

## **TOP 13**

# **Klinische Forschung im Verbund der Universität**

**Prof. Dr. P. Gaehtgens**

**Präsident der Hochschulrektorenkonferenz, Bonn**

Sehr geehrter Herr Präsident,  
meine sehr verehrten Damen und Herren!

Angesichts der zahlreichen Äußerungen der jüngsten Zeit zur Entwicklung der Forschung in der Hochschulmedizin<sup>1</sup> – Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Empfehlungen des Wissenschaftsrats, Stellungnahme der Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung – könnte man sich fragen, ob es denn weiterer Analysen und nicht eigentlich nur der entschlossenen Umsetzung der zahlreichen vernünftigen Vorschläge bedürfe: Kann zu diesem Thema wirklich noch etwas Neues und Bedenkenswertes gesagt werden?

Immerhin zeigt die Fülle der Stellungnahmen aber, daß die internationale Wettbewerbsfähigkeit der medizinischen Forschung in Deutschland tatsächlich Gegenstand berechtigter Sorge ist. Als Ursachen werden vielfach organisatorisch-strukturelle Hindernisse angeführt, die der Entwicklung insbesondere der disziplinenübergreifenden Forschung – etwa in Kooperation von experimentell-theoretischen und klinischen Disziplinen innerhalb der Medizin - entgegenstehen. Solche Hindernisse hängen mit der Verschiedenartigkeit der Aufgaben der Universitätsmedizin, der vielfach übergewichtigen Dominanz der Krankenversorgung, des für sie erforderlichen Managements einer Klinikums- und Fakultätsleitung, sowie dem vorrangigen Interesse mancher Kliniker an ihren klinisch-praktischen Aufgaben zusammen. Wenn

---

<sup>1</sup> Der Begriff „Klinische Forschung“ wird hier zu Gunsten des allgemeineren Begriffs „Medizinische Forschung“ vermieden, um eine denkbare Einengung auf die Forschung am und mit Patienten im Sinne etwa von klinischen Studien auszuschließen.

deutsche Universitätsklinika und die dort Tätigen Krankenversorgung nur in dem Umfang betrieben, wie es "für Forschung und Lehre erforderlich" ist, wie der Wissenschaftsrat einmal definiert hatte, wäre die Lage vielleicht anders. Aber strukturelle Probleme haben in der Regel auch mentale Ursachen und insoweit ist auch die Aufgabenwahrnehmung auf Seiten der in Universitätsklinika Tätigen – überdies auch der nicht zu unterschätzende Steuerungseffekt des damit zusammenhängenden Honorierungssystems - von Bedeutung. Solange die akademischen Aufgaben in Forschung und Lehre nicht einen anderen Stellenwert gegenüber der Krankenversorgung erhalten, werden die in den erwähnten Denkschriften als notwendig benannten strukturellen Veränderungen in Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten nicht Realität werden; solange wird auch bei größeren finanziellen Anstrengungen - die ohnehin nicht zu erwarten sind - die medizinische Forschung ein internationales Spitzenniveau, von Einzelleistungen abgesehen, nicht erreichen.

Bei näherer Durchsicht der vorliegenden Denkschriften fällt aber deutlich auf, daß sie sich mehr oder weniger ausnahmslos auf die Frage der internen Organisationsstrukturen der Medizin konzentrieren – auf Modalitäten von Aus-, Weiter-, Fortbildung, auf Qualifikationswege und Laufbahnen in der Medizin, auf die Personal- und Organisationsstruktur von Klinika, die Mechanismen der Akquisition, der internen Verteilung und Verwaltung von Ressourcen in Klinikum und Medizinischer Fakultät, auf organisationsrechtliche und Zuständigkeitsfragen in dem komplexen Funktionsgeflecht eines Klinikums oder einer Medizinischen Fakultät. Demgegenüber wird die Tatsache kaum angesprochen, daß die Universitätsmedizin ein Teil der Universität ist. Dies ist nicht nur ein weiterer Beleg für die inzwischen weit fortgeschrittene, nicht nur organisationsrechtliche Separation der Medizin von der Universität im übrigen. Es ist auch ein Beleg für die nicht geringe Unterschiedlichkeit dessen, was ich als "Binnenkultur" bezeichnen möchte: Akademische Gepflogenheiten, Gewichtsverteilung zwischen individuellen und institutionellen Interessen, Formen von Meinungsbildung und Entscheidungsfindung haben sich in der Universitätsmedizin und im "Rest der Universität" sehr verschieden entwickelt.

Diese Beobachtung ist deswegen so relevant, weil diese "Kulturbarriere" in völligem Widerspruch steht zu der fachinhaltlichen Notwendigkeit eines engen Kontaktes zwischen den medizinischen und – mindestens den naturwissenschaftlichen Bereichen der Universität. Einerseits ist evident, daß die deutsche medizinische Forschung internationales Spitzenniveau fast nur dort erreicht hat, wo klinische und experimentelle Disziplinen in engem Zusammenhang gewirkt haben – etwa in der Nephrologie, der Neurologie, der Kardiologie. Und zweitens ist ebenso offenkundig, daß der wissenschaftliche Fortschritt und die damit gewaltig gestiegenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der klinisch-praktischen Medizin unmittelbares Ergebnis der explosiven Entwicklung neuer, in den medizinischen und naturwissenschaftlichen Grundlagendisziplinen – oft außerhalb der Medizin – entwickelten modernen Methoden der Zell-, Molekular- und Genbiologie ist. Es ist doch kein Zufall, daß wir heute von der Epoche der "Lebenswissenschaften" sprechen, und darunter wahrhaftig nicht nur die Medizin und ihr Disziplinenpektrum verstehen. Die wissenschaftliche Verflechtung der Universitätsmedizin mit ihren naturwissenschaftlichen Kooperationspartnern und in anderen Teilgebieten auch denen der Sozial- und Geisteswissenschaften ist mithin für die Zukunftsperspektive der Lebenswissenschaften insgesamt unabdingbar. Die Konsequenzen dieser Erkenntnis wahrzunehmen ist daher für die Medizin selbst wie ebenso für die Universität im Übrigen von vitalem Interesse.<sup>2</sup>

Dies zeigt überdeutlich, daß für die Qualität der Forschung in der klinischen Medizin die Überwindung strukturell-organisatorischer, administrativer, vor allem aber mentaler Barrieren eine dringliche Voraussetzung ist. Ich sage es deutlich: Die Medizin selbst muß – ebenso wie die Universität im übrigen - zur Überwindung dieser Barrieren nennenswerte Anstrengungen machen. Solange dies nicht geschieht, solange in der Medizin die akademischen Belange nicht einen deutlich höheren Stellenwert erhalten als die Dienstleistungsbelange, solange die Forschung als Begründung für Laufbahnen in der Krankenversorgung außerhalb der Universität nicht ein Ende gesetzt wird,

---

<sup>2</sup> Der Arbeitskreis der Sprecher der „Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung“ stellt dazu fest: "Die Abgrenzungen zu den klassischen Naturwissenschaften verwischen mehr und mehr. Die Frage muss daher aufgeworfen werden, ob der Zuschnitt der Fachbereiche Medizin, Biologie und Chemie noch der aktuellen Entwicklung entspricht und nicht einer Neudefinition bedarf".

solange der Ritus der Habilitation immer noch Voraussetzung für die Karriere des Chefarztes in einem Krankenhaus ist, solange die Medizin nicht deutlich schärfere Versuche der internen Ressourcenallokation nach Kriterien wissenschaftlicher Leistung macht, so lange nicht jüngere Nachwuchswissenschaftler entschiedener von wissenschaftsfremden Beschäftigungen befreit werden, so lange nicht andere Mechanismen der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung in Medizinischen Fakultäten eine Ausrichtung auf wissenschaftliche Qualität und Produktivität sichern - so lange wird die Hochschulmedizin in der internationalen Wissenschaft keine Spitzenplätze erreichen und – was gravierender ist - der Vorwurf des ineffizienten Ressourceneinsatzes, ja der Verschwendung berechtigt bleiben.

**Erste These:**

**Die Medizin ist Teil der Universität; ihre schon bestehende und zunehmende "innere Separation" von dem "Rest der Universität" ist kontraproduktiv für die wissenschaftliche Entwicklung der Lebenswissenschaften und das Leistungsniveau der Medizin selbst. Struktur-, Organisations- und Entwicklungsentscheidungen in der Medizin müssen eng mit denen der Universität im Übrigen verbunden sein.**

Wir brauchen daher vorrangig eine grundlegende Veränderung der Denk- und Entscheidungsverfahren nicht allein in der Medizin, sondern in der Universität insgesamt – nur damit kann auch der "Kultursprung" überwunden und das unabdingbare Maß der wissenschaftlichen Kooperation über Disziplinengrenzen hinweg ermöglicht werden.

Diese Grundthese hat Folgen: Sie besagt, daß eine Stärkung auch des Leistungspotentials der Forschung in der Medizin nicht gelingen kann, wenn die institutionelle Bedeutung der Universität, deren Teil die Medizin ist, von dieser nicht anerkannt, durch den akademischen Dialog getragen und organisationsrechtlich gesichert wird. Dabei ist die Tatsache von besonderer Wichtigkeit, daß die für die Entwicklung der Universität relevanten Rahmenbedingungen auch für die Medizin und ihre Forschungsperspektive von Bedeutung sind und sich in den letzten Jahren erheblich verändert haben.

Auch außerhalb der Medizin muß sich daher ein gänzlich neues Verständnis für die Prinzipien von Steuerung, Entwicklungsplanung, interner Governance und daher auch des Rollenverständnisses der wissenschaftlichen Mitglieder gegenüber der Institution entwickeln.

Unter den zahlreichen sich verändernden Rahmenbedingungen für die Universität insgesamt sollen hier nur vier herausgegriffen werden, die besonders virulent erscheinen:

(1) Wir erleben eine immense Diversifikation der Anforderungen an eine Institution, die bis dato durch den Konsens über eine traditionell recht einheitliche Grundverpflichtung gekennzeichnet war. Allein für die Lehre ergibt sich durch gewaltige Steigerung von Studentenzahlen, den massiven Anstieg vor allem des Anteils der Studierenden an der Alterskohorte, die Fragmentierung wissenschaftlicher Disziplinen und beruflicher Tätigkeiten mit vielfältigen Qualifikationsprofilen auf einem sich ständig wandelnden Arbeitsmarkt nicht nur eine quantitative, sondern auch eine erhebliche qualitative Differenzierung in der Gestaltung von Studienangeboten. Das ist auch im Bereich der Forschung nicht anders, in der es nicht mehr allein um langfristige Grundlagenforschung geht, sondern vielfach auch um Forschung als wirtschaftliche Impulsgeber im Sinne etwa der derzeitigen Innovationsdebatte oder um Forschung als Impulsgeber für die regionale Entwicklung. Das drückt sich insgesamt aus in dem deutlichen Übergang zu Programmforschung und in kürzeren und anwendungsorientierten Förderprogrammen und Industriekooperationen.

(2) Die allgemeine Entwicklung der Finanzierung der Hochschulen ist durch einen kontinuierlichen Rückgang der Zuwendungen des Staates für Forschung und Lehre gekennzeichnet. Angesichts der zunehmenden Belastungen in der Lehre sind die Ressourcen für die Grundausstattung der Forschung deutlich eingeschränkt – und das wird sich fortsetzen. Dementsprechend – und teilweise durchaus kompensatorisch – sind in den letzten Jahren die Bemühungen um die Einwerbung von Drittmitteln erheblich und mit gutem Erfolg gestiegen. Da dies in der Regel nicht mit entsprechendem Overhead möglich ist, bedeutet diese Entwicklung eine Abwendung von der institutionellen zur Projektfinanzierung von Forschung; dies gefährdet die

Sicherung institutioneller Voraussetzungen für Forschung – ein Problem, das der einwerbende Wissenschaftler vielfach nicht wahrnimmt.

(3) Die allgemeine Entwicklung ist ferner durch eine zunehmende Hinwendung zur Verbundforschung gekennzeichnet, die – im Falle erfolgreicher Einwerbung größerer Verbundprojekte – strukturbildend wirkt. Im Grundsatz gilt dies bereits für einen SFB, aber noch deutlich verstärkt bei den DFG-Forschungszentren und erst recht bei den Exzellenz-Clustern im Rahmen des neuen Wettbewerbs um Spitzenuniversitäten. Die strukturellen Folgen solcher Verbundforschung werden aber oft in den Prozessen der Entscheidungsfindung in Universität oder Fakultät nicht oder nicht ausreichend wahrgenommen.

(4) Diese Entwicklung findet in einem allgemeinen Klima deutlich stärkeren Wettbewerbs statt – nicht mehr nur, wie traditionell immer schon – um Reputation und wissenschaftliche Anerkennung, sondern sehr konkret um materielle Ressourcen. Dieser Wettbewerb ist international und zwingt Hochschulen zu spezifischer Schwerpunkt- und Profilbildung. Diese besteht nicht allein in einer Fokussierung auf ein begrenztes und nach vorhandenen Stärken ausgewähltes Spektrum fachlich-inhaltlicher Leistungsbereiche, sondern auch auf ein Spektrum von Dienstleistungsaktivitäten gegenüber den sogenannten "Stakeholders" in Gesellschaft, Wirtschaft und staatlicher Verwaltung.

**Zweite These:**

**Außen- und Binnenverhältnisse der Universitäten werden zunehmend durch Wettbewerb um Ressourcen und Reputation gekennzeichnet. Um dabei erfolgreich sein zu können, müssen Universitäten/Fakultäten ein spezifisches Leistungsprofil entwickeln und dieses durch Schwerpunktbildung und entsprechende Mittelumverteilung sichern.**

Diese Rahmenbedingungen erfordern andere Organisationsformen, Mechanismen der internen Entscheidungsfindung und Entscheidungsstrukturen. Hochschulinterne Organisationsprinzipien orientieren sich bisher überwie-

gend an dem Funktionieren disziplinärer Einheiten, obwohl deutlich erkennbar die kleinteiligen Fakultätsstrukturen mit ihren institutionellen Eigeninteressen die organisatorische Unterstützung von Forschung und Lehre über Fachgrenzen hinweg behindern. Das Beispiel von Forschungszentren oder Clustern, die sogar über die Institution hinausreichen und z.B. auch außeruniversitäre Forschungseinrichtungen oder solche der Wirtschaft einschließen, fordert eine Änderung der die Mechanismen der Entscheidung etwa über die Forschungsstrategie, die die Traditionen einer Fakultät, möglicherweise einer Universität mit den derzeitigen Entscheidungsstrukturen überfordern dürfte. Hier wird insgesamt offenkundig, daß eine neue Qualität der institutionellen Strategieplanung benötigt wird, die in dem klassischen Repertoire der Entscheidungsmechanismen nicht oder nur ansatzweise vorhanden ist. Ähnlich gilt dies für die Folgen der schwindenden institutionellen Finanzierung und ihren Ersatz durch Projektfinanzierung, mit dem die zeitliche Forschungsplanung ebenfalls eine strategische Dimension erhält, die bisher auf der Ebene der Institution nur gering ausgeprägt war.

**Dritte These:**

**Universitäten sind im Interesse ihrer wissenschaftlichen Produktivität darauf angewiesen, ein neues Anforderungsprofil für ihre inneren Entscheidungsstrukturen und das Management - übrigens nicht nur der Forschung - zu entwickeln: Professionalisierung als strategisch wichtige Leitungsaufgabe von Hochschulen und Fakultäten.**

Das ist mit den bisherigen Mitteln und Kompetenzen eines Dekanats und einer Fakultätsrats traditionellen Zuschnitts nicht zu leisten. Hier fällt übrigens deutlich auf, daß für die Organisation der Dienstleistungen eines Klinikums in der Krankenversorgung in Gestalt des Klinikumsvorstands andere und vielfach effektivere Entscheidungsstrukturen zur Verfügung stehen als für die Organisation des akademischen Bereichs von Forschung und Lehre. Die These bedeutet aber auch, daß die Medizin im Interesse einer international wettbewerbsfähigen Entwicklung ihres Forschungspotentials in die strategische Profil- und Schwerpunktentwicklung der Institution Universität – möglicherweise sogar eines darüber hinausgehenden Kooperationskomple-

xes – einbezogen werden muß: Struktur- und Entwicklungsplanung können weder in der Medizin allein ohne Abstimmung mit den übrigen Bereichen der Universität noch in der Universität allein ohne Integration der Medizin geleistet werden.

Dies alles hat grundlegende Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Interessen und die Autarkie des einzelnen Wissenschaftlers bzw. von Wissenschaftlergruppen innerhalb der Fakultät/Universität. Denn der Wettbewerb der einzelnen Wissenschaftler um Reputation und um vorteilhafte Bedingungen zur individuellen wissenschaftlichen Selbstverwirklichung wird um einen institutionellen Wettbewerb ergänzt, der eine strategisch handelnde Hochschul- bzw. Fakultätsleitung erforderlich macht. Der Auftrag dieser Leitung besteht darin, die Erfolgchancen ihrer Wissenschaftler zu sichern, indem sie

- den Ressourceneinsatz effizient und leistungsgerecht organisieren
- Leistung und konstruktive Mitwirkung an den Zielen der Institution belohnen
- die Attraktivität ihrer Einrichtung im Wettbewerb um die "besten Köpfe" erhöhen
- diversifizierte Einkommensquellen erschließen.

Dies verlangt erheblich erweiterte Gestaltungsspielräume für die Universität, die eine entsprechend deregulierte Gesetzgebung benötigen – hier besteht angesichts der ausufernden Bürokratie erheblicher Handlungsbedarf auf Seiten des Staates. Es verlangt andererseits von der Universität als einer Expertenorganisation eine zusätzliche und neue Kompetenz des strategischen Denkens und Handelns nach innen und außen. Dies erfordert ein entschiedenes Umdenken und die Überwindung tradierter Verhaltens- und Entscheidungsmuster, vor allem auch in der Zuweisung von Entscheidungskompetenzen zu "exekutiven" Organen einerseits, deren Mitglieder individuelle Verantwortung tragen müssen und daher der doppelten Legitimation bedürfen, und "legislativen" Gremien andererseits, die überwiegend nur für Richtungsentscheidungen zuständig sein sollten. Eine Entwicklung in dieser Richtung durch eigene Entscheidung der Universität herbeizuführen, ist nicht einfach, weil institutionelle Handlungsfähigkeit von Universität bzw. Fakultät dabei notwendigerweise in einem immanenten Spannungsverhältnis



zur Autonomie ihrer Professoren oder Wissenschaftler steht, deren individuelle Interessen nicht zwingend mit den institutionellen Interessen der Universität/Fakultät übereinstimmen.

**Vierte These:**

**Auch im Rollenverständnis der einzelnen Wissenschaftler ist ein Paradigmenwechsel erforderlich. Benötigt wird die Bereitschaft zur Einordnung in ein strategisches Gesamtkonzept für ein spezifisches Entwicklungsprofil der Fakultät/Universität; dieses neue Rollenverständnis bedingt auf der anderen Seite neue Formen der Qualifikation von Leitungspersonen.**

Die überkommenen Strukturen - aber nicht nur die Strukturen, sondern auch die mentale Konstitution - von Universitäten/Fakultäten sind unter den veränderten und sich weiter ändernden Rahmenbedingungen nicht mehr funktional. Für die neuen Gestaltungsprinzipien gelten somit insgesamt die folgenden Leitlinien:

- Gestaltendes Prinzip der Steuerung auch im Bereich der Forschung – und dies gilt für die Medizin wie für den "Rest der Universität" – ist der Wettbewerb; dieser ist die Voraussetzung der Entwicklung von Qualität. Steuerungsmechanismen, die dem Wettbewerb um Qualität entgegenstehen - etwa Verfahren der Mittelverteilung, die nach anderen als wissenschaftsgeleiteten Qualitätskriterien erfolgen – müssen abgebaut werden.
- Die Steuerung des Systems muß nach Leistungskriterien erfolgen, die wissenschaftsadäquat sind. Danach werden sich Ressourcenallokation, Schwerpunktentscheidungen und alle Verfahren der Personalentwicklung und Personalrekrutierung (einschließlich vor allem von Berufungsverfahren) richten müssen. Eine Diskussion über die Wahl adäquater und belastbarer Leistungskriterien sowie ein Konsens darüber ist daher grundlegend wichtig.

- Universitäten/Fakultäten sollten in weitaus größerer Autonomie über ihre strategischen Entwicklungsziele entscheiden können; dies setzt jedoch auch ein neues Ausmaß von "Autonomiefähigkeit" voraus, zu der die Bereitschaft und Fähigkeit zur Wahrnehmung einer umfassenden Rechenschaftspflicht gegenüber der Universität (im Falle der Fakultät) bzw. gegenüber der Öffentlichkeit (im Falle der Universität insgesamt) gehört. Im Interesse der Zielerreichung einer in Autonomie vollzogenen Entwicklungsstrategie müssen ferner neue Verfahren der Qualitätssicherung für alle Bereiche interner Entscheidungen etabliert werden.

**Fünfte These:**

**Neue Aufgaben und veränderte Rahmenbedingungen erfordern professionelle Leitungsstrukturen sowie Professionalität der Entscheidungsträger in der Universitäts-/Fakultätsleitung sowie deren doppelte Legitimation.**

Leistungsstrukturen sowie Willens- und Entscheidungsprozesse müssen die Handlungsfähigkeit der Universität/Fakultät als Gesamt- bzw. Teilorganisation sichern. Strategisches Handeln bedarf anderer Kompetenzen und Qualifikationen der Leitungspersonen und kann nur in Strukturen gelingen, die auf strategische Gestaltung ausgerichtet sind, nicht nur auf Verwaltung und Vollzug, die Steuerung und Leitung anstreben statt Aggregation von Einzelinteressen und deren Repräsentation nach außen.

Dies darf nicht mit einer Forderung nach "Verberuflichung" von Leitungspersonen verwechselt werden, legt aber in der Realität mindestens die hauptberufliche Wahrnehmung der Leitungspositionen nahe. Die Eigenart der Universität als Expertenorganisation verbietet jedoch die unreflektierte Übernahme von Leitungsmodellen aus der Wirtschaft. Universitätstypische Organisationsformen müssen vielmehr die zentrale Bedeutung der einzelnen Wissenschaftler für die erfolgreiche Gestaltung der zentralen Prozesse Lehre und Forschung beachten und sicherstellen; eine solche ist ohne weitgehende

Freiheit in der Tätigkeit (Wissenschaftsfreiheit, Lehrfreiheit) nicht denkbar. Zu leisten ist mithin insgesamt ein neues Gleichgewicht zwischen

- dem Prinzip der individuellen Autonomie, der Wissenschaftsfreiheit der Lehrenden und Forschenden, als deren Konsequenz ihnen die wichtigsten Entscheidungskompetenzen in der Universität - nämlich die nach den Inhalten von Forschung und Lehre - zustehen, und
- dem Prinzip der institutionellen Autonomie, die durch eine deutliche funktionelle Trennung von Kompetenzen in der inhaltlichen Gestaltung und Realisierung von Forschung und Lehre einerseits und im Strategiegeleiteten Management andererseits gewährleistet werden kann und muß.

Diese allgemeinen Überlegungen zur Gestaltung von Organisationsformen und Entscheidungsstrukturen gelten für Universitäten insgesamt; sie sind aber angesichts des engen fachlichen Zusammenhangs zwischen der medizinischen und naturwissenschaftlichen Forschung - und damit auch der "klinischen Forschung" im engeren Sinne - auch für Klinika und Medizinische Fakultäten relevant. Daher ist es von großer Bedeutung, nicht nur den Dialog zwischen der Medizin und dem "Rest der Universität" intensiv zu betreiben, sondern auch die unabdingbare organisatorische Verflechtung ernst zu nehmen; so ist es schwer vorstellbar, daß etwa im Leitungsorgan der Universität (Rektorat, Präsidium) die Medizin nicht vertreten ist, und umgekehrt, daß etwa im Aufsichtsgremium der Medizin (Aufsichtsrat des Klinikums) kein Vertreter der Universitätsleitung sitzt. Es wird auch nicht ausreichen, eine Veränderung etwa der Struktur- und Entwicklungsplanung isoliert nur innerhalb der Medizin zu betreiben, ohne dies mit einer gleichzeitigen Einordnung in die Planung der Universität und einer entschiedenen Hinwendung der Universität zu neuen Entscheidungsformen und -strukturen zu verbinden.

Die traditionell strafferen, oft als "hierarchisch" bezeichneten und stark an dem Zwang zur Wirtschaftlichkeit orientierten Managementstrukturen der Medizin, insbesondere der Universitätsklinika gehen – angesichts der persönlichen Haftung der Ärzte sowie der Institution Klinikum gegenüber den Patienten diktiert - mit starker "top-down"-Komponente in der Meinungs- und Entscheidungsfindung einher. In Grenzen müssen solche Strukturen auf

den akademischen Bereich abfärben, wenn die im Wettbewerb stehenden institutionellen Interessen in der Forschungsentwicklung wahrgenommen werden sollen. Daher muß gleichzeitig ein Abgleich mit den stärker "demokratie-orientierten" "bottom-up"-Entscheidungsstrukturen der Universität im Übrigen stattfinden, wenn die Rolle und Qualität von Wissenschaft als "Unternehmens-Ziel" auch der Universität nicht verloren gehen soll.

Die zentrale Schwierigkeit in der Umsetzung solcher Forderungen liegt darin, daß einerseits Hierarchie als Steuerungsmodell für die Wissenschaft schlecht oder nicht geeignet ist und eine "demokratie"-orientierte Autonomie in der Regel nur selten die erforderliche Strategiefähigkeit besitzt. Hier ist daher ein pragmatischer Mittelweg zu finden, an dessen Implementierung nicht allein die Fakultät/Universität, sondern auch der Staat und seine Verwaltung mitwirken muß. Die moderne Hochschulentwicklung, die auf absehbare Zeit kaum überwindbare Verknappung von materiellen Ressourcen, ein deutlich höherer Zwang zu öffentlicher Rechenschaftslegung und der erheblich gestiegene internationale Leistungswettbewerb in der Wissenschaft macht es aber jedenfalls unabdingbar, die Medizin, ihre forschungsstrategische Entwicklung und ihre internen Entscheidungsmechanismen als Teilaufgabe in einer Revision der Universität insgesamt zu betrachten. Nur wenn dies gelingt, was für alle Bereiche der Universität und nicht zuletzt für den Staat und seine Bereitschaft zur Deregulation und Übertragung von Verantwortung eine deutliche Herausforderung darstellt, wird auch die internationale Wettbewerbsfähigkeit der medizinischen Forschung an deutschen Universitäten – besser: der biowissenschaftlichen Forschung insgesamt - eine Chance haben.

## Diskussion

Prof. **von Jagow** dankt für die energischen und klaren Worte, die die enge Einbindung der Medizin in die Universität zum Ausdruck brachten. Er wendet ein, daß der Ausdruck "pro forma-Forschung" an der tatsächlichen Situation vorbeiweist. Von den Betreffenden wurden tatsächliche Forschungsleistungen erbracht und nicht etwa die Absicht verfolgt, keine "echte" Forschung betreiben zu wollen. Die Bezeichnung "unprofessionelle Forschung" oder "Feierabend-Forschung" würde dem wirklichen Inhalt besser Rechnung tragen.

Bei aller Diskussion über die "governance" der Forschung sollte nicht vergessen werden, daß Forschung eine Kunst ist, die von einer Persönlichkeit ausgeht und angetrieben wird. Heute müssen Elemente des Managements und der Marktwirtschaft noch hinzugelernt werden. Aus eigenen Erfahrungen in universitären Leitungsgremien erscheint eine Differenzierung bei der Einbindung der Medizin in die Universität erforderlich: unproblematisch ist die Einbindung bei den Theoretischen Fachgebieten, anders dagegen in der klinischen Medizin, weil das Verständnis für die Probleme der Krankenversorgung im Senat fehlt. Wenn im Sinne des Referates eine Einbindung erfolgreich sein soll, wird auch die Universität hinsichtlich der Aufgaben des Klinikums vieles lernen müssen.

Herr **Strehl** begrüßt die Leitthese, nach der die Medizin nicht allein reformiert werden kann, sondern eine Universitätsreform folgen muß, um das Spannungsverhältnis zwischen Universität und Medizinischer Fakultät/Klinikum nicht ungebührlich zu verschärfen. Zur Konkretisierung der Vorstellungen stellt er Fragen nach praktischen Veränderungen. Wie können zentrale Universitätsebenen unter diesen Gegebenheiten schneller reagieren und auf Strukturveränderung, nicht aber auf Strukturbewahrung ausgerichtet werden? Wie können in dezentralen Einrichtungen Schwerpunkte in der Spitzenforschung, die große Teile der Fakultätsressourcen ursoupieren und dadurch nicht mehrheitsfähig sind, eingerichtet werden? Wenn nicht mehr alle Schwerpunkte an einer Fakultät vorgehalten werden können, werden Kooperationen immens an Bedeutung gewinnen. Die Vertragsverhandlungen sind von fehlender Professionalität gekennzeichnet. Wie kann die Kooperation vertraglich gesichert werden?

Prof. **Gahtgens** wiederholt, daß sich sowohl Veränderungen in der Medizin wie auch in der Universität abspielen müssen. Die derzeitigen Organisationsformen sind für diese Veränderungen ungeeignet. Willensbildungen können weder allein "top-down" noch allein "bottom-up" geschehen. Wenn institutionelles Interesse wichtig ist, muß eine Mischung von beidem existieren. Eine Begründung, warum in zunehmendem Maße in Deutschland Großforschung aus den Universitäten verschwindet und sich außeruniversitär ansiedelt, ist in nicht ausreichenden effizienten Formen des Managements zu suchen. Um dem abzuhelpfen, müssen Entscheidungskompetenz und Entscheidungsverantwortung in eine Hand gelegt werden.

Die Hochschulrektorenkonferenz vertritt die Meinung, daß die Universität einen externen strategischen Ratgeber braucht. Die Einführung von Hochschulräten ist eine richtige Entscheidung. Vor allen Dingen aber braucht die Universität eine entscheidungskompetente, verantwortungsbereite und strategiefähige Leitung in Gestalt eines Rektorates oder Präsidiums.

Analoge Strukturen müssen sich auch in den Fakultäten entwickeln. Ein Dekanat braucht einen Unterbau, der es handlungsfähig macht. Eine Professionalisierung muß an diesen Stellen eintreten. Auch die Personen müssen sich dieser Professionalisierung unterziehen. Berufungsverfahren dauern zu lange, Universitäten und Fakultäten sind in den Verhandlungen mit außeruniversitären Einrichtungen zu langsam und zu wenig flexibel.

Prof. **Baethmann** begrüßt die im Referat ausgedrückte Zuversicht, daß die universitäre Forschung in der Medizin eine Zukunft hat. Die Erhöhung des Lehrdeputates in Massenfächern hat in den Fakultäten zu der Sorge geführt, daß künftig die Zeit für die Forschung fehlen könnte. Er bittet um Auskunft, ob seitens der Politik eine Verlagerung der Forschung an außeruniversitäre Einrichtungen oder Großforschungszentren gewünscht wird.

Prof. **Gahtgens** widerspricht solchen Gedanken. Das Problem des Lehrdeputats wird dann relativ leicht lösbar, wenn nicht das Deputat der Einzelperson, sondern das Deputat der Einrichtung abgerechnet wird. Die Einrichtung muß die Möglichkeit haben, das Gesamtdeputat auf verschiedene Art und Weise so zu verteilen, daß - je nach der strategischen Entscheidung zur Profilbildung - in der Forschung hochaktive Hochschullehrer entlastet werden. Dafür muß aber die mentale Barriere des Status "Lehrer" versus "Forscher" behoben werden. Wenn eine hohes Engagement in der Lehre den gleichen

Stellenwert hat wie eine herausragende Forschung, ist dieses Problem zu lösen. Auch im Wettbewerb um Spitzenuniversitäten wird großer Wert auf die Forschung gelegt. Entscheidungskriterien werden die wissenschaftliche Exzellenz und die Fähigkeit der Institutionen sein, durch die Veränderung der Entscheidungsmechanismen dafür zu sorgen, daß Nachhaltigkeit für die Forschungsförderung entsteht.

Prof. **Bitter-Suermann** verweist auf das integrative Modell, welches an der MHH gelebt wird. Auch die anderen Fakultäten werden ihre Kooperationsmodelle in integrative Modelle überführen müssen. Eine Medizinische Fakultät, die universitären Status hat und alle angeführten Prinzipien umsetzt, verfügt über effiziente Entscheidungsgremien und wesentlich größere Freiheitsgrade als eine klassische Medizinische Fakultät im Universitätsverbund. Prof. **Gaehtgens** räumt ein, daß ein solcher Sonderfall durchaus leistungsfähig sein kann, wenn zwischen zwei Hochschulen auf gleicher Ebene Kooperationen eingegangen werden. Das Erreichen von Spitzenleistungen in der klinischen Forschung ist das Ziel, der dazu begangene Weg erscheint zweitrangig. Die Lösung MHH ist kein Irrweg der deutschen Universitätsmedizin.

Prof. **Saß** würdigt die Überlegungen zu den Entscheidungsinstitutionen und -kulturen beim Klinikum und der Universität. Die Rektoren und Kanzler sind in einer schwierigen Situation, wenn sie als Mitglieder des Aufsichtsrates Verständnis für beide Seiten, Vorstand und Fakultät, mit unterschiedlichen Entscheidungsstrukturen aufbringen müssen. Er richtet die Bitte an die Hochschulrektoren, in diesem Konflikt nicht zu sehr auf der konservativen Seite zu beharren, das Kollegialprinzip zu sehr in den Vordergrund zu stellen und dadurch notwendige Veränderungen zu behindern.

Prof. **Gaehtgens** stimmt dem zu und wird diese Bitte weiterreichen. Er fordert aber zugleich, daß diese Bitte beständig wiederholt wird und nicht nur dann, wenn der Aufsichtsrat des Klinikums tagt. Die Medizin muß in den Rektoraten der Universitäten vertreten sein, dann würde in der wöchentlichen Diskussion in der Universität das Thema Medizin eine Rolle spielen. Auch die personelle Repräsentanz in den Gremien muß dem Rechnung tragen. Ein Mediziner, der seine Gremienfunktion wegen Überlastung in der Klinik nicht wahrnehmen kann, wird in den Leitungen nicht wirksam. Somit fehlt dann die Stimme der Medizin. Eine kontinuierlichere Kultur des Dia-

loges zwischen den Gremien muß geschaffen werden, bei der weder die Medizin noch die Universität in ihrem gegenwärtigen Stand verbleiben darf, da sich die Rahmenbedingungen für beide Seiten massiv geändert haben und weiter ändern werden.