

Ulf Pallme König

Medizinische Universität in Brandenburg - ein wissenschaftspolitisches Neuland

I. Historie und gegenwärtige Strukturen der staatlichen Hochschulmedizin in Deutschland

Das dem Beitrag zugrundeliegende aktuelle, der Struktur der Hochschulmedizin zuzuordnende Thema kann ohne eine kurze Befassung mit seiner Historie und der gegenwärtigen Situation der staatlichen Hochschulmedizin in Deutschland nicht eingeordnet werden.

1. Überkommene Strukturen auf dem Prüfstand

Vor ca. 25 Jahren setzte in Deutschland eine Entwicklung ein, die dazu führte, dass die für die staatliche Hochschulmedizin maßgeblichen Strukturen massive Änderungen erfuhren. Seitdem wurden in den 14 Bundesländern, in denen bisher staatliche hochschulmedizinische Einrichtungen vertreten sind, sukzessive und bis in die jüngste Vergangenheit hinein unterschiedliche Organisationsmodelle umgesetzt. Bevor der Blick darauf gewendet wird, soll kurz skizziert werden, wie die staatliche Hochschulmedizin vor Eintritt der Änderungen organisiert war und welche wesentlichen Gründe bestanden, neue Strukturen in der Hochschulmedizin zu suchen.

a. Ursprünglicher Rechtscharakter hochschulmedizinischer Einrichtungen

Bis Ende der 90er Jahre waren die die Hochschulmedizin bestimmenden staatlichen Medizinischen Einrichtungen, von wenigen rechtlichen Besonderheiten abgesehen, in hochschulrechtlicher Hinsicht unselbständige Anstalten ihrer jeweiligen Universitäten, soweit sie mit Aufgaben der Krankenversorgung betraut waren. Haushaltsrechtlich trugen sie bezogen auf diese Aufgabenstellung anknüpfend an den Umstand, dass die Universitäten nicht nur Körperschaften des öffentlichen Rechts, sondern zugleich auch staatliche Einrichtungen waren - und im übrigen von wenigen Ausnahmen abgesehen (so z.B. in Nordrhein-Westfalen und überwiegend in Niedersachsen) in den meisten Bundesländern immer noch sind -, den Charakter von Landesbetrieben; sie waren damit rechtlich gesehen unselbständige Bestandteile der jeweiligen Landesverwaltung. Zwar verfügte der von der Medizinischen Fakultät, die der Universität in ihrem Rechtsstatus als Körperschaft zuzuordnen war, zu unter-

scheidende krankenversorgende Teil, der im übrigen nur in ganz seltenen Fällen bereits die Bezeichnung „Universitätsklinikum“ aufwies, über eigene, wenn auch in den Ländern unterschiedlich ausgestaltete Organe (in Nordrhein-Westfalen z.B. über einen Klinischen Vorstand). Dies bedeutete jedoch nicht, dass damit in jeder Hinsicht autonom zu treffende Entscheidungen verbunden waren. Vielmehr führte der Rechtscharakter des Krankenhausbetriebes dazu, dass die von diesem in der Krankenversorgung wahrzunehmenden Aufgaben vor allem mit Blick auf maßgebliche finanz-, personal- und organisationsrechtliche Aspekte einer umfassenden Staats- und damit insbesondere einer Fach- und Dienstaufsicht unterworfen waren.

b. Änderungsbedarf und zu beachtende Grundsätze

Im Ergebnis - wenn auch mit unterschiedlichen Lösungsansätzen - waren sich im Zuge einer in den 90er Jahren intensiv geführten Debatte sowohl die Kultusministerkonferenz als auch der Wissenschaftsrat im Rahmen ihrer jeweiligen Analyse der Hochschulmedizin jedenfalls darin einig, dass deren bis dato geltende Struktur nicht mehr tragfähig sei. Vor dem Hintergrund in diesen Jahren greifender, massiver, im Einzelnen nicht darzustellender Veränderungen der Rahmenbedingungen in der Krankenhausfinanzierung einschließlich der Einführung neuer Vergütungsstrukturen wurde vorgeschlagen, die Hochschulklinika rechtlich zu verselbständigen. Auf diese Weise sollte ihnen eine größere Flexibilität und wirtschaftliche Handlungsfähigkeit gegeben werden, auch um im Wettbewerb mit konkurrierenden krankenversorgenden Einrichtungen bestehen zu können.

Die bisherigen Weisungs- und Verantwortungsstrukturen im Verhältnis zwischen dem Land und den Medizinischen Einrichtungen sollten einer klaren Abgrenzung zwischen Träger- und Betreiberverantwortung sowie zwischen Aufsichts- und Geschäftsführungskompetenz weichen. Eine Trennung der Verantwortungsbereiche von medizinischer Forschung und Lehre einerseits und der Krankenversorgung andererseits sollte vor allem im Wege getrennter Finanzkreisläufe auf der Grundlage einer sog. Trennungsrechnung erfolgen.

Auch wenn nach allem das Bestreben bestand, den universitären Krankenhausbetrieb zu einem selbständig

handlungsfähigen Wirtschaftsbetrieb zu machen, sollten gleichwohl alle rechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um die Universität, die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum in sachgerechter Weise organisatorisch miteinander zu verbinden. Dabei sollte einerseits gewährleistet werden, dass die die Hochschulmedizin kennzeichnende Aufgabentrias von Forschung, Lehre und Krankenversorgung mit ihren häufig nicht miteinander in Einklang zu bringenden wissenschaftlichen und ökonomischen Herausforderungen funktionsgerecht wahrgenommen werden kann. Andererseits sollte aber auch sichergestellt werden, dass die Gesamtverantwortung der Universität für ihre Medizin gewahrt bleibt.

2. Gegenwärtige Hochschulmedizin mit einer Vielfalt von Strukturen

Auf dieser Grundlage gibt es derzeit in Deutschland im staatlichen Bereich 38 Medizinische Fakultäten und 36 Universitätsklinika, sofern man bei der Ermittlung dieses Zahlenverhältnisses von gewissen, hier nicht weiter zu erörternden Sonderregelungen einmal absieht. Die Divergenz ist dadurch zu erklären, dass die Medizinischen Fakultäten der Universitäten Kiel und Lübeck sowie Marburg und Gießen jeweils ein gemeinsames Universitätsklinikum haben, nämlich das Schleswig-Holsteinische Universitätsklinikum und das 2006 privatisierte Universitätsklinikum Marburg/Gießen, dessen Betreiber die Rhönklinikum Aktiengesellschaft ist. Demgegenüber spielen die wenigen privaten Hochschulen in Deutschland, an denen eine relevante Medizinische Forschung und eine medizinische Ausbildung erfolgen kann, kaum eine nennenswerte Rolle. Eine Ausnahme mag insoweit die vor 40 Jahren gegründete und insbesondere in ihren Anfängen eher kritisch gesehene Universität Witten-Herdecke sein mit ihrer mittlerweile - auch nach jüngster Auffassung des Wissenschaftsrates - gewachsenen Struktur.

Die dafür allein zuständigen Länder haben in den letzten Jahrzehnten zur Realisierung der genannten Überlegungen und Empfehlungen der Kultusministerkonferenz und des Wissenschaftsrates unterschiedliche Strukturmodelle in der staatlichen Hochschulmedizin entwickelt. Ohne in diesem Zusammenhang auf zum Teil sehr komplexe rechtliche Fragestellungen und darüber hinaus auf den sich als wenig ergiebig erweisenden, bis heute - so scheint es - nicht ausgetragenen Streit einzugehen, welches der Modelle den Zielsetzungen der Hochschulmedizin am ehesten entspricht, können grundsätzlich zwei Organisationsmodelle unterschieden

werden: Das sog. *Kooperationsmodell* und das sog. *Integrationsmodell*.

a. Kooperationsmodelle

Das Kooperationsmodell sieht von seiner Grundstruktur her vor, dass das - wie dargelegt, zuvor nur an wenigen Standorten als solches so bezeichnete - Universitätsklinikum (zumeist) als rechtsfähige öffentlich-rechtliche Anstalt verselbständigt wird. Dagegen verbleibt die Medizinische Fakultät im Verbund der Universität als deren integraler Bestandteil. Die Kooperation zwischen der Universität einschließlich ihrer Medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum wird einerseits gesetzlich vorgeregelt und zudem im Wege eines öffentlich-rechtlichen Kooperationsvertrages mit Blick auf örtliche Besonderheiten konkretisiert. In dieser Ausprägung wird dieses Modell derzeit in den Ländern Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt und im Saarland sowie an einem Hochschulstandort in Niedersachsen (Oldenburg) praktiziert. Es weist zum Teil stark divergierende, hier nicht weiter zu vertiefende gesetzliche Ausgestaltungen und Variationen auf. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang das sog. Bochumer, Regensburger und Mannheimer Modell und neuerdings die vor allem zusätzliche Studienplätze in der Humanmedizin generierenden sog. Zweitcampus-Modelle z.B. an den bisher nicht hochschulmedizinisch ausgewiesenen Standorten in Siegen, Bayreuth und Chemnitz. Diese wirken eng mit den räumlich jeweils in einiger Entfernung liegenden hochschulmedizinischen Einrichtungen der Universitäten in Bonn, Erlangen und Dresden kooperativ zusammen.

b. Integrationsmodelle

Demgegenüber steht das Integrationsmodell, demzufolge das Universitätsklinikum zusammen mit der Medizinischen Fakultät als Körperschaft des öffentlichen Rechts zwar rechtlich verselbständigt, diese zugleich aber auch eine Gliedkörperschaft der Universität ist. Für dieses Modell haben sich die Länder entschieden, die entweder nur über eine hochschulmedizinische Einrichtung verfügen, wie Berlin, Hamburg, Thüringen (Jena) und Rheinland-Pfalz (Mainz) oder maximal zwei dieser Einrichtungen aufweisen, so Mecklenburg-Vorpommern (Rostock und Greifswald) sowie - mit der bereits erwähnten Ausnahme in Oldenburg - Niedersachsen (Hannover und Göttingen). Auch dieses Modell weist unterschiedliche, hier im Einzelnen ebenfalls nicht weiter zu erörternde gesetzliche Ausgestaltungen und Ausprägungen auf.

II. Errichtung einer Medizinischen Universität in Brandenburg

Danach verfügten bisher nur noch die Bundesländer Brandenburg und Bremen über keine eigene staatliche Hochschulmedizin. Nun hat sich allerdings auch das Land Brandenburg als letztes Flächenland entschlossen, am Standort Cottbus eine eigene staatliche hochschulmedizinische Einrichtung zu errichten.

1. Anlass, Struktur, Inhalte und Finanzierung

Hintergrund für diese politische Entscheidung ist folgender:

Mit dem 2020 beschlossenen Braunkohleausstieg befindet sich u.a. die Lausitz in einem tiefgreifenden Strukturwandel. Damit der Kohleausstieg in den betroffenen Regionen als echte Chance genutzt werden kann, die Weichen für die Zukunft zu stellen, fördert der Bund bis 2038 Projekte für einen nachhaltigen Strukturwandel. Die Modellregion Gesundheit Lausitz befindet sich unter der Bezeichnung „Innovationszentrum Universitätsmedizin Cottbus (IUC)“ im Investitionsgesetz Kohleregionen (einem Bundesgesetz) als Vorhaben wieder.

a. Selbständige Körperschaft und Studienbetrieb

Auf dieser Grundlage hat die Regierung des Landes Brandenburg, so wie im dortigen Koalitionsvertrag vereinbart, beschlossen, am Standort Cottbus eine staatliche Universitätsmedizin durch die Errichtung einer *Medizinischen Universität als rechtlich selbständige Körperschaft des öffentlichen Rechts* aufzubauen. Demgegenüber ist der anfängliche Plan, an diesem Standort mit Hilfe der dort bereits bestehenden Technischen Universität ein Integrationsmodell in dem dargelegten Sinne zu etablieren, aufgegeben worden. Die Medizinische Universität soll aus einem wissenschaftlichen Teil und dem derzeit kommunal getragenen, in Landsträgerschaft zu überführenden und zu einem Universitätsklinikum auszubauenden Carl-Thiem-Klinikum Cottbus bestehen. Die Universität, die auf der Grundlage eines öffentlich-rechtlichen Kooperationsvertrages eng mit der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus zusammenarbeiten soll, soll am 1.7.2024 und damit noch vor der nächsten Landtagswahl im Herbst 2024 errichtet werden und vorläufig den Namen „Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem“ tragen. Der Studienbetrieb im humanmedizinischen Studiengang soll auf der Grundlage der sich derzeit noch in einem Entwurfsstadium befindlichen neuen Approbationsordnung zum WS 2026/2027 aufgenommen werden. Im Endausbau

soll die Universität 80 Professuren umfassen und unter Einschluss einer auch in anderen Ländern geltenden Landarztquote 200 humanmedizinische Studierende pro Jahr aufnehmen. Daneben sind auch Studiengänge zur Ausbildung in nichtärztlichen Gesundheitsberufen geplant. Mit ihnen soll ab WS 2028/2029 begonnen werden.

b. Forschungsschwerpunkte, Versorgung und Arbeitsplätze in einer Modellregion

Als Forschungsschwerpunkte soll sich die Universität - im Wesentlichen der Empfehlung einer vom Land frühzeitig eingesetzten Expertenkommission folgend - der Gesundheitssystemforschung und der Digitalisierung des Gesundheitswesens widmen. In dieser Verbindung soll sie im Vergleich zu den anderen hochschulmedizinischen Einrichtungen in Deutschland nicht nur ein Alleinstellungsmerkmal aufweisen, sondern auch eine internationale Sichtbarkeit erzeugen. Dies gilt auch deswegen, weil sich mit Hilfe der Medizinischen Universität die Region Lausitz zu einer Modellregion Gesundheit entwickeln soll. Durch den Aufbau eines digitalen Netzwerkes der regionalen Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung sowie durch den Ausbau des Universitätsklinikums zu einem sog. digitalen Leitkrankenhaus soll die infrastrukturelle Anbindung der Modellregion realisiert werden. Ziel dieser Bemühung soll sein, im Wege des genannten, in der Medizinischen Universität zusammenlaufenden Netzwerkes neue Versorgungsmodelle in der Region datenbasiert zu erproben, damit einen Beitrag zur Weiterentwicklung (nicht nur) des deutschen Gesundheitssystems zu leisten und die gesundheitliche Versorgung, insbesondere im ländlich geprägten Raum, zu stabilisieren und zu verbessern.

Dass im Übrigen mit der Gründung der Universität auch ein Beitrag zur Erfüllung der immer intensiver werdenden bundesweiten Forderung geleistet werden soll, die Studienplatzkapazität in der Humanmedizin zu erhöhen, um damit auch der problematischen ärztlichen Unterversorgung in Brandenburg und hier insbesondere in der Lausitz entgegenzuwirken, liegt auf der Hand. Daneben besteht das mindestens ebenso wichtige Bestreben des Landes, dass sich die Universität mit der Schaffung von 1300 neuen Arbeitsplätzen in der Region zu einem „Jobmotor“ für die Lausitz entwickelt.

c. Finanzierung

Für dieses Vorhaben stehen bis 2038 insgesamt ca. 3,7 Mrd. Euro zur Verfügung, davon rund 1,9 Mrd. Euro Bundes- und rund 1,8 Mrd. Euro Landesmittel. Die Vor-

aussetzungen dafür, dass diese Mittel bereitgestellt werden und auch eine mögliche Folgefinanzierung ab 2038 sichergestellt werden kann, sind jetzt auf Grund einer positiven Begutachtung des Vorhabens durch den Wissenschaftsrat erfüllt. Dessen zustimmende, mit einigen grundlegenden, sehr beachtenswerten Empfehlungen versehene Entscheidung, die mit Blick auf die Realisierung des Vorhabens aus der Sicht des Bundes und des Landes eine unabdingbare Voraussetzung ist, ist Ende April 2024 getroffen worden.

Betrachtet man die Finanzierungsmodalitäten für sich, erweist sich das brandenburgische Vorhaben bereits finanzpolitisch als singulär. Erstmals wird sich der Bund mit Blick auf die genannte Sicherstellung des Strukturwandels in der Lausitz über einen längeren Zeitraum hinweg und darüber hinaus mit der Option einer Weiterfinanzierung an der (Grund-) Finanzierung einer staatlichen hochschulmedizinischen Einrichtung beteiligen, soweit Bestandteile der Forschung betroffen sind. Demgegenüber obliegt in allen sonstigen Fällen die Grundfinanzierung der Hochschulmedizin auf Grund der verfassungsrechtlich geregelten Zuständigkeiten ausschließlich den Ländern.

2. Wissenschaftspolitisches Neuland

Das Land Brandenburg betritt neben dieser finanzpolitischen Besonderheit vor allem aber auch *wissenschaftspolitisches Neuland* mit wissenschaftsrechtlicher Relevanz.

Erstmals wird in Deutschland eine *rechtlich eigenständige, mit Arbeitgeber-, Dienstherrn- und Bauherrnfunktion ausgestattete Medizinische Universität* errichtet werden. Damit wird das bisher vorhandene Spektrum an Strukturmodellen in der Hochschulmedizin um ein weiteres, singuläres Modell bereichert. Ihm am nächsten kommt - ebenfalls als sog. *institutionelles Integrationsmodell* - die Medizinische Hochschule Hannover (MHH). Diese stellt sich zwar ebenso als eine ausschließlich staatliche hochschulmedizinische Einrichtung mit einem für eine Hochschule unverzichtbaren Körperschaftsrechtlichen Status dar. Sie erweist sich jedoch im Unterschied zur geplanten Medizinischen Universität in Cottbus bezogen auf einen Teilbereich, nämlich dem der Krankenversorgung, zugleich als niedersächsischer Landesbetrieb gemäß der dortigen Landeshaushaltsordnung. Damit fehlt der MHH jedenfalls die vollständige rechtliche Selbständigkeit, die der geplanten Medizinischen Einrichtung in Brandenburg - mit der Absicherung durch ein eigenständiges Universitätsmedizingesetz des Landes - zugesprochen werden soll.

III. Verselbständigungstendenzen in der staatlichen Hochschulmedizin in Deutschland

Der guten Ordnung halber ist allerdings festzustellen, dass die Hochschulmedizin immer schon innerhalb der Universitäten auf Grund der für sie charakteristischen Aufgabentrias einen gewissen Sonderstatus eingenommen hat bzw. einnimmt, der auch noch dadurch verstärkt wird, dass die Medizinischen Fakultäten im Vergleich zu anderen Fakultäten grundsätzlich über den größten Personalbestand und über die meisten sonstigen Ressourcen innerhalb der Universitäten verfügen. Überdies haben sich mittlerweile an einigen Standorten in Deutschland hochschulmedizinische Einrichtungen - losgelöst von ihren jeweiligen „Mutteruniversitäten“ - zu eher selbständigen hochschulischen Einrichtungen hin entwickelt. Es dürften daher durchaus Zweifel angebracht sein, ob gerade in diesen Fällen wirklich noch von einer Verantwortungsgemeinschaft von Universität, Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum für die Hochschulmedizin, so wie sie nicht zuletzt auch von der Hochschulrektorenkonferenz in mehreren grundlegenden Stellungnahmen gefordert worden ist, gesprochen werden kann.

1. Einrichtungen im Integrationsmodell

Dies gilt zunächst vor allem für Einrichtungen, die dem Integrationsmodell folgen. Ohne auf Einzelheiten gesetzlicher Regelungen einzugehen, ist in diesem Zusammenhang insbesondere auf die Charité Universitätsmedizin Berlin mit ihrer nur noch sehr „losen“ Verbindung zur Humboldt-Universität und Freien Universität Berlin hinzuweisen. Ähnliches dürfte für die Universitätsmedizin Hamburg-Eppendorf mit ihrer ebenfalls lediglich formalen Anbindung an die Universität Hamburg und für die Universitätsmedizin Göttingen gelten. Mit dem Universitätsklinikum und der dortigen Medizinischen Fakultät erweist sich diese als ein mit großer Selbständigkeit ausgestatteter Teil der seit 2002 existierenden „Stiftung Georg-August-Universität Göttingen“.

2. Einrichtungen im Kooperationsmodell

Solche Verselbständigungstendenzen sind aber durchaus auch bei hochschulmedizinischen Einrichtungen im Rahmen des in Deutschland nach wie vor vorherrschenden Kooperationsmodells zu beobachten. Ein gutes Beispiel dafür bietet die durch die Gesetzgebung begünstigte Stellung der staatlichen Hochschulmedizin in Nordrhein-Westfalen. Sie ermöglicht - jedenfalls in dem aufgezeigten klassischen Kooperationsmodell - nur eine

begrenzte Einflussnahme der Universitäten auf ihre Medizinischen Fakultäten. Diese erfahren im Vergleich zu den anderen Fakultäten der Universitäten eine nicht unerhebliche Sonderbehandlung. Dies zeigt sich maßgeblich bei der staatlichen Zuführung des Betrages für Forschung und Lehre, den die Medizinische Fakultäten aus dem Landeshaushalt erhalten. Dieser wird zwar vom Land den jeweiligen Universitäten zugewiesen, ist von diesen dann aber unverzüglich und ungeschmälert an die dazugehörigen Universitätsklinika, die für die Bewirtschaftung dieser Mittel allein zuständig sind, weiterzuleiten. Die Folge ist, dass die zentralen Organe der Universitäten (Hochschulräte, Rektorate und Senate) bezogen auf ihre Medizinische Fakultäten über keine Budgethoheit verfügen und damit auch kaum einen Einfluss darauf haben, wie die Mittel in den Medizinischen Fakultäten verwendet werden. M.a.W.: Eine der Hochschulmedizin in Nordrhein-Westfalen kraft Gesetzes eingeräumte Finanzautonomie schließt nennenswerte finanzielle Steuerungsmöglichkeiten der Universitäten bezogen auf ihre Medizinische Fakultäten aus. Sie fördert - gewissermaßen im Wege eines verkappten Integrationsmodells - die Tendenz einer schleichenden Loslösung dieser Fakultäten von den Universitäten im Verbund mit den Universitätsklinika.

IV. Die Struktur der staatlichen Hochschulmedizin in Österreich

Unabhängig von dieser in Deutschland zu beobachtenden, vielfältigen Entwicklung von Strukturen in der Hochschulmedizin bietet es sich an, insbesondere im Vergleich mit der in Brandenburg geplanten Medizinischen Universität noch einen kurzen Blick auf die staatliche Universitätsmedizin in Österreich zu werfen.

Im Zuge einer 2002 verabschiedeten großen Universitätsreform wurden in dem Nachbarland 2004 die dortigen staatlichen Medizinischen Fakultäten der Universitäten Graz, Innsbruck und Wien, die in Österreich unter der Verantwortung des Bundes stehen, zu rechtlich eigenständigen Medizinischen Universitäten umgewandelt. Damit wurde jedoch nur der wissenschaftliche Teil der Medizin, wurden mithin die Bereiche von Forschung und Lehre erfasst. Die seinerzeit mit den Medizinischen Fakultäten und auch heute mit den an ihre Stelle getretenen Medizinischen Universitäten kooperierenden Universitätsklinika an den drei Standorten behielten ihren bisherigen Status und verblieben in der Trägerschaft des jeweiligen Bundeslandes bzw. der Stadt/dem Land Wien - wenn auch mit unterschiedlichen rechtlichen Ausge-

staltungen. Damit unterscheiden sich auch diese Konstrukte in einem entscheidenden Punkt von der in Brandenburg geplanten Medizinischen Universität, weil - anders als in Österreich - in diesem Bundesland das Universitätsklinikum unter der (Gewährs-) Trägerschaft des Landes integraler Bestandteil der Universität sein wird.

V. Zurück zum Vorhaben in Brandenburg

Es bleibt zunächst abzuwarten, welche Entwicklung die geplante Medizinische Universität in Brandenburg nehmen und ob sie in der Lage sein wird, die ambitionierten Ziele, die das Land mit ihr verwirklichen will, zu erreichen. Bei einer ersten summarischen Analyse dürften die Herausforderungen, die sich dem nach dem Universitätsmedizinengesetz zuständigen Gründungsvorstand zusammen mit einem Übergangsaufsichtsrat und einer die Aufgaben eines Senates wahrnehmenden Gründungskommission im Rahmen der praktischen Umsetzung des Vorhabens in vielerlei Hinsicht stellen, immens sein. Sie im Einzelnen aufzuzeigen, wäre einen gesonderten Beitrag wert.

Die Vielfalt der zu lösenden Probleme ist groß. Zu ihnen gehören nach Maßgabe der Empfehlungen des Wissenschaftsrats insbesondere die Schaffung von Interimsoberflächen und eine rasche Umsetzung der Bauplanung zur Gewährleistung von Studium, Lehre und Forschung einschließlich der mit Vorrang zu betreibenden sukzessiven Besetzung von Professuren, der zügige Aufbau einschließlich der digitalen Anbindung der „Modellregion Gesundheit Lausitz“, die Bewältigung des Transformationsprozesses im Rahmen des Übergangs von einem kommunalen Krankenhaus zu einem Universitätsklinikum und die Herstellung einer vertrauensvollen Partnerschaft mit der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus.

Darüber hinaus soll wenigstens auf drei weitere, als besonders bedeutsam zu erachtende Gesichtspunkte hingewiesen werden:

Entscheidend wird es sein, ob es - nicht zuletzt auch mit Blick auf den geplanten Studienbeginn WS 2026/2027 - mit den dafür notwendigen (hochschulrechtlichen) Verfahrensweisen gelingt, schnellstmöglich qualifiziertes wissenschaftliches und nichtwissenschaftliches Personal zu gewinnen, das bereit sein wird, den Weg nach Cottbus zu gehen, einer Stadt, die nicht zuletzt einige strukturelle Probleme zu bewältigen hat. Vor diesem Hintergrund wird es insoweit die Personalentwicklung der Medizinischen Universität unterstützend eine wesentliche Aufgabe der Stadt sein, vor allem durch geeig-

nete infrastrukturelle Maßnahmen einen eigenen Beitrag zu leisten, um auch und gerade für den Zuzug von Familien eine Attraktivität zu erzeugen.

Überdies wird die Medizinische Universität mit ihrem besonderen, in die genannte Modellregion hineinreichenden digitalen Anspruch beweisen müssen, inwieweit sie mit weiteren Einrichtungen vor allem mit Blick auf ihre angestrebten Forschungsschwerpunkte kooperieren und damit im Wettbewerb mit anderen hochschulmedizinischen Einrichtungen konkurrieren kann. Immerhin können diese jedenfalls überwiegend - ungeachtet der aufgezeigten Verselbständigungstendenzen - auf vielfältige und gewachsene interdisziplinäre Strukturen und Fächerverbünde ihrer jeweiligen „Mutteruniversitäten“ zurückgreifen.

Dies gilt insbesondere mit Blick auf die für die Medizin bedeutsamen Lebens- und Naturwissenschaften. Die jüngsten Erfolge z.B. der Charité Universitätsmedizin Berlin im Rahmen der Exzellenzinitiative sind dafür ein Beleg. Überdies kooperieren mittlerweile nahezu alle hochschulmedizinischen Einrichtungen in mannigfaltiger Weise mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen. Vor diesem Hintergrund können zahlreiche Standorte der Hochschulmedizin in Deutschland benannt werden, die bezogen auf ihre jeweiligen Forschungsschwerpunkte hervorragend aufgestellt sind und auch international sichtbare Leistungen hervorbringen. Daher dürften diese Einrichtungen - jedenfalls zunächst - gegenüber der Medizinischen Universität in Brandenburg nicht unerhebliche Vorteile beanspruchen, auch weil diese zumindest in der Anfangsphase bezogen auf

ihre zwei, in der angestrebten Kombination sicherlich singulären Forschungsschwerpunkte unter Verzicht auf die Etablierung einer ausgeprägten biomedizinischen Forschung naturgemäß nur auf wenige Kooperationspartner zurückgreifen kann.

Und schließlich muss das Land Brandenburg im Rahmen seines Haushaltes rechtzeitig dafür Sorge tragen, dass auch nach 2038 die Finanzierung der jetzt aufzubauenden staatlichen Hochschulmedizin gesichert ist. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass dann die bisherige Bundesfinanzierung entweder nur noch zum Teil erfolgen kann oder aber - im äußersten Fall - ganz wegfällt. Bei allem dürfte die Erwartung des Wissenschaftsrates, der beabsichtigt, das Vorhaben in der Lausitz 2031/2032 zu evaluieren, zu beachten sein, dass die Finanzierung der Universitätsmedizin in Cottbus nicht zu Lasten der anderen Hochschulen in Brandenburg gehen darf.

Prof. Ulf Pallme König ist seit 2014 Rechtsanwalt in Düsseldorf und in dieser Funktion u.a. beratend in der Hochschulmedizin tätig. Er war von 1991 - 2013 Kanzler der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, ist Honorarprofessor der dortigen Juristischen Fakultät und Ehrenvorsitzender des Vereins zur Förderung des deutschen & internationalen Wissenschaftsrechts, dessen Vorsitzender er von 2008 - 2022 war. Zudem gehörte er von 2007 - 2013 dem Medizinausschuss des Wissenschaftsrats als sachverständiges Mitglied an und war er von 2005 - 2012 Vorsitzender des Arbeitskreises Hochschulmedizin der Kanzlerinnen und Kanzler der Universitäten in Deutschland.