation und Weiterentwicklung von Forschung und Lehre] von grundsätzlicher Bedeutung einschließlich der Bildung von Schwerpunkten sowie Entscheidungen und Maßnahmen nach Satz 1 Nr.2 bis 5 [die Aufteilung der für die Forschung bestimmten Ressourcen, die Evaluation der Forschung, die Aufteilung der für die Lehre bestimmten Ressourcen, die Evaluation der Lehre] sind bei der MHH im Benehmen mit dem Senat und bei der Universitätsmedizin Göttingen im Benehmen mit dem Fakultätsrat zu treffen. 	<ul style="list-style-type: none"> • §63f(1) Beschlüsse nach §63e(2) Nr.12 [die abschließende Entscheidung über Berufungsvorschläge des Fakultätsrats] kommen gegen die Stimme des Vorstandsmitglieds für F&L [=> Vetorecht des Dekans/Präsidenten] nicht zustande. • Keine Konfliktfallregelung: Bei fehlender Einstimmigkeit im Vorstand reicht in zweiter Abstimmung die einfache Mehrheit, siehe erste Spalte bzw. §63f(1). • Sonderfall Göttingen: §63h(1) Das Präsidium und der Vorstand informieren sich regelmäßig über alle wesentlichen Angelegenheiten ihrer Geschäftsbereiche. In Angelegenheiten, die 1. den gemeinsamen Einsatz von Personal oder Sachmitteln, 2. die gemeinsame Infrastruktur oder 3. den jeweils anderen Bereich wesentlich berührende Änderungen des Lehr- oder Forschungsprofils der Universität oder der Universitätsmedizin betreffen, bedürfen Entscheidungen des Einvernehmens zwischen dem Präsidium und dem Vorstand. Kommt eine Einigung nicht zustande, so entscheidet der Stiftungsrat.⁹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Entfällt • (• Stiftungsrat⁹⁾ bei Konflikten zw. Vorstand und Präsidium in Göttingen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einstimmigkeitsprinzip bei Vorstandsentscheidungen, das im Konfliktfall durch Mehrheitsprinzip (im 3er-Vorstand) abgelöst wird. • Faktisches Vetorecht des "Dekans" bei Berufungen. • Keine weiteren Konfliktfallregelungen im Vorstand. • Nur Benehmen mit "Klinikum" bzw. "Fakultät" bei strukturellen Vorstandsentscheidungen erforderlich. Allerdings werden Vorstandsentscheidungen i.d.R. einstimmig gefasst. • Dekan in Göttingen bzw. Präsident in Hannover stellt bei Entscheidungen in grundlegenden Angelegenheiten für F&L nach §63e(4) nur das Benehmen mit dem Fakultätsrat her. • Anm.: Nach §60(2) Nr. 8 NHG in Verbindung mit §60a(1) und §60a(2) NHG obliegt der Beschluss von Änderungen der Stiftungssatzung sowie Erlass, Änderung und Aufhebung anderer Satzungen der Universitätsmedizin Göttingen dem Stiftungsausschuss Universitätsmedizin [= AR]. Hier ist gesetzlich keine enge Rückkopplung mit dem Fachbereich verankert. Neben der Satzung der Stiftung [die nach Auffassung des Landes eher den Charakter von Rechtsverordnungen/Erlässen hat] kennt das NHG aber auch den Begriff der Ordnung/Grundordnung (siehe §15 NHG). Deren Änderung obliegt den Organen der Selbstverwaltung.
NRW / K	LVO 2000	<ul style="list-style-type: none"> • §5(1) Der Klinikumsvorstand leitet das Universitätsklinikum. [Anm.: Die Verordnungen enthalten keine Angaben zum Entscheidungsprozess innerhalb des Vorstands. Näheres bestimmen gem. §7 die Satzungen. Dort ist das Mehrheitsprinzip (+ Vorsitzender (= ÄD) gibt den Ausschlag) festgelegt.] • §2(2) Entscheidungen des Universitätsklinikums erfolgen unbeschadet der Gesamtverantwortung der Universität (§ 25 Abs. 2 Satz 1 HG) im Einvernehmen mit dem Fachbereich Medizin, soweit der Bereich von Forschung und Lehre betroffen ist. • §15(1) [...] Entscheidungen in Berufungsverfahren und in anderen Angelegenheiten von Forschung, Lehre und Studium erfolgen im Einvernehmen mit dem Universitätsklinikum, soweit die Krankenversorgung und das öffentliche Gesundheitswesen betroffen sind. • St&E: §17(1) Das Dekanat hat insbesondere folgende Aufgaben: [...] 4. Erstellung des Entwicklungsplanes des Fachbereichs Medizin, + §18 (1) Der Fachbereichsrat [Medizin] hat folgende Aufgaben: [...] 3. Stellungnahme zum Entwicklungsplan des Fachbereichs; + §4(1) Der Aufsichtsrat leat die betrieblichen Ziele des Universitätsklinikums fest [...]. 	Keine	<ul style="list-style-type: none"> • §2(2) Kommt das Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet der Aufsichtsrat, wenn der Dekan dies beantragt. • §15(1) Das Einvernehmen in Berufungsverfahren darf nur verweigert werden, wenn begründete Zweifel an der Eignung des Vorgeschlagenen für die im Universitätsklinikum zu erfüllenden Aufgaben bestehen. 	Aufsichtsrat	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsprinzip bei Vorstandsentscheidungen (+ ÄD gibt den Ausschlag). • Konfliktfallregelung durch AR nur bei Anrufung durch Dekan. • Keine Benehmensregelungen. • Verweigerung des Einvernehmens durch das Klinikum bei Berufungen (§15(1)) nur unter der Auflage "sachlich begründeter Fälle und erheblicher Zweifel", keine Bedingungen für die Verweigerung des Einvernehmens seitens der Fakultät und des Klinikums in allen anderen Fällen.

Land / Modell ¹⁾	Gesetzliche Grundlagen ²⁾	Entscheidungsmodalitäten im Vorstand Einvernehmensregelungen Struktur- und Entwicklungsplanung (St&E)	Benehmensregelungen	Konfliktfallregelungen	Schlichtung / Entscheidung im Konflikt	Anmerkungen
RP / K	UKIG 1997	<ul style="list-style-type: none"> • §12(1) Die Mitglieder des Klinikvorstandes führen die Geschäfte des Klinikums grundsätzlich in gemeinsamer Verantwortung. Der Klinikvorstand soll sich im Rahmen der ihm obliegenden Aufgaben auf Angelegenheiten von besonderer oder übergreifender Bedeutung beschränken und einzelne Leitungsaufgaben auf die primär dafür sachlich zuständigen Mitglieder des Klinikvorstandes übertragen. Diese handeln insoweit für den Klinikvorstand. Die Belange von Forschung und Lehre werden dem Dekan des Fachbereiches Medizin zugeordnet. Das Weitere wird durch die Satzung geregelt. • St&E: Keine gesetzlichen Regelungen zur St&E-Planung. 	Keine	<ul style="list-style-type: none"> • §12(4) Wird ein Mitglied des Klinikvorstandes in einer Angelegenheit, die nach diesem Gesetz oder der Satzung seinem Zuständigkeitsbereich unterliegt, im Klinikvorstand überstimmt, kann es verlangen, dass sie zur endgültigen Entscheidung dem Aufsichtsrat vorgelegt wird. In dringenden unaufschiebbaren Angelegenheiten kann der Klinikvorstand bis zur Entscheidung des Aufsichtsrates eine vorläufige Entscheidung treffen. 	Aufsichtsrat	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsentscheidungen im Vorstand. • Alle Vorstandsmitglieder (4er-Vorstand) haben ein Anrufungsrecht des Aufsichtsrats. • Schlichtung durch Aufsichtsrat nur bei Anrufung. • Die Satzung regelt den weiteren Aufgabenzuschnitt der Organe und der Vorstandsmitglieder. • Satzung enthält jedoch keine expliziten Einvernehmens- oder Benehmensregelungen.
SL / K	HMG 2003 bzw. UKSG 2003	<ul style="list-style-type: none"> • §8(2) Der Klinikumsvorstand entscheidet mit der Mehrheit seiner Stimmen; bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden [= ÄD] den Ausschlag. • §8(3) Maßnahmen und Beschlüsse [des Klinikumsvorstandes], die Belange von Forschung und Lehre betreffen, bedürfen der Zustimmung der Fakultätsleitung. • §10(3) Entscheidungen des Aufsichtsrats, die Belange der Forschung und Lehre betreffen, bedürfen des Einvernehmens mit dem Universitätspräsidium. 	Keine	<ul style="list-style-type: none"> • §6(4) Maßnahmen und Beschlüsse, die Belange von Forschung und Lehre betreffen, bedürfen der Zustimmung des Dekanats. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet der Aufsichtsrat. • §8(2) Bei Entscheidungen des Klinikumsvorstandes, die der Kaufmännische Direktor nicht mit den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit für vereinbar hält, steht ihm ein Widerspruchsrecht zu. • §8(3) Kommt eine Einigung [zw. Klinikumsvorstand und Fakultätsleitung] nicht zustande, entscheidet der Aufsichtsrat. • §10(3) Kommt eine Einigung [zw. AR und Universität] nicht zustande, entscheidet das Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft. 	Zwei Ebenen: <ul style="list-style-type: none"> • Aufsichtsrat bei Widerspruch KD gem. §8(2) und bei fehlendem Einvernehmen zw. Klinikum und Fakultät gem. §8(3). • Ministerium gem. §10(3) bei Konflikten zwischen AR und Universität. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsprinzip bei Vorstandsentscheidungen. • Zweitstufige Regelung bei verweigertem Einvernehmen: je 1x auf der operativen Ebene und 1x auf der Aufsichtsebene. • Sonderveto des KD nach §8(2).
SN / K	UKG 1999 SächsHG 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Sonderfall: Keine gesetzliche Festlegung der Entscheidungsmodalitäten im (Klinikums-)Vorstand, in dem der Dekan kein Mitglied ist. [§10(4) UKG] Der Dekan kann [aber gem. §10(6) UKG] beratend an den Vorstandssitzungen teilnehmen. • §41(4) SächsHG: Beschlussfassung über Funktionsbeschreibung bei Professur mit Aufgaben in der Krankenversorgung im Einvernehmen mit dem Klinikum. • §7 UKG: Entscheidungen, die sich unmittelbar und wesentlich auf Forschung und Lehre auswirken, insbesondere die Strukturpläne des Universitätsklinikums, bedürfen der Zustimmung des Dekanatskollegiums der Medizinischen Fakultät. 	<ul style="list-style-type: none"> • §108(1) SächsHG: Sie [die Med. Fakultät] trifft Entscheidungen, die sich auf die Aufgaben des Universitätsklinikums auswirken, im Benehmen mit diesem. 	<ul style="list-style-type: none"> • §7 UKG: Kommt eine Einigung zwischen der Medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum nicht zustande, entscheidet die Gemeinsame Konferenz¹⁰⁾. 	Gemeinsame Konferenz ¹⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Konferenz als Schnittstelle zw. Klinikum und Fakultät (d.h.: Keine Personalunion in den Leistungsorganen von Fakultät und Klinikum). • Dekan ist kein Mitglied des Klinikumsvorstandes (2er-Vorstand), allerdings gibt es eine Einvernehmensregelung mit dem Dekanatskollegium bei wesentl. Entscheidungen und Planungen gem. §7 UKG. • Kein Widerspruchsrecht des Klinikums bei Entscheidungen der Fakultät (außer: Einvernehmen bei Funktionsbeschreibung bei Berufungen).

Land / Modell ¹⁾	Gesetzliche Grundlagen ²⁾	Entscheidungsmodalitäten im Vorstand Einvernehmensregelungen Struktur- und Entwicklungsplanung (St&E)	Benehmensregelungen	Konfliktfallregelungen	Schlichtung / Entscheidung im Konflikt	Anmerkungen
ST / K	HMG LSA 2005	<p>[Anm.: Das Gesetz enthält keine weiteren Angaben zum Entscheidungsprozess innerhalb des Vorstands (z.B. Einstimmigkeit), sodass vom Mehrheitsprinzip auszugehen ist.]</p> <ul style="list-style-type: none"> • §15(4) Maßnahmen und Beschlüsse des <u>Klinikumsvorstandes</u> erfolgen im Einvernehmen mit dem Fakultätsvorstand, soweit der Bereich von Forschung und Lehre betroffen ist. • Zusätzlich: §11(3) Der Aufsichtsrat stellt bei Entscheidungen gemäß Absatz 1 [Struktur- und Entwicklungsplanung, Erfüllung der Aufgaben des Vorstands] das Einvernehmen mit dem Fakultätsvorstand her, sofern Belange von Forschung und Lehre betroffen sind. • §19(2) Bei Regelungen der Ordnung [= Satzung], die Belange von Forschung und Lehre betreffen, muss Einvernehmen mit dem Fakultätsvorstand hergestellt werden. • §24(1) Die Entscheidung über die Errichtung oder Einrichtung neuer Kliniken sowie über die Besetzung neuer Chefarztpositionen erfolgt im Einvernehmen mit dem Universitätsklinikum. 		<ul style="list-style-type: none"> • Widerspruchsrecht für die Fakultät nach §24(1), siehe unten. • §15(2) Beschlüsse von wesentl. Bedeutung für die Entwickl. des Universitätsklinikums können nicht gegen die Stimme des ÄD getroffen werden. • §15(2) Gesondertes Vetorecht für KD. • §15(4) Der Fakultätsvorstand kann gegen Maßnahmen und Beschlüsse des Klinikumsvorstandes Einspruch mit aufschiebender Wirkung einlegen, wenn er Belange von Forschung und Lehre für beeinträchtigt hält. Hilft der Klinikumsvorstand dem Einspruch nicht ab, kann der Dekan auf Antrag des Fakultätsvorstandes einen <u>Schlichter</u> einsetzen oder das für Hochschulen zuständige <u>Ministerium</u> anrufen. Dies gilt entsprechend [vice versa] für den Klinikumsvorstand, wenn der Klinikumsvorstand sich durch Beschlüsse der Fakultät in Belangen der Krankenversorgung beeinträchtigt sieht. Kann kein Einvernehmen herbeigeführt werden, entscheidet nach Anhörung das für Hochschulen zuständige <u>Ministerium</u>. • §24(1) Das Einvernehmen mit Entscheidungen des jeweiligen Universitätsklinikums [Errichtung neuer Kliniken, Chefarzt-Besetzung] kann verweigert werden, wenn Nachteile für die Aufgaben der Medizinischen Fakultät zu befürchten sind. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestufte Schlichtung: <ol style="list-style-type: none"> 1. Schlichter 2. Ministerium • Zusätzlich: Aufsichtsrat bei Widerspruch des KD 	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsprinzip bei Vorstandsentscheidungen • Zusätzlich: Einvernehmen zw. AR und Fakultätsvorstand • Ausführliche Regelungen zur Schlichtung • Gestufte Schlichtung • Vice Versa-Regelungen in §15(4) • Bedingung für die Verweigerung des Einvernehmens seitens der Fakultät gem. §§ 15(4) und 24(1).

Land / Modell ¹⁾	Gesetzliche Grundlagen ²⁾	Entscheidungsmodalitäten im Vorstand Einvernehmensregelungen Struktur- und Entwicklungsplanung (St&E)	Benehmensregelungen	Konfliktfallregelungen	Schlichtung / Entscheidung im Konflikt	Anmerkungen
SH / K	HSG 2000	<ul style="list-style-type: none"> • §122(5) In Angelegenheiten, die die betrieblichen Ziele wesentlich beeinflussen, entscheidet der Vorstand¹¹⁾ gemeinsam. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden [= ÄD] den Ausschlag. • Keine Einvernehmensregelungen. 	<ul style="list-style-type: none"> • §121(2) Entscheidungen über die strukturelle und organisatorische Weiterentwicklung des Klinikums, die Einfluss auf die Entwicklungsplanung der Hochschulen für den Fachbereich Medizin und die Voraussetzungen für Forschung und Lehre im Klinikum haben, trifft der Vorstand im Benehmen mit der Hochschule. • §126(3) Der Vorstand beschließt über diese Mittel [gemeint ist der Landeszuführungsbetrag] und deren Aufteilung bei der Aufstellung des Wirtschaftsplans im Benehmen mit den Fachbereichen Medizin. Er ist bei Entscheidungen über die Mittel für die Grundausrüstung von Forschung und Lehre an die dafür von den Fachbereichen Medizin beschlossenen Grundsätze und die nach § 59a Abs. 6 geschlossenen Vereinbarungen [LOM-Vereinbarung] gebunden. Die Mittel für besondere Forschungs- und Lehrvorhaben verwendet er nach Maßgabe der Entscheidungen der Fachbereiche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Widerspruchsrecht der Fakultät nach §123(3), siehe unten. • §122(5) Der Vorstand für Forschung und Lehre [dies ist nicht der Dekan]¹¹⁾ kann eine Unterrichtung des Aufsichtsrats in Angelegenheiten verlangen, in denen die Forschung oder die Lehre im Klinikum betroffen ist. • §122(5) Gesondertes Vetorecht für den KD. • §123(3) Der Aufsichtsrat hat ferner die Aufgabe, eine Verständigung herbeizuführen, wenn zwischen dem Vorstand und einem Fachbereich Medizin eine Meinungsverschiedenheit besteht. Hat ein Fachbereich Medizin insbesondere einem Beschluss des Vorstands nach §126 Abs. 3 Satz 3 oder hat eine Hochschule einer Entscheidung nach §121 Abs. 2 widersprochen, so leitet der Aufsichtsrat auf Verlangen ein Einigungsverfahren ein. In dem Einigungsverfahren soll ein Ausgleich zwischen den Belangen von Forschung und Lehre und den Erfordernissen einer bestmöglichen Krankenversorgung herbeigeführt und auf ein Einvernehmen hingewirkt werden. Kommt ein Einvernehmen nicht zustande, kann der Aufsichtsrat Beschlüsse fassen. [...] 	Aufsichtsrat	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsprinzip im Vorstand¹¹⁾ (+ ÄD gibt den Ausschlag). • Sondersituation UK-SH: 1 Klinikum, 2 Fakultäten, mit hauptamtl. Vorstand für F&L. • Besonderheit: Keine gesetzliche Festlegung von Einvernehmensregelungen; allerdings haben die Fakultäten in Kiel und Lübeck ein Widerspruchsrecht mit anschl. Klärung im AR. • AR mit vorrangig moderierender Funktion im Konfliktfall. • Gegen beide Entscheidungen [§121(2) + §126(3)] kann jede Universität bzw. jede der beiden Med. Fachbereiche Widerspruch gem. §123(3) einlegen.
	HSG 2007	<ul style="list-style-type: none"> • §88(4) Über Angelegenheiten, die die betrieblichen Ziele wesentlich beeinflussen können, entscheidet der gesamte Vorstand. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der oder des Vorsitzenden [= ÄD] den Ausschlag. • §92(4) Das Klinikum stellt gemeinsam mit dem Medizin-Ausschuss und den Fachbereichen Medizin sicher, dass die Finanzmittel für Forschung und Lehre gesondert von den Finanzmitteln für die Krankenversorgung verwendet und ausgewiesen werden. • Keine Einvernehmensregelungen. 	<ul style="list-style-type: none"> • § 33(5) Der Medizin-Ausschuss entscheidet im Benehmen mit den Fachbereichen und dem Vorstand des Klinikums auf der Basis der nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 entwickelten Standards [für die Fachbereiche Medizin zur Ermittlung der Grundausrüstung und der Ausstattung für besondere Forschungs- und Lehrvorhaben] über die Verwendung dieser Finanzmittel [gemeint ist der Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre]. • §85(2) Zu den Aufgaben des Aufsichtsrats gehören: [...] 2. Erlass und Änderung der Satzung nach § 44 Landesverwaltungsgesetz (Hauptsatzung) im Benehmen mit den Hochschulen und dem Medizin-Ausschuss, [...]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wechselseitige Widerspruchsrechte des Vorstands des Klinikums gem. §33(7) bzw. des Medizin-Ausschusses gem. §88(3) gegen die jeweiligen Beschlüsse mit aufschiebender Wirkung, wenn es sich nicht um eine unaufschiebbare Angelegenheit handelt. Wird den Widersprüchen durch das beschließende Organ nicht abgeholfen, kann jeweils die Schiedsstelle gem. §33(8) zur Entscheidung angerufen werden. • §88(4) Dem kaufmännischen Vorstand steht bei Entscheidungen oder Maßnahmen des Vorstands, die wirtschaftliche Angelegenheiten des Klinikums betreffen, ein Widerspruchsrecht zu. Der Widerspruch ist erledigt, wenn der Vorstand mit der Stimme des kaufmännischen Vorstands in gleicher Angelegenheit neu entscheidet. In den übrigen Fällen entscheidet der Aufsichtsrat. 	Zwei Ebenen der Schlichtung: <ul style="list-style-type: none"> • Schiedsstelle bei Konflikten zwischen Vorstand und Medizin-Ausschuss (Widerspruchsrechte gem. §§ 33(7) + 88(3)). • Aufsichtsrat bei Konflikten innerhalb des Vorstands (Widerspruchsrecht des Kaufmännischen Vorstands gem. §88(4)). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitsprinzip im Vorstand (+ ÄD gibt den Ausschlag). Die Aufgaben des Vorstands werden in der Hauptsatzung des Klinikums geregelt.^{11a)} • Sondersituation UK-SH: 1 Klinikum, 2 Fakultäten. • Besonderheit: Keine gesetzliche Festlegung von Einvernehmensregelungen; allerdings gibt es wechselseitige Widerspruchsrechte von Vorstand und Medizin-Ausschuss mit - soweit den Widersprüchen nicht abgeholfen wird - anschl. Entscheidung durch eine Schiedsstelle.

Land / Modell ¹⁾	Gesetzliche Grundlagen ²⁾	Entscheidungsmodalitäten im Vorstand Einvernehmensregelungen Struktur- und Entwicklungsplanung (St&E)	Benehmensregelungen	Konfliktfallregelungen	Schlichtung / Entscheidung im Konflikt	Anmerkungen
TH / I	ThürHG 2007	<ul style="list-style-type: none"> • §97(9) Der Klinikumsvorstand fasst seine Beschlüsse einstimmig. • §89(2) [...] bei wissenschaftlichem Personal mit ärztlichen Aufgaben übt der Medizinische Vorstand [=ÄD] die Dienstvorgesetzeneigenschaft im Einvernehmen mit dem Wissenschaftlichen Vorstand [= Dekan] aus. Für Hochschullehrer, die am Universitätsklinikum tätig sind, nimmt der Dienstvorgesetzte seine Befugnisse im Einvernehmen mit dem Leiter der Hochschule [= Präsident] wahr. • §96(1) [...] Entscheidungen [des Fachbereichsrats] über Berufungsvorschläge mit unmittelbarem Bezug zur Krankenversorgung bedürfen des Einvernehmens mit dem Klinikumsvorstand; das Einvernehmen kann nur wegen begründeter Zweifel an der Eignung eines Vorgeschlagenen für die Aufgaben in der Krankenversorgung verweigert werden. • §96(2) [...] Der Fachbereichsrat kann den <u>Dekan</u> aus wichtigem rund im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat abberufen. • St&E: §97(1) [Dem Klinikumsvorstand] obliegen insbes. [...] Nr. 2. der Beschluss der Grundsatzung sowie der St&E-Planung und deren Fortschreibung; soweit wesentliche Angelegenheiten von Forschung und Lehre betroffen sind, ist das Einvernehmen mit dem Fachbereichsrat herzustellen. 	<ul style="list-style-type: none"> • §91(2) [...] Das Universitätsklinikum] schließt in entsprechender Anwendung des §12 mit dem Ministerium Ziel- und Leistungsvereinbarungen ab. Diese sind mit den Ziel- und Leistungsvereinbarungen der Universität abzustimmen, indem in Angelegenheiten von Forschung und Lehre das Benehmen mit dem Präsidium hergestellt wird. • §97(1) [...] Dem Klinikumsvorstand] obliegen insbesondere folgende Aufgaben: 1. der Abschluss von Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit dem Ministerium sowie den wissenschaftlichen Einrichtungen und Betriebseinheiten des Universitätsklinikums, • §97(1) [...] Über die Einrichtung, Änderung und Aufhebung von Kliniken, klin. Einricht. und sonst. Einricht. entscheidet der Klinikumsvorstand im Benehmen mit dem Präsidium der Universität und dem Fachbereichsrat sowie mit Zustimmung des Verwaltungsrats. Die Leitung der Kliniken, klin. Einricht. und sonst. Einricht. wird vom Klinikumsvorstand im Benehmen mit dem Fachbereichsrat bestellt. • §98(2) Der Verwaltungsrat¹²⁾ entscheidet in grundsätzlichen Angelegenheiten des Universitätsklinikums, soweit die Zuständigkeit in Angelegenheiten von Forschung und Lehre nicht nach §96(1) dem Fachbereichsrat zugewiesen ist. Bei der Genehmigung der Grundsatzung sowie der St&E-Planung und deren Fortschreibung berücksichtigt der Verwaltungsrat auch Stellungnahmen des Fachbereichsrats und der Universität. [...] Siehe auch Fortsetzung in der Spalte "Konfliktfallregelungen" • §98(3) Das Mitglied [des Verwaltungsrats] nach Satz 1 Nr. 4 [ein Hochschullehrer] wird auf Vorschlag des Senats und die Mitglieder nach Satz 1 Nr. 5 [eine mit dem Hochschulwesen vertraute Persönlichkeit aus der Medizin und eine mit dem Hochschul- oder Krankenhauswesen vertraute Persönlichkeit aus Klinikmanagement, Wirtschaft oder Dienstleistungsbereich, die nicht der Universität Jena oder dem Ministerium angehören] werden auf Vorschlag des Präsidiums der Universität im Benehmen mit dem Klinikumsvorstand vom Ministerium für die Dauer von vier Jahren bestellt; 	<ul style="list-style-type: none"> • §97(9) Der Klinikumsvorstand fasst seine Beschlüsse einstimmig. Die Grundsatzung soll ein Schlichtungsverfahren für den Fall vorsehen, dass in wichtigen Angelegenheiten keine einstimmige Beschlussfassung zustande kommt. Der Klinikumsvorstand gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung des Verwaltungsrats bedarf. • §98(2) [...] Soweit Klinikumsvorstand und Fachbereichsrat unterschiedliche Auffassungen vertreten, ob ein Handeln im Einvernehmen erforderlich ist, oder soweit das Einvernehmen nicht hergestellt werden kann, können beide Organe den Verwaltungsrat [= AR] anrufen. Der Verwaltungsrat hört den Klinikumsvorstand und den Fachbereichsrat in gemeinsamer Sitzung an. Kann hierbei keine Einigung herbeigeführt werden, entscheidet der Verwaltungsrat. <p>Diese Entscheidungen sind dem Ministerium anzuzeigen.</p>	<p>Zwei Ebenen der Schlichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlichtungsverfahren gem. Grundsatzung bei fehlender Einstimmigkeit im Vorstand. • Verwaltungsrat¹²⁾ [= AR] bei Konflikten zw. Fachbereichsrat und Klinikumsvorstand. 	<ul style="list-style-type: none"> • Einstimmigkeitsprinzip im Vorstand; Der Dekan als Wissenschaftlicher Vorstand ist nicht an die Beschlüsse des Fachbereichsrats gebunden. • Anmerkung: Die Benehmensregelung in §97(1) ist im Kontext mit der Bestimmung zu sehen, dass die St&E-Planung und Grundsatzung im Einvernehmen zw. Vorstand und Fachbereich beschlossenen wird. • Im Aufsichtsrat ("Verwaltungsrat") haben die Vertreter der Wissenschaft die Mehrheit.¹²⁾

Farbcode: Blau: Entscheidungsmodus im Vorstand, Lila: Regelungen zur St&E-Planung.

* Die wiedergegebenen Gesetzestexte wurden nach Bedarf gekürzt, ohne dass dies in jedem Fall durch "[...]" kenntlich gemacht wurde. In diesem Zusammenhang wurde auf die in den Gesetzestexten stets vorhandenen weiblichen Amtsbezeichnungen (Dekanin, Ärztliche Direktorin etc.) verzichtet. Neben den hier zusammengefassten Benehmens- und Einvernehmensregelungen gibt es in einzelnen Landesgesetzen/-verordnungen weitere Abstimmungsregelungen. Diese beziehen sich dann aber im Falle des **Kooperationsmodells nicht** auf das Verhältnis zwischen Klinikum und Fakultät/Universität, sondern bspw. auf das Verhältnis zw. Land und Klinikum oder zw. Klinikum und Aufsichtsrat. Bei den **Integrationsmodellen** wurden z.T. auch Benehmens- und Einvernehmensregelungen zwischen anderen Organen aufgenommen, sofern dies für das Verständnis der Leitungsstrukturen relevant erschien.

[...xyz...] Kürzungen oder Ergänzungen des Wortlautes des jeweiligen Gesetzestextes.

Abkürzungen: Anm.: Anmerkungen; AR: Aufsichtsrat; ÄD: Ärztlicher Direktor; KD: Kaufmännischer Direktor; LOM: Leistungsorientierte Mittelvergabe; St&E: Struktur- und Entwicklungsplanung).

1) Modell: K: Kooperationsmodell; I: Integrationsmodell.

2) BayHSchG: Bayerisches Hochschulgesetz; BayUniKlinG: Bayerisches Universitätsklinikumsgesetz; BerlUniMedG: Berliner Universitätsmedizinergesetz; HG: Hochschulgesetz; HHG: Hessisches Hochschulgesetz; HMG: Hochschulmedizinreformgesetz; HMG LSA: Hochschulmedizinergesetz des Landes Sachsen-Anhalt; HSG: Hochschulgesetz; LVO: Landesverordnung; NHG: Niedersächsisches Hochschulgesetz; SächsHG: Sächsisches Hochschulgesetz; ThürHG: Thüringer Hochschulgesetz; UKEG: Gesetz zur Errichtung der Körperschaft "Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf", i.d.F.v. 04.09.2006; UKG: Universitätsklinikumsgesetz; UKIG: Universitätsklinikumsgesetz; UKSG: Gesetz über das Universitätsklinikum des Saarlandes; UniKlinG: Gesetz für die hessischen Universitätskliniken.

3) Berlin: Die Anrufung des AR im Konfliktfall impliziert nach Auskunft des Landes dass der AR dann auch abschließend entscheidet.

4) Hamburg: Kuratorium ist die Bezeichnung für den Aufsichtsrat der Gliedkörperschaft UKE.

5) Hamburg: Dem Schlichtungsausschuss gehören an: 1. der Vertreter der Aufsichtsbehörde als Vorsitzender, 2. der Präsident der Universität Hamburg, 3. der Ärztliche Direktor, 4. der Dekan.

6a) Hessen: Frankfurt - Klinikum als Anstalt des öffentlichen Rechts.

6b) Hessen: Gießen/Marburg - Klinikum als GmbH (Rechtsform des Privatrechts).

- 7) Hessen: Mitglieder der Ständigen Kommission für Forschung und Lehre (SKFL): 2 Präsidenten (Universitäten Gießen und Marburg), 2 Dekane (Med. Fakultäten Gießen und Marburg), 1 Geschäftsführer des Klinikums und 1 Mitglied des Vorstands der Rhön-Klinikum AG; Entscheidungen müssen einstimmig getroffen werden, ansonsten entscheidet die Schlichtungskommission nach §25a(4).
- 8) Hessen: Privatisiertes Klinikum Gießen/Marburg: Schlichtungskommission nach §25a(4) UniKlinG: Die Schlichtungskommission setzt sich wie folgt zusammen: Vertretung der Universitäten, der Fachbereiche Medizin und des Landes einerseits sowie Vertretung des Universitätsklinikums in privater Rechtsform andererseits. Den Vorsitz führt eine vom Ministerium für Wissenschaft und Kunst im Einvernehmen mit dem Mehrheitsgesellschafter des Universitätsklinikums in privater Rechtsform bestellte Person. Die Zahl der Stimmen der Vertretungen von Universitäten, Fachbereichen Medizin und Land entspricht der Zahl der Stimmen des geschäftsführenden Organs des Klinikums und Mehrheitsgesellschafters des Universitätsklinikums in privater Rechtsform. Bei Stimmgleichheit entscheidet die mit dem Vorsitz betraute Person. Die Schlichtungskommission gibt sich eine Geschäftsordnung. Beschlüsse der Schlichtungskommission unterliegen der Rechtsaufsicht des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst.
- 9) Göttingen: Der Stiftungsrat besteht aus dem Aufsichtsorgan der Stiftungsuniversität (Stiftungsausschuss Universität) ergänzt um die Mitglieder des Stiftungsausschusses Universitätsmedizin, als dem Aufsichtsorgan der Universitätsmedizin Göttingen.
- 10) Sachsen: Gemeinsame Konferenz nach §7 UKG: "Ihr gehören das Dekanatskollegium sowie der Vorstand des Universitätsklinikums mit jeweils einer Stimme an. Der Kanzler der Universität hat das Recht zur Teilnahme. Der Staatsminister für Wissenschaft und Kunst bestellt auf Vorschlag der Findungskommission im Einvernehmen mit dem Aufsichtsrat und im Benehmen mit dem Rektoratskollegium eine sachkundige Persönlichkeit zum Vorsitzenden. In Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung kann der Vorsitzende den Staatsminister für Wissenschaft und Kunst anrufen, der endgültig entscheidet. Bei Fragen von wirtschaftlicher Bedeutung beteiligt der Staatsminister für Wissenschaft und Kunst den Staatsminister der Finanzen."
- 11) Besonderheit in Schleswig-Holstein bis 29.03.2007 (HSG 2000): Der Vorstand für F&L im (4er-)Vorstand des Klinikums ist nicht personalidentisch mit einem der Dekane der beiden Medizinischen Fakultäten (Kiel+Lübeck), sondern der Vorsitzende des Gemeinsamen Ausschusses (gem. §59a(4)), der von einem gesonderten Wahlausschuss gewählt wird. In diesem Wahlausschuss sind auch Mitglieder des Klinikumsvorstands vertreten, die Mehrheit haben aber Vertreter der beiden Med. Fakultäten und Universitäten.
- 11a) Besonderheit in Schleswig-Holstein ab 30.03.2007 (HSG 2007): Eine personelle Verzahnung zwischen Klinikum und Fakultät besteht auf Ebene des Medizin-Ausschusses (gem. §33), dessen Vorsitzender der hauptberufliche Wissenschaftsdirektor ist. Dieser nimmt gem. §88(1) mit beratender Stimme und Antragsrecht an den Sitzungen des Vorstands teil.
- 12) Thüringen: Mitglieder des Verwaltungsrats: Wissenschaftsminister, Finanzminister (bzw. von ihnen benannte Vertreter), Universitätspräsident, ein Wissenschaftler, zwei Externe ("mit dem Hochschulwesen vertraute Persönlichkeiten [...]") sowie ein gewähltes Mitglied des Universitätsklinikums.

Tabelle A.3: Mitglieder des Aufsichtsrates (Stand: 1. Januar 2007)

Land	Vorsitz	Vertreter des/der					Externe Sachverständige	Summe ²⁾
		Wissenschaftsministeriums ¹⁾	Finanzministeriums ¹⁾	Sozial/Gesundheitsministeriums ¹⁾	Universität	Klinikums		
Baden-Württemberg³⁾	Vertreter des Wissenschaftsministeriums	1	1		2 (Vorstandsvorsitzender + 1 hauptberufl. Prof. der Universität)	1 (Vertreter des Personals)	2-4 (Sachverst. insbes. aus Wirtschaft u. med. Wissenschaft)	7-9
Bayern	Minister des Wissenschaftsministeriums	2 (Minister + Vertreter)	1	1	1 (Präsident/Rektor)	1 (Prof. der Med., der nicht dem Klinikumsvorstand angehört)	2 (1 in Wirtschaftsangelegenheiten erfahrene Person + 1 Leiter einer klin. Einrichtung, die sich mit KV befasst)	8
Berlin	für HS zuständiges Senatsmitglied ⁴⁾	1 (für HS zuständiges Senatsmitglied ⁴⁾)	1			3 ⁵⁾ (gewählte Mitglieder)	5 (vom BE-Senat ⁴⁾ Berufene aus med. Wiss., Wirts. oder Krankenhausmanagement)	10 ⁵⁾
Hamburg⁶⁾	Vertreter der Aufsichtsbehörde	1 (Vertreter der Aufsichtsbehörde)	1		2 (Präsident + 1 von der Med. Fakultät gewähltes Mitglied, das nicht dem Vorstand angehört)	4 (gewählte Mitglieder des UKE)	4 (vom HH-Senat ⁴⁾ berufene Sachverst.)	12
Hessen Frankfurt	aus dem Kreis der Mitglieder gewählt	2	1		1 (Präsident)	1 (Vorsitzende der Personalvertretung)	2 (erfahrene Personen aus Wirts. o. Wiss.)	7
Hessen Gießen / Marburg	Sonderfall: Klinikum in privater Rechtsform (GmbH) mit mitbestimmtem Aufsichtsrat und Gesellschafterversammlung.							
Mecklenburg-Vorpommern	Vertreter des Wissenschaftsministeriums	1	1	1 ⁷⁾ (beratend)	2 (Rektor + Kanzler)	1 ^{7a)} (Vorsitzender des Personalrats)	2 (Sachver. aus Wirts. u. med. Wissenschaft)	6-7 ^{7b)}
Niedersachsen (Göttingen)⁸⁾	keine Regelung zum Vorsitz	1			1 (vom Senat gewähltes Mitglied der Uni Göttingen)	- ^{8b)}	2 (Sachverständige) ^{8c)}	5
+ 1 vom Stiftungsausschuss Universität aus seiner Mitte bestimmtes Mitglied ^{8a)}								
Niedersachsen (Hannover)⁹⁾	keine Regelung zum Vorsitz	1			1 (vom Senat gewähltes Mitglied der Hochschule) ^{9a)}		5 (Sachverständige) ^{9b)}	7 ^{9c)}

Land	Vorsitz	Vertreter des/der					Externe Sachverständige	Summe ²⁾
		Wissenschaftsministeriums ¹⁾	Finanzministeriums ¹⁾	Sozial/Gesundheitsministeriums ¹⁾	Universität	Klinikums		
Nordrhein-Westfalen¹⁰⁾	Vertreter des Wissenschaftsministeriums	1	1		2 (Rektor + Kanzler)	2 ^{10a)} (1 Vertr. des Wiss. Pers. + 1 Vertr. des Personals des Klinikums)	2-4 (Sachver. aus Wirts. u. med. Wissenschaft)	8-10 ^{10b)}
Rheinland-Pfalz	Minister des Wissenschaftsministeriums	1 (Minister)	2 (weitere von der Landesregierung benannte Mitglieder)		2 (Präsident + 1 vom Senat gewählter Prof. des Fachbereichs Medizin)	nur beratend 3 ¹¹⁾	nur beratend 3 ^{11a)}	5 ^{11b)}
Saarland	Minister des Wissenschaftsministeriums	2 (Minister + Vertreter)	1	1	1 (Präsident)	1 (von den Beschäftigten Gewählter)	3 (Sachverständige: 1 aus der Wirtschaft, 2 aus med. Wissenschaft)	10 ¹²⁾
		+ 1 weiterer von der Landesregierung bestellter Vertreter						
Sachsen	gewählt aus dem Kreis der Mitglieder, nicht der Staatsregierung angehörig	1 (Minister)	1 (Minister)	1 (Minister)	2 (Kanzler + 1 Mitglied des Dekanatskollegiums [klin. Fach])	1 (Gewählter aus dem Kreis der Anstalt)	5 (2 Sachverständige aus der med. Wiss. + 3 aus der Wirts.)	11
Sachsen-Anhalt	Minister des Wissenschaftsministeriums	1 (Minister)	1 (Minister)	1 (Minister)	1 (Rektor)	1 (Beschäftigter des Klinikums o. der Med. Fakultät)	3 (Sachverständige) ¹³⁾	8
Schleswig-Holstein	Minister oder Staatssekretär des Wissenschaftsministeriums	1 (Minister oder Staatssekretär)	1 (Staatssek.)	1 (Staatssek.)	2 (je ein Mitglied des Rektorats aus Kiel/Lübeck)	2 (je 1 Vorsitzender o. entsandtes Mitglied des Gesamtpersonalrats für das wiss./nichtwiss. Personal)	2 (Sachverständige aus Wirtschaft und med. Wissenschaft)	9
Thüringen	Minister des Wissenschaftsministeriums	1 (Minister)	1 (Minister)		1 (Leiter der Uni)	1 (Gewählter Vertreter des Uniklinikums)	2 (Sachverständige aus Hochschulwesen, Krankenhauswirtschaft o. Medizin)	7
					+ 1 Hochschullehrer auf Vorschlag des Uni-Senats ¹⁴⁾			

Abkürzungen: ext.: extern; F&L: Forschung und Lehre; HS: Hochschulen; KV: Krankenversorgung; Pers.: Personal; Staatssek.: Staatssekretär; UKE: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Uni: Universität; Wirts.: Wirtschaft; Wiss.: Wissenschaft.

- 1) Sofern ein Minister als Mitglied des Aufsichtsrats vorgesehen ist, ermöglichen es die meisten Landesregelungen, auch einen Vertreter zu entsenden.
- 2) Summe der stimmberechtigten Mitglieder: Die Anzahl der stimmberechtigten Mitglieder ist nicht immer identisch mit der Anzahl der Stimmen. Letztere kann zudem mit dem Gegenstand der Abstimmung variieren und soll in diesen Fällen sicherstellen, dass das Land nicht überstimmt werden kann. Bei Stimmengleichheit gibt zumeist die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.
- 3) Baden-Württemberg: Ohne Klinikum Mannheim gGmbH.
- 4) Berlin, Hamburg: Mit Senat ist hier die jeweilige Landesregierung gemeint und nicht das gleichnamige Gremium der Universitäten.
- 5) Berlin: Hinzu kommen noch 2-3 beratende Mitglieder (Zentrale Frauenbeauftragte der Charité, 1-2 Personalratsvertreter).
- 6) Hamburg: Das Aufsichtsorgan des UKE heißt "Kuratorium".
- 7) Nur in Rostock, nicht jedoch in Greifswald.
- 7a) Mecklenburg-Vorpommern: Hinzu kommt die Gleichstellungsbeauftragte des Klinikums mit beratender Stimme.
- 7b) Mecklenburg-Vorpommern: Sowie zusätzlich 1-2 beratende Mitglieder, siehe auch Fußnote 7a. Die Satzung kann darüber hinaus weitere beratende Mitglieder vorsehen.
- 8) Sonderfall Göttingen: Der Stiftungsausschuss Universitätsmedizin ist das Aufsichtsorgan der Universitätsmedizin innerhalb der Stiftungsuniversität Göttingen.
- 8a) Göttingen: Der Stiftungsausschuss Universität ist das Aufsichtsorgan der Trägerstiftung für die Universität Göttingen ohne Universitätsmedizin. In Angelegenheiten, die neben der Universitätsmedizin auch andere Teile der Stiftung Universität Göttingen betreffen, tritt der Stiftungsrat an die Stelle der vorgenannten Aufsichtsorgane.
- 8b) Die Mitglieder des Vorstands (3 Personen) nehmen an den Sitzungen des Stiftungsausschusses Universitätsmedizin mit beratender Stimme teil; die Gleichstellungsbeauftragte und die Mitglieder der Personalvertretung können beratend hinzugezogen werden.
- 8c) Göttingen: Beide externen Sachverständigen werden vom Ministerium auf Vorschlag des Fakultätsrats bestellt; sie dürfen nicht Mitglied o. Angehörige der Universität sein. Darunter eine Person mit Fachkompetenz für die medizinische oder wirtschaftliche Leitung von Krankenhäusern.
- 9) Hannover: Zusammensetzung des Hochschulrates gem. Niedersächsischem Hochschulgesetz.
- 9a) Die Mitglieder des Präsidiums (3 Personen) nehmen an den Sitzungen des Hochschulrats mit beratender Stimme teil; die Gleichstellungsbeauftragte und die Mitglieder des Personalrats können beratend hinzugezogen werden.
- 9b) Hannover: Mit dem Hochschulwesen vertraute Personen vornehmlich aus Wirtschaft, Wissenschaft oder Kultur, die nicht Mitglieder der Hochschule sein dürfen. Sie werden vom Wissenschaftsministerium im Einvernehmen mit dem Senat der Hochschule bestellt.
- 9c) Hannover: Der Hochschulrat besteht aus sieben stimmberechtigten Mitgliedern, von denen mindestens drei Frauen sein sollen.
- 10) NRW: Ohne Bochum und Witten/Herdecke.
- 10a) NRW: Hinzu kommt die Gleichstellungsbeauftragte des Klinikums mit beratender Stimme.
- 10b) Sowie zusätzlich mindestens 1 beratendes Mitglied gem. Fußnote 8a. Die Satzung kann darüber hinaus weitere beratende Mitglieder vorsehen.
- 11) Mainz, nur beratend: 2 Vertreter der Beschäftigten des Klinikums, + 1 Patientenführer des Klinikums.
- 11a) Mainz, nur beratend: Bis zu 2 externe Sachverständige aus der Wirtschaft + 1 Person aus der medizinischen Wissenschaft auf Vorschlag der Universität.
- 11b) Hinzu kommen bis zu 6 beratende Mitglieder gem. Fußnoten 11 + 11a.
- 12) Homburg/Saar: Die Mitglieder des Klinikumsvorstands (4 Pers.) nehmen beratend teil, sofern der Aufsichtsrat nichts anderes bestimmt.
- 13) Sachsen-Anhalt: Die externen Sachverständigen setzen sich wie folgt zusammen: 1 mit ausgewiesenen Erfahrungen in der medizinischen Forschung und Lehre, 1 mit ausgewiesenen wirtschaftswissenschaftlichen Kenntnissen, 1 mit abgeschlossenem Medizinstudium und Erfahrungen in der Leitungsebene eines Universitätsklinikums.
- 14) Jena: Das Gesetz lässt Fachrichtung und Anbinde des Hochschullehres offen.

Tabelle A.4: Zuweisung des Landesführungsbetrags für Forschung und Lehre in der Universitätsmedizin (Stand: 1. Januar 2007)

Land (Gesetzliche Grundlagen)	Empfänger	Ergänz. Regelungen	Beauftragter für den Haushalt	Sonstige Trägeraufgaben *	Trennungsrechnung / Kostenerstattung
in Bundesländern mit Kooperationsmodell					
Baden-Württemberg (LHG und UKG)	Medizinische Fakultät Dies ist jedoch nicht im LHG, UKG verankert, sondern ergibt sich gem. Staatshaushaltsplan (= Haushaltsgesetzgebung). Die Med. Fakultäten des Landes werden wie eigene Landesbetriebe gemäß LHO geführt.	<ul style="list-style-type: none"> • UKG: §6(2) Die bei dem Universitätsklinikum zugunsten von Forschung und Lehre <u>entstehenden Kosten</u> werden gemäß §7(2) erstattet. • §7(2) Das Universitätsklinikum und die Universität regeln ihre Zusammenarbeit durch eine <u>Vereinbarung</u>. Gegenstand der Vereinbarung sind Regelungen über den <u>Ausgleich der Kosten</u> erbrachter Leistungen für Forschung, Lehre und Krankenversorgung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wird gem. §27 LHG gesondert vom Ministerium bestellt (derzeit die Dekane); • Optional: Geschäftsführer der Fakultät, sofern er die Einstellungs Voraussetzungen erfüllt. 	Ja ¹⁾ Sog. "betriebsnotwendige Kosten" gem. §6(3) UKG.	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Keine</u> gesetzliche Verankerung der Trennungsrechnung. • <u>Notwendigkeit</u> einer Trennungsrechnung ergibt sich indirekt aus der gegenseitigen Kostenerstattung gem. §§ 6(2) und 7(2) UKG.
Bayern (BayUniKlinG)	Universitätsklinikum <ul style="list-style-type: none"> • Art.3(2) Die Universitätsklinik erhalten die Mittel für Aufgaben der Medizinischen Fakultät in Forschung und Lehre. • Art.5(2) Für jedes Wirtschaftsjahr ist vor dessen Beginn ein Wirtschaftsplan bestehend aus einem Finanzplan und jeweils getrennten Erfolgsplänen für Forschung und Lehre, sonstige Trägeraufgaben und Krankenversorgung aufzustellen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Art.13(2) Über die Verteilung und Verwendung der Mittel für Forschung und Lehre entscheidet der Dekan im Benehmen mit dem Klinikumsvorstand nach Maßgabe der von der Medizinischen Fakultät hierfür aufzustellenden Grundsätze. • Art.13(3) Die Fakultät bedient sich der Verwaltung des Klinikums. • Art.12 Die <u>Einzelheiten der Zusammenarbeit</u> einschließlich der <u>wechselseitigen Kostenerstattung</u> werden zwischen Klinikum, Medizinischer Fakultät und Universität <u>vereinbart</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Art.13(3) Im Regelfall der KD, aber... • der Dekan kann abweichend davon mit Zustimmung des Staatsministeriums eine andere geeignete Person zum Beauftragten für den Haushalt bestellen. 	Ja ¹⁾ Sog. "sonstige nicht entgeltfähige betriebsnotwendige Aufwendungen (sonstige Trägeraufgaben) gem. Art.3(2). • Art.13(1) Die Entscheidung, welcher Anteil des staatlichen Zuschusses für Forschung und Lehre und welcher Anteil für sonstige Trägeraufgaben verwendet wird, trifft der Dekan oder die Dekanin im Einvernehmen mit dem Klinikumsvorstand.	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Gesetzliche</u> Verankerung der Trennungsrechnung gem. Art.5(2). • <u>Notwendigkeit</u> einer Trennungsrechnung durch wechselseitige Kostenerstattung gem. Art.12.

Land (Gesetzliche Grundlagen)	Empfänger	Ergänz. Regelungen	Beauftragter für den Haushalt	Sonstige Trägeraufgaben *	Trennungsrechnung / Kostenerstattung
Hessen (HHG + UniKlinG)	Universität <ul style="list-style-type: none"> • HHG: §91(1) Das Ministerium weist den Hochschulen die vereinbarten und bewilligten Mittel zu. [...] • §91(2) Das Präsidium verteilt die Mittel der Hochschule auf die Fachbereiche und anderen Einrichtungen. • §91(3) Das Dekanat verteilt die Mittel des Fachbereichs auf die Fachgebiete und anderen Einrichtungen des Fachbereichs, soweit diese nicht zentral verwaltet werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • UniKlinG: §15(2) Die Universität und das Universitätsklinikum <u>erstaten</u> einander <u>Kosten</u> der erbrachten Leistungen nach Maßgabe der getroffenen <u>Vereinbarungen</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kanzler der Universität gem. §47 HHG 	Nein ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Keine</u> gesetzliche Verankerung der Trennungsrechnung. • Notwendigkeit einer Trennungsrechnung ergibt sich indirekt aus der gegenseitigen Kostenerstattung gem. §15(2) UniKlinG.
Mecklenburg-Vorpommern (LVO)	Medizinische Fakultät <ul style="list-style-type: none"> • §14(3) Dem Fachbereich Medizin stehen zur Erfüllung seiner Aufgaben die dafür vorgesehenen Haushaltsmittel zur Verfügung. Der Fachbereich Medizin entscheidet über die Verwendung dieser Mittel im Rahmen der Festlegungen des Hochschulentwicklungsplans, der Eckwerte und Zielvereinbarungen gemäß §15 des Landeshochschulgesetzes, der von der Universitätsleitung aufgestellten Bewirtschaftungsgrundsätze und gemäß den Bestimmungen des Kooperationsvertrages. 	<ul style="list-style-type: none"> • §9(2) Der Fachbereich Medizin <u>erstattet</u> dem Universitätsklinikum nach Maßgabe des <u>Kooperationsvertrages</u> die <u>Kosten</u> der für die Aufgaben des Fachbereichs erbrachten Leistungen sowie der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Universitätsklinikums. 	Kanzler der Universität gem. §14(3)	Nein ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Keine</u> gesetzliche Verankerung der Trennungsrechnung. • Notwendigkeit einer Trennungsrechnung ergibt sich indirekt aus der Kostenerstattung durch die Fakultät gem. §9(2) LVO.

Land (Gesetzliche Grundlagen)	Empfänger	Ergänz. Regelungen	Beauftragter für den Haushalt	Sonstige Trägeraufgaben *	Trennungsrechnung / Kostenerstattung
Nordrhein-Westfalen (LVO)	Universitätsklinikum • §9(1) Das Universitätsklinikum deckt seine Kosten mit den für seine Leistungen vereinbarten oder festgelegten Vergütungen, soweit nicht nach Maßgabe des Landeshaushalts Mittel als Festbeträge [...] gewährt werden. Es erhält Mittel für seine Aufwendungen in Forschung und Lehre; das Nähere regelt die Kooperationsvereinbarung (§13). [...]	• §15(2) Für Lehre und Forschung im Fachbereich Medizin gewährt das Land Mittel nach §9(1). Über ihre Verwendung entscheidet der Fachbereich Medizin im Rahmen der vom Rektorat aufgestellten Bewirtschaftungsgrundsätze und der Festlegungen des Hochschulentwicklungsplans. [...] • §13 Das Universitätsklinikum und die Universität regeln das Nähere über die Zusammenarbeit durch <u>Vereinbarung</u> . Darin sind insbesondere Bestimmungen über [...] sowie den <u>Ausgleich der Aufwendungen</u> für Lehre, Forschung und Krankenversorgung zu treffen.	Kanzler gem. §15(2)	Ja ¹⁾ Sog. "Mittel für betriebsnotwendige Kosten" gem. §9(2) LVO	• <u>Keine</u> gesetzliche Verankerung der Trennungsrechnung. • Notwendigkeit einer Trennungsrechnung ergibt sich indirekt aus dem Ausgleich der Aufwendungen für Lehre, Forschung und Krankenversorgung, dessen Bestimmungen gem. §13 LVO als Bestandteil der Kooperationsvereinbarung zwischen Universitätsklinikum und Universität geregelt sein müssen.
Rheinland-Pfalz (UKIG)	Universität (zweckgebunden für die klinische Medizin ⁴⁾) Dies ist jedoch nicht im UKIG verankert, sondern ergibt sich gem. Staatshaushaltsplan (= Haushaltsgesetzgebung).	• §19(1) Die Universität, insbesondere deren Fachbereich Medizin, und das Klinikum sind zu enger Zusammenarbeit verpflichtet. Das Nähere regelt eine <u>Vereinbarung</u> . Darin sind insbesondere Bestimmungen zu treffen über die Erfüllung der Ziele von Forschung, Lehre und Krankenversorgung (§2) sowie über die <u>wechselseitig</u> zu erbringenden <u>Leistungen</u> und die dafür jeweils zu entrichtenden <u>Vergütungen</u> .	Kanzler	Nein ²⁾	• <u>Keine</u> gesetzliche Verankerung der Trennungsrechnung. • Notwendigkeit einer Trennungsrechnung ergibt sich indirekt aus der Vergütung der wechselseitig zu erbringenden Leistungen gem. §19(1).

Land (Gesetzliche Grundlagen)	Empfänger	Ergänz. Regelungen	Beauftragter für den Haushalt	Sonstige Trägeraufgaben *	Trennungsrechnung / Kostenerstattung
Saarland (UKSG und UG)	Universität (zweckgebunden für die Medizin) <ul style="list-style-type: none"> • §16(3) Das Land gewährt der Universität einen zweckgebundenen Zuschuss zur Gewährleistung von Forschung und Lehre in der Medizinischen Fakultät. Nähere Regelungen, insbesondere über die Zweckbindung und Verwaltung des Landeszuschusses [...] sind in der Vereinbarung nach §15 zu treffen. 	<ul style="list-style-type: none"> • §15(2) Die Universität und das Universitätsklinikum erstatten einander die Kosten der erbrachten Leistungen nach Maßgabe der getroffenen <u>Vereinbarung</u>. 	Vizepräsident für Verwaltung und Wirtschaftsführung gem. §15(3) UG [= Kanzler]. <ul style="list-style-type: none"> • §16(4) Erfolgt die Verwaltung des Landeszuschusses für Forschung und Lehre im Rahmen einer Auftragsverwaltung durch das Universitätsklinikum, ist das Universitätsklinikum an die Entscheidungen der Medizinischen Fakultät bezüglich der ihr zur Erfüllung ihrer Aufgaben zur Verfügung stehenden Mittel gebunden. 	Nein ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Keine</u> gesetzliche Verankerung der Trennungsrechnung • Die Notwendigkeit einer Trennungsrechnung ergibt sich indirekt aus gegenseitigen Kostenerstattung gem. §15(2).
Sachsen (UKG und SächsHG)	Universität (zweckgebunden für die Medizin) Dies ist jedoch nicht im UKG oder SächsHG verankert, sondern ergibt sich gem. Staatshaushaltsplan (= Haushaltsgesetzgebung).	<ul style="list-style-type: none"> • §5(2) UKG: Die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum <u>erstatten</u> einander entsprechend der Aufgabenverteilung die Kosten der erbrachten Leistungen und der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material nach Maßgabe der zu treffenden <u>Vereinbarungen</u>. 	Kanzler gem. §96(4) SächsHG	Ja ¹⁾ Sog. "sonstige nicht entgeltfähige betriebsnotwendige Kosten" gem. §5(3) UKG	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Keine</u> gesetzliche Verankerung der Trennungsrechnung. • Notwendigkeit einer Trennungsrechnung ergibt sich indirekt aus gegenseitigen Kostenerstattung gem. §5(2).
Sachsen-Anhalt (HMG LSA)	Medizinische Fakultät <ul style="list-style-type: none"> • §1(6) Das Land gewährt der jeweiligen Medizinischen Fakultät Zuschüsse zur Gewährleistung von Forschung und Lehre. • §23(1) Die Kosten für Forschung und Lehre werden durch die entsprechenden Zuschüsse des Landes an die Medizinischen Fakultäten gedeckt. 	<ul style="list-style-type: none"> • §24(2) Die dem jeweiligen Universitätsklinikum entstehenden Aufwendungen sind von der Medizinischen Fakultät zu <u>erstatten</u>. 	Dekan gem. §4(3)	Nein ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Gesetzliche</u> Verankerung der Trennungsrechnung gem. §23(7)⁵⁾ und ggf. durch zusätzlichen Geschäftsbesorgungsvertrag.

Land (Gesetzliche Grundlagen)	Empfänger	Ergänz. Regelungen	Beauftragter für den Haushalt	Sonstige Trägeraufgaben *	Trennungsrechnung / Kostenerstattung
Schleswig-Holstein (HSG 2000)	Medizinische Fakultät <ul style="list-style-type: none"> • §126(3) Das Land gewährt den Fachbereichen Medizin Finanzmittel für Forschung und Lehre, die im Klinikum durchgeführt werden. Zur Verwaltung der Finanzmittel <u>bedienen</u> sich die Fachbereiche der <u>Verwaltung des Klinikums</u>. Über die Verwendung der Mittel <u>entscheiden</u> die <u>Fachbereiche</u> gem. Satz 7 [= besondere F&L-Vorhaben] und §59a(6). Der Wirtschaftsplan weist diese Mittel <u>getrennt</u> nach den Mitteln für die Grundausrüstung für F&L sowie für besondere F&L-vorhaben aus; [...] Der Vorstand [des Klinikums] beschließt über diese Mittel und deren Aufteilung bei der Aufstellung des Wirtschaftsplans im <u>Benehmen</u> mit den Fachbereichen Medizin. [Fortsetzung siehe nächste Spalte] 	<ul style="list-style-type: none"> • §59a(6) Die Fachbereiche schließen mit dem Klinikum Vereinbarungen über die leistungsbezogene Verwendung der Finanzmittel für Forschung und Lehre. • §126(3) [...] Er ist bei Entscheidungen über die Mittel für die Grundausrüstung von Forschung und Lehre an die dafür von den <u>Fachbereichen Medizin</u> <u>beschlossenen Grundsätze</u> und die nach §59a(6) geschlossenen Vereinbarungen gebunden. Die Mittel für <u>besondere F&L-Vorhaben</u> verwendet er nach Maßgabe der Entscheidungen der Fachbereiche. 	Kanzler gem. §49(1); für den Fachbereich Medizin der Dekan qua Amt	Nein ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Gesetzliche</u> Verankerung der Trennungsrechnung gem. §126(4).⁶⁾
(HSG 2007)	Medizin-Ausschuss <ul style="list-style-type: none"> • §33(5) Das Land gewährt den Universitäten für die Fachbereiche Medizin Finanzmittel für Forschung und Lehre, die im Klinikum durchgeführt werden; die Zuweisung erfolgt unmittelbar an den Medizin-Ausschuss. Zur Verwaltung der Finanzmittel bedienen sich der Medizin-Ausschuss und die Fachbereiche des Klinikums. Der <u>Medizin-Ausschuss entscheidet</u> im Benehmen mit den Fachbereichen und dem Vorstand des Klinikums auf der Basis der nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 entwickelten Standards [zur Ermittlung Grundausrüstung und Ausstattung besondere F&L-Vorhaben] <u>über die Verwendung dieser Finanzmittel</u>. [...] Die Fachbereiche Medizin berichten dem Medizin-Ausschuss jährlich über die Verwendung der Finanzmittel. 	<ul style="list-style-type: none"> • §33(6) Der Medizin-Ausschuss sowie die Fachbereiche Medizin schließen mit dem Klinikum Vereinbarungen über die Verwaltung und Verwendung der Finanzmittel für Forschung und Lehre. Hierbei sind die Verpflichtungen des Klinikums nach §83 [(1)= die den Zwecken von F&L dienende KV] zu berücksichtigen. 	Kanzler gem. §25(1); für den Fachbereich Medizin gilt die besondere Regelung nach §33(5), siehe Spalte Empfänger.	Nein ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Verankerung der Trennungsrechnung gem. §92(4).^{6a)} • <u>Es gilt folgende Übergangsregelung</u>: Die Einführung der Trennungsrechnung gem. §92(4) ist ab dem 1. Januar 2009 sicherzustellen.

Land (Gesetzliche Grundlagen)	Empfänger	Ergänz. Regelungen	Beauftragter für den Haushalt	Sonstige Trägeraufgaben *	Trennungsrechnung / Kostenerstattung
in Bundesländern mit Integrationsmodell					
Berlin (BerlUniMedG)	Körperschaft⁷⁾ <ul style="list-style-type: none"> §3(2) Das Land Berlin und die Charité vereinbaren die Höhe des Staatszuschusses für die Aufgaben von Forschung, Lehre und Studium in mehrjährigen Verträgen, die der Zustimmung des Abgeordnetenhauses von Berlin bedürfen. 	<ul style="list-style-type: none"> §15(2) Die Fakultätsleitung ist verantwortlich für [...] die Mittelzuweisung für Forschung und Lehre [...]. §25(1) Die Fakultätsleitung und die Klinikumsleitung stellen <u>jeweils</u> für den <u>Teilwirtschaftsplan Forschung und Lehre</u> und den Teilwirtschaftsplan Krankenversorgung Vierteljahresübersichten über die Entwicklung der Erträge und Aufwendungen auf. [...] §25(2) Die Fakultätsleitung und die Klinikumsleitung stellen <u>jeweils</u> für ihren Geschäftsbereich [...] die <u>Jahresbilanz</u> nebst Gewinn- und Verlustrechnung und Anhang einschließlich des Anlagennachweises (Jahresabschluss) sowie den Lagebericht auf. Dabei ist die <u>zweckentsprechende Verwendung</u> der Zuschüsse des Landes für die von der Medizinischen Fakultät wahrzunehmenden Aufgaben sowie im Bereich der Krankenversorgung durch entsprechende Eigenerträge nachzuweisen. 	<ul style="list-style-type: none"> Vorstandsvorsitzender für den Teilwirtschaftsplan staatliche Investitionen gem. §13(8). Dekan für den Teilwirtschaftsplan F&L der Medizinischen Fakultät der Charité gem. §15(1). Direktor des Klinikums für den Teilwirtschaftsplan Krankenversorgung des Universitätsklinikums der Charité gem. §17(1). 	Nein ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> Gesetzliche Verankerung der Trennungsrechnung durch getrennte Teilwirtschaftspläne gem. §25(1) sowie §24(2) ⁸⁾ und getrennte Rechnungslegung/Verwendungsnachweise gem. §25(2).
Hamburg (UKEG)	Körperschaft⁷⁾ <ul style="list-style-type: none"> §3(2) Die Freie und Hansestadt Hamburg ist verpflichtet, das UKE für die Dauer seiner Aufgabenstellung funktionsfähig zu erhalten. Betriebsmittel für die Leistungen des UKE sind regelmäßig die Erlöse aus der Krankenbehandlung und die sonstigen Leistungsvergütungen. Das UKE erhält <u>Betriebsmittel für die Fakultätsaufgaben</u> und <u>Deckungsmittel für Investitionen</u> als Zuweisung aus dem Haushalt der Freien und Hansestadt Hamburg. 	<ul style="list-style-type: none"> §17(2) Die dem UKE für die Fakultätsaufgaben zugewiesenen Mittel werden vom Vorstand nach Maßgabe der <u>Entscheidungen des Dekanats</u> verwaltet. §17(3) Vorstand und Dekan regeln den <u>Leistungsaustausch</u> zwischen dem Klinikum und der Medizinischen Fakultät sowie die <u>Finanzierung der beiderseitigen Leistungen</u> in jährlichen Leistungsvereinbarungen. §18(2) Nr.1 Die für Lehre, Studium und Forschung zugewiesenen Mittel dürfen <u>nur für diese Zwecke</u> in Anspruch genommen werden. 	Kaufmännischer Direktor gem. Aufgabenverteilung im Vorstand	Nein ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> Gesetzliche Verankerung der Trennungsrechnung gem. §17(1)⁹⁾, Satzung^{9a)} und §21^{9b)} sowie indirekt ableitbar aus der gegenseitigen Kostenerstattung gem. §17(3).

Land (Gesetzliche Grundlagen)	Empfänger	Ergänz. Regelungen	Beauftragter für den Haushalt	Sonstige Trägeraufgaben *	Trennungsrechnung / Kostenerstattung
Niedersachsen (NHG)	Universitätsmedizin Göttingen ¹⁰⁾ bzw. Med. Hochschule Hannover ¹¹⁾	Keine	Göttingen: Für die Universitätsmedizin Göttingen ist die Wahrnehmung dieser Funktion gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Hannover: Vorstand - Ressort Wirtschaftsführung und Administration (= Vizepräsident) gem. §63e(6).	Nein ²⁾	Keine Regelungen im NHG
Thüringen (ThürHG)	Körperschaft ⁷⁾ • §94(1) Das Universitätsklinikum Jena deckt seine Aufwendungen in der Krankenversorgung durch die für seine Leistungen vereinbarten oder festgelegten Entgelte und durch sonstige betriebliche Erträge. Daneben gewährt das Land nach Maßgabe des Landeshaushalts Mittel für die Aufgaben in Forschung und Lehre.	<ul style="list-style-type: none"> • §96(1) [Aufgaben des Fachbereichsrats:] Aufstellung von Grundsätzen für die Verteilung und den wirtschaftlichen und aufgabengerechten Einsatz der Mittel für Forschung und Lehre. • §96(3) [Der Dekan] meldet den Mittelbedarf für Forschung und Lehre zum Wirtschaftsplan des Universitätsklinikums beim Klinikumsvorstand an und entscheidet über die Verteilung der im Wirtschaftsplan für Aufgaben in Forschung und Lehre ausgewiesenen Mittel auf die einzelnen Organisationseinheiten. 	Kaufmännischer Vorstand gem. §97(7)	Nein ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Gesetzliche</u> Verankerung der Trennungsrechnung gem. §94(3+6)¹²⁾ ThürHG.

Quelle: Gesetzestexte und Angaben der Länder. Die gesetzlichen Regelungen sind **nicht durchgängig** wiedergegeben.

Abkürzungen: Art. - Artikel; F&L - Forschung und Lehre; gem. - gemäß, KD - Kaufmännischer Direktor.

BW: LHG - Landeshochschulgesetz; LHO - Landeshaushaltsordnung; UKG - Universitätsklinikgesetz. BY: BayUniKlinG - Bayerisches Universitätsklinikgesetz.

BE: BerlUniMedG - Berliner Universitätsmedizinengesetz.

HH: UKEG - Gesetz zur Errichtung der Körperschaft Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, zuletzt geändert 04.09.2006; UKE - Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

HE: HHG - Hessisches Hochschulgesetz; UniKlinG - Gesetz für die hessischen Universitätskliniken.

MV: LVO - Landesverordnung über die Errichtung des Universitätsklinikums [Greifswald/Rostock ...] als Anstalt des öffentlichen Rechts.

NI: NHG - Niedersächsisches Hochschulgesetz. NRW: LVO - Verordnung über die Errichtung des Klinikums der Universität [...] als Anstalt des öffentlichen Rechts.

RP: UKIG - Universitätsklinikumsgesetz. SL: UKSG - Gesetz über das Universitätsklinikum des Saarlandes; UG - Universitätsgesetz.

SN: UKG - Universitätsklinikgesetz; SächsHG - Sächsisches Hochschulgesetz. ST: HMG LSA - Hochschulmedizinengesetz des Landes Sachsen-Anhalt.

SH: HSG - Gesetz über die Hochschulen und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. TH: ThürHG - Thüringer Hochschulgesetz.

Fußnoten:

* Mittel für "Sonstige Trägeraufgaben" sind Zuweisungen des Landes an die Universitätsmedizin, die zur Deckung betriebsnotwendiger Kosten dienen, die aber nicht aus den Erträgen der Krankenversorgung bzw. aus Mitteln für F&L zu begleichen sind. Beispiele: Betriebsfeuerwehr, Kindertagesstätten, Patientenseelsorge, ggf. aber auch Mehraufwendungen für ärztliche Weiterbildung oder Defizite der Infrastruktur.

1) Ja bedeutet, dass die Gewährung von Landeszuführungsbeträgen für "Sonstige Trägeraufgaben" gesetzlich verankert ist.

2) Nein bedeutet nur, dass die Gewährung von Landeszuführungsbeträgen für "Sonstige Trägeraufgaben" nicht explizit gesetzlich festgeschrieben ist. Dies schließt jedoch nicht aus, dass die Klinika dennoch entsprechende Mittel vom Land erhalten.

3) Bayern: Art. 5(2) [...] Für jedes Wirtschaftsjahr ist vor dessen Beginn ein Wirtschaftsplan bestehend aus einem Finanzplan und jeweils getrennten Erfolgsplänen für Forschung und Lehre, sonstige Trägeraufgaben und Krankenversorgung aufzustellen.

4) Rheinland-Pfalz: Die Universität erhält die Mittel für die klinische Medizin zweckgebunden. Diese Mittel werden an das Universitätsklinikum durchgereicht. Die Mittel für die nicht klinischen Einrichtungen der Medizin sind im Haushalt der Universität enthalten.

5) Sachsen-Anhalt: §23(7) Soweit das jeweilige Universitätsklinikum von der jeweiligen Medizinischen Fakultät mit der Wirtschaftsführung beauftragt wurde (Geschäftsbesorgungsvertrag), trennt es im Rahmen der Wirtschaftsführung die an der jeweiligen Medizinischen Fakultät entstehenden Erlöse, Zuschüsse, Zuweisungen und Aufwendungen für Forschung und Lehre von den Erlösen und Aufwendungen für Krankenversorgung. Näheres regelt der Geschäftsbesorgungsvertrag, welcher der vorherigen Zustimmung des Aufsichtsrates bedarf.

6) Schleswig-Holstein (HSG 2000): §126(4) 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.

6a) Schleswig-Holstein (HSG 2007): §92(4) Das Klinikum stellt gemeinsam mit dem Medizin-Ausschuss und den Fachbereichen Medizin sicher, dass die Finanzmittel für Forschung und Lehre gesondert von den Finanzmitteln für die Krankenversorgung verwendet und ausgewiesen werden.

7) Im Rahmen der Integrationsmodelle in BE, HH und TH erhalten die rechtsfähigen Körperschaften (mit ihrer Einheit von Klinikum und Fakultät) den Landeszuführungsbetrag für F&L.

8) Berlin: §24(2) Grundlage für die Wirtschaftsführung ist der Gesamtwirtschaftsplan, der aus den Teilwirtschaftsplänen Forschung und Lehre, Krankenversorgung und staatliche Investitionen besteht.

9) Hamburg: §17(1) Der Vorstand stellt unter Berücksichtigung der Bedarfsanmeldung der Medizinischen Fakultät und der Anforderungen der Krankenversorgung einen Wirtschaftsplan auf. Das Nähere regelt die Satzung.

9a) Hamburg: UKE-Satzung §10(7): Ergänzend zum einheitlichen Wirtschaftsplan für das gesamte UKE ist vom Vorstand eine Darstellung vorzulegen, in der die Mittel für die beiden Aufgabenbereiche des UKE getrennt ausgewiesen werden: - die Mittel für Forschung und Lehre entsprechend der Entscheidung der Freien und Hansestadt Hamburg, - die Mittel für Krankenhausleistungen entsprechend der Budgetregelung mit den Krankenkassen.

9b) Hamburg: §21(1) Das UKE weist die zweckentsprechende Verwendung der Zuweisung aus dem Haushalt der Freien und Hansestadt Hamburg im Jahresabschluss gesondert nach.

10) Göttingen: Die Universitätsmedizin Göttingen erhält eine so genannte jährliche Finanzhilfe des Landes gem. §56(4) NHG.

11) Hannover: Die MHH erhält Landeszuweisungen gemäß der Haushaltsgesetzgebung.

12) Thüringen: §94(3) [...] Für jedes Wirtschaftsjahr ist [...] ein Wirtschaftsplan bestehend aus getrennten Finanz- und Erfolgsplänen für Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits aufzustellen. Sowie: §94(6) Zum Nachweis der Verwendung des Landeszuschusses für Forschung und Lehre führt das Universitätsklinikum Jena eine Trennungsrechnung.