



Stellungnahme
des Deutschen Hochschulverbandes
- Landesverband Nordrhein-Westfalen -
zum Nordrhein-Westfälischen Entwurf eines Gesetzes
zur Neuordnung der Hochschulmedizin
(Landtagsdrucksache 12/3787 - Stand 19. März 1999)
vom 13. August 1999

I. Allgemeine Vorbemerkungen

Mit dem vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Hochschulmedizin unternimmt die Nordrhein-Westfälische Landesregierung den Versuch, die Einrichtungen der Universitätsmedizin vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ressourcenknappheit rechtlich, organisatorisch und wirtschaftlich neu zu ordnen. Da die besonderen Leistungen der Hochschulmedizin in Forschung, Lehre und Krankenversorgung mit einem stetig wachsenden Kostenaufwand verknüpft sind, besteht allgemeine Einigkeit darüber, daß Universitätsklinika von bestehenden administrativen Beschränkungen entlastet und zu wirtschaftlich effizientem Handeln befähigt werden müssen. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz sind die Rahmenbedingungen für die universitäre Medizin in entscheidendem Maße verändert worden. So ist seit dem Jahre 1993 das Prinzip der Selbstkostendeckung der Krankenhäuser aufgehoben. Das Vergütungssystem nimmt nicht länger auf die konkreten Kosten eines Krankenhauses Rücksicht, sondern orientiert die Bemessung der Entgelte in zunehmendem Maße an privatwirtschaftlichen, unternehmerischen Gesichtspunkten

geführten Krankenhäusern. Diese Entwicklung wird sich mit Inkrafttreten der "Gesundheitsreform 2000" weiter fortsetzen.

Zu den Essentialia, die im Rahmen einer Organisationsreform der Hochschulmedizin aus *wissenschaftlicher Sicht* zu beachten sind, hat sich der Deutsche Hochschulverband als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin bereits geäußert. Danach bilden Forschung, Lehre und Krankenversorgung eine untrennbare Einheit, die auch künftig bei einer betriebswirtschaftlichen Verselbständigung der Klinika gewahrt bleiben muß. Die Wahl der Rechts- und Betriebsform der Klinika, z. B. als selbständige oder unselbständige Anstalten des öffentlichen Rechts, ist von zweitrangiger Bedeutung. Entscheidend ist vielmehr, die Leistungskraft der Hochschulklinika dadurch zu erhalten und zu verbessern, daß der staatliche Einfluß sich ausschließlich auf die Wahrnehmung der *Trägerverantwortung* beschränkt. Diese besteht in der Pflicht zur hinreichenden Ausstattung der Klinika mit Sach- und Personalmitteln. Demgegenüber vermag der Träger den Inhalt und den Umfang der medizinischen Wissenschaft nicht zu bestimmen. Sie gehören zum unantastbaren Kernbereich der akademischen Selbstverwaltung (vgl. Anlage).

Der Deutsche Hochschulverband - Landesverband Nordrhein-Westfalen - begrüßt es im Grundsatz, wenn den Universitätskliniken des Landes eine verstärkte Eigenständigkeit und Eigenverantwortung zuerkannt wird. Generell bedürfen hochschulmedizinische Einrichtungen einer an kaufmännischen Gesichtspunkten orientierten eigenen Wirtschaftsführung unter Orientierung an dem "Dreieck" von Leistung, Ertrag und Aufwand, wenn der Auftrag der Hochschulmedizin, eine medizinische Maximalversorgung bei gleichzeitiger Fortentwicklung des medizinisch-wissenschaftlichen Standards zu gewährleisten, erfüllt werden soll. Dazu ist festzustellen, daß es in der Vergangenheit in Nordrhein-Westfalen bereits Verbesserungen in der Wirtschaftsführung durch die Delegation von Entscheidungskompetenzen und durch eine haushaltsrechtliche Flexibilisierung gegeben hat. Jegliche Veränderung der Organisations- und

Rechtsform von Universitätsklinika hat allerdings den besonderen Status zu berücksichtigen, der durch die institutionelle und personelle Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung begründet wird. Eine Organisationsreform ist infolgedessen kein Wert an sich, sondern muß mit einer Reform der Krankenhausfinanzierung, des ärztlichen Vergütungssystems, aber auch der ärztlichen Ausbildung einschließlich des Prüfungssystems harmonisiert werden. So ist etwa pflegesatzrechtlich und -vertraglich ein Vergütungssystem mit gesonderter Einstufung der Universitätskliniken zu schaffen, da das durch das Gesundheitsstrukturgesetz und die Bundespflegesatzverordnung vorgegebene Vergütungssystem auf Krankenhäuser anderer Versorgungsstufen zugeschnitten ist. Dies gilt umso mehr, wenn die universitäre Krankenversorgung künftig nur noch monistisch, d. h. aus den Mitteln der privaten und gesetzlichen Kostenträger, finanziert werden soll.

II. Zu den einzelnen Vorschriften:

1. Zu Art. I Nr. 2 b:

Der Deutsche Hochschulverband - Landesverband Nordrhein-Westfalen - hält es für sachgerecht, den Klinischen Vorstand bei Berufungsvorschlägen für Positionen, mit denen auch Aufgaben in der Krankenversorgung verbunden sind, in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Im Klinischen Vorstand geben die Stimmen der Professorenmitglieder den Ausschlag.

2. Zu Art. I Nr. 3 a:

Mit der Streichung der Vorschrift, daß medizinische Zentren den "gesetzlichen Regelfall" bilden, bemüht sich der Gesetzentwurf um eine weitgehende Deregulierung: Jedes Universitätsklinikum soll selbst entscheiden dürfen, ob sich medizinische Einrichtungen in medizinische Zentren gliedern oder nicht. Zweifel weckt freilich die Entwurfsbegründung, daß auf diese Weise der *Entflech-*

tung der Finanzströme für Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits besonders Rechnung getragen werden kann. Die Problematik, wie sich die Kosten für Forschung, Lehre, Studium, und Krankenversorgung auf die einzelnen Budgets aufteilen lassen, besteht unabhängig von der vertikalen Organisation eines Klinikums und ist bis heute nicht abschließend geklärt. Die Anstaltslast des Landes für die Aufwendungen in der Lehre wird jedenfalls auch in Zukunft unverändert fortbestehen.

3. Zu Art. I Nr. 3 b:

Der neu eingeführte Satz 3 in § 38 Abs. 6 UG überwälzt die Entwicklung neuer Methoden der Mittelbewirtschaftung, die die gesonderte Ausweisung der Mittel für Forschung, Lehre und Studium und der Mittel für die Krankenversorgung in der erforderlichen Differenzierung ermöglichen, auf die medizinischen Einrichtungen.

Diese Regelung, die bezeichnenderweise in der Gesetzesbegründung mit keinem Wort erwähnt wird, offenbart die Hilflosigkeit des Gesetzgebers in der Sache und wird vom Deutschen Hochschulverband - Landesverband Nordrhein-Westfalen - als Ausdruck "experimenteller Normgebung" strikt abgelehnt. Die Möglichkeit der sachgerechten Entflechtung der Finanzströme für die medizinische Forschung, Lehre und Krankenversorgung harrt bis heute einer exakten Analyse oder gar eines Lösungsansatzes. Es ist inakzeptabel, den Auftrag des Gesetzgebers in dieser Weise undifferenziert an die Universität weiterzuleiten.

4. Zu Art. I Nr. 4 a:

Durch den Gesetzentwurf wird die funktionale Stellung des Klinischen Vorstands gestärkt. Insbesondere beschließt er nach § 39 Abs. 1 Nr. 5 E über die Verteilung der für die Krankenversorgung und die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens ausgewiesenen Stellen und Mittel *ohne die bisherige Be-*

teilung des Rektorats (§ 103 Abs. 1 Satz 1 UG). Vor dem Hintergrund kurzer Entscheidungswege erscheint diese Regelung aus Sicht des Deutschen Hochschulverbands - Landesverband Nordrhein-Westfalen - sinnvoll.

5. Zu Art. I Nr. 4 b:

Zu begrüßen ist nicht nur die deutliche personelle Verschlankung des Klinischen Vorstands mit Blick auf eine effektive Vorstandstätigkeit. Uneingeschränkt positiv ist das nunmehrige *volle Stimmrecht des Dekans* im Klinischen Vorstand, der bislang nur mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnahm. Auf diese Weise wird die verfassungsrechtlich geforderte (personelle) Verzahnung zwischen Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum gewährleistet.

6. Zu Art. I Nr. 5 a:

Mit der Neuregelung der Bestellung des Ärztlichen Direktors - orientiert an "Managementenerfahrungen" in der Leitung im Krankenhauswesen - versucht der Entwurf von dem bisherigen komplizierten, an einzelnen medizinischen Gebieten oder Teilgebieten orientierten Bestellungsverfahren abzugehen. Angesichts der Tatsache, daß Ärztliche Direktoren auch in Zukunft nicht in erster Linie Krankenhausmanager, sondern Forscher, Lehrer und Ärzte sein werden und sein müssen, hält es der Deutsche Hochschulverband - Landesverband Nordrhein-Westfalen - für erforderlich, daß das Rektorat seinen Vorschlag an das Ministerium zuvor nicht im *Benehmen*, sondern im *Einvernehmen* mit dem Fachbereich Medizin erstellt.

7. Zu Art. I Nr. 6:

Die in § 41 Abs. 2 E neu eingeführte beratende Mitgliedschaft des Verwaltungsdirektors im Fachbereichsrat erscheint sinnvoll, hat freilich wohl eher symbolischen Charakter, da der Kanzler dem Verwaltungsdirektor gegenüber gemäß

§ 41 Abs. 1 Satz 2 UG weisungsberechtigt ist und bleibt. Außerdem weist der Deutsche Hochschulverband - Landesverband Nordrhein-Westfalen - auf die potentiellen Schwierigkeiten hin, die sich ergeben können, wenn hochqualifizierte Verwaltungsfachleute in ein privatrechtliches Dienstverhältnis auf Zeit übernommen werden, wie dies § 41 Abs. 3 Satz 3 E vorsieht. Mit guten Gründen hat die jüngste Novellierung des Nordrhein-Westfälischen Universitätsgesetzes die Beamtenstellung des Kanzlers nicht zur Disposition gestellt.

8. Zu Art. I Nr. 9:

Die durch den Entwurf neu eingeführte *Budgetverantwortlichkeit für Abteilungsleiter* hat eher den Charakter einer allgemeinen programmatischen Festlegung als den einer unmittelbaren Rechtspflicht. Es bleibt unklar, wie die Ergebnisverantwortlichkeit konkret ausgestaltet sein soll. Die Herstellung von Ressourcenverantwortung auf Abteilungsebene bleibt solange illusionär, wie dem einzelnen Abteilungsleiter keine validen einschlägigen Informationen von Seiten des Verwaltungsdirektors bzw. des Klinikumsvorstands zur Verfügung gestellt werden, die eine entsprechende Ressourcenplanung ermöglichen. Dieses Informationsrecht sollte in Art. I Nr. 9 des Entwurfs explizit genannt werden.

9. Zu Art. I Nr. 11:

Mit der Einführung einer *Experimentierklausel* beabsichtigt das Land Nordrhein-Westfalen, an einzelnen ausgewählten Klinikstandorten im Land unterschiedliche Organisationsformen für medizinische Einrichtungen zu entwickeln und zu "testen", um insbesondere Erfahrungen mit Blick auf eine möglichst wirtschaftliche Betriebsführung zu sammeln. Die Rechtsverordnung soll dabei bestimmen, daß medizinische Einrichtungen als öffentlich-rechtliche Anstalten der Hochschule mit eigener Rechtspersönlichkeit oder in privater Rechtsform geführt werden.

Aus der Sicht des Deutschen Hochschulverbandes - Landesverband Nordrhein-Westfalen - erscheint ein derartiges Vorgehen nicht akzeptabel. Dies betrifft zunächst die Frage, ob eine Organisationsreform dieses Umfangs durch *schlichte Rechtsverordnung* unter Umgehung parlamentarischer Prinzipien realisiert werden kann. Die Auswirkungen der Reform auf die Stellung des einzelnen Hochschullehrers, aber auch auf die Hochschulen als Ganzes, sind so wesentlich, daß es einer Regelung durch Parlamentsgesetz bedarf. Aber auch inhaltlich läßt die Erprobungsklausel viele Fragen offen. So bleibt etwa unklar, wie sich die in § 45 a Abs. 2 Ziffer 4 E angesprochene Überleitung der Beschäftigten auf das verselbständigte Klinikum sowie die Ausgestaltung der einzelnen Rechtsverhältnisse vollziehen sollen, ohne die Heranbildung des medizinisch-wissenschaftlichen Nachwuchses zu gefährden. Zum einen trägt die künftige Atomisierung der Universitätsmedizin im Lande mit völlig unterschiedlichen möglichen Rechtsformen von Universitätsklinik und Fakultätsstrukturen die Gefahr in sich, *den Wechsel* und die *Mobilität des wissenschaftlichen Nachwuchses* zu behindern. Dies wird aller Voraussicht nach dazu führen, daß in einem noch nicht überschaubaren Maße *Neuberufungen* heranwachsender Hochschullehrer erschwert werden. Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf keinerlei Vorgaben dafür, welchen Änderungen der Nachwuchs im dienst- oder arbeitsrechtlichen Sinne künftig unterworfen sein wird. Dies betrifft besonders die Aufgabenwahrnehmung bei unterschiedlichen Dienstherrn (Land und Universitätsklinikum) sowie die tarifvertragliche Bindung des wissenschaftlichen Personals bei künftigen Änderungen der Rechtsform einzelner Landeskliniken.

Die Experimentierklausel erweckt den Eindruck einer gewissen Beliebigkeit und Ratlosigkeit in den zukünftigen möglichen Organisationsformen, welche für die Universitätsmedizin in Nordrhein-Westfalen zukünftig gelten können. Ein Organisations- und Finanzierungsstrukturwettbewerb an den medizinischen Hochschulstandorten in Nordrhein-Westfalen wird den Kliniken künftig keinerlei neue Finanzierungsspielräume eröffnen, sondern trägt vielmehr die Gefahr in sich, daß sich der Staat aus seiner Trägerverantwortung entweder völlig zurück-

ziehen oder diese lediglich punktuell und auf bestimmte, "marktorientierte" Teile der medizinischen Einrichtungen beschränken wird. Der Deutsche Hochschulverband - Landesverband Nordrhein-Westfalen - fordert deshalb, die Neuordnung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin nicht einer diffusen und heute noch nicht überschaubaren Regelung im Wege einer künftigen Rechtsverordnung zu überlassen, sondern - etwa wie in Baden-Württemberg - ein Hochschulmedizinreformgesetz vorzulegen, durch das eine enge institutionelle Verbindung zwischen Krankenversorgung, Forschung und Lehre hergestellt wird. Dafür bedarf es eindeutiger Fixierungen durch Parlamentsgesetz in Bezug auf die personelle Zusammensetzung des Aufsichtsrats sowie des Fakultätsvorstands.

III. Schlußbemerkung

Die Anmerkungen zum Gesetzentwurf zeigen, daß dieser aus der Sicht der betroffenen Hochschulmediziner noch einmal überdacht werden sollte. Aus Sicht der Universitäten und insbesondere der übrigen Fakultäten stellt sich die Frage, ob der Entwurf nicht zu einer strukturellen Verwerfung führen wird: Die Medizin wird zwar verselbständigt, aber die Mediziner verbleiben als Hochschullehrer auf Lebenszeit in der Universität und üben dort Mitbestimmungsrechte aus. Die übrigen Mitglieder der Universität sind demgegenüber jeglicher Einwirkungsmöglichkeit auf die Medizin beraubt. Dies mag sich in traditionellen Universitäten mit starken anderen Fächern nur geringfügig auswirken, wird aber spätestens dann spürbar, wenn ein bestimmtes Universitätsklinikum des Landes aufgrund seiner Größe und/oder fachlichen Schwerpunktsetzung eine prägende Wirkung für die Universität als Ganzes entfaltet.

Anlage zu Ziffer I der Stellungnahme

ARBEITSGEMEINSCHAFT HOCHSCHULMEDIZIN

Thesenpapier

zur Neustrukturierung und Neufinanzierung der Hochschulmedizin in Deutschland

Stand: 25. Januar 1999

1. Reformziele

Die Hochleistungsmedizin in den Universitätsklinika bedarf einer Struktur- und Organisationsreform, damit sie ihre Aufgaben auch in Zukunft angemessen erfüllen kann. Dabei sind folgende Ziele von vorrangiger Bedeutung:

- Größere wirtschaftliche Selbständigkeit und unternehmerische Freiheit der Klinika;
- Stärkung der Eigenverantwortung der Klinika;
- Trennung von operativer Verantwortung, Aufsicht und Kontrolle bei gleichzeitiger institutioneller Verklammerung von Klinikum und Fakultät;
- Reduzierung der staatlichen Steuerung;
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für medizinische Forschung und Lehre durch eine eigene Budgetausstattung der Fakultät;
- Verbesserung der Leistungsfähigkeit durch wettbewerbsorientierte externe und interne Mittelzuweisungsverfahren;
- Stärkung der Entscheidungsverfahren innerhalb der Fakultät in Form der Übertragung der operativen Verantwortung auf einen Fakultätsvorstand.

Eine Neuorganisation der Universitätsklinika ist allerdings nur mit der gesamten medizinischen Wissenschaft möglich, nicht ohne oder gegen sie. Dabei ist die gesundheitspolitische Forderung nach einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Krankenversorgung kein Selbstzweck. Forschung, Lehre und Krankenversorgung bilden eine untrennbare Einheit, die auch bei einer betriebswirtschaftlichen Verselbständigung der Klinika gewahrt bleiben muß. Die vergleichende Erprobung verschiedener Organisationsmodelle innerhalb eines Bundeslandes kann sinnvoll sein, um Erfahrungen für eine optimale Erreichung der vorgenannten Ziele zu gewinnen.

2. Rechtsform und Trägerverantwortung

Die Wahl der Rechtsform des Klinikum muß sich diesen Zielen unterordnen. Entscheidend ist, die Leistungskraft von Hochschulklinika mit ihrem umfassenden Fächerspektrum dadurch zu erhalten und zu verbessern, daß der staatliche Einfluß sich ausschließlich auf die Wahrnehmung der Trägerverantwortung beschränkt. Diese besteht in der Pflicht zur hinreichenden Ausstattung der Klinika mit Sach-, Personal- und Raummitteln, der Kontrolle ihrer Verwendung und der Koordination der strategischen Ziele der Universitätsklinika. Demgegenüber vermag der Träger den Inhalt und den Umfang der medizinischen Wissenschaft nicht zu bestimmen. Sie gehören zum unantastbaren Kernbereich der akademischen Selbstverwaltung, die lediglich der staatlichen Rechtsaufsicht unterliegt.

3. Finanzierung

Die Schaffung vom Träger finanzierter Budgets für Forschung und Lehre neben einem pflegesatzfinanzierten Budget für die Krankenversorgung ist geboten, damit Mittelzuweisungen zweckgerichtet verwendet werden. Entscheidende Bedeutung kommt dabei einem voll funktionsfähigen kaufmännischen Rechnungswesen für die Klinika zu. Die Landeszuschüsse sollen sich auf die Aufgabenbereiche von Forschung und Lehre einschließlich der dafür erforderlichen Krankenversorgung konzentrieren. Die übrige Krankenversorgung ist im wesentlichen aus dem System der Krankenversicherung zu finanzieren. Damit ist unvereinbar, daß Teilbereiche der universitären Krankenversorgung aus ausschließlich finanziellen Gründen privatisiert werden.

4. Weiterbildung

Die ärztliche Weiterbildung ist durch das System der Krankenversicherung zu finanzieren. Angesichts der zunehmenden Tendenz, die Aufgabe der Weiterbildung in hochschulexternen Einrichtungen aus Kostengründen mehr und mehr zu vernachlässigen, bedarf die Finanzierung der Weiterbildung in Universitätsklinika einer besonderen Garantie.

5. Wissenschaftliche und ärztliche Leitung

Die wechselseitige Verzahnung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung hat die besondere Position des medizinischen Hochschullehrers zu berücksichtigen, der zugleich als Forscher,

Lehrer und Leitender Arzt im Klinikum tätig ist. Er muß Mitglied der medizinischen Fakultät sein, auch wenn er künftig die Aufgaben in der Krankenversorgung aufgrund eines eigenen Dienstvertrages mit dem Klinikum wahrnehmen sollte. Als Hochschullehrer und Leitender Arzt hat er in der Krankenversorgung neben dem Klinikumvorstand Budgetmitverantwortung.

6. Wissenschaftlicher und ärztlicher Nachwuchs

Die Ausbildung und Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses gehört zum Kernbereich der universitären Medizin. Die personelle Durchlässigkeit zwischen dem Bereich von Forschung und Lehre und dem Bereich der Krankenversorgung muß gewährleistet bleiben. Der Wechsel aus der Krankenversorgung in die Wissenschaft und umgekehrt ist in den Budgets zu sichern. Bei einer Überleitung des wissenschaftlichen Personals auf ein verselbständigt Klinikum muß das korporationsrechtliche Verhältnis zwischen den wissenschaftlichen Mitarbeitern und der Universität erhalten bleiben.

7. Aufsichtsrat und Geschäftsführung

Die beabsichtigte und zum Teil schon verwirklichte Einrichtung einer Kontrollebene (Aufsichtsrat) und eine Entscheidungsebene (Klinikumvorstand) gibt den Klinika die Führungsorganisation einer Kapitalgesellschaft. Um die Einbindung der Klinika in die Organisation der Universität zu gewährleisten, werden die Mitglieder des Aufsichtsrates nur im Einvernehmen mit den universitären Gremien berufen.

8. Berufung und Anstellung

Die medizinische Fakultät garantiert die wissenschaftliche Qualität der Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Daher fallen Berufungsvorschläge (einschließlich der Entscheidung über Ausschreibungstexte) und Personalentscheidungen über wissenschaftliche Mitarbeiter, die Organisation von Forschungs- und Lehrvorhaben, der Inhalt und Ablauf von Lehrveranstaltungen sowie die Promotions- und Habilitationsbefugnisse in ihre Zuständigkeit. Vor der Entscheidung über die Berufung ist das Einvernehmen mit dem Klinikumvorstand herzustellen. Die Zuständigkeit der Universität für Struktur-, Berufungs-, Entwicklungs-, Finanz- und Bauplanungsentscheidungen im Bereich von Forschung und Lehre in den Klinika bleibt unberührt. Bei derartigen Entscheidungen kommt der Medizinischen Fakultät aufgrund ihrer Verantwortung für Forschung

und Lehre ein besonderes Gewicht zu. Die Anstellung als Leitender Arzt erfolgt im Einvernehmen mit der medizinischen Fakultät durch das Klinikum.

9. Kostendeckendes Vergütungssystem

Der Effizienzgewinn, den die Verselbständigung der Hochschulklinika bezwecken soll, wird weitgehend dadurch kompensiert, daß das durch das Gesundheitsstrukturgesetz und die Bundespflegesatzverordnung vorgegebene Vergütungssystem - mit Sonderentgelten, Fallpauschalen, Abteilungspflegesätzen, Basispflegesätzen - auf Krankenhäuser anderer Versorgungsstufen, nicht aber auf Universitätsklinika zugeschnitten ist. Daher ist pflegesatzrechtlich ein Vergütungssystem mit gesonderter Einstufung der Universitätsklinika und der von ihnen zu gewährleistenden Maximalversorgung zu schaffen. Dies gilt umso mehr, wenn die universitäre Krankenversorgung nur noch aus dem System der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden soll.

10. Hochschulbauförderung

Vor einer Verselbständigung der Universitätsklinika muß im Einzelfall gewährleistet sein, daß die konkret gewählte Rechtsform eine Förderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz zuläßt.

Die Grundsätze werden getragen von:

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Vorsitzender: Prof. Dr. Reinauer, Düsseldorf

Bundesvereinigung der Landeskonferenzen ärztlicher und zahnärztlicher Leiter von Kliniken, Instituten und Abteilungen der Universitäten und Hochschulen Deutschlands
Vorsitzender: Prof. Dr. Herberhold, Bonn

Deutscher Hochschulverband
Präsident: Prof. Dr. Schiedermaier, Bonn

Kanzler und Leitende Verwaltungsbeamte der wissenschaftlichen Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland
Vorsitzender des Arbeitskreises Hochschulmedizin: Thomas Schöck, Erlangen-Nürnberg

Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland
Präsident: Prof. Dr. Lehnert, Erlangen-Nürnberg