

Standpunkte: Zur Zukunft der universitären Medizin

Dietrich Niethammer

Seitdem für die Universitätsklinik Mitte der 90er Jahre feste Zuschüsse für die Krankenversorgung auf der einen und für Forschung und Lehre auf der anderen Seite festgelegt wurden, kommt es zu einer rapiden Verschlechterung der finanziellen Situation der Hochschulmedizin, von der alle drei Aufgaben – Forschung, Lehre und Krankenversorgung – massiv betroffen sind. Daher wird es in Zukunft auch in der Medizin noch schwieriger werden, einem guten Forscher in Deutschland Bedingungen zu bieten, die ihm die Entscheidung gegen eine Tätigkeit im Ausland erleichtern. Neben der Lösung der finanziellen Probleme der Universitätsklinik sind aber auch interne Strukturreformen notwendig, die von Politik und Hochschullehrern angegangen werden müssen. Der Autor, langjähriges Mitglied des Wissenschaftsrats und Vorsitzender des Ausschusses Medizin, stellt zu diesen Fragen grundsätzliche Überlegungen an.

Einleitung

Viele deutsche Politiker und Hochschullehrer sind davon überzeugt, dass die universitäre Medizin in unserem Land immer noch einen internationalen Spitzenplatz einnimmt, so wie das vor dem Zweiten Weltkrieg – insbesondere vor der Vertreibung der jüdischen Wissenschaftler aus den deutschen Hochschulen – der Fall war. Natürlich gibt es an deutschen Hochschulen immer noch international renommierte Wissenschaftler mit hohem Leistungspotential. Trotzdem trägt das Bild. Immer mehr hervorragende junge Wissenschaftler, die mit Geldern deutscher Förderinstitutionen ins Ausland, bevorzugt nach USA, zur weiteren Ausbildung geschickt wurden, kehren nicht nach Deutschland zurück, weil sie hier keinen adäquaten Platz für sich finden. Andere gehen nach einiger Zeit, frustriert von der in Deutschland vorgefundenen Situation, wieder ins Ausland zurück. Dies wird in der Öffentlichkeit zwar immer wieder diskutiert, aber so richtig zu alarmieren scheint es die Politiker und die Gesellschaft nicht. Es kam in den vergangenen Jahren mehrfach vor, dass US-amerikanische Nobelpreisträger aus Deutschland stammten. In diesen Fällen wurde vom jeweiligen Ministerpräsidenten des Landes, in dem die Universität lokalisiert ist, an der der Laureat studiert und vielleicht auch seine ersten Assistentenjahre verbracht hat, voll Stolz auf die Qualität dieser Universität hingewiesen. Schließlich hat ja seine

Regierung diese Universität finanziert und damit maßgeblich zur Entwicklung der hohen Leistungsfähigkeit des ausgezeichneten Wissenschaftlers beigetragen. Dass dieser längst nicht mehr in Deutschland forscht und seiner Heimat schon lange den Rücken gekehrt hat, scheint kein Problem zu sein.

Die deutsche Hochschulmedizin hat sich in der Nachkriegszeit in besonderer Weise entwickelt. Während sich vorher die universitäre Medizin relativ unabhängig vom Gesundheitssystem entfalten konnte, keine grundsätzlichen Versorgungsaufgaben hatte und sich hauptsächlich um Forschung und Lehre kümmern musste, wurde sie mit der Entwicklung der Maximalversorgung nach dem Krieg zu deren Hauptstandort. Dies funktionierte so lange, wie die Länder als Träger der Universitätskliniken den von den Kassen nicht finanzierten Defizitanteil zusammen mit den für Forschung und Lehre zur Verfügung gestellten Mitteln finanzierten. Das endete aber Mitte der 90er Jahre, als die Budgets für die Krankenversorgung auf der einen Seite und für die Forschung und Lehre auf der anderen Seite festgelegt wurden. Seither kommt es zu einer zunächst noch langsamen, aber inzwischen rapiden Verschlechterung der Finanzierung der Hochschulmedizin, von der alle drei Aufgaben – Forschung, Lehre und Krankenversorgung – massiv betroffen sind. So wird es in Zukunft auch in der Medizin noch schwieriger werden, einem guten jungen Forscher in Deutschland Bedingungen zu bieten, die ihm die Entscheidung gegen eine Abwanderung ins Ausland erleichtern.

Aber nicht im Geldmangel allein sind die Ursachen für die Schwierigkeiten zu suchen. Unsere Universitäten verkümmern immer mehr auch an der Unfähigkeit zu Reformen. Das beginnt oft schon bei den Professoren, die sich schwer tun, auf moderne Anforderungen mit Änderungen der althergebrachten Strukturen zu reagieren. Noch immer leisten wir es uns, dass die Hochschulen mit allen ihren Einrichtungen fünf Monate im Jahr nicht voll genutzt werden, obgleich über zu lange Studienzeiten geklagt wird und in dieser Zeit mühelos ein weiteres Trimester untergebracht werden könnte. Die Zahl der Professoren, die nicht am Standort ihrer Universität wohnen und nur noch einige Tage dort anwesend sind, scheint stetig zuzunehmen.

Ohne Zweifel gelten diese Probleme auch für die deutsche Hochschulmedizin, die einstmals Vorbild für die Industrienationen war und die besonders auch die Entwicklung des US-amerikanischen universitären Medizinsystems zu Beginn des 20. Jahrhunderts stark beeinflusst hat. Das System der deutschen universitären Medizin hat sich mit allen seinen Strukturen und Regeln weitgehend in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts herausgebildet. Grundsätzliche Veränderungen sind seitdem kaum zu verzeichnen. Noch immer

bestimmen die gleichen steilen Hierarchien das Leben in den Kliniken und Instituten, und noch immer werden Ordinarien als Beamte auf Lebenszeit berufen. So können Fehlbesetzungen erst nach einer Emeritierung beziehungsweise durch Neuberufung korrigiert werden, um nur zwei, allerdings sehr gravierende Mängel zu nennen. Auch hier sind dringend Reformen notwendig.

Im Folgenden will ich versuchen deutlich zu machen, wo ich den Veränderungsbedarf sehe. Dazu legitimiert fühle ich mich durch eine 13-jährige Mitgliedschaft im Ausschuss Medizin des Wissenschaftsrats der Bundesrepublik Deutschland und besonders auch durch die sechs Jahre, die ich als Mitglied des Wissenschaftsrats den Vorsitz in diesem Ausschuss innehatte. In dieser Zeit konnte ich mir bei Begehungen fast aller medizinischen Hochschuleinrichtungen in den alten und neuen Bundesländern ein recht gutes Bild von der Leistungsfähigkeit wie auch von den Defiziten der Einrichtungen und deren Strukturen machen.

1 Überlegungen zur Unterfinanzierung

Der finanzielle Aufwand für Forschung und Lehre in der Biomedizin in Deutschland ist zwar beträchtlich, aber im Vergleich zu anderen westlichen Ländern nicht hoch genug. Zusammen mit den jährlichen Aufwendungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) (410 Millionen Euro), der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) (210 Millionen Euro), anderer Drittmittelgeber und der Pharmaindustrie (750 Millionen Euro) sowie den Zuführungsbeträgen der Länder für die Medizinischen Fakultäten (ca. 3,4 Milliarden Euro) beläuft sich die Gesamtsumme auf etwa jährlich 5 Milliarden. Damit wird aber in unserem Land im Vergleich zu den USA nur ein Fünftel des Publikationserfolgs pro 10 Millionen Einwohner erreicht. Auch Israel, Schweden, Kanada oder Großbritannien sind wissenschaftlich eindeutig erfolgreicher.

Die Boston Consulting Group hat 1999 den Anteil der Finanzierung der Biomedizin an den Gesamtaufwendungen für Forschung und Entwicklung der öffentlichen Hand in den führenden westlichen Nationen verglichen. Er beträgt in Deutschland nur 24,6 Prozent, in den USA sind es dagegen 33 Prozent, in Großbritannien 34 Prozent, in Holland 31,4 Prozent und in Dänemark 34,7 Prozent. Nur in Frankreich ist der Anteil mit 26,6 Prozent kaum höher als in Deutschland. Daraus hat Boston Consulting einen Fehlbetrag für Deutschland von etwa 1,5 Milliarden Euro berechnet. Damit ist evident, dass bei uns auch der Forschung trotz aller vollmundigen Erklärungen von Politikern aus den beiden großen Parteien nur ein relativ geringer Stellenwert eingeräumt wird. Es steht also im

internationalen Vergleich für die biomedizinische Forschung in Deutschland eindeutig zu wenig Geld zur Verfügung. Berücksichtigt man außerdem, dass bei uns erhebliche Anteile der Fördermittel in die Großforschungseinrichtungen gehen, dann sieht die Situation für die Hochschulen noch dürrtiger aus.

Verschärft wird diese Situation noch durch die seit Jahren anhaltende Tendenz, den Zubehörsbetrag der Länder an die medizinischen Fakultäten immer weiter zu reduzieren. Aber auch die Tatsache, dass in fast allen Bundesländern, wie auch beim Bund, der ja 50 Prozent des Hochschulbaus finanziert, die Gelder für Bauvorhaben in den Universitäten wie auch in den Hochschulkliniken nicht ausreichen und sogar noch weiter reduziert werden, muss zu großer Sorge Anlass geben. Dadurch verschlechtert sich der Zustand vieler Einrichtungen kontinuierlich. Wenn man dann noch berücksichtigt, dass keine Rücklagen für die Abschreibung von Geräten gebildet werden, so dass Ersatzbeschaffungen überwiegend aus dem ohnehin schon spärlichen Investitionsetat getätigt werden müssen, ist es nicht verwunderlich, dass eine ausgeprägte Unterfinanzierung besteht. Die Politik sollte endlich damit aufhören, diese Defizite zu negieren.

Hinzu kommt ein weiteres Problem, das die deutsche Forschung gegenüber der amerikanischen benachteiligt. Ein elementarer Unterschied zwischen den USA und Deutschland besteht darin, dass bei uns der Bezug zwischen Finanzierung und Leistung weitgehend fehlt. Leistung in der Forschung muss sich lohnen, sowohl für den einzelnen Forscher als auch für die Fakultät oder die Universität. Davon ist bei uns praktisch nichts zu spüren.

Woran liegt das? Die institutionelle Förderung durch die Länder erfolgt nur in einigen Ländern (z. B. Baden-Württemberg) auf leistungsbezogener Basis und selbst dort nur ansatzweise und auch nur mit einem Teil der Mittel, die zuvor von den für die medizinischen Fakultäten eingeplanten Gesamtmitteln zurückbehalten wurden. Es kommen also durch den Wettbewerb keine zusätzlichen Mittel in das System. Die Drittmittelinwerbung bringt deshalb für die Fakultäten und Universitäten bis auf den Gewinn an Prestige kaum einen substantiellen Vorteil. Sie schafft im Gegenteil für die forschungsaktiven Einrichtungen große Probleme, weil die Drittmittelgeber die Förderungen von der Bereitstellung von Mitteln für die Grundausstattung abhängig machen. Stiftungsprofessuren müssen bei uns in der Regel nach spätestens fünf Jahren von der Institution selbst weiter finanziert werden. Das gilt mit steigender Tendenz auch für bestimmte Förderprogramme der Deutschen Forschungsgemeinschaft (z. B. Forschergruppen, Schwerpunkte) oder des BMBF (z. B. Interdisziplinäre klinische Forschungszentren), die ebenfalls nur für eine bestimmte Zeit ganz oder teilweise gefördert werden mit der Auflage an die Institution, sie nach Ablauf

der Förderfristen selbst weiter zu finanzieren. So bleiben den Fakultäten immer weniger freie Mittel für die Berufung leistungsstarker Forscher oder für strukturelle Anpassungen. Auf diese Weise engt bei uns eine leistungsstarke Forschung mit hoher Drittmittelinwerbung die Beweglichkeit der Fakultäten und Hochschulen zunehmend ein. Dies wird immer mehr zu einem Problem gerade für die forschungsaktiven Fakultäten, denen immer weniger Geld für Innovationen oder die Berufung potenter Wissenschaftler bleibt.

In den USA ist dies ganz anders. Nicht nur wird dort dem Forschungssystem sehr viel mehr Geld zur Verfügung gestellt, sondern für die amerikanischen Fakultäten lohnt sich die Einwerbung von Drittmitteln durch leistungsstarke Forscher ganz direkt. Bei uns macht die kompetitive Einwerbung von Drittmitteln nur maximal 33 Prozent des Aufwands für Forschung aus, während dieser Anteil bei den amerikanischen Universitäten weit höher liegt (z. B. MIT 94 Prozent, Stanford 93 Prozent und Harvard 74 Prozent). Von diesen kompetitiv eingeworbenen Drittmitteln profitieren die amerikanischen Universitäten deshalb ganz direkt, weil noch einmal 60 bis 70 Prozent der Fördersumme, die dem Forscher zur Verfügung gestellt wird, zusätzlich der Institution als so genanntes „Overhead“ zur Finanzierung der für die Forschung notwendigen Infrastruktur zufließen. Von diesen „Overheads“ leben die Universitäten zu einem ganz wesentlichen Teil, und sie schaffen ihnen die notwendigen Gestaltungsspielräume. Auch Stiftungsprofessuren werden in der Regel aus den Erträgen von zum Teil speziell für diesen Zweck eingerichteten Stiftungen langfristig finanziert und sind nicht selten auch mit Mitteln für die Infrastruktur verbunden.

Diese Möglichkeit der Vergabe von „Overheads“ ist bei unseren wichtigsten Drittmittelgebern, voran die Deutsche Forschungsgemeinschaft, nicht vorgesehen, und es stehen deshalb auch keine Mittel dafür zur Verfügung. Im Gegenteil – bei der Begutachtung von Projekten, z. B. eines Sonderforschungsbereichs, werden die Gutachter dazu angehalten zu überprüfen, inwieweit beantragte und für das Forschungsprogramm unbedingt notwendige Geräte über die Grundausstattung finanziert werden können. So wird die im Prinzip so positive Förderung von Sonderforschungsbereichen für die beantragende Institution nicht selten zu einer zusätzlichen Belastung, und auf diese Weise wird diese prestigeträchtige Förderung innerhalb einer Fakultät nicht selten zum Stein des Anstoßes, statt dass sie Anlass zur allgemeinen Freude gibt.

Das Prinzip der Forschungsförderung mit einem Overhead-System könnte vieles grundlegend verändern: Ein solches Modell würde eine auf externer Begutachtung beruhende Prämierung der Forschungsleistung bedeuten, die jedoch nicht nur dem Forscher selbst,

sondern auch seiner Fakultät zugute käme. Das würde das Interesse der Fakultäten steigern, Forscher zu berufen, die ihnen auf diese Weise Geldmittel einbringen, welche sie wiederum für die Entwicklung ihres Forschungsprofils einsetzen könnten. Aktive Forscher würden dadurch zu „Milchkühen“ der Fakultät und wären nicht wie bisher die Aufzehrer von Fakultätsressourcen. Die Berufungspolitik der Fakultäten und das Miteinander innerhalb der Fakultäten würden sich dadurch ohne Zweifel drastisch verändern.

Das bei uns dagegen übliche Vorgehen führt eigentlich genau in die entgegengesetzte Richtung. Schon heute wird an vielen Standorten deutlich, dass kaum mehr Mittel für Innovationen oder Berufungen zur Verfügung stehen. Und so ist es nicht verwunderlich, dass nicht nur der Nachwuchs, sondern auch hochkarätige Wissenschaftler von ausländischen Universitäten zunehmend mit Erfolg abgeworben werden, weil diese weit mehr an Ausstattung als deutsche Einrichtungen zu bieten haben. Rückberufungen von exzellenten deutschen Wissenschaftlern aus dem Ausland werden immer seltener.

Diskutiert man dieses Problem des fehlenden Overheads mit den Beamten aus den Fachministerien des Bundes, werden sofort rechtliche Bedenken vorgebracht, wie zum Beispiel die Aussage, dass Infrastruktur Sache der Länder sei. Mittel dafür könnten deswegen auch nicht durch zentrale Geldgeber vergeben werden. Das BMBF hat in den letzten Jahren erhebliche Mittel für die Entwicklung von Strukturen an den Hochschulen ausgegeben, z.B. für Interdisziplinäre klinische Forschungszentren oder für die Bildung von krankheitsbezogenen Netzwerken, um nur zwei Beispiele zu nennen. Warum stellen jedoch Bundesministerien zwar außeruniversitären Einrichtungen wie Fraunhofer-Instituten und Helmholtz-Zentren Mittel für die Finanzierung von Overheads zur Verfügung, nicht jedoch den Hochschulen? Selbst bei der EU ist üblich, bei der Projektmittelfinanzierung zusätzlich Overhead-Mittel für Hochschulen zur Verfügung zu stellen, weil man dort das Problem offensichtlich erkannt hat. Keine Lösung wäre es allerdings, wenn die DFG Overheadkosten aus den ihr zur Zeit zur Verfügung stehenden und schon jetzt viel zu knappen Projektmitteln übernehmen würde, weil diese dadurch weiter reduziert würden. Stattdessen müssten für diesen Zweck zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Aber auch der Bereich der Lehre ist in erheblichen Schwierigkeiten. Die neue Approbationsordnung mit ihren Forderungen nach Kleingruppenunterricht und massiv vermehrten mündlichen Prüfungen verlangt von den Hochschullehrern ein wesentlich höheres zeitliches Engagement als bisher, das bei der sonstigen Belastung durch Forschung, Krankenversorgung, Management und Verwaltung bei dem jetzigen Stellenbestand kaum zu erbringen ist.

Die Problematik der Unterfinanzierung gilt aber nicht nur für Forschung und Lehre, sondern zunehmend auch für den Bereich der Krankenversorgung. Die Universitätskliniken, die ein zentraler Bestandteil der Hochschulmedizin sind, werden durch weitere Gegebenheiten zunehmend stranguliert. Seit 1995 zahlen die Kassen ein festes Budget, das nicht den steigenden Kosten für Arzneimittel und Verbrauchsmaterial angepasst wird. Zusätzlich werden die im öffentlichen Dienst mit der Gewerkschaft ausgehandelten Gehaltserhöhungen den Kliniken nur zu einem kleinen Bruchteil ersetzt, so dass dadurch das Budget seither allein um zehn Prozent gesunken ist. Weiterhin wird ab Herbst 2004 der Arzt im Praktikum ersatzlos abgeschafft, was prinzipiell begrüßt werden muss, werden doch bisher die Berufsanfänger schamlos mit vier Zehnteln eines Assistentengehalts unterbezahlt. Es ist aber trotz aller Beteuerung kaum zu erwarten, dass das Budget um die fehlenden sechs Zehntel erhöht wird, so dass es faktisch zu einer weiteren Stellenreduktion kommen muss. Und die finanziellen Probleme, die das neue Arbeitszeitgesetz auslösen wird, sind durch das Budget mit Sicherheit nicht mehr aufzufangen. Seit Jahren ist auch das Problem der Unterfinanzierung der Hochschulambulanzen evident. In den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde definiert, dass diese nur für Forschung und Lehre, nicht aber für die Krankenversorgung notwendig sind. Entsprechend wurde die Finanzierung in der Weise geregelt, dass ein Großteil der Kosten von den Ländern als den Trägern der Universitäten übernommen wurde. Inzwischen haben sich aber immer mehr Spezialambulanzen entwickelt, die einen großen Teil der Patienten mit schweren Erkrankungen versorgen, so dass die weitgehende Finanzierung aus dem Etat für Forschung und Lehre inzwischen in keiner Weise mehr gerechtfertigt ist. Die aus diesem Vorgehen errechneten Defizite belaufen sich an den einzelnen Standorten inzwischen auf mehrere Millionen Euro.

Hinzu kommt in Zukunft, dass das neue Abrechnungssystem (DRG-System), das auf Diagnosen beruht und in seinen Grundzügen von Australien übernommen wurde, die Leistung zu 100 Prozent abbilden soll und für die Krankenhäuser der Maximalversorgung genau so wie für ein kleines Krankenhaus auf dem flachen Land gelten soll. In keinem anderen Land mit einem derartigen Vergütungssystem wird dies in gleicher Weise gehandhabt. In allen anderen Systemen gibt es entweder eine gewisse differenzierte Basisfinanzierung oder unterschiedliche Multiplikatoren für die Krankenhäuser der verschiedenen Versorgungsstufen. Beim jetzigen Stand der Entwicklung ist abzusehen, dass Einnahmeeinbußen von 10 bis 15 Prozent in den Universitätskliniken zu erwarten sind. Inzwischen geben auch namhafte Leiter privater Krankenhausketten zu, dass die Defizite der Universitätskliniken bei den Rahmenbedingungen nicht mehr durch Rationalisierung zu beseitigen sind, wie sie es bisher immer verkündet haben. Obgleich Deutschland immer noch eines der reichsten Länder ist, erreicht es bei der Finanzierung seiner Hochschulmedizin allenfalls Mittelmaß.

Aber auch die Leistungsfähigkeit der Hochschulforschung lässt im internationalen Vergleich sehr zu wünschen übrig, selbst wenn man die Publikationshegemonie der amerikanischen Kollegen berücksichtigt. Und die Defizite sind eindeutig nicht alleine durch Unterfinanzierung zu erklären. Daran ändert auch die gerne geübte Kritik an den jeweiligen Untersuchungs- und Rankingmethoden nichts. Wir sollten endgültig zur Kenntnis nehmen, dass der Wissenschaftsstandort Deutschland alles in allem nur Mittelmaß ist und dass daran auch der Blick auf so genannte Leuchttürme nichts ändert, zumal ihre „Strahlkraft“ vielfach nur in Deutschland wahrgenommen wird.

2 Überlegungen zur Qualität der Forschung

Ausgangspunkt der Überlegungen soll ein Forschungsranking sein. Natürlich haben alle Versuche, die Qualität der Forschung in Rangtabellen zu erfassen, ihre Probleme. Der Wissenschaftsrat hat sich deshalb dieser Problematik aktuell angenommen.

Der Ausschuss Medizin des Wissenschaftsrats hat bei seinen Begehungen und Evaluationen in den vergangenen zehn Jahren zunehmend größer werdende Unterschiede hinsichtlich der Forschungsaktivitäten der Hochschulstandorte konstatieren müssen und mit seiner Kritik im Einzelfall auch nicht zurückgehalten. Es wurde über die Zeit immer deutlicher, dass die Vorstellung einer einheitlichen Forschungsqualität an den Universitäten der Vergangenheit angehört, wobei einschränkend dazu gesagt werden muss, dass dies wahrscheinlich nie ganz der Fall war und dass es wohl schon immer Unterschiede gegeben hat. Von der DFG wurde diese Tatsache im Jahr 2003 allerdings eindrucksvoll mit Zahlen belegt. Von den im DFG-Ranking zehn drittmittelstärksten Universitäten finden sich acht in Bayern und Baden-Württemberg; die zwei anderen sind die traditionell in der Forschung starke Technische Hochschule in Aachen und die große Humboldt-Universität in Berlin.

Werden allerdings die Drittmittel nicht insgesamt betrachtet, sondern pro Professor berechnet, finden sich zwar wiederum sieben Universitäten in Baden-Württemberg und Bayern unter den ersten zehn, aber interessanterweise tauchen jetzt unter den ersten zehn Hochschulen drei kleine Einrichtungen auf, in denen der Anteil der forschungsaktiven Hochschullehrer besonders groß zu sein scheint, nämlich die Medizinische Hochschule Hannover und die Universitäten in Konstanz und Freiberg in Sachsen. Die in Bezug auf die Gesamtmittel auf Platz 9 angesiedelte Humboldt-Universität rutscht bei dieser Betrachtungsweise auf Platz 28. Differenziert man nach Fachgebieten pro Hochschullehrer, so ist das Bild fast das gleiche. Betrachtet man die im Ranking zehn besten Hochschulen

in Bezug auf die verschiedenen Fächer, so liegen davon wiederum die meisten in den beiden Südländern. Im Einzelnen sind das die Fächer bzw. Fachgruppen Geisteswissenschaften mit sieben Hochschulen, Biologie mit fünf Hochschulen, Naturwissenschaften mit sieben Hochschulen und Ingenieurwissenschaften mit sechs Hochschulen in den Ländern Baden-Württemberg und Bayern.

Man muss sich fragen, woher diese dramatisch zu nennenden Unterschiede stammen. Immerhin hat an den zehn drittmittelstärksten Universitäten jeder Professor doppelt so viele Mittel von der DFG pro Jahr eingeworben wie in den mehrheitlich ebenfalls renommierten Hochschulen im Mittelfeld auf den Plätzen 31 bis 40. Nahe liegend ist die Erklärung, dass es sich bei Baden-Württemberg und Bayern um die beiden reichen Länder handelt, die im Länderausgleich zu den Geberländern zählen und deshalb auch mehr Geld für ihre Universitäten übrig haben. Das würde dann aber genauso für Hessen gelten, und Bayern hat über viele Jahre hinweg zu den Empfängern des Länderausgleichs gehört.

Die von der DFG vorgelegten Daten spiegeln letztlich nicht nur die Aktivitäten in den evaluierten drei Jahren wider, sondern sind das Resultat eines langfristigen politischen Engagements auf dem Gebiet der Hochschulförderung. Beide Länder, Baden-Württemberg und Bayern, haben neben der – zugegebenen langjährigen politischen Stabilität – auch eine Tradition der starken Wissenschaftsminister, die es offensichtlich über viele Jahre verstanden haben, der Wissenschaft innerhalb des Landeshaushalts einen hervorragenden Platz zu verschaffen. Das macht aber auch deutlich, welchen vergleichsweise hohen Stellenwert die jeweiligen Ministerpräsidenten beider Länder Forschung und Bildung über viele Jahre zugemessen haben. Das spiegelt sich nicht nur in der kontinuierlichen Neubauaktivität wider, sondern auch in einem überdurchschnittlichen Engagement im Bauerhalt. Der Nachholbedarf, der dagegen in einigen alten Bundesländern auf diesem Gebiet schon seit längerer Zeit besteht, muss Anlass zu großer Sorge geben.

Die neuen Bundesländer können naturgemäß kaum mithalten, denn der Nachholbedarf ist dort besonders groß. Aber es ist eindrucksvoll, in welcher Weise sich diese vergleichsweise armen Länder bemühen, die Situation zu verbessern und aufzuholen. Der interessierte Beobachter kann feststellen, dass dies in ganz besonderem Maße für die Universitäten gilt. So bestehen mittlerweile deutliche Unterschiede zwischen den Hochschulen, wenn man nur die Fakultäten der neuen Bundesländer vergleicht.

Man muss aber eindeutig davon ausgehen, dass sich in Zukunft in Bezug auf die wissenschaftlichen Aktivitäten immer deutlicher die Spreu vom Weizen trennen und an einem

nicht unerheblichen Teil der deutschen Universitäten die Forschung nur mehr eine untergeordnete Rolle spielen wird. Dies ist insofern nicht unproblematisch, als es dem viel zitierten Humboldt'schen Prinzip von der Einheit von Forschung und Lehre widerspricht. Aber vielleicht ist das ja auch ein Postulat, das nicht absolut gelten sollte. Man nehme als Beispiel nur die breite Palette der amerikanischen Universitäten, wo die Forschung sicher noch viel stärker auf einen kleinen Teil der Hochschulen konzentriert ist. Auch in den USA gibt es nicht viele Harvards. Ähnlich wird wohl auch in Deutschland zunehmend von Bedeutung sein, an welcher Hochschule ein Absolvent studiert hat. Und wenn die Hochschulen, was dringend notwendig ist, sich ihre Studenten selbst aussuchen können, wird der Unterschied zwischen den Standorten noch deutlicher werden. Die Studenten werden dann, ihren Neigungen folgend, dorthin gehen, wo ihr Interesse prioritär für die Wissenschaft oder mehr für die Lehre und Krankenversorgung befriedigt wird. Ich bin aber nicht sicher, ob wir das bedauern sollen.

Angesichts der geschilderten Probleme ist es nicht verwunderlich, wenn sich die guten jungen Leute immer mehr ins Ausland absetzen, wo es eine große Zahl an international hoch angesehenen Forschungseinrichtungen mit guten Karriereöglichkeiten gibt, während bei uns die Reglementierungen des Hochschulrahmengesetzes immer wieder ihr Ziel verfehlen, die Situation für den Nachwuchs zu verbessern. So war z. B. die Einführung der Juniorprofessur von gutem Willen beseelt und wurde auch vom Wissenschaftsrat im Prinzip unterstützt. Allerdings habe ich immer wieder deutlich gemacht, dass die Juniorprofessur für die klinische Medizin aufgrund der notwendigen Facharztausbildung kein wirklich praktikables Modell ist. Entgegen der ursprünglichen und so auch vom Wissenschaftsrat getragenen Absicht, wurde aber mit ihrer Einführung von der Politik nicht die Verknüpfung einer Zukunftsperspektive im Sinne eines Tenure-Systems verbunden. Das muss zur Konsequenz haben, dass es hoch qualifizierte Juniorprofessoren geben wird, die nach Ablauf der Förderung über sechs Jahre wegen mangelnder Stellen die Universitätslaufbahn abbrechen und die Hochschule verlassen müssen, was wohl kaum im Sinne einer Nachwuchsförderung sein kann. Dies lässt, wie vieles andere auch, an der Innovationskraft in Deutschland zweifeln.

3 Überlegungen zu den Strukturen in der Hochschulmedizin

Letztlich verharren auch die Hochschulen selbst in ihren althergebrachten Strukturen der Gruppenuniversität und den Kollegialsystemen in den Fakultäten. Schwerpunktsetzung und Innovation sind in einem solchen System extrem schwer umzusetzen, und die Beharrungskräfte auch oder gerade in der Medizin faszinieren immer wieder aufs Neue.

Die fehlende Bereitschaft oder Unfähigkeit vieler Hochschullehrer, auf traditionelle Privilegien zu verzichten und innovative Ansätze nicht nur in der Forschung, sondern auch im akademischen System zu verfolgen, musste ich bei meiner Tätigkeit für den Wissenschaftsrat immer wieder mit Bedauern zur Kenntnis nehmen. So ist es zum Beispiel in der klinischen Medizin seit Jahren evident, dass die Habilitation bei der Mehrzahl der Habilitanden eindeutig nur mit dem Ziel verbunden ist, eine Chefarztposition außerhalb der Universität zu erlangen. Die durch die Habilitation nachgewiesene wissenschaftliche Qualifikation hat nichts, aber auch gar nichts, mit der Tätigkeit eines Chefarztes zu tun. Hinzu kommt, dass die guten Ärzte, die deshalb klinisch gut sind, weil sie ihre Zeit nicht mit oft zweitrangigen wissenschaftlichen Untersuchungen verbracht haben, häufig in den Bewerbungsverfahren nicht einmal berücksichtigt werden, weil kein Professorentitel sie schmücken kann. Trotzdem ist der Widerstand gegen die Abschaffung der Habilitation bei vielen medizinischen Hochschullehrern heftig, und man wird den Verdacht nicht los, dass sie nicht auf dieses durchaus als Disziplinierungsmaßnahme verwendbare Verfahren verzichten wollen. Das vorgeschobene Argument, dass man ohne die Habilitation die wissenschaftliche Qualifikation nicht beurteilen kann, ist viel zu durchsichtig, um es weiter zu diskutieren.

Dabei wäre die Lösung recht einfach. Die Veröffentlichungen des wissenschaftlich tätigen Mediziners belegen die Qualität der Forschung keinesfalls schlechter als eine Habilitationsschrift. So spielt diese auch bei Berufungsverfahren für klinische Lehrstühle praktisch keine Rolle. Hier werden das Publikationsverzeichnis und gegebenenfalls die veröffentlichten Arbeiten zur Bewertung herangezogen. Die Habilitationsschrift und damit die Habilitation selbst sind also in der klinischen Medizin kein taugliches Werkzeug der Beurteilung. Und dem Problem des fehlenden Professorentitels für den nicht habilitierten Kliniker könnte man leicht begegnen, indem man den Chefarzten an den akademischen Lehrkrankenhäusern bei entsprechendem Engagement für die Studentenausbildung in der Hochschule wie dann auch im Krankenhaus den Titel eines Honorarprofessors verleiht, der eben für Leistungen in der Lehre und nicht in der Forschung verliehen wird.

Die Hochschulmedizin hat zurzeit allerdings – und das darf man nicht übersehen – nicht nur mit den beschriebenen Strukturproblemen zu kämpfen, sondern zudem mit den oben beschriebenen grundsätzlichen Veränderungen im Finanzierungssystem. Sie muss sich mit einem festen Zuschussbetrag auseinandersetzen, der Personalkostensteigerungen nicht berücksichtigt, mit den neuen Gesetzen für die Hochschulklinika mit dem Ziel der Wirtschaftlichkeit, der Einführung des DRG-Systems, einem völlig neuen Abrechnungssystem, das mit einem gewaltigen bürokratischen Aufwand für die Krankenhausärzte

verbunden ist, sowie mit der neuen Approbationsordnung, die in ihrer Umsetzung von den Fakultäten sehr viel größere Anstrengungen in der Lehre verlangt als bisher. Das ist ohne Zweifel etwas viel auf einmal.

Damit ist es aber noch nicht genug. Denn auch das System der Hochschulmedizin selbst bedarf dringend eines Wandels. Hier sind ohne Zweifel wichtige Veränderungen angebracht. Ich will dazu einige Punkte kurz anreißen:

- Es muss dringend Abschied genommen werden von dem Postulat von Forschung, Lehre, Krankenversorgung und Management in einer Person. Zu vielfältig sind diese Aufgaben und zu unterschiedlich sind die Anforderungen dieser vier Bereiche, sodass es kaum vorstellbar ist, dass in Zukunft derselbe Hochschullehrer diese so völlig verschiedenen Aufgaben mit derselben einzufordernden hohen Qualität erfüllen kann. Es müssen daher an den Hochschulkliniken klar definierte Positionen für hervorragende Kliniker geschaffen werden und gleichzeitig auch solche für Wissenschaftler. Es muss in Zukunft zu zwei Laufbahnen kommen, eine mit dem Schwerpunkt Forschung und die andere mit dem Schwerpunkt Krankenversorgung. Gleichzeitig muss sich hervorragende Forschung finanziell ebenso lohnen wie exzellente Krankenversorgung. Aus den Mitgliedern der klinischen Laufbahn können dann auch die zukünftigen Chefärzte rekrutiert werden, die sich in ihrem Berufsleben überwiegend auf die klinische Tätigkeit konzentrieren.
- In einem Universitätsklinikum muss es auch möglich sein, Abteilungen zu haben, die für die Krankenversorgung und eventuell auch für die Lehre notwendig sind, in denen aber nicht unbedingt Forschung betrieben wird. Das sollte kein Manko sein. Allerdings benötigen solche Abteilungen auch keine Mittel aus dem Zuschuss für Forschung.
- Die rechtlichen Verselbstständigungen der Universitätsklinik in den einzelnen Bundesländern haben zu mehr Freiräumen, allerdings in meist noch sehr begrenzter Form, geführt. Jedoch soll nicht verschwiegen werden, dass viele der durch die neuen Gesetze eingeräumten Freiräume auch innerhalb der bestehenden Gesetzesrahmen möglich gewesen wären. Es bedurfte aber wohl des Denkanstoßes durch die neuen Gesetze, die viele Notwendigkeiten zur Veränderung erst in das Bewusstsein sowohl der Hochschul-lehrer als auch der Ministerialbeamten gebracht haben. Diese Freiräume müssen aber noch wesentlich erweitert werden, um die Klinika im Rahmen des Gesundheitssystems konkurrenzfähig zu machen. Dazu gehören auch ein weiterer Abbau der Einflussnahme der Ministerien und die Schaffung eines Wissenschaftstarifvertrags. Die meist noch zögerlich eingeräumte Bauherreneigenschaft ist in der Tat ein großer Fortschritt in

die Richtung einer sehr viel größeren Beweglichkeit der Einrichtungen, greift aber zu kurz, wenn die Obergrenze des Freiraums zu niedrig angesetzt wird. Ohne Zweifel tun sich Politik und Ministerien trotz aller anders lautenden Aussagen mit der Autonomie der universitären Einrichtungen, nicht nur in der Medizin, außerordentlich schwer.

- Neue Leitungsstrukturen sind sowohl für die Klinika als auch für die Fakultäten notwendig. Dabei wird langfristig die Hauptamtlichkeit der Leitungspersonen neben dem Verwaltungsdirektor nicht zu umgehen sein. Diese Forderung aber zum jetzigen Zeitpunkt schon zur grundsätzlichen Voraussetzung für die Ernennung eines Dekans oder eines Ärztlichen Direktors eines Klinikums zu machen, ist wohl falsch, da das Angebot an dafür kompetenten Personen auf dem freien Markt zur Zeit noch keinesfalls ausreichend ist und derartige Karrieren sich erst entwickeln müssen.
- Die Berufungsverfahren dauern viel zu lange – nicht selten länger als zwei Jahre. Sie müssen ebenfalls den neuen Geboten der Wirtschaftlichkeit angepasst werden. Berufungskommissionen mit überwiegend nicht fachkompetenten Mitgliedern sind genauso obsolet wie die Beteiligung der vielen Instanzen oder die zeitlich kaum limitierten Verhandlungen mit einem oder gar mehreren Berufenen. Die Gruppendynamik innerhalb der Berufungskommissionen ist in vielen Fällen kontraproduktiv. Fakultät und Klinikum müssen gemeinsam festlegen, welche Kompetenzen der für eine bestimmte Aufgabe zu suchende Hochschullehrer haben soll, und entsprechend sollte gezielt danach gesucht werden. Auch die gesetzlich vorgeschriebenen Ausschreibungsverfahren werden diesen Notwendigkeiten nicht gerecht. Zwar ist es auch jetzt schon möglich, Hochschullehrer, die sich nicht beworben haben, zur Bewerbung aufzufordern, doch wird davon viel zu selten Gebrauch gemacht.
- Die Leitungsstruktur der Fakultät muss den Notwendigkeiten ebenfalls angepasst werden. Ähnlich der Handhabung im Klinikum, muss auch der Fakultätsvorstand unter der Leitung des Dekans die Fakultät führen und wichtige Entscheidungen treffen können. Eine administrative Infrastruktur muss den Vorstand in die Lage versetzen, mit dem Klinikum auf gleicher Augenhöhe zu agieren. Es muss auch dringend über die Rolle der traditionellen Fakultätsgremien nachgedacht werden, die mit ihrer Schwerfälligkeit und Gruppendynamik nicht selten für die Fakultät wichtige Vorgänge blockieren oder ihnen einen Schub in die falsche Richtung versetzen.
- Im Gesundheitssystem müssen klare Regelungen für die Finanzierung von Therapiestudien, für innovative Diagnostik- und Therapiemethoden und die Spezialambulanz getroffen werden, da sonst die Universitätskliniken durch die Zwänge der Budgetierung nicht mehr in der Lage sein werden, ihren genuinen Aufgaben in der

klinischen Forschung nachzukommen. Es kann einfach nicht mehr so weitergehen, dass die Versorgung schwer kranker Menschen in großem Umfang in den Hochschulambulanzen stattfindet, diese aber nicht adäquat durch die Krankenkassen finanziert werden, sodass dort erhebliche Mittel, die ursprünglich für Forschung und Lehre zur Verfügung gestellt wurden, eingesetzt werden müssen. Es erstaunt immer wieder, dass die Wissenschaftsminister diese prekäre Situation so ungerührt hinnehmen.

- Viele Hochschullehrer müssen noch begreifen lernen, dass Freiheit der Forschung nicht heißen kann, dass man alles tun kann, was man will, und niemandem Rechenschaft schuldig ist. Das Amt eines Hochschullehrers ist nach wie vor ein Privileg, mit dem aber ohne Zweifel ein erhebliches Maß an Verantwortung für das Ganze verknüpft ist.
- Es muss schließlich auch klar sein, dass nicht jedes Universitätsklinikum alle Fächer vorhalten muss, die über die Weiterbildungsordnung definiert sind, sondern dass die notwendige Schwerpunktbildung zu Konzepten der Zusammenarbeit – auch zwischen benachbarten Kliniken – führen muss.
- Nicht zu übersehen ist die Tatsache, dass an manchen Standorten inzwischen die kaufmännische Leitung in einer solchen Weise das Geschehen bestimmt, dass die Forschung auch von dieser Seite massiv bedroht wird. Für solche Fachleute ist wohl das Krankenhaus der Maximalversorgung ohne universitären Anspruch das Ziel. Dass ein Universitätsklinikum seine Existenzberechtigung nur aus den gleichermaßen hohen Aktivitäten in Krankenversorgung und Forschung bezieht, muss als Leitlinie von allen Verantwortlichen akzeptiert werden, auch wenn gewisse Abstufungen im Engagement für die Forschung, wie bereits beschrieben, denkbar sind.
- Schließlich engen die Regularien des öffentlichen Dienstes, wie auch die der Arbeitsgesetzgebung, die Möglichkeiten der Forschung in Deutschland immer weiter ein. Die Unmöglichkeit, Leistung zu belohnen oder inkompetente oder faule Mitarbeiter loszuwerden, ist ein gravierender Hemmschuh für die Effektivität des Hochschulsystems, und das nicht nur in der Medizin.
- In der Forschung muss die Nachwuchsförderung dringend intensiviert werden. Schon während des Medizinstudiums müssen an der Wissenschaft interessierte Studenten gezielt gefördert und angeleitet werden. Außerdem besteht bei uns im Gegensatz zu den angloamerikanischen Ländern überwiegend nur eine projektbezogene Förderung und nicht die eines erfolgreichen Wissenschaftlers per se. Eine gezielte Förderung der jungen Wissenschaftler findet bei uns nur bis zu einem maximalen Alter von

35 Jahren statt, so dass sie spätestens ab diesem Zeitpunkt etabliert sein müssen. In den genannten Ländern gibt es dagegen eine Palette von so genannten „Career Awards“, die erfolgreichen Wissenschaftlern bis zum Ende ihrer Laufbahn immer wieder zugesprochen werden können, so dass sie sich trotz fehlender Planstellen im Wissenschaftssystem etablieren können.

4 Ausblick

Man muss sich also fragen, was zu tun ist, um den Wissenschaftsstandort Deutschland wieder nach vorne zu bringen. Auch hierzu seien nur einige besonders wichtige Punkte aufgezeigt:

- Die Politik muss grundsätzlich umdenken, um der Bildung in Schulen und Hochschulen sowie der Wissenschaft wieder den Stellenwert einzuräumen, der für die Zukunft Deutschlands essentiell ist. Das muss sie auch den Mitgliedern unserer Gesellschaft verdeutlichen. Ich bin überzeugt, dass gerade auch die wirtschaftliche Zukunft unseres Landes, dessen wichtigste Ressource die jungen Menschen sind, ganz wesentlich davon abhängen wird, ob das gelingt.
- Dazu gehört auch die Verbesserung der finanziellen Situation. Dass das im Moment eine fast abstruse Forderung zu sein scheint, ist evident. Den Politikern aller Parteien sollte klar sein, dass fehlende Konzepte in allen wesentlichen Bereichen unserer Gesellschaft und mangelnder Wille zum Konsens und zur Neuordnung keine Rechtfertigung für die Vernachlässigung von Bildung und Wissenschaft sein können. Nicht nur das Gesundheitssystem und die Altersversorgung bedürfen einer grundlegenden Neuordnung. Das Schlimme ist, dass diese Misere schon lange besteht, und Deutschland insgesamt, nicht nur in der Bildung und der Forschung, immer weiter ins Hintertreffen zu geraten scheint. Leider wurden die Grundlagen für die heutige prekäre Situation durch Nichtstun schon zu einer Zeit gelegt, als es noch mehr Geld im System gab. Und der Ruf nach der Schaffung von Eliteuniversitäten, wie er jetzt aus der SPD ertönt, kann nur dann überhaupt diskutiert werden, wenn diese nicht durch Umverteilung geschaffen werden, wie es zu befürchten ist, sondern damit eine bessere Förderung des gesamten Hochschulsystems verbunden ist, das ja nach dem Willen der Politik in Zukunft noch wesentlich mehr Studenten verkraften soll.
- Sicher müssten sich Hochschullehrer an regelmäßige Evaluationen gewöhnen. Wer Mittel für die Forschung erhält, von wem auch immer, muss auch Rechenschaft darüber ablegen, wie sie verwendet wurden.

- Eine gewisse Entlastung für die Hochschulen könnten Studiengebühren in Verbindung mit einem adäquaten Stipendiensystem bringen, vorausgesetzt, dass die Studiengebühren dann auch wirklich den Universitäten zugute kommen. Es bleibt zu fragen, wann die Bundesbildungsministerin und die Finanzminister diese Notwendigkeit endlich anerkennen wollen. Es ist inzwischen allgemeiner Konsens, dass mit einem solchen System der gerechte Zugang zum Studium sogar besser als bisher gewährleistet werden kann, wenn auf diese Weise gute Leistungen honoriert werden. Zusammen mit der Möglichkeit, sich die Studenten weitgehend selbst auszusuchen, würden Studiengebühren den Universitäten verdeutlichen, wo sie ihr Engagement verstärken müssen. Forschungsaktive Universitäten hätten so eine andere Studentenklientel als die Hochschulen, an denen die Lehre eine zentralere Rolle spielt. Die Studenten hätten dann aber auf jeden Fall das Recht, von ihren Professoren Leistung einzufordern.
- Von den medizinischen Fakultäten muss eine Schwerpunktbildung eingefordert werden. Kostenintensive Bereiche wie die Transplantationsmedizin oder die Kinderherzchirurgie, um nur zwei Beispiele zu nennen, müssen auf die dafür notwendige Zahl der Einrichtungen beschränkt werden. Allerdings ist das bisherige Versäumnis nur zum Teil den Fakultäten anzulasten, da es Aufgabe der wissenschaftlichen Gesellschaften ist, notwendige Standards zu definieren, und die Krankenkassen müssten die Kosten-erstattung von der Einhaltung solcher Standards abhängig machen.
- Ordinarien und Klinikchefs sollten nicht mehr von vorneherein unbefristet berufen werden. Es muss die Möglichkeit bestehen, eine offensichtliche Fehlbesetzung relativ bald und nicht erst nach 25 oder 30 Jahren durch die Emeritierung zu korrigieren. Auch Berufungszusagen können nur für eine festgesetzte Zeit gelten. Insgesamt müssen Instrumente geschaffen werden, die es den Vorständen der Klinika ermöglichen, notwendige strukturelle Veränderungen im Dienstleistungsbereich auch gegen den Willen der Betroffenen vorzunehmen, wie dies in jedem Wirtschaftsbetrieb möglich ist. Allerdings muss die Freiheit der Forschung immer gewahrt werden. Das kann aber zum Beispiel nicht bedeuten, dass einem Forscher seine gesamte Infrastruktur belassen werden muss, und das auch dann, wenn er über eine gewisse Zeit keine Drittmittel eingeworben und keine Originalarbeit mehr veröffentlicht hat. Der Leiter einer klinischen Einrichtung, der deren Leistungsfähigkeit und damit auch deren Ruf zum Schaden des Gesamtklinikums heruntergewirtschaftet hat, sollte aus seinem Amt entfernt werden können und das, ohne dass er noch eine beträchtliche Entschädigungszahlung für seine Bereitschaft zum Rückzug von der Einrichtung erhält.

Es sind also sehr grundsätzliche Änderungen, die für das Hochschulsystem notwendig sind und die in den Hochschulgesetzen Berücksichtigung finden müssten. Die Eigenverantwortung der Hochschulen muss noch viel weiter gestärkt werden. Es muss aber auch öffentlich gemacht werden, wenn Hochschulen ihre Aufgaben nicht erfüllen. Diese Forderung scheint aber bisher nur für die privaten Hochschulen zu gelten. In der Politik müssten offene Diskussionen über die Zahl der Hochschulstandorte geführt werden. In der Medizin hat ohne Zweifel auf Grund des Wunsches nach mehr Studenten in den 70er Jahren eine Expansion stattgefunden, die zu einer großen, möglicherweise zu großen Zahl an medizinischen Fakultäten geführt hat. Es wird zunehmend deutlich, dass sich einige Länder wohl nicht mehr alle vorhandenen medizinischen Fakultäten leisten können, mit der Folge, dass der Mangel in allen Einrichtungen die Qualität bestimmt.

Erhebliche Bedenken muss man aber gegen die Sinnhaftigkeit einer teilweisen Zusammenlegung von Nachbareinrichtungen zur Lösung der finanziellen Probleme anmelden. In Kiel und Lübeck hat ein solcher Beschluss der Politik allerdings zu einer positiven Diskussion über die Zusammenarbeit zwischen den beiden Standorten geführt. Gefordert wurde dies bereits vom Wissenschaftsrat und einer Strukturkommission, leider in beiden Fällen erfolglos, was wohl in der Politik schließlich Frustration ausgelöst und letztlich dann zu dem Beschluss über die Zusammenlegung geführt hat. Die Zukunft muss aber erst noch zeigen, ob das gemeinsame Klinikum zweier Fakultäten an zwei getrennten Standorten wirklich die Effizienz bei der Verwendung der Mittel steigern wird oder ob man den gleichen Effekt nicht auch durch eine verbesserte Kooperation erreicht hätte – unter Vermeidung der massiven Friktionen zwischen den Hochschullehrern, die durch eine solche Fusion ausgelöst werden. Allerdings ist mir bei den Diskussionen in der Wissenschaftlichen Kommission, die zur Vorbereitung der Fusion in Schleswig-Holstein eingerichtet wurde, nur zu deutlich geworden, dass für Strukturänderungen offensichtlich Hilfe und Druck von außen notwendig sind, um überhaupt erfolgreich zu Gesprächen und über die Hürden der Egoisten zu kommen. Obgleich ich als Vorsitzender dieser Wissenschaftlichen Kommission die Fusion der Universitätsklinik von Kiel und Lübeck mit vorbereitet und vor allem die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen mit erarbeitet habe, sind meine Zweifel nicht beseitigt, und man sollte das Ergebnis dort abwarten, ehe man sich zu weiteren ähnlichen Experimenten entschließt. Die gescheiterte Fusion der Medical Schools von Stanford und der University of California San Francisco ist ein abschreckendes, teures Beispiel, und in Berlin wird schon jetzt immer deutlicher, dass eine derart halbherzige Lösung die anstehenden Probleme wahrscheinlich nicht lösen kann. Strukturänderungen mit dem alleinigen Ziel, Geld einzusparen ohne gleichzeitig Effizienz und Qualität zu verbessern, sind nach meinem Dafürhalten von vorneherein ein Weg in eine Sackgasse.

Dies sind komprimiert einige Gedanken zum Wissenschaftsstandort Deutschland und zur Hochschulmedizin in unserem Land. Ich hoffe, ich konnte deutlich machen, dass die Politik auf der einen Seite und die Hochschullehrer auf der anderen Seite den Ernst der Lage endlich erkennen und große Anstrengungen unternehmen müssen, in absehbarer Zeit an dieser Situation etwas Grundsätzliches zu ändern, im Interesse der Zukunft unseres Landes und damit insbesondere unseres Nachwuchses.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. Dietrich Niethammer
Geschäftsführender Ärztlicher Direktor der
Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Hoppe-Seyler-Straße 1
D-72076 Tübingen