wzw wissenschaftszentrum
sachsen-anhalt
lutherstadt wittenberg

WZW-ARBEITSBERICHTE 1/2013

Unterfinanzierte Hochschulmedizin? Universitätsmedizin zwischen Neuorganisation und Privatisierung

Beiträge des Workshops am 10.12.2012 in Magdeburg

Unterfinanzierte Hochschulmedizin? Universitätsmedizin zwischen Neuorganisation und Privatisierung

Beiträge des Workshops am 10.12.2012 in Magdeburg

WZW Wissenschaftszentrum Sachsen-Anhalt

Wittenberg 2013

Inhaltsverzeichnis

Hochschulmedizin und Finanzierung der Hochschulmedizin in Sachsen-Anhalt..... 5

Bericht zum Workshop am 10. Dezember 2012 in Magdeburg
Dr. Gisa Austermühle und Uwe Paul, Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft des Landes Sachsen-Anhalt..... 5

Themenbereich 1: Organisationsformen der Hochschulmedizin 15

Integrationsmodell oder Kooperationsmodell? Personalfragen bei der Organisationsumwandlung
Axel Groeger, Rechtsanwalt, Bonn..... 15

Hochschulmedizin: Kooperations-, Integrationsmodell, Stiftung Hochschulmedizin
Prof. Dr. Klaus Ferdinand Gärditz, Universität Bonn..... 37

Erfahrungen mit praktischen Auswirkungen eines Organisationsmodells nach Umwandlung
Prof. Dr. Heyo K. Kroemer, Universität Göttingen..... 49

Themenbereich 2: Finanzierungsfragen und betriebswirtschaftliche Auswirkungen der Organisationsmodelle..... 71

Betriebswirtschaftliche Auswirkungen und Sicherung von Investitionen im Integrationsmodell
Gunter Gotal, Verband der Universitätsklinika Deutschlands..... 71

Chancen und Risiken einer Beteiligung von Privaten an der Finanzierung von Universitätsklinika aus Sicht des VUD
Ralf Heyder, Verband der Universitätsklinika..... 79

Chancen und Risiken einer Beteiligung aus Sicht eines privaten Krankenhausbetreibers
Prof. Dr. Ralf Kuhlen, Helios Kliniken..... 93

Themenbereich 3: Steuerrecht und steuerliche Auswirkungen der Organisationsmodelle 111

Steuerrecht im Integrationsmodell und Kooperationsmodell im Vergleich
Michael Tustanowski, KPMG..... 111

Anhang 139

Ablauf
Referenten
Teilnehmer
Länderübersicht zum Hochschulmedizingesetz

Hochschulmedizin und Finanzierung der Hochschulmedizin in Sachsen-Anhalt

Bericht zum Workshop am 10. Dezember 2012 in Magdeburg

Dr. Gisa Austermühle und Uwe Paul[1], Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft des Landes Sachsen-Anhalt

[1] Frau Dr. Austermühle ist die für Hochschulrecht, Hochschulgesetzgebung – einschließlich Medizinrecht - zuständige Referentin im Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft des Landes Sachsen-Anhalt. Herr Paul ist im gleichen Referat m.d.W.d.G. des Referatsleiters betraut. Die folgenden Ausführungen stellen allein ihre persönliche Meinung dar.

In der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU und SPD in der 6. Legislaturperiode des Landtages von 2011 bis 2016 ist eine Novelle des derzeitig existierenden Hochschulmedizingesetzes[2] vorgesehen.[3] Zur Vorbereitung dieser Novelle diente dieser Workshop. Diese Veranstaltung reihte sich damit in die Tradition des Landes Sachsen-Anhalt ein, bei wichtigen Änderungen im Bereich der Hochschulmedizin externen Sachverstand in geeigneter Form zu nutzen.[4]

Anlass für die Veranstaltung war weiterhin die sich bundesweit verschlechternde wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser. Nur rund die Hälfte von ihnen erwirtschaftet ausreichend hohe Erträge, um ihre Unternehmenssubstanz zu erhalten. Auch langfristig werden die Kosten voraussichtlich stärker steigen als die Erlöse. [5]

Die Jahresergebnisse der letzten Jahre der Universitätsklinika in Sachsen-Anhalt zeigen, dass sich der Gewinn jährlich verringerte und das Universitätsklinikum Halle (Saale) im Jahr 2011 ein negatives Jahresergebnis erzielte. Für das Jahr 2012 erwartet auch das Universitätsklinikum Magdeburg ein negatives Jahresergebnis.

Durch die verschiedenen Aufgaben in der Hochschulmedizin - auf der einen Seite die Krankenversorgung und auf der anderen Forschung und Lehre[6] - ist dieser Bereich des Wissenschaftsrechts geprägt durch komplexe bundes- und landesrechtliche Verschränkungen.[7]

[2] Zum derzeitigen Hochschulmedizingesetz in Sachsen-Anhalt: Reich, Andreas, Hochschulmedizingesetz Sachsen-Anhalt, Kommentar, 2005; Welz, Joachim, Sachsen-Anhalt, in: Hailbronner/Geis, Hochschulrecht in Bund und Ländern, Mai 2012, Rdn. 370 – 413.

[3] Sachsen-Anhalt geht seinen Weg – Wachstum, Gerechtigkeit, Nachhaltigkeit – Vereinbarung der CDU Landesverband Sachsen-Anhalt und der SPD Landesverband Sachsen-Anhalt über die Bildung einer Koalition in der sechsten Legislaturperiode des Landtages von Sachsen-Anhalt 2011 -2016, Magdeburg 2011, Punkt 2.3 Hochschule-Hochschulmedizin, S. 24

[4] Als Beispiele: Wünscher, Gerhard (Red.), Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin in Sachsen-Anhalt (Dokumentation der Leucorea, Sektion Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Bd. 1), Halle/Saale 1996; Arbeitsgruppe Hochschulmedizin des Kultusministeriums Sachsen-Anhalt, Bericht und Empfehlungen, Magdeburg 2003; Niederschrift über die 48. – öffentliche - Sitzung des Ausschusses für Bildung und Wissenschaft des Landtages von Sachsen-Anhalt – Vierte Wahlperiode – vom 19. Januar 2005 in Wittenberg

[5] Politikbrief „Argumente und Lösungen der deutschen Universitätsklinika“ des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) 02/2012, S. 2 ff.; Albrecht, Michael; Kroemer, Heyo K.; Strehl, Rüdiger, Finanzierung der Universitätsmedizin. An der Grenze der Belastbarkeit, Deutsches Ärzteblatt Jg. 110, 2013, S, 65 ff. ; Stellungnahme der Deutschen Ärztekammer „Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, S. 337 ff..

[6] Dieses ist kein neues Phänomen und führte in der Vergangenheit auch zu vollkommen getrennten Darstellungen, als Beispiel: Küchler, Friedrich/Braun, Albrecht Ernst/Weber, August Karl, Das Verfassungs- und Verwaltungsrecht des Großherzogthums Hessen, Bd. II, Darmstadt 1894, S. 578 ff.; Bd. IV, Darmstadt 1896, S. 205 f., 217; siehe auch das Fehlen bei Köttgen, Arnold, Deutsches Universitätsrecht, Tübingen 1933

Es konnten folgende Referenten gewonnen werden: Prof. Dr. Heyo Kroemer, Vorstand Forschung und Lehre und Sprecher des Vorstands der Universitätsmedizin Göttingen, Rechtsanwalt Axel Groeger, Kanzlei Redeker, Sellner, Dahs in Bonn, Prof. Dr. Klaus Ferdinand Gärditz, Lehrstuhl für Öffentliches Recht der Universität Bonn[8], Gunter Gotal, Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Greifswald, Ralf Heyder, designierter Generalsekretär des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands (VUD), Prof. Dr. Ralf Kuhlen, Geschäftsführer Medizin der Helios Kliniken GmbH und Michael Tustanowski, KPMG. Es waren u.a. Vertreter der Staatskanzlei, des Ministeriums der Finanzen, des Ministeriums für Arbeit und Soziales, des Landesrechnungshofes, der Krankenkassen, der Personalräte, Gewerkschaften, Studierendenvertreter, die wissenschaftspolitischen Sprecher und Mitglieder des Ausschusses für Wissenschaft und Wirtschaft, Vertreter des Wissenschaftsrates und der Wissenschaftsministerien anderer Bundesländer eingeladen.

Es wurden folgende Themen diskutiert:

- Grundsätzliche organisatorische Fragen der Zusammenarbeit zwischen Klinikum und Fakultät aus rechtlicher Sicht einschließlich der rechtlichen Bewertung von Personalfragen bei Umwandlung von Organisationsformen,
- praktische Erfahrungen bei der Umwandlung von Organisationsformen und deren wirtschaftlichen Auswirkungen - insbesondere an Hand der Beispiele aus Mecklenburg-Vorpommern und der Universitätsmedizin Göttingen als Teil der Stiftungsuniversität Göttingen,
- Chancen und Risiken einer Beteiligung von Privaten an der Finanzierung von Universitätsklinika sowohl aus Sicht des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands als auch eines privaten Betreibers (HELIOS Kliniken GmbH) und
- als Sonderthema die steuerrechtlichen Probleme[9], die bei den hauptsächlich bestehenden Organisationsmodellen, dem sog. Integrations- und dem Kooperationsmodell, auftreten[10].

---

[7] Kingreen, Thorsten/Banafsche, Minou/Szabados, Tibor, Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, WissR Bd. 40 (2007), S. 283 ff.

[8] Herr Prof. Dr. Gärditz konnte aufgrund der Wetterbedingungen nicht persönlich teilnehmen und hatte seinen Vortrag kurzfristig schriftlich den Teilnehmern zum Termin zur Verfügung gestellt.

[9] Zu diesem Bereich siehe insb. AG Fortbildung im Sprecherkreis der deutschen Universitätskanzler (Hrsg.), Steuert das Steuerrecht die Hochschulmedizin? (Fortbildungsprogramm für die Wissenschaftsverwaltung - Materialien Nr. 98), Weimar 2009; allgemein für den Bereich Hochschulen: Walz, Rainer W./Wulff, Jana, Zentrale Probleme der Besteuerung von staatlichen Hochschulen, WissR Bd. 37 (2004), S. 26 ff.

[10] Vereinfacht sind beim Integrationsmodell die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum in der gleichen Organisationseinheit zusammengefasst; beim Kooperationsmodell gibt es eine Organisationseinheit Universitätsklinikum und davon getrennt und der Universität direkt zugeordnet die Medizinische Fakultät. Diese Modelle sind jedoch hochschulpolitisch sehr umstritten; Stichwort: Abtrennung der Hochschulmedizin von der Universität, siehe Anderbrügge, Klaus, Zum Verhältnis von Universität, Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum nach nordrhein-westfälischem Hochschulrecht, in: ders./Epping, Volker/Löwer, Wolfgang,

Als erster Referent sprach *Herr Rechtsanwalt Axel Groeger* in seinem Vortrag *„Integrations- oder Kooperationsmodell? Personalfragen bei der Organisationsumwandlung“* Rechtsfragen der Überleitung von Personal u.a. im Fall einer Reintegration der Universitätsmedizin in die Universität und im Fall einer materiellen Privatisierung des Universitätsklinikums an. Er gelangte u.a. zu dem Ergebnis, dass bei einer Integration die Universitätsmedizin als rechts- oder teilrechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts eine eigenständige Arbeitgebereigenschaft besitze. Das Personal dürfe ohne Widerspruchsrecht von der Fakultät bzw. dem Universitätsklinikum auf die jeweilige Körperschaft „Universitätsmedizin“ übergeleitet werden. Die Körperschaft trete in die Rechte und Pflichten sämtlicher Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse zum Klinikum bzw. zur Universität ein. Bei einer eingeschränkten materiellen Privatisierung des Universitätsklinikums (bis zu 49 %), d.h. beim Übergang in eine GmbH mit mindestens 51 % öffentlicher Beteiligung vertrat er die Ansicht, dass ein Widerspruchsrecht der Beschäftigten gegen den Übergang der Beschäftigungsverhältnisse auf die GmbH mit der Folge einer möglichen Rückkehr der widersprechenden Beschäftigten in den Landesdienst nicht erforderlich sei.

Herr *Prof. Dr. Klaus Ferdinand Gärditz* diskutierte in seinen schriftlich vorgelegten Ausführungen *„Hochschulmedizin, Kooperationsmodell, Integrationsmodell, Stiftung Hochschulmedizin“* die Vor- und Nachteile der etablierten Formen der Hochschulmedizin. Das Kooperationsmodell hält er gegenüber dem Integrationsmodell für vorzugswürdig, da es durch die organisationsrechtliche Trennung von Fakultät und Klinikum den divergierenden Interessen von Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits Rechnung trage und die dienende Rolle der Krankenversorgung verdeutliche. Er lobte in diesem Zusammenhang besonders auch die in Sachsen-Anhalt gewählte Konstruktion. Im Integrationsmodell hingegen erfordere jede Entscheidung eines Leitungsorgans eine Abwägung zwischen Interessen der Wissenschaft und der Krankenversorgung. Er sieht eine Gefahr dieses Modells darin, dass Konflikte zu Lasten von Forschung und Lehre und zu Gunsten der Krankenversorgung auf Grund ihrer finanziellen Bedeutung, öffentlichen Wahrnehmung und Politisierbarkeit gelöst würden. Er sieht ferner die Möglichkeit einer Herauslösung der Hochschulmedizin aus dem akademischen Fächerkanon der Universität mit möglichen Nachteilen für gemeinsame interdisziplinäre Projekte. Er geht schließlich auf das Stiftungsmodell „Hochschulmedizin“ ein, das in den Varianten einer Stiftung „Universitätsklinikum“ als modifiziertes Kooperationsmodell einerseits und der Stiftung „Hochschulmedizin“ als Trägereinrichtung von Fakultät und Klinikum entsprechend dem Integrationsmodell andererseits denkbar ist. Das Land werde aber auch beim Stiftungsmodell nicht umhin kommen, weiterhin Hilfszahlungen aus dem Landeshaushalt zu leisten, was dem eigentlichen Stiftungsgedanken nicht entspreche. Die Erwartung, dass private Investoren oder Mäzene eher einer Stiftung als einer Körperschaft Gelder übertragen, würde sich ebenfalls nicht erfüllen. [11]

Dienst an der Hochschule – Festschrift für Dieter Leuze zum 70. Geburtstag, Schriften zum Öffentlichen Recht, Bd. 906, Berlin 2003, S. 1 f.

[11] Zur Vertiefung für den Bereich Hochschulmedizin: Gärditz, Klaus Ferdinand, Hochschulorganisation und verwaltungsrechtliche Systembildung, (Jus Publicum Bd. 182), Tübingen 2009, S. 587 ff.

Prof. Dr. Heyo K. Kroemer ging in seinem Vortrag *„Erfahrungen mit praktischen Auswirkungen eines Organisationsmodells nach Umwandlung“* zunächst auf die möglichen Ursachen der problematischen Gesamtsituation der Hochschulmedizin ein wie z.B. degressive Landeszuführungsbeträge, Nichtberücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Universitätsmedizin in der Fallpauschalenvergütung nach DRG-System, Abschaffung des Hochschulbauförderungsgesetzes, Wegfall der direkten Förderung der Hochschulen durch den Bund im Rahmen der Föderalismusreform und die Einführung der Schuldenbremse durch Art. 109 Abs. 3 GG. Die Wahl der Rechtsform und seine inhaltliche Ausgestaltung spielten eine nicht zu unterschätzende Rolle für eine erfolgreiche Hochschulmedizin. Er warnte allerdings vor der Übernahme von Modellen ohne kritische Prüfung. Die jeweiligen Betroffenen müssten sich mit dem ihnen am besten erscheinenden Modell identifizieren können. In Mecklenburg-Vorpommern wurde im Jahr 2011 das Integrationsmodell eingeführt und die bis dahin als Anstalten des öffentlichen Rechts geführten Universitätsklinika als öffentlich – rechtliche Teilkörperschaften „Universitätsmedizin“, in die jeweilige Universität eingegliedert. Als positiv habe sich u.a: die einheitliche Leitung von Forschung und Lehre und Krankenversorgung durch einen Vorstand und die Zugehörigkeit von Mitgliedern der Hochschulleitung zu diesem Vorstand (Kanzler ist mit beratender Stimme Mitglied im Klinikumsvorstand) erwiesen. Er empfiehlt dringend, das Klinikum nicht als rechtlich unselbständigen Teil der Medizinischen Fakultät (z.B. LHO-Betrieb) zu errichten. Eine mögliche Gefahr des Integrationsmodells sieht er in einer Abtrennung der Hochschulmedizin von der Universität. Abschließend ging er auf das Integrationsmodell in Stiftungsform am Beispiel der Stiftung Universitätsmedizin als Teil der Stiftungsuniversität Göttingen ein. Dieses Modell sei vorstands- und weniger gremienorientiert und durch eine relative Staatsferne geprägt.

Anschließend erörterte *Herr Gunter Gotal* das Thema *„Betriebswirtschaftliche Auswirkungen und Sicherung von Investitionen im Integrationsmodell“*. Die Einführung der Integration in Greifswald habe zu einer positiven Entwicklung der Universitätsmedizin geführt. Motivationen für die Reintegration seien die Gewinnung größerer unternehmerischer Freiheit in Forschung, Lehre und Krankenversorgung (insbesondere Erlangung der Bauherreneigenschaft, Kreditfähigkeit und Haushaltsautonomie) und die Vermeidung von Doppelstrukturen in den Bereichen Personal und Finanzen gewesen. Er wies auf die Möglichkeit der privaten Mitarbeiterbeteiligung am Stammkapital der Körperschaft Universitätsmedizin in Mecklenburg-Vorpommern (Eigenbeteiligungsmodell) hin. Die Reintegration in Mecklenburg-Vorpommern habe schließlich zur einheitlichen Anwendung des TV-L für die Beschäftigten der Universitätsmedizin geführt. Er wies auf die Notwendigkeit einer klaren Trennung der Förderung von Investitionen für die Krankenversorgung einerseits und die Lehre und Forschung andererseits und die konsequente Fortführung der Trennungsrechnung im Integrationsmodell hin.

Herr *Ralf Heyder erläuterte schon zu Beginn seines Referates „Chancen und Risiken einer Beteiligung von Privaten an der Finanzierung von Universitätsklinika aus Sicht des VUD“* mögliche Formen einer privaten Beteiligung, z.B. public private partnership, Teilprivatisierung in Form einer privaten Minderheitsbeteiligung, Privatisierung einzelner klinischer Einheiten, Vollprivatisierung des Klinikums bzw. des Klinikum und der Fakultät. In den Vordergrund seines Vortrags stelle er die

materielle Vollprivatisierung des Universitätsklinikums. Vor jeder Privatisierungsentscheidung seien die Chancen und Risiken für den privaten Investor und für das Land sorgfältig zu bewerten und gegeneinander abzuwägen. Er wies auf die Risiken einer vollständigen materiellen Privatisierung eines Universitätsklinikums hin. Es sei sehr zweifelhaft, ob angesichts der Scherenproblematik in der Krankenhausfinanzierung und der Sonderaufgaben der Universitätsklinika, die im DRG-Finanzierungssystem nicht ausreichend ausgeglichen werden, der private Investor auf Dauer in der Lage sei, das Universitätsklinikum langfristig ohne eine Unterstützung aus Landesmitteln zu betreiben. Vielmehr bestehe die Gefahr, dass das Land die finanzielle und politische Verantwortung für das Universitätsklinikum behalte, ohne jedoch - über Rechtsaufsicht und Mitgliedschaft im Aufsichtsrat - ausreichende Aufsichts- und Eingriffsrechte zu besitzen. Vor einer Privatisierung sei deshalb ein fundiertes Betriebskonzept unerlässlich. Er sieht weiterhin die Gefahr, dass der private Partner mit den Spezifika der Leitung eines Universitätsklinikums - insbesondere an der Schnittstelle zur Fakultät bzw. Universität - und mit der Organisation des Aufgabenverbundes in Forschung, Lehre und Krankenversorgung nicht ausreichend vertraut sei. Vor einer Privatisierung müsse deshalb ein auf diese besondere Situation zugeschnittenes Leitungskonzept erarbeitet werden. Ferner sei es unerlässlich, kritische Gruppierungen wie einweisende Ärzte, Gewerkschaften, Personalräte und Medien in den Privatisierungsprozess einzubinden, um eine andauernde öffentliche Kritik und einen Imageschaden für Klinikum und Land abzuwenden.

Herr Prof. Dr. Ralf Kuhlen referierte aus der Sicht eines privaten Klinikbetreibers über das Thema: *„Chancen und Risiken einer Beteiligung aus Sicht eines privaten Krankenhausbetreibers“*. Mögliche Vorteile einer materiellen Privatisierung für den öffentlichen Partner könnten der Übergang des Risikos für Betrieb und Unterhalt auf den Privaten, eine Investitionsbeteiligung des Privaten und eine Verbesserung der Qualität der Krankenhausleistungen für die Patienten sein. Der Wissenschaftsrat habe z.B. in seiner „Stellungnahme zur Entwicklung der universitätsmedizinischen Standorte Gießen und Marburg nach Fusion und Privatisierung der Universitätsklinika“ erhebliche infrastrukturelle Investitionen des Privaten festgestellt, durch die bauliche Rahmenbedingungen für Krankenversorgung und klinische Forschung auf ein wettbewerbsfähiges Niveau angehoben worden seien. Er schlug eine materielle Privatisierung vor in der Variante einer Universitätsklinikum GmbH mit einer mehrheitlichen Beteiligung des privaten Trägers unter der Leitung eines Aufsichtsrates und als zweite Variante ein integratives Modell mit einer Medizinischen Fakultät GmbH, an der die Universitätsklinikum GmbH und die Universität beteiligt sind. Geschäftsführer sollten der Dekan und der Kaufmännische Geschäftsführer der Universitätsklinikum GmbH sein. Die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen werde über einen Integrationsausschuss, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Universität, des Universitätsklinikums und der Fakultät, gesteuert. Die zweite Variante wurde von dem Vortragenden als vorzugswürdiger angesehen.

Herr *Michael Tustanowski* erörterte in seinem Vortrag *„Steuerrecht im Integrationsmodell und im Kooperationsmodell im Vergleich“* steuerrechtliche Fragen insbesondere im Kooperations- und im Integrationsmodell. Das Steuerrecht sollte aber die Wahl der Organisationsform der Hochschulmedizin in der Praxis nicht beeinflussen. Auch im Integrationsmodell mit einer rechts- oder teilrechtsfähigen Körperschaft könnten steuerbare Leistungsbeziehungen an den Schnittstellen

zwischen Hochschulmedizin und der verbleibenden Universität sowie innerhalb der Körperschaft Hochschulmedizin zwischen dem Hoheitsbereich Fakultät und dem BgA Klinikum entstehen. Andererseits widersprach er dem Argument, dass beim Kooperationsmodell Leistungsbeziehungen, insbesondere die Personalgestellung, zwischen dem nicht hoheitlichen Bereich und dem staatlichen Bereich stets steuerauslösend sei. Er verwies auf das EU-Recht, hier auf die Mehrwertsteuersystemrichtlinie. Das EU-Recht erachte die kooperative Verwirklichung von den Beteiligten auferlegten Aufgaben als nicht steuerauslösend, da kein Leistungsaustausch vorliege. Im Fall der Hochschulmedizin bestehe die kooperative Leistungserbringung in der Gewährleistung der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Die für die Steuerbefreiung notwendigen nationalrechtlichen Voraussetzungen seien vom BMBF bisher noch nicht vollständig geschaffen worden. Er regte in diesem Zusammenhang an, dass der VUD bei der Übernahme dieser Regelungen aus dem EU-Recht in das nationale Recht unterstützend tätig werde, um diesen Bereich für seine Mitglieder zu klären. Dem Landesgesetzgeber empfahl er u.a., beim Kooperationsmodell Inhalt und Umfang der Aufgaben der beteiligten Einrichtungen im Gesetz klar zu definieren und Kooperationsverträge entsprechend anzupassen.

Ergebnis und Ausblick:

In den Vorträgen und der anschließenden Diskussionsrunde wurde deutlich, dass es zurzeit keine Organisationsform der Hochschulmedizin gibt, die alle aktuellen finanziellen Probleme der Hochschulmedizin lösen kann.

Im Bereich der Finanzierung der Universitätsklinika als Maximal- oder Supramaximalversorger ist es dringend notwendig, die bundegesetzlichen Rahmenbedingungen zu verändern.[12] Diese Änderungen könnten das DRG-System betreffen[13]. Denkbar sind aber auch Auswirkungen auf die Diskussion über die sog. Föderalismusreform[14], die - fälschlicherweise - unter dem Begriff „Abschaffung des Kooperationsverbotes“ im Bildungs- und Hochschulbereich zusammengefasst wird.[15] Denn die

[12]Vgl. Positionspapier des VUD „Systemzuschlag für die Universitätsmedizin“, Rundschreiben Nr. 64/2012 vom 13. Dezember 2012

[13] Albrecht, Michael, Kroemer, Heyo K., Strehl, Rüdiger, Finanzierung der Universitätsmedizin. An der Grenze der Belastbarkeit, Deutsches Ärzteblatt Jg. 110, 2013, S, 65 ff.,

[14] Westerburg, Sandra, Auswirkungen der Föderalismusreform auf die rechtlichen Rahmenbedingungen von Wissenschaft und Forschung, WissR Bd. 39 (2006), S. 338 ff.; Kluth, Winfried, Die Auswirkungen der Neufassung von Art. 91 b Absatz 1 GG auf die Wissenschaftsförderung in Deutschland, 56 RdJB 2008, S. 257 ff.; Schwarz, Kyrill –A.,Die Finanzierung von Bildung und Erziehung in der bundesstaatlichen Ordnung, RdJB 2008, 283 ff.; Deutscher Bundestag/Deutscher Bundesrat (Hrsg.), Die gemeinsame Kommission von Bundestag und Bundesrat zur Modernisierung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen, Berlin 2010, S. 319 ff.; Seckelmann, Margit, Das sog. „Kooperationsverbot“ und die Mittel zu seiner Behebung, DÖV 2012, S. 701 ff; Haerdle, Benjamin, Berlin, bitte kommen, duz MAGAZIN 09/2012, S. 25.

[15] So schon Hellerman, in Starck, Christian (Hrsg.), Föderalismusreform , München 2007, Rdn. 369 ff. .

Einrichtungen der universitären Krankenversorgung können im Rahmen dieser Diskussion ein Problem aufwerfen, da sie bei einer engen Auslegung des Begriffs „Einrichtungen und Vorhaben der Wissenschaft und Forschung“ an Hochschulen in Art. 91 b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 GG des derzeitigen Gesetzentwurfs zur Änderung des Grundgesetzes, der am 30.05.2012 vom Bundeskabinett beschlossen wurde, aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes herausfallen würden.[16]

Die Wahl der Organisationsform und ihre rechtliche Ausformung sind ebenfalls von erheblicher Bedeutung für eine in Forschung, Lehre und Krankenversorgung erfolgreiche Universitätsmedizin. Von mehreren geeigneten Rechtsformen sollte einen dem jeweiligen Standort angepasste Lösung gefunden werden, mit der sich die jeweiligen Betroffenen im Vorfeld identifizieren können, da es sonst bei der Umsetzung zu Reibungsverlusten kommen kann.

Voraussetzung für die Beteiligung von Privaten in diesem Bereich ist die Vorlage eines fundierten und belastbaren Betriebskonzeptes durch die Interessierten. Im Falle der Beteiligung von Privaten ist allerdings davon auszugehen, dass die Zuschüsse des Landes für Forschung und Lehre weiterhin fließen müssen.

Bei den gewählten Maßnahmen (Bündelung der Forschungsmittel, Konzentrierung der Aufgaben, Beseitigung von Doppelstrukturen zwischen Fakultät und Klinikum etc.) bestehen jedoch keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen erfolgreichen privaten und öffentlich-rechtlichen Modellen.[17]

[16] Seckelmann, ebd., S. 701, 708 f..

[17] Stellungnahme der Bundesärztekammer „Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, S. 342 ff.; kritisch hierzu z.B. Obst, Lothar, Kein Spiel ohne Grenzen. Die Privatisierung von Universitätsklinika unter verfassungsrechtlichen Aspekten, KU Gesundheitsmanagement 12/2012, S. 44 ff.

Themenbereich 1: Organisationsformen der Hochschulmedizin

Integrationsmodell oder Kooperationsmodell? Personalfragen bei der Organisationsumwandlung

Axel Groeger, Rechtsanwalt, Bonn

A. Einführung

Bei der Umwandlung bestehender Organisationen stellen sich bezogen auf den Ist- und den Soll-Zustand vor allem die folgenden Fragen:

1. Wer ist vertraglicher Arbeitgeber?
2. Wo sind die Arbeitnehmer tatsächlich tätig?
3. Welchem Bereich sind die Arbeitsverhältnisse rechtlich zugeordnet?
4. Wer übt welche Arbeitgeberbefugnisse aus?
5. Welche Rechtsquellen bestimmen die Rechte und Pflichten der Arbeitnehmer?

1. Wer ist vertraglicher Arbeitgeber?

In der Regel und im idealtypischen Fall hat ein Arbeitnehmer (AN) *einen* Arbeitgeber (AG). Jedenfalls sozialpolitisch ist das unbefristete Vollzeitarbeitsverhältnis das Regelarbeitsverhältnis.

Rechtlich möglich und zulässig ist es jedoch auch, dass: ein Arbeitnehmer *mehrere* Arbeitgeber hat. Dies können, z.B. bei einer Haupt- und einer Nebentätigkeit, rechtlich voneinander *unabhängige* Arbeitsverträge sein. Denkbar ist aber auch, dass ein *einheitliches* Arbeitsverhältnis mit mehreren Arbeitgebern besteht[18]. Stehen mehrere natürliche oder juristische Personen in arbeitsrechtlichen Beziehungen zu demselben Arbeitnehmer, liegen nicht notwendig mehrere getrennte Arbeitsverhältnisse vor. Vielmehr kann auch ein einheitliches Arbeitsverhältnis gegeben sein. Erforderlich ist ein rechtlicher Zusammenhang der arbeitsvertraglichen Beziehungen des Arbeitnehmers zu den einzelnen Arbeitgebern, der es verbietet, diese Beziehungen rechtlich getrennt zu behandeln. Nach Maßgabe von §§ 133, 157 BGB ist zu prüfen, ob nach den Vorstellungen der Vertragschließenden die einzelnen Vereinbarungen nur gemeinsam gelten und zusammen durchgeführt werden sollen, d.h. Teile eines einzigen Gesamtgeschäfts sein sollen. Für die Annahme eines einheitlichen Arbeitsverhältnisses ist nicht Voraussetzung, dass die Arbeitgeber zueinander in einem bestimmten - insbesondere gesellschaftsrechtlichen - Rechtsverhältnis stehen, einen gemeinsamen Betrieb führen oder den Arbeitsvertrag gemeinsam abschließen[19].

Kein einheitliches Arbeitsverhältnis in diesem Sinne besteht bei Arbeitnehmerüberlassung oder bei Personalgestellung, weil es bei diesen Formen drittbezogenen Personaleinsatzes am Arbeitsvertrag mit dem Dritten (dem Entleiher bzw. der Stelle, zu der die Gestellung erfolgt), fehlt.

Als Arbeitgeber kommen alle rechtsfähigen Körperschaften, Anstalten od. Stiftungen des öffentlichen Rechts sowie alle privaten Rechtsträger (insbesondere natürliche und juristische Personen sowie Handelsgesellschaften, BGB Gesellschaft, Partnerschaftsgesellschaft) in Betracht. Je

[18] Zuletzt BAG v. 19.4.2012 – 2 AZR 186/11, NJW 2013, 104

[19] Grundlegend BAG v. 27.3.1981 – 7 AZR 523/78, NJW 1984, 1703

nach dem zugrunde liegenden Recht können auch teilrechtsfähige öffentlich-rechtliche Organisationen Arbeitgeber sein[20].

Gegenwärtig stehen das hauptberuflich tätige wissenschaftliche Personal der Hochschule und die sonstigen Mitarbeiter im Dienst des Landes Sachsen-Anhalt (§ 33 I HSG LSA) und das Personal der Universitätsklinika im Dienst der Universitätsklinika (§ 20 HMG LSA).

2. Wo sind die Arbeitnehmer tatsächlich tätig?

Unter dieser Fragestellung geht es nicht um die formale Zuordnung aufgrund eines oder mehrerer Arbeitsverträge und deren rechtlicher Einordnung im Verhältnis zueinander, sondern um eine inhaltlich-aufgabenbezogene Zuordnung vor allem nach den tatsächlichen Verhältnissen. Nach § 4 II PersVG LSA ist Beschäftigter einer Dienststelle auch, wer in ihr weisungsgebunden beschäftigt wird, selbst wenn sein Arbeits- oder Dienstverhältnis zu einem fremden Arbeitgeber oder Dienstherrn besteht.

Bezogen auf die Arbeitsverhältnisse im Bereich der Hochschulmedizin Sachsen Anhalt kommen als „Zuordnungsobjekte“ grundsätzlich die Medizinische Fakultät, die Universitätsklinik oder die Medizinische Fakultät *und* die Universitätsklinik in Betracht. Z.B. stellt § 20 III 1 HMG LSA auf die *überwiegend* in der Krankenversorgung tätigen Ärzte des Universitätsklinikums ab.

Die Fragestellung ist nicht neu und nicht nur rein organisationsrechtlich von Bedeutung. So stellt z.B. § 1 I 1WissZVG auf Tätigkeit *an* der Hochschule ab[21]. Für die Arbeitnehmereigenschaft im Sinne des Betriebsverfassungsrechts (§ 5 I 3 BetrVG) genügt eine gespaltene Arbeitgeber-Stellung[22].

3. Welchem Bereich sind die Arbeitsverhältnisse rechtlich zugeordnet?

Unter dieser Fragestellung soll die rechtlich-organisatorische Zuordnung der Arbeitsverhältnisse angesprochen sein. Grundsätzlich kommen insoweit in Betracht die jeweilige Hochschule als KöR, das jeweilige Universitätsklinikum als AöR und das Land Sachsen-Anhalt (LSA). Neben diesen kämen zukünftig in Betracht die Universitätsmedizin als KöR und weiter zukünftig das Universitätsklinikum als gemeinnützige GmbH.

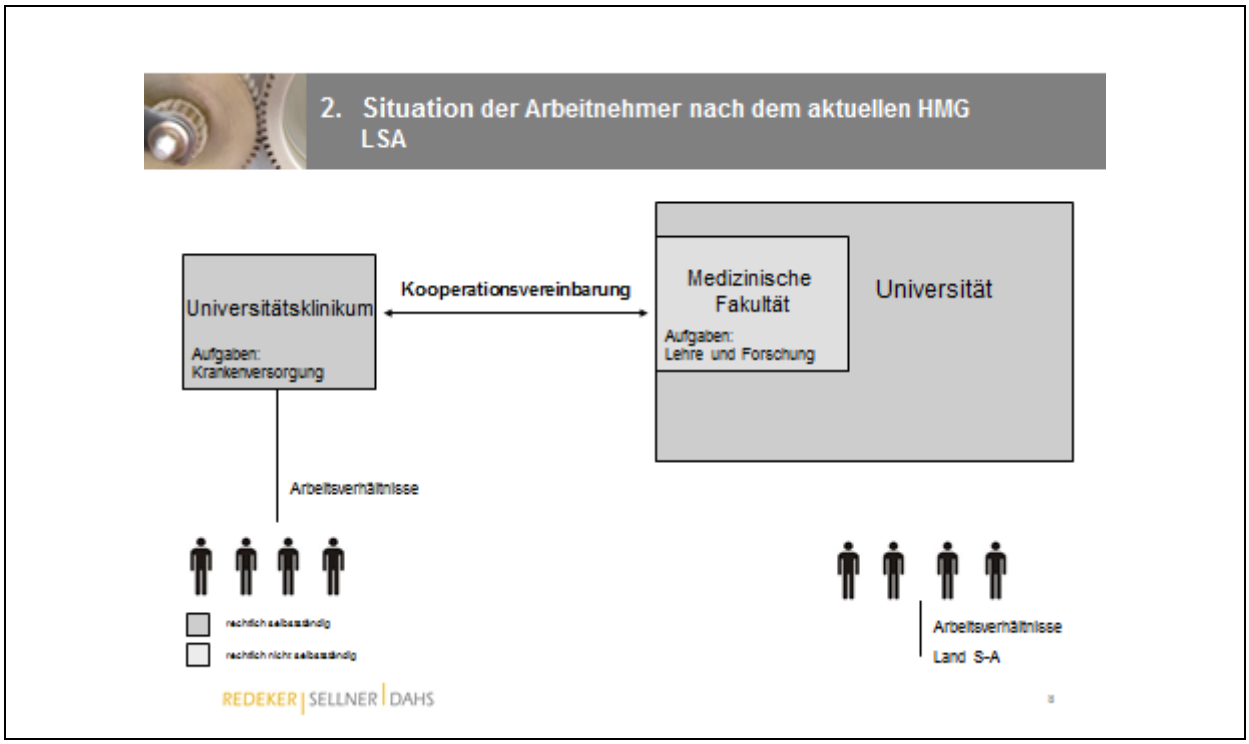
4. Wer übt welche Arbeitgeberbefugnisse aus?

Zunächst ist insoweit festzustellen, dass das hauptberuflich tätige wissenschaftliche Personal der Hochschule sich einer gespaltenen Arbeitgeberstellung gegenübersieht, während das Personal der Universitätsklinika eine einheitliche Arbeitgeberstellung vorfindet. Graphisch kann dies etwa wie folgt dargestellt werden:

[20] Zuletzt für das Sozialversicherungsrecht bejaht für die verfasste Studentenschaft einer Hochschule von BSG v. 27.7.2011 – B 12 KR 10/09 R, SozR 4-2400 § 28e Nr. 4

[21] BAG v. 1.6.2011 – 7 AZR 827/09, BAGE 138, 91; v. 24.8.2011 – 7 AZR 228/10, ZTR 2012, 106

[22] BAG v. 15.8.2012 – 7 ABR 34/11, ZTR 2013, 52 (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)



Nach § 20 HMG LSA ist für das Klinikpersonal und bis zu 50 % der Ärzte Vertragsarbeitgeber das Universitätsklinikum (AöR) und Arbeitsort das Universitätsklinikum. Eine rechtlich darüber hinaus gehende Zuordnungsentscheidung ist angesichts dieser Lage nicht erforderlich. Die Ausübung von Arbeitgeberbefugnissen erfolgt durch das Universitätsklinikum.

Nach § 33 I 1 HSG LSA ist für das wissenschaftliche Personal Arbeitgeber das Land Sachsen-Anhalt. Die Zuordnung der Arbeitsverhältnisse zur Hochschule erfolgt durch § 6 III HSG LSA. Diese Beschäftigten erbringen ihre Dienstleistung teilweise *beim* Universitätsklinikum. Insoweit unterliegen sie der Weisungsbefugnis durch dessen Ärztlichen Direktor.

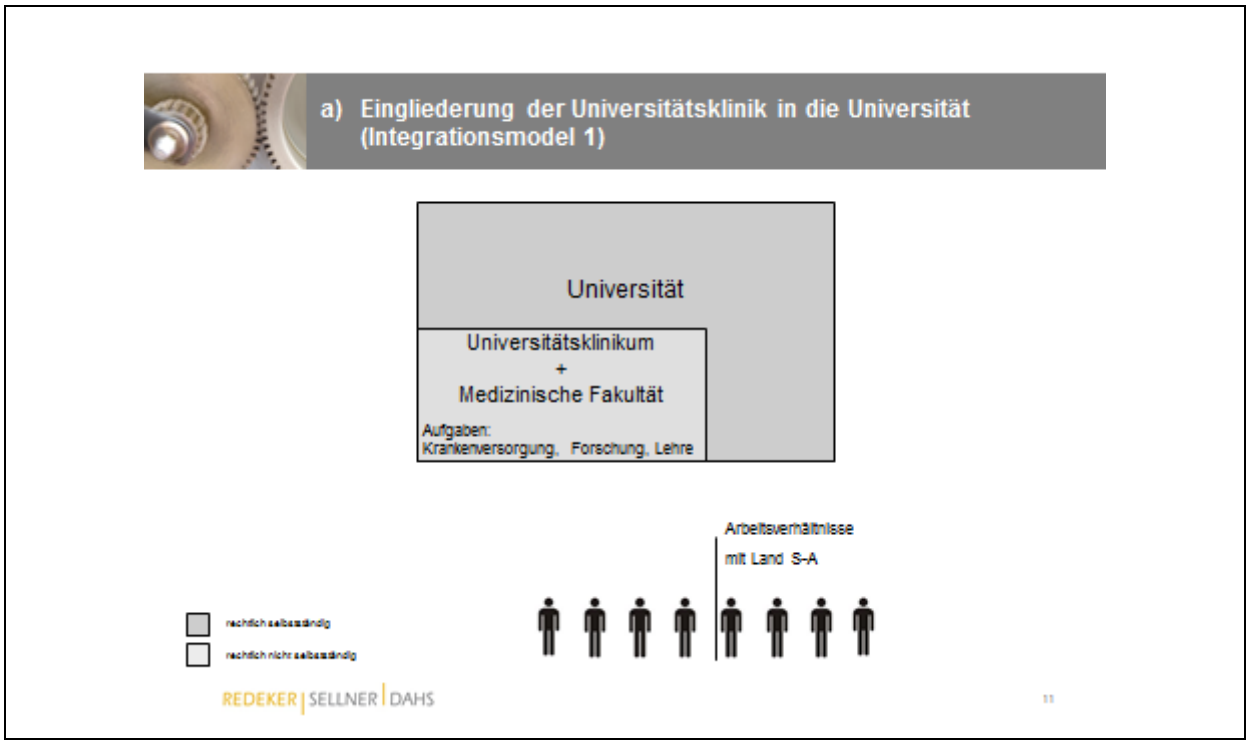
B. Die Situation der Arbeitnehmer nach dem Arbeitsentwurf (AE) HMG LSA

Der AE HMG LSA sieht zwei unterschiedliche Integrations-Modelle und die Weiterentwicklung des Kooperationsmodells vor:

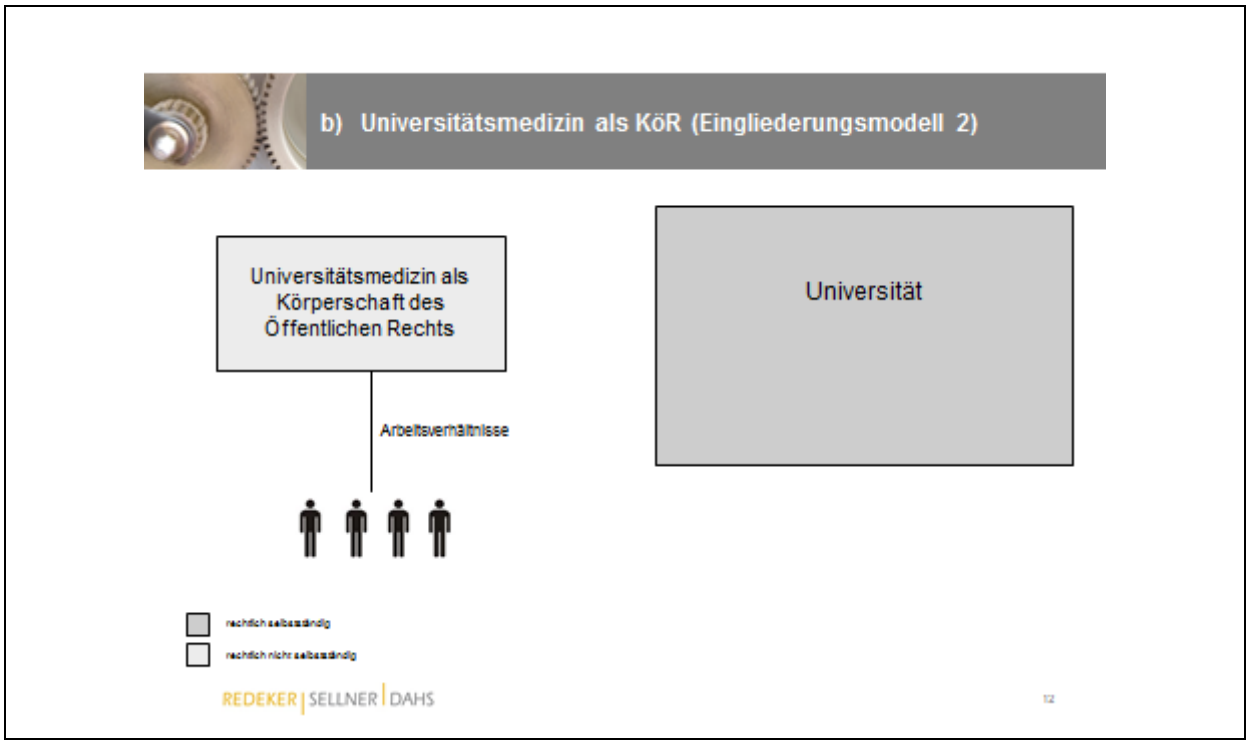
Zum einen die Integration des Universitätsklinikums Magdeburg in die Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und zum anderen die Fortführung der Universitätsmedizin AöR als rechtsfähige KöR „Universitätsmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg“

Ferner die Fortführung und Weiterentwicklung des bestehenden Kooperationsmodells mit der Möglichkeit der formellen und (teilweise) auch der materiellen Privatisierung durch eine Rechtsverordnung (VO) der Landesregierung.

Die beiden Eingliederungsmodelle können graphisch wie folgt dargestellt werden:



Beim Integrationsmodell 1 (Integration des Universitätsklinikums in die Universität) soll das Personal des Universitätsklinikums (ca. 2.500 Beschäftigte) ohne Widerspruchsrecht in den Landesdienst überführt werden (§ 30 II 1, 3 AE HMG LSA). Den Beschäftigten würden die beim Klinikum wahrgenommenen Tätigkeiten zugewiesen werden (§ 30 II 5 AE HMG LSA). Es würde der einschlägige TV des Landes S-A gelten (§ 30 II 2 AE HMG LSA). Die Otto-von-Guericke Universität würde Rechtsnachfolger des Universitätsklinikums werden (§30 I 2 AE HMG LSA).



Beim Integrationsmodell 2 (Integration der Medizinischen Fakultät in die Universitätsmedizin KöR) soll das Personal im Landesdienst der Medizinischen Fakultät (ca. 750 Beschäftigte) ohne

Widerspruchsrecht zur Universitätsmedizin KöR übergeleitet werden (§ 43 I 1 AE HMG LSA). Die Universitätsmedizin würde in die Rechte und Pflichten der Arbeits- und Auszubildendenverhältnisse eintreten (§ 43 I 2 AE HMG LSA) und gesetzlich verpflichtet, eine Beteiligungsvereinbarung mit der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) zu schließen (§ 43 II AE HMG LSA).

Beim weiterentwickelten Kooperationsmodell bestünde die Möglichkeit sowohl der Formprivatisierung als auch der beschränkten materiellen Privatisierung (bis zu 49 %) durch VO der Landesregierung (§ 29 I u. II AE HMG LSA). Ferner würde ein Übergang der Arbeitsverhältnisse „der Beschäftigten des Universitätsklinikums“ erfolgen (§ 29 IV 1 AE HMG LSA). Dabei ist ein Widerspruchsrecht der Arbeitnehmer i.S.v. § 613a VI BGB vorgesehen (§ 29 IV 2 AE HMG LSA).

In der 1. Stufe des Kooperationsmodells würden sich folgende Veränderungen in Bezug auf die Personalverwaltung ergeben:

Nach der Alternative 1 zu § 6 V AE HMG LSA würde eine Übertragung der Personalverwaltung für alle nichtbeamteten Beschäftigten, die der Medizinischen Fakultät zugeordnet sind (mit Ausnahme der Professoren/Juniorprofessoren), auf das Universitätsklinikum erfolgen. Alle organisatorischen, sozialen und personellen Angelegenheiten würden von dort wahrgenommen, es erhielte eine Vollmacht für Einstellungen, Eingruppierungen und Beendigungen von Arbeitsverhältnissen. Lediglich die Bezügeverwaltung bleibt beim Land.

Nach der Alternative 2 zu § 6 V AE HMG LSA würde sich die Medizinische Fakultät bei der Wahrnehmung der aus Abs. II S. 1 erwachsenden Aufgaben der Verwaltung des Universitätsklinikums bedienen und dessen Kaufmännischer Direktor Leiter der Dienststelle sein. Der Kaufmännische Direktor wäre Dienstvorgesetzter des nichtwissenschaftlichen Personals und insoweit an Weisungen des Klinikumsvorstands nicht gebunden.

C. Offene Rechtsfragen

Sämtliche Modelle werden eine Vielzahl arbeitsrechtlicher Fragen auf. Entsprechend dem Charakter als Kurzreferat sollen auch hier nur 2 dieser Fragen angesprochen werden.

Der AE HMG LSA sieht für die beiden Integrationsmodelle kein Widerspruchsrecht für Arbeitnehmer vor, deren Vertragsarbeitgeber im Zuge der Organisationsumwandlung wechselt. Demgegenüber verweist § 29 IV 2 AE HMG LSA im Kooperationsmodell auf das in der arbeitsrechtlichen Vorschrift des § 613a V BGB verankerte Widerspruchsrecht.

Das Arbeitsrecht gehört nach Art. 74 I Nr. 12 GG zu den Gegenständen der konkurrierenden Gesetzgebung. Nach Art. 72 Abs. 1 GG haben die Länder im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat. Für das Arbeitsrecht des öffentlichen Dienstes sind einerseits Art. 73 I Nr. 8 und Art. 74 I Nr. 27 GG leges speciales; andererseits kann der Bund die Rechtsverhältnisse der im öffentlichen Dienst der Länder und sonstiger Körperschaften des öffentlichen Rechts der Länder stehenden Personen allenfalls beschränkt regeln[23]. Zu den im öffentlichen Dienst stehenden Personen gehören nach allgemeiner

[23] Pieroth in: Jarras/Pieroth, GG, 12. Aufl. 2012, Art. 74 Rn. 32

Ansicht nicht nur Beamte, sondern auch die Arbeiter und Angestellten[24]. Das Land hat folglich die Gesetzgebungsbefugnis jedenfalls für solche arbeitsrechtliche Regelungen, die im Zusammenhang mit Umstrukturierungen innerhalb seines öffentlichen Dienstes stehen[25].

Auch § 168 UmwG steht dem nicht entgegen, sondern belässt den Ländern das Recht, in einem speziellen Gesetz die Voraussetzungen und Rechtsfolgen von Umstrukturierungen innerhalb der Landesverwaltung abweichend von den im Übrigen jedoch zwingenden Regelungen des UmwG zu bestimmen. § 1 Abs. 2 UmwG enthält nur für Umwandlungsvorgänge, die nicht in den Anwendungsbereich des UmwG fallen, einen Gesetzesvorbehalt für Bund und Länder, so dass § 168 UmwG nur in seinem Anwendungsbereich eine grundsätzlich abschließende Regelung ist[26].

Fraglich ist, ob ein Landesgesetz eine gesetzliche Überleitung der betroffenen Arbeitsverhältnisse regeln und dabei ein Widerspruchsrecht der Beschäftigten ausschließen könnte. Jedenfalls bei einer Überleitung auf einen privatrechtlichen Rechtsträger oder auf einen zwar öffentlich-rechtlichen Rechtsträger, der aber in weiteren Schritten formell und materiell privatisiert werden soll, wäre die Befugnis, Arbeitsverhältnisse kraft Gesetzes überzuleiten, ohne den Arbeitnehmern die Möglichkeit einzuräumen, den Fortbestand des Arbeitsverhältnisses zum bisherigen öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber geltend zu machen, zweifelhaft. Einen derartigen Ausschluss hat das BVerfG im Falle der Regelungen für das Universitätsklinikum Gießen und Marburg als mit Art. 12 Abs. 1 GG nicht vereinbar angesehen und für verfassungswidrig erklärt, da sich das Land Hessen in einer Doppelrolle, nämlich als Arbeitgeber und als Gesetzgeber, befand. Fraglich ist, ob wesentlicher Anknüpfungspunkt diese Doppelrolle oder mehr die gesetzliche Überleitung der Arbeitsverhältnisse auf einen neuen Rechtsträger, die sich nur als Zwischenschritt zu einer auch materiellen Privatisierung dargestellt hat, war[27]. Zweifelhaft ist daher, ob eine solche Überleitung ohne Widerspruchsrecht zulässig wäre, wenn die gesetzlichen Regelungen zwar eine spätere formelle und materielle Privatisierung zuließen, diese jedoch noch nicht beabsichtigt ist. Jedenfalls gebietet Art. 12 Abs. 1 GG nicht, dass die Überleitung von Beschäftigten z.B einer Gebietskörperschaft auf eine Anstalt des öffentlichen Rechts *stets nur* unter Einräumung eines Widerspruchsrechts zulässig wäre; denn insoweit darf der Gesetzgeber berücksichtigen, dass dem Arbeitnehmer bei Fortbestand der übrigen arbeitsvertraglichen Rechte und Pflichten nicht nur der Arbeitsplatz erhalten bleibt, sondern er auch weiterhin „im öffentlichen Dienst“ beschäftigt bleibt[28].

Das Land S-A befindet sich nicht in dieser „Doppelrolle“ (aber: bis 2005 waren die Beschäftigten noch eigene des Landes S-A). Für „eigene“ Beschäftigte des Universitätsklinikums wäre ein Widerspruchsrecht nicht praktikabel, jedoch könnte ein Rückkehrrecht zum Land S-A erwogen werden. Fraglich ist, ob ein Rückkehrrecht auch bei reiner Formprivatisierung oder bei materieller

[24] Maunz in: Maunz/Dürig, GG, Art. 75 Rn. 62; Kunig in: von Münch/Kunig, GG, 6. Aufl. 2012, Art. 74 Rn. 50; Rozek in: v. Mangoldt/Klein/Starck, GG, 6. Aufl. 2010, Art. 74 Rn. 101

[25] BAG v. 8.5.2001 – 9 AZR 95/00, AP § 613 a BGB Nr. 219; v. 28.9.2006 – 8 AZR 441/05, AP § 419 BGB Funktionsnachfolge Nr. 26; v. 10.5.2007 – 2 AZR 263/06, AP § 1 KSchG Betriebsbedingte Kündigung Nr. 165

[26] Schmidt in: Lutter, UmwG, 4. Auflage 2009, Vor § 168 Rn. 19; Willemsen in: WHSS, 4. Auflage 2011, Kapitel B Rn. 85 ff.; kritisch Kamm/Trümner, ArbuR 2007, 336; vgl. aber auch Kirmse, NJW 2006, 3325

[27] BVerfG v. 25.1.2011 - 1 BvR 1741/09, BGBl. I 2011, 362

[28] BVerfG v. 25.1.2011 - 1 BvR 1741/09, a.a.O., Rn. 94

Teil-Privatisierung bis max. 49 % vorgesehen werden sollte oder aus verfassungsrechtlichen Gründen sogar müsste. Ein Widerspruchsrecht für Beschäftigte Dritter bestünde nur, wenn § 29 IV AE HMG LSA diese als „Beschäftigte des Universitätsklinikums“ erfassen will od. muss. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nach der Rechtsprechung des EuGH zur Betriebsübergangsrichtlinie (Richtlinie 2001/23/EG)„Veräußerer“ i.S. der Richtlinie auch ein Konzernunternehmen sein kann, zu dem Arbeitnehmer ständig abgestellt sind, ohne jedoch mit diesem durch einen Arbeitsvertrag verbunden zu sein, obwohl es in diesem Konzern ein Unternehmen gibt, an das die betreffenden Arbeitnehmer durch einen Arbeitsvertrag gebunden waren, wenn der Betrieb auf ein Unternehmen, das dem Konzern nicht angehört, übertragen wird[29].

Die Regelungen zu den Integrationsmodellen lassen offen, welche Auswirkungen sich auf die Rechte und Pflichten ergeben, die in Tarifverträgen und Dienstvereinbarungen geregelt sind. Insoweit erhebt der Entwurf nicht den Anspruch auf eine weitgehend geschlossene Regelung wie § 613a I BGB. Ob eine solche eher punktuelle Regelung genügt, kann hier nicht abschließend festgestellt werden. Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass das BVerfG ausführt, dass der Gesetzgeber berücksichtigen dürfe, dass dem Arbeitnehmer bei Fortbestand der übrigen arbeits*vertraglichen* Rechte und Pflichten nicht nur der Arbeitsplatz erhalten bleibe, sondern er auch weiterhin „im öffentlichen Dienst“ beschäftigt sei. Sollte es sich insoweit nicht um eine sprachliche Ungenauigkeit des BVerfG handeln, sondern um eine – im konkreten Fall nicht erforderliche – bewusste Differenzierung, müsste ein Landesgesetz nicht regeln, dass die tarifvertraglich und in Dienstvereinbarungen geregelten Rechte und Pflichten vorbehaltlich der beim neuen Vertragsarbeitgeber geltenden diesbezüglichen Regelungen weitergelten.

Eine nicht abschließende Prüfung des Arbeitsentwurfs lässt folgende vorläufige Empfehlungen angezeigt erscheinen:

1. Die Auswirkungen der gesetzlich geregelten Überführung von Arbeitsverhältnissen auf Tarifverträge u. Dienstvereinbarungen sollten zumindest aus personalwirtschaftlichen Gründen klarer geregelt werden (§§ 29 IV 1, 43 I 2 (Arbeitsverhältnisse); § 30 II 1 (Tarifvertrag))

2. Die rechtlichen Wirkungen der Formprivatisierung sollten geregelt werden (Z.B. Auswirkungen auf Dienstvereinbarungen)

3. Der persönliche Anwendungsbereich der „Überleitung“ von Arbeitsverhältnissen bei der Form- bzw. materiellen Privatisierung sollte klar geregelt werden

4. Es sollte überlegt werden, ein Rückkehrrecht statt eines Widerspruchsrechts bei der Formprivatisierung oder u.U. erst bei einer materiellen Privatisierung vorzusehen.

[29] EuGH v. 21.10.2010 – C-242/09 (Albron Catering), NJW 2011, 439

RA und FAArb Axel Groeger, Bonn

Integrations- oder Kooperationsmodell? Personalfragen bei der Organisationsumwandlung

REDEKER | SELLNER | DAHS

Gliederung

1. Einführung
2. Rechtslage nach dem aktuellen HMG LSA
3. Rechtslage nach dem AE HMG LSA
   a) Eingliederung der Universitätsklinik in die Universität (Integrationsmodell 1)
   b) Universitätsmedizin als Körperschaft des öffentlichen Rechts (Integrationsmodell 2)
   c) Weiterentwickeltes Kooperationsmodell
4. Empfehlungen

1. Einführung

1. Wer ist vertraglicher Arbeitgeber?
2. Wo sind die Arbeitnehmer tatsächlich tätig?
3. Welchem Bereich sind die Arbeitsverhältnisse rechtlich zugeordnet?
4. Wer übt welche Arbeitgeberbefugnisse aus?
5. Welche Rechtsquellen bestimmen die Rechte und Pflichten der Arbeitnehmer?

1. Einführung – Wer ist vertraglicher Arbeitgeber?

1. Regel: ein AN und ein Arbeitgeber (AG)
2. Möglich: ein AN und mehrere AG
- Rechtlich unabhängige Arbeitsverträge
  Beispiel: Haupt- und Nebentätigkeit
- Einheitliches Arbeitsverhältnis mit mehreren AG
  Beispiel: BAG v. 19.4.2012 – 2 AZR 186/11
- Nicht bei AÜG od. Personalgestellung

3. Als AG möglich alle rechtsfähigen Körperschaften, Anstalten od. Stiftungen des öR sowie private Rechtsträger in Betracht
   U.U. auch teilrechtsfähige ör. AG (BSG v. 27.7.2011 – B 12 KR 10/09 R)
4. Z. Zt.: Hauptberuflich tätiges wissenschaftliches Personal der Hochschule u. sonst. Mitarb. im Dienst des Landes Sachsen-Anhalt (§ 33 I HSG LSA)
   Personal d. Universitätsklinika im Dienst der Universitätsklinika (§ 20 HMG LSA)

1. Einführung – Wo sind die Arbeitnehmer tätig?

Hier: Zuordnung inhaltlich-aufgabenbezogen

nach den tatsächlichen Verhältnissen

§ 4 II PersVG LSA: „Beschäftigter ist auch, wer in der Dienststelle weisungsgebunden beschäftigt wird, selbst wenn sein Arbeits- oder Dienstverhältnis zu einem fremden Arbeitgeber oder Dienstherrn besteht."

- **Medizinische Fakultät oder**
- **Universitätsklinik oder**
- **Universitätsklinik und Medizinische Fakultät**
  Z.B. die überwiegend in der Krankenversorgung tätigen Ärzte des Universitätsklinikums (§ 20 III 1 HMG LSA)

§ 1 I 1WissZVG stellt auf Tätigkeit „an" Hochschule ab

Beispiel BAG v. 1.6.2011 – 7 AZR 827/09; v. 24.8.2011 – 7 AZR 228/10

Bei § 5 I 3 BetrVG genügt gespaltene AG-Stellung

Beispiel BAG v. 15.8.2012 – 7 ABR 34/11 (UK S-H)

REDEKER | SELLNER | DAHS 5

1. Einführung – Welchem Bereich sind die Arbeitsverhältnisse zugeordnet?

Hier: Rechtlich-organisatorische Zuordnung der Arbeitsverhältnisse gemeint

- **Hochschule als KöR**
- **Universitätsklinikum als AöR**
- **Land Sachsen-Anhalt (LSA)**
- **künftig: Universitätsmedizin als KöR**
- **weiter zukünftig: Universitätsklinikum gGmbH**

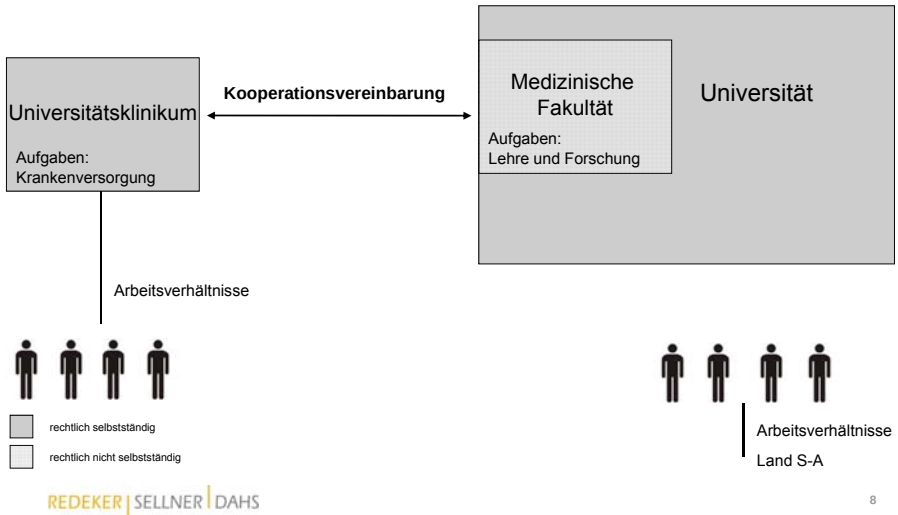
REDEKER | SELLNER | DAHS 6

1. Einführung – Wer übt welche Arbeitgeberbefugnisse aus?

1. **Hauptberuflich tätiges wissenschaftliches Personal der Hochschule**
   - **Gespaltene Arbeitgeberstellung**
2. **Personal der Universitätsklinika**
   - **Einheitliche Arbeitgeberstellung**

REDEKER | SELLNER | DAHS 7

2. Situation der Arbeitnehmer nach dem aktuellen HMG LSA



REDEKER | SELLNER | DAHS 8

2. Situation der Arbeitnehmer nach dem aktuellen HMG LSA

§ 20 HMG LSA (Klinikpersonal u. bis 50 % der Ärzte)

- Vertragsarbeitgeber Universitätsklinikum AöR
- Arbeitsort Universitätsklinikum
- Zuordnung (nicht erforderlich)
- Ausübung von Arbeitgeberbefugnissen durch Universitätsklinikum

§ 33 I 1 HSG LSA (wiss. Personal)

- Arbeitgeber Land Sachsen-Anhalt
- Zuordnung zur Hochschule (§ 6 III HSG LSA)
- Dienstleistung teilweise „beim“ Universitätsklinikum
- Insoweit Weisungsbefugnis durch Ärztl. Direktor

REDEKER | SELLNER | DAHS 9

3. Situation der Arbeitnehmer nach AE HMG LSA

Zwei unterschiedliche Integrations-Modelle:

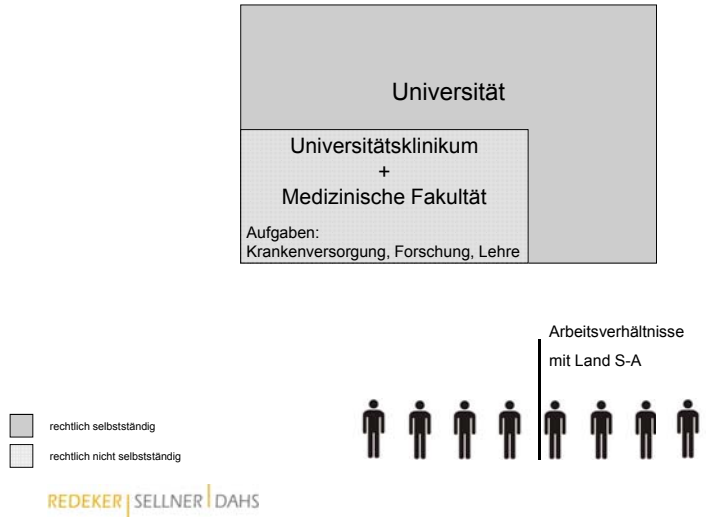
1. Integration des Universitätsklinikums Magdeburg in die Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
2. Fortführung der Universitätsmedizin AöR als rechtsfähige KöR „Universitätsmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg“

Sowie

- Fortführung und Weiterentwicklung des Kooperationsmodells
- Möglichkeit formeller und (teilweise) materieller Privatisierung durch VO der Landesregierung

REDEKER | SELLNER | DAHS 10

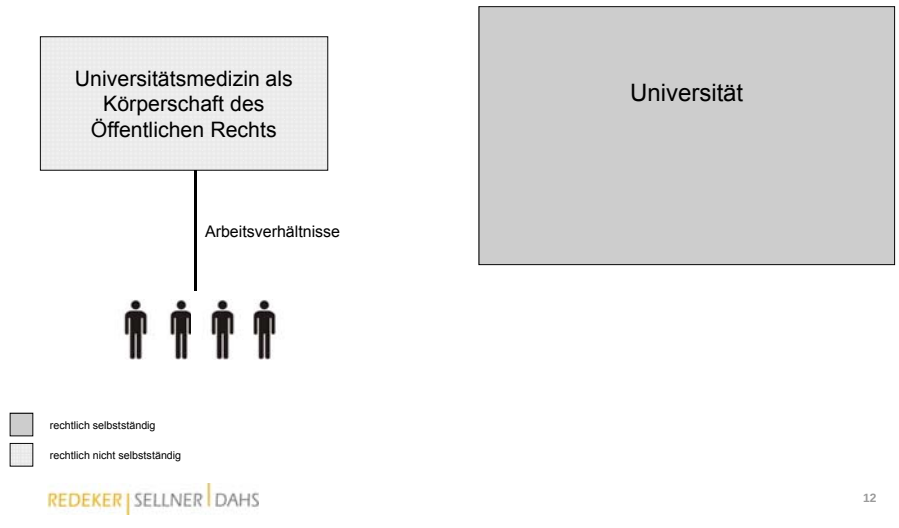
a) Eingliederung der Universitätsklinik in die Universität (Integrationsmodel 1)



REDEKER | SELLNER | DAHS

11

b) Universitätsmedizin als KöR (Eingliederungsmodell 2)



REDEKER | SELLNER | DAHS

12

3. Situation der AN beim Integrationsmodell 1

Integration des Universitätsklinikums in die Universität

- **Personal des Universitätsklinikums (ca. 2.500) wird ohne Widerspruchsrecht in Landesdienst überführt (§ 30 II 1, 3 AE HMG LSA)**
- **Beschäftigten werden die beim Klinikum wahrgenommenen Tätigkeiten zugewiesen (§ 30 II 5 AE HMG LSA)**
- **Es gilt der einschlägige TV des Landes S-A (§ 30 II 2 AE HMG LSA)**
- **Otto-von-Guericke Universität wird Rechtsnachfolger des Universitätsklinikums (§ 30 I 2 AE HMG LSA)**

REDEKER | SELLNER | DAHS 13

3. Situation der AN beim Integrationsmodell 2

Integration der Medizinischen Fakultät in die Universitätsmedizin KöR

- **Personal im Landesdienst der Med. Fakultät (ca. 750) wird ohne Widerspruchsrecht zur KöR übergeleitet (§ 43 I 1 AE HMG LSA)**
- **Universitätsmedizin tritt in die Rechte und Pflichten der Arbeits- und Auszubildendenverhältnisse ein (§ 43 I 2 AE HMG LSA)**
- **Verpflichtung der Universitätsmedizin, eine Beteiligungsvereinbarung mit der VBL zu schließen (§ 43 II AE HMG LSA)**

REDEKER | SELLNER | DAHS 14

3. Situation der AN beim Kooperationsmodell

1. **Möglichkeit sowohl der Formprivatisierung als auch der beschränkten materiellen Privatisierung (bis zu 49 %) durch VO der Landesregierung (§ 29 I u. II AE HMG LSA)**
2. **Übergang der Arbeitsverhältnisse „der Beschäftigten des Universitätsklinikums“ (§ 29 IV 1 AE HMG LSA)**
3. **Widerspruchsrecht der Arbeitnehmer i.S.v. § 613a VI BGB (§ 29 IV 2 AE HMG LSA)**

REDEKER | SELLNER | DAHS 15

3. Veränderung der Personalverwaltung in der 1. Stufe des Kooperationsmodells

Alternative 1 zu § 6 V AE HMG LSA

Übertragung der Personalverwaltung für alle nichtbeamteten Beschäftigten, die der Med. Fakultät zugeordnet sind (mit Ausnahme der Professoren/Juniorprofessoren)

- **Alle organisatorischen, sozialen und personellen Angelegenheiten**
- **Vollmacht für Einstellungen, Eingruppierungen und Beendigungen von Arbeitsverhältnissen**
- **Bezügeverwaltung bleibt jedoch beim Land**

REDEKER | SELLNER | DAHS 16

3. Veränderung der Personalverwaltung in der 1. Stufe des Kooperationsmodells

Alternative 2 zu § 6 V AE HMG LSA

Medizin. Fakultät bedient sich bei der Wahrnehmung der aus Abs. II S. 1 erwachsenden Aufgaben der Verwaltung des Universitätsklinikums

- **Kaufm. Direktor ist Leiter der Dienststelle**
- **Kaufm. Direktor ist Dienstvorgesetzter des nichtwissenschaftlichen Personals und insoweit an Weisungen des Klinikumsvorstands nicht gebunden**

REDEKER | SELLNER | DAHS 17

3. Kein Widerspruchsrecht bei Integrationsmodellen

BVerfG v. 25.1.2011 – 1 BvR 1741/09 (Uniklinik Gießen/Marburg)

Art. 12 Abs. 1 GG gebietet nicht, dass die Überleitung von Beschäftigten z.B einer Gebietskörperschaft auf eine Anstalt des öffentlichen Rechts stets nur unter Einräumung eines Widerspruchsrechts zulässig wäre; denn insoweit darf der Gesetzgeber berücksichtigen, dass dem Arbeitnehmer bei Fortbestand der übrigen arbeitsvertraglichen Rechte und Pflichten nicht nur der Arbeitsplatz erhalten bleibt, sondern er auch weiterhin „im öffentlichen Dienst“ beschäftigt bleibt. (Rn. 94)

REDEKER | SELLNER | DAHS 18

3. Widerspruchsrecht im Kooperationsmodell bei Formprivatisierung od. eingeschränkter materieller Privatisierung

- Land nicht in „Doppelrolle“ (aber: bis 2005 eigene AN des Landes S-A)
- Für „eigene“ Beschäftigte des Universitätsklinikums Widerspruchsrecht nicht praktikabel, jedoch Rückkehrrecht zum Land S-A zu erwägen
- Rückkehrrecht auch bei reiner Formprivatisierung?
- Rückkehrrecht bereits bei materieller Teil-Privatisierung bis max. 49 %?
- Widerspruchsrecht für Beschäftigte Dritter nur, wenn § 29 IV AE HMG LSA diese als „Beschäftigte des Universitätsklinikums“ erfassen will od. muss

  Frage der Zuordnung, u.U. wg. Alt. 1 für § 6 V AE HMG LSE erforderlich?

REDEKER | SELLNER | DAHS 19

3. Situation der AN beim Kooperationsmodell

EuGH v. 21.10.2010 – C-242/09 (Albron Catering)

„Veräußerer“ i.S. der Richtlinie 2001/23/EG kann auch ein Konzernunternehmen sein, zu dem AN ständig abgestellt sind, ohne jedoch mit diesem durch einen Arbeitsvertrag verbunden zu sein, obwohl es in diesem Konzern ein Unternehmen gibt, an das die betreffenden Arbeitnehmer durch einen Arbeitsvertrag gebunden waren, wenn der Betrieb auf ein Unternehmen, das dem Konzern nicht angehört, übertragen wird.

REDEKER | SELLNER | DAHS 20

3. Situation der AN beim Integrationsmodell

BVerfG v. 25.1.2011 – 1 BvR 1741/09 (Uniklinik Gießen/Marburg)

Der Gesetzgeber darf berücksichtigen, dass dem Arbeitnehmer bei Fortbestand der übrigen arbeitsvertraglichen Rechte und Pflichten nicht nur der Arbeitsplatz erhalten bleibt, sondern er auch weiterhin „im öffentlichen Dienst" beschäftigt bleibt.

REDEKER | SELLNER | DAHS 21

4. Empfehlungen

1. **Auswirkungen der gesetzlich geregelten Überführung von Arbeitsverhältnissen auf Tarifverträge u. Dienstvereinbarungen klarer regeln**
   § § 29 IV 1, 43 I 2 (Arbeitsverhältnisse); § 30 II 1 (Tarifvertrag)
2. **Rechtliche Wirkung der Formprivatisierung regeln**
   Z.B. Auswirkungen auf Dienstvereinbarungen regeln
3. **Persönlichen Anwendungsbereich der „Überleitung" von Arbeitsverhältnissen bei der Form- bzw. materiellen Privatisierung klar regeln**
4. **Rückkehrrecht statt Widerspruchsrecht bei Formprivatisierung od. erst bei materieller Privatisierung?**

REDEKER | SELLNER | DAHS 22

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

www.redeker.de

REDEKER | SELLNER | DAHS

Berlin Leipziger Platz 3, 10117 Berlin
Tel +49 30 885665-0, Fax +49 30 885665-99, berlin@redeker.de

Bonn Willy-Brandt-Allee 11, 53113 Bonn
Tel +49 228 72625-0, Fax +49 228 72625-99, bonn@redeker.de

Brüssel 172, Av. de Cortenbergh, 1000 Brüssel
Tel +32 2 74003-20, Fax +32 2 74003-29, bruessel@redeker.de

Leipzig Mozartstraße 10, 04107 Leipzig
Tel +49 341 21378-0, Fax +49 341 21378-30, leipzig@redeker.de

London 265 Strand, London WC2R 1BH
Tel +44 20 706723 00, Fax +44 20 743003 06, london@redeker.de

Rechtsanwälte, Partnerschaftsgesellschaft, Sitz Bonn, Essen PR 1947

www.redeker.de

REDEKER | SELLNER | DAHS

Hochschulmedizin: Kooperations-, Integrationsmodell, Stiftung Hochschulmedizin

Prof. Dr. Klaus Ferdinand Gärditz, Universität Bonn

I. Hochschulmedizin zwischen Krankenversorgung und Wissenschaft: strukturelle Spannungen und organisationsrechtliche Sonderbedürfnisse

Die Organisation der Hochschulmedizin gehört zu den anspruchsvollsten Regelungsbereichen des Hochschulrechts, was sich schon in der – teils (wie etwa in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Sachsen, Sachsen-Anhalt) sondergesetzlichen – Ausdifferenzierung umfänglicher organisationsrechtlicher Regelungskomplexe zeigt, die es für andere Fachrichtungen nicht gibt. Dies liegt vor allem an einem strukturellen Spannungsverhältnis im Aufgabenprofil der Hochschulmedizin.

1. Hochschulmedizin zwischen akademischer Selbstverwaltung und Staatsanstalt

Einerseits dient das Klinikum der Medizinischen Fakultät der jeweiligen Hochschule (gleich ob selbstständig oder integriert) – vergleichbar einem technischen Großgerät – der Erfüllung der akademischen Aufgaben in Forschung und Lehre.[30] Andererseits erfüllt ein Klinikum auch Aufgaben der öffentlichen Krankenversorgung,[31] die nicht einfach nach den Bedürfnissen medizinischer Wissenschaft organisiert werden kann. Hochschulmedizin bewegt sich wie kaum eine andere Wissenschaft in einem engen gesetzlichen Rahmen, der auch die organisationsrechtlichen Spielräume beeinflusst, und zwar aus unterschiedlichen Gründen:

Bei der Krankenversorgung handelt es sich um eine traditionell dem staatlichen Wirkungskreis zugeordnete Aufgabe,[32] die als solche zunächst außerhalb der akademischen Selbstverwaltung liegt.[33] Träger eines Universitätsklinikums ist daher heute meist das jeweilige Land.[34] Manche Kliniken sind sogar universitätsübergreifend organisiert.[35] Das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) sowie die Grundrechte der Patienten (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) rechtfertigen zudem weitergehende Eingriffe in

[30] Vgl. § 8 Abs. 1 Satz 1 HSchMedG LSA. Auch die Lehre ist auf Grund der Besonderheiten der medizinischen Ausbildung auf das Klinikum angewiesen, was die Besonderheiten der Organisation mitbedingt, vgl. *A. Pautsch*, Hochschul- und Wissenschaftsorganisation, in: ders./A. Dillenburger (Hrsg.), Kompendium zum Hochschul- und Wissenschaftsrecht, 2011, Teil A, Rn. 88.

[31] Vgl. § 8 Abs. 2 Satz 1 HSchMedG LSA.

[32] *M. Heintzen*, Neuere Entwicklungen im Organisationsrecht der Hochschulmedizin, DÖV 1997, S. 530; *M. Schröder*, Die Hochschulmedizin im Spannungsfeld von akademischer Selbstverwaltung und staatlicher Bestimmung, MedR 1986, S. 59 (60).

[33] HessStGH, ESVGH 24, 12 (16); *Schröder* (o. Fußn. 4), S. 61.

[34] Vgl. explizit etwa Art. 1 Abs. 1 Universitätsklinikagesetz Bayern.

[35] Vertiefend *G. Sandberger*, Das Recht der Hochschulmedizin, in: M. Hartmer/M. Detmer (Hrsg.), Hochschulrecht, 2. Aufl. (2011), Kap. IX Rn. 220 ff.

die Wissenschaftsfreiheit. Forschungs- und Lehrinteressen finden nämlich notwendigerweise ihre Grenzen in den Rechten der Patienten, die nicht zu Forschungsobjekten degradiert werden dürfen; Patientenbehandlung darf also auch nicht einseitig den Anforderungen von Forschung und Lehre unterworfen werden, weshalb es dysfunktional wäre, die Leitung des Klinikums schlicht der akademischen Selbstverwaltung zu überantworten. Das Recht der Krankenversorgung ist schließlich bundesrechtlich vor allem über das Krankenhausfinanzierungsrecht[36] sowie das Sozialrecht[37] determiniert; das landesrechtliche Hochschulmedizinrecht muss sich in dieses Korsett einfügen.[38]

2. „Dienende" Rolle der Krankenversorgung

Ungeachtet dessen ist bei der Organisation der Hochschulmedizin auch auf die grundrechtlich geschützte Freiheit von Forschung und Lehre (Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG, Art. 10 Abs. 3 Satz 1 Verf LSA[39]) hinreichend Rücksicht zu nehmen, der ein eigenständiger – in der klinischen Praxis leider nicht selten unangemessen reduzierter – Wert zukommt. Insoweit berührt die Krankenversorgung jedenfalls die akademische Selbstverwaltung, da Vorentscheidungen in Forschung und Lehre (etwa über Forschungsthemen oder Ausbildungsziele) den anstaltlichen Betrieb des Klinikums beeinflussen und insoweit angemessen zu verarbeiten sind. Schon die Rechtfertigung einer spezifischen *Hochschul*medizin folgt nicht primär dem Bedarf an einer professionellen Krankenversorgung. Insoweit könnte das Land nämlich auch selbstständige Großkliniken ohne akademische Verankerung finanzieren. Die Krankenversorgung „dient" vielmehr Forschung und Lehre, darf und muss also auch nur insoweit wahrgenommen werden, als hierfür eine zumindest abstrakte wissenschaftliche Berechtigung besteht. Beispielsweise § 8 Abs. 2 Satz 1 des Hochschulmedizingesetzes des Landes Sachsen-Anhalt bringt dies treffend wie folgt zum Ausdruck: „Die Universitätsklinika nehmen

[36] Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden ist; Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden ist; Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden ist.

[37] Vor allem Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) geändert worden ist.

[38] Entsprechendes gilt auch für wichtige Teile des Rechts der medizinischen Forschung, etwa für die klinische Prüfung von Arzneimitteln. Insbesondere §§ 40 ff. Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) geändert worden ist.

[39] Zur Ausdeutung (im Wesentlichen im Lichte der Rechtsprechung des BVerfG) *A. Reich*, Verfassung des Landes Sachsen-Anhalt, 2. Aufl. (2004), S. 100 ff.

Aufgaben der Krankenversorgung *im für Forschung und Lehre gebotenen Umfang* wahr.“ Dies darf freilich nicht darüber hinwegtäuschen, dass erst die positiven Erträge für die Krankenversorgung und für den medizinischen Fortschritt eine staatliche Deckung des extrem hohen Finanzbedarfs akademischer Medizin politisch darstellbar machen und die Einnahmen aus der Krankenversorgung mittelbar auch der auf der Behandlung aufbauenden Forschung (etwa klinische Studien) sowie Lehre (klinischer Ausbildungsabschnitt) zu Gute kommen.

3. Funktionale Abschichtung von Aufgaben durch Organisationsrecht

Die Interessen an einer effektiven Krankenversorgung sind nicht notwendig mit den Forschungs- und Lehrinteressen kongruent. Daher fällt vor allem dem Organisationsrecht die Funktion zu, einen sachgerechten Ausgleich der kollidierenden Interessen herzustellen und hierbei vor allem einen Kernbereich der Wissenschaftsfreiheit zu wahren.[40] Institutionalisiert werden die Interessen von Forschung und Lehre traditionell in der jeweiligen Medizinischen Fakultät, die wiederum über Organe verfügt, deren Organwalter aus dem Kreis der Hochschulmitglieder gewählt werden. Die Aufgabe des Organisationsrechts muss folglich zunächst darin bestehen, die Autonomie akademischer Selbstbestimmung durch *funktionale Abschichtung* zu wahren, soweit dies möglich ist. Insbesondere eine Aushöhlung der Kompetenzen der Fakultät durch eine nicht erforderliche Auslagerung von wissenschaftlichen Aufgaben in die Zuständigkeit des Klinikums ist daher zu vermeiden.

II. Kooperationsmodell

Die funktionale Divergenz von Krankenversorgung und akademischer Wissenschaft legt eine organisationsrechtliche Trennung von Klinikum und Fakultät nahe. Typischerweise werden die bestehenden Spannungslagen daher im so genannten Kooperationsmodell gelöst, bei dem sich Medizinische Fakultät und Klinikum als organisatorisch selbstständige Einheiten gegenüberstehen. Das Klinikum ist kein Bestandteil der Universität, sondern eine rechtsfähige Anstalt. Die anstaltliche Organisation, die im Kontrast zur körperschaftlichen Struktur der Hochschule steht, entspricht dem besonderen Aufgabenprofil im Bereich der Krankenversorgung, die außerhalb der auf Mitgliedschaft gründenden Selbstverwaltung steht.

[40] BVerfGE 57, 70 (99 f.); BVerfG-K, NVwZ 2003, 600 f.; BaWüStGH, ESVGH 24, 12 (16 f.); *S.-V. Balders*, Zur Organisationsreform der Hochschulmedizin, WissR 31 (1998), S. 91 (119); *V. Epping/S. Lenz*, Weisungsbefugnisse in verselbständigten Universitätsklinika, DÖV 2004, S. 1 (3 ff.); *G. Sandberger*, Hochschulmedizin, in: V. Haug (Hrsg.), Das Hochschulrecht in Baden-Württemberg, 2. Aufl. (2009), Rn. 1143.

Kooperationsmechanismen werden hier durch eine wechselseitige Vertretung der jeweils anderen Organisationseinheit in den Leitungsorganen der Fakultät und des Klinikums institutionalisiert.[41] Einem verbreiteten Modell entsprechend ist der Dekan Mitglied des Klinikumsvorstandes[42]; der Ärztliche Direktor ist Mitglied des Fakultätsvorstandes[43]. Teils – wie in Sachsen-Anhalt – ist der Rektor der Universität Mitglied im Aufsichtsrat des Klinikums.[44] Diesem Modell folgt auch das Land Sachsen-Anhalt, das seine beiden Universitätsklinika als selbstständige Anstalten des öffentlichen Rechts verfasst hat,[45] deren Träger das Land ist[46]. Der anstaltliche Charakter wird auch in der Zusammensetzung der Organe des Klinikums fortgeschrieben: Die Repräsentanten der Universität sind sowohl im Vorstand als auch im Aufsichtsrat in der Minderheit.[47]

Im Spektrum der derzeit etablierten Organisationsmodelle der Hochschulmedizin ist das Kooperationsmodell vorzugswürdig, und zwar aus folgenden Gründen:

- Das Kooperationsmodell trägt dem dienenden Charakter der Hochschulmedizin Rechnung, weil das Klinikum hier vom Hochschulrecht in den Dienst der Medizinischen Fakultät gestellt und damit verdeutlicht wird, dass die Universitätsmedizin den Zweck zu erfüllen hat, Forschung und Lehre als medizinisch-praktische Einrichtung zu dienen.
- Das Kooperationsmodell entspricht zudem der funktionellen Trennung der Aufgaben von Krankenversorgung einerseits und von Forschung und Lehre andererseits, weil beide zunächst gesondert institutionalisiert und die daraus resultierenden Kooperationsbedürfnisse auch in angemessene organisatorische Verschränkungen übersetzt werden. Akademische Angelegenheiten werden hierdurch von Binnenkonflikten entlastet, die freie Forschung und Lehre gefährden können. Die Organe der Fakultät können ihren Willen selbstständig bilden und (vorläufige) akademische Bedürfnisse an das Klinikum formulieren, ohne selbst rechtlich in das Klinikum eingebunden zu sein.

[41] Vgl. *Sandberger* (o. Fußn. 7), Kap. IX Rn. 165. Besondere Schutzmechanismen sind etwa das Veto des Ärztlichen Direktors bei Beschlüssen des Vorstandes, die von wesentlicher Bedeutung für das Klinikum sind. Siehe § 15 Abs. 2 Satz 1 HSchMedG LSA.

[42] § 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 HSchMedG LSA.

[43] § 3 Abs. 1 Nr. 4 HSchMedG LSA.

[44] § 10 Abs. 1 Nr. 7 HSchMedG LSA.

[45] § 7 Abs. 1 Satz 1 HSchMedG LSA.

[46] Dies ergibt sich vor allem aus den Regelungen über die Gewährträgerhaftung (§ 7 Abs. 5 HSchMedG LSA) und die Rechtsaufsicht (§ 7 Abs. 6 HSchMedG LSA). Siehe auch *A. Reich*, Hochschulmedizingesetz Sachsen-Anhalt, 2005, S. 74: „große Landesbetriebe“.

[47] *Reich* (o. Fußn. 18), S. 75.

- Das Kooperationsmodell gewährleistet schließlich, und dies ist hochschulpolitisch von ganz erheblichem Gewicht, die volle Eingliederung der Medizinischen Fakultät in die Universität und damit auch in das akademische Disziplinenspektrum.[48]

III. Integrationsmodell

Im geltenden Hochschulrecht finden sich freilich vereinzelt auch integrierte Modelle, in denen das Klinikum selbst körperschaftlich organisiert ist und über ein mitgliedschaftliches Repräsentationsorgan verfügt (so genanntes Integrationsmodell). Beispiel hierfür wäre das Organisationsmodell in Thüringen. Dort verfügt das teilkörperschaftliche Universitätsklinikum Jena über eine eigene akademische Mitgliedschaft und einen eigenen Fachbereichsrat[49], der von den Mitgliedern des Klinikums[50] gewählt wird. Der Klinikumsvorstand[51] ist demgegenüber in Fragen der Krankenversorgung Leitungsorgan mit Weisungsbefugnissen; er verfügt über zahlreiche Aufgaben im Rahmen der Krankenversorgung, die unmittelbar oder zumindest mittelbar Fragen der Forschung und Lehre berühren, ohne dass eine Beteiligung des Fachbereichsrats in jedem Fall sichergestellt wäre. Als wohl wissenschaftlich bedeutendstes deutsches Universitätsklinikum ist auch die Charité nach einem Integrationsmodell verfasst, wobei hier freilich weniger hochschulorganisationsstrategische Erwägungen, sondern vielmehr Besonderheiten der Entstehung aus dem Zusammenschluss der Organisationseinheiten zweier Hochschulen und mehrerer Kliniken[52] eine Rolle spielten.[53] Auf einem Integrationsmodell, das freilich im Einzelnen verschiedene Besonderheiten kennt, gründet auch die selbstständige Medizinische Hochschule Hannover.[54] Hochschulpolitisch erweist sich das Integrationsmodell aus verschiedenen Gründen als nachteilig.

[48] *A. Reich*, Bayerisches Universitätsklinikagesetz, 2010, S. 30.

[49] § 95 Nr. 1, § 96 ThürHSchG.

[50] § 91 Abs. 1 S. 2 ThürHSchG.

[51] § 97 ThürHSchG.

[52] Zur Historie *E. P. Fischer*, Die Charité, 2009, S. 229 ff.

[53] Siehe §§ 1 Abs. 1, 2 Abs. 1 UniversitätsmedizinG Berlin. Siehe vertiefend *M. Heintzen*, Was ist eine Gliedkörperschaft?, LKV 2005, S. 438 ff.

[54] §§ 63b, 63c NdsHSchG.

1. Zuständigkeits- und Verantwortungsunsicherheit

Durch die organschaftliche Integration werden externe Zielkonflikte internalisiert und damit in das Verhältnis der unterschiedlichen Organe des Klinikums zueinander projiziert.[55] Hierdurch entstehen unvermeidbar Unsicherheiten über die innere Verteilung von Kompetenzen und Verantwortung.[56] Da eine klare formell-organisatorische Trennung von Wissenschaft und Krankenversorgung nicht mehr möglich ist, verlagern sich Interessenkonflikte zwangsläufig in das materielle Recht. Jede Entscheidung eines Organs erfordert dann eine materielle Abwägung zwischen Interessen der Wissenschaft einerseits und der Krankenversorgung andererseits. Im Zweifel gehen diese Konflikte strukturell eher zu Lasten von Forschung und Lehre, da die Krankenversorgung auf Grund sowohl ihrer finanziellen Bedeutung als auch ihrer öffentlichen Wahrnehmung sowie Politisierbarkeit die Betriebsabläufe im Klinikalltag dominiert. Auch wenn sich solche Dominierungstendenzen auch im Kooperationsmodell nicht vermeiden lassen, werden sie im Integrationsmodell unnötig organisationsrechtlich dadurch verschärft, dass eine spezifisch akademische Willensbildung außerhalb des Klinikums nicht mehr selbstständig stattfindet.

Als Vorzug des Integrationsmodells wird zwar teils betont, dass dieses der „Einheit von medizinischer Forschung, Lehre und Patientenversorgung“ besser gerecht werde.[57] Genau durch diese Einheit verstärkt sich aber die Gefahr, dass Belange der Forschung und Lehre, die in der Hochschulmedizin ohnehin schon erheblich relativiert sind, noch weiter zurückgedrängt werden. Wissenschaft wird im Einheitsmodell letztlich zum Trabanten der Krankenversorgung herabgestuft. Selbst Professuren für die vorklinische oder theoretische Medizinausbildung werden von einer übergeordneten, primär auf Krankenversorgung ausgerichteten Institution, dem Klinikum, organisatorisch absorbiert und müssen sich insoweit – ungeachtet ihres rein akademischen Anspruchs – den Gesamtabwägungen mit Belangen der Krankenversorgung aussetzen.

2. Auflösung der universitären Einheit der Wissenschaft

Die disziplinäre Abschottung der Hochschulmedizin durch organisationsrechtliches Outsourcing trägt zusätzlich zu einer Ablösung von der universitären Wissenschaftlichkeit bei, die immer auch einen disziplinenübergreifenden Anspruch hat. Der Preis des Integrationsmodells ist – anders gewendet – der offene Bruch der Medizin als Disziplin mit der Idee der Universität und einer in ihr verkörperten Einheit der Wissenschaft. Während allenthalben – und konzediert: nicht immer

[55] *K. F. Gärditz*, Hochschulorganisation und verwaltungsrechtliche Systembildung, 2009, S. 590 f.

[56] So mit Recht auch *S. Becker*, Das Recht der Hochschulmedizin, 2005, S. 150.

[57] *Becker* (o. Fußn. 28), S. 151.

wissenschaftsadäquat – mehr Interdisziplinarität und ein aktives Überwinden der Fachgrenzen gefordert wird, setzt das Integrationsmodell auf gezielte disziplinäre Verengung. Der ohnehin zu geringe, aber immerhin institutionell aufrecht erhaltene Zusammenhang mit disziplinären Diskurspartnern der Medizin – man denke an die Naturwissenschaften[58] (Biologie, Chemie, Pharmazie), die Geisteswissenschaften (Ethik, Psychologie) oder die Rechtswissenschaften (Medizinrecht, Wissenschaftsrecht, Strafrecht, Haftungsrecht) – wird organisatorisch gekappt, als ob die Einbettung in den über Jahrhunderte gewachsenen akademischen Fächerkanon als Spezialisierungsbremse unerwünscht wäre. Dass das darin zum Ausdruck kommende technische Verständnis der Medizin als professionelles Handwerk kein wissenschaftspolitisch zukunftsfähiges Konzept ist, liegt auf der Hand.

Im Gegenteil sollte eher versucht werden, die Hochschulmedizin wieder ein kleines Stück weit aus den engen Fesseln hochprofessioneller Krankenversorgung zu befreien und – wie im Übrigen den Anforderungen des Bundesrechts für die Medizinerausbildung entsprechend[59] – Freiräume für gemeinsame innerakademische Projekte zu schaffen. Universität ist nicht nur eine beliebige Organisationsform, sondern eine wissenschaftliche Ordnungsidee, die eine disziplinäre Abkapselung nicht verträgt.

IV. Stiftungsmodell

Gelegentlich werden auch Stiftungsmodelle der Hochschulmedizin ins Spiel gebracht. Hierbei sind grundsätzlich zwei Varianten denkbar:

- Variante 1: Das Universitätsklinikum wird nicht – wie bislang allgemein üblich – als Anstalt verfasst, sondern als Stiftung. Dann hätte man ein modifiziertes Kooperationsmodell, in dem die Stiftungsorgane statt dem Anstaltszweck schlicht den Stiftungszweck sicherzustellen hätten.
- Variante 2: Die gesamte Hochschulmedizin wird innerhalb einer rechtsfähigen Stiftung organisiert. Die Stiftung könnte hierbei entweder unmittelbare Organisationseinheit der Hochschulmedizin oder – gleichsam als Dachorganisation – Trägerin von Klinikum und

[58] Immerhin ist es an der Medizinischen Hochschule Hannover möglich, bestimmte naturwissenschaftliche Studiengänge zu absolvieren. Freilich bleiben selbst unmittelbar einschlägige Fachrichtungen wie der Studiengang Biomedizintechnik oder in der Forschung etwa die Neurowissenschaften an der Universität Hannover.

[59] § 2 Abs. 2 Satz 1 Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 4 der Verordnung vom 17. Juli 2012 (BGBl. I S. 1539) geändert worden ist: „Der Unterricht im Studium soll fächerübergreifendes Denken fördern […]“.

Fakultät sein. Beide Varianten entsprächen dem Integrationsmodell, dessen Feintarierung hinsichtlich der Zusammensetzung der Organe und der Abstimmungsmechanismen ggf. der Wahrung des Stiftungszwecks anzupassen wären.

1. Traditionelle Stiftungen als demokratieinkompatibles Organisationsmodell

Kerngedanke der Stiftung ist die Verselbstständigung einer Vermögensmasse, um den Stifterwillen dauerhaft zu perpetuieren und damit der Verfügung durch Dritte zu entziehen. Diese dem Privatrecht entstammende und hier durchaus sinnvolle Konstruktion läuft freilich einem Grundelement des Demokratieprinzips (Art. 20 Abs. 2 Satz 1 GG) zuwider: Herrschaft wird immer nur auf Zeit verliehen.[60] Demokratische Entscheidungen sind Ausdruck von Selbstbestimmung und definieren sich daher durch die freiheitliche Form ihres Zustandekommens, nicht durch ‚richtige' Ergebnisse; Entscheidungen müssen folglich jeweils für veränderte Mehrheiten reversibel sein. Einen demokratisch legitimen Stifterwillen heutiger Mehrheiten, eine Vermögensmasse der Verfügung künftiger Mehrheiten zu entziehen, kann es daher per se nicht geben.

Tatsächlich stellt sich dieses Problem bei den (etwa in Niedersachsen und Hessen) etablierten Hochschulstiftungen aus verfassungsrechtlicher Sicht auch nicht. Denn jede Verselbstständigung von Verwaltungseinheiten ist bereits kraft institutionellen Vorbehalts des Gesetzes nur auf gesetzlicher Grundlage zulässig; und die entsprechenden Gesetze lassen sich auch wieder ändern. Die Stiftung könnte also aufgehoben oder der gesetzlich festgelegte Stiftungszweck geändert werden. Das Problem entschärft sich also dadurch, dass die Hochschulstiftungen keine eigentlichen Stiftungen sind. Hierauf wird sogleich zurückzukommen sein.

2. Verselbstständigung eines auskömmlichen Stiftungsvermögens: eine finanzpolitische und demokratische Unmöglichkeit

Der Konstruktion einer Stiftung würde es zudem entsprechen, auch eine Vermögensmasse zu verselbstständigen, aus deren *Erträgen* die Erfüllung der Stiftungsaufgaben finanziert wird. Der Vermögensstock darf hierbei grundsätzlich nicht aufgezehrt werden. Ein Finanzvermögen, dessen Zinserträge die Kosten einer Hochschule nur näherungsweise zu decken vermögen, steht so fern

[60] *E.-W. Böckenförde*, Demokratie als Verfassungsprinzip, in: J. Isensee/P. Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. II, 3. Aufl. (2004), § 24 Rn. 50; *H. Dreier*, in: ders. (Hrsg.), GG, Bd. II, 2. Aufl. (2006), Art. 20 (Demokratie) Rn. 79; *P. Kirchhof*, Die Identität der Verfassung, in: J. Isensee/ders. (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. II, 3. Aufl. (2004), § 21 Rn. 76.

jenseits des Finanzierbaren,[61] dass eine finanzielle Verselbstständigung durch Überlassung eines in diesem Sinne auskömmlichen Vermögensstocks – in der Sache eine Art Privatisierung in öffentlich-rechtlichem Gewande[62] – selbst in Zeiten günstiger Verzinsung nie ernsthaft erwogen wurde. Ist eine auskömmliche Verzinsung auf Grund der außerhalb staatlichen Einflusses liegenden Bedingungen der Finanzmärkte nicht möglich, würde das Land ohnehin kaum umhinkommen, eine Hochschule, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben strukturell auf den Verbrauch des Vermögensstocks angewiesen wäre, durch Hilfszahlungen zu entlasten.

Daher wären realistischerweise die laufenden Kosten für Personal und Sachmittel auch weiterhin – wie die etablierten öffentlich-rechtlichen Stiftungshochschulen zeigen – jährlich aus dem Landeshaushalt zur Verfügung zu stellen. Dies erscheint auch verfassungsrechtlich geboten. Denn die über Art. 20 Abs. 2 Satz 1 GG unverzichtbare Zeitlichkeit demokratischer Herrschaft lässt sich nur gewährleisten, wenn auch über die Finanzierung der öffentlichen Aufgaben jeweils in der Zeit erneut politisch entschieden, also ein entsprechender Haushalt verabschiedet wird. Damit unvereinbar wäre es, strukturell haushaltsrelevante Vermögensmassen aus Haushaltsmitteln finanziert zur eigenständigen Verwaltung zu verselbstständigen und hierdurch dauerhaft der Verfügung durch den parlamentarischen Gesetzgeber zu entziehen, wenn mit dem Vermögen weiterhin eine öffentliche Aufgabe (hier: Hochschulmedizin) finanziert werden soll, deren Erfüllung in den Bereich grundsätzlicher parlamentarischer Verantwortung fällt.[63] Auch hier müssten also Rückholoptionen, die im Wege der Gesetzesänderung aktiviert werden könnten, offen bleiben, was aber den besonderen Eigenwert des Stiftungsmodells (die dauerhafte wirtschaftliche Verselbstständigung der Hochschule) praktisch entwertet. Eine bloße Überlassung der für Forschung und Lehre benötigten Sachmittel als Betriebsvermögen (Grundstücke, Geräte usf.) ist hingegen, wie das geltende Recht zeigt, auch im Anstaltsmodell möglich.

3. Stiftung als Etikettenschwindel

Die vorstehenden Erwägungen verdeutlichen letztlich nur, dass bei der Gründung einer Hochschulmedizinstiftung die inadäquate Rechtsform der Stiftung ihren Namen hergeben soll, ohne

[61] Vgl. nur *Ulrich Battis*, Die Freie Universität Berlin – eine Stiftungsuniversität?, in: Markus Heintzen/Lutz Kruschwitz (Hrsg.), Die Freie Universität Berlin als Stiftungsuniversität, 2002, S. 11 (13).

[62] Siehe zur hier nicht thematisierten und auch nicht weiterzuverfolgenden Organisation der Hochschulklinika in Privatrechtsform *G. Sandberger*, Rechtsfragen der Privatisierung von Universitätsklinika, in: W. Löwer (Hrsg.), Universitätsklinika in öffentlich-rechtlicher oder privatrechtlicher Organisationsform, 2006, S. 1 ff.

[63] Insoweit unterscheidet sich die Stiftungslösung durchaus auch von den vom BVerfG grundsätzlich gebilligten Maßnahmen zur Stabilisierung des Euro.

den Stiftungsgedanken selbst übernehmen zu können oder auch nur zu wollen. Vom Stiftungsmodell verbleibt daher nicht mehr als die naive Hoffnung, private Investoren oder Mäzene wären eher bereit, Gelder einer Stiftung als einer Körperschaft zukommen zu lassen. Empirische Belege hierfür gibt es nicht. Und es gibt in der Spendeneinwerbung sehr erfolgreiche körperschaftlich verfasste Hochschulen; auch dort geht es im Vergleich zum von einer Hochschule benötigten Finanzvolumen vergleichsweise um Kleinstbeträge.

Gemessen hieran ist eine Debatte über eine angemessene und machbare Hochschulfinanzierung sinnvoller als die institutionelle Vorbereitung eines Rückzugs des Staates aus der Hochschulmedizin durch eine verkrümmte Stiftungslösung, die lediglich zusätzliche organisationsrechtliche Folgeprobleme nach sich zieht, wie das Verhältnis von Stiftungsorganen zu den organisatorischen Gliederungen der Wissenschaft und der Krankenversorgung herzustellen ist.

Eine bloße stiftungsförmige *Forschungsförderung* ist, wenn man sich davon eine bessere Einwerbung von Spenden erhofft, damit nicht ausgeschlossen, lässt sich aber – wie etwa das Modell der „Stiftung Hochschulmedizin Dresden“ zeigt – auch in Privatrechtsform im Rahmen des allgemeinen Stiftungsrechts (und steuerrechtlich im Rahmen der Gemeinnützigkeit) verwirklichen, ohne dass es einer Änderung der Hochschulorganisation bedürfte.

V. Resümee

Aus hochschulrechtlicher Sicht ist und bleibt das Kooperationsmodell die vorzugswürdige Organisationsform für die Hochschulmedizin. Das Land Sachsen-Anhalt verfügt hier bereits über ein mustergültiges Sondergesetz, sodass besonderer Änderungsbedarf nicht veranlasst ist.

Erfahrungen mit praktischen Auswirkungen eines Organisationsmodells nach Umwandlung

Prof. Dr. Heyo K. Kroemer, Universität Göttingen

Erfahrungen mit praktischen Auswirkungen eines Organisationsmodells nach Umwandlung

Heyo K. Kroemer
Universitätsmedizin Göttingen

Magdeburg, 10. Dezember 2012

- Situation der Universitätsmedizin 2012
- Rechtsformentwicklungen
- Bedeutung die die Universitätsmedizin

Schlussfolgerung

- Die Hochschulmedizin ist in einer problematischen Gesamtsituation
- Schwierigkeiten in fast allen Geschäftsfeldern
- Gefahr der systemischen Instabilität
- Gegenseitige Abhängigkeit der Probleme

Wie konnte es überhaupt dazu kommen?

Was hat sich in den letzten Jahren geändert?

Was hat sich in den letzten 12 Jahren geändert?

2000

- Das rechtlich unselbständige Uniklinikum arbeitet mit einem vollpauschalierenden Pflegesatz.
- Die Landeszuführungsbeträge für F&L sind großzügig bemessen. Eine leistungs-orientierte Mittelvergabe in F&L ist eher selten.
- Die individuelle Vergütung der Ärzte ist mäßig, in F&L in etwa gleich der Krankenversorgung.
- Die Karriereoptionen sind ordentlich, im Minimum ist eine lukrative Niederlassung möglich.

Was hat sich in den letzten 12 Jahren geändert?

2012

- Das rechtlich selbständige Uniklinikum arbeitet unter dem G-DRG-System
- Die Landeszuführungsbeträge für F&L sind ständig reduziert worden. Eine leistungs-orientierte Mittelvergabe in F&L ist flächendeckend.
- Die ärztliche Vergütung ist besser, aber nur für Aufgaben in der Krankenversorgung.
- Die Karriereoptionen sind schwierig abschätzbar.

Neues Vergütungssystem

➢Das **rechtlich selbständige Uniklinikum** arbeitet unter dem G-DRG-System.

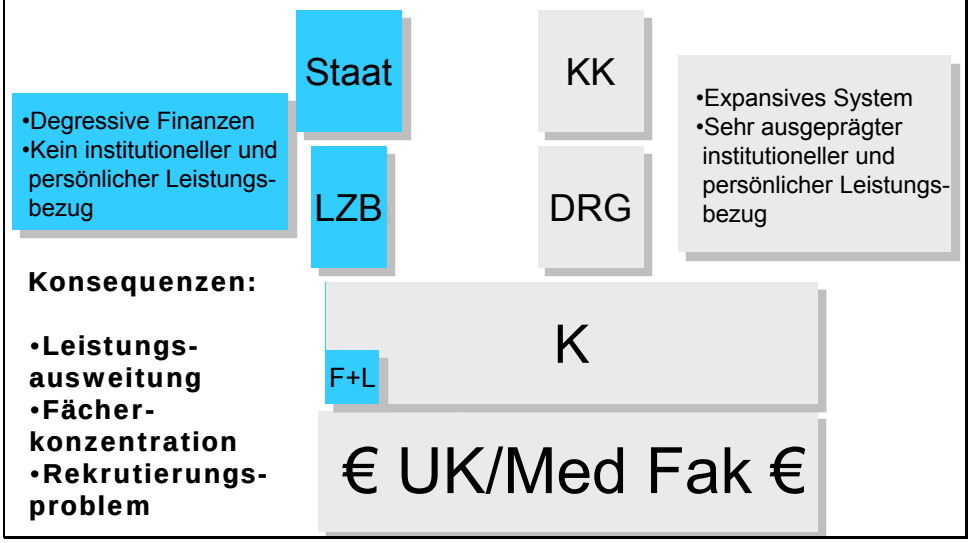
Artikel 4 der GKV-Gesundheitsreform 2000 §17 (1):

„Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist für **alle Krankenhäuser**… ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen…“

- Diagnose plus Prozedur = DRG= Entgelt
- DRG Erlös = Relativgewicht (INEG) x Basisfallwert
- Case Mix= Fallzahl x Relativgewicht
- Case Mix Index = Case Mix / Fallzahl

zunächst Konvergenzphase, dann Scharfschaltung

Einfluss der Ökonomisierung der Hochschul-medizin auf Lehre und Forschung



Ausfinanzierung der Universitätsmedizin
Der deutschen Universitätsmedizin fehlt im internationalen Vergleich
ein Systemzuschlag

Prof. Dr. Michael Albrecht, Dresden/Berlin
Prof. Dr. Dieter Bitter-Suermann, Hannover
Dr. Sebastian Freytag, Göttingen
Prof. Dr. Hans-Joachim Heinze, Magdeburg
Prof. Dr. Heyo K. Kroemer, Göttingen/Berlin
Dr. Martin Siess, Göttingen
Dipl.-Kfm. Dipl.-Pol. Rüdiger Strehl, Berlin
Dr. Andreas Tecklenburg, Hannover

Föderalismusreform: 31. August 2006

13. Artikel 91b wird wie folgt gefasst:

„Artikel 91b

(1) Bund und Länder können auf Grund von Vereinbarungen in Fällen überregionaler Bedeutung zusammenwirken bei der Förderung von:

1. Einrichtungen und Vorhaben der wissenschaftlichen Forschung außerhalb von Hochschulen;
2. Vorhaben der Wissenschaft und Forschung an Hochschulen;
3. Forschungsbauten an Hochschulen einschließlich Großgeräten.

Vereinbarungen nach Satz 1 Nr. 2 bedürfen der Zustimmung aller Länder.

- Eine direkte strukturelle Förderung des Bundes an einzelne Einrichtungen der Hochschulmedizin ist ausgeschlossen !
- Kein HBFG mehr !

Die Situation: Lehre und Forschung

Forschung: was hat sich in den letzten 10 Jahren geändert?

- Massiver Wandel in Forschungsorganisation
- Leistungsorientierte Mittelvergabe
- Degressive Landeszuführungsbeträge
- Überlebenswichtige Drittmittel (ExIni, HH)
- Extrem unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen durch föderale Strukturen

Strategische Entwicklung

HELMHOLTZ GEMEINSCHAFT

3 Milliarden € / 30.000 Mitarbeiter

Hochschulmedizin

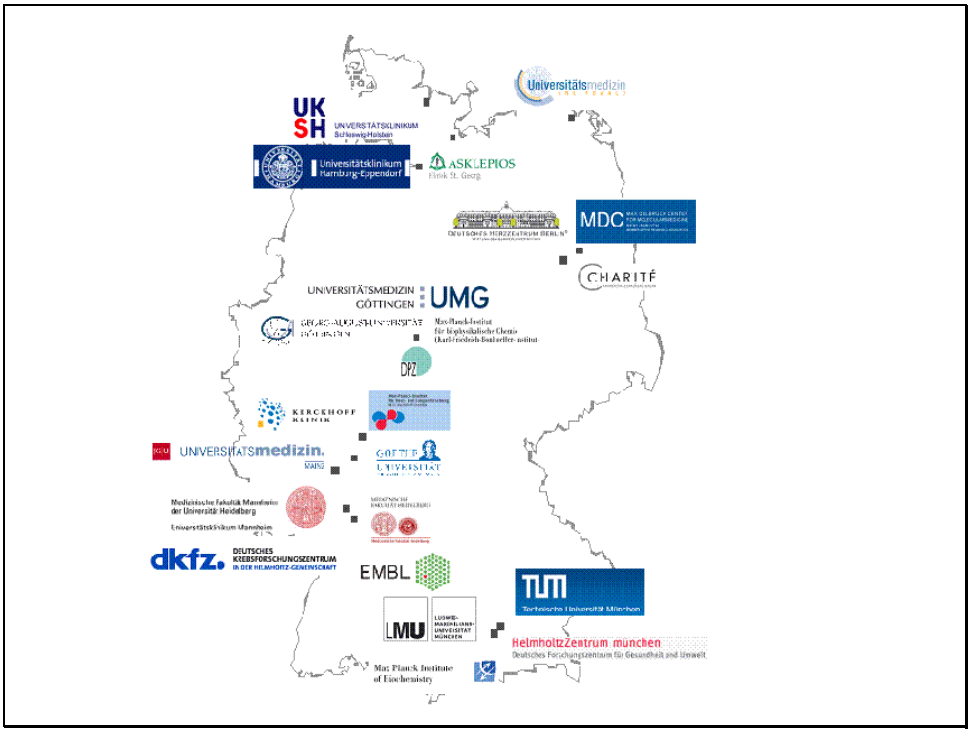
2.8 Milliarden € / 140.000 Mitarbeiter

Deutsche Zentren für wichtige Erkankungen

- Krebs
- Neurodegenerative Erkrankungen
- Diabetes
- Infektionen
- Lungenerkrankungen
- Herz- Kreislauferkrankungen

Zusätzlich:

- Nationale Kohorte (200.000)



Ein zusätzliches Problem: Die Schuldenbremse

Neue gemeinsame Schuldenregel für Bund und Länder
(Artikel 109 Abs. 3 Grundgesetz)

Grundsätzlich sind die Haushalte von Bund und Ländern ohne Kredite auszugleichen

Die Einhaltung der Vorgabe des ausgeglichenen Haushalts ist für den Bund ab dem Jahr 2016 zwingend vorgesehen, für die Länder ab dem Jahr 2020

Fazit:
in der zweiten Hälfte dieses Jahrzehnts wird das Geld richtig knapp
Ausgeglichene Haushalte: Bayern, Sachsen und M-V

Rahmenbedingungen im Land MV

1.367 Mio € BEZ von 7012 Mio € gesamt 2011

Gesamtübersicht über den Haushaltsplan 2008/ 2009

- in Mio. Euro -

	Einnahmeart / Ausgabeart	Ist 2006	Haushalts-plan (Nachtrag) 2007*	Haushalts-plan 2008	Differenz 5-4	Haushalts-plan 2009	Differenz 7-5
1	2	3	4	5	6	7	8
	Einnahmen						
1	Steuern, LFA, BEZ	5.120,7	5.263,9	5.438,8	174,8	5.445,3	6,5
2	davon: - Mecklenburg-Vorpommern verbleibende Steuern	3.182,2	3.347,0	3.538,0	191,0	3.623,0	85,0
3	- Einnahmen aus dem Länderfinanzausgleich (LFA)	467,1	458,0	443,0	-15,0	432,0	-11,0
4	- Einnahmen aus Bundesergänzungszuweisungen (BEZ)	1.471,4	1.458,9	1.457,6	-1,2	1.390,4	-67,4
5	Übrige laufende Einnahmen	1.119,0	1.048,0	1.020,2	-27,8	984,3	-35,9
6	davon: - Verwaltungseinnahmen	360,2	288,0	260,5	-27,5	257,5	-3,0
7	- aus Zuweisungen und Zuschüsse	758,2	759,4	758,8	-0,6	726,1	-32,7
8	- steuerähnliche Abgaben (außer Spielbankenabgaben)	0,6	0,7	0,9	0,3	0,7	-0,2
9	- Globale Mehreinnahme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	Summe der bereinigten laufenden Einnahmen	6.239,6	6.311,9	6.459,0	147,0	6.429,6	-29,3
11	Spezielle Investitionseinnahmen	674,6	589,8	585,9	-4,0	597,3	11,4
12	Bereinigte Gesamteinnahmen	6.914,3	6.901,8	7.044,8	143,1	7.026,9	-17,9
13	Haushaltstechnische Verrechnungen	7,7	14,1	2,9	-11,3	2,2	-0,7
14	Entnahmen aus Rücklagen	19,2	58,0	79,5	21,5	6,4	-73,1
15	Einnahmen aus Überschüssen der Vorjahre	0,0	0,0	10,7	10,7	0,0	-10,7
16	Netto-Kreditaufnahme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
17	Gesamteinnahmen	6.941,1	6.973,9	7.137,9	164,0	7.035,5	-102,4

„Zukunft der deutschen Hochschulmedizin – Kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“

Lösung: Privatisierung von K

F+L | K

- Effektive Trennung der Finanzkreisläufe
- Getrennte Mittelbewirtschaftung
- Separates Controlling für beide Seiten

Proof of Concept: Modell Giessen / Marburg

Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 11.04.2012

Frankfurter Allgemeine
ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

Seite: N5
Ressort: Natur und Wissenschaft
Seitentitel: Forschung und Lehre

Auflage: 380.427 (verbreitet)
Reichweite: 0,99 (in Mio.)

Privatisierung von Kliniken als Problem

Fusionieren, auf betriebswirtschaftliche Füße stellen und dann Rendite erwirtschaften - so hatte man sich die Zukunft der Universitätskliniken in Marburg und Gießen vorgestellt. Besichtigung eines Irrtums.

Von Matthias Rothmund

faktor. "Worst case" wäre hingegen, wenn Konzern und Land auf die Idee kämen, das fusionierte Klinikum an einen anderen privaten Krankenhausträger, börsennotiert oder nicht, zu verkaufen. Die Universitätsmedizin in Marburg und Gießen käme vom Regen in die Traufe.

26. April 2012

Stellungnahme von Ministerpräsident Volker Bouffier zum heutigen Übernahmeangebot der Fresenius AG, Bad Homburg an den Rhön-Konzern

„Ich freue mich, dass meine Bemühungen um die Zukunft des Klinikums Gießen–Marburg jetzt in ein konkretes Stadium getreten sind.

Ich begrüße das Übernahmeangebot der Fresenius AG an die Rhön AG. Die Landesregierung wird unverzüglich in Gespräche mit der Fresenius AG eintreten, um die Interessen des Landes zur Sicherung einer exzellenten Krankenversorgung sowie für Forschung und Lehre und die Zukunft der Beschäftigten zu erörtern.

Dabei muss klar sein, dass ein Universitätsklinikum von einem neuen Partner anders gesehen und behandelt werden muss als ein normales Krankenhaus.

Ich bin zuversichtlich, dass auf diese Weise die erfolgreiche Zukunft des drittgrößten Klinikums Deutschland sichergestellt werden kann."

Fresenius will Konkurrent Rhön Klinikum schlucken

Donnerstag, 26. April 2012, 10:51 Uhr

Diesen Artikel drucken [-] Text

Frankfurt (Reuters) - Milliardenübernahme im deutschen Klinikmarkt: Der Gesundheitskonzern Fresenius will für rund 3,1 Milliarden Euro den Klinikbetreiber Rhön-Klinikum kaufen.

Mit der Übernahme will Fresenius zusammen mit seiner Tochter Helios den unangefochtene Marktführer unter den privaten Klinikbetreibern in Deutschland schaffen. Der neue Krankenhausverbund Helios-Röhn käme dann auf einen Jahresumsatz von rund sechs Milliarden Euro. "Der geplante Erwerb der Rhön-Klinikum AG ist ein bedeutender Schritt im weiteren Ausbau unseres Krankenhausgeschäfts" erklärte Fresenius-Chef Ulf Schneider am Donnerstag. Mit der Bündelung der Geschäfte könne Fresenius neue Wege in der Gesundheitsversorgung gehen. Rhön-Klinikum kündigte umgehend an, die Übernahme-Offerte zu prüfen.

Internationale Fische?

Stellungnahme
„Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer im Auftrag des Vorstands der Bundesärztekammer

Finanzierung
Rechtsformen
Karrierewege
Ambulante Strukturen

Warum spielt in diesem Zusammenhang die Rechtsform eine Rolle?

- Scheinbar abstrakte juristische Spitzfindigkeiten
- In der Realität ein extrem wichtiges Handwerkszeug
- Zielstellung ist der zentrale Punkt

Medizinische Fakultät

ERNST MORITZ ARNDT UNIVERSITÄT GREIFSWALD

Ausgangslage 1999

Lehre:
- Auf 180 Studienpätze 110 Bewerber mit 1. Präferenz HGW
- Etwa 30 Absolventen

Forschung:
- Keine integrierten Projekte

Krankenversorgung:
- Unklare Zukunft zentraler Fächer (z.B. Kardiologie, Radiologie)
- Negatives Betriebsergebnis des Klinikums (-1.4 Millionen €)
- Extrem schlechte Bausubstanz und Ausstattung

Medizinische Fakultät

ERNST MORITZ ARNDT UNIVERSITÄT GREIFSWALD

Ausgangslage 1999

Medizinische Fakultät

ERNST MORITZ ARNDT
UNIVERSITÄT GREIFSWALD

Ausgangslage 1999

Kurzer Abriss des bisherigen Ablaufs -1-

1999 Überlegungen zur Privatisierung der Uniklinik Greifswald

Nr. 11/2002 Mitteilungsblatt des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern 703

Landesverordnung über die Errichtung des Universitätsklinikums Greifswald der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald als Anstalt des öffentlichen Rechts[1]

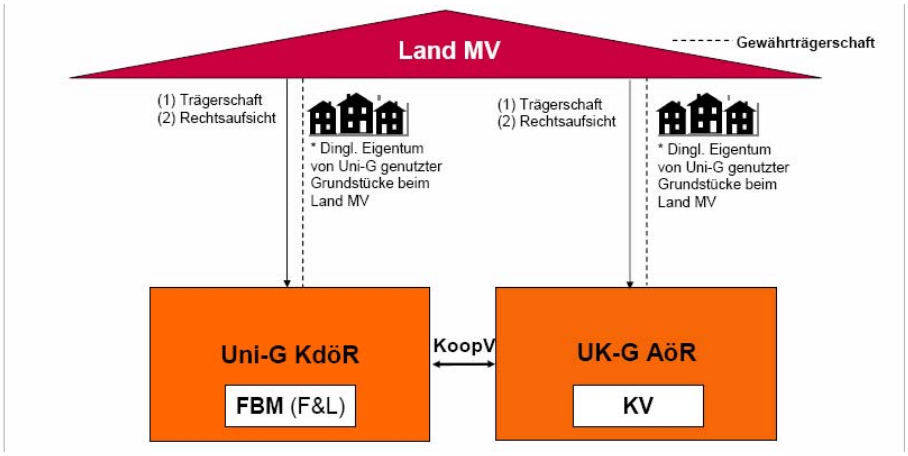
Vom 24. September 2002

GS Meckl.-Vorp. Gl. Nr. 221 - 11 - 2

Aufgrund des § 104 Abs. 1, 2 und 3 des Landeshochschulgesetzes vom 5. Juli 2002 (GVOBl. M-V S. 398)[2] verordnet die Landesregierung nach Anhörung der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald:

§ 1
Universitätsklinikum

hochschulgesetz verbürgten Rechte wahrnehmen können. Entscheidungen des Universitätsklinikums erfolgen unbeschadet der



Ergebnisse des Rechtsformwechsels

2002 AöR: eine erfolgreiche Rechtsform, hochintegriertes Kooperationsmodell
Erwerb von Tochterunternehmen, Kreditfinanzierungen (Immobilien)

Regionalisierungsstrategien

Wolgast

Regionalisierungsstrategien

189 Betten
78 % Auslastung
283 Mitarbeiter

Regionalisierungsstrategien

PRESSEMITTEILUNG

17.4.2008

Ministererlaubnis im Fall Universitätsklinikum Greifswald/Kreiskrankenhaus Wolgast

Der Bundesminister für Wirtschaft und Technologie, Michael Glos, hat heute in dem Ministererlaubnisverfahren Universitätsklinikum Greifswald/Kreiskrankenhaus Wolgast eine Ministererlaubnis erteilt. Damit kann das Universitätsklinikum Greifswald die Anteilsmehrheit an dem Kreiskrankenhaus Wolgast übernehmen.

Das Bundeskartellamt hatte die Übernahme des Kreiskrankenhauses in Wolgast (KKH Wolgast) durch das Universitätsklinikum Greifswald (Universitätsklinikum) im Dezember 2006 untersagt, weil dadurch die marktbeherrschende Stellung des Universitätsklinikums auf dem Markt für Krankenhausleistungen in der Region verstärkt würde. Das Uniklinikum hatte am 07. Dezember 2007 eine Ministererlaubnis beantragt.

An die Erteilung einer Ministererlaubnis stellt das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen hohe Anforderungen. Im konkreten Einzelfall müssen die vom Bundeskartellamt festgestellten Wettbewerbsbeschränkungen durch gesamtwirtschaftliche Vorteile aufgewogen oder durch ein überragendes Interesse der Allgemeinheit (zusammen: Gemeinwohlgründe) gerechtfertigt werden. Um die Realisierung der Gemeinwohlgründe zu erreichen, darf es auch keine wettbewerblich weniger bedenklichen Alternativen geben.

Diese Anforderungen sind im vorliegenden Fall erfüllt, so dass eine Ministererlaubnis erteilt werden kann. Von den seitens des Universitätsklinikums vorgetragenen Gründen waren nach umfangreichen Ermittlungen und eingehender Prüfung als Gemeinwohlgrund nur "Langfristiger Erhalt und nachhaltige Profilierung von medizinischer Fakultät und angegliedertem Universitätsklinikum der Universität Greifswald" und "Ausbau des Forschungsschwerpunktes der "Community Medicine" der medizinischen Fakultät" anzuerkennen. Diese Gemeinwohlgründe stehen dabei

Kurzer Abriss des bisherigen Ablaufs -2-

Stand 2012

Das Universitätsklinikum Greifswald heute- wirtschaftliches Unternehmen

Universitätsklinikum GREIFSWALD

- seit 2003 positives Betriebsergebnis
- 2009: Rekordumsatz in Höhe von 154 Mio. € (2008: 147 Mio. €)
- Übernahme des Kreiskrankenhauses Wolgast und Ausbau der regionalen Krankenhausversorgung

Kurzer Abriss des bisherigen Ablaufs -2-

Stand 2012

Aber:
Seit 2002:extreme Veränderung der Rahmenbedingungen (DRG, ExIni)

Kurzer Abriss des bisherigen Ablaufs -3-

Probleme des Greifswalder Kooperationsmodells

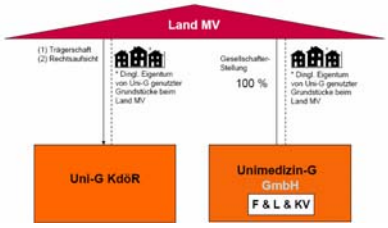
- Unterschiedliches Management von F, L und K
- Duale Vertragssysteme
- Steuerproblematik ?
- Immobilienbewirtschaftung

Als kleinste deutsche Hochschulmedizin konnten wir nur überleben, wenn wir alle vorhanden Ressourcen optimal nutzen.

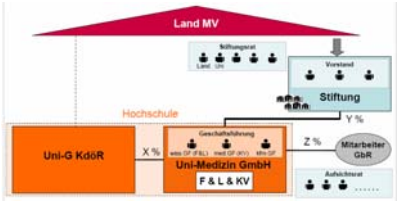
Ab 2006 Diskussion in Fakultät und Klinikum über eine Weiterentwicklung der Rechtsform.

Wir wollten die Quadratur des Kreises (Vorgehensweise)

Modelle



Privatrechtliche Integration



Stiftungsmodelle

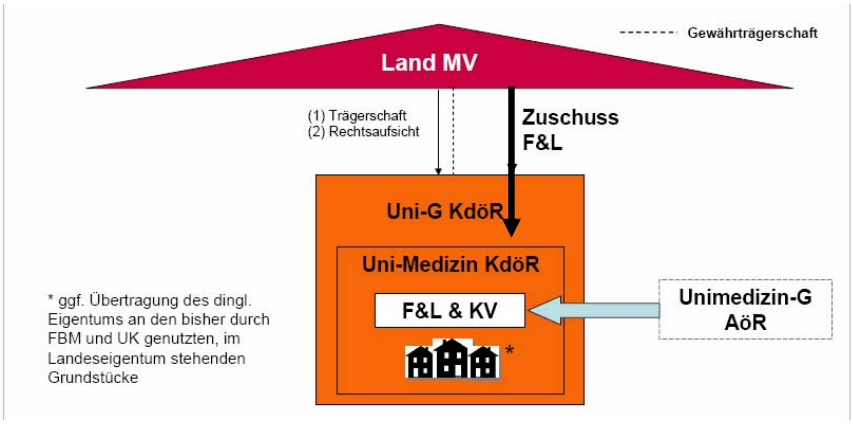
Politische Vorgabe des Landes:

Öffentlich-rechtliches Modell
Integrationsmodell

Entwicklung in den Ländern:

Überwiegend AöR (Grund)
Privatrechtlich: Gi, Mb
Integrationsmodell: HH, MHH
Doppelte Integration: Mz, J
Laufend: BW

Prinzip des Integrationsmodells



Zum 1. Januar 2011 in Kraft
Für HRO zum 1. Januar 2012

730 Gesetz- und Verordnungsblatt für Mecklenburg-Vorpommern 2010 Nr. 23

Viertes Gesetz zur Änderung des Landeshochschulgesetzes und Gesetze zur Errichtung der Teilkörperschaften Universitätsmedizin Greifswald und Universitätsmedizin Rostock

Vom 16. Dezember 2010

GS Meckl.-Vorp. Gl. Nr. 221 - 20

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Artikel 1 Viertes Gesetz zur Änderung des Landeshochschulgesetzes
Artikel 1a Änderung der Lehrverpflichtungsverordnung
Artikel 2 Weitergeltung der Bestimmungen über die Hochschulmedizin
Artikel 3 Gesetz zur Errichtung der Teilkörperschaft Universitätsmedizin Greifswald
Artikel 3a Gesetz zur Errichtung der Teilkörperschaft Universitätsmedizin Rostock
Artikel 4 Änderung des Personalvertretungsgesetzes
Artikel 5 Änderung des Hochschulzulassungsgesetzes
Artikel 6 Bekanntmachungserlaubnis
Artikel 7 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

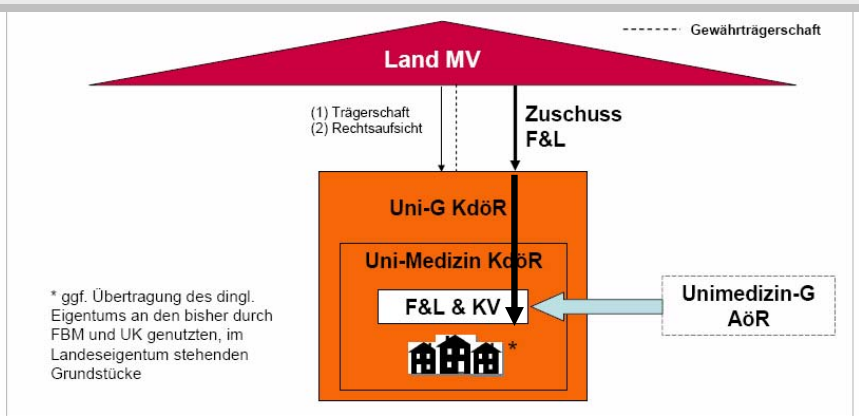
Hauptvorteil des Integrationsmodells:

Funktionale Verbesserung

Hauptrisiko des Integrationsmodells

Abtrennung von der Universität

Greifswalder Integrationsmodell



- Krankenversorgung, Lehre und Forschung werden durch einen Vorstand geleitet (Funktionsoptionen)
- Verknüpfung über Personenidentität
- Eigenbeteiligungsmodell

Erfahrungen mit der vierte Rechtsform Universitätsmedizin Göttingen

- ca. 47.000 teil- und vollstationäre Patienten
- ca. 146.640 ambulante Patienten
- 441 Mio € Bilanzsumme
- 7000 Mitarbeiter
- 46 Mio € Drittmittel
- Strukturell ein eigenes Stiftungskapitel in einem Integrationsmodell
- Leitung durch dreiköpfigen Vorstand
- Relative Staatsferne (AR-Leitung)

Erfahrungen mit praktischen Auswirkungen eines Organisationsmodells nach Umwandlung

- Die Rechtsform ist ein sehr stark unterschätzter Faktor
- Eine kluge und individuelle Rechtsform ermöglicht
  - -Schwächen zu kompensieren
  - -Stärken zu unterstützen
- Die optimale Rechtsform sollte ohne Vorbedingungen diskutiert werden

Themenbereich 2: Finanzierungsfragen und betriebswirtschaftliche Auswirkungen der Organisationsmodelle

Betriebswirtschaftliche Auswirkungen und Sicherung von Investitionen im Integrationsmodell

Gunter Gotal, Verband der Universitätsklinika Deutschlands

Die Universitätsmedizin Greifswald hat sich zum 1.1.2011 vom Kooperationsmodell gelöst und firmiert seither als Körperschaft des öffentlichen Rechts (KöR), zuvor Anstalt öffentlichen Rechts (AöR), im Integrationsmodell.

Die ursächlichen Motivationen für die Implementation eines Integrationsmodells aus Sicht der Universitätsmedizin Greifswald waren folgende:

- Die Erarbeitung eines innovativen, zukunfts- und wettbewerbsfähigen Strukturmodells für die Universitätsmedizin Greifswald
- Erlangung von unternehmerischer Freiheit in F&L und KV durch umfassende Autonomie (inkl. Bauherreneigenschaft und Mitarbeiterbeteiligungsmodell)
- Die Professionalisierung der Leitungs- und Aufsichtsorgane durch klare Kompetenzzuweisung und externen Sachverstand.

Vor allem sollte aber das Bestreben einen Interessenausgleich von Lehre und Forschung und Krankenversorgung zu erlangen im Vordergrund stehen. Dabei ist die Erlangung der Haushaltsautonomie über den jährlichen Zuführungsbetrags des Landes von besonderer Bedeutung. Darüberhinaus kann das Ziel des Integrationsmodells darin bestehen, die Kreditfähigkeit zu verbessern.

Bei der Umsetzung des Integrationsmodells ist darauf zu achten, dass die Etablierung von Doppelstrukturen in den Bereichen entweder gar nicht erst entstehen oder reduziert werden. Dies betrifft vor allen Dingen die administrativen Bereiche wie Einkauf, Finanzen, Personalwesen, Bau- und Technik.

Bei der Verteilung der Investitionsmittel für Lehre und Forschung und Krankenversorgung im Finanzplan des Landes darf die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenversorgung nicht eingeschränkt werden. Dabei sollten keine Wettbewerbsnachteile gegenüber anderen Krankenhäusern am Markt (z. B. bei pauschalen Fördermitteln) entstehen. Die Pauschalmittelförderung für die Universitätskliniken im Land Mecklenburg-Vorpommern ist momentan im Landeskrankenhausgesetz unzureichend abgebildet. Der Pauschalmittelförderbetrag ist imVergleich zu den Mitteln, die für Krankenhäuser der Maximalversorgung ohne Ausbildungsauftrag fließen, vernachlässigbar. Eine klare Trennung der Förderung von Investitionen für die Krankenversorgung und die Lehre und Forschung sollte Vorrausetzung für die Umsetzung eines Integrationsmodells sein.

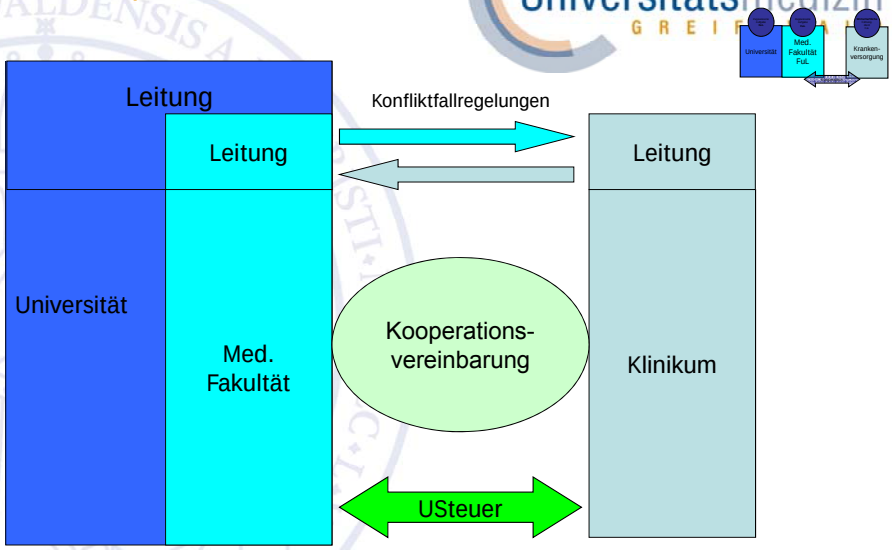
Eine konsequente Fortführung der Trennungsrechnung, hier im Besonderen die Trennung der Investitionsbedarfe, ist unbedingt notwendig, da die Finanzierungsquellen der Investitionen für Universitätskliniken in den Ländern meist unterschiedlich sind.

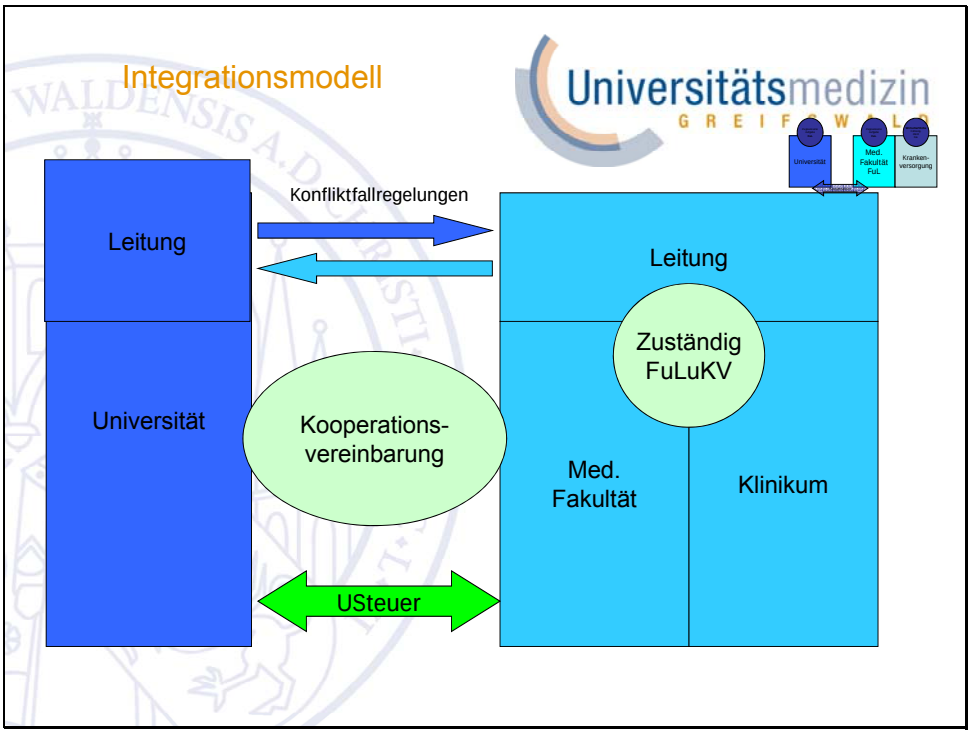
Universitätsmedizin GREIFSWALD

Betriebswirtschaftliche Auswirkungen und Sicherung von Investitionen im Integrationsmodell

Gunter Gotal

Kooperationsmodell




Integrationsmodell
Universitätsmedizin
GREIFSWALD
Konfliktfallregelungen
Leitung
Universität
Kooperations-
vereinbarung
USteuer
Leitung
Zuständig
FuLuKV
Med.
Fakultät
Klinikum

Universitätsmedizin
GREIFSWALD
Ursächliche Motivationen für ein Integrationsmodell
am Universitätsklinikum Greifswald
Erarbeitung eines innovativen, zukunfts- und wettbewerbsfähigen Strukturmodells für die Universitätsmedizin Greifswald
Unternehmerische Freiheit in F&L und KV durch umfassende Autonomie (inkl. Bauherreneigenschaft, Mitarbeiter-beteiligungsmodell)
Professionalisierung der Leitungs- und Aufsichtsorgane durch klare Kompetenzzuweisung und externen Sachverstand

Ziele eines Integrationsmodels können sein

- Stärkung der unternehmerischen Freiheit
- Bauherreneigenschaft
- Kreditfähigkeit
- Mitarbeiterbeteiligungsmodell
- sinnvolle Neuregelung der Kompetenzen
- Interessenausgleich von Lehre und Forschung bei Kompetenzverteilung
- Haushaltsautonomie über Zuführungsbetrag
- Abschaffung von Stellenplänen in Lehre und Forschung → Budgetorientierung in der Gesamtverantwortung
- Rolle des Aufsichtsrates als Fachaufsicht akzeptieren

5

Umsetzung des Integrationsmodells

Vermeidung von Doppelstrukturen bei der administrativen Umsetzung im den Bereichen Einkauf, Personal, Finanzen, etc..

6

Geschätzte Investitionsquote nach Trendumfrage der Uniklinika (28) im Jahr 2011

zwischen 3% und 6%	48%
zwischen 6% und 10%	30%
zwischen 10% und 15%	15%

Durchschnittliche Investitionsquote

Uniklinika: ca. 7,5% ⟷ notwendig ca. 12%
Freie Wirtschaft: ca. 15%

Quelle: VUD

7

Nach Förderalismusreform geht es den Uniklinika schlechter !

Geschätzter Investitionsstau der Uniklinika (28) im Jahr 2015

250 Mio - 500 Mio €	46%
100 Mio - 250 Mio €	19%
50 Mio - 100 Mio €	19%

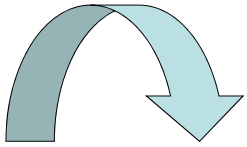
Einschätzung der weiteren Entwicklung (2016-2020)

Die Lage wird sich verschärfen und der Investitionsstau wird zunehmen	74%

Quelle: VUD

8

Investitionen im Integrationsmodell



Verteilung von Investitionsmitteln für Lehre und Forschung und Krankenversorgung **im Finanzplan des Landes** dürfen die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenversorgung nicht einschränken. **Keine Wettbewerbsnachteile gegenüber Krankenhäusern** am Markt (z.B. bei pauschalen Fördermitteln)

9

Chancen und Risiken einer Beteiligung von Privaten an der Finanzierung von Universitätsklinika aus Sicht des VUD

Ralf Heyder, Verband der Universitätsklinika

Private Beteiligungen an Universitätsklinika bleiben im Fokus der Politik – angesichts knapper Länderkassen und zu erwartenden Wirkungen der Schuldenbremse sicher keine gewagte Prognose. Eine klare Analyse von Chancen und Risiken der Privatisierung für die Hochschulmedizin ist daher dringend geboten.

Die materielle Vollprivatisierung des Klinikums ohne gleichzeitige Privatisierung der dazugehörigen Fakultät steht im Vordergrund der nachfolgenden Ausführungen. Dieser Weg wurde bei der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen-Marburg in Hessen im Jahre 2006 gewählt. Weitere mögliche Privatisierungsformen bedürfen einer eigenständigen Analyse und werden hier nicht vertieft. Dazu gehören:

- **Public Private Partnership (PPP)**: Es gibt inzwischen sehr unterschiedliche Modelle Privat-Öffentlicher Partnerschaften im Krankenhausbereich. Ziel dieser Kooperationen ist gemeinhin der Bau und Betrieb von Infrastrukturen, insbesondere von Gebäuden. Die Partnerschaft ist häufig auf den Lebenszyklus der gemeinsam betriebenen Infrastruktur angelegt.
- **Teilprivatisierung in Form einer privaten Minderheitsbeteiligung**: Private Kapitalgeber verfolgen dieses Modell in der Regel nur als Übergangslösung hin zu einer Vollprivatisierung. Schließlich ist eine beherrschende Rolle im Unternehmen die Voraussetzung zur Gestaltung betrieblicher Entscheidungen.
- **Privatisierung einzelner klinischer Einheiten**: Private Investoren sind hierbei an den „Filetstücken" einer Universitätsklinik interessiert. Beispiele sind die mit Universitätsklinika verbundenen privaten Herzzentren. Dieses Modell dient daher in der Regel nicht zur Problemlösung für defizitäre Klinikbereiche.
- **Gleichzeitige Privatisierung von Klinikum und Fakultät**: Eine solche vollständige Übernahme von Klinikbetrieb, Forschung und Lehre wurde in Deutschland bisher nicht diskutiert. Sicher ist, dass dies die Komplexität eines Privatisierungsvorhabens nochmals enorm steigern würde.

Privatisierung erfordert umfassende Chancen-Risiken- Abwägung

Die materielle Vollprivatisierung eines Universitätsklinikums ist nicht per se positiv oder negativ zu bewerten. Wie sich Chancen und Risiken einer solchen Maßnahme zueinander verhalten, hängt von der konkreten Entscheidungssituation und der Lage des jeweiligen Krankenhauses vor Ort ab. Eine differenzierte Beurteilung kann daher nur am konkreten Einzelfall erfolgen. Fest steht aber, dass Investoren wie auch Länder mit der Privatisierung von Universitätsklinika im Vergleich zu nicht-universitären Krankenhäusern zusätzliche Risiken eingehen.

Die Privatisierung eines Universitätsklinikums ist unter fünf zentralen Gesichtspunkten zu prüfen: dem wirtschaftlichen Betriebskonzept, dem Leitungskonzept, der Schnittstelle zur Fakultät, der Rolle des Landes sowie der Rolle kritischer Stakeholder.

1. **Betriebskonzept: Erwirtschaftet der Private dauerhaft die notwendigen Überschüsse?**

Unterstellt wird, dass Privatisierung im Wesentlichen ein Ziel hat: die vollständige Entlastung des staatlichen Trägers von den finanziellen Verpflichtungen für das jeweilige Universitätsklinikum. Privatisierungsprozesse sind zumeist Folge eines langjährigen Finanzengpasses des jeweiligen Trägers. Dieser Engpass manifestiert sich in einer unzureichenden Investitionsfinanzierung, als deren

Folge sich ein Investitionsstau aufbaut. Werden Gebäude, Betriebs- und Medizintechnik sowie die IT über Jahre nicht modernisiert, dann wirkt sich das unweigerlich auf Betriebs- und Instandhaltungskosten aus. Damit geraten infolge größerer Investitionsstaus zwangsläufig auch die Betriebsergebnisse unter Druck. Die Privatisierung der Universitätsklinik Gießen/Marburg erfolgte zu einem Zeitpunkt, zu dem insbesondere am Standort Gießen bereits ein sehr hoher Investitionsstau aufgelaufen war. Notwendige Investitionen ließen sich nicht länger aufschieben.

Privatisierung birgt somit für das Land die Chance, eine Schließungsdiskussion zu vermeiden und zugleich seine Verpflichtung für die erforderliche Investitionsfinanzierung abzugeben. Damit ein privater Klinikbetreiber diese Erwartung des Landes erfüllen kann, muss er drei Herausforderungen gleichzeitig bewältigen:

1. Die Lücke zwischen steigenden Personal- und Sachkosten einerseits und deutlich geringeren Steigerungen der Leistungsentgelte andererseits muss geschlossen werden. Eine große Herausforderung, schließlich ist diese so genannte Scherenproblematik ein trägerübergreifendes Grundproblem der Krankenhausfinanzierung.

2. Belastungen aus Sonderaufgaben der Universitätsklinika, die im Krankenhaus-Finanzierungssystem nicht ausreichend finanziert sind, müssen ausgeglichen werden. Dazu gehören insbesondere Extremkostenfälle, die Hochschulambulanzen, besondere Fälle wie Seltene Erkrankungen, die Vorhaltung einer Maximal-Notfallversorgung, das überproportionale Engagement in der Weiterbildung und die Einführung von Innovationen. Außerdem müssen auch private Investoren den Aufgabenverbund von Krankenversorgung, Forschung und Lehre in einem Universitätsklinikum sicherstellen. Damit gehen sie organisatorisch erhebliche Nachteile ein, schließlich können solche Mischaufgabengebiete nicht annähernd so effizient gestaltet werden wie die Übertragung nur einer Kernaufgabe.

3. Damit private Klinikbetreiber dem Land dauerhaft die Investitionsverpflichtungen abnehmen können, müssen sie die notwendigen Abschreibungen und Finanzierungskosten aus dem laufenden Klinikbetrieb erwirtschaften. Dazu kommen noch die Bedienung des Eigenkapitals und gegebenenfalls Zinsen und Tilgung für Kredite. Ein privater Träger muss deshalb deutlich höhere Überschüsse erwirtschaften als ein öffentlicher.

Die Gretchenfrage lautet daher: Kann ein privater Eigner mit einem Universitätsklinikum die notwendigen hohen Überschüsse dauerhaft erwirtschaften? Die wirtschaftliche Herausforderung für einen privaten Eigner lässt sich am Beispiel Gießen-Marburg verdeutlichen. Bei einem Umsatz von gut 500 Mio. Euro ist öffentlichen Verlautbarungen zu entnehmen, dass der Rhön-Konzern in sechs Jahren gut 300 Mio. Euro investiert hat. Daraus resultiert eine hohe jährliche Ergebnisbelastung aus Abschreibungen. Es ist anzunehmen, dass alleine zur Refinanzierung von Abschreibungen und Finanzierungskosten ein jährlicher Überschuss von ca. 40 Mio. Euro notwendig ist. Bezogen auf den Umsatz entspräche dies acht Prozent, die aus dem laufenden Betrieb erwirtschaftet werden müssen.

Unter den aktuellen Rahmenbedingungen ist nach Einschätzung des VUD kein Universitätsklinikum in der Lage, dauerhaft derartige Überschüsse zu erzielen. Es ist grundsätzlich zu bezweifeln, dass entsprechende Renditen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der universitären Standards möglich sind.

Hinzu kommt eine Negativentwicklung, die aktuell den gesamten Krankenhausmarkt trifft. Die Universitätsklinika berichten flächendeckend massive Ergebnisverschlechterungen von 2011 auf 2013. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erwartet für 2013 das „schlechteste Jahr seit über einer Dekade“. Ursachen sind die unzureichende Refinanzierung von Tarif- und Sachkostensteigerungen, die Kostendämpfungsmaßnahmen der aktuellen Regierung und die weiter rückläufigen Investitionsmittel der Länder. Kompensationsstrategien wie die Ausgründung von Servicetöchtern oder Leistungssteigerungen sind weitgehend ausgereizt. Dies betrifft auch private Träger. Auch dort geraten die Ergebnisse zunehmend unter Druck. Sichtbares Zeichen dafür ist die seit einiger Zeit zu beobachtende Konsolidierung der privaten Träger durch Fusionen und Übernahmen.

Angesichts dieser Rahmenbedingungen gibt es berechtigte Zweifel, ob ein privater Eigner auf Dauer in der Lage wäre, ein Universitätsklinikum ohne staatliche Investitionsförderung zu betreiben. Somit wäre am Ende doch wieder das Land als Ausfallbürge finanziell gefordert. In Gießen-Marburg haben sowohl der alte wie der neue Vorstand wiederholt öffentlich die Forderung erhoben, dass das Land wieder in die Investitionsfinanzierung einsteigen solle. Wenn aber am Ende das Land doch wieder in der Finanzierungsverantwortung landet, dann stellt sich die Frage, warum es nicht gleich selbst das Universitätsklinikum trägt.

Deshalb muss vor einer Privatisierung sorgfältig geprüft werden, mit welchen Betriebskonzepten der private Betreiber operieren will. Wie viel soll kurz- und mittelfristig investiert werden? Welche Ergebnisse müssen dafür dauerhaft erwirtschaftet werden? Welche Maßnahmen sind dazu geplant? Welche Wirtschaftlichkeitspotenziale sollen erschlossen werden? Ohne überzeugende Antworten ist zu befürchten, dass eine Privatisierung das Land nicht dauerhaft aus seiner finanziellen Verpflichtung entlässt.

Leitungskonzept und Entscheidungsorganisation

Universitätsklinika stellen im Vergleich zu nicht-universitären Kliniken spezifische Anforderungen an die Unternehmensführung. Beispiele sind die Schnittstelle zur Fakultät bzw. Universität und die Organisation des Aufgabenverbunds von Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Hierfür benötigt man erfahrenes, mit den universitären Spezifika vertrautes Führungspersonal in Vorstand und Aufsichtsrat.

Private Krankenhausträger konnten dieses spezifische Knowhow bislang nicht aufbauen. Zum einen haben sie keinerlei Erfahrungen mit dem Betrieb eines Universitätsklinikums und den Besonderheiten seines Aufgabenverbundes. Zum anderen sind im Portfolio privater Klinikbetreiber bislang vornehmlich kleine Krankenhäuser vertreten. Häufig wird unterschätzt, welche Führungsunterschiede sich ergeben, je nachdem, ob man es mit Chefärzten oder mit medizinischen Ordinarien zu tun. Folglich besteht das Risiko, dass ein privater Betreiber bei Übernahme eines Universitätsklinikums dessen Leitungsebene nicht ohne weiteres aus dem Stand adäquat aufstellen kann. In Gießen-Marburg kamen in sechs Jahren über ein Dutzend Geschäftsführer zum Einsatz.

Vor einer Privatisierung muss daher geklärt werden, ob es ein Leitungskonzept für die spezifischen Anforderungen eines Universitätsklinikums gibt, und zwar sowohl für den Vorstand wie für den Aufsichtsrat. Zu klären sind etwa die Zusammensetzung der jeweiligen Organe, Ressortzuschnitte und die Entscheidungswege.

Schnittstelle zur Fakultät

Universitätsmedizin ist ein Aufgabenverbund von Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Viele Entscheidungen betreffen mehrere dieser Aufgabenbereiche gleichermaßen. Deshalb muss die Schnittstelle zur Fakultät bzw. Universität mit ihren jeweiligen Mitentscheidungsrechten funktionieren. Ansonsten besteht das Risiko, dass die Krankenversorgung im institutionellen Gefüge der Hochschulmedizin als zu dominant wahrgenommen wird und Klinikum und Fakultät sich eher in Gegner- denn in Partnerschaft gegenüber stehen.

Eine Privatisierung wirft für die Gestaltung dieser Schnittstelle zahlreiche Fragen auf. Hat der Dekan einen Sitz und Stimme im Klinikvorstand? Wie wird die Trennungsrechnung ausgestaltet? Wer hat die Bauherreneigenschaft? Gibt es getrennte Tarifverträge? Wie laufen Berufungen ab? Wie erfolgt die Struktur- und Entwicklungsplanung?

Bei all diesen Fragen ist wegen der inhaltlichen Zusammenhänge dringend von strikt getrennten Verantwortungssphären zwischen Fakultät und Klinikum abzuraten. Der universitäre Aufgabenverbund lässt sich nur als Einheit steuern. Das impliziert eine Leitung, die eine Gesamtverantwortung für die medizinische Fakultät und das Klinikum übernimmt.

Hier besteht ein Spannungsverhältnis zu dem nachvollziehbaren Autonomiebedürfnis eines privaten Klinikträgers. Dieser muss ein Interesse daran haben, das Klinikum möglichst frei von Rücksichtnahmen zu steuern. Das Risiko eines auf Dauer institutionalisierten Konflikts ist zumindest nicht von vornherein auszuschließen.

Vor einer Privatisierung muss daher geklärt sein, wie die notwendigen Abstimmungen und Verfahren der Mitentscheidung mit der Fakultät gestaltet werden sollen. Welche Entscheidungen trifft das Klinikum alleine? Wo bedarf es des Einvernehmens mit der Fakultät? Welche wechselseitigen Informationsrechte und -pflichten bestehen? Diese Fragen sind von grundlegender Bedeutung für das Funktionieren der Hochschulmedizin.

Rolle des Landes

Universitätsklinika in Trägerschaft des Landes sind dadurch gekennzeichnet, dass das Land über die Rechtsaufsicht, zahlreiche (Mit-)Entscheidungsvorbehalte und das Mandat im Aufsichtsrat politische Verantwortung wahrnehmen und Einfluss ausüben kann. Im Falle einer Privatisierung muss das Land diese Aufsichts- und Eingriffsrechte größtenteils aufgeben. Aus Sicht des privaten Trägers ist das konsequent, denn er hat ein Interesse daran, möglichst unbeeinflusst von politischer Einflussnahme unternehmerische Entscheidungen zu treffen.

Im Fall Gießen-Marburg hat das Land zwar seine Aufsichts- und Eingriffsrechte weitgehend abgegeben, letztlich aber trotz Privatsierung die politische Verantwortung für den Standort behalten. Für unpopuläre Maßnahmen des Klinikbetreibers wird am Ende die Landespolitik mit verantwortlich gemacht. Versuche des Landes Hessen, sich für nicht zuständig zu erklären, haben sich als illusionär erwiesen.

Für das Land besteht im Falle eines weitgehend unabhängigen privaten Trägers das Risiko, dieser faktischen politischen Verantwortung nicht entsprechen zu können. Umso wichtiger ist eine klare Definition der Rolle des Landes gegenüber „seinem“ privatisierten Universitätsklinikum. Welche Pflichten soll das Land weiterhin übernehmen? Welche Aufsichts- und Mitentscheidungsrechte sollte

es behalten? Private Trägerschaften implizieren andere Aufsichts- und Eingriffsrechte als öffentlich-rechtliche Konstruktionen.

Rolle kritischer Stakeholder

Privatisierungen führen in aller Regel zu Widerständen bei einzelnen Stakeholdern im Unternehmen und in seinem Umfeld. Dazu gehören insbesondere einweisende Ärzte, Gewerkschaften und Personalräte, aber auch Teile der Medien, die für eine insgesamt kritische Grundhaltung der Bevölkerung sorgen können.

Gelingt es nicht, kritische Gruppierungen konstruktiv einzubinden, dann besteht das Risiko eines andauernden Konfliktes. So hat sich in Hessen unter den niedergelassenen Ärzten die Initiative „NotRuf 113“ gebildet. Ihre kritische Haltung zur Privatisierung fand über die Medien bundesweit Gehör. Schnell kann daraus eine politische Dauerbelastung für das Land und für das Unternehmen ein bleibender Imageschaden entstehen.

Deshalb ist es unverzichtbar, dass im Rahmen einer Privatisierung klare Pläne zur Einbindung aller Betroffenen und entsprechende Konfliktlösungsmechanismen existieren. Widerständen gegen eine Privatisierung sind immer zu erwarten und müssen vorab in der Unternehmensstrategie sowie beim privatisierenden Land berücksichtigt werden

Schlussfolgerungen

Die vorangegangenen Ausführungen verdeutlichen spezifische Risiken einer Privatisierung im Bereich der Universitätsklinika. Diese Risiken müssen vor jedem Privatisierungsprozess dargestellt, bewertet und gegen die Chancen abgewogen werden. Das bedingt eine fundierte Analyse des Privatisierungskonzeptes.

Dabei dürfen nicht nur kurzfristige fiskalische Aspekte eine Rolle spielen. Kritisch zu hinterfragen ist insbesondere das langfristige Betriebskonzept des privaten Betreibers. Unter den heutigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen bestehen begründete Zweifel, dass eine Privatisierung das Trägerland auf Dauer von den finanziellen Verpflichtungen insbesondere bei der Investitionsfinanzierung freistellt. Nach wie vor gibt es im Bereich der Universitätsklinika kein Betriebskonzept, das angesichts der Scherenproblematik in der Krankenhausfinanzierung und den Sonderlasten der Universitätsklinika geeignet wäre, dauerhaft die notwendigen Überschüsse für vollständig eigenfinanzierte Investitionen zu erwirtschaften.

Zwar kann eine Privatisierung kurzfristig für einen finanziell handlungsunfähigen staatlichen Träger das letzte Mittel sein, um in ihrer Substanz gefährdete Standorte zu erhalten. Jedoch geben die Erfahrungen mit Gießen-Marburg Anlass zur Skepsis, ob eine derartige Lösung von Dauer sein kann.

Workshop

„Hochschulmedizingesetz und Finanzierung der Hochschulmedizin in Sachsen-Anhalt“

Chancen und Risiken einer Beteiligung von Privaten an der Finanzierung von Universitätsklinika aus der Sicht des VUD

Ralf Heyder, VUD

Magdeburg, 10. Dezember 2012

VUD

Verschiedene Modelle materieller privater Beteiligung

- Public Private Partnership (z.B. UK S-H)
- Teilprivatisierung in Form privater Minderheitsbeteiligung
- Privatisierung einzelner klinischer Units (z.B. Herzzentrum)
- Vollprivatisierung Klinikum (z.B. Gießen-Marburg)
- Vollprivatisierung Klinikum + Fakultät

Bei Vollprivatisierung des Klinikums sind fünf zentrale Aspekte zu prüfen

- Wirtschaftliches Betriebskonzept
- Uniklinik-spezifisches Leitungskonzept (Vorstand + Aufsichtsrat)
- Schnittstelle zur Fakultät/Universität; Garantien für F&L
- Verantwortung und Rolle des Landes
- Rolle der Gewerkschaften und kritischer Stakeholder

VUD R. Heyder 3

Betriebskonzept: Private müssen weitaus höhere Margen erwirtschaften

- Privatisierungsdiskussion meist Folge einer jahrzehntelangen investiven Unterfinanzierung
- Marode Infrastruktur gefährdet Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit → Betriebsergebnisse
- Erwartung Land: Erhalt Standort (Vermeidung Schließungsdiskussion) + dauerhafte finanzielle Entlastung
- Annahme: Privater kann Abschreibungen + Zinsen + Ausschüttungen dauerhaft aus DRG erwirtschaften

Gretchenfrage: Kann Privater mit Uniklinik dauerhaft notwendige Margen erwirtschaften?

VUD 4

Rechenbeispiel Gießen-Marburg

- Umsatz: gut 500 Mio. Euro
- Unterstellt wird, dass Rhön in sechs Jahren gut 300 Mio. Euro investiert hat (ohne Protonentherapie) → hohe Abschreibungen
- Kolportiertes Ergebnisziel: ca. 40 Mio. Euro (8 Prozent bezogen auf Umsatz)

Keine Uniklinik in Deutschland erwirtschaftet dauerhaft solche Margen

VUD

5

Margen im Krankenhausmarkt sinken für alle Trägergruppen

- Massive Ergebnisverschlechterungen von 2011-2013
- DKG: „2013 schlechtestes Jahr seit über einer Dekade“
- Aktuelle VUD-Erhebung: Uniklinika erwarten kollektiv 2013 hohen zweistelligen Millionenbetrag als Defizit
- Ursachen: Scherenproblem + Kostendämpfung
- Kompensationsstrategien funktionieren immer weniger
- Kaum mehr Wirtschaftlichkeitsvorsprung Privater
- Symptom: Konsolidierung der privaten Träger

Marktentwicklung trifft Private wie Öffentliche

VUD

6

Betriebskonzept: Vor Privatisierung auf Plausibilität prüfen

- Wie viel soll der private Betreiber aktuell und mittelfristig investieren?
- Welche Margen muss der private Betreiber dauerhaft erwirtschaften?
- Mit welchen Maßnahmen soll das erreicht werden?
- Welche Wirtschaftlichkeitspotenziale sollen erschlossen werden? → Stellschrauben Personal, Sachkosten, Leistungssteigerung

Ohne überzeugende Antworten, wo die Marge herkommen soll, ist Privatisierung keine Lösung

VUD

7

Zwischenfazit: Finanzielle Letzt-verantwortung immer beim Land

- Bei Uniklinika ausreichend hohe Margen für privaten Betreiber dauerhaft selbst bei guten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen schwer vorstellbar
- Dazu kommt aktuell Krise der Krankenhausfinanzierung
- Auch Öffentliche mittlerweile gut aufgestellt → schnelle Restrukturierungserfolge immer seltener

Aktuell hohe Wahrscheinlichkeit, dass am Ende auch Private Unterstützung aus Landesmitteln brauchen → siehe aktuelle Debatte um Landesmittel für Gießen-Marburg

VUD

8

Spezifisches Leitungs- und Führungskonzept für Uniklinika nötig

- Uniklinika stellen spezifische Anforderungen an Führung, z.B. Schnittstelle zur Fakultät/Universität, Aufgabenverbund, defizitäre Großambulanzen etc.
- Erfahrenes, mit Besonderheiten vertrautes Führungspersonal in Vorstand und Aufsichtsrat nötig
- Erfahrung mit der Hochschulmedizin bei Privaten i.d.R. nicht vorhanden
- Gießen-Marburg: 6 Jahre, über ein Dutzend Gesch.führer

Keineswegs sicher, dass Private Leitungsebene aus dem Stand adäquat aufstellen könnten

VUD

9

Schnittstelle zur Fakultät/Universität muss gut fuktionieren

- Risiko: Gegner- statt Partnerschaft, wahrgenommene Dominanz Krankenversorgung
- Dekan im Klinikvorstand?
- Trennungsrechnung?
- Getrennte Bauherreneigenschaft?
- Entkoppelte Tarifentwicklung?

Aufgabenverbund als Einheit steuern → von strikt getrennten Verantwortungssphären ist abzuraten

Autonomiebedürfnis privater Träger?

VUD

10

Land behält politische Verantwortung auch bei Privatisierung

- Heute: Land kann über Rechtsaufsicht und Aufsichtsrat politische Verantwortung wahrnehmen
- Privatisierung: Politische Verantwortung bleibt, Aufsichts- und Eingriffsrechte schwinden
- Gießen-Marburg zeigt: Für unpopuläre Maßnahmen des privaten Trägers wird letztlich doch Landespolitik mit verantwortlich gemacht

Aber: Privatisierung bedingt in aller Regel, dass Land Aufsichts- und Eingriffsrechte weitgehend abgibt

VUD

11

Widerstand von Gewerkschaften und kritischen Stakeholdern

- Bei Teilgruppen kritische Wahrnehmung privater Trägerschaft
- Gefahr andauernder öffentlicher Kritik → Risiko eines Imageschadens für Klinikum, privaten Träger und Land
- Gießen-Marburg: Initiative „NotRuf 113“

Risiko, dass Privatisierung politische Dauerbelastung wird

VUD

12

Zusammenfassung: Hauptrisiken

- Zweifel, dass Betriebskonzepte möglich sind, die Land dauerhaft von finanzieller Verantwortung freistellen
- Private wenig erfahren im Umgang mit spezifischen Leitungskonzepten und strukturellen Besonderheiten der Hochschulmedizin
- Notwendige Einbindung Fakultät/Universität kollidiert mit Autonomiebedürfnis des privaten Trägers
- Land behält politische Verantwortung, muss sich aber wesentlicher Aufsichts- und Eingriffsrechte begeben
- Risiko, dass Privatisierung durch andauernde öffentliche Kritik zur politischen Hypothek wird

VUD

13

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt

Email: heyder@uniklinika.de

Tel.: 030 3940517-22

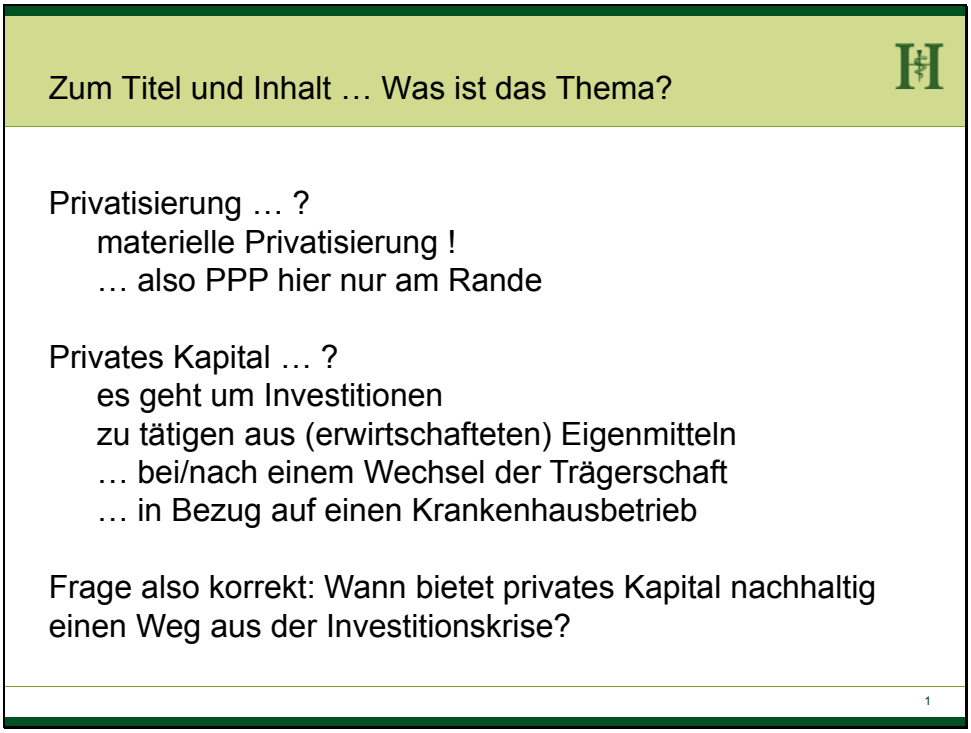
VUD R. Heyder

14

Chancen und Risiken einer Beteiligung aus Sicht eines privaten Krankenhausbetreibers

Prof. Dr. Ralf Kuhlen, Helios Kliniken

HELIOS Kliniken
Jeder Moment ist Medizin
Chancen und Risiken einer Beteiligung aus Sicht eines privaten Krankenhausbetreibers
Ralf Kuhlen
Geschäftsführer Medizin

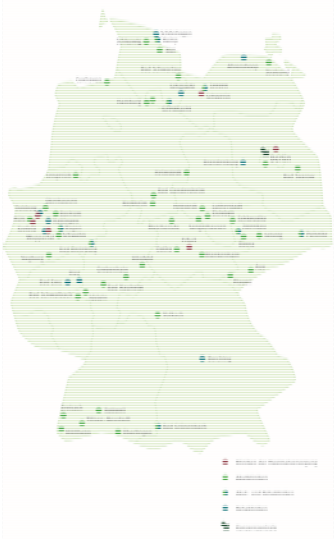

Zum Titel und Inhalt … Was ist das Thema?
Privatisierung … ?
materielle Privatisierung !
… also PPP hier nur am Rande
Privates Kapital … ?
es geht um Investitionen
zu tätigen aus (erwirtschafteten) Eigenmitteln
… bei/nach einem Wechsel der Trägerschaft
… in Bezug auf einen Krankenhausbetrieb
Frage also korrekt: Wann bietet privates Kapital nachhaltig einen Weg aus der Investitionskrise?
1

PPP oder Privatisierung … ? EinBlick …

Kriterien \ Alternativen	Immobilienfinanzierung	Immobilienfinanzierung mit Facility Management	Immobilienfinanzierung mit Facility Management und Services	Klinik - Bau und Betrieb auf Risiko des Private Partners	Fakultät und Klinik - Bau und Betrieb auf Risiko des Private Partners
Idealtypische Private Partner	HochTief Generalunternehmer Bankenkonsortium; Fondsmodell	HochTief, VAMED Generalunternehmer Bankenkonsortium; Fondsmodell	VAMED	HELIOS	HELIOS
Vorteile für den Public Partner	Ratenzahlung	Ratenzahlung Definierte Kosten für den Betrieb und die Unterhaltung der Immobilie	Ratenzahlung Definierte Kosten für den Betrieb und die Unterhaltung der Immobilie Services wie Wäscherei, Catering, EDV zu niedrigeren Kosten	Pauschale Investitionsbeteiligung Betrieb und Unterhalt sind Risiko des Private Partners Serviceseinkauf auf Risiko des private Partners Nachweisliche Verbesserung der Qualität für den Patienten	Pauschale Investitionsbeteiligung Betrieb und Unterhalt sind Risiko des Private Partners Serviceseinkauf auf Risiko des private Partners Nachweisliche Verbesserung der Qualität für den Patienten Qualitäts- und Effizienz-verbesserungen in Forschung & Lehre sind möglich
Wann steigt ein privater Partner ein?	Staatliche Finanzierungsgarantie	Staatliche Finanzierungsgarantie Dienstleistungsverträge mit langen Laufzeiten	Staatliche Finanzierungsgarantie Dienstleistungsverträge mit langen Laufzeiten	Definierte Investitionsbeteiligung Trennungsrechnung und Finanzierung von Forschung & Lehre durch den Public Partner	Definierte Investitionsbeteiligung Pauschalierte Finanzierung von Forschung & Lehre durch den Public Partner
Erfolgsrisiken mit Folgekosten für den Public Partner	Ungenaue Baubeschreibung Ungünstiger Pauschalvertag	Ungenaue Baubeschreibung Ungünstiger Pauschalvertrag Ungünstige Dienstleistungs-verträge	Ungenaue Baubeschreibung Ungünstiger Pauschalvertrag Ungünstige Dienstleistungs-verträge Subunternehmer, Tochter-gesellschaften nicht kompetent	Auswahl des falschen Private Partners: - fehlende Kompetenz - unzureichende Finanzkraft	Auswahl des falschen Private Partners: - fehlende Kompetenz - unzureichende Finanzkraft Ungünstiger Pauschalvertrag L&F
Wirtschaftlicher Vorteil des Public Partners geschätzt	Baubereich (investiv)	Baubereich (investiv) Instandhaltung (konsumptiv)	Baubereich (investiv) Instandhaltung (konsumptiv) Servicebereich (konsumptiv)	Baubereich (investiv) Instandhaltung (konsumptiv) Servicebereich (konsumptiv) Operative Verluste werden nicht ausgeglichen (konsumptiv)	Baubereich (investiv) Instandhaltung (konsumptiv) Servicebereich (konsumptiv) Operative Verluste werden nicht ausgeglichen (konsumptiv)

2

HELIOS Kliniken



- 72 Kliniken
  - davon sechs Maximalversorger
  - integriertes Versorgungsspektrum: von Akutmedizin über ambulante Versorgung bis zu Rehabilitation und Seniorenpflege
- über 43.000 Mitarbeiter
- über 2,7 Mio. Patienten pro Jahr*
  - davon 750.000 stationär
- 2,7 Mrd. Euro Umsatz*
- Konzernzentrale in Berlin-Mitte
- Leistungsspektrum umfasst 95,8% der DRGs

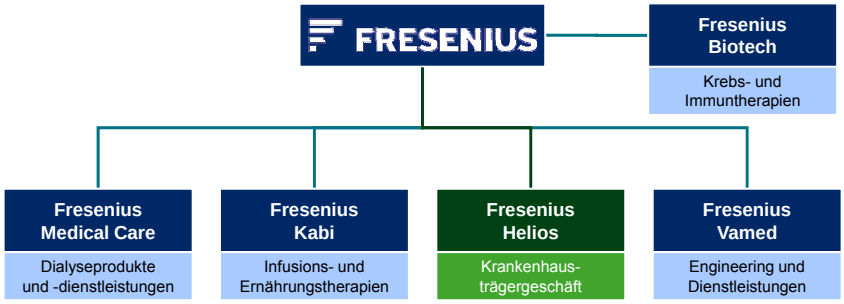
(*Umsatz und Patientenzahl im Jahr 2011)

3

HELIOS Konzernstruktur

Fresenius SE & Co. KGaA

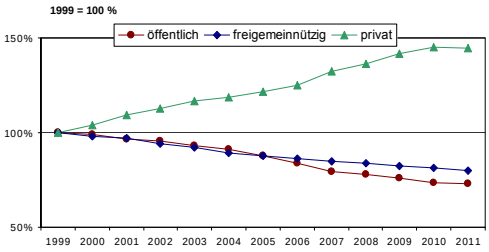
- internationaler Gesundheitskonzern
- Rund 150.000 Mitarbeiter
- 16,5 Mrd. Euro Umsatz



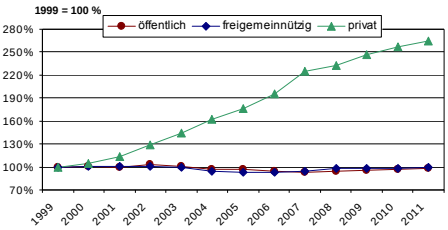
Stand: Geschäftsjahr 2011

Die Entwicklung des Gesundheitsmarktes in Deutschland im Bereich Akutmedizin

Krankenhäuser



Stationäre Fälle



- 1991-2011:
  - Zahl der Krankenhäuser hat um 15 Prozent abgenommen
  - Stationäre Fälle haben im gleichen Zeitraum um 25 Prozent zugenommen

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf von 2011 frei verfügbare Zahlen des Deutschen Statistischen Bundesamtes, Destatis

6

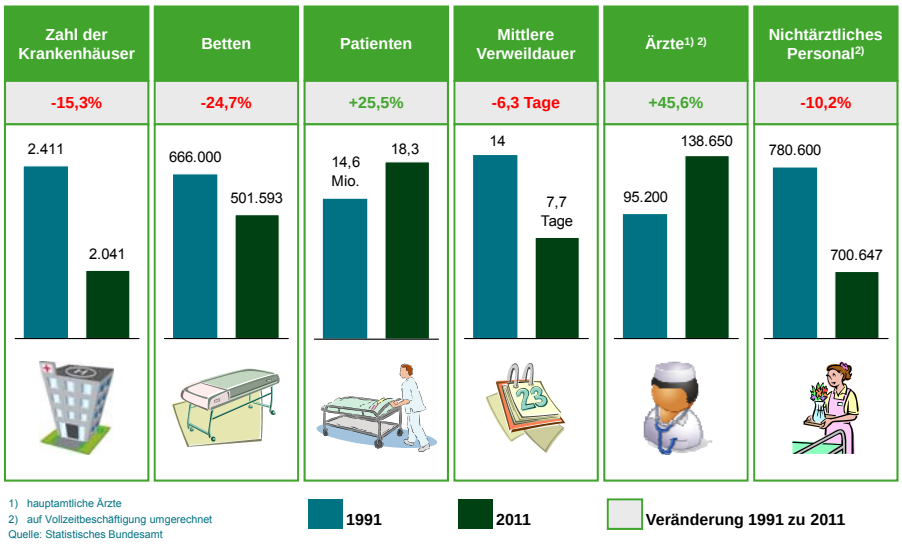
Der Akutkliniken-Markt in Deutschland (2011)

	Öffentlich	Freigemein-nützig	Privat	HELIOS
Krankenhäuser	623 (30,5%)	741 (36,3%)	677* (33,2%)	50 (2,4%)
Fälle	9,1 Mio. (49,7%)	6,3 Mio. (34,3%)	2,9 Mio. (16,0%)	0,63 Mio. (3,45%)
Betten	243.954 (48,6%)	171.598 (34,2%)	86.041 (17,2%)	16.169 (3,2%)
Verweildauer	7,7	7,5	8,2	6,7

* mehr private als öffentliche Krankenhäuser, aber
- Zählweise der Krankenhäuser fraglich
- Bettenzahl ist eher maßgeblich

7

Klinikmarkt – Wesentliche Trends

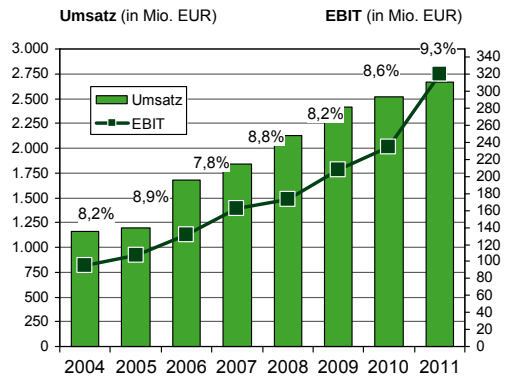


1) hauptamtliche Ärzte
2) auf Vollzeitbeschäftigung umgerechnet
Quelle: Statistisches Bundesamt

1991 2011 Veränderung 1991 zu 2011

8

HELIOS Wachstum



- nachhaltiges Wachstum
- Umsatz- und Ergebnissteigerung
- HELIOS hat alle 3 bis 4 Jahre seinen Umsatz verdoppelt

Abkürzung: CAGR = Durchschnittliche gewichtete jährliche Wachstumsrate.

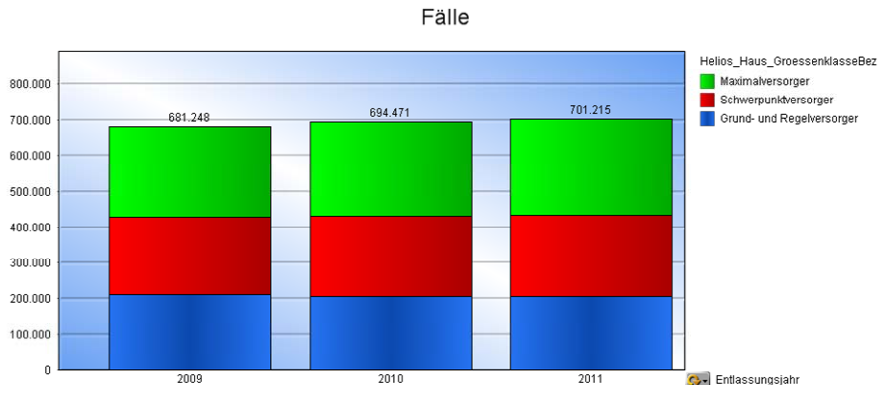
9

Wie geht es dem Unternehmen

2011 in [Mio. Euro]

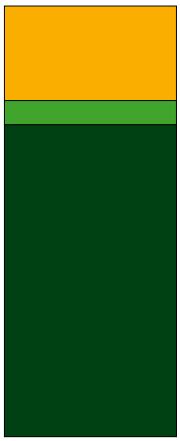
10

Die unterschiedlichen Versorgungsstufen bei HELIOS



11

Finanzierungsthematik einer Uniklinik aus unserer Sicht



L & F

Landesfinanziert

Auskömmlich?

Supramaximalversorger

Maximalversorger
~ 95 % der DRG

DRG finanziert

Wirtschaftlich und medizinisch erfolgreich

12

Erwartungen, Chancen und Risken der Privatisierung

	Bundesland	Universitätsmedizin / Universitätsklinik	Privater Betreiber
Erwartungen / Chancen	Entlastung des Haushaltes keine Zuschüsse zu Klinikbetrieb keine Übernahme von Investitionen	Rasche Umsetzung von Investitionen	Qualitätsoptimierung / Qualitätstransfer Wissenschaftliche Reputation Zugriff auf Ärztenachwuchs Rendite
Befürchtungen	„Schlechte Stimmung“	Beeinträchtigung von Freiheit der Forschung & Lehre Verlust von med. Qualität	Erwartungen erfüllen sich nicht

13

Stellungnahme des Wissenschaftsrates zu Gießen / Marburg vom 7. Mai 2010 und Fazit

- Erhebliche infrastrukturelle Investitionen durch Privaten getätigt, dadurch bauliche Rahmenbedingungen für Krankenversorgung und klinische Forschung auf „wettbewerbsfähiges Niveau gehoben“
- Fachbereiche haben es versäumt, Schwerpunktbildung in Forschung & Lehre weiterzuentwickeln
- Keine gemeinsame Strategie in Forschung & Lehre zwischen Universitätsmedizin und Uniklinik
- Abschließende Beurteilung der Auswirkung der Privatisierung auf Forschung und Lehre noch nicht möglich

Fazit aus Sicht Land / Uni

➡ Investitionen werden umgesetzt, Erwartungen an privaten Betreiber haben sich bislang erfüllt

- Probleme in Forschung & Lehre sind „alt“ und nicht maßgeblich an

➡ Privatisierung fest zu machen

  - Im Übrigen keine Anhaltspunkte, dass medizinische Qualität seit der Privatisierung zurückgegangen ist

14

Presse Gießen-Marburg

NotRuf 113
GESUNDHEIT IN GEFAHR

Das teure Drama um die Uniklinik Gießen-Marburg

Die Privatisierung der UKGM galt als Leuchtturm, doch das Projekt droht zu scheitern. Die Verluste wachsen, Mitarbeiter fühlen sich ausgelaugt, Patienten gehen von Bord. Muss das Land einsteigen? Von Ileana Grabitz

21.03.2012 Frankfurter Rundschau
Uniklinik Gießen-Marburg
Keine Zeit für die Forschung
Senat der Marburger Universität schlägt Alarm: "Landesgelder werden zweckentfremdet".

18.04.2012 Gießener Allgemeine
Klinikum-Betriebsräte: »Täglich weinende Mitarbeiter«
Die Betriebsräte im Universitätsklinikum Gießen und Marburg haben nie dem Abbau von 250 Stellen zugestimmt.

28.02.2012 Oberhessische Presse
Uni- Klinikum
„Diesen Druck hält niemand aus“
Seit vielen Jahren beklagen sie Missstände am Uni-Klinikum Gießen und Marburg (UKGM). Durch die nun angedrohte Stellenstreichung sieht die Initiative NotRuf 113 die Versorgung von Patienten akut in Gefahr. Mehr...

Abbau auch bei Ärzten

Die Luft wird für den Rhön-Konzern dünn
Von VOLKER SCHMIDT UND JUTTA RIPPEGATHER

14.4.2010, fr-online
Oberärzte schlagen Alarm
Die Kindermediziner der Uniklinik Marburg fürchten um die Sicherheit ihrer Patienten.

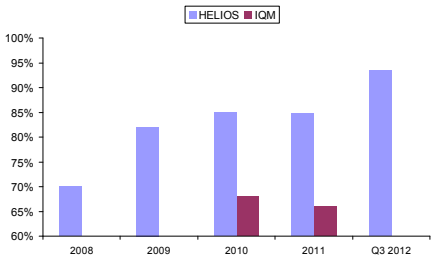
22.4.2011, FR
Ärzte schlagen Alarm
An der Universitätsklinik Marburg werden Personal- und Raummangel beklagt. "Gefährdung der Patientensicherheit".

23.03.2012 Deutsches Ärzteblatt
Universitätsklinikum Giessen und Marburg: Rendite weist den Weg
Als börsennotiertes Unternehmen scheut die Rhön-Klinikum AG eine negative Berichterstattung in den Medien wie der Teufel das Weihwasser. Es gilt die Devise, bloß nicht die Anteilseigner zu verschrecken. Und es sollte ja auch alles möglichst geräuschlos vonstattengehen: Mehr...

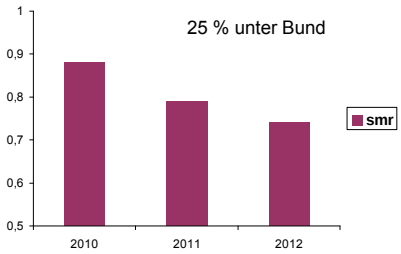
14.5.2010, fr-online
Zu wenig Zeit für Medizin-Studenten

15

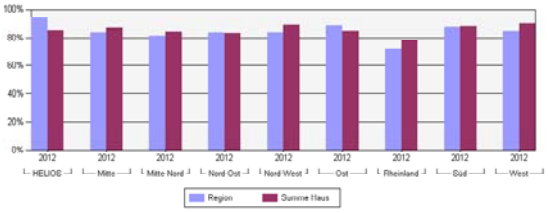
Wie geht es unseren Patienten



Anteil, der uns nicht empfehlen würde



2500 weniger
Todesfälle als erwartet

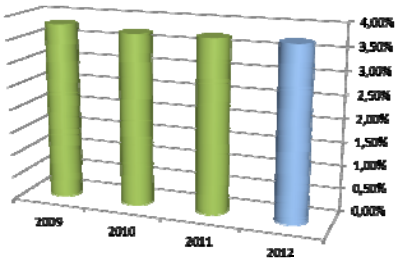


16

Wie geht es unseren Patienten

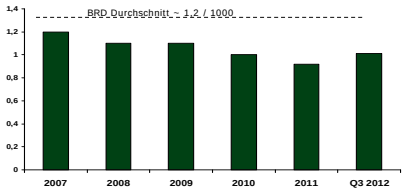
Anteil, der uns nicht empfehlen würde

> 96 % Patienten äußern sich zufrieden und empfehlen uns weiter



Seitenverwechslung	11	4	4	5	4	7
Fremdkörper	17	18	19	14	12	9

Haftpflichtansprüche / 1000 Patienten



20 % weniger
Schadensfälle als Bund

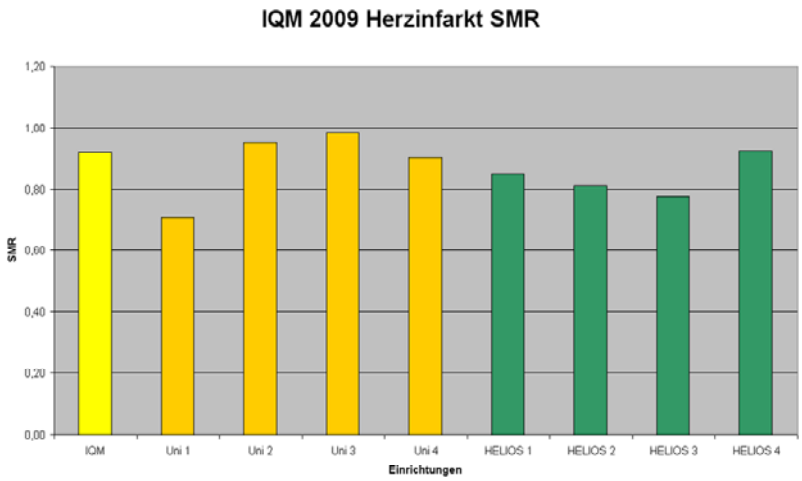
17

Qualitätseffekt Uniklinik aus Sicht des privaten Partners

- Erfahrungen (auch der Initiative Qualitätsmedizin (IQ^{M})) zeigen, dass
  - hervorragende medizinische Ergebnisqualität auch außerhalb von Universitätsklinika erzielt wird
  - Universitätsklinika nicht per se Qualitätsführer / Leuchttürme sind
  - Qualitätstransfer in beide Richtungen stattfinden kann.

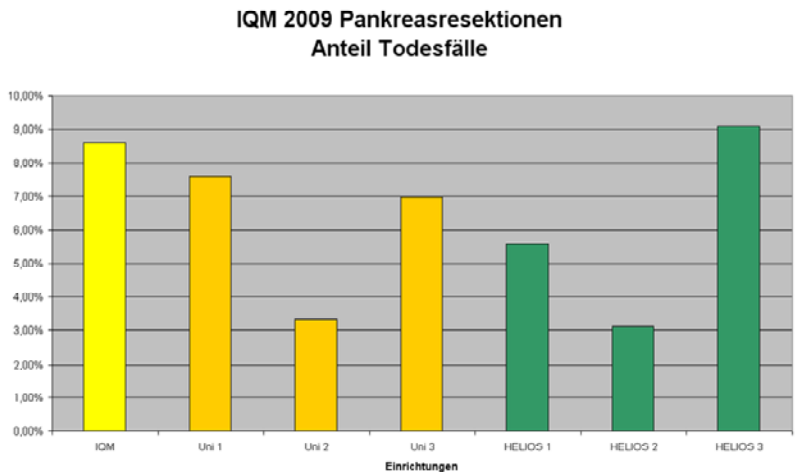
18

IQ^{M} 2009 Herzinfarkt SMR – universitär vs. HELIOS



19

IQ^{M} 2009 Pankreasresektionen – universitär vs. HELIOS



20

Qualitätseffekt Uniklinik aus Sicht des privaten Partners

Medizinische Ergebnisqualität auf hervorragendem Niveau auch ohne „eigene“ Uniklinik möglich

➡ Über Messung von Qualität, Transparenz und „Peer Reviews“ kann Qualität unabhängig vom Betrieb einer eigenen Uniklinik auf höchstem Niveau sichergestellt und stetig verbessert werden.

➡ Qualitätstransfer in beide Richtungen, über Organisationen wie IQ^{M} kann auch Qualitätstransfer z.B. von Maximalversorger zur Uniklinik stattfinden.

21

Vorteil bei der Personalakquisition auch für andere Einrichtungen des privaten Partners?

- Ärzte
  - Quantitativ: Ansprache einer Vielzahl von Studierenden
  - Qualitativ: Einstieg in klinische Ausbildung hilft bei der Gewinnung der „klügsten Köpfe“
  - Personalentwicklung über Lehre & Forschung
- Schwerpunkt Pflege möglich
  - Akademisierung als Qualitätschance

- Mehrwert:
  - Instrument gegen Personalmangel

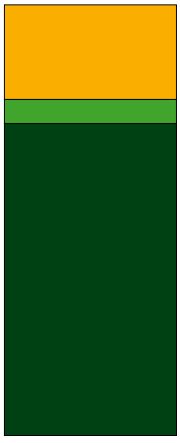
Aber:

➢ Wie groß ist der Vorteil wirklich?

➢ „Zu welchem Preis?“

22

Finanzierungsthematik einer Uniklinik aus unserer Sicht



L & F

Supramaximalversorger

Maximalversorger
~ 95 % der DRG

Landesfinanziert
Auskömmlich?

DRG finanziert
Wirtschaftlich und medizinisch erfolgreich

23

Finanzierungsthematik einer Uniklinik aus unserer Sicht

L & F

- Vorklinik
- L& F Theoretische Fächer

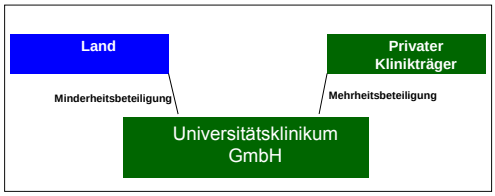
Med. Fakuklät
Universität

- L & F Klinische Fächer
- Strukturentscheidungen Klinische Fächer

Med. Fakultät
Universität
Klinikum

24

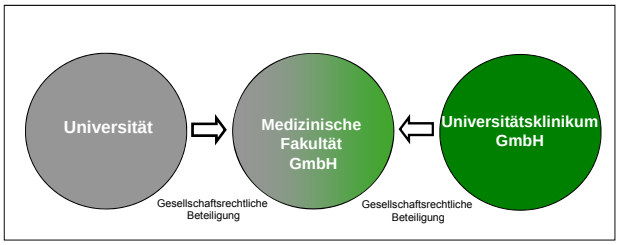
Integratives Konzept – gesellschaftsrechtliche Strukturen



Trägerstruktur des privatisierten Universitätsklinikums

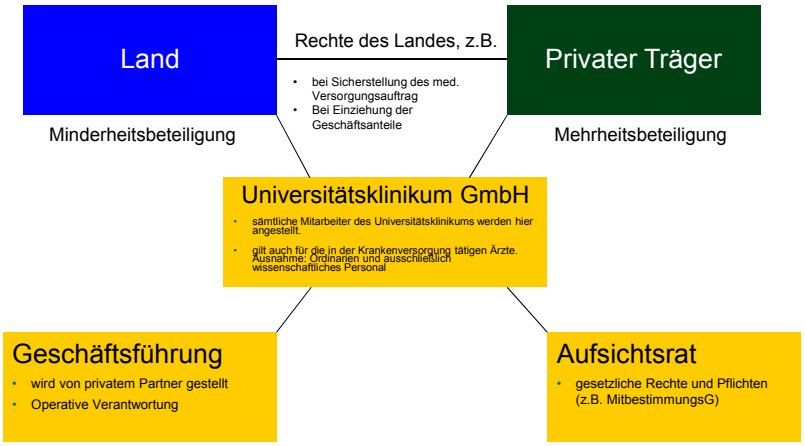
Integratives Konzept in privater Klinikträgerstruktur

- Keine hochschulrechtliche Herauslösung der Fakultät aus der Universität
- Vereinfachte Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse



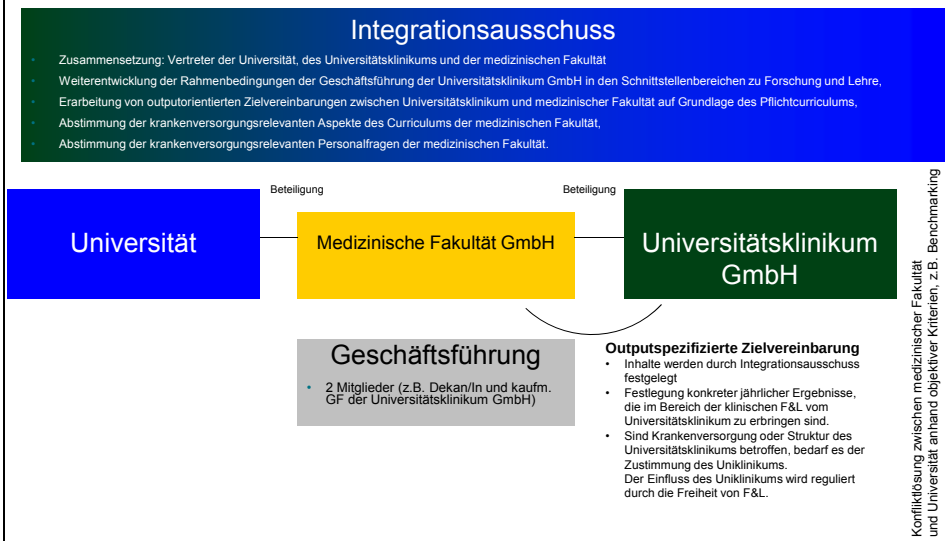
25

Kompetenzverteilung Universitätsklinikum GmbH



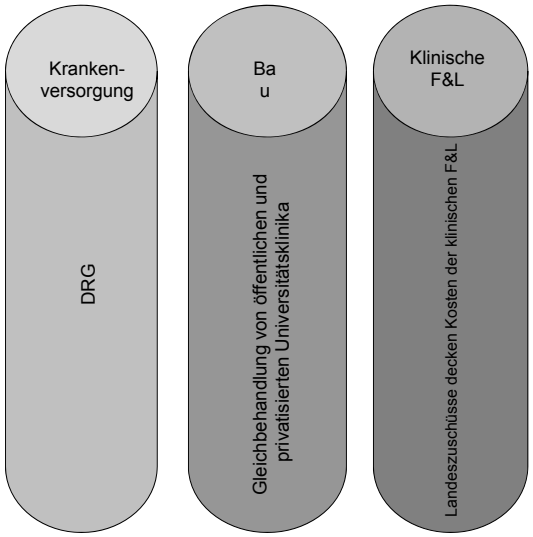
26

Kompetenzverteilung Medizinische Fakultät GmbH



27

Finanzierung



28

HELIOS Kliniken

Vielen Dank!

HELIOS Standort

www.helios-kliniken.de

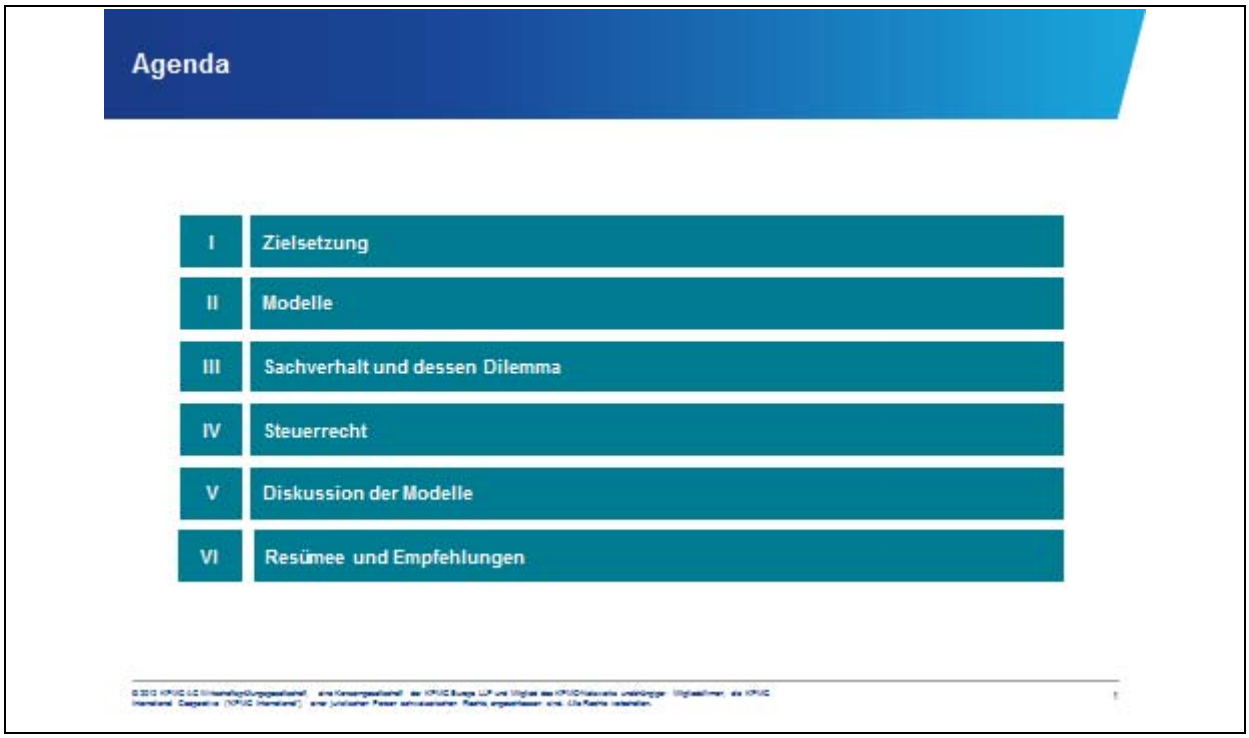
Themenbereich 3: Steuerrecht und steuerliche Auswirkungen der Organisationsmodelle

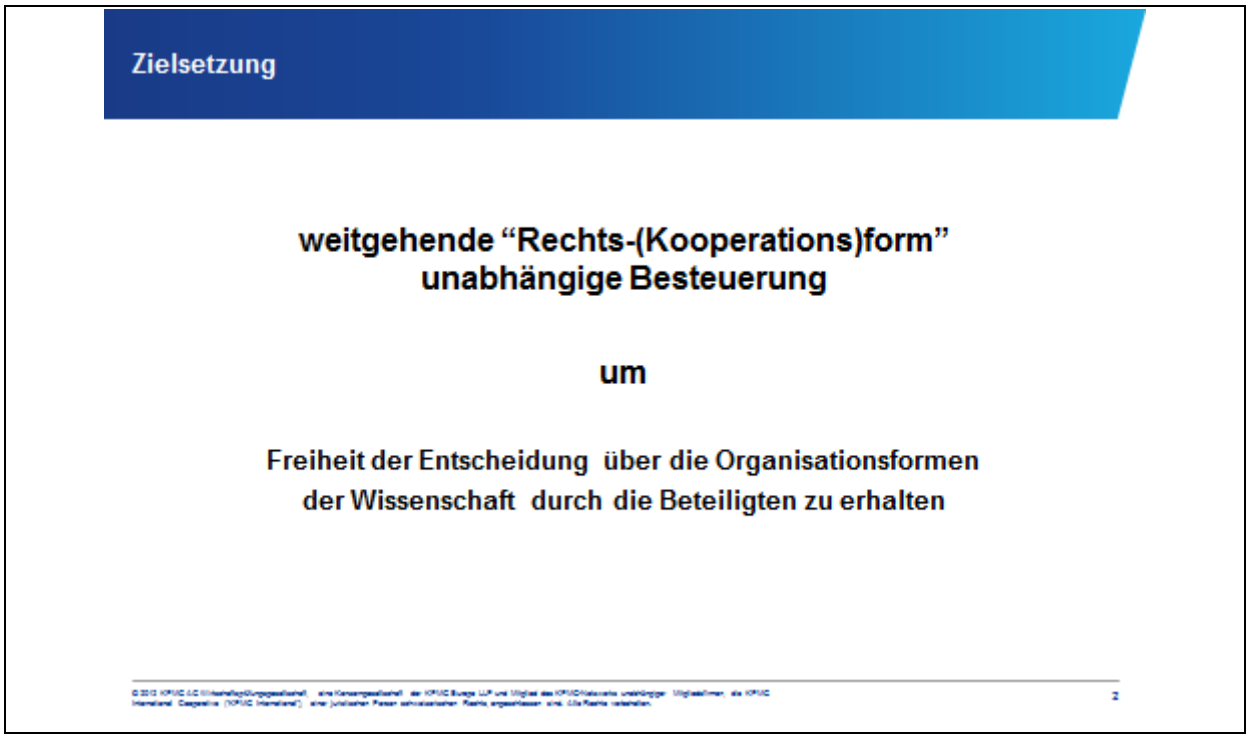
Steuerrecht im Integrationsmodell und Kooperationsmodell im Vergleich

Michael Tustanowski, KPMG

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

erlauben Sie mir bitte zu Beginn des Vortrages eine kurze **Vorbemerkung** (Bild1).





Kooperations- und Integrationsmodelle sind wissenschaftlich-organisatorische Maßnahmen der Hochschulmedizin, die sicher auch durch das Steuerrecht beeinflusst werden, aber letztlich durch das Steuerrecht nicht dominiert werden sollten. Es kann nach unserer Ansicht nicht Aufgabe des Steuerrechts sein, darüber zu entscheiden, ob eine bestimmte Organisationsform der Hochschulmedizin in der Praxis möglich ist oder nicht. Es ist seit jeher ein Anliegen des Steuerrechts eine grundsätzlich rechtsformunabhängige (kooperationsformunabhängige) Besteuerung zu gewährleisten. Diesem Grundsatz ist auch das Umsatzsteuerrecht, insbesondere das europäische Umsatzsteuerrecht (Mehrwertsteuersystemrichtlinie) verpflichtet. Selbstverständlich ist uns bewusst, dass die gewählte rechtliche Gestaltung eines Sachverhaltes Einfluss auf die Besteuerung hat oder haben kann. Daher ist es so wichtig, die wesentlichen Elemente der Kooperation und deren Zusammenhänge zu erkennen und steuerlich zu bewerten.

Es bestehen erhebliche steuerrechtliche Vorbehalte gegenüber dem Kooperationsmodell, da hier gegebenenfalls Leistungen ausgetauscht werden, die insbesondere einer Umsatzbesteuerung unterliegen würden. Die Besteuerungspraxis in den verschiedenen Bundesländern zeigt ein nicht einheitliches Bild. Das führt zur Unsicherheit bei den Entscheidungsträgern, so dass das Kooperationsmodell aus steuerlicher Sicht als abgewählt gilt. Wir halten das so pauschal für nicht zutreffend.

Durch die jüngste Rechtsprechung des BFH zu den Fragen der Beistandsleistungen zwischen öffentlich-rechtlichen Einrichtungen ist man geneigt, dem Kooperationsmodell für die Zukunft keine Chancen mehr einzuräumen.

Das entscheidende Kriterium für die Abgrenzung der wirtschaftlichen von der nicht wirtschaftlichen Tätigkeit bei juristischen Personen des öffentlichen Rechts, sowohl im Ertragsteuer-, als auch im Umsatzsteuerrecht ist die **Wettbewerbsneutralität**. Anhand dieses Kriteriums ist zu hinterfragen, ob die Zusammenarbeit zwischen öffentlich-rechtlichen Einrichtungen einen Leistungsaustausch darstellt und ob dieser gegebenenfalls, soweit dies nicht in der nationalen Steuerrechtsordnung vorgesehen ist, durch die direkte Anwendung europäischen Umsatzsteuerrechts, hier die MwStSystRL, unter eine Steuerbefreiung zu subsumieren ist.

Der nachfolgende Vortrag will daher nicht Partei ergreifen für das eine oder andere Modell. Vielmehr ist es unser Anliegen, die steuerlichen Fragestellungen beider Modell darzustellen und ein wenig dafür zu werben, den durchaus komplexen Sachverhalten nicht mit vorgefassten Meinungen zu

begegnen und gegebenenfalls für die Umsetzung der Grundsätze des Umsatzsteuerrechts, insbesondere wie in der MwStSystRL dargelegt, einzutreten. Wir sind also im Ergebnis der Auffassung, dass es den Beteiligten grundsätzlich offen stehen sollte, die eine oder andere Organisationsform zu wählen und hierbei natürlich bestimmte steuerrechtliche Rahmenbedingungen und „Spielregeln“ einzuhalten.

Wir hatten mit den Organisatoren der Veranstaltung vereinbart, keinen steuerrechtlichen „Fachvortrag“ darzubieten, sondern die wesentlichen Fragestellungen und mögliche Lösungswege zu erläutern. Dem fühlen wir uns nachfolgend verpflichtet.

Struktur-Modelle der Hochschulmedizin (Bild 2 - 7)

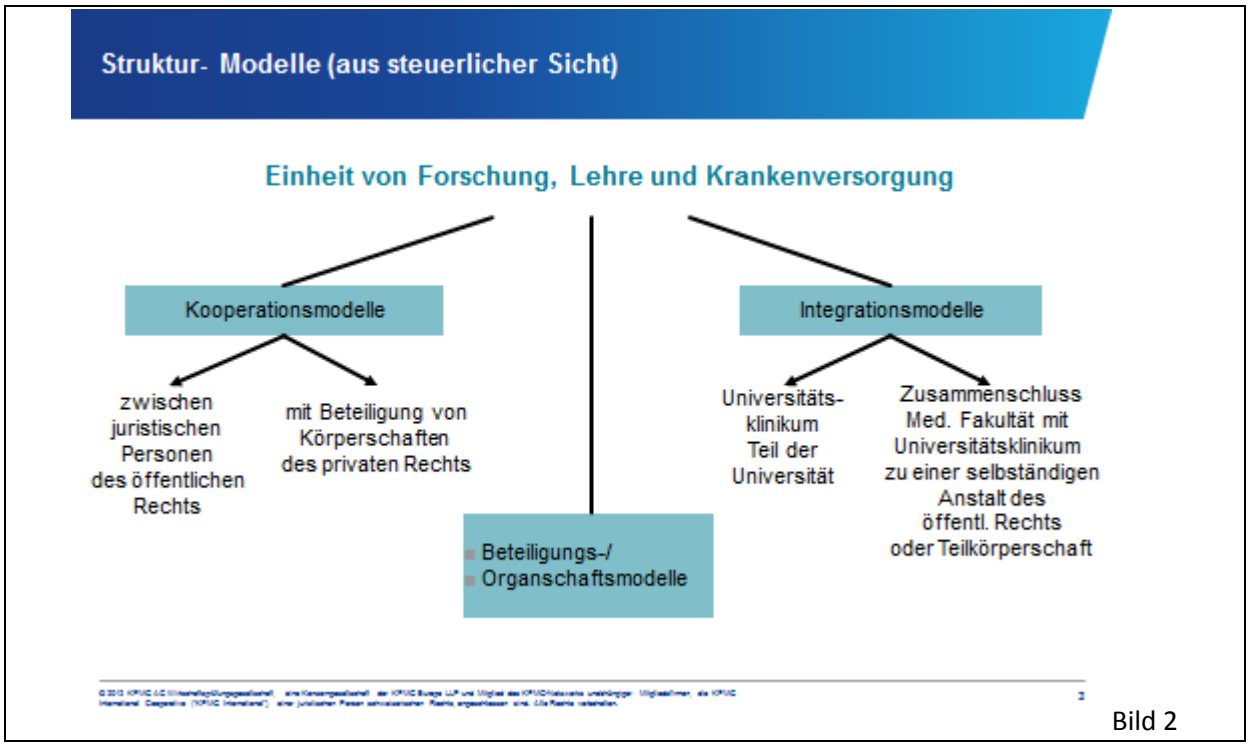


Bild 2

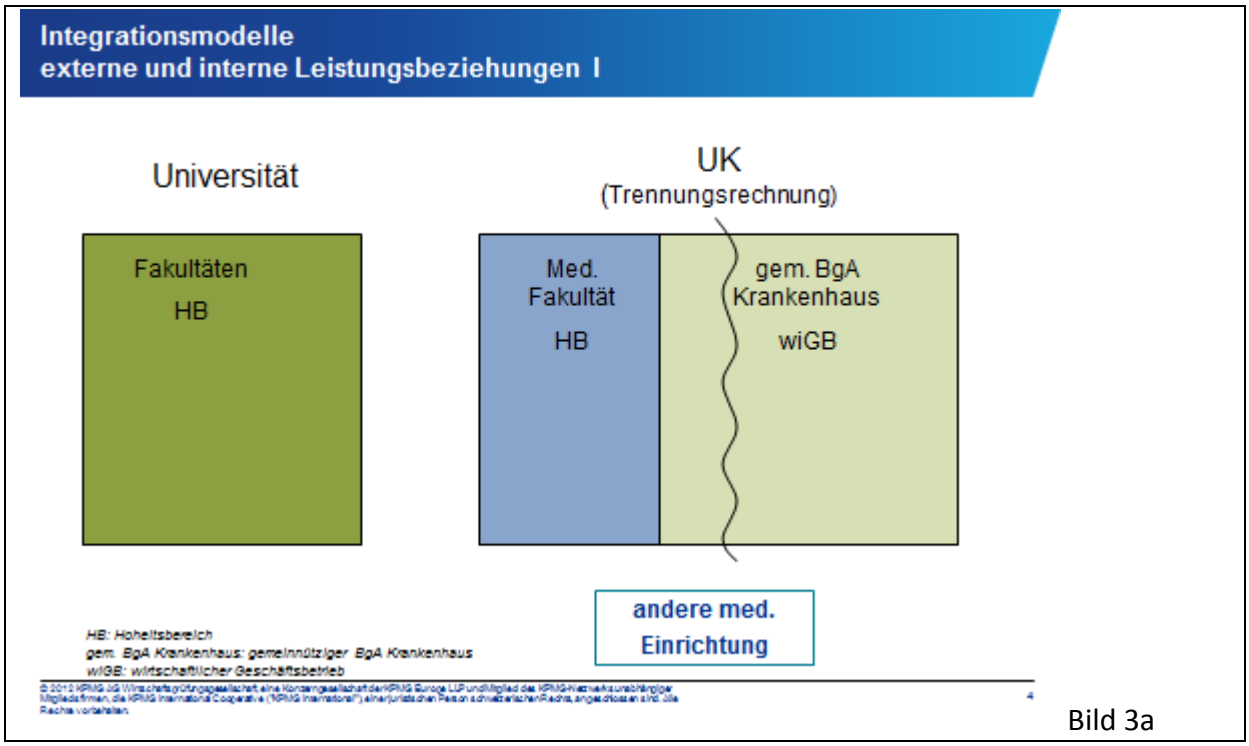


Bild 3a

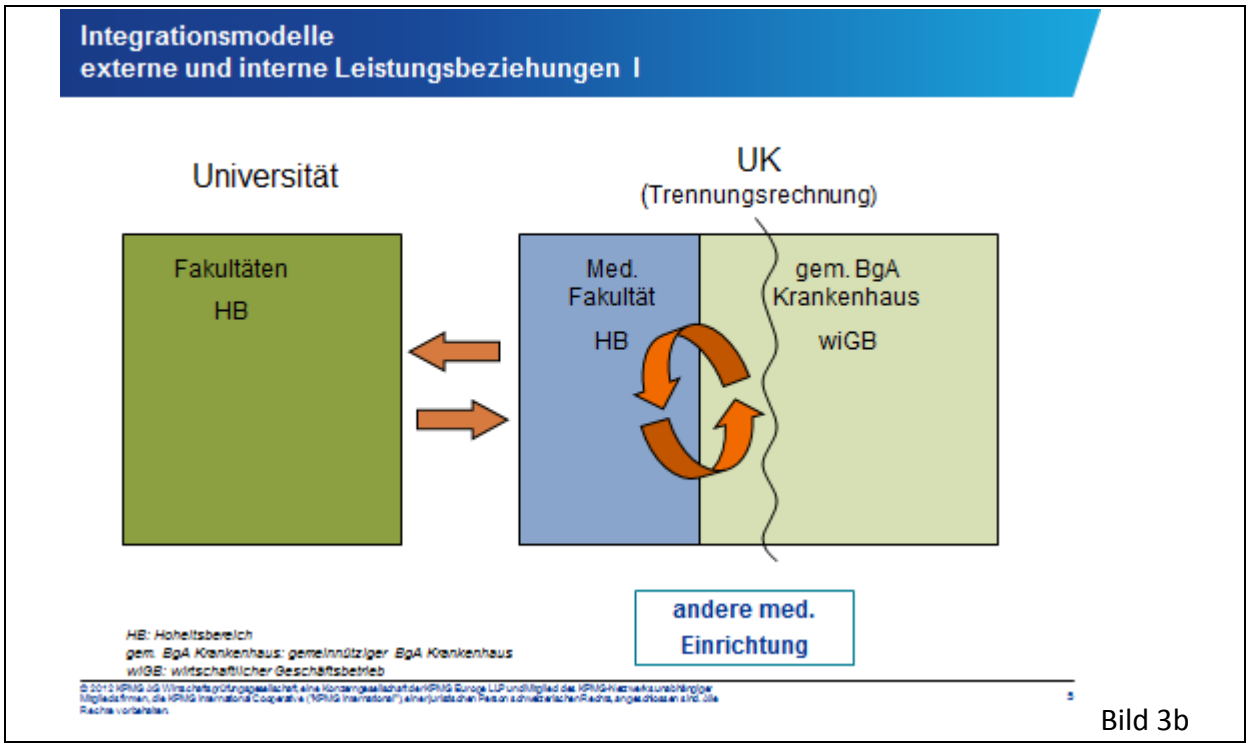


Bild 3b

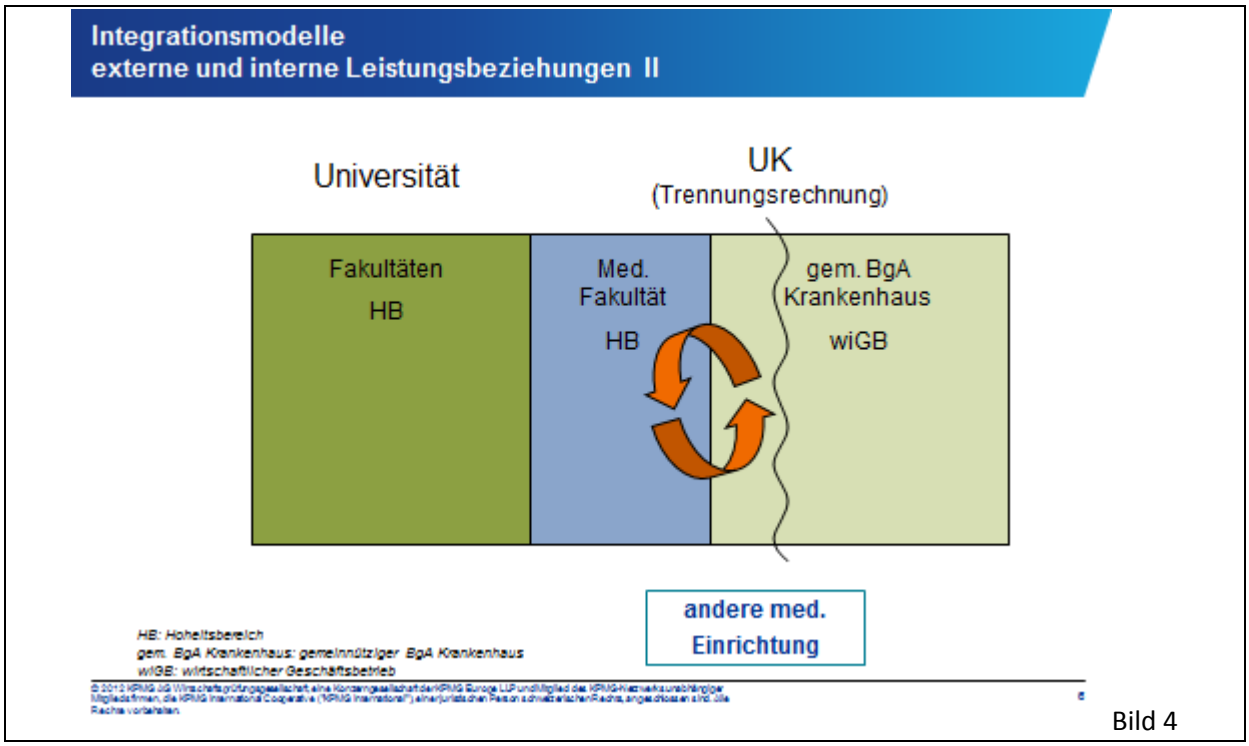

Integrationsmodelle
externe und interne Leistungsbeziehungen II
Universität
UK
(Trennungsrechnung)
Fakultäten
HB
Med.
Fakultät
HB
gem. BgA
Krankenhaus
wiGB
andere med.
Einrichtung
HB: Hoheitsbereich
gem. BgA Krankenhaus: gemeinnütziger BgA Krankenhaus
wiGB: wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb

Bild 4

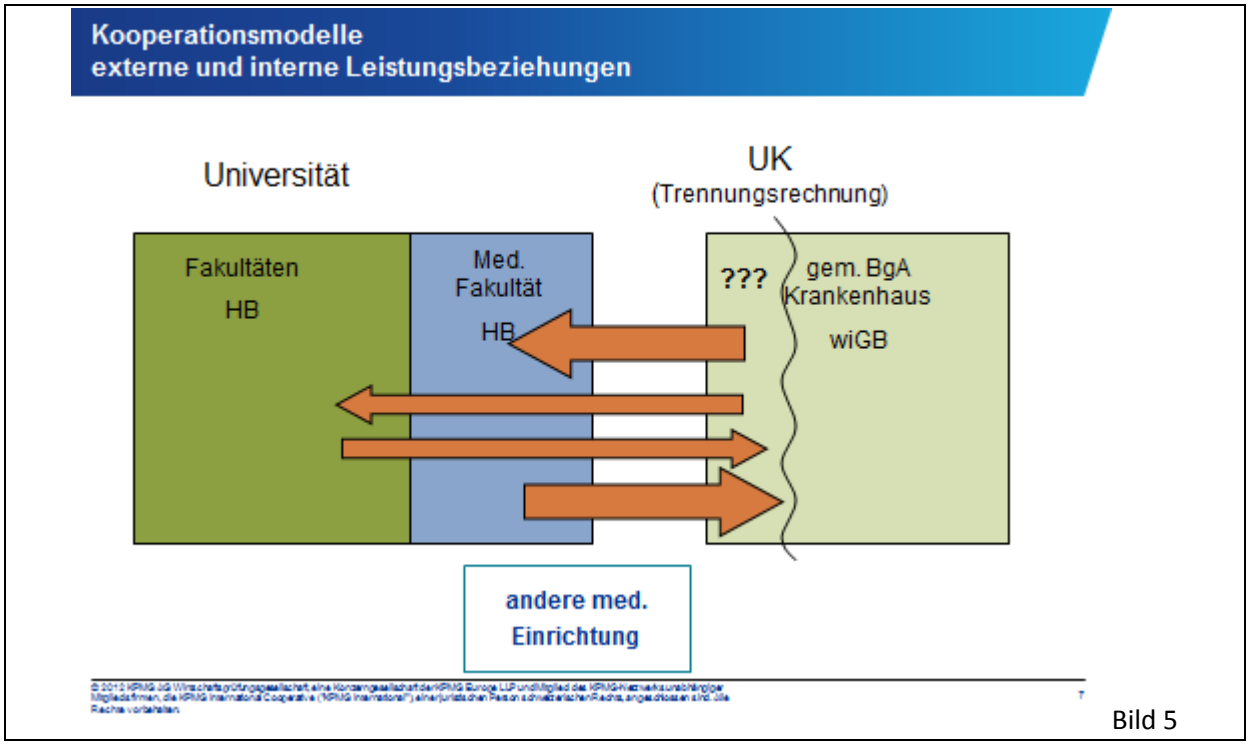

Kooperationsmodelle
externe und interne Leistungsbeziehungen
Universität
UK
(Trennungsrechnung)
Fakultäten
HB
Med.
Fakultät
HB
???
gem. BgA
Krankenhaus
wiGB
andere med.
Einrichtung

Bild 5

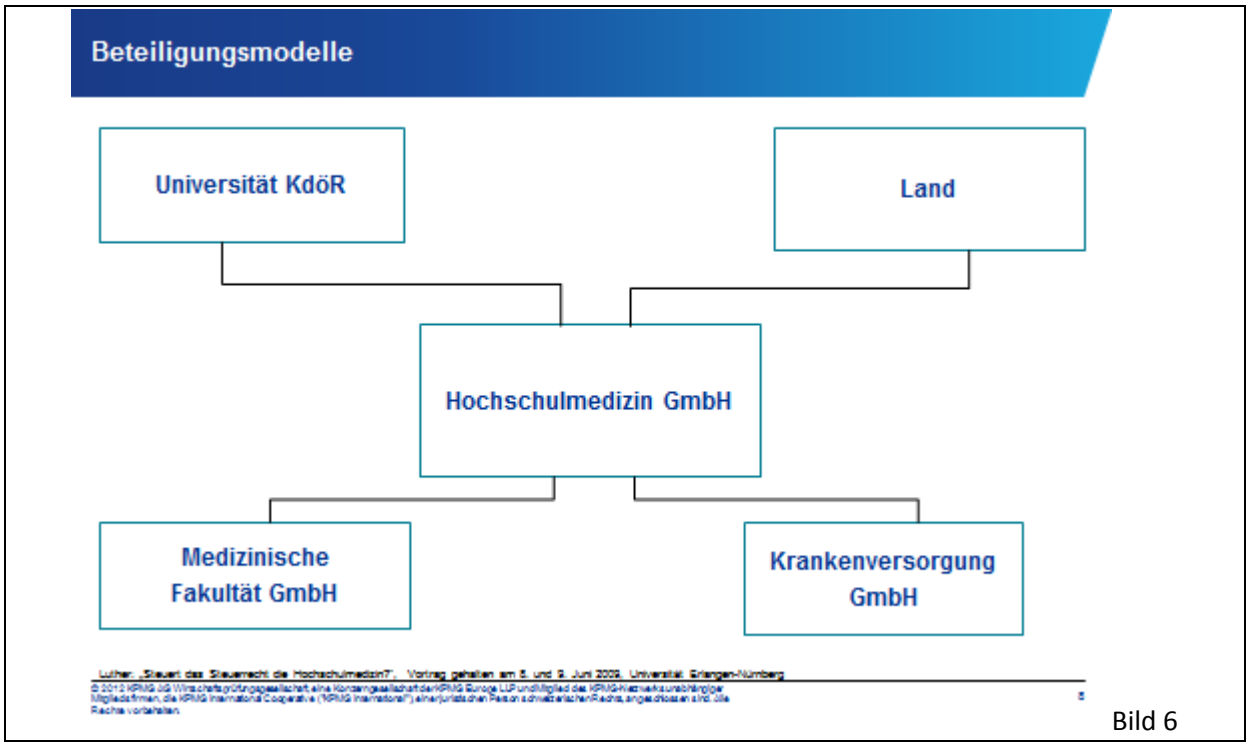


Bild 6

Die Gewährleistung der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung ist ein Kerngedanke der Universitätsmedizin. Hierfür haben sich sowohl Kooperations- als auch Integrationsmodelle entwickelt, die aktuell durch Beteiligungs- und Organschaftsmodelle ergänzt werden.

Die ursprüngliche Form der **Integration** von Forschung, Lehre und Krankenversorgung wurde in der Vergangenheit durch eine Organisationsform der Hochschulmedizin gewährleistet, in der das Universitätsklinikum Teil der Gesamteinrichtung Universität war.

Aus außersteuerlichen Gründen wurde vor ca. 20 Jahren begonnen, eben diese Struktur zu verändern, in dem die Universitätskliniken als rechtlich selbständige Anstalten des öffentlichen Rechts organisiert wurden. Ein Ergebnis dieses Prozesses sind die sogenannten **Integrationsmodelle**, zum Beispiel durch den Zusammenschluss der medizinischen Fakultät einer Universität mit einem oder mehreren Universitätsklinikum zu einer selbständigen Anstalt des öffentlichen Rechts oder Teilkörperschaft.

Im Unterschied hierzu ist es den verschiedenen **Kooperationsmodellen** eigen, dass mindestens zwei, von einander zu differenzierende, juristische Personen des öffentlichen Rechts bestehen, die auf landesrechtlicher Anordnung zur Gewährleistung der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung auch nach der rechtlichen und steuerrechtlichen Verselbständigung weiterhin zusammenwirken.

Auch das Kooperationsmodell hat die Praxis verschiedener Erscheinungsformen hervorgebracht, zu nennen sind die Gestaltungen der Kooperationen zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts und der Kooperationen von juristischen Personen des öffentlichen Rechts mit denen des privaten Rechts. Bei letzterem ist jedoch grundsätzlich zu verzeichnen, dass die Aufgabenübertragung auf eine juristische Person des privaten Rechts in vielen Bundesländern mit einer Beleihung derselben einherging.

Im Ergebnis haben wir gegenwärtig in Deutschland in den verschiedenen Bundesländern ein sehr heterogenes Bild der Organisation der Hochschulmedizin zu verzeichnen. Aus dieser Perspektive kann man daher in durchaus zulässiger Weise zu dem Schluss kommen, dass aus außersteuerlichen Gründen eine Vielfalt an Organisationsformen notwendig ist. Betrachten wir aus steuerlicher Sicht die Kooperations- und Integrationsmodelle ein wenig tiefergehend.

Worin unterscheiden sich aus steuerrechtlicher Sicht das Integrationsmodell oder die Integrationsmodelle von den Kooperationsmodellen?

Ausgehend von der Existenz von mindestens zwei verschiedenen juristischen Personen des öffentlichen Rechts (hier Universität und Universitätsklinikum) bestehen beim Kooperationsmodell **zwei** voneinander zu unterscheidende Steuerrechtssubjekte, die miteinander zusammenwirken sollen. Teile der Finanzverwaltung folgern daraus, dass zwischen beiden Steuerrechtssubjekten „**externe“** Leistungen (z.B. sogenannte Personalgestellungen) erbracht werden.

Der wesentliche steuerrechtliche Unterschied zum Integrationsmodell besteht darin, dass hier die medizinische Fakultät einer Universität und das Universitätsklinikum **ein** Rechtssubjekt bzw. ein Steuerrechtssubjekt bilden. Infolge dessen werden Leistungen zwischen diesen beiden Bereichen zu **„internen“** Leistungen, die grundsätzlich (Ausnahmen zulassend) nicht der Besteuerung unterliegen. Anders liegt der Sachverhalt bei den Kooperationsmodellen. Hier ist regelmäßig davon auszugehen, dass die medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum sowohl juristisch, als auch steuerrechtlich selbständig Rechtssubjekte darstellen und daher im Außenverhältnis Leistungen austauschen, die gegebenenfalls der Besteuerung unterliegen können.

Es ist jedoch nicht unbeachtlich, dass sich beim Integrationsmodell die steuerlich relevanten Trennlinien des möglichen **externen** Leistungsaustausches nunmehr zwischen der verbleibenden Universität und dem Steuerrechtssubjekt Hochschulmedizin entstehen können und in der Praxis auch entstehen und außerdem **interne** „Leistungsbeziehungen“ im Korpus Hochschulmedizin, gebildet aus medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum, wegen der unterschiedlichen steuerlichen Qualität (Hoheitsbereich und BgA) zu steuerlich beachtlichen, einem Leistungsaustausch gleichgestellten Sachverhalten führen können (Einlagen, unentgeltliche Wertabgeben, etc.).

Im Ergebnis kann man festhalten, dass das Integrationsmodell gegenwärtig sehr wohl quantitativ weniger steuerliche Anknüpfungspunkte bietet, als das Kooperationsmodell. Aber das Bedürfnis nach Kooperation zwischen der Universitätsmedizin und der Universität gewinnt in der Praxis an Gewicht und damit stehen an dieser Trennlinie vergleichbare steuerrechtliche Fragestellungen der Kooperationen. Wir denke hier an gemeinsame Forschungsvorhaben mit Integration sozialwissenschaftlicher und naturwissenschaftlicher Fachbereiche/Fakultäten aber auch an die Zusammenarbeit der Universität oder des Universitätsklinikums mit spezifischen medizinischen Einrichtungen (z.B. Herzzentren) eigener Rechtspersönlichkeit.

Neben dem Integrations- und Kooperationsmodell gibt es in der Praxis eine Reihe von Ansätzen, die Hochschulmedizin in anderer Weise zu organisieren. Gegenstand dieser Strukturen sind in der Regel Beteiligungsmodelle, bei denen dem Grundsatz nach die medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum in einer Beteiligungsstruktur oder durch Einschaltung einer Holdinggesellschaft in eine andere Beteiligungsstruktur vereinigt sind. Bisher haben diese Modelle (vgl. den Vorschlag von Luther: „Steuert das Steuerrecht die Hochschulmedizin?“, Vortrag gehalten am 8./9. Juni 2009, Universität Erlangen-Nürnberg, Bild 7) zwar viel Interesse, aber wenig Umsetzung gefunden. Das liegt aus unserer Sicht daran, dass diese Modelle mit umfangreichen Reorganisationen des Personalbestandes verbunden sind und dies neben organisatorischen und finanziellen Aspekten zu erheblichen Problemen in bzw. mit den Belegschaften geführt hätten.

Dennoch sind wir der Meinung, dass man diese Überlegung auch im Hinblick auf neue Rechtsprechungen des EuGH und den noch nicht in nationales Recht transformierten Steuerbefreiungstatbeständen der MwStSystRL weiter entwickeln kann und auch sollte. Hierzu werden wir am Ende unseres Vortrags einige grundsätzliche Überlegungen darstellen.

Steuerliche Analyse

Es ist daher nachfolgend zu untersuchen, ob und in welchem Umfang bzw. unter welchen Voraussetzungen eine Ertrags- oder Umsatzbesteuerung im Kooperationsmodell ausgelöst wird bzw. welche Maßnahmen ergriffen werden können, um diese gegebenenfalls ganz oder teilweise zu verhindern.

Für diese Fragestellung ist es aus unserer Sicht wichtig, die durchaus komplexen Sachverhalte in ihrer Gesamtheit in die steuerliche Beurteilung einzubeziehen, die landesgesetzlichen Regelungen nicht außer Acht zu lassen und die Fragen der Leistungsinhalte, dessen, was zwischen den Kooperationspartnern ausgetauscht wird, von dem zu differenzieren, was z.B. auf der Grundlage der Kooperationsverträge tatsächlich in Rechnung gestellt wird. Beides ist nicht identisch, da es eine Vielzahl von Leistungselementen gibt, die wegen der Drittfinanzierung z.B. der Gebäude und anderer Infrastruktur oder der Personalkosten im Rahmen von Forschungsprojekten, etc. nicht in Rechnung gestellt werden. Neben den Leistungsinhalten ist natürlich jeweils auch die Frage der Leistungsrichtung und der Bemessungsgrundlagen zu stellen und gegebenenfalls steuerlich zu beurteilen.

Das Dilemma (Bild 8 - 12)

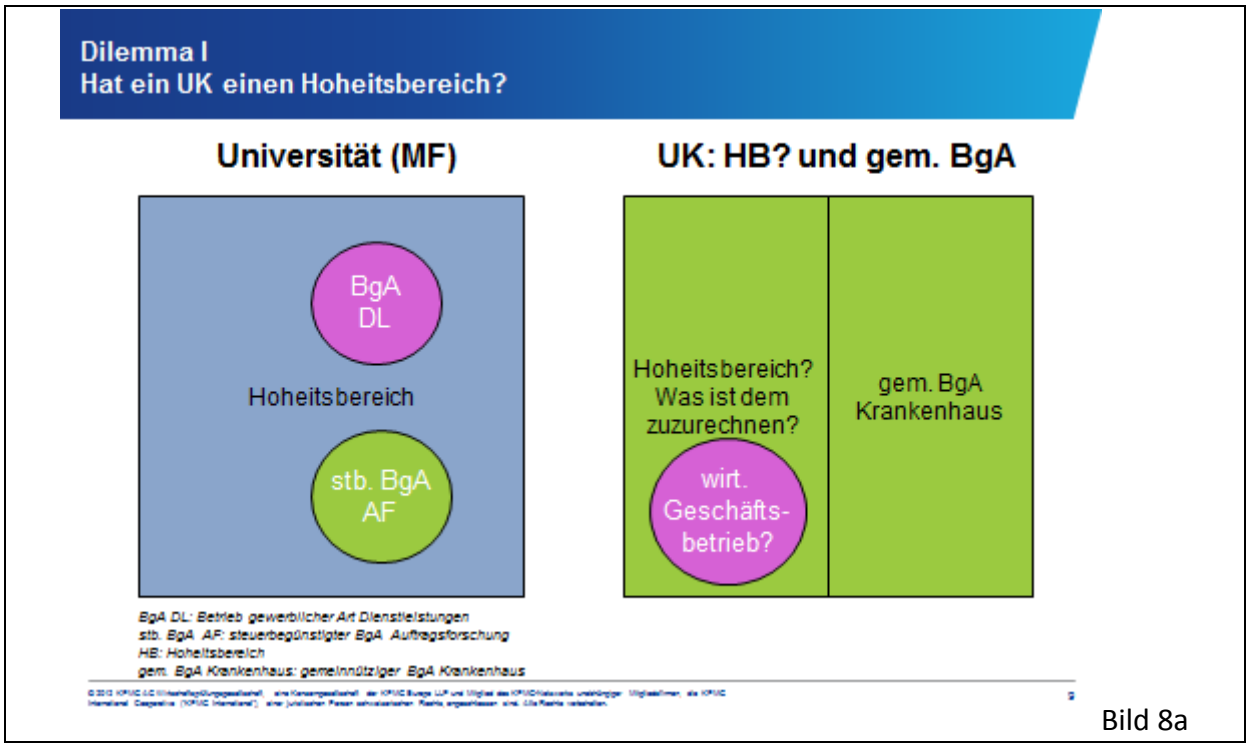


Bild 8a

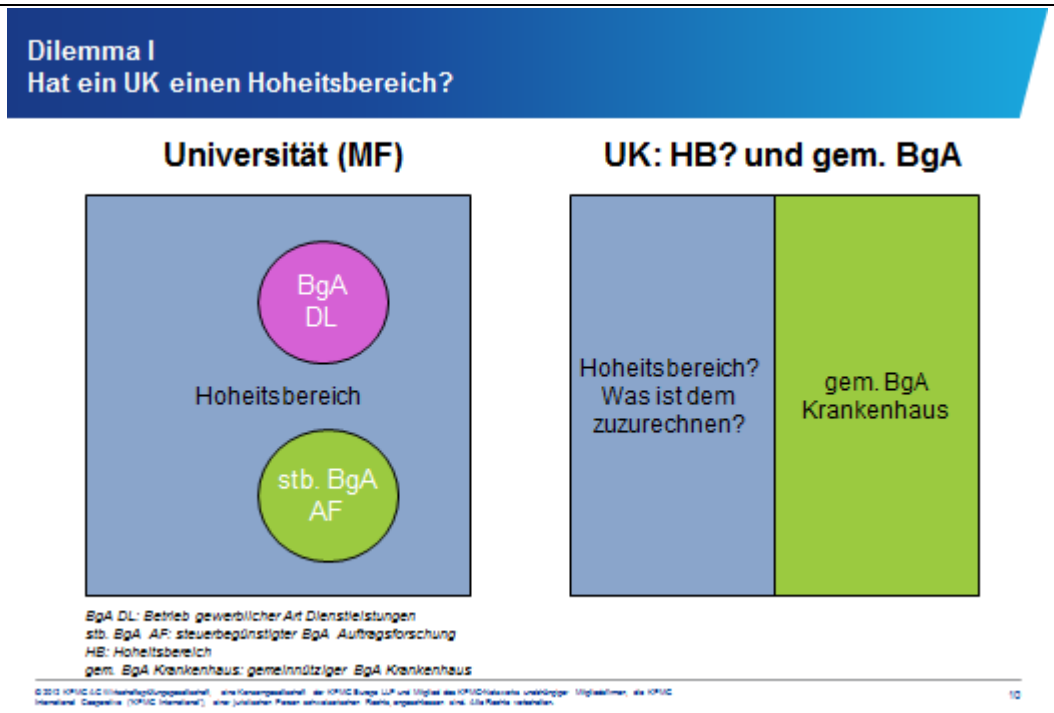


Bild 8b

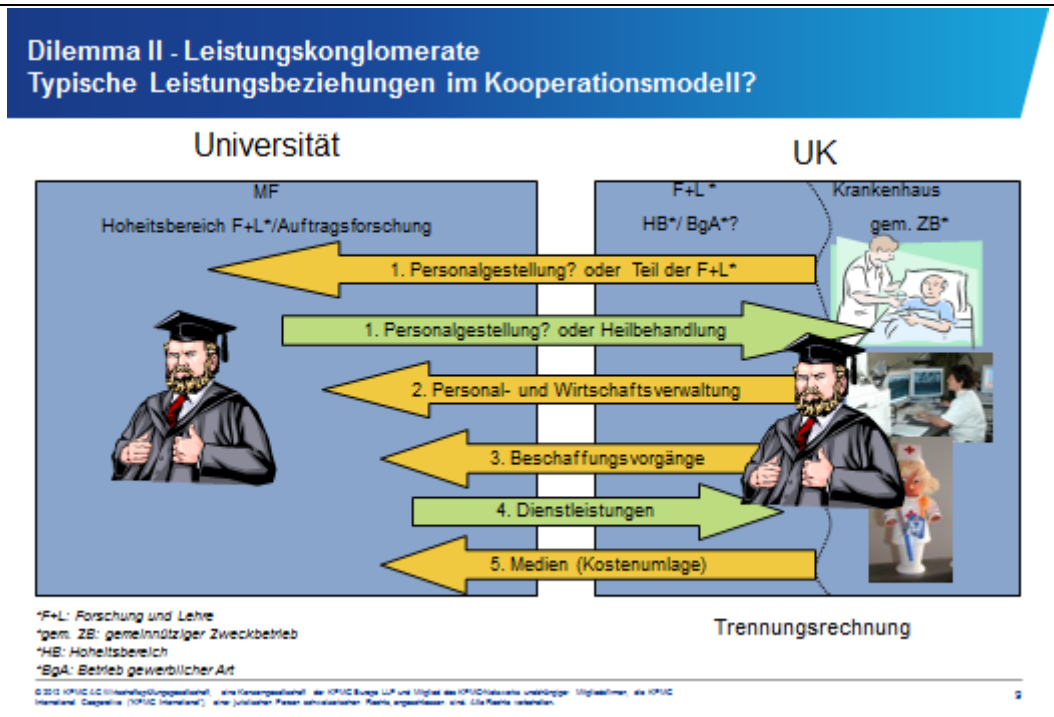


Bild 9

Wesentliche Gruppen von Leistungsbeziehungen

1. Gemeinsame Aufgabe der Gewährleistung der Einheit von Lehre und Forschung sowie Krankenversorgung (**Kooperation**) durch gegenseitige Unterstützung und Nutzung:
   a) der personellen, technischen und wissenschaftlichen und organisatorischen Infrastruktur
   b) des Wissens, der Erfahrungen und
   c) der Informationen (Daten) des Kooperationspartners
2. Personal- und Wirtschaftsverwaltung des UK für die MF
3. Mitwirkung/Durchführung der Auftragsforschung
4. Medienversorgung durch UK/gemeinsame Bestellung und Lagerhaltung
5. Leistungen der Universität/MF an das UK

© 2013 KPMG LLC, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative ("KPMG International"), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angegliedert sind. Alle Rechte vorbehalten.

12

Bild 10a

Wesentliche Gruppen von Leistungsbeziehungen

3. Mitwirkung/Durchführung der Auftragsforschung
4. Medienversorgung durch UK/gemeinsame Bestellung und Lagerhaltung
5. Leistungen der Universität/MF an das UK

© 2013 KPMG LLC, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative ("KPMG International"), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angegliedert sind. Alle Rechte vorbehalten.

13

Bild 10b

Ertragsbesteuerung
Differenzierung Hoheitsbereich - BgA

BMF vom 11. Dezember 2009, BStBl. I, 1597

Abgrenzung hoheitlicher von wirtschaftlicher Tätigkeit

hoheitlich

jPöR eigentümlich und vorbehalten

- **eigentümlich** - gesetzlich zugewiesene Aufgabe
- **vorbehalten** - öffentlich-rechtlicher Benutzungszwang
  (auch bei Übertragung der zugewiesenen Aufgabe auf andere jPöR)
- Beleihung privater Rechtsträger und Benutzungszwang

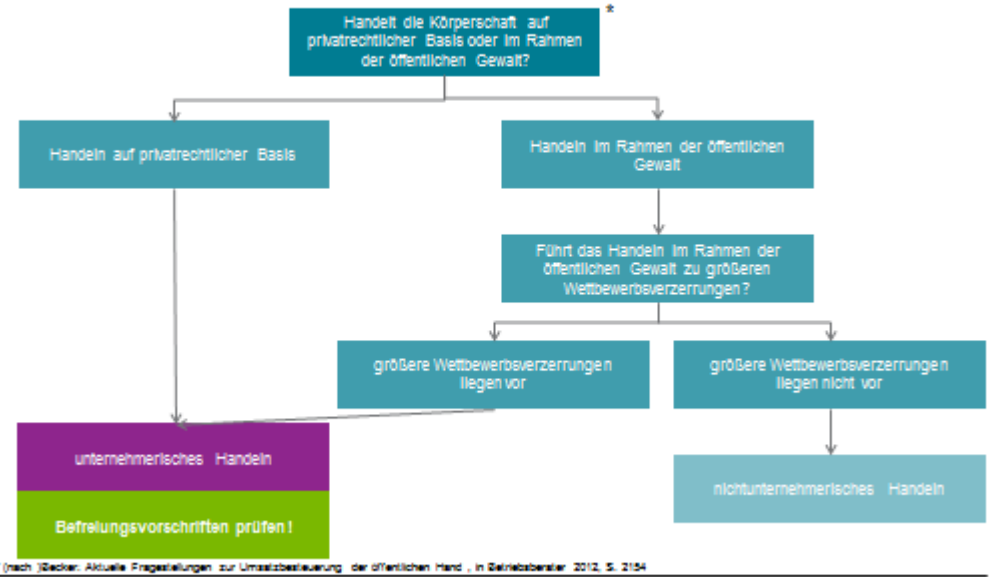
wirtschaftlich

- Übertragung auf **private** Dritte (gesetzlich) **möglich**
  Rückausnahme: Erfüllungsgehilfe (Beleihung)
- bei Aufgabenzuweisung an jPöR, aber kein öffentlich-rechtlicher Benutzungszwang
  (Nachfragemöglichkeit bei Dritten)
  Rückausnahme: Ausschluss Wettbewerbsbeeinträchtigung,
  national und international, potentieller Wettbewerb

© 2012 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative ("KPMG International") einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten.

Bild 11

Umsatzbesteuerung
nicht unternehmerische / unternehmerische Leistung von jPdöR



* (nach Becker, Aktuelle Fragestellungen zur Umsatzbesteuerung der öffentlichen Hand, in Betriebsberater 2012, S. 2154

© 2012 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative ("KPMG International") einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten.

Bild 12

Worin besteht das steuerrechtliche Problem des Kooperationsmodells dem Grunde nach?

Obgleich in der Regel beim Kooperationsmodell zwei juristische Personen des öffentlichen Rechts miteinander zusammenwirken und regelmäßig auch einen **gemeinsamen** gesetzlichen Auftrag zu vollziehen haben, gehen Teile der Finanzverwaltung davon aus, dass die steuerliche Qualität beider Rechtssubjekte unterschiedlich ist.

Die Universität einschließlich der medizinischen Fakultät wird als Hoheitseinrichtung angesehen, die einzelne Betriebe gewerblicher Art unterhalten kann. Steuerrechtlich anders wird die, von der rechtlichen Verfassung her, ebenfalls als juristische Person des öffentlichen Rechts organisierte Anstalt des öffentlichen Rechts Universitätsklinikum gesehen. Diese soll insgesamt ein Betrieb gewerblicher Art darstellen, weil die Krankenversorgung, die als nicht hoheitliche Tätigkeit angesehen wird, derart im Vordergrund stehen würde, dass sie der Gesamteinrichtung ihr Gepräge gibt. Ergänzt wird diese Sichtweise durch die Behauptung, dass beide Bereiche nicht voneinander zu trennen sind. Das mag inhaltlich zutreffend sein. Aus Sicht der Finanzierung ist eine Trennung sehr wohl möglich. Die existierenden Trennungsrechnungen sind vitaler Beleg dafür.

Teile der Finanzverwaltung negieren den hoheitlichen Auftrag der Anstalt des öffentlichen Rechts und sehen daher bei den Universitätskliniken **keinen Hoheitsbereich**. Die Rechtsfolgen dieser Betrachtungsweise sind zum einen, dass die der Kooperation vorbehaltenden Tätigkeiten als Teil des Gesamt-BgA gesehen werden und damit dem Grunde nach ertragsteuerlich verhaftet sind. Zum anderen konnte, nach bisheriger Betrachtungsweise, eine sogenannte Beistandsleistung nicht vorliegen, da diese ein Zusammenwirken bzw. Leistungsaustausch zwischen zwei Körperschaften des öffentlichen Rechts aus deren Hoheitsbereichen heraus erforderte. Eben diese Voraussetzung läge auf Seiten der Universitätskliniken bei einer Negation des Hoheitsbereichs nicht vor.

Mit Urteil vom 10. November 2012 hat sich der BFH erstmals zu der Frage, was denn eine Bestandsleistung überhaupt sei, geäußert. Der BFH führt hier in seiner Urteilsbegründung sinngemäß unter Tz. 25. aus, dass eine Bestandsleistung dann vorliege, wenn eine juristische Person des öffentlichen Rechts einer anderen Person des öffentlichen Rechts für **deren öffentlich-rechtliche Aufgaben** eine unterstützende Leistung gegen Entgelt gewährt. Wesentliches Merkmal dieser Definition ist u.a. die Leistung für eine hoheitliche **Aufgabe der anderen Körperschaft** des öffentlichen Rechts. Die verschiedenen landesgesetzlichen Regelungen richten sich regelmäßig in der Anordnung der Kooperation an beide Einrichtungen. Es ist daher insoweit fraglich, ob eine Beistandsleistung in diesem Sinne überhaupt in Frage kommt oder, ob hier nicht alternativ eine, im wahrsten Sinne des Wortes, kooperative, gemeinsame Verwirklichung einem jeden der Beteiligten auferlegte Aufgabe (hier Gewährleistung der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung) arbeitsteilig realisiert wird.

Diese Betrachtungsweise verlangt einerseits entsprechende klare gesetzliche Regelungen und eröffnet nach unserer Meinung den Zugang zur Anwendung des Art. 13 MwStSystRL, der die Zusammenarbeit hoheitlicher Einrichtungen zur gemeinsamen Erfüllung einer öffentlich-rechtlichen Aufgabe umsatzsteuerrechtlich, als nicht steuerbar, d.h. nicht umsatzsteuerlich relevant, erachtet, soweit durch die Nichtbesteuerung keine Wettbewerbsverzerrung entsteht.

Eine zweite, steuerlich relevante Fragestellung im Zusammenhang mit dem Kooperationsmodell knüpft an das Verständnis der **Inhalte und der Definition** der gegenseitig ausgetauschten Leistungen an.

Teile der Finanzverwaltung unternehmen den Versuch, die Gesamtzusammenhänge des gegenseitigen Zusammenwirkens in einzelne Leistungsbestandteile zu differenzieren, sprich gegebenenfalls zu atomisieren. Wir halten dies aus zwei Gründen für nicht zielführend:

Erstens besteht ein (schon kurz angeführter) **Unterschied** zwischen dem, was abgerechnet wird und dem, was geleistet wird (so wird z.B. die Inanspruchnahme der Räume und sonstiger Infrastruktur des Universitätsklinikas insofern nicht in Rechnung gestellt, als diese z.B. durch landesrechtliche Zuschüsse finanziert werden. Gleiches trifft auf die Einbeziehung des Drittmittelpersonals zu, soweit

dieses von Dritten finanziert wird, ebenso wird die Inanspruchnahme der gesamten Patientendaten, etc., die beim Universitätsklinikum vorhanden sind, im Rahmen der Forschung und Lehre der Universität regelmäßig nicht in Rechnung gestellt).

Zweites handelt es sich bei den gegenseitig ausgetauschten Leistungen in der Regel um **Leistungskonglomerate**, die dem wirtschaftlichen Inhalt nach, im Sinne von Haupt- und Nebenleistungen nicht voneinander differenziert werden können, da der eine Leistungsbestandteil ohne die anderen Leistungsbestandteile keinen wirtschaftlichen, wissenschaftlichen oder sonstigen Sinn machen würde.

Aus dieser Perspektive kann man folgende wesentliche Gruppen von Leistungsbeziehungen unterscheiden:

1. gemeinsame Aufgabe der Gewährleistung der Einheit von Lehre und Forschung sowie Krankenversorgung (**Kooperation**) durch gegenseitige Unterstützung und Nutzung:
   a) der personellen, technischen und wissenschaftlichen und organisatorischen Infrastruktur,
   b) des Wissens, der Erfahrungen und
   c) der Informationen (Daten)

   des Kooperationspartners,
2. Personal- und Wirtschaftsverwaltung des UK für die MF,
3. Mitwirkung/Durchführung der Auftragsforschung,
4. Medienversorgung durch UK/gemeinsame Bestellung und Lagerhaltung sowie
5. sonstige Leistungen der Universität/MF an das UK.

Ohne sich hier in alle Einzelheiten verlieren zu wollen und zu können ist außerdem zu beachten, dass für die steuerliche Beurteilung neben den Leistungsinhalten auch unterschiedliche **Leistungsrichtungen** (wegen der Zuordnung des Personals, der Einbeziehung der vorklinischen Institute, der Organisation der Hochschulambulanzen, der Durchführung von Forschung, etc.) geben kann, die aus der jeweiligen Sicht des Leistenden steuerlich differenziert zu beurteilen sind.

Wenden wir uns dem Kern der Kooperation zu, der gemeinsamen Aufgabe der Gewährleistung der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung durch gegenseitige Unterstützung und Nutzung verschiedener Ressourcen.

Das **Ertragsteuerrecht** hat, niedergelegt im BMF-Schreiben vom 11. Dezember 2009, Kriterien zur Abgrenzung hoheitlicher von wirtschaftlicher Tätigkeit entwickelt. Danach liegt eine hoheitliche Tätigkeit einer juristischen Person des öffentlichen Rechts dann vor, wenn sie eigentümlich und vorbehalten ist. In der Literatur wird der Frage der Eigentümlichkeit zunehmend weniger Gewicht zugemessen. Das liegt daran, dass gesetzlich zugewiesene Aufgaben durchaus auch in bestimmtem Umfang delegierbar sind und die Erfüllung der gesetzlich zugewiesenen Aufgabe durchaus in einem Wettbewerbsverhältnis zu nicht steuerbegünstigten Körperschaften stehen kann. Aus diesem Grund liegt der Schwerpunkt der Differenzierbarkeit auf dem Kriterium des Vorbehaltenseins.

Als Vorbehaltensein versteht man den Umstand, dass eine bestimmte, gesetzlich zugewiesene Aufgabe nicht durch andere Wirtschaftsteilnehmer ausgeführt werden darf oder kann. Dies ist immer dann gegeben, wenn ein sogenannter öffentlich-rechtlicher Benutzungszwang vorliegt. Im Kern geht es darum, dass bei vorbehaltenen öffentlich-rechtlichen Aufgaben und deren Erfüllung ein Wettbewerb zu nicht Hoheitsträgern überhaupt nicht entstehen kann und daher ebenso eine Wettbewerbsverzerrung nicht eintreten kann. Insofern können diese Tätigkeiten der Besteuerung entzogen werden.

Die Fragestellung, die sich hieraus im Verhältnis von Universität (medizinischer Fakultät) zum Universitätsklinikum ergibt ist die, ob eine gesetzlich angeordnete gemeinsame Aufgabenerfüllung (soweit sie als solche gesetzlich definiert ist), einschließlich der notwendigen, gegenseitiger Leistungserbringung, durch einen Dritten überhaupt zulässig und möglich ist.

Sieht man die einzelnen Leistungselemente als atomisierbar an, könnte man die Frage durchaus bejahen. Sieht man die Kooperation grundsätzlich als einen einheitlichen Leistungsgegenstand an, insbesondere dann, wenn man sie als gemeinsame Aufgabenerfüllung versteht, dann spricht sehr viel dafür, dass es eine Vorbehaltsaufgabe ist, die ausschließlich durch die gesetzlich definierten Beteiligten gegenseitig erbracht werden kann. Zumal darüber hinaus noch die Frage offen ist, ob es sich überhaupt um gegenseitige Leistungen handelt oder eher um einen Sachverhalt, der der Vereinigung von Komponenten zu einem Gesamtergebnis (sog. Leistungsvereinigung) nahe steht.

Das **Umsatzsteuerrecht** hingegen fragt nach der rechtlichen Handlungsgrundlage. Soweit auf privatrechtlicher Basis gehandelt wird und eine Leistung gegen Entgelt erbracht wird, ist von unternehmerischem Handeln auszugehen, welches ganz oder teilweise unter eine oder mehrere Befreiungsvorschriften des Umsatzsteuergesetzes oder der Mehrwertsteuerrichtlinie zu subsumieren sein kann. Auch hier stellt sich wieder die Frage, Atomisierung der Leistungen oder Gesamtleistungen im Sinne von Haupt- und Nebenleistungen. Im letzteren Falle würden die, im Verhältnis von Haupt- und Nebenleistungen zueinander stehenden Leistungen, einheitlich umsatzsteuerlich zu würdigen und von der Mehrwertsteuer zu befreien sein.

Soweit die juristische Person des öffentlichen Rechts im Rahmen der öffentlichen Gewalt handelt oder anders ausgedrückt, auf öffentlich-rechtlicher Grundlage, ist zu differenzieren, ob hier eine größere Wettbewerbsverzerrung vorliegt oder nicht. Nur dann, wenn keine Wettbewerbsverzerrung vorliegt, ist ein nicht unternehmerisches Handeln gegeben. Eine Prüfung der Steuerbefreiung ist insofern nicht mehr notwendig. Im Fall der größeren Wettbewerbsverzerrungen führt das Ergebnis zu einem unternehmerischen Handeln. Anschließend sind wiederum die in Frage kommenden Steuerbefreiungen zu prüfen.

Wie man erkennen kann, folgt sowohl das Ertragsteuerrecht als auch das Umsatzsteuerrecht dem gleichen Duktus, d.h. der Nichtbesteuerung oder Nichtsteuerbarkeit soweit eine Wettbewerbsverzerrung auszuschließen ist.

Die vorstehend Analyse des „Dilemmas“ offenbart daher zwei Aspekte:

a) die steuerliche Deutung der vorhandenen Situation und

b) die zukünftige Gestaltung der Kooperation.

Hinsichtlich der Deutung der vorhandenen Situation bestehen in den einzelnen Bundesländern teils unterschiedliche Sichtweisen und Lösungsmodelle, auf die wir nicht näher eingehen möchten.

Wege aus dem Dilemma? (Bild 13 -18)

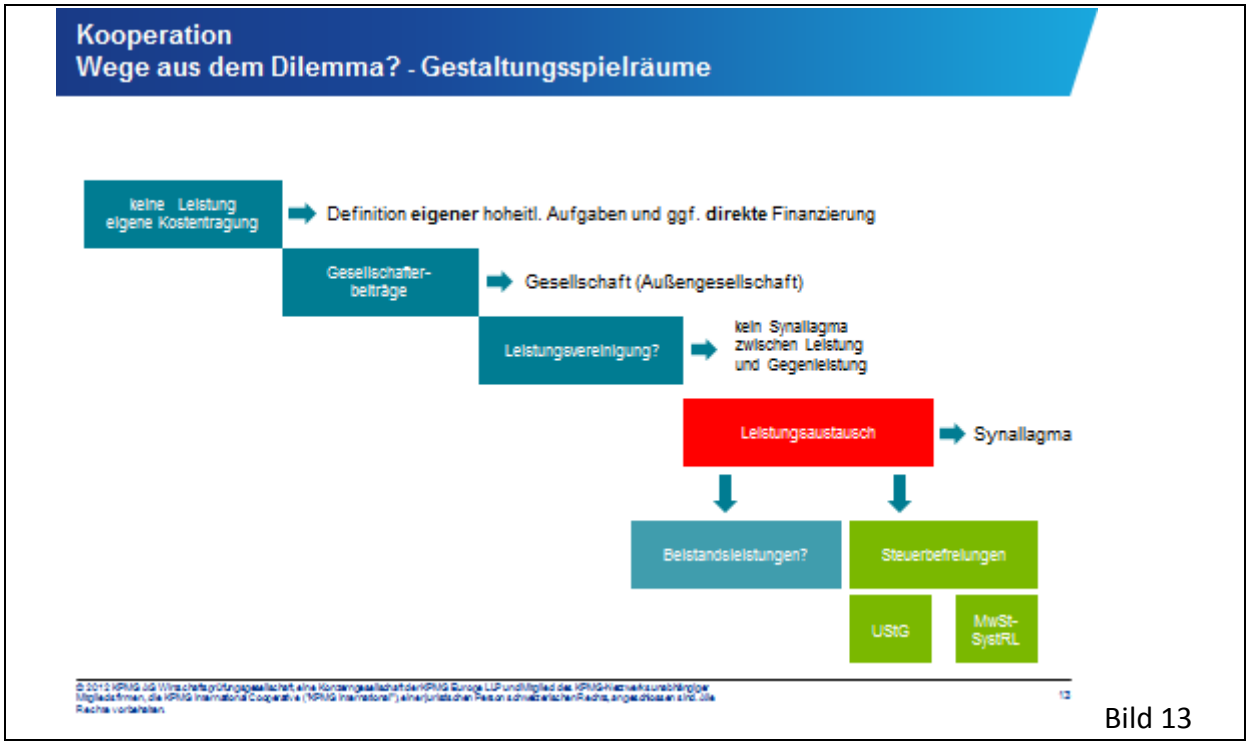


Bild 13

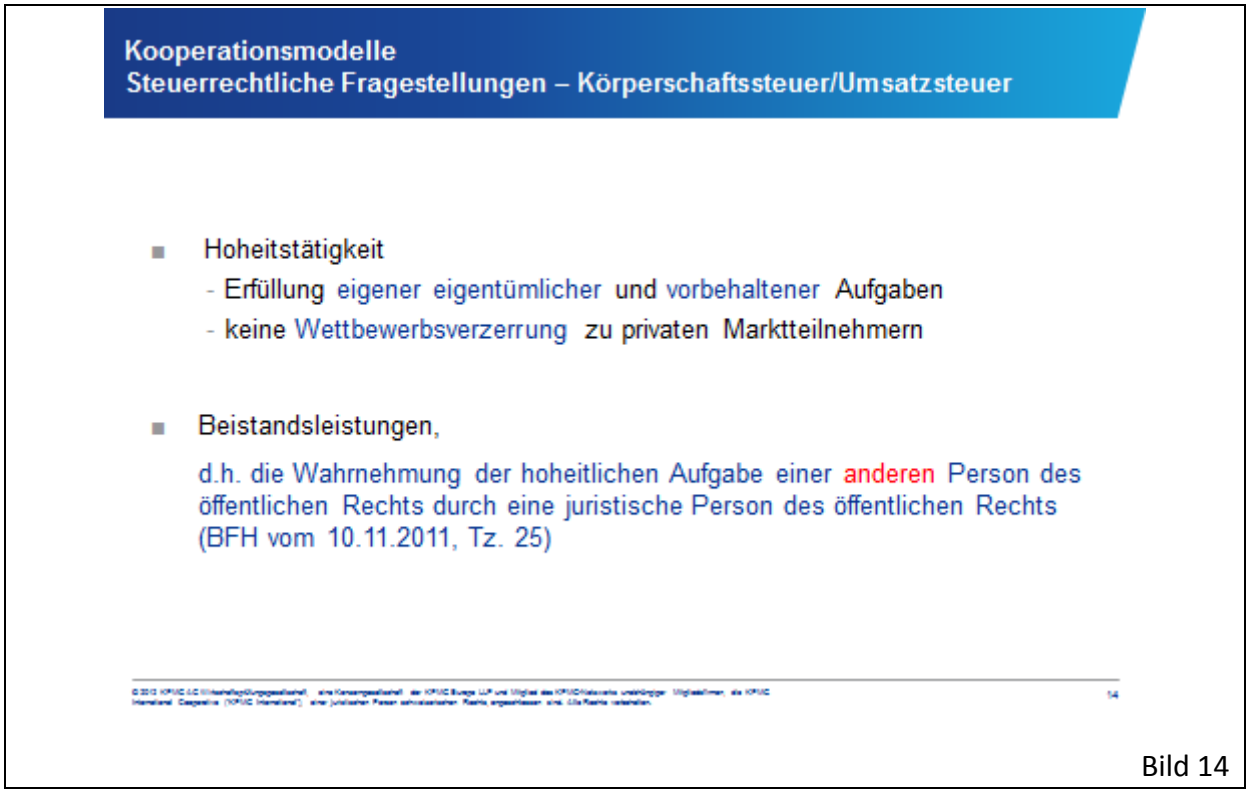


Bild 14

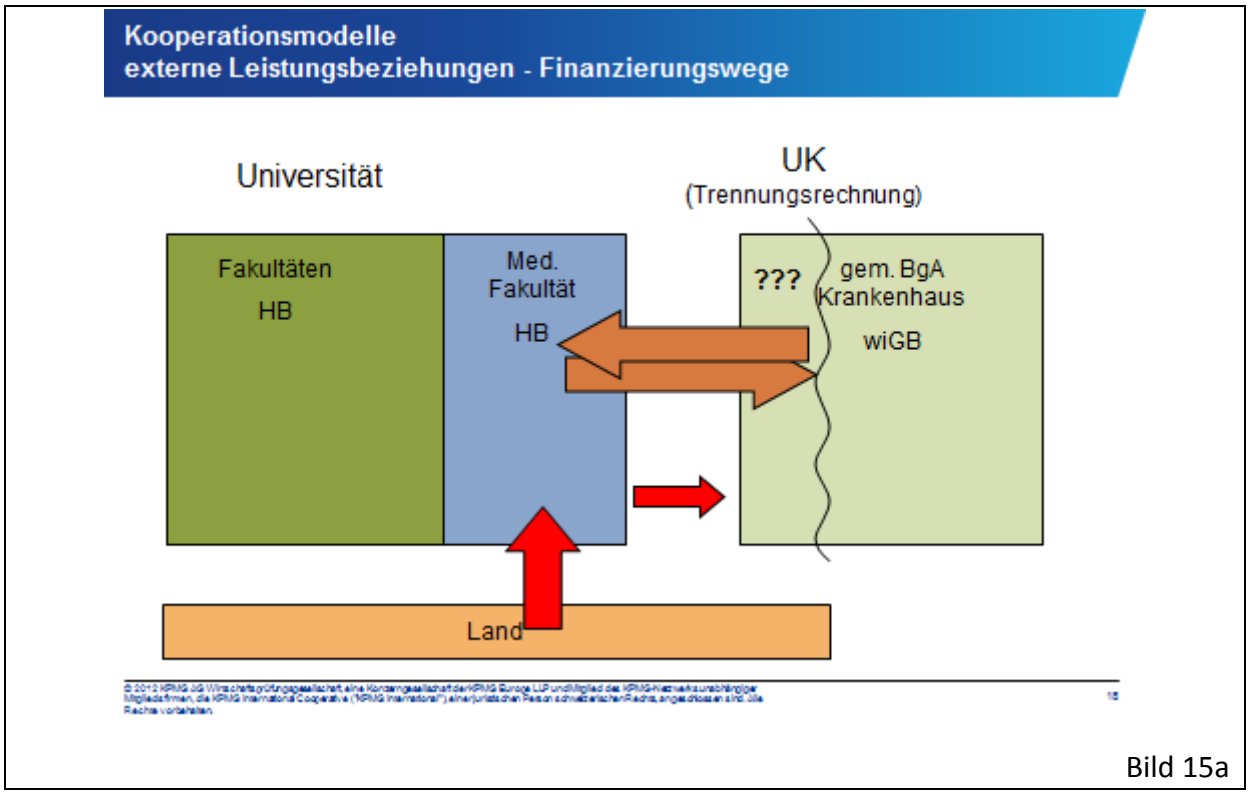


Bild 15a

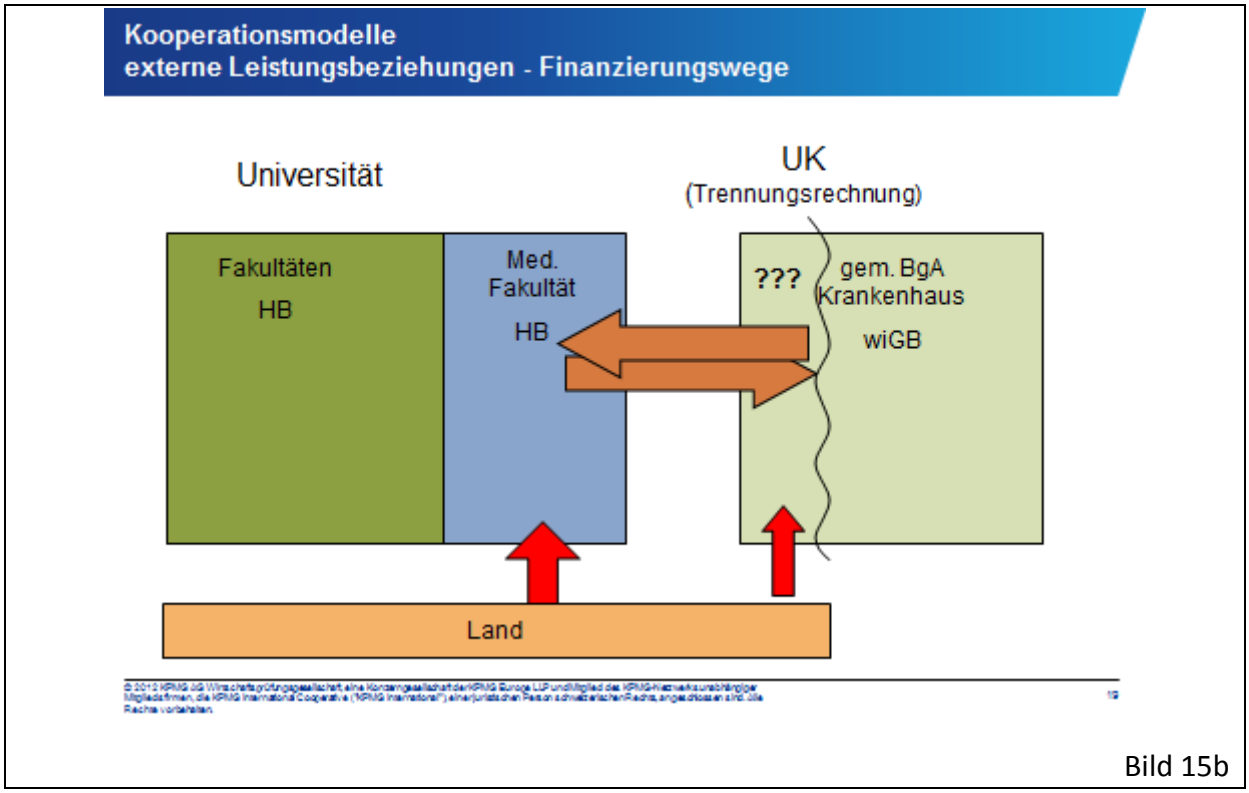


Bild 15b

Artikel 132 Abs. 1 f) MwStSystRL

f) Die Mitgliedsstaaten befreien folgende Umsätze von der Steuer:

„Dienstleistungen, die selbständige Zusammenschlüsse von Personen, die eine Tätigkeit ausüben, die von der Steuer befreit ist oder für die sie nicht Steuerpflichtige sind, an ihre Mitglieder für unmittelbare Zwecke der Ausübung dieser Tätigkeiten erbringen, soweit diese Zusammenschlüsse von ihren Mitgliedern lediglich die genaue Erstattung des jeweiligen Anteils an den gemeinsamen Kosten fordern, vorausgesetzt, dass diese Befreiung nicht zu einer Wettbewerbsverzerrung führt;“

© 2012 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative („KPMG International“), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten.

Bild 16

Kooperation
Personalpool (aus Sicht des UK)
Personalgestellung vs. Dienstleistung (F+L) oder hoheitliche Tätigkeit

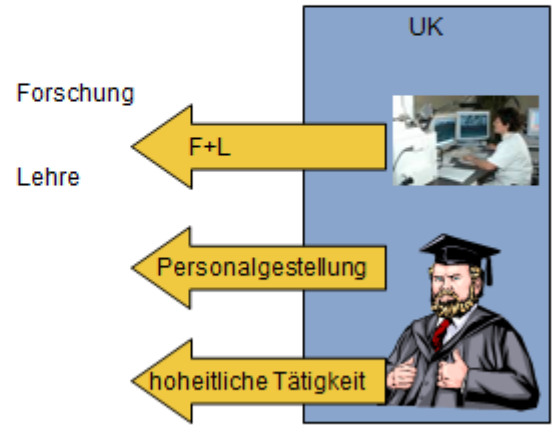
- Differenzierung: Dienstleistung (F+L) – Personalgestellung – hoheitliche Tätigkeit

§ 4 Nr. 14 b UStG,
Art.132 Abs.1 f MwStSystRL?

§ 4 Nr. 22a UStG,
Art.132 Abs.1 i MwStSystRL?

§ 4 Nr. 14 b UStG,
Art.132 Abs.1 b MwStSystRL?

Art. 13 MwStSystRL?



© 2012 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative („KPMG International“), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten.

Bild 17

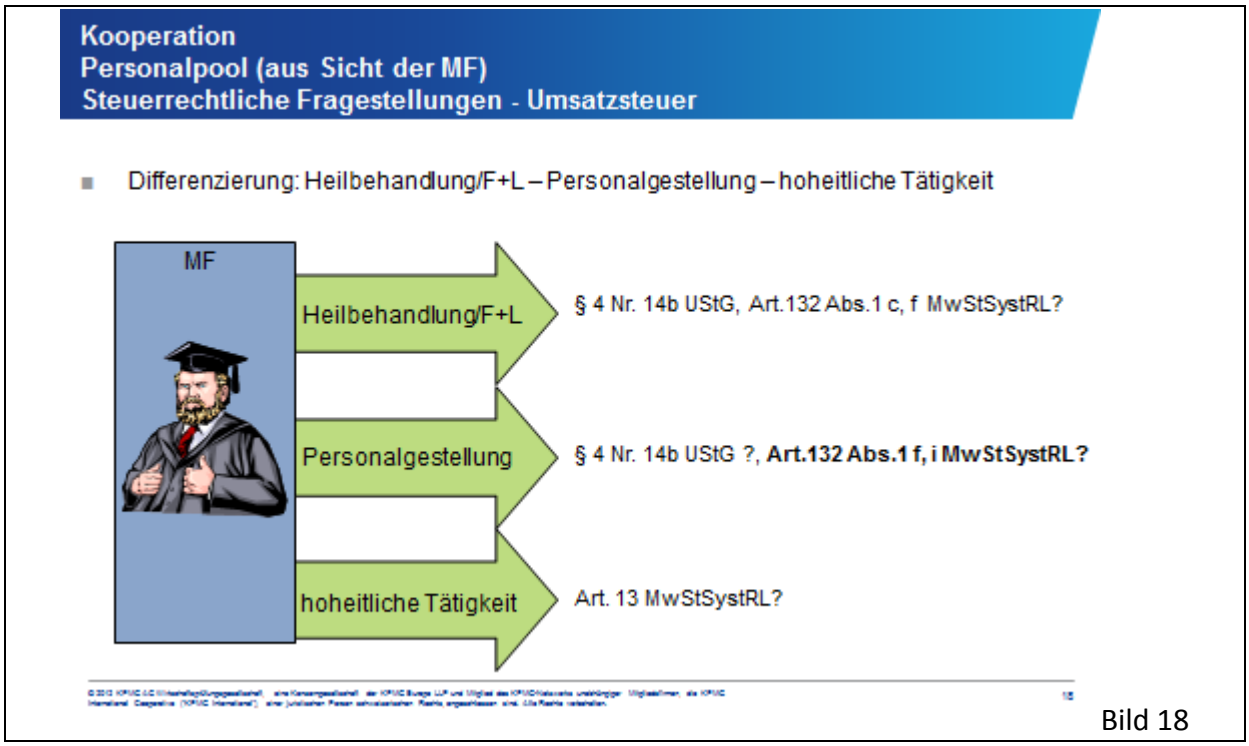


Bild 18

Hinsichtlich der Gestaltbarkeit der Kooperationen zwischen der medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum kann man gedanklich die folgenden Schritte prüfen:

Keine Leistung, weder im ertragsteuerlichen noch im umsatzsteuerlichen Sinne, liegt grundsätzlich dann vor, wenn keine gegenseitige Kostentragung vereinbart wird. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn eine **eigene hoheitliche Aufgabe gesetzlich definiert wird**, die kooperativ im Zusammenwirken mit einem anderen Hoheitsträger zu erbringen ist und gegebenenfalls die **Finanzierungsströme** geändert werden können. Letzteres wäre dann der Fall, wenn die Finanzierung der Kooperationsaufgaben des Universitätsklinikums nicht mehr durch die Universität, sondern gegebenenfalls direkt vom Land als Pendant für eine eigene Aufgabendefinition erfolgen würde.

Umsatzsteuerlich, und ggf. auch ertragsteuerlich, liegen Leistungen auch dann nicht vor, wenn es sich um Gesellschafterbeiträge handelt. Insbesondere umsatzsteuerrechtlich (und diese Fragestellungen sind hier maßgebend, weil ertragsteuerrechtlich in der Regel Leistung und Gegenleistung ausgeglichen sein dürften und damit ein Gewinn nicht entsteht) ist ein Leistungsaustausch dann nicht anzunehmen, wenn die Beteiligten (die Gesellschafter) sich in einer Gesellschaft vereinigen, um gemeinsam ein Ziel (z.B. Gewährleistung der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung) zu verfolgen. Auch im nationalen Umsatzsteuerrecht ist Nichtsteuerbarkeit der Gesellschafterbeiträge grundsätzlich (vgl. Abschnitt 1.6 des Anwendungserlasses zur Umsatzsteuer, insbesondere Absatz 8 Satz 7) anerkannt. Nach nationalem Verständnis wird aber eine sog. Außengesellschaft vorausgesetzt. Die MwStSystRL kennt einen vergleichbaren Sachverhalt, jedoch als Steuerbefreiung. Hier ist das Vorliegen einer Außengesellschaft, die insbesondere aus haftungsrechtlichen Gründen auch Risiken bietet, keine Voraussetzung. Bisher ist jedoch diese Regelung § 132 Abs. 1 f MwStSystRL nicht in deutsches Recht umgesetzt worden.

Einen weiteren Ansatzpunkt bieten die Überlegungen zu den sog. Beistellungsleistungen oder Leistungsvereinigungen.

Bei der **Leistungsbeistellung** handelt es sich um einen Sachverhalt, bei dem der Leistungsempfänger dem Leistenden Teile dessen, was Gegenstand der Leistung des Leistenden ist, zur Verfügung stellt. Das kann sich im Verhältnis zwischen medizinischer Fakultät und Universität, insbesondere auf Fragen der Personalbeistellung beziehen. Im Umfang der Beistellung liegt keine Leistung des Auftraggebers an den Auftragnehmer und umgekehrt vor.

Hinsichtlich der **Leistungsvereinigung** gehen Teile der Literatur davon aus, dass eine Leistung nicht anzunehmen ist, wenn die eine Leistung nicht synallagmatisch mit einer Gegenleistung verknüpft ist. Das liegt insbesondere dann vor, wenn die „Leistung" einem Anderen nur deswegen zur Verfügung gestellt wird, um seine eigenen Zwecke primär zu erfüllen, es insoweit an einem Leistungswillen mangelt.

Soweit kein Synallagma zwischen Leistung und Gegenleistung vorhanden ist, fehlt es an der steuerlichen Anknüpfung insbesondere für die Umsatzbesteuerung. Erfolgt jedoch ein synallagmatischer Leistungsaustausch sind die Fragen nach den sogenannten Beistandsleistungen oder den Steuerbefreiungen, und dieses wiederum nach nationalem Umsatzsteuerrecht oder der MwStSystRL, zu stellen.

Beistandsleistungen liegen in der Regel nur dann vor, wenn eine juristische Person des öffentlichen Rechts Leistungen für die Wahrnehmung einer hoheitlichen Aufgabe einer anderen Person des öffentlichen Rechts erbringt. Dieser Sachverhalt ist dann nicht gegeben, wenn durch gesetzliche Anordnungen beide Körperschaften oder juristische Personen des öffentlichen Rechts eine **eigene** Aufgabe arbeitsteilig zu verwirklichen haben. Hier liegt es am Gesetzgeber dies so zu definieren. Insofern wären dann auch die Voraussetzungen des Leistungsaustausches in Frage gestellt. Soweit eine Beistandsleistung erfolgt, ist diese nach der neuen Rechtsprechung des BFH in Umsetzung der MwStSystRL nicht mehr der Umsatzbesteuerung zu entziehen. Bisher ist diese Rechtsprechung noch nicht (einheitlich) umgesetzt. Es ist aber zu erwarten, dass es zukünftig erfolgen wird. Ob eine Übergangsregelung ergehen wird, ist bisher nicht bekannt.

Dies beträfe daher auch die vertragliche Umsetzung gesetzlicher Anordnungen soweit diese

- auf privatrechtlicher Grundlage erfolgen oder
- auf hoheitlicher Grundlage erfolgen und zu einer Wettbewerbsverzerrung führen können.

Wir empfehlen daher, im Falle der Kooperation, eine hoheitliche Grundlage der Kooperation zu gestalten. Dies könnte insbesondere auch durch öffentlich-rechtliche Verträge zwischen zwei Hoheitsträgern erfolgen. Infolge der Definition der eigenen Aufgaben eines jeden Kooperationsbeteiligten wäre aus unserer Sicht auch die Grundlage gelegt, die gegenseitige Leistungserbringung in Frage zu stellen. Dies würde umso mehr zutreffen, als die Finanzierungsströme neu geordnet würden. Wäre es z.B. möglich, in diesem Kontext die Aufwendungen des Universitätsklinikums direkt vom Land zu finanzieren, würde es bei der Erfüllung der vorstehend genannten beiden Voraussetzungen schwer sein, überhaupt ein Leistungsaustausch im ertrags- als auch im umsatzsteuerlichen Sinne definieren zu können.

Neben den Fragen der Steuerbarkeit auf die vorstehend eingegangen wurde, sind nunmehr die Tatbestände der **Mehrwertsteuerbefreiung** zu prüfen.

Hier stehen uns die Regelungen des Umsatzsteuergesetzes, als auch der MwStSystRL zur Verfügung. Die MwStSystRL ist immer dann direkt anwendbar, soweit diese in nationales Recht nicht nicht oder nicht vollständig oder nicht zutreffend umgesetzt wurde.

Hier sind zwei Regelungen von besonderem Interesse:

- Artikel 132 Abs. 1 i) MwStSystRL und
- Artikel 132 Abs. 1 f) MwStSystRL.

Die Rechtsprechung des EuGH zum Horizon College (EuGH, 14.06.2007 - C-434/05) beschäftigte sich mit der Frage der Erbringung von Bildungsleistungen durch zwei Bildungseinrichtungen. Der EuGH stellte fest, dass Bildungsleistungen auch kooperativ erbracht werden können, d.h. dass auch eine Körperschaft, die nicht direkt an den Auszubildenden Leistungen erbringt, steuerfrei sei, wenn dieser Leistungsteil unmittelbar in die Bildungsleistung des Anderen einfließt, soweit die anzuwendende Befreiungsvorschrift auch die eng verbundenen Lieferungen oder sonstigen Leistungen umfasst.

Diese Auslegung bietet den Ansatzpunkt für eine Argumentation dahingehend, dass die Universitätsklinikas selbstredend auch an der Bildung, Aus- und Fortbildung, insbesondere der Studierenden, in Lehre und Forschung teilhaben. Ob diese Argumentation zukünftig trägt, bleibt abzuwarten.

Von höherem Interesse sehen wir die Regelung des § 132 Abs. 1 f) MwStSystRL. Diese Steuerbefreiung ist bisher nicht in deutsches Umsatzsteuerrecht transformiert worden. D.h., dass diese unmittelbar anwendbar ist. Der Steuerpflichtige kann sich direkt darauf berufen.

Artikel 132 Abs. 1 f) MwStSystRL definiert eine Steuerbefreiung wie folgt:

> Die Mitgliedsstaaten befreien folgende Umsätze von der Steuer:
>
> „Dienstleistungen, die selbständige Zusammenschlüsse von Personen, die eine Tätigkeit ausüben, die von der Steuer befreit ist oder für die sie nicht Steuerpflichtige sind, an ihre Mitglieder für unmittelbare Zwecke der Ausübung dieser Tätigkeiten erbringen, soweit diese Zusammenschlüsse von ihren Mitgliedern lediglich die genaue Erstattung des jeweiligen Anteils an den gemeinsamen Kosten fordern, vorausgesetzt, dass diese Befreiung nicht zu einer Wettbewerbsverzerrung führt;“.

Die vorstehende Vorschrift setzt voraus, dass es sich um Dienstleistungen, also nicht um Lieferungen handelt. Eine Sachverhaltsvoraussetzung, die überwiegend erfüllt sein dürfte. Auch die weiteren Voraussetzungen, wie “Zusammenschlüsse von Personen“ (auch juristische Personen des öffentlichen Rechts können darunter fallen), die grundsätzlich eine Tätigkeit ausüben, die von der Steuer befreit ist oder für die sie nicht steuerpflichtiger sind, könnte auf der Seite der Universität (hoheitliche Tätigkeit und/oder Bildung) und auf der Seite des Universitätsklinikums (Krankenversorgung auch Bildung) vorliegen.

Auch die weitere Voraussetzung, Leistungen an die am Zusammenschluss beteiligten Personen für deren eigene Aufgabenerfüllung, scheint erfüllt bzw. erfüllbar zu sein, ebenso wie die Begrenzung des Entgelts auf die tatsächlichen Kosten.

Prüft man die einzelnen Tatbestandsmerkmale durch, so kommen wesentliche Elemente der üblichen Kooperationsleistungen den Tatbestandsmerkmalen sehr nahe oder erfüllen diese.

Ob die steuerbefreiten Leistungen nicht zu einer Wettbewerbsverzerrung führen, wäre im Einzelfall zu überprüfen. Auch hierfür ist die eingangs erwähnte Sichtweite auf die Leistung (das Leistungskonglomerat) und die Ausgestaltung der gesetzlichen Anordnung und vertraglichen Regelungen von großer Bedeutung.

Aus unserer Sicht erlauben wir uns zu empfehlen, dass sich die maßgeblichen Verbände auch dann, wenn innerhalb des Verbandes oder der Verbände unterschiedliche Modelle zur Weiterentwicklung der Hochschulmedizin favorisiert werden, für eine Umsetzung dieser Vorschrift in nationales Recht einsetzen sollten, um den Beteiligten die Möglichkeit zu geben, nach ihren wissenschaftsorganisatorischen Belangen die zutreffende Rechtsform der Zusammenarbeit wählen zu können.

Alternative Überlegungen (Bild 21-24)

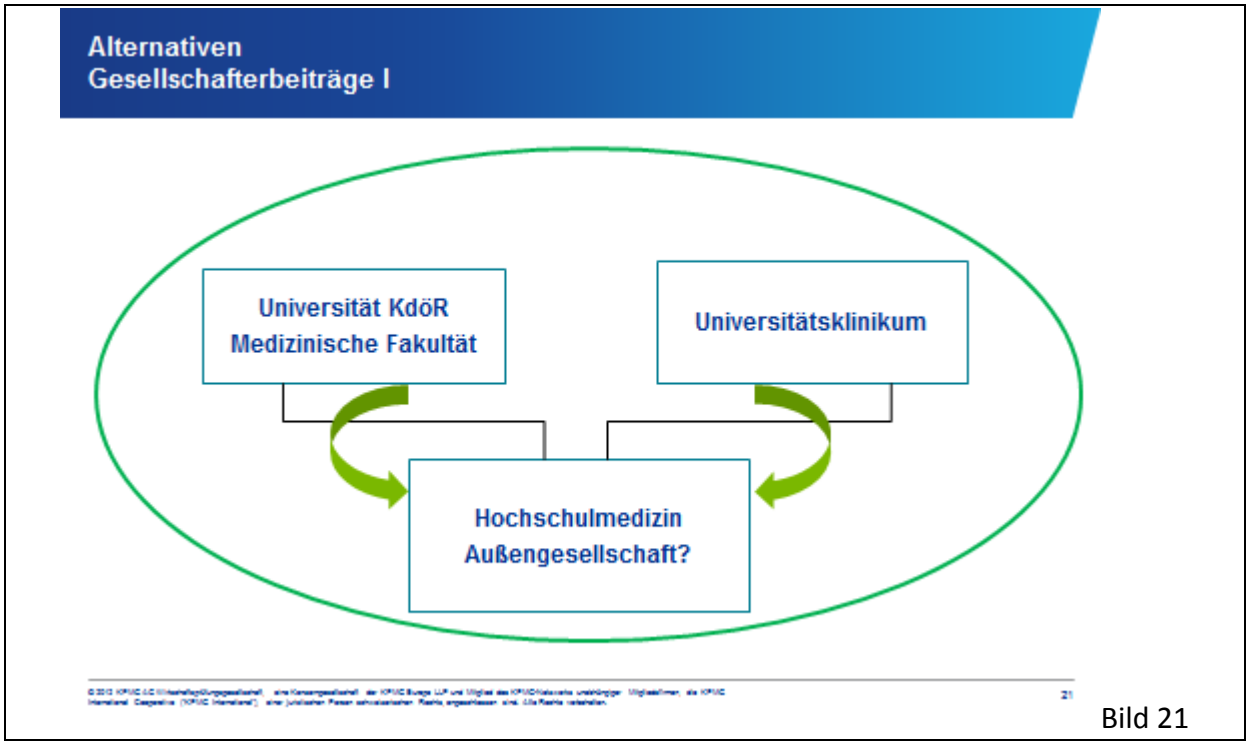


Bild 21

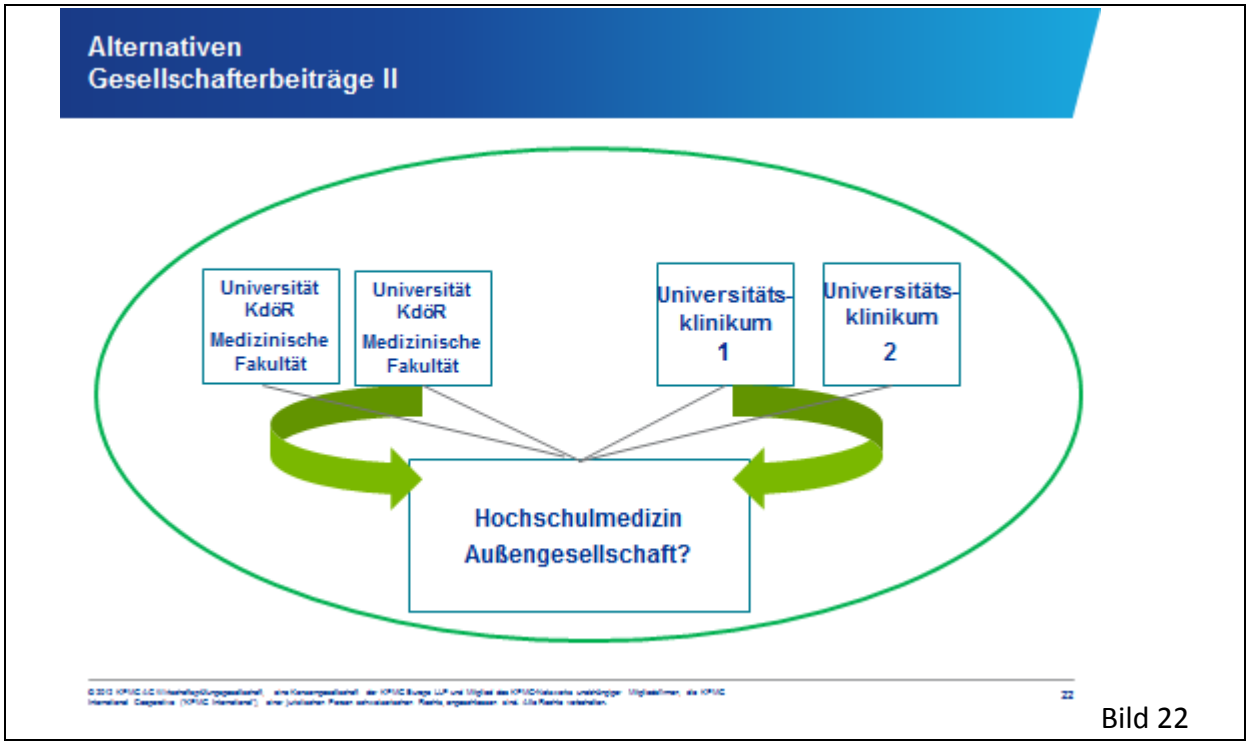


Bild 22

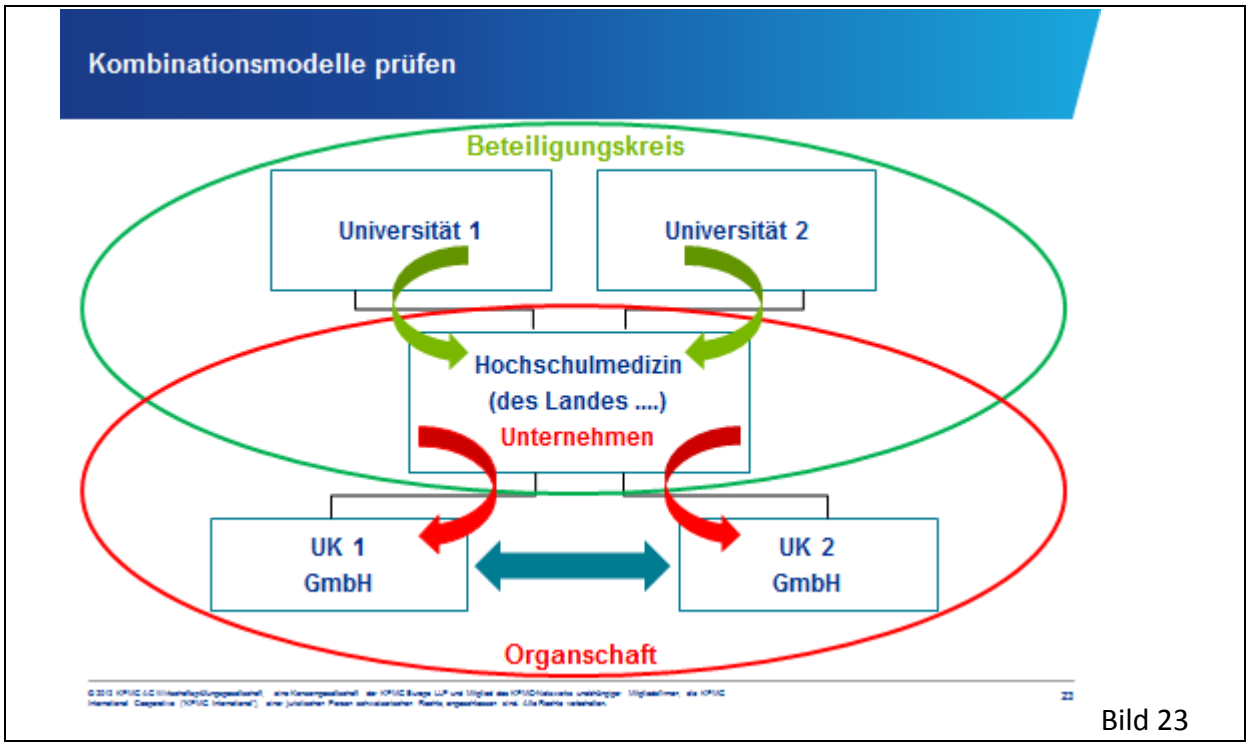


Bild 23

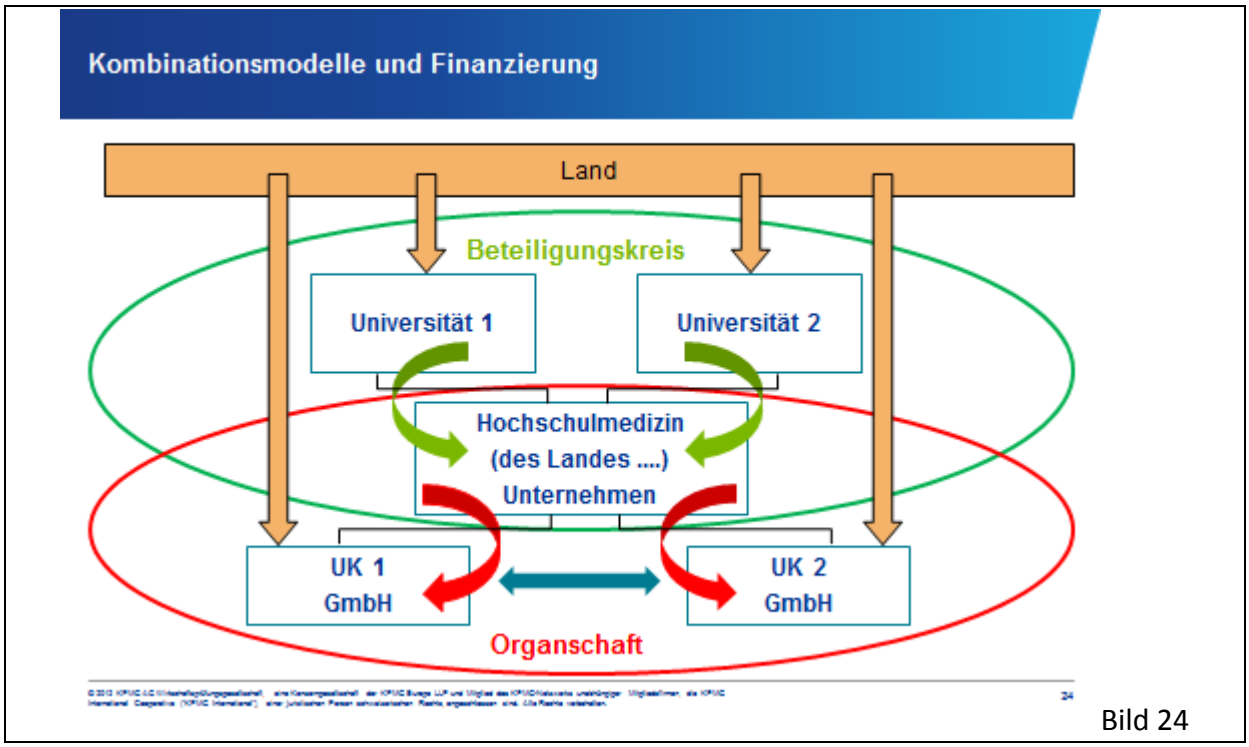


Bild 24

Neben den gesellschaftsrechtlichen Gestaltungsspielräumen, die wir am Bild 21 und 22 (Gesellschafterbeiträge I und II) kurz dargestellt haben, möchten wir abschließend auf die Möglichkeit von Kombinationsmodellen hinweisen, bei denen eine steuerneutrale Zusammenarbeit nicht nur zwischen Universität und Universitätsklinikum, sondern gegebenenfalls von mehreren Einrichtungen innerhalb eines Landes möglich sein könnte. Diese Überlegungen basieren auf der Kombination der Steuerfreiheit von Gesellschafterbeiträgen (hier aber von mehreren Einrichtungen) mit den Vorzügen der Organschaft, die jedoch eine Beteiligungsstruktur und damit einen Organträger

und Organgesellschaften voraussetzen. Da auch eine Personengesellschaft, die Unternehmer ist, als Organträger fungieren kann, wäre eine solche Kombination durchaus denkbar und bei einer veränderten Finanzierung, d.h. direkte Finanzierung der Beteiligten durch das Land, gegebenenfalls steuerneutral gestaltbar. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass es sich hierbei um grundsätzliche Überlegungen handelt, die im Einzelnen sowohl von der Struktur, als auch hinsichtlich des Umfangs und des Inhalts der Leistungen, entsprechender Verträge, gesetzlicher Regelungen, etc. im Einzelnen zu gestaltet und steuerrechtlich zu überprüfen wären. Wir empfehlen bei derartigen Gestaltungen vorher eine verbindliche Auskunft einzuholen.

Resümee und Empfehlungen (Bild 25)

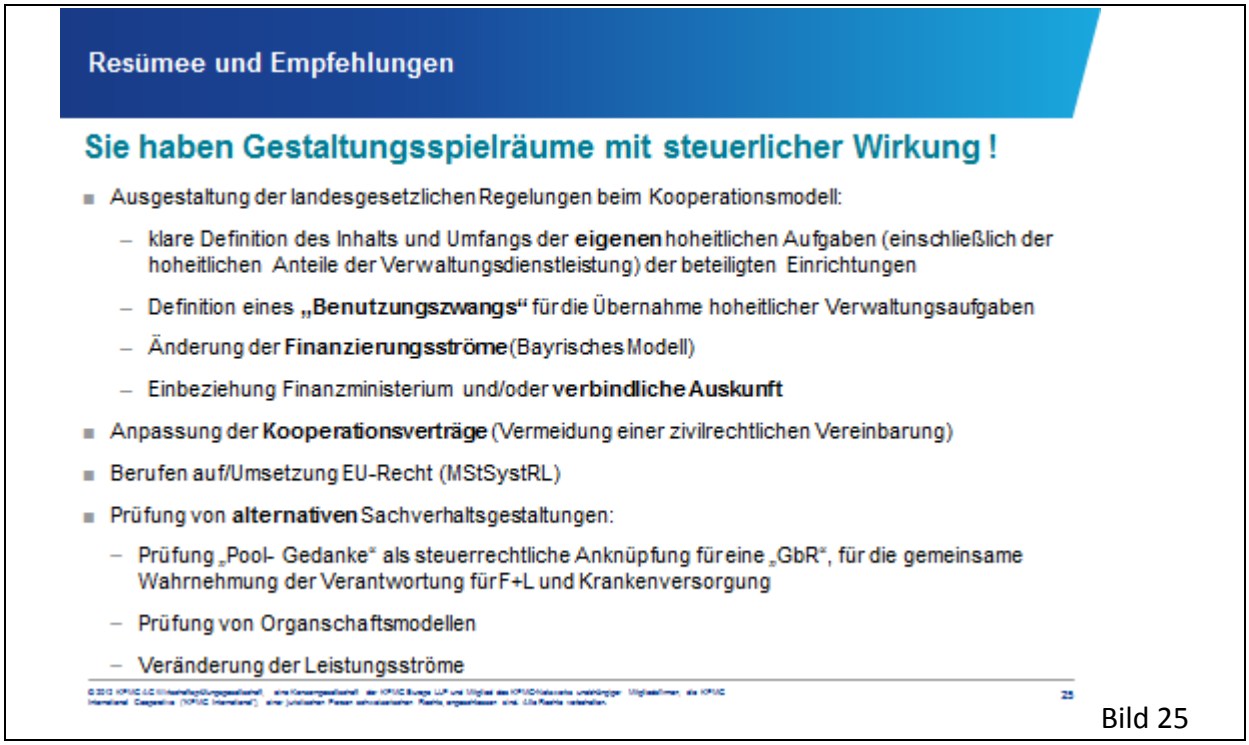


Bild 25

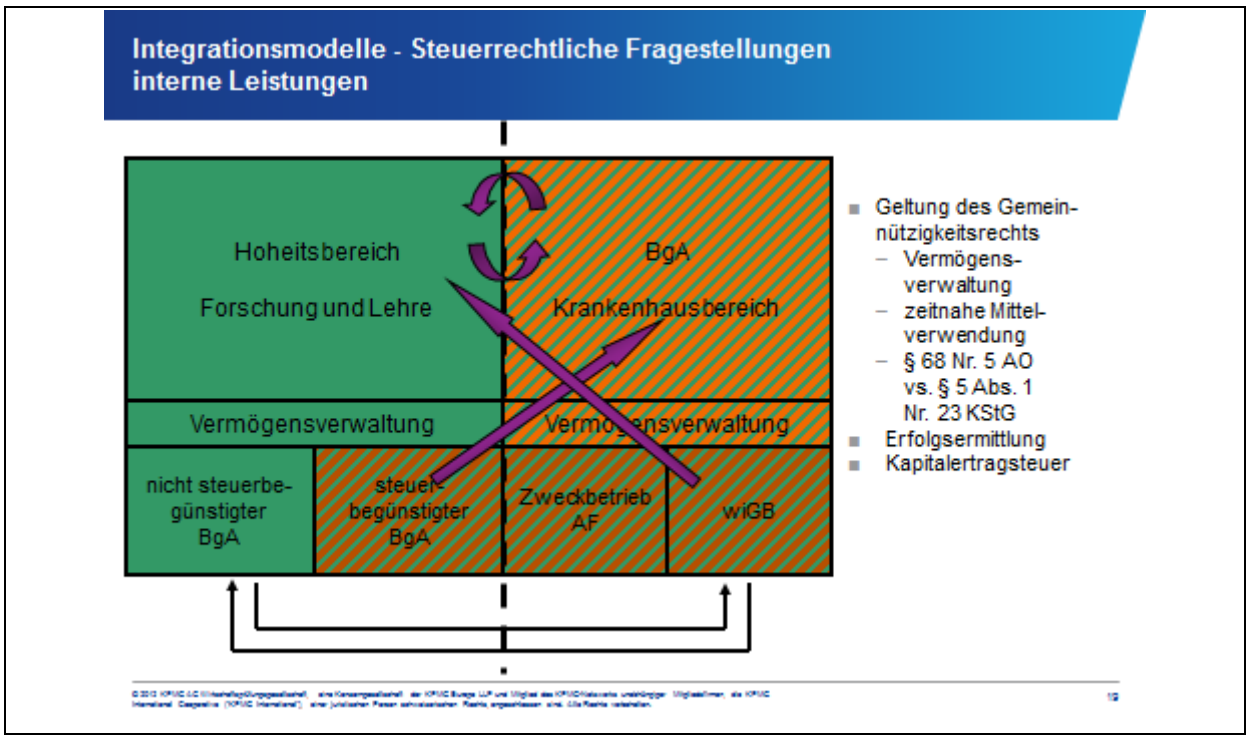
Wir sind der Überzeugung, dass Sie zu Beginn eines Prozesses zur Neugestaltung des Hochschulmedizingesetzes im Land Sachsen-Anhalt Gestaltungsspielräume mit steuerlicher Wirkung haben. Wir sehen diese insbesondere in den nachfolgenden Bereichen:

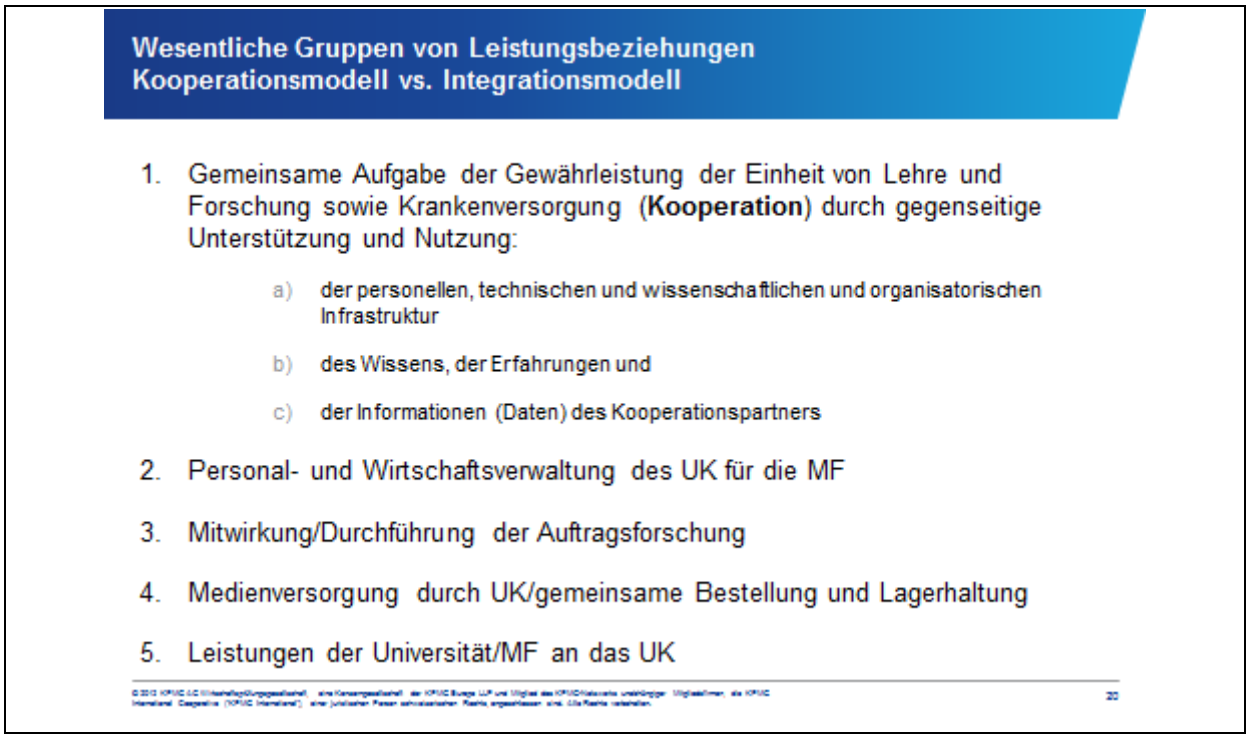
- Ausgestaltung der landesgesetzlichen Regelungen beim Kooperationsmodell:
  - klare Definition des Inhalts und Umfangs der **eigenen** hoheitlichen Aufgaben (einschließlich der hoheitlichen Anteile der Verwaltungsdienstleistung) der beteiligten Einrichtungen,
  - Definition eines „Benutzungszwangs“ für die Übernahme hoheitlicher Verwaltungsaufgaben,
  - Änderung der Finanzierungsströme (Bayrisches Modell) sowie
  - Einbeziehung Finanzministerium und/oder verbindliche Auskunft,
- Anpassung der Kooperationsverträge (Vermeidung einer zivilrechtlichen Vereinbarung),
- Berufen auf/Umsetzung EU-Recht (MwStSystRL),
- Prüfung von alternativen Sachverhaltsgestaltungen:

- Prüfung „Pool- Gedanke“ als steuerrechtliche Anknüpfung für eine „GbR“, für die gemeinsame Wahrnehmung der Verantwortung für F+L und Krankenversorgung,
- Prüfung von Organschaftsmodellen sowie
- Veränderung der Leistungsströme.

Abschließend dürfen wir Sie nochmals ermuntern, an Ihre Gesetzgeber (Land und Bund) mit Ihren berechtigten Anliegen des Überdenkens bzw. der Neugestaltung ihres Handlungsrahmens aber auch der steuerrechtlichen Regelungen heranzutreten.

Soweit Sie beabsichtigen, zwischen den beteiligten Einrichtungen (z.B: Kooperation)Verträge neu zu gestalten, stimmen Sie diese bitte auch mit der Finanzverwaltung, mittels der dafür vorgesehenen gesetzlichen Verfahren (verbindliche Auskunft) ab.





Literaturhinweise

Seer, Strukturprobleme der Besteuerung der öffentlichen Hand, DStR 2001, 825, 827

Hüttemann, Die Besteuerung der öffentlichen Hand, 2002, S. 130

Hüttemann, Die Besteuerung der öffentlichen Hand, 2002, S. 8 ff.; Krämer, in: Dötsch/Jost/Pung/Witt, Die Körperschaftsteuer, 70. EL Dezember 2010, § 4 Rz. 86

BFH, Urteil vom 24. April 2002 I R 20/01, BFH NV 2002, 1603; Finanzministerium Baden-Württemberg, Erlass vom 12. Mai 1997 3 - S-0206 / 82, StEK KStG 1977 § 4 Nr. 44

Strahl, Steuerliche Chancen und Risiken bei Beteiligung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts an Tochtergesellschaften, FR 2002, 916, 917

BMF vom 8.08.2005, BStBl I 2005, 831 sowie für Regiebetriebe BMF vom 9.08.2005 in DB 2005, 1935

BFH in BStBl II 2005, S. 900 und 2007, S. 846

EuGH-Urteil vom 14. Juni 2006 zum Horizon College, HFR 2007, S.808

Alexander Neeser, UVR 2008, S. 73

Wallenhorst in: Wallenhorst/Halaczinsky, Die Besteuerung gemeinnütziger Vereine, Stiftungen und der juristischen Personen des öffentlichen Rechts, 6. Auflage 2009, S. 454

Wallenhorst, in: Wallenhorst/Halaczinsky, Die Besteuerung gemeinnütziger Vereine, Stiftungen und der juristischen Personen des öffentlichen Rechts, 6. Auflage 2009, Kapitel F Rn. 50

Seer, Abgrenzung des Betriebs gewerblicher Art vom Hoheitsbetrieb, BB 2010, 2015

BMF, Schreiben vom 11. Dezember 2009, BStBl. I 2009, 1597

Strahl, Steuerliche Probleme des Kooperationsmodells, Vortrag im Rahmen der Tagung „ Steuert das Steueuerrecht die Hochschulmedizin?“, 8/9. Juni 2009 in der Universität Erlangen –Nürnberg

Tustanowski, Integrationsmodell, Vortrag im Rahmen der Tagung „ Steuert das Steueuerrecht die Hochschulmedizin?“, 8/9. Juni 2009 in der Universität Erlangen –Nürnberg

Buchna, in: Buchna/Seeger/Brox, Gemeinnützigkeit im Steuerrecht, 10. Auflage 2010, Kapitel 2.14.4.3 zu § 64 AO; Leippe, ZKF 2004, 92

Stalleiken, Drittmittelforschung im Ertragssteuerrecht, FR 2010, 929; Schiffers, Kriterien zur Abgrenzung hoheitlicher von wirtschaftlichen Tätigkeiten einer juristischen Person des öffentlichen Rechts nach dem BMF-Schreiben vom 11. Dezember 2009, DStZ 2010, 122 Stalleiken: eine Tätigkeit, die nicht hoheitlich ist, aber auch nicht wettbewerbsrelevant, ist steuerfrei und damit dem Hoheitsbereich zuzuordnen.

BFH, Urteile vom 23. Februar 2011, VR 59/09 und vom 8. März 2012, VR 14/11

Umsatzsteuerliche Behandlung zwischenbehördlicher Leistungsverrechnungen; Merkblatt über die Grundsätze der Umsatzbesteuerung des Landes Hessen als juristische Person des öffentlichen Rechts Finanzministerium Hessen, Erlass vom 20. Juli 2011, S 7107 A – 096 – II 51 – (OFD Frankfurt, Verfügung vom 15. August 2011, S 7106 A – 119 – St 110)

Baldauf, Kommunale Hoheitsbetriebe im Steuerfokus – Verfängliche Abgrenzungsprobleme richtig einschätzen und geeignete Gestaltungspotentiale wohlbedacht ausnutzen, DStZ 2011, 33; BMF vom Dez. 2009

OFD Karlsruhe, 28. Februar 2012, S 7100 Karte 16

BFH, Urteil vom 11.07.2012, XI-R-11/11

BFH Urteil vom 12. Juli 2012, I-R-106/10

BFH, Urteil vom 10.11.2012, VR 41/10 (Beistandsleistungen)

Krämer, in: Dötsch/Jost/Pung/Witt, KStG, 12/2012, § 4 Rn. 78

UStAE, Abschnitt 10.2, Ziffer 2 Satz 6

Kronawitter, Die Körperschaftsteuer der Gemeinden und ihrer Betriebe gewerblicher Art, 2012, S. 94

Anhang

Ablauf

Datum: 10. Dezember 2012
Zeit: 10.30 – 16.30 Uhr
Ort: Hochschule Magdeburg-Stendal
Breitscheidstraße 2
Gebäude 14, Hörsaal 3
39114 Magdeburg

10.30 – 10.50 Begrüßung und Eröffnung
Prof. Dr. Birgitta Wolff
Ministerin für Wissenschaft und Wirtschaft des Landes Sachsen-Anhalt

Themenbereich 1: Organisationsformen der Hochschulmedizin
Moderator: Marco Tullner, Staatssekretär im Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft Sachsen-Anhalt

10.50 – 11.10 Erfahrungen mit praktischen Auswirkungen eines Organisationsmodells nach Umwandlung
Prof. Dr. Heyo K. Kroemer, Universität Göttingen
11.10 – 11.30 Integrationsmodell oder Kooperationsmodell? Personalfragen bei der Organisationsumwandlung
Axel Groeger, Rechtsanwalt, Bonn
11.30 – 11.50 Hochschulmedizin: Kooperations-, Integrationsmodell, Stiftung Hochschulmedizin
Prof. Dr. Klaus Ferdinand Gärditz, Universität Bonn
11.50 – 12.20 Diskussion

12.20 – 13.00 Mittagspause

Themenbereich 2: Finanzierungsfragen und betriebswirtschaftliche Auswirkungen der Organisationsmodelle
Moderator: Marco Tullner, Staatssekretär im Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft Sachsen-Anhalt

13.00 – 13.20 Betriebswirtschaftliche Auswirkungen und Sicherung von Investitionen im Integrationsmodell
Gunter Gotal, Verband der Universitätsklinika Deutschlands
13.20 – 13.40 Chancen und Risiken einer Beteiligung von Privaten an der Finanzierung von Universitätsklinika aus Sicht des VUD
Ralf Heyder, Verband der Universitätsklinika
13.40 – 14.00 Chancen und Risiken einer Beteiligung aus Sicht eines privaten Krankenhausbetreibers
Prof. Dr. Ralf Kuhlen, Helios Kliniken
14.00 – 14.30 Diskussion

14.30 – 14.50 Kaffeepause

Themenbereich 3: Steuerrecht und steuerliche Auswirkungen der Organisationsmodelle
Moderator: Marco Tullner, Staatssekretär im Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft Sachsen-Anhalt
14.50 – 15.10 Steuerrecht im Integrationsmodell und Kooperationsmodell im Vergleich
Michael Tustanowski, KPMG
15.10 – 15.30 Diskussion
15.35 – 16.30 Podiumsdiskussion, Zusammenfassung und Ausblick
Moderator: Marco Tullner, Staatssekretär im Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft Sachsen-Anhalt

Referenten

Prof. Dr. Klaus Ferdinand Gärditz
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Fachbereich Rechtswissenschaft
Lehrstuhl für Öffentliches Recht

Gunter Gotal
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Dekanat Universitätsmedizin
Kaufmännischer Vorstand

Axel Groeger
Kanzlei Redeker Sellner Dahs
Fachanwalt für Arbeitsrecht

Ralf Heyder
Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.

Prof. Dr. Heyo K. Kroemer
Dekanat Universitätsmedizin Göttingen
Georg-August-Universität

Prof. Dr. Ralf Kuhlen
Konzerngeschäftsführer (CMO)
HELIOS Kliniken GmbH

Michael Tustanowski
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Teilnehmer

Dr. Ingrid Adam
Gleichstellungsbeauftragte
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Dr. Gisa Austermühle
Referentin
Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft
des Landes Sachsen-Anhalt

Axel-Frank Bachner
Vorstand Hauptpersonalrat
Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft
des Landes Sachsen-Anhalt

Michael Beau
Klinikpflegedienstleiter der Kinderklinik
Universitätsklinikum Halle (Saale)

Prof. Dr. Irina Böckelmann
Stellv. Gleichstellungsbeauftragte
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Silke Brumm
Hauptabteilungsleiterin Sicherstellung
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Dr. Ulrich Busse
Vorsitzender des Personalrates
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Andreas Dieckmann
Hauptschwerbehindertenvertretung LSA
Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft
des Landes Sachsen-Anhalt

Monika Engmann
Referat 42
Thüringer Ministerium für
Bildung, Wissenschaft und Kultur
Dr. Renate Federle
Vorsitzende des Personalrates
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Sylvia Felde
Gleichstellungsbeauftragte
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.

Dr. Ursula Föllner
Vorstand Personalrat
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Dr. Ursula Franke
Gleichstellungsbeauftragte
Medizinische Fakultät der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Michael Gekle
Dekan und Mitglied im Klinikumsvorstand
Medizinische Fakultät der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Dr. Thomas Gohrke
Fachanwalt für Verwaltungsrecht
Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH

Andreas Grobe
Ministerium der Finanzen
des Landes Sachsen-Anhalt

Dr. Mussie Habte
Referent f. Bildung, Kultur u. Wissenschaft
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
im Landtag Sachen-Anhalt

Prof. Dr. Johannes Haerting
Prodekan Haushalt und Planung und Stellvertreter des Dekans
der Medizinischen Fakultät
Universitätsklinikum Halle (Saale)

Evelyn Hahn
Landesrechnungshof Sachsen-Anhalt

Ralf Halenke
Referatsleiter 14
Ministerium für Arbeit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt

Uwe Harms MdL
Mitglied im Ausschuss für Wissenschaft und Wirtschaft
CDU-Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt

Dr. Heidrun Hermecke
Referentin des Dekans
Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.

Kirsten Heyer
Staatskanzlei Sachsen-Anhalt

Dr. Dieter Hoffmeyer
Vorstand Personalrat
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Dr. Jan. L. Hülsemann, MBA
Vorsitzender d. Klinikumsvorstandes
und Ärztlicher Direktor
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.

Prof. Dr. Hans-Dieter Klein
Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft
Landesverband Sachsen-Anhalt

PD Dr. Thomas Klöss
Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender
Universitätsklinikum Halle (Saale)

Thomas Köhler
Fachanwalt für Steuerrecht
Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH

Susann Krasemann
Direktorin des Pflegedienstes und Mitglied im Klinikumsvorstand
Universitätsklinikum Halle (Saale)

Hendrik Lange MdL
Mitglied im Ausschuss für Wissenschaft und Wirtschaft
DIE LINKE. Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt

Prof. Dr. Christoph H. Lohmann
Studiendekan
Medizinische Fakultät der
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Martin Lohrengel
Fachschaftsrat Medizin
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Dr. Monika Lücke
Vertrauensperson der Schwerbehinderten
Schwerbehindertenvertretung
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Dirk Maring
stellv. Schwerbehindertenvertrauensperson
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.

Bertolt Marquardt
1. stellv. Vorsitzender des Personalrates
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Felix Mertin
Fachschaftsrat Medizin
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Hendrik Metz
Referat 23 (Hochschulreferat, Medizin)
Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft
und Kultur Hannover

Rene Metzler
Fachberater
AOK Sachsen-Anhalt
Magdeburg

Torsten Meyer
Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Heike Mitsching
1. stellv. Vorsitzende des Personalrates
Universitätsklinikum Halle (Saale)

Madeleine-Rita Mittendorf MdL
SPD-Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt

Dr. Dr. Reinhard Nehring
Leiter der Abteilung 2
Ministerium für Arbeit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt

Martina Neske
Gleichstellungsbeauftragte
Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
Mecklenburg-Vorpommern

Katrin Neumann
Stellv. Vertrauensfrau der Schwerbehinderten
Universitätsklinikum Halle (Saale)

Thomas Neumann
Stellvertretender Abteilungsleiter und Referatsleiter
Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft
des Landes Sachsen-Anhalt

Dr. Katja Pähle MdL
Mitglied im Ausschuss für Wissenschaft und Wirtschaft
SPD-Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt

Prof. Dr. Peer Pasternack
Geschäftsführer
Wissenschaftszentrum Sachsen-Anhalt
Wittenberg e. V.

Uwe Paul
Referatsleiter
Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft
des Landes Sachsen-Anhalt

Anette Pillep
Landesrechnungshof Sachsen-Anhalt

Prof. Dr. Klaus Erich Pollmann
Rektor a.D.
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Veronika Rätzel
Mitglied d. Klinikumsvorstandes und Kaufmännische Direktorin
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.

Dr. Stefan Rathjen
Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates

Andreas Reichstein
Vorsitzender Hauptpersonalrat
Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft
des Landes Sachsen-Anhalt

Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter
Dekan der Medizinischen Fakultät
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.

Anne Schmidt
Dekanat
Medizinische Fakultät der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Dr. Wolfgang Schneiß
Referatsleiter
Staatskanzlei Sachsen-Anhalt

Prof. Dr. Burkhart Schraven
Prodekan für Forschung und Institutsdirektor
Medizinische Fakultät der
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Markus Schulze
Vorsitzender des Personalrates
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.

Benjamin Seliger
Fachschaftsrat Medizin
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hans-Ullrich Spannaus
Vorsitzender des Personalrates
Universitätsklinikum Halle (Saale)

Prof. Dr. Jens Strackeljan
Rektor
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Prof. Dr. Udo Sträter
Rektor
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Dr. Peter Strutz
Strategische Koordination
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.

Dr. Bernd Thode
Referatsleiter
Sächsisches Staatsministerium für
Wissenschaft und Kunst

Volker Thomas
Ministerium für Bildung und Wissenschaft
des Landes Schleswig-Holstein

Birgit Timmer
Ministerium der Finanzen
des Landes Sachsen-Anhalt

Helgard Tittel
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Wissenschaftszentrum Sachsen-Anhalt
Wittenberg e. V.

Marco Tullner
Staatssekretär
Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft
des Landes Sachsen-Anhalt

Dr. Klaus Vogler
Vorstand Personalrat
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Prof. Dr. Dirk Vordermark
Prodekan für Forschung
Medizinische Fakultät der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Anne Voß
ver.di-Landesbezirk Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen
FB Bildung, Wissenschaft und Forschung

Dr. Jörg Weidenhammer
Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH Kiel

Frederik Winter
Fachschaftsrat Medizin
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Birgitta Wolff
Ministerin
Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft
des Landes Sachsen-Anhalt

Dr. Gerhard Wünscher
Referatsleiter
Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft
des Landes Sachsen-Anhalt

Länderübersicht zum Hochschulmedizingesetz

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen
Rechtsform Klinikum/Fakultät	Uniklinikum als Anstalt des öffentl. Rechts (§ 1 Abs. 1 UKG) Medizinisch Fakultät als organisatorische Grundeinheit der Universität als Körperschaft des öffentl. Rechts (§§ 8 Abs. 1, 22 Abs. 1 LHG)	rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts Art. 1 I BayUniKlinG	Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Gesamtvorstand (1. Leitungsebene) und jeweils eigener Leitung der Fakultät und des Klinikums (2. Leitungsebene) Zusammenfassung von Instituten und Kliniken in z. Zt. 17 Zentren Trennungsrechnung für Fakultät und Klinikum bei der Wirtschaftsplanung und der Rechnungslegung	Klinikum und Fakultät bilden die Universitätsmedizin als rechtsfähige Teilkörperschaft des öffentlichen Rechts der jeweiligen Universität. (§ 96 Abs. 1 LHG M-V)	MHH: rechtlich unselbstständiger Landesbetrieb UMG: rechtsfähige Stiftung des öffentlichen Rechts EMS: Kooperation zwischen der Universität Oldenburg (rechtlich unselbstständiger Landesbetrieb), Oldbenburger Krankenhäusern (= städt. Klinikum, ev. Krankenhaus, kath. Pius-Hospital) sowie der Universität Groningen (Niederlande).
Arbeitgeberfunktion Klinikum/Fakultät	Uniklinikum für nicht wissenschaftliches Personal (§ 12 UKG) Land für Wissenschaftler und Angestellte bei der Fakultät	für wissenschaftliche Mitarbeiter Freistaat im Übrigen Universitätsklinikum Art. 14 I und II	Charité – Universitätsmedizin Berlin gesamt	Die Universitätsmedizin hat Arbeitgeberfunktion. (§ 104d LHG M-V)	MHH: Land Niedersachsen UMG: Stiftung Universität Göttingen EMS: Land Niedersachsen für den universitären Bereich (Forschung und Lehre); die jeweilige Klinik (Krankenversorgung)
Tarifrechtliche Regelungen	Uniklinikum: TVÄ für Ärzte und TV UK für sonstige Beschäftigte Land: TVL oder Beamte	wie für den Freistaat Bayern Art. 14 I Nr. 2 BayUniKlinG	Tarifvertrag Marburger Bund für die Ärzte Tarifvertrag verdi/dbb tarifunion für das nichtärztliche Personal	Die Tarifhoheit liegt bei der Universitätsmedizin. (§ 104d Abs. 7 LHG M-V)	MHH: TV-Länder und TV-Ärzte UMG: TV-Länder und TV-Ärzte EMS: TV-Länder (Universität) bzw. TV-Ärzte (jew. Krankenhausträger)
Personalzuordnung	Wissenschaftler - Land Nichtwissenschaftler - Uniklinikum	s.o.	Körperschaft, Vorstandsvorsitzender mit Delegation von arbeits- bzw. dienstrechtlichen Befugnissen auf Dekan/in für für Personal der Fakultät und auf Direktor des Klinikums für Personal des Universitätsklinikums	Die Arbeitnehmer sowie Auszubildenden stehen in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zur Universitätsmedizin. (§ 104d Abs. 1 LHG M-V) Den bisherigen Beamten wird eine Tätigkeit an der Universitätsmedizin zugewiesen. Anstellungsbehörde ist die jeweilige Universität. (§ 2 des jeweiligen Errichtungsgesetzes)	MHH: MHH UMG: Stiftung EMS: Universität Oldenburg bzw. jeweiliger Krankenhausträger

	Baden-Württemberg	**Bayern**	**Berlin**	**Mecklenburg-Vorpommern**	**Niedersachsen**
Aufsichtsgremium (Zusammensetzung, Amtszeit, Vorschlagsrecht)	7 bis 9 Personen, § 9 UKG • Vertreter/in MWK mit Vorsitz (Vorschlag Ministerium, Amtszeit bis Neubestellung) • Vertreter/in MFW (Vorschlag Ministerium, Amtszeit bis Neubestellung) • Vorstandsvorsitzende/r Uni (Personalie und Amtszeit qua Amt) • hauptberufliche/r Professor/in Uni (Benennung durch Aufsichtsrat der Universität, Amtszeit bis Neubenennung) • 2 bis 4 Externe aus Wissenschaft und Wirtschaft (Vorschlagsrecht durch Aufsichtsrat UK, Amtszeit in der Regel 4 Jahre) • Vertreter/in Beschäftigte (qua ersonalwahl Beschäftigte UK)	Aufsichtsrat Art 7 BayUniKlinG Wissenschaftsminister als Vorsitzender, Vertreter des Wissenschafts- Finanz und Gesundheitsministeriums als weitere Mitglieder sowie Präsident der Universität, Professor der Medizin der Fakultät , zwei externe Mitglieder (Wirtschaft, Klinikdirektor) 5 Jahre verschiedene Vorschlagsrechte	Aufsichtsrat stimmberechtigte Mitglieder: Senatsmitglied für Hochschulen mit Vorsitz Senatsmitglied für Finanzen 5 vom Senat von Berlin berufene externe Sachverständige mit Erfahrungen aufden Gebieten der medizinischen Wissenschaft, der Wirtschaft oder des Krankenhausmanagements 3 von Beschäftigten der Charité gewählte Mitglieder beratende Mitglieder: 1 Zentrale Frauenbeauftragte der Charité 1 Vertreter des Gesamtpersonalrats AR wird für 5 Jahre gebildet; 5-jährige Amtszeit der berufenen und gewählten Mitglieder ;	Das Aufsichtsgremium ist der Aufsichtsrat. Diesem gehören an: 1.eine Vertreterin oder ein Vertreter des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur, 2. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Finanzministeriums, 3.eine Vertreterin oder ein Vertreter des Ministeriums für Soziales und Gesundheit, 4. die Hochschulleiterin oder der Hochschulleiter, 5.für die Universität ein weiteres hauptamtlich tätiges Mitglied der Universität, 6.zwei Sachverständige aus dem Bereich der medizinischen Wissenschaft und aus dem Bereich der Wirtschaft, die von der Hochschulleiterin oder dem Hochschulleiter unverzüglich vorgeschlagen und vom Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur bestellt werden, 7.die Vorsitzende oder der Vorsitzende des Gesamtpersonalrates der Universitätsmedizin, 8.die Gleichstellungsbeauftragte der Universitätsmedizin. (§ 101 Abs. 3 LHG M-V) Die Bestellung der Sachverständigen erfolgt in der Regel für drei Jahre. (Regelung in der jeweiligen Satzung)	MHH: Nds. Ministerium für Wissenschaft und Kultur UMG: Stiftungsausschuss Universitätsmedizin / Stiftungsrat (Rechtsaufsicht in Angelegenheiten der Gesamtuniversität) Zusammensetzung Stiftungsausschuss: ein Mitglied des Stiftungsausschusses Universität, zwei Externe (auf Vorschlag des Fakultätsrats), ein Senatsmitglied und ein Vertreter des Fachministeriums (MWK). Das MWK hat zudem die Rechtsaufsicht. EMS: Für die Universität der Hochschulrat (5 hochschulexterne Mitglieder, ein Mitglied der Universität und eine Vertreterin des Fachministeriums (MWK), Amtszeit 4 Jahre) bzw. für die Krankenhäuser die Aufsichtsräte der Krankenhausträger

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen
Leitungsgremium (Zusammensetzung, Amtszeit, Vorschlagsrecht)	• § 10 UKG - Vorstand: LÄD, stellv. LÄD, KD, PD, Dekan/in • Bestellung bis zu 5 Jahre mit Zustimmung des Wissenschafts-ministeriums • Vorschlag aus dem Aufsichtsrat UK • Haupt- oder Nebenamt nach Gesetzeswortlaut möglich • Abwahlmöglichkeit durch Aufsichtsrat, Bestellungswiderruf möglich durch Wissenschaftsminister/in	Vorstand Art. 9 BayUniKlinG ÄD, KD, Dekan und Pflegedirektor	Vorstand Mitglieder: Vorsitzender, Dekanin, Klinikumsdirektor,	Die Leitung der Universitätsmedizin obliegt dem Vorstand. (§ 102 Abs. 1 LHG M-V) Dem Vorstand gehören an: 1. der Wissenschaftliche Vorstand, 2. der Ärztliche Vorstand, 3. der Kaufmännische Vorstand, 4. der Pflegevorstand und 5. ein Mitglied der Hochschulleitung mit beratender Stimme. (§ 102 Abs. 3 LHG M-V) Die Amtszeit beträgt in der Regel sechs Jahre. (Regelung in der jeweiligen Satzung) Der Fachbereichsleiter wird vom Aufsichtsrat zum Wissenschaftlichen Vorstand bestellt. (§ 100 Abs. 3 LHG M-V) Die Bestellung des Mitglieds der Hochschulleitung erfolgt vom Aufsichtsrat auf Vorschlag des Hochschulleiters. (§ 102 Abs. 9 LHG M-V) Die anderen Stellen des Vorstands sind öffentlich auszuschreiben. (§ 102 Abs. 4 LHG M-V)	MHH: Präsidium VM 1 FuL: Vorschlag v. Senat VM 2 Krankenversorgung: Vorschlag v. Hochschulrat VM 3 Wirtschaftsführung u. Administration: Vorschlag v. Hochschulrat Die Amtszeit beträgt jew. 6 Jahre. UMG: Vorstand VM 1 FuL: Vorschlag v. Senat VM 2 Krankenversorgung: Vorschlag v. Hochschulrat VM 3 Wirtschaftsführung u. Administration: Vorschlag v. Die Amtszeit beträgt jew. 6 Jahre Das Vorschlagsrecht für das Ressort Forschung und Lehre hat der Fakultätsrat, für die anderen Ressorts gibt es Auswahlkommissionen mit vorgeschriebener Zusammensetzung. EMS: Präsidium der Universität Oldenburg (Präsidentin auf Vorschlag des Senats für 6 Jahre, Vizepräsidenten/-innen auf Vorschlag der Präsidentin für 2 Jahre) bzw. Geschäftsführer der jew. Krankenhausträger
Ggfs. gesetzlich vorgeschriebene beratende Gremien	nein	Klinikumskonferenz berät Vorstand Art 11 BayUniKlinG	keine	Die Satzung kann Näheres regeln zur Bildung, Besetzung und Aufgaben einer Klinikumskonferenz, die den Vorstand berät. (§ 104a Abs. 1 LHG M-V)	MHH: Hochschulrat UMG: Stiftungsausschuss Universitätsmedizin, Klinikkonferenz und Krankenhausbetriebsleitung EMS: Beirat für medizinische Fragestellungen (übergangsweise)

Legende:
Niedersachsen
a) Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
b) Universitätsmedizin Göttingen (UMG)
c) European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS)

	Baden-Württemberg	**Bayern**	**Berlin**	**Mecklenburg-Vorpommern**	**Niedersachsen**
Haftungsträger	unbeschränkte Gewährträgerschaft des Landes (§ 2 UKG)	Freistaat Bayern Art 3 I BayUniKlinG	Land Berlin	für die Verbindlichkeiten der Universitätsmedizin haftet neben dieser das Land als Träger unbeschränkt, wenn und soweit die Befriedigung aus dem Vermögen der Universität nicht zu erlangen ist (Gewährträgerschaft). (§ 104b Abs. 6 LHG M-V)	MHH: Land Niedersachsen UMG: die rechtsfähige Stiftung. Darüber hinaus gibt es gesetzl. Regelungen über die Gewährung von Finanzhilfe und den Ausgleich von Schäden durch das Land. EMS: Land Niedersachsen für die Universität; die jew. Krankenhausträger für die Krankenversorgung
Insolvenzfähigkeit	keine Landesregelung im Sinne des § 12 InsO	nein	nein, da Körperschaft des öffentlichen Rechts	nein, es wird auf die Gewährträgerschaft des Landes verwiesen.	MHH: nein UMG: ja EMS: nein (Universität)
Kreditfähigkeit	Uniklinika ja, soweit Kredit auf Anstaltsvermögen aufgenommen wird (§ 6 Abs. 5 UKG)	nur mit Zustimmung des Aufsichtsrats Art 8 III 1 Nr. 3 BayUniKlinG	auf Betriebsmittelkredite begrenzt	Die Aufnahme von Krediten ist zulässig. (§ 104b Abs. 5 LHG M-V)	MHH: nein UMG: ja EMS: nein
Bauherrenfähigkeit	beschränkte Bauherreneigenschaft bis zu einer Grenze von 4 Mio. € Bei überwiegend von einem Universitäts-klinikum finanzierten Bauvorhaben in der Krankenversorgung kann das Finanz- und Wirtschaftsministerium die Bauherreneigenschaft im Einzelfall einem Universitätsklinikum übertragen. (§ 6 Abs. 5 UKG)	bis zu 3 Mio. € (bis 31.12.12) bis zu 5 Mio. € (ab 1.1.2013) Sonderfall: Das Staatsministerium kann mit Zustimmung der Obersten Baubehörde und des Staatsministeriums für Finanzen im Einzelfall einem Klinikum die Bauherreneigenschaft für eine Baumaßnahme mit Baukosten von mehr als 5 Millionen Euro übertragen, die zu mehr als 50 v.H. vom Klinikum finanziert wird. Art. 5 IV BayUniKlinG (ab 1.1.2013)	ja, für kleinere Baumaßnahmen bis 5 Mio. € und Masterplanmaßnahmen (330 Mio.-Programm)	Die Bauherrenfähigkeit besteht nicht. (§ 104c LHG M-V)	MHH: Land Niedersachsen UMG: Die UMG ist als Stiftung Bauherr. EMS: Land Niedersachsen für die Universität bzw. die jew. Krankenhausträger

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz: Universitätsmedizin Mainz	Saarland	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Rechtsform Klinikum/Fakultät	UK – rechtl. selbst. AöR Fachbereich Medizin (FbMed) – Teil der jeweiligen Hochschule	Die Universitätsmedizin Mainz ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die Universitätsmedizin übernimmt mit dem Fachbereich Medizin dessen Aufgaben in der medizinischen Forschung und Lehre von der Universität	AöR, geregelt im Gesetz über das Uniklinikum des Saarlandes – UKSG vom 26.11.2003 (Amtsbl. S. 2940)	Uniklinika sind rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts (§ 7 Abs. 1 HMG LSA)	Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein ist eine rechtsfähige Anstalt des ö.R. der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Universität zu Lübeck. Nach Hochschulgesetz obliegt dem Klinikum die den Zwecken von Forschung und Lehre dienende Krankenversorgung.	Rechtsfähige Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena (§91 Abs. 1 ThürHG)
Arbeitgeberfunktion Klinikum/Fakultät	UK – Dienstherrenfähigkeit (für die eigenen (nichtwiss.) Beamten) die (nichtwiss.) Beschäftigten stehen im Dienst des UK	Wissenschaftliches und nicht wissenschaftliches Personal ein schließlich der Auszubildenden der Universitätsmedizin werden in einem privatrechtlichen Dienstverhältnis beschäftigt.	Bis auf Profs und Klinikumsvorstand, die Landesbedienstete sind, für alle	Wissenschaftliches Personal: Land (§ 6 HMG) Nicht wissenschaftliches Personal und für einen Teil des ärztlich-wiss. Personals das Uniklinikum	Das Klinikum hat Dienstherrnfähigkeit für das nichtwissenschaftliche Personal.	Ja. (§92 Abs. 1 ThürHG)
Tarifrechtliche Regelungen	TV – L / TV - Ä	Die Universitätsmedizin Mainz hat eigene Tarifverträge abgeschlossen.	TVöD	Uniklinikum: Haustarifvertrag Land: TVL bzw. TV-Ä	Zum 1.8. 2008 wurde für das nichtwissenschaftliche Personal ein eigener Tarifvertrag abgeschlossen („Sanierungstarifvertrag"). Mit dem ab 1.4.2012 bis zum 31.3 2014 geltenden Tarifvertrag erfolgte weitgehend eine Anpassung der Vergütung der 6.500 nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter an den TVöD.	Wie Land (§92 Abs. 1, Satz 2 ThürHG)
Personalzuordnung	wiss. Personal – Universität nichtwiss. Personal - UK	Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Auszubildenden des Klinikums sind Beschäftigte der Universitätsmedizin.	?	Wissenschaftler: Land Nichtwissenschaftler und Teil des ärztlich-wiss. Personals: Uniklinikum	Das nichtwissenschaftliche Personal steht im Dienst des Klinikums. Das wissenschaftliche Personal wird als Personal einer Hochschule eingestellt. Hier nimmt das Klinikum Personalangelegenheiten als Landesaufgabe wahr. Einstellungen und	Beamte bleiben beim Land und werden zugewiesen (§92 Abs. 4, Satz 1 ThürHG)

Legende:
Niedersachsen
a) Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
b) Universitätsmedizin Göttingen (UMG)
c) European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS)

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz: Universitätsmedizin Mainz	Saarland	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
					Entlassungen sind dem Präsidium anzuzeigen. Das Präsidium kann binnen zwei Wochen nach Zugang widersprechen.	
Aufsichtsgremium (Zusammensetzung, Amtszeit, Vorschlagsrecht)	1. je eine Vertreterin bzw. ein Vertreter des MIWF und des FM, 2. Rektorin bzw. Rektor und Kanzler der Universität, 3. zwei externe Sachverständige (SV) aus dem Bereich der Wirtschaft, 4. zwei externe SV aus dem Bereich der medizinischen Wissenschaft, 5. ein Professor aus dem FbMed, der Leiter einer klinischen oder medizinisch-theoretischen Abteilung ist, 6. ein Vertreter des wissenschaftlichen Personals, 7. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Personals des UK, 8. die Gleichstellungsbeauf-tragte des UK mit beraten-der Stimme.	Aufsichtsratsmitglieder sind: zwei von dem für Hochschulwesen zuständigen Ministerium zu benennende Personen, zwei von der Landesregierung zu benennende Personen als weitere Vertretung des Landes, die Präsidentin/der Präsident sowie die Kanzlerin/der Kanzler der Universität, zwei sachverständige Persönlichkeiten aus dem Wirtschaftsleben, die vom für das Hochschulwesen zuständigen Ministerium benannt werden, eine Persönlichkeit aus dem Bereich der medizinischen Wissenschaft, die von der Universität im Einvernehmen mit dem für das Hochschulwesen zuständigen Ministerium benannt wird, eine Persönlichkeit aus dem Bereich der medizinischen Wissenschaft, die von Hochschulrat der Universität benannt wird, zwei Beschäftigte der Universitätsmedizin auf Vorschlag der Personalvertretung.	Aufsichtsrat 5 Mitglieder LReg. UP, 3 Externe + Beschäftigtenvertreter	Aufsichtsrat (§ 10 HMG LSA): Wissenschaftsminister, Finanzminister, Gesundheitsminister, 3 externe Mitglieder (Vorschlagsrecht: Klinikumsvorstand im Benehmen mit dem Fakultätsvorstand), Rektoren, 1 Vertreter Beschäftigte; Vorsitzender: Wissenschaftsminister Die Amtsdauer beträgt vier Jahre, Wiederbestellung ist zulässig; Die Mitgliedschaft der Minister und Rektoren ist an die Ausübung dieser Funktion gebunden	Dem **Aufsichtsrat** des Klinikums gehören an: 1. die Ministerin oder der Minister oder die Staatssekretärin oder der Staatssekretär des Ministeriums als Vorsitzende oder Vorsitzender, 2. die Staatssekretärin oder der Staatssekretär des für Finanzen zuständigen Ministeriums, 3. die Staatssekretärin oder der Staatssekretär des für Gesundheit zuständigen Ministeriums, 4. ein Mitglied des Präsidiums der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, 5. ein Mitglied des Präsidiums der Universität zu Lübeck, 6. die oder der Vorsitzende des Gesamtpersonalrats für das wissenschaftliche Personal oder ein vom Gesamtpersonalrat für das wissenschaftliche Personal entsandtes Mitglied, 7. die oder der Vorsitzende des Gesamtpersonalrats für das nichtwissenschaftliche Personal oder ein vom Gesamtpersonalrat für das nichtwissenschaftliche Personal entsandtes Mitglied,	3) Dem Verwaltungsrat gehören an: 1.der für das Hochschulwesen zuständige Minister oder ein von ihm benannter Vertreter als Vorsitzender, 2.der für Finanzen zuständige Minister oder ein von ihm dauerhaft benannter Vertreter, 3.der Leiter der Friedrich-Schiller-Universität Jena oder ein von ihm benannter Vertreter, 4.ein Hochschullehrer auf Vorschlag des Senats 5.eine externe mit dem Hochschulwesen vertraute Persönlichkeit aus der Medizin und eine mit dem Hochschul- oder

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz: Universitätsmedizin Mainz	Saarland	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
	Die externen SV werden vom MIWF für 4 Jahre auf Vorschlag der Universität bestellt (Universität stellt hierzu Einvernehmen mit Vorstand des UK und FbMed her).	Die Amtsdauer beträgt vier Jahre; die Mitgliedschaft der Präsidentin/des Präsidenten, der Kanzlerin/des Kanzlers ist jeweils an die Ausübung dieser Funktion gebunden.			8. eine Sachverständige oder ein Sachverständiger aus der medizinischen Wissenschaft, die oder der weder dem Klinikum noch den Hochschulen angehört; sie oder er soll eine Direktorin oder ein Direktor aus einer auswärtigen Universitätsklinik sein, 9. eine Sachverständige oder ein Sachverständiger aus dem Wirtschaftsleben. Bei grundlegenden Angelegenheiten führen die Mitglieder nach Nr. 1 bis 3 je zwei Stimmen. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme der oder des Vorsitzenden. Die Mitglieder Nr. 1 bis 3 und 6 bis 9 werden für fünf Jahre, die Mitglieder nach Absatz 1 Nr. 4 und 5 für ihre Wahlzeit vom Ministerium bestellt.	Krankenhauswesen vertraute Persönlichkeit, auf Vorschlag des Präsidiums der Friedrich-Schiller-Universität Jena im Benehmen mit dem Klinikumsvorstand 6.ein von diesen gewählter Vertreter der Beamten und Arbeitnehmer des UKJ. Amtszeit entsprechend Amt (1-3), Nr. 4 bis 6 für vier Jahre (
Leitungsgremium (Zusammensetzung, Amtszeit, Vorschlagsrecht)	1. der Ärztliche Direktor, 2. die Kaufmännische Direktorin oder der Kaufmännische Direktor, 3. der Dekan des FbMed, 4. die Pflegedirektorin oder der Pflegedirektor, 5. der stellvertretende Ärztliche Direktor (außer UK Aachen).	Der Vorstand besteht aus den folgenden vier Personen: 1. Der Medizinische Vorstand, 2. der Wissenschaftliche Vorstand, 3. der Kaufmännische Vorstand, 4. der Pflegevorstand als beratendes Mitglied. Der Pflegevorstand ist in seinen Aufgaben nach dem Universitätsmedizingesetz (§ 13 Abs. 5 Nr. 4) stimmberechtigt.	Klinikumsvorstand: ÄD, KD, PD, Dekan MF	Klinikumsvorstand (§ 15 HMG LSA): ÄD, KD, Dekan, Pflegedirektor	Der **Vorstand** besteht aus 1. dem Vorstand für Krankenversorgung als Vorsitzender oder Vorsitzendem, 2. dem kaufmännischen Vorstand und 3. dem Vorstand für Krankenpflege und Patientenservice.	Klinikumsvorstand (§97 ThürHG): Mitglieder: Medizinische Vorstand, Kaufmännischer Vorstand, Dekan des Fachbereichsrats als Wissenschaftlicher Vorstand. Bestellung für sechs Jahre durch Verwaltungsrat

Legende:
Niedersachsen
a) Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
b) Universitätsmedizin Göttingen (UMG)
c) European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS)

	Nordrhein-Westfalen	**Rheinland-Pfalz: Universitätsmedizin Mainz**	**Saarland**	**Sachsen-Anhalt**	**Schleswig-Holstein**	**Thüringen**
	Die Mitglieder des Vorstands werden mit Ausnahme des Dekans vom Aufsichtsrat in der Regel für die Dauer von fünf Jahren bestellt.	Die Bestellung der Wahl der Vorstandsmitglieder ist in der Regel auf fünf Jahre befristet; die erneute Bestellung oder Wiederwahl ist zulässig. Der Wissenschaftliche Vorstand wird auf Vorschlag des Aufsichtsrats vom Fachbereichsrat gewählt. Die anderen Mitglieder des Vorstands werden vom Aufsichtsrat bestellt und abberufen.			Die **Koordination der Fachbereiche Medizin untereinander und mit dem Klinikum** erfolgt durch den **Ausschuss für Forschung und Lehre in der Medizin (Medizin-Ausschuss).** Er besteht aus: 1. einer Wissenschaftsdirektorin oder einem Wissenschaftsdirektor als Vorsitzender oder Vorsitzendem 2. jeweils zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Fachbereiche Medizin, die von dem jeweiligen Fachbereichskonvent gewählt werden, und 3. jeweils einer Vertreterin oder einem Vertreter des Präsidiums der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und des Präsidiums der Universität zu Lübeck, die diese benennen. Der Vorsitzende des Medizin-Ausschusses nimmt mit beratender Stimme und Antragsrecht an den Sitzungen des Vorstandes teil. Der Vorstandsvorsitzende nimmt mit beratender Stimme und Antragsrecht an den Sitzungen des Medizin-Ausschusses teil. Beide haben ein Widerspruchsrecht.	Die Stellen des Medizinischen und des Kaufmännischen Vorstandes werden öffentlich ausgeschrieben. Der Dekan wird vom Fachbereichsrat gewählt. Fachbereichsrat (§96 ThürHG): entscheidet in Angelegenheiten der Forschung und Lehre von grundsätzlicher Bedeutung) Mitglieder: Dekan, 15 Professoren, 4 Wiss. Mitarbeiter, 2 sonst Mitarbeiter, 6 Studierende (Wahl in den Gruppen für 3 Jahre, Studierende 1 Jahr)

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz: Universitätsmedizin Mainz	Saarland	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
					Die Aufgaben des **Medizin-Ausschusses** umfassen insbesondere Entscheidungen, über Ausschreibungen und Professuren, die Aufteilung der Finanzmittel des Landes für Forschung und Lehre sowie Abstimmung des Lehrangebots und der Forschungsschwerpunkte.	
Ggfs. gesetzlich vorgeschriebene beratende Gremien	keine gesetzlich vorgeschriebenen beratende Gremien	Der Klinik- und Pflegeausschuss berät den Vorstand in grundsätzlichen Angelegenheiten der Krankenversorgung. Er setzt sich zusammen aus den Leitungen der zur Universitätsmedizin gehörenden medizinischen Betriebseinheiten und Departements mit Aufgaben in der Krankenversorgung, zwei Professorinnen oder Professoren mit der Funktion einer Oberärztin oder eines Oberarztes in der Universitätsmedizin, zwei ärztlichen Beschäftigten der Universitätsmedizin, zwei nichtwissenschaftlichen Beschäftigten der Universitätsmedizin, den Pflegedienstleistungen sowie den pflegerischen Leitungen der Krankenpflegeschule, der Kinderkrankenpflegeschule und der Hebammenschule, der Patientenfürsprecherin/des Patientenfürsprechers.	Klinikumskonferenz Pflegekonferenz	nein	keine	nein

Legende:
Niedersachsen
a) Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
b) Universitätsmedizin Göttingen (UMG)
c) European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS)

	Nordrhein-Westfalen	**Rheinland-Pfalz: Universitätsmedizin Mainz**	**Saarland**	**Sachsen-Anhalt**	**Schleswig-Holstein**	**Thüringen**
Haftungsträger	Für die Verbindlichkeiten des UK haftet neben diesem das Land unbeschränkt, soweit die Befriedigung aus dem Vermögen des UK nicht erlangt werden kann (Gewährträgerschaft).	Für die Verbindlichkeiten der Universitätsmedizin haftet neben deren Vermögen das Land als Träger unbeschränkt, wenn und soweit die Befriedigung aus dem Vermögen der Universitätsmedizin nicht zu erlangen ist (Gewährträgerschaft).	Land	Für die Verbindlichkeiten der Uniklinika haftet das Land unbeschränkt, wenn und soweit die Befriedung aus dem Vermögen des jeweiligen Uniklinikums nicht zu erlangen ist (§ 7 Abs. 5 HMG LSA, Gewährträgerschaft)	Land Schleswig-Holstein	Land ist Gewährträger (§91 Abs. 5, ThürHG)
Insolvenzfähigkeit	nein	Die Universitätsmedizin ist nach § 1 Abs. 1 des Universitätsmedizingesetzes (UMG) eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts, die nach § 5 UMG der Rechtsaufsicht des Landes untersteht. Nach § 12 Abs. 1 Nr. 2 der Insolvenzordnung i. V. m. § 8a des Landesgesetzes zur Ausführung des Gesetzes über die Zwangsversteigerung und die Zwangsverwaltung und der Insolvenzordnung vom 30. August 1974 (GVBl. S. 371), zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 22. Dezember 2009 (GVBl. S. 413), ist das Insolvenzverfahren über das Vermögen der der unmittelbaren Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Person des öffentlichen Rechts unzulässig. Die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über das Vermögen der	nein	nein	nein	nein (§ 1 JurPersöRGesG TH)

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz: Universitätsmedizin Mainz	Saarland	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
		Universitätsmedizin ist deshalb ausgeschlossen. Das Land hat damit die Verpflichtung, die Funktionsfähigkeit und damit auch die Zahlungsfähigkeit der Einrichtung zu gewährleisten. Was auch als Anstaltslast bezeichnet wird. Darüber hinaus haftet das Land nach § 1 Abs. 4 UMG für die Verbindlichkeiten der Universitätsmedizin neben deren Vermögen unbeschränkt, wenn sowie die Befriedigung aus dem Vermögen der Universitätsmedizin nicht zu erlangen ist (Gewährträgerhaftung).				
Kreditfähigkeit	ja – im Rahmen der durch die Universitätsklinikum-Verordnung bzw. die Satzung gezogenen Grenzen	Für Rechtsgeschäfte, dazu gehört die Aufnahme von Krediten, bedarf ES der Entscheidung des Aufsichtsrates und der Einwilligung des Landtags sofern der Wert im Einzelfall 10 Mio. € übersteigt.	ja	nein (§ 11 Abs. 1 Nr. 6 HMG ist keine Rechtsgrundlage)	Eingeschränkt. Das Ministerium legt im Einvernehmen mit dem Finanzministerium den Kreditrahmen fest. Zustimmung zur Aufnahme von Krediten durch den Aufsichtsrat.	ja (mit Einschränkungen §94 Abs. 4 ThürHG)
Bauherrenfähigkeit	ja	Die Planung und Durchführung von Investitionen obliegt der Universitätsmedizin als Eigentümerin.	Ja, laut UKSG bis zur Höhe von 3 Mio. €, im Einzelfall auch darüber hinaus	§ 23 Abs. 10 HMG LSA i.V.m.§ 114 Abs. 5 HSG LSA. Die Uniklinika sind Bauherr für Pilotprojekte mit Zustimmung der Landesregierung.	nein (Änderung ist geplant)	ja (§ 3 Errichtungsgesetz i.V.m. §94 Abs. 1, Satz 4 ThürHG)

Legende:
Niedersachsen
a) Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
b) Universitätsmedizin Göttingen (UMG)
c) European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS)

Tabelle Hessen	Universitätsklinikum Frankfurt	Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH	Fachbereich Medizin Frankfurt	Fachbereiche Medizin Gießen und Marburg	Bemerkungen zu den Fachbereichen
Rechtsform Klinikum/Fakultät	Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts	GmbH	keine eigene Rechtsform	keine eigene Rechtsform	nach § 43 HHG organisatorische Grundeinheit der Hochschule
Arbeitgeberfunktion Klinikum/Fakultät	für Personal in der Krankenversorgung: ja	für Personal in der Krankenversorgung: ja	nein	nein	Arbeitgeber des wissenschaftlichen Personals ist die jeweilige Universität
Tarifrechtliche Regelungen	Tarifvertrag Universitätsklinikum Frankfurt (TV-UKF)	Tarifvertrag Universitätsklinikum Gießen und Marburg (TV-UKGM)	für das wissenschaftliche Personal am Universitätsklinikum TV-Ärzte Hessen	für das wissenschaftliche Personal am Universitätsklinikum TV-Ärzte Hessen	
Personalzuordnung	Personal in der Krankenversorgung	Personal in der Krankenversorgung	Personal in Forschung und Lehre	Personal in Forschung und Lehre	
Aufsichtsgremium (Zusammensetzung, Amtszeit, Vorschlagsrecht)	Aufsichtsrat nach § 9 UniKlinG: 2 Vertreter des HMWK, 1 Vertreter des HMdF, Universitätspräsident, Personalratsvorsitzender, 2 erfahrene Persönlichkeiten aus Wirtschaft oder Wissenschaft Amtszeit: 4 Jahre, falls nicht kraft Amt	Aufsichtsrat mit 12 Mitgliedern, davon sechs nach MitbestG, sechs von der Gesellschafter-versammlung gewählt, Amtszeit: bis zur Beendigung der GV, die über die Entlastung für das 4. Geschäftsjahr nach Beginn der Amtszeit beschließt. Gesellschafterversammlung (GV)	nach § 38 Abs. 1 HHG Präsidentin oder Präsident	nach § 38 Abs. 1 HHG Präsidentin oder Präsident	
Leitungsgremium (Zusammensetzung, Amtszeit, Vorschlagsrecht)	Vorstand nach § 7 UniKlinG Ärztliche Direktion, Kaufmännische Direktion, Dekanin oder Dekan und die Pflegedirektion	Geschäftsführung nach § 6 Gesellschaftsvertrag: derzeit Kaufmännische Geschäftsführung je Standort und Ärztliche Geschäftsführung je Standort In der Erweiterten Geschäftsführung (EGF) wirken die Dekane beider Standort mit.	Dekanat nach § 52 HHG	Dekanat nach § 52 HHG	Zusammensetzung der Dekanate nach § 45 Abs. 2 HHG: Dekanin oder Dekan, Prodekanin oder Prodekan, Studiendekanin oder Studiendekan (Amtszeit 3 Jahre) und nach § 52 Abs. 1 HHG die Ärztliche Direktion mit beratender Stimme

Tabelle Hessen	Universitätsklinikum Frankfurt	Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH	Fachbereich Medizin Frankfurt	Fachbereiche Medizin Gießen und Marburg	Bemerkungen zu den Fachbereichen
Ggfs. gesetzlich vorgeschriebene beratende Gremien					
Haftungsträger	Nach § 4 UniKlinG das Klinikum selbst und danach besteht eine Gewährträgerschaft des Landes	selbst			
Insolvenzfähigkeit	nein	ja			
Kreditfähigkeit	ja	ja			
Bauherrenfähigkeit	Besteht nach § 21 UniKlinG auf eigenen Grundstücken; bei Baumaßnahmen auf landeseigenen Grundstücken soll die Bauherreneigenschaft im Einzelfall übertragen werden	ja			

Legende:
Niedersachsen
a) Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
b) Universitätsmedizin Göttingen (UMG)
c) European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS)

Bisherige Veröffentlichungen aus dem WZW

Forschung für die Regionale Wirtschaft. Bericht des Kompetenznetzwerks für Angewandte und Transferorientierte Forschung (KAT) 2011 (Schriftenreihe des WZW Nr. 9), Lutherstadt Wittenberg 2012, 48 S. auch unter http://www.wzw lsa.de/fileadmin/wzw homepage/content/dokumente/Dokumente/Publikationen/WZW_Reihe_Nr9_mAnlage.pdf

Klaus Friedrich / Peer Pasternack (Red.): *Demographischer Wandel als Querschnittsaufgabe. Fallstudien der Expertenplattform „Demographischer Wandel" beim Wissenschaftszentrum Sachsen-Anhalt,* Universitätsverlag Halle-Wittenberg 2012, 312 S. ISBN 978-3-86977-051-2; auch unter http://www.universitaetsverlag-halle-wittenberg.de/default/new-books/demographischer-wandel-als-querschnittsaufgabe.html?SID=amn83oe792nqvte30n4pp546i1

Die Biomasse-Forschungsplattform Sachsen-Anhalt: BIMAP (Schriftenreihe des WZW Nr. 8), Lutherstadt Wittenberg 2012, 84 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Publikationen/WZW_Reihe_Nr8.pdf

Johannes Moes: *Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung in Sachsen-Anhalt. Studie der HIS GmbH im Auftrag des WZW* (WZW-Arbeitsberichte 3/2011), Lutherstadt Wittenberg 2011, 49 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Arbeitsberichte/WZW_Arbeitsberichte_3_2011.pdf

Thomas Erdmenger / Peer Pasternack: *Hochschulen, demografischer Wandel und Regionalentwicklung. Der Fall Sachsen-Anhalt* (WZW-Arbeitsberichte 2/2011), Lutherstadt Wittenberg 2011, 133 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Arbeitsberichte/WZW_Arbeitsberichte_2_2011.pdf

Daniel Hechler / Peer Pasternack: *Scharniere und Netze. Kooperationen und Kooperationspotenziale zwischen den Universitäten und den außeruniversitären Forschungseinrichtungen in Sachsen-Anhalt* (WZW-Arbeitsberichte 1/2011), Lutherstadt Wittenberg 2011, 107 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Arbeitsberichte/WZW_Arbeitsberichte_1_2011.pdf

Uwe Grelak / Peer Pasternack (Red.): *Zukunftsgestaltung im demographischen Umbruch. Impulse und Handlungsoptionen aus Sicht der WZW-Expertenplattform „Demographischer Wandel in Sachsen-Anhalt"* (Schriftenreihe des WZW Nr. 7), Lutherstadt Wittenberg 2011, 68 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Publikationen/WZW_Reihe_Nr7.pdf

Forschung für die Regionale Wirtschaft. Bericht des Kompetenznetzwerks für Angewandte und Transferorientierte Forschung (KAT) 2010 (Schriftenreihe des WZW Nr. 6), Lutherstadt Wittenberg 2011, 40 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Publikationen/WZW_Reihe_Nr6.pdf

Yvonne Anger / Oliver Gebhardt / Karsten König / Peer Pasternack: *Das Wissenschaftszentrum Sachsen-Anhalt (WZW) im Schnittpunkt von Anspruchsgruppen aus Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Öffentlichkeit* (Schriftenreihe des WZW Nr. 5), Lutherstadt Wittenberg 2010, 111 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Publikationen/WZW_Reihe_Nr5.pdf

Yorck Hener / Andrea Güttner / Ulrich Müller: *Berichterstattung für Politik und Staat von Hochschulen im Land Sachsen-Anhalt. Studie für eine Konzepterstellung durch die CHE Consult GmbH im Auftrag des WZW* (Schriftenreihe des WZW Nr. 4), Lutherstadt Wittenberg 2010, 70 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Publikationen/WZW_Reihe_Nr4.pdf

Forschung für die Regionale Wirtschaft. Bericht des Kompetenznetzwerks für Angewandte und Transferorientierte Forschung (KAT) 2009 (Schriftenreihe des WZW Nr. 3), Lutherstadt Wittenberg 2010, 66 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Publikationen/WZW_Reihe_Nr3.pdf

Forschung für die Regionale Wirtschaft. Bericht des Kompetenznetzwerks für Angewandte und Transferorientierte Forschung (KAT) 2008 (Schriftenreihe des WZW Nr. 2), Lutherstadt Wittenberg 2010, 39 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Publikationen/WZW_Reihe_Nr2.pdf

IFOK GmbH: *Kooperation von Wirtschaft und Wissenschaft in Sachsen-Anhalt 2010. Ergebnispapier* (Schriftenreihe des WZW Nr. 1), Lutherstadt Wittenberg 2010, 23 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Publikationen/WZW_Reihe_Nr1.pdf

Wissenschaftszentrum Sachsen-Anhalt Lutherstadt Wittenberg e.V.: [*exzellent] Spitzenforschung in Sachsen-Anhalt*, Lutherstadt Wittenberg 2008, 89 S. auch unter http://www.wzw-lsa.de/fileadmin/wzw-homepage/content/dokumente/Dokumente/Publikationen/Broschuere_Gesamt.pdf

wzw wissenschaftszentrum
sachsen-anhalt
lutherstadt wittenberg

Wissenschaftszentrum Sachsen-Anhalt
Lutherstadt Wittenberg e. V.
Schloßstraße 10
06886 Lutherstadt Wittenberg
www.wzw-lsa.de

SACHSEN-ANHALT