

Das Hamburger Modell der Gliedkörperschaft

Prof. Dr. Dr. U. Koch-Gromus

Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Herr Präsident von Jagow,
meine sehr verehrten Damen und Herren!

Während Universitätsklinika in der Vergangenheit zumeist in der Form unselbständiger Anstalten oder unselbständiger Landesbetriebe integraler Bestandteil der Universität waren, sind sie heute überwiegend in unterschiedlicher Rechtsform verselbständigt. Ziel dieser Veränderungen war vorrangig, eine eigenständige reaktionsschnelle, flexible und wirtschaftliche Betriebsführung zu ermöglichen. Die Wahl der Rechtsform wird dabei weitgehend durch die Entscheidung geprägt, welchem der beiden in der Bundesrepublik Deutschland für die Hochschulmedizin typischen Organisationsmodelle – dem „Kooperationsmodell“ oder dem „Integrationsmodell“ – gefolgt wird.

Im Kooperationsmodell findet sich eine grundsätzlich getrennte Zuweisung und Wahrnehmung der Aufgaben in der Krankenversorgung (Universitätsklinikum) einerseits und in der Forschung und Lehre (Medizinische Fakultät/Universität) andererseits unter jeweils eigenen Leitungsstrukturen. Durch diese Trennung der Aufgaben und deren Unterordnung unter verschiedene rechtlich selbständige Entscheidungsträger soll die angestrebte flexible unternehmerische Führung der im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern stehenden Universitätsklinika erreicht werden unter gleichzeitiger Sicherung einer weitgehenden Autonomie der Fakultät in Fragen der Forschung und Lehre. Dieses Modell trägt in sich die Gefahr des Auseinanderdriftens beider strukturell getrennter Aufgabenbereiche. Durch gesetzliche Regelungen zur Zusammenarbeit sowie durch Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Universitätsklinikum einerseits und der Fakultät bzw. Universität andererseits soll diesem Risiko entgegengewirkt werden. Das

Kooperationsmodell ist derzeit das in den Bundesländern vorherrschende Organisationsmodell der Hochschulmedizin, das in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein vorgegeben ist.

Im Integrationsmodell findet sich demgegenüber eine organisatorische Verflechtung aller Aufgabenbereiche der Universitätsmedizin – also der Krankenversorgung, Forschung und Lehre. Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum bilden dabei in der Regel eine gemeinsame Rechtseinheit, zumeist in Form einer Körperschaft öffentlichen Rechts. Fakultät und Klinik werden somit „unter einem Dach“ mit einem gemeinsamen Leitungsorgan betrieben. Dabei gibt es bezüglich Form und Ausmaß dieser Integration in den Bundesländern, die diesem Modell folgen, durchaus erhebliche Unterschiede.

Die Verbindung der Hochschulmedizin zur Universität, der die Medizinische Fakultät zugeordnet ist, wird in Form einer „Gliedkörperschaft“ oder „Teilkörperschaft“ der Universität geregelt. Dem Integrationsmodell sind derzeit die Universitätsklinika in den Ländern Berlin, Hamburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen zuzuordnen.

„Die Hamburger Lösung“

Die Freie und Hansestadt Hamburg hat mit dem Gesetz zur Neustrukturierung des Universitätskrankenhauses Eppendorf (UKEG) aus dem Jahre 2001 sowohl die Beziehung der Krankenversorgung zur Medizinischen Fakultät wie auch die der Medizinischen Fakultät zur Universität neu geregelt.

Danach ist das UKE eine Körperschaft öffentlichen Rechts bestehend aus der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg und dem Klinikum. Die strukturelle Lösung versteht sich im Sinne eines Integrationsmodells. Das UKE nimmt damit Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre einheitlich wahr. Mit der gewählten strukturellen Lösung wird eine rechtliche Trennung von Fakultät und Klinikum hier anders als beim Kooperationsmodell vermieden.

Die Fakultät ist zugleich eine – rechtlich selbständige – Gliedkörperschaft der Universität. Innerhalb der Universität ist die Fakultät damit kein normaler Fachbereich. Sie hat entsprechend dem UKE-Gesetz eine Sonderstellung. Das Präsidium der Universität Hamburg hat gegenüber dem UKE-Vorstand

keine Weisungsrechte. Die Entscheidungs- und Beteiligungsrechte der Universitätsorgane sind für den Bereich des UKE begrenzt auf übergreifende Angelegenheiten der akademischen Selbstverwaltung, Wahl zu akademischen Gremien, Einzug und Verwendung von Studiengebühren, Einzelfragen in Berufungsverfahren (Gender), Auswahlverfahren bei zulassungsbeschränkten Studiengängen, Beantragung von SFBs.

Die Medizinische Fakultät verfügt über ein eigenes Satzungsrecht in Angelegenheiten von Lehre und Forschung und ist mit dem Betriebsteil Klinikum in integrativer Weise verzahnt: Vorstandsmitglieder im Fakultätsrat und im Dekanat, Dekane und Prodekanen im Vorstand, Herstellung von Benehmen bei der Besetzung von Leitungspositionen der Kliniken, Institute und Abteilungen (Benehmen zwischen Dekanat und Vorstand, Herstellung von Einvernehmen bei Berufungen und Strukturveränderungen wie Zentrenzusammensetzung, Klinikgründungen).

Der **Vorstand** des UKE besteht aus 4 Mitgliedern: Ärztlicher Direktor (Sprecher), Kaufmännischer Direktor, Pflegedirektorin und Dekan der Medizinischen Fakultät. Seine Aufgaben: Leitet Klinikum, Budgetverteilung, Krankenhaushygiene, Qualitätssicherung. Der Vorstand übernimmt für die Medizinische Fakultät die Verwaltungsaufgaben (insbesondere Personal und Wirtschaftsverwaltung) nach Maßgabe der Mittel und der Entscheidung der Fakultätsorgane.

Das **Kuratorium** des UKE (im Sinne eines Verwaltungsrates) berät den Vorstand und überwacht dessen Geschäftsführung und kontrolliert die Umsetzung der Betriebsziele des Klinikums einschließlich der Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät und des Auftrags zur Gewährleistung von Lehre und Forschung. Insofern haben der Hochschulrat der Universität Hamburg, und das Präsidium der Universität Hamburg eher „nachrichtliche“ Rechte. Die Präsidentin der Universität ist aber qua Amt Mitglied des Kuratoriums des UKE.

Nachfolgend einige Spezifikationen zu Rollen und Interaktionen im Rahmen des Hamburger Modells während der letzten sechs Jahre.

Historisch:

Das gewählte Modell war Wunschkind des Kollegiums und Fakultät, später unterstützt durch den Präsidenten der Universität gegen den Wunsch des Ministeriums (Kooperationsmodell); Einigung dann auf das spezielle Integrationsmodell.

Die Grundidee war: modellhaftes Gleichgewicht zwischen KV und F und L, und damit Dekan und ÄD. Die inhaltliche Nähe zwischen Forschung/patienten-bezogener Lehre und KV wurde als wichtiger eingeschätzt als die Kooperation zu anderen Fächern der Universität

Die Rollendefinition und Aufgabenverteilung im Vorstand ist in wesentlichen Grundzügen im UKEG festgelegt. Allerdings läßt das Gesetz in einigen wichtigen Bereichen Gestaltungs- und Interpretationsräume zu. Die reale Aufgabenteilung ist darüber hinaus sicher auch abhängig von den Neigungen und Befähigungen der Vorstandsmitglieder selber.

Nachfolgend sei nur auf zwei Positionen kurz eingegangen: die des Ärztlichen Direktors und die des Dekans:

(Leitender) Ärztlicher Direktor

Der Ärztliche Direktor ist verantwortlich für die Krankenversorgung. Dazu gehört die strategische Planung wie auch die organisatorische Verantwortung für die medizinische Versorgung. Der Ärztliche Direktor ist Vorgesetzter des ärztlichen Diensts und zuständig für die Bereiche Qualitätsmanagement und Recht. In seiner gleichzeitigen Funktion als Vorstandsvorsitzender obliegt ihm auch die Zuständigkeit für die Bereiche strategische Planung und interne Revision und darüber hinaus die Vertretung des Universitätsklinikums nach innen und außen, dazu gehört auch die Zuständigkeit für die Unternehmenskommunikation. Diese Funktionsbeschreibung trifft auf viele Universitätsklinika zu. Im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf trägt der Ärztliche Direktor auch direkte operative Verantwortung für die Bereiche der Informationstechnologie sowie des OP-Managements.

Dekan

Die Aufgaben des Dekans sind in allen Universitätsklinika vergleichbar. Im strategischen Bereich ist der Dekan zuständig für sämtliche akademischen

Grundsatzangelegenheiten. Dazu zählen die Struktur- und Zielplanung für Forschung und Lehre einschließlich der Qualitätssicherung ebenso wie die mittelfristige Aufgaben- und Finanzplanung für die Bereiche Forschung und Lehre.

Der Dekan leitet den Fakultätsrat und zeichnet verantwortlich für die Vorbereitung der Entscheidungen durch den Fakultätsrat. Über die Dekanatsverwaltung verteilt er die im Wirtschaftsplan für die Ausgaben in Lehre, Studium und Forschung ausgewiesenen Mittel entsprechend der von seinem Dekanat und der Fakultät beschlossenen Verteilungsschlüssel.

Positionen und Interaktionsprozesse im Vorstand

Der Position des Ärztlichen Direktors kommt wie in den meisten anderen Uniklinika auch nach UKEG eine hervorgehobene Rolle zu. Dies unterstützen auch seine Aufgabendefinition und seine Verantwortlichkeit für die Außenvertretung. Bei kritischen Entscheidungen könnte er zudem diese mit der ihm eingeräumten Stichstimme in seinem Sinne entscheiden. Um den strukturell definierten und durch die Funktionsausübung in Nebentätigkeit noch verstärkten Positionsnachteil des Dekans zumindest partial auszugleichen, wurde 2007 das Dekansamt zum ersten Mal hauptamtlich besetzt.

Der Dekan befindet sich aufgrund seiner regelhaften „Doppelfunktion“ als (vorsitzendes) Mitglied des Fakultätsrats einerseits und Mitglied des Vorstands des Universitätsklinikums andererseits in einem besonderen Spannungsverhältnis. Denn der Fakultätsrat richtet an ihn in hohem Maße die Erwartung und Forderung, in seiner Rolle als Vorstandsmitglied die Position des Fakultätsrats durchzusetzen. Die Frage, die auch im Hamburger Vorstand immer wieder diskutiert wird - sind die Vorstandsmitglieder Interessensvertreter ihrer Anspruchsgruppen oder wird dieses eher eng gefaßte Amtsverständnis ersetzt durch einen Ansatz, in dem die Gesamtverantwortung für das Unternehmen Universitätsklinikum im Vordergrund steht. Dabei trägt jedes Vorstandsmitglied Verantwortung für die Gesamtleistung und damit auch für die von anderen Vorstandsmitgliedern verantworteten Aufgaben und Bereiche. Eine solche, nicht mehr durch die Vertretung von Individualinteressen geprägte Amtsführung, ermöglicht neben der direkten Abstimmung auch andere Formen der Entscheidungsfindung, wie z. B. das Konsensprinzip.

Dieses im UKE-Vorstand etablierte Verfahren bedeutet, daß solange um einen Kompromiß gerungen wird, bis zumindest keines der Vorstandsmitglieder gegen eine Entscheidung votiert. De facto hat damit jedes Vorstandsmitglied ein Vetorecht. Seit Oktober 2003 sind sämtliche Entscheidungen im Vorstand des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Konsens getroffen worden.

Als Möglichkeit der **Konfliktregelung** zwischen Vorstandmitgliedern wie auch zwischen Fakultät und Vorstand sieht das Hochschulgesetz einen Schlichtungsausschuß (ärztlicher Direktor, Dekan, Universitätspräsidentin und Senatorin als Vertreterin des Kuratoriums) vor. Dies wurde in den letzten 6 Jahren nicht mehr als dreimal angerufen.

Fazit

Nachfolgend sollen einige Vorteile sowie auch Probleme, die sich aus der in Hamburg eingeschlagenen Entwicklung ergeben, resümiert werden. Dazu ist anzumerken, daß diese keineswegs immer kausal auf das verfolgte Modell zurückzuführen sind. Meiner Ansicht nach wird bei der Diskussion um geeignete Strukturmodelle den personenspezifischen Faktoren zu wenig Bedeutung beigemessen. Natürlich verzichte ich auf zu intime Einblicke in die selbstverständlich auch am UKE permanent stattfindenden schwierigen Interaktionsprozesse.

Die Geschwindigkeit der Entscheidungsfindung hat deutlich zugenommen, dafür sorgt der wöchentliche Rhythmus der Vorstandssitzung mit umgehender Kommunikation, in Form von veröffentlichten Protokollen, was auch die Transparenz gesteigert haben dürfte.

Die angestrebte ökonomische Sanierung ist stark fortgeschritten. Das UKE erwartet im nächsten Jahr einen ausgeglichenen Haushalt.

Dem UKE ist während der letzten sechs Jahre eine grundlegende bauliche Sanierung gelungen (neues Klinikum, Campus Forschung, Campus Lehre). Neue Projekte wie der Neubau der Psychiatrie und der Kinderklinik sind geplant. Die dem UKE zugestandene Bauherreneigenschaft hat das Prozeßgeschehen erheblich erleichtert.

Eine Besonderheit des HH-Modells ist die eigene Dienstherrenfähigkeit für das Personal. Dies gibt dem UKE und der Fakultät eine hohe Autonomie z. B. bei Berufungen, die vom Dekan vorgenommen werden. Verglichen mit

der Universität läuft dieser Prozeß an der Medizinischen Fakultät verschlankt und beschleunigt.

Eine wesentliche Säule der Autonomie der Fakultät ist die Etathoheit, die den Gestaltungsspielraum erheblich erhöht.

Im akademischen Bereich wirkt sich dies Autonomie nach unserer Einschätzung bei verschiedenen Aktivitäten positiv aus: Einzelne lehr- wie forschungsbezogene Innovationen (z. B. LOM-Lehre und -Forschung) konnten wegen des fehlende Kooperations- und Abstimmungszwangs schneller realisiert werden. Auch Ansätze zur Studienreform in der Medizin wurden tendenziell erleichtert. Verträge mit anderen Einrichtungen, z. B. klinischen Einrichtungen und Lehrpraxen, waren wesentlich einfacher und schneller realisierbar.

In der Drittmittelinwerbung gibt es ebenfalls mehr Flexibilität wegen entfallender Restriktionen. Industriekooperationen wurden erleichtert und werden entspannter und erfolgreicher realisiert.

Probleme und Schwierigkeiten

Das ursprünglich vom Kollegium des UKE angestrebte Gleichgewicht zwischen Klinik und akademischen Anliegen wurde nicht realisiert: Dominanz der Ökonomie in der Krankenversorgung gegenüber Forschung und Lehre, und des ÄD gegen über dem Dekan (bereits strukturell s. o.).

Die ökonomische Orientierung hat nach dem Eindruck vieler Hochschullehrer die Anliegen von Forschung und Lehre stärker in den Hintergrund gerückt. Dies war Ursache von einer Reihe von gravierenden Konflikten, z. B. im Rahmen von Berufungsverfahren. Nach fast Erreichen eines ausgeglichenen Haushalts rückt das Thema „Stärkung von Forschung und Lehre“ inzwischen deutlich in den Fokus der Diskussion, nachhaltig durch die Politik gefördert.

Die Frage, ob im Rahmen des am UKE praktizierten Budgetierungssystems über die Zentren, die Mittel für Forschung und Lehre im vollen Umfang im Sinne ihrer Zweckbestimmung Verwendung finden, ist eine andauernde und schwierige Diskussion, die nicht in jedem Detail geklärt ist. Favorisiert wird auch weniger der Begriff der Trennungsrechnung, sondern der der Transparenzrechnung. Man muß hierzu feststellen, daß das Integrationsmodell bereits strukturell die Trennungsrechnung erschwert. Sie ist ideell nicht in ihr angelegt.

Ein Problem stellt auch das Nebeneinander von Landeshochschulgesetz und UKE-Gesetz dar. Es gilt das Prinzip, daß auch für die Medizinische Fakultät das Landeshochschulgesetz gilt, sofern das UKE-Gesetz nicht etwas anderes regelt. Hier ist die gegenwärtige Systematik noch nutzerunfreundlich.

Die doppelte Verankerung der Fakultät sowohl im Universitätsklinikum wie auch in der Universität schafft eine Reihe von Abstimmungs- und potentiellen Interaktionsproblemen, z. B. die fehlende Verankerung der Medizinischen Fakultät im Struktur- und Entwicklungsplan der Universität.

Unsere jetzige Universitätspräsidentin favorisiert – anders als ihr Vorgänger – das Kooperationsmodell. Meine Einschätzung: Wenn morgen eine Abstimmung über die beiden Modelle stattfinden würde, würden sich die Kollegen des UKE, trotz der angesprochenen Probleme, sehr eindeutig für das Hamburger Integrationsmodell aussprechen.

Diskussion

Prof. **Bitter-Suermann** schlägt vor, an dieser Stelle keine Grundsatzdiskussion zu führen, sondern die Modelle der Verankerung von Medizinischer Fakultät, Universitätsklinikum und Universität mit den Vertretern der Politik in der nachfolgenden Podiumsdiskussion zu diskutieren.

Prof. **Saß** merkt an, daß die Modelle nicht so antagonistisch gegenüberstehen, wie der Eindruck aus den Beschreibungen es scheinen ließ. Alle Modelle gleichen sich in der Gesamtverantwortung des Vorstandes für alle drei Geschäftsbereiche, Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Die Position des Dekans unterscheidet sich allerdings von der der beiden anderen Vorstandsmitglieder (Ärztlicher Direktor und Kaufmännischer Direktor), denn der Dekan wird durch die Medizinische Fakultät gewählt.

