

**DER VORSITZENDE**

Berlin 02 07 2010  
Sommersitzungen des Wissenschaftsrates

**PROFESSOR DR. PETER STROHSCHNEIDER**

# Trends der Hochschulmedizin in Deutschland

## **BERICHT DES VORSITZENDEN ZU AKTUELLEN TENDENZEN IM DEUTSCHEN WISSENSCHAFTSSYSTEM**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

dies ist das vierte Mal, dass ich es unternehme, mit der Beschreibung aktueller Tendenzen im deutschen Wissenschaftssystem eine – durchaus auch ins Grundsätzlichere führende – Diskussion in unserer Vollversammlung anzustoßen. Um eine wirkliche Tradition handelt es sich also noch nicht, eine gewisse Regelmäßigkeit zeichnet sich aber wohl bereits ab.

Regelmäßigkeiten sind Voraussetzungen von Ausnahmen, und eine solche versuche ich heute sogleich zu machen. Ich will nämlich, anders als in den ersten Berichten, nicht jeweils eine Mehrzahl übergreifender Themen ansprechen. Es geht heute allein um den einen Themenkomplex ‚Hochschulmedizin‘, einen Gegenstand also, welcher hier freilich in verschiedenen Perspektiven zur Sprache kommen soll und welcher schon wegen der ihn prägenden Verschränkung mit dem Gesundheitssystem seinerseits eine Sonderstellung im Wissenschaftssystem besitzt.

Diese Sonderstellung kann man übrigens mitunter auch im Wissenschaftsrat beobachten. Man kann etwa den Eindruck haben, bei der Diskussion von Empfehlungsentwürfen zur Medizin blieben die medizinischen Mitglieder doch mehr oder weniger unter sich. Das ist anders als bei anderen Themen, bei denen es weniger Nicht-Expertinnen und Nicht-Experten gibt, und ich würde diese Situation gern ein wenig öffnen.

Indem ich dies sage, unterschätze ich keineswegs, in welchem besonderem Maße der Wissenschaftsrat in den zurückliegenden Jahrzehnten zu einer Institution der wissenschaftlichen und politischen Expertise in allen Fragen der Hochschulmedizin geworden ist. Unser Archiv ist inzwischen auf 175 Empfehlungen und Stellungnahmen angewachsen, welche differenzierte Terminologien, klare Kriterien und ausgeklügelte Bewertungsverfahren entwickeln, und der Wissenschaftsrat hat dabei und darüber hinaus ein institutionelles Gedächtnis herausgebildet,

ohne welches über die Hochschulmedizin in Deutschland längst nicht sachgerecht zu sprechen wäre.

Dass bei alledem zugleich Routinen und Konventionen entstanden sind und dass diese mit dem Risiko verbunden sein können, dem *main stream* der Debatte auch dann zu folgen, wenn besser von ihm einmal abgewichen würde, das versteht sich; kritische Selbstbeobachtung ist zumal dort unabdingbar, wo dem Wissenschaftsrat, wie bei der Medizin, eine besonders starke Beratungsfunktion, öfters de facto eine Gestaltungsrolle zukommt.

Dieses vorweggeschickt will ich Ihnen im Folgenden vorschlagen, über vier aktuelle hochschulmedizinische Trends zu diskutieren, nämlich:

1. die Lage der öffentlichen Haushalte und ihre Auswirkungen auf die Hochschulmedizin,
2. die seit April öffentlich geführte Debatte über Ärztemangel und ausreichende Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik,

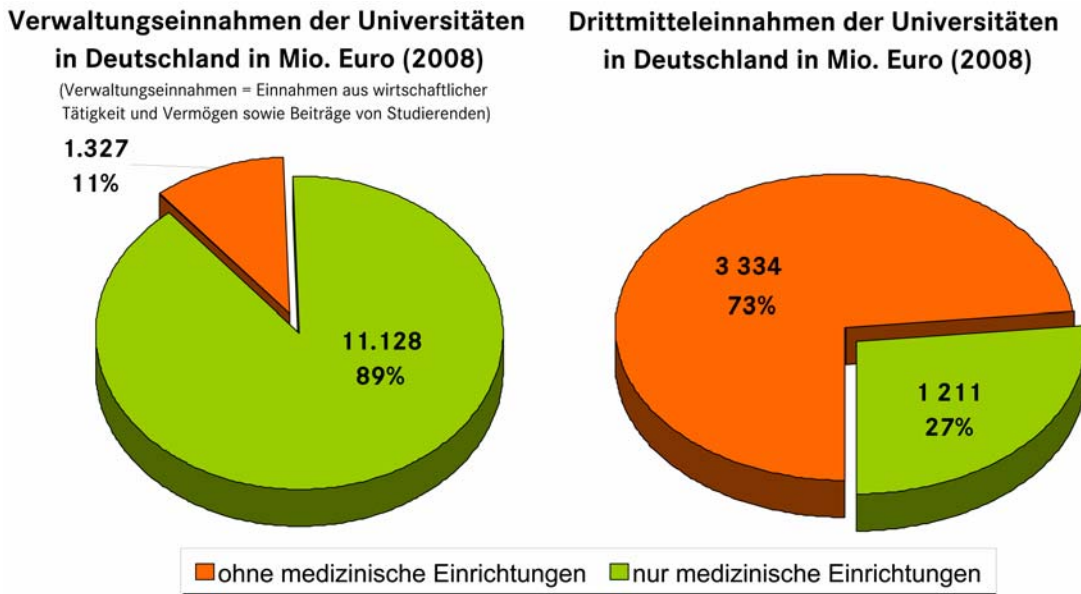
schließlich über einige Konsequenzen, die sich hieraus ergeben, und zwar:

3. für die hochschulmedizinische Ausbildung und
4. für die Gesundheitsforschung.

## **1. HOCHSCHULMEDIZIN UND DIE KONSOLIDIERUNG ÖFFENTLICHER HAUSHALTE**

---

Dass Probleme in aller Munde sind, macht sie noch nicht trivial. Die Staatsverschuldung ist dramatisch, und der von ihr ausgehende wachsende Konsolidierungsdruck macht auch vor dem Wissenschaftssystem nicht Halt, insbesondere nicht vor den Hochschulen. Dass dieser Druck in den Hochschulsystemen der Länder besonders auch – wo es sie gibt – auf der Universitätsmedizin lastet, das hat zunächst mit deren enormen Finanzströmen zu tun.

**Abbildung 1: Finanzielle Dimension der Hochschulmedizin**

Quelle: Statistisches Bundesamt: *Bildung und Kultur. Finanzen der Hochschulen 2008* (=Fachserie 11, Reihe 4.5). Wiesbaden 2010.

So ging zuletzt ein gutes Viertel der laufenden Grundmittel für Forschung und Lehre aller Universitäten allein in die Medizin, die allerdings lediglich 7 % der Studierenden an Universitäten ausbildet. Noch prägnanter stellt sich die finanzielle Ausnahmeposition der Medizin innerhalb der Universitäten dar, wenn man die Mittel für die Krankenversorgung hinzunimmt. Die Einnahmen der Universitäten (ohne medizinische Einrichtungen) aus wirtschaftlicher Tätigkeit belaufen sich auf jährlich 1,3 Mrd. Euro, diejenigen der Universitätsmedizin auf das Achtfache, nämlich 11,1 Mrd. Euro. Hinzu kommen Einnahmen im Bereich der Forschung: Mehr als ein Viertel aller universitären Drittmittel stammt aus der Medizin; 2008 waren das 1,2 von insgesamt 4,5 Mrd. Euro.

Sie wussten das freilich längst: Universitätsmedizin ist so teuer wie zugleich innerhalb des Wissenschaftssystems auch ertragreich. Angesichts der mit ihr verbundenen Finanzvolumina gerät sie gleichwohl in den Fokus grundständiger Haushaltsdiskussionen. Wie konkret dabei das Risiko ist, dass die Universitätsmedizin zum Opfer von Haushaltskonsolidierung wird, ist derzeit in Schleswig-Holstein zu beobachten. Wie deutlich spürbar der Finanzdruck auch andernorts ist, dies zeigt das Beispiel Gießen/Marburg, über das wir hier zuletzt vor acht Wochen

diskutierten: |<sup>1</sup> Fusion und Privatisierung dieser beiden Universitätsklinika folgten ja nicht einer wissenschaftsstrukturellen Logik, sondern sie reagierten auf eine Finanzsituation, welche den Fortbestand zweier Klinika in Mittelhessen akut gefährdete.

Dass Prognosen vor allem dann schwierig sind, wenn sie sich auf die Zukunft beziehen, hat sich herumgesprochen. Dass die Lage der öffentlichen Haushalte, insbesondere der Länderhaushalte in den nächsten Jahren nicht einfacher werden wird, darf dennoch zuverlässig angenommen werden. Gleiches gilt für den wachsenden Finanzdruck, der daraus für die Hochschulmedizin folgt. Und dies wird uns auch im Wissenschaftsrat zum Umdenken zwingen: Wir haben eine auskömmliche Finanzierung der Medizin immer wieder einfach eingefordert und in weiteren Empfehlungen lakonisch vorausgesetzt. Womöglich werden künftige Stellungnahmen ihrerseits deutlicher aufzeigen müssen, wie die finanziellen Fundamente der Medizin überhaupt gesichert werden können. Und sie werden Antworten auf diese Frage weniger noch als bisher allein aus wissenschaftsstrukturellen Überlegungen ableiten können. Der Wissenschaftsrat wird also – ohne das Prinzip der Qualität der Wissenschaft preiszugeben! – den ökonomischen Voraussetzungen und Rahmungen der Universitätsmedizin noch stärkere Beachtung schenken müssen. Und diese Aufgabe wird immer herausfordernder: Wie können bei wachsendem Abstand zwischen sehr knappen Finanzmitteln und (schon aus Gründen des wissenschaftlichen Fortschritts) steigendem Finanzbedarf Leistungsumfang und Leistungshöhe der deutschen Universitätsmedizin in Forschung, Lehre und Krankenversorgung mindestens gehalten – aber eigentlich doch: weiterentwickelt – werden?

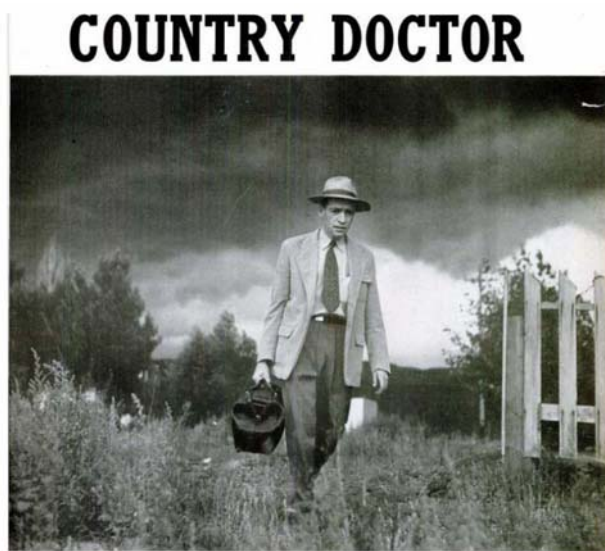
---

<sup>1</sup> Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Entwicklung der universitätsmedizinischen Standorte Gießen und Marburg nach Fusion und Privatisierung der Universitätsklinika (=Drs. 9843/10). Potsdam 2010.

---

**2. LANDARZT-DEBATTE UND AUSREICHENDE GESUNDHEITSVERSORGUNG**


---

**Abbildung 2: Der Landarzt**

Quelle: W. Eugene Smith: *Country Doctor*, in: *Life* v. 20.09.1948, S. 115–126, hier Titelbild S. 115.

Diese Fotografie von Gene Smith <sup>2</sup> zeigt die Problemfigur in der jüngsten Debatte um einen vermeintlichen Ärztemangel in Deutschland. Der Landarzt ist das Exempel, an dem viele gesundheits- und wissenschaftspolitische Stellungnahmen auf eine tendenzielle Verschlechterung der Gesundheitsversorgung hinweisen. Handelt es sich aber um ein Problem des generellen Mangels oder nicht vielmehr um eines der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten? Bei jeder Antwort auf diese Frage sind selbstverständlich immer sehr unterschiedliche Interessen im Spiel. Vielleicht gelingt es dennoch, die tatsächlichen von den gefühlten Problemen zu trennen.

Dazu kann man konkret beim deutschen Vertragsarztwesen beginnen. Die Berechnungen des Bedarfs an medizinischer Versorgung obliegen maßgeblich den Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern. Dabei spielen stets zwei Verteilungsparameter eine besonders interessante Rolle: einerseits die Kontingentierung der örtlichen Niederlassungen von Ärztinnen und Ärzten auf der Achse ‚Stadt – Land‘, andererseits die Reglementierung der fachlichen Zulassungen auf

---

<sup>2</sup> Die „Country Doctor“-Serie umfasst insgesamt 28 Bilder. W. Eugene Smith fotografierte die Bilder während einer 23-tägigen Begleitung des Arztes Ernest Guy Ceriani in und nahe Kremmling, Colorado. „Country Doctor“ wurde in der Ausgabe des Magazins *Life* vom 20. September 1948 publiziert.

der Achse ‚Hausärztin/-arzt – Fachärztin/-arzt‘. Und dabei geben die Statistiken zunächst Folgendes zu erkennen:

Hinsichtlich der generellen Versorgungsdichte, also der Einwohnerzahl pro Hausärztin oder Hausarzt zeigt sich überraschenderweise kein nennenswerter Unterschied zwischen Kernstädten und Regionen mit geringerer Bevölkerungsdichte. |<sup>3</sup> Bei aller methodischen Vorsicht |<sup>4</sup> geben die Zahlen für die Annahme verbreiteter Engpässe in der Primärversorgung auf dem Land, gar für die Annahme eines – wenn Sie so wollen – *doctor drain* in Richtung auf die Städte nichts her. Allerdings ist einzuräumen, dass die Lage der fachärztlichen Versorgung in dünn besiedelten Gebieten, auf die ich hier indes nicht eingehen kann, differenzierter zu beurteilen ist.

Immerhin, die Statistiken zeigen auf der disziplinären Verteilungsachse ein kontinuierliches Wachstum der Facharztzahlen. Waren 1996 noch 54,8 % der Ärzteschaft Hausärztinnen und Hausärzte, so sind heute die Fachärztinnen und Fachärzte mit einem Anteil von 51,8 % in der Überzahl; |<sup>5</sup> unterschiedlich starke Verlagerungen in den verschiedenen Alterskohorten verschärfen dies noch. Auf der Achse ‚Hausärztin/-arzt – Fachärztin/-arzt‘ kann daher tatsächlich von einer Entwicklung gesprochen werden, die in den letzten Jahren zulasten der gesundheitlichen Primärversorgung gegangen ist.

Es liegt also ein spezifisches Verteilungsproblem vor, während der Behauptung eines allgemeinen Mangels an ärztlichem Personal die empirische Grundlage fehlt. Vielmehr steigt einerseits die Zahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte seit Langem ungebrochen an – im jährlichen Durchschnitt um 1,6 %, wobei die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte mit 2,9 % sogar ein besonders deutliches Wachstum aufweist. Andererseits ist auch die Absolventenzahl in der Humanmedizin keineswegs eingebrochen.

Ärtezahlen sind wichtig, sie sind aber nicht alles. Und so steht hinter der aktuellen Debatte auch die viel grundsätzlichere Frage danach, was überhaupt eine ausreichende Gesundheitsversorgung sei.

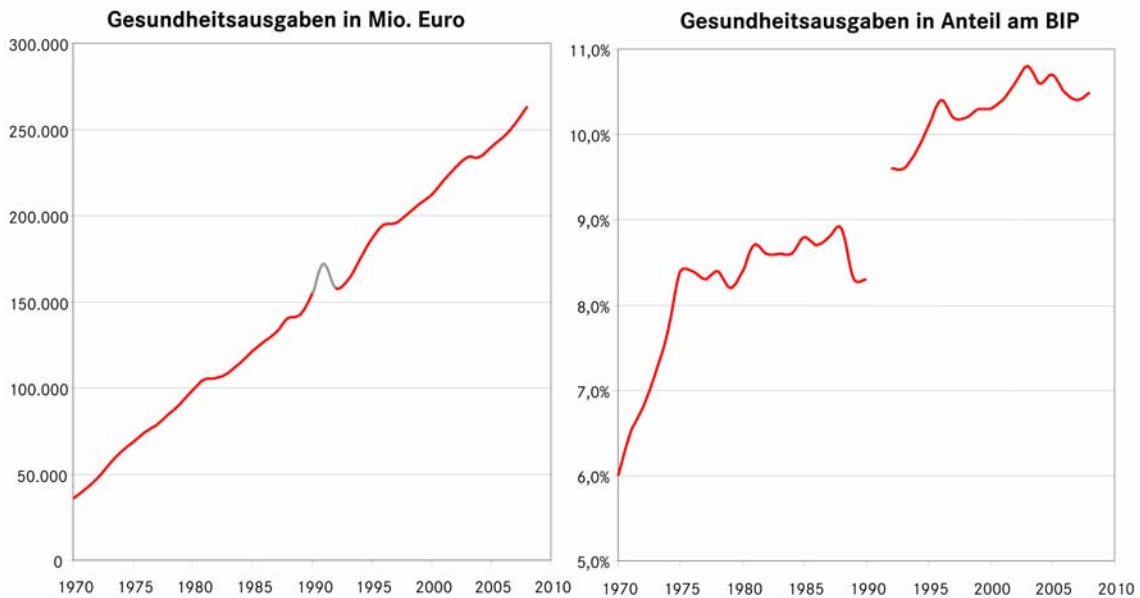
---

<sup>3</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Grunddaten 2009. Tabelle I.20, S. 28. Im Internet unter: <http://daris.kbv.de/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=bc501f97dd426a459059c1aa1375c6d7&DocId=003760548&Page=1> (09.06.2010)

<sup>4</sup> Nicht alle Kassenärztlichen Vereinigungen berücksichtigen bereits seit längerer Zeit kleinräumige Indikatoren, sodass möglicherweise vereinzelte Verteilungsungleichheiten bisher nicht ausreichend erkannt wurden. Die Bedarfsanalyse für Rheinland-Pfalz hat etwa kürzlich gezeigt, dass eine kleinräumigere Aggregationsebene entscheidend sein kann, um Versorgungsdefizite zu entdecken. Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz: Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2009/2010. Versorgungssurvey, Berufsmonitoring, Hochrechnungen, insbesondere S. 8/9. Im Internet: [http://www.kv-rlp.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Infocenter/Broschueren/KVRLP\\_Versorgungsatlas.pdf](http://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Infocenter/Broschueren/KVRLP_Versorgungsatlas.pdf) (09.06.2010)

<sup>5</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Grunddaten 2009. Tabelle I.19, S. 27.

### Abbildung 3: Expansion des Gesundheitswesens



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitsausgaben; basierend auf Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt – für 1970 bis 1991: früheres Bundesgebiet (GAR-alt)

Die ungeheuer beeindruckenden Fortschritte der medizinischen Wissenschaften beschleunigen sich seit Jahrzehnten. Diagnosen werden immer differenzierter, der Begriff der Krankheit verändert sich und die Grenzen des therapeutisch Möglichen werden kontinuierlich weiter hinausgeschoben. Gleichzeitig haben sich die Gesundheitsausgaben in den letzten vierzig Jahren mehr als versiebenfacht; auch ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt ist in dieser Zeit entsprechend gewachsen (von 6 % auf 10,5 %). Mit einem Wort: Medizin expandiert in jeder Hinsicht. Und mit ihr wachsen die individuellen und gesellschaftlichen Erwartungen an das Gesundheitswesen. So verbinden sich in jüngster Zeit neue Ansprüche an künftige öffentliche Gesundheitsversorgung nicht zuletzt mit dem demografischen Wandel: In der alternden Gesellschaft werden insbesondere auch die für chronisch und mehrfach erkrankte Patienten erforderlichen Versorgungsleistungen wachsen.

Gibt es Grenzen dieses Wachstums der Möglichkeiten, Erwartungen, Ansprüche und Kosten? Muss es sie geben? Vormoderne Gesellschaften, wenn Sie mir diese kultursoziologische Zwischenbemerkung gestatten, haben das Problem gelöst, indem sie auf ihre rudimentären medizinischen Möglichkeiten damit reagierten, dass sie für Krankheit, Leiden und Sterben positive Sinngebungen entwickelten: Heroismus, Prüfung, Gottesstrafe, Übergang ins ewige Leben waren solche Sinngebungen. Sie stehen in der Moderne nicht mehr in gesellschaftlich verbindlicher Art zur Verfügung. Daher wird das körperlich gesunde Leben zu einem absoluten Höchst-

wert und mit ihm medizinische Prävention, Diagnose und Therapie, solange sie körperliche Gesundheit verheißen, zu etwas, für das es so gut wie keine legitime Grenze gibt. Und daraus ergeben sich nicht allein *individualethische* Fragen – von der Pränataldiagnostik bis zur Wachkomabehandlung. Es entstehen auch Fragen des gesellschaftlichen Zusammenhalts. Es wird nämlich zunehmend nicht allein darum gehen, ob man ethisch soll oder darf, was man medizinisch kann – sagen wir: etwa im Bereich der Tiefenhirn-Stimulation zur Therapie spezifischer neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen. Es wird zugleich, und mit wachsender Dringlichkeit, um die Frage gehen, ob die Gesellschaft sich ökonomisch noch *leisten* kann, was sie medizinisch *kann*, sowie um die Anschlussfrage, wie sie das Problem der Verteilung knapper Behandlungs- und Lebensmöglichkeiten *sozialethisch* lösen wird, das sich dann ergibt, wenn die Gesellschaft – wie in einigen Bereichen der Tumorthherapie – sich jedenfalls nicht mehr *für alle* leisten kann, was sie medizinisch kann. Die gesundheitspolitischen Kalmierungsformeln von der ‚besten Versorgung für alle‘ können nicht darüber hinwegtäuschen, dass de facto diese Situation längst erreicht ist und dass sie über kurz oder lang dazu zwingen wird, die Grundlagen unserer gesellschaftlichen Verfassung grundsätzlich neu zu durchdenken.

Auch die Praxis des Landarztes, um mit der Rückkehr zu ihm diesen Exkurs abzuschließen, ist in diesem Problemhorizont situiert: „Rezepte schreiben ist leicht, aber im übrigen sich mit den Leuten verständigen, ist schwer“, hat schon Franz Kafkas berüchtigter Landarzt gewusst. Und in der Universitätsmedizin wird das Rezepteschreiben freilich nicht schwieriger und die Verständigung im Übrigen keineswegs leichter. Dies schon deswegen nicht, weil die Universitätsmedizin, wie angedeutet, hinsichtlich ihrer Versorgungsleistungen, zugleich aber auch hinsichtlich ihrer Bildungs- und Ausbildungsleistungen mit gewachsenen individuellen und gesellschaftlichen Ansprüchen konfrontiert ist. Sie soll ja nicht allein den Landarzt, sondern auch die klinische Forscherin hervorbringen. Und sie soll die Ausbildung des medizinischen Personals mit derjenigen für medizinnahe Gesundheitsfachberufe koordinieren.

Dieses letztgenannte Thema „Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ wollen wir heute in das Arbeitsprogramm des Wissenschaftsrates aufnehmen. Zu welchen Ergebnissen der Ausschuss Medizin dann kommen wird, weiß ich so wenig wie Sie. Einige allgemeinere Fragen werden aber möglich sein.

### **3. ZU MÖGLICHEN KONSEQUENZEN FÜR DIE HOCHSCHULMEDIZINISCHE AUSBILDUNG**

---

Diese Fragen können bei der Beobachtung ansetzen, dass in der Gestaltung medizinischer Studiengänge in den letzten Jahren interessante Entwicklungen zu beobachten waren. Die Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte im Jahr 2002 hat vorklinische und klinische Studienabschnitte enger verzahnt sowie gegen das vielfach beklagte Praxisdefizit der Absolventinnen und Absolventen interdisziplinäre Kerninhalte besonders gestärkt. Und sie ermög-



lichte es, in Modellstudiengängen eine veränderte Organisation der Studieninhalte sowie neue Lehr- und Lernmethoden zu erproben.

Solche Modellstudiengänge sind freilich *punktueller* Weiterentwicklungen, und sie beeinträchtigen die Vergleichbarkeit der verschiedenen hochschulmedizinischen Standorte; ihren Studierenden ist daher ein Studienortswechsel erkennbar erschwert. Deswegen wie aus prinzipiellen Gründen wird über die Eingliederung der Modellversuche in ein neues Regelcurriculum zu diskutieren sein. Dabei wäre es freilich zu wenig, integrierte man lediglich vereinzelte Reformelemente in das Medizincurriculum, ohne umfassender zu fragen:

- \_ Was ist an ihm überhaupt reformbedürftig?
- \_ Wie lässt sich das stark zergliederte Curriculum so komprimieren, dass Freiräume für Wahlbereiche und eine stärkere Wissenschaftsorientierung des Medizinstudiums möglich werden? |<sup>6</sup>
- \_ Wie kann – ich sprach eben davon – auch die Allgemeinmedizin sowohl an den Medizinischen Fakultäten wie im Rahmen der klinisch-praktischen Ausbildung gestärkt werden, wie dies der Wissenschaftsrat bereits 1999 angemahnt hat? |<sup>7</sup>

Die Anforderungen an die medizinische Ausbildung werden also nicht schrumpfen. Und das wird die Frage immer dringlicher werden lassen, ob es nicht an der Zeit sei, grundsätzlicher über die monolithische Struktur des Medizinstudiums zu diskutieren:

- \_ Kann das Medizinstudium der wachsenden Vielfalt unterschiedlicher Anforderungen aus dem Gesundheits- wie aus dem Wissenschaftssystem auch künftig entsprechen, ohne stärker in sich differenziert zu werden?
- \_ Wird man auch in Zukunft tatsächlich auf Differenzierungsinstrumente wie konsequent fächerübergreifende Studieneinheiten oder die Einführung von Schwerpunktbereichen verzichten können?
- \_ Und wie verhält sich das Medizinstudium zu demjenigen der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe, für welche sich eine akademische Ausbildung zumindest teilweise als offenbar zweckdienlich erweist? Es ist ja kaum ohne Weiteres einzusehen, warum die Ausbildung von ärztlichem Personal und diejenige für akademisierte Pflege- und Therapieberufe unkoordiniert auf Medizinischen Fakultäten einerseits und andererseits die mehrheitlich fachhoch-

---

<sup>6</sup> Vgl. Wolfgang Müller: AWMF-Stellungnahme: Förderung der wissenschaftlichen Medizin schon in der studentischen Ausbildung, in: German Medical Science 5 (2008), Dokument 12. – Vgl. Deutsche Forschungsgemeinschaft: Empfehlungen der Senatskommission für Klinische Forschung. Strukturierung der wissenschaftlichen Ausbildung für Medizinerinnen und Mediziner. Bonn 2010.

<sup>7</sup> Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 1999. Köln 2000. S. 279–322.

schulischen Gesundheitswissenschaften auseinandergelegt bleiben sollte. Und wo einmal für die interprofessionelle Haltung aller Gesundheitsberufe sensibilisiert worden ist, dürften auch Fragen nach einer veränderten Arbeitsteilung zwischen ihnen nicht mehr einfach mit dem juristischen Verweis auf den Arztvorbehalt erledigt werden können.

Um solche Frage wird es gehen, auch in den Empfehlungen zu „Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“. Aber Gemach, der Wissenschaftsrat ist ein konsensorientiertes Gremium:

- \_ Er wird nicht sogleich das Staatsexamen abschaffen;
- \_ er dürfte kaum den alle ärztlichen wie nicht-ärztlichen Professionen integrierenden Gesundheitscampus mit einem gestuften Bachelor-Master-Studiensystem fordern;
- \_ er wird wohl auch nicht ein reduziertes Kerncurriculum als Trägerstruktur fakultativer Profilebereiche entwickeln.

Fürs ‚wilde Denken‘ ist der Wissenschaftsrat nicht der richtige Ort. Wohl aber kann er Entwicklungsperspektiven jenseits der bislang ausgetretenen Pfade aufzeigen, wenn er nämlich die Umwelten der Hochschulmedizin schärfer in den Blick nimmt: von der demografischen Entwicklung bis zu veränderten gesundheitspolitischen Konstellationen, von den finanzpolitischen Schwierigkeiten bis zu übergreifenden Bewegungsrichtungen des Hochschulsystems.

#### **4. ZU MÖGLICHEN KONSEQUENZEN FÜR DIE GESUNDHEITSFORSCHUNG**

---

Auch mein letztes Stichwort schließt in gewisser Weise an die Debatte um den Landarzt an. Seine diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und selbst schon das Ausschreiben von Rezepten setzen ja nicht allein die Reproduktion medizinischen Wissens in der akademischen Lehre voraus, sondern zuvor dessen Produktion durch Forschung. Forschung in der modernen Medizin aber geschieht nicht wie von selbst. Sie setzt erhebliche rechtliche, finanzielle, institutionelle Gegebenheiten voraus. Sie muss also organisiert werden – schon als Grundlagenforschung, erst recht aber dort, wo Erkenntnissuche gezielt zur Lösung sozioökonomischer Problemlagen – etwa der alternden Gesellschaft – beitragen soll.

Insofern ist die Gesundheitsforschungsinitiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gut begründet; wir haben im Wissenschaftsrat wiederholt über die „Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung“ diskutiert. Dieses Programm hat den großen Vorteil, Gesundheitsforschung langfristig institutionell, nicht lediglich in der Form von Projekten, zu fördern. Andererseits ist nicht zu übersehen, dass die Initiative dem allgemeinen Trend folgt, Forschungsförderung in wachsendem Maße auf angebotsorientierte *top down*-Strukturen umzustellen, und dass sie zugleich die bisher für das deutsche Wissenschaftssystem prägende Trennung von Forschungs- (MPG, HGF, WGL, FhG) und Forschungsförderungsorganisationen (DFG) partiell

aufhebt; die Helmholtz-Gemeinschaft wird im Bereich der Gesundheitsforschung beide Funktionen verkoppeln.

Die spezifischen Ansprüche des Gesundheitswesens lassen solche Umakzentuierungen für die Hochschulmedizin als plausibel erscheinen. Gleichwohl wird zu beachten sein, dass sich ein neues institutionelles Formenrepertoire der Zusammenarbeit mit den außeruniversitären Gesundheitszentren der Helmholtz-Gemeinschaft herausbildet, welches die Universitätsmedizin vor große Herausforderungen stellt – und zwar auch dann, wenn man tatsächlich ‚auf Augenhöhe‘ kooperiert. Diese Herausforderungen treten zusätzlich zu jenen auf, welche die Universitätsmedizin ohnedies zu bewältigen hat:

- \_ die verlässliche Kooperation von Universität, Fakultät und Klinikum unter den Gegebenheiten der rechtlichen Verselbstständigung der Medizin oder zumindest der Universitätsklinik;
- \_ die Suche nach neuen Organisationsformen für die interne Gliederung der Universitätsmedizin dort, wo Institute und Kliniken sich als strukturell defizitär erweisen; die vom Wissenschaftsrat empfohlenen hochschulmedizinischen Zentren gehören hierher; |<sup>8</sup>
- \_ die aus den dynamischen Entwicklungen der lebenswissenschaftlichen Grundlagenforschung sich ergebenden strukturellen Herausforderungen, auf welche die Universitätsmedizin, so wird man sagen dürfen, nicht sonderlich gut vorbereitet war. Unter der Konzentration auf Umstrukturierungen im Innern der medizinischen Einrichtungen wie im Verhältnis von Fakultät und Klinikum hat nämlich das Verhältnis der Medizin zur Universität insgesamt eher gelitten – und mit ihm auch die unabdingbare Zusammenarbeit mit dem ganzen Spektrum der Wissenschaften insgesamt, der lebenswissenschaftlichen Grundlagenforschung im Besonderen. Sie wäre also durch interdisziplinäre Querschnittsstrukturen zu fördern.

Das auf Verknüpfung von Grundlagen- und klinischer Forschung im Feld der großen Volkskrankheiten setzende Programm der Gesundheitsforschungsinitiative wirkt in diesen ohnehin komplexen Strukturwandel zusätzlich hinein. Nicht überraschend also, dass man hier und da unter dem Eindruck struktureller Überforderung steht. Es wird daher für den Erfolg der Gesundheitsforschungsinitiative zumal auch wichtig sein, dass sie mit ausgeprägter Sensibilität für jene Schwierigkeiten vorangetrieben wird, welche sich aus der teilweise spannungsreichen Überkreuzung unterschiedlicher systemischer Tendenzen in der Universitätsmedizin ergeben; und dabei habe ich übrigens vom generellen Systemwandel der Wissenschaft, von der Entstehung des Europäischen Hochschul- und Forschungsraums oder von der Differenzierung der Hochschulen noch gar nicht gesprochen.

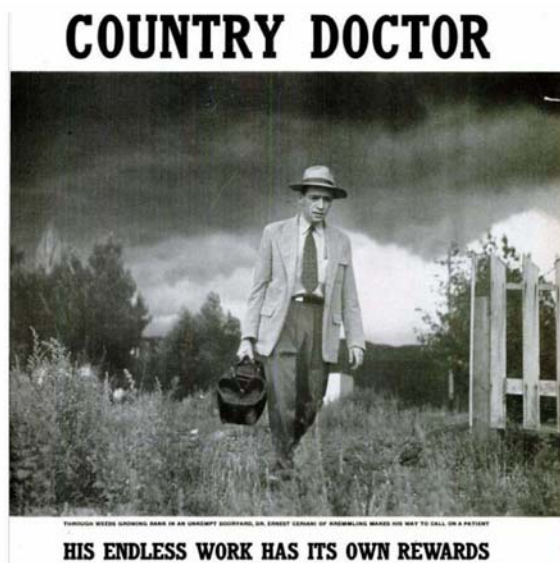
---

<sup>8</sup> Vgl. insbesondere Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin. Köln 2007.

12 | 12

Dass indes die Beobachtung eben dieser systemischen Ebene der Hochschulmedizin zu den Kernaufgaben des Wissenschaftsrates gehört, dies muss ich hier ja nicht eigens betonen.

#### Abbildung 4: Der Landarzt (Wiederholung)



Quelle: W. Eugene Smith: *Country Doctor*, in: *Life* v. 20.09.1948, S. 115–126, hier Titelbild S. 115.

Dieser Kernaufgabe, wie manch anderer, widmen wir uns, wie der Landarzt sich seinem ihm anvertrauten Bezirk zuwendet. Es handelt sich um unabschließbare Verpflichtungen. So weiß es die Bildunterschrift zu Gene Smiths Fotografie. Im Wissenschaftsrat halten wir uns an das, was sie zugleich verheißt:

„His endless work has its own rewards.“

Vielen Dank.