



Ausschuss für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie

29. Sitzung (öffentlich)

11. Oktober 2007

Düsseldorf – Haus des Landtags

14:00 Uhr bis 17:10 Uhr

Vorsitz: Ewald Groth (GRÜNE)

Protokoll: Sonja Samulowitz, Stefan Ernst; Eva-Maria Bartylla (Federführung)

Verhandlungspunkt:

Hochschulmedizingesetz (HMG)

7

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 14/4837

– Anhörung von Sachverständigen

Zu dem oben genannten Thema beantworten die Sachverständigen Fragen der Abgeordneten.

Organisation/Verband	Sachverständige/r	Stellungnahmen	Seiten
Pflegedirektorin des Universitätsklinikums Essen Pflegedirektor des Universitätsklinikums Aachen Pflegedirektor des Universitätsklinikums Bonn Pflegedirektorin des Universitätsklinikums Düsseldorf Pflegedirektor des Universitätsklinikums Köln Pflegedirektor des Universitätsklinikums Münster	Irene Maier	14/1455 14/1451 14/1506 (gemeinsame Stellungnahmen) 14/1466	13, 24
Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Aachen Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Bonn Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Düsseldorf Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Essen Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Köln Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Münster	Prof. Dr. Henning Saß	14/1506 14/1507 (gemeinsame Stellungnahmen) 14/1455 14/1466	14, 30, 40, 46, 58

Organisation/Verband	Sachverständige/r	Stellungnahmen	Seiten
Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Aachen Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Bonn Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Düsseldorf Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Essen Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Köln Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Münster	Detlef Klimpe	14/1452 14/1506 (gemeinsame Stellungnahmen) 14/1455 14/1466	15, 29, 34, 35, 40, 46
Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Münster Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Aachen Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Köln Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bochum	Prof. Dr. Volker Arolt	14/1466 14/1454 14/1584 14/1462 14/1506 (gemeinsame Stellungnahmen)	16, 27, 33, 38, 43, 47, 57
Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen	Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel	14/1455 14/1456 14/1506	18, 29, 34, 39, 48
ver.di Landesbezirk NRW	Dr. Bernd Tenbenschel	14/1453	19, 51
Deutscher Beamtenbund, Landesbezirk NRW	Dr. Carl Müller-Platz	-	21
Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz	Rolf Lübke	-	21

Organisation/Verband	Sachverständige/r	Stellungnahmen	Seiten
Vorsitzender des Personalrats der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Düsseldorf Vorsitzender des Personalrats der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Bonn Vorsitzende des Personalrats der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Essen Vorsitzender des Personalrats der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Köln Vorsitzender des Personalrats der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Münster	Martin Koerbel-Landwehr	14/1470 (gemeinsame Stellungnahme)	22, 50
Vorsitzender des Personalrats der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Aachen	Helmut Lemaire	14/1450	43, 51
Vorsitzender des Personalrats der wissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Köln Vorsitzender des Personalrats der wissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Aachen Vorsitzender des Personalrats der wissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Bonn Vorsitzender des Personalrats der wissenschaftlichen Mitarbeiter	Dr. Ulrich Schütz	14/1479 (gemeinsame Stellungnahme)	23, 49

Organisation/Verband	Sachverständige/r	Stellungnahmen	Seiten
beiter des Universitätsklinikums Düsseldorf Vorsitzender des Personalrats der wissenschaftlichen Mitarbeiter der Universität Duisburg-Essen im Universitätsklinikum Essen Vorsitzender des Personalrats der wissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Münster			
Kanzlerkonferenz der Universitäten NRW	Prof. Ulf Pallme König	14/1477	25, 32, 34, 35, 37
Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.	Rüdiger Strehl	14/1471	26, 41, 55
Landesrektorenkonferenz der Universitäten NRW	Prof. Dr. Volker Ronge	14/1515	31, 36, 54
Institut für Immunologie, Universitätsklinikum Heidelberg	Prof. Dr. Stefan Meuer	-	42
Landes-ASTen-Treffen NRW	Dirk Bruland	14/1524 - Neudruck	52
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen	Lothar Kratz	14/1461	53
Verband der Pflegedirektoren und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und der medizinischen Hochschulen Deutschlands	Ricarda Klein	14/1460	56
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln	PD Dr. Markus Lungen	-	56

weitere Stellungnahmen:	
Bundesministerium für Gesundheit	14/1513
Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Rheinland-Pfalz	14/1504
Ministerium für Wissenschaft und Kunst des Landes Hessen	14/1518
Ministerium für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein	14/1511
Landesgruppe NRW der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen e. V. Pflegerat NRW	14/1463 (gemeinsame Stellungnahme)
Landeskonferenz der Gleichstellungsbeauftragten der Hochschulen und Universitätsklinika des Landes NRW (LaKof)	14/1522
Wissenschaftsrat	14/1505

* * *

Hochschulmedizingesetz (HMG)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 14/4837

– Anhörung von Sachverständigen

Vorsitzender Ewald Groth: Meine Damen und Herren! Der Gesetzentwurf wurde am 24. August 2007 im Plenum beraten und an den Ausschuss für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie – federführend – sowie an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – mitberatend – überwiesen.

In einer Sondersitzung am Tag der Einbringung ins Parlament hat unser Ausschuss die Durchführung einer Anhörung von Sachverständigen beschlossen und darüber auch den mitberatenden Ausschuss informiert.

Ich darf mich nun im Namen aller Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer bei den Sachverständigen dafür bedanken, dass wir sie heute hier anhören dürfen und dass sie sich unseren Fragen stellen. Auch für die im Vorfeld eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen möchte ich mich im Namen der Mitglieder des Ausschusses sehr herzlich bedanken.

Bevor wir in das Thema einsteigen, gebe ich Ihnen einige organisatorische Hinweise.

Im Eingangsschreiben wurde darum gebeten, dass sich die Dekane der Medizinischen Fakultäten auf einen gemeinsamen Sprecher verständigen. Genannt wurde Herr Prof. Dr. Volker Arolt von der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster. Herr Prof. Dr. Jöckel von der Universität Duisburg-Essen wird ein erläuterndes Statement abgeben.

Es wurde darum gebeten, dass sich die Ärztlichen Direktoren auf einen gemeinsamen Sprecher verständigen. Hier wurde Prof. Dr. Henning Saß vom Universitätsklinikum Aachen genannt.

Es wurde auch darum gebeten, dass sich die Pflegedirektorinnen und -direktoren auf einen gemeinsamen Sprecher bzw. eine gemeinsame Sprecherin verständigen. Genannt wurde Frau Irene Maier von der Universitätsklinik in Essen.

Außerdem wurde darum gebeten, dass sich die Nichtwissenschaftlichen Personalräte auf einen gemeinsamen Sprecher verständigen. Dort wurde uns Herr Martin Koerbel-Landwehr vom Universitätsklinikum Düsseldorf genannt.

Die Kaufmännischen Direktoren und die Wissenschaftlichen Personalräte haben keine Sprecher benannt. Möchten Sie jetzt noch Sprecher bekannt geben? – Bitte schön.

Detlef Klimpe (Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Aachen): Ich trage für die Kaufmännischen Direktoren vor.

Vorsitzender Ewald Groth: Vielen Dank. – Dann bleiben noch die Wissenschaftlichen Personalräte übrig. Haben Sie jemanden benannt?

Dr. Ulrich Schütz (Vorsitzender des Personalrats der wissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Köln): Ich werde das übernehmen.

Vorsitzender Ewald Groth: Vielen Dank, Herr Schütz. – Diejenigen unter Ihnen, die keine schriftlichen Stellungnahmen abgegeben haben, werden im Laufe der Anhörung von den Mitgliedern des Ausschusses direkt angesprochen und um Antworten auf ihre Fragen gebeten. Sie werden hier – dafür haben sich die Fraktionen ausgesprochen – keine Möglichkeit haben, Ihre Stellungnahmen mündlich zu präsentieren. Ihre Aussagen werden allerdings Bestandteil der Frage-und-Antwort-Runde sein. Hierfür bitte ich Sie um Verständnis.

Für die Anhörung haben sich die Fraktionen darauf verständigt, dass direkt in die Fragerunde der Mitglieder des Ausschusses für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie an die Sachverständigen eingestiegen werden soll. Die jeweiligen Antworten der Sachverständigen sollten nicht länger als drei Minuten dauern.

Die Anhörung unterteilt sich in drei Themenblöcke:

a) Strukturfragen,

b) Finanzfragen,

c) übergeordnete Fragen und Verschiedenes.

Da wir uns für diese wichtige Anhörung kein Zeitlimit gesetzt haben, möchte ich jetzt schon darauf hinweisen, dass einige Sachverständige die Veranstaltung spätestens um 17 Uhr verlassen müssen. Daher sollten Fragen an die Vertreterinnen und Vertreter des Verbands der Universitätsklinika, des Verbands der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland sowie des Marburger Bundes bis dahin gestellt und beantwortet sein.

Wir beginnen mit der ersten Fragerunde zu dem Thema

a) Strukturfragen

Dr. Michael Brinkmeier (CDU): Ich bin der wissenschaftspolitische Sprecher der CDU-Landtagsfraktion. Im Namen meiner Fraktion möchte ich Ihnen allen für Ihre Stellungnahmen und im Voraus auch für Ihre Statements recht herzlich danken, die Sie heute abgeben werden, sowie dafür, dass Sie unsere Fragen beantworten.

Ich möchte vorausschicken, dass wir als CDU-Landtagsfraktion – was Sie nicht wundern wird – einen sehr positiven Zugang zu dem Gesetzentwurf haben. Gleichwohl

werden wir im Laufe der Anhörung Fragen zu Punkten stellen, die uns interessieren und bei denen wir eventuell noch Veränderungsbedarf sehen.

Zu Beginn möchte ich, analog zu der Aufzählung, die der Herr Vorsitzende eben gemacht hat, einen Themenkreis ansprechen: Es geht um die Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren. Deren Anwesenheit im Vorstand ist eine wichtige strukturelle Frage. Das liest man in fast allen Stellungnahmen. Ich möchte die Vertreterin der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren bitten, soweit es möglich ist, Analogien zu anderen Bundesländern zu ziehen und darzustellen, inwieweit eine fakultative oder verpflichtende Teilnahme von Vor- oder Nachteil ist. Die Frage ist: Gibt es Vergleichswerte aus anderen Bundesländern, denen wir Argumente pro oder kontra entnehmen können?

Zugleich möchte ich Frau Maier bitten, die Stellungnahme der Pflegedirektoren dahin gehend zu erläutern, ob in den verschiedenen Paragrafen der in anderen Bundesländern geltenden Gesetze schon der von ihr gewünschte Begriff „Hochleistungspflege“ vorhanden ist. Aus den Erfahrungen könnte man Schlussfolgerungen ziehen. – Das sind meine Fragen.

Karl Schultheis (SPD): Auch die SPD-Fraktion bedankt sich für die schriftlichen Stellungnahmen und für das, was Sie entlang der Struktur, die der Vorsitzende vorgeben hat, nachher zu den einzelnen Fragestellungen mündlich in die Diskussion einbringen werden. Gerade wurde ein Aspekt genannt, der auch uns – wie viele andere – interessiert: Ich glaube, die Struktur, die vorgegeben worden ist, zeigt an, welches die Knackpunkte im Rahmen der Beratung über diesen Gesetzentwurf sein werden.

Mein Name ist Karl Schultheis. Ich bin der Sprecher der SPD-Landtagsfraktion für den Themenkreis Wissenschaft und Forschung. Für das Thema, das wir heute behandeln, ist meine Kollegin Frau Gebhard, die stellvertretende Sprecherin, federführend. Sie wird die Fragen im Wesentlichen an Sie weiterleiten.

Vorsitzender Ewald Groth: Frau Gebhard, wollen Sie mit den Fragen beginnen? – Dann erteile ich Ihnen das Wort, anschließend Frau Dr. Seidl.

Heike Gebhard (SPD): Ich will gleich etwas grundsätzlicher beginnen, nicht nur mit der Spezialfrage bezogen auf die Zusammensetzung des Vorstands der Klinika. Bei den schriftlichen Stellungnahmen fällt auf, dass es doch eine gewisse unterschiedliche Wahrnehmung bezüglich der Frage gibt, ob man ein integratives oder ein Kooperationsmodell anstreben soll. Je nachdem, wie die Frage beantwortet wird, hat das Konsequenzen dafür, wie man die Führungsgremien der Fachbereiche und der Klinika ausgestaltet. Von daher würde ich mich freuen, wenn sowohl von der Gruppe der Ärztlichen Direktoren als auch der Gruppe der Kaufmännischen Direktoren, insbesondere aber von den Dekanen dargestellt würde – da eine Teilgruppe dafür votiert hat, ein integratives Modell zu fahren –, welche Anforderungen dies an die Leitungsstruktur stellen würde.

An Herrn Prof. Ronge insbesondere und an die anderen anwesenden Direktoren richte ich die Frage, ob sie dieses Sich-Offenhalten für ein integratives Modell als eine Absetzbewegung verstehen und die Gefahr sehen, dass sich daraus perspektivisch so etwas wie medizinische Hochschulen entwickeln könnten. Würden Sie dem, wenn man das anginge, Vorschub leisten, oder sollte man dem von vornherein einen Riegel vorschieben? Das ist erst einmal die grundsätzliche Frage.

Vorsitzender Ewald Groth: Sind das die Fragen der SPD-Fraktion zu den Strukturen?

Heike Gebhard (SPD): Nicht alle, aber es wäre sonst zu viel geworden.

Vorsitzender Ewald Groth: Wir sind eigentlich übereingekommen, dass wir die Fragen sozusagen möglichst in einem Rutsch stellen und dann die Sachverständigen nacheinander zu Wort kommen lassen. Sehen Sie sich in der Lage, die restlichen Fragen zu den Strukturen zu stellen?

Heike Gebhard (SPD): Gut, dann werden wir all das im Detail abarbeiten. – Es stellt sich natürlich die spezielle Frage: Hauptamtlichkeit der Dekane, ja oder nein? Sind die Dekane sozusagen gleichzeitig potenzielle Vorstandsvorsitzende? Wenn man diese Frage aufnimmt, ergibt sich daraus eine weitere: Wie groß ist dann die Gruppe der Personen, die für die Wahrnehmung eines solchen Amtes infrage kommt? Das heißt: Ist die Vorgabe, die hier formuliert ist, tatsächlich praktikabel?

Auch bei der nächsten Frage geht es um den Vorstand. Wenn man will, dass die Klinika stärker als Wirtschaftsbetriebe etabliert werden – es kommt in vielen Stellungnahmen zum Ausdruck, dass dies wichtig und notwendig ist –, welche Konsequenzen müsste das für den Vorstand haben? Müsste man nicht auch im Hinblick auf die Personalführung die Funktion eines Arbeitsdirektors einführen?

Die nächste Frage, die sich daraus ergibt, schließt sich an die Frage von Herrn Dr. Brinkmeier bezüglich der Pflegedirektoren an. Ich will die Frage etwas grundsätzlicher stellen. Wir wissen, dass die Krankenhäuser – nicht nur die Universitätskliniken, aber die insbesondere – unter einem enormen Kostendruck stehen. Das heißt, man wird dort Effizienzgewinne nur erzielen können, wenn man Prozessabläufe verändert. Die Frage ist: Wenn man sich auf diesen Weg machen will, ist es dann nicht zwingend notwendig, Pflegedirektoren in den Vorstand aufzunehmen, damit sie diese Aufgabe auf Augenhöhe mit den Vertretern der anderen Disziplinen wahrnehmen können?

Zu dem Thema Struktur gehört sicherlich auch die Frage – sie richtet sich insbesondere an die Dekane –: Wie schätzen Sie die Wertigkeit von Forschung und Krankenversorgung ein? Betrachten Sie diese Disziplinen als gleichwertig? Das hat Konsequenzen dafür, wie wir die Finanzierungsströme regeln und die Leitungen organisieren. Oder sind Sie der Ansicht, dass das Primat bei der Forschung liegen sollte?

Dr. Ruth Seidl (GRÜNE): Auch im Namen der Fraktion der Grünen möchte ich mich bei Ihnen herzlich dafür bedanken, dass Sie gekommen sind und schriftliche Stellungnahmen abgegeben haben.

Auch ich möchte an die Frage von Herrn Dr. Brinkmeier anknüpfen, was die Vorstandsstruktur und insbesondere die Pflegedirektion angeht. Wir haben es als positiv empfunden, dass sich die Vorstände der Universitätsklinika Essen, Münster, Bonn, Dortmund und Köln, die Pflegedirektoren aller Universitätsklinika, der Pflegerat und die Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen, der Verband der Pflegedirektoren und die Personalräte der Universitätsklinika Aachen und Düsseldorf ganz klar für die Aufnahme eines Vertreters der Pflegedirektion in den Vorstand ausgesprochen haben.

Von Frau Maier, aber auch von einem Vertreter der Vorstände der Universitätsklinika, die sich dafür ausgesprochen haben – also nicht nur von den Pflegedirektoren –, möchte ich gern hören, inwieweit die Streichung der Pflegedirektion aus dem Vorstand eine Schwächung der Pflege, der Krankenversorgung oder des Patientenmanagements zur Folge haben könnte. Das ist meine erste Frage.

Die zweite Frage zur Struktur bezieht sich auf die veränderte Zusammensetzung des Aufsichtsrats. Diese Frage richtet sich an die Vertreter der Gewerkschaften und der Personalräte. Es ist aus unserer Sicht wirklich nicht nachzuvollziehen, warum man zwar wirtschaftsähnlichere Strukturen schaffen will, gleichzeitig aber nicht die im Mitbestimmungsrecht vorgesehenen Strukturen übernimmt, was heißt: gleich viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Anteilseignerinnen und Anteilseigner. Auch dazu bitte ich um eine Stellungnahme.

Die dritte Frage bezieht sich ebenfalls auf den Themenkomplex Aufsichtsrat. Hier stellt sich – auch an die Gleichstellungsbeauftragte – die Frage, warum in einigen Zuschriften gefordert wird, dass im Aufsichtsrat überhaupt keine Vertretung einzelner Gruppen mehr erfolgt. Außerdem ergibt sich die Frage, warum hier sozusagen die Stärkung des externen Einflusses im Aufsichtsrat gefördert werden soll, nicht aber die Beibehaltung der staatlichen Verantwortung, wofür an dieser Stelle einiges spricht.

Vorsitzender Ewald Groth: Frau Kollegin Seidl, können Sie noch sagen, an wen Sie die letzte Frage richten?

Dr. Ruth Seidl (GRÜNE): An den Vertreter der Gewerkschaften und an die Gleichstellungsbeauftragte.

Vorsitzender Ewald Groth: Die Gleichstellungsbeauftragte weilt heute nicht unter uns. Sie hat uns eine schriftliche Stellungnahme zukommen lassen.

Dr. Ruth Seidl (GRÜNE): Dann kann sie die Frage natürlich nicht beantworten. Es bleibt also bei den Vertretern der Personalräte und der Gewerkschaft.

Christian Lindner (FDP): Ich fasse mich kurz und bedanke mich für die umfangreichen schriftlichen Stellungnahmen, die Sie uns vorgelegt haben. Im Übrigen bin ich nach der Fragensammlung, die hier gerade formuliert worden ist, auf die zweite Runde, also auf Ihre Antworten, gespannt. Insofern bedanken wir uns herzlich dafür, dass Sie sich die Zeit nehmen, um uns zu beraten.

Vorsitzender Ewald Groth: Herr Henke, bezieht sich das noch auf die Strukturen? Dann haben Sie das Wort.

Rudolf Henke (CDU): Ja, es bezieht sich auf die Struktur, jedenfalls wenn man von den Stellungnahmen ausgeht. Zum einen möchte ich Folgendes wissen. In § 31a – Universitätsklinikum – ist die Formulierung gewählt:

„Das Universitätsklinikum dient dem Fachbereich Medizin zur Erfüllung seiner Aufgaben in Forschung und Lehre.“

Ich finde es nicht problematisch, zu dienen. Wenn man einen Dienst leistet, ist das nichts Unedles, und es hat auch nichts mit Unterordnung zu tun. Insofern störe ich mich also nicht an der Semantik. Aber in den bisherigen Diskussionen über dieses Thema wurde die Frage gestellt, ob das eine zutreffende Beschreibung des strukturellen Verhältnisses zwischen den beiden Instanzen sei oder ob man nicht stattdessen von einer Zusammenarbeit sprechen sollte, um damit gewissermaßen die Gleichgewichtigkeit von Forschung, Lehre und Studium einerseits und von Krankenversorgung andererseits zum Ausdruck zu bringen.

Ich würde gern von den Dekanen wissen, wie sie die entsprechenden Vorschläge bewerten. Man kann den Stellungnahmen der Universitätsklinika – das reicht bis zu den Personalräten – entnehmen, dass sie das Dienen problematisch finden. Ich glaube, das wird deutlich. Ich möchte gern wissen, wie die Dekane das bewerten. Man muss nämlich auch sehen, dass es in der über einen langen Zeitraum geführten Debatte über eine eventuelle Veräußerung an private Investoren auch in den Voten des Wissenschaftsrats immer eine große Rolle gespielt hat, dafür zu sorgen, dass gegenüber den Trägern aller Universitätsklinika gewissermaßen die Prärogative von Wissenschaft, Forschung und Lehre, also des eigentlichen Zweckes universitärer Medizin, zum Ausdruck kommt.

Dagegen wird aber eingewandt, es sei sozusagen eine schillernde Beschreibung eines Krankenhauses, wenn es nicht so organisiert wird wie andere Krankenhäuser, die sich heutzutage auf dem Markt wettbewerblich bewähren müssen und dabei unter einem starken ökonomischen Druck stehen. Insofern müsse ein Universitätsklinikum gerade so organisiert werden, damit die Ärzte in einer solchen Situation ausgebildet werden können. Dann ist alles, wodurch der Wissenschaft der Vorzug gegeben wird, ein Problem.

Zweitens. Ich würde die Frage nach der Struktur des Vorstands und die Frage, ob das gesetzlich vorgegeben werden soll, nicht an den Vertreter einer der Pflegeorganisationen, sondern an den Vertreter einer der Ärzteorganisationen richten. Den Ver-

treter des Marburger Bunds, von dem ich zufällig weiß, dass er das auf seiner Jahreshauptversammlung ausführlich und sorgfältig beraten hat, möchte ich gern fragen, zu welchem Ergebnis die ärztliche Seite gekommen ist.

Vorsitzender Ewald Groth: Ich darf mich bei den Kollegen Abgeordneten bedanken, dass sie in der ersten Fragerunde sehr konkrete Fragen gestellt haben. Nach meiner Einschätzung ist als Erste Frau Maier angesprochen, gefolgt von den Sprechern der Ärztlichen Direktoren, der Dekane, der Gewerkschaften, der Personalräte und des Marburger Bunds. Frau Maier, Sie haben das Wort.

Irene Maier (Pflegedirektorin des Universitätsklinikums Essen): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr verehrte Abgeordnete! Ich danke Ihnen sehr herzlich dafür, dass wir als Fraktion der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren die Gelegenheit haben, Ihre Fragen zu beantworten und unsere Position noch einmal darzulegen. Wir haben unser Positionspapier dazu eingereicht. Aus diesem Positionspapier wird deutlich, dass wir die Reform des Hochschulmedizingesetzes ausdrücklich begrüßen; denn sie unterstützt die Position, die Führung in der Hochschulmedizin weiter auszubauen. Sie dient ihrer Stärkung.

Wir haben uns mit unseren Vorstandskollegen auf eine gemeinsame Vorstandsposition verständigt und tragen die Positionen mit, die zu den unterschiedlichen Punkten, die der jetzige Entwurf für ein Hochschulmedizingesetz vorsieht, abgegeben worden sind. In der heutigen Anhörung wollen wir noch einmal besonders auf das in dem Entwurf enthaltene Optionsmodell eingehen. Demnach sind die Pflegedirektoren nicht mehr per Verordnung als geborene Vorstandsmitglieder vorgesehen. Erlauben Sie uns, dass wir das in der heutigen Anhörung mit besonderer Betonung ausführen.

Wir sehen sehr wohl, dass die Pflege als Vorstandsposition nicht wegfallen darf; da sie einen wesentlichen Anteil am Unternehmenserfolg hat. Wenn man auf die DRG-Erlöse schaut, stellt man fest, dass die Pflege als Leistungserbringer einen Anteil von 30 % daran hat. Wir sehen auch, dass sich ein positives Betriebsergebnis mit genau dieser Unternehmensleistung verbindet, insbesondere dann, wenn eine gute, wissenschaftlich unterstützte Pflege entwickelt wird. Sie wird durch die Vorstandsposition der Pflegedirektoren vorbereitet, weitergeführt und in das Unternehmen eingebracht.

Wir sehen nicht, dass eine Verschlankung des Vorstands von fünf auf drei Mitglieder, mit dem Argument, dass dann eine effizientere oder bessere Entscheidung vorbereitet werden kann, per se von Nutzen ist. Wir sehen nicht, dass dies an der Anzahl der Personen hängt, sondern sind der Auffassung, dass – wie auch Sie es gesagt haben – in dem Vorstand eines solchen Wirtschaftsunternehmens die Vertreter seiner Kernbereiche, in diesem Fall der Krankenversorgung, versammelt sein müssen, damit gerade das, was wichtig ist, nämlich die Prozessoptimierung, in den operativen Abteilungen der Klinik tatsächlich auf einer breiten Basis getragen werden kann. Die Zentralisierung, die auch in der Pflege vorhanden ist, erweist sich als ein wesentlicher Baustein dafür, dass Veränderungsprozesse in alle Abteilungen getragen wer-

den und dass Veränderungsprozesse, die von Mitgliedern der Pflegeorganisation übersetzt werden, einen wichtigen Anteil am Unternehmenserfolg haben.

Sie haben auch gefragt, welche negativen Entwicklungen sich ergeben würden, wenn die Pflege nicht mehr im Vorstand vertreten wäre. Wir sehen mit Sorge, dass für die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Profession insbesondere an den Universitätskliniken die Position im Vorstand benötigt wird. In der Versorgungsforschung wird in den unterschiedlichen Berufszweigen immer mehr, auch wissenschaftlich, zusammengearbeitet. Dazu müssen die Pflegevertreter mit den Fakultätsmitgliedern und den anderen Vorstandsmitgliedern letztlich auf Augenhöhe diskutieren, entwickeln und entscheiden dürfen.

Ich darf noch die Frage eines Mitglieds der CDU-Fraktion aufgreifen, wie das in den anderen Bundesländern aussieht. In den anderen Bundesländern ist die Pflege in der Regel im Vorstand vertreten. Ausnahmen bilden hier die Länder Sachsen und Thüringen. In allen anderen Ländern der Bundesrepublik ist ein Vertreter der Pflege als geborenes Vorstandsmitglied verankert. Damit möchte ich mein Statement beschließen. Ich hoffe, ich habe die Gelegenheit, noch einmal darauf einzugehen, wenn Nachfragen dazu gestellt werden.

Prof. Dr. Henning Saß (Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Aachen):

Herr Vorsitzender! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir bedanken uns für die Gelegenheit, hierzu Stellung zu nehmen. Eingangs möchte ich sagen, dass wir viele Regelungen des vorgelegten Gesetzentwurfs begrüßen. Sie scheinen uns in die richtige Richtung zu gehen. Im weiteren Verlauf würde ich gern zu einigen Punkten etwas sagen. Jetzt möchte ich aber auf die Fragen eingehen, die gestellt worden sind.

Die erste Frage, die sich im Wesentlichen an die Vertreter der Pflege richtete, bezog sich darauf, wie es um die Zusammensetzung der Vorstände und die Position des Pflegedirektors bestellt ist.

Frau Dr. Seidl hat in ihrer Frage darauf hingewiesen, dass sich eine größere Zahl der Universitätsklinika für einen Verbleib des Pflegedirektors bzw. der Pflegedirektorin im Vorstand ausgesprochen hat. Diejenigen, die das nicht aufgeführt haben, sind, soweit ich das sehe, mit einer Optionslösung einverstanden. Das heißt, es wird den Einrichtungen je nach ihren personellen oder sonstigen Verhältnissen freigestellt, ob die Pflege im Vorstand vertreten ist oder nicht.

Was meine eigene Sicht betrifft: Ich könnte mit beiden Regelungen leben. Die besonderen Erfahrungen, die wir im Universitätsklinikum Aachen gemacht haben, sprechen allerdings durchaus dafür, dass die Pflege, da sie eine solch wichtige Position im Universitätsklinikum einnimmt, auch im Vorstand vertreten sein sollte. So viel zu der ersten Frage.

Die zweite, in meinen Augen ebenfalls zentrale Frage kam von Herrn Henke. Er hat sie an dem Begriff des Dienens aufgehängt. Ich denke, dass dies eine vertiefte Diskussion erfordert. Der Begriff „dienen“ wurde schon früher in den Medizinischen Ein-

richtungen verwendet, damals im Sinne der Über- und Unterordnung. Als im Jahr 2001 die Verselbstständigung der Universitätsklinik als Anstalten des öffentlichen Rechts kam, haben wir die Formulierung „dienen“ im Sinne einer Zweckbestimmung aufgefasst. Das heißt, das Universitätsklinikum stellt die Möglichkeiten zur Verfügung und versucht, das so gut, wie es geht, zu machen, damit die Aufgaben der Fakultät in Forschung und Lehre optimal erfüllt werden können.

Ich habe den Eindruck, dass an verschiedenen Stellen der jetzigen Formulierung und auch in der Begründung eine gewisse Änderung der Akzentsetzung erfolgt: weg von der reinen Zweckbestimmung, hin zur Über- und Unterordnung. Das ist ein Punkt, über den sehr gut diskutiert werden muss. Man muss fragen, ob eine solche Über- und Unterordnung überhaupt mit dem Wesen eines Kooperationsmodells vereinbar ist. „Kooperationsmodell“ heißt: Wir haben auf der einen Seite die Krankenversorgung im Universitätsklinikum, auf der anderen Seite Forschung und Lehre in der Fakultät.

Aus meiner Sicht wird zwischen dem Universitätsklinikum und der Fakultät bzw. der Universität als gleichberechtigten Partnern eine Kooperationsvereinbarung getroffen. Wenn wir jetzt das Dienen im Sinne von Über- und Unterordnung begreifen und damit verbinden, dass die Fakultät – oder die Hochschule – das Klinikum sozusagen nach den eigenen Strukturbedürfnissen formen kann, wird das hochproblematisch. Aus meiner Sicht geht das deswegen nicht, weil der Vorstand des Universitätsklinikums die wirtschaftliche Verantwortung und die Verantwortung für ein gutes Gedeihen des Gesamthauses hat. Dafür muss er mehr machen, als nur die Bedürfnisse von Forschung und Lehre im Auge zu haben. Natürlich sind diese Bedürfnisse außerordentlich wichtig, und jeder Vorstand eines Universitätsklinikums ist froh über die Existenz der Fakultät und wird alles tun, damit es ihr gut geht und sie sich gut entfalten kann.

Aber es würde in meinen Augen zu weit gehen, wenn die Formulierung „dienen“ im Sinne der Über- und Unterordnung bedeutete, dass dem Klinikum von der Fakultät Strukturentscheidungen aufgezwungen werden können, weil sie eben keine Zweckbestimmung, sondern ein hierarchisches Verhältnis ausdrückt. Das kollidiert mit dem Wesen des Kooperationsvertrags und auch mit der Tatsache, dass der Vorstand die wirtschaftliche Verantwortung trägt. Wollte man sich in die Richtung, die ich eben skizziert – und eigentlich verworfen – habe, entwickeln, müsste man den kleinen Satz hinzufügen, dass die solchermaßen verursachten Strukturveränderungen, wenn sie wirtschaftliche Nachteile mit sich bringen, aus den Mitteln der Fakultät bezahlt werden. So viel möchte ich zunächst dazu sagen. Später möchte ich auf andere Punkte eingehen.

Detlef Klimpe (Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Aachen): Ich bedanke mich ebenfalls für die Einladung. Gegen einen Sitz des Pflegedirektors im Vorstand hätten wir eigentlich keine Bedenken. Wir möchten aber noch einmal auf die Frage hinweisen, ob es der richtige Weg ist, wenn die Struktur des Vorstands allein durch die Satzung festgelegt wird, oder ob es nicht viel besser wäre, dem Auf-

sichtsrat zusätzlich die Zuständigkeit für die Zusammensetzung des Vorstands zu übertragen. Man könnte sich vorstellen, dass, je nach der Situation des Hauses, neben der Pflege auch einmal eine andere Funktion vertreten sein müsste. Die Festschreibung in der Satzung ist meines Erachtens zu eng. Man könnte dem Aufsichtsrat ruhig Vertrauen schenken.

Was den Vorstand betrifft, möchte ich auch noch den Hinweis geben, dass in dem Gesetzentwurf davon ausgegangen wird, dass wir einen gesamtverantwortlichen Vorstand haben, dann aber wiederum die Einschränkung gemacht wird, dass der Dekan für die Aufgaben des Universitätsklinikums und die wirtschaftlichen Angelegenheiten nur dann Verantwortung trägt, wenn er Vorstandsvorsitzender wird. Das ist unserer Auffassung nach mit der Funktion eines gesamtverantwortlichen Vorstands nicht vereinbar. Diese Einschränkung müsste unseres Erachtens entfallen.

Zur dienenden Funktion. Ich sehe das eigentlich noch deutlicher als der Vertreter der Ärztlichen Direktoren. Wir hatten in dem alten Hochschulgesetz – für die Medizinischen Einrichtungen gab es das Integrationsmodell – die Formulierung: „Die Medizinischen Einrichtungen dienen Lehre, Forschung und Krankenversorgung.“ Das Dienen wird hier ganz klar als Zweckbestimmung aufgefasst. Mit der Novellierung wird das Dienen zu einem Unterstellungsverhältnis. Das geht zum einen aus der Formulierung des § 31a hervor. Zum anderen geht es aus der Begründung zu § 2 der Verordnung hervor, in der es heißt:

„Durch die Aufgabenbeschreibung in Abs. 1 wird klargestellt, dass das Universitätsklinikum dem Fachbereich Medizin bei dessen Forschungs- und Lehraufgaben zuarbeitet und daran ausgerichtete Aufgaben in der Krankenversorgung wahrnimmt.“

Mit dem Begriff „zuarbeitet“ sind wir schon sehr an der Unterstellung. Wir machen hier den Vorschlag, dass man eine höfliche Formulierung wählt, wie man sie auch im Zusammenhang mit der Hochschulverwaltung gefunden hat. Wenn man die Stelle umformulierte, würde es heißen: Das Universitätsklinikum sorgt für die Erfüllung der Aufgaben des Fachbereichs Medizin durch die Gewährung der Verbindung von Krankenversorgung mit Forschung und Lehre sowie der Erledigung der Verwaltungsaufgaben und -angelegenheiten einschließlich der Personal- und Wirtschaftsverwaltung.

Prof. Dr. Volker Arolt (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Münster): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Die Dekane sind dankbar dafür, dass sie im Rahmen dieser Anhörung gehört werden. Wie Sie schon gesagt haben, haben sich auch die Dekane darauf verständigt, dass zunächst ein Sprecher gemeinsam mit einem zweiten – später vielleicht auch noch mit anderen – den Standpunkt der Dekane vertreten wird.

Die Dekane halten den sich jetzt in der Lesung befindlichen Gesetzentwurf grundsätzlich für sehr gelungen. Er kommt vielen wichtigen Zielen sowohl der Dekane als

auch, wie ich denke, der Ärztlichen Direktoren und der Kaufmännischen Direktoren entgegen.

Zur Pflege möchte ich mich als Sprecher der Dekane nicht äußern. Als Mitglied des Vorstands des Universitätsklinikums Münster könnte ich das machen. Wir stehen einer Vertretung der Pflege im Vorstand sehr positiv gegenüber. Das nur als Anmerkung.

An mich als Sprecher der Dekane ist, hauptsächlich vonseiten der SPD-Fraktion, eine ganze Reihe von Fragen gestellt worden, auf die ich nachher gern eingehen werde. Es wäre aber zu früh, sie jetzt schon zu beantworten. Ich weiß nicht, wie Sie das sehen. – Ich könnte es machen.

Vielleicht ein Wort zu dem Begriff „dienen“. Ich glaube, wir müssen sehr auf unsere Wortwahl aufpassen. Das Dienen hat eben zwei Konnotationen. Herr Prof. Saß hat das gut herausgearbeitet. Die eine Konnotation ist, dass man sich unterwirft und das tut, was der Herr sagt. Die andere Konnotation ist, in Zweckbestimmung zu handeln. In diesem Sinn ist es gemeint. Das Universitätsklinikum sieht seinen Sinn darin, die Bedürfnisse von Forschung und Lehre abzudecken. Das ist der wesentliche Punkt. Darauf beharren die Dekane auch.

Fände das Universitätsklinikum nämlich nicht seinen Sinn darin, die Bedürfnisse von Forschung und Lehre abzudecken, wäre es kein wirkliches Universitätsklinikum. Nur dadurch, dass es das macht, nur dadurch, dass sowohl die Strukturen in der Krankenversorgung als auch die Strukturen in der Verwaltung so ausgerichtet werden, dass universitäre Belange wahrgenommen werden können, wird das Klinikum zu einem Universitätsklinikum. Die Universitätsklinika befinden sich in einem gewissen natürlichen Spannungsverhältnis: Auf der einen Seite müssen sie am Gesundheitsmarkt agieren – es ist völlig klar, dass sie das tun müssen –, und auf der anderen Seite müssen sie klinische Strukturen schaffen, die bestimmten, zum Teil sehr hochrangigen Forschungserfordernissen entgegenkommen. Das müssen nicht unbedingt die einnahmeträftigsten Strukturen sein. Ich glaube, das ist uns allen klar.

Nun kommt es darauf an, in diesem Spannungsverhältnis einen möglichst guten Ausgleich zu finden. Erlauben Sie mir dazu – ich glaube, das gibt den Standpunkt der Dekane wider – eine persönliche Bemerkung: Ich denke, dass wir mit der einseitigen Betonung eines Aspekts nicht zurechtkommen werden. Wir werden mit einem Modell, das die Forschung so sehr in den Vordergrund stellt – wie das in manchen anderen Ländern passiert –, dass die Krankenversorgung verkümmert oder sich auf einem sehr mittelmäßigen Niveau bewegt, nicht zurechtkommen. Ich glaube aber auch nicht, dass wir zurechtkommen werden, wenn wir die Krankenversorgung, was die jeweiligen Bedürfnisse am Markt betrifft – ich darf das einmal so sagen –, ganz in den Vordergrund stellen und sie auf diese Weise zur Lokomotive wird, die die akademischen Belange hinter sich herzieht.

Die Kunst besteht gerade darin, ein Gleichgewicht zwischen diesen beiden Aspekten herzustellen. Deswegen zielt der Begriff der Kooperation in die richtige Richtung. Aber es muss klar sein, dass es hierbei um eine gegenseitige Verantwortung geht. Der

Begriff „Kooperation“ – aber ich will jetzt hier nicht zu sehr an Begriffen kleben; ich glaube, das ist hier sowieso zu stark der Fall – ist mir noch zu allgemein. Es geht um gegenseitige Verantwortung. Der eine kann nicht ohne den anderen. Wenn den Universitätsklinikum das Geld ausgeht, steht auch die Forschung schlecht da, und wenn die Forschung nicht floriert, steht das Universitätsklinikum schlecht da. Einer kann nicht ohne den anderen.

Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Auch ich möchte mich dafür bedanken, dass ich hier zu Ihnen sprechen kann. Vieles von dem, was ich hätte sagen wollen, ist bereits gesagt worden. Aber auf einen wichtigen Aspekt möchte ich noch einmal eingehen. Das ist, verbunden mit dem Begriff des Dienens, die Frage: In welchem Verhältnis stehen die beiden Teile zueinander?

Man muss sagen, dies ist von Standort zu Standort durchaus unterschiedlich, nicht nur was die Realität angeht, die in den Vorständen praktisch gelebt wird, sondern auch in Bezug auf die Ausgangsposition der verschiedenen Universitäten und Fakultäten. Sie können sich durchaus eine Fakultät vorstellen, die, sagen wir einmal, sehr grundlagenwissenschaftlich orientiert ist, in der es kaum Berührungspunkte mit klinischen Bereichen gibt. Es gibt andererseits Fakultäten, bei denen es genau umgekehrt ist, die also ihren Gewinn daraus ziehen, dass sie eine enge Verzahnung zwischen der Grundlagenforschung, der klinischen Forschung und der angewandten Forschung haben.

Deswegen möchte ich hier den Begriff „Flexibilität“ einbringen. Ich möchte noch einmal die Bitte formulieren, dass es, wie es in Besprechungen im Vorfeld dieser Gesetzesinitiative mehrfach von allen Seiten artikuliert worden ist, standortspezifische Alternativen zu einer starren Gesetzesform gibt. Ich glaube, das würde vieles entkrampfen. Es ist angesprochen worden, dass man den Aufsichtsräten zum Beispiel Entscheidungsbefugnisse im Zusammenhang mit gewissen Führungsstrukturen geben könnte.

Für unseren eigenen Standort finde ich persönlich ein Integrationsmodell viel attraktiver als ein Kooperationsmodell. Letztlich stimme ich der Auffassung zu, dass es sich hierbei um eine Kuppelproduktion handelt, bei der beide Partner nur dann vernünftig leben können, wenn sie aufeinander zugehen, an einem Strang ziehen und sich, bitte schön, in dieselbe Richtung bewegen.

Die Frage nach der Beteiligung der Pflegedirektoren hat der Essener Standort klar für sich entschieden. Er plädiert für eine Beteiligung der Pflegedirektoren. Ich glaube, das das, was Frau Maier gesagt hat, zutrifft: Die zunehmende Akademisierung der Pflegeberufe ist tatsächlich ein weiteres Element, das eine Beteiligung der Pflegedirektoren im Vorstand gut begründet. Die Medizinische Fakultät – das Universitätsklinikum – wird hier wahrscheinlich in Zukunft Funktionen übernehmen können und müssen.

Eine Anmerkung zur Rendite. Es wurde die Frage gestellt, wie das mit den Privaten aussieht. Wenn die Privaten Umsatzrenditen in beträchtlicher Höhe erwirtschaften können, muss die Frage erlaubt sein: Warum ist das nicht auch den Universitätskliniken möglich? Andersherum: Wenn sie es denn täten, könnten die dort erwirtschafteten Mittel nicht zur Verbesserung der Krankenversorgung plus zur Verbesserung von Forschung und Lehre eingesetzt werden?

Dies kann nur funktionieren, wenn in einem Vorstand gemeinsam gearbeitet wird. Nebenbemerkung: Es kann an einem Standort auch sinnvoll sein, dass der Dekan der Vorsitzende des Vorstands ist. Ich glaube, das ist eine gute Lösung, die die Optionen offenhält. Ich sehe darin nicht die Gefahr, dass die Medizinischen Fakultäten den Universitäten abgehen. Dafür sorgen schon die engen Forschungsk Kooperationen, die es an den meisten Standorten zwischen der Universität und der Medizinischen Fakultät gibt.

Ich denke, dass ich damit einige wichtige Punkte angesprochen habe. Ich bitte noch einmal darum, die Einführung einer Öffnungsklausel, beispielsweise beim Kooperations- und beim Integrationsmodell, zu erwägen. Ich weiß nicht, ob ich auf den speziellen Aspekt der Fusion eingehen sollte. Es gibt auch einen Paragraphen, der sich auf Fusionen bezieht. Diese Punkte sind hier nicht angesprochen worden. Herr Vorsitzender, meinen Sie, dass ich jetzt oder eher im Laufe der Diskussion ein paar Worte dazu verlieren sollte?

Vorsitzender Ewald Groth: Herr Prof. Jöckel, Sie haben jetzt vier Minuten lang gesprochen. Ich meine das nicht vorwurfsvoll. Vielmehr will ich alle darauf aufmerksam machen, dass wir eine Redezeit von drei Minuten avisiert hatten. Die Regel sollte sein, dass man nur zu den Punkten Stellung nimmt, nach denen ganz konkret gefragt wurde. Sie können davon ausgehen, dass die Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausschuss die schriftlichen Stellungnahmen intensiv studiert haben und auch noch darüber diskutieren werden – wenn sie es nicht schon getan haben.

Von daher bitte ich Sie darum, Ihre Statements möglichst zu begrenzen. Dann müssen Sie selbst entscheiden. Wir schneiden hier niemandem das Wort ab. Nur, wir haben 36 geladene Sachverständige. Sie können sich vorstellen, wie lange es heute noch dauern kann. Einigen steht nur sehr begrenzt Zeit zur Verfügung. Ich überlasse Ihnen die Entscheidung und gebe die Frage zurück.

Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen): Dann verzichte ich auf den Wortbeitrag.

Vorsitzender Ewald Groth: Vielen Dank, Herr Prof. Jöckel. – Dann machen wir mit den Vertretern der Gewerkschaften weiter. Frau Bühler von ver.di hat das Wort.

Dr. Bernd Tenbenschel (ver.di Landesbezirk NRW): Frau Bühler ist nicht anwesend. Mein Name ist Bernd Tenbenschel. Ich habe mich angemeldet.

Wir haben mittlerweile seit einigen Jahren rapide Veränderungen zu verzeichnen. Nicht nur an den Universitätskliniken gibt es Veränderungen, sondern der gesamte Krankenhausmarkt organisiert sich neu. Wenn man dort seine Ziele, auch als Unternehmen, erreichen will, ist es ganz entscheidend, dass man die Beschäftigten, die Arbeitnehmer, mitnimmt.

In Nordrhein-Westfalen hatten wir – auch wenn der zuständige Tarif angewandt wurde – nach der Umwandlung der Universitätsklinika in Anstalten des öffentlichen Rechts lange Zeit einen tariflosen Zustand. Das hat vor allem bei uns und bei unseren Mitgliedern zu einem erheblichen Unmut geführt. Wir haben es über einen 16-wöchigen Arbeitskampf geschafft, diesen Tarif zurückzubekommen. Das zeigt, dass es, wenn man jetzt weitere Strukturveränderungen durchsetzen will, zwingend erforderlich ist, dass man die Beschäftigten mitnimmt, um in Zukunft Reibungsverluste in dieser Art und von einer solchen Dauer zu verhindern.

Dafür halten wir das Modell der Unternehmensmitbestimmung, wie wir es in Deutschland kennen, für geeignet. Der Aufsichtsrat ist also so zusammengesetzt, dass die Arbeitnehmer dort in ausreichendem Maße vertreten sind. Wenn wir uns die Gesetzesvorlage anschauen, stellen wir fest, dass es elf stimmberechtigte Mitglieder gibt. Zwei davon sind Arbeitnehmer. Das spiegelt auch die Tatsache, dass die Belegschaft gespalten ist, wider: Es gibt einen Wissenschaftlichen und einen Nichtwissenschaftlichen Personalrat.

Ich denke, angesichts der Herausforderungen, denen sich gerade die Beschäftigten – das ist nicht nur die Pflege, sondern das sind auch viele andere Berufe – gegenwärtig gegenübersehen, brauchen wir eine Einflussnahme in dem Sinn, dass die Beschäftigten das Gefühl haben, dass ihre Interessen vertreten werden. Flexibilität wird immer wieder gefordert. Aber sich als flexibel erweisen und engagiert arbeiten kann man als Arbeitnehmer nur dann, wenn die erforderliche Sicherheit gegeben ist. Die Sicherheit ist sowohl über die Tarife als auch über die Unternehmens- und Betriebsmitbestimmung gegeben. Gerade Nordrhein-Westfalen hat einen erheblichen Strukturwandel in der Montanindustrie hinter sich. Dieser Strukturwandel wäre nicht so verlaufen, wie er verlaufen ist, wenn es nicht die Unternehmensmitbestimmung gegeben hätte.

Für Großunternehmen, wie die Universitätskliniken, die sich jetzt wirtschaftlicher orientieren wollen, um ihre Ziele zu erreichen – die schließlich auch Ziele der öffentlichen Daseinsvorsorge sind –, ist dies ein angemessenes Modell: Unternehmensmitbestimmung und, in der Unternehmensführung darauf aufgesetzt, die Position des Arbeitsdirektors, der der für alle Beschäftigtengruppen zuständige Verantwortliche sein könnte. Wir sind der Auffassung, dass das Modell der Unternehmensmitbestimmung sehr viele Chancen bietet, die Beschäftigten mitzunehmen, ihre Interessen einzubringen und eine Sicherheit herzustellen, die gerade während des Wandels besonders wichtig ist.

Dr. Carl Müller-Platz (Deutscher Beamtenbund, Landesbezirk NRW): Um es kurz zu machen: Dem kann ich nur zustimmen. Wir haben auch eine entsprechende Stellungnahme abgegeben.

Zu den Pflegedirektoren und Pflegedirektorinnen. Wir stehen voll dahinter, dass die Position des Pflegedienstleiters im Vorstand institutionell verankert ist, denn wir sind der Auffassung, dass von dort die Bedürfnisse der Bediensteten in der Pflege eingebracht werden können.

Mich wundert es ein bisschen, dass die Klinikumskonferenzen im Rahmen der Strukturdiskussion überhaupt keine Erwähnung mehr finden. Wir halten es für durchaus wichtig, dass noch ein Instrument vorhanden ist, das die Professorinnen und Professoren sowie die anderen wissenschaftlichen Mitarbeiter in die Lage versetzt, die entsprechenden Diskussionen zu führen – auch wenn das nur einen Beratungscharakter hat. Ich glaube, es gibt genügend Felder, über die nicht unbedingt im Aufsichtsrat diskutiert werden muss, sondern über die man auch in einem solchen Gremium sprechen kann, um dann zu vernünftigen Lösungen zu kommen.

Rolf Lübke (Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz): Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Zunächst darf ich mich für die Gelegenheit bedanken, hier kurz Stellung zu nehmen. Ich will mich bemühen – was einem Juristen immer schwerfällt –, mich kurz zu fassen.

Ich bin vorrangig zu der Zusammensetzung des Vorstands der Klinik gefragt worden. Das ist ein Thema, das dem Marburger Bund nicht nur sehr am Herzen liegt, sondern bei dem wir auch ein gewisses Urheberrecht beanspruchen, denn die Installation eines Vorstands, bestehend aus den Vertretern der verschiedenen Säulen einer klinischen Einrichtung, ist letztlich eine Erfindung aus den 70er-Jahren. Das beschränkt sich gar nicht einmal auf Hochschulkliniken, sondern betrifft klinische Einrichtungen überhaupt.

Insofern kann man diese Frage auch unabhängig davon beantworten, ob in der Pflege eine Akademisierung stattfindet oder nicht. Vielmehr ist es aus unserer Sicht letztlich notwendig, ein Koordinationsgremium zu haben, um die verschiedenen Bereiche einer klinischen Einrichtung zusammenzuführen. Daraus lässt sich für uns relativ leicht ableiten, dass es sinnvoll ist, die kaufmännische, die ärztliche und die pflegerische Sparte zu vereinen. Wir würden es mit sehr viel Sympathie betrachten, wenn man die bisher praktizierte Regelung beibehielte, sodass dort also die kaufmännische Leitung, die ärztliche Leitung – wozu aufgrund der besonderen Belastung des Ärztlichen Direktors, der in aller Regel gleichzeitig noch eine klinische Einrichtung vertritt, auch der Stellvertreter gehört – und last, not least die Pflege vertreten wären.

Da ich die drei Minuten Redezeit noch nicht ganz ausgeschöpft habe, möchte ich mit einem kleinen Seitenschwenk auf das Dienen eingehen. Die Semantik dieser Frage – es ist formal keine unmittelbare Rechtsfolge daran geknüpft – veranlasst mich, vorzuschlagen, dass man an der Wortwahl vielleicht noch einmal nachfeilt. Aber aus diesem Verhältnis muss schon deutlich hervorgehen – Herr Prof. Arolt, bei Ihnen

zum Beispiel habe ich das herausgehört –, dass ein Universitätsklinikum etwas anderes als ein Maximalversorger mit besonderen akademischen Weihen der Abteilungsleiter ist. Das müsste durch das besondere Verhältnis zwischen dem Klinikum und dem Fachbereich Medizin deutlich werden.

Martin Koerbel-Landwehr (Vorsitzender des Personalrats der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Düsseldorf): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich bedanke mich, dass wir die Gelegenheit haben, für unsere Gruppe Stellung zu nehmen. Es gibt aufgrund der Fragestellungen drei Schwerpunkte, zu denen ich etwas sagen will.

Zum einen ist es so, dass es, wie Herr Prof. Arolt und Herr Klimpe schon herausgearbeitet haben, in dem gemeinsamen Ziel, im Rahmen der Universität tätig zu werden, unterschiedliche Aufgabenstellungen von Fakultät und Universitätsklinikum als Krankenhaus gibt. Insofern ist aus unserer Sicht das Kooperationsmodell das richtige Modell zur Führung einer Universitätsklinik. Daraus lassen sich auch Schlussfolgerungen für die Zusammensetzung des Vorstands ziehen.

Aus unserer Sicht ist es sinnvoll, dass in dem Vorstand eines Universitätsklinikums die Fakultät, der ärztliche Dienst, aber darüber hinaus auch weitere Sparten vertreten sind. Wir betrachten es mit Sympathie, wenn – wie es eben von dem Vertreter der Gewerkschaften vorgetragen worden ist – über die Funktion eines Arbeitsdirektors nachgedacht wird. Wie wir schon in unserer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt haben, können wir uns ebenso vorstellen, dass auch die Pflegedirektorin bzw. der Pflegedirektor Mitglied des Vorstands ist.

Aus unserer Sicht muss aber dem Spannungsverhältnis Rechnung getragen werden, das naturgemäß vorhanden ist. Herr Prof. Arolt hat es eben hervorgehoben: Das Universitätsklinikum ist als ein Krankenhaus der Hochleistungsmedizin, das über die Krankenkassen mitfinanziert wird, auch ein Spieler am Gesundheitsmarkt. Es muss in der Lage sein, über seine eigenen Geschicke zu bestimmen. Insofern halten wir es für wenig sinnvoll – das haben wir in der schriftlichen Stellungnahme deutlich gemacht –, wenn der Dekan bzw. die Dekanin gleichzeitig Vorstandsvorsitzender eines Universitätsklinikums sein kann. Wir glauben, dass es sinnvoll ist, wenn die Rollen – jedenfalls an dieser Stelle – klar getrennt sind, dass es also klar ist, welche Aufgaben das Universitätsklinikum und die Medizinische Fakultät jeweils übernehmen sollen.

Frau Dr. Seidl hat die Frage gestellt, ob der staatliche Einfluss gestärkt oder geschwächt werden müsse. Aus unserer Erfahrung heraus sagen wir: Wenn Nordrhein-Westfalen als Forschungsland vorankommen will, muss es eine Vernetzung der Universitätsklinika geben. Deswegen ist es aus unserer Sicht nicht richtig, den Einfluss des Landes hier zurückzuschrauben, indem man die Stimmengewichte des Landes im Aufsichtsrat verringert, sondern wir halten es für notwendig, den Einfluss und die Kompetenz des Landes in den Aufsichtsräten zu stärken, und zwar auf der Basis – so, wie es auch von dem Vertreter der Gewerkschaften vorgetragen worden ist – einer paritätischen Besetzung des Aufsichtsrats mit Vertretern der Beschäftigten.

Wir glauben, gerade die Entwicklung in den vergangenen sechs Jahren hat belegt, dass es zwischen den Standorten in Nordrhein-Westfalen noch nicht genug Kooperation gab und dass gerade die stärkere Berücksichtigung des Landes in den Aufsichtsräten dafür sorgen könnte, dass die notwendige Stärkung einzelner Standorte im Hinblick auf bestimmte Themen und Fragestellungen sichergestellt wird. Wir befürchten, dass, wenn wir den Einfluss an externe Sachverständige abgeben, nur gewisse Interessen einzelner Standorte herausgearbeitet werden, während die Interessen des Landes und seiner Bevölkerung nicht angemessen berücksichtigt sind.

Die wirtschaftliche Struktur eines Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultäten machen es aus unserer Sicht ebenso erforderlich, dass die notwendigen Finanzmittel bereitgestellt werden. Was uns fehlt – wir wissen allerdings nicht, in welcher Form wir das in das Gesetz einfügen können –, ist eine dauerhafte Sicherung der Finanzierung des Anteils für Lehre und Forschung und der betriebsnotwendigen Kosten durch das Land Nordrhein-Westfalen. Wir glauben, dass es auch auf diesem Gebiet notwendig ist, den Universitäten eine entsprechende Planungssicherheit zu geben, damit es in Nordrhein-Westfalen auch in Zukunft Hochleistungsmedizin sowie Lehre und Forschung auf hohem wissenschaftlichem Niveau gibt.

Dr. Ulrich Schütz (Vorsitzender des Personalrats der wissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Köln): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Auch wir bedanken uns für die Einladung und die Möglichkeit, hier Stellung zu nehmen. Wir haben unsere Standpunkte in Form einer schriftlichen Stellungnahme der Landespersonalrätekonferenz bereits hinreichend dargelegt. Deshalb möchte ich nicht näher darauf eingehen.

Frau Dr. Seidl hat uns nach unserer Meinung über die neue Zusammensetzung des Aufsichtsrats gefragt. Damit sind wir bei dem Thema Mitbestimmung allgemein angekommen. Es klang schon an – besonders in der Stellungnahme des Vertreters von ver.di –, dass Mitbestimmung und auch die Mitnahme der Beschäftigten eines Betriebs für die Weiterentwicklung zwingend notwendig sind. Wir haben erst vor Kurzem erlebt, dass durch Gesetzesänderungen in diesem Land die Mitbestimmung der Mitarbeiter eingeschränkt worden ist. Wir sehen, dass auch die neue Zusammensetzung des Aufsichtsrats dieser Linie folgt. Unter anderem soll hier eine stärkere Gewichtung zuungunsten der Mitarbeiter vorgenommen werden.

Wir können allerdings auch nicht erkennen, worin grundsätzlich der Vorteil besteht, dass der Vorsitz des Aufsichtsrats nur von einem externen Mitglied ausgeübt wird. Wir sind der Meinung, es sollte schon eine gewisse Sachkompetenz vorhanden sein, und plädieren eigentlich dafür, die Zusammensetzung des Aufsichtsrats so zu belassen, wie sie gegenwärtig ist.

Dr. Michael Brinkmeier (CDU): Ich habe noch eine Nachfrage. Frau Maier, ich hatte eine Frage zu dem Thema Hochleistungspflege gestellt. Sie haben einen Vorschlag diesen Passus betreffend eingebracht. Ich wüsste gern, ob es für den Vorschlag, den Sie gemacht haben, ein Beispiel aus anderen Ländern gibt.

Ich möchte noch eine Frage an Herrn Pallme König stellen. In der Stellungnahme des VUD heißt es auf Seite 9 unter Punkt 4.2 sehr dezidiert:

„Abzulehnen ist jedoch die Einbeziehung des Vize-Präsidenten für den Bereich der Wirtschafts- und Personalverwaltung der Universität (Kanzler) in den Aufsichtsrat.“

Da Sie gerade einträchtig mit Herrn Strehl zusammensitzen, möchte ich Ihnen die Gelegenheit geben, diese Ablehnung noch einmal zu begründen, würde dann aber auch gern den Widerspruch von Herrn Strehl hören. Das interessiert mich.

Heike Gebhard (SPD): Ich habe eigentlich keine neuen Fragen, sondern ich finde, dass ein paar von den Fragen, die ich gestellt habe, noch nicht beantwortet worden sind. Das betrifft insbesondere eine Frage. Herr Prof. Jöckel ist partiell darauf eingegangen. Er hat die in der schriftlichen Stellungnahme getroffene Aussage bestätigt, wonach man dort stärker ein Integrationsmodell favorisieren würde.

Meine Frage ist, um das noch einmal zuzuspitzen: Wenn man das will – und er ist nicht der Einzige, der das in der schriftlichen Stellungnahme zum Ausdruck gebracht hat –, welche Konsequenzen hätte das für die Leitungsstruktur? Das heißt: Wenn man sich für eine solche Entwicklung offenhalten wollte, wie müssten die Vorgaben für die Leitungsstruktur formuliert werden?

An Herrn Prof. Ronge, dem Sie noch nicht die Gelegenheit gegeben haben, zu antworten, habe ich die konkrete Frage gestellt: Würde eine Entwicklung in diese Richtung von den Hochschulen sehr kritisch betrachtet, oder kann man sich damit anfreunden? Ich glaube, ich brauche diese Frage nicht im Detail zu wiederholen.

Vorsitzender Ewald Groth: Vielen Dank, Frau Kollegin Gebhard. Die Frage an Herrn Prof. Ronge ist mir wohl entgangen. Das holen wir aber gleich nach. An wen haben Sie die erste Frage gestellt?

Heike Gebhard (SPD): An die Vorstände der Kliniken.

Vorsitzender Ewald Groth: Das heißt, an Herrn Jöckel und Herrn Arolt. – Wir fahren streng der Reihenfolge nach fort. Das sind die Fragen, die die Fraktionen zu den Strukturen nachgereicht haben. Wir treten in die zweite Beantwortungsrunde ein. Als Erste hat wieder Frau Maier das Wort. Bitte schön.

Irene Maier (Pflegedirektorin des Universitätsklinikums Essen): Ich gehe gern noch einmal auf den Punkt Hochleistungspflege ein, auf den Sie abgehoben haben. Ich habe ihn in meinem Statement tatsächlich nicht erwähnt. Es ist noch nicht sichtbar, dass dies, als Begriff gefasst, in Gesetzestexten vorkommt. Allerdings wird, inklusive unserer eigenen Position, von der überwiegenden Zahl der Redner deutlich gemacht – ich glaube, das ist in den Statements zum Ausdruck gekommen –, dass wir dies brauchen und dass die Hochleistungspflege ein Bereich ist, der sich entwi-

ckeln muss. Gerade an den Universitätskliniken ist die wissenschaftliche Basis dafür gegeben.

Wir sehen, dass nicht nur die medizinische Entwicklung ein Auftrag der Universitätskliniken ist, sondern dass auch die anderen Gesundheitsfachberufe eine Weiterentwicklung benötigen. Auch wenn wir uns die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur anschauen, stellen wir fest, dass wir neue Aufgabenfelder schaffen müssen und dass sich Aufgabenfelder verschieben. Aktuell ist in der Bundesrepublik eine große Diskussion über die Delegation ärztlicher Tätigkeiten angestoßen worden. Daran sieht man, dass in gewissen Aufgabenfeldern eine Neuorientierung stattfinden muss, nicht zuletzt, weil der Versorgungsprozess so, wie er bisher angelegt ist, gar nicht mehr finanzierbar ist. Dafür braucht man Menschen, die in der Lage sind, in solchen Bereichen Verantwortung zu übernehmen. Dies kann man nur, wenn man auch auf der strategischen Ebene mitsteuern und mitentwickeln kann, um genau dort die Vorbereitungen einzuleiten.

Prof. Ulf Pallme König (Kanzlerkonferenz der Universitäten NRW): Uns wurde noch einmal die Frage nach dem Kooperations- bzw. Integrationsmodell gestellt. Lassen Sie mich eingangs sagen, dass ich sehr gern neben Herrn Strehl sitze. Wir waren früher Kollegen in der Senatsverwaltung für Wissenschaft und Forschung in Berlin. Wir schätzen uns sehr. Insofern haben wir überhaupt keine Berührungängste.

Zum Kooperations- bzw. Integrationsmodell. Es ist kein Geheimnis, dass es die Universitäten sehr befürworten, dass wir zunächst beim Kooperationsmodell bleiben, wie es in den Errichtungsverordnungen und in dem Vorgängergesetz geregelt worden ist. Wir glauben, dass auf diese Weise die Integration des medizinischen Fachbereichs in die Universität am ehesten gewährleistet ist. Damit müssen natürlich bestimmte Regelungen einhergehen, über die wir noch reden werden, auch was die Zuführung für den Fachbereich Medizin betrifft. Darauf will ich jetzt nicht im Einzelnen eingehen. Ich denke, das wird sich in der nächsten Fragerunde ergeben.

Das Kooperationsmodell ist natürlich kein Dogma – wenn ich das sagen darf. Ich hätte es sehr begrüßt, wenn die Mitglieder des Ausschusses für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie gestern, aus Anlass einer Veranstaltung des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands, in einem Workshop gesessen hätten, der, einen Tag dauernd, in Berlin stattfand. Gegenstand der Diskussion war nämlich eine Bestandsaufnahme der Hochschulmedizin in den 16 deutschen Bundesländern. Sie werden sehen, dass es ein buntes Bild gibt. Alle Modelle sind vorhanden. Man kann es so beschreiben: Man ist noch auf der Suche nach dem richtigen Modell.

Ich sage dazu: Da wir in Nordrhein-Westfalen den Auftrag haben, aus dem Gesetz heraus gegebenenfalls standortspezifische Lösungen zu finden, meinen wir, dass es richtig ist, zunächst bei dem Kooperationsmodell zu bleiben und dann standortspezifisch zu überprüfen, ob wir nicht in andere Modelle hineingehen können. Das halte ich für sehr vernünftig. Insofern kann ich das gesetzgeberische Anliegen nur begrüßen.

Warum ist das kein Dogma? Warum sind wir auf der Suche? Wo sind wir auf der Suche? Wenn Sie sich mit dem letzten diesbezüglichen Gesetzesvorhaben beschäftigen, nämlich dem in Mainz, werden Sie sehen, dass die Mainzer aus vielem, was bisher, etwa in Berlin – die Charité hat übrigens das Integrationsmodell –, verkehrt gelaufen ist, zu lernen versuchen. Die Mainzer versuchen, diese Defizite auszumergen und ein eigenes Integrationsmodell mit kooperativen Elementen zu finden.

Darauf möchte ich eigentlich abstellen. Wenn ein Integrationsmodell gewährleistet, dass das Band zur Universität in entscheidender Weise erhalten bleibt – Berufungsverfahren, Entwicklungsplanung, Zielvereinbarungen –, und das Rektorat in die Lage versetzt, steuernd auf die Medizin einzuwirken, indem Forschung und Lehre interdisziplinär gesichert werden können, hätte ich vor einem modifizierten Integrationsmodell mit kooperativen Elementen keine Bange. Das ist also kein Dogma. Wir sollten auf der Suche nach einem solchen Modell sein. Aber vorerst finde ich es richtig, wenn wir beim Kooperationsmodell bleiben.

Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.): Ich kann mich dem eigentlich im Wesentlichen anschließen. Unser Verband hat einen sehr genauen Überblick über den Entwicklungsstand der Hochschulmedizinreform in den einzelnen Ländern. Nordrhein-Westfalen war Ende der 90er-Jahre nicht das erste Land. Was sie gemacht haben, hat sie nach vorne gebracht.

Was Sie jetzt hier vorgelegt haben, enthält viele sehr gute Elemente. Das, worüber derzeit diskutiert wird, ist allerdings nicht das mutigste Konzept in Deutschland. Ich möchte eigentlich nur das unterstreichen, was Prof. Jöckel und auch Herr Pallme König gerade gesagt haben: Engen Sie sich nicht zu sehr ein. Lassen Sie eine Typenvielfalt zu. Sammeln Sie Erfahrungen. Dann werden Sie sehen, wie Sie vorwärtskommen. Die Anregung von Herrn Klimpe, möglicherweise einige zwingende Vorschriften aus der Verordnung zu streichen und den Aufsichtsräten die Zuständigkeit zu überlassen, finde ich eigentlich vernünftig.

Die konkrete Frage des Abgeordneten bezog sich auf unsere Einschätzung der Mitgliedschaft des Kanzlers im Aufsichtsrat. Sie ist aus der Diskussion innerhalb unseres Verbands und unter den Kollegen bundesweit ableitbar. Wir haben versucht, die Governance-Diskussion, die in den Unternehmen geführt wird, für uns auszuwerten. Da gibt es ein wesentliches Prinzip: Der Aufsichtsrat sollte von Leuten frei sein, die von den Vorstandsentscheidungen unmittelbar betroffen sind. Das heißt, es sollte eine Unabhängigkeit unter wissenschaftlichen, verwaltungsmäßigen, wirtschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten geben.

Das wird in vielen Ländern praktiziert. Das hat zwei Konsequenzen. Erstens haben wir uns dagegen ausgesprochen – nicht weil wir etwas gegen wissenschaftliche Mitarbeiter oder Hochschullehrer haben –, dass, mit Ausnahme eines gewählten Personalvertreters, Angehörige der Hochschulmedizin im Aufsichtsrat sitzen. Zweitens haben wir in Bezug auf den Kanzler gesagt: Es ist nicht besonders gut, wenn er als Aufsichtsrat sozusagen Mitvorgesetzter von Vorständen ist, mit denen er mehr oder

weniger tagtäglich zusammenarbeiten, Kompromisse schließen und dergleichen machen muss.

Wir hatten diese Diskussion 1998 in Baden-Württemberg. Dort hat einer der Altkanzler, der über einen großen Status verfügte, das Gleiche gefordert. Er hat inzwischen eingesehen, dass es das bessere Modell ist, dafür zu sorgen, dass man in der täglichen Zusammenarbeit so miteinander umgehen kann, dass man nicht befürchten muss, bei der nächsten Gehaltsverhandlung eine Quittung zu bekommen. Governance heißt für uns: Der Aufsichtsrat sollte unter Kompetenzgesichtspunkten möglichst unabhängig sein.

Prof. Dr. Volker Arolt (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Münster): Ich möchte zu zwei Punkten Stellung nehmen und bitte um Entschuldigung dafür, dass das vielleicht nicht in drei Minuten geht. Nach diesen Punkten ist gefragt worden, und es handelt sich um ganz zentrale Aspekte.

Über das Kooperations- und das Integrationsmodell ist schon gesprochen worden. Ich glaube, man darf nicht übersehen, dass wir uns auf einer historischen Zeitschiene befinden. Wir hatten das Integrationsmodell. Das Integrationsmodell hat letztlich zu einer völligen Intransparenz der Mittelallokation geführt und auch dazu, dass nicht mehr klar wurde, wie effizient unsere Krankenversorgung gestaltet war und wie effizient Forschung und Lehre erbracht werden konnten. In dieser Form hat es sich nicht bewährt.

Das Kooperationsmodell hier ist wesentlich klarer strukturiert und scheint sich auch zu bewähren. Aber das Kooperationsmodell muss aus meiner Sicht überhaupt erst erarbeitet werden. Zu dieser Arbeit gehört, dass man die Trennungsrechnung vollzieht. Das ist an einigen Standorten gelungen, an anderen Standorten noch nicht. Das ist sehr viel Arbeit. Es muss ganz klar werden, welche Mittel für Forschung und Lehre zu verwenden sind und wie diese Mittel fließen. Die Vergabe dieser Mittel muss gesteuert werden, und dafür ist eine konstante Prüfung erforderlich, erst recht in einer Situation – dazu werden wir noch kommen –, in der der Zuführungsbetrag den Medizinischen Fakultäten über den Umweg über die Universität zugeleitet werden soll. Dann müssen wir erst recht wissen, wie diese Mittel verwendet werden sollen.

Wenn diese Aufgabe erfüllt ist, wir also das Kooperationsmodell mit diesem, aber auch mit anderen Schritten wirklich mit Leben erfüllt haben, müssen wir uns wiederum auch seiner Gefahren bewusst werden. Die Gefahr besteht darin, dass sich die Apparate der Dekanate endlos aufblähen und dass wir eine Doppelvorhaltung von Leistungen haben: hier auf der Seite des Klinikums, dort auf der Seite der Dekanate, Finanzverwaltung, Personalverwaltung usw. Das ist Unsinn und sollte vermieden werden. Daher ist es sicherlich klug, dass, wenn die Aufgaben in Bezug auf das Kooperationsmodell erfüllt worden sind und das Modell mit Leben erfüllt ist, überlegt wird, ob man nicht ab einem bestimmten Zeitpunkt – das sollte den Standorten selbst überlassen werden – auf eine stärker integrativ orientierte Schiene übergeht, um nicht den Gefahren des Kooperationsmodells zu erliegen.

Damit komme ich zu meinem zweiten Punkt, der hiermit in einem gewissen Zusammenhang steht. Frau Gebhard hat gefragt, wie es um die Hauptamtlichkeit der Dekane steht. Ist die Hauptamtlichkeit der Dekane notwendig? Dieser Punkt ist mir sehr wichtig. Von vornherein: Alle Dekane in NRW sind der Ansicht, dass die Hauptamtlichkeit der Dekane zwingend notwendig ist. Herr Jöckel, vielleicht sind Sie nicht dieser Ansicht. Aber die anderen sehen das so.

Ich will ein wenig erläutern, warum das so ist. Ich weiß nicht – ich möchte nichts sagen bzw. möchte keine Vermutungen dazu anstellen –, welche Vorstellungen in diesem Kreis und auch in anderen Kreisen über die Tätigkeit der Dekane herrschen. Die Rolle des Dekans ist in einem steten Wandel begriffen und hat sich in den letzten fünf Jahren bereits vollständig verändert. Der Dekan ist nicht mehr der freundliche Herr, der Promovenden beglückwünscht, ab und an Reden hält, als Gleicher unter Gleichen in manchmal nicht ganz durchsichtiger Weise interagiert und sich auf Freundeskreise in der Fakultät bezieht – ich habe das jetzt vielleicht etwas sarkastisch ausgedrückt –, sondern der Dekan hat die Aufgabe, einerseits mit dem gesamten Dekanat die Leistungserbringung in der Forschung und in der Lehre zu steuern und andererseits dafür zu sorgen, dass diese Leistungserbringung mitteleffizient erfolgt. Das heißt, dass die Mittel des Zuführungsbetrags möglichst effizient für Forschung und Lehre eingesetzt werden.

Das ist eine sehr schwierige Aufgabe. Sie erfordert vom Dekanat und vom Dekan selbst einen hundertprozentigen Einsatz. Sie erfordert – das ist der Standpunkt der Vertreter vieler Standorte – möglicherweise auch den Einsatz von Prodekanen. Deswegen steht in unserer Stellungnahme auch, es müsse an den Standorten möglich sein, dass die Prodekane hauptamtlich werden.

Ein weiterer Punkt ist, dass die Wahrnehmung dieser Aufgaben einen kleineren Apparat erfordert. Hier wird es von Einzelnen als schwierig angesehen, dass die nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter, die diesem Apparat zugeordnet sind, auf der Pay Roll der UKs stehen. Das gibt natürlich dem Kaufmännischen Direktor eines Universitätsklinikums eine erhebliche Zugriffsmöglichkeit auf die Mitarbeiter, und im Konfliktfall – den keiner möchte, der aber eintreten kann – und unter persönlich besonders ungünstigen Umständen kann diese Einflussnahme in für das Dekanat destruktiver Weise genutzt werden. Es wäre sicherlich gut, sich Gedanken darüber zu machen, ob es notwendig ist, dass die nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter im Dekanat, aber auch in anderen Bereichen dem UK unterstellt sind, oder ob es nicht sinnvoller wäre, diese der Universitätsverwaltung, also letztlich dem Kanzler, zu unterstellen.

Das sind im Wesentlichen die beiden Punkte, die ich ansprechen wollte. Wenn die Hauptamtlichkeit und damit die professionelle Arbeit des Dekanats nicht gewährleistet werden kann, werden auch die Trennungsrechnung und das Integrationsmodell nicht mit Leben erfüllt werden können. Dann wird auch im Vorstand keine moderne, funktionsfähige Struktur zustande kommen können.

Was den Kaufmännischen Direktor betrifft: Wenn Sie eine Analogie zu industriellen Verhältnissen herstellen, erkennen Sie, dass der Kaufmännische Direktor so etwas wie ein Produktionsdirektor bzw. ein Technischer Direktor ist. Der Dekan ist der For-

schungs- und Lehrdirektor und hat damit einen enorm komplexen und für die zukünftige Entwicklung des Universitätsklinikums wichtigen Bereich zu vertreten. Mir ist völlig unklar, wie er das machen soll, ohne sich hauptberuflich zu engagieren.

Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen): Auch hier plädiere ich für Flexibilität. Selbstverständlich habe ich nichts dagegen, dass an einzelnen Standorten die Entscheidung gefällt wird, einen hauptamtlichen Dekan zu haben. Aber grundsätzlich kann ich mich nicht der Auffassung anschließen, dass Professionalität an Hauptamtlichkeit gebunden ist. Das würde auch bedeuten, dass ich in der Vergangenheit sehr unprofessionell gearbeitet habe.

Ich glaube vielmehr, dass das von den Einzelfällen abhängt sowie von der besonderen Situation, in der sich das jeweilige Universitätsklinikum befindet. Eine Öffnungsklausel würde die Möglichkeit bieten, dass jemand, der das für fünf Jahre stemmt, dann wieder in das Glied zurücktritt und unter anderem auch den Murks ausbadet, den er selbst angerichtet hat. Das ist ein wesentlicher Punkt, der dabei eine Rolle spielt.

Bei dem anderen Problem, das auch angesprochen wurde, geht es darum: Wie sieht dann dieses Leitungsgremium eigentlich aus? Sie müssen sich vorstellen, dass im Moment alles im Dekanat besprochen wird, um es anschließend dem Vorstand vorzulegen und es auch dort noch einmal zu besprechen. Wir machen den Hochschulen an der Stelle jede Menge Doppelvorhaltungen.

Das würde bei einem Integrationsmodell wegfallen. Dann würde nämlich in einem Gremium diskutiert und beschlossen. Dann wird auch im Gesamtinteresse gehandelt, sowohl im Interesse der Fakultät als auch im Interesse der Krankenversorgung. Das schließt die Pflege explizit ein. Ich glaube, das ist ein entscheidender Punkt, den man nicht aus den Augen verlieren darf. Viele der Diskussionen – ich habe das vor Kurzem auch auf einer Veranstaltung beim Medizinischen Fakultätentag erlebt – sind von den negativen Erfahrungen geprägt, die einzelne Personen an einzelnen Standorten gemacht haben. Lassen Sie sich auch von positiven Beispielen beeinflussen. Letztlich hängt es immer an den handelnden Personen.

Aber dieses Worst-Case-Szenario, von dem ich gerade gehört habe, nämlich dass der Vorstand dem Dekan sozusagen seine Mitarbeiter wegzieht, muss man nicht im Gesetz regeln. Das muss man ganz anders regeln. Dazu darf es gar nicht erst kommen. In Essen beispielsweise sehe ich in dieser Hinsicht keinerlei Gefahr. De facto übt der Dekan das Weisungsrecht für alle Mitarbeiter des Dekanats aus.

Detlef Klimpe (Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Aachen): Was die Diskussion hier betrifft: Ich habe den Eindruck, es ist nicht ganz klar, was das Integrationsmodell ist und was das Kooperationsmodell bedeutet. Ich habe gehört, was Herr Kanzler Pallme König gesagt hat: Er hat nichts gegen das Integrationsmodell, beschreibt dann aber sehr genau das Kooperationsmodell. Das ist der Punkt, mit dem wir es hier zu tun haben.

Wir kommen vom Integrationsmodell: Lehre, Forschung und Krankenversorgung unter einem Dach. Das war vor der Änderung der Rechtsform. Dann hat man die Vorgaben für ein Kooperationsmodell formuliert, aber man hat es nicht konsequent durchgeregelt. Ich denke, man kann sowohl ein Kooperations- als auch ein Integrationsmodell machen, wenn man nur den Mut hat, es konsequent durchzustrukturieren. Das ist auch gestern bei der VUD-Tagung herausgekommen: Diejenigen, die Integrationsmodelle vorgestellt haben, haben die Elemente des Kooperationsmodells als störend empfunden.

Umgekehrt würde ich für Nordrhein-Westfalen sagen: In dem Kooperationsmodell, wie es hier formuliert worden ist, sind viel zu viele Elemente des Integrationsmodells enthalten. Das führt dazu, dass der eherne Organisationsgrundsatz, wonach Aufgabenkompetenz und Verantwortung deckungsgleich sind, nicht mehr passt. Es werden zusätzliche Schnittstellen geschaffen, die nicht erforderlich sind. Die Kaufmännischen Direktoren beklagen sehr, dass die lange propagierte Gleichwertigkeit von Lehre, Forschung und Krankenversorgung auf einmal aufgegeben wird und dass man ein Primat für die Forschung schafft.

Das hat zur Folge – das muss man sich einmal überlegen –: Die Universitätskliniken sind ein Echtbetrieb in der Ausbildung. Dieser Echtbetrieb hat sich den Anforderungen der Ausbildung unterzuordnen, aber nicht den betrieblichen Anforderungen. Wenn das tatsächlich gelebt wird, würde das wiederum bedeuten, dass die Universitätskliniken in einem Jahrzehnt in völlig praxisfremden Betrieben ausbilden. Dafür braucht man Universitätskliniken wirklich nicht.

Prof. Dr. Henning Saß (Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Aachen):

Als Ärztlicher Direktor möchte ich, für mich resümierend, auch noch einmal etwas zu der Frage Integrations-/Kooperationsmodell sagen. Es ist klar geworden: In der Realität gibt es kein stilreines Integrations- und kein stilreines Kooperationsmodell. Beim gegenwärtigen Diskussionsstand halte ich die Entscheidung, hier ein Kooperationsmodell zu wählen, für sinnvoll. Es müssen allerdings einige systematische Mängel und Unsauberkeiten vermieden werden, die auf der Hand liegen.

Zum einen geht es um das, was zu § 31a gesagt wurde. Das betraf die Über- und Unterordnung. Wenn man eine Kooperation zwischen Partnern haben will, die gleichberechtigt zu einem Übereinkommen gelangen wollen, gibt es keine Über- und Unterordnung, sondern man vereinbart bei der Kooperation Lösungen. Das müsste in § 31a geändert werden.

Zum anderen darf es – wie Herr Arolt es darstellt – natürlich keine gegenseitige Abhängigkeit etwa dadurch geben, dass das Personal der Fakultät unter Druck kommen oder auch nur das Gefühl haben könnte, unter Druck zu stehen. Wenn man die Kooperation sauber und spannungsarm gestalten will, müssen die organisatorischen Strukturen klar sein.

Das bedeutet aber drittens auch, dass der Dekan in aller Regel keine geeignete Person für die Funktion des Vorsitzenden des Vorstands ist. Der Dekan besitzt eine

doppelte Gebundenheit. Der Dekan ist von der Fakultät gewählt und hat damit seinem Wahlkörper gegenüber Loyalitätspflichten. Er befindet sich im Vorstand in einer gewissen Zwitterposition. Das macht ihn in meinen Augen für die Position des Vorsitzenden in diesem Vorstand nicht oder zumindest deutlich weniger geeignet. Es wäre, auch im Sinne des Kooperationsmodells, klarer, wenn er die Sicht der Fakultät dort einbrächte und eine übergeordnete Sichtweise durch den Ärztlichen Direktor vertreten würde.

Vorsitzender Ewald Groth: Herr Prof. Dr. Ronge, jetzt sind Sie endlich an der Reihe. Es tut mir leid. Ich bitte um Verständnis.

Prof. Dr. Volker Ronge (Landesrektorenkonferenz der Universitäten NRW): Das ist kein Problem. – Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Eigentlich passt das gut in diese Entwicklungslinie, und in gewisser Weise ist es eine Vorbereitung auf die nächste Runde, in der wir über die Finanzen zu reden haben.

Ich glaube, es unterliegt keinem Zweifel, dass wir nicht zwischen dem sogenannten Integrationsmodell und dem Kooperationsmodell hin und her spielen. Das ist gelaufen. Die Integration alter Art gibt es nicht mehr. Wir haben eine Ausdifferenzierung. Diese Ausdifferenzierung wird in der Hauptsache dadurch verstärkt, dass wir jetzt – in einzelnen Säulen und durch einzelne Beteiligte – private und öffentliche Interessen im Spiel haben. Dass es bei der einen Säule „Marktbezug“ oder „unternehmerisch“ heißt, ist völlig klar. Aber es ist im Prinzip marktbezogen und deshalb privat, während die Forschung in der Hinsicht eher öffentlich organisiert ist. Die Differenzierung haben wir also.

Nun stellt sich um der Sache willen die Frage nach der Reintegration von ausdifferenzierten Einheiten. Das ist das eigentliche Problem. Dann kommt eine zweite – terminologische – Überlegung hinzu, dass man dort auch eine Möglichkeit der Integration sieht. Das ist dann aber etwas ganz anderes, nämlich eine Integration auf der Basis vorhandener Ausdifferenziertheit. Man kann ausdifferenzierte Einheiten auf zweifache Weise wieder zusammenbringen. Zum einen geht das über einen Vertrag. Das ist ein Modus dafür. Zum anderen geht das über Repräsentanten: Die jeweiligen unterschiedlichen Interessen werden durch Repräsentanten ins Spiel gebracht. Es geht um diese Interessen, nicht noch um andere, über die geredet wird, wenn es sich etwa um Personalräte handelt.

Man kann beide Modelle wählen. Man kann sie auch in unterschiedlichen Zusammenhängen wählen. Zum Beispiel kann man im Aufsichtsrat Repräsentanten wirken lassen, im Vorstand dagegen Nichtrepräsentanten. Man kann Neutrale wirken lassen. Man kann im Vorstand die einzelnen Interessen zum Beispiel durch den Dekan und den Kaufmännischen Direktor vertreten lassen und dann einen Neutralen als Vorstandsvorsitzenden nehmen, der all das nicht unter Belastung macht.

All das sind fast spielerische Elemente des Umgangs mit ausdifferenzierten Situationen. Der wesentliche Punkt ist, dass man diese Art der Reintegration nicht einfach den Optionen von wem auch immer überlassen darf, sondern dass es für diese Rein-

tegration bestimmte Regeln geben muss, die im Gesetz oder in der Rechtsverordnung fixiert sein müssen. Wenn all das freigestellt wird, entwickeln sich sozusagen natürliche Tendenzen, die in Richtung Markt laufen – ganz einfache, natürliche Tendenzen, die zulasten der Universitäten sowie von Forschung und Lehre gehen und dafür sorgen, dass am Ende aus Universitätskliniken ganz normale, marktgängige Kliniken werden. Es muss bestimmte Kooperationsregeln im Gesetz geben, damit gesichert ist, dass das öffentliche Interesse gewahrt bleibt.

Dann will ich nur noch einen Punkt nennen, der sozusagen später wirksam wird. Wir reden eigentlich die ganze Zeit nur über eine Kooperation auf der Ebene der Klinik und der Medizinischen Fakultät. Wir werden auch darüber zu reden haben, was der Umstand, dass die Medizinische Fakultät dadurch, dass sie mit einer Klinik kooperiert oder kooperieren muss, mit einem Fuß außerhalb der Universität steht, mit der Universität als Ganzer zu tun hat. Aber darüber werden wir möglicherweise eher im Zusammenhang mit dem Budget zu diskutieren haben.

Vorsitzender Ewald Groth: Herr Kollege Dr. Brinkmeier hat reklamiert, dass eine seiner Fragen an Herrn Prof. Pallme König, bei der es um den Aufsichtsrat ging, noch nicht beantwortet ist. Herr Dr. Brinkmeier, mögen Sie die Frage noch einmal stellen, oder ist sie Ihnen noch geläufig? Stellen Sie sie bitte noch einmal.

Dr. Michael Brinkmeier (CDU): Es ging darum, dass Sie sich zu dem äußern, was Herr Strehl eben gesagt hat, nämlich dass es nicht sinnvoll sei, wenn ein Kanzler Mitglied des Aufsichtsrats ist.

Prof. Ulf Pallme König (Kanzlerkonferenz der Universitäten NRW): Zunächst einmal ist mir nicht bekannt, dass die Mitgliedschaft der Kanzler in den Aufsichtsräten, die wir bisher hatten, in irgendeiner Form geschadet hätte. Im Gegenteil, ich glaube, es war durchaus nutzbringend, dass auch die Kanzler Mitglieder der Aufsichtsräte sind.

Die Argumente, die Herr Strehl jetzt gebracht hat und die gegen eine Mitgliedschaft der Kanzler in den Aufsichtsräten sprechen könnten, könnte man auch gegen eine Mitgliedschaft des Rektors anführen. Der Rektor ist immerhin Dienstvorgesetzter des wissenschaftlichen Personals der Medizinischen Fakultät, das zum Teil im Klinikum tätig ist – „gestellt wird“, wie es so schön heißt. Er ist Dienststellenleiter bezogen auf den Personalrat für das wissenschaftliche Personal der Universität, das auch Funktionen im Zusammenhang mit der Medizin wahrzunehmen hat. Im Grunde genommen gibt es auch hier eine Verwobenheit. Ein gewisser Interessenkonflikt ist vorhanden.

Ich denke, dass das in Nordrhein-Westfalen eine gute Regelung war. Es gibt auch in anderen Bundesländern die Regelung, dass die Kanzler ebenfalls Mitglieder in den Aufsichtsräten sind. Möglicherweise müssten die anderen beurteilen können – man ist in der Regel befangen, wenn es um die eigenen Angelegenheiten geht –, ob sich eine Mitgliedschaft der Kanzler im Aufsichtsrat wirklich als richtig erwiesen hat.

Noch einmal: Aus meiner Sicht – bzw. aus unserer Sicht; ich spreche auch für die Kolleginnen und Kollegen – hat sich diese Regelung bewährt.

Vorsitzender Ewald Groth: Frau Gebhard hat eine Frage, und auch Herr Klimpe hat sich noch einmal zu Wort gemeldet. Dann haben wir das Thema Strukturen abgeschlossen.

Heike Gebhard (SPD): Die Frage, die sich auf die Hauptamtlichkeit der Dekane bezog, ist jetzt partiell beantwortet worden. Es gibt einen Aspekt, zu dem ich gern Ihre Meinung hören würde: Wenn man die Hauptamtlichkeit der Dekane verankert, möglicherweise sogar mit der Option, dass sie den Vorstandsvorsitz übernehmen können, schränkt man dann nicht den Kreis derer, die das wahrnehmen können, drastisch ein?

Die Frage lautet: Sind Klinika wirklich in der Lage, das zu machen? Können es sich Leute, die in der Forschung verankert sind, leisten, einen solchen Job zeitweilig zu übernehmen? Von daher stellt sich die Frage, ob man solche Strukturen verankern sollte, wenn man den Personenkreis dadurch einschränkt. Ich sehe vor mir, welche Personen dann noch infrage kommen. Die Frage ist: Wollen Sie das?

Vorsitzender Ewald Groth: Frau Gebhard, an wen stellen Sie die Frage?

Heike Gebhard (SPD): An Herrn Prof. Arolt und Herrn Prof. Jöckel.

Prof. Dr. Volker Arolt (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Münster): Wenn ich Sie richtig verstanden habe, fragen Sie, ob es eine Art Rekrutierungsfeld gibt, von dem man geeignete Persönlichkeiten holen könnte. Ja, ich glaube, dass es das gibt. Ich will das so beantworten: Noch vor Kurzem wurde die Frage gestellt, ob es ein Rekrutierungsfeld für hauptamtliche Ärztliche Direktoren gibt. Am Anfang sah das dünn aus. Nach und nach hat sich ein – wenn ich das einmal so sagen darf – entsprechender Markt entwickelt.

Eine ähnliche Frage hat sich auch in Bezug auf die Kaufmännischen Direktoren gestellt. Man wollte managementorientierte Persönlichkeiten haben, die nicht aus einer Verwaltungsebene des Krankenhauses kommen, sondern aus dem Management, aus der Industrie. Man hat gefragt: Wie, um Gottes willen, soll das gehen? Wie sollen sich diese Leute innerhalb der Krankenhausstrukturen zurechtfinden? Auch das hat geklappt. Ich bin ganz optimistisch.

Mir ist bewusst, dass das Rekrutierungsfeld im Moment noch sehr begrenzt ist. Ich glaube auch nicht, dass es günstig ist, davon auszugehen, dass das nur Persönlichkeiten machen sollten, die das 65. Lebensjahr überschritten haben.

Andererseits handelt es sich hierbei um ein außerordentlich attraktives Berufsfeld, wenn die entsprechenden Gestaltungsmöglichkeiten und die Verdienstmöglichkeiten gegeben sind. Sonst werden Sie nämlich nicht die richtigen Leute bekommen. Aber

wenn man ihnen Gestaltungsmöglichkeiten gibt und auch einen gewissen Handlungsspielraum einräumt, werden sich – dessen bin ich durchaus sicher - Persönlichkeiten für diese Aufgabe finden, zumal die Fakultät sicherstellen kann, dass eine Unterstützung durch Prodekane gewährt wird. Der Betreffende steht nicht allein da.

Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen): Ich stimme meinen Vorrednern insofern zu, dass sich, wenn man den Markt öffnet, ein Markt bilden wird. Man wird Personen finden, die das übernehmen. Gleichwohl glaube ich, dass das Reservoir an wirklich hoch qualifizierten Dekanen, die selbst Potenz in der Forschung haben, nicht unermesslich groß ist, denn sie gewinnen zu der Komplexität beim Ärztlichen Direktor noch etwas dazu. Ich weiß auch nicht, ob ich mir, wenn ich jetzt den Dekanshut absetze, wünschen würde, von einem hauptamtlichen Dekan regiert zu werden.

Vielmehr würde ich mir wünschen, dass der Betreffende wirklich hoch qualifiziert in der Forschung ist. Da ist ein Widerspruch ins sich. Kann der Betreffende in die Forschung, in die Wissenschaft und in die Lehre zurückgehen? Ich glaube, das wird er nach einem längeren Zeitraum nicht können. Spätestens nach fünf Jahren ist der Zug abgefahren, und das ist ein Risiko.

Ich glaube, dass man diese Marköffnung zulassen sollte. Insofern haben wir nichts gegen eine Kann-Bestimmung. Aber gegen eine Soll-Bestimmung würde ich massiv votieren.

Detlef Klimpe (Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Aachen): Ich möchte ganz kurz auf die Mitgliedschaft des Kanzlers im Aufsichtsrat eingehen. Wenn der Gesetzentwurf so durchgeht, wie er vorgelegt worden ist, ändert sich gegenüber der jetzigen Situation etwas: Das Vetorecht des Kaufmännischen Direktors in wirtschaftlichen Angelegenheiten fällt weg. Für einen gesamtverantwortlich handelnden Vorstand ist das in Ordnung.

Aber damit fällt auch das Vetorecht der Fakultät in wirtschaftlichen Angelegenheiten weg. Es geht auf den Kanzler über. Der Kanzler würde dann Entscheidungen des Vorstands beanstanden. Der Vorstand legt das dem Aufsichtsrat zur Entscheidung vor. In dieser Situation wird der Kanzler mit Sitz und Stimme sowohl an der Beratung als auch an der Entscheidung im Aufsichtsrat beteiligt. Man muss sich überlegen, ob man das will oder nicht. Ich habe nicht den Eindruck, dass der Kanzler, zumindest in Aachen, im Aufsichtsrat gestört hätte. Aber es hat sich an der rechtlichen Voraussetzung etwas geändert.

Prof. Ulf Pallme König (Kanzlerkonferenz der Universitäten NRW): Ich glaube, jetzt muss ich doch ein paar Dinge klarstellen. Erstens. Schon nach den derzeit geltenden Errichtungsverordnungen ist der Kanzler nach wie vor „Beauftragter für den Haushalt bezogen auf den Zuführungsbetrag der Medizinischen Fakultät“. So steht es ausdrücklich drin. In § 15 ist das geregelt.

Zweitens. Wenn das Gesetz so, wie es geplant ist, in Kraft träte, müsste man sich einmal die Stellung von § 31b Abs. 2 ansehen. Abs. 2 bezieht sich auf den vorhergehenden Absatz und besagt, dass der Fachbereich Medizin über die Verwendung der Mittel entscheidet. Darauf bezieht sich das Beanstandungsrecht des Kanzlers. § 19 wird entsprechend angewendet. Ich lese also den Gesetzentwurf so, dass das Veto-recht des Kanzlers mitnichten Entscheidungen des Vorstands betreffen kann, sondern nur Entscheidungen des medizinischen Fachbereichs. Alles andere würde übrigens keinen Sinn ergeben.

Detlef Klimpe (Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Aachen): Herr Pallme König, in der entsprechenden Anwendung des § 19 Abs. 2 Hochschul-freiheitsgesetz hat der Kanzler die Entscheidung des Vorstands zu beanstanden, und der Vorstand hat dann die Pflicht, wenn er keine Abhilfe schaffen möchte, sie dem Aufsichtsrat vorzulegen.

In § 19 Abs. 2 heißt es im Original, dass der Kanzler – oder der Vizepräsident für Wirtschaft – Entscheidungen des Präsidiums beanstandet und dass das Präsidium dies dann dem Hochschulrat vorlegt. In der entsprechenden Anwendung muss man aus dem Hochschulrat den Aufsichtsrat machen und aus dem Präsidium den Vor-stand.

Vorsitzender Ewald Groth: Ich möchte die Diskussion eigentlich nicht fortführen, denn ich bin ganz sicher, dass die Fraktionen und auch die Landesregierung all das noch einmal prüfen werden. Die Hinweise sind hier angekommen. – Herr Pallme Kö-nig, Sie können abschließend etwas dazu sagen.

Prof. Ulf Pallme König (Kanzlerkonferenz der Universitäten NRW): § 19 Abs. 2 Satz 2 ist auslegungsfähig und auslegungsbedürftig und kann sich nur auf Entschei-dungen des medizinischen Fachbereichs beziehen, also mitnichten auf den Vor-stand. Das Präsidium ist nicht mit dem Vorstand gleichzusetzen. Darauf möchte ich nur hinweisen, Herr Klimpe. Das können aber die Gesetzesväter oder diejenigen, die sich den Gesetzentwurf ausgedacht haben, noch einmal genauer sagen.

Vorsitzender Ewald Groth: Ich bin ziemlich sicher, dass sie das tun werden. Damit sind wir am Ende des Themas Strukturfragen angelangt. Ich eröffne nun die zweite Runde:

b) Finanzfragen

Rudolf Henke (CDU): Ich weiß nicht, ob Sie es ähnlich beurteilen. Aber der Kern-punkt bei den Finanzierungsfragen scheinen mir der Mittelfluss und die Aussage zu sein, dass die Mittel für Forschung und Lehre, also die Zuschüsse für den laufenden Betrieb, in Zukunft vom Land der Universität für den Fachbereich Medizin, jedoch

nicht mehr unmittelbar dem Universitätsklinikum zur Verfügung gestellt werden – gesonderte Zuweisungen an die Universität. In der Begründung heißt es:

„Die Universität hat die Mittel ungeschmälert und unverzüglich an den Fachbereich Medizin weiterzugeben.“

Daraus ergibt sich die Frage: Wenn sie denn „ungeschmälert und unverzüglich“ weiterzugeben sind, was spräche dagegen, sie dem Fachbereich Medizin ungeschmälert und unverzüglich direkt vom Land zuzuweisen?

Daran knüpft sich eine Frage an, die ich aufgrund eines Hinweises des Personalrats des Universitätsklinikums Aachen stelle. Der Personalrat hat darauf hingewiesen, dass die Kontrolle und die Bereitstellung von Daten zum Finanzstrom zwischen dem Universitätsklinikum und dem Fachbereich Medizin auf der Tatsache beruhen, dass die Daten, die dann für den Fachbereich aufzubereiten wären, durch den Kaufmännischen Direktor des Universitätsklinikums freigegeben werden müssten, denn die Mitarbeiter, die das für den Fachbereich Medizin machen, sind Mitarbeiter des Universitätsklinikums, und deren Dienstvorgesetzter ist wiederum der Kaufmännische Direktor.

Deswegen schlägt der Personalrat in Aachen in seiner Stellungnahme vor, im Organisationsbereich des Dekanats eine Gruppe zu schaffen, die sich mit dem Datenstrom beschäftigt. In meiner Wahrnehmung hätte das zur Folge, dass somit der Dekan der Dienstvorgesetzte dieser Mitarbeiter wäre. Ich würde gern von den Rektoren, den Kanzlern, den Vorstandsmitgliedern und den Dekanen hören, wie sie eine solche Konstruktion bewerten würden.

Heike Gebhard (SPD): Ergänzend dazu möchte ich sagen: Ich glaube, es ist schon in der ersten Runde zum Teil deutlich geworden, dass diese Finanzströme der entscheidende Punkt sind. In dieser Hinsicht schließe ich mich eigentlich nur der Frage von Herrn Henke an.

Ich möchte dem aber eine Frage hinzufügen, die sich insbesondere an die Kaufmännischen Direktoren richtet. Die Frage ist, ob, wie es in einigen Stellungnahmen angedeutet wird, mit steuerrechtlichen Komplikationen zu rechnen ist und, wenn ja, welcher Art sie sind, wenn die Zuweisung der Mittel über die Hochschule erfolgt.

Dr. Ruth Seidl (GRÜNE): Ich schließe mich der Frage von Frau Gebhard an.

Vorsitzender Ewald Groth: Dann können wir die Antwortrunde eröffnen.

Prof. Dr. Volker Ronge (Landesrektorenkonferenz der Universitäten NRW): Es ist klar, dass die Integration des gesamten Bereichs Medizin – Fakultät plus Klinik – in die Universität eine sensible und riskante Angelegenheit ist. Im Grunde steht dieser Bereich dadurch, dass er die Klinik hat und führt, immer mit einem Fuß außerhalb der Universität. Die Art, wie man die Budgetströme jetzt konzipiert, zeigt, dass man hier eigentlich einen Anschein erzeugen oder den Schein wahren will – je nachdem

wie man es sieht –, was aber am Ende gar nichts mit der Wirklichkeit zu tun hat. Wenn man das Geld formal durch die Kasse der Universität insgesamt leitet und dieses an die mit einem Fuß draußen stehende Untereinheit ungeschmälert weiterzuleiten ist, gibt es keinerlei Einfluss der Universitätsleitung auf diese Mittel.

Das kann man wollen, denn man kann alles Mögliche machen. Nur, man sollte dort besser Klarheit als Schein erzeugen. Ich bin der Meinung, dass es eine scheinbare Einbeziehung der Universität insgesamt oder eine scheinbare Aufrechterhaltung der Integration des Fachbereichs Medizin in die Universität bedeutet, wenn man das so macht. Wenn man es so belässt, muss an irgendeiner Stelle explizit gesagt werden, welche Art Einfluss die Universitätsleitung auf diese durchlaufenden Mittel eigentlich noch haben soll. Das muss man positiv formulieren. Man kann das nicht offenlassen, weil sich sonst aus dieser Situation jede Menge Streitigkeiten ergeben werden. Das muss klar sein. Ich finde, es gehört zu den Aufgaben des Gesetzgebers, an diesem Punkt Klarheiten und Streitigkeiten bewusst zu vermeiden und positiv zu formulieren, welche Einflussmöglichkeiten die Hochschulleitung auf die von ihr durchzuleitenden Mittel haben soll.

Prof. Ulf Pallme König (Kanzlerkonferenz der Universitäten NRW): Ich will das, was Herr Prof. Ronge gesagt hat, ergänzen.

Erstens. Wir befürworten sehr, dass jetzt ein veränderter Mittelfluss stattfindet und dass der Zuführungsbetrag für Forschung und Lehre im Fachbereich Medizin über die Universität an den Fachbereich geleitet wird.

Zweitens. Herr Ronge hat wirklich recht, wenn er sagt, es muss dann aber auch klar geregelt sein, dass das Rektorat – wie es das nach den Errichtungsverordnungen übrigens schon bisher konnte – Verwendungsgrundsätze formulieren können darf, um eine gewisse Verbindlichkeit auch gegenüber dem Fachbereich zu erzeugen und eine Steuerungsfunktion wahrzunehmen, allein schon mit Blick auf seine Verantwortlichkeit und auch mit Blick auf den Hochschulrat. Es ist nämlich ganz klar, dass die Mittel – ich glaube, diese Frage haben Sie, Herr Abgeordneter Henke, gestellt – gleich an den Fachbereich durchgeleitet werden können. Wenn die Mittel der Universität zugeführt werden, werden sie natürlich zunächst einmal Bestandteil des Körperschaftsvermögens der Universität und damit auch Gegenstand des Wirtschaftsplans der Universität. Abgeleitet davon bilden sie einen Teilwirtschaftsplan des medizinischen Fachbereichs.

Für den Wirtschaftsplan der Universität trägt aber der Hochschulrat eine Verantwortung. Das ist seine Befugnis, seine Aufgabe. So ist es im Gesetz festgeschrieben. Das Rektorat hat dem Hochschulrat natürlich uneingeschränkt zu berichten, auch über die Verwendung der Mittel im Rahmen dieses Wirtschaftsplans. Mit anderen Worten: Man muss dem Rektorat dann gewisse Steuerungsmöglichkeiten einräumen.

Im Referentenentwurf zu dem Gesetz war das so geregelt. Dort war es nämlich dahin gehend geregelt – so steht es heute noch in den Errichtungsverordnungen –, dass

der medizinische Fachbereich über die Mittelverwendung nach Maßgabe der Bewirtschaftungsgrundsätze durch das Rektorat und der Entwicklungsplanung zu entscheiden hat. Ich denke, dass diese Formulierung wiederhergestellt werden sollte. Macht man das nämlich nicht, suggeriert man – aber es ist auch de jure so –, dass das Rektorat dann gar keine Einflussmöglichkeiten mehr hat und dass die Mittel unverzüglich und ungeschmälert an den Fachbereich Medizin durchgereicht werden.

Dann muss man sich die Frage stellen, was im Fachbereich mit diesen Mitteln passiert. Nicht dass sie gleich an das Universitätsklinikum weitergereicht werden: Dann hätten wir im Prinzip den Zustand, den wir heute haben. Dann könnte man die Mittel dem Universitätsklinikum auch gleich zuweisen. Man müsste das Dekanat schon in die Lage versetzen, die notwendigen Entscheidungen zu treffen. Ohne einen entscheidenden Unterbau – eine Hilfestellung, die die Dekane erfahren müssen – wird das nicht gehen. Das heißt, das eine muss mit dem anderen einhergehen. Insofern ist dann auch die Regelung zu der Aufgabenwahrnehmung – UK-Verwaltung, Dekanat, zentrale Hochschulverwaltung – zu überdenken. Sie ist in dem Sinne zu überdenken – wir haben das in unserer Stellungnahme aufgeführt –, dass man auch im Hinblick auf die Wahrnehmung der Verwaltungsaufgaben gewisse Flexibilitäten vorsieht.

Lassen Sie mich noch einen Satz sagen. Wenn im Gesetz steht, dass der Fachbereich Medizin über die Verwendung der Mittel entscheidet, erweckt man den Eindruck, als ob es niemand anders gäbe, der über die Verwendung dieser Mittel entscheiden könnte. Das ist aber nicht der Fall. Nach dem Gesetz ist der Rektor für die W-Besoldung zuständig. Er allein entscheidet über die Höhe der Gehälter der Professoren im Rahmen der W-Besoldung. Der Vergaberahmen, über den hier befunden wird, ist selbstverständlich Gegenstand des Zuführungsbetrags. Über einen Teil des Zuführungsbetrags – wenn er auch nur gering ist – entscheidet selbstverständlich der Rektor. Insofern müsste der Gesetzentwurf vielleicht noch um die Formulierung „so weit das Gesetz nichts anderes regelt“ ergänzt werden.

Prof. Dr. Volker Arolt (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Münster): Erster Punkt. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Zuführungsbetrag „ungeschmälert und unverzüglich“ an den Fachbereichsrat Medizin weitergegeben werden soll. Nun bin ich kein Jurist, aber ich glaube, er fließt deswegen über die jeweiligen Universitäten, weil der Fachbereichsrat Medizin keine eigenständige juristische Person ist. Also war diese Konstruktion notwendig, wenn man dem Fachbereichsrat Medizin Geld zukommen lassen will. Das möchte die Landesregierung; das ist der politische Wille. Daher war es notwendig, dieses Geld über die Universität zu lenken. Aber der dahinterstehende Wille ist, dass diese Summe den Fachbereichen ungeschmälert und unverzüglich zur Verfügung zu stehen hat. Das ist auch der Wille fast aller – aller, glaube ich – Dekane.

Zweiter Punkt. Die Dekane sind sich darin einig, dass die Dekanate der Medizinischen Fakultäten über die Art und Weise der Auftragsverwaltung, also der Auftragswahrnehmung, selbst entscheiden wollen. Die Dekanate wollen entscheiden, ob die

Mittel von den UKs, von der Universitätsverwaltung oder auch extern verwaltet werden.

Dritter Punkt. Die Dekanate wollen das Controlling der Finanzströme selbst regeln und wollen – das geht damit einher – natürlich auch das Weisungsrecht für die Personen, die diese Aufgaben wahrnehmen. Genau das setzt voraus – da gebe ich Ihnen recht, Herr Pallme König –, dass die Dekanate personell entsprechend ausgestattet werden. Nur dann ist ein Kooperationsmodell überhaupt sinnvoll. Sonst kooperiert hier Goliath mit einem viel zu kleinen David, der auch nicht im Entferntesten in der Lage ist, die große Summe von 100 Millionen € pro Jahr zu stemmen. Er muss sie aber stemmen können; sonst ergibt der ganze Gesetzentwurf keinen Sinn.

Ich finde, hier wird auch keine – wie haben Sie das ausgedrückt? – Scheinsituation geschaffen, sondern wenn das Ganze so gestaltet wird, wie ich es eben skizziert habe, sind die Dekanate sehr wohl in der Lage, die Steuerung der Finanzströme vorzunehmen. Diese Situation impliziert keineswegs, dass die Dekanate mit den Mitteln hilflos und unfähig umgehen und diese dann sofort wieder an das UK fließen. In dem Moment, in dem das Dekanat seine eigenen Strukturen aufbauen kann – die müssen nicht unbedingt aufwendig sein –, ist es durchaus in der Lage, diese Mittel selbst zu steuern.

Anhand dieses Beispiels sehen Sie, dass die beiden Punkte eng miteinander verbunden sind. Aber, wie gesagt, wenn wir das Kooperationsmodell wollen – im Moment haben wir es ja – und es mit Leben erfüllen wollen, geht das aus Sicht der Dekane nur so, wie ich es eben skizziert habe.

Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen): Durch mein Votum für das Integrationsmodell wird klar, dass man bei dieser Position das Geld allemal beim UK haben muss, weil der Vorstand für beide Aspekte verantwortlich ist. Aber selbst wenn sich das nicht im Gesetz manifestiert: Ich war immer ein Gegner des schnellen Umleitens über das Universitätsklinikum.

Ein Aspekt betrifft die Umsatzsteuerpflicht. Dazu werden aber die Kaufmännischen Direktoren sicherlich kompetent Auskunft geben. Der andere Punkt ist – deswegen bin ich den Rednern der Universitäten sehr dankbar –: Ich hatte immer Zweifel, dass dieses Geld ungeschmälert ankommt. Ich bin auch nicht der Meinung, dass wir zusätzlich zur Verwaltung im Klinikum, die die Auftragsverwaltung für das Dekanat durchführt, noch einen weiteren Wasserkopf aufbauen müssen. Wir reden überall von Bürokratieabbau. Ich halte eine schlanke Struktur für zwingend erforderlich, in der im Kooperationsmodell die Kompetenzen des Dekans bzw. des Dekanats entsprechend gestärkt sind. Eine staatliche Stelle, die Geld annimmt und weitergibt, ist spätestens beim ersten Rechnungshofbericht in der Pflicht. Das wissen Sie alle.

Ich glaube, dass man gut beraten ist, keine unnötigen Komplikationen einzubringen. Wenn man diese geforderten Rechte der Universität zugestehen will, ist das letztlich

kontraproduktiv. Dann kommt es zu einem Dekanat, das zwischen Ansprüchen der Universität und Ansprüchen des Klinikums steht.

Prof. Dr. Henning Saß (Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Aachen):

Ich kann im Grunde die Argumente von Herrn Ronge und von Herrn Pallme König gut nachvollziehen. Allerdings muss man beachten, dass die Medizinische Fakultät gegenüber den anderen Fakultäten der Universität insofern eine Sonderstellung hat, als sie ganz eng mit dem Universitätsklinikum verquickt ist. Das betrifft alle Vorgänge und Leistungen.

Die Leistungen von Krankenhäusern in Forschung und Lehre sind – Herr Jöckel hat den Ausdruck gebraucht – Kuppelproduktionen. Sie lassen sich nicht gut auseinanderdividieren. Man kann es mit der Trennungsrechnung versuchen und wird das auch tun. Aber klar ist, dass die Leistungen und die Personen, die sie erbringen, sehr eng miteinander verbunden sind. Aus diesem Grunde würden durch ein Eingreifen der Hochschule in die Bewirtschaftung der Mittel für Forschung und Lehre in der Medizinischen Fakultät große Reibungsflächen und große Probleme entstehen. Ich bin also dafür, dass die Verwendung der Mittel durch die Medizinische Fakultät erfolgt, da ein Einfluss der Hochschule auf die Detailentscheidungen nicht sinnvoll ist.

Ich kann verstehen, dass es gewisse Befugnisse des Präsidiums für fachbereichsübergreifende strategische Planung und für Aufgaben der Qualitätssicherung in Forschung und Lehre geben muss. Man müsste darüber sprechen, wie man das sicherstellen kann und ob das zum Beispiel durch Zielvereinbarungen funktioniert. Ob man dazu die Daumenschraube braucht, damit von den Mitteln, die vom Ministerium zur Fakultät gehen sollen, unterwegs etwas abgezackt wird, würde ich bezweifeln. Dafür muss eine sinnvolle Lösung gefunden werden. Dieses Anliegen finde ich ausgesprochen berechtigt. Ich habe auch ein hohes Interesse daran, dass die Medizinische Fakultät in die strategische Gesamtplanung der Universität eingebettet bleibt.

Ich bin etwas skeptisch: Natürlich, aus Sicht eines stilreinen Kooperationsmodells wäre es wünschenswert, dass die Personalhoheit für Kräfte, die mit der Mittelverwaltung zu tun haben, beim Dekanat liegt. Aber ähnlich wie Herr Jöckel möchte ich davor warnen, dass wir zu viele Parallelverwaltungen und Parallelstrukturen aufbauen. Bei einer guten Zusammenarbeit, die durch einen Kooperationsvertrag gut geregelt wird, müsste es möglich sein, die Bewirtschaftung sowohl der Krankenversorgungs- als auch der Fakultätsgelder durch eine Verwaltung zu gewährleisten. Für den Streitfall müsste eine Schlichtungsmöglichkeit geschaffen werden.

Detlef Klimpe (Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Aachen):

Zunächst zur Mittelverwaltung bzw. zur Erledigung der Aufgaben der Fakultät: Das ist dem Universitätsklinikum zugeschrieben. Das Universitätsklinikum kann gut oder schlecht verwalten. Wenn es schlecht verwaltet, muss man darauf hinwirken und es dort regeln. Man sollte nicht versuchen, das mit einer Parallelverwaltung zu regeln.

Unsere Personalvertretung meint, dass ich entscheiden kann, ob Daten für die Fakultät rausgehen oder nicht. Da ist natürlich etwas dran. Als Chef der Verwaltung habe

ich die Qualitätssicherung vorzunehmen und behalte mir vor, Sachen für die Fakultät im Hinblick auf die Qualität zu prüfen. Das ist ein ganz normaler Verwaltungsvorgang.

Zum geänderten Mittelfluss über die Hochschule: Vom höheren Verwaltungsaufwand abgesehen wird die Mehrwertsteuerfrage damit geradezu provoziert. Wir stehen jetzt schon am Rande der Mehrwertsteuerpflicht. Das wäre der letzte Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringen würde.

Das Problem wird auch dadurch nicht gelöst, im Entwurf zu § 2 Abs. 1 Satz 4 der Verordnung davon auszugehen, dass das Universitätsklinikum eigenen hoheitlichen Zwecken in Forschung und Lehre dient, denn sie sind nicht erkennbar. Im Steuerrecht gelten Tatsachen, keine Definitionen.

Zu § 8 Abs. 1 Satz 2 des Entwurfs der Verordnung, wonach das Universitätsklinikum für seine Aufwendungen in Forschung und Lehre vom Fachbereich Medizin Mittel erhält, und zu § 2 Abs. 1 Satz 4 des Entwurfs der Verordnung, wonach das Universitätsklinikum seine Aufgaben als eigene hoheitliche Aufgaben wahrnimmt, stehen folgende Regelungen im Widerspruch:

Im Entwurf heißt es zu § 31 Abs. 1 Satz 1 Hochschulgesetz: „Der Fachbereich Medizin erfüllt seine Aufgaben in enger Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum.“ Der Entwurf zu § 31a Abs. 1 Satz 1 Hochschulgesetz lautet: „Das Universitätsklinikum dient dem Fachbereich Medizin zur Erfüllung seiner Aufgaben in Forschung und Lehre.“ Dieser Satz ist fast wortgleich zum Entwurf von § 2 Abs. 1 Satz 1 Universitätsklinikumsverordnung.

Dann sind noch die Entwürfe zu § 31a Abs. 1 Satz 3 Hochschulgesetz und zu § 2 Abs. 1 Satz 3 erster Halbsatz Universitätsklinikumsverordnung zu nennen, in denen es über das Universitätsklinikum heißt: „Es gewährleistet die Verbindung der Krankenversorgung mit Forschung und Lehre.“ Ich verweise auch auf die Entwürfe zu § 31b Abs. 1 Satz 1 Hochschulgesetz: „Das Land stellt der Universität für Forschung und Lehre im Fachbereich Medizin einen gesonderten Zuschuss für den laufenden Betrieb zur Verfügung.“ sowie zu § 31b Abs. 2 Satz 1 Hochschulgesetz: „Über die Verwendung des Zuschusses für Forschung und Lehre entscheidet der Fachbereich Medizin“.

Diese Regelungen stehen meines Erachtens eindeutig im Widerspruch zu hoheitlichen Aufgaben des Universitätsklinikums in Lehre und Forschung, obwohl ich sie für das Universitätsklinikum gern hätte. Aber ich finde sie leider weder im Entwurf zum Gesetz noch im Entwurf zur Rechtsverordnung verankert.

Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.): Die Debatte zeigt das innere Unbehagen bei diesen Regelungen. Ich verstehe die Vertreter der Rektoren und Kanzler, die sagen: Wofür sollen wir eine formale Zuständigkeit haben, wenn wir materiell nichts machen können? Ich verstehe auch die Vertreter der Medizin, wenn sie sagen: Dieses Geld muss ungeschmälert ankommen; es soll nicht mit

Steuerrisiken behaftet werden und nicht durch einen bürokratischen Formalismus zeitraubend durch die Instanzen gejagt werden.

Aus Sicht unseres Verbandes und im Überblick über die Situation – auch in der Diskussion – muss ich Ihnen sagen: Diese Erörterungen im Rahmen von Finanz- und Haushaltsverfassung entsprechen nicht dem modernen Stand. Der moderne Stand wird anders diskutiert: Das Geld gehört erstens unmittelbar dorthin, wo es verwendet werden soll, nämlich im Kooperationsmodell in die Fakultät bzw. im Integrationsmodell an das entsprechende Organ. Zweitens darf es keine Datenherrschaft geben. Es ist selbstverständlich, dass diejenigen, die Daten erfassen, speichern und im Rechnungswesen aufbereiten, diese Daten zeitgerecht allen Instanzen, die sie für ihre Entscheidungen brauchen, offenlegen müssen. Wenn das Klinikum das verwaltet, gehört die Fakultät dazu, aber auch das Rektorat.

Drittens. Durch das Ministerium ist mit § 8 Abs. 2 letzter Satz UKVO eine relativ gefährliche Formulierung in diesen Entwurf gebracht worden, die eigentlich gar nicht praktikabel ist und die das Ziel, das man im Auge haben sollte, nicht erreicht. In § 8 Abs. 2 letzter Satz des Entwurfs zur UKVO heißt es: „Das für Innovation, Wissenschaft und Forschung zuständige Ministerium prüft die sachgerechte Verwendung im Rahmen seiner Rechtsaufsicht.“

Verwendungskontrolle interessiert heute niemanden in einer modernen Wissenschaftsverwaltung mehr. Erfolgskontrolle ist das richtige Wort. In vielen Medizinfakultäten, auch in Baden-Württemberg, wird nicht geschaut, wofür zum Beispiel Herr Meuer in der Immunologie das Geld ausgegeben hat, ob für Personal, für Sachmittel oder für neue PCs. Stattdessen wird geprüft, was Herr Meuer mit diesem Geld erreicht hat: Erstens. An welcher Stelle der Publikationsrangliste steht er? Zweitens. An welcher Stelle der Rangliste steht er bei der Drittmittelinwerbung?

Dieser Aufgabe sollte man sich eigentlich widmen. Dabei muss auch das Rektorat eine Rolle spielen. Diese Grundsätze der Erfolgskontrolle wissenschaftlichen Arbeitens, wofür ist das Geld mit oder ohne Erfolg ausgegeben worden ist, sind primär wichtig – und nicht ein Versuch, Hunderte Seiten von Verwendungsnachweisen zu fabrizieren, die man natürlich auch bekommt, wenn schlechte wissenschaftliche Arbeit gemacht worden ist.

Prof. Dr. Stefan Meuer (Institut für Immunologie, Universitätsklinikum Heidelberg): Ich spreche als ein nicht unmittelbar betroffenes Landeskind. In den neun Jahren meiner Mitgliedschaft im Medizinausschuss des Wissenschaftsrates habe ich fast jedes Universitätsklinikum dieser Republik kennengelernt. Ich habe Aufgaben im Klinikumsvorstand und im Dekanat wahrgenommen und bin Mitglied des Aufsichtsrates eines Klinikums in Nordrhein-Westfalen.

Ich möchte nur zu drei Aspekten Bemerkungen an die Hochschulen machen. Sie müssen sich klar überlegen, welche Rolle sie in den letzten Jahren für eine förderliche Entwicklung der Medizin gespielt haben. Dann können sie auch Ansprüche stellen. In Baden-Württemberg, also auch bei uns in Heidelberg, fließt das Geld direkt an

die Medizinische Fakultät. Niemand beanstandet das in irgendeiner Weise. Das funktioniert sehr gut. Dabei gibt es keinen Änderungsbedarf. Ich empfehle Ihnen dringend, über das Integrationsmodell nachzudenken. Als letzte Bemerkung möchte ich sagen: Die erfolgreichste hochschulmedizinische Einrichtung auf den Gebieten Lehre und Forschung in Deutschland ist die Medizinische Hochschule Hannover.

Helmut Lemaire (Vorsitzender des Personalrats der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Aachen): Als Initiator dieser Frage möchte ich noch einige Bemerkungen dazu machen. Als der Personalrat sein Statement abgegeben hat, ging es im Wesentlichen um die Interessen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir fürchten, dass beim jetzigen Modell die Mitarbeiter, die mit der Verwaltung der Geld für Lehre und Forschung beauftragt sind, in eine große Zwickmühle geraten. Sie unterstehen zum einen weisungsrechtlich dem Kaufmännischen Direktor; sie wissen aber zum anderen, dass sie die Daten für den Dekan aufbereiten müssen. Fakt ist: Alle Daten gehen über den Schreibtisch des Kaufmännischen Direktors an den Dekan. Den Hinweis, das könne man im Kooperationsvertrag regeln, halte ich für reine Theorie – wie vieles, was heute diskutiert wird. Im wirklichen Leben läuft es, wenn es ums Geld geht, nicht über Kooperationsverträge, sondern über Macht. Wenn Sie diese Positionen nicht im Gesetz eindeutig regeln, schaffen Sie eine große Unsicherheit in allen Universitätskliniken. Ich kann Ihnen dabei nur empfehlen, die Positionen deutlich klarzustellen.

Zum Hinweis, wir bräuchten keine Parallelverwaltung, merke ich an: Der Vorschlag des Aachener Personalrates endet damit, dass diese Maßnahme selbstverständlich personen- und kostenneutral sein sollte. Denn die Aufgaben, die wir zukünftig beim Dekanat sehen, sind in der Verwaltung nicht mehr erforderlich. Insofern können sie problemlos mit den entsprechenden Personen ins Dekanat verlagert werden. Wir bauen nichts Paralleles auf und haben keine zusätzlichen Kosten.

Karl Schultheis (SPD): Ich möchte mich kurz äußern, weil ich diese Debatte sehr interessant finde. Ein Aspekt spielte bisher meines Erachtens keine Rolle. Ich bitte mitzuberücksichtigen, dass die Versicherten den Hauptkostenanteil bei den Universitätskliniken zahlen. Bei allen Überlegungen, wie man Verwaltungen aufbaut und wie man die Finanzströme organisiert, darf man diesen Gesichtspunkt nicht außer Acht lassen. Bisher war mir das zu sehr ausgeblendet, zumal man so tut, als sei das einzig eine Veranstaltung des Landes und womöglich der Fakultäten. Diejenigen, die die Krankenversorgung finanzieren, könnten sich überlegen, in welcher Weise sie mehr Einfluss als durch normale Verhandlungen über die Budgets nehmen könnten. Ich bitte, das wirklich zu beachten, weil dann vielleicht manche Entscheidung leichter wird.

Prof. Dr. Volker Arolt (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Münster): Entschuldigen Sie bitte, dass ich zurückgreife, aber ein Punkt ist mir sehr wichtig: Ich möchte auf das problematische Wort Parallelverwaltung eingehen. Die Dekane sind sich völlig einig – das habe ich gleich zu Anfang gesagt –, dass in den Deka-

naten keine Parallelverwaltungen entstehen sollen. Es geht uns nicht darum, eine eigene Finanz- oder Personalverwaltung aufzubauen. Das wäre völlig unsinnig. Ich habe gerade gesagt, es sei eine Gefahr des Kooperationsmodells, dass solche Parallelverwaltungen entstehen können, die nur kostenträchtig sind und viel Ärger verursachen.

Das Dekanat braucht eine eigenständige Verwaltungseinheit, die in der Lage ist, die Aufgabenverwaltung, die an das UK, an das Rektorat oder auch Organisationen außerhalb der UKs abgegeben werden kann, zu steuern und zu monitoren. Wenn man niemanden hat, der das kann und der betriebswirtschaftlich oder personalrechtlich versiert ist, kann diese Auftragsverwaltung überhaupt nicht kontrolliert werden. Aus diesem Zustand müssen wir heraus.

Wir brauchen also keine Parallelverwaltung, sondern einen Steuerungskopf, der funktioniert und der in der Lage ist zu überprüfen, ob die Aufträge im Rahmen der Auftragsverwaltung vernünftig erledigt werden.

Vorsitzender Ewald Groth: Damit sind wir am Ende des Fragenkomplexes Finanzfragen. Dann leite ich über zum Fragenkomplex

c) übergeordnete Fragen und Verschiedenes

Heike Gebhard (SPD): Wir kommen damit zu Fragestellungen, die über die Hochschulmedizin hinausgehen. Der Gesetzentwurf sieht sehr wohl auch Aspekte der Zusammenarbeit von Hochschulen vor, die nicht nur die Medizinischen Fakultäten, sondern auch andere Fachbereiche und andere Studiengänge betreffen. Dabei stellt sich die Frage, ob das ausreichend gewürdigt wird.

An die Rektoren richte ich die Frage, ob sie glauben, mit den Vorgaben, die im Entwurf enthalten sind, die Zukunft von Hochschulen gestalten zu können.

Meine nächste Frage richtet sich an die Vertreter der Beschäftigten – also sowohl an die Personalräte als auch an die Gewerkschaften –, weil man gemäß dieses Konstruktes für bestimmte Aufgabenwahrnehmungen Serviceeinrichtungen schaffen kann, was Folgen für die Beschäftigten hat: Ist das ausreichend in diesem Gesetz geregelt?

Dazu gehört auch – das ist der dritte Komplex, der stark auf den Medizinbereich fokussiert ist –, dass Rechtsformänderungen nach dem Gesetzentwurf auch weiterhin möglich sind. Bei der Rechtsverordnung ist zwar eine hohe Beteiligung des Ausschusses für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie vorgesehen, jedoch frage ich die Gewerkschaftsvertreter: Reicht diese Formulierung aus, um gegebenenfalls einen Schutz der Beschäftigten bei Rechtsformänderungen zu gewährleisten oder müssten dafür noch weitere Bedingungen aufgenommen werden?

Rudolf Henke (CDU): Im Sinne einer übergeordneten Frage würde ich gern das Verhältnis zwischen der Krankenversorgung und der Wissenschaft und Forschung

thematisieren – auch im Hinblick auf Ausbildung, Studium und Lehre. Bei meiner vorbereitenden Befassung mit diesem Thema habe ich nach und nach den Eindruck gewonnen, dass für die Wissenschaft und Forschung andere Größenkonstellationen im quantitativen Bereich möglich sind, die ein betriebliches Optimum darstellen – beispielsweise bei den Fallzahlen –, als für die Betriebswirtschaft.

Ich nehme zum Beispiel wahr, dass Universitätsklinika sich sehr darum bemühen, ihre Ertragslage orientiert an einem für alle Krankenhäuser gültigen DRG-System in der Weise zu optimieren, dass sie sich darauf konzentrieren, die komplexesten und die am schwierigsten zu behandelnden Patientenkohorten und -kollektive für sich zu gewinnen. Das DRG-System ist fortschreitend gereift und inzwischen in der Unterprima im lernenden System angekommen, nachdem es häufig von Klasse zu Klasse versetzt worden ist; es wird noch zwei- bis dreimal versetzt werden, ehe es fertig ist. Dieses DRG-System verspricht dabei Erträge, die anderswo bei einfacheren Fällen nicht zu erzielen sind. Es kann aber durchaus sein, dass es für die einfacheren Fälle einen wichtigen Forschungsbedarf gibt und dass dieser wichtige Forschungsbedarf – Herr Schultheis hat an die Versicherten erinnert – gesellschaftlich ganz besonders erwünscht ist, weil die Heerscharen von Patienten, die in den ärztlichen Praxen auftauchen und für die die Studierenden ausgebildet werden, vielleicht gar nicht die gleiche Art von Patienten wie in den Universitätsklinika sind.

Deswegen würde ich gern sowohl von den Studierenden als auch von den Dekanen etwas zur Bewertung dieses Spannungsgefüges hören. Denn natürlich rechtfertigt sich universitäre Medizin letztlich im Gegensatz zu sonstiger Maximalversorgung in Trägerschaft von konfessionellen, kommunalen und privaten Einrichtungen in ihrer Spezifität durch die Aufgaben in Studium, Ausbildung, Forschung, Lehre und Wissenschaft.

Mir scheint ein Dilemma zu sein, dass einerseits ein gesellschaftliches, aus gesundheitspolitischen Gründen entwickeltes Finanzierungssystem der Krankenversorgung vorgegeben wird, das nur eine begrenzte Fülle von Instrumenten enthält, um diese Sonderrolle zu berücksichtigen, und dass andererseits dann gesagt wird, die Abweichungen müssten mit den Zuführungsbeträgen geregelt werden.

Speziell an die Studierenden und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft habe ich die Frage: Ist die Repräsentativität der Patientinnen und Patienten an Universitätskliniken für das Gesamtkollektiv von Patientinnen und Patienten, das in dieser Gesellschaft zu betreuen ist, eigentlich sichergestellt? Ich weiß, dass zum Beispiel ein Beschluss des Deutschen Ärztetages lautet: Eigentlich sind die Universitätskliniken nicht die Orte, an denen diese Repräsentanz hergestellt wird. Wir brauchen vielmehr die Einbindung normaler Versorgungskrankenhäuser und vieler normaler Versorgungspraxen in das Lehrgeschehen. Dazu würde ich gern einige Worte hören. Haben Sie das Gefühl, dass diese Herausforderungen in den Betriebsleitungen und bei den Vorstandsentscheidungen von Universitätskliniken hinreichend reflektiert werden? Auch Prof. Saß wird etwas dazu sagen können.

Dr. Ruth Seidl (GRÜNE): In Anknüpfung an die Ausführungen des Kollegen Henke zum Auftrag der Klinika, wenn ich ihn richtig verstanden habe, frage ich: Wer dient wem? Der Gesetzentwurf hat die bisherige Formulierung, das Universitätsklinikum diene dem Fachbereich Medizin, übernommen. In diesem Zusammenhang haben die Pflegedirektoren vorgeschlagen, man könne bedenken, die dienende Funktion über den Fachbereich Medizin hinaus auf die gesamte Hochschule bzw. auf alle relevanten Fachbereiche auszuweiten. Auch in Fächern wie Biologie, Biochemie, Pflegewissenschaften, Ingenieurwissenschaften, Medizintechnik ist eine Zusammenarbeit mit dem Klinikum sicherlich sinnvoll. Sie findet auch heute schon statt. Diese Frage stelle ich an Herrn Ronge.

An die Studierenden wende ich mich, wenn es um weitere hochschulpolitische Punkte geht, wie beispielsweise um die Frage der gemeinsamen Studiengänge, die im Gesetz angesprochen werden. Mit Blick auf den gemeinsamen Studiengang der Unis Duisburg-Essen und Bochum gibt es auch die Möglichkeit gemeinsamer Studiengänge verschiedener Hochschulen. Ich glaube, es gibt eine Kritik der Studierenden, die ich gern verstehen würde.

Da die Vertreterin der Gleichstellungsbeauftragten heute nicht anwesend ist, wende ich mich an die Studierenden: Von der LaKof wird erneut angemahnt, dass auch Studierende zumindest zur stellvertretenden Gleichstellungsbeauftragten gewählt werden können sollten. Das wurde auch schon während der Beratungen zum Gesetzentwurf diskutiert und zugesagt. Aber das ist nicht im Gesetz enthalten. Dazu hätte ich gern eine Stellungnahme vonseiten der Studierenden.

Vorsitzender Ewald Groth: Damit sind die Fragen gestellt, und wir beginnen mit der Antwortrunde.

Detlef Klimpe (Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Aachen): Hinsichtlich des Verhältnisses von Krankenversorgung, Forschung und Lehre vertreten wir die Auffassung, dass sie wie früher im Integrationsmodell unter einem Dach zu erfolgen haben. Das bekommt man auch hin.

Unseres Erachtens ist es nicht gut, dass dieser Gleichklang im Gesetzentwurf aufgegeben wird. Er sollte wiederhergestellt werden. Die Ausbildung und das Studium sollten sich an einem modernen Management – Stichwort: Universitätskliniken als Trendsetter – orientieren. Die Fakultäten wären gut beraten, wenn sie Strukturen im Krankenhaus verändern, das ins Studium einzubeziehen. Wenn das im Universitätsklinikum nicht mehr alles zu erledigen ist, gibt es Lehrkrankenhäuser, auf die man zurückgreifen kann.

Prof. Dr. Henning Saß (Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Aachen): Ebenfalls zur Frage von Herrn Henke, wie ein Universitätsklinikum gestaltet sein soll und in welchem Anteil Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu berücksichtigen sind: Aus den Beobachtungen und Diskussionen der letzten Jahre hat sich herauskristallisiert, dass sich ein Universitätsklinikum, das groß, klinisch stark und erfolg-

reich ist, die beste Basis für eine erfolgreiche Fakultät und für gute Forschung und Lehre darstellt.

Ich hielte es für verfehlt, wenn aus ganz verschiedenen Forschungs- oder Lehrinteressen zu stark strukturierend in das Universitätsklinikum eingegriffen wird. Natürlich wird es erforderlich sein, für bestimmte Forschungs- oder Lehrinteressen an den Strukturen etwas zu ändern. Aber eine große, starke, erfolgreiche und klinisch angesehene Universitätsklinik sollte das primäre Ziel sein. Denn sie ist das Fundament für Forschung und Lehre, hat Zustrom von Studierenden und damit gute Chancen, hervorragendes Personal und hervorragende Wissenschaftler zu rekrutieren – deswegen auch mein Einwand gegen eine zu enge Auslegung von § 31a Hochschulgesetz aus dem Gesetzentwurf.

Sie stellten die Frage, ob ein so konfiguriertes und so in seinen Zielen ausgerichtetes Universitätsklinikum die Morbidität der Gesellschaft und den Lernstoff für die Studierenden genügend abbilden und an Fällen zur Verfügung stellen kann. Ich habe deswegen gesagt: Das Universitätsklinikum muss groß sein, damit es genügend Patienten gibt, um das gesamte Spektrum abzudecken: von den leichten bis zu den schwersten und komplexen Fällen. Natürlich muss die Lehre auch auf die leichten und mittleren Fälle, also auf die häufigen Fälle, ausgerichtet sein. Ein Haus, das groß genug ist, kann das leisten.

Flankierend muss es Ambulanzen, Polikliniken, Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren und vor allem Zusammenarbeit mit Lehrpraxen und mit Lehrkrankenhäusern suchen. Dadurch ist Ihrer Sorge, den Studierenden könnte ein deformiertes Spektrum angeboten werden, zu begegnen. Ich hielte es für verfehlt, zu früh und zu einengend die Entwicklung des Universitätsklinikums allein aufgrund solcher Überlegungen und Befürchtungen zu deformieren, die Sie genannt haben.

Prof. Dr. Volker Arolt (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Münster): Wenn es um Forschung und Lehre geht, müssen die Dekane natürlich das Wort ergreifen.

Herr Henke greift ein wichtiges Problem auf. Zu den Ausführungen eben kann ich sagen: Ja und nein. Natürlich ist richtig, dass erfolgreiche Universitätskliniken, die eine Spitzenversorgung und Spitzenforschung betreiben, letztlich auf Dauer erfolgreich bleiben werden und ein entsprechendes Lehrangebot sowie weitere Forschungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen.

Aber Herr Henke hat gesagt – das finde ich richtig und darüber machen wir uns sehr viele Gedanken –, dass die Entwicklung der DRGs und die Entscheidung der Universitätskliniken, komplexe Fälle zu behandeln und sich immer weiter zu spezialisieren, eine deutliche Selektion im Patientengut hervorruft und unter Umständen einen breiten Bereich von Patienten auslässt, sodass eine Repräsentativität missachtet werden kann, die für Lehre und Forschung notwendig ist. Ich glaube, das ist tatsächlich der Fall. Wir müssen überlegen, wie wir dem begegnen können. Denn das ist zwangsläufig so. Wir haben diese Situation bereits. Die Situation wird sich in Zukunft vermutlich

noch schärfer abbilden. Wir sind auf dem Weg, hierfür Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Schauen Sie sich die Hochdruckforschung an: In diesem Feld wird nicht mit der extrem malignen Hypertonie, sondern mit den vielen Hypertonikern in die Breite geforscht. Die Hypertoniker sehen wir aber in unserem Krankenhaus gar nicht, weil wir nur die malignen Hypertoniker sehen und möglichst noch diejenigen mit den Komplikationen, die Multimorbiden. Wir müssen uns also die Frage stellen: Wie kommen wir im Hinblick auf Forschung und Lehre in die Breite? In unseren Krankenhäusern kommen wir zunehmend nicht mehr allein zurecht, sondern wir müssen Allianzen mit anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung bilden. Wir müssen ein System von Lehrpraxen an das Krankenhaus anbinden und unsere Ambulanzen so gestalten, dass möglichst viel Konnex zwischen diesen Einheiten besteht. Anders werden wir in Forschung und Lehre den Zugang zu bestimmten Patientengruppen gar nicht mehr gewährleisten können. Wir müssen uns jetzt schon Gedanken darüber machen, wie wir das hinbekommen.

Die Anbindung von Lehrpraxen an ein Universitätskrankenhaus ist keine leichte Aufgabe, sondern sehr schwierig und kompliziert. Hierfür brauchen wir auch die Unterstützung von Verbänden. Wir müssen diesen Schritt machen, wenn wir die Repräsentativität für Forschung und Lehre tatsächlich gewährleisten wollen. Das ist eine ungelöste Aufgabe.

Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen): Welche Funktion ein Supermaximalversorger, der ein Universitätsklinikum immer ist, im Markt übernimmt, wird durch das DRG-System präformiert. Dem wird man sich einerseits ergeben müssen, andererseits wird der Zuschuss für Forschung und Lehre gewährt. Im Rahmen dieses Zuführungsbetrags besteht auch die Möglichkeit, kompensatorisch tätig zu werden und andere Möglichkeiten auszunutzen, wie es der Kollege vorhin geschildert hat: Lehrpraxen – das machen wir in Essen –, Kooperationen mit anderen Häusern, aber auch die im Gesetz vorgesehene Möglichkeit für das Universitätsklinikum, andere Häuser dazuzukaufen. Es muss Strategien geben; sie sind zum Teil schon entwickelt und lassen sich weiterentwickeln. In diesem Gesetzentwurf würde ich derzeit keinen Knackpunkt sehen.

Ich möchte nun auf die Frage von Frau Gebhard nach der Organisation von Fakultäten zwischen Universitäten eingehen. Die Standorte Duisburg-Essen und Bochum sind in besonderer Weise gefordert. Ich will es leicht und eingängig formulieren: Wenn Sie das Gesetz so lassen, wie es der Gesetzentwurf im Moment vorsieht, wird es keine Fusion geben, weil es keine Fusion zwischen den Fakultäten Bochum und Duisburg-Essen geben kann.

Der Hintergrund liegt im klinischen Umfeld, über das wir vorhin gesprochen haben. Denn die Universität Bochum hat eine Medizinische Fakultät, die voll in die Hochschule integriert ist. Sie hat überdies eine Reihe von Universitätskliniken, die eigenen wirtschaftlichen Interessen verpflichtet sind. Das Universitätsklinikum Essen als wichtiger Arbeitgeber in Essen lebt von der Quasi-Integration, die nicht im Gesetz be-

geschrieben ist, also von der engen Verknüpfung von Fakultät und Klinikum. Wenn Sie fordern, dass beide eine einzige Fakultät gründen und ihr einen einzigen Dekan voranstellen, können Sie sich überlegen, dass dieser Dekan in extreme Schwierigkeiten kommt, wenn er gleichzeitig Funktionen im Vorstand hat.

Unsere Forderung ist: Das Gesetz sollte bezogen auf die Medizin einen Sonderparagraphen zur Fusion von Fakultäten vorsehen. Mit Blick auf den vorliegenden Gesetzentwurf können Sie niemals zwei Fakultäten – ich nenne keine Namen – entlang der Rheinschiene fusionieren, wenn Sie nicht gleichzeitig auch die Universitätskliniken fusionieren. Das wird in Bochum, Dortmund oder Duisburg-Essen überhaupt nicht funktionieren, weil es andere Rechtsträger bei den anderen Institutionen des Universitätsklinikums gibt. Deswegen sollte es eine Möglichkeit geben, zwei Standortdekanate mit zwei Dekanen vorzuhalten, die von einem gemeinsamen Fakultätsrat beaufsichtigt werden.

Dr. Ulrich Schütz (Vorsitzender des Personalrats der wissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Köln): Hinter § 77 Hochschulgesetz verbirgt sich nichts anderes – das ist schon angeklungen – als die Möglichkeit, standortübergreifenden Fakultäten zu gründen. Wenn man das nur für die Medizin betrachtet, bedeutet es letztlich, dass nicht an jedem Universitätsklinikumsstandort auch jede Disziplin vorgehalten werden würde, sondern dass es an einzelnen Standorten nur bestimmte Disziplinen gäbe, wollte man irgendwelche Vorteile erzielen.

Bezogen auf die wissenschaftlichen Mitarbeiter würde das bedeuten, dass Stellen mit Sicherheit reduziert würden. Das fällt in der Wissenschaft nicht allzu schwer, da 95 % aller Wissenschaftler nach wie vor auf befristeten Stellen tätig sind. Wir sehen gerade bei der Medizin einen hohen Bedarf im Rahmen der Ausbildung. Daher begrüßen wir das überhaupt nicht, weil einerseits Stellen und andererseits auch die Kapazitäten wegfallen.

Hinzu kommt gerade bei der Medizin: Der Standort Köln – gerade wurde die Rheinschiene angesprochen – hat bei Investitionen einen eindeutigen Standortnachteil, weil es in Köln besondere Grundstücksverhältnisse gibt, die diesen Standort für Investoren unattraktiv machen. Angedacht ist, das Universitätsklinikum Köln in eine Stiftung umzuwandeln. Auch das sehen wir eher skeptisch, weil wir Universitätsbedienstete sind und das auch gern bleiben möchten. Man müsste sich vorher ganz genau überlegen, wie das Recht auf Forschung und Lehre für die Wissenschaft in so einem Fall gewahrt bleibt.

Abschließend noch allgemein zum Konstrukt von standortübergreifenden Fakultäten: Dabei sehen wir gerade aus personalvertretungsrechtlicher Sicht große Probleme auf uns zukommen, da im Gesetzentwurf und in der Begründung formuliert wird, dass man nur einen Dienstvorgesetzten hat. – Aber wie soll das in der Praxis aussehen? Man wird es eventuell mit zwei Vorgesetzten zu tun haben. Einem dieser Vorgesetzten wäre man personalvertretungsrechtlich gar nicht weisungsgebunden.

Wir finden diesen Entwurf nicht genügend ausgereift und differenziert, um für wissenschaftliche Beschäftigte Klarheit zu schaffen, wo und für wen sie in Zukunft tätig sind.

Martin Koerbel-Landwehr (Vorsitzender des Personalrats der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Düsseldorf): Zu den Themen Fusionen und standortübergreifende Fakultäten kann ich mich dem Vorredner anschließen. Zusätzlich ist anzumerken: Die Vorschrift in § 10 der geplanten Rechtsverordnung zu den gemeinsamen Serviceeinrichtungen ist für uns als nichtwissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine spannende Frage. Vorhin hatte ich schon ausgeführt, dass wir sehr wohl für Zusammenarbeit zwischen den Hochschulen, für Abstimmungen zwischen den Hochschulkliniken und den Universitätskliniken und für Schwerpunktsetzungen an einzelnen Orten sind. Insofern können wir uns auch vorstellen, dass es dort gemeinsame Aufgaben für alle Universitätsklinika gibt. Aber natürlich ist sicherzustellen, dass dabei der Schutz der Beschäftigten berücksichtigt wird und die für sie geltenden Tarifverträge eingehalten werden.

Insofern haben wir in unserer Stellungnahme auch deutlich gemacht: Wenn man solche Einrichtungen plant, ist eine Vernetzung der entsprechenden Personalvertretungen notwendig. Seitdem wir nicht mehr unmittelbare Landeseinrichtungen sind, gibt es keine gemeinsame Klammer mehr. Insofern wäre es erforderlich, entsprechende Regelungen für diese Fälle im Gesetz vorzusehen.

Eben wurde auch gefragt, ob überhaupt eine Vorschrift erforderlich sei, neben der Anstalt des öffentlichen Rechts weitere Rechtsformen für Universitätskliniken vorzusehen. Diese Möglichkeit ist im Entwurf für § 31a Abs. 2 Satz 3 Hochschulgesetz enthalten. Unsere Position dazu ist: Die Beispiele aus anderen Bundesländern belegen, dass eine andere Rechtsform keine sinnvolle Lösung für die Universitätsklinika in Nordrhein-Westfalen darstellt. Seit mehreren Jahren haben wir Erfahrungen als Anstalten des öffentlichen Rechts.

Man kann schon fragen, worin der Vorteil gegenüber der Führung als Eigenbetrieb des Landes liegt. Für uns ist allerdings gar nicht mehr zu erklären, warum jetzt auch noch die Universitätsklinika in eine andere Rechtsform, möglicherweise in eine privatrechtliche Gesellschaft, überführt werden können. Wir schlagen deshalb vor, den Satz 3 und den folgenden Satz aus dem Gesetzesentwurf zu streichen.

Wenn in den Vorschlägen vorgesehen ist, dass die Universitätsklinika eigene, weitere Gesellschaften oder gemeinsame Gesellschaften gründen können, ist es notwendig, die gleichen rechtlichen Bedingungen – damit meine ich auch die gleichen tarif- und personalvertretungsrechtlichen Bedingungen – sicherzustellen. Das heißt: Auch für die Beschäftigten in den Gesellschaften, die möglicherweise gemeinsam oder einzeln gegründet werden, ist der Tarifvertrag der Länder und die entsprechenden personalrechtlichen Bestimmungen für diese Bereiche anzuwenden. – Ich hoffe, die Fragen zu diesem Thema abschließend beantwortet zu haben.

Helmut Lemaire (Vorsitzender des Personalrats der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums Aachen): Ich möchte mich gern zur Frage, ob die Anstalt ausreichend abgesichert ist, den Ausführungen meines Vorredners anschließen; insofern brauche ich das nicht zu wiederholen.

Ich möchte aber die Gelegenheit nutzen, auf Folgendes hinzuweisen: Diese Diskussion bräuchten wir nicht zu führen, wenn es eine Mitbestimmung im Aufsichtsrat gäbe. Gestatten Sie mir bitte einen kurzen Blick in die Vergangenheit: Vor sieben Jahren sind Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen allein von einem Verwaltungsdirektor geführt worden. Danach ist durch Rechtsverordnung die Rechtsform geändert worden. Gigantische Verwaltungsapparate wurden aufgebaut. Gigantische neue Strukturen wurden im Dekanat und in der Verwaltung eingerichtet. Sie haben – nebenbei bemerkt – sehr viel Geld gekostet.

Auf der anderen Seite haben Sie alle Mitbestimmungsrechte, die diese Entwicklung hätten begleiten sollen, abgeschnitten. Sie haben vor nicht allzu langer Zeit die Mitbestimmung in Nordrhein-Westfalen amputiert – vielleicht darf ich das als Beschäftigter in einem Krankenhaus sagen.

Wenn es im neuen Hochschulmedizingesetz die Option eines mitbestimmenden Aufsichtsrates gäbe und wenn sich die Personalvertretungen so entwickelt hätten wie die gut verdienende Arbeitgeberebene, bräuchten wir die Diskussion, ob die Anstalt ausreichend abgesichert ist, nicht zu führen.

Dr. Bernd Tenbenschel (ver.di Landesbezirk NRW): Seit Anfang des Jahres gibt es einen Arbeitgeberverband des Landes Nordrhein-Westfalen, der nach der Tarifausschlichtung auf Länderebene und nach der Umsetzung des Hochschulfreiheitsgesetzes entstanden ist. Alle sechs Universitätskliniken sind Mitglied dieses Arbeitgeberverbandes und haben damit den TV-L anzuwenden.

Im Gesetzentwurf ist überhaupt nicht berücksichtigt, dass die realen Entwicklungen in eine andere Richtung gehen, nämlich diesen Tarfbereich in ganz unterschiedlichen Formen sukzessive zu verlassen. Der Gesetzentwurf sollte klarstellen: Wenn es, obwohl die Anstalt des öffentlichen Rechts die in Nordrhein-Westfalen sinnvolle Rechtsform ist – dazu stehen wir von Ver.di –, zu einer anderen Rechtsform kommen sollte, ist weiterhin die Mitgliedschaft im Arbeitgeberverband vorzusehen. Damit bleibt die Tarifbindung an den TV-L erhalten. Das ist uns sehr wichtig.

Die anderen Entwicklungen im tertiären Bereich, also Reinigung, Steri usw. sind an den einzelnen Standorten sehr unterschiedlich. Aber es gibt das Extrem Essen mit der Tendenz, das beschäftigungslose Universitätsklinikum zu schaffen. Dort gibt es dann keine Angestellten mehr, die Sie in der Pflege, Frau Maier, vertreten könnten. Sie sind dann mit einem Status als Mitarbeiter der DRK-Schwesternschaft beschäftigt, die nicht einmal den Arbeitnehmerstatus haben – geschweige denn sich für einen Tarifvertrag einsetzen können. Solche Entwicklungen betrachten wir mit großer Sorge, weil wir sie für rechtlich sehr problematisch halten. Sie werden zu Konflikten führen.

Tarifverträge und die Tarifbindung haben eine ordnungspolitische Funktion, nämlich in bestimmten Abständen die Einkommensverhältnisse und die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten angemessen zu regeln. Wenn man versucht, sich dem zu entziehen, führt das zwangsläufig zu Konflikten und Reibungsverlusten bei allem, was das neue Gesetz umsetzen soll. Daher sagen wir: In dieses Gesetz sollte aufgenommen werden, dass auch bei Ausgründungen und Ausgliederungen die Tarifbindung und die Tarifeinheit eines Betriebes und damit einheitliche Beschäftigungsbedingungen – man kann zwar ein Unternehmen ohne Beschäftigte gestalten, jedoch ist der Betrieb materiell vorhanden – für alle Beschäftigten berücksichtigt werden, die im Betrieb Universitätsklinikum arbeiten.

Dirk Bruland (Landes-ASten-Treffen NRW): Ich möchte mich an dieser Stelle für die Einladung bedanken. Ich kann versprechen, dass ich aufgrund der vielen Fragen die drei Minuten Redezeit nicht einhalten werde.

Zur ersten Frage nach dem Spannungsverhältnis von Wissenschaft, Lehre und Krankenversorgung ist zu sagen, dass wir schon in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen haben, allen Bereichen die nötige Aufmerksamkeit zu gewähren. Uns liegen Berichte vor, da wir unsere Stellungnahme mit dem Bundesverband der Medizinstudierenden zusammen erarbeitet haben, nach denen das nicht so ist und nach denen die Lehre teilweise jetzt schon untergeht. Lehrveranstaltungen fallen aufgrund der Krankenversorgung aus. Das wurde an vielen Stellen sehr stark bemängelt. Ich glaube, zu dieser Fragestellung habe ich alles gesagt. Falls noch Fragen bestehen, können gern Nachfragen gestellt werden.

Zur Frage der Repräsentativität mit Blick auf das Gesamtkollektiv von Patienten gibt es unterschiedliche Aussagen. Diejenigen, die im Klinikbereich weiterarbeiten möchten, sagen, dass es gut ist, dass sie sehr viel mitbekommen. Andererseits können wir uns aber auch Herrn Arolt anschließen, dass einige Fälle fehlen.

Zu den gemeinsamen Studiengängen: Für die Studierendenschaft sieht es so aus, als seien Fusionen vorprogrammiert. In unserer Stellungnahme sind wir sehr stark darauf eingegangen, welche Nachteile das für die Studierendenschaften hat. Wir haben Duisburg-Essen als Beispiel herangezogen, weil immer noch, obwohl seit der Fusion vier bis fünf Jahre vergangen sind, Anmerkungen von der Studierendenschaft aus Duisburg-Essen kommen, dass es erhebliche Probleme gebe. Dabei handelt es sich nicht nur um Fahrtkosten oder darum, dass die Bibliotheken noch nicht richtig aufgestellt sind. Wenn es dazu weitere Nachfragen gibt, würde ich vorschlagen, sich außerhalb des Plenarsaals zu treffen.

Bei den gemeinsamen Studiengängen bestehen Befürchtungen, dass wieder Unterteilungen in Vorklinik und Klinik im Studium vorgenommen werden. Bei einigen Hochschulen war das immer so. Bei anderen Hochschulen wurde das jetzt langsam gelockert. Wir fragen uns, ob das wieder strikt so gehalten wird, wenn die Sachen zusammengelegt werden. Die Studierendenschaften waren dagegen, weil es positiv ist, dass die Sachen zusammen und nicht unabhängig voneinander gelehrt werden, weil sie aufeinander aufbauen.

Vor allen Dingen haben uns die Forderungen nach doppelten Studienbeiträgen gestört. Laut unseren Erfahrungen leiden Studierende derzeit sehr unter den jetzigen Studiengebühren in jedem Fach. Wenn die Medizinstudierenden doppelte Studienbeiträge zahlen müssen, wird dieser Studiengang nur noch von Leuten studiert, die finanziell gestärkt ein Studium beginnen können – sprich: die ein besser verdienendes Elternhaus haben.

Weiterhin haben wir auch die Befürchtung, dass Fusion auch Abbau von Studienplätzen heißen kann. Uns ist jetzt schon bewusst, dass die NCs ziemlich hoch sind, weil eine starke Nachfrage nach Medizinstudiengängen besteht. Deswegen sind wir dafür, diese Studiengänge nicht abzubauen, sondern sie entsprechend der Nachfrage auszubauen.

Wir haben in Sachen Zusammenarbeit auch andere Länder betrachtet und sind auf ein interessantes Beispiel gekommen, nämlich auf die Schweiz. 15 Jahre lang haben die Fakultäten daran gearbeitet, das Hochschulmedizingesetz und damit das Studium zu reformieren. Dabei hatten sie drei Schwerpunkte: das Medizinstudium, die Qualität und der Bologna-Prozess. Der Bologna-Prozess beinhaltete, dass Fakultäten, FHs und ETHs, die es in der Schweiz gibt, stärker zusammenarbeiten. 2004 wurde dieser Prozess beendet. Herausgekommen ist eine Kommission, die überwiegend Kohortenstudien fördert. Das hört sich für uns sehr interessant an. Wir bitten Sie darum, das in Ihre Überlegungen einzuschließen.

Zur Frage nach den stellvertretenden studentischen Gleichstellungsbeauftragten muss ich sagen: Wir sind dabei sehr enttäuscht worden, weil wir uns darauf verlassen haben, dass sie wieder ins Gesetz hineingenommen werden. Leider ist davon nichts zu sehen. Die Studierendenschaft ist natürlich für studentische Mitbestimmung in allen Bereichen der Hochschule. Die studentischen Gleichstellungsbeauftragten haben bislang viele Aufgaben übernommen. Sie fungierten als studentische Ansprechpartnerinnen und haben die Meinung der Studierenden eingebracht. Deswegen wurde von uns die Entscheidung, das nicht ins Gesetz aufzunehmen, mit Unverständnis registriert. Wir bitten, das noch einmal zu überdenken und rückgängig zu machen.

Vorsitzender Ewald Groth: Bevor ich Herrn Kratz von der Krankenhausgesellschaft das Wort erteile, möchte ich Sie darauf aufmerksam machen, dass Frau Klein vom Verband der Pflegedirektoren und Herr Strehl kurz nach 17 Uhr den Saal verlassen müssen. Falls Sie noch Fragen an die beiden haben, sollten Sie sich jetzt Antworten erbitten. – Das scheint im Moment nicht der Fall zu sein. Dann machen wir wie vorgesehen weiter.

Lothar Kratz (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Auch wir bedanken uns für die Gelegenheit, zum Gesetzentwurf Stellung zu nehmen.

Die Frage von Herrn Henke hinsichtlich der Patientenstruktur in den Universitätskliniken tangiert im Moment die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion auf Bundesebene, was den ordnungspolitischen Rahmen angeht, ein Stück weit. Wir als Kran-

kenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen haben uns genauso wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft dafür ausgesprochen, dass die Letztverantwortung der Krankenhausplanung beim Land liegt. Der Diskussion über das Krankenhausgestaltungsgesetz in Nordrhein-Westfalen ist diese Frage immanent.

Der Gesetzentwurf sagt, dass der enge Handlungsspielraum ... Das war auch Zielrichtung der neuen Landesregierung, denn man hat gesagt, durch das Gestaltungsgesetz soll der Handlungsspielraum der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser erhöht werden. Die Patientenstrukturen in den Universitätsklinika berühren auch diese Frage. Die Frage ist auch, inwieweit man eine wohnortnahe Versorgung unter Beteiligung der Universitätsklinika sicherstellt. Im Rahmen der Beratungen zu diesem Gesetzentwurf sowie bezüglich seiner späteren Umsetzung muss das im Landesausschuss für Krankenhausplanung diskutiert werden.

Wir haben eben von Herrn Prof. Dr. Jöckel gehört, dass sich die Universitätsklinika auf diese Herausforderungen einstellen, Kooperationen eingehen und versuchen, eine ausgeglichene Patientenstruktur vor dem Hintergrund des DRG-Systems zu bekommen. Die Letztverantwortung ist hierbei auch gegeben, indem man sagt, dass die Krankenhausplanung im Landesausschuss für Krankenhausplanung für Nordrhein-Westfalen diskutiert wird. Das sieht auch vor, dass die Rahmenplanung durch das Land und die Detailplanung vor Ort erfolgen soll. Sicherlich ist es auch im Sinne der Studierenden und Auszubildenden in den Kliniken, alle Möglichkeiten aufgrund einer breiten Patientenstruktur zu haben.

Prof. Dr. Volker Ronge (Landesrektorenkonferenz der Universitäten NRW): Ich möchte noch etwas zu den die Hochschulen allgemein betreffenden Fragen des Zusammenwirkens der Hochschulen ausführen. Wir sehen hinsichtlich der Neufassung von § 77 Hochschulgesetz „Zusammenwirken von Hochschulen“ keine besonderen Probleme, weil sich dort in der Hauptsache Optionen finden. Das wird erst zu einem Problem, wenn später aufgrund von politischen Erwägungen – auf welchem Wege auch immer, ob durch Zielvereinbarungen oder ähnliche Verträge – diese Optionen zur legislativen Grundlage genommen werden, um Dinge zu erzwingen, die man politisch möchte.

Solange das nicht passiert, wird es kaum Kooperationen auf dieser Basis geben, die wesentliche Interessengruppen in Universitäten, insbesondere die Studenten, negativ tangieren. Das macht kein Rektorat; es berücksichtigt solche Fragen von vornherein immer. Deshalb wird es relativ wenig Bewegung auf der bloßen Basis der Optionen geben.

Ganz anders sehe ich die scheinbar geringfügige Veränderung in § 70 Hochschulgesetz in Bezug auf die Forschungs koordinierung. Ich will sehr deutlich sagen: Für mich ist diese völlig unbegründet in die Landschaft kommende verbale Veränderung ein Versuch, die Forschung in Nordrhein-Westfalen zu provinzialisieren. Hierdurch passiert eine Verstärkung von Kooperationszwängen in allen Bereichen der Forschung, die der Grundlogik des Wissenschaftssystems und der Forschung diametral widerspricht.

Heute schlagen sich ganz Nordrhein-Westfalen und ganz Deutschland wieder auf die Schultern: Wir sind nicht nur Weltmeister, sondern plötzlich auch Nobelpreisträger. Nichts von dem, was in diesem Zusammenhang passiert ist, hat irgendetwas mit dem Land NRW oder mit der Zusammenarbeit von Forschung innerhalb der Universitäten in NRW zu tun – wirklich nichts!

Dieser Zusammenhang der Forschungskooperation der nordrhein-westfälischen Hochschulen untereinander lässt sich überhaupt nur aus der politischen Funktionalisierung von Wissenschaft für Wirtschaft erklären. Wenn man das will und wenn ganz oben steht, die Wissenschaft diene dazu, das Land Nordrhein-Westfalen wirtschaftlich in Bewegung zu setzen oder, wie man heute sagt, voranzubringen, gibt es einen Sinn. Aber ich kann nur dringend davor warnen, diese Funktionslogik des Wissenschaftssystems, das immer global ist, zu unterlaufen.

Man kann möglicherweise am Ende von Forschung, wenn es Ergebnisse und Erkenntnisse gibt, an Innovationen und an wirtschaftspolitische Ideen denken. Aber wenn man das am Anfang mit einem Zwang zur Kooperation ganz bestimmter Forschungsinstitutionen macht, tut man etwas grundlegend Falsches. Die Vokabel „Provinzialisierung“ ist dafür meines Erachtens nicht zu stark.

Ich warne: Solch eine in die Sprache des Gesetzes kommende Präskriptivität bei der landesinternen Forschungskooperation werden Bürokraten für bestimmte Zwecke nutzen. Sie werden daraus etwas machen. Das ist nichts anderes als das Handlungsmuster, das man falschen Leuten in die Hand gibt. Forschung ist eine globale Angelegenheit; sie wird keine Landesangelegenheit. Ich kann nur heftig bei diesem scheinbar kleinen Punkt widersprechen und aufrufen, den Anfängen zu wehren.

Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.): Ich möchte auf das Plädoyer der Personalvertreter und der Gewerkschaften eingehen, den Anschluss- und Benutzungszwang an den Arbeitgeberverband und damit die Anwendungspflicht des TV-L nicht nur für die Anstalten festzuschreiben, sondern sie auch auf Tochtergesellschaften zu erstrecken. Ich halte das für welt- und für wirklichkeitsfremd. Man schafft Tochtergesellschaften, weil die Tarife des öffentlichen Dienstes in diesen Bereichen, die nicht zu den Kerntätigkeiten von Wissenschaft, Forschung, Lehre und Krankenversorgung gehören, nicht konkurrenzfähig sind. Wenn andere Krankenhäuser das machen, würden wir der Wissenschaft automatisch Geld entziehen, indem wir das Geld für überhöhte Tarife ausgeben.

Wenn Sie mutig sind – dafür möchte ich Sie ertüchtigen –, streichen Sie den zweiten Halbsatz im Entwurf für § 31a Abs. 2 Satz 1 Hochschulgesetz. Überlassen Sie es den Universitätsklinika und den Medizinischen Fakultäten, die Frage der Arbeitgeber- und Tarifzuständigkeit eigenständig zu entwickeln. Der beste Tarifvertrag für Ärzte – Herr Henke kann das beurteilen – ist an der Charité zustande gekommen – nicht durch die TdL. Der beste Tarifvertrag für das nichtwissenschaftliche Personal ist nicht durch die TdL zustande gekommen, sondern durch die Arbeitsgemeinschaft der Universitätsklinika in Baden-Württemberg, die das eigenständig ausgehandelt hat. Nur so ist es möglich, auf die Besonderheiten in einem Universitätsklinikum und einer

Fakultät einzugehen. Nur so ist es möglich, Leistungsbezug und moderne Elemente in diese Tarifwerke einzuführen – und nicht, wenn die Gewerkschaften befürchten müssen, dass das von der Polizei bis zur Müllabfuhr auf alle Bereiche angewendet wird. Innovativ sind Sie, wenn Sie in diesem kleinen Segment lange Leine und Gestaltungsfreiheit geben.

Ricarda Klein (Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und der medizinischen Hochschulen Deutschlands): Zu den Strukturen möchte ich nichts mehr sagen; das wurde ausreichend bei der Beginn der Sitzung diskutiert.

Aber ich möchte einen Aspekt aufgreifen, den Herr Strehl genannt hat. In der Zukunft – das hat Frau Maier dargestellt – müssen wir darauf achten, kompetente Gesundheitsdienstberufler in die Universitätskliniken zu bekommen. Sonst können wir diesen Part der Hochleistungsmedizin nicht flankieren.

Ich würde Herrn Strehl recht geben: Uns muss es im Wege der Tarifgemeinschaft gelingen, für exzellente Bereiche entsprechende Tarifsysteme zu gestalten. Wenn es für uns in dieser Hinsicht keine Freiräume mehr geben wird, werden wir in ein Dilemma kommen. Wir erleben schon heute, dass wir in bestimmten Bereichen wie zum Beispiel in der Intensivmedizin, in den Funktionsdiensten, im Operationsdienst und auch in kompetenten Spezialisteneinheiten keine adäquaten Personen mehr bekommen. Sie wandern uns in die Privatwirtschaft ab oder gehen in die Schweiz oder in angelsächsische Länder, weil sie in Deutschland nicht genügend honoriert werden.

Vorsitzender Ewald Groth: Als nächstem möchte ich Herrn Lungen vom Institut für Gesundheitsökonomie das Wort geben, da Sie bisher noch keine Gelegenheit zur Stellungnahme hatten. Sie wurden bis jetzt auch nicht direkt angesprochen.

PD Dr. Markus Lungen (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln): Ich kann einige allgemeine Ausführungen machen. Es wurde sehr oft die Idee vertreten, dass die Fakultät sozusagen die Lehre einkauft und dass die latente Sorge besteht, es gäbe eine Ineffizienz bei der Hochschulversorgung. Der Dekan wäre dann dafür zuständig, die zur Verfügung stehenden Mittel effizient einzusetzen. Wie soll der Dekan das machen? Er steht einem Monopol gegenüber. Das ermöglicht es ihm nicht auszuweichen oder auf die Mittel einzuwirken. Daher sollte eine Ergebnisverwendung stattfinden. Die Studierenden müssten einen größeren Einfluss haben. Oder es sollte eine Bewertung anhand der Drittmittel oder anhand der Grundausstattung geben, was mit den Forschungsmitteln umgesetzt wurde.

Zur besonderen Stellung der Hochschulkliniken: Welche Position haben sie in der Versorgungslandschaft? Bei diesem Aspekt stellt sich im Prinzip immer die Frage, wofür ausgebildet bzw. geforscht werden soll. Der folgende Gegensatz besteht: Für die Forschung braucht man relativ schwere Fälle. Man möchte gute Forschungsartikel schreiben und muss dafür aus einem gewissen Fundus schöpfen können. Für die

Lehre braucht man relativ viele leichte Fälle, um die Studenten auf ihre spätere Tätigkeit beispielsweise als Hausarzt vorzubereiten.

Das bedeutet natürlich auch, dass die Hochschulen sehr viel stärker geöffnet werden müssen. Im ambulanten Bereich besteht heute nur eine punktuelle Öffnung. Man hat keine Möglichkeit, eine umfassende Forschung und Lehre vorzubereiten. Wenn die Forschung im ambulanten Bereich fast ausschließlich durch Hochschulambulanzen erfolgt, müssen Sie natürlich auch dafür sorgen, dass Hochschulambulanzen auf eine andere Basis gestellt werden. Das geht natürlich über den Gesetzentwurf hinaus, macht aber deutlich, dass man zwischen dem, was für Forschung und Lehre zur Verfügung steht, und dem, was hinterher mit dem Geld erreicht werden soll, nicht trennen kann. Daher sollte man generell überlegen, was der Sinn und Zweck von Forschung und Lehre an Hochschulen sein soll.

Prof. Dr. Volker Arolt (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Münster): Ich möchte hierzu noch ein kleines Statement machen, weil die ursprünglich von Herrn Henke aufgeworfene Frage wirklich wichtig ist und uns in den nächsten zehn Jahren erheblich beschäftigen wird. Für Forschung und Lehre gilt wirklich: A plus B. Auf der einen Seite brauchen wir die Schwerstkranken, Multimorbiden und die Fälle mit den sogenannten Kolibri-Erkrankungen, weil man daran sehr viel lernen kann. Durch diese Patienten kann man auch sehr gute Forschung machen.

Aber wir brauchen genauso Patienten mit Volkskrankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes, Depression. Die Studierenden müssen auch lernen, damit umzugehen. Auch in der Hochdruckforschung, in der Kardiologie, in der Onkologie und in der Psychiatrie wird ein wesentlicher Teil der Forschung erbracht. Wenn wir uns diese Patientenströme abschneiden, werden auch in der Forschung sehr bald die Möglichkeiten versiegen. Ich halte das für eine außerordentlich gefährliche Entwicklung.

Zweitens. Ausbildung. Wir haben über die Weiterbildung von Fachärzten noch überhaupt nicht gesprochen. Die Vorstellung, dass die Universitätsklinika allein sämtliche Weiterbildungsschritte und sämtliche Möglichkeiten der medizinischen Leistungserbringung vorhalten müssten, halte ich für vollkommen verfehlt. Auch hierbei werden wir uns auf strategische Verbindungen mit anderen Krankenhäusern und mit Lehrpraxen einlassen müssen – das wollen wir auch –, um eine entsprechende Weiterbildung in der Breite gewährleisten zu können. Das geht mit der Lehre und letztlich mit unseren Forschungsüberlegungen Hand in Hand, weil uns diese Kooperationen den Zugang zu Patientenklientelen sichern, die wir immer weniger an den Universitätsklinika antreffen.

Drittens. Ich bin Ihnen dankbar, dass Sie das Thema Hochschulambulanzen noch einmal angesprochen haben. Denn sie sind sehr wichtig für Lehre und Forschung, aber chronisch unterfinanziert. Sie sind ein Dorn im Auge jedes kaufmännischen Direktors in NRW, weil dort Leistungen erbracht werden, die nicht in adäquater Weise gegenfinanziert werden. Der Gesetzgeber ist wirklich gefragt, sich hierbei einen Schritt zu bewegen!

Prof. Dr. Henning Saß (Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Aachen):

Welche Schlussfolgerungen, Herr Kollege Arolt, sollen wir aus Ihren Ausführungen ziehen? Das kann doch nicht bedeuten, dass wir das Krankenhaus so strukturieren, wie es die Notwendigkeiten in Forschung und Lehre erfordern, sondern Forschung und Lehre müssen dort erbracht werden, wo es möglich ist. Das heißt: Wenn leichte Fälle im Universitätsklinikum – bei 1.400 Betten haben wir sehr viele leichte und mittelschwere Fälle – weniger werden, kann es nicht bedeuten, das Krankenhaus so umzustrukturieren, dass diese Fälle wieder im Krankenhaus sind, sondern es muss bedeuten, dass die Lehre so flexibel wird, um sich in Lehrpraxen, Lehrkrankenhäusern, in Zusammenarbeit mit vielleicht gekauften oder sonstigen in Trägerschaft ausgerichteten Häusern die Lehrmöglichkeiten zu schaffen. Diese Sorge habe ich, wenn es heißt „... dient der Fakultät zu ...“ Dieses Dienen darf nicht so ausgelegt werden, dass die Fakultät sich das Klinikum sozusagen so schnitzt, wie sie es haben will. Dann wird das Klinikum untüchtig, seine Leistung als großes Krankenhaus zu erbringen. Deshalb muss das durch Versorgungsnetze geregelt werden. Über die Art, das zu konstruieren, müssen sich Fakultät und Klinikum in einem Kommunikationsvertrag und nicht in einem Unterordnungsverhältnis einigen.

Vorsitzender Ewald Groth: Ich sehe jetzt keine weiteren Wortmeldungen oder Fragen mehr. Ich darf mich bei Ihnen, meine Damen und Herren Sachverständigen, recht herzlich dafür bedanken, dass Sie uns so diszipliniert und so fundiert haben beraten können. Den Abgeordneten danke ich ganz herzlich für ihre konkreten Fragen. Sie werden erleben, wie dieses Hohe Haus weiter über dieses Gesetz berät. Für heute wünsche ich Ihnen einen guten Heimweg!

gez. Ewald Groth

Vorsitzender

be/30.10.2007/31.10.2007

288