

**Aus dem Zentrum für Augenheilkunde der Universität zu Köln  
Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde  
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. G. K. Krieglstein**

**Strukturdeterminanten, Aufgabengebiete, Kompetenzen und  
Entwicklungsperspektiven  
der Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen**

**Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Würde eines Doctor rerum medicinalium  
der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln**

**vorgelegt von  
Dietmar Kreikenbohm-Romotzky geb. Kreikenbohm  
aus Steinhude jetzt Wunstorf**

**Promoviert am: 12. November 2008**

**Aus dem Zentrum für Augenheilkunde der Universität zu Köln  
Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde  
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. G. K. Krieglstein**

**Strukturdeterminanten, Aufgabengebiete, Kompetenzen und  
Entwicklungsperspektiven  
der Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen**

**Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Würde eines Doctor rerum medicinalium  
der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln**

**vorgelegt von  
Dietmar Kreikenbohm-Romotzky geb. Kreikenbohm  
aus Steinhude jetzt Wunstorf**

**Promoviert am: 12. November 2008**

**Gedruckt**

**mit der Genehmigung**

**der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln 2008**

**Druck und Bindung**

**Hundt Druck GmbH**

**Zülpicher Straße 220**

**50937 Köln**

**Dekan:** **Universitätsprofessor Dr. med. J. Klosterkötter**  
**1. Berichterstatter:** **Universitätsprofessor Dr. med. W. Rüßmann**  
**2. Berichterstatter:** **Universitätsprofessor Dr. med. G. Lehmkuhl**

**Erklärung:**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne die Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts habe ich Unterstützung von folgenden Personen erhalten:

- Universitätsprofessor Dr. med. W. Rüßmann
- Universitätsprofessor Dr. med. G. Lehmkuhl

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde von mir weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsstelle vorgelegt und ist auch noch nicht veröffentlicht.

**Burscheid, 30. Juni 2008**

**Dietmar Kreikenbohm-Romotzky**

## **Mein Dank im Zusammenhang mit meiner vorgelegten Arbeit gilt insbesondere**

Herrn Univ.-Prof. Dr. W. Rießmann und Herrn Univ.-Prof. Dr. G. Lehmkuhl für die Überlassung des Themas und die motivierende Betreuung der vorliegenden Dissertationsschrift, wobei verschiedene Inhalte und Wertungen nicht immer ihr Meinungsbild widerspiegeln müssen,

den Dekanen und den Studiendekanen der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, die ich seit 1993 erleben durfte, für die gute Kooperation und die Toleranz und Aufgeschlossenheit, wobei ich neben dem oben genannten ehemaligen Dekan und Ärztlichen Direktor, Herrn Univ.-Prof. Dr. W. Rießmann, und dem ehemaligen Dekan und jetzigen Hochschulratsmitglied an der Universität zu Köln, Herrn Univ.-Prof. Dr. G. Lehmkuhl, an dieser Stelle nur noch den langjährigen Studiendekan, Herrn Univ.-Prof. Dr. J. Koebe, besonders hervorheben möchte,

der Büroleiterin des Kölner Medizinischen Dekanats, Frau G. Korwitz, für das sehr hilfreiche redaktionelle Korrekturlesen der Dissertationsschrift,

den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Medizinischen Dekanats, inklusive des Forschungs- und des Studiendekanats sowie des Zentrums für internationale Beziehungen (ZiBMed) für zahlreiche fruchtbare Diskussionen und die gute Kooperation. Hier möchte ich nur meinen langjährigen Weggefährten bei der vor einigen Jahren erfolgten 1. Reform des Medizinstudiums in Köln, Herrn Dr. h.c. (RUS) C. Stosch, hervorheben,

meiner Frau Barbara und meiner Tochter Vanessa Romotzky für die motivierende Unterstützung, für Kaffee und Kuchen und für die Toleranz gegenüber den Wochenend-Computerstunden und dem Literatur-Chaos.

**Burscheid, den 30.06.2008**

## **Widmung**

Meinen Eltern Elfriede und Karl Kreikenbohm, denen ich auch für die jahrelange Unterstützung in finanziell schlechten Zeiten danke, ohne die eine Fortführung meines Studiums kaum möglich gewesen wäre

Meiner Tante „Liesel“ und meinem Onkel „Willy“ Kuhlmann, bei denen ich einige prägende Monate meiner Kindheit verbringen durfte

Meinen Geschwistern Karl, Friedhelm, Wilfried und Sabine

Meinen engen Familienangehörigen Illa, Ralf und Renate Romotzky  
und natürlich

**Meiner Frau Barbara**

**und**

**meiner Tochter Vanessa Romotzky**

## Inhaltsverzeichnis

1.	Zielsetzungen und Gegenstand .....	9
2.	Methodik und Konzeption .....	13
2.1.	Wissenschaftstheoretische Grundausrichtung und Grundmodelle .....	13
2.2.	Elemente des Kritischen Rationalismus, der Kritischen Theorie und sozialwissenschaftliche Werturteilsfreiheit .....	14
2.3.	Alternative wissenschaftstheoretische Ansätze, Methodenvielfalt und Wissenschaftsfreiheit.....	16
2.4.	Erkenntnisinteresse und Vorgehensweise.....	17
3.	Rahmenbedingungen und Strukturen für Forschung und Lehre in Nordrhein-Westfalen .....	19
3.1.	Sozioökonomische, hochschulpolitische und hochschulrechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland .....	19
3.1.1.	Sozioökonomische Rahmenbedingungen.....	20
3.1.1.1.	Weltwirtschaftliche und nationale ökonomische Strukturen.....	20
3.1.1.2.	Ökonomischer Stellenwert des Gesundheitswesens und der Universitätsklinik.....	25
3.1.1.3.	Gesundheitspolitik und Gesundheitsreformen.....	29
3.1.1.4.	Demographische Entwicklung und Krankheitswandel.....	37
3.1.1.5.	Möglichkeiten und Grenzen der Marktsteuerung im Gesundheitswesen .....	43
3.1.1.6.	Sozioökonomische Problemstellungen.....	47
3.1.2.	Hochschulpolitische und hochschulrechtliche Rahmenbedingungen .....	51
3.1.2.1.	Finanzierung von Forschung, Lehre und Ausbildung.....	52
3.1.2.2.	Forschungspolitik, Forschungsstrukturen und Entwicklungen.....	60
3.1.2.3.	Bildungspolitik, Bildungsstrukturen und Entwicklungen.....	66
3.1.2.4.	Rechtliche Rahmenbedingungen und Entwicklungen .....	71
3.1.2.5.	Hochschulpolitische und hochschulrechtliche Problemstellungen.....	74
3.2.	Allgemeine Aufgaben, Stellenwert und Verflechtungen der Medizinischen Fakultäten in Deutschland.....	78
3.2.1.	Allgemeine Aufgaben und Stellenwert.....	78
3.2.2.	Verflechtungen zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung.....	81

3.3.	Spezifische Rahmenbedingungen der Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen .....	86
3.3.1.	Sozioökonomische Rahmenbedingungen.....	86
3.3.1.1.	Wirtschaftspolitik, Wirtschaftsstrukturen und Strukturwandel.....	87
3.3.1.2.	Gesundheitspolitische Zielsetzungen.....	89
3.3.1.3.	Haushaltspolitische Zielsetzungen.....	91
3.3.1.4.	Organisationsentwicklung und Verwaltungsmodernisierung.....	93
3.3.1.5.	Tarifvertragliche Entwicklungen und Besoldungsstrukturen .....	96
3.3.1.6.	Sozioökonomische Problemstellungen.....	99
3.3.2.	Hochschulpolitische und hochschulrechtliche Rahmenbedingungen .....	102
3.3.2.1.	Hochschulpolitische Zielsetzungen und Entwicklungen.....	103
3.3.2.2.	Rechtliche Rahmenbedingungen und Entwicklungen.....	108
3.3.2.2.1.	Rechtsverordnung 2000-2001.....	109
3.3.2.2.2.	Hochschulfreiheitsgesetz .....	111
3.3.2.2.3.	Hochschulmedizingesetz 2008 .....	116
3.3.2.3.	Hochschulpolitische und hochschulrechtliche Problemstellungen.....	121
3.3.3.	Aufbau- und ablauforganisatorische Rahmenbedingungen.....	123
3.3.3.1.	Aufgabengebiete von Universität, Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum .....	124
3.3.3.1.1.	Aufgabengebiete der Universität .....	124
3.3.3.1.2.	Aufgabengebiete der Medizinischen Fakultät .....	127
3.3.3.1.3.	Aufgabengebiete des Klinikums.....	130
3.3.3.2.	Strukturen, Kompetenzen, Verflechtungen und Organisationsmodelle Universität - Medizinische Fakultät - Klinikum.....	132
3.3.3.2.1.	Verflechtungen, Entscheidungsgremien, Kompetenzen und Strukturen .....	132
3.3.3.2.2.	Kooperationsmodell – Integrationsmodell .....	141
3.3.3.2.3.	Rechtsformmodelle.....	144
3.3.3.3.	Aufbau- und ablauforganisatorische Problemstellungen.....	148

3.3.4.	Forschung und Lehre an den Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen und an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.....	151
3.3.4.1.	Gutachten und Zielvereinbarungen.....	153
3.3.4.2.	Forschungsschwerpunkte und Forschungsförderung.....	160
3.3.4.3.	Studienreform – Modellstudiengänge.....	167
3.3.4.4.	Zuführungsbetrag und Leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) .....	172
3.3.4.5.	Forschungs- und lehrrelevante Problemstellungen.....	181
4.	Ergebnisdiskussion, Zukunftsstrategien und Zukunftsperspektiven für eine optimale Interessenumsetzung von Forschung und Lehre.....	186
4.1.	Mögliche Problemstellungen für die Medizinischen Fakultäten .....	187
4.2.	Grundlagen und Zukunftsstrategien für Verbesserungen von Forschung und Lehre .....	194
4.2.1.	Forschung, Bildung und Lehre .....	195
4.2.2.	Trennungsrechnung, Leistungsorientierte Mittelverteilung und Finanzierungsalternativen.....	207
4.2.3.	Moderne Managementmethoden und Organisationsstrukturen.....	216
4.2.4.	Förderung fakultäts- und universitätsübergreifender Strukturen und Kooperationen .....	226
4.3.	Zukunftsperspektiven für die Medizinischen Fakultäten in NRW .....	233
5.	Zusammenfassung .....	243
6.	Literaturverzeichnis .....	246
7.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	257
8.	Anmerkungen .....	258

Lebenslauf

## **1. Zielsetzungen und Gegenstand**

Die Medizinischen Fakultäten und die Universitätskliniken sehen sich seit Jahrzehnten immer neuen staatlichen Eingriffen ausgesetzt, ohne dass ein Ende in Sicht wäre. Ein staatlicher Ordnungs- oder Regelungsversuch zog bisher stets den nächsten nach sich: Teils sollten mit der Novelle Unvollkommenheiten des vorangehenden Versuchs beseitigt werden, teils wurden tagespolitische Aktualitäten eingeführt, deren Unvollkommenheit zu neuen Reparaturmaßnahmen Anlass gab.

Die Ergebnisse sind nicht unbedingt zufriedenstellend. Die Medizinischen Fakultäten NRWs nehmen in Forschung, Lehre und Krankenversorgung keine Spitzenplätze ein.

Es ist aber auch umstritten, ob sich ohne staatliche Regelungs- und Koordinationsprozesse durch eine Selbstorganisation der Universitäten und Fakultäten zwangsläufig günstigere Ergebnisse herausbilden.

Die vorliegende Studie untersucht die strukturellen, rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen.

Hauptsächlich sollen dabei bestehende Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten für die Umsetzung optimaler Strukturen und Handlungsmöglichkeiten für den Bereich Forschung und Lehre analysiert werden.

Daneben wird versucht, einzelne zentrale Strukturmerkmale von Forschung und Lehre in NRW darzustellen, um zukünftigen Entscheidungsträgern der Medizinischen Fakultät in Köln Entscheidungshilfen bereitzustellen.

Laut Hochschulgesetz NRW besteht die allgemeine Hauptaufgabe der Universitäten und damit auch ihrer Fakultäten in der Pflege und Entwicklung der Wissenschaften durch Forschung, Lehre und Studium.<sup>1</sup> Diese Zielsetzungen wurden auch in §2 der Grundordnung der Universität Köln vom 17.12.2002<sup>2</sup> und in §1 der aus dem Jahr 2003 stammenden Fakultätsordnung der Medizinischen Fakultät übernommen.<sup>3</sup> Diese Hauptaufgaben finden sich ebenfalls im §3 des ab dem 01.01.2007 in Kraft getretenen neuen Hochschulgesetzes (HG) für NRW (Hochschulfreiheitsgesetz, Artikel 1 HFG) wieder.<sup>4</sup>

Das Klinikum soll gemäß § 2 der Rechtsverordnung vom 22.12.2000 der Medizinischen Fakultät für ihre Aufgaben auf dem Gebiet der Forschung und Lehre dienen.<sup>5</sup> In dem ab dem 01.01.2008 gültigen Hochschulmedizingesetz ist diese Bestimmung sogar in den Gesetzestext übernommen worden. Das unterstreicht ihre Bedeutung.<sup>6</sup>

Die Universitätsmedizin in Deutschland versucht, die Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu wahren. Forschung und Lehre sind aber in Zeiten der Verknappung öffentlicher Gelder zunehmend gefährdet: Sie laufen Gefahr, von der Krankenversorgung verdrängt zu werden.<sup>7</sup>

Die Interessenkonflikte zwischen Krankenversorgung, Forschung und Lehre lassen sich in Köln bis in die 20er Jahre zurückverfolgen. Damals mussten Berufungsvorschläge mit einer Stellungnahme des Universitätskuratoriums versehen werden. Dabei kam es gelegentlich zu Auseinandersetzungen mit der Medizinischen Fakultät, weil der damalige Kuratoriumsvorsitzende Konrad Adenauer in der Krankenversorgung eher Praktiker bevorzugte als ausgewiesene Experten auf dem Gebiet von Forschung und Lehre.<sup>8</sup>

Die Zielsetzung, das Instrumentarium und die Rahmenbedingungen für Lehre und Forschung zu verbessern, ist aber nicht Selbstzweck, sondern dient als abgeleitete Zielsetzung der Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Menschen, auf die heutzutage ein Rechtsanspruch besteht.

Heute hat der Mensch ein Recht auf Gesundheit: Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation als „körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ definiert. Der Staat hat die Verpflichtung, durch Bereitstellung von Mitteln und Einrichtungen dafür zu sorgen.<sup>9</sup>

Die Gesundheitsdefinition der WHO impliziert eine breite Kooperation unterschiedlicher Disziplinen, wobei neben medizinischem Fachwissen auch naturwissenschaftliche, psychologische und sozioökonomische Kompetenz besonders gefragt sind.

Für die Medizinischen Fakultäten ergeben sich aus den sozioökonomischen, rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen übergreifende Aufgaben und Verantwortungsbereiche für das Gemeinwesen.<sup>10</sup>

Ethische Theorien wie die Sozialvertragstheorie, die utilitarische und die kommunitarische Theorie befassen sich mit der Wohlfahrtsmaximierung im Gesundheitssektor, wobei die kommunitarische Theorie davon ausgeht, dass es keine universelle Regelung gibt, sondern dass sich die Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem vielmehr nach den Wertvorstellungen der jeweiligen Gesellschaften richten muss.<sup>11</sup>

Gesundheit hat in den unterschiedlichen Kulturen immer einen großen Stellenwert gehabt und ist auch in den hochindustrialisierten Ländern der Gegenwart eine zentrale individuelle und gesellschaftliche Thematik. Mit dem Begriff der Gesundheit entwickelte sich trotz der unterschiedlichsten kulturellen Lebenswelten eine positive Vorstellung von körperlicher Integrität, Schmerzfreiheit und optimistischer Zukunftsplanung.<sup>12</sup>

Träger für Forschung und Lehre für das Fachgebiet Medizin sind in Deutschland die Medizinischen Fakultäten der Universitäten. Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ist es aber fraglich, ob die Medizinischen Fakultäten ihren Aufgabenstellungen in Forschung und Lehre gerecht werden können.

Viele Stellungnahmen von Wissenschaftsorganisationen fordern eine grundlegende Reform der derzeitigen Strukturen der Hochschulmedizin. Danach scheinen die fast drei Jahrzehnte andauernden Reformversuche der Medizinischen Fakultäten noch nicht abgeschlossen zu sein und benötigen vielmehr eine konzeptionelle Weiterentwicklung.

Wichtige Elemente der gegenwärtigen Diskussion bestehen in der Forderung nach einer Professionalisierung der Leitungsstrukturen (Fakultäts- und Klinikumsvorstände) mit eindeutigen Zuständig- und Verantwortlichkeiten sowie mit Übernahme der Vorsitzendenfunktion auch im Klinikumsvorstand durch die Dekane, um so das Primat von Lehre und Forschung im Klinikum durchzusetzen.

Defizite werden u.a. in mangelnder strategischer und konzeptioneller Planung und in unzureichendem Wettbewerb zwischen den Universitäten gesehen. Als weitere Schwachpunkte werden in der derzeitigen Diskussion z.B. die Unterfinanzierung, die mangelnde Zieldefinition und die unzureichenden Förderungsmöglichkeiten für herausragende Nachwuchswissenschaftler sowie die Ehrenamtlichkeit des Dekansamtes aufgeführt.

Ein übergeordnetes Hauptproblem ist, dass - entgegen aller öffentlichen Bekundungen der Politik - Gesundheit und Bildung, Forschung und Lehre wesentlich nur als Kostenfaktor gesehen werden und nicht als Voraussetzung für Produktivität und Wachstum der Volkswirtschaft sowie als Grundlage für eine humane Gesellschaft.

Laut Wissenschaftsrat muss die Universitätsmedizin erreichen,“ dass

- die Rahmenbedingungen für herausragende und international wettbewerbsfähige Forschungsleistungen verbessert werden,
- die medizinischen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten an den Standorten optimiert werden,
- alle Studierenden eine qualitativ hochwertige Ausbildung erhalten,
- mehr Innovationen in der Krankenversorgung ermöglicht werden,
- die Wirtschaftlichkeit in der Universitätsmedizin verbessert wird<sup>13</sup>

In den Medizinischen Fakultäten konkurrieren bei der Ressourcenverteilung Forschung und Lehre mit der Krankenversorgung. In dieser Konkurrenz „gewinnt“ häufig die Krankenversorgung, obwohl sich die Medizinischen Fakultäten insbesondere an ihren Leistungen in der Publikationstätigkeit, in der Drittmittelinwerbung und in der Studentenausbildung messen lassen müssen.

Auch in den Medizinischen Fakultäten und den mit ihnen verbundenen Kliniken muss das Prinzip gelten, dass - ausgewiesene Forschungs- und Studienprojekte ausgenommen - die Krankenversorgung ihre Kosten durch ihre Erlöse deckt und nicht auf Quersubventionen aus den öffentlichen Mitteln für Forschung und Lehre angewiesen ist. Nur diese öffentlichen Mittel gewährleisten, dass Freiräume für eine freie, der reinen Wahrheitsfindung dienenden Forschung erhalten bleiben, die von wirtschaftlichen Interessen unabhängig ist. Gerade durch diese Art von Forschung können im Vergleich zu industriefinanzierter Auftrags- und Zweckforschung große gesellschaftlich relevante Nebeneffekte erzielt werden.

Öffentlich finanzierte medizinische Forschung und Lehre sind dabei kein Selbstzweck, sondern Grundlage für die optimale Gesundheitsversorgung gegenwärtiger und zukünftiger Generationen.

## **2. Methodik und Konzeption**

### **2.1. Wissenschaftstheoretische Grundausrichtung und Grundmodelle**

Zur Erläuterung der Vorgehensweise bei der Untersuchung sind einige grundlegende Vorbemerkungen zum eigenen Wissenschaftsverständnis erforderlich.

Die Wissenschaft ist kein unbestrittenes einheitliches System der Erkenntnisgewinnung. Diese Untersuchung greift Erkenntnisse und Methoden unterschiedlicher Ansätze auf, wobei sie sich bei den gesellschaftsstrukturellen Problemstellungen teilweise an die Kritische Theorie der Frankfurter Schule anlehnt. Dabei soll die Bedeutung anderer wissenschaftlicher Ansätze nicht verleugnet, vielmehr deren Denkmodelle vor allem bei organisationstheoretischen Fragestellungen ebenfalls einbezogen werden.

Als Hauptrichtungen der erkenntnistheoretischen Schulen gelten:

- die analytisch-nomologische Richtung (u.a. Kritischer Rationalismus)
- die hermeneutisch-dialektische Richtung (u.a. Frankfurter Schule)
- die dialektisch-materialistische Richtung (marxistische Orientierung)

In der westlichen Forschungswelt sind neben dem Kritischen Rationalismus (Popper, Albert) noch die Kritische Theorie der Frankfurter Schule (Adorno, Horkheimer, Habermas, Fromm, Marcuse) und die Systemtheorie (Luhmann) von Bedeutung.<sup>14</sup>

## **2.2. Elemente des Kritischen Rationalismus, der Kritischen Theorie und sozialwissenschaftliche Werturteilsfreiheit**

Der von Popper und Albert entwickelte forschungslogisch-methodologische Ansatz des „Kritischen Rationalismus“ stellt eine zentrale wissenschaftstheoretische Basis empirischer Sozialforschung dar.

Wesentliche Hauptprinzipien dieser Forschungsmethodik sind:

- Alle Aussagen sind überprüfbar in der Konfrontation mit der Realität. Sie müssen somit erfahrbar sein und an der Realität scheitern können.
- Wissenschaftliche Erkenntnisse haben einen vorläufigen Wahrheitscharakter.
- Eine Bewertung der Realität gehört nicht zum Gegenstand der Wissenschaft.

Die Empirie hat in diesem Wissenschaftsmodell einen vorherrschenden Stellenwert. Die unter empirischen Tests mit Verifikations- und Falsifikationsprozessen entwickelten Theorien gelten aber nur als bewährte, nicht als wahre Aussagen.

Das Wahrheitskriterium besteht beim kritischen Rationalismus in der Konfrontation mit erfahrbarer Realität und nicht wie im dialektisch-materialistischen Ansatz in einer festgelegten letzten Quelle (Marx), an der sich alle Erkenntnisse orientieren.<sup>15</sup>

Als wesentliche Merkmale der Kritischen Theorie lassen sich folgende Merkmale herauskristallisieren:

- Kritik an der Wirklichkeit ist wissenschaftliches Ziel,
- Gegenstand ist nicht nur die Beschreibung und Erklärung sozialer Phänomene, sondern auch die kritische Beurteilung sozialer Tatbestände,
- Kritik ist bezogen auf die Auseinandersetzung mit der Realität,
- nicht ein eher technisches sondern ein emanzipatorisches Erkenntnisinteresse steht im Mittelpunkt,
- die Wirklichkeit ist kein Naturgesetz, sondern von Werten und Bedürfnissen der Menschen selbst produziert worden,
- für Ergebnisse, die sich nicht nur auf den Ist-Zustand fokussieren, sondern auch Aussagen über den Soll-Zustand zum Gegenstand haben, ist das Kriterium empirischer Prüfbarkeit und intersubjektiver Kontrolle nur noch eingeschränkt anwendbar.<sup>16</sup>

Dieser wissenschaftliche Ansatz fühlt sich auch der Wahrheitsfindung verpflichtet, bezweifelt aber die Möglichkeit wertfreier Wissenschaft, so dass bei diesem Ansatz darauf zu achten ist, dass wissenschaftliche Erkenntnis nicht zu Lasten persönlicher Bekenntnisse und politischer Ideologien in den Hintergrund gedrängt wird.

Andererseits besteht im Bereich der Sozialwissenschaften bei einer unkritischen Ausrichtung des Forschungsgegenstandes ausschließlich an der Optimierung bestehender Verhältnisse die Gefahr, dass Wissenschaft auf eine Funktion zur Stabilisierung und Verbesserung herrschender Strukturen und Ideologien reduziert wird.

Der Vorwurf des „Positivismus“, der auf die angebliche herrschaftsstabilisierende Funktion analytisch-nomologischer Methodologie abzielt, ist ein zentraler Konfliktgegenstand zwischen den Ansätzen der Frankfurter Schule und des Kritischen Rationalismus.<sup>17</sup>

Der Kritische Rationalismus hat mit der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule gemeinsam, dass er auf die Postulierung absoluter endgültiger Wahrheiten verzichtet. Vertreter der kritischen Theorie bewerten aber bewusst die Realität auch hinsichtlich einer Verbesserung gesellschaftlicher Zustände. Sie hat somit auch ein emanzipatorisches Erkenntnisinteresse.

Die für die Sozialwissenschaften bedeutungsvolle Kritische Theorie versteht Wissenschaft analog zum Kritischen Rationalismus ebenfalls als Erfahrungswissenschaft, aber unter Berücksichtigung der gesellschaftsstrukturellen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen.

Hier stehen weniger von den gesellschaftlichen Machtverhältnissen losgelöste Einzelphänomene im Mittelpunkt, sondern vielmehr gesamtgesellschaftliche Strukturen und mit Machtverhältnissen und Interessen verbundene Gesellschaftsprobleme.

### **2.3. Alternative wissenschaftstheoretische Ansätze, Methodenvielfalt und Wissenschaftsfreiheit**

Ein weiterer, auch im Bereich der Organisationstheorie verbreiteter Ansatz ist die Systemtheorie, die auf Grundlage kybernetischer Regelungsprozesse Aussagen und Erkenntnisse über die Funktionsfähigkeit unterschiedlicher Systeme ermöglicht.<sup>18</sup>

Auf Organisationen übertragen dient die Systemtheorie dazu, dem Management (Regler) Empfehlungen für Anweisungen (Stellgrößen) zu geben, wobei hierfür die Analyse der ablaufenden Informations- und Entscheidungsprozesse der Managementstrukturen eine Voraussetzung darstellt.<sup>19</sup>

Zielsetzung der Wissenschaft ist neben dem praktischen Ziel der Verbesserung der Problemlösungsmöglichkeiten und der Erhöhung der Lebensqualität primär auch das theoretische Ziel der Konstruktion objektiv überprüfbarer theoretischer Realitätsmodelle. Aus Sicht des radikalen Konstruktivismus ist das objektivierte Wissen über die Realität aber lediglich eine mentale Konstruktion. Die Wahrnehmung der Außenwelt ist nur eine Wirklichkeitskonstruktion.<sup>20</sup> Laut diesem Ansatz ist eine Annäherung wissenschaftlicher Aussagen an die „Wahrheit“ nicht möglich. Für die Beurteilung von Theorien wird statt des Begriffs „Wahrheit“ der Begriff „Nützlichkeit“ als zentrales Kriterium verwendet. Theorien überleben dann eher, wenn sie die Zwecke erfüllen, denen sie dienen und mehr oder weniger zuverlässig zu dem Gewollten verhelfen.<sup>21</sup>

Die Welt mag die Möglichkeit der Gewissheit in sich tragen, aber es ist zweifelhaft, ob der Mensch von Natur aus so vollkommen ist, um solche Gewissheit zu erlangen.

Es ist nicht verwunderlich, dass führende Wissenschaftstheoretiker die positive Funktion methodologischer Regeln zwar anerkennen, aber darauf bestehen, diese der Forschungslage entsprechend einzusetzen und zu deuten und einen undogmatischen Umgang mit der Wissenschaft einzufordern.<sup>22</sup> Diese „Wissenschaftsfreiheit“ ist auch nach wie vor in den relevanten Hochschulgesetzen verankert. So heißt es z. B. in §4 Abs. 2 des neuen Hochschulgesetzes (HG) 2007 von NRW, dass die Freiheit der Forschung insbesondere Fragestellung, Methodik sowie Bewertung des Forschungsergebnisses und seine Verbreitung umfasst.<sup>23</sup>

Die vorliegende Arbeit greift auf Erkenntnisse und Methoden unterschiedlicher wissenschaftlicher Ansätze zurück.

Wissenschaft soll Erkenntnis fördern, Problemfragen Lösungsansätzen näher bringen und nach Möglichkeit mit nutzbringenden Faktoren für die Menschen verbunden sein.

#### **2.4. Erkenntnisinteresse und Vorgehensweise**

Die große Bedeutung einer reformerisch orientierten empirischen Sozialforschung geht vor allem auch auf Mediziner wie Virchow und Neumann bereits im frühen 19. Jahrhundert zurück. Sie hatte auch eine Reform des gesamten öffentlichen Gesundheitswesens zum Gegenstand.<sup>24</sup>

In der medizinischen Forschung besteht ein Spannungsverhältnis mit langer Tradition zwischen Natur- und Sozialwissenschaften, wobei die Vernachlässigung einer Seite für die Patienten und das Sozialsystem mit schwerwiegenden Fehlentwicklungen verbunden sein kann.

Der kranke Mensch kann aufgrund der historischen Erfahrungen als biologisch geprägtes, psychisch soziales und von den sozialen Verhältnissen abhängiges Wesen interpretiert werden. Der Umgang mit Kranken in der Medizin muss diese unterschiedlichen Dimensionen auch in Forschung und Lehre in seiner Komplexität integrierend berücksichtigen.<sup>25</sup>

Ein Orientierungsrahmen und ein zentrales Erkenntnis- und Untersuchungsinteresse besteht bei dieser Arbeit in der Vermutung, dass die heutigen Strukturen der Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen nicht ausreichen, um Forschung und Lehre optimal voranzutreiben. Die Rahmenbedingungen für die Entscheidungsträger und Organe der Fakultäten in NRW müssen professionalisiert werden, und es müssen gegebenenfalls andere Strukturen geschaffen werden, um Lehre und Forschung den politisch gewollten zentralen Stellenwert im Spannungsfeld von Lehre, Forschung und Krankenversorgung zukommen zu lassen. Es bestehen organisatorische Instrumente und gesellschaftspolitische Veränderungspotentiale, die zu einer Verbesserung gegenüber dem gegenwärtigen Zustand beitragen können.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine komplexe Thematik, wobei aufgrund der großen Breite die einzelnen Subthemen im Rahmen dieser Untersuchung nicht in aller Tiefe abgehandelt werden können. Im Bereich sozialwissenschaftlicher Forschung fehlt es aber an Gesamtmodellen, die eine Optimierung von Forschung und Lehre im Bereich Medizinischer Fakultäten zum Gegenstand haben.

Da durch die heutige Forschung und Lehre das zukünftige Gesundheitswesen und damit auch maßgebliche sozioökonomische Strukturen geprägt werden, können Untersuchungen, die Forschung und Lehre unter Berücksichtigung ihres gesellschaftlichen Umfeldes betrachten und daraus mögliche Verbesserungsstrategien ableiten, als Grundlage für weitere Diskussionen sowie für konkrete Handlungsorientierungen für Entscheidungsträger bedeutend werden.

Im Rahmen dieser Untersuchung sollen zunächst hochschulpolitische, rechtliche und sozioökonomische Aspekte des Umfelds für Forschung und Lehre und seine Entwicklungen in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens dargelegt werden (3.1.). Die Aufgaben und der Stellenwert der Medizinischen Fakultäten und ihre Verflechtungen mit der Krankenversorgung stehen anschließend im Hauptinteresse (3.2.).

Im Mittelpunkt des dann folgenden Untersuchungsgegenstandes stehen die spezifischen ökonomischen, hochschulpolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen (3.3.). Dabei wird neben der Darlegung der sozioökonomischen sowie der hochschulpolitischen und hochschulrechtlichen Rahmenbedingungen (3.3.1./3.3.2.) das System Universität/ Medizinische Fakultät/Klinikum auch in Hinblick auf mögliche Schwachstellen analysiert und ein Kurzüberblick über wichtige organisationstheoretische Aspekte von Forschung und Lehre der Medizinischen Fakultäten gegeben (3.3.3.). Außerdem erfolgt eine Ist-Analyse der Situation von Forschung und Lehre in NRW unter besonderer Berücksichtigung von Vergleichsdaten der Kölner Medizinischen Fakultät (3.3.4.).

Kapitel 4. widmet sich der Ergebnisdiskussion, den Zukunftsstrategien und den Zukunftsperspektiven für eine optimale Interessenumsetzung für Forschung und Lehre.

Die wesentlichen Ergebnisse und Empfehlungen werden abschließend in Kapitel 5 zusammenfassend dargelegt.

### 3. Rahmenbedingungen und Strukturen für Forschung und Lehre in Nordrhein-Westfalen

#### 3.1. Sozioökonomische, hochschulpolitische und hochschulrechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland

Die Rahmenbedingungen und Handlungsspielräume für die Medizinischen Fakultäten werden durch die hochschulrechtlich relevanten Normen und die gesellschaftsstrukturellen und ökonomischen Entwicklungen geprägt.

Die Medizinischen Fakultäten müssen nicht zuletzt aufgrund der verschärften sozioökonomischen Rahmenbedingungen ihren Stellenwert in der Gesellschaft und ihre Bedeutung innerhalb der Universität und gegenüber den Universitätsklinika in der heutigen Zeit verstärkt behaupten und konzeptionell entwickeln, um auch zukünftig eine hochwertige medizinische Forschung und Lehre zu gewährleisten.

Eine Darlegung einiger wesentlicher auch für die Medizinischen Fakultäten relevanter Determinanten der sozioökonomischen und rechtlichen Entwicklungen in Deutschland ist für die zukünftige Ausrichtung der Handlungsalternativen auf dem Gebiet von Forschung und Lehre von zentraler Bedeutung.

Die Medizinischen Fakultäten sind in Deutschland als wesentlicher Bestandteil in die Universität eingebettet und mit anderen Fachbereichen sowie mit dem Universitätsklinikum eng verflochten.

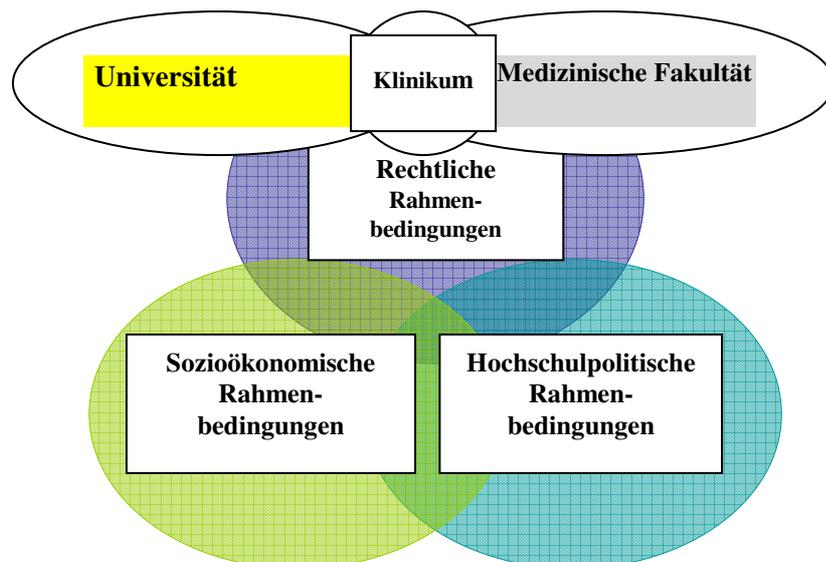


Abbildung 1 - Sozioökonomische Grobverflechtungen der Universitätsmedizin

Ihre Entscheidungskompetenzen und Handlungsalternativen werden daneben maßgeblich von den Einflussgrößen und Handlungskonzepten der Wirtschaftspolitik und der Gesundheitspolitik, dem Strukturwandel der Gesellschaft sowie der Hochschulpolitik determiniert.

Die zukünftige Ausrichtung der Universitätsmedizin und der Medizinischen Fakultäten hängt somit auch in entscheidender Weise von den zukünftigen Gesundheitsreformen, den politischen Gesundheitszielsetzungen, der Entwicklung des Gesundheitsmarktes, den Instrumenten der Qualitätssicherung und dem Einfluss der Gesundheitslobby sowie dem Gesellschaftsstrukturwandel ab.

### ***3.1.1. Sozioökonomische Rahmenbedingungen***

#### **3.1.1.1. WELTWIRTSCHAFTLICHE UND NATIONALE ÖKONOMISCHE STRUKTUREN**

Bei der heutigen wirtschaftspolitischen Diskussion stehen Auswirkungen und Restriktionen der Globalisierung, die Förderung der Wettbewerbsfähigkeit, die Forderung der Ausweitung der Steuerung sozioökonomischer Prozesse durch das Marktmodell, die Entbürokratisierung und Deregulierung staatlicher Einschränkungen ökonomisch relevanter Entscheidungsspielräume und die weitgehende Ersetzung bisheriger hoheitlicher Aufgaben durch privatwirtschaftlich gesteuerte Leistungsanbieter im Mittelpunkt. Diese „Neoliberalisierungswelle“ und „Privatisierungswelle“ bisheriger öffentlicher Aufgaben macht auch nicht vor den Universitäten und den Universitätsklinika halt. Verbunden ist diese Entwicklung daneben mit Forderungen nach der Zurückdrängung des Sozialstaates und der Senkung der Lohnnebenkosten zur Erhöhung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit und der Reduzierung der Staatsverschuldung zur Erfüllung der „Maastricht-Kriterien“ der europäischen Wirtschaftsunion.

Erstmals seit 2001 konnte 2007 die Neuverschuldung aufgrund der positiven wirtschaftlichen Entwicklung wieder unter 3 Prozent des deutschen Sozialprodukts gehalten werden und somit der EU-Vorgabe, dem Maastricht-Kriterium, entsprechen. Damit können auch eventuelle Strafzahlungen verhindert werden.

Nationalstaatliche Wirtschafts- und Gesundheitspolitik ist zunehmend auch in die internationalen Entscheidungsstrukturen eingebettet. Die Globalisierung des Güter- und Leistungsaustausches ist nicht aufzuhalten und hat neben vielseitigen positiven Effekten nicht nur in den Ländern der „Dritten Welt“ und den Schwellenländern auch von führenden Wirtschafts- und Gesellschaftstheoretikern dargelegte und angeprangerte gravierende Schattenseiten hervorgebracht.<sup>26</sup> Die Globalisierung bietet auf der anderen Seite aber grundsätzlich auch Möglichkeiten, einen größeren Wohlstand bei einer entsprechenden Einkommens- und Vermögensverteilung auch für bisher ärmere Länder zu erreichen und demokratisches und rechtsstaatliches Gedankengut sowie das Bewusstsein einer globalen Schicksalsgemeinschaft international zu verbreiten, aber auch internationale Gesundheitsstandards weltweit voranzutreiben.

Die heutigen Privatisierungstendenzen in der Gesundheitspolitik sind teilweise Anpassungsstrategien an den internationalen Wettbewerbsdruck und Folge von Auflagen europäischer und internationaler Wirtschafts- und Währungshüter.

Entscheidungen über die ökonomischen Rahmenbedingungen und Spielregeln werden zunehmend von politisch legitimierten Gremien auf Organisationen wie die Weltbank, die Europäische Wettbewerbsbehörde und die Europäische Zentralbank verlagert, von diesen Institutionen eingefordert und an ihren ökonomischen Maßstäben ausgerichtet. Viele neoliberale Prozesse sind aufgrund der Finanzlage der Staatshaushalte und der öffentlichen Armut verständlich, in vielen Bereichen häufig auch erstrebenswert, denn Wettbewerb und Erhöhung der Konkurrenzfähigkeit sowie Deregulierung und Entbürokratisierung können auch im Hochschulsektor durchaus positive und wünschenswerte Prozesse einleiten. Häufig stehen aber auch ideologische und ökonomische Interessen im Vordergrund und die sozialen, ökologischen und gesamtgesellschaftlichen negativen möglichen Auswirkungen und mögliche Fehlsteuerungen bleiben unberücksichtigt.

In den Jahreswirtschaftsgutachten der „Fünf Weisen“ der letzten Jahre wurde unter ihrem Vorsitzenden Prof. Rürup, der auch Vorsitzender der noch unter der alten Bundesregierung einberufenen Sachverständigenkommission zur Reform der Sozialversicherungen (Rürup-Kommission) war, eher ein negatives Bild der gesamtwirtschaftlichen Lage gezeichnet.

Das Mitglied der „Wirtschaftsweisen“ Prof. Bofinger hat eine abweichende Haltung und vertritt dagegen die Ansicht, dass wir besser sind als wir glauben. Die häufige und weit verbreitete permanent wiederholte Kritik an der hohen Staatsquote, den überhöhten Löhnen, den kurzen Arbeitszeiten, dem beschäftigungsfeindlichen Kündigungsschutz kombiniert mit großer Regelungsdichte sowie der ausufernden deutschen Bürokratie seien zwar weit verbreitetes Dogma, hätten aber mit den wirtschaftlichen Problemen und der Realität nur wenig zu tun. Zahlreiche soziale Einschnitte seien bereits erfolgt, die Steuerbelastung niedriger als in vielen anderen Ländern und die internationale Wettbewerbsfähigkeit als „Exportweltmeister“ vorhanden.

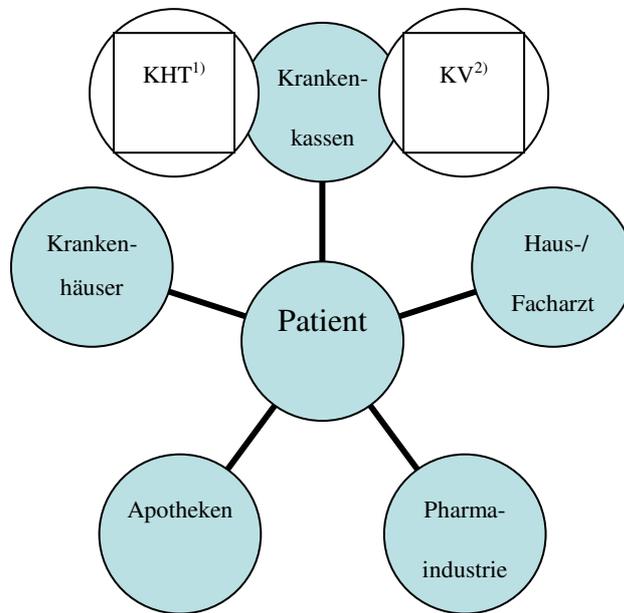
Probleme seien primär durch die Finanzierung der deutschen Einheit über die sozialen Sicherungssysteme und die einseitige Ausrichtung an einer angebotsorientierten Wirtschaftspolitik mit niedrigen Lohnkosten und einer geringen Steuerbelastung insbesondere der großen internationalen Kapitalgesellschaften entstanden, wobei man der Hoffnung erlag, dass das Angebot sich seine Nachfrage von selbst schafft. Neben der notwendigen internationalen Wettbewerbsfähigkeit sei auf der anderen Seite eine dynamische Entwicklung des Binnenmarktes erforderlich.<sup>27</sup>

Die These, ein schlanker Staat bedeute auch automatisch eine dynamische Wirtschaft, hat aus empirischer Sicht zumindest eher einen ideologischen Charakter. Mit einem Anteil von 47,5% der Staatsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (Wert der im Inland hergestellten Waren und Dienstleistungen) lag Deutschland 2003 insgesamt leicht unter dem Durchschnitt der 15 „alten“ Mitgliedsländer der Europäischen Union, der sich auf 48,0% belief. Die höchste Staatsquote wiesen in diesem Zeitraum Schweden (57,3%), Dänemark (54,7%) und Frankreich (54,2%) aus. In Ländern wie Frankreich und Schweden war das Wirtschaftswachstum in den vergangenen Jahren aber größer als in Deutschland.

Daneben sind aber auch dynamische Wirtschaften wie die Vereinigten Staaten, Irland und Großbritannien mit einer eher mageren Staatsquote zu beobachten.<sup>28</sup>

Die neoliberale Wirtschaftstheorie geht davon aus, dass höhere Gewinne automatisch mehr Investitionen und Arbeitsplätze bedeuten. Hohe Gewinne waren in der Wirtschaftspraxis aber häufig mit gleichzeitigem Arbeitsplatzabbau und damit fehlenden Beiträgen in die Sozialversicherungssysteme verbunden.

Die Vermachtung der Märkte zeigt daneben, dass die Märkte häufig nicht von der „invisible hand“ des Urvaters der Marktwirtschaft, Adam Smith, gesteuert werden, sondern vom „shake hand“ multinationaler Konzerne oder - wie im Gesundheitswesen - im erheblichen Ausmaß von einflussreichen Interessenverbänden.



**Abbildung 2 – Wichtige Interessengruppen im Gesundheitswesen**

1) Krankenhausträger und 2) Kassenärztliche Vereinigung

Bei geplanten Veränderungen im Gesundheitssystem haben die beteiligten Gruppen wie Krankenversicherungen, Krankenhausträger, niedergelassene Ärzte sowie die Apotheker, die Pharmaindustrie und die Versicherten und Patienten über ihre Interessenvertreter unterschiedliche Einflussmöglichkeiten, wobei die Versicherten und Patienten außer dem Wechsel in eine andere Krankenkasse kaum über Druckmittel verfügen. Die Vertreter der Ärzte warnen vor der Rationierung von Leistungen und die Pharmalobby hat eine wirksame Qualitätssicherung pharmazeutischer Produkte und die sogenannte „Positivliste“ bisher verhindern können.

Zur Jahreswende 2006/2007 ist in Deutschland seit langer Zeit erstmalig wieder ein positiver Trend bei der ökonomischen Entwicklung beobachtbar. Alle Wirtschaftsforschungsinstitute sprechen von einer positiven wirtschaftlichen Entwicklung mit hohen Wachstumsraten von bis zu 3% verbunden mit einem merkbaren Abbau der Arbeitslosenzahlen deutlich unter 4 Mio.

Aktuelle Nachrichten gehen aufgrund der positiven Entwicklung des Steueraufkommens davon aus, dass in Deutschland für den Bund bis zum Jahr 2011 und für die Länder vielleicht schon früher ein ausgeglichener Haushalt ohne Neuverschuldung erreichbar ist.

Es wird aber von staatlicher Seite immer wieder darauf hingewiesen, dass sich bei den öffentlichen Kassen ein Schuldenberg von mehr als 1,5 Bio € angehäuft hat und der Sparkurs nicht verlassen werden könne. Umfangreiche Zusatzmittel für Forschung und Lehre sind in den nächsten Jahren kaum zu erwarten.

Unabhängig von einigen erfreulichen wirtschaftlichen Entwicklungen, die gleichzeitig von Börsenturbulenzen und Problemen an den Finanzmärkten begleitet werden, sind langfristige Perspektiven einzuplanen.

Für die langfristige ökonomische Zukunftsentwicklung und die Finanzierung des Gesundheitswesens sind insbesondere folgende Maßnahmen von Bedeutung:

- Investitionen der Unternehmer/Unternehmen zur Sicherung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit
- Staatliche Investitionen zur Sicherung einer guten Infrastruktur
- Private und öffentliche Investitionen in die Ausbildung der Kinder und Jugendlichen.

Wenn man Daten der OECD der letzten Jahre betrachtet, besteht in Deutschland gerade bei den Bildungsausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt vor allem im tertiären Bildungsbereich, den Hochschulen, ein erheblicher Nachholbedarf; denn hier ist Deutschland nur abgeschlagen in hinteren Bereichen aufzufinden (siehe auch Kapitel 3.1.2.1).<sup>29</sup>

### 3.1.1.2. ÖKONOMISCHER STELLENWERT DES GESUNDHEITSWESENS UND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA

Das Gesundheitswesen nimmt im heutigen Wirtschafts- und Gesellschaftssystem neben seiner Gesundheitsversorgungsfunktion auch einen zentralen ökonomischen Stellenwert ein. Das Gesundheitswesen kann dabei als „Gesamtheit der Einrichtungen und Personen, welche die Gesundheit der Bevölkerung fördern, erhalten und wiederherstellen sollen“<sup>30</sup> definiert werden.

Jährlich werden gegenwärtig nahezu 250 Mrd. € auf dem Gesundheitsmarkt in Deutschland umgesetzt. Mehr als 11.000 Medizintechnik-Unternehmen sind hier angesiedelt. Bei der derzeitigen Ärztedichte kommt im Bundesdurchschnitt 1 Arzt auf 269 Einwohner.<sup>31</sup>

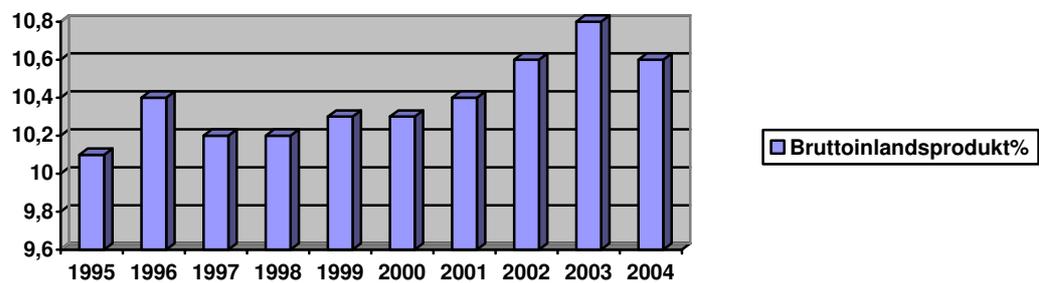
Bei den Leistungsausgaben der Krankenkassen, die 2002 etwa 140 Mrd. € betragen, entfielen mit etwa 46 Mrd. € über 32% auf die Krankenhausbehandlung, gefolgt von den Ausgaben für Arzneimittel (etwa 23,5 Mrd. €/16,5%) und den Ausgaben für Ärztliche Behandlung (etwa 22,3 Mrd. €/15,5%).<sup>32</sup>

In Deutschland arbeiteten im Jahr 2000 etwa 4,1 Mio. Personen und damit etwa 11% aller abhängig Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Pflegekräfte (einschließlich Hilfskräfte) stellten mit etwa 22% die größte Berufsgruppe. Ärzte und Zahnärzte stellten zusammen etwa 9% aller Beschäftigten.<sup>33</sup>

Die nominalen Gesundheitsausgaben in Deutschland sind zwar von 1995 bis 2004 von 186,5 Mio. € auf 234 Mio. € gestiegen und auch die entsprechenden Ausgaben pro Einwohner sind in diesem Zeitraum von 2080 € auf 2840 € angewachsen, der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) war aber weitgehend konstant und im Jahr 2004 mit 10,6% gegenüber dem Vorjahr sogar wieder rückläufig.<sup>34</sup>

## Entwicklung der Gesundheitsausgaben 1995 – 2004

### Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP)



Statistisches Bundesamt Deutschland 2006

Abbildung 3 - Gesundheitsausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP)

Die Entwicklung der Gesundheitskosten hat einen zentralen Stellenwert für die Höhe der Krankenkassenbeiträge und damit auch für die Lohnnebenkosten. Fraglich ist aber, ob im Gesundheitswesen tatsächlich eine Kostenexplosion stattgefunden hat.

In der Expertendiskussion hat sich weitgehend die Überzeugung durchgesetzt, dass in den etwa letzten 30 Jahren weder eine Kostenexplosion noch ein überproportionales Ausgabenwachstum erfolgte.

Der Anteil der „Öffentlichen Haushalte“ an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben ist in der Vergangenheit gesunken. Ausgabensteigerungen lassen sich primär auf die Einführung der Pflegeversicherung und auf die Folgekosten der deutschen Einheit zurückführen. Die Kosten gemessen am Bruttoinlandsprodukt sind weitgehend konstant geblieben.

Die Gesetzliche Krankenversicherung hat in erster Linie ein Einnahmeproblem und kein Problem der Kostenexplosion. So entspricht etwa der Anteil der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung mit etwa 6,1% 1992 dem Anteil im Jahr 2000. Es kann aber auch nicht verschwiegen werden, dass Deutschland neben der Schweiz mittlerweile nach den USA die höchste Ausgabenquote hat.<sup>35</sup>

Die Deutschen geben etwa 240 Mrd. € und somit rund ein Zehntel der Gesamtwirtschaftsleistung im Gesundheitswesen aus. Mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben tragen die gesetzlichen Krankenkassen.

Die Ausgaben für die Pflegeversicherung sind von 1997 bis 2003 um 16% gestiegen. Der größte Einzelausgabenblock war 2003 mit nahezu 65 Mrd. € (27% aller Gesundheitsausgaben) der Krankenhausbereich. Apotheken und Arztpraxen geben zusammen etwa den gleichen Betrag aus. Ein Fünftel aller Ausgaben entfällt auf Direktkäufe und Zuzahlungen. Mit jährlich rund 35,4 Mrd. € entfällt das höchste Ausgabenvolumen 2002 auf die Herz-Kreislauf-Krankheiten. Deutschland liegt im internationalen Vergleich bei den Pro-Kopf-Ausgaben im oberen Mittelfeld der westlichen Industrienationen.<sup>36</sup>

Der Anteil der Steuerfinanzierung liegt im deutschen Gesundheitswesen unter dem EU-Durchschnitt und auch deutlich unter dem der USA, die die Sicherstellung einer Mindestversorgung der unteren Schichten immerhin zu etwa einem Drittel aus Steuermitteln finanzieren müssen.

Die öffentlichen Haushalte finanzieren aus den allgemeinen Steuermitteln vor allem folgende Positionen:<sup>37</sup>

- Die Kosten der für den Gesundheitsbereich zuständigen öffentlichen Verwaltung
- Die Kosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Investitionsförderung für Gesundheitseinrichtungen, soweit dies gesetzlich vorgesehen ist
- Die Kosten der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Sozialhilfeempfängern
- Die Kosten der Ausbildung von Ärzten (Medizinische Fakultäten)

Die Universitätsklinika haben sich mit ihren Bilanzsummen, ihren Beschäftigtenzahlen und ihrem jährlichen Gesamtumsatz zu mittelständischen Unternehmen gewandelt mit einem zentralen Stellenwert in der deutschen Krankenhauslandschaft.

Der Gesamtumsatz der Universitätsklinika lag zu Beginn des 21. Jahrhunderts bei 13 Mrd. €/Jahr und die Bettenzahl bei 42.000 Betten (etwa 8% der Krankenhausbetten in Deutschland). Die Zuschüsse für Forschung und Lehre sowie für Trägeraufgaben belaufen sich auf etwa 4 Mrd. €/Jahr. In den Fakultäten und Universitätsklinika sind

insgesamt ca. 180.000 Mitarbeiter tätig.<sup>38</sup> Um die Jahrtausendwende entfielen etwa 45% aller Ausgaben und etwa 75% der Einnahmen der Hochschulen auf die Universitätsmedizin. Nahezu 40% der Beschäftigten an den Hochschulen waren im Bereich der Hochschulmedizin tätig. Etwa 55% des hauptberuflich nichtwissenschaftlichen und immerhin 25% des hauptberuflich wissenschaftlichen Personals, von denen etwa 70% der klinisch-praktischen Medizin und somit direkt der Krankenversorgung zugeordnet waren, entfielen auf die Universitätsmedizin, womit ihr sozioökonomischer Stellenwert unterstrichen wird.<sup>39</sup>

Mit insgesamt rund 2,5 Mrd. € Umsatz und zusammen etwa 30.000 Beschäftigten in Nordrhein-Westfalen gehören die Universitätsklinika an manchen Orten zu den größten Arbeitgebern.<sup>40</sup>

Unter den an den sechs Universitätsklinika im Jahr 2007 arbeitenden Beschäftigten befanden sich 5.500 Wissenschaftler. Rund 250.000 Patienten werden jedes Jahr in den Universitätsklinika behandelt. An den sieben Universitäten, die den Studiengang Humanmedizin anbieten, werden 18.650 Studierende von 660 Professoren ausgebildet.<sup>41</sup>

Universitätsklinika erbringen vorrangig Leistungen der Maximalversorgung. Sie stellen zwar nur etwa 2% der Krankenhäuser, decken aber immerhin etwa 9% des Bettenangebots ab. Ein zentraler Versorgungsbereich befindet sich somit in öffentlicher Trägerschaft der Bundesländer.

Im Jahre 2000 entfiel noch etwa 50% des Bettenangebots auf öffentliche und 35% des Bettenangebots auf freigemeinnützige Krankenhäuser.

In den letzten Jahren hat die Bedeutung privater Träger insbesondere im Krankenhausbereich und in der Pflege deutlich zugenommen. Dazu haben insbesondere Privatisierungen kommunaler Krankenhäuser beigetragen, durch die sich Gemeinden und Kreise von wirtschaftlichen Risiken für ihre Kommunalhaushalte entlasten wollten.<sup>42</sup>

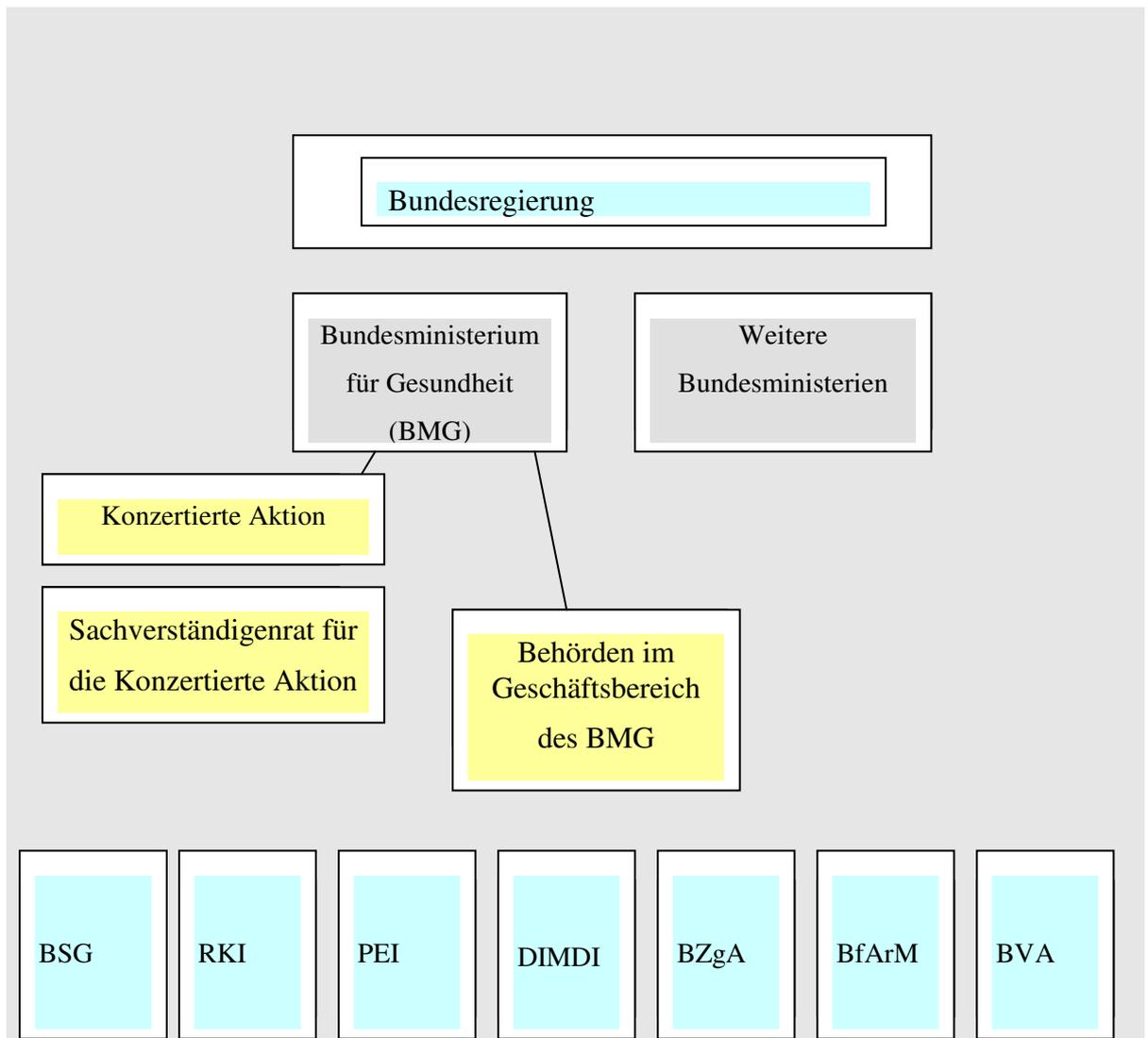
Das Gesundheitswesen hat auch eine zentrale ökonomische Bedeutung. Einige Experten sprechen sogar davon, dass das Gesundheitswesen einen wesentlichen Impuls für den nächsten „Kondratieff-Zyklus“ geben wird. Kondratieff-Zyklen sind durch bedeutende Innovationen gekennzeichnet und bewirken einen merkbaren Aufschwung der Volkswirtschaft. Die Gesundheitswirtschaft würde als 6. Kondratieff-Zyklus das Zeitalter der mobilen Kommunikation und des Internets ablösen.<sup>43</sup>

### 3.1.1.3. GESUNDHEITSPOLITIK UND GESUNDHEITSREFORMEN

Als ein Ziel der Gesundheitspolitik kann die Verbesserung der Gesundheitslage der Bevölkerung durch die Reduzierung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität und des vorzeitigen Todes gesehen werden.<sup>44</sup>

Auf Bundesebene befassen sich mit dem öffentlichen Gesundheitswesen zahlreiche Bundesministerien, öffentliche Behörden, Institute, Ausschüsse und Fachgremien.

Neben den Gremien und Einrichtungen auf Bundesebene sind auf der Ebene der Landesregierungen Landesministerien, oberste Landesgesundheitsbehörden, Regierungsbezirks-Medizinaldezernate und verschiedene überregionale Einrichtungen und Fachdienste vorhanden (z.B. Untersuchungsämter, Arzneiüberwachungsstellen und Landesgesundheitsämter).



BSG (Bundessozialgericht), RKI (Robert-Koch-Institut Berlin), PEI (Paul-Ehrlich-Institut), Bundesamt für Sera und Impfstoffe in Langen), DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information), BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln), BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Bonn), BVA (Bundesversicherungsamt)

**Abbildung 4 – Einrichtungen des Gesundheitssystems auf Bundesebene**

Auf dieser Ebene sind u.a. auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Gemeinschaftseinrichtungen der Länder, die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder, Fachausschüsse, Akademien für das öffentliche Gesundheitswesen sowie das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (Mainz) angesiedelt. Auf kommunaler Ebene befinden sich nur die Gesundheitsämter in kreisfreien Städten und Landkreisen.

Der Bund hat auf zahlreichen Gebieten des Gesundheitswesens eine konkurrierende Gesetzgebung auf Grundlage von Artikel 74 des Grundgesetzes (GG). Konkurrierende Gesetzgebung bedeutet, dass die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung haben, sofern der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch macht.

Für das Gesundheitswesen sind u.a. folgende Gebiete von großer Bedeutung:

- Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren (Art. 74 Nr. 19 GG)
- Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe (Art. 74 Nr. 19 GG)
- Verkehr mit Arzneien, Heil- und Betäubungsmitteln und Giften (Art. 74 Nr. 19 GG)
- Öffentliche Fürsorge
- Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Nr. 19 a GG; die konkurrierende Gesetzgebung hierfür wurde 1972 geschaffen)

Der Bund verfügt laut Art. 74 Nr. 12 GG auch über die konkurrierende Gesetzgebung für die Sozialversicherung einschließlich der gesetzlichen Krankenversicherung, in der etwa 90% der Bevölkerung versichert sind. Er hat damit einen weiteren maßgeblichen Einfluss auf das Gesundheitswesen. Die Verwaltungszuständigkeit für das Gesundheitswesen liegt in der Regel bei den Ländern.<sup>45</sup>

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes umfasst Themenbereiche wie Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens, Gesundheitliche Lage, Gesundheitsverhalten und –gefährdung, Gesundheitsprobleme/Krankheit, Leistungen und Inanspruchnahme, Ressourcen der Gesundheitsversorgung und Ausgaben sowie Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.<sup>46</sup>

Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall sind in Deutschland neben dem grundgesetzlich verankerten Sozialstaatsprinzip das Solidarprinzip, das Subsidiaritätsprinzip, das Bedarfsdeckungsprinzip, das Sachleistungsprinzip, die Versicherungspflicht sowie die Selbstverwaltung der GKV.<sup>47</sup>

Als weitere Grundprinzipien werden die freie Arztwahl und die gegliederte Gesundheitsversorgung aufgeführt.<sup>48</sup>

Materielle Fragen sollen nach weit verbreitetem Verständnis keinen Einfluss auf die Angemessenheit einer Therapie und auf ärztliche Entscheidungen haben. Bei gleicher Wirksamkeit soll jedoch die kostengünstigste Behandlung gewählt werden.<sup>49</sup>

Im internationalen Vergleich können Gesundheitssysteme nach Art der Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung in die Grundmodelle:

- Staatliches Gesundheitssystem
- Sozialversicherungsmodell
- Marktwirtschaftliches Gesundheitssystem

unterschieden werden, wobei man in der Praxis Mischformen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen vorfindet.

Marktwirtschaftliche Gesundheitssysteme zeichnen sich durch ein geringes Maß an staatlicher Regulierung und einen deutlich überproportionalen Anteil privater Finanzierung aus.

In Deutschland kann die Philosophie staatlicher Regulierung dahingehend beschrieben werden, dass der Staat zwar die oberste und letztentscheidende Regulierungsinstanz des Gesundheitswesens ist, sich aber primär auf die Rahmensetzung beschränken soll. In der Regel erfolgt die nähere Ausgestaltung des Versorgungssystems durch Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern.<sup>50</sup>

Die zentralen Steuerungsinstrumente des Staates im Gesundheitswesen sind die Rechtsetzung und die Rechts- bzw. Fachaufsicht. Die Durchführung der Bundes- und Landesgesetze liegt in den Händen der Behörden der Länder. Sie haben im Rahmen der ihnen übertragenen gesetzlichen Aufgaben aber auch eigenständige Funktionen zu erfüllen.

Im Bereich der Krankenversorgung besteht die wichtigste Aufgabe in der Aufstellung und Fortschreibung von Krankenhausplänen und Investitionsförderprogrammen für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser.

Die Länder sind aber auch Träger von Versorgungsleistungen des Gesundheitswesens. Sie unterhalten in der Regel die Universitätskliniken und psychiatrischen Landeskrankenhäuser in eigener Trägerschaft.<sup>51</sup>

Die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundes- und Länderebene vertreten die zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen und an dieser beteiligten Vertragsärzte. Daneben bestehen noch zahlreiche berufsständische Interessenvertretungen (wie z. B. der Hartmannbund, der Marburger Bund und der NAV-Virchow-Bund) und berufliche

Fachgesellschaften. Die gebietsärztlichen Berufsverbände haben sich in der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) zusammengeschlossen.

Die zahlreichen Organisationen ermöglichen durch ihre Vernetzung auf Landes- und Bundesebene eine wirksame, berufsständische Interessenvertretung.<sup>52</sup>

Das System der zahnärztlichen Versorgung entspricht in Deutschland dem der Humanmedizin. Die deutsche Zahnärzteschaft ist zur Zeit in 3 Säulen strukturiert:<sup>53</sup>

- Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Es bestehen Versuche, die Kosten des Gesundheitswesens u.a. durch Praxisgebühren, Zuzahlungen und Bonussysteme zu reduzieren. Die Sozialabgaben sollen wie im Gesundheitswesen angestrebt daneben zur Senkung der Lohnnebenkosten verstärkt über Steuern finanziert oder ihre Erhöhungen einseitig bei Einfrierung des Arbeitgeberanteils von den Arbeitnehmern geleistet werden.

Der größte Teil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen basiert direkt oder indirekt auf Entscheidungen von Ärzten (2003 alleine für Durchführung von Sachleistungen in der Arztpraxis 24,3 Mrd. €, Verordnung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln 22,8 Mrd. €, Überweisung zur stationären Behandlung in Krankenhäusern 46,9 Mrd. €).<sup>54</sup>

Seit 1990 sind zahlreiche Novellierungen der Gesundheitsstrukturgesetzgebung umgesetzt worden. Im Krankenhausbereich erfolgte ein Übergang vom Selbstkostendeckungsprinzip über die Budgetdeckelung zur Fallpauschalisierung mit der umfassenden Einführung von DRG's. Die damit verbundenen finanziellen Einbußen konnten zumindest teilweise nur durch umfangreiche Rationalisierungsreserven und Einsparungen aufgefangen werden.

Eine Tendenz bei allen bisherigen Gesundheitsreformen ist neben der wachsenden Kommerzialisierung dahingehend erkennbar, dass sich einflussreiche Interessengruppen mit erfolgreicher Lobbyarbeit weitgehenden Beschneidungen entziehen konnten und mit Mehrbelastungen in Form von Leistungsbeschränkungen und Zuzahlungen primär die Versicherten belastet worden sind.<sup>55</sup>

Butterwegge vertritt diesbezüglich folgende Ansicht: „Firmiert der Patient als Kunde, avanciert er damit keinesfalls zum König. Vielmehr profitieren Ärzte, Apotheker und Pharmaindustrie, aber nicht die medizinische Versorgung bzw. das Gesundheitswesen davon, wie ein Vergleich mit dem privaten und gleichzeitig teureren US-System offenbart.“<sup>56</sup>

Die von vielen Seiten kritisierte, ab 01.04.2007 rechtsgültige Gesundheitsreform sah nach langer Diskussion über die Bürgerversicherung und die Kopfpauschale die Einrichtung eines Gesundheitsfonds ab 2008 vor.

Das entwickelte Modell der Bürgerversicherung hatte primär die Aufhebung der Versichertenpflichtgrenze, die Berücksichtigung aller Einkommensarten und die Erweiterung des Versichertenkreises auf die gesamte Wohnbevölkerung zum Gegenstand.

Weder die von der SPD bevorzugte Bürgerversicherung noch die von der CDU gewollte Kopfpauschale wurde in Reinform realisiert. Vielmehr sollte angestrebt werden, beide Welten zu einem funktionsfähigen System in Anlehnung an die Modelle „Bürgerpauschale“ und „Bürgerprämie“ zusammenzufügen.<sup>57</sup>

Die ursprünglich vorgesehene verstärkte Steuerfinanzierung wurde zunächst zurückgestellt und eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge beschlossen. Statt der geplanten Lohnnebenkostensenkung stiegen die Kassenbeiträge 2007 auf den höchsten Wert in der deutschen Geschichte. Die gesetzlichen Krankenkassen konnten aber im 1. Halbjahr 2007 einen Überschuss erzielen.

Nach erneuter politischer Diskussion und Interventionen der Lobbyisten ist die Gesundheitsreform am 01.04.2007 in Kraft getreten. Wesentliche Merkmale der Gesundheitsreform können in folgenden Tatbeständen gesehen werden:

- Allgemeine Versicherungspflicht ab 1. Januar 2009 (auch die zur Zeit 300.000 Nichtversicherten müssen aufgenommen werden)
- Rechtsanspruch auf häusliche Rehabilitation und Pflege, Eltern-Kind-Kuren
- Verbesserung der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen
- Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung
- Einführung von Wahltarifen/Leistungstarifen in der GKV
- Ansteigende Steuerfinanzierung (bis 14 Mrd. €)
- Einführung eines Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 (ohne Beteiligung der Privatversicherten)<sup>58</sup>

Die Privatversicherungen haben ihren Status und Stellenwert weitgehend behaupten können.

Es ist kaum zu erwarten, dass im Gesundheitswesen eine Qualitätssicherung der Arzneimittelprodukte durch den Markt oder die Pharmaindustrie selbst hergestellt wird. Hier wie in vielen anderen Bereichen sind externe, weitgehend interessenunabhängige Kontrollmechanismen erforderlich. Dieser Problematik wurde u.a. durch die Gründung des „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ in Köln Rechnung getragen, das häufig starker Kritik der Pharmaindustrie ausgesetzt ist. Daneben sind in den letzten Jahren auch verstärkt Anstrengungen auf dem Gebiet der Versorgungsforschung eingeleitet worden.

Kritiker vermissen bei der Diskussion über die Reform des Gesundheitswesens auch eine Diskussion über die Qualitätsverbesserung und befürchten wachsende Qualitätsverluste. Sie stellen Probleme wie die Über-, Unter- und Fehlversorgung in den Mittelpunkt und weisen darauf hin, dass schlechte Qualität auch erhebliche Folgekosten verursacht.

Eine wirksame Kontrolle bei der Einführung neuer Medikamente konnte trotz einer verstärkten Kosten-Nutzen-Bewertung, da diese Bewertung keine Voraussetzung für die Zulassung ist, ebenfalls nicht umgesetzt werden.<sup>59</sup>

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU und SPD erfolgte im Bereich Gesundheitswesen ein Bekenntnis zum solidarischen Sicherungssystem. Im Koalitionsvertrag wird aber auch die Erhöhung wettbewerblicher Strukturen insbesondere auf dem Gebiet von Qualität und Wirtschaftlichkeit und die Verminderung des bürokratischen Aufwandes eingefordert.<sup>60</sup>

Wesentliche Probleme der deutschen Hochschulmedizin bestehen in dem neuen Fallpauschalen-System (DRG-System/Diagnosis Related Groups), der Organisation und Finanzierung der ambulanten Versorgung sowie den Innovationen, den Klinischen Studien und dem Qualitätsmanagement.

Im Rahmen des DRG-Systems wird u.a. kritisiert, dass ein Großteil der Leistungen der Hochschulmedizin nicht angemessen abgebildet werden könne und die Preise weitgehend unabhängig von der Qualität der Leistungserbringung festgelegt werden. Daneben sei u.a. die Datenqualität noch völlig unzureichend.<sup>61</sup>

Neben zu teuren Arzneimitteln werden laut Arzneimittelreport 2006 sogar massenweise sinnlose oder gar schädliche Präparate oder an ältere Menschen völlig unverträgliche Medikamentenkombinationen und Medikamentenmengen abgegeben. Alleine durch den Einsatz von Generika könnten etwa 3 Mrd. € eingespart werden, was 0,3 Beitragssatzpunkten entspricht.<sup>62</sup>

Aktuelle Bestrebungen im Gesundheitswesen bestehen in der Anstreben vernetzter Strukturen und der Etablierung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Von Experten werden integrierte Versorgungskonzepte, Disease-Management-Programme und eine hausarztzentrierte Versorgung, bei denen auch die Versorgungsforschung eine große Bedeutung hat, als zentrale Ansätze gesehen, um zielgerichtete patientenorientierte Innovationen zu etablieren.<sup>63</sup>

Die Zusammenarbeit der Universitätsklinika mit umliegenden Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten wird voraussichtlich neue engere Kooperationsformen erbringen.<sup>64</sup>

#### 3.1.1.4. DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG UND KRANKHEITSWANDEL

Weitere zentrale Determinanten für das Gesundheitswesen und die Universitätsmedizin stellen die demographische Entwicklung und der Krankheitswandel sowie dafür maßgebliche sozioökonomische Determinanten dar.

Die demographische Entwicklung in Deutschland wird häufig als Schreckgespenst benutzt und als Ausgangspunkt für den absehbaren Zusammenbruch des Sozialsystems angesehen. Dabei könnten die damit verbundenen Probleme durch veränderte Arbeitsmarktstrukturen und den Abbau der Arbeitslosigkeit erheblich reduziert werden.

Andere befürchten, dass die Diskussion um den demographischen Wandel und die „Vergreisung“ und „Entvölkerung“ Deutschlands primär dazu dient, den Betroffenen die Kürzung von sozialen Transferleistungen plausibel zu machen. Lösungen seien auch durch eine stärkere Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, die Erhöhung der Frauenerwerbsquote, die Erleichterung der Zuwanderung und/oder die Erweiterung des Kreises der Versicherten zu gewinnen. Daneben sei auch die zukünftige Produktivitätsentwicklung von zentraler Bedeutung.<sup>65</sup>

Die demographische Entwicklung stellt aber im medizinischen Sektor in Deutschland ein ernsthaftes Problem dar, die mit einem Anwachsen des Anteils der Multimorbidität in der Bevölkerung verbunden sein wird, weil sich die Altersverteilung zunehmend auf ältere Bevölkerungsschichten verlagert. Dem muss das System rechtzeitig angepasst werden.

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen muss damit gerechnet werden, dass die Gesundheitsausgaben aufgrund der Entwicklung der geschlechts- und altersspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsraten steigen werden. Die Einnahmen werden dagegen im Kontext der Finanzierung der Sozialversicherung durch Lohneinkommen vermutlich sinken.<sup>66</sup>

Berechnungen gehen davon aus, dass sich der Anteil derjenigen Personen mit einem Mindestalter von 80 Jahren bis zum Jahre 2050 auf etwa 12% erhöht.<sup>67</sup>

Jahr	Insgesamt am	Davon im	Alter von ...	bis ...	Jahren
	Jahresende	Unter 20	20-59	60 und	Älter
				Insgesamt	80 und
	Mio.	In %			Älter
1950	69,3	30,4	55,0	14,6	1,0
1970	78,1	30,0	50,1	19,9	2,0
1990	79,8	21,7	57,9	20,4	3,8
2001	82,4	20,9	55,0	24,1	3,9
2010	83,1	18,7	55,7	25,6	5,0
2030	81,2	17,1	48,5	34,4	7,3
2050	75,1	16,1	47,2	36,7	12,1

**Tabelle 1: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands von 1950 bis 2050**

Da etwa 70 bis 90 Prozent der Gesundheitskosten auf die letzten Lebensmonate entfallen, hat vor allem in den Vereinigten Staaten neben der Diskussion über die Kosten der Gesundheit zur Sanierung des Gesundheitssystems bereits eine Debatte über die Spareffekte des Sterbens eingesetzt.<sup>68</sup>

Auch für die gesetzlichen und privaten Krankenkassen in Deutschland bekommt die Thematik altersbedingter Morbidität eine zunehmende Bedeutung. Die Einführung eines unmittelbar morbiditätsabhängigen Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ist für den 01.01.2009 vorgesehen. Der AOK-Bundesverband, die Knappschaft und die See-Krankenkasse haben zu den im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) aufgeführten Regelungen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (morbiditätsorientierter RSA) im November 2006 eine ausführliche Stellungnahme abgegeben.<sup>69</sup>

Einige Krankheitsbilder werden vermutlich zunehmen. Die Zahl Demenzkranker liegt heute bei rund einer Million. Nach derzeitigen Schätzungen kann sie sich bis zum Jahr 2050 verdoppeln.<sup>70</sup>

Neben Demenzleiden nehmen aber auch Krebserkrankungen und Leiden wie Diabetes, Osteoporose und Schlaganfall mit steigendem Lebensalter zu.<sup>71</sup>

Die Krankheitskosten wachsen mit zunehmendem Alter offensichtlich. Während die durchschnittlichen Krankheitskosten 2002 bei 2710 € lagen, betragen sie für über 65jährige Personen bereits 6000 €.<sup>72</sup>

Die Lebenserwartung liegt in Deutschland für Frauen bei 81,6 und für Männer bei 76 Jahren. Die individuelle Gesundheit wird von immerhin jedem fünften Deutschen als sehr gut und nur von jedem hundertsten als sehr schlecht eingeschätzt.

Von den insgesamt positiven Entwicklungstendenzen bei der Gesundheitslage profitieren aber nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen. Viele Menschen der schwächeren sozialen Schichten stehen in vieler Hinsicht gesundheitlich schlechter da als der Durchschnitt.

Nationale und internationale Studien zeigen, dass die soziale Lage mitbestimmend für die Lebenserwartung ist. Die Sterblichkeitsraten von beruflich gering qualifizierten, nicht verheirateten oder pflichtversicherten Männern sind deutlich erhöht. Männer mit Abitur haben eine um drei Jahre höhere Lebenserwartung als ihre Geschlechtsgenossen ohne Abitur. Der entsprechende Unterschied bei Frauen liegt sogar bei knapp 4 Jahren.

Daneben lässt sich feststellen, dass zwar in den unteren sozialen Schichten die Lebenserwartung auch ansteigt, aber nicht so schnell wie in oberen Schichten, so dass sich die Schere zunehmend geweitet hat.

Die Sterblichkeitsraten bei Lungen- und Brustkrebs, bei Krankheiten der Atmungsorgane und des Verdauungstrakts sowie bei Verletzungen und Unfällen haben sich bei den unteren sozialen Schichten sogar noch erhöht.<sup>73</sup>

In Deutschland stieg der Anteil der von einem Einkommensarmutsrisiko betroffenen Menschen von 1993 bis 2003 von 11,7% auf 13,5%. Hiervon sind Kinder und

Jugendliche überdurchschnittlich betroffen. In NRW lebt laut aktuellem Armuts- und Reichtumsbericht jedes vierte Kind in einem als arm geltenden Haushalt. Ungleichheit und Armutsrisiken haben tendenziell zugenommen. Gespart wird auch an der Ernährung und an Arztbesuchen.

Eine sozial benachteiligte Lage begünstigt primär Schlaganfälle, Rückenschmerzen, Schwindel, Bronchialleiden und Depressionen. Neben den Arbeitslosen stellt auch die Gruppe der mehr als eine Million allein erziehenden Frauen, von denen Ende 2002 jede vierte sozialhilfeabhängig war, eine besondere Risikogruppe dar.

Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen haben ein deutlich erhöhtes Krankheitsrisiko durch stärkere Arbeitsbelastungen, schlechtere Wohnverhältnisse, häufigerem Übergewicht und größerem Bewegungsmangel und einem vermehrten Zigarettenkonsum.

Bei der Entwicklung der Todesursachen sind unterschiedliche Tendenzen erkennbar. Während zunehmend mehr Menschen an bösartigen Neubildungen sowie an Krankheiten des Kreislaufsystems sterben, haben Krankheiten der Atemwege sowie Unfälle als Todesursachen in den letzten 30 Jahren abgenommen.

Die Krankenhausfälle haben sich in den alten Bundesländern zwischen 1970 und 1989 nahezu verdoppelt. Während 1989 noch 13,4 Mio. Personen stationär behandelt wurden, betrug ihre Zahl 2002 unter Einbeziehung der Sterbe- und Stundenfälle 17,4 Mio.

Die häufigsten Ursachen für die Rentengewährung 2002 wegen voller oder teilweiser Erwerbsunfähigkeit, insgesamt 176.121 Fälle, waren Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, psychiatrische Krankheiten sowie Krankheiten des Kreislaufsystems.<sup>74</sup>

Wesentliche Bestimmungsgrößen der Gesundheit sind individuelle Faktoren (Erbfaktoren, Lebensgewohnheiten), demographische Faktoren (Alter oder Geschlecht) und sozioökonomische Größen (Beruf, Einkommen oder Ausbildung).

Die wichtigsten sozialen Einflussfaktoren auf die Bevölkerungsgesundheit sind gemäß der World Health Organisation (WHO) folgende Indikatoren:

- Sozialstatus (insbesondere Einkommen und Bildung)
- Soziale Isolation, Angst, Unsicherheit und geringes Selbstbewusstsein
- Sozioökonomische Situation des elterlichen Haushaltes, emotionale Vernachlässigung, Ernährungsfehler in der Kindheit
- Soziale Ausgrenzung von Randgruppen (Armut, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit etc.)
- Arbeitsbedingungen, ein unausgewogenes Verhältnis zwischen Entscheidungsfreiräumen und hohen Anforderungen, fehlende Anerkennung
- Arbeitslosigkeit und geringe Arbeitsplatzsicherheit
- Fehlende soziale Kontakte und Unterstützung durch Freunde und Familie
- Missbrauch von Alkohol, Drogen und Tabak
- Mangelhafte Qualität der Ernährung, schlechter Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln und Aufklärung
- Mangelnde Bewegung und Verkehrsunfälle<sup>75</sup>

Die Häufigkeit der Krebserkrankungen stieg in den letzten Jahren an, die Sterblichkeit an diesen Krankheitsformen konnte aber zurückgedrängt werden. Psychische Erkrankungen spielen sowohl bei Arbeitsunfähigkeitsfällen als auch bei Frühberentungen eine immer größere Rolle. Aufgrund des Altersstrukturwandels könnte sich die Zahl neuer Krebserkrankungen in den nächsten Jahren erheblich erhöhen. Daneben ist auch feststellbar, dass Infektionskrankheiten wieder auf dem Vormarsch sind. Gegenwärtig werden etwa 70% aller Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebsleiden verursacht.<sup>76</sup>

Im Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen heißt es u.a., dass jeder ein Recht auf einen Lebensstandard hat, der seine und seiner Familie Gesundheit und ärztliche Versorgung gewährleistet sowie mit dem Recht auf Sicherheit bei Krankheit, Invalidität und im Alter ausgestattet ist.

Alte Menschen haben nicht nur wegen sozialetischer Kriterien, sondern auch wegen der in Deutschland bestehenden sozialstaatlichen Rahmenbedingungen einen Anspruch auf eine menschenwürdige medizinische Versorgung, auch wenn sie für den ökonomischen Prozess weder als Produzenten noch als Konsumenten von zentraler Bedeutung sind.

In diesem Zusammenhang sind auch Bestrebungen zur Förderung der Alters- und Altersforschung und des Ausbaus der Palliativmedizin zu sehen. Die Betreuung multimorbider Patienten ist mit besonderen Anforderungsprofilen verbunden. „Die Betreuung multimorbider Patienten bedarf besonderen Sachverstands, der in Aus- und Weiterbildung von der Universitätsmedizin vermittelt werden muss.“<sup>77</sup>

Die Bundesärztekammer hat 2007 diesbezüglich auch die 2. Förderphase der Förderinitiative zur Versorgungsforschung eingeleitet und der Deutsche Ärztetag sich dafür ausgesprochen, die Versorgung der älteren Bevölkerung, die palliativmedizinische Versorgung, die Versorgung multimorbider Patienten und die psychiatrisch- psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung sowie die Versorgung gesundheitlich besonders gefährdeter Gruppen von Kindern und Jugendlichen als Patientengruppen und Versorgungsbereiche in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen.

Neben diesen Entwicklungen sind aber auch der Ausbau des „ambulanten Operierens“, die Fortsetzung des medizinisch-technischen Fortschritts sowie unterstützende neue Behandlungsmethoden u.a. durch neue Erkenntnisse der Biomedizin, der Altersforschung und der Stammzellforschung zu erhoffen.

Es ist davon auszugehen, dass die Deutschen zwar mit einer verlängerten Lebenserwartung und einem über lange Zeit in Gesundheit verbrachten Leben rechnen können, gleichzeitig werden aber eine wachsende Zahl älterer Menschen mit chronischen Krankheiten eine gute Pflege und Behandlung benötigen.

### 3.1.1.5. MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER MARKTSTEUERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Die umfassende Einführung des Marktmodells auch im Gesundheitswesen ist eine weitverbreitete Forderung. Grundsätzlich scheinen verstärkte Wettbewerbsstrukturen in diesem Sektor durchaus wünschenswert zu sein, wobei aber auch mögliche Gefahren nicht ignoriert werden sollten.

Das Marktmodell, dessen ökonomische Effektivität und Effizienz auch von den schärfsten Kritikern nicht bestritten wird, mutiert häufig zur Ideologie und zum Modellplatonismus. Theorie wird mit Wirklichkeit gleichgesetzt und ignoriert, dass viele Voraussetzungen für die Funktionsfähigkeit der Marktmechanismen in der Realität nicht gegeben sind. Der Mensch ist nicht nur „homo oeconomicus“, sondern sein Entscheidungsverhalten wird auch von soziologischen Normen sowie von sozialpsychologischen Impulsen und immateriellen Werten geleitet.<sup>78</sup>

Daneben können einzelwirtschaftlich optimale, gewinnorientierte Entscheidungen auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene zu Fehlsteuerungen und zu sozialen, ökologischen und auch gesundheitlichen Schäden führen. Die individuelle Rationalität der Marktgesetze erzeugt in Einzelbereichen systematisch kollektive Irrationalitäten.<sup>79</sup>

Der Wirtschaftsprozess erzeugt, selbst wenn alle Prämissen erfüllt sind, nicht automatisch durch die konsequente Verfolgung des individuellen Nutzenstrebens durch den Markt- und Preismechanismus eine harmonische und bedürfnisgerechte Optimierung der gesellschaftlichen Rationalität.

Außerdem sind selbst die Prämissen in der Realität selten erfüllt. Die Idee der Konsumentensouveränität ist realitätsfremd und beim Kollektivgüter- und Sozialkostenproblem versagt der Marktmechanismus weitgehend. Der Wettbewerbsprozess ist darüber hinaus von Tendenzen zur Machtkonzentration begleitet.<sup>80</sup> Durch die Möglichkeit, der Allgemeinheit Kosten anzulasten, wird der Wettbewerb daneben erheblich verzerrt.<sup>81</sup>

„(Finanzschwache) Kranke und Behinderte sind das mit Abstand schwächste Glied der Kette im Gesundheitssystem und vom neoliberalen Ideal der Konsumentensouveränität meilenweit entfernt“.<sup>82</sup>

Das theoretische Aussagensystem des Marktes wird teilweise mit der Realität verwechselt und nimmt einen krypto-normativen Charakter an, der der Legitimation politischer Standpunkte dient<sup>83</sup> und damit ein gesellschaftspolitisch relevantes Ideologiepotential darstellt.<sup>84</sup>

Das Gesundheitswesen zeigt starke Tendenzen zu Konzentrationsprozessen, monopolistischen Strukturen und Einflussnahme mächtiger Lobbygruppen.

Beim Arzneimittelmarkt sowie dem Markt für Heil- und Hilfsmittel sind in Deutschland im Gegensatz zum Medizintechnikmarkt, der einem intensiven globalen Wettbewerb unterliegt, marktwirtschaftliche Mechanismen kaum existent.<sup>85</sup>

Trotz der zahlreichen Schwachstellen stellt der Marktmechanismus für viele Bereiche und Prozesse vermutlich das beste Steuerungsmodell dar. Es kann aber verhängnisvoll werden, wenn man sich alleine auf ihn verlässt und notwendige gesellschaftsorientierte Steuerungsprozesse unterlässt.

Man kann und soll Patienten möglichst als mündige Konsumenten betrachten, die das bestehende Leistungsangebot kritisch im Sinne einer marktwirtschaftlichen Konsumentensouveränität überprüfen.<sup>86</sup> Häufig sind aber Patienten geschwächt und schwerkrank oder sogar erheblich verhaltensgestört, so dass für rationale ökonomische Entscheidungsprozesse kaum Spielräume bleiben. Der mündige Patient stellt nicht selten nur eine Illusion und Chimäre dar, denn die Realität lautet oftmals alt, krank und arm.

Viele Ärzte wehren sich dagegen, als Dienstleistungsanbieter auf einem konkurrierenden Markt angesehen zu werden. Patienten werden zumeist als unter Beschwerden leidende Menschen betrachtet. Nach diesem Selbstverständnis nimmt der Arzt dem Patienten die Entscheidungen ab, die dieser krankheitsbedingt selbst nicht treffen kann. In diesem Zusammenhang werden verstärkt auch Forderungen nach Patientenautonomie und Patientenrechten laut.

Seit Ende der siebziger Jahre feiert der Wirtschaftsliberalismus eine globale Renaissance, deren Ausgang von der Thatcher-Regierung in Großbritannien (1979) und der Reagan-Administration (1980) sowie dem Zusammenbruch osteuropäischer Staaten politisch eingeleitet worden ist. Die nachfrageorientierten und antizyklischen aktiven Wirtschaftsinstrumente wurden zurückgedrängt und durch neoliberale angebotsorientierte Strategien hegemonial ersetzt.

Gesundheitspolitisch sind damit aber u.a. auch Tendenzen verbunden, Krankheit und Gesundheit zur Handelsware zu machen und einen heute schon zu beobachtenden Wettbewerb um den rentablen Patienten einzuleiten. Dieser Wettbewerb wird aber nicht alte, multimorbide und chronisch Kranke aus den unteren Sozialschichten oder Härtefälle betreffen. Diese Bevölkerungsgruppen, die medizinische Hilfe am dringendsten benötigen, werden aus wettbewerblichen Gründen im Gesundheitswesen eher verschoben oder ausgelagert.<sup>87</sup>

Der Neoliberalismus ist auch in Deutschland auf dem Vormarsch. Die Vermarktung aller Lebensbereiche greift permanent um sich und hat auch den Bildungsbereich ergriffen.<sup>88</sup>

Trotz der neoliberalen Dominanz wird Wirtschafts- und Gesundheitspolitik aber auch gegenwärtig nicht ausschließlich an angebotsorientierten und rein ökonomischen Kriterien ausgerichtet. Hier bestehen verschiedene wirtschaftspolitische Mischformen und nach wie vor einzuhaltende ethische gesundheitspolitische Kriterien und Wertvorstellungen, wobei die wachsende Ökonomisierung aber auch an der Fallpauschalisierung und der Einführung der DRG's im Krankenhaussektor erkennbar ist.

Führende internationale Ökonomen empfehlen heute verstärkt einen Mix aus Konjunktur- und Strukturpolitik und eine Wegorientierung von der einseitig neoliberalen angebotsorientierten Politik, wobei die Konsumnachfrage auch von psychologischen Aspekten wie der Arbeitsplatzsicherheit und den Zukunftserwartungen abhängt.

Gesundheitsgüter haben häufig einen besonderen Charakter und nehmen die Funktion öffentlicher Güter an, bei der sich eine Subventionierung, eine Steuerfinanzierung oder eine Pflichtversicherung von Gesundheitsleistungen anbietet. Es bestehen im Gesundheitswesen zahlreiche Faktoren, die zu einem Marktversagen bei der Preisbildung und auf dem Krankenversicherungsmarkt führen, und häufig eine mangelnde Konsumentensouveränität, da die Fähigkeit, rationale Nachfrageentscheidungen zu treffen, oftmals stark eingeschränkt ist.<sup>89</sup>

Das wirtschaftswissenschaftliche Modell rationaler, ökonomisch orientierter Entscheidungen ist wegen der spezifischen Implikationen der Auseinandersetzung von Menschen mit den Phänomenen von Krankheit und Gesundheit nur eingeschränkt anwendbar.

Trotzdem wird mit Gesundheitsreformen versucht, über Sanktionen positiver oder negativer Art das individuelle Inanspruchnahmeverhalten zu beeinflussen. Diesbezüglich kann an Beitragsrückzahlungen, Zuzahlungen oder an Bonussysteme erinnert werden, deren Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und mögliche negative Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten umstritten sind.

Gesundheit hat Merkmale, die sich dem Marktmechanismus teilweise entziehen:

- Gesundheit kann weder verkauft noch gekauft werden. Sie ist weder Ware noch Dienstleistung. Sie kann aber als Folge der Anwendung von Waren (Medikamente) oder Dienstleistungen (Operation) gestärkt oder wiederhergestellt werden
- Es bestehen zumeist starke Informationsasymmetrien zwischen Patient und medizinischen Experten, die eine Konsumentensouveränität ausschließen
- Kranke sind von spezifischen medizinischen Behandlungen häufig existentiell abhängig<sup>90</sup>

Daneben lassen sich im Gesundheitswesen auch monopolistische Strukturen erkennen, bei denen mehr Wettbewerb durchaus auch positive Impulse auf das Preis-Leistungsverhältnis bewirken könnte.

### 3.1.1.6. SOZIOÖKONOMISCHE PROBLEMSTELLUNGEN

Der Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit auf internationaler Ebene und die Stabilisierung des Staatswesens dürften trotz einiger möglicher Reformnotwendigkeiten kaum durch Sozialdumping und durch die Entwicklung zu einem Billiglohnland erreichbar sein, wobei zusätzliche Nachfrangelücken, Zukunftsängste, ökonomische Zurückhaltung und Unsicherheit erzeugt würden.

Es ist fraglich, ob die Freiheit, immer mehr Lebensrisiken aus eigener Kraft abdecken zu dürfen, der täglichen Angst des sozialen individuellen und familiären Abstiegs vorzuziehen ist, wobei bei Sozialtransferleistungen neben dem Fördern durchaus auch das Fordern eine gesellschaftlich legitime Zielsetzung sein kann.

Durch die gegenwärtig vermittelten gesellschaftlichen Werte und die Freizeit- und Konsumstrukturen wird daneben ein Ess- und Bewegungsverhalten gefördert, das bereits im Jugendalter zu bisher in diesem Ausmaß nicht gekannten Krankheitsformen führt.

Sicherlich sollte die Hilfe zur Selbsthilfe im Mittelpunkt stehen, der Staat will aber durch die Verteilung von Sozialleistungen keine Herrschaft ausüben, sondern einen Grundbedarf decken und oftmals auch existentielle Not verhindern, die ohne staatliche Hilfe in vielen Fällen unvermeidbar wäre.

Ein erheblicher Teil der Bürger könnte sich ohne die solidarischen Sicherungssysteme aufgrund nur geringer finanzieller Spielräume vor den Lebensrisiken wie Krankheit, Alter und Armut nicht absichern. Daneben zeigen praktische Erfahrungen in den Vereinigten Staaten und Großbritannien, dass das Vertrauen auf privatwirtschaftliche Absicherungen durch wirtschaftliche Krisen und Fehlkalkulationen auch ein großes Risiko darstellen kann.<sup>91</sup>

Wie empirische Studien und zahlreiche Berichte der jüngsten Zeit zeigen, hat sich das Problem der Armut und insbesondere auch der Kinderarmut in Deutschland verschärft. Die engen Verflechtungen zwischen sozialer Versorgung und individueller Gesundheit und die mit Armut verbundenen zahlreichen negativen gesundheitlichen Auswirkungen auch im psychischen Bereich sind durch internationale und auch durch nationale Untersuchungen des Robert-Koch-Instituts belegt.

Armutsbekämpfung und Gesundheitserziehung bedeutet somit auch in Deutschland Gesundheitsprävention und sollte auch im Blickfeld von Lehrveranstaltungen Medizinischer Fakultäten stehen.

„In einem reichen Land verhältnismäßig arm zu sein kann die Verwirklichungschancen selbst dann extrem einengen, wenn das absolute Einkommen gemessen am Weltstandard hoch ist.“<sup>92</sup>

Das Bildungsniveau hat einen wichtigen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit. Bildung hängt auch in zentraler Weise mit der sozialen Herkunft zusammen. Hier ist jedoch 2002 gegenüber 1970 bei der Erreichung der mittleren Reife und der allgemeinen Hochschul- oder Fachhochschulreife ein deutlicher Aufwärtstrend erkennbar. Im Jahr 2002 lag der Anteil der Schulabgängerinnen und –abgänger, die lediglich über einen Volks- oder Hauptschulabschluss verfügten, nur noch bei 32,3 Prozent, während sich dieser 1970 auf fast zwei Drittel belief.<sup>93</sup>

Demgegenüber hat die aktuelle 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Studierenden in der Bundesrepublik u.a. festgestellt, dass die Aufnahme eines Studiums auch heute noch von der sozialen Herkunft abhängt. Während von 100 Akademikerkindern es 83 an die Universität oder Fachhochschule schaffen, studieren nur 23 von 100 Kindern aus Familien ohne akademische Tradition, so dass von einer sozial ausgewogenen Studentenschaft kaum die Rede sein kann.<sup>94</sup>

Strategisch wirkungsvoller und zukunftssträchtiger als die Abschaffung des Sozialstaates ist neben der Stärkung der Binnenmarktstrukturen mit dem Ausbau und der Förderung lokal gebundener Dienstleistungen die Förderung von Wissenschaft, Forschung und Bildung, um innovative Impulse für Investitionen und Zukunftsfelder einzuleiten. Hier sind auch verschiedene Bereiche, die mit dem medizinisch-technischen Fortschritt und angrenzenden Feldern wie der Biotechnologie verbunden sind, maßgeblich betroffen.

Erfolgversprechender als der Wettbewerb um die niedrigsten internationalen Sozialkosten ist zumindest mittelfristig der Wettbewerb um die klügsten Köpfe, die

Förderung wissenschaftlich-technischer Innovationen und die Erschließung neuer Märkte bei gleichzeitiger Einhaltung von sozialen und ökologischen weltweiten Mindeststandards. Es werden Strategien und Ideen benötigt, globale Problemlösungen zu finden, ohne das soziale und kulturelle Gerüst unserer Gesellschaft zu demontieren.

Die Auswirkungen des demographischen Wandels sind umstritten. Es sollte aber zumindest einkalkuliert werden, dass sich die Altersstrukturen verschieben, sich die Multimorbidität und Alterserkrankungen erhöhen und auch ein Kostenanstieg zu erwarten ist.

Eine rechtzeitige Einstellung auf diese möglichen Entwicklungen, auch in der medizinischen Forschung und Lehre, kann nur dringend angeraten werden.

Es ist nicht davon auszugehen, dass die Zukunftsprobleme ohne staatliche Hilfe und Finanzmittel gelöst werden können. Der Staat muss durch Investitionen in die Bildung, Forschung und Infrastruktur dafür sorgen, international wettbewerbsfähig zu bleiben und darf das Investieren in die Zukunft nicht vergessen.<sup>95</sup>

Aus der heute vorherrschenden Wirtschaftstheorie lässt sich kein allgemeiner zeitloser Rationalitätsanspruch ableiten. „Es gibt weder eine Rationalität an sich noch eine absolute Rationalität. Das Rationale von heute kann morgen das Irrationale, das Rationale einer Gesellschaft kann das Irrationale einer anderen sein. Schließlich gibt es keine rein ökonomische Rationalität.“<sup>96</sup>

Es war in den 90er Jahren eine Verschiebung der Finanzierungslasten von der Steuerfinanzierung zur Finanzierung über Sozialversicherungsbeiträge zu beobachten, so dass ein zunehmender Kostenanteil durch lohnbezogene Abgaben getragen werden musste. Damit wird die Finanzierung auf die abhängig Beschäftigten verlagert. Zusätzlich werden die lohnintensiven Wirtschaftszweige stärker belastet. Die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder betrug 1996 noch 48,5% des Bruttoinlandsproduktes, im Jahr 2000 aber nur noch 46,4 %. Es bestehen Tendenzen, dass ein kontinuierlich steigender Kostenanteil des Gesundheitswesens aus einem kleiner werdenden Teil der Einkommen zu finanzieren ist.<sup>97</sup>

Kritiker sehen aber auch in einer Umorientierung zu einer stärkeren Steuerfinanzierung schwerwiegende Nachteile, da u.a. Versicherungsleistungen weniger diskriminierend seien, Steuern in Deutschland verstärkt in erster Linie von Arbeitnehmern getragen werden und Steuereinnahmen starken Schwankungen unterzogen sein können.<sup>98</sup>

Es wird daneben häufig bemängelt, dass die deutsche Spitzenposition bei den Ausgaben keine Spitzenwerte bei den Wirkungen und Ergebnissen der gesundheitlichen Versorgung wie z. B. der durchschnittlichen Lebenserwartung bewirkt.

Es ist fraglich, ob die Effizienz oder Kosten-Effektivität problemlos an Indikatoren wie der Lebenserwartung gemessen werden kann. Neben dem Gesundheitssystem sind hier auch so verschiedene Einflussfaktoren wie der Lebensstil, die Ernährung, die Arbeits- und Lebensbedingungen oder auch die Einkommens- und Wohnverhältnisse zu berücksichtigen. Gesundheit und die Notwendigkeit zur Gesundheitsvorsorge werden somit durch zahlreiche sozioökonomische Einflussgrößen determiniert, die bei angestrebten Strukturnovellierungen im Gesundheitswesen zu berücksichtigen sind.<sup>99</sup>

Kritiker sprechen inzwischen nicht nur von einer Zweiklassenmedizin, sondern vereinfacht auch von einem Zweiklassenstaat und belegen diese Kritik u.a. mit der höherwertigen medizinischen Versorgung von Privatpatienten sowie den mangelnden Bildungs- und Aufstiegschancen der Unterschichten in unserer Gesellschaft.<sup>100</sup>

Verbreitet ist im politischen Raum aber auch die Ansicht, dass der zukünftige Sozialstaat, in dem das Gesundheitswesen einen zentralen Stellenwert hat, nur die Gewährleistung einer Grundsicherung garantieren kann.

„Der Sozialstaat von morgen wird in einer globalisierten Wirtschaft nicht mehr die Sicherung des individuellen Lebensstandards gewährleisten können, sondern, jenseits des alten Generationenvertrages, sich mehr und mehr auf eine bedarfsorientierte Grundsicherung und die Zugangsberechtigung zu Bildung, Arbeit, Vermögensbildung und Wohlstand zurückziehen müssen.“<sup>101</sup>

Es ist davon auszugehen, dass nicht zuletzt zur Erfüllung des Sozialstaatsprinzips des Grundgesetzes sondern auch zur Vermeidung gesellschaftlicher Konflikte und staatlicher Krisen es zukünftig zumindest eine auch die medizinische Versorgung umfassende Grundsicherung der Bevölkerung geben muss.

Vieles weist auf einen Systemwechsel im Gesundheitswesen in Richtung Ökonomisierung, Privatisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitssektors und insbesondere auch der Krankenhauslandschaft hin. Es ist zu befürchten, dass für die breiten Bevölkerungsschichten damit nicht unbedingt eine Verbesserung der Versorgungssituation eintreten wird.

### ***3.1.2. Hochschulpolitische und hochschulrechtliche Rahmenbedingungen***

Weitere zentrale Rahmenbedingungen für die Universitätsmedizin werden naturgemäß von der Hochschulpolitik und dem Hochschulrecht gesetzt. Hier ist vor allem im Bildungssektor neben einer zunehmenden Einführung von internationalen Standards und Ausrichtungen (Bologna-Prozess, PISA-Studie) eine wachsende Verlagerung von Kompetenzen auf die Bundesländer festzustellen.

Bestrebungen zur Etablierung eines europäischen Forschungsrates<sup>102</sup> und eines Kriterienkatalogs für die Selbstdarstellung der Hochschulen für Europa zur Ordnung des Hochschulsystems sind weitere Entwicklungen zur Europäisierung des Hochschulwesens.<sup>103</sup>

Neben der Finanzierung von Forschung und Lehre sind die Forschungspolitik und die Forschungsstrukturen als auch die Bildungspolitik und die Bildungsstrukturen sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen und Entwicklungen zentrale Determinanten der Hochschulpolitik und der Hochschulgesetzgebung.

### 3.1.2.1. FINANZIERUNG VON FORSCHUNG, LEHRE UND AUSBILDUNG

Die Finanzierung von Forschung und Lehre der Medizinischen Fakultäten erfolgt bisher primär über den Landesführungsbetrag, der in Deutschland im Jahr 2000 bei durchschnittlich 76 Mio. € lag. Insgesamt erhielten im Jahr 2000 die 36 Medizinischen Fakultäten 2,7 Mrd. €.

In Nordrhein-Westfalen betrug 2004 der durchschnittliche Landesführungsbetrag bei einem Gesamtvolumen von etwa 575 Mio. € 82.008.483 €, wobei zu berücksichtigen ist, dass der Standort Bochum lediglich 32.759.182 € erhalten hat.<sup>104</sup>

2004 Standort	Zuführung für L+F Gesamt €	Ergebnis LOM €
Aachen	83.151.600	-2.152.700
Bochum	32.759.182	1.019.100
Bonn	82.109.700	384.300
Düsseldorf	101.802.100	-618.200
Essen	77.579.000	-269.500
Köln	93.240.200	-55.700
Münster	103.417.600	1.692.600
Gesamt	574.059.382	
Mittelwert	82.008.483	

**Tabelle 2: Verteilung der Zuführungsbeträge in NRW 2004**

Fragen des Hochschulneubaus wurden in der Vergangenheit über den Bund geregelt. Die Einführung von Kostennormwerten als Grundlage für die Hochschulfinanzierung wird seit mehreren Jahren diskutiert.

Etwa zwei Drittel der Gesamterlöse werden durch die Kostenträgerfinanzierung der Krankenhausleistungen der Klinika erzielt. Weitere Erlöse fallen durch den ambulanten Sektor an.

Neben dem Landeszuführungsbetrag bestehen zusätzliche Fördermöglichkeiten im Bereich der Forschung über Drittmittelförderungen zahlreicher Einrichtungen für die Forschungsförderung wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), die Helmholtz-Gemeinschaft, die Leibniz-Gemeinschaft, die Fraunhofer-Gesellschaft und für die Medizin bedeutender Einrichtungen wie die Max-Planck-Gesellschaft, die Deutsche Krebshilfe oder das Kuratorium für Heimdialyse (KfH) sowie eine Förderung über das BMBF oder auftragsorientierte Industriedrittmittel.<sup>105</sup>

Die Drittmittelfinanzierung der Hochschulen gewinnt nicht nur an den Medizinischen Fakultäten an Bedeutung. Die Hochschulausgaben sind seit 1995 absolut von etwa 25 Mrd. € auf 30,6 Mrd. € im Jahr 2003 und damit um 23% gestiegen. Die Drittmiteleinnahmen der Hochschulen betragen 2003 etwa 3,4 Mrd. €. Das bedeutet gegenüber 1995 einen Anstieg um 64%.

Während der Anteil der Hochschulträger in dem genannten Zeitraum an der Finanzierung von 61% auf 58% sank, stieg der Drittmittelanteil von 1995 bis 2003 von 8% auf 11%.<sup>106</sup>

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) ist regelmäßig der größte Drittmittelgeber und stellte 2003 mit etwa 1,1 Mrd. € für die Forschung und Entwicklung rund 31% aller Drittmiteleinnahmen der Hochschulen bereit.<sup>107</sup>

Rang	Drittmittelgeber	€
1	Deutsche Forschungsgemeinschaft	1.100.000.000
2	Gewerbliche Wirtschaft	917.000.000
3	Bund	807.000.000
4	Stiftungen	242.000.000
5	Internationale Organisationen	201.000.000
5	Sonstiger öffentlicher Bereich	201.000.000

**Tabelle 3: Drittmittelgeber in Deutschland im Jahr 2003**

Etwa 95% der Drittmiteleinnahmen entfielen auf die Universitäten. Durchschnittlich wurden von jeder Professorenstelle 139.100 € eingeworben. Die Fächergruppe Humanmedizin (einschließlich der Zentralen Einrichtungen der Hochschulkliniken) rangiert mit durchschnittlich 240.400 € je Professorenstelle auf dem 2. Platz hinter den Ingenieurwissenschaften (247.400 €).

Im Bereich der Medizinischen Einrichtungen haben sich die Drittmiteleinnahmen je Professorenstelle von 1995 bis 2003 fast verdoppelt (+93%).<sup>108</sup>

Trotz der erhöhten Hochschulausgaben muss der Eindruck einer verbesserten personellen Ausstattung angesichts der steigenden Studierendenzahlen relativiert werden, da die Betreuungsrelation, das Verhältnis von Studierenden zum wissenschaftlichen und künstlerischen Personal, in den letzten Jahren nahezu konstant geblieben ist und 1994 einen Wert von 15,7 und 2004 einen Wert von 15,9 aufzuweisen hatte.<sup>109</sup>

Die ostdeutschen Medizin-Fakultäten sind über einen Zeitraum von 16 Jahren zusätzlich mit 157 Mio. € vom Bundesforschungsministerium gefördert worden. Das Förderungsprogramm läuft jedoch 2008 aus.<sup>110</sup>

Im Jahr 2003 gaben die Hochschulen insgesamt 30,6 Mrd. € aus. Auf die Universitäten entfielen 13,5 Mrd. €. 14,1 Mrd. € wurden an den Medizinischen Einrichtungen verausgabt. 61% der Hochschulausgaben (18,6 Mrd. €) wurden für Personalausgaben verwendet. 8,8 Mrd. € entfielen auf die übrigen laufenden Ausgaben (29%), sowie jeweils etwa 5% auf Baumaßnahmen (1,7 Mrd. €) und auf übrige Investitionen (1,5 Mrd. €). Der Anteil der Hochschulausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) lag 2003 wie in den Vorjahren bei 1,4%.

Eine Aufteilung der Ausgaben in Fächergruppen weist aus, dass ein Großteil der Hochschulausgaben für die Humanmedizin Verwendung findet.

	Mrd. €
1) Humanmedizin	14,1
2) Mathematik/Naturwissenschaften	3,4
3) Ingenieurwissenschaften	2,7
4) Rechts-/Wirtschafts- und Sozialwissenschaften	1,7

Auf die Fächergruppen Kunst/Kunstwissenschaft (514 Mio. €), Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften (418 Mio. €), Veterinärmedizin (179 Mio. €) und Sport (136 Mio. €) entfielen demgegenüber insgesamt nur etwa 1,25 Mrd. €.<sup>111</sup>

Im Rahmen der medizinischen Forschung waren zwischen 1988 und 2007 5 große Förderprogramme in Deutschland etabliert.

Programmtitel	KFG	IZKF	KKS	Kompetenz-Netzwerke	NBL-3
Förderzeitraum	Seit 1988	1995-2004	1998-2006	1999-2006	1999-2007
Gesamtvolumen (Mio. €)	109,2	103,8	29,6	176,1	40,3
Vorhabenzahl	1 (34)	8	12	17	8
Regelförderdauer	6 Jahre	8 Jahre	6 Jahre	3+2 Jahre	Max. 6 Jahre

**Tabelle 4: Öffentliche Förderprogramme für die medizinische Forschung**

Klinische Forschergruppen (KFG) werden seitens der Deutschen Forschungsgemeinschaft seit 1988 an den Hochschulen gefördert. Das BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) unterstützt seit 1995 neue Strukturen und Formen des Forschungsmanagements in klinischen Forschungsbereichen im Rahmen der Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung (IZKF). Mit der Förderung von Koordinationszentren für klinische Studien (KKS) begann das BMBF

seit 1998. Ab 1999 traten das Programm zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit der klinischen Forschung der medizinischen Fakultäten der neuen Bundesländer (NBL-KF) und das Programm zur Förderung von Kompetenznetzwerken für die Medizin hinzu.

Das BMBF und die DFG haben daneben im November 2003 ein neues Programm zur Förderung patientennaher Forschung ins Leben gerufen. Klinische Studien können im Rahmen dieses Programms, das mit 40 Mio. € für 4 Jahre ausgestattet ist, unabhängig von ihrer Fragestellung oder von der spezifischen Krankheit gefördert werden.

Neben den Programmen erfolgt zusätzlich die Förderung von Einzelprojekten sowie von Schwerpunktprojekten durch Sonderforschungsbereiche (SFB). Die Zahl der medizinischen Sonderforschungsbereiche konnte im Zeitraum von 1990 bis zum Jahr 2002 von 27 auf 65 erhöht werden.<sup>112</sup>

Medizinische Forschung wird daneben durch zahlreiche nichtöffentliche Organisationen und Stiftungen gefördert, in deren Rahmen auch Stiftungsprofessuren vergeben werden.

Die knappen Kassen der Hochschulen und ihrer Fakultäten werden in NRW seit 2005 auch über Gebühren Langzeitstudierender aufgestockt.

In zahlreichen Bundesländern werden daneben generelle Studiengebühren erhoben. In Nordrhein-Westfalen sind durch das „Gesetz zur Sicherung der Finanzierungsgerechtigkeit im Hochschulwesen“ vom März 2006, hinter dem sich die Einführung von Studienentgelten bis zu 500 € pro Semester verbirgt, ab dem Wintersemester 2006/2007 an allen Universitäten Studiengebühren eingeführt worden. Diese Finanzmittel sollen der Lehre zufließen.

Seit mehreren Jahren wird diskutiert, die Höhe des Zuführungsbetrages primär über die Festlegung von Kostennormwerten zu regeln, bei der für jeden Studierenden Kopfpauschalen festgelegt werden. Bisher wurde dieses Projekt aber immer wieder hinausgeschoben.

In NRW war ab 2007 vorgesehen, abgesehen von dem Anteil der über die leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) verteilt wird (2005=10%), 5% des

Zuführungsbetrages für die Medizinischen Fakultäten über Zielvereinbarungen zu regeln. Aber auch dieses Projekt wurde zunächst noch zurückgestellt.

Neben zusätzlichen Finanzierungsquellen, die seit Jahren über Drittmittel erschlossen werden, bestehen auch in Deutschland verstärkte, aber noch unterentwickelte Anstrengungen auf dem in den Vereinigten Staaten verbreiteten Gebiet „Fundraising“, das zunehmend auch in einigen europäischen Ländern an Gewicht gewinnen wird. In Großbritannien wird gegenwärtig eine Fundraising-Initiative von der Regierung massiv unterstützt.

Die Entwicklung der finanziellen Rahmenbedingungen ist für die Universitätsmedizin und die Medizinischen Fakultäten mit erheblichen Risiken verbunden. Die zentralen Erlösquellen bestanden in der Vergangenheit aus den Erlösen der Krankenversorgung, dem Landeszuschuss und den Drittmitteln, wobei bei der Mittelverteilung auf Krankenversorgung, Lehre und Forschung häufig eine Querfinanzierung und Subventionierung der Krankenversorgung durch Landesmittel unterstellt wird. Bei einer Stagnation oder Abnahme der Erlöse aus der Krankenversorgung bei gleichzeitiger Stagnation oder Absenkung der Landeszuführungsbeträge aufgrund der Finanzlücken der Landeshaushalte könnte sich die Gewichtung verstärkt auf die Krankenversorgung verlagern und die Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel für Forschung und Lehre zurückgedrängt werden.<sup>113</sup>

Es ist zu befürchten, dass wegen des Investitionsbedarfs der Universitätsklinika im Bausektor und des zwischenzeitlich angelaufenen Investitionsstaus die Landeshaushalte überfordert sein werden und verstärkt nach alternativen Finanzierungsmöglichkeiten gesucht wird. Zur Vermeidung vollständiger Privatisierungen von Klinika werden deshalb vermehrt eigenständige Tochter-GmbH oder als weiterer Schritt sogenannte PPP-Lösungen (Public Private Partnership) angestrebt, bei denen privatwirtschaftliches Investitionskapital für entsprechende ökonomische Gegenleistungen bereitgestellt wird.

Offensichtlich sind diese Lösungswege unter den gegenwärtigen infrastrukturellen und haushaltspolitischen Rahmenbedingungen kaum vermeidbar. Es muss dabei aber nachhaltig darauf geachtet werden, dass universitäre Interessen auf dem Gebiet von Forschung und Lehre nicht zurückgedrängt und nachrangig behandelt werden.<sup>114</sup>

Die staatliche Finanzierung (Zuschuss für Lehre und Forschung sowie Investitionen) aller Universitätsklinika betrug 2001 insgesamt etwa 4 Mrd. €, die sich aus dem Zuführungsbetrag in Höhe von 2,93 Mrd. € und einer Investitionssumme inklusive von HBMG-Investitionen und Großgeräteempfehlungen von 964 Mio. € zusammensetzte. Die Erlöse aus der Krankenversorgung bemaßen sich auf etwa 8 Mrd. €. Die Drittmittelinwerbung lag im Jahr 2001 bei etwa 790 Mio. €.<sup>115</sup>

Der Forschungsbereich wurde im Jahr 2003 insgesamt mit 54,5 Mrd. € gefördert:

Öffentliche Haushalte	17,0 Mrd.	31,1%
Wirtschaft	36,3 Mrd.	66,6%
Ausland (EU)	1,2 Mrd.	2,3%

Ein Großteil dieser Finanzmittel ging in die Forschung der Wirtschaft mit insgesamt 38 Mrd. €. 9,2 Mrd. € erhielten die Hochschulen für Forschung und Entwicklung, wobei der staatliche Anteil 7,8 Mrd. € oder 85,2% betrug. Die privaten Forschungseinrichtungen ohne Erwerbszweck erhielten Finanzmittel für die Forschung und Entwicklung in Höhe von 6,3 Mrd. €, wobei etwa 5,8 Mrd. € auf den öffentlichen Sektor entfielen.<sup>116</sup>

Im Bundeshaushalt 2006 betragen die für das Gesundheitswesen und den Hochschulbereich direkt oder indirekt relevanten Finanzmittel für den Bereich Bildung/Forschung etwa 8,0 Mrd. € bei einem Gesamtvolumen von mehr als 260,0 Mrd. €. Die Investitionen liegen mit 23,2 Mrd. € unter der Neuverschuldung von nahezu 40 Mrd. €, was laut Grundgesetz nur durch eine Störung des gesamtwirtschaftlichen Gleichgewichts legitimiert werden kann.<sup>117</sup>

Die Gestaltungsspielräume für Investitionen in Zukunftsfelder wie z.B. Bildung, Hochschule, Forschung und Entwicklung sowie der Ausbau der Infrastruktur und die Förderung kleiner und mittlerer Unternehmen sind begrenzt, weil u.a. mehr als 220 Mrd. € im Bundeshaushaltentwurf 2008 mit einer Gesamthöhe von 283,2 Mrd. € alleine auf die mit Abstand größten Bereiche Arbeit/Soziales, Schulden, Verteidigung und Verkehr entfallen und nur etwa 60 Mrd. € für die restlichen Ressorts verbleiben.<sup>118</sup>

Rang	Haushaltsressorts	Entwurf 2008 Mrd. €
1	Arbeit und Soziales	124,4
2	Bundesschuld	43,2
3	Verteidigung	29,3
4	Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung	24,2
6	Bildung und Forschung	9,2
13	Gesundheit	2,9
	Sonstige	50,0
	Gesamt	283,2

**Tabelle 5: Bundeshaushaltentwurf 2008**

Ab 2007 will das Bundesforschungsministerium für die nächsten 4 Jahre für die Gesundheitsforschung 630 Mio. € ausgeben. Ursprünglich geplant waren nur 450 Mio. €. <sup>119</sup>

Wirtschaft und Staat wollen bis zum Jahr 2010 gemeinsam 3% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) in die Wissenschaft und Forschung investieren und damit ein europäisches Gesamtziel erreichen, laufen aber trotzdem Gefahr, im internationalen Vergleich zurückzufallen. 2004 lag Deutschland in Europa zwar noch auf Platz 4 und weltweit noch unter den ersten zehn Staaten, der Anteil von Bund und Ländern stagnierte jedoch von 1995 bis 2004.

Daneben besteht innerhalb der Bundesländer ein erhebliches Gefälle, wobei Berlin (4%), Baden-Württemberg (3,9%) und Bayern (3%) die Europannorm erfüllten.<sup>120</sup>

In diesem Zusammenhang muss auch auf den enormen Investitionsstau in Deutschland und die Ausgaben anderer Länder im Bereich des Hochschulbaus hingewiesen werden. Seit Anfang der neunziger Jahre liegen die Mittel für die Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau deutlich unter den für diese Zwecke vom Wissenschaftsrat empfohlenen Ausgaben und es ist auch nicht erkennbar, wie das bestehende Investitionsdefizit im Hochschulbau in den nächsten Jahren kompensiert werden soll.<sup>121</sup>

#### 3.1.2.2. FORSCHUNGSPOLITIK, FORSCHUNGSSTRUKTUREN UND ENTWICKLUNGEN

Mit dem Koalitionsvertrag der gegenwärtigen Bundesregierung wurden am 18.11.2005 Vorentscheidungen zur Föderalismusreform getroffen, die einen nahezu vollständigen Rückzug des Bundes aus der Hochschulpolitik vorsahen, wovon die HRK und der WR nachdrücklich gewarnt hatten.<sup>122</sup>

Am 07.07.2006 hat auch der Bundesrat mit der erforderlichen Zweidrittelmehrheit der Föderalismusreform zugestimmt. Das strikte Kooperationsverbot zwischen Bund und Ländern konnte aufgeweicht werden. Der Bund darf neben den vereinbarten Finanzhilfen für die Forschung auch Unterstützungsleistungen für die Lehre gewährleisten, so dass auch für den Hochschulpakt eine rechtliche Absicherung etabliert werden konnte.<sup>123</sup>

Für die Begutachtung der Forschungsbauten und –geräte wurde aufgrund der Föderalismusreform vom Wissenschaftsrat ein neues Verfahren etabliert: Es gibt nur noch einen Termin pro Jahr (15. November), bis zu dem die Hochschulen Antragsskizzen abgeben können. Für die Auswahl ist die Forschungsprogrammatische ausschlaggebend und nicht das Großgerät.

Die Entscheidung über die Finanzierung, die als Ranking bekannt gegeben wird, wird von der Bund-Länder-Kommission getroffen.<sup>124</sup>

Die deutsche Wissenschaft zeichnet sich durch ein schwer durchschaubares System von Zuständigkeiten und Trägerschaften aus. Neben der Kultusministerkonferenz werden die Rahmenbedingungen und Innovationen des Hochschulwesens vor allem noch vom Wissenschaftsrat (WR, mit Sitz in Köln) und von der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) vorgedacht und eingeleitet. Bei der überregionalen Koordinierung und Kooperation von Forschungsstudien bestehen häufiger Kommunikationsmängel.

In der Hochschulmedizin hat der Medizinische Fakultätentag (MFT) zusammen mit dem BMBF durch eine medizinische Forschungslandkarte versucht, mehr Transparenz in die deutsche hochschulmedizinische Forschungslandschaft zu bringen.<sup>125</sup>

Die medizinischen Fächer und Subdisziplinen haben sich als Folge der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft stark vermehrt. In der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) haben sich über 150 wissenschaftliche Fachgesellschaften zusammengeschlossen.

Daneben werden zusätzlich Fragen der medizinischen Ausbildung vom Medizinischen Fakultätentag (MFT) diskutiert, zu dem sich 36 Medizinische Fakultäten zusammengeschlossen haben.<sup>126</sup>

Die AWMF gibt zusammen mit der Zentralbibliothek für Medizin (ZBMed) in Köln und dem DIMDI ein Internetjournal „German Medical Science“ heraus.<sup>127</sup>

Die Medizinische Forschung basiert auf der Grundlagenforschung, deren medizinische Fragestellungen in der Regel nicht direkt in die Praxis umgesetzt werden können, und der angewandten Forschung, welche die praktische Erprobung medizinischer Innovationen zum Gegenstand hat.

Die staatlichen Forschungseinrichtungen werden direkt mit Steuermitteln finanziert. Die dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) nachgeordneten Behörden wie das Robert-Koch-Institut (RKI), das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI) und das Arzneimittelinstitut befassen sich primär mit Fragen der angewandten Forschung.

Daneben stehen dem BMGS Projektförderungsmittel im Rahmen der vorbereitenden oder begleitenden Forschung von Gesetzesvorhaben zur Verfügung.

Mit Fragen der Grundlagenforschung und der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses befassen sich die Institute großer Forschungsgesellschaften wie die Fraunhofer-Institute, die Max-Planck-Institute, die Gottfried-Wilhelm-Leibniz-Institute sowie die Institute der Humboldt-Gemeinschaft. Sie werden ebenfalls über Steuermittel finanziert.

Ein weiterer zentraler Bereich der staatlich finanzierten Forschung erfolgt an den Medizinischen Fakultäten der Universitäten über die Bereitstellung von Sach- und Personalausstattungen, die über durch Forschungsanträge eingeworbene Drittmittel ergänzt werden können.

Das BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) schreibt regelmäßig gesundheitsbezogene Förderprogramme aus (Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit).

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), die auch die medizinische Forschung unterstützt, steht im Zentrum der Forschungsförderung.

Gefördert wird im Rahmen der Forschung zum Gesundheitswesen/Public Health zusammen mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung auch ein Schwerpunkt „Versorgungsforschung“.

Etwa 60% aller in Deutschland praktizierenden Ärzte sind promoviert. Als Nachweis der Befähigung zu selbständigem wissenschaftlichen Arbeiten auf hohem Niveau dient die Habilitation, die in der Regel auch noch Voraussetzung für eine Professorenlaufbahn ist.

Grundlage für die Qualitätsbewertung medizinischer Forschungsleistungen ist das „Peer-Review-Verfahren“ und somit die kollegiale Bewertung der „Scientific Community“.

Die Bewertung wissenschaftlicher Publikationsleistungen durch Impactfaktoren wurde in letzter Zeit verstärkt auch aufgrund der bundesweit eingeführten leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) an den Medizinischen Fakultäten eingeführt.

Ein Indikator für die Bewertung der Forschungsqualität kann auch die Trennung in die Kriterien Science, Practice und Policy Impact darstellen:

Science Impact: Bewertung der Ergebnisse durch die Scientific Community

Practice Impact: Rezeption und Umsetzung der Ergebnisse in die Versorgungspraxis

Policy Impact: Bewertung der Verwertbarkeit von Forschungsergebnissen für gesundheitspolitische Entscheidungen

Umfangreiche medizinische Forschung wird auch in den Forschungsabteilungen der pharmazeutischen Industrie und der medizinischen Geräteindustrie durchgeführt.<sup>128</sup>

Als ein besonderer Schwachpunkt wird in Deutschland die patientenorientierte klinische Forschung gesehen, die sowohl auf Seiten der Industrie als auch auf akademischer Ebene nur schwach ausgeprägt sei. Neben Leistungsdefiziten werden unangemessene Strukturen und vor allem der schwache Vernetzungsgrad zwischen Grundlagenforschung und patientenorientierter Forschung bemängelt.

Laut Wissenschaftsrat wird Deutschland aber auch als Forschungs- und Entwicklungsstandort für die pharmazeutische Industrie immer bedeutungsloser. Die Publikationsquantität und –qualität sei insgesamt zu anderen westlichen Ländern unterentwickelt. Herausragende Publikationsleistungen bestehen aber immerhin in den Grundlagenbereichen wie den Lebenswissenschaften (insbesondere Zellbiologie, Mikrobiologie und Biophysik).<sup>129</sup>

Der Wissenschaftsrat fordert, den Universitäten größere Gestaltungsräume zu geben. Damit wäre eine stärkere Differenzierung zwischen den Universitäten und den Fachbereichen der jeweiligen Universitäten möglich. Langfristig könnten dadurch auch neue innovative Hochschultypen entstehen. Man müsse daneben auch von der Vorstellung Abstand nehmen, dass alle Universitäten ein ähnliches Leistungsspektrum haben müssen. Neben traditionellen Universitäten, die in der Breite des Fächerspektrums Forschung, Lehre und Nachwuchsförderung anbieten, solle es auch Universitäten geben, die sich auf einzelne dieser Aufgaben konzentrieren können.<sup>130</sup>

Daneben wächst die Tendenz zur Entwicklung von „Exzellenz“ und/oder zu Elite-Universitäten seitens der politischen Gremien an. Selbst führende Vertreter der SPD sprechen inzwischen von der Notwendigkeit zur Etablierung von Hochleistungsuniversitäten, um mit den „Elite-Universitäten“ in Amerika oder England in Konkurrenz treten zu können.<sup>131</sup>

Die Exzellenzinitiative und der gegenwärtige Cluster-Boom, der die verstärkte Kooperation und Vernetzung zwischen Wissenschaft und Wirtschaft zum Gegenstand hat, sind keine Neuerfindungen. Diese Entwicklung ist u.a. in skandinavischen Ländern schon seit längerer Zeit zu beobachten.

Auch die frühere Bundesforschungsministerin, Frau Bulmahn, hatte bereits die Schwerpunktförderung und die regionalen Wachstums- und Innovationskerne beschworen<sup>132</sup> und bereits im Januar 2004 unter dem Motto „Brain up! Deutschland sucht seine Spitzenuniversitäten“ einen Wettbewerb zur Exzellenz-Förderung angeregt, dessen Umsetzung sich auch wegen der Föderalismusreform verzögerte.<sup>133</sup>

Im Rahmen der 2006 eingeleiteten staatlichen Exzellenz-Initiative konnten sich in der 1. Runde vor allem Standorte im Süden Deutschlands qualifizieren: die Technische Universität München, die Münchner Ludwig-Maximilians-Universität und die Universität Karlsruhe. Die Wirtschaft will diese Universitäten zusätzlich unterstützen. Die Universität Karlsruhe kündigte an, einen lokalen Numerus Clausus einzuführen.

Trotz der erfreulichen Entwicklungsmöglichkeiten und der notwendigen Herstellung der internationalen Konkurrenzfähigkeit werden auch Stimmen laut, die befürchten, dass eine massive Finanzkonzentration auf einige Standorte erfolgen wird, die dazu führen kann, dass in einigen Bundesländern Universitäten verbleiben werden, bei denen die Forschung ausgehungert wird und lediglich die Ausbildungsfunktion des Nachwuchses verbleibt, womit zusätzliche infrastrukturelle Ungleichgewichte in den Bundesländern geschaffen werden könnten.<sup>134</sup>

Es wird daneben auch darauf hingewiesen, dass Exzellenz alleine nicht ausreicht und sich Nachwuchswissenschaftler aus einem soliden Unterbau rekrutieren würden. Da Exzellenzforschung auf Ergebnissen der Routineforschung aufbauen würde, müsse zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Forschungssystems ein optimales Verhältnis zwischen Spitzenleistung und dem normalen Mittelmaß angestrebt werden.<sup>135</sup>

Mit dem neuen „Cluster-Wettbewerb“ will die Bundesregierung Forschungsverbände von Wissenschaft und Wirtschaft finanziell fördern. Dafür werden vom Bundesforschungsministerium 600 Mio. € zur Verfügung gestellt.

In 3 Wettbewerbsrunden sollen im Abstand von 12 bis 18 Monaten jeweils 5 Cluster ausgewählt und für 5 Jahre gefördert werden.

Anders als bei der Exzellenzinitiative, bei der Universitäten miteinander konkurrieren, ist für die Cluster-Initiative die Beteiligung von Unternehmen von zentraler Bedeutung. Förderungswürdig sind auch Projekte der Gesundheitsforschung. Der Cluster-Wettbewerb stellt ein Kernelement der offiziellen „High-Tech-Strategie“ dar. Der Gesamtetat des Forschungsministeriums beträgt 2008 etwa 9,2 Mrd. €. <sup>136</sup>

Im Rahmen der High-Tech-Strategie sollen Zukunftsfelder definiert werden, mit denen Arbeitsplätze und Wohlstand geschaffen werden können. Mit ihr sollen Wissenschaft und Wirtschaft näher zusammengebracht werden und der Wissenstransfer zwischen Hochschulen und Unternehmen verstärkt werden. Dafür will die Bundesregierung bis 2009 knapp 15 Mrd. € ausgeben. Gefördert werden neben Hochschulen u.a. auch innovative mittelständische Unternehmen. Es werden von diesem Innovationsschub 1,5 Mio. neue Arbeitsplätze, insbesondere für Akademiker in den wissensintensiven Zukunftsbranchen erhofft. <sup>137</sup>

Diese neue Strategie der verstärkten Vernetzung von Hochschulen und Wirtschaft wird auch vom „Stifterverband für die deutsche Wissenschaft“ empfohlen und eingefordert. Im Rahmen einer engeren Kooperation sollen strategische Partnerschaften angestrebt und gemeinsame Institute gegründet werden. Daneben sollen die Rahmenbedingungen bezüglich des Nebentätigkeitsrechts und die Möglichkeiten zur Gründung von hochschuleigenen Unternehmen verbessert werden. <sup>138</sup>

Empfehlungen auf internationaler Ebene gehen davon aus, dass der Wettbewerb der Metropolen sich auf dem Gebiet der Verknüpfung von Wissenschaft und Wirtschaft abspielen werde und dass internationale Netzwerkbildungen und zusätzliche Bildungsinvestitionen sowie die Stärkung der Universitäten von zentraler Bedeutung seien. <sup>139</sup>

Zur Sicherstellung der Aufgabenerfüllung der Universitäten und der Hochschulmedizin ist eine ausreichende finanzielle Ausstattung erforderlich. Internationale Vergleichsdaten weisen darauf hin, dass die deutschen Universitäten unterfinanziert sind.<sup>140</sup>

Für die biomedizinische Forschung bestehen Berechnungen, wonach in Deutschland ein Zusatzbedarf von jährlich 1,5 Mrd. € existiert, um die internationale Wettbewerbsfähigkeit zu gewährleisten.

Die europäische Zielsetzung, den Anteil der Forschungsausgaben bis zum Jahr 2010 auf 3,0% des Bruttoinlandsprodukts zu steigern, hätte laut Wissenschaftsrat nur bei einer jährlichen kontinuierlichen Erhöhung der Forschungshaushalte von Bund und Ländern von 8-10% ab dem Jahr 2005 erreicht werden können.<sup>141</sup>

Die eingeleitete stärkere Verzahnung von Forschungs- und Wirtschaftspolitik wird auch für das Gesundheitswesen und für die Medizinischen Fakultäten an Bedeutung gewinnen.

### 3.1.2.3. BILDUNGSPOLITIK, BILDUNGSSTRUKTUREN UND ENTWICKLUNGEN

Die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union haben im März 2000 im Rahmen der „Beschlüsse von Lissabon“ das ehrgeizige Ziel formuliert, Europa bis 2010 zum weltweit führenden wissensbasierten Wirtschaftsraum zu etablieren. Bei diesem Prozess sollen Hochschulen und Bildungsinstitutionen eine zentrale Rolle spielen.

Die Wissenschaftsminister von 29 europäischen Ländern hatten bereits im Juni 1999 die so genannte „Bologna-Erklärung“ unterzeichnet, welche die Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulraums zum Gegenstand hat. Inhaltlich stellt die Vereinheitlichung der Studienstrukturen nach angelsächsischem Muster mit der Einführung von Bachelor- und Masterabschlüssen eine zentrale Zielsetzung des in Bologna und den Folgekonferenzen eingeleiteten Reformprozesses dar.<sup>142</sup>

Der Wissenschaftsrat geht davon aus, dass die Zahl der Studienberechtigten wie seit Ende der neunziger Jahre weiterhin steigt und fordert u.a. zur Umsetzung der Bologna-Reformen einen zügigen Ausbau der Studienplatzkapazitäten. Er fordert daneben eine Zurückführung der Studienabbrecherquoten und die Bereitstellung entsprechender Finanzmittel für die Hochschulen. Deutlich über 40 Prozent eines Jahrganges sollten ein Studium aufnehmen und 50 Prozent die Hochschulzugangsberechtigung erlangen. Ein unterlassener Ausbau der Kapazitäten hätte längerfristig ein deutliches Defizit an hochqualifizierten Arbeitskräften zur Folge.<sup>143</sup>

In Deutschland konnte von 2000 bis 2004 ein Anstieg der Studienanfängerquote von 30% bis auf 37% verzeichnet werden, der OECD-Gesamtdurchschnitt hat aber die 50%-Marke bereits erreicht. Der Absolventenanteil konnte in diesem Zeitraum in Deutschland jedoch nur von 19,3% auf 20,6% erhöht werden.

Der Anteil deutscher Universitätsabsolventen an der Gesamtsumme im OECD-Raum ist seit dem Jahr 2000 sogar von 6,8% auf 5,7% zurückgegangen. Bis 2014 würde sich bei einer Fortschreibung dieser Entwicklung ein weiterer Rückgang des „OECD-Marktanteils“ auf 3,6% ergeben.<sup>144</sup>

Im Wintersemester 2004/2005 ist primär aufgrund der Einführung von Gebührenregelungen in Deutschland die Studierendenzahl wieder unter die 2 Mio.-Grenze auf rund 1,96 Mio. gefallen. Diese Absenkung bedeutet gegenüber dem Vorjahr einen Rückgang um 3% und ist im Wintersemester 2004/2005 mit dem erheblichen Rückgang bei Langzeit- und Zweitstudierenden zu erklären.

Der Anteil an ausländischen Studierenden erreichte mit 13% einen Höchststand. Die Zahl der Privathochschulen hat sich von 1994 bis zum Wintersemester 2004/2005 von 24 auf 69 erhöht. Da diese Hochschulen aber in der Regel sehr klein sind, waren nur etwa 2% der Studierenden an diesen Hochschulen eingeschrieben.

Die Zahl der Beschäftigten des wissenschaftlichen Personals stieg im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen, wobei der Anstieg aber ausschließlich auf die Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen war.

2004 waren etwa 49% der Studienanfänger und der Absolventen weiblich. Mit steigendem Qualifikationsniveau und Status der Position nimmt der Frauenanteil jedoch ab. Bei der Gruppe der Professoren war ein Frauenanteil von 14% zu verzeichnen, wobei auf der C4-Ebene der Anteil noch unter 10% lag. In der Medizin sieht die Situation nicht günstiger aus. Hier gilt es in erster Linie, die Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern.<sup>145</sup>

Im Wintersemester 2004/2005 studierten von den insgesamt 1.963.108 Studierenden

15.517 Gesundheitswissenschaften

79.866 Humanmedizin

13.127 Zahnmedizin

Weiterhin studierten 7.769 Personen Veterinärmedizin.<sup>146</sup>

Trotz des geringen Anteils der Humanmedizin an der Gesamtsumme der Studierenden entfielen von den im Jahr 2004 erfolgten Habilitationen alleine 910 auf die Humanmedizin (davon 170 weibliche Habilitanden). Die meisten der Habilitationen in der Humanmedizin wurden in Bayern (214) noch vor NRW (190) abgeschlossen.<sup>147</sup>

Die Ministerpräsidenten der Länder trafen sich Ende Januar 2006 mit der Bundesforschungsministerin Frau Schavan und verständigten sich auf den Hochschulpakt 2020, der zum Gegenstand hat, den "Studentenberg" zu bewältigen, der durch die neuen Bachelor- und Masterstudiengänge und erhöhte Abiturientenzahlen entsteht.<sup>148</sup>

Auf dem Gebiet der Lehre ist durch den „Bologna-Prozess“ und die damit verbundenen „Master-“ und „Bachelor-Abschlüsse“ der Weg zur Europäisierung der Hochschulausbildung eingeleitet worden. Diese Entwicklung berührt die Medizinischen Fakultäten gegenwärtig weniger als andere Fachbereiche. Sie hat aber bereits jetzt auch Auswirkungen im Rahmen europaweit vergleichbarer Lehrveranstaltungen und praxisorientierter Zusatzstudiengänge mit Bachelor-/Masterabschlüssen.

Bisher sträuben sich vor allem noch die Juristen, Pädagogen und Mediziner gegen die Einführung des Bachelor-/Master-Modells. Der politische Wille geht aber eindeutig in die Richtung der Umsetzung dieses Modells und die Gegenwehr scheint zu bröckeln.<sup>149</sup>

Für die Ministerkonferenz in London 2007 wurde im Rahmen einer Umfrage zum Stand des Bologna-Prozesses festgestellt, dass 82% der befragten Hochschulen auf das dreistufige System Bachelor-Master-Promotion umgestellt haben. Für 2003 lag dieser Wert noch bei 53%.

In Deutschland boten die Hochschulen im Wintersemester 2006/2007 etwa 48% ihrer insgesamt 11803 Studiengänge mit Bachelor- und Masterabschluss an. An den Universitäten lag dieser Anteil bei 41%.<sup>150</sup>

Die europäischen Bildungsminister haben 1999 in Bologna erklärt, die Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen in Verbindung mit der Modularisierung von Studieneinheiten zu einem einheitlichen Leistungspunktesystem für Europa auszubauen.<sup>151</sup>

Der ursprüngliche Bologna-Prozess war mit der Absicht verbunden, einen einheitlichen europäischen Hochschulraum mit einer Harmonisierung der Hochschulsysteme zu schaffen. Die Einleitung dieses Prozesses basierte auch auf der weitgehenden Erfolglosigkeit nationaler Reformen.

Das mit dem Bologna-Prozess verbundene angelsächsische Graduiertensystem mit seinem Bachelor- und Mastersystem wird weitgehend als erfolgreicher und praxisorientierter eingestuft als das tradierte deutsche System.

Trotz der erfolgreichen Tradition des deutschen Hochschulsystems wird aber kaum über Modifizierungen oder Teilübernahmen diskutiert, sondern es steht nur ein mehr oder minder kompletter Austausch zur Diskussion.

Ein modularisiertes Diplom, das die Bologna-Strukturen integriert, würde Möglichkeiten eröffnen, Prinzipien von Bildung und Wissenschaft und Kriterien humanistischer Bildung ebenso aufzunehmen wie Ausbildungs- und Nützlichkeitsorientierung.<sup>152</sup>

Die Medizinische Ausbildung soll nach den Vorgaben der Approbationsordnung auf wissenschaftlicher Grundlage durchgeführt werden und grundlegende Kenntnisse für wissenschaftliches Arbeiten sowie die Fähigkeit zur Bewertung von Forschungsergebnissen vermitteln. Ärzte werden aber auch zur regelmäßigen selbständigen Fortbildung verpflichtet (Sozialgesetzbuch, Bundesärzteordnung, Berufsordnungen für Ärzte).<sup>153</sup>

Eine weitere Besonderheit und Herausforderung für die Medizinischen Fakultäten stellt die neue am 01.10.2003 in Kraft getretene Approbationsordnung (9. Novelle) dar.

Die neue Approbationsordnung (AO) in der Medizin fördert den fächerübergreifenden und problemorientierten Unterricht sowie die Optimierung des Kleingruppenunterrichts. Die Grenzen zwischen Vorklinik und Klinik werden dabei beseitigt. Die Prüfungsverantwortung der Fakultäten wird deutlich erhöht.<sup>154</sup>

Die AO schreibt daneben die Einführung von Blockpraktika vor, erhöht den Stellenwert der Allgemeinmedizin und öffnet den Weg für die Etablierung von Modellstudiengängen.

Der Arzt im Praktikum wird durch die neue Approbationsordnung abgeschafft. Die Ausbildungskapazität soll um 10% reduziert werden. Sie beinhaltet Studienreform- und Prüfungsreformelemente.<sup>155</sup>

Daneben zeichnet sich die Europäische Hochschuldiskussion in der medizinischen Ausbildung aber auch durch Elemente wie Kompetenzorientierung, Praxisorientierung und projekt- und problemorientiertes Lernen aus. Die neue Approbationsordnung hat diesen Bestrebungen weitgehende Grundlagen geschaffen.

Inzwischen fordern Fachleute eine Exzellenz-Initiative auf dem Gebiet der Lehre<sup>156</sup>, die auch in den im Januar 2007 verabschiedeten Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu einer lehrorientierten Reform der Personalstruktur an Universitäten Unterstützung findet.<sup>157</sup>

#### 3.1.2.4. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN UND ENTWICKLUNGEN

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Universitäten mit ihren Medizinischen Fakultäten ergaben sich in Deutschland bisher aus den auf dem Hochschulrahmengesetz basierenden Landeshochschulgesetzen.

Im Rahmen der Föderalismusreform soll das Hochschulrahmengesetz aber zum 01.10.2008 außer Kraft treten. Bundeskompetenzen bestehen dann grundsätzlich nur noch für die Regelung von Hochschulzulassung und Hochschulabschlüssen, wobei aber auch hier den Ländern eigenständige Wege ermöglicht werden. Daneben konnten Regelungen für Kooperationsbereiche zwischen Bund und Ländern vereinbart werden.

Durch die seit 2007 gültigen Bestimmungen zur Föderalismusreform sind gravierende Änderungen bei den Bund-Länder-Kompetenzen im Bildungs- und Forschungsbereich etabliert worden.

Aus Sicht der Vertreter der Wissenschaft sollte u.a. verhindert werden, dass es in der Bundesregierung zur Zersplitterung der Zuständigkeiten für Hochschule und Wissenschaft kommt und bundesländerübergreifende Forschungsförderungspolitik erheblich erschwert wird. Man war der Ansicht, dass die Effizienz und Innovationsfähigkeit der Wissenschaftspolitik nicht Macht- und Zuständigkeitskonflikten auf Bund-Länder-Ebene geopfert werden dürfen.<sup>158</sup>

Die 2006 von der Bundesregierung auf den Weg gebrachte Föderalismusreform, die mit zahlreichen Grundgesetzveränderungen verbunden war, wurde nach umfangreichen Ausschussberatungen des Bundestags und nach zusätzlicher Neuregelung der Finanzbeziehungen zwischen Bund und Ländern 2007 im Bundesrat am 07.07.2007 endgültig verabschiedet. Die Änderungen sollen seit Herbst 2007 stufenweise umgesetzt werden.<sup>159</sup>

Im Vorfeld war die Reform im Dezember 2005 zunächst am Bund-Länder-Streit über Zuständigkeiten in der Bildung gescheitert, obwohl sich Kompromisse beim Hochschulneubau (gemeinsame Finanzierung von Hochschulbauvorhaben von überregionaler Bedeutung) und Konsens hinsichtlich des Erhalts der gemeinsamen Forschungsförderung abzeichneten.

Nicht verständlich war es für die Hochschulrektorenkonferenz (HRK), dass in Zeiten der politisch gewollten Entwicklung eines europäischen Bildungs- und Forschungsraums die Ordnung des Hochschulsystems ausschließlich im Kompetenzbereich der Länder liegen sollte. Vor den Gefahren eines Ausstieges des Bundes und einer Fetischisierung des Föderalismus durch die Föderalismusreform mit den negativen Auswirkungen für die Finanzierung der Lehre, des Hochschulbaus und der institutionellen Förderung der Hochschulen seitens des Bundes wurde von Vertretern der Wissenschaft eindringlich gewarnt.<sup>160</sup>

In letzter Minute wurden die Warnungen der Wissenschaft ernst genommen und der ursprünglich geplante vollständige Rückzug des Bundes aus der Hochschulfinanzierung verhindert.

Der Bund behält im Gegensatz zum Schulsektor im Hochschulbereich weitreichende Kompetenzen. Der Weg für Hochschulprogramme und Hochschulpakete wird durch das Mitwirkungsrecht des Bundes bei Vorhaben aus Wissenschaft und Forschung geebnet. Der Bund darf weiterhin Regelungen zu Abschlüssen und zur Zulassung an den Hochschulen beschließen. Die Länder entscheiden aber selbst über das Dienstrecht sowie über die Besoldung ihrer Beamten.<sup>161</sup>

Ein weiterer Schritt ist die Etablierung der Föderalismus-Kommission II, welche die Finanzbeziehungen der Länder mit dem Bund sowie der Länder untereinander zum Gegenstand hat. Hier sind auch Überlegungen zur zukünftigen Hochschulfinanzierung, die u.a. für die Länder Anreize für die Etablierung neuer Studienplatzkapazitäten bieten, von zentraler Bedeutung.

Von führenden Politikerinnen und Politikern, die grundsätzlich den Föderalismus befürworten, wird aber inzwischen auch eingefordert, dass die Länder neben dem

Wettbewerb auch die gesamtstaatliche Verantwortung wahrnehmen. Gemeinsame Regelungen wären insbesondere im Hinblick auf den angestrebten europäischen Hochschulraum für die Hochschulzulassung und die Hochschulabschlüsse notwendig.

Wesentliche Koordinationsprozesse fallen jetzt der Kultusministerkonferenz (KMK) der Länder zu. Durch den Art. 91 b Abs. 1 GG konnte daneben der Handlungsspielraum für die Bund-Länder-Zusammenarbeit vergrößert werden. Auf Grundlage dieses Artikels war der Hochschulpakt 2020 erst möglich. Außerdem erlaubt diese Vorschrift auch die gemeinsame Förderung von Infrastrukturmaßnahmen im Hochschulbereich (Forschungsbauten einschließlich Großgeräten) durch Bund und Länder.<sup>162</sup>

Trotz des Bologna-Prozesses und der Vision eines „Europäischen Forschungsraums“ sollten die Hochschulen wie die Schulen ursprünglich ausschließlich der Kompetenz der Bundesländer zugeordnet werden. Diese Entwicklung konnte weitgehend verhindert werden.

Das Grundgesetz von 1949 hat die Bildungshoheit in die Hände der Länder gelegt, deren Koordination die Kultusministerkonferenz (KMK) übernahm.<sup>163</sup> In der Vergangenheit hatte der Bund aber insbesondere auf den Gebieten der Finanzierung des Hochschulbaus sowie bei der Regelung der Zulassung und der Abschlüsse im Hochschulsektor mitgewirkt.

Im Bildungsbereich ist generell eine Europäisierung des Hochschulwesens zu beobachten. In der Medizin hat die Bedeutung der Abstufung von europaweit vergleichbaren Abschlüssen und die damit verbundene Etablierung von Bachelor- und Masterstudiengängen allerdings noch nachrangigen Charakter.

In Nordrhein-Westfalen wird die Aufbau- und Ablauforganisation der Medizinischen Fakultäten durch die Rechtsverordnungen aus dem Jahr 2000<sup>164</sup> sowie in dem ab 2007 in Kraft getretenen Hochschulfreiheitsgesetz für die Universitäten des Landes NRW<sup>165</sup> und in den auf diesem Gesetz basierenden Grundordnungen der Universitäten geregelt. Weitere neue rechtliche übergreifende Rahmenbedingungen ergeben sich aus dem ab dem 01.01.2008 geltenden Hochschulmedizingesetz für Nordrhein-Westfalen.

Erwähnenswert sind daneben die auf Rechtsverordnungen beruhenden Kooperationsvereinbarungen zwischen Universitäten, Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika als rechtsfähige Anstalten öffentlichen Rechts. Weitere rechtliche Abklärungsprozesse werden im Rahmen von Zielvereinbarungen geregelt. Von besonderer Bedeutung sind außerdem die länderspezifischen Regelungen im Rahmen der neuen W-Besoldung.

#### 3.1.2.5. HOCHSCHULPOLITISCHE UND HOCHSCHULRECHTLICHE PROBLEMSTELLUNGEN

In den letzten Jahren sind an den deutschen Universitäten zahlreiche Reorganisationsprojekte eingeleitet worden, um den gegenwärtigen Herausforderungen besser gerecht werden zu können. Überlegungen zur strategischen Neuausrichtung in Forschung und Lehre aufgrund politischer Forderungen und die Einführung von Budgetierungs- und Controllingssystemen zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung stehen dabei im Mittelpunkt.

Die Effizienzsteigerung ist eng mit der Finanzkrise der öffentlichen Haushalte verbunden. Die Verbesserung der Effektivität steht im engen Zusammenhang mit der Herstellung der Konkurrenzfähigkeit im internationalen Wettbewerb. Nicht mehr der Auf- und Ausbau der Universität steht im Mittelpunkt, sondern die Verbesserung der Universitätsstrukturen. Verbreitet ist die Meinung, dass die Hochschulen unter Berücksichtigung ihrer kollegialen Führungssysteme nur mit modernsten Methoden umgestaltet werden können. Als wichtig wird auch die Schaffung von Möglichkeiten zur permanenten Selbstentwicklung der Universitäten gesehen.

Wesentliche Diskussionspunkte im deutschen Hochschulwesen waren neben der Forderung nach verstärkter Autonomie in rechtlichen, finanziellen und personellen Sektoren folgende Problemstellungen:

- Verbesserung der Rahmenbedingungen für Nachwuchswissenschaftler – Verhinderung von Abwanderungen/Anlockung von hochqualifizierten Nachwuchskräften
- Anwachsen der Studenten- und Absolventenzahlen bei nahezu konstanter Personalausstattung
- Abnahme der Hochschulinvestitionen im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt
- Einführung von sozialverträglichen Studiengebühren sowie ein flexibleres Dienstrecht
- Besoldung nach Leistungen in Lehre und Forschung mit Zulagen für die Ausübung von Ämtern
- Etablierung von Juniorprofessuren – Abschaffung der Habilitation

Die neue 2005 gewählte Landesregierung von Nordrhein-Westfalen hat mit dem neuen Hochschulfreiheitsgesetz die Liberalisierung des Hochschulwesens zumindest vordergründig noch wesentlich befördert. Ob diese Entwicklung überwiegend positive Auswirkungen beinhaltet, wird sich eindeutiger erst in einigen Jahren zeigen.

Die Ökonomisierung von Forschung und Lehre schreitet nicht nur auf Landesebene, sondern auch auf nationaler und internationaler Ebene voran. Es erscheint im Hinblick auf gesamtgesellschaftlich tragfähige Zukunftsstrategien aber problematisch zu sein, Forschung und Lehre primär an ökonomischen Kriterien auszurichten.

“Universitäten sind, ..., in erster Linie Bildungsanstalten, in denen der Wissenschaft treibende Mensch sein selbstkritisches Reflexionspotenzial und seine Urteilskraft bilden sollte. Daher macht es keinen Sinn, Universitäten wie Großkonzerne zu führen, die rein nach betriebswirtschaftlichen Leistungskriterien funktionieren und als Ausstoß marktgerechte Studienabsolventinnen und –absolventen erzeugen, welche maßstabgetreu in vorgefertigte Berufsmuster und Laufbahnen eingepasst werden können.“<sup>166</sup>

Daneben ist zu berücksichtigen, dass sich die Anforderungsprofile am Arbeitsmarkt permanent verändern und eine allgemeine Aussage zur Berufsqualifikation kaum möglich ist. Die Strategien der deutschen Universitäten, Grundwissen und

Grundfähigkeiten sowie vor allem auch die Fähigkeit zur selbständigen Wissensaneignung zu vermitteln, erscheinen nach wie vor erstrebenswert zu sein.<sup>167</sup>

Die Ökonomisierung der universitären Strukturen zeigt sich besonders auch bei den Medizinischen Fakultäten, so dass hier in den nächsten Jahren nicht nur wie in der Vergangenheit mit Teilprivatisierungen, sondern wie in Marburg durch die Übernahme des Universitätsklinikums von der Rhön-Klinik bereits geschehen, mit vollständigen Privatisierungen durch private Krankenhausträger zu rechnen ist.

Die Rhön-Klinik ist nun im Besitz eines universitären Flaggschiffs, von dem aus weitere Eroberungen von Universitätsklinika eingeleitet werden sollen.

Diese Entwicklung wird vom Medizinischen Fakultätentag (MFT) in einer Resolution mit Besorgnis gesehen.

“Der MFT befürchtet, dass bei der Privatisierung von Universitätsklinika die Krankenversorgung und die ökonomischen Zwänge vorrangig werden, und das universitäre Primat von Lehre und Forschung verloren geht. Darüber hinaus könnte die Entstaatlichung der Trägerschaft der Einstieg in die Aufgabe von Standorten der Hochschulmedizin sein. Der MFT fordert daher die politischen Entscheidungsträger auf, die hoheitlichen Aufgaben von Lehre und Forschung nicht für ausschließlich ökonomische Gewinne preiszugeben. Auch in staatlicher bzw. öffentlich rechtlicher Trägerschaft können Universitätsklinika ökonomisch erfolgreich sein, wenn ihnen die entsprechenden Instrumente zu unternehmerischem Handeln eingeräumt werden.“<sup>168</sup>

Neben der Gefahr der Privatisierung besteht von staatlicher Seite verstärkt die Tendenz, den Universitäten mehr Selbständigkeit und Finanzautonomie zu verleihen. Das Hochschulfreiheitsgesetz in NRW ist nur ein Beispiel für die jüngste Entwicklung.

Aufgrund der Finanzmittelknappheit vieler Landeshaushalte und des bestehenden Investitionsstaus bieten Kooperationen mit der Privatindustrie aber auch zusätzliche Chancen z.B. im Rahmen von „Private Public Partnership -Lösungen“.

Der Wissenschaftsrat sieht aber als Voraussetzung für derartige Kooperationen, dass deren Ausgestaltung die Unabhängigkeit der universitären Seite bewahrt. Er hält eine größtmögliche Transparenz der Industriebeziehungen zu universitätsmedizinischen Einrichtungen für erforderlich.<sup>169</sup>

Ebenso besteht der Trend innerhalb der Klinika, für Dienstleistungsbereiche Unternehmungen in privater Rechtsform zu gründen, wobei diese Gesellschaften häufig 100prozentige Tochtergesellschaften der Klinika sind. Neben einer größeren wirtschaftlichen Flexibilität erhofft man sich durch derartige Strategien auch zusätzliche Einnahmequellen.

Spezifische Probleme im Wissenschaftsbetrieb bestehen offensichtlich in der Unterfinanzierung des Forschungssektors. Vom europäischen Ziel der Erhöhung der F&L-Ausgaben mit einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 3,0% ist man auf Bundesebene und insbesondere auch in Nordrhein-Westfalen noch weit entfernt.

Besondere Probleme der Forschungsförderung existieren vor allem auch im Drittmittelbereich. Häufig besteht heute die Auflage der Förderer zur Daueretablierung des Projektes nach Ablauf der Förderung. Das dient zwar der Nachhaltigkeit, engt die Fakultäten in ihren Handlungsspielräumen aber ein, so dass sie in ihrer Beweglichkeit zunehmend beschnitten werden können. Außerdem wird von den Fakultäten zumeist eine Beteiligung an der Grundausstattung erwartet, so dass heute häufig die paradoxe Situation besteht, dass erfolgreiche Forschung schnell die Spielräume von Fakultäten einschränken kann. Ein möglicher Ausweg aus dieser Situation könnte die Einbindung ausreichender Overheads in die Kalkulation von Drittmittelprojekten bzw. Regelungen zur Abdeckung von Gemeinkosten an Drittmittelprojekten an Hochschulen sein, so dass sich erfolgreiche Forschung auch dauerhaft für Fakultäten lohnen kann.<sup>170</sup>

Ein weiterer Aspekt der universitären Forschungspolitik ist die zunehmende Notwendigkeit der Fokussierung auf gezielte Forschungsschwerpunkte, die durch eine an den Forschungsprofilen ausgerichtete Berufungspolitik und gegebenenfalls durch interdisziplinäre und universitätsübergreifende Kooperationsbeziehungen strukturell flankiert werden muss.<sup>171</sup>

Eine weitere mögliche Herausforderung besteht in der Studentenentwicklung. Der Andrang der Studierenden auf die Universitäten soll in den nächsten Jahren zumindest vorübergehend erheblich intensiviert werden. Die Medizinischen Fakultäten werden von dieser Entwicklung aber kaum betroffen sein.

Insgesamt sind im Bildungsbereich der Hochschulen die voraussichtlich steigende Nachfrage nach Hochschulbildung und die Internationalisierung der Lehre durch den Bologna-Prozess, der mittelfristig auch nicht vor den Medizinischen Fakultäten halt machen wird, zentrale Herausforderungen.

Das Land NRW erwartet in den nächsten Jahren einen Anstieg der Studienanfängerzahlen von 80.000 auf mehr als 100.000 Studierende und will bis 2010 für 20.000 zusätzliche Studienplätze etwa 125 Mio. € bereitstellen.

### **3.2. Allgemeine Aufgaben, Stellenwert und Verflechtungen der Medizinischen Fakultäten in Deutschland**

Bei den Medizinischen Fakultäten ergeben sich besondere Konstellationen, weil neben den organisatorischen und rechtlichen Verflechtungen zwischen Universität und Fakultät auch noch Verknüpfungen zu den Universitätsklinika bestehen.

#### ***3.2.1. Allgemeine Aufgaben und Stellenwert***

Als allgemeine Aufgabe der Medizinischen Fakultäten in Deutschland wird in der Regel die Gewährleistung der Pflege der Wissenschaft in Forschung und Lehre sowie in der Krankenversorgung herausgestellt.

Der Wissenschaftsrat stellt hinsichtlich der universitätsmedizinischen Aufgaben der Medizinischen Fakultäten die Verbesserung der forschungsrelevanten Rahmenbedingungen für exzellente und international wettbewerbsfähige Forschungsleistungen, die Optimierung der medizinischen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, aber auch die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung für alle Studierenden in den Mittelpunkt.

Daneben wird die Steigerung von Innovationen in der Krankenversorgung sowie die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Universitätsmedizin als Aufgabe betrachtet.

Die Medizinischen Fakultäten stellen von der Anzahl der Studenten im Normalfall die kleinste Fakultät dar, sind aber von der Kostenseite der Ausbildung und des Anteils der Wissenschaftsausgaben im Landeshaushalt insbesondere auch in Nordrhein-Westfalen an vorderster Stelle zu finden. Mit sieben Medizinischen Fakultäten, an denen etwa 17.000 Medizinstudenten ausgebildet werden, nimmt Nordrhein-Westfalen in Deutschland eine Spitzenposition ein.

Hauptaufgabe der Medizinischen Fakultäten ist die quantitative und qualitative Sicherstellung, Förderung und Verbesserung von Forschung und Lehre, wobei diese Zielsetzungen keinen Selbstzweck darstellen, sondern letztendlich der Förderung der Gesundheitsversorgung der Gesellschaft dienen sollen.

Der Medizinische Fakultätentag hat 2004 im Rahmen einer Umfrage folgende Themen in den Vordergrund gestellt:<sup>172</sup>

1)	Strukturierung Fakultät/Klinikum	Kooperatives versus integratives Modell Trennungs- bzw. Transparenzrechnung Schwerpunktbildung Eliteuniversitäten/Exzellenzcluster Teaching/Research Faculties Landeszuschüsse der neuen Bundesländer Einflussnahme der DFG <sup>1)</sup> auf die Binnenstrukturen
2)	Qualifizierungswege	Promotion Postdoktorandenprogramme/Graduiertenkollegs Habilitation/Juniorprofessur
3)	Qualitätssicherung forschungsförderlicher Strukturen	Methoden der innerfakultären LOM <sup>2)</sup> Weiterführung der IZKF's <sup>3)</sup> Aufbau neuer Forschungsverbünde
4)	Qualitätssicherung lehrförderlicher Strukturen	Methoden der innerfakultären LOM Zulassung zum Studium - KNW <sup>4)</sup> versus CNW <sup>5)</sup> Umsetzung der neuen ÄAppO <sup>6)</sup> (Lernzielkataloge) Pflichtlehre an außeruniversitären Krankenhäusern Reformstudiengänge Alternative Studiengänge mit Bachelor- oder Masterabschluss Neue Ausbildungsordnung in der Zahnmedizin

- 1) DFG = Deutsche Forschungsgemeinschaft
- 2) LOM = Leistungsorientierte Mittelvergabe
- 3) IZKF = Interdisziplinäre Zentren für Klinische Forschung
- 4) KNW = Kostennormwert
- 5) CNW = Curricularnormwert
- 6) ÄAppO = Ärztliche Approbationsordnung

**Tabelle 6: Themenschwerpunkte des Medizinischen Fakultätentages 2004**

Anhand der aufgeführten Themenfelder wird die Komplexität der gegenwärtigen Anforderungen an die Steuerungsinstanzen der Medizinischen Fakultäten erkennbar.

Ging man in den vergangenen Jahren noch von einem Ärzteüberschuss aus, zeigen jüngste Entwicklungen und Prognosen, dass in den nächsten Jahren eher ein Ärztemangel droht und eine Reduktion der Ausbildungskapazitäten kontraproduktiv erscheint. Hieraus erwachsen für die Hochschulmedizin zusätzliche Herausforderungen.<sup>173</sup>

Den Medizinischen Fakultäten fällt als Teil der Universität eine zentrale Rolle bei der Strukturgestaltung des vorklinischen und klinischen Bereichs zu.

„Es ist im Übrigen die genuine Aufgabe einer Medizinischen Fakultät, Forschung, Lehre und Krankenversorgung fachübergreifend innerhalb der gegebenen Möglichkeiten angemessen zu gewichten“.<sup>174</sup>

Die mit den Medizinischen Fakultäten eng verflochtenen Universitätsklinika haben durch ihre gleichzeitigen Aufgabenstellungen in Krankenversorgung, Forschung und Lehre gegenüber allen anderen Krankenhäusern ein Alleinstellungsmerkmal.

Die Medizinischen Fakultäten müssen trotz ihres primär forschungs- und ausbildungspolitischen Auftrags bei ihrer Aufgabenerfüllung auch wirtschaftlich handeln und sich modernen und professionellen Managementmethoden und Managementstrukturen öffnen, um in der Politik und der Gesellschaft ausreichende Akzeptanz für ihre kostenintensive Aufgabenerfüllung zu erhalten.

Zur Sicherstellung der Aufgabenerfüllung der Universitäten und der Hochschulmedizin ist aber auch eine ausreichende finanzielle Ausstattung erforderlich. Internationale Vergleichsdaten weisen darauf hin, dass die deutschen Universitäten unterfinanziert sind.<sup>175</sup>

### 3.2.2. *Verflechtungen zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung*

Die Verflechtungen zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung spiegeln sich auf der institutionellen Ebene auch in den aufbau- und ablauforganisatorischen Strukturen zwischen Land, Universität, Fakultät und Klinikum wieder.

Die Medizinischen Fakultäten zeichnen sich gegenüber den anderen Fakultäten dadurch aus, dass neben Forschung und Lehre auch enge Verflechtungen zur Krankenversorgung bestehen und zwischen diesen Bereichen und zwischen den Interessen von Universität, Medizinischer Fakultät und Klinikum teilweise auch Interessengegensätze vorhanden sind.

Neben diesen aufbau-, ablauf-, entscheidungs- und machtorientierten Problemstellungen stellt sich für die Medizinischen Fakultäten aber auch die grundsätzliche Frage der gegenwärtigen Symbiose von Forschung, Lehre und Krankenversorgung.

Die engen Verflechtungen und die gegenseitigen Synergieeffekte werden häufig als notwendige Voraussetzungen für eine optimale Aufgabenerfüllung für Lehre und Forschung sowie für den Wissenschaftstransfer in die Krankenversorgung gesehen.

In der Vergangenheit war von den Interessenkonflikten der Aufgabengebiete Forschung, Lehre und Krankenversorgung der Bereich „Lehre“ häufig negativ betroffen.

„Im Spannungsfeld zentraler Interessen von Dozenten (Karriereoptimierung), Studenten (Ausbildungsoptimierung), des Staates (Ressourcenoptimierung) und des Gesundheitskonsumenten (Versorgungsoptimierung) besitzt die Lehre derzeit in der Regel einen bescheidenen Stellenwert und wird von der Krankenversorgung und der Forschung eher verdrängt.“<sup>176</sup>

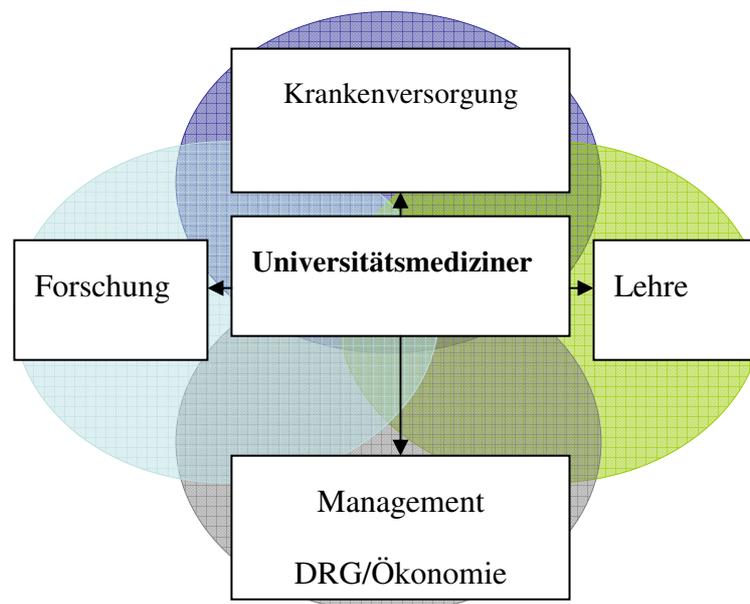
In Fachkreisen kursiert in diesem Zusammenhang das Schlagwort „Patienten bringen das Geld, die Forschung den Ruhm und die Lehre die Arbeit“.<sup>177</sup>

In den letzten Jahren sind auf dem Gebiet der Lehre in Deutschland nicht zuletzt aufgrund der Anfang der 90er Jahre eingeleiteten Reformprozesse<sup>178</sup> zahlreiche organisatorische Veränderungen eingeleitet worden, die in Köln zunächst zu einer Reform des Klinischen Abschnittes führten<sup>179</sup> und später in einen innovativen Modellstudiengang mündeten.<sup>180</sup>

Institutionell ergeben sich die Verflechtungen zwischen Lehre, Forschung und Krankenversorgung aus dem Zusammenspiel von Land, Universität, Medizinischer Fakultät und Klinikum und den dazugehörenden Gremien und Entscheidungsinstanzen. Diesbezüglich stehen dann auch organisatorische Modelle wie das Kooperationsmodell und das Integrationsmodell im Mittelpunkt der Betrachtung.

Aufgrund der gewachsenen ökonomischen Sachzwänge in der Universitätsmedizin und des damit verbundenen gesteigerten Anforderungsprofils sind neben den institutionellen Interessenkonflikten auch die persönlichen Rollenkonflikte der Mediziner in den Universitätsklinika gewachsen.

Von ihnen wird erwartet, dass sie kenntnisreiche und verständnisvolle Ärzte, engagierte Forscher, gute Lehrer und daneben auch noch streng kalkulierende Ökonomen sind, wobei diese Tätigkeiten kaum vereinbar erscheinen.<sup>181</sup>



**Abbildung 5 – Rollenkonflikte im ärztlichen Sektor**

Untersuchungen gehen davon aus, dass wissenschaftlich tätige Oberärzte und Assistenzärzte durchschnittlich etwa 7 Stunden wöchentlich in Forschungsaktivitäten investieren, bei den meisten zusätzlich zur durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 60 Stunden.<sup>182</sup>

Von ebenso großer Bedeutung ist das heutige Selbstverständnis der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung in der Universitätsmedizin, das zunehmend in Frage gestellt und mit Änderungsvorschlägen konfrontiert ist.

Der Wissenschaftsrat hat in jüngster Zeit zahlreiche Überlegungen bezüglich einer möglichen Trennung von einer primär wissenschaftlichen und einer primär klinischen Laufbahn angestellt. Er geht dabei davon aus, dass ein hochqualifizierter Arzt nicht unbedingt auch ein hochqualifizierter Forscher und Lehrer sein kann oder muss.

In Fachkreisen wird verstärkt die Ansicht vertreten, dass in der Humboldt'schen These der Einheit von Forschung und Lehre seinerzeit die Krankenversorgung noch keine Rolle spielte und die Einheit von Forschung und Lehre nicht unbedingt innerhalb einer Person, wohl aber innerhalb einer Einrichtung stattfinden muss. Die DFG hat sogar eine Tandemführung vorgeschlagen, bei der eine klinische Einrichtung von einem Wissenschaftler und einem Kliniker gemeinsam geführt werden soll.<sup>183</sup>

Diese Fragestellungen hinsichtlich einer Entwicklung vom integrativen zum kooperativen Modell und entsprechender getrennter Laufbahnwege von primär klinischen und primär wissenschaftlich ausgerichteten Qualifikationswegen bis zu Tandemansätzen auf der Leitungsebene spielen auch in der deutschen Universitätsmedizin inzwischen eine zentrale Rolle.<sup>184</sup> „Wir müssen akzeptieren, dass die gepriesene Einheit Lehrer/Forscher/Arzt zwar u. U. in einer Person möglich sein kann, nicht aber die zukünftige Regel sein wird.“<sup>185</sup>

Diese Rollen- und Aufgabenverflechtungen verdeutlichen, dass die Universitätsmedizin durch komplexe Kooperationen von Forschung, Lehre und Krankenversorgung geprägt ist und ein professionelles Management sowie transparente Entscheidungs- und Kontrollstrukturen benötigt. Die Universitätsmedizin muss aber auch ihre enge Verknüpfung zu den naturwissenschaftlichen Forschungsinhalten sicherstellen, so dass die Medizinischen Fakultäten enge Kontakte zu ihren Nachbarfakultäten pflegen und nach wie vor einen unverzichtbaren Bestandteil der Gesamtuniversität darstellen können.

Trotz der verstärkten ökonomischen Ausrichtung der Universitäten und vor allem auch der Universitätsmedizin und möglicher neuer, von einer stärkeren Spezialisierung geprägten Nachwuchsförderung bleibt unbestritten, dass die enge Verbindung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung in der Hochschulmedizin eine wesentliche Quelle diagnostischer und therapeutischer Innovation ist und wesentlich zum medizinischen Fortschritt beigetragen hat.<sup>186</sup> Forschung und Lehre richten sich auch nicht nur auf Gesundheit und Krankheit, sondern stehen auch untereinander in enger Verbindung, denn Forschung wird gelehrt und über die Lehre wird geforscht. Gemeinsames Ziel ist die möglichst effiziente Sicherstellung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch die Nachwuchsförderung von Forschern, Lehrern und Ärzten.<sup>187</sup>

Sicherlich sind neue Wege in der Mediziner Ausbildung, zusätzliche neue spezialisierte Nachwuchsförderungsmaßnahmen wie z.B. die forschungsorientierte Juniorprofessur, einzelne primär für die Krankenversorgung reservierte ärztliche Kapazitäten und Chefarztmodelle denkbar und teilweise auch erforderlich. Die grundsätzlich enge Verflechtung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung scheint in der Universitätsmedizin auch für die Ausbildung und lebenslange Fortbildung und die damit verbundene notwendige Vermittlung der wissenschaftlichen Forschungsmethodik durch ausgewiesene Forscher aber unverzichtbar zu sein. Die Einheit von Forschung und Lehre kann nicht aufgrund des Tatbestandes aufgegeben werden, dass heute sicherlich das zu vermittelnde Wissen nur noch exemplarisch gelehrt werden kann.<sup>188</sup>

Für die Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen ist die Gewährleistung der grundsätzlichen Wahrung der akademischen Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung mit einer engen Verbindung der Medizin zur Universität und ihren verschiedenen Fakultäten nach wie vor ein vorrangiges Ziel.

Dabei soll nicht nur auf der personellen, sondern auch auf der institutionellen Ebene eine kooperative Zusammenarbeit zwischen Fakultät und Klinikum bei gegenseitiger Anerkennung eigenständiger Rechte, Interessen und Aufgabenfelder zur Optimierung von Lehre, Forschung und Krankenversorgung angestrebt werden.

Mögliche Interessengegensätze und Konfliktpotentiale können z.B. auf folgenden Problemgebieten liegen, wobei diese Konflikte trotz unterschiedlicher Intensität unabhängig von der Etablierung eines Kooperationsmodells oder eines Integrationsmodells bestehen können:

- Verwendung und Verwaltung des Zuführungsbetrages für Forschung und Lehre
- Dienstleistungsverpflichtung des Klinikums für Forschung und Lehre
- Umfassende Entscheidungs- und Mitbestimmungsrechte des Fachbereichs Medizin und seiner Entscheidungsträger und Gremien bei allen Finanz-, Stellen- und Planungsangelegenheiten auf dem Gebiet der Forschung und Lehre
- Gleichberechtigte Nutzung der Räumlichkeiten des Klinikums bei Angelegenheiten für Forschung und Lehre
- Wiederzuweisung und Berufungen von Professuren
- Strukturelevante Problemstellungen für Forschung und Lehre

Ein zusätzlicher Rollenkonflikt ergibt sich zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung aus dem Tatbestand, dass formal die Mitglieder der Dekanatsverwaltung des Medizinischen Dekanats (inklusive des Studiendekanats und des Forschungsdekanats) in Nordrhein-Westfalen aufbauorganisatorisch eine Organisationseinheit des Klinikums darstellen.

Diesbezüglich muss zumindest eindeutig gewährleistet sein, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Dekanats die legitimen Interessen der Fakultät unabhängig von den jeweiligen Funktionsträgern nachhaltig vertreten können. Es ist eindeutig zu gewährleisten, dass Weisungsbefugnisse und Sanktionsmöglichkeiten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Dekanatsverwaltung inklusive des Forschungsdekanats und des Studiendekanats nur beim Dekan und den Prodekanen liegen.

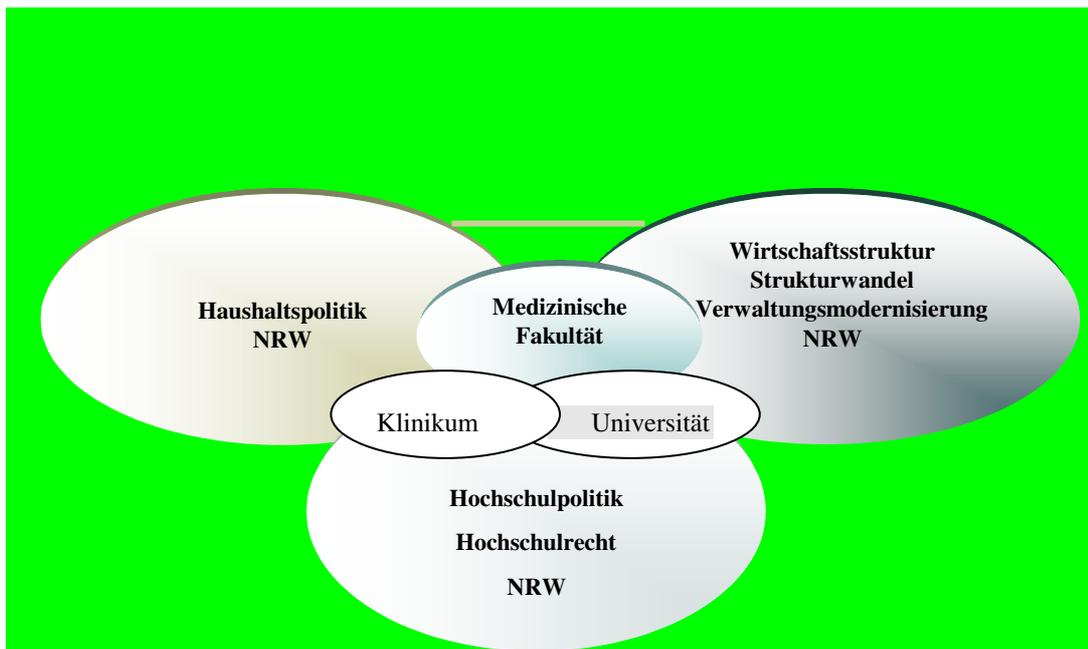
Trotz möglicher Interessenkonflikte lebt die Universitätsmedizin von der Verbindung zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Es muss zukünftig noch verstärkt darauf geachtet werden, dass Forschung und Lehre nicht kurzfristigen ökonomischen Interessen der Krankenversorgung geopfert werden.

### **3.3. Spezifische Rahmenbedingungen der Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen**

Die wesentlichen Rahmenbedingungen der Hochschulmedizin ergeben sich aus den sozioökonomischen Rahmenbedingungen (3.3.1.) sowie den aktuellen hochschulpolitischen und hochschulrechtlichen Zielsetzungen und Regelungen (3.3.2.).

#### **3.3.1. Sozioökonomische Rahmenbedingungen**

Die Determinanten der zukünftigen Universitätsmedizin in Nordrhein-Westfalen werden naturgemäß von der Hochschulpolitik und Haushaltspolitik des Landes, aber insbesondere auch von den bestehenden Wirtschaftsstrukturen, dem Strukturwandel und der Verwaltungsmodernisierung geprägt.



**Abbildung 6 – Fakultätsrelevante Verflechtungen sozioökonomischer Rahmenbedingungen**

Die für Deutschland aufgezeigten sozioökonomischen Rahmenbedingungen und Probleme gelten neben den landesspezifischen Besonderheiten naturgemäß auch für das Land Nordrhein-Westfalen.

### 3.3.1.1. WIRTSCHAFTSPOLITIK, WIRTSCHAFTSSTRUKTUREN UND STRUKTURWANDEL

Nordrhein-Westfalen ist wirtschaftlich und demographisch in Deutschland ein Schwergewicht, auch wenn es flächenmäßig kleiner als Bayern, Baden-Württemberg oder Niedersachsen ist. In Nordrhein-Westfalen leben 18 Mio. Menschen. 30 der 84 Großstädte liegen in diesem Bundesland. Schwerwiegende arbeitsmarktpolitische und wirtschaftsstrukturelle Probleme bestehen besonders im Ruhrgebiet durch den wirtschaftlichen Niedergang der Montanindustrie.

Günstiger sind die ökonomischen Rahmenbedingungen am Mittelrhein, in Bonn, Köln und Düsseldorf. Das Rheinland hat dem Ruhrgebiet schon längst den Rang als Wirtschaftszentrum Nordrhein-Westfalens abgelaufen. Als Hauptstadt der Kreativen gilt nicht zuletzt wegen des Medienbooms die einstige Industriemetropole Köln. Köln gehört daneben mit einem Anteil von 40 Prozent unter 35-Jähriger zu den jüngsten Großstädten der Republik. Weil u.a. das Bildungsangebot für Frauen in Köln und Düsseldorf besonders attraktiv ist, gibt es in beiden Städten einen weiblichen Überschuss in der Altersklasse der 18- bis 29-Jährigen.

Aber auch Bonn befindet sich im wirtschaftlichen Aufwind und hat letztendlich vom Regierungsumzug profitiert.<sup>189</sup>

Nordrhein-Westfalen ist das wirtschaftsstärkste deutsche Bundesland und hat in den letzten drei Jahrzehnten einen enormen Strukturwandel von einem Zentrum der Schwerindustrie zu einem vielschichtigen Industrie- und Dienstleistungsstandort durchgemacht. NRW ist deutscher Exportmeister. Mit einem Bruttoinlandsprodukt von etwa 480 Mrd. € ist NRW im Jahr 2004 das wirtschaftlich erfolgreichste deutsche Bundesland.

Nordrhein-Westfalen kann als ein High-Tech-Standort von Weltrang angesehen werden. Zu der Forschungslandschaft Nordrhein-Westfalens gehören im Jahr 2006 u.a. 58 Hochschulen, 13 Fraunhofer-Institute, 11 Max-Planck-Institute, 63 Technologie- und Gründerzentren sowie 30 Technologietransferzentren. Kaum eine andere europäische Region kann eine derartig reiche Forschungslandschaft vorweisen.<sup>190</sup>

Die Krankenhäuser in NRW stellen mit einem Gesamtumsatz von etwa 12 Mrd. € und über 240.000 Beschäftigten einen wichtigen Wirtschaftsfaktor und bedeutenden Arbeitgeber dar. In einigen Fällen sind die Krankenhäuser vor Ort die größten Arbeitgeber und tragen zur regionalen Kaufkraft damit erheblich bei.

Die Bettenzahl sank aber von 1995 bis 2002 um 15.548 Betten von 150.431 im Jahr 1995 auf nur noch 134.071 im Jahr 2002.

Von 1991 bis 1995 stieg die Beschäftigtenzahl in den NRW-Krankenhäusern von 238.773 auf 253.195 an. Seit 1995 ist wieder ein rückläufiger Trend feststellbar, so dass 2002 nur noch eine Beschäftigtenzahl von 240.049 zu verzeichnen war, die auf einen Rückgang des nichtärztlichen Personals zurückzuführen ist.<sup>191</sup>

Wesentliche wirtschaftspolitische Leitbilder für Nordrhein-Westfalen für die nächsten Jahre sind aus der Regierungserklärung des neuen Ministerpräsidenten von Nordrhein-Westfalen, Dr. Jürgen Rüttgers, vom 13.07.2005 ersichtlich. Hier werden bezüglich der ökonomischen Strukturentwicklung von NRW u.a. folgende Ansichten und Zielsetzungen vertreten:

- Wir wollen die soziale Marktwirtschaft wiederbeleben als eine Ordnung, in der der Wettbewerb als überlegenes Organisationsprinzip anerkannt wird, und zwar nicht nur auf den Märkten, sondern auch in den Schulen und Hochschulen.
- An die Stelle von Staatsgläubigkeit und Korporatismus muss Selbstbestimmung und Selbstverantwortung treten – an die Stelle bürokratischer Fremdbestimmung verantwortliche Freiheit.

Dem Grundsatz „Privat vor Staat“ entsprechend sollen staatliche Aufgaben auf ihre Privatisierungsfähigkeit geprüft werden. Wo private Unternehmen eine Aufgabe ebenso gut und wirtschaftlich erfüllen können wie die öffentliche Hand, ist für erwerbswirtschaftliche Aktivität des Staates und der Kommunen angeblich kein Raum.

Die öffentliche Verwaltung soll neu aufgestellt werden. Kann eine staatliche Aufgabe entfallen, entfällt sie. Kann sie privatisiert werden, wird sie privatisiert. Kann sie kommunalisiert werden, geht sie in die kommunale Selbstverwaltung über.<sup>192</sup>

Diese Liberalisierungsprozesse sind auch bereits von der vorhergehenden Landesregierung für Forschung und Lehre und für Verwaltungsmodernisierung eingeleitet worden.

Hier wurde jedoch der Glaube an die Notwendigkeit von Privatisierungsprozessen sowie die postulierte Regelungskompetenz der Markt- und Wettbewerbssteuerung nicht in dieser dominanten Form hervorgehoben.

Die alte Landesregierung war noch stark vom Sozialstaatsprinzip geleitet. „Die Landesverwaltung sieht sich gerade vor dem Hintergrund des fortdauernden Strukturwandels in Nordrhein-Westfalen in besonderer Weise dem Sozialstaatsprinzip verpflichtet. Im Rahmen ihrer Zuständigkeit gewährt sie gesetzlich garantierte Leistungen und trägt zur Abmilderung von Krisen und Störungen bei, die sich aus der wirtschaftlichen Entwicklung und Marktversagen ergeben können. Die Landesverwaltung trägt durch entsprechende Ausführung der Landesgesetze dazu bei, soziale Gerechtigkeit und gleichartige Lebensverhältnisse im gesamten Land zu sichern. Dies betrifft insbesondere gleiche Lebens- und Erwerbschancen für Frauen und Männer.“<sup>193</sup>

#### 3.3.1.2. GESUNDHEITSPOLITISCHE ZIELSETZUNGEN

Die Diskussion über Gesundheitszielsetzungen begann auch in Deutschland mit dem Programm der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „Health for all by the year 2000“. In Deutschland hat sich vor allem auch Nordrhein-Westfalen mit „zehn vorrangigen Gesundheitszielen für NRW bis zum Jahre 2005“ an diesem Projekt beteiligt. Inzwischen bestehen in allen Bundesländern entweder Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder.<sup>194</sup>

Bezüglich des Gesundheitswesens werden u.a. folgende Aspekte und Maßnahmen vom neuen Ministerpräsidenten des Landes NRW hervorgehoben:

- Verstärktes Engagement in Prävention und Gesundheitsförderung aufgrund des demographischen Wandels, soziokultureller Veränderungen und des medizinisch-technischen Fortschritts
- Eindämmen von Krankheiten, die durch die Lebensweise beeinflussbar sind, wie Herz-Kreislaufkrankungen oder Krebserkrankungen
- Unterstützung von Initiativen mit Partnern des Gesundheitswesens bereits im frühen Kindes- und Jugendalter in zentralen Themenfeldern - Förderung des Nichtrauchens, seelische Gesundheit, Gesundheit von Mutter und Kind
- Flächendeckendes Angebot im Rahmen der stationären Versorgung mit einem Krankenhaus der Grundversorgung in der Nähe und einem Krankenhaus der Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung in angemessener Entfernung in Nordrhein-Westfalen für jeden Bürger.

Daneben wird postuliert, dass der öffentliche Gesundheitsdienst – neben der ambulanten und der stationären Versorgung – die unverzichtbare dritte Säule unseres Gesundheitssystems ist. Er ist und bleibt eine wichtige Schaltstelle, wenn es um die Versorgung und die Versorgungsstrukturen vor Ort, um Kooperationen und Vernetzung, um Prävention, Patientensouveränität und soziale Chancengleichheit geht.<sup>195</sup>

Erfolgversprechende Überlebensstrategien im Gesundheitswesen sind Modelle zur Verbindung ambulanter und stationärer Leistungen. Es kann davon ausgegangen werden, dass der zukünftige Gesundheitsmarkt durch vernetzte Einheiten von Gesundheitsdienstleistern maßgeblich gekennzeichnet ist.<sup>196</sup>

Für die Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken ergeben sich aufgrund der bestehenden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen mögliche Entwicklungstendenzen in der Erschließung neuer Einnahmequellen sowie in der Rationalisierung im klinischen

Bereich inklusive der Konzentration auf Kernkompetenzen. Weitere gesundheitspolitische Zielsetzungen sind in der Bildung von Versorgungsnetzwerken in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, der Einrichtung von Diagnose- und Therapiezentren für ausländische Patienten mit eigenem Patientenhotel und der Übernahme von Rehabilitations-Kliniken und Satellitenkliniken zu sehen.

Im Wissenschaftsbereich wird eine stärkere Schwerpunktbildung und Profilschärfung sowie eine engere Kooperation der Fakultäten auf Universitätsebene als auch eine Intensivierung der überregionalen Kooperation der Medizinischen Fakultäten angestrebt.<sup>197</sup>

#### 3.3.1.3. HAUSHALTSPOLITISCHE ZIELSETZUNGEN

Der Landeshaushalt zeichnet sich auch 2007 und 2008 durch eine Neuverschuldung aus und es ist fraglich, ob in den nächsten Jahren im Haushalt trotz günstiger steuerlicher Entwicklungen auf der Landes- und Bundesebene in ausreichendem Maß zusätzliche Mittel für Forschung und Lehre bereit gestellt werden können.

Die Konsolidierung und Sanierung des Landeshaushaltes stellt ein wesentliches politisches Ziel der neuen Landesregierung dar:

- Wir werden den Haushalt des Landes sanieren. Wir konsolidieren aber nicht nur, sondern wir investieren auch in die Zukunft.
- Wir werden die Neuverschuldung des Landes in den nächsten Jahren kontinuierlich reduzieren und wir werden den ungebremsten Ausgabenanstieg nachhaltig zurückführen.
- In der Landesverwaltung werden wir jährlich 1,5 Prozent der Stellen abbauen. Ausgenommen ist u.a. der Bereich von Schule und Hochschule.<sup>198</sup>

Der Schuldenstand von Nordrhein-Westfalen, inklusive der Gemeinden und Zweckverbände beträgt etwa 140 Mrd. €. Die „Pro-Kopf-Verschuldung“ in NRW liegt mit etwa 7.600 € im Mittelfeld. Den niedrigsten Schuldenstand hat Bayern, während der Stadtstaat Bremen den höchsten Schuldenstand (mehr als 18.000 €) aufzuweisen hat.

Erstmalig seit 3 Jahren ist der verabschiedete Haushalt 2007 mit einem Gesamtvolumen von 49,6 Mrd. € und einer Neuverschuldung von 3,2 Mrd. €, die leicht unter den Investitionen liegt, wieder verfassungskonform.

Aus oppositionellen Kreisen wird der Regierung im Zusammenhang mit dem NRW-Haushalt 2007 ein marktradikaler, unsozialer und zukunftsfeindlicher Kurs vorgeworfen. Ein zentraler Diskussionspunkt des Haushaltes war die Zukunft der Bildungspolitik.<sup>199</sup>

Im Bereich der Landesverwaltung gibt es die fünf großen Personalbereiche allgemeine Verwaltung, Finanzverwaltung, Justiz, Polizei, Schulen und Hochschulen, wobei der Personalbestand 2006 etwa 325.000 Stellen umfasste. Auf den Hochschulbereich inklusive des FB Medizin entfallen mit etwa 38.300 Personalstellen 12% des Gesamtbestandes.

Auf dem Gebiet der Bereitstellung von Finanzmitteln hat in den letzten Jahren der öffentliche Bereich stagniert. Laut Bundesforschungsministerin Frau Schavan ist der Bund zur Erreichung des „europäischen 3 Prozent-BIP-Ziels“ inzwischen in Vorleistung getreten, so dass insbesondere jetzt auch bei den Ländern Handlungsbedarf besteht.<sup>200</sup>

Das Land hat für das Jahr 2006 für die Landesstandorte immerhin neben dem üblichen Zuführungsbetrag zusätzliche Mittel für „Forschung und Lehre“ aufgrund tariflicher Änderungen und streikbedingter Maßnahmen bereitgestellt, die für Köln etwa 2,7 Mio. € betragen. Diese Beträge sind offensichtlich auch in den Zuführungsbetrag 2007 für Forschung und Lehre eingerechnet worden. Das Haushaltsvolumen 2007 des Landeshaushalts ist gegenüber 2006 (48,40 Mrd. €) auf 49,50 Mrd. € angewachsen. Die Neuverschuldung wurde zurückgeführt. Aber auch die Investitionen haben mit 3,30 Mrd. € gegenüber 2006 (4,50 Mrd. €) einen Rückgang zu verzeichnen.

Die Krankenhausfinanzierung soll um 40 Mio. € für ein Sonderprogramm (Portalkliniken) erhöht werden. 14000 Krankenhausbetten seien aber abzubauen.<sup>201</sup>

#### 3.3.1.4. ORGANISATIONSENTWICKLUNG UND VERWALTUNGSMODERNISIERUNG

Zahlreiche Managementtheorien und Managementinstrumente finden wachsenden Eingang in die Universitätsverwaltungen.

Auch für Medizinische Fakultäten interessante brauchbare Verfahren sind in erster Linie das Qualitätsmanagement, die Entwicklung eines Forschungs- und Lehrecontrolling sowie Benchmarking- und Best-Practice-Modelle.

Heute haben sich in der neoliberalen Grundströmung mit ihren Forderungen nach einem schlanken Staat und der damit verbundenen Privatisierung öffentlicher Einrichtungen sowie der immer wiederholten Forderung nach Deregulierung, Entbürokratisierung und Wettbewerbsorientierung die zunächst in den angelsächsischen Ländern etablierten Denkstile auch in den deutschen Universitäten unter dem Schlagwort „New Public Management“ durchgesetzt.

Die erforderlichen Informations-, Anreiz- und Kontrollsysteme werden im Rahmen dieses Ansatzes primär durch internen/externen Wettbewerb, Führung durch Zielvereinbarung, Outputorientierung und Evaluation gesteuert.<sup>202</sup>

Hochschulen sollen Finanz- und Personalhoheit erhalten und ihre Organisationsstrukturen sowie die Auswahl ihrer Studierenden selbst bestimmen.

Die externen Steuerungs- und Kontrollprozesse werden bei dieser grundsätzlich begrüßenswerten Entwicklung aber gleichzeitig verstärkt. Gewünschte politische Zielsetzungen werden über Zielvereinbarungen, durch Expertenkommissionen, Qualitätsmanagementinstrumente und regelmäßige Datenerhebungen angestrebt. Der interne Verwaltungs- und Organisationsaufwand der Medizinischen Dekanatsverwaltungen wird durch diese Entwicklung nicht unerheblich erweitert.

Die Verwaltungsmodernisierung wurde in Nordrhein-Westfalen bereits mit dem Abschluss der kommunalen Gebietsreform am 01.01.1975 eingeleitet. Ihr folgte der Abschluss der Funktionalreform am 01.01.1985. Am 17.10.1994 erfolgte die Reform der Kommunalverfassung und am 01.01.2001 die Verwaltungsstruktureform, wobei anschließend die Binnenmodernisierung im Mittelpunkt stand.<sup>203</sup>

Der öffentliche Dienst steht seit Jahren wegen seiner angeblichen Überbürokratisierung und mangelnden Flexibilität in der Kritik. Vorreiter für die Entwicklung eines Zukunftsmodells des öffentlichen Dienstes unter Einbeziehung leistungsorientierter Entgeltsysteme war 2001 die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen.<sup>204</sup>

Zielsetzung war bereits in der Vergangenheit noch unter der alten Landesregierung die Erhöhung von Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Effektivität unter Einbeziehung moderner Steuerungsmethoden, ergebnisorientierter Zielvereinbarungen, Controlling-Verfahren sowie eines Berichtswesens und wettbewerbsähnlicher Instrumente, die die Leistungsfähigkeit überwachen, wie Benchmarking oder Best Practice.<sup>205</sup>

Im Rahmen der Binnenmodernisierung soll eine Verwaltung geschaffen werden, für die Wettbewerb, Kostenbewusstsein und Kundenorientierung selbstverständlich sind. Die Verwaltungsmodernisierung in NRW ist dabei in eine aktuelle Reformbewegung zur Steuerung und Erledigung öffentlicher Aufgaben, dem sogenannten „New Public Management“, eingebettet.

Im ökonomischen Bereich wurde die Diskussion um den schlanken Staat und die Modernisierung von organisatorischen Steuerungsprozessen durch die Verlagerung von Entscheidungskompetenzen auf die Universitäten durch die bereits seit der Jahrtausendwende abgeschlossenen Qualitätspakte und Zielvereinbarungen sowie Instrumente zur „Qualitätsorientierten Mittelverteilung“ forciert. Gegenwärtig stehen Themen wie Globalhaushalte, Hochschulfreiheitsgesetz und Exzellenzinitiativen im Mittelpunkt. Einerseits erhalten die Universitäten mehr Autonomie, auf der anderen Seite wird aber die externe Kontrolle durch Expertenkommissionen, Akkreditierung, leistungsorientierte Mittelvergabe-kriterien auf Landesebene und an messbare Erfolge gekoppelte Zielvereinbarungen verschärft und der bürokratische und organisatorische Verwaltungsaufwand der Dekanatsverwaltungen erheblich intensiviert.

Die Entscheidungen werden zunehmend an den Hochschulen selbst getroffen. Mitarbeiter von Dekanatsverwaltungen oder Forschungseinrichtungen erfüllen längst Aufgaben wie das mittlere Management in Unternehmen, so dass inzwischen der Bedarf an professionellen Hochschulmanagern an deutschen Hochschulen erheblich gewachsen ist.

Durch den Rückzug des Staates haben die Hochschulleitungen mehr interne Macht und Kompetenzen. Sie müssen Finanzströme neu aushandeln und externe Hochschul- und Aufsichtsräte einbinden. Das mittlere Management bereitet Entscheidungen vor und hilft bei der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Hinter wechselnden Rektoren und Dekanen erfüllt es im wachsenden Umfang strategische Aufgaben und sorgt für Kontinuität.<sup>206</sup>

In diesem Zusammenhang ist auch die teilweise in den letzten Jahren bereits erfolgte Verbesserung der Infrastruktur der Dekanatsverwaltungen durch die Anstellung von Referenten-/Assistenten(innen)-Stabsstellen für die Dekane zu sehen.

In der Hochschulmedizin wurden die Weichen für die Umsetzung dieser Prozesse u.a. durch die Rechtsformänderung vom 01.12.2000, die gesetzliche Verankerung der Evaluation (§91 Landeshochschulgesetz), die landesgesteuerte „Leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM)“, die Überprüfung der Forschungsleistungen durch externe Expertenkommissionen (Dichgans-Kommission) sowie in Köln durch die bereits im Jahr 2002 abgeschlossene Zielvereinbarung eingeleitet, in der die Hochschulmedizin als gesondertes Kapitel aufgeführt wurde. Der Zielerreichungsgrad war jedoch für die Mittelvergabe damals noch weitgehend bedeutungslos.

Die neue 2005 gewählte Landesregierung hat mit dem neuen Hochschulfreiheitsgesetz die zumindest vordergründige Liberalisierung des Hochschulwesens noch wesentlich befördert.

Die Weiterentwicklung der universitären Medizin benötigt auch in Nordrhein-Westfalen zukünftig ein professionelles Management und eindeutigere akademisch orientierte Verantwortungsstrukturen, um den Anschluss an internationale Entwicklungen nicht zu verlieren und verbesserte Rahmenbedingungen für Wissenschaftler und Nachwuchswissenschaftler zu schaffen, um Auswanderungen von qualifizierten Kräften in das Ausland zu verhindern.

### 3.3.1.5. TARIFVERTRAGLICHE ENTWICKLUNGEN UND BESOLDUNGSSTRUKTUREN

Für die Universitätskliniken bestand bis November 2006 in Nordrhein-Westfalen ein tariffreier Raum, der durch die Einführung des TV-L zur Beendigung der tariffreien Zone geführt hat. In diesem Tarifvertrag sind für Beschäftigte an Hochschulen und Forschungseinrichtungen (§40) sowie für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (§41) und außerhalb von Universitätskliniken (§42), als auch für nichtärztliche Beschäftigte in Universitätskliniken und Krankenhäusern (§43) Sonderregelungen vorgesehen. In diesem Vertrag wurde somit auch ein eigener Wissenschaftsteil berücksichtigt.

Für das ärztliche Personal wurde aber durch den Marburger Bund ein eigenständiger Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte in der Krankenversorgung abgeschlossen. Dieser TV-Ä bietet erhebliche finanzielle Vorteile für Klinikärzte, die Belange der überwiegend wissenschaftlich tätigen Ärzte bleiben jedoch unberücksichtigt.

Ärzte wie das übrige wissenschaftliche Personal, das überwiegend in Forschung und Lehre tätig ist, werden in den TV-L eingruppiert. Es wird in diesem Zusammenhang u.a. befürchtet, dass die überwiegend in Forschung und Lehre tätigen Ärzte erhebliche Einkommenseinbußen haben und ihre wissenschaftliche Tätigkeit bei einem Wechsel in den TV-Ä nicht anerkannt wird.

Kerninhalte der tariflichen Änderungen bilden die Abschaffung familienbezogener Vergütungsbestandteile, die Modifikation der bislang automatischen Stufensteigerungen, die Einführung von Leistungskomponenten und die Schaffung eines einheitlichen Tarifvertrages für alle Arbeitnehmergruppen. Damit wurden Forderungen der deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände und der Krankenhausdirektoren Deutschlands, die sie u.a. in einer gemeinsamen Presseerklärung einforderten, weitgehend entsprochen.<sup>207</sup>

Viele Entscheidungsträger in den Fakultäten befürchten, dass auf Grundlage der neuen Tarifbestimmungen Nachwuchskräfte des ärztlichen Sektors von der Forschung abgeschreckt werden. Ein Vergleich der höchsten Endstufe des TV-L (Entgeltgruppe 15/ Stufe 5/4.780 €) mit Gehaltsstufen des TV-Ä (Stand 2006) zeigt, dass zumindest monetäre Anreize für Forschungsaktivitäten oder eine Forschungskarriere kaum bestehen.

TV-L (€)	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
E 15 (Höchststufe)		> 1 Jahr	> 3 Jahren	> 6 Jahren	>10 Jahren
	3384	3760	3900	4400	4780
TV-Ä (West)	Ab 1. Jahr		Ab 4. Jahr		Ab 7. Jahr
Facharzt	4750		5150		5500
Oberarzt	5950		6300		6800
Ständ. Vertreter ltd. Arzt	7000		7500		7900

**Tabelle 7: Vergütungsstrukturen nach den aktuellen Tarifregelungen ab 2006**

Der TV-L ist für alle Bundesländer mit Ausnahme von Hessen und Berlin zum 01.11.2006 in Kraft getreten. Es wurde eine einheitliche Entgelttabelle installiert (E1-E15) mit 6 bzw. 5 Gehaltsstufen in den höheren Vergütungsgruppen. Allgemeine Zulagen, orts-, sozial- und kinderbezogene Zuschläge sind entfallen und teilweise in den Gesamtbetrag eingerechnet worden.

Der TV-L sieht zwar auch die Möglichkeit von Leistungszulagen für Wissenschaftler vor (z.B. Einbehaltung von 8% des Monatsgehaltes zur leistungsorientierten Umverteilung, Sonderzahlungen aus Drittmittelvorhaben/bis 10% des Jahrestabellenentgeltes), es fehlt diesbezüglich aber noch an konkreten Umsetzungskonzepten.<sup>208</sup>

Der Wissenschaftsrat hat eine grundlegende leistungsorientierte Reform des Vergütungssystems empfohlen, um insbesondere auch Anreize für junge Nachwuchswissenschaftler zu bieten und Rahmenbedingungen für einen Wissenschaftstarifvertrag erarbeitet.<sup>209</sup>

Weitere Probleme ergeben sich an den Universitäten auf dem Gebiet von Forschung und Lehre durch die neue W-Besoldung. Sie lässt zwar flexible und leistungsbezogene Kriterien bei der Professoren-Besoldung zu, ist aber mit kaum zumutbaren Vergütungen für den Großteil der zu berufenden Professoren verbunden.

Die W-Besoldung, deren Grundbezüge in den alten Bundesländern zwischen 3400 und 4700 € schwanken, reicht nicht aus, um internationale Spitzenforscher nach Deutschland zu holen.

Die W-Besoldung zeichnet sich durch einen Vergaberahmen aus, dessen Gesamtbudget nicht überschritten werden darf. Die freien Stellen werden in NRW in den Vergaberahmen eingerechnet und können für Leistungszulagen Verwendung finden.

Es besteht die Gefahr, exzellente Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler wegen der damit verbundenen finanziellen Auswirkungen bewusst nicht zu holen oder aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen nicht holen zu können.

Mögliche Schwachpunkte stellen folgende Regelungen und Begleiterscheinungen der W-Besoldung dar:

- Länderspezifische Besoldungsregelungen
- Mögliche Lebenseinkommensverluste von 90.000 – 400.000 €
- Abschreckung vor einer Wissenschaftskarriere aufgrund von Anfangsgehältern zwischen 47.000 und 54.000 €
- Mobilitätshemmnis für aktive C3/C4-Positionsinhaber
- Häufig fehlende Satzungen und Richtlinien für die Gewährung von Leistungsbezügen

Man kann sich des Eindrucks nicht ganz erwehren, dass offiziell zwar Leistungsorientierung und Modernisierung propagiert werden, in erster Linie aber Einsparung gemeint ist.<sup>210</sup>

Die konkrete Umsetzung der neuen W-Besoldung ist den Ländern und Hochschulen noch nicht klar. Ein Großteil der Wissenschaftler hält das neue Besoldungssystem für ein Spargesetz.

In Baden-Württemberg erhalten alle Berufenen das attraktivere W3-Gehalt, wobei aufgrund der höheren Fixgehälter weniger in Leistungszulagen fließen kann. Hessen hat gegenüber anderen Bundesländern den höchsten Besoldungsdurchschnitt im Landeshaushalt (82.500 € im Jahr 2006). Hierin wird ein Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Hochschulen gesehen. Es bestehen auch politische Bestrebungen im Rahmen der Kultusministerkonferenz (KMK) und des Bundesinnenministeriums, den Vergaberahmen zu prüfen und zu verbessern, um Wissenschaftsmanager und Spitzenforscher angemessener bezahlen zu können.<sup>211</sup>

Die „Dichgans-Kommission“ ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die W-Besoldung zu einer deutlichen Verschlechterung der Wettbewerbssituation für deutsche Fakultäten geführt hat. Nach Ansicht dieser Kommission ist z.B. der bisher vorgesehene Verfügungsrahmen für leistungsbezogene Besoldungszulagen völlig unzureichend. Hiervon sind vor allem Personen betroffen, die sich primär der Forschung widmen wollen und keine Nebeneinkünfte haben. Es sei denkbar, die Aufstockung der Leistungszulagen aus den Overheads zu finanzieren.<sup>212</sup>

Es bestehen aber auch Forderungen, die W-Besoldung zugunsten eines international konkurrenzfähigen Vergütungssystems insgesamt zu erneuern.

#### 3.3.1.6. SOZIOÖKONOMISCHE PROBLEMSTELLUNGEN

Nordrhein-Westfalen zeichnet sich nach wie vor durch eine hohe Arbeitslosigkeit aus. Neue Arbeitsfelder sind die Bio- und die Informationstechnologie. Sie alleine können aber die hohe Arbeitslosigkeit nicht abbauen, weil sie vergleichsweise wenige hochqualifizierte Beschäftigte benötigen. Wichtiger sind der Ausbau des Dienstleistungssektors inklusive des Gesundheitswesens, die Förderung von mittelständischen Unternehmen und Kleinunternehmen sowie von Forschung und Entwicklung für innovative Zukunftsfelder.

Der künftige ökonomische und kulturelle Stellenwert von Nordrhein-Westfalen hängt aber auch in entscheidender Weise von der Hochschulförderung und gut ausgestatteten

Universitäten ab. Hochwertig auszubildende und wissenschaftlich exzellente Hochschulen sind wesentliche Voraussetzungen für mehr Innovation und zukunftssichere Arbeitsplätze.

Dennoch werden auch die Privatisierung und Konzentration der Universitätskliniken öffentlich zur Diskussion gestellt und die Notwendigkeit von 5 Universitätskliniken im Umkreis von 150 Kilometern im Rheinland von Krankenkassenvertretern bezweifelt.

Daneben ist seitens der Landesregierung im Jahr 2006 ein Bewilligungsstopp für neue Investitionen und eine Mittelkürzung für diesen Bereich erfolgt, vor dem die Krankenhausgesellschaft NRW (KGNW) ausdrücklich gewarnt hat. Angeblich bildet NRW bei der Krankenhausförderung das Schlusslicht aller Bundesländer.<sup>213</sup>

Es bestehen Prognosen, dass von den 462 im Jahr 2005 in NRW noch existierenden Krankenhäusern bis zum Jahr 2010 etwa 10% geschlossen sein werden. Bundesweit besteht bei den Kliniken ein Investitionsstau von 50 Mrd. €. Hiervon soll NRW besonders stark betroffen sein.<sup>214</sup>

Im Jahr 2020 sind laut einer RWI-Studie bundesweit sogar 40% der insgesamt 2100 Kliniken von Insolvenz bedroht. Wegen der breiten freien Trägerschaft soll in NRW aber nur jedes vierte Krankenhaus in Gefahr sein.

Insgesamt sind die nichtuniversitären Krankenhäuser im Landeshaushalt 2007 von NRW mit 510 Mio. € Investitionszuschüssen veranschlagt. Die Krankenhausgesellschaft von NRW geht jedoch davon aus, dass aufgrund der Bevölkerungszahl 610 Mio. notwendig sind.<sup>215</sup>

Für die Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken ergeben sich daneben spezifische Probleme: Der Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre wurde in den vergangenen Jahren nicht wesentlich erhöht. Aufgrund der gestiegenen Personal- und Sachkosten werden die Medizinischen Fakultäten dadurch in ihren Handlungsspielräumen und ihrer Wettbewerbsfähigkeit tendenziell eingeschränkt. Daneben bestehen erhebliche Investitionserfordernisse, die nicht nur Bauunterhaltung und die Großgerätebeschaffung betreffen, sondern auch Neu- und Erweiterungsbauten. Die Medizinischen Fakultäten sehen sich somit gezwungen, Überlebensstrategien zur Sicherung von Forschung und Lehre auf hohem Niveau zu entwickeln.<sup>216</sup>

Bei der favorisierten Markt- und Wettbewerbssteuerung sollten auch die möglichen Fehlsteuerungen einkalkuliert und entsprechende Regelungsmechanismen implementiert werden, wobei diese bereits durch Zielvereinbarungen und externe Kontrollgremien sowie Evaluationsmaßnahmen Berücksichtigung finden. Diese notwendigen Regelungsmechanismen dürfen aber nicht zu einer unnötigen Einschränkung des Wissenschaftssektors und einer Verlagerung der staatlichen Kontrolle auf nicht immer ausreichend sachverständige externe Kontrollgremien führen.

Die Medizinischen Fakultäten und die Universitätsklinika steuern auf eine schwierige ökonomische und damit auch wissenschaftlich-fachliche Zukunft auf dem Gebiet von Forschung und Lehre sowie im Bereich der Krankenversorgung zu. Es ist gegenwärtig nicht ersichtlich, wie die notwendigen Investitionen für Neubauten, Bauerhaltung und Medizintechnik finanziert werden können und wie eine hochwertige Forschung und Lehre sowie der notwendige Umbau von Fakultät und Klinikum zu modernen öffentlichen Dienstleistungsunternehmen ohne Bereitstellung der notwendigen Ressourcen umgesetzt werden kann.

Problematisch erscheint auch der Tatbestand, dass in NRW der Landesführungsbetrag bis zum Inkrafttreten des Hochschulmedizingesetzes insgesamt an die Universitätsklinika überwiesen und dort für die Medizinische Fakultät treuhänderisch verwaltet wurde.

Forderungen der Fakultät nach einer besseren Infrastruktur sowie nach mehr Forschungs- und Lehrförderung werden von den Universitätsklinika nicht selten die mangelnde Steigerung des Führungsbetrages entgegengehalten.

Handlungsdruck für die Universitätsklinika, von dem aber auch die Medizinischen Fakultäten betroffen sind, entsteht zusätzlich durch politische Reformen wie die Umsetzung des Bereitschaftszeitenurteils des Europäischen Gerichtshofes.

Verbreitet ist auch die Befürchtung, dass aufgrund der Föderalismusreform der Weg zur Kleinstaaterei auf dem Gebiet der Bildungs-, Forschungs- und Besoldungspolitik eingeleitet worden ist, der letztendlich die finanzstarken Bundesländer stärkt und die bundesweiten Ungleichgewichte verschärft. Man muss befürchten, dass ausreichende Hilfe weder auf bundes- noch auf landespolitischer Ebene noch von den Krankenkassen zu erwarten ist.<sup>217</sup>

### 3.3.2. Hochschulpolitische und hochschulrechtliche Rahmenbedingungen

Nordrhein-Westfalen verfügte Anfang 2006 über 33 staatliche sowie 21 anerkannt private Hochschulen und 4 Fachhochschulen, die nicht der Dienst- und Fachaufsicht des Fachministeriums unterliegen. Die Zahl der Hochschulen verdreifachte sich seit 1968. Nordrhein-Westfalen hat die dichteste Hochschullandschaft Europas.<sup>218</sup>



Abbildung 7 – Hochschulstandorte in NRW

In Nordrhein-Westfalen befinden sich 58 der insgesamt 372 deutschen Hochschulen. Im Wintersemester 2004/2005 waren 458.339 Studierende eingeschrieben, von denen 335.530 an Universitäten und 44.240 an der größten Hochschule des Landes, der Universität Köln, studierten.<sup>219</sup> NRW nimmt mit den 7 Medizinischen Fakultäten in Aachen, Bochum, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln und Münster mit etwa 17.000 Studierenden die Spitzenposition unter den deutschen Bundesländern ein. Durch die aktuellen rechtlichen Entwicklungen mit der Einführung der neuen Landeshochschulgesetze für NRW, mit dem Hochschulfreiheitsgesetz und mit dem Hochschulmedizingesetz, haben sich die Rahmenbedingungen für die Universitäten und vor allem für die Medizinischen Fakultäten erheblich verändert.

### 3.3.2.1. HOCHSCHULPOLITISCHE ZIELSETZUNGEN UND ENTWICKLUNGEN

Die Landesregierung hatte ab 2006 einen Zukunftspakt mit den NRW-Hochschulen vorgesehen. Bis 2010 sollen sie jedes Jahr die gleichen Zuschüsse erhalten wie 2006, somit insgesamt 2,8 Mrd. €. Die Hochschulen sollen - bereits beschlossene Personaleinsparungen ausgenommen - von Personalkürzungen verschont bleiben. Zukünftige Lohnerhöhungen soll der Landeshaushalt tragen, wobei jedoch im Jahr 2007 die Hochschulen 0,8 Prozent aus ihren Globalbudgets selbst aufbringen müssen. Die Einnahmen aus den Studiengebühren sollen als zusätzliche Einnahmen den Hochschulen belassen werden.<sup>220</sup> Die Regierungserklärung von 2005 postuliert, dass die Herausforderungen der Wissensgesellschaft durch eine neue Schul-, Hochschul- und Innovationspolitik bewältigt werden, die NRW aus dem Mittelmaß an die Spitze führen soll. Vergleichsstudien belegen, dass in NRW erhebliche Defizite im Bereich der Hochtechnologieförderung und der Weiterbildung bestehen.<sup>221</sup>

Wissen ist zum wichtigsten Produktionsfaktor geworden. Dazu wird in der Regierungserklärung ausgeführt: "In einer wettbewerbsfähigen Volkswirtschaft sollten die öffentlichen und privaten Ausgaben für Forschung und Entwicklung wenigstens drei Prozent des Bruttoinlandsproduktes betragen. Wir betrachten es als vordringliche Aufgabe, dieses Ziel zu erreichen. Auch hier wissen wir, wie schwer das ist. Nordrhein-Westfalens F+E-Quote liegt, gemessen am BIP mit 1,8 Prozent, seit Jahren unterhalb des Bundesdurchschnitts. Vor allem im privaten Sektor müssen hier erhebliche Anstrengungen unternommen werden."<sup>222</sup>

"Wenn aus Forschungsergebnissen schneller marktfähige Produkte werden sollen, dann seien die Netzwerke zwischen Unternehmen und zwischen Forschungseinrichtungen und Unternehmen zu stärken."<sup>223</sup>

Der Rückstand der Forschung in NRW ist laut einer RWI-Studie auch auf das mangelnde Engagement der Wirtschaft zurückzuführen. Während die Wirtschaft bundesweit 1,8% des BIP für Forschung ausgibt, beträgt dieser Anteil in NRW nur 1,1%. Der Industrieanteil ist in Süddeutschland mit 2,4% in Bayern und 3,1% in Baden-Württemberg erheblich höher. Insgesamt wird das Ziel von 3% in diesen Bundesländern erreicht oder sogar deutlich überschritten.<sup>224</sup>

In der Koalitionsvereinbarung der CDU/FDP-Regierung vom 16.06.2005 werden im Kapitel „Hochschulen“ folgende Rahmenbedingungen festgelegt:<sup>225</sup>

„Wir geben den Hochschulen mehr Freiheit und Autonomie. Wir übertragen ihnen im Rahmen eines Hochschulfreiheitsgesetzes Kompetenzen und Verantwortung auch für Finanz-, Personal- und Organisationsentscheidungen. Dabei bleiben Hochschulen Körperschaften des öffentlichen Rechts mit dem Recht auf Selbstverwaltung. Sie werden jedoch keine staatlichen Anstalten mehr sein. Das bedeutet auch, dass der Staat die Rechts-, nicht jedoch die Fachaufsicht führt.“

Weitere in der Koalitionsvereinbarung geregelte Zielsetzungen ergeben sich aus folgenden Vorhaben:

- Erhöhung der Qualität und Leistungsfähigkeit des Hochschulwesens zur Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit im nationalen und internationalen Vergleich
- Mittelfristige Übertragung der vollen Dienstherrenfähigkeit auf die Hochschulen
- Abschluss längerfristiger partnerschaftlicher Zielvereinbarungen zur Gewährleistung der Planungssicherheit
- Förderung privater Hochschulen
- Erleichterung der Errichtung von Stiftungshochschulen, wobei Stiftungshochschulen ihr Personal auf der Grundlage privatrechtlicher Verträge einstellen können
- Auswahl der Studierenden durch die Universität – Wahl der Universität durch die Studierenden
- Grundlegende Revision der Kapazitätsverordnung mit dem Ziel ihrer Abschaffung
- Möglichkeiten zur Vermögensbildung, Erwirtschaftung von Einnahmen und Unternehmensgründungen durch die Hochschulen
- Einführung des Rechts für die Hochschulen, bis zu einer Höchstgrenze von 500 € pro Semester Studienentgelte zu erheben, wobei BAföG-Empfänger kein Studienentgelt entrichten
- Qualitative Aufwertung und gezielte Förderung der klinischen Forschung zur Stärkung der Hochschulmedizin

Die Zielvorgaben der Bundesländer aus den vorhergehenden Rechtsformänderungen bestanden in erster Linie in folgenden Richtlinien:

- Stärkung der wirtschaftlichen Handlungsspielräume und der wirtschaftlichen Effizienz
- Verhinderung der Subventionierung der Krankenversorgung durch Transparenz der Mittelverwendung
- Entlastung der Landeshaushalte
- Abschieben von Verantwortung

In der zitierten Regierungserklärung für NRW werden bezüglich des Hochschulsystems u.a. folgende Ansichten und Zielsetzungen herausgestellt:<sup>226</sup>

- "Unsere Hochschulen und Forschungseinrichtungen sollen auch international Spitze sein.
- Nordrhein-westfälische Hochschulen, die am nationalen Exzellenzwettbewerb mit Erfolg teilnehmen, werden die vorgesehene Kofinanzierung aus dem Landeshaushalt erhalten. Den Beitrag des Landes Nordrhein-Westfalen zu dem beschlossenen nationalen Pakt der Forschung werden wir ebenfalls sicherstellen.
- Hochschulen und Forschungseinrichtungen müssen noch internationaler werden, um im globalen Wettbewerb besser bestehen zu können, auch um für NRW die besten Köpfe gewinnen zu können.
- Aufgaben und Ziele des neuen Innovationsministeriums sind klar: Lehre und Forschung in Nordrhein-Westfalen auf ein exzellentes Niveau zu heben, den Austausch zwischen Wissenschaft und Wirtschaft erheblich zu intensivieren und die technologische Entwicklung in unserem Land zu fördern."

Daneben werden in der Regierungserklärung folgende Zielsetzungen propagiert:

- "Wir werden in den Dialog mit den überregionalen Forschungsorganisationen eintreten, um die Ansiedlung weiterer Forschungseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen zu erreichen.
- Die Forschungsförderung wird konzentriert und zielt auf die Stärkung von Stärken ab.
- Die Landesregierung wird zur nachhaltigen Förderung von Exzellenz in Wissenschaft und Forschung einen landesweiten Innovationsfonds auflegen, der sich aus Privatisierungserlösen speist.
- Wir wollen mehr Möglichkeiten für den Einsatz von Seniorenexperten schaffen, z. B. in unseren Schulen und Hochschulen."

Die hochschulpolitische Diskussion wurde in den vergangenen Jahren in Nordrhein-Westfalen bereits vor der 2005 neugewählten CDU/FDP-Landesregierung von Zielsetzungen wie Wettbewerb, Eigenverantwortung, Profilbildung und Evaluation gekennzeichnet. Auch die Bildung von „Elite-Universitäten“ und sogenannten „Exzellenz-Initiativen“ im Bereich der Forschung hatten einen längeren Vorlauf.

In der Lehre begann die Diskussion zur Verbesserung der „Qualität der Lehre“ auf politischer Ebene in Nordrhein-Westfalen bereits durch das Anfang der 90er Jahre eingeleitete Aktionsprogramm „Qualität der Lehre“, wobei die Umsetzung der Zielsetzungen bereits bilanziert wurde.<sup>227</sup>

Ein wesentlicher Schritt bei der Überprüfung der „Lehrqualität“ war die verpflichtende Einführung von Lehrberichten im Landeshochschulgesetz. Als mit Lehrberichten verbundene Ziele wurden Transparenzerweiterung, Qualitätssicherung/Qualitätsverbesserung, Rechenschaftslegung, Profilbildung, Wettbewerb und Leistungsvergleich sowie Steuerung von Ressourcen genannt.<sup>228</sup>

Man sollte diese Zielsetzungen aber auch daran messen, ob zukünftig tatsächlich mehr Mittel für die Forschungsförderung auch für die Universitätsmedizin nicht nur aus dem

privaten Sektor oder über den Bund bereitgestellt werden, damit nicht der Eindruck entsteht, dass in NRW nicht die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Hochschulpolitik im Mittelpunkt steht, sondern die Entledigung schwieriger, finanzintensiver Aufgabenerfüllungen und Verpflichtungen auf private Leistungserbringer und die Entstaatlichung hoheitlicher Aufgaben.

Für die Universitätsklinika dürfen aber finanzielle Motive nicht für die Strukturentscheidungen vorrangig sein. Die akademische Medizin muss sich trotz der Anerkennung ökonomischer Notwendigkeiten primär an den Grundlagen und den wissenschaftlichen Zielen ausrichten.

Die zur Zeit übliche Rechtsform der Universitätsklinika ist die rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts. Weitergehende Perspektiven und Lösungen sind Stiftung, GmbH oder gemeinnützige Aktiengesellschaft. Aber auch eine Privatisierung von Universitätsklinika mit Trägerwechsel steht verstärkt zur Diskussion.<sup>229</sup>

Die Landesregierung wird voraussichtlich künftig auch intensiver überprüfen, in welchem Umfang Hochschulmedizin erforderlich ist und welche Klinika in welchem Umfang miteinander kooperieren oder sogar fusionieren können.

Die gegenwärtige Diskussion um die Hochschulpolitik und die zukünftigen rechtlichen Rahmenbedingungen des Hochschulwesens in NRW wird primär von der Einführung und den möglichen Schwachpunkten des ab dem 01.01.2007 rechtsgültigen Hochschulfreiheitsgesetzes bestimmt, mit dem der Anspruch eines Paradigmenwechsels<sup>230</sup> verbunden ist. Die mit diesem Gesetz in Zusammenhang stehende neue Rechts- bzw. Errichtungsverordnung für die Universitätsklinika ist ab Anfang 2008 im Rahmen des neuen Hochschulmedizingesetzes in Kraft getreten.

Weitere einschneidende Organisationsveränderungen ergeben sich an den Universitäten durch die mit dem Bologna-Prozess in vielen Fachbereichen eingeleitete Umstellung auf Bachelor- und Masterstudiengänge.

Aber auch im Bereich der Forschung schreitet bei gleichzeitiger Verstärkung der Bundesländerkompetenzen die Europäisierung z. B. durch die Etablierung eines „Europäischen Forschungsrates“ voran.<sup>231</sup>

### 3.3.2.2. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN UND ENTWICKLUNGEN

Neben dem neuen, ab 01.01.2007 geltenden Hochschulfreiheitsgesetz sind für die Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen die seit dem 01.01.2001 in Kraft getretenen Rechtsverordnungen für die aufbau- und ablauforganisatorischen Prozesse der Fakultäten und Universitätsklinika von fundamentaler Bedeutung. Diese Rahmenbedingungen wurden durch das zum 01.01.2008 in Kraft getretene Hochschulmedizingesetz modifiziert.

Die Klinika wurden im Rahmen dieser Gesetzesänderungen als rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts strukturiert. In NRW gilt dieser Status durch das am 01.01.2007 rechtskräftige Hochschulfreiheitsgesetz jetzt auch für die Gesamtuniversität, wobei auch eine Stiftungs-Rechtsform möglich ist.

Weitere zentrale Rechtsnormen und Rahmenbedingungen stellen an der Universität Köln die Klinikumsatzung vom 06.02.2001 sowie ihre bereinigte Fassung aus dem Jahr 2003<sup>232</sup> dar. Von großer Bedeutung ist auch die am 09.03.2006 unterzeichnete Kooperationsvereinbarung zwischen Universitätsklinikum und Universität bzw. Medizinischer Fakultät.

Durch die seit Anfang 2007 gültigen Bestimmungen zur Föderalismusreform sind weitere Änderungen bei den Bund-Länderkompetenzen im Bildungs- und Forschungsbereich etabliert worden. Durch die Rechtsverordnung vom 22.12.2000 (in Kraft getreten zum 01.01.2001) sowie die Föderalismusreform und das Hochschulfreiheitsgesetz haben sich für die Universitäten, die Medizinischen Fakultäten und die Universitätsklinika in Nordrhein-Westfalen einschneidende strukturelle Veränderungen ergeben.

Die hochschulrechtlichen und rechtlichen Entwicklungen der Medizinischen Fakultäten in NRW werden somit neben der Rechtsverordnung aus dem Jahr 2000/2001, der Kooperationsvereinbarung 2006, dem Hochschulfreiheitsgesetz (HFG) und dem Hochschulmedizingesetz (HMG) in NRW auf übergeordneter Ebene maßgeblich durch die Föderalismusreform und den Bologna-Prozess determiniert.

Ein weiterer Meilenstein der reformfreudigen Landesregierung ist das seltsam anmutende „Gesetz zur Sicherung der Finanzierungsgerechtigkeit im Hochschulwesen (HFGG)“. Hochschulen können auf Grundlage dieses Gesetzes bis zu 500 € Studienbeiträge pro Studierenden und Semester erheben.

Viele betroffene Studierende werden hinsichtlich des Begriffs „Finanzierungsgerechtigkeit“ Definitionsprobleme haben, zumindest sollen aber die gesamten Finanzmittel zur Verbesserung der Lehre eingesetzt werden und nicht zu einer Verringerung sonstiger staatlicher Zuwendungen führen. Außerdem wird über ein sozialverträgliches Kreditsystem zumindest angestrebt, keinen potentiellen Studierenden vom Studium abzuhalten.<sup>233</sup>

Alle diese rechtlichen Rahmenbedingungen müssen direkt oder indirekt ihren Niederschlag in der Grundordnung der Universität zu Köln, in der Fakultätsordnung der Medizinischen Fakultät sowie der Vielzahl der sonstigen internen universitären und fakultativen Ordnungen finden.

Gemäß des bis zum 31.12.2006 geltenden NRW Landeshochschulgesetzes waren die Universitätskliniken Anstalten des öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit. Außerdem konnten durch Rechtsverordnung von den §§43, 44, 48, 64, 102 bis 104 und 107 abweichende Regelungen getroffen werden.

Die grundsätzlichen Ziele der Universitäten und ihrer Medizinischen Fakultäten bleiben aber unverändert. Gemäß §3 HG dienen Universitäten der Pflege und Entwicklung der Wissenschaften durch Forschung, Lehre und Studium.<sup>234</sup>

#### *3.3.2.2.1. RECHTSVERORDNUNG 2000-2001*

Durch die zum 01.01.2001 in Kraft getretene Rechtsverordnung vom 20.12.2000 und die damit verbundene Rechtsformänderung der Universitätsklinik in rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts wurde u.a. eine erhöhte Wettbewerbsfähigkeit durch die Beseitigung organisatorischer und finanzieller Restriktionen (z.B. Möglichkeiten der Kreditaufnahme, verbesserte Bauplanungsmöglichkeiten, Bildung eigener Subunternehmen) und eine erhöhte Transparenz der Budgets für Krankenversorgung

sowie auf der anderen Seite für Forschung und Lehre ermöglicht. Die Situation gegenüber den konkurrierenden Krankenhäusern konnte verbessert werden.

Laut §15 Abs.1. der Rechtsverordnung muss der Fachbereich Medizin das Einvernehmen in Berufungsverfahren und in anderen Angelegenheiten von Forschung, Lehre und Studium mit dem Universitätsklinikum nur herstellen, wenn die Krankenversorgung und das öffentliche Gesundheitswesen betroffen sind.<sup>235</sup>

Das Leitungsgremium der Medizinischen Fakultät, das Dekanat, wurde gemäß §17 der Rechtsverordnung 2000 auch in ökonomischen Fragen mit umfangreichen Entscheidungen ausgestattet.

Die Universitätsklinika sind an die Stelle der bisherigen, als Regiebetrieb geführten Medizinischen Einrichtungen der Universität getreten, wobei ihr ökonomischer Handlungsspielraum erheblich vergrößert worden ist.

Gemäß §2 der Rechtsverordnung vom 01.12.2000 dient das Universitätsklinikum dem Fachbereich Medizin der Universität zur Erfüllung seiner Aufgaben in Forschung und Lehre.

Weitere wesentliche Elemente dieser Rechtsverordnung können in folgenden Bausteinen gesehen werden:

- Einführung eines Kooperationsmodells mit zwei getrennten Vorständen
  - Vorstand für das Klinikum, Dekanat für den Fachbereich Medizin
  - Der Dekan ist stimmberechtigtes Mitglied im (Klinischen) Vorstand, der Ärztliche Direktor ist stimmberechtigtes Mitglied im Dekanat
- Weitgehende Übertragung von finanziellen und personellen Entscheidungen auf dem Gebiet von Forschung und Lehre auf das Dekanat (§17)
- Verlagerung von Kompetenzen vom Dekan auf das Leitungsgremium „Dekanat“

Der Fachbereichsrat hat gemäß §18 der Rechtsverordnung bei Ordnungen und Berufungsangelegenheiten Entscheidungskompetenzen und darüber hinaus zahlreiche ökonomische Kontrollrechte.

Spezifische Fragestellungen der Kooperation zwischen Klinikum, Universität und dem Fachbereich Medizin der Universität sollten in einer Kooperationsvereinbarung (§13 Rechtsverordnung) geregelt werden, die in Köln nach langer detaillierter Diskussion am 09.03.2006 unterschrieben worden ist.

Der an einem Kooperationsmodell ausgerichtete Charakter der Rechtsverordnung wurde in der Kölner Kooperationsvereinbarung durch eine Betonung einvernehmlicher Regelungen zwischen Universität/Fakultät und Klinikum im Sinne eines Integrationsmodells in der Kooperationsvereinbarung abgemildert.

Trotz des rechtlich faktisch bestehenden Kooperationsmodells sollte damit der Zielsetzung eines informell gelebten Integrationsmodells zwischen Fakultät und Klinikum unter Einbindung der Universität Ausdruck verliehen werden.

#### 3.3.2.2.2. HOCHSCHULFREIHEITSGESETZ

Mit dem neuen ab 01.01.2007 rechtsgültigen Hochschulfreiheitsgesetz, dessen zentraler Bestandteil das neue Landeshochschulgesetz (HG) ist, soll eine neue Ära der Hochschulpolitik eingeleitet werden. Nordrhein-Westfalen hat nach Auskunft des MIWFT (Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie NRW) jetzt das freiheitlichste Hochschulgesetz aller Bundesländer.

Das Hochschulfreiheitsgesetz (HFG) vom 31.10.2006 besteht aus folgenden Artikeln:

- Artikel 1: Gesetz über die Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen (Hochschulgesetz – HG)
- Artikel 2: Hochschulgesetz 2005 (HSchG 2005)
- Artikel 3: Änderung des Personalvertretungsgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen
- Artikel 4: Änderung des Besoldungsgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen (Landesbesoldungsgesetz – LBesG)
- Artikel 5: Änderung weiterer Gesetze
- Artikel 6: Änderung von Rechtsverordnungen
- Artikel 7: Gesetz über weitere dienstrechtliche und sonstige Regelungen im Hochschulbereich
- Artikel 8: Übergangsregelungen, In-Kraft-Treten

Das seit Anfang 2007 rechtskräftige Hochschulfreiheitsgesetz hat folgende 3 Blöcke:<sup>236</sup>

- Verselbständigung der Hochschulen als Körperschaften des öffentlichen Rechts, Verantwortung für die Finanz-, Personal- und Organisationsentscheidungen bei den Hochschulen, Wegfall der Fachaufsicht des Landes
- Neuordnung der Leitungsstrukturen – Etablierung eines mit überwiegend externen Mitgliedern besetzten Hochschulrates
- Einführung konkreter Zielvereinbarungen zwischen dem Land und den Hochschulen – Rückzug des Staates aus der Detailsteuerung und Verlagerung der Verantwortung auf die Hochschulen

Von vereinzelt Hochschulsenaten wurde vor allem Kritik an der Etablierung und den Kompetenzen des neu vorgesehenen Hochschulrates und den mit den Zielvereinbarungen verbundenen Sanktionsformen geäußert.

Der Hochschulrat werde von externen Mitgliedern dominiert, die über die Wahl des Präsidiums, den Hochschulentwicklungsplan, die Zielvereinbarungen und den Wirtschaftsplan der Hochschule entscheiden. Die Auswahl und Festlegung dieser Mitglieder werde primär durch politische Staatsinstanzen festgelegt. Die wichtigsten Entscheidungen würden von einem staatlich gesteuerten Gremium getroffen, das kein Selbstverwaltungsorgan der Hochschule ist.

Weitere kritische Stellungnahmen zum Referentenentwurf eines Hochschulfreiheitsgesetzes (HFG) kamen insbesondere vom Hauptpersonalrat (Verwaltung) beim MIWFT NRW, wobei u.a. darauf hingewiesen wurde, dass die Insolvenzfähigkeit der Hochschulen mit deren öffentlich-rechtlichem Auftrag unvereinbar sei.<sup>237</sup>

Bezüglich der im Gesetz vorgesehenen Zielvereinbarungen wurde problematisiert, dass derjenige belohnt werde, der leicht erreichbare Ziele wählt und eine Bestrafung für wagemutige Scheiternde erfolgt und zu befürchten sei, dass Zielvereinbarungen im Sinne des Gesetzes als Steuerungsinstrumente genauso zum Scheitern verurteilt seien wie die 5-Jahrespläne in der früheren sozialistischen Planwirtschaft.<sup>238</sup>

Das Kabinett hat am 30.05.2006 den Regierungsentwurf zum HFG beschlossen. Dabei wurden gegenüber dem ersten Regierungsentwurf u.a. folgende wichtige Veränderungen vorgenommen:

- Die Einführung der Insolvenzfähigkeit wurde gestrichen
- Als Aufgabe der Hochschule wurde die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses wieder aufgenommen
- Die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft als „Externer“ im Hochschulrat wurden präzisiert

Arbeitgeber und Dienstherr für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist nicht mehr das Land, sondern die jeweilige Hochschule. Einen besonderen Stellenwert im Hochschulfreiheitsgesetz hat daneben die Berufung der Professoren, die jetzt selbständig von den Universitäten ohne staatliches Einvernehmen durchgeführt werden.

Von herausragender struktureller Bedeutung ist auch die Neuregelung der Hochschulfinanzierung. Hochschulen sollen über Zuschüsse finanziert werden, deren Höhe sich primär nach der Zahl der Studierenden, den Aufgaben, dem Personal und den Leistungen der Hochschule richtet.

Hochschulen können autonom wirtschaften und z. B. Investitionen über Kredite durchführen sowie wirtschaftsbezogene eigene Unternehmen gründen.

Die Grundstücke und Gebäude bleiben zunächst im Besitz des Landes, wobei jedoch auch im Rahmen eines Modellversuchs, an dem die Universität Köln beteiligt ist, die Übertragbarkeit des Liegenschaftsmanagements erprobt werden soll.

Die Leitung der Hochschule kann als Rektorat oder als Präsidium etabliert werden. Anstelle des Kuratoriums tritt jetzt ein Hochschulrat, dessen Vorsitzender ein externes Mitglied sein muss. Dieser Hochschulrat ist mit großen Kompetenzen ausgestattet und hat die Fachaufsicht, die Kontrolle über den Hochschulentwicklungsplan und die von den Hochschulen mit dem Land verhandelten Zielvereinbarungen.

Mit der Neuorganisation soll auch eine stärkere Anbindung an das gesellschaftliche Umfeld erfolgen.<sup>239</sup>

Der Finanzminister von NRW soll zwischenzeitlich auch dafür gebürgt haben, dass die Finanzämter die selbstständige Hochschule nicht steuerpflichtig machen, so dass große Kostenrisiken (z.B. Besteuerung von Drittmitteln, Studienbeiträgen) nicht mehr relevant sind.<sup>240</sup>

Alle möglichen Risiken, vor allem im Bereich der Versicherungen und Abgaben, sind aber noch nicht eindeutig absehbar.

Kritiker haben bezüglich des Hochschulfreiheitsgesetzes, das am 01.01.2007 in Kraft getreten ist, insbesondere noch folgende Befürchtungen und Vorbehalte gegenüber dem Hochschulrat:

- Schwächung der Leitungsorgane der Universität (Rektorat/Präsidium) durch die Steuerung eines externen nicht demokratisch legitimierten Gremiums – Entdemokratisierung und Autonomieverlust
- Dominanz von Wirtschaftsvertretern und Repräsentanten aus dem politischen Bereich im Hochschulrat – Fehlende geeignete fachkompetente Kandidatinnen und Kandidaten
- Vernachlässigung der Grundlagenforschung aufgrund wirtschaftsorientierter interessengesteuerter Hochschulräte

Der neue NRW-Forschungsminister sieht in dem Hochschulfreiheitsgesetz das freiheitlichste Hochschulrecht aller Bundesländer und postuliert, dass die Hochschulen von staatlichen Weisungsrechten befreit worden sind und die Verantwortung für Finanz-, Personal- und Organisationsentscheidungen erhalten.<sup>241</sup>

Durch das Hochschulfreiheitsgesetz fungieren die Universitäten und Hochschulen als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Finanzierung erfolgt aber noch über den Staat. Er führt jedoch nur noch die Rechtsaufsicht durch. Die Fachaufsicht übernimmt der Hochschulrat, der auch das Kuratorium ersetzt.

Die Hochschulen werden Arbeitgeber des Personals und können Unternehmungen gründen und sich an Firmen beteiligen. Der Staat zieht sich aus der Detailsteuerung (Erlass) zurück. Die Kontrolle und Steuerung erfolgt durch alternative Instrumente wie u. a. Zielvereinbarungen, Gutachten und Evaluationen.

Die bereits von der vorhergehenden Landesregierung eingeleiteten Demokratisierungs- und Modernisierungsprozesse haben durch das Hochschulfreiheitsgesetz der amtierenden Landesregierung einen neuen Höhepunkt gefunden. Nicht alle Reformen und neuen Elemente werden von Gremien wie der Landesrektorenkonferenz uneingeschränkt befürwortet. Insgesamt wird aber die neue Richtung von vielen hochschulpolitischen Verantwortungsträgern begrüßt. Vereinzelt wird das NRW-Modell sogar als Vorbild für andere Bundesländer gesehen.

Positive nicht zu unterschätzende Impulse können sich im Rahmen des Hochschulfreiheitsgesetzes für die Universitäten gegebenenfalls durch das Fach- und Beratungswissen von Experten aus Wissenschaft und Wirtschaft im Hochschulrat ergeben. Daneben können die Vernetzung mit der Wirtschaft und der Gesellschaft erleichtert und neue Kooperationsmöglichkeiten mit der Universität eröffnet werden.

Inwieweit es sich im Rahmen des Hochschulfreiheitsgesetzes nur um eine gewonnene „Pseudo-Freiheit“ der Universitäten verbunden mit einer enormen Risikoerhöhung bei gleichzeitiger Verantwortungsverlagerung seitens des Landes auf die Universitäten und Hochschulen handelt, wie von einigen Kritikern befürchtet, werden die nächsten Jahre zeigen.

#### 3.3.2.2.3. HOCHSCHULMEDIZINGESETZ 2008

Das Hochschulmedizingesetz (HMG) für Nordrhein-Westfalen ist am 01.01.2008 auf Grundlage des Hochschulfreiheitsgesetzes (HFG) in Kraft getreten. Das Landeshochschulgesetz gilt jetzt in der Fassung des Hochschulfreiheitsgesetzes und der zuletzt durch das Hochschulmedizingesetz geänderten Form.

Ein wesentliches Ziel des Gesetzes besteht darin, eine exzellente Forschung und Lehre an den Universitätsklinika auf einer tragfähigen ökonomischen Grundlage zu sichern und gleichzeitig eine bestmögliche Patientenversorgung zu leisten.

Die Universitätsklinika bleiben Anstalten des öffentlichen Rechts, erhalten aber auch die Möglichkeit, andere Rechtsformen zu bilden. In Köln ist in diesem Zusammenhang ein Stiftungsmodell in der Diskussion. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sollen auf der Basis des Hochschulfreiheitsgesetzes weiterentwickelt, die Medizinforschung intensiviert und verbessert, die Leistungsstrukturen professionalisiert und die Bauinvestitionen beschleunigt werden.

Das Hochschulmedizingesetz soll primär die Profilbildung der Forschungsstandorte fördern. Die Universitäten können gemeinsame standortübergreifende Fakultäten bilden.

Im Verwaltungssektor wird eine enge Kooperation der Universitätsklinika mit Hilfe so genannter „Soft Holdings“ angestrebt. Der Investitionsstau soll mit Hilfe verbesserter Rahmenbedingungen für ÖPP (öffentlich-private Partnerschaft)-Modelle reduziert werden.

Mit der Änderung des Landesbesoldungsgesetzes wird angestrebt, hochqualifizierten und engagierten Wissenschaftlern Anreize für einen Wechsel nach oder einen Verbleib in Nordrhein-Westfalen zu bieten.

Das auf dem Hochschulfreiheitsgesetz basierende Hochschulmedizingesetz hat somit im Wesentlichen folgende Eckpunkte:

- Bei der Rechtsform bleibt der Regelfall für die Universitätsklinika die rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts, andere Rechtsformen sind aber möglich
- Die Medizinischen Fakultäten bleiben Bestandteil der Universität auf der Grundlage eines Kooperationsmodells
- Modifizierung der Leitungsstrukturen – Entscheidungsmöglichkeiten über Mitgliederzahl und Zusammensetzung – Etablierung hauptamtlicher Ärztlicher Direktoren und Dekane
- Erschließung von Synergiepotentialen und effizientere Ressourcennutzung durch gemeinsame Service-Einrichtungen
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für ÖPP-Modelle zur Investitionsförderung
- Hochschulübergreifende Fachbereichverschmelzungen zur Optimierung von Forschung und Lehre
- Verbesserung des leistungsorientierten Anreizinstrumentariums für hochqualifizierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

Das Hochschulmedizingesetz ist ein Artikelgesetz, bei dem das Hochschulgesetz durch Artikel 1 geändert wird. Artikel 2 strebt eine stärkere leistungsorientierte Vergütung an und Artikel 3 enthält die neue Rechtsverordnung:

- Artikel 1 Änderung des Gesetzes über die Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen
- Artikel 2 Änderung des Landesbesoldungsgesetzes
- Artikel 3 Rechtsverordnung für die Universitätskliniken
- Artikel 4 Änderung der Hochschul-Leistungsbezügeverordnung
- Artikel 5 Inkrafttreten

Folgende wesentliche Änderungen hinsichtlich des Artikels 1 des HFG sind erfolgt:

§31 Fachbereich Medizin

§31a Universitätsklinikum

§31b Finanzierung

In den §§31 und 31a sind jetzt gesetzliche Regelungen festgelegt, die vorher in der Rechtsverordnung von 2000/2001 (§§2 und 15) zu finden waren. §31 hebt nochmals als Modell das Kooperationsmodell hervor. Das Einvernehmen mit dem Klinikum ist danach bei Entscheidungen von Forschung, Lehre und Studium nur erforderlich, soweit die Krankenversorgung betroffen ist. Das Einvernehmen in Berufungsverfahren darf nur verweigert werden, wenn begründete Zweifel an der Eignung für die Klinikumsaufgaben bestehen (§31 Abs. 1).

Wie die Rechtsverordnung von 2000/2001 geht das neue Hochschulmedizingesetz vom Kooperationsmodell mit 2 Leitungsorganen aus (Dekanat/(Klinischer) Vorstand). Das Kooperationsmodell zeichnet sich daneben dadurch aus, dass das Universitätsklinikum aus dem institutionellen Verbund mit der Universität herausgelöst ist und die faktisch bestehenden intensiven Beziehungen im Rahmen des Kooperationsvertrages geregelt werden.

Der Fachbereich wird durch ein Dekanat geleitet, das für alle Aufgaben zuständig ist, die nicht eindeutig auf andere Weise geregelt sind.

Die Aufgaben des Fachbereichsrates sind eingeschränkt. Der Fachbereichsrat hat aber u.a. noch Beschlussfassungskompetenz im Bereich der Ordnungen des Fachbereichs.

<b>Kompetenzen des Fachbereichsrates</b>
Neu: HMG vom 20.12.2007 - Art. 1 §31 Abs. 3
<p>Der Fachbereichsrat des Fachbereichs Medizin ist für die nachfolgend aufgeführten Angelegenheiten zuständig:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Zustimmung</b> zur Stellungnahme des Dekanats zur Kooperationsvereinbarung mit dem Universitätsklinikum</li> <li>2. <b>Beschlussfassung über die Fachbereichsordnung und die sonstigen Ordnungen für den Fachbereich Medizin sowie über den Beitrag zum Lagebericht des Universitätsklinikums</b></li> <li>3. Stellungnahme zum Entwicklungsplan des Fachbereichs sowie zu den Grundsätzen für die Verteilung und Verwendung der Mittel des Landes einschließlich der Kriterien für die leistungsorientierte Mittelvergabe</li> <li>4. Empfehlungen und Stellungnahmen in sonstigen Angelegenheiten des Fachbereichs Medizin von grundsätzlicher Bedeutung</li> </ol>

**Tabelle 8: Kompetenzen des Fachbereichsrates nach HG/HMG**

In §31a Abs. 1 wird festgelegt, dass das Universitätsklinikum dem Fachbereich Medizin zur Erfüllung seiner Aufgaben in Forschung und Lehre dient. In Abs. 2 wird dargelegt, dass die Universitätskliniken Anstalten des öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit sind, die Universitätskliniken aber auch in anderer Rechtsform errichtet werden können.

In §31b ist erstmalig geregelt, dass der Zuführungsbetrag für Forschung und Lehre der Universität zur Verfügung gestellt und nicht unmittelbar an das Klinikum weitergeleitet wird. Über die Verwendung des Zuschusses für Forschung und Lehre entscheidet jedoch der Fachbereich Medizin (§ 31b Abs. 2). Die Mittel sind seitens der Universität ungeschmälert und unverzüglich an den Fachbereich Medizin weiterzugeben.

Daneben sind auch Modifizierungen zu §48 (Einschreibung), §52 (Zweithörerinnen und Zweithörer, Gasthörerinnen und Gasthörer) und §77 (Zusammenwirken von Hochschulen) etabliert worden.

Die Änderungen des Artikels 2 - Änderung des Landesbesoldungsgesetzes - zielen primär auf Erleichterungen und Abschaffung von Wartefristen bei der Vergabe von Leistungszulagen für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab.

In der neuen Rechtsverordnung wird u.a. nochmals der Status der Universitätsklinik als rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts (§1) dargelegt. In §2 wird daneben erneut betont, dass das Universitätsklinikum dem Fachbereich Medizin zur Erfüllung seiner Aufgaben in Forschung und Lehre dient. Andererseits nimmt das Klinikum gleichzeitig aber auch Aufgaben in der Krankenversorgung einschließlich der Hochleistungsmedizin und im öffentlichen Gesundheitswesen wahr. Das Universitätsklinikum arbeitet daneben auf Grundlage eines Kooperationsvertrages (§14) eng mit der Universität zusammen.

Das Klinikum erhält gemäß §8 vom Fachbereich Medizin Mittel für seine Aufwendungen in Forschung und Lehre. Das Land haftet für die Verbindlichkeiten des Universitätsklinikums unbeschränkt, soweit das Klinikum dazu nicht in der Lage ist (Gewährsträgerschaft).

Die neue Rechtsverordnung (Artikel 3) für die NRW-Universitätskliniken hat folgende Bestandteile:

- §1 Rechtsform, Dienstsiegel
- §2 Aufgaben
- §3 Organe
- §4 Aufsichtsrat
- §5 Vorstand
- §6 Klinikumskonferenz
- §7 Satzung
- §8 Wirtschaftsführung und Rechnungswesen
- §9 Finanzierung, Gewährsträgerschaft
- §10 Förderung öffentlich-privater Partnerschaft (ÖPP)
- §11 Gemeinsame Serviceeinrichtungen
- §12 Beschäftigte
- §13 Beamtinnen und Beamte
- §14 Personal der Universität mit Aufgaben im Universitätsklinikum
- §15 Zusammenwirken mit der Universität (Kooperationsvereinbarung)
- §16 Aufsicht
- §17 Verwaltungsvorschriften
- §18 Übergangsbestimmungen
- §19 Inkrafttreten

Artikel 4 des Hochschulmedizingesetzes - Änderung der Hochschul-Leistungsbezügeverordnung (HLeistBVO) - sieht u.a. Änderungen bei der Befristung von Leistungsbezügen vor.

Mit dem Inkrafttreten des Hochschulmedizingesetzes haben die bestehenden Rechtsverordnungen für die Hochschulmedizin von 2000/2001 ihre Gültigkeit verloren.<sup>242</sup>

Mitberücksichtigt wurden im Vorfeld der Gesetzgebung auch Vorschläge der Expertenkommission Hochschulmedizin (Dichgans-Kommission) sowie von Unternehmensberatungsgesellschaften (Berger-Gutachten).

### 3.3.2.3. HOCHSCHULPOLITISCHE UND HOCHSCHULRECHTLICHE PROBLEMSTELLUNGEN

Der Staat verzichtet mit dem neuen Hochschulgesetz auf die direkte Detailsteuerung. Es ist aber damit zu rechnen, dass die indirekte Kontrolle durch externe Expertenkommissionen und Steuerungsinstanzen, wie den Hochschulrat, sowie detailliert überprüfbare Zielvereinbarungen erheblich intensiviert wird und innerhalb der Universitäten zu einem verstärkten bürokratischen bzw. planerischen und strategischen Aufwand führt.

Das Land zieht sich somit auch nicht vollständig aus seiner bildungs- und landesplanerischen Verantwortung zurück, verlagert aber durch die grundsätzlich begrüßenswerte Erweiterung der Handlungsspielräume der Universitäten auch entsprechende Risiken.

Es ist zweifelhaft, ob durch die Beschleunigung und die Einführung eines wirtschaftlichen Wettbewerbs in der Hochschul- und Wissenschaftslandschaft der bundesdeutschen Länder ohne gesamtstaatliche Controlling-Instrumente langfristig wünschenswerte Ergebnisse erzielt werden können.

Dieser teilweise paradoxe Verdrängungswettbewerb und Konkurrenzkampf der Länder innerhalb des geschlossenen staatlichen Bundes um die besten Studenten, die fähigsten Forscher und die leistungsfähigsten Drittmittelgeber könnte dazu führen, dass sich letztendlich alle Ressourcen auf wenige Bundesländer konzentrieren und erhebliche strukturelle Ungleichgewichte und unterschiedliche Lebensverhältnisse in Deutschland entstehen oder sich diese noch verstärken würden.

Wettbewerbliche Strukturen im Hochschul- und Wissenschaftsrecht auf Länderebene können nur erfolgreich sein, wenn sie solidarische Elemente beinhalten und für den Gesamtstaat zu einer Steigerung seiner Effektivität führen.

Fraglich ist auch der Bedarf für lediglich medienwirksame, bürokratisch aufwendige Wettbewerbe um die deutsche Spitzenuniversität und um den besten Hochschulstandort, wenn dadurch tatsächliche Verbesserungen bei der Beseitigung von Problemen in der Hochschulmedizin nicht erreicht werden.<sup>243</sup>

Es kann aber auch nicht verleugnet werden, dass u.a. durch die Exzellenzinitiative und die Einführung von Wettbewerbsmechanismen an vielen Universitäten positive Impulse und Anstrengungen ausgelöst und z. B. durch die Gewährung zusätzlicher Schwerpunktprofessuren und Finanzmittel unterstützt worden sind.

Daneben ist davon auszugehen, dass die Wachstumsdynamik und die ökonomische Lage der Bundesländer im engen Zusammenhang mit ihren Investitionen für Bildung sowie Forschung und Entwicklung und dem vorhandenen qualifizierten Personal in den Unternehmungen in Zusammenhang stehen.

Im Rahmen des Bologna-Prozesses ist eine Europäisierung der Hochschulpolitik im Ausbildungssektor zu beobachten. Demgegenüber besteht im Rahmen der Föderalismusreform die Gefahr der Kleinstaaterei sowie die Überforderung der Länderfinanzen. Daneben droht die Tendenz der Zersplitterung der deutschen Hochschullandschaft, wenn die Länder über Fragen der Professorenbesoldung, des Dienstrechts und des Hochschulbaus sowie der Ausbildungsrichtlinien und Zulassungsbedingungen weitgehend autonom bestimmen.

Die neue W-Besoldung und die universitären Vergütungsstrukturen sind mit der Gefahr verbunden, gute Nachwuchsleute wegen der Kosten kaum zu berufen, bisherige Amtsinhaber zu demotivieren, gute Nachwuchskräfte gegenüber schlechten zu benachteiligen und gerade die besseren Absolventen in Deutschland von einer Universitätslaufbahn abzuschrecken.<sup>244</sup>

Nordrhein-Westfalen hat zwar die dichteste, aber laut letzter Vergleichsstudien nicht die beste Hochschullandschaft. Das soll durch die neue Landesregierung geändert werden. Daneben liegt Nordrhein-Westfalen auch bei der Wissenschaftsfinanzierung mit weniger als 2% des BIP hinter vielen Bundesländern wie Bayern und Baden-Württemberg, in denen sich die meisten deutschen Spitzenuniversitäten befinden, erheblich zurück.

### ***3.3.3. Aufbau- und ablauforganisatorische Rahmenbedingungen***

Durch die neue Hochschulgesetzgebung mit dem integrierten Hochschulmedizingesetz haben sich einige Aufgaben, Kompetenzen und strukturelle Rahmenbedingungen in Nordrhein-Westfalen geändert. Neben der zentralen strukturellen Bedeutung der Etablierung eines Hochschulrates ist auch die damit verbundene Abschaffung des Kuratoriums zu nennen.

Die wesentlichen Aufgabengebiete im Bereich der Universität sowie des Universitätsklinikums sind jedoch verblieben. Dagegen sind bei den strukturellen Verflechtungen und Machtstrukturen fundamentale Änderungen erkennbar.

Das Kooperationsmodell bleibt bestehen. Inwieweit das Kooperationsmodell im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen an einem gelebten Integrationsmodell orientiert werden kann und soll, werden zukünftige Verhandlungen zeigen.

Von zentraler Bedeutung sind mittelfristig auch Fragestellungen, ob gegebenenfalls geeignetere Rechtsformen für die Universitätsklinika zu finden sind.

### 3.3.3.1. AUFGABENGEBIETE VON UNIVERSITÄT, MEDIZINISCHER FAKULTÄT UND UNIVERSITÄTSKLINIKUM

#### 3.3.3.1.1. AUFGABENGEBIETE DER UNIVERSITÄT

Laut §3 des bis zum 01.07.2007 gültigen, unter der rot-grünen Landesregierung geprägten NRW-Landeshochschulgesetzes hatten die Universitäten folgende Aufgaben:

- Sie dienen der Pflege und Entwicklung der Wissenschaften (Forschung, Lehre und Studium).
- Sie wirken dabei an der Erhaltung des demokratischen und sozialen Rechtsstaates mit und tragen zur Verwirklichung der verfassungsrechtlichen Wertentscheidungen bei.
- Sie bereiten auf berufliche Tätigkeiten vor, die die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden erfordern und fördern den wissenschaftlichen Nachwuchs.
- Sie setzen sich im Bewusstsein ihrer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und der Umwelt mit den möglichen Folgen einer Verbreitung und Nutzung ihrer Forschungsergebnisse auseinander.<sup>245</sup>

Der entsprechende Paragraph 3 Abs. 1 (Satz 1 und 2) des von der neuen NRW-Landesregierung verfassten Landeshochschulgesetzes (HG des HFG) hat jetzt folgenden Wortlaut:

„Die Universitäten dienen der Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Pflege und Entwicklung der Wissenschaften durch Forschung, Lehre, Studium, Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und Wissenstransfer (insbesondere wissenschaftliche Weiterbildung, Technologietransfer). Sie bereiten auf berufliche Tätigkeiten im In- und Ausland vor, die die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden erfordern. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Kunst entsprechend, soweit sie zu den Aufgaben der Universitäten gehört.“<sup>246</sup>

Allgemeinpolitische, am Grundgesetz orientierte Zielsetzungen oder Umweltaspekte und die Forschungs- und Technologiefolgenabschätzung werden zumindest an dieser Stelle ausgeklammert. Eine zusätzliche Aufgabe stellt der „Wissenstransfer“ dar.

In der Grundordnung der Kölner Universität wurde der Passus über die Mitwirkung an der Erhaltung des demokratischen und sozialen Rechtsstaats in §2 Abs. 1 berücksichtigt.<sup>247</sup>

Die Hochschulen fördern außerdem die Entwicklung und den Einsatz des Fern- und Verbundstudiums (§ 3, Abs. 3 HG).

Von großer Bedeutung ist daneben die Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern. Die Hochschulen wirken auf die Beseitigung der für Frauen bestehenden Nachteile hin und müssen bei allen Vorschlägen und Entscheidungen die geschlechtsspezifischen Auswirkungen beachten (§ Abs. 4 HG).

Von weiterer zentraler Bedeutung ist die soziale Förderung der Studierenden, die Berücksichtigung der Bedürfnisse behinderter und chronisch kranker Studierender und Beschäftigter und die Kinderbetreuung. Außerdem müssen die Aufgaben der Berufsbildung wahrgenommen und Sport und Kultur gefördert werden (§3 Abs. 4 HG).

Die Hochschulen dürfen unter Berücksichtigung von Auflagen ungeachtet der Rechtsform Unternehmen errichten, übernehmen, wesentlich erweitern oder sich daran beteiligen. Bei der Aufgabenerfüllung nach §3 wird die unternehmerische Hochschultätigkeit begrenzt, wenn andere Unternehmen diese Aufgabenerfüllung nicht ebenso gut und wirtschaftlich erfüllen können (§ 5 Abs. 7 HG).

Eine weitere wichtige Aufgabe der Hochschule stellt die Qualitätssicherung durch Akkreditierung und Evaluation vor allem auf dem Gebiet der Lehre dar (§7 HG).

Laut §25 Abs. 1 Hochschulfreiheitsgesetz (HG) sorgt die Hochschule für die Erfüllung der Aufgaben der Hochschule in Planung, Verwaltung und Rechtsangelegenheiten. Die Grundordnung kann laut §3 Abs. 6 HG weitere Hochschulaufgaben vorsehen.

Nach §2 Abs. 4 HG erlassen die Hochschulen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Ordnungen sowie nach Maßgabe dieses Gesetzes und ausschließlich zur Regelung der dort bestimmten Fälle ihre Grundordnung.

In der aktuellen Grundordnung der Universität zu Köln vom 20.06.2007 sind die Hochschulaufgaben in § 2 wie folgt festgelegt:<sup>248</sup>

- Die Universität wirkt an der Erhaltung des demokratischen und sozialen Rechtsstaats mit und trägt zur Verwirklichung der verfassungsrechtlichen Wertentscheidungen bei
- Es ist im besonderen Aufgabe der Universität, die Studierenden zu selbständigem wissenschaftlichen Denken, Urteilen und Arbeiten zu befähigen und sie dadurch auf Tätigkeiten vorzubereiten, die eine wissenschaftliche Bildung erfordern
- In Ergänzung zu den im § 3 HG beschriebenen Aufgaben – insbesondere den Kernaufgaben in Forschung und Lehre – erfüllt die Universität die nachfolgenden weiteren Aufgaben:
  - Die Kontaktpflege zu ihren ehemaligen Studierenden sowie Absolventinnen und Absolventen
  - Die enge Zusammenarbeit der Universität, ihrer Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums auf der Grundlage der Kooperationsvereinbarung vom 09.03.2006
  - Die Unterrichtung der Öffentlichkeit über die Erfüllung ihrer Aufgaben

Laut §2 des neuen Hochschulgesetzes (HG) nehmen die Hochschulen ihre Aufgaben als Selbstverwaltungsangelegenheiten in öffentlich-rechtlicher Weise wahr. Hochschulen sind vom Land getragene, rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie können aber auch in anderer Rechtsform errichtet oder in eine andere Rechtsform umgewandelt oder in die Trägerschaft einer Stiftung überführt werden.

### 3.3.3.1.2. AUFGABENGEBIETE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

Gemäß §1 der Kölner Fakultätsordnung vom 05.09.2003 üben die Medizinischen Fakultäten ihre Aufgabenerfüllung in enger Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum aus.

Ihre spezifischen Aufgaben bestehen nach wie vor in folgenden Handlungsfeldern:

- Gewährleistung der Pflege der Wissenschaft in Forschung und Lehre sowie in der Krankenversorgung
- Gewährleistung des Lehrangebots entsprechend den Studien- und Approbationsordnungen und die Erfüllung der den Mitgliedern, Angehörigen und Einrichtungen der Fakultät obliegenden Aufgaben
- Vorlegung von Berufungsvorschlägen
- Koordination von Forschungsvorhaben
- Durchführung von Promotionen und Habilitationen und Verleihung von Hochschulgraden

Unbeschadet der Genehmigungsrechte der Universität ist die Fakultät auch für alle Satzungen, Ordnungen, Pläne und Reformen, die ihre Studiengänge, Promotionen und Habilitationen betreffen, zuständig.

Weitere Aufgabenfelder der Fakultät bestehen in der

- Beschlussfassung über die Verleihung der mitgliedschaftlichen Rechtsstellung einer Professorin oder eines Professors
- Stellungnahme zur Lehrverpflichtung einer ihrer Professorinnen oder eines ihrer Professoren an einer anderen Hochschule
- Beschlussfassung über die Vertretung einer Professur

Laut §26 Abs. 3 HG sind die Dekanin oder der Dekan und der Fachbereichsrat Organe des Fachbereichs. Die Organisation des Fachbereichs wird durch eine Fachbereichsordnung geregelt. Der Fachbereich erlässt auch die sonstigen zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Ordnungen. Nach §27 Abs. 1 HG leitet die Dekanin oder der Dekan den Fachbereich und vertritt ihn innerhalb der Hochschule.

Die Grundordnung kann nach §27 Abs. 6 HG vorsehen, dass die Aufgaben und Befugnisse der Dekanin oder des Dekans von einem Dekanat wahrgenommen werden, das aus der Dekanin oder dem Dekan sowie einer in der Grundordnung festgelegten Anzahl von Prodekaninnen oder Prodekanen besteht. Der Dekan vertritt aber dann den Fachbereich innerhalb der Hochschule. Beschlüsse des Dekanats können daneben nicht gegen die Stimme der Dekanin oder des Dekans gefasst werden.

Die einzelnen Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Dekanin/des Dekans (des Dekanats) bestehen nach §27 Abs. 1 HG in folgenden Teilbereichen:

- Erstellung des Entwicklungsplans des Fachbereichs als Beitrag zum Hochschulentwicklungsplan im Benehmen mit dem Fachbereichsrat
- Durchführung der Evaluation nach §7 Abs. 2 und 3
- Vollständigkeit des Lehrangebotes und die Einhaltung der Lehrverpflichtungen
- Studien- und Prüfungsorganisation
- Stellen- und Mittelvergabe innerhalb des Fachbereichs auf Grundlage der im Benehmen mit dem Fachbereichsrat festgelegten Grundsätze der Verteilung
- Entscheidung über den Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fachbereichs
- Überwachung der Aufgaben- und Pflichterfüllung in der Fakultät
- Erstellung der Entwürfe der Studien- und Prüfungsordnungen
- Vorbereitung der Sitzungen des Fachbereichsrates (und des Dekanats) und Ausführung der Beschlüsse

Durch die Grundordnung oder den Beschluss des Fachbereichsrates können weitere Aufgaben übertragen werden.

Der Fachbereichsrat ist nach §28 HG in alle Forschung, Kunst und Lehre betreffenden Angelegenheiten und für die Beschlussfassung über die Fachbereichsordnung und die sonstigen Ordnungen für den Fachbereich zuständig. Ihm obliegt die Beschlussfassung über die Angelegenheiten des Fachbereichs, die nicht bereits anderweitig geregelt sind.

Er nimmt daneben die Berichte der Dekanin oder des Dekans (des Dekanats) entgegen und kann über die Angelegenheiten des Fachbereichs Auskunft verlangen.

Laut §31 des HG können für die Hochschulmedizin abweichende Regelungen getroffen werden. Diese sind in der Vergangenheit in umfangreicher Weise in der Rechtsverordnung von 2000/2001 erfolgt. Eine Fortsetzung dieser Vorgehensweise wurde im Rahmen des Hochschulmedizingesetzes weitergeführt, so dass zentrale Bestimmungen, die vorher im § 2 (Dienstleistungspflicht des Klinikums für Forschung und Lehre) und im § 15 (Notwendigkeit für Einvernehmen mit dem Klinikum nur soweit die Krankenversorgung und das öffentliche Gesundheitswesen betroffen sind) nur in der Rechtsverordnung geregelt waren, jetzt in den Gesetzestext aufgenommen wurden (Artikel 1: §31 HMG). Laut § 31 Abs. 2 (Artikel 1) HMG obliegen dem Leitungsgremium, Dekanat, alle Angelegenheiten und Entscheidungen des Fachbereichs, für die in diesem Gesetz oder der nach §31 a zu erlassenden Rechtsverordnung nach nicht eine andere Zuständigkeit ausdrücklich festgelegt ist.

Der Fachbereichsrat ist laut Artikel 1 §31 Abs. 3 HMG nur noch für folgende Aufgabengebiete zuständig:

1. Zustimmung zur Stellungnahme des Dekanats zur Kooperationsvereinbarung mit dem Universitätsklinikum
2. Beschlussfassung über die Fachbereichsordnung und die sonstigen Ordnungen für den Fachbereich sowie über den Beitrag zum Lagebericht des Universitätsklinikums
3. Stellungnahme zum Entwicklungsplan des Fachbereichs sowie zu den Grundsätzen für die Verteilung und Verwendung der Mittel des Landes einschließlich der Kriterien für die leistungsorientierte Mittelverteilung
4. Empfehlungen und Stellungnahmen in sonstigen Angelegenheiten des Fachbereichs Medizin von grundsätzlicher Bedeutung.

Echte Entscheidungsbefugnisse liegen eigentlich nur noch auf dem Gebiet der Ordnungen und beim Lagebericht der Medizinischen Fakultät. Es bestehen aber noch Möglichkeiten, den Fachbereichsrat in alle wichtigen Angelegenheiten, wie beispielsweise Berufungen, zumindest beratend einzubinden.

Von zentraler Bedeutung für den Fachbereich Medizin ist der neue §31 b Finanzierung (Artikel 1) des HMG. Dieser Paragraph hebt hervor, dass der Fachbereich Medizin über die Verwendung des Zuschusses für Forschung und Lehre entscheidet.

Diese Neuorganisation der Finanzströme wurde lange eingefordert und kann als Fortschritt für die Fakultäten eingestuft werden. Wenn diese Regelung aber ernsthaft umgesetzt werden soll, sind auch entsprechende infrastrukturelle aufbau- und ablauforganisatorische Prozesse zu etablieren, die eine praktische Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe ermöglichen.

#### *3.3.3.1.3. AUFGABENGEBIETE DES KLINIKUMS*

In der aktuellen Grundordnung der Kölner Universität wird auf die zum 09.03.2006 abgeschlossene Kooperationsvereinbarung zwischen Klinikum und Universität verwiesen. In der Kooperationsvereinbarung sind wesentliche Aufgaben des Klinikums nochmals hervorgehoben. Laut Kooperationsvereinbarung dient das Klinikum der Medizinischen Fakultät der Universität zur Erfüllung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre. Es nimmt Aufgaben in der Krankenversorgung einschließlich der Hochleistungsmedizin und im öffentlichen Gesundheitswesen wahr. Es gewährleistet die Verbindung der Krankenversorgung mit Forschung und Lehre. Es dient der ärztlichen Fort- und Weiterbildung und der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals.

Das Universitätsklinikum arbeitet eng mit der Universität zusammen und unterstützt sie in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach §3 HG.<sup>249</sup>

Spezielle Aufgaben bestehen laut der Kölner Kooperationsvereinbarung auf folgenden Feldern:

1. Weiterentwicklung von Forschung und Lehre in einem lehr- und forschungsfreundlichen Klima und Schaffung hierfür geeigneter Rahmenbedingungen sowie von Anreizen zum Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit in Forschung und Lehre zwischen Vertreterinnen und Vertretern der klinischen, vorklinischen sowie der theoretischen Medizin und anderen Fächern der Universität
2. Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Krankenversorgung unter Berücksichtigung der Aufgaben der Medizinischen Fakultät in Forschung und Lehre. Dies gilt gleichermaßen für den stationären, vor- und nachstationären sowie den ambulanten Bereich
3. Zusammenarbeit in der Forschung und akademischen Lehre gemäß den Struktur- und Entwicklungsplänen von Universität und Medizinischer Fakultät
4. Zusammenarbeit in der Fort- und Weiterbildung des wissenschaftlichen Personals

Diese Regelungen ergeben sich aus den ehemaligen gesetzlichen Bestimmungen der Rechtsverordnung und des bis zum 31.12.2006 gültigen alten Landeshochschulgesetzes. Sie sind aber auch in die neuen gesetzlichen Bestimmungen eingeflossen.

Im Hochschulmedizingesetz ist hinsichtlich der Aufgabenstellungen des Klinikums nochmals hervorgehoben, dass laut Artikel 1 § 31a das Universitätsklinikum dem Fachbereich Medizin zur Erfüllung seiner Aufgaben in Forschung und Lehre dient. Es darf aber nicht vergessen werden, dass das Klinikum auch Aufgaben in der Krankenversorgung einschließlich der Hochschulmedizin und im öffentlichen Gesundheitswesen wahrnimmt.

Es hat daneben laut § 31a folgende weitere wichtige Aufgaben:

- Gewährleistung der Verbindung der Krankenversorgung mit Forschung und Lehre
- Durchführung der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals

Das Universitätsklinikum stellt daneben sicher, dass die Mitglieder der Universität die ihnen durch Artikel 5 Abs. 3 Satz 1 des Grundgesetzes und durch das Hochschulgesetz verbürgten Rechte wahrnehmen können.

In Artikel 3 des Hochschulmedizingesetzes, das die neue Rechtsverordnung für die Universitätskliniken von NRW zum Gegenstand hat, werden einige wesentliche Aufgaben, die bereits unter Artikel 1, §31 a HMG aufgeführt waren, nochmals hervorgehoben (Artikel 3, §2 Aufgaben). Dieser Artikel betont aber auch die enge Zusammenarbeit mit der Universität auf Grundlage einer Kooperationsvereinbarung.

Außerdem wird in §2 Abs. 7 dieses Artikels geregelt, dass sich das Klinikum zur Erfüllung seiner Aufgaben Dritter bedienen und daneben auch Unternehmen gründen oder sich an Unternehmen beteiligen kann.

Weiterhin ergeben sich zahlreiche spezifische Aufgaben und Kompetenzen für den Vorstand des Klinikums und den Aufsichtsrat sowie die einzelnen Hochschulgremien.

### 3.3.3.2. STRUKTUREN, KOMPETENZEN, VERFLECHTUNGEN UND ORGANISATIONSMODELLE UNIVERSITÄT - MEDIZINISCHE FAKULTÄT - KLINIKUM

#### 3.3.3.2.1. *VERFLECHTUNGEN, ENTSCHEIDUNGSGREMIEN, KOMPETENZEN UND STRUKTUREN*

Man sollte den Einfluss des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie (MIWFT) auch nach Einführung des sogenannten Hochschulfreiheitsgesetzes und des Hochschulmedizingesetzes nicht unterschätzen. Das Land hat sich zwar aus der Detailsteuerung herausgezogen, hat aber notfalls umfangreiche Möglichkeiten zur Intervention und steuert seinen Einfluss über Zielvereinbarungen und im Bedarfsfall über umfangreiche Datenerhebungen, wobei sich der damit verbundene verwaltungstechnische Arbeitsaufwand als noch umfangreicher herausstellen kann als in früheren Jahren. Bedenkt man, dass das Land nach wie vor haftet und die Gewährsträgerschaft übernimmt, ist das sogar sehr verständlich. Es sollte nur nicht verleugnet werden.

Die strategischen Ziele und Aufgaben der Hochschulen werden im Rahmen von Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit dem MIWFT geregelt (§6 HG). Die strategischen Ziele dienen als Grundlage für die hochschulübergreifenden Aufgabenverteilungen und Schwerpunktsetzungen sowie die hochschulindividuelle Profilbildung.

Notfalls kann das Ministerium nach Anhörung der Hochschule aber auch selbst Zielvorgaben für die zu erbringenden Leistungen festlegen (§6 HG).

Das Ministerium kann gemäß §8 HG zum Zwecke des Controllings, der Finanzierung, der Planung, der Evaluierung und der Statistik auch Daten bei den Hochschulen anfordern. Daten sind dem Ministerium kostenfrei zur Verfügung zu stellen und können durch das Ministerium weiterverarbeitet werden.

Das Ministerium bestellt auch die Mitglieder des Hochschulrates (§21 HG). Ein Großteil der Macht- und Steuerungsinstrumente sind aber auf die Organe auf Universitätsebene und Fachbereichsebene sowie des Klinikums verlagert worden, wobei diese Gremien auch schon vorher über umfangreiche Funktionen und Verantwortungsbereiche verfügten.

Nach neuem Recht übernimmt in NRW auf Universitätsebene jetzt der Hochschulrat, der in anderen Bundesländern auch als Landeshochschulrat, Universitätsrat oder Hochschulbeirat firmiert, die Macht. Das Kuratorium wurde abgeschafft. Zusätzlich wurde aber die Möglichkeit zur Bildung einer Fachbereichskonferenz etabliert.

Auf Fachbereichsebene sind die bestehenden Entscheidungsorgane, Dekanat, Dekan und Fachbereichsrat verblieben. Zahlreiche Kompetenzen wurden aber vom Fachbereichsrat auf das Dekanat übertragen.

Im Bereich des Klinikums sind nach wie vor Vorstand und Aufsichtsrat die entscheidenden Steuerungsinstanzen, wobei sich jedoch die Zusammensetzung der Gremien verändert hat.

Die Zusammensetzung der Gremien auf Universitäts- und Fachbereichsebene ist aus der folgenden Aufstellung ersichtlich:

<b>Gremium</b>	<b>Zusammensetzung</b>
<b>Universität</b>	
<b>Hochschulrat §21 HG</b>	- 6, 8 oder 10 Mitglieder nach Maßgabe der Grundordnung - insbesondere aus Wissenschaft, Kultur oder Wirtschaft - Grundordnung: Entweder sämtliche oder mindestens die Hälfte müssen externe Mitglieder sein (Bestellung MIWFT/5 Jahre)
<b>Präsidium/Rektorat §§ 15, 16, 17 HG</b>	Hauptberuflich: - Präsident(in)/Rektor(in) - Vorsitz - Vizepräsident(in)/Vizekanzler(in) : Wirtschaft/Personal - Weitere Vizepräsident(in)/Vizekanzler(in) gemäß GO Nichtberuflich: Sonstige Vizepräsidenten(innen)/Vizekanzler(innen) – Bestimmung durch Hochschulrat
<b>Präsident(in)/Rektor(in) § 18 HG</b>	Der Hochschulrat ernannt oder bestellt die Präsidentin oder den Präsidenten. Sie oder er ernannt oder bestellt die sonstigen Mitglieder des Präsidiums
<b>Senat § 22 HG</b>	Das Nähere zur Zusammensetzung, zur Amtszeit und zum Vorsitz regelt die Grundordnung (Abs. 2). Stimmberechtigte Mitglieder in Köln: 6 - Gruppe der Hochschullehrer (innen), 2 - Gruppe der akademischen Mitarbeiter (innen), 1 - Gruppe der weiteren Mitarbeiter(innen), 1 - Studierendenvertreter (in)
<b>Fachbereichskonferenz §23 HG</b>	- In Köln bezeichnet als Fakultätenkonferenz Laut Grundordnung kann eine Fachbereichskonferenz vorgesehen werden. Sie muss vorgesehen werden, wenn in der GO geregelt wurde, dass alle Mitglieder des Hochschulrates Externe sind. - Mitglieder sind die Dekaninnen oder Dekane der Fachbereiche
<b>Fachbereich</b>	
<b>Dekanat §27 Abs. 6 HG  §31 Abs. 2 HMG</b>	- Dekanin oder Dekan und eine in der Grundordnung festgelegte Anzahl von Prodekaninnen oder Prodekanen (Köln: bis zu 6, davon mindestens die Hälfte aus der Gruppe der Professoren) - Mitglieder des Dekanats sind auch die Ärztliche Direktorin/der Ärztliche Direktor (mit Stimmrecht als Mitglied der Universität) und die Kaufmännische Direktorin/der Kaufmännische Direktor(beratend)
<b>Dekan § 27 HG</b>	- Dekan (in) wird vom Fachbereichsrat gewählt - Die Grundordnung kann Leitung durch Dekanat vorsehen - Bei Beschlüssen Vetorecht der Dekanin/des Dekans (Abs. 6)

Auf Universitätsebene fallen dem Hochschulrat ähnliche umfangreiche Kompetenzen zu wie dem Aufsichtsrat auf Klinikumsebene. Einige der wichtigsten Aufgaben und Kompetenzen der Universitätsgremien sind in der folgenden Übersicht aufgeführt.

<b>Gremium</b>	<b>Kompetenzen/Funktion</b>
<b>Universität</b>	
<b>Hochschulrat §21 HG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wahl (Abwahl) der Mitglieder des Präsidiums/des Rektorats</li> <li>- Zustimmung zum Hochschulentwicklungsplan und zum Entwurf der Zielvereinbarung</li> <li>- Zustimmung zum Wirtschaftsplan, zur unternehmerischen Hochschultätigkeit</li> <li>- Stellungnahme zum Rechenschaftsbericht/zu den Evaluationsberichten</li> <li>- Allgemeine die gesamte Hochschule betreffende Stellungnahmen</li> <li>- Entlastung des Präsidiums/des Rektorats</li> </ul>
<b>Präsidium/Rektorat § 16 HG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leitung der Hochschule – alle Aufgaben außer Alternativregelungen</li> <li>- Entwurf und Ausführung des Hochschulentwicklungsplans</li> <li>- Durchführung der Evaluation – Abschluss von Zielvereinbarungen im Benehmen mit dem Senat, Vorbereitung der Senatssitzungen – Ausführung der Beschlüsse des Senats und Hochschulrats</li> </ul>
<b>Präsident(in)/Rektor(in) § 18 HG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertretung der Hochschule nach außen</li> <li>- Ausübung des Hausrechtes</li> <li>- Aufsichts- und Weisungsrecht in Lehr- und Prüfungsfragen (Dekane)</li> </ul>
<b>Senat § 22 HG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestätigung der Wahl/Empfehlung der Abwahl des Präsidiums</li> <li>- Stellungnahme zum jährlichen Bericht des Präsidiums</li> <li>- Erlass und Änderung von Ordnungen und Rahmenbedingungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen</li> <li>- Empfehlungen/Stellungnahmen: Hochschulentwicklungsplan, Zielvereinbarung, Evaluationsberichte, Wirtschaftsplan, Stellen- und Mittelverteilung</li> </ul>
<b>Fachbereichskonferenz</b>	Beratung des Präsidiums (Rektorats) und des Hochschulrats in Angelegenheiten, die die ganze Hochschule betreffen oder von grundsätzlicher Bedeutung sind.

Bei der Errichtung der Universitätskliniken als Anstalten des öffentlichen Rechts (ab 01.01.2001) wurde für jeden Standort eine eigene Rechtsverordnung (Errichtungsverordnung) erstellt. In Artikel 3 des HMG sind die alten Errichtungsverordnungen in eine Fassung zusammengeführt. Durch §6 (Satzung) können aber standortindividuelle Lösungen geschaffen werden.

Laut Artikel 1 des HMG wird der §31 Abs. 1 des HG wie folgt neu gefasst:

#### §31 Fachbereich Medizin

„(1) Der Fachbereich Medizin erfüllt seine Aufgaben in enger Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum. Entscheidungen in Berufungsverfahren und in anderen Angelegenheiten von Forschung, Lehre und Studium erfolgen im Einvernehmen mit dem Universitätsklinikum, soweit die Krankenversorgung und das öffentliche Gesundheitswesen betroffen sind. Das Einvernehmen in Berufungsverfahren darf nur verweigert werden, wenn begründete Zweifel an der Eignung der oder des Vorgeschlagenen für die im Universitätsklinikum zu erfüllenden Aufgaben bestehen.“

Einerseits wird mit dieser Bestimmung die Eigenständigkeit der Medizinischen Fakultät im Sinne des Kooperationsmodells nochmals gesetzlich verankert, auf der anderen Seite werden aber auch die engen Verflechtungen zum Klinikum betont, die auf informaler Ebene in vielen Bereichen ein gelebtes Integrationsmodell implizieren.

Artikel 3 des HMG beinhaltet die neue Rechtsverordnung für die Universitätsklinika in NRW und hat primär die Kompetenzen von Vorstand und Aufsichtsrat zum Gegenstand:

§ 2 Aufgaben

§ 3 Organe

§ 4 Aufsichtsrat

§ 5 Vorstand

§ 6 Klinikumskonferenz

Wichtige Bestimmungen bezüglich der Verflechtungen mit der Universität und dem Fachbereich Medizin sind u.a. in folgenden Regelungen zu sehen:

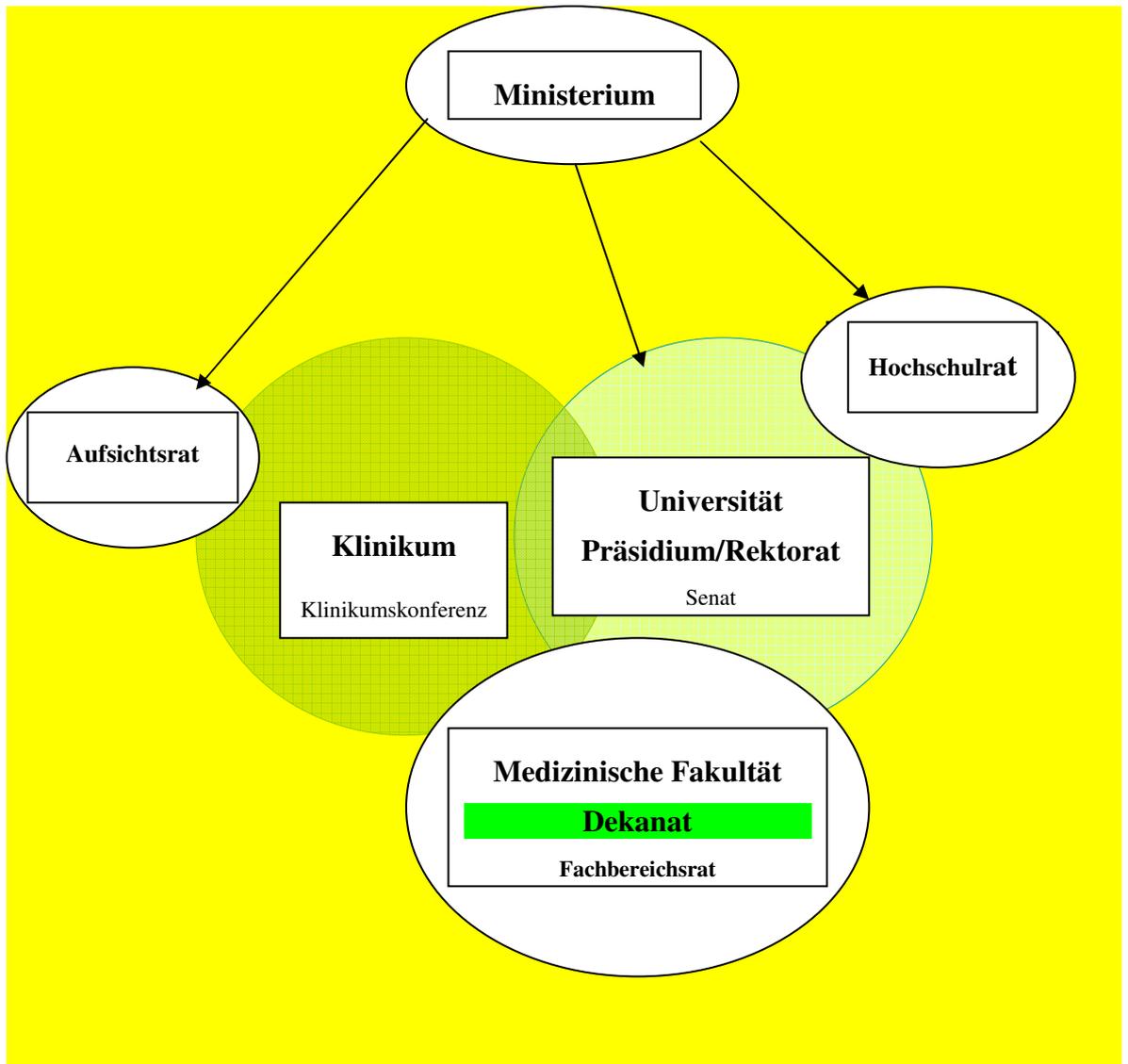
- Die Universitätsklinika sind rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts (§1)
- Das Universitätsklinikum dient dem Fachbereich Medizin der Universität zur Erfüllung seiner Aufgaben in Forschung und Lehre (§2 Abs. 1)
- Das Universitätsklinikum arbeitet eng mit der Universität auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung (§14) zusammen und unterstützt sie in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach §3 Hochschulgesetz (§2 Abs. 3)

§ 4 der neuen Rechtsverordnung regelt die Kompetenzen des Aufsichtsrates, der den Vorstand des Klinikums und dessen Geschäftsführung überwacht, aber auch mit umfangreichen Entscheidungskompetenzen ausgestattet ist. Dazu gehören u.a. die Beschlussfassung über den Wirtschaftsplan und die Feststellung des Jahresabschlusses sowie die Bestellung der Mitglieder des Vorstandes, wobei die Dekanin oder der Dekan hiervon ausgenommen ist.

Außergewöhnliche Rechtsgeschäfte, Maßnahmen und Regelungen bedürfen der Zustimmung durch den Aufsichtsrat. Aber auch der Kooperationsvereinbarung nach Artikel 3, §14 muss der Aufsichtsrat zustimmen.

Auf Hochschulebene kommen dem Hochschulrat, dessen Mitglieder vom MIWFT bestellt werden, ähnliche Aufgaben und Kompetenzen zu (§21 HG) wie dem Aufsichtsrat auf Klinikumsebene.

Die Zusammensetzung, die Funktion und Aufgabenorganisation des Hochschulrates in der heutigen Zeit ist jedoch nicht unumstritten. (Vgl. auch Kapitel 3.3.3.3.)



**Abbildung 8 - Grobstruktur der Hochschulmedizin**

Die Verwaltung des Klinikums übernimmt auf zahlreichen Feldern, außer den Arbeitsbereichen, welche die administrative Abwicklung von Verwaltungsangelegenheiten des Medizinischen Dekanats direkt berühren (wie Berufungsverfahren, Habilitation, Promotion, Gremienkoordination, Erstellung und Modifizierung von Ordnungen des Fachbereiches, Forschungsförderung und Forschungsberatung, Lehr- und Prüfungsorganisation) umfangreiche Service-Leistungen für die Medizinischen Fakultäten, die u.a. im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen geregelt werden.

Zu den Verwaltungsaufgaben, die von der Klinikumsverwaltung aufgrund der rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Medizinische Fakultät wahrgenommen werden, gehören folgende wichtige Dienstleistungsbereiche:

- Vertrags- und Versicherungsmanagement
- Servicefunktionen der Pressestelle
- Wirtschaftsplanerstellung – Unterstützung bei Finanzplanung und Steuerung für F+L
- Bereichscontrolling für die Institute und Kliniken
- Drittmittelverwaltung (in enger Kooperation mit der Medizinischen Fakultät)
- Einkaufs-Service inklusive Großgerätebeschaffung
- Forschungsflächenplanung – Struktur- und Bauplanung – Technik-Service
- Personalbewirtschaftung
- Trennungsrechnung

Bei den Verflechtungen und Kompetenzen zwischen Universität, Klinikum und Fachbereichsrat sind u.a. noch folgende Besonderheiten und Regelungen von Bedeutung:

- Die Präsidentin/der Präsident (Rektorin/Rektor) beruft die Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer auf Vorschlag des Fachbereichsrats. Änderungen oder die Anforderung eines neuen Berufungsvorschlages bleiben vorbehalten (§37 Abs. 1 HG)
- Mitglieder des Hochschulrates können nicht Mitglieder des Präsidiums, des Senats oder des Fachbereichsrates sein oder die Funktion der Dekanin oder des Dekans wahrnehmen. Auch die Mitglieder des Präsidiums/des Rektorats können nicht die Funktion der Dekanin oder des Dekans ausüben (§10 Abs.2 HG)
- Unter der Verantwortung eines Fachbereichs oder mehrerer Fachbereiche können wissenschaftliche Einrichtungen errichtet werden (§29 Abs. 1 HG)
- Die Hochschulen sollen bei der Forschungsplanung kooperieren und in regelmäßigen Zeitabständen über ihre Forschungsvorhaben und Forschungsschwerpunkte berichten (§70 HG)

Laut §76 des Landeshochschulgesetzes nimmt die Hochschule Aufgaben unter der Rechtsaufsicht des Ministeriums wahr. Der Erlass, die Änderung oder die Aufhebung der Grundordnung ist dem Ministerium unverzüglich anzuzeigen (Abs. 1).

In Absatz 2 von §76 HG werden die zusätzlichen Eingriffsmöglichkeiten des MIWFT neben den möglichen Datenerhebungen, dem Berichtswesen und den Zielvereinbarungen konkretisiert:

„Das Ministerium kann rechtswidrige Beschlüsse, Maßnahmen und Unterlassungen der Gremien, Funktionsträgerinnen und Funktionsträger der Hochschule unbeschadet der Verantwortung des Präsidiums sowie der Dekanin oder des Dekans beanstanden und Abhilfe verlangen. Die Beanstandung hat aufschiebende Wirkung. Kommt die Hochschule einer Aufsichtsmaßnahme nach Satz 1 nicht nach, so kann das Ministerium die beanstandeten Beschlüsse oder Maßnahmen aufheben oder anstelle der Hochschule das Erforderliche veranlassen.“

Der Fachbereich Medizin zeichnet sich dadurch aus, dass er in zentraler Weise mit der Universität, insbesondere mit der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät verbunden ist, aufgrund der sozioökonomischen Entwicklung aber auch Fragen der soziologischen und ökonomischen Fachgebiete zunehmend die Rahmenbedingungen, Forschungsfelder und Handlungsspielräume der Medizinischen Fakultäten determinieren.

Auf der anderen Seite bestehen aber auch untrennbare und unverzichtbare Verflechtungen zum Klinikum und der Krankenversorgung,

### 3.3.3.2.2. KOOPERATIONSMODELL – INTEGRATIONSMODELL

Bei der grundsätzlichen organisatorischen Verflechtung zwischen Universität, Medizinischer Fakultät und Klinikum werden das Integrationsmodell und das Kooperationsmodell unterschieden. Daneben wird in letzter Zeit auch von einem kooperativen Integrationsmodell gesprochen oder das gelebte Integrationsmodell trotz faktischem Kooperationsmodell propagiert.<sup>250</sup>

An den meisten Standorten wurde die Krankenversorgung durch die Etablierung eines Klinikums mit eigener Rechtsform von der Fakultät getrennt.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt bei der Entscheidung für dieses Kooperationsmodell war die Zielsetzung der Trennung der Finanzströme der Krankenversorgung von den Finanzmitteln für Forschung und Lehre, weil u.a. die Vermutung besteht, dass Mittel des Zuführungsbetrages zur Subventionierung defizitärer Krankenversorgung beitragen und nicht in genügender Weise für Forschung und Lehre Verwendung finden.

Die Standorte in Niedersachsen und Thüringen haben demgegenüber beispielsweise ein sogenanntes Integrationsmodell, in dem Forschung und Lehre und die Krankenversorgung eine Einheit bilden. Die Medizinischen Fakultäten sind in diesem Modell von der Universität weitgehend unabhängig und stellen praktisch eine Medizinische Hochschule dar.

Bei der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wird sogar von einem gemeinsam geführten Unternehmen mit den Produktlinien Forschung, Lehre und Krankenversorgung gesprochen.<sup>251</sup>

In NRW entschied sich das Land im Rahmen der Rechtsverordnung von 2000/2001 für ein Kooperationsmodell. Auch im neuen Hochschulmedizingesetz hat man sich, trotz gewünschter Richtungswechsel im Sinne der Wiedereinführung eines Integrationsmodells mit einem integrierten Vorstand unter akademischer Leitung, eindeutig für das Kooperationsmodell entschieden. Die diesbezüglichen grundlegenden Regelungen sind aus der Rechtsverordnung 2000/2001 in dem Gesetzestext des neuen Hochschulmedizingesetzes übernommen worden.

Der Wissenschaftsrat spricht sich für das Integrationsmodell aus und verweist dabei auf die klaren und schlanken Leitungsstrukturen sowie die Zusammenfassung von Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten für Forschung, Lehre und Krankenversorgung in einem einheitlichen Vorstand.<sup>252</sup>

Das Kooperationsmodell trennt die Entscheidungskompetenzen von Fakultät und Klinikum. Während Forschung und Lehre der Fakultät mit dem Dekanat und dem Fachbereichsrat zufallen, ist das Klinikum mit seinem Vorstandsgremium und dem Aufsichtsrat für die Krankenversorgung zuständig.

Die Abstimmung beim Kooperationsmodell ergibt sich durch die gegenseitige Beteiligung in den Leitungsorganen, durch förmliche Beteiligung an den Entscheidungen sowie über Vereinbarungen.

Während häufig lediglich ein Benehmen (das Bemühen um Einigung) im Mittelpunkt steht, wird bei Entscheidungen über das fachliche Spektrum, das Personal und die Organisation zumeist das förmliche Einvernehmen eingefordert.<sup>253</sup>

Auf dem Gebiet von Forschung und Lehre wird jedoch beispielsweise in NRW in den rechtlichen Bestimmungen hervorgehoben, dass das Einvernehmen mit dem Klinikum nur erforderlich ist, wenn die Krankenversorgung und das öffentliche Gesundheitswesen tangiert sind, wobei das Spektrum der Betroffenheit selbst Diskussionsgegenstand sein kann.

Die Entscheidungskompetenzen für Forschung und Lehre sowie für die Krankenversorgung sind im Integrationsmodell in einem einheitlichen Führungsgremium zusammengeführt. Das Integrationsmodell beinhaltet eine tendenzielle Loslösung aus der Universität verbunden mit der Verschmelzung zu einer eigenständigen Struktur mit dem Klinikum, in der Regel sogar zu einer eigenen Hochschule, so dass auch von einem Separationsmodell gesprochen werden kann.<sup>254</sup>

Das Integrationsmodell zeichnet sich durch gemeinsame Leitungsstrukturen aus. In den vorgeschlagenen Modellen der jüngsten Zeit sollte aber gewährleistet sein, dass der Primat von Forschung und Lehre in den Entscheidungsinstanzen gesichert ist.

Beim Integrationsmodell befinden sich Universitätskliniken mit der Fakultät in einer Rechtsform, als eigenständige Medizinische Hochschule oder als gemeinsame Gliedkörperschaft der Universität. Sie haben einen gemeinsamen Haushalt, eine einheitliche Personal- und Wirtschaftsführung, können aber eine differenzierte Mittelverteilung nach Leistungskriterien in Krankenversorgung und Forschung und Lehre etablieren.<sup>255</sup>

Das Integrationsmodell ist nur unter spezifischen Voraussetzungen denkbar: „Eine einheitliche Leitungsstruktur im Sinne des „Integrationsmodells“ ist nur möglich, wenn Klinikum und Fakultät Teile einer („gemeinsamen“) Einrichtung sind. Andernfalls kommt nur eine Kooperation von 2 grundsätzlich eigenständigen Leitungsstrukturen in Betracht. Universitäre Forschung und Lehre „gehören“ immer zu einer Universität. Sie können nicht herausgelöst und auf eine „Nicht-Universität“ wie das Klinikum übertragen werden. Gemeinsame Einrichtung kann daher nur die Universität oder ein Teil der Universität (Gliedkörperschaft) sein. Dagegen stehen Rechtsform und Zuordnung des Klinikums – auch die Einordnung in eine Hochschule – zur Disposition des Gesetzgebers. Ist ein Klinikum nicht Teil der Hochschule oder ihrer Gliedkörperschaft, kommt nur das „Kooperationsmodell“ in Betracht.“<sup>256</sup>

Das Integrationsmodell ist offensichtlich nur im Rahmen einer Medizinischen Hochschule, einer Gliedkörperschaft der Universität oder in einer noch zu entwickelnden neuartigen Rechtskonstruktion denkbar.

Die Medizinischen Fakultäten und die Universitätsklinika haben unterschiedliche Aufgaben, die von verschiedenartigen Geldgebern finanziert werden. Die Medizinischen Fakultäten sind zur Durchführung eines Teils der Forschung und Lehre auf die Krankenversorgung angewiesen. Aus diesen Verflechtungen ergeben sich zahlreiche Entscheidungsprozesse, die im Rahmen des Kooperationsmodells nur mit Rücksichtnahme auf den Partner für beide Seiten zufriedenstellend gelöst werden können.<sup>257</sup>

Aber auch im Rahmen eines Integrationsmodells können innerhalb der gemeinsamen Leitungsgremien Konflikte entstehen, die im Interesse von Forschung, Lehre und Krankenversorgung abgewogen werden müssen. Die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit auf integrativer als auch auf kooperativer Ebene besteht bei beiden Modellen. Die

Möglichkeit zur fruchtbaren Zusammenarbeit bietet auch ein als Integrationsmodell gelebtes Kooperationsmodell.

Es ist zu vermuten, dass nicht in erster Linie hierfür die bestehenden Organisationsmodelle vorrangig sind, sondern die Bereitschaft der Entscheidungsträger und Entscheidungsinstanzen zur kooperativen und integrativen Zusammenarbeit zur Förderung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung.

Für die Medizinischen Fakultäten ist die Wahrung der akademischen Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung mit einer engen Verknüpfung zur Gesamtuniversität von zentraler Bedeutung.

Unabhängig von Kooperationsmodell oder Integrationsmodell sollten aber Leitungsstrukturen und Steuerungsinstrumente etabliert werden, die im Bedarfsfall mehr Flexibilität und schnellere Reaktions- und Entscheidungsprozesse ermöglichen, wobei zumindest bei grundsätzlichen Entscheidungen sicherlich ein breites Entscheidungsspektrum für die demokratische Einbindung der Fakultätsorgane verbleibt und notwendig erscheint.

#### *3.3.3.2.3. RECHTSFORMMODELLE*

An den meisten Standorten in Deutschland wurde die Krankenversorgung über ein Klinikum mit eigener Rechtsform, z.B. Anstalt des Öffentlichen Rechts, von der Fakultät getrennt (Kooperationsmodell).

Diese Entwicklung wurde auch in den für NRW gültigen Rechtsverordnungen von 2000/2001 festgeschrieben. Zuvor waren die Universitätskliniken zumeist als unselbständige Anstalten rechtlich Teil der Universitäten und zugleich nachgeordnete Landesbehörden.

Im Rahmen des neuen Hochschulmedizingesetzes wurde am Kooperationsmodell grundsätzlich festgehalten, aber auch der Weg für neue Rechtsformen wie Stiftungen ermöglicht.

Eine schematische Gegenüberstellung der Rechtsformen ergibt folgende Grundformen.<sup>258</sup>

<u>Öffentlich-rechtlich</u>	<u>Privat</u>
- <i>Eigenbetrieb – nicht rechtsfähig</i>	- <i>e. V.</i>
- <i>Körperschaft</i>	- <i>Stiftung</i>
- <i>Stiftung</i>	- <i>GmbH</i>
- <i>Anstalt</i>	- <i>gemeinnützig</i>
	- <i>nicht gemeinnützig</i>
	- <i>AG</i>
	- <i>gemeinnützig</i>
	- <i>nicht gemeinnützig</i>

Denkbar sind Vollprivatisierungen (Marburg-Gießen), Teilprivatisierungen durch die Gründung eigener Tochtergesellschaften (z.B. gemeinnützige GmbH) oder öffentlich-private wirtschaftliche Kooperationen (ÖPP-Modelle, PPP-Modelle).

Eine weitere Unterscheidung kann in der Aufteilung öffentlicher Betriebe in privatrechtliche und nicht privatrechtliche Organisationstypen gesehen werden, wobei sich die nicht privatrechtlichen öffentlichen Betriebe in Betriebe mit und ohne eigene Rechtspersönlichkeit unterscheiden lassen.<sup>259</sup>

Mit eigener Rechtspersönlichkeit	Ohne eigene Rechtspersönlichkeit
öffentlich-rechtliche	reine Regiebetriebe
rechtsfähige	verselbständigte Regiebetriebe
- Anstalten öffentlichen Rechts	- Eigenbetrieb
- Stiftungen	- § 26 –BHO-Betriebe
	- autonome Wirtschaftskörper aufgrund besonderer Gesetze

In der heutigen Krankenhauslandschaft wird häufig unterstellt, dass private Klinik-Ketten auf folgenden Gebieten erfolgreicher arbeiten und strukturiert sind:

- Effizienterer Einsatz von Investitionen
- Reduzierung der durchschnittlichen Fallkosten durch Prozessoptimierung
- Spezifischere Patientenorientierung
- Bessere Kostenkontrolle und Controlling
- Höhere Spezialisierung – hohe Qualität
- Bessere Nutzung von Verbundstrukturen
- Verwaltungszentralisierung
- Professionellere Öffentlichkeitsarbeit

Grundsätzlich könnten aber auch Kliniken in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft auf diesen Feldern gleichgute Ergebnisse erzielen. Hinderlich sind insbesondere noch Nachteile bei Investitionsentscheidungen, die private Einrichtungen oftmals eigenständiger treffen können. Ein Universitätsklinikum muss zumeist aber auch ein breiteres Leistungsangebot vorhalten und einen umfangreicheren Versorgungsauftrag erfüllen und hat somit alleine schon deshalb Wettbewerbsnachteile, die kompensiert werden müssen.

Eine Alternative zu weiteren Voll- oder Teilprivatisierungen könnte laut Expertenmeinungen auch darin bestehen, verstärkt öffentlich-private Kooperationen insbesondere im Technologiesektor und gegebenenfalls auch im Bausektor anzustreben, um den Investitionsstau zurückzuführen.<sup>260</sup>

Der Wissenschaftsrat befürwortet eine Organisationsvielfalt, die Rechtsformen des öffentlichen und des privaten Rechts einschließt.<sup>261</sup> Die am meisten verbreitete Rechtsform ist die rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts. Kritiker sehen in der Anstaltsrechtsform eine Scheinreform. „Der Anstaltsmantel wurde einem kaum regierbaren und fast undurchschaubaren Konglomerat voller Besitzstandsfreude, Bequemlichkeit und Reformunlust übergeworfen. Mit der Verpflichtung auf den öffentlichen Dienst und seine Versorgungssysteme sowie der weiteren Kürzung der zuvor unzureichenden Investitionsmittel wurde ihre Zukunft zusätzlich belastet. Die Umwandlung in Anstalten war zum Teil ein Täuschungsmanöver“.<sup>262</sup>

Professionelle Berater weisen in der Regel auch darauf hin, dass in den Universitätsklinika unabhängig von der Betriebsorganisation Einsparungspotentiale nur umsetzbar sind, wenn kurzfristig umfassende Restrukturierungsprogramme aufgesetzt und das dafür verantwortliche Management mit den erforderlichen Durchgriffsrechten ausgestattet wird.

Man kann sich trotz des sicherlich notwendigen Reformbedarfs aber nicht des Eindrucks erwehren, dass einige Kritiken überzogen sind und einseitig den öffentlichen Dienst angreifen.

Bürokratismus und langwierige Entscheidungsprozesse sind auch in der Wirtschaft verbreitet. In vielen Fällen sind langsame aber richtige Entscheidungen auch besser als Schnellschüsse in die falsche Richtung, ohne bestreiten zu wollen, dass es überlegenswert ist, die Möglichkeiten für Eilentscheidungen im universitären Bereich für den Bedarfsfall auszuweiten.

Es ist zur Mode geworden, von Individualisierung und Flexibilisierung sowie von Dezentralisierung, Delegation und Enthierarchisierung zu reden. Bei den Zauberworten der Beraterzunft wie Restrukturierung und Reorientierung, Revitalisierung und Remodellisierung handelt es sich aber häufig auch um Moden und Mythen.<sup>263</sup>

Diese Prozesse werden begleitet von teilweise exotisch anmutenden Techniken des Managements wie z. B. Zero-Base-Budgeting, Kaizen, Total Quality Management (TQM), Target Costing, Time-Based Competition, Kanban, Poka-Yokes, etc.<sup>264</sup>

Bei der Suche nach effizienteren und effektiveren Steuerungsmodellen im Universitätsbereich ist in den letzten Jahren verstärkt das Stiftungsmodell in den Vordergrund getreten. Dieses Modell stellt eine interessante Variante der Rechtsformen dar.

Es ist aber umstritten, ob das Stiftungsmodell in Deutschland zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein generelles Erfolgsmodell sein kann. Fraglich ist auch, ob die Wahrung der Freiheit von Forschung und Lehre gewährleistet bleibt und ob die Abhängigkeitsverhältnisse nicht noch größer werden. Private Stiftungshochschulen sind in Deutschland zur Zeit eher ärmer als staatliche Hochschulen.

Das Statistische Bundesamt zählt derzeit 14 deutsche Stiftungshochschulen, zu denen neben fünf öffentlich-rechtlichen zwei Einrichtungen in kirchlicher sowie sieben in Trägerschaft bürgerlichen Rechts gehören.

Es gelten unterschiedliche Spielräume. Stiftungen öffentlichen Rechts werden vom Land per Gesetz errichtet. Sie können auch ohne größeres Stiftungsvermögen in die Zukunft starten und grundsätzlich vom Land auch jederzeit wieder aufgehoben werden.

Für Stiftungen des bürgerlichen Rechts erfolgt nur eine Genehmigung, wenn sie über ein Vermögen verfügen, das die dauerhafte Erfüllung des Stiftungszwecks sicherstellt. In vielen Dingen können sie autonomer agieren, z. B. bei der Besoldung der Mitarbeiter.

Öffentlich-rechtliche Stiftungsuniversitäten können auf Grundlage von Zielvereinbarungen mit dem Wissenschaftsministerium zu deren Umsetzung Finanzhilfen erhalten. Mit eventuellen Überschüssen können sie zumeist Rücklagen bilden.<sup>265</sup>

Die Universität Göttingen ist seit 2003 in eine rechtsfähige Stiftung öffentlichen Rechts überführt, wobei die Universitätsmedizin Göttingen eine eigene Teilstiftung darstellt. Sie kann trotz zahlreicher möglicher positiver Organisationsabläufe aber kein Vermögen vorweisen, wie es typische Stiftungsuniversitäten besitzen.<sup>266</sup>

#### 3.3.3.3. AUFBAU- UND ABLAUFORGANISATORISCHE PROBLEMSTELLUNGEN

Der Zuführungsbetrag für Lehre und Forschung soll zukünftig über die Universität direkt dem Fachbereich Medizin zugeleitet werden. Diese lange eingeforderte Regelung ist grundsätzlich begrüßenswert. Laut Artikel 3, §2 Abs. 4 des HMG werden die den Fachbereich Medizin betreffenden Verwaltungsaufgaben einschließlich der Personal- und Wirtschaftsverwaltung aber nach wie vor vom Universitätsklinikum wahrgenommen. Hier sind Mechanismen zu finden, welche die Verwendungszuständigkeit und Kontrolle der Mittelverwaltung seitens der Fakultät in zufriedenstellender Weise ermöglichen.

In Artikel 3, § 2 Abs. 3 HMG ist u.a. auch geregelt, dass Entscheidungen des Universitätsklinikums unbeschadet der Gesamtverantwortung der Universität (§26 Abs. 2 Satz 1 HG) im Einvernehmen mit dem Fachbereich Medizin erfolgen, soweit der Bereich von Forschung und Lehre betroffen ist. Kommt das Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet der Aufsichtsrat, wenn die Dekanin oder der Dekan dies beantragt. Fraglich ist, ob in diesen Entscheidungsprozess nicht auch Universitätsgremien wie der Hochschulrat einzubinden wären.

Erste empirische Untersuchungen zeigen, dass in Hochschulräten völlig unterschiedliche Vorstellungen über das Wesen der Universität herrschen (Ort der Reflexion, Produktionsstätte gesellschaftskritischen Wissens, Ort der Elitenbildung oder als privatwirtschaftlich zu steuernde Unternehmung). Häufig werden Hochschulräte auch als Fremdkörper und lediglich als Prüforgane betrachtet. Oft sind die Mitglieder von Hochschulräten über die Entscheidungsprozesse und die gesetzlichen Rahmenbedingungen nur unzureichend informiert. Die Aufgabenverteilung ist nicht selten zufällig und wird häufig den Pensionären zugeschoben.

Es gibt Hochschulräte, die ihre Funktion engagiert und zeitintensiv ausüben. Hierzu sind engagierte Pensionäre häufig besser in der Lage als überlastete noch im Berufsleben stehende Mitglieder von Hochschulräten.

Für eine ernsthafte Aufgabenerfüllung und zur Vorbeugung einer öffentlichen Demontage der Hochschulräte scheint eine Professionalisierung des Gremiums und seiner Entscheidungsprozesse sowie seiner Aufgabenverteilungen z.B. im Rahmen von Geschäftsordnungen und gemeinsamen Klausurtagungen dienlich zu sein.<sup>267</sup>

Das Ministerium hat im Bedarfsfall noch immer einen erheblichen direkten Einfluss auf die Medizinischen Fakultäten. Der bürokratische Arbeitsaufwand ist durch externe Evaluationen und Untersuchungskommissionen sowie die umfangreichen rechenschaftspflichtigen Zielvereinbarungen nicht kleiner geworden.

Durch die Rechtsformänderung und die Umwandlung der Universitätskliniken in rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts sind die Verflechtungen zwischen Medizinischer Fakultät, Klinikum und Universität komplexer geworden und erfordern grundsätzlich einen erhöhten Koordinierungs- und Kooperationsbedarf.

Systemimmanente Konfliktpotentiale resultieren u.a. aus der Überschneidung, dass die Medizinische Fakultät mit ihrem wissenschaftlichen Personal der Hochschule angehört, aber mit ihren Instituten, mit dem nichtwissenschaftlichen Personal und mit dem, was materiell dazugehört, grundsätzlich Teil des Universitätsklinikums (UK) ist.

Rollenkonflikte können für die nichtwissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dekanats entstehen, die sich eigentlich uneingeschränkt der Fakultät verpflichtet fühlen müssen, aufbauorganisatorisch aber zum Klinikum gehören.

Sowohl das Integrations- als auch das Kooperationsmodell haben Vor- und Nachteile. Ein Kooperationsmodell sollte aber weitgehend als Integrationsmodell gelebt werden. Daneben sind für den Konfliktfall angemessene zeitnahe Schlichtungsregelungen zu finden.

Auch in Nordrhein-Westfalen wurde die Möglichkeit der Stiftungsorganisationsform eröffnet. Aber auch hier sind genaue Überlegungen und Abwägungen zu treffen, auch wenn diese Bedenklichkeit heute häufig als Modernisierungshemmnis eingestuft wird. „Bedenksamkeit gilt als Schwäche, Sorgfalt als Bürokratisierung und Umsicht als Bedenkenträgerei.“<sup>268</sup>

Stiftungsuniversitäten tendieren zu einer Machtkonzentration, bei der die Selbstverwaltungsgremien an Einfluss verlieren und die Entscheidungskompetenzen fast ausschließlich nur noch beim Präsidium/Rektorat und dem Stiftungsrat liegen.

Es besteht auch die Gefahr, dass das Land die Finanzierung zurückfährt, aber das erhoffte private Geld ausbleibt, weil u.a. das Fundraising in Deutschland unterentwickelt ist und für deutsche Mäzene es nicht unbedingt üblich ist, ausgerechnet mit dem Staat verbundene Hochschulen zu unterstützen. Es soll Experten geben, die in Deutschland die Umwandlung einer staatlichen Universität in eine Stiftung zur Zeit für wenig

erfolgsversprechend halten. Das gleiche dürfte für die Universitätsklinikum gelten. Interessanter ist dann schon eher der Ausbau eines ziel- und zweckorientierten Fundraising sowie die Etablierung eines für Einzelzwecke vorgesehenen Stiftungswesens oder ein Stiftungsmodell, das die vorhandenen Risiken minimiert.

Auf theoretischer Ebene werden in NRW die unterschiedlichsten Modelle diskutiert, die auch Holding-Strukturen für die Universitätsklinikum vorsehen. Diese Gedanken sind in der Form von anzustrebenden „Soft-Holdings“ in die Gesetzgebung eingegangen. Hier besteht u.a. ein Problem darin, geeignete Wege zwischen der angestrebten Erhöhung des Wettbewerbs der Standorte bei dem gleichzeitigen Wunsch nach verstärkten Kooperationen insbesondere auch im Forschungssektor zu finden.

Es ist nicht verwunderlich, dass in der heutigen Organisationsdiskussion über die zukünftige organisatorische Gestaltung der Universitätsklinikum privatwirtschaftliche Wirtschaftsberatungsgesellschaften, die selbst Bestandteil des gewinnorientierten Wirtschaftssektors sind, in der Regel zu den vorher bekannten Empfehlungen kommen, wirtschaftlich interessante Bestandteile des universitären Bereichs wie Universitätsklinikum und die medizinische Forschung aus der Universität zu lösen und für Vermarktungsprozesse freizugeben, sei es in Form der Voll- oder der Teilprivatisierung.

#### ***3.3.4. Forschung und Lehre an den Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen und an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln***

Eine zentrale Zielsetzung der gegenwärtigen Landesregierung besteht darin, Nordrhein-Westfalen bis zum Jahr 2015 in Deutschland zum Innovationsland Nr. 1 zu machen. Die Hochschulen und Forschungseinrichtungen werden auf diesem Weg als zentrale Wachstumstreiber gesehen. Zu den 5 Zukunftsleitmärkten der von der Landesregierung beschlossenen Clusterstrategie gehört auch das Gebiet „Gesundheit“.<sup>269</sup>

Nordrhein-Westfalen hat gegenwärtig zwar die dichteste aber nicht unbedingt die beste Hochschullandschaft. Die Instrumente zur Förderung von Forschung und Lehre sind vielfältig und die einzelnen Standorte haben unterschiedliche Stärken und Besonderheiten.

Zentrale Instrumente zur Steuerung der Leistungen stellen Zielvereinbarungen und Methoden der Leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) auf Landes- und Fakultätsebene dar. Daneben stehen spezifische Forschungsförderungsmaßnahmen und die Schwerpunktbildung im Mittelpunkt der Betrachtung.

Im Bereich der Lehre sind neben zahlreichen Bemühungen auf dem Gebiet der Studienreform jetzt auch in NRW durch die 9. Novelle der Approbationsordnung ermöglichte Modellstudiengänge hinzugekommen.

Die Diskussion über die Qualität der Lehre sowie die angestrebte Schwerpunktförderung auf dem Gebiet der Forschung sind wie auch die Diskussion über die Organisation und Gestaltung der Universitätsklinika keine Erfindungen der Gegenwart.

Die frühere Landesforschungsministerin, Hannelore Kraft, bemängelte bereits, dass an vielen Medizinischen Fakultäten die gleichen Forschungsschwerpunkte bestehen. Die Fakultäten wurden bereits damals aufgefordert, nach Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten zu suchen.

Daneben diskutierte man auf Landesebene auch schon die Förderung der Spitzenmedizin und die Rechtsform der Klinika, wobei auch mögliche Privatisierungen oder Standortschließungen nicht von vornherein tabuisiert wurden. Auch die Einforderung von Strukturkonzepten und die Absprache von Zielvereinbarungen standen auf dem Themenkatalog. Alle Standorte, u.a. auch Köln im Februar 2004, wurden besucht.

Die Entwicklung hat in der letzten Zeit u.a. durch das Gutachten der sogenannten „Dichgans-Kommission“ sowie die Zielvereinbarungen der III. Generation und durch das neue Hochschulgesetz in der Fassung des Hochschulfreiheitsgesetzes, das seit dem 01.01.2008 noch durch das Hochschulmedizingesetz modifiziert worden ist, an Dynamik gewonnen. Insgesamt hatte Nordrhein-Westfalen zum Zeitpunkt des Dichgans-Gutachtens 7 Medizinische Fakultäten an staatlichen Universitäten mit 6 Universitätskliniken, wobei die Medizinische Fakultät Bochum über keine eigene Universitätsklinik verfügt.<sup>270</sup>

#### 3.3.4.1. GUTACHTEN UND ZIELVEREINBARUNGEN

Die gegenwärtige Hochschullandschaft in NRW wird in einem erheblichen Ausmaß von ökonomischen Beratungsgesellschaften (Berger), wissenschaftlichen Gutachten (Dichgans) und Zielvereinbarungen geprägt, die sich zwischenzeitlich in NRW in der III. Generation befinden und in weiteren Gutachten dargelegte Empfehlungen und Stellungnahmen des Wissenschaftsrates berücksichtigen.

Im ökonomischen Bereich ist u.a. das „Berger-Gutachten“ der Unternehmensberatungsgesellschaft Berger von Bedeutung, der neben McKinsey & Co. mit dem höchsten Marktanteil ausgewiesenen Unternehmensberatungsgesellschaft in Deutschland. Der öffentliche Dienst ist für diese privaten Beratungsgesellschaften ein lukrativer Zukunftsmarkt.

Bei den ökonomischen Gutachten geht es in erster Linie um die Universitätskliniken, um die Optimierung von Verwaltungsfunktionen, Kooperations- und Fusionsmöglichkeiten, die Etablierung universitätsübergreifender „Soft-Holdings“, aber auch um Grundsatzfragen, in welchem Umfang die Hochschulmedizin in NRW an den bisherigen Standorten etabliert sein muss. Wichtige Fragestellungen befassen sich auch mit Möglichkeiten der Teilprivatisierung bis zur Gesamtprivatisierung eines kompletten Klinikums.

Im wissenschaftlichen Bereich ist neben den Stellungnahmen des Wissenschaftsrates zur Hochschulmedizin in NRW das „Dichgans-Gutachten“ von zentraler Bedeutung, dessen Empfehlungen auch Eingang in die Zielvereinbarungen der III. Generation gefunden haben. Die Empfehlungen dieser vom Land 2005 eingesetzten Expertenkommission beziehen sich in erster Linie auf die Schwerpunktbildung, die Nachwuchsförderung und Vernetzungsstrategien.

Ende 1998 hatte das Wissenschaftsministerium eine erste Strukturkommission Hochschulmedizin eingesetzt. Die Empfehlungen dieser Kommission und die von den Fakultäten definierten Forschungsschwerpunkte fanden 2001 Eingang in die ersten Zielvereinbarungen für die Medizin, die als Teil der Allgemeinen Zielvereinbarungen der Universität mit dem Land eine Laufzeit bis Ende 2006 hatten.

Die Landesregierung war der Ansicht, dass ein weiterführendes Konzept nötig sei, das für jede Medizinische Fakultät konkrete Empfehlungen gibt und Förderungsmöglichkeiten für die Spitzenforschung aufzeigt.

Die „Dichgans-Expertenkommission“ wurde mit folgender Auftragsstellung für die nordrhein-westfälische Hochschulmedizin eingesetzt:

- Erarbeitung von Empfehlungen zur Sicherung der Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit
- Erarbeitung von Empfehlungen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung zukunftsfähiger Strukturen und zur stärkeren Profilbildung.<sup>271</sup>

Vertreter der Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforscher, die über Zukunftsentwicklungen des Gesundheitssystems und zukünftige Versorgungsstrukturen gegebenenfalls hilfreiche Beiträge hätten liefern können, waren an dieser Kommission offensichtlich nicht beteiligt.

Bei der Analyse und Bewertung der einzelnen Fächer hat sich die Kommission auf eine in den Jahren 2005 und 2006 erfolgte umfangreiche Erhebung der In- und Outputfaktoren der Medizinischen Fakultäten gestützt. Als Datenbasis diente das Jahr 2004, wobei u.a. abteilungsbezogene Forschungs- und Lehrbudgets und Personalressourcen, verausgabte Drittmittel, Promotionen, Habilitationen, Forschungsförderungsaktivitäten und im klinischen Bereich auch stationäre und ambulante Leistungskennzahlen im Mittelpunkt standen.<sup>272</sup>

Die Ergebnisse der „Dichgans-Kommission“ hatten einen wichtigen Einfluss auf die 2006 abgeschlossenen Zielvereinbarungen der III. Generation.

In der Betriebswirtschaftslehre ist die Führungsstiltheorie des „Management by Objectives“ schon seit Jahrzehnten von großer Bedeutung. Zielvereinbarungen sind seit den 90er Jahren auch wesentlicher Bestandteil des „New Public Management“ im öffentlichen Sektor. Als Voraussetzung für den Erfolg des „Führens durch Zielvereinbarung“ wird in der Fachliteratur u.a. aber eine detaillierte Planung aller Teilziele und eine umfassende Erfolgskontrolle angegeben.<sup>273</sup>

Häufig mutieren Zielvereinbarungen zu einseitigen Zielvorgaben, wobei in der Praxis hierzu gelegentlich keine andere Wahl bleibt, wenn wichtige Unternehmensziele erreicht werden müssen. Grundsätzlich sollten Zielvereinbarungen aber auf einem konstruktiven herrschaftsfreien Dialog mit gegenseitig vereinbarten Rechten und Pflichten basieren.

In der ersten Zielvereinbarung der Kölner Universität und des Universitätsklinikums mit dem Land NRW vom Juni 2002, deren Ablaufzeit auf Ende 2006 datiert war, verpflichtete sich die Medizinische Fakultät zur Umwidmung von etwa 7 Mio. € für Forschungsschwerpunkte und Forschungszwecke. Das Ministerium vereinbarte Garantien bezüglich des Zuführungsbetrages für die Laufzeit der Zielvereinbarung.

Die Medizinische Fakultät wollte die damaligen Forschungsschwerpunkte Herz- und Gefäßerkrankungen, Neurowissenschaften, Onkologie, Regulation von Abwehrmechanismen und Gesundheitsökonomie bis Ende 2006 stärken. Weitere wichtige Zielsetzungen der Kölner Medizinischen Fakultät waren der Ausbau des Koordinationszentrums für Klinische Studien, des Herzzentrums und des ZMMK (Zentrum für Molekulare Medizin Köln).

Eine weitere zentrale Zielsetzung bestand in der Planung der Einrichtung eines Zentrums für Versorgungsforschung (ZVFK), in dem zahlreiche interdisziplinäre Einrichtungen ihre wissenschaftliche und fachliche Kompetenz einbringen sollten.<sup>274</sup>

Bei der Zielvereinbarung II vom 16.03.2003 zwischen der Kölner Universität und dem Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen wurde darauf hingewiesen, dass die Regelungen der Zielvereinbarungen vom 14.06.2002 zur Medizinischen Fakultät und zum Universitätsklinikum unberührt bleiben und bis zum 31.12.2006 gelten.<sup>275</sup>

Die Zielvereinbarung II hatte folgenden Aufbau:

§ 1 Die Universität zu Köln,

§ 2 Profilbereiche und Innovation,

§ 3 Lehrerbildung,

§ 4 Internationales,

§ 5 Kooperationen und Transfer,

§ 6 Übergang zwischen Schule und Hochschule,

§ 7 Genderprofil,

§ 8 Strategisches Management,

§ 9 Leistungen des Landes,

§ 10 Controlling und Fristen

In diesen Zielvereinbarungen I und II wurden als Profilbereiche die Lebenswissenschaften und die engen Verknüpfungen des Instituts für Genetik mit klinischen Fächern der Medizinischen Fakultät sowie mit dem ZMMK besonders hervorgehoben, an dem neben der Medizinischen Fakultät auch die Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät beteiligt ist.

Die Zielvereinbarung III aus dem Jahr 2006 mit einer Laufzeit von 2007 bis 2010, die zwischen dem Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie (MIWFT) des Landes NRW und der Universität zu Köln abgeschlossen wurde, zeichnet sich durch umfangreiche detaillierte Gliederungs- und Inhaltsvorgaben aus und beinhaltet auch Fristen und Berichtspflichten (§ 25): Ein schriftlicher Zwischenbericht, der als Grundlage für Auswertungen und Gespräche mit den Hochschulen dienen soll, ist für den 01.09.2008 terminiert. Bei diesen Zielvereinbarungen wird erstmalig ausdrücklich von Ziel- und „Leistungsvereinbarungen“ gesprochen.

Die Ziel- und Leistungsvereinbarungen III haben folgende Grobstruktur und umfassen in Köln 22 Seiten:

Präambel

Leitbild der Hochschulen	§ 1
I. Ziele, Leistungen und Maßnahmen der Hochschule	§ 2 - § 13
II. Ziele, Leistungen und Maßnahmen der Hochschule im Bereich der Hochschulmedizin	§ 14 - § 21
III. Leistungen des Landes Nordrhein-Westfalen	§ 22 - § 24
IV. Ausführbestimmungen	§ 25

Wesentlicher Bestandteil auch dieser Zielvereinbarungen ist die Profilbildung und die Forschungs- und Schwerpunktförderung. Aber auch zahlreiche andere Themengebiete wie der Wissens- und Technologietransfer, das „Gender Mainstreaming“, die Internationalisierung, die Nachwuchsförderung und die Lehrerausbildung sind Gegenstand der Zielvereinbarungen.

Die Leistungen des Landes beziehen sich auf das Hochschulbudget und die leistungsorientierte Mittelverteilung (§ 22), den Innovationsfonds (§ 23) und infrastrukturelle Investitionen (§ 24).<sup>276</sup>

Zielvereinbarungen gewinnen inzwischen auch auf der Ebene von Vereinbarungen zwischen der Universität und den einzelnen Fakultäten zunehmende Bedeutung. Sie sind häufig mit finanziellen Sanktionen positiver oder negativer Art verbunden. Daneben werden verstärkt Zielvereinbarungen auf der internen Fakultätsebene eingeführt.

In der Kölner Kooperationsvereinbarung aus dem Jahr 2006 ist diesbezüglich vorgesehen, dass auf Grundlage der Trennungsrechnung zwischen den Entscheidungsträgern der Medizinischen Fakultät und den einzelnen Einrichtungen Vereinbarungen über die Leistungen auf dem Gebiet der Forschung und Lehre getroffen werden können.

Die Landesregierung hat die Ziel- und Leistungsvereinbarungen 2007 – 2010 zusammengefasst und in der folgenden wesentlichen Untergliederung veröffentlicht:<sup>277</sup>

- I. Hochschulen als Innovationsmotoren
- II. Innovationen im Hochschulsystem
- III. Finanzierung des Hochschulsystems
- IV. Ziel- und Leistungsvereinbarungen im Kontext einer freiheitlichen Hochschulpolitik
- V. Schwerpunkte der Ziel- und Leistungsvereinbarungen 2007-2010
  1. Lehre
  2. Forschung

Im Bereich der Forschung (V.2.) spielen die Clusterstrategie und die Cluster in Hochtechnologiebereichen eine zentrale Rolle.

Zu den 4 Clustern in Hochtechnologiebereichen gehören auch die Gebiete „Biotechnologie und medizinisch-pharmazeutische Biotechnologie“ und „Medizinforschung, Medizintechnik/Medizintechnologien“.

Das Land weist darauf hin, dass die Fachaufsicht aufgegeben worden ist. Den Ziel- und Leistungsvereinbarungen kommt nach Ansicht des Landes neben der Rechtsaufsicht und der Finanzierung eine wesentlich zentralere Rolle als in der Vergangenheit zu.

Im Rahmen von partnerschaftlichen Verabredungen sollen für einen definierten Zeitraum zwischen Hochschulen und dem Land Vereinbarungen getroffen und über die Erfüllung der übernommenen Verpflichtungen Rechenschaft abgelegt werden.

Die Ziel- und Leistungsvereinbarungen bilden die zentrale Schnittstelle zwischen Hochschule und Staat, was sich auch in der neuen Bezeichnung „Ziel- und Leistungsvereinbarungen“ (statt „Zielvereinbarung“) niederschlägt.<sup>278</sup>

Die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen geht von einer hohen Verbindlichkeit der im Rahmen der Ziel- und Leistungsvereinbarungen abgesprochenen Schwerpunkt- und Profilbildung aus.

„Die Medizinischen Fakultäten haben in den Ziel- und Leistungsvereinbarungen zusammen mit den Universitätskliniken vereinbart, klare wissenschaftliche Profile auszubilden und sich jeweils auf bestimmte Forschungs- und Förderschwerpunkte festzulegen. Dabei konzentrieren sich die Medizinischen Fakultäten auf die Forschungsschwerpunkte, die von der Expertenkommission Hochschulmedizin unter der Leitung von Professor Dichgans Ende des Jahres 2006 als solche bewertet worden sind.“<sup>279</sup>

Zielvereinbarungen können sicherlich ein angemessenes Instrument der Steuerung von leistungsorientierten Prozessen sein. Bei der gegenwärtigen Tiefe der konkreten Vorgaben und der Regelungsmechanismen muss aber darauf geachtet werden, dass diese Zielvereinbarungen nicht in erster Linie zur Grobsteuerung gewünschter landespolitischer Zielsetzungen dienen, sondern als unvermeidbare umzusetzende und zu überwachende Zielvorgaben begriffen werden, die wissenschaftliche Freiräume stärker einschränken als in vergangenen Jahren.

#### 3.3.4.2. FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE UND FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Die Diskussion über die Profilbildung und die angestrebten Schwerpunktbildungen wurden schon vor der jetzigen Landesregierung eingeleitet. Die jetzige Landesregierung stellt aber zumindest verbal die Bedeutung der Spitzenforschung auch für die wirtschaftliche Entwicklung des Landes noch stärker heraus.

Es wird die Ansicht vertreten, dass NRW auf einigen Gebieten Vorreiter- und Spitzenpositionen einnehmen soll, um das Ziel zu erreichen, Innovationsland Nr. 1 zu werden. Im Mittelpunkt der Forschungsaktivitäten sollen die vier Forschungs- und Technologiebereiche Biotechnologie, Energieforschung, Nanotechnologie/Neue Werkstoffe und Medizinforschung liegen. Die medizinische Forschung stellt somit ein Schlüsselement bei der Forschungsförderungsstrategie dar.<sup>280</sup>

Man kann einen Forschungsschwerpunkt in folgender Weise charakterisieren: „Er zeichnet sich durch wissenschaftliche Exzellenz, durch thematische Fokussierung unter Beteiligung mehrerer Einrichtungen und Arbeitsgruppen sowie durch die Einwerbung von Gruppenförderinstrumenten aus. Zu den Gruppenförderinstrumenten zählen typischerweise die koordinierten Programme der DFG oder des BMBF. Generelle Merkmale von Gruppenförderinstrumenten sind die Beteiligung verschiedener Einrichtungen und die über die reine Erzielung wissenschaftlicher Ergebnisse hinausgehende strukturelle Zielsetzung, z. B. Stärkung oder Aufbau von Forschungsprofilen, interdisziplinäre Vernetzung etc. (z. B. Sonderforschungsbereiche, DFG-Forschergruppen, klinische Forschergruppen).“<sup>281</sup>

Der Vorsitzende der „Dichgans-Kommission“, Johannes Dichgans, empfiehlt, an jeder Fakultät im optimalen Fall 3, höchstens aber 5 Schwerpunkte zu etablieren. Festzustellen seien aber bis zu 20 Schwerpunkte an den Fakultäten. Er vertritt daneben die Ansicht, dass eine Bemessung der Forschungstätigkeit und der Drittmittelinwerbung benötigt wird, diese Daten aber noch keine ausreichende Begründung für die Etablierung von Forschungsschwerpunkten seien.<sup>282</sup>

Die Dichgans-Kommission kam zu folgendem Ranking der Standort-Schwerpunkte.<sup>283</sup>

Standort	Schwerpunkte mit Ranking
Aachen	1) Medizin und Technik 2) Klinische Neurowissenschaften 3) Molekulare Krankheitsentstehung
Bochum	1) Neurowissenschaften 2) Molekulare Medizin und Proteomik 3) Gastroenterologische Onkologie 4) Infektiologie, Pulmologie (zur Zeit kein Forschungsschwerpunkt) 5) Kardiovaskuläre Medizin (zur Zeit kein Forschungsschwerpunkt) 6) Medizintechnik (zur Zeit kein Forschungsschwerpunkt)
Bonn	1) Genetische Medizin und Epidemiologie 2) Neurowissenschaften 3) Immunologie und Infektiologie 4) Hepato-Gastroenterologie 5) Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (zur Zeit kein Forschungsschwerpunkt)
Düsseldorf	1) Molekulare und Klinische Hepatologie 2) Umweltmedizin/Alternsforschung 3) Molekulare und klinische Neurowissenschaft 4) Kardiovaskuläre Forschung 5) Förderbereich Infektionsmedizin (zur Zeit kein Forschungsschwerpunkt)
Essen	1) Herz-Kreislauf 2) Onkologie 3) Transplantation 4) Querschnittsbereich Genetische Medizin (zur Zeit kein Forschungsschwerpunkt)
Köln	1) Mechanismen epithelialer und mesenchymaler Regeneration 2) Tumor und Abwehr 3) Herz- und Gefäßerkrankungen 4) Zentralnervensystem 5) Schwerpunkt in der Entwicklung „Molekulare Analyse und klinische Konsequenzen metabolischer Störungen“ (zur Zeit kein Forschungsschwerpunkt)
Münster	1) Entzündungsreaktionen und Transplantationen 2) Herz- und Gefäßmedizin 3) Tumormedizin 4) Neuromedizin 5) Reproduktionsmedizin sowie Prä- und Perinatale Medizin

**Tabelle 9: Medizinische Forschungsschwerpunkte an den NRW-Standorten**

Die Kommission betrachtete die Aspekte der thematischen Ausrichtung, der Struktur, der In- und Outputgrößen, der Nachwuchsförderung und der Entwicklung und Planung. Für die Anerkennung als Forschungsschwerpunkt galt eine Vielzahl zu erfüllender Kriterien. Bei der Bewertung griff man auf die Kategorien exzellent, sehr gut, gut und wenig sichtbar zurück.<sup>284</sup>

Einige der Forschungsschwerpunkte der einzelnen Standorte von Nordrhein-Westfalen haben zumindest in diesem Bundesland ein Alleinstellungsmerkmal. Daneben ist die Bedeutung der Schwerpunkte im Wandel begriffen, so dass ihr Stellenwert überprüfbar und veränderbar ist.

Das Gebiet „Molekulare Analyse und klinische Konsequenzen metabolischer Störungen“ hat sich in Köln inzwischen zu einem zentralen Schwerpunkt entwickelt.

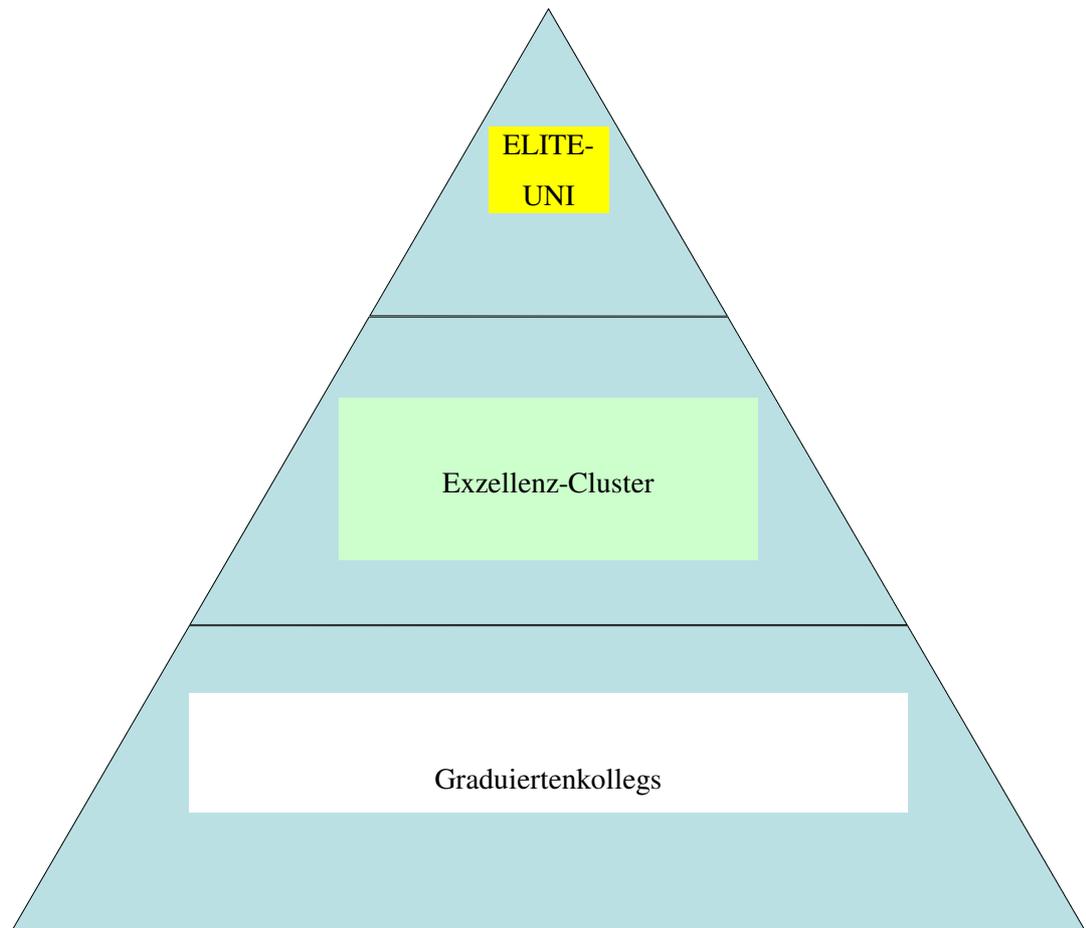
Die Schwerpunkte der Dichgans-Kommission sind elementarer Gegenstand der Zielvereinbarungen III zwischen der Universität und dem Land. Bei den Zielvereinbarungen I bis III der Kölner Fakultät standen bei den medizinisch orientierten Schwerpunkten von vornherein die Lebenswissenschaften im Mittelpunkt der Betrachtung. Die Kooperation zwischen der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät hat gerade in jüngster Zeit viele Erfolge aufzuweisen.

Die häufigsten genannten Schwerpunkte ohne Berücksichtigung ihrer Gewichtung sind in Deutschland nach einer Umfrage aus dem Jahre 2005 folgende Schwerpunkte:<sup>285</sup>

- Onkologie	21
- Neurowissenschaften	17
- Herz-/Kreislauf	15
- Entzündung u. Infektion	13
- Transplantationsmedizin	8
- Regenerative Medizin	3
- Molekulare Genetik	3

Zur Konzentrierung der Forschungsförderung war seit längerer Zeit auf Bundesebene eine sogenannte Exzellenzinitiative geplant. Diesbezüglich gab es zwischen der Universität zu Köln und dem damaligen Staatssekretär im Landesministerium für Wissenschaft und Forschung von NRW, Krebs, bereits im November 2004 Gespräche. Erstmals durchgeführt wurde diese bundesweite Initiative entgegen den ursprünglichen Planungen aber 2006.

Die Exzellenzinitiative besteht aus einem 3stufigen pyramidenförmigen Modell, wobei die Elite-Universitäten an der Spitze stehen, gefolgt auf der zweiten und dritten Ebene von den „Exzellenzclustern“ und den „Graduiertenkollegs“.



**Abbildung 9 - Stufen der Exzellenzinitiative**

Bei der ersten Runde der Exzellenzinitiative gingen die süddeutschen Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg als Sieger hervor. Den beiden Münchener Universitäten und der TH Karlsruhe wurde der Status „Elite-Universität“ zugewiesen. Das hochschulreichste Bundesland Nordrhein-Westfalen konnte nur einen Platz im Mittelfeld erzielen.<sup>286</sup>

Auffallend ist hierbei, dass die beiden südlichen Bundesländer im Gegensatz zu Nordrhein-Westfalen die Europäischen Forschungsförderungsvorgaben erfüllen, mindestens 3% des Bruttoinlandsproduktes bereitzustellen.

In der zweiten Runde der Exzellenzinitiative wurden im Oktober 2007 für NRW 1 Elite-Universität (Aachen), 4 Exzellenzcluster und 2 Graduiertenschulen beschlossen. Köln erhielt mit dem Exzellenz-Cluster „Cellular Stress Responses in Aging-Associated Diseases“ das einzige medizinisch orientierte Exzellenzcluster.

Daneben sind der Kölner Medizinischen Fakultät von insgesamt 7 in NRW auf Grundlage einer Begutachtung verteilten Schwerpunktprofessuren 2 Professuren für die Bereiche „Translational Genomics“ bei lymphatischen Neoplasien (Schwerpunkt Tumor und Abwehr) und „Molekulare Grundlagen metabolischer Erkrankungen und des Alterungsprozesses“ (Schwerpunkt in der Entwicklung – Molekulare Analyse und klinische Konsequenzen metabolischer Störungen) genehmigt worden.<sup>287</sup>

An den übrigen Standorten von Nordrhein-Westfalen wurden diese weiteren 5 Schwerpunktprofessuren befürwortet:

- Aachen: - Bildgeführte interventionelle Therapie
- Bonn: - Genomics Bioinformatics  
- Regulation von Immunfaktoren durch nicht kodierende RNA
- Münster: - Molekulare Grundlagen entzündlicher Ereignisse bei neurodegenerativen Erkrankungen  
- Molekulargenetik myokardialer Erkrankungen

Für diese medizinischen Schwerpunktprofessuren mit internationalem Profil sollen zusätzlich 24 Mio. € bereitgestellt werden.<sup>288</sup>

Wesentliche Impulse für die Forschungsförderung gehen in Köln vom ZMMK und vom Köln-Fortune-Programm aus, die zusammen über Finanzmittel in Höhe von etwa 7 Mio. € verfügen, wobei auf das Nachwuchsprogramm Köln-Fortune zur Zeit 2,3 Mio. € entfallen. Nachwuchsförderungsprogramme waren wie in Bonn (Bonfor) und Köln (Köln Fortune) auch an den anderen Standorten etabliert. Zwischen Köln und Bonn bestanden auf diesem Gebiet Kooperationen und gemeinsame Veranstaltungen.

Für das Jahr 2005 werden an den Standorten von Nordrhein-Westfalen für die Nachwuchsförderung die in der Tabelle aufgeführten Daten angegeben.<sup>289</sup>

	Aachen	Bochum	Bonn	Essen	Düsseldorf	Köln	Münster
Juniorprofessuren	2	12	0	0	0	0	1
Intern finanzierte Rotationsstellen	20	1,5	11	1	0	8	9
Extern finanzierte Rotationsstellen	1	10,5	8	3	0	0	0
Graduiertenkollegs der DFG	2	2	3	2	2	k.A.	1
Extern finanzierte Nachwuchsgruppen	0	1	7	0	0	1	1
Heisenberg-Stipendien	0	0	1	0	0	0	3
Marie-Curie-Maßnahmen	2	6	2	0	0	1	1

k.A.= keine Angaben

**Tabelle 10: Elemente der Nachwuchsförderung in NRW**

Im Zusammenhang mit der Nachwuchsförderung werden aber häufig auch in Nordrhein-Westfalen schlechte Karriereaussichten und fehlende Anreizsysteme wie eine Erhöhung der Dauerstellen oder eine finanzielle Gleichstellung gegenüber einer klinischen Karriere bemängelt.

Unter Experten besteht großes Einvernehmen, dass die Zukunftsperspektiven und Arbeitsbedingungen für akademisch orientierte Mediziner in Deutschland verbessert werden müssen, um den "Brainrain" talentierter Nachwuchskräfte in das Ausland zu verringern.

Die Nachwuchsförderung gehört zu den gesetzlichen Aufgaben der Universitäten. Eine zufriedenstellende Nachwuchsförderung ist für das Wissenschaftssystem von großem Wert und für die Zukunftsstrukturen unverzichtbar. In diesem Zusammenhang bestehen u.a. Bemühungen zur Etablierung von Graduiertenschulen, der Verbesserung der Rahmenbedingungen für Nachwuchsforschergruppen und der Förderung der Rückkehr des im Ausland forschenden wissenschaftlichen Spitzennachwuchses.<sup>290</sup>

Einige zukunftsweisende forschungspolitische Entwicklungen sind in Nordrhein-Westfalen eingeleitet worden, von denen auch der Kölner Standort profitiert hat. Hier kann man z. B. auf das Max-Planck-Institut für Alternsforschung und das einzige medizinisch orientierte Exzellenz-Cluster von Nordrhein-Westfalen „CECAD“ als auch die beiden 2008 für Köln bewilligten Schwerpunktprofessuren verweisen, wobei in NRW insgesamt 7 Schwerpunktprofessuren vergeben worden sind. Hinzugekommen ist in jüngster Zeit das deutsche Demenzzentrum mit Hauptstandort Bonn, eine gemeinsame Initiative der Universitäten Bonn und Köln sowie des Forschungszentrums Jülich. Die Köln-Bonner Region nimmt damit bezüglich der Alternsforschung in Deutschland eine Schlüsselfunktion ein. Aber auch an der Universität Düsseldorf hat die Alternsforschung einen großen Stellenwert.

An der Universität Köln besteht eine enge Kooperation zwischen der Medizinischen Fakultät und der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät vor allem auch im Bereich der Lebenswissenschaften. Diese Kooperation verdeutlicht und manifestiert sich in den interfakultativen Zentren Zentrum für Molekulare Medizin Köln (ZMMK) und dem Cologne Center for Genomics (CCG). Daneben bestehen enge Verbindungen zu den naheliegenden Max-Planck-Instituten und dem Forschungszentrum Jülich. Ein wesentliches Ziel der Medizinischen Fakultät der Universität Köln besteht darin, medizinische Spitzenforschung auf einem international konkurrenzfähigen Niveau zu gewährleisten und die Forschungsergebnisse möglichst kurzfristig zum Nutzen von Patienten umzusetzen.<sup>291</sup>

Die Max-Planck-Gesellschaft gründet mit dem Institut für Biologie des Alterns ihre vierte wissenschaftliche Einrichtung in Köln. Nach Ansicht des Landes bringt das neue Institut NRW als Standort für Biowissenschaften und Medizinforschung sehr weit voran.

In Köln hat sich daneben ein Arbeitskreis zum Ausbau und zur Stärkung des Medizin- und Gesundheitsstandortes Köln gebildet, an dem auch die Medizinische Fakultät beteiligt ist. Ein Aufgabengebiet besteht in der Vernetzung und Förderung der Spitzenmedizin in Köln und Umgebung.

Das Land will die Spitzenforschung in Höhe von 25% der Gesamtmittel für die Exzellenzinitiative flankierend unterstützen und die in den Auswahlverfahren 2006 und 2007 erfolgreichen Universitäten hiermit belohnen. Die nordrhein-westfälischen Universitäten können bis 2010 angeblich mit weiteren mindestens 200 Mio. € aus der Bundes- und Landesförderung rechnen.<sup>292</sup>

Der Wissenschaftsrat empfiehlt im Zusammenhang mit der Ausgestaltung unterschiedlicher Profile mit besonderer Kompetenz ausgestattete Alleinstellungsmerkmale zu generieren. Hierbei sollen auch Themen an der Schnittstelle von Gesellschaft und Medizin mit besonderer Berücksichtigung der demographischen und epidemiologischen Entwicklungen und den damit veränderten Anforderungsprofilen an die medizinischen Versorgungsstrukturen einen verstärkten Stellenwert erhalten.<sup>293</sup>

#### 3.3.4.3. STUDIENREFORM – MODELLSTUDIENGÄNGE

Die Diskussion um die „Qualität der Lehre“ in der Medizin lässt sich in Deutschland schon Jahrzehnte zurückverfolgen. In Nordrhein-Westfalen wurde die Diskussion in den 90er Jahren durch das Aktionsprogramm „Qualität der Lehre“ vorangetrieben, dessen Fortschritte in einer Zwischenbilanz evaluiert worden sind.<sup>294</sup>

Zu dieser Thematik wurden auch jährliche Kongresse im deutschsprachigen Raum der „Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)“ durchgeführt, von denen einige mit großer Resonanz in Köln stattfanden. Ausgangspunkt der Reformbemühungen waren u.a. festgestellte hohe Grade der Unzufriedenheit mit der medizinischen Ausbildung sowie der Wunsch nach einer verstärkten Praxisorientierung und fachlichen sowie vorklinischen/klinischen Verflechtung der Ausbildungsinhalte.<sup>295</sup>

Wesentliche ausbildungspolitische Bausteine waren der Kleingruppenunterricht und die Einführung von Blockpraktika. In Köln stand bei der ersten Studienreform der Klinische

Abschnitt im Mittelpunkt, wobei als Orientierungsrahmen das „Münsteraner Modell“ diente, das sich u.a. durch eine intensive Einführung des Kleingruppenunterrichts und von Blockpraktika in den Klinischen Abschnitten des Medizinstudiums auszeichnete. Wichtige weitere Elemente waren der fächerübergreifende und problemorientierte Unterricht.<sup>296</sup> Ein zentrales Element bildete ein „Blockpraktika-Rotationsmodell“ im fünften klinischen Semester, das die Umsetzung des Kleingruppenunterrichts und der Blockpraktika auch mit Rücksicht auf die klinischen Erfordernisse und Engpässe umsetzbar machen sollte.<sup>297</sup>

Durch die neue Approbationsordnung (9. Novelle) wurde neben der Ermöglichung der Einführung von Modellstudiengängen auch die Prüfungshoheit weitgehend auf die Universitäten verlagert.

Die Dichgans-Kommission hat für das Jahr 2004 für die Situation der Lehre in der Hochschulmedizin von Nordrhein-Westfalen die sich aus der folgenden Tabelle ergebenden Grunddaten erhoben.<sup>298</sup>

Standort	Studienanfänger (2004/2005)	Studierende (2004/2005)	Absolventen Prüfungsjahr 2004	(Prüfungsergebnisse)	
				Vorprüfung (Standardwerte)	2. Abschnitt (Standardwerte)
Aachen	257	2.182	227	500	507
Bochum	313	1.970	221	500	455
Bonn	243	2.022	251	504	478
Düsseldorf	355	2.740	240	461	488
Essen	161	1.689	247	477	472
Köln	317	2.689	356	490	493
Münster	288	2.241	266	493	492
Gesamt	1.934	15.533	1.808		
Mittelwert	276	2.219	258	489	484

**Tabelle 11: Studierende und Prüfungsergebnisse 2004 in NRW**

Die Kölner Fakultät konnte die höchste Zahl an Absolventen ausweisen und lag bei den Prüfungsergebnissen in NRW über dem Mittelwert.

Besonderer Nachholbedarf bestand im Erhebungszeitraum bezüglich der Prüfungsergebnisse auch im bundesweiten Vergleich im klinischen Bereich beim Standort Bochum und im vorklinischen Bereich beim Standort Düsseldorf. Ein besonderes Problem der Kölner Fakultät waren die langen Studienzeiten. Der Standort Münster zeichnet sich innerhalb von NRW durch gute Prüfungsergebnisse und vergleichsweise kurze Studienzeiten aus.<sup>299</sup>

Bedauerlicherweise finden sich die Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen bei den Ärztlichen Vorprüfungen im bundesweiten Vergleich im schwächsten Leistungsdrittel wieder. 2006 war aber an fast allen Fakultäten in NRW eine deutliche Steigerung der Prüfungsleistungen für diesen Abschnitt feststellbar.

Insbesondere für Bochum und Essen wird von der Dichgans-Kommission eine Verbesserung der klinischen Ausbildung festgestellt. Ein erheblicher genereller Verbesserungsbedarf besteht nach Ansicht der Dichgans-Kommission für den Untersuchungsraum im vorklinischen Sektor in Düsseldorf.

Alle Fakultäten stellen sich aber den Zukunftsanforderungen für eine verbesserte Lehre, wobei primär die Verzahnung von Vorklinik und Klinik sowie die unterschiedliche Gestaltung von Modulen des problemorientierten Lernens im Mittelpunkt stehen.

In den letzten Jahren wurden daneben auf dem Gebiet der Bewertung des Studienstandortes in umfassender Weise „Benchmarking-“ und „Ranking-Verfahren“ eingeführt. Zahlreiche Veröffentlichungen in den Zeitschriftenmedien Focus, Spiegel, Stern und „Die Zeit“ verwirren möglicherweise mehr als sie klären und die Ergebnisse sind teilweise sehr heterogen. Eine besondere Bedeutung für die Universitäten, auch hinsichtlich von Mittelverteilungen, hat das sogenannte „CHE-HochschulRanking“ des Centrums für Hochschulentwicklung (CHE).

Nach der modifizierten Approbationsordnung ist es möglich, dass die Fakultäten Modellstudiengänge einrichten. Die Modellstudiengänge haben die Regelstudiengänge an einigen Standorten vollständig ersetzt.

Die Leistungen der Modellstudiengänge sollen frühzeitig gemessen werden. Die Kommission empfiehlt deshalb studienbegleitende und fakultätsübergreifende Leistungskontrollen.<sup>300</sup>

Bei den Modellstudiengängen nehmen „Progressions-Tests“ zur Leistungskontrolle eine zentrale Rolle ein. Ein fakultätsübergreifender Leistungsvergleich wird für Aachen, Bochum und Köln erst zum Ende des Studiums anhand des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung möglich sein.

Im Jahr 2005 haben in NRW Aachen, Bochum und Köln sowie Witten-Herdecke einen Modellstudiengang eingeführt.<sup>301</sup>

Die Charakterisierung der Modellstudiengänge laut Landkarte Hochschulmedizin in Aachen, Bochum und Köln ist aus folgender Aufstellung ersichtlich:

Fakultät	Modellstudiengang für die Humanmedizin nach Approbationsordnung AO
Aachen	<p>Im WS 2003/2004 eingeführt, damit läuft der Regelstudiengang Humanmedizin aus. Im Modellstudiengang ist die Grenze Vorklinik-Klinik aufgehoben.</p> <p>Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interdisziplinäre Gliederung des Medizinstudiums</li> <li>- organzentrierte Einteilung der Unterrichtsfächer</li> <li>- Möglichkeit, eigene Qualifikationsschwerpunkte zu setzen</li> <li>- klinische Inhalte (mit Patientenkontakt) vorgezogen</li> <li>- keine bundeseinheitliche Prüfung nach vier Semestern</li> <li>- frühestens nach dem 6. und nach dem 10. Semester jeweils eine zusammenfassende Universitätsprüfung: die Ärztliche Basisprüfung und die Klinische Kompetenzprüfung</li> <li>- breite Auswahl an Wahlpflichtveranstaltungen, dadurch individuelles Qualifikationsprofil (IQ) als Studienziel möglich (z. B. Prüfungsarzt zur Mitwirkung an klinischen Studien, Schwerpunkt in Zellbiologie - Humangenetik oder Gesundheitsmanagement)</li> </ul>
Bochum	<p>Seit WS 2003/2004 bietet die RUB neben dem reformierten Regelstudiengang einen Modellstudiengang Medizin an.</p> <p>Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufhebung der Einteilung in vorklinischen und klinischen Abschnitt</li> <li>- Integration grundlagenwissenschaftlicher, klinisch-theoretischer und klinischer Aspekte</li> <li>- Anwendung neuer problemorientierter und fächerübergreifender Lehr- und Lernformen</li> <li>- Einführung neuer Prüfungsformen</li> <li>- besondere Akzente: 1. Gesundheitsökonomie, 2. Ärztliche Interaktion, 3. Medizinische Ethik</li> </ul>
Köln	<p>An der Medizinischen Fakultät der Universität findet das Studium der Humanmedizin seit dem Wintersemester 2003/2004 als „Modellstudiengang“ statt.</p> <p>Modellstudiengang bedeutet, dass sich die Ausbildung in einigen wesentlichen Elementen von der der übrigen deutschen Studierenden unterscheidet (beispielsweise der Art der „Zwischenprüfung“).</p>

**Tabelle 12: Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen**

Der Kölner Modellstudiengang hat mehr zu bieten als in der Tabelle dokumentiert wird. Er stellt einen Versuch dar, sich an die international führende Hochschulkonkurrenz anzunähern. Im Mittelpunkt stehen Kompetenzfelder, in denen Themen fächerübergreifend vermittelt werden. Zentrum bildet der Patient und nicht mehr das Fach. Mit Hilfe der Kompetenzfelder soll ein problemorientiertes Lernen ermöglicht werden. Zur Leistungs- und Lernfortschrittskontrolle werden während des Studiums u.a. regelmäßige Progressionstests durchgeführt. Bestandteil des Modellstudiengangs sind auch externe Evaluationen.<sup>302</sup>

Neben der Humanmedizin und der Zahnmedizin werden in der Landkarte Hochschulmedizin für die NRW-Standorte im Jahr 2005 auch sonstige Studiengänge aufgeführt, die aus der folgenden Aufstellung ersichtlich sind. Köln (308) hatte nach Heidelberg (388) bundesweit die meisten Studierenden in diesen Fächern.<sup>303</sup>

Fakultät	Sonstige Studiengänge
Aachen	Biomedical Engineering, Lehr- und Forschungslogopädie
Bochum	Theoretische Medizin
Bonn	Molekulare Biomedizin, Molekulare Biotechnologie
Düsseldorf	Public Health
Köln	Gesundheitsökonomie, Neurowissenschaften, Environmental Sciences, Molekulare Medizin

**Tabelle 13: Sonstige Studiengänge in NRW**

Im Rahmen der Zielvereinbarungen der III. Generation wurden auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf dem Gebiet der Lehre vereinbart. Zielsetzungen sind die Verkürzung der Studiendauer und die Verbesserung der Prüfungsergebnisse. Die Kölner Universität will das Qualitätsmanagement u.a. durch ein Monitoring-System ausbauen, bei dem die Berichterstattung über die Verwendung der Studiengebühren und die Verbesserung der Lehre im Mittelpunkt stehen.

Einige Standorte in NRW zählen zu ihren Forschungsschwerpunkten auch die Bildungsforschung. Die Universität zu Köln beabsichtigt, einen Schwerpunkt Empirische Bildungs- und Lernforschung aufzubauen.<sup>304</sup>

Von mehreren Interessenverbänden in der Hochschulmedizin wird gegenwärtig nach der Exzellenzinitiative für die Forschung nun auch eine Exzellenzinitiative für die Lehre eingefordert. Gegenstand der Studienreformbemühungen waren in den vergangenen Jahren in erster Linie eine Verknüpfung der vorklinischen und klinischen Studieninhalte, die Erweiterung der Praxisnähe des Studiums und die Verbesserung der Vorbereitung auf die allgemeinen Anforderungen an den Alltag inklusive der Verbesserung der Arzt-/Patientenkommunikation.

Eine erfreuliche Entwicklung ist in der auf Initiative der NRW-Studiendekane erfolgten Gründung der „Landesakademie für Medizinische Ausbildung NRW“ zu sehen.

#### 3.3.4.4. ZUFÜHRUNGSBETRAG UND LEISTUNGSORIENTIERTE MITTELVERGABE (LOM)

Für seine 7 Medizinischen Fakultäten wendete das Land 2004 einschließlich der Zahnmedizin für den Zuführungsbetrag für Lehre und Forschung 575 Mio. € auf. Hinzu kamen Investitionsmittel für Gebäude und Großgeräte in Höhe von etwa 223 Mio. € und etwa 35 Mio. € Zuschüsse für betriebsnotwendige Kosten für die Universitätskliniken.

In Köln beträgt der Anteil des Zuführungsbetrages am Gesamtbudget 2007 etwa 25%. Auf Landesebene wurden im Jahr 2007 vom Zuführungsbetrag 10% über leistungsorientierte Parameter verteilt. Während die parametergesteuerte leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) auf Landesebene bereits seit 1999 eingeführt ist, befindet sich die interne LOM an vielen Standorten noch in der Entwicklung. Eine Erhöhung des LOM-Anteils ist auf Landesebene in Planung.

Das Dichgans-Gutachten weist für das Jahr 2004 für den Bereich Finanzen die in der folgenden Auflistung dargelegten Grunddaten aus.<sup>305</sup>

Finanzen Standort	Zuführung L+F (o. Zahnmedizin)	Zahnmedizin	Zuführung L+F (Gesamt)	Ergebnis LOM
Aachen	75.781.797	7.369.803	83.151.600	-2.152.700
Bochum	30.000.904	2.758.278	32.759.182	1.019.100
Bonn	72.820.649	9.289.051	82.109.700	384.300
Düsseldorf	91.587.567	10.214.533	101.802.100	-618.200
Essen	77.579.009	0	77.579.000	-269.500
Köln	87.400.162	5.840.038	93.240.200	-55.700
Münster	99.360.388	4.057.212	103.417.600	1.692.600
Gesamt	534.530.477		574.059.382	
Mittelwert	76.361.497		82.008.483	

**Tabelle 14: Zuführungsbetrag und LOM 2004 in NRW (alle Beträge in €)**

Auffallend für den Standort Köln ist der relativ geringe Anteil der Kosten für die Zahnmedizin. Er betrug 2004 in Köln nur etwa 5,85 Mio. €. An anderen Standorten sind diesbezüglich bis zu mehr als 10 Mio. € ausgewiesen.

Im Verhältnis zu den Studienanfängern (2004/2005) haben Bonn, Münster und Aachen 2004 annähernd identische relativ hohe Zuführungsbeträge. Köln und Düsseldorf müssen sich diesbezüglich mit weniger Finanzmitteln begnügen. Köln hat auch bezüglich der Absolventen den mit Abstand geringsten Zuführungsbetrag. Bochum verfügt über keine eigene Universitätsklinik und ist somit nicht vergleichbar.

Standort	Zuführungs- Betrag €	Studierende			Zuführungs-Betrag pro Student		
		I	II	III	€	€	€
Aachen	83.151.600	257	2182	227	323.547	38.108	366.307
Bochum	32.759.182	313	1970	221	104.662	16.629	148.232
Bonn	82.109.700	243	2022	251	337.900	40.608	327.130
Düsseldorf	101.802.100	355	2740	240	286.766	37.154	424.175
Essen	77.579.000	161	1689	247	481.857	45.932	314.085
Köln	93.240.200	317	2689	356	294.133	34.675	261.911
Münster	103.417.600	288	2241	266	359.089	46.148	388.788
Gesamt	574.059.382	1934	15533	1808	296.825	36.957	317.511
Mittelwert	82.008.483	276	2219	258			

I: Studienanfänger (2004/2005), II: Studierende (2004/2005), III: Absolventen  
(Prüfungsjahr 2004)

**Tabelle 15: Zuführungsbetrag pro Student 2004 in NRW**

Mit der leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) sollen Anreize für bessere Leistungen in Forschung, Lehre und Drittmittelerwerb gegeben werden, insbesondere auch für die Förderung und Steuerung von Forschungsschwerpunkten. Erfolgreiche und erfolgversprechende Aktivitäten sollen unterstützt und belohnt werden. Daneben steht aber auch die Umlenkung von Ressourcen von leistungsschwachen Bereichen in leistungsstarke Einrichtungen.

Grundsätzlich kann man die externe LOM auf Landesebene (ex-post-Verfahren) und die interne LOM auf Fakultätsebene (ex-ante-Verfahren) unterscheiden, wobei für die interne LOM die Landesparameter häufig als Orientierungsrahmen dienen.<sup>306</sup>

Bei der leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) sind zu unterscheiden:

- 1.) das Antragsverfahren (Begutachtung)
- 2.) die Bonusförderung (z.B. finanzielle Belohnung für Drittmittelwerbungen und Publikationen)
- 3.) die Umverteilung von Ressourcen anhand von Leistungsindikatoren (Parametersteuerung)

Die Ressourcen-Umverteilung wird häufig als LOM im engeren Sinne verstanden und von der Dichgans-Kommission und dem Wissenschaftsrat bevorzugt. Methoden zur Implementierung einer umfassenden LOM, die auch eine gezielte Ressourcenumverteilung vorsehen, werden zur Zeit an vielen Standorten in NRW entwickelt oder weiterentwickelt. 2004 hatte die leistungsorientierte Mittelvergabe durch Ressourcenumverteilung an den von der Dichgans-Kommission untersuchten NRW-Standorten noch keinen hohen Stellenwert.<sup>307</sup>

Es gibt inzwischen vielfältige Methoden und Verfahren, die Leistungen und Wirkungen im Bereich der Forschung zu bemessen. Die einschlägigen Leistungsindikatoren sind jedoch die „Drittmittel“ und die „Publikationen“, diese bemessen nach Impact-Factor-Punkten. Zur Beurteilung der Leistungen im Wissens- und Technologietransfer werden daneben häufig Patente als Bemessungsgrundlage verwendet.

Im Bereich der Lehre dienten in der Vergangenheit die Prüfungsergebnisse als Indikator. Eine Modifizierung und Weiterentwicklung dieser Indikatoren für die Lehre ist in der Diskussion.

Auf Landesebene in NRW gelten die Parameter Forschung, Lehre und Gleichstellung. Der Parameter Forschung hat einen Gesamtanteil von 75% an der LOM und ist nochmals in die Bereiche Publikationen (Bewertungsgrundlage durch Impact-Faktoren) mit 60% und Drittmittel mit 40% unterteilt. Bei den Drittmitteln spielen die DFG-Drittmittel eine herausragende Rolle. Die leistungsorientierte Mittelvergabe des Landes wird für die Medizinischen Fakultäten in einem gesonderten Verfahren durchgeführt, da nur in der Medizin die wissenschaftlichen Publikationen hinsichtlich der Forschungsleistungen Berücksichtigung finden.<sup>308</sup>

Nordrhein-Westfalen war eines der ersten Bundesländer, in denen Wettbewerbssysteme zur Verteilung der Landeszuführungsbeträge an die Fakultäten implementiert waren. Die in 2005 bestehenden LOM-Systeme sind aus der folgenden Grobübersicht erkennbar.<sup>309</sup>

Bundesland	Verwendete Kriterien
Baden-Württemberg	- Forschungsleistungen (60%): Drittmittel und Publikationen je hälftig - Lehrleistungen (40%): IMPP-Prüfungsergebnisse (25%), Beteiligung des Lehrpersonals an Didaktikmaßnahmen (10%), Beteiligung der Professoren an den ärztlichen Prüfungen (5%)
Bayern	Wettbewerb zwischen den Universitätsklinika: - Frauenförderung (10%): Habilitation, Anteil Professorinnen - Forschungsleistungen (58,5%): Anzahl der Publikationen mit kumulierten Impactfaktoren, verausgabte Drittmittel - Nachwuchsförderung (4,5%): Promotionen, Habilitationen - Lehrleistung (27%): erfolgreich abgelegte Examina Wettbewerb zwischen den Universitäten: - Belastungsbezogene Kriterien: Ausstattung Professoren-, Wissenschaftlerstellen, Anzahl Studierende - Leistungsbezogene Kriterien: Absolventen in Regelstudienzeit, Drittmittel und gewichtete Drittmittel pro Professor, Promotionen und Habilitationen, Gleichstellung und Humboldt-Stipendiaten
Hessen	Forschung, Lehre, wissenschaftlicher Nachwuchs, Förderung von Frauen, Internationalisierung
Nordrhein-Westfalen	- Forschungsleistung (75%):Drittmittel (40%), Publikationsleistung (60%) - Lehrleistung (25%): 3 Jahre, IMPP
Sachsen-Anhalt	Forschung, Lehre und Profilbildung im Verhältnis 50: 30: 20

**Tabelle 16: LOM-Modelle in den Bundesländern**

In der Anfangsphase der parametergesteuerten leistungsorientierten Mittelverteilung galten in NRW im Bereich der Forschung nur die Drittmittel als Leistungsindikator, wobei diesbezüglich Köln immer gute Ergebnisse, teilweise auch auf dem ersten Rangplatz, ausweisen konnte. Durch die Einbeziehung der Publikationen hat sich die Lage für Köln verschlechtert.

Für 2007 macht das Land hinsichtlich der Finanzdaten der Mittelverteilung die aus der Tabelle ersichtlichen Angaben.<sup>310</sup>

	Aachen	Bochum	Bonn	Düsseldorf	Essen	Köln	Münster
HH-Ansatz 2007(vor LOM)	89.460.500	34.217.800	85.019.900	107.098.200	80.435.200	98.537.400	107.170.600
LOM(Summe)	-1.221.100	941.800	752.600	-697.800	-388.800	-395.800	1.009.100
Gleichstellung	19.980	24.942	-94.217	-17.054	8.367	42.622	15.361
-Drittmittel	-741.133	531.909	379.158	-148.431	-203.995	35.087	147.405
-Publikationen	-730.827	592.815	558.206	-438.941	-20.018	-603.643	642.408
Lehre	230.886	-207.884	-90.553	-93.385	-173.152	130.132	203.956

**Tabelle 17: Haushalts-Ansätze und LOM 2007 in NRW (Beträge in €)**

Als alleinige Leistungsparameter sind Publikationen und Drittmittel jedoch nicht unproblematisch. Es werden bisweilen hervorragende Leistungen in Fachgebieten erzielt, die aufgrund ihres Forschungsgegenstandes nicht in der Lage sind, große Drittmittel einzuwerben oder in Journalen mit einem hohen Impactfaktor zu publizieren.

Daneben sind für die Bewertung eines Faches auch sein gesellschafts- und versorgungspolitischer Stellenwert wichtig sowie seine Bedeutung für die Lehre oder auch für die Krankenversorgung.

So nimmt zum Beispiel die Kölner Fakultät auf dem Gebiet „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ einen guten 2. Rangplatz ein. Die Dichgans-Kommission bescheinigt dem Kölner Institut für Geschichte und Ethik der Medizin auch exzellente Publikationsleistungen, stellt aber gleichzeitig fest, dass die Impactfaktoren kein guter Vergleichsmaßstab seien, weil die Impactfaktoren aus fachspezifischen Gründen niedrig sind.

Die Rangfolge der 5 ersten Fächer mit den anteilig höchsten Drittmitteln und Impactfaktoren für das Jahr 2004 ist aus den folgenden beiden Tabellen ersichtlich. Es wäre aber sicherlich kontraproduktiv, das Augenmerk fast ausschließlich nur auf die bestplatzierten Fächer zu richten.<sup>311</sup>

Fächer	Mittel für FuL (2004) €	Durchschnittliche gewichtete Drittmittel (2002-2004) €	Steigerungs- koeffizient
Neuropathologie	573.389	406.259	0,709
Zell- und Molekularbiologie	2.604.028	1.359.094	0,522
Dermatologie, Venerologie	2.533.656	969.540	0,383
Epidemiologie, Biometrie, Med. Informatik, PH	1.280.405	461.271	0,360
Psychiatrie und Psychotherapie – Erwachsene	1.659.997	507.157	0,306

**Tabelle 18: Top 5 - Fächer - Drittmittel 2004 in NRW**

Die Neuropathologie und die Dermatologie/Venerologie befinden sich bei beiden Indikatoren in der Spitzengruppe.

Fächer	Mittel für FuL (2004) €	Summe Impactfaktoren (2001-2005)	Steigerung (x 1000)
Neurologie	2.851.517	568	0,1993
Neuropathologie	573.389	107	0,1872
Radiologie, Neuroradiologie	1.790.057	278	0,1556
Kardiologie	2.649.063	365	0,1378
Dermatologie, Venerologie	2.533.656	315	0,1242

**Tabelle 19: Top 5 – Fächer - Impactfaktoren 2004 in NRW**

Folgende Kölner Fächer schneiden hinsichtlich ihres Forschungsprofils besonders gut ab und nehmen im Dichgans-Gutachten unter Berücksichtigung der Haushaltsmittel in NRW einen ersten Rangplatz ein:

- Biochemie und Physiologische Chemie
- Physiologie (mit Düsseldorf)
- Augenheilkunde
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Hämatologie und Onkologie
- Psychiatrie und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (mit Aachen)
- Arbeits- und Sozialmedizin (mit Essen)
- Medizinische Mikrobiologie und Virologie
- Allgemeine Pathologie (mit Bonn)

Die leistungsorientierte Mittelverteilung kann man in parametergesteuerte Umverteilungssysteme, Bonussysteme durch eine Zusatzbelohnung und zielorientierte Anschub-/Projektsysteme unterteilen. Eine Bestandsaufnahme für NRW für das Jahr 2004 ist aus der aufgeführten Tabelle ersichtlich.<sup>312</sup>

	FuLMittel Ohne Zahnmedizin	LOM	LOM	LOM	LOM	Anschub/ Projekt
	€	Gesamt €	Gesamt %	Parameter %	Bonus %	%
Aachen	75.781.797	4.370.204	5,77	0,00	2,40	3,37
Bochum	30.000.904	2.551.357	8,50	3,40	2,15	2,96
Bonn	72.820.649	6.968.258	9,57	4,03	1,47	3,10
Düsseldorf	91.587.567	1.187.890	1,30	1,30	0,00	0,00
Essen	77.579.009	1.215.090	1,57	0,66	0,66	0,25
Köln	87.400.162	6.053.956	6,93	0,00	1,08	5,85
Münster	99.360.388	25.589.035	25,75	1,84	0,00	6,01

**Tabelle 20: LOM-Verteilung 2004 in NRW**

Es wird bei dieser Aufstellung insbesondere darauf hingewiesen, dass aus der Gesamtsumme von Münster etwa 17,8 Mio. € für Stellen im Rahmen eines Wissenschaftsrankings und in Aachen etwa 130 Stellen aus einem Stellenpool vergeben werden. Essen hat daneben im Jahr 2007 seine leistungs- und parametergesteuerte Mittelverteilung bereits erheblich ausgebaut.

Die Dichgans-Kommission schlägt eine Leistungskontrolle und eine Umverteilung an die jeweiligen Leistungsträger vor, wo immer die Forschungs- und Lehrleistungen nicht im Verhältnis zu den eingesetzten Haushaltsmitteln stehen. Der Umfang der LOM soll möglichst zeitnah 40% erreichen und sollte zunächst mindestens 20% betragen.<sup>313</sup>

Der Wissenschaftsrat vertritt die Ansicht, dass mit der leistungsorientierten Mittelvergabe als Zielsetzung eine Stärkung der forschungsintensiven und erfolgreichen Einrichtungen auf Landes- und Standortebene durch ein Auszeichnungssystem erfolgen soll.

Daneben sollte es im Bereich der Forschung in letzter Konsequenz möglich werden, Forschungsressourcen weitestgehend zu entziehen und von leistungsschwachen in wissenschaftlich aktive Bereiche umzulenken.<sup>314</sup>

Ebenso sollten aber auch die Lehrbudgets über leistungsorientierte Komponenten verfügen und die antragsbezogene, prospektive Forschungsförderung, die zielgerichtet Strukturdefizite beheben und Forschungsprojekte unterstützen und einleiten kann, einen bedeutenden Stellenwert behalten.<sup>315</sup>

#### 3.3.4.5. FORSCHUNGS- UND LEHRRELEVANTE PROBLEMSTELLUNGEN

Die staatlichen Hochschulen in Deutschland waren in den vergangenen Jahren massiver Kritik ausgesetzt. Dabei standen Schlagwörter wie mangelnde Wettbewerbsfähigkeit, Ressourcenverschwendung, sinkende Ausbildungsqualität und zu lange Studiendauer im Mittelpunkt.<sup>316</sup>

Auf Fakultätsebene wurde häufig das mangelnde eigenständige Know-how, die fehlenden Personalkapazitäten, die mangelnde Transparenz und die geringen tatsächlichen Eingriffsmöglichkeiten auf ökonomischen Gebieten (Wirtschaftsplan, Trennungsrechnung, Fakultätscontrolling) sowie die unterstellte Subventionierung defizitärer Krankenversorgung durch den Zuführungsbetrag für Forschung und Lehre problematisiert.

Die Vorgängerin des 2008 amtierenden Forschungsministers, Hannelore Kraft, wollte mit dem Hochschulkonzept 2010 die Erfolgs- und Leistungsorientierung, die Profilbildung und die Eigenverantwortlichkeit vorantreiben.<sup>317</sup>

Diese bereits um die Jahrtausendwende eingeleitete Entwicklung wird von der jetzigen Regierung mit Hilfe von Vermarktungsstrategien und intensiver Öffentlichkeitsarbeit fortgesetzt. Man hält sich aber im Rahmen der Gesetzgebung genügend Türen offen, um jederzeit notfalls auch massiv in die universitären Organisationsabläufe eingreifen zu können.

Ein beliebtes, aus der Managementtheorie übernommenes Element stellen bei der Reform der Universitäten Zielvereinbarungen dar, die trotz ihres scheinbar liberalen, auf der Vereinbarungsebene ablaufenden Charakters in der Praxis durchaus mit Normen, Vorgaben und Sanktionen verbunden sind und konkreten Handlungsbedarf auslösen können. Inzwischen ist man bei den sogenannten „Zielvereinbarungen der III. Generation“ angelangt, wobei man den Eindruck gewinnt, dass die damit verbundenen kontrollierenden Eingriffe und möglichen Sanktionen sowie die Detailtiefe gegenüber früheren Jahren tendenziell eher noch erheblich verstärkt werden.

Daneben sind intensive Bestrebungen zur Einführung von Controlling-, Qualitätsmanagement- und Evaluationsmethoden beobachtbar. Auch das „Benchmarking“ erfreut sich großer Beliebtheit. Kritiker wie der Wiener Philosoph Liessmann sehen hierin einen Entwicklungsprozess von Adornos „Theorie der Halbbildung“<sup>318</sup> zur „Theorie der Unbildung“.

„Hinter dem Weihrauch von Bewertungsritualen und Qualitätskontrolle kommt allmählich eine Umstrukturierung der Bildungslandschaft zum Vorschein, die eindeutig nicht mehr der Erkenntnis, der wissenschaftlichen Neugier und der akademischen Freiheit, sondern den Phantasmen der Effizienz, der Verwertbarkeit, der Kontrolle, der Spitzenleistung und der Anpassung verpflichtet ist: Gestalten der Unbildung allesamt.“<sup>319</sup>

Wenn diese Kritik auch als überzogen erscheinen mag und moderne Managementmethoden in mittelständischen Unternehmen wie einem Universitätsklinikum und auch in modernen Fakultäten im angemessenen Umfang benötigt werden, so deuten diese Zweifel an der Rationalität gegenwärtiger Entwicklungen zumindest an, dass Einiges möglicherweise mehr Showelemente als tatsächlichen Nutzen beinhaltet und neben diesen Kriterien auch noch traditionelle Werte der Wahrheitsfindung und das Interesse an wissenschaftlicher Erkenntnis, die nicht immer direkten Nützlichkeits-, Bewertungs- und Verwertungskriterien unterworfen sein muss, einen legitimen Stellenwert haben.

Ein großes Problem in der gegenwärtigen Forschungspolitik besteht daneben in dem Tatbestand, dass erfolgreiche Forschung zu einer Verarmung von Fakultäten und Einrichtungen führen kann, da bei SFB, Nachwuchsgruppen, Klinischen Forschergruppen und sonstigen Forschungsförderungsmaßnahmen in der Regel auch Eigenbeteiligungen der Fakultäten erwartet und zusätzliche Personal- und Sachmittel sowie Raumressourcen notwendig werden, so dass erfolgreiche Forscher in die Rolle von unliebsamen Kostgängern geraten können, was mit einer optimalen Forschungspolitik nicht in Einklang zu bringen ist. Hier müssen alternative Wege gesucht und gefunden werden. Erfolgreiche Forschung muss sich für die gesamte Fakultät lohnen. Die bisherige Belohnung erfolgreicher Forschung im Rahmen der leistungsorientierten Mittelvergabe ist hier kaum ausreichend. Auch das Fehlen geeigneter Karrieren für Nachwuchswissenschaftler in der Hochschulmedizin stellt nicht nur in NRW eine große Herausforderung dar.<sup>320</sup>

Die jetzige Schwerpunktstrategie und das „Dichgans-Gutachten“ zielen primär darauf ab, allen Medizinischen Fakultäten konkrete Empfehlungen zur Profilbildung und entsprechende Wege zur Spitzenforschung aufzuzeigen, wobei diese Strategie zwar zweckmäßig erscheinen mag, Freiheitsräume der Fakultäten jedoch zumindest wieder einengt.<sup>321</sup>

Kritiker befürchten, dass mit der Exzellenzinitiative u.a. sogar Elitebildung verhindert wird und exzellente Forschung außerhalb von Elite-Einrichtungen mit dem Makel der Zweitklassigkeit behaftet ist. Die Exzellenz von Forschern werde enteignet, um sie auf Institutionen zu übertragen.<sup>322</sup>

Es sollte bei der Schwerpunktförderung darauf geachtet werden, dass die gegenwärtig weniger leistungsstarken und ökonomisch nachrangigen Disziplinen und Standorte und ihre Nachwuchsförderung nicht ausgetrocknet werden, um einen zufriedenstellenden Mindeststandard in Forschung und Lehre zu gewährleisten und Zukunftsoptionen offen zu halten. Kontraproduktiv könnte auch eine zu starke Monopolisierung von Schwerpunkten sein, wobei grundsätzlich bei weitgehend konstanten Mitteln eine stärkere Ressourcenkonzentration und Ressourcenkooperation sowie die Förderung von „Leuchttürmen“ als nachvollziehbare Strategie erscheinen.

Fraglich ist auch, ob für die Bewertung von Forschungsleistungen fast ausschließlich der Drittmittel- und Publikationsoutput (Science Impact) als Leistungsindikator dienen sollte. Denkbar wäre es auch, verstärkt die Umsetzung in die Versorgungspraxis (Practice Impact) und die Bewertung der Verwertbarkeit von Forschungsergebnissen für gesundheitspolitische Entscheidungen (Policy Impact) mit in die Betrachtung zu ziehen.

Im Bereich der Lehre ist die bereits im letzten Jahrzehnt vor der Jahrtausendwende auch in NRW eingeleitete Diskussion um die „Qualität der Lehre“ in der Medizin und die Studienreform noch nicht abgeschlossen. Zwischenzeitlich konnte die Etablierung von zahlreichen Modellstudiengängen in NRW umgesetzt werden.

Auch in der Medizin steht mittelfristig die Einführung von Bachelor-Master-Studiengängen bevor. Ein ernsthaftes Problem für die Verbesserung der Lehre stellt die gegenwärtige Form der Kapazitätsverordnung (KapVo) dar, vor allem hinsichtlich eines optimalen Betreuungsverhältnisses.<sup>323</sup>

Neuerdings wird auch für die Lehre eine „Exzellenzinitiative“ eingefordert und der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft hat angekündigt, dass er sich 2008 auf die Förderung der Hochschullehre konzentrieren will.

Empirische Untersuchungen belegen daneben, dass die Aufnahme eines Studiums auch heute noch extrem von der sozialen Herkunft abhängt. Die Einführung von Studiengebühren in NRW kann zwar die Ausbildungssituation der Studierenden verbessern, hält aber grundsätzlich Studierwillige unterer sozialer Schichten tendenziell vom Studium ab.

Es ist fraglich, ob diese Situation im Hinblick auf die demographische Entwicklung und die notwendige Rekrutierung einer ausreichenden Anzahl von Hochschulabsolventen für ein funktionsfähiges Gesundheitswesen wünschenswert ist.

Ein Problem stellt nach wie vor in NRW wie auch in den übrigen Bundesländern die Unterrepräsentanz von Frauen in den höheren Karrierebereichen ab der Habilitation dar. Während der Frauenanteil bei den Studierenden etwa 60% ausmacht, liegt er bei den Habilitierten bei etwa 20%, bei den W2/C3-Professuren bei etwa 7% und bei den W3/C4-Professuren sogar nur bei etwa 5%.<sup>324</sup>

Das Land Nordrhein-Westfalen ist im Gegensatz zu Bayern und Baden-Württemberg weit davon entfernt, bis zum Jahr 2010 bei den Forschungsausgaben das europäische Ziel von 3,0% des Bruttoinlandsproduktes zu erreichen. Die Forschungs- und Entwicklungsquote liegt mit 1,8% erheblich unter dem Bundesdurchschnitt von etwa 2,5%. Mitverantwortlich ist hierfür auch die Wirtschaft, die sich in NRW nur mit 1,1% beteiligt, während ihr Anteil im Bundesdurchschnitt 1,8% des Bruttoinlandsproduktes beträgt.

Forschende Ärztinnen und Ärzte werden zunehmend seltener, da es an Ausbildung für medizinische Forschung und an Wertschätzung mangelt und für diejenigen ärztlichen Beschäftigten, die überwiegend nicht in der Krankenversorgung tätig sind, Besoldungsnachteile bestehen.<sup>325</sup>

Problematisch scheint auch die Vergleichbarkeit der Datenlage in der Universitätsmedizin zu sein. Der Wissenschaftsrat kommt diesbezüglich zum Schluss, dass derzeit weder ein solides Benchmarking noch ein faires Ranking aufgrund der mangelnden Transparenz und Verfügbarkeit von Input-Output-Größen realisierbar sei. Kritisiert wird u.a. auch das Fehlen übereinstimmender Absolventenzahlen zwischen dem Statistischen Bundesamt und dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) sowie eine bundesweit anerkannte Definition der Schwundquote.<sup>326</sup>

Der Wissenschaftsrat betont ausdrücklich das Primat von Forschung und Lehre. Universitätsklinika werden danach zum Zwecke von Forschung und Lehre betrieben. Sie dienen insofern der Erfüllung akademischer Pflichten. Diese politischen Zielvorgaben scheinen aber im Klinikumsbereich häufig nicht allgemeines Selbstverständnis zu sein.<sup>327</sup>

Die Förderung von Forschung und Lehre, insbesondere auch im Medizinsektor, bedarf hinreichender materieller, personeller und finanzieller Ressourcen. Im Verhältnis zu anderen Bundesländern ist der Anteil der Forschungsinvestitionen am Bruttoinlandsprodukt in NRW sehr niedrig. Zur Verbesserung der Lage bedarf es neben einer Intensivierung der industriefinanzierten Forschungsförderung vor allem auch verstärkter Anstrengungen der Landesregierung von NRW.

Trotz der grundsätzlich verbesserten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und Nordrhein-Westfalen zeichnet sich jedoch nicht ab, dass der Sparkurs verlassen wird und dass die Medizinischen Fakultäten mit erheblichen zusätzlichen Ressourcen rechnen dürfen. Hierzu haben in NRW auch jüngste Entwicklungen im Bankensektor beigetragen. Mittelfristig ist auch damit zu rechnen, dass die privatwirtschaftlich organisierten großen Gesundheitskonzerne versuchen werden, weitere Universitätskliniken zu übernehmen.

#### **4. Ergebnisdiskussion, Zukunftsstrategien und Zukunftsperspektiven für eine optimale Interessenumsetzung von Forschung und Lehre**

Gegenstand der Untersuchung ist in erster Linie die Untersuchung der Struktur determinanten, der Aufgabengebiete, der Kompetenzen und der Entwicklungsperspektiven der Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen.

In Anlehnung an eine kritisch-theoretische Wissenschaft nimmt dabei neben der Situationsdarstellung auch die Erörterung und Bewertung möglicher Problemfelder eine zentrale Rolle ein. Dabei ist sich diese Untersuchung aber über die Subjektivität aller Bewertungen bewusst.

Zielsetzung ist auch, über die Kritik von Zuständen gegebenenfalls Verbesserungen einzuleiten. Fortschritte in der Hochschulmedizin hängen aber auch in erheblichem Maß von den jeweiligen sozioökonomischen Rahmenbedingungen, den politischen Zielsetzungen und den Zukunftsperspektiven ab.

Neben der zusammenfassenden Darlegung möglicher Problemfelder (4.1.) sollen als weiteres Ergebnis der Untersuchung einige Aspekte aufgezeigt werden, die für die Weiterentwicklung des Hochschulwesens und der Medizinischen Fakultäten von Bedeutung sind. Im Rahmen dieser Untersuchung können die einzelnen Bausteine aber nur angesprochen werden und wären gegebenenfalls selbst wieder Gegenstand detaillierter Ausarbeitungen, mit denen sich Einrichtungen wie der Wissenschaftsrat auch bereits teilweise intensiv befasst haben.

Aus den angesprochenen Problemstellungen ergeben sich in einigen Bereichen der Forschungs- und Bildungspolitik sowie speziell auch im Bereich der Hochschulmedizin Handlungs- und Verbesserungsbedarf.

Es deuten sich aber auch Entwicklungen an, bei denen der Forschungs-, Bildungs- und Gesundheitswesenssektor zum zentralen Motor des sozioökonomischen Wandels werden kann, wobei dieses Feld nicht unbedingt nur privatwirtschaftlichen Organisationen überlassen werden muss.

#### **4.1. Mögliche Problemstellungen für die Medizinischen Fakultäten**

Die Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen, aber auch in ganz Deutschland, sehen sich mit zahlreichen Problemstellungen konfrontiert, wobei die Entwicklungen der letzten Jahre auch neue Chancen eröffnen.

Die Hochschulmedizin ist ein zentrales Element im Rahmen des Wissenschaftssystems. Dabei kann man unter Hochschulmedizin das gesamte Spektrum von Forschungs-, Lehr- und Krankenversorgungsaktivitäten in Medizinischen Fakultäten und an Universitätskliniken verstehen.<sup>328</sup>

Viele Kritiker sehen die europäischen Universitäten dem internationalen Wettbewerb nicht gewachsen. „Die europäische Universität ist eine staatliche Institution, kameralistisch bewirtschaftet, regional verankert, ehrenamtlich geführt, zünftisch organisiert. In einem internationalen Bildungsmarkt, der gerade entsteht und zwar keineswegs alle, wohl aber wichtige Teile des Humankapitals anzieht, wird dieser Typus der Hohen Schule nicht bestehen können, jedenfalls nicht als Regel und vorherrschende Ordnungsform.“<sup>329</sup>

Die Universitäten in Deutschland und in Europa sind im Aufbruch und die Kritik von Glotz trifft nur noch in Teilen auf die heutigen Universitäten zu. In die Hochschulmedizin haben das betriebswirtschaftliche Rechnungswesen und Managementstrukturen über die Universitätskliniken daneben bereits seit Jahren in unterschiedlicher Ausprägung Einzug gehalten.

Uneingeschränkt kann man aber zustimmen, dass in Deutschland nicht weniger, sondern mehr Geld für Bildung und Forschung benötigt wird und dass die langjährige ruinöse Unterfinanzierung beendet werden muss.<sup>330</sup>

Kreativität kann zwar vieles kompensieren, Hochleistungsforschung braucht aber auch die hierfür erforderliche infrastrukturelle Ausstattung und in der Hochschulmedizin häufig auch kostenintensive moderne Hochleistungstechnologien.

Die Politikfelder Forschung und Bildung standen aber in der Vergangenheit bei der zunehmenden Verschuldung der öffentlichen Haushalte und der Sparpolitik in wachsender Konkurrenz zu anderen Politikfeldern wie Familie oder Umwelt.<sup>331</sup>

Auch wenn noch ausbildungs- und forschungsrelevante sowie organisatorische Defizite bestehen, kann man den Eindruck gewinnen, dass in manchen Feldern zwar noch Handlungsbedarf besteht, es aber genauso wichtig ist, die Fakultäten personell und finanziell angemessen auszustatten und kooperationswillige und -fähige Forscherpersönlichkeiten zu gewinnen, die zukunftsrelevante Projekte vorantreiben können und wollen. Gesetzesänderungen und verschärfte Zielvorgaben sowie kontrollierende und nicht in erster Linie steuerungsunterstützende Controllingverfahren spielen hier eine eher nachrangige, manchmal sogar kontraproduktive Rolle.

Die verbreitete Anwendung von Markt- und Wettbewerbsmodellen kann zwar zusätzliche Anreize schaffen, man darf hiervon aber keine Patentlösungen erwarten. Das Marktmodell lässt sich im Gesundheitswesen auch nur bedingt anwenden, weil u.a. die notwendigen Prämissen wie die Konsumentensouveränität bei Kranken fehlen und Gesundheit nicht generell als Ware behandelt werden kann. Das Gesundheitswesen zeigt daneben auch starke Tendenzen zur Machtkonzentration und zum Lobbyismus.

Es erscheint ratsam, mögliche Fehlentwicklungen des Marktes über staatliche Steuerungsinstanzen zu beobachten und notfalls korrigierend einzugreifen, wie es bei der leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) zur Vermeidung eines „Kellertreppeneffektes“ vor einigen Jahren in Nordrhein-Westfalen auch geschehen ist, da die Gefahr bestand, dass Standorte durch die jährliche kontinuierliche Kürzung des Vorjahres-Zuführungsbetrages unter eine lebensfähige Grundausstattung gerieten.

Diese Funktion wird in den letzten Jahren mit wachsender Verschärfung über das Instrument der Zielvereinbarungen wahrgenommen, wobei Tendenzen entstehen können, Freiheitsräume stärker einzuschränken als in vergangenen Jahren.

Die Medizinischen Fakultäten sehen sich gegenwärtig zudem mit neuen, durch kulturell und sozial bedingte Änderungen der Ess- und Bewegungsgewohnheiten induzierten Krankheitsbildern konfrontiert, wobei laut aktueller Untersuchungen des Robert-Koch-Instituts u. a. ein Anwachsen bestimmter armutsbedingter Krankheiten beobachtbar ist. Ein weiteres Problem stellen die möglichen Folgekosten des demographischen Wandels und die Entwicklung des Bildungssystems inklusive der Studiumszugangsmöglichkeiten dar.

Kritiker sprechen inzwischen sogar von einer Zweiklassenmedizin und von einem Zweiklassenstaat. Dennoch ist auch zukünftig davon auszugehen, dass der Staat zumindest eine Grundsicherung der Bevölkerung gewährleisten muss, auch wenn mit einem Systemwechsel des Gesundheitswesens in Richtung einer noch stärkeren Ökonomisierung zu rechnen ist. Mit „Hartz IV“ wurde der Weg einer finanziellen Grundsicherung eingeschlagen. Zumindest für ein breites Spektrum der Betroffenen sind die elementaren Grundbedürfnisse wie Wohnung und Ernährung gewährleistet. Es fehlt nicht in erster Linie an Geld, sondern mehr noch an „Alltagsknowhow“ für Kindererziehung, Haushaltsführung, Finanzplanung und einem bewussten gesundheitsfördernden Verhalten. Ohne nachhaltige Investitionen in Kinder-, Jugend-, Erwachsenen-, Erzieher- und Lehrerbildung sowie die Gesundheitserziehung und ohne die Förderung von die Persönlichkeit und das Sozialverhalten bildenden Verhaltensweisen werden die Grundprobleme nicht gelöst werden können.

Unabhängig von der politischen Grundeinstellung besteht ein breiter Konsens, dass der Staat durch Investitionen in Bildung, Forschung und Infrastruktur helfen muss, international wettbewerbsfähig zu bleiben. Aber auch die Wirtschaft, die vom wissenschaftlichen Fortschritt wesentlich profitiert, darf sich ihrer Verantwortung nicht entziehen. In Nordrhein-Westfalen ist ihr Beitrag im Verhältnis zu anderen Bundesländern insgesamt eher gering, wobei es auch positive Beispiele, gerade in der Kölner Region, gibt.

Einen zentralen gesellschaftlichen Bedeutungszuwachs gewinnt im Rahmen des Strukturwandels in Richtung Wissensgesellschaft das Bildungssystem. In diesem Zusammenhang sind auch eingeleitete Aktivitäten im Rahmen des BMBF-Förderprogramms „Empirische Bildungsforschung“ zu sehen.

Bei den hochschulpolitischen und hochschulrechtlichen Problemstellungen stehen die Finanzprobleme der öffentlichen Haushalte, aber auch die verstärkte rechtliche Hochschulautonomie, die Verbesserung der Hochschulstrukturen und die Optimierung der Bedingungen für Nachwuchswissenschaftler, das Anwachsen der Studentenzahlen ohne Ressourcenanpassung, der Investitionsstau und die unzureichenden Besoldungsanreize für Wissenschaftler sowie eine angemessene Leistungshonorierung im Mittelpunkt der Betrachtung.

Eine weitere Herausforderung für die Universitäten, insbesondere für die Medizinischen Fakultäten und die mit ihnen eng verbundenen Universitätskliniken, stellen die Privatisierungsdiskussionen und Privatisierungsaktivitäten im Krankenhauswesen und im öffentlichen Sektor dar, von denen auch die Universitätskliniken nicht verschont werden. Modelle der Teilprivatisierung, insbesondere im Investitionssektor, können aber auch zusätzliche Finanzierungschancen bieten.

Der Forschungssektor ist in Deutschland und insbesondere auch in NRW offensichtlich unterfinanziert, denn die europäische Vorgabe zur Bereitstellung von 3% des Bruttoinlandsprodukts wird häufig in den Bundesländern und speziell auch in NRW nicht erfüllt.

Ein weiteres Problem besteht bisher für Fakultäten in den Folgekosten erfolgreicher Forschung, bei denen Mittel gebunden werden und noch keine ausreichenden Kompensationsregelungen bestehen. Weitere Herausforderungen stellen die verstärkte Strategie der Schwerpunktbildung und auf dem Gebiet der Lehre die Folgen des Bologna-Prozesses dar, der auch die Medizinischen Fakultäten nicht unberührt lassen wird.

Für Nordrhein-Westfalen ist die Förderung der Forschung und Entwicklung ein zentrales Gebiet zur Schaffung von Zukunftsfeldern, zur Sicherung von Arbeitsplätzen und zum Abbau der Arbeitslosigkeit. Hierzu können aber auch ein vermehrtes Angebot im Dienstleistungssektor und die allgemeine Hochschulförderung maßgeblich beitragen.

Die Zuführungsbeträge für die Medizinischen Fakultäten wurden aber in den letzten Jahren kaum erhöht und dürften sich unter der Einbeziehung der Inflationsrate eher noch verschlechtert haben. Es ist auch nicht ersichtlich, wie die Finanzmittel für die erforderlichen Neubauten, die Medizintechnik sowie die Bauerhaltung bereitgestellt werden können.

Ebenso sind die Finanzmittel für den Ausbau professioneller Dienstleistungsstrukturen im Bereich der Dekanatsverwaltungen begrenzt, so dass man nach wie vor in vielen Fragen von der Kooperationsbereitschaft der Klinikumsverwaltung abhängig ist, die sich traditionell und von ihrem Selbstverständnis her eher an den Bedürfnissen des Klinikums ausrichtet und Fakultätsbedürfnisse gelegentlich nachrangig behandelt, obwohl sich in den letzten Jahren positive Entwicklungen zeigen, die auch durch die in den gesetzlichen Rahmenbedingungen festgelegten Befugnisse und den Stellenwert der Medizinischen Fakultät induziert sind.

Eine weitere Gefahr droht durch die mit der Föderalismusreform verbundene Tendenz zur Kleinstaaterei auf dem Gebiet der Hochschul- und Besoldungspolitik.

Das Land NRW verzichtet mit dem neuen Hochschulgesetz auf die Detailsteuerung. Es ist aber zu befürchten, dass die externe Kontrolle durch die Etablierung von Hochschulräten und durch detaillierte Zielvereinbarungen noch erhöht wird.

Bei dem Konkurrenzkampf der Länder um die fähigsten Forscher, die leistungsfähigsten Drittmittelgeber und die besten Studenten sollte auch darauf geachtet werden, dass die Steuerungssysteme solidarische Elemente beinhalten und nicht zu einer einseitigen Ressourcenkonzentration auf wenige Bundesländer und Standorte führen, weil Universitäten auch für die jeweiligen Entwicklungen der Infrastruktur von Regionen eine zentrale Bedeutung haben.

Daneben muss aber auch die Kooperation zwischen den Standorten, die teilweise im Konkurrenzkampf stehen, im Forschungssektor verbessert werden. In Nordrhein-Westfalen bestehen hierzu aufgrund der Hochschuldichte und der großen Zahl medizinischer Standorte gute Voraussetzungen.

Der medienwirksame Wettbewerb um die Spitzenuniversitäten und die Hochleistungsforschung sollte auch zu tatsächlich verbesserten Rahmenbedingungen führen, wobei trotz knapper Haushaltsmittel reine Umverteilungsmaßnahmen innerhalb der Fakultäten und zwischen den Landesstandorten nicht ausreichend sind. Hier müssen auch zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt und erschlossen werden.

Außerdem sind die Vergütungsanreize und die Zukunftsperspektiven für Nachwuchswissenschaftler zu verbessern. Die jetzige Struktur der W-Besoldung und der Tarifvergütung für nichtärztliche Wissenschaftler sowie die geringen Aussichten auf Festanstellungen und Karriereoptionen bieten keine ausreichende Motivation für den schwierigen Weg einer Wissenschaftlerkarriere, obwohl zwischenzeitlich schon Verbesserungen eingeleitet werden.

In Deutschland wird im Rahmen der Hochschuldiskussion häufig auch eine mangelnde Wettbewerbsfähigkeit und eine Ressourcenverschwendung unterstellt. Außerdem wird die lange Studiendauer und eine sinkende Ausbildungsqualität bemängelt.<sup>332</sup>

Bei den Medizinischen Fakultäten standen u.a. die mangelnden Eingriffsmöglichkeiten auf ökonomische Sachverhalte, die weitgehend fehlende Transparenz der Kosten für Forschung und Lehre sowie die vermutete Subventionierung der defizitären Krankenversorgung über den Zuführungsbetrag im Mittelpunkt der Betrachtung.

Problematisch wäre auch eine Entwicklung, bei der man aufgrund umfassender Controlling-, Benchmarking- und Evaluationsprozesse kaum noch Zeit dazu hat, ernsthaft zu forschen und die leistungsorientierte Mittelvergabe an die Impactfaktoren orientierte Forschungsmonokulturen bewirken würde.

Daneben muss auch gewährleistet werden, dass sich erfolgreiche Forschung für die gesamte Fakultät lohnt. Es darf nicht passieren, dass man ernsthaft überlegen muss, wichtige Forschungsprojekte aufzugeben, weil man bei den Folgekosten möglicherweise in Engpässe geraten kann. Erste positive Schritte sind in der neu eingeführten DFG-Programmpauschale zu sehen, mit der u.a. auch allgemeine Verwaltungskosten und Verwaltungspersonalkosten sowie die Forschung und Forschungsinfrastruktur insgesamt gefördert werden kann. Sie beträgt 20% der direkten abrechenbaren Projektausgaben.

Bereits im Jahr 2004 hatten das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und der Wissenschaftsrat (WR) folgende Kernforderungen gestellt:

- „1. Die Erhaltung des Leitbilds der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung in der Hochschulmedizin erfordert neue organisatorische und gratifikatorische Konzepte und Karriereoptionen in Fakultät und Klinik.“
- „2. Jede Medizinische Fakultät benötigt zur Profilbildung in der Forschung eine strategische Planung für eine begrenzte Zahl an Schwerpunkten.“
- „3. Als klares Bekenntnis zu Spitzenleistungen muss die leistungsorientierte Mittelverteilung (LOM) in den Ländern bzw. den Fakultäten konsequent und transparent bis zu einer Größenordnung von mindestens 1/3 des Zuführungsbetrages ausgebaut werden.“
- „4. Die Fakultätsleitung muss professionalisiert und ihre strategische Verantwortung für die Entwicklung von Forschung und Lehre in der Fakultät erweitert werden.“
- „5. Das Medizinstudium muss mehr Ansätze und Anreize zum wissenschaftlichen Arbeiten geben.“
- „6. Eine Unterteilung der medizinischen Laufbahn in einen mehr wissenschaftlich und einen eher auf den Arztberuf ausgerichteten Zweig erscheint notwendig.“
- „7. Die effektive Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses setzt eine frühe selbständige Forschung, längerfristig wissenschaftlich ausgerichtete Karriereperspektiven in der Hochschulmedizin und eine Förderung persönlicher Karrieren voraus.“
- „8. Bund und Länder sind aufgerufen, negative Steuerungseffekte zu verhindern, die bei der Projektförderung mit Drittmitteln gerade für besonders aktive Einrichtungen durch die geforderte Bereitstellung der Grundausstattung auftreten können.“
- „9. Die Länder müssen eine stabile Sicherung der Hochschulfinanzierung gewährleisten.“
- „10. Die großen Förderorganisationen sind gehalten, die klinische Forschung nachhaltig zu fördern.“<sup>333</sup>

Mit den meisten dieser Kernforderungen, die auch heute noch einen zentralen Teil der Problemdiskussion darstellen, können sich viele sicherlich weitgehend anfreunden.

Die Hochschulmedizin sollte bei ihren Strategien auch einkalkulieren, dass eine zu starke Trennung von naturwissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Betrachtungsweisen den kranken Menschen nicht gerecht wird, sondern Berücksichtigung finden muss, dass Menschen unabhängig von den jeweiligen Kulturen

von den sozialen Verhältnissen abhängig sind und neben ihrer biologischen Prägung psychisch sozialisiert sind. Diesbezüglich können bei vielen Krankheitsbildern in unterschiedlicher Abstufung auch gesellschaftsstrukturelle und demographische Entwicklungen sowie versorgungspolitische aber auch psychosomatische Aspekte von Bedeutung sein.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt in diesem Zusammenhang verstärkt Aspekte der Versorgungsforschung und der epidemiologischen Entwicklungen bei den Forschungsgegenständen zu berücksichtigen.<sup>334</sup>

#### **4.2. Grundlagen und Zukunftsstrategien für Verbesserungen von Forschung und Lehre**

Bei den möglichen Verbesserungs- und Handlungsstrategien stehen neben der Forschungs- und Bildungspolitik sowie der Lehre auch die Trennungsrechnung, die leistungsorientierte Mittelverteilung und die Finanzierungsalternativen im Mittelpunkt der Betrachtung.

Weitere wichtige Felder sind die Organisationsentwicklung und moderne Managementmethoden sowie die fakultäts- und universitätsübergreifenden Strukturen und Kooperationen.

Dabei können und sollen keine Patentlösungen geboten, aber mögliche Erfordernisse und Entwicklungsperspektiven angesprochen werden, die in Einzelfällen vielleicht Wege zu mittelfristigen Verbesserungen aber auch mögliche Grenzen aufzeigen.

Daneben ist zu beobachten, dass in vielen Bereichen schon wichtige und unvermeidbare Schritte der Organisationsentwicklung in Richtung einer Qualitätsverbesserung und Profilschärfung eingeleitet worden sind. Dabei geht es in erster Linie noch darum, moderne Managementstrukturen und -methoden in angemessener Weise für Forschung und Lehre nutzbar zu machen und mit traditionellen Strukturen zu verknüpfen.

Mindestens ebenso von Bedeutung wie die gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen sind kooperationsfähige und kooperationswillige Forscherpersönlichkeiten, die bei Bedarf auch interdisziplinäre Aspekte berücksichtigen, Teams kooperativ führen und leiten und gegebenenfalls auch fakultäts- und universitätsübergreifende Kooperationen bewirken und befördern können.

Auch die Begeisterung für die Lehre kann durch gesetzliche Vorschriften nicht erzwungen werden, ihre strukturellen Gestaltungsalternativen sind aber durch die aktuelle Gesetzeslage flexibler geworden.

Bei der tendenziellen Ökonomisierung der universitären Aufbau- und Ablauforganisation sowie ihrer Bewertungskriterien, der Straffung der Entscheidungswege und der Stärkung der Leitungsinstanzen könnten durch eine weitgehende Ausschaltung der Fakultätsgremien auch Prozesse eingeleitet werden, die kooperative Strukturen in Forschung und Lehre beeinträchtigen und Akzeptanzprobleme hervorrufen. Nicht nur deshalb erscheint es wichtig, die Verschlinkung und Ökonomisierung der Entscheidungsstrukturen mit traditionellen Universitätsstrukturen und Möglichkeiten der Partizipation an grundlegenden Entscheidungen von Forschung und Lehre, die in der Regel auch keinem absoluten Eilbedarf unterzogen sind, in Anlehnung an das Kollegialprinzip wieder aufleben zu lassen oder, wo noch vorhanden, fortzuführen.

#### ***4.2.1. Forschung, Bildung und Lehre***

Forschung, Bildung und Lehre stehen in engen Wechselbeziehungen, wobei über den Grad ihrer notwendigen Verflechtungen unterschiedliche Meinungen bestehen. Lange Zeit war das Ideal des vielseitig gebildeten, lehrenden Forschers oder forschenden Lehrers an den Universitäten verbreitet. In den letzten Jahren sind die Universitäten einem starken Wandel unterzogen und die Ökonomisierung der Handlungsstrategien und Handlungsrichtlinien, die in der Hochschulmedizin schon vor längerer Zeit eingezogen ist, ergreift jetzt auch zunehmend die Gesamtuniversität.

Aus den neuen internationalen und nationalen Wettbewerbsstrukturen und der wachsenden Ökonomisierung des Hochschulsektors ergeben sich veränderte und zusätzliche Anforderungsprofile für die Universitäten aber auch für die politischen Entscheidungsträger und insbesondere auch für die Hochschulmedizin, wobei manche Aktivitäten überzogen erscheinen und nicht immer unbedingt sachdienlich sind. Daneben bestehen gegebenenfalls auch Handlungsalternativen, die eine Verknüpfung von „Fortschritt“ und „Tradition“ erlauben.

Einige aktuelle Problemfelder und Aspekte im Bereich von Forschung und Bildung sowie auf dem Gebiet der Lehre, die bei einer Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Medizinischen Fakultäten möglicherweise eine Rolle spielen und sicherlich auch noch ergänzbar wären, lassen sich der folgenden Aufstellung entnehmen, wobei die oben genannten „Kernforderungen“ einige Themen bereits beinhalten und weitgehend auch heute noch von Bedeutung sind.

#### Forschung/Forschungspolitik:

- Erhöhung des Finanzvolumens für Forschung und Entwicklung (3% des BIP)
- Fortsetzung der Exzellenzinitiative/Ausbau der koordinierten Schwerpunktbildung
- Ausgewogene gleichzeitige Förderung der Spitzenmedizin und eines breiten Forschungs- und Lehrangebotes
- Erweiterung der Leistungsindikatoren (Science Impact + Practice&Policy Impact)
- Ausreichende Pflege von „Orchideenfächern“ - Fächerleistungsvergleiche der landes-/bundesweiten Standorte
- Verbesserung der Besoldungsanreize und Karrieremöglichkeiten für Wissenschaftler
- Nachwuchsförderung – Verbesserung der immateriellen und materiellen Anreize
- Frauenförderung – Verbesserung der infrastrukturellen Rahmenbedingungen für die Karrieremöglichkeiten (u.a. Kinderbetreuung)

### Bildung/Bildungspolitik:

- Ausbau der empirischen Bildungsforschung
- Förderung der Bildungsinfrastruktur
- Verbesserung der Konzepte für die Vorschulzeit
- Professionalisierung der Kindergartenarbeit
- Förderung von Angeboten im „Rahmen des „Lebenslangen Lernens“
- Verbesserung der Bildungsmöglichkeiten für Kinder mit Migrationshintergrund und aus unteren sozialen Schichten (Hausaufgabenbetreuung, Spezifische Förderangebote)
- Erhöhung der Hochschulanfänger- und Hochschulabsolventenquoten
- Förderung des Übergangs von der Schule in die Hochschule

### Lehre:

- Exzellenzinitiative für die Lehre
- Vorbereitung der Medizin auf Bachelor-/Masterstudiengänge
- Überarbeitung/Abschaffung der Kapazitätsverordnung
- Erweiterung der in Deutschland zu geringen zeitlichen Freiräume für Forschung und Lehre an den Universitätsklinika (Wissenschaftsrat)
- Ausbau der Modellstudiengänge
- Qualitätsmanagement für die Lehre
- Transparenz der Verwendung der Studiengebühren
- Etablierung von Mentorenprogrammen/Studenten-Auswahlprogramme
- Verbesserung der sozialen/psychologischen Betreuung von Studierenden

Viele der genannten Themenbereiche sind bereits in dieser Untersuchung angesprochen worden. Einige wichtige Aspekte sollen und können an dieser Stelle nochmals hervorgehoben werden. Sie stellen teilweise wieder neue interessante Untersuchungsobjekte dar.

### Forschung/Forschungspolitik:

Deutschland gab für Forschung und Entwicklung im Jahr 2005 etwa 2,5% des Bruttoinlandsproduktes aus. Alleine 2005 hätte man 12 Mrd. € mehr ausgeben müssen, um das europaweit vorgegebene 3%-Ziel zu erreichen. Die Unterfinanzierung der Forschungsaufgaben ist primär auf den Rückgang des staatlichen Engagements von 38% im Jahr 1995 auf 30% im Jahr 2005 zurückzuführen. Die notwendige Aufstockung im Forschungs- und Entwicklungsbereich scheitert aber nicht nur am Geld. Es fehlen auch ausreichend qualifizierte Kräfte.<sup>335</sup>

Speziell in Nordrhein-Westfalen beteiligt sich aber auch die Wirtschaft im Verhältnis zu anderen Bundesländern nicht im ausreichenden Maß an der Forschungsförderung.

Bei den gegenwärtigen finanziellen Rahmenbedingungen laufen die Universitäten Gefahr, Drittmittel nicht mehr annehmen zu können, weil die geforderte Grundausstattung durch die Universitäten nicht mehr zu leisten ist. Probleme bestehen aber auch dadurch, dass Industrieprojekte noch viel zu häufig durch die Universitäten und den Staat subventioniert werden. Gemeinkosten bei Industrie-Forschungsprojekten sollten zukünftig auch von der Wirtschaft in ausreichender Höhe mitfinanziert werden.<sup>336</sup>

Viele Aktivitäten auf dem Gebiet der Forschungsförderung, der Schwerpunktförderung und der Profilbildung sind in den letzten Jahren bereits eingeleitet worden. Grundsätzlich ist der seit langem eingeschlagene Weg zur Erhöhung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit und Effizienzsteigerung auch hinsichtlich arbeitsmarktpolitischer Auswirkungen begrüßenswert. Der eingeschlagene Weg darf aber nicht dazu führen, dass weniger leistungsfähige und ökonomisch nicht so bedeutende Standorte und Fächer, die häufig von vornherein keine Chancengleichheit besitzen, völlig an die Wand gedrängt werden. Auch ihr Fortbestand ist auf einem zufriedenstellenden Niveau zu sichern.

Neben einigen Eliteuniversitäten und Leuchttürmen muss zur Sicherung der Nachwuchsförderung und der Lehre auch das breite, in NRW vorhandene Standort- und Fächerangebot aufrechterhalten bleiben.

In einzelnen Fachgebieten ist es unter Berücksichtigung von Qualitätsanforderungen und der eventuellen notwendigen Bündelung von Ressourcen auch denkbar, dass Verpflichtungen in der theoretischen Lehre über Lehrbeauftragte und die praktische Ausbildung in Lehrpraxen und akademischen Lehrkrankenhäusern durchgeführt werden.

Zu überlegen ist auch, ob Drittmittel und Publikationen nicht durch andere wichtige Indikatoren wie den Practice Impact und den Policy Impact ergänzt werden müssen. Außerdem ist darauf zu achten, dass Leistungsvergleiche zwischen den Fächern einer Fakultät aufgrund der in der Regel nicht gegebenen Chancengleichheit mit Vorsicht zu betrachten sind. Aussagekräftiger sind eher landes- oder bundesweite Vergleiche innerhalb der gleichen Fächer an verschiedenen Hochschulen.

An Universitäten müssen aber an einzelnen Standorten auch unterschiedliche „Orchideenfächer“ gepflegt werden, die für die Wahrheitsfindung, die Lehre oder mögliche Zukunftsentwicklungen von Bedeutung sind oder werden können.

Neben den Strategien zur Profilbildung und Schwerpunktförderung über die leistungsorientierte Mittelverteilung behalten laut Wissenschaftsrat auch antrags- und zielorientierte Verfahren einen großen Stellenwert.

„Zur Behebung struktureller Schwächen, zur Profilbildung oder zur Anschubfinanzierung sollten die Fakultäten darüber hinaus Instrumente der antragsbezogenen, **prospektiven** (ex ante) **Forschungsförderung** einsetzen. Sie sind besser geeignet, strukturelle oder thematische Benachteiligungen einzelner Fachgebiete gezielter zu beheben.“<sup>337</sup>

In einigen Jahren droht in Deutschland ein erheblicher Mangel an Professoren, Nachwuchswissenschaftlern und Nachwuchsführungskräften.

Die Anreizsysteme für Wissenschaftler und insbesondere auch für Nachwuchswissenschaftler sind zu verbessern. Die gegenwärtigen Karrierechancen, insbesondere in den vorklinischen Fächern sowie die W-Besoldung sind eher abschreckende Anreizsysteme für die Ergreifung einer Wissenschaftlerkarriere.

Wissenschaftler in Amerika verdienen etwa 1 Drittel mehr als die europäischen Kollegen. Frauen erhalten dabei in Europa nahezu 25% weniger als ihre männlichen Kollegen (durchschnittlich 40.000 €).<sup>338</sup>

Viele Nachwuchswissenschaftler sehen sich mit fehlender Anerkennung und mangelndem Status sowie mit schlechten Karrierechancen konfrontiert. Hier könnte schon eine Verbesserung der Festanstellungsperspektiven, die in Ländern wie den USA, Frankreich und Großbritannien besser sein sollen, für gute Nachwuchskräfte positive Motivationsanreize bieten.

Notwendig ist in der Hochschulmedizin neben der Verbesserung der W-Besoldung eine Angleichung an die Vergütungsmöglichkeiten im klinischen Bereich für Wissenschaftler und gegebenenfalls ein Wissenschaftler-Tarifvertrag, wobei auch bereits im jetzigen Tarifvertrag zusätzliche leistungsbezogene Vergütungen möglich sind.

Viele schon eingeleitete Verbesserungen und Förderungsmöglichkeiten sind den Nachwuchswissenschaftlern angeblich aber nicht bekannt. Daneben fehlen vielen Nachwuchswissenschaftlern auch Kenntnisse im Teammanagement und in der Führung von Nachwuchsgruppen. In diesen Bereichen wäre das Beratungs- und Fortbildungsangebot auszubauen.<sup>339</sup>

Die deutschen Wissenschaftsorganisationen fordern auch eine Offensive im Bereich der Chancengleichheit. Der Frauenanteil in den Spitzenpositionen der Wissenschaft soll in den kommenden Jahren deutlich erhöht werden.

Die Kölner Medizinische Fakultät hat zwar 2007 bei der leistungsorientierten Mittelvergabe bei dem Leistungsindikator „Gleichstellung“ in NRW am besten abgeschnitten und nimmt gemäß einer aktuellen Untersuchung im Jahr 2005 von 29 Medizinischen Fakultäten/Universitätsklinika bundesweit den 5. Rangplatz ein, aber auch in Köln sind Frauen auf der Ebene der Professorenschaft noch erheblich unterrepräsentiert, obwohl sich gegenüber dem Jahr 2001 Verbesserungen feststellen lassen.<sup>340</sup>

Von einer Chancengleichheit für Frauen kann sicherlich noch nicht gesprochen werden. Weil die Karriereaussichten für Nachwuchswissenschaftlerinnen noch geringer sind als für ihre männlichen Kollegen, kehren viele der Universität frühzeitig den Rücken.<sup>341</sup>

Den Bedürfnissen von Familien und von alleinerziehenden Müttern im Wissenschaftssektor muss besser Rechnung getragen werden. Neben Stipendien ist hier vor allem ein breites Angebot an Kinderbetreuungsmöglichkeiten zu schaffen. An manchen Universitäten wie Marburg wird damit begonnen, „Rundum-Sorglos-Pakete“ zu etablieren. Die Philipps-Universität Marburg hat 2005 das Zertifikat „Familiengerechte Hochschule“ erhalten. Damit ist die Umsetzung von Zielvereinbarungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbunden.

Wenn in Nordrhein-Westfalen insbesondere auch in der Hochschulmedizin bei der Besetzung von Leitungsfunktionen keine größeren Fortschritte als in der Vergangenheit erreicht werden, ist damit zu rechnen, dass die Gleichstellungsproblematik auch im Rahmen der leistungsorientierten Mittelvergabe des Landes einen größeren Stellenwert erhält.

#### Bildung/Bildungspolitik:

Eng verbunden mit dem zukünftigen Niveau von Forschung und Lehre in Deutschland und an den Medizinischen Fakultäten sind das zukünftige Bildungsniveau und zufriedenstellende Kenntnisse und Fähigkeiten bezüglich der Anforderungsprofile eines Medizinstudiums. Hier wird naturwissenschaftliches Wissen einen zentralen Stellenwert behalten. Zunehmend von Bedeutung sind aber möglicherweise auch Fragestellungen der sozialen und ökonomischen Kompetenz sowie der Kommunikationsfähigkeit.

Die gegenwärtige und absehbare Ausbildungs- und Bildungssituation in Deutschland deutet aufgrund der Ergebnisse der PISA-Studien darauf hin, dass ein erheblicher struktureller und finanzieller Handlungsbedarf besteht. In diesem Zusammenhang sind u.a. auch die eingeleiteten Aktivitäten auf dem Gebiet der empirischen Bildungsforschung und die Lernförderungs-Aktivitäten im Kindergartenbereich sowie Forderungen zur Professionalisierung der Kindergartenarbeit zu sehen.

Daneben muss sich das Bildungssystem auf ein erweitertes Angebot für „Lebenslanges Lernen“ einstellen und hierfür im Bildungsbereich die infrastrukturellen Rahmenbedingungen schaffen.

Ein besonders gravierendes Problem stellt in Deutschland die Benachteiligung von Kindern aus sozialen Unterschichten und mit Migrationshintergrund dar. In diesen Bereichen ist es nicht nur aus humanitären, sondern auch aus volkswirtschaftlichen Gründen wichtig, mehr Chancengleichheit zu schaffen, um zusätzliche Nachwuchskräfte für das Wissenschaftssystem zu gewinnen.

Das deutsche Bildungs- und Hochschulsystem ist sozial hochgradig selektiv, wobei Kinder mit Migrationshintergrund besonders benachteiligt sind. Während sich 83% der Akademikerkinder für ein Hochschulstudium einschreiben, beträgt diese Quote bei Kindern aus Familien ohne akademische Tradition nur 23%.<sup>342</sup>

„Die Regel ist, dass die nicht geförderten Kinder als Erwachsene weniger intelligent, lernfähig, lernwillig und gebildet sind. Dabei verstärken sich die Defizite gegenseitig.“<sup>343</sup>

Wichtige Elemente zur Verbesserung der Situation könnten u.a. in folgenden Maßnahmen bestehen:

- Einrichtung von mehr Kitaplätzen
- Aufwertung der Kindergartenarbeit und der Mitarbeiterausbildung
- Verbesserung des Vorschulangebots
- Erweiterung der Sprachförderung
- Etablierung von Ganztagsgrundschulen zum Schutz von Kindern aus Problemfamilien
- Verbesserung der Berufsberatung<sup>344</sup>

In Deutschland muss auch angestrebt werden, die Hochschulabsolventenquote erheblich zu erhöhen, wenn man im internationalen Wettbewerb nicht zurückfallen will. Nicht nur China und Indien sind dabei, ihre Anstrengungen im Forschungs- und Bildungsbereich zu intensivieren, sondern auch europäische Staaten wie Großbritannien.

Der neue Premierminister Brown will eine Bildungsoffensive einleiten. Bis 2010 sollen 50% aller 18-30jährigen Briten studieren. Außerdem soll Großbritannien weltweit ein erstrangiger Hochschul- und Forschungsstandort werden.<sup>345</sup>

Fraglich ist es, ob durch die Senkung des Abiturwissens in NRW und Reduzierungen des Lernstoffs, die auch in den Fächern Physik, Chemie und Biologie im Rahmen des „Turbo-Abiturs“ vorgesehen sind, zusätzliche Probleme auf die Hochschulen und insbesondere auch auf die Medizinischen Fakultäten zukommen.

In diesem Zusammenhang ist auch ein Ausbau der Förderungsmöglichkeiten des Übergangs von der Schule zur Hochschule von wachsender Bedeutung.

#### Lehre:

Die Bemühungen zur Verbesserung der Qualität der Lehre lassen sich schon Jahrzehnte zurückverfolgen. Neue Dynamik erlangte dieses Thema in NRW Anfang der 90er Jahre durch das „Aktionsprogramm – Qualität der Lehre“. Im Augenblick steht die Verbesserung der Rahmenbedingungen der Lehre durch die Studiengebühren sowie die Förderung einer „Exzellenzinitiative für die Lehre“ im Mittelpunkt.

Nach den Vorstellungen des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft soll eine Exzellenzinitiative für die Lehre etabliert werden, die in Anlehnung an die bestehende Exzellenzinitiative für die Forschung gestaltet ist und drei Förderlinien umfasst: Impulse für die Nachwuchsförderung, die Entwicklung von Strukturreformen und drittens Zukunftskonzepte für die Lehre.<sup>346</sup>

Die Initiative des Wirtschaftskreisen nahestehenden Stifterverbandes ist zwar begrüßenswert, aber auf diesem Feld sollten sich universitäre Organisationen wie der Medizinische Fakultätentag und die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) nicht die Federführung aus der Hand nehmen lassen. Unterstützungsleistungen ideeller und materieller Art bei dieser Initiative sollten aber dankend angenommen werden.

Es ist davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren auch Bachelor- und Masterstudiengänge in die Medizin Einzug halten. Die Medizin ist eines der wenigen Fächer, die bisher nur am Rande in diesen Europäisierungsprozess einbezogen sind.

Studentenorganisationen weisen darauf hin, dass auch in der Medizin die Notwendigkeit besteht, sich mit einem deutschlandweiten Konzept eines Bachelor-/Masterstudiengangs zu befassen und unterbreiten hierzu Grundideen.<sup>347</sup>

Es besteht die Gefahr, wenn man sich nicht rechtzeitig konzeptionell auf diese Entwicklung einstellt, den Anschluss zu verlieren.

Ein großes Hindernis für Studienreformen, insbesondere im vorklinischen Bereich, wird in der Kapazitätsverordnung (KapVo) gesehen. Sie sieht grundsätzlich vor, dass zusätzliches Lehrpersonal auch zu einer Erhöhung der Studentenzahlen führt. Eine Ausweitung des Personals im vorklinischen Bereich erweist sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen als problematisch. Von verschiedenen Seiten wird deshalb die Abschaffung der Kapazitätsverordnung gefordert.<sup>348</sup> Gegenwärtig bestehen Strategien, Studiengebühren für zusätzliches Lehrpersonal einzusetzen.

Häufig ist bei den Universitätsklinika zu beobachten, dass im Interessenkonflikt von Krankenversorgung, Forschung und Lehre aufgrund der bestehenden Zeitressourcen und der Terminverpflichtungen in der Krankenversorgung die Gebiete Forschung und Lehre zurückgedrängt werden. Der Wissenschaftsrat fordert in diesem Zusammenhang eine wesentliche Erweiterung der in Deutschland zu geringen zeitlichen Freiräume für Forschung und Lehre an den Universitätsklinika.

Die wachsende Komplexität der Lehre macht ein Qualitätsmanagement und Controlling zwar nicht zwingend erforderlich, kann aber zu einer Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung beitragen und sollte zur Unterstützung und nicht in erster Linie zur Kontrolle der Mitarbeiter in der Lehre eingerichtet und ausgebaut werden. In Köln sind diesbezüglich bereits umfangreiche Schritte unternommen worden.

Über den Sinn und Nutzen von Studiengebühren kann man unterschiedlicher Meinung sein. Zumindest gibt es keine Untersuchungen, die positive Auswirkungen auf die soziale Chancengleichheit belegen. Es ist eher damit zu rechnen, dass zumindest ein Teil potentiell Studierwilliger vom Studium abgehalten wird. Studiengebühren können bei der bestehenden Finanzmittelknappheit für die Studierenden selbst aber zu besseren Studienbedingungen führen.

Es sollten aber zumindest im ausreichenden Umfang risikoarme Kreditvergabemöglichkeiten etabliert und Härtefälle, insbesondere auch für ausländische Studierende, vermieden werden. Außerdem müssen die Verwendung für Studienzwecke und eine weitgehende Mitwirkung der Studierenden bei der Mittelverwendung gesichert sein.

Wichtig für die Qualität der Lehre scheint auch die Einführung von Mentorenprogrammen zu sein, wofür es an der Medizinischen Fakultät in Köln positive Beispiele gibt.

Bei der Auswahl der Studierenden stehen quantitative Indikatoren wie die Abiturnote zumeist im Mittelpunkt. Es sollte aber angestrebt werden, dass in Einzelfällen auch spezifisch begabte und interessierte Bewerberinnen und Bewerber eine Chance haben, ein Medizinstudium aufzugreifen. Die Schulnoten sind zwar in der Regel ein brauchbarer Indikator, aber nicht generell, wie die Biographien von herausragenden Wissenschaftlern der Vergangenheit zeigen.

Ein weiterer Aspekt, bei dem möglicherweise auch Mentorenprogramme und eine intensivere Studienberatung und Studienbetreuung hilfreich sein können, besteht in zunehmenden Warnungen der Studentenwerke und der Krankenkassen bezüglich der seelischen Gesundheit von Studierenden. Prüfungsängste und Stress, Leistungsverdichtung und die erhöhte Notwendigkeit zur Erzielung von Nebenverdiensten sollen bei Studierenden zu einem erheblichen Anwachsen des „Burnout-Syndroms“ und des Konsums von Psychopharmaka geführt haben. Gerade Medizinische Fakultäten sollten diesen Prozessen entgegenwirken.<sup>349</sup>

Wachsende Bedeutung werden neben interdisziplinären, die Trennung von Vorklinik und Klinik überwindenden Modellstudiengängen voraussichtlich auch das „E-Learning“ und das „Evidenzbasierte Lehren und Lernen“ gewinnen.<sup>350</sup>

Bei den grundsätzlich begrüßenswerten Modellstudiengängen sollte darauf geachtet werden, dass Instrumente der Qualitätssicherung, der Leistungskontrolle und der fakultätsübergreifenden Vergleichbarkeit nicht ausgeklammert werden.

Weitere wichtige Aspekte, auf die noch eingegangen werden soll, bestehen u.a. auf folgenden Gebieten:

- Ausbau der Trennungsrechnung und der leistungsorientierten Mittelvergabe
- Erschließung zusätzlicher Finanzierungsquellen (Fundraising, Private-Public-Partnership)
- Fakultätsmanagement, Qualitätsmanagement, Managementtechniken
- Ausbau der fakultäts- und universitätsübergreifenden sowie der internationalen Kooperationen

Von wichtiger Bedeutung ist für den Wissenschaftsrat die Verbesserung der Datenlage und die Vergleichbarkeit der Universitätsmedizin. Ein faires objektivierbares Ranking ist in vielen Bereichen derzeit offensichtlich nicht möglich, so dass diese in den Medien sehr verbreiteten Benchmarking-Prozesse häufig nur einen groben Orientierungsrahmen bieten, in Einzelfällen aber auch zu Fehltritten führen können.

Von zentraler allgemeiner Bedeutung für Forschung und Lehre in der Hochschulmedizin ist das Primat von Forschung und Lehre sowie einerseits die enge Anbindung an die Universität als auch der Fortbestand der Verzahnung von Krankenversorgung und Forschung und Lehre.

#### **4.2.2. *Trennungsrechnung, Leistungsorientierte Mittelverteilung und Finanzierungsalternativen***

Bei der gegenwärtigen Diskussion der Verbesserung der ökonomischen Rahmenbedingungen für die Medizinische Fakultät stehen die Trennungsrechnung, die häufig auch als Transparenzrechnung bezeichnet wird, und die leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM), die früher auch als qualitätsorientierte Mittelvergabe firmierte, im Mittelpunkt.

Im Rahmen der Trennungsrechnungsdiskussion wird häufig eine Querfinanzierung und Subventionierung der Krankenversorgung durch den Zuführungsbetrag des Landes unterstellt. Die leistungsorientierte Mittelverteilung soll Anreize zur Leistungssteigerung insbesondere in den Bereichen der Drittmittelwerbung und der Publikationen bieten und erfolgreiche Einrichtungen hierfür finanziell belohnen. Sie existiert auf der Landesebene, inzwischen auch verbreitet innerhalb der Medizinischen Fakultäten, so dass eine externe und eine interne leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) unterschieden werden können.

Die leistungsorientierte Mittelvergabe hat enge Anknüpfungspunkte zur Trennungsrechnung (Transparenzrechnung). Ziel der Trennungsrechnung ist neben der Schaffung von Transparenz innerhalb der Finanzströme von Forschung, Lehre und Krankenversorgung auch die Evaluation der Mittelzuweisung und der entsprechenden Leistungsergebnisse.

Aufgrund der knappen öffentlichen und privaten Finanzmittelzuweisungen und der zunehmenden finanziellen Probleme der Hochschulmedizin auch im Infrastrukturbereich wird verstärkt nach alternativen Finanzierungsquellen gesucht.

Hier können u.a. die Einführung von Studiengebühren, Public-Private-Partnership (PPP)–Modelle und der verstärkte Ruf nach dem „Fundraising“ angeführt werden. Im Bereich des Fundraisings gelten oftmals die milliarden schweren amerikanischen Elite-Universitäten wie Harvard und Stanford als Vorbilder.

#### Trennungsrechnung (Transparenzrechnung):

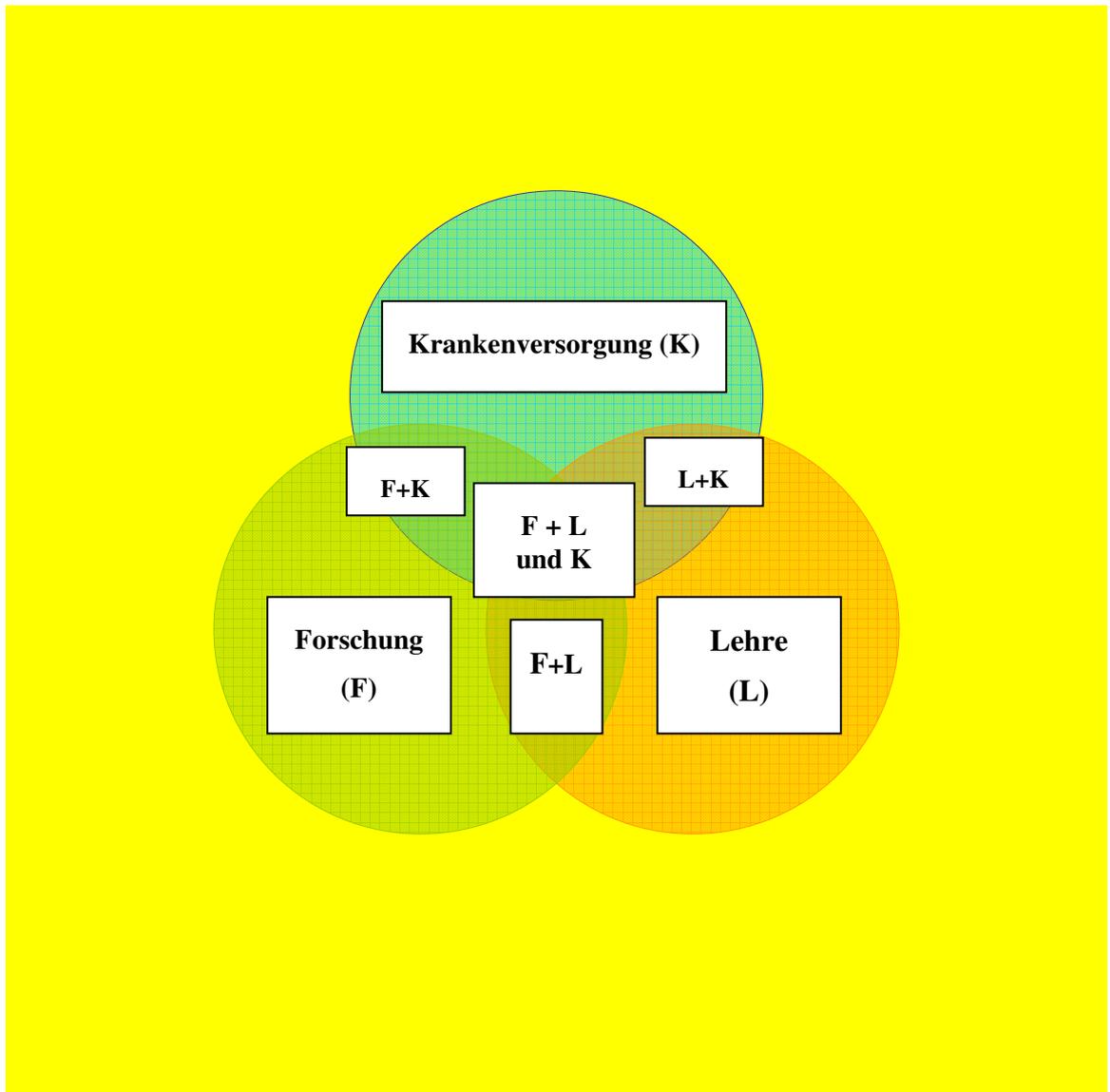
Es ist unzweifelhaft, dass angestrebt werden muss, dass der gesamte Landesführungsbetrag und seine Verwendung in den Kompetenzbereich der Fakultät gelangt. Eine weitgehende Transparenz der Finanzströme von Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung ist eine zentrale Zielsetzung. Eine exakte Trennung ist aber aufgrund der bestehenden Verflechtungen zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung nicht möglich und nur über Indikatoren und Verteilungsschlüssel modellhaft zu leisten.

Bei Fachleuten besteht die weit verbreitete Auffassung, dass es insbesondere aus folgenden Gründen keine eindeutige exakte Trennung und Zuordnung der Kostenströme in Forschung, Lehre und Krankenversorgung geben kann:

- Forschung, Lehre und Krankenversorgung sind in vielen Bereichen untrennbar miteinander verbunden und stellen eine Form der „Kuppelproduktion“ dar.
- Die buchhalterische Kostentrennung ist nur in Teilen möglich.
- Die Bewertung der Qualität von Forschung und Lehre ist teilweise subjektiv.
- Es existiert kein allgemeingültiger Ansatz für die Trennung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung.<sup>351</sup>

Grundsätzlich bestehen folgende 7 Kostenkonstellationen:

- Forschung: z. B. Untersuchungen in Forschungslabors
- Lehre: z. B. Vorlesungen
- Krankenversorgung: z. B. krankenversorgungsbezogene Therapie- und Pflegeleistungen
- Forschung/Lehre: z. B. Lehrveranstaltungen im Rahmen von Forschungsprojekten
- Krankenversorgung/Lehre: z. B. bed-side-teaching
- Krankenversorgung/Forschung: z. B. Erprobung neuer Methoden an Patienten
- Krankenversorgung/Forschung/Lehre: z. B. Beteiligung von Studierenden bei der Erprobung neuer Methoden am Patienten



**Abbildung 10: Kostenverflechtungen in der Hochschulmedizin**

Die vorklinischen Bereiche lassen sich grundsätzlich insgesamt Forschung und Lehre zuordnen, aber selbst in diesem Bereich kann es im Rahmen fächerübergreifender Lehrveranstaltungen oder krankensorgungsbezogener Dienstleistungen auch zu Verflechtungen mit der Krankenversorgung kommen.

Der Ausbau der Trennungsrechnung kann auch für Steuerungszwecke für die Fakultät von Bedeutung sein. Im Anhang der Kölner Kooperationsvereinbarung vom 09.03.2006 wird im Zusammenhang mit der Trennungsrechnung Folgendes festgestellt:

„Als Ergebnis der Trennungsrechnung wird eine Aufteilung der Anteile der Zuführung für Forschung und Lehre (Zuführungsinanspruchnahme in EUR-Beträgen) je Fachabteilung und Institut erkennbar (transparent). Im Innenverhältnis können somit je Fachabteilung und Institut Steuerungsgrößen für die Lehre und die Forschung (z. B. Bibliometrikennzahlen) gebildet werden, die im Rahmen von Zielvereinbarungen mit den Klinikdirektoren und Institutsleitern durch das Dekanat bzw. die Fakultät vorgegeben und über Soll-/Ist-Vergleiche überwacht werden können.“<sup>352</sup>

Denkbar ist es auch, derartige Zielvereinbarungen wie in Heidelberg an die variablen Vergütungsanteile bei Chefarztverträgen zu koppeln.<sup>353</sup>

Die Trennungsrechnung ist in Verbindung mit der internen leistungsorientierten Mittelvergabe, wobei der Mitteleinsatz mit den Leistungen kombiniert wird, ein zentrales Element der Steuerung von Forschung und Lehre.

Bei der Trennungsrechnung sollte aber Klarheit bestehen, dass es sich um mehr oder weniger realitätsnahe Modelle handelt und die Ergebnisse naturgemäß von den verwendeten Personalkostenmodellen und den Sachkosten-Verteilungsschlüsseln abhängen und variabel sind.

#### Leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM)

Bei der leistungsorientierten Mittelvergabe kann man, wie bereits an anderer Stelle angesprochen, grundsätzlich 3 Stufen unterscheiden, wobei hier nur nochmals einige mögliche Problemstellungen und Ergebnisse der 3. Stufe näher erwähnt werden sollen:

- 1) leistungsbezogene Antragsverfahren (interne und/oder externe Begutachtung)
- 2) leistungsbezogene Bonusverfahren (Drittmittel/Publicationen)
- 3) leistungsbezogene Umverteilungsmaßnahmen

Die Stufen 1 und 2 sind in der Regel an allen Standorten implementiert und stellen wichtige Anreizsysteme und Möglichkeiten zur zielgerichteten Forschungsförderung dar, deren Stellenwert nicht unterschätzt werden sollte.

Unter leistungsorientierter Mittelvergabe (LOM) im engeren Sinne werden Haushaltsmittel-Umverteilungsverfahren (Stufe 3) verstanden, bei denen der Eindruck entstehen kann, dass ihr Stellenwert überbetont wird und die damit verbundenen Risiken und möglichen Fehlsteuerungen mitberücksichtigt werden müssen. An einigen Standorten wie in Köln ist diese Form der leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) für die Forschung und Lehre und die mögliche Zusammenführung mit der krankensorgungsbezogenen Budgetierung seit 2007 im Aufbau begriffen.

Bei der leistungsorientierten Mittelvergabe, die eine Ressourcenumverteilung vorsieht, kann man die externe Mittelvergabe auf Landesebene und Modelle der internen leistungsorientierten Mittelvergabe auf Fakultäts-/Klinikumsebene unterscheiden.

Die LOM-Modelle auf Landesebene sind grundsätzlich sehr ähnlich. In Nordrhein-Westfalen bestehen die Hauptindikatoren in den Bereichen Forschung, Lehre und Gleichstellung. Der Forschungsanteil wird mit 75% angerechnet und ist in die Unterbereiche Publikationen (60%) und Drittmittelinwerbung (40%) unterteilt.

Der Prozentsatz, der in die leistungsorientierte Mittelverteilung eingeht, belief sich bis zum Jahr 2007 in NRW auf 10% des Zuführungsbetrages, wobei in den letzten Jahren etwa 8% bis 12% zurückverteilt worden sind, so dass die LOM für einige Standorte bereits von großer finanzieller Relevanz ist und vereinzelt beim Landeszuführungsbetrag Verluste von mehr als 2 Mio. € zu beklagen waren. Eine Erhöhung der leistungsorientierten Mittelvergabe bis zu 30% war in NRW in der Diskussion. Es wurde aber bereits in der Vergangenheit durch einen modifizierten Berechnungsmodus darauf geachtet, dass ein permanenter Abwärtstrend (Kellertreppeneffekt) eines Standortes möglichst vermieden wird.

Die Zielsetzung der Implementierung einer leistungsorientierten Mittelvergabe für die Schaffung zusätzlicher Anreize und die Verbesserung schwerpunktbezogener Steuerungsmöglichkeiten ist grundsätzlich erstrebenswert, sollte aber auch einige Rahmenbedingungen und mögliche Probleme berücksichtigen.

Mögliche Problemstellungen für die interne LOM können u.a. in folgenden Aspekten gesehen werden:

- Die Auswahl der internen Indikatoren sollte sich nach denen auf Landesebene richten.
- Die Chancengleichheit der Einrichtungen ist aufgrund der unterschiedlichen Möglichkeiten zur Einwerbung von Drittmitteln und von Veröffentlichungen in hochkarätigen Zeitschriften nicht gegeben (evtl. landes- und bundesweite fächerbezogene Vergleiche berücksichtigen).
- Sicherstellung der Grundausrüstung/Vermeidung von Kellertreppeneffekten.
- Sicherung des breiten universitären Angebots.
- Einrichtung von Vorwarnsystemen bei drohendem (erheblichen) Ressourcenabbau.

Kritiker verweisen auf den Tatbestand, dass einer der wenigen deutschsprachigen Denker von Weltformat, Immanuel Kant, im LOM – Leistungssystem keine Chance gehabt hätte, weil er in einer Phase, in der er an Büchern arbeitete, innerhalb von 10 Jahren lediglich 2 Zeitungsartikel veröffentlichte.

Die Etablierung einer leistungsorientierten Mittelvergabe ist in Köln nicht nur aufgrund der externen Vorgaben und Sachzwänge weiterzuerfolgen, sondern auch zur Verbesserung der Transparenz und der Steuerungsmöglichkeiten. Sie sollte aber nicht als Allheilmittel betrachtet werden und zur Vernachlässigung traditioneller Forschungsförderungsinstrumente führen.

Die leistungsorientierte Mittelvergabe „LOM“ kann zur Förderung von Spitzenleistungen und zum Erhalt der internationalen Wettbewerbsfähigkeit beitragen. Die DFG hält eine Reservierung von 20% bis 40% des Landeszuführenbetrages für die LOM für erstrebenswert. Die Leistungsparameter sollen dabei allgemein anerkannt und möglichst mit einer einfachen Erhebungsmethodik verbunden sein.<sup>354</sup>

Der Wissenschaftsrat empfiehlt auch einen Prozentanteil für die LOM von bis zu 40%. Die tatsächliche Höhe müsse aber in einem sinnvollen Verhältnis zu der Grundausrüstung und den alternativen Förderungsinstrumenten stehen und letztendlich von den Fakultäten selbst bestimmt werden.<sup>355</sup>

Eine mögliche interessante Variante der leistungs- und erlösorientierten Budgetierung im Bereich der Hochschulmedizin stellt das „Erlanger Modell“ dar, es zeichnet sich durch die Dezentralisierung der Budgetverantwortlichkeit aus und nimmt auf die universitätsspezifischen Problemstellungen Rücksicht. Es setzt zumindest aber betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse, besonders auf dem Gebiet des Finanz- und Rechnungswesens, innerhalb der Einrichtungen voraus.<sup>356</sup>

### Finanzierungsalternativen

Zur Verbesserung der Finanzsituation spielen in Bundesländern wie Hessen auch Privatisierungsüberlegungen eine Rolle. Aus verschiedenen bereits dargelegten Gründen sollte aber die vollständige Privatisierung von Kliniken in Nordrhein-Westfalen verhindert werden.

Auf Universitäts- und Klinikumsebene sind daneben auch Ausgliederungsmaßnahmen, insbesondere im Verwaltungs- und Dienstleistungsbereich denkbar, die sich, sofern sie nicht ganz vermeidbar sind, möglichst auf Teilbereiche beschränken sollten.

Aufgrund der bestehenden finanziellen Rahmenbedingungen sind im Bereich der Hochschulmedizin weiterhin Überlegungen zur Verbesserung der Finanzsituation zu treffen, um primär auch die Rahmenbedingungen für Forschung und Lehre zu verbessern.

Die bekanntesten Vorschläge zur Verbesserung der Finanzsituation stellen die Einführung von Studiengebühren, PPP-Modelle und das Fundraising dar.

### Studiengebühren:

Die in NRW eingeführten Studiengebühren können zu einer erheblichen Verbesserung in der Lehre für die bereits Studierenden beitragen. Insofern schaffen sie gerade in diesem Bereich, der mit Investitionsmitteln in der Regel nicht besonders gut ausgestattet ist, neue innovative Möglichkeiten.

Es muss aber angestrebt werden, dass der Abschreckungsfaktor für die Aufnahme eines Studiums minimiert und Härtefälle weitestgehend vermieden werden.

### Public Private Partnership (PPP):

PPP-Lösungen können vor allem im Baubereich und bei der Anschaffung und Nutzung von kostenintensiven Großgeräten mögliche Lösungswege zur Verbesserung der Finanzsituation sein.

Es muss aber genauestens geprüft werden, ob die finanziellen Vorteile sich auch mittel- und langfristig auszahlen und die vertraglichen Rahmenbedingungen die Unabhängigkeit der mit Forschung und der Lehre verbundenen Entscheidungen garantieren.<sup>357</sup>

### Fundraising:

Das besonders in den USA verbreitete Fundraising kann auch in Deutschland zunehmend Finanzquellen erschließen und sollte unter Beachtung der Autonomie von Forschung und Lehre und von Vermarktungsgrenzen ausgebaut und professionalisiert werden.

Es ist aber nicht davon auszugehen, dass das Finanzvolumen amerikanischer Elite-Universitäten in den nächsten Jahren annähernd erreicht werden kann.

Daneben existieren sogar Vorschläge, Hochschulfonds zu bilden, mit denen Kapital institutioneller und privater Anleger für die Hochschulmedizin eingeworben werden soll.<sup>358</sup>

### Allgemeine Finanzierungsalternativen:

Grundsätzlich bestehen auch Möglichkeiten und Entwicklungstendenzen, über Tochtergesellschaften zusätzliche Leistungsangebote und Erlöse für die Hochschulmedizin zu erschließen, wobei sich dieser Bereich noch im Aufbau befindet und mit Risiken verbunden ist. Hier sei nur auf das Spektrum von Gesundheitsdienstleistungen und die Etablierung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) hingewiesen.

Weitere mittelfristige Perspektiven sind die Einwerbung zusätzlicher EU-Mittel, die sich im Zeitraum von 2003 bis 2005 für die Medizinischen Fakultäten verdoppelt haben. Bei guten Leistungen auf dem Gebiet von Forschung und Lehre sind daneben im Rahmen der eingeleiteten „Exzellenz- und Schwerpunktförderungsprogramme“ zusätzliche Finanzmittel zu erwarten, wobei aber auch gewährleistet werden muss, dass

die Fakultäten in der Lage sind, die Begleit- und Nachfolgekosten von exzellenter Forschung tragen zu können. Köln kann für die Jahre 2003-2005 auf hohe EU-Mittel verweisen. Im Rahmen der Exzellenzinitiative erhalten die siegreichen NRW-Hochschulen innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren Finanzmittel von Bund und Land in Höhe von mehr als 110 Mio. €.

Insgesamt muss aber nochmals auf die Unterfinanzierung im Hochschulbereich hingewiesen werden, so dass die europaweiten Vorgaben voraussichtlich auch in den nächsten Jahren in Nordrhein-Westfalen im Gegensatz zu einigen wenigen anderen Bundesländern nicht erreicht werden.

#### Strukturelle Zielsetzungen

Die Trennungsrechnung ist auszubauen. Das gilt unter Berücksichtigung der genannten Problemstellungen auch für die leistungsorientierte Mittelvergabe. Generell ist der Einfluss auf die Finanzen durch die Medizinischen Fakultäten und die Transparenz des Rechnungswesens für den Bereich Forschung und Lehre an vielen Standorten zu verbessern und eine zielorientierte, zeitnahe, leistungsorientierte Mittelsteuerung auch für die Fakultäten zu etablieren.

Grundsätzlich soll zwar im Fachbereich Medizin keine zweite Finanzverwaltung aufgebaut werden, eine detaillierte Einbindung in die gesamten Entscheidungs- und Steuerungsprozesse des Rechnungswesens und die Entscheidungsautonomie über den Zuführungsbetrag des Landes inklusive der eventuellen Vorbereitung und Nachbereitung von Zielvereinbarungen für Forschung und Lehre ist aber mit einem erheblichen Arbeitsaufwand verbunden, der vermutlich eine personelle zusätzliche Mindestausstattung im kaufmännischen Sektor erfordert.

Der Wissenschaftsrat fordert den ungehinderten Zugang zu allen Daten für den Fakultätsvorstand und die Beschäftigung von Mitarbeitern, die mit betriebswirtschaftlichen Daten umgehen können sowie ein zeitnahes Controlling. Er empfiehlt außerdem, dass das Rechnungs- und Berichtswesen vergleichbar ausgestaltet werden.<sup>359</sup>

Unabhängig von diesbezüglich für Forschung und Lehre induzierten möglichen positiven finanziellen Auswirkungen sind zielstrebig zusätzliche Finanzierungsquellen zu erschließen, wobei auch die Etablierung eines Fakultäts-Fundraisings denkbar wäre. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch eine enge Anbindung der Drittmittelverwaltungen an die Medizinischen Fakultäten. Eine Stiftungskultur wie in den USA oder in letzter Zeit auch in England wird sich in Deutschland in dieser Form und in diesen finanziellen Dimensionen kaum entwickeln lassen.

#### ***4.2.3. Moderne Managementmethoden und Organisationsstrukturen***

Die Universitäten mit ihren medizinischen Fakultäten sind in den letzten Jahren einem enormen organisatorischen Wandel ausgesetzt, der nicht immer zwangsläufig zu verbesserten Kooperations- und Kommunikationsformen führen muss. Der organisatorische Wandel beschränkt sich nicht nur auf die Aufbauorganisation, sondern ist zwangsläufig auch mit internen Ablauf- und Kommunikationsprozessen verknüpft.

In den 14 Bundesländern, in denen sich hochschulmedizinische Einrichtungen befinden, überwiegt das Kooperationsmodell. Dem Integrationsmodell sind nur Berlin, Hamburg, Niedersachsen und Thüringen zuzuordnen.

Die eindeutige Mehrzahl der Universitätskliniken in Deutschland hat den Status einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts. Im Integrationsmodell sind die Universitätskliniken in der Regel als Körperschaft des öffentlichen Rechts institutionalisiert.

Die Rechtsform der rechtsfähigen Stiftung war 2005 nur in Göttingen etabliert. Diese Rechtsform könnte für einige Kliniken eine Zukunftsperspektive sein.

Die fusionierten Universitätsklinika von Gießen und Marburg werden in privater Rechtsform als GmbH geführt, bei der die Rhön-Klinikum AG Mehrheitseigner und Träger ist.<sup>360</sup>

Der öffentliche Dienst und die Universitäten standen in der Vergangenheit häufig in der Kritik. Der öffentliche Dienst erscheint oftmals als gesellschaftlicher Luxus, denn im Rahmen der öffentlichen Diskussion stehen zumeist Einsparmöglichkeiten im Mittelpunkt und unter den Oberbegriffen Modernisierung und Reform wird häufig primär eine Sparpolitik betrieben.<sup>361</sup>

Den Hochschulen werden häufig sinkende Ausbildungsqualität, mangelnde Wettbewerbsfähigkeit, Ressourcenverschwendung und zu lange Studiendauern vorgeworfen. Daneben stehen ihre Management- und Organisationsstrukturen, insbesondere auch im Bereich der Hochschulmedizin, im Kreuzfeuer der Kritik: „Die überkommenen Organisations- und Entscheidungsstrukturen innerhalb der Universitäten galten in der Vergangenheit als zentrales Hemmnis einer forschungs- und lehrbezogenen sowie leistungsorientierten Mittelzuweisung. Die universitären Gremien, basierend auf dem Kollegialprinzip, wurden als zu schwerfällig wahrgenommen, um mit den agilen Entscheidungsgremien der Universitätskliniken angemessen mithalten zu können. Insbesondere wurde kritisch hervorgehoben, dass die Dekanate gegenüber den Universitäts- und Klinikumsverwaltungen personell, qualitativ und quantitativ benachteiligt sind. Ohne Verwaltungsapparate könnten sie wichtige Entscheidungen nicht hinreichend qualifiziert vorbereiten, ausführen und kontrollieren.“<sup>362</sup>

In der Vergangenheit erfolgte in den Universitäten eine Inputgrößen-Steuerung. Es wurden Finanzmittel, Personal und Ausstattungen zugeteilt. Diese Ressourcen wurden eng zweckgebunden nach Titeln und Buchungsabschnitten zugewiesen. Wirtschaftliches Handeln und Einsparungen wurden häufig mit Budgetkürzungen im Folgejahr bestraft.<sup>363</sup>

## Zielsetzungen und Entwicklungen

Wichtige Zielsetzungen werden in der Einführung von Departmentstrukturen in den Fakultäten, der Etablierung eines Fakultätsmanagements und der Professionalisierung der Geschäftsführung von Dekanatsverwaltungen gesehen.

Häufig wird auch die Ansicht vertreten, dass das neue Verhältnis zwischen Staat und Hochschule, die in früheren Jahren die Funktion einer nachgeordneten Behörde hatte, neue Steuerungsmodelle und Organisationsstrukturen benötigt.

Durch das neue Hochschulgesetz wird die bereits in vorangegangenen Legislaturperioden verfolgte Strategie der Stärkung der zentralen und dezentralen Leitungsorgane und der Einführung von Managementinstrumenten fortgeführt. Entscheidungsbefugnisse werden weitgehend vom Senat auf das Rektorat und vom Fachbereichsrat auf das Dekanat verlagert.

Im Rahmen der Hochschulmedizin wird von zahlreichen Entscheidungsträgern aber auch der Ruf nach klaren Verantwortungsstrukturen zur Vermeidung von Reibungsverlusten zwischen Fakultäts- und Klinikumsleitung lauter. Aus Sicht der Medizinischen Fakultäten muss dabei im Rahmen gemeinsamer Gremien von Fakultät und Klinikum das Primat von Forschung und Lehre gesichert werden.

Die Freiheit der Universitäten war schon immer begrenzt, denn es besteht ein öffentliches Interesse an ihrer Funktionsfähigkeit und eine überwiegend externe Finanzierung durch staatliche Institutionen, die sich auch gegenwärtig grundsätzlich nicht geändert hat.

Die Führungs- und Leitungserfordernisse des Systems Universität haben sich jedoch geändert. Die erfolgte Ökonomisierung schafft Handlungsnotwendigkeiten, bei denen Kooperation und Konsens als Ideal aber noch immer angestrebt werden können.

Die Etablierung des Kosten-Nutzen-Codes für wissenschaftlichen Output verändert das universitäre Studienangebot genauso wie das Zusammenspiel von Professoren, Fakultäten und Universitäten. Im eingeleiteten Konkurrenzkampf strahlen jetzt die Fächer, die das Geld einbringen.<sup>364</sup>

Durch die Stärkung der Stärken werden diejenigen Fächer geschwächt, mit denen man aufgrund ihrer mangelnden öffentlichkeitswirksamen Bedeutung wenig Reklame machen kann und die zur externen Ressourcenakquisition wenig beitragen.

„Denn von einem Verbund zum Zweck der Ausbildung und Forschung sind die Universitäten dabei, sich in Firmen einer besonderen Art zu verwandeln: in zunehmend straffer organisierte, häufig von einflussreichen Aufsichtsräten kontrollierte Betriebe, die untereinander um Anteile auf dem nationalen und internationalen Wissensmarkt konkurrieren.“<sup>365</sup>

Bei den gegenwärtigen Entwicklungstendenzen sollte darauf geachtet werden, dass Universitäten nicht zu rein outputorientierten, an ausschließlich ökonomischen Verwertungsinteressen orientierten Wissensfabriken degenerieren, dennoch muss man sich dem Wandel stellen und kann sich positive ökonomische Hilfsmittel für den wissenschaftlichen Fortschritt nutzbar machen. Sofern sie nicht zum Selbstzweck und Fetisch werden, können das Qualitätsmanagement und Controllingprozesse, aber auch Evaluationen, Akkreditierung und ein gelegentliches Benchmarking für Forschung und Lehre von großem Nutzen sein.

### Managementmethoden und Organisationsstrukturen

Durch die Einführung von Globalhaushalten und der Wegorientierung von den zweckgebundenen Mittelzuweisungen sind bereits wesentliche strukturelle Weichenstellungen erfolgt. Im Bereich der Hochschulmedizin sind das kaufmännische Rechnungswesen und die grundsätzliche Übertragbarkeit von Restmitteln seit Jahren etabliert.

Fakultätsmanagement, Departmentstrukturen, Evaluation, Akkreditierung, Benchmarking und Qualitätsmanagement sind nur einige wesentliche Begriffe im Rahmen der gegenwärtigen Modernisierungsdiskussion, wobei dem Qualitätsmanagement, das oft in die Bereiche Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität unterteilt wird, ein besonderer praktischer Stellenwert zukommt. Qualitätsmanagement ist eng mit der Qualitätssicherung und der Qualitätsentwicklung verbunden.

Das bereits angesprochene „New Public Management (NPM)“ ist in allen Bereichen des öffentlichen Sektors auf dem Vormarsch. Wesentliche Elemente sind die Kundenorientierung, die Leistungs-/Wirkungsorientierung, die Qualitätsorientierung und die Wettbewerbsorientierung. Ein wesentliches Element besteht auch in der Führung durch Zielvereinbarungen und Outputorientierung.<sup>366</sup>

Sofern sich NPM-Ansätze auf Universitäten beziehen, werden sie neuerdings häufig auch als NUM-Ansätze (New University Management-Ansätze) bezeichnet. Zielsetzungen bestehen u.a. in der Eröffnung bisher noch ungenutzter Produktivitätsreserven im Hochschulsektor, dabei spielen auch die Enthierarchisierung von Entscheidungsprozessen, Dezentralisierung und Selbststeuerung durch Wettbewerbsprozesse eine zentrale Rolle.<sup>367</sup>

Einige der Überlegungen des New Public Management können als Steuerungsinstrumente fruchtbar genutzt werden, wobei eine kritische Betrachtung im Rahmen eines Organisationsentwicklungsprozesses möglicherweise wichtige fakultätsbezogene Impulse bewirken kann.

Die häufig eingeforderte und auch eingeleitete Verschlinkung der Organisations- und Entscheidungsstrukturen ist keine Erfolgsgarantie und in Teilbereichen kontraproduktiv, wenn sie zu einer zusätzlichen Demotivierung bei der Beteiligung am aktiven Fakultätsleben führt.

Daneben ist formalisierte Macht ohne persönliche Unterstützung und ohne persönliche Stärke zumindest bei demokratischen Grundstrukturen nachrangig. Entscheidungen müssen legitimierbar sein sowie an der aktuellen Situation der Wissenschaftsstrukturen und den betroffenen Akteuren orientierte Elemente beinhalten. Führung ohne persönliche Stärke ist auch bei verstärkten individuellen Machtbefugnissen, die gelegentlich hilfreich sein mögen, mittelfristig zum Scheitern verurteilt. Aufgrund der möglichen Interessenkonstellationen und der enormen Leistungsanforderungen an die Entscheidungsträger in der Hochschulmedizin können unter Umständen Macht und persönliche Stärke gemeinsam für die Realisierung von Zielsetzungen nicht immer ausreichen.<sup>368</sup>

Die deutsche Gesellschaft für Organisationsentwicklung hat bereits in den 80er Jahren moderne Managementmethoden eingefordert. Sie versteht Organisationsentwicklung als einen längerfristig orientierten, organisationsumfassenden Entwicklungsprozess von Organisationen und den in ihnen Beschäftigten. Das Ziel besteht in einer gleichzeitigen Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Organisation (Effektivität) und der Qualität des Arbeitslebens (Humanität). Der Organisationsentwicklungsprozess beruht auf dem Lernen aller Betroffenen durch direkte Mitwirkung und dem praktischen Erfahren.<sup>369</sup>

Diese Grundforderungen zur Einbeziehung von Partizipationsmöglichkeiten lassen sich in der Regel auch in traditionellen betriebswirtschaftlichen Lehrbüchern wiederfinden.

Eine kreative Unternehmenskultur zeichnet sich durch eine weitgehende Hierarchiefreiheit, Partizipationsmöglichkeiten und den Austausch von teilweise auch kontroversen Argumenten und Denkweisen aus. Eine derartige Struktur bedarf aber auch starker Führungspersönlichkeiten, die Widerspruch und Fehler tolerieren und die eigene Weltansicht nicht als Dogma betrachten.

Viele moderne Managementmethoden mit teilweise abenteuerlichen Bezeichnungen versprechen aber mehr als sie halten und sind in der Wirtschaft einem häufigen Wandel unterworfen. Gegenwärtig spielt „Vertrauen“ in der Wirtschaft eine zentrale konzeptionelle Rolle.

„Es ist lange Zeit die Stärke von Universitäten gewesen, dass sie gegen solche in der Wirtschaft fast im Jahreszyklus produzierten Managementmoden weitgehend immun waren. Die neuen Säue, die in immer schnellerer Abfolge durch die Unternehmen getrieben wurden, liefen über lange Zeit an den akademischen Dörfern vorbei. Aber die Zeiten haben sich geändert: Die sogenannte „Befreiung“ der Universitäten aus den Fesseln der Wissenschaftsverwaltung hat dazu geführt, dass einige Universitätsleitungen empfänglich für den Management-Talk aus Unternehmen geworden sind. So ist es auch kein Wunder, dass „Vertrauen“ als Führungskonzeption in den ersten Leitbildern von Universitäten auftaucht.“<sup>370</sup>

Einige betriebswirtschaftliche Techniken, die auch im Rahmen des „New Public Management“ von Bedeutung sind, können aber für die Zwecke von Forschung und Lehre nutzbar gemacht werden.

Neben dem Controlling, das in erster Linie auf eine Steuerung von Prozessen abzielt, und dem Qualitätsmanagement, das an der Kölner Universität als „Strategisches Qualitätsmanagement“ bezeichnet wird, ist auch die Professionalisierung der Berufungsverfahren von zentraler Bedeutung, denn Neuberufungen haben einen zentralen profilprägenden, strategischen Stellenwert für die Fakultäten. Zwecks Optimierung dieses Verfahrens müssen ein detailliertes Ablaufverfahren und genaue Anforderungsprofile entwickelt werden. Von zunehmender Bedeutung werden für Lehrstuhlinhaber auch betriebswirtschaftliche Kenntnisse im Bereich der Personalführung und des Rechnungswesens.<sup>371</sup>

Zukünftig wird sich das Anforderungsprofil für eine wissenschaftliche Karriere neben Forschung und Lehre zunehmend um Managementaufgaben erweitern, so dass Fortbildungsmaßnahmen im Bereich des Wissenschaftsmanagements gerade für wissenschaftliche Nachwuchskräfte an Bedeutung gewinnen.<sup>372</sup>

Es ist auch darauf zu achten, dass Universitäts- und Fakultätsverwaltungen keine bürokratischen Aufsichtsinstanzen, sondern Service-Bereiche für Forschung und Lehre und insbesondere auch für die Studierenden sind.

Im klinischen Bereich ist hinsichtlich der Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation nach wie vor das Departmentmodell von großer Bedeutung. Es soll einerseits die Erfüllung der klinischen Aufgaben in optimaler Weise gewährleisten, aber auch eine kooperative Wissenschaftsentwicklung zwischen den beteiligten Lehrstühlen anstreben.<sup>373</sup>

Im Rahmen von Departments im Krankenhaussektor soll eine flexible und gemeinsame Ressourcennutzung (Personal, Operationssäle, Forschungslaborflächen, Hörsäle, etc.) ermöglicht werden, wobei die grundsätzliche Eigenständigkeit der beteiligten Einrichtungen erhalten bleiben kann.

Im Klinikumsbereich ist daneben eine verstärkte krankheitsorientierte, horizontale Vernetzung der Fächer erforderlich, die in Köln im Bereich der Lehre durch die Kompetenzfelder des Modellstudiengangs einen zentralen Stellenwert hat. Beispiele hierfür sind Herzzentren oder Tumortherapiezentren. Die krankheitsorientierten Zentren begünstigen eine verbesserte problemorientierte Lehre und Forschung.

Der Wissenschaftsrat spricht in diesem Zusammenhang neben der notwendigen Etablierung von Departmentstrukturen auch von der erforderlichen Bildung von „Profilzentren“, die quer zur Departmentebene auch teildisziplin- bzw. themenbezogene Kompetenzen zusammenführen.<sup>374</sup>

Neben den Departments und den krankheitsorientierten Zentren ist auch eine Vernetzung und Optimierung im Bereich der krankheitsbezogenen Service-Leistungen (z. B. Labore) und der forschungs- und lehrbezogenen Infrastruktur (z. B. Laborflächen, Tierställe, Hörsäle) anzustreben, um u.a. Engpässe und Doppelnutzungen zu vermeiden. Insbesondere ist bei Tierexperimenten eine Minimierung auf das unvermeidbar Erforderliche anzustreben, wobei nach jetzigem Kenntnisstand ein vollständiger Verzicht im Bereich der Gesundheitsforschung gegenwärtig kaum möglich erscheint.

### Perspektiven

Viele Medizinische Fakultäten haben gegenwärtig noch immer zu wenig Einfluss auf die Erstellung des Wirtschaftsplans und die tatsächliche Kontrolle der Mittelverteilung. Die betriebswirtschaftlichen Personalkapazitäten und Instrumente innerhalb Medizinischer Fakultäten sind noch immer unterversorgt und unterentwickelt. Hier müssen Kosten- und Leistungsinformationssysteme etabliert werden, die auch auf dem Gebiet von Forschung und Lehre umfassende und zeitnahe Detailinformationen enthalten. In diesem Zusammenhang ist auch die Einführung eines „DATA-Warehouse-Systems“ für Forschung und Lehre von Interesse.<sup>375</sup>

Durch die Professionalisierung der Dekanatsverwaltungen in den letzten Jahren sind aber schon merkliche Veränderungen eingetreten. In der Mehrzahl der Fakultäten ist bereits eine spezifische betriebswirtschaftliche Kompetenz angesiedelt, von der Controlling-Aufgaben wahrgenommen werden.<sup>376</sup>

Es kann und soll schon aus Kostengründen in Medizinischen Fakultäten keine zweite Verwaltung aufgebaut werden, aber im Feld des Finanz- und Rechnungswesens braucht man eine Mindestausstattung, um die Interessenwahrnehmung der Fakultät angemessen gewährleisten zu können. Dabei wird man auf die intensive Kooperation und Unterstützung der Klinikumsverwaltung nicht verzichten können.

Es bestehen Befürchtungen, dass mit der neuen Wettbewerbsorientierung der Universitäten der Abschied vom Humboldt'schen Bildungsideal eingeleitet ist und nur noch marktwirtschaftliche Aspekte eine Rolle spielen.

Der Ökonomisierungs- und Modernisierungsprozess ist nicht aufzuhalten. Aus dem Bildungswesen werden evaluierbare Qualifikationsprozesse, aus dem Gelehrten wird zunehmend der Forschungsmanager und an die Stelle von Vorlesung und Diskurs treten Powerpoint-Veranstaltungen mit anschließendem Multiple-Choice-Test.

Durch die Veränderung der Universität wurden starke Leitungsstrukturen installiert, so dass das Präsidium (das Rektorat) und der Dekan (das Dekanat) einen deutlichen Zugewinn an Kompetenzen erhalten haben. Eine starke Leitung wird aber selbst beim Einkauf professioneller Wissenschaftsmanager nicht reichen, wenn die Legitimation nur auf Macht beruht. Vielleicht wird es eine vordringliche Aufgabe werden, die durch die Ökonomisierung hervorgerufene Atomisierung der Universität wieder ein wenig zurückzudrängen, in dem sie auch emotional Identifikationsflächen schafft, die an die ursprüngliche Universitas erinnern.<sup>377</sup>

Ein möglicher Weg hierzu besteht in einer weitgehenden Einbindung aller Fakultätsmitglieder in die Entscheidungsprozesse.

Im Gegensatz zur üblichen Intention der Straffung und zeitlichen Verkürzung der Informationswege, was nicht immer mit einer Qualitätssteigerung der Entscheidungen verbunden sein muss, sind jetzt bereits Prozesse erkennbar, die zwar die gesetzlichen Regelungen berücksichtigen, gleichzeitig aber nach Wegen suchen, rechtlich nicht immer zwingende Partizipationsmöglichkeiten zu eröffnen, um das notwendige Zusammengehörigkeitsgefühl, das auch für interdisziplinäre Kooperationen von Bedeutung ist, zu fördern.

Trotz des notwendigen Rückgriffs auf betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente und entscheidungsorientierte Verwaltungsstrukturen ist es nach wie vor möglich, dass kollegiale Prozesse und Mitwirkungsmöglichkeiten der gesamten Fakultät bestehen bleiben und der reinen Formalisierung und Verschulung entgegengewirkt wird. Denkbar ist auch ein Rückgriff oder die Wiederbelebung alter, in den USA oder England noch gepflegter gemeinsamer Kommunikationsveranstaltungen der Universitätsmitglieder im Rahmen eines „Faculty-Club“, in dem in ungezwungener Atmosphäre über aktuelle Themen von Forschung und Lehre diskutiert werden kann.<sup>378</sup>

Moderne Managementmethoden und Organisationsstrukturen schließen eine Verbindung mit traditionellen Kooperationsformen nicht aus.

Auf der internen Ebene der Fakultäten ist es von zentraler Bedeutung, die Erhaltung oder Etablierung weitgehender kollegialer und partizipationsfördernder Entscheidungsstrukturen zu fördern sowie universitäre Freiräume zu erhalten.

#### ***4.2.4. Förderung fakultäts- und universitätsübergreifender Strukturen und Kooperationen***

Eine wesentliche Forderung im Bereich der Hochschulpolitik besteht gegenwärtig darin, interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie fakultäts- und universitätsübergreifende Kooperationen verstärkt zu fördern.

Von politischer Seite wird der gemeinsame Ausbau von Innovationsstrategien zwischen Wissenschaft und Wirtschaft und der damit auch im Landeshochschulgesetz verankerte Wissenschaftstransfer in den Mittelpunkt gestellt.

Zur Förderung der internationalen Konkurrenzfähigkeit erscheint eine intensivere Kooperation mit staatlich finanzierten und privaten industriellen Forschungseinrichtungen notwendig zu sein.

In Deutschland führen jedoch auch Forschungsinstitute wie die Max-Planck-Institute zu einer Wegorientierung von den Universitäten und zu einem innerstaatlichen „Braindrain“.

Die Innovationsstrategie des Landes stellt den Wissens- und Technologietransfer in den Mittelpunkt. Er gehört neben Forschung und Lehre zu den gesetzlichen Aufgaben der Hochschule. Die Innovationsstrategie hat zum Ziel, Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft enger miteinander zu verflechten, wobei für den Aufbau erfolgreicher Transfers industrierelevante Forschungsprofile und professionelle Transferstrukturen erforderlich seien. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch das Patentwesen.<sup>379</sup>

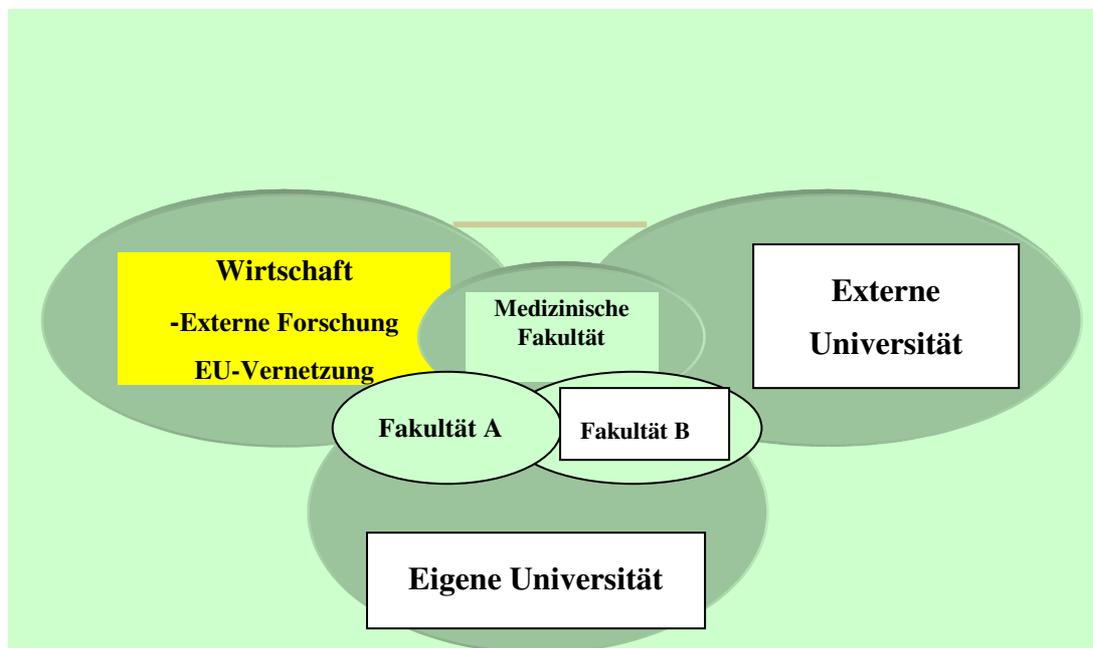
Wichtige allgemeine Kooperationsformen stellen in der Hochschulmedizin die gemeinsame Teilnahme an den koordinierten Programmen der verschiedenen Förderer, Doppelberufungen, gemeinsam betriebene Einrichtungen, Doktorandenförderung, Nachwuchsgruppen und gemeinsam genutzte Großgeräte dar.<sup>380</sup>

Ein wichtiger Hintergrund für verstärkte Kooperationsnotwendigkeiten ist aber nicht nur in der Steigerung der Effizienz und Effektivität der Forschung zu sehen, sondern auch in den begrenzten Landesmitteln.<sup>381</sup>

Die möglichen Kooperationsformen lassen sich im Bereich der Forschung und Lehre in die folgenden Bereiche unterteilen, wobei hier die möglichen Verwaltungskooperationen und die Bildung von „Soft-Holdings“ für die NRW-Standorte im Bereich der Hochschulmedizin ausgeklammert bleiben.

- 1) Interdisziplinäre Kooperationen einzelner Fächer innerhalb der Medizinischen Fakultät
- 2) Interdisziplinäre Kooperationen einzelner Fakultäten innerhalb der eigenen Universität oder auch zu anderen Standorten
- 3) Universitätsübergreifende Kooperationen Medizinischer Fakultäten verschiedener Standorte
- 4) Universitätsübergreifende Kooperationen
- 5) Kooperationen von Fakultäten und Universitäten mit der Wirtschaft, mit externen Forschungseinrichtungen und internationale Vernetzung

Die genannten Kooperationsbereiche lassen sich noch stärker differenzieren. Für den Zweck dieser Untersuchung sollen aber nur einige gegenwärtige Aspekte und Entwicklungen angesprochen werden.



**Abbildung 11: Grobübersicht über Kooperationsverflechtungen**

### Interdisziplinäre Kooperationen einzelner Fächer innerhalb der Medizinischen Fakultät

Die Forderung nach fächerübergreifenden Lehrinhalten ist seit Jahren ein elementarer Bestandteil der Studienreformdiskussion. In Köln wird diese interdisziplinäre Orientierung vor allem durch die Kompetenzfelder aufgegriffen.

Im Bereich der Forschung und der Forschungsberatung sind am Zentrum für Versorgungsforschung in Köln zahlreiche Disziplinen, auch sozialwissenschaftliche Fachgebiete, in einer interdisziplinären Organisationseinheit intensiv verbunden (ZVFK).

Die enge Kooperation von unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten innerhalb von Medizinischen Fakultäten, auch von vorklinischen und klinischen Bereichen, ist heute weit verbreitet.

### Interdisziplinäre Kooperationen einzelner Fakultäten innerhalb der eigenen Universität oder auch zu anderen Standorten

Die Medizinischen Fakultäten haben insbesondere im Bereich der Lebenswissenschaften enge Verflechtungen zu den Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultäten.

In Köln sind neben den intensiven Verflechtungen zur eigenen Mat.-Nat.-Fakultät, die u.a. durch das gemeinsame Zentrum für Molekulare Medizin (ZMMK) dokumentiert werden, auch enge Anknüpfungspunkte zur WISO-Fakultät sowie zu sonstigen sozialwissenschaftlich orientierten Fachgebieten feststellbar.

Denkbar sind aber auch universitätsübergreifende Kooperationen von Vertretern verschiedener Fachgebiete, wobei jedoch Probleme allein schon wegen der unterschiedlichen Sprache von naturwissenschaftlich geprägten Medizinern und Sozialwissenschaftlern auftreten können.

## Universitätsübergreifende Kooperationen Medizinischer Fakultäten verschiedener Standorte

Fachbezogene oder organisationsbezogene Kooperationen bestehen auch zwischen zahlreichen Medizinischen Fakultäten.

In Köln ist die Kooperation besonders eng mit der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn ausgeprägt. Als Beispiele sollen hier nur gemeinsame Veranstaltungen im Nachwuchsförderungsbereich (Köln Fortune/Bonfor), die gegenseitige Beteiligung an Berufungskommissionen oder auch die enge Kooperation auf dem Gebiet des „Centrums für Integrierte Onkologie (CIO)“ angesprochen werden.

## Universitätsübergreifende Kooperationen

Eine wachsende Bedeutung bekommen Kooperationsformen zwischen Universitäten. Bekannt ist das Gründungsprojekt einer Niedersächsischen Technischen Hochschule (NTH) unter Beteiligung der TU Clausthal, der TU Braunschweig und der Leibniz-Uni Hannover. Gemeinsam sollen die Schwächen abgebaut und die Stärken gestärkt werden.

In Nordrhein-Westfalen ist das größte Kooperationsprojekt die „Universitätsallianz Metropole Ruhr“ unter Beteiligung der Universitäten von Dortmund, Bochum und Duisburg-Essen mit einem Volumen von etwa 90.000 Studierenden und 1.250 Professoren und einem Jahresetat von 840 Mio. €. Ein erster Schritt ist die Zusammenführung der Humanmedizin der Universitätsstandorte Bochum und Duisburg-Essen.<sup>382</sup>

Die Universitätsallianz Metropole Ruhr wurde am 12.03.2007 gegründet und soll einen exzellenten Standort in der nationalen und internationalen Wissenschafts- und Studienlandschaft bilden.<sup>383</sup>

Mit den Finanzvolumen und Ressourcen amerikanischer Elite-Universitäten wie Harvard (etwa 2,5 Mrd. €) können diese Kooperationsgemeinschaften aber nicht konkurrieren.

Für die internationale Wettbewerbsfähigkeit werden in vielen Bereichen große und flexible Ressourceneinheiten benötigt, die auch in Deutschland verstärkte Kooperationsaktivitäten erforderlich machen.

Die fächer-, fakultäts-, und universitätsübergreifenden Aktivitäten auf dem Gebiet von Forschung und Lehre aber auch auf dem Gebiet der Krankenversorgung sind grundsätzlich unterstützenswert, um z.B. dem mehrdimensionalen Spektrum einzelner Krankheitsbilder gerechter zu werden, gemeinsame Ressourcen zu nutzen und Erfahrungen und Erkenntnisse auszutauschen, um für Forschung und Lehre neue innovative Impulse zu ermöglichen. Manchmal geht aber Forschung nicht in erster Linie in die Breite sondern in die Tiefe, so dass die Zielsetzungen und der Forschungsgegenstand fachbezogene Expertenteams erforderlich machen, wobei die möglichen gesundheitspolitischen und ökonomischen Auswirkungen von Innovationsprozessen generell im Auge behalten werden sollten. Daneben muss es aber auch noch experimentelle Forschungsbereiche geben, bei denen der praktische Nutzen nicht zwangsläufig absehbar ist und garantiert werden kann, die aber Chancen für besonders wichtige medizinische Fortschritte bieten.

#### Kooperationen von Fakultäten und Universitäten mit der Wirtschaft, externen Forschungseinrichtungen und internationale Vernetzung

Besonders wichtig für das Land Nordrhein-Westfalen ist der Wissens- und Technologietransfer zwischen Universitäten, öffentlichen Forschungseinrichtungen und der Wirtschaft, die teilweise selbst mit Forschungsabteilungen ausgestattet ist. Diesbezüglich hat das Land eine Hochschulallianz ins Leben gerufen.

„Mit dem neu gegründeten partnerschaftlichen organisierten Netzwerk **„InnovationsAllianz der NRW-Hochschulen“** wollen die Hochschulen des Landes ihre Transferaktivitäten auf regionaler und überregionaler Ebene deutlich verstärken, professionalisieren und besser als bisher vernetzen. Die InnovationsAllianz ist das bundesweit größte Transferbündnis von Hochschulen. Der Wissens- und Technologietransfer aus Hochschulen und Forschungseinrichtungen in die Wirtschaft soll verstärkt werden, um Erkenntnisse schneller und besser in Innovationen, in marktfähige Produkte umzusetzen, die letztlich allen Menschen in Nordrhein-Westfalen und darüber hinaus zugute kommen.“<sup>384</sup>

Der internationale Wettbewerb in der Wissenschaft wird zunehmend intensiviert. Die finanziellen Ressourcen der Universitäten und die Verfügbarkeit exzellenter Wissenschaftler ist begrenzt. Vernetzungen streben an, durch die Nutzung gemeinsamer

Ressourcen und Strukturen eine wissenschaftlich „kritische Masse“ zu erzeugen, um international konkurrenzfähig zu werden oder zu bleiben.

In Nordrhein-Westfalen gibt es enge Kooperationen zwischen der RWTH Aachen und dem Forschungszentrum Jülich, um in die internationale Spitze vorzustößen. Köln pflegt u.a. enge Kontakte zu den Max-Planck-Instituten. Weitergehende Aktivitäten sind auch nationenübergreifende strategische Allianzen im Forschungssektor.

Die Kooperation zwischen Hochschulen und den außeruniversitären Einrichtungen haben sich in den letzten Jahren zwar verbessert, es bestehen aber noch gewisse Vorbehalte, weil Bestrebungen zur institutionellen Integration und Einbindung nicht immer unbedingt auf Gegenliebe treffen. Eine Vereinnahmung durch Politik und Wirtschaft und zu enge Verflechtungen werden von der Wissenschaft häufig abgelehnt, die Bereitschaft zur Kooperation aus Einsicht in die Notwendigkeit ist aber verbreitet.<sup>385</sup>

In vielen europäischen Ländern, vor allem auch in Skandinavien, wird der Wissenschaftstransfer erheblich gefördert. Aber auch auf europäischer Ebene sind zahlreiche Kooperationsprojekte eingeleitet worden. Zu den Fakultäten mit überdurchschnittlich hohen EU-Mitteln im Zeitraum 2003-2005 gehört auch die Medizinische Fakultät der Universität Köln. Sie beteiligt sich zudem an mehreren Exzellenznetzwerken, welche die europäische Spitzenforschung zum Gegenstand haben.

Europäische Förderinstrumente stellen die „Networks of Excellence (NoE), die „Integrated Projects (IP)“ und die „Specific Targeted Research Projects (STREPs)“ dar. Die Europäische Union entwickelt daneben regelmäßig EU-Forschungsrahmenprogramme.<sup>386</sup>

Das Budget für Gesundheitsforschung ist im aktuellen 7. EU-Rahmenprogramm auf 6 Mrd. € angewachsen. Zielsetzung des 7. Rahmenprogramms ist die Bildung einer weltweit führenden Forschungslandschaft. Die Gesundheitsforschung steht bei der Verbundforschung an erster Stelle.

Schwerpunkt des Gesundheitsforschungsprogramms ist neben der Verbesserung der Gesundheit der europäischen Bürger auch die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitsunternehmen und die Bearbeitung globaler Gesundheitsfragen.<sup>387</sup>

Daneben sind aber auch Entwicklungen hinsichtlich der Förderung von Partnerschaften und Forschungsprojekten mit außer-europäischen Einrichtungen und Ländern zu beobachten, wobei insbesondere die USA und China bevorzugte Kooperationspartner sind. Die außer-europäischen Kontakte werden als schwieriger empfunden als die Internationalisierung innerhalb der EU. Aber auch hier sind konzeptionelle Professionalisierungsstrategien auf dem Gebiet von Forschung und Lehre zu entwickeln.<sup>388</sup>

Führende Industrievertreter gehen davon aus, dass der Austausch zwischen Wissenschaft und Wirtschaft in der Universität der Zukunft selbstverständlicher Teil der strategischen Gesamtentwicklung der Hochschulen sein wird.

Die Hochschulen dürfen trotz ihrer notwendigen Öffnung und verstärkten Kooperationsnotwendigkeiten ihren gesamtgesellschaftlichen Auftrag und ihre Identität jedoch nicht verlieren.

„Dabei ist gut, dass die Hochschulen selbst keine Wirtschaftsunternehmen sind, sondern Einrichtungen für Wissenschaft und Forschung mit einem gesamtgesellschaftlichen Auftrag. Diesen Anspruch sollten wir, dem Zeitgeist zum Trotz, hochhalten. Deshalb darf die stärkere Ausrichtung auf Wirtschaft und Gesellschaft nicht dazu führen, dass die Universität ihre eigene Identität und ihr Selbstverständnis aufgibt.“<sup>389</sup>

Daneben ist im Hochschulmedizinbereich gegenwärtig auch eine verstärkte Kooperation zwischen Interessenverbänden für Forschung und Lehre in Deutschland wie dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) und dem Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD) zu beobachten und wünschenswert.

Für den Medizinischen Fakultätentag ist es nicht unwichtig, verstärkt an der politischen Diskussion teilzunehmen. Daher erscheint es angebracht, die Kooperationen mit dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und mit der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu verstärken und eine MFT-Präsenz in Berlin zu gewährleisten.

Ein weiteres, in der Zukunft noch zu intensivierendes Feld ist trotz der auch an der Kölner Universität bereits bestehenden Aktivitäten die verstärkte Kooperation zwischen Hochschule und Schule.

### **4.3. Zukunftsperspektiven für die Medizinischen Fakultäten in NRW**

Die Zukunftsperspektiven der Medizinischen Fakultäten hängen zwangsläufig von den sozioökonomischen und den gesundheitspolitischen Entwicklungen ab. Viele sehen das Gesundheitswesen, aber auch Forschung und Bildung, als wesentliche Zukunftsfelder und Antriebsmotoren der wirtschaftlichen Entwicklung. Grundsätzlich bieten die Zukunftsperspektiven der Hochschulmedizin ein breites Feld weiterer Erörterungen. Die Zukunft ist aber aufgrund der multikomplexen politischen und ökonomischen Einflussgrößen nicht eindeutig absehbar, so dass die Voraussage detaillierter zukünftiger Anforderungsprofile und Entwicklungen einen spekulativen Charakter hat. Einige Tendenzen und mögliche zukünftige Rahmenbedingungen sollen hier jedoch kurz angesprochen werden.

Hinter den Strategien zur Verbesserung von Forschung und Lehre stehen letztendlich primär auch ökonomische und politische Interessen. „Durch die Stärkung von Stärken, die Schärfung der Profile, die Förderung von Exzellenz und die Bündelung der Kräfte sollen neue Potenziale für Wachstum und Beschäftigung erschlossen werden.“<sup>390</sup>

Die gegenwärtige Landesregierung von NRW propagiert als Ziel eine exzellente Qualität von Forschung, Lehre und Krankenversorgung auf einer dauerhaften soliden Finanzgrundlage.<sup>391</sup> Letztendlich sollen Medizinische Fakultäten im Rahmen der Gesundheitspolitik maßgeblich dazu beitragen, die gesundheitliche Lage und die Lebensqualität der Bevölkerung kurz- und mittelfristig zu verbessern.

#### Sozioökonomische und gesundheitspolitische Zukunftsperspektiven

Forschung und Bildung als auch das Gesundheitswesen sind permanenter Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Gegenwärtig wird u. a. wieder über die Stammzellproblematik oder das mögliche Ende des im Rahmen der Gesundheitsreform geplanten Gesundheitsfonds diskutiert.

In der Presse wird daneben hervorgehoben, dass die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) das dreigliedrige Schulsystem und die unzureichende soziale Durchlässigkeit bemängelt und Deutschland eindringlich zu größeren Anstrengungen im Bildungssektor auffordert.<sup>392</sup>

Das Bildungswesen und die rechtzeitige Förderung von Kindern in der Vorschulzeit sowie besondere Bildungsanstrengungen im Migrationsektor scheinen nicht nur aus sozialen Aspekten, sondern auch aus internationalen Wettbewerbsgründen unvermeidlich zu werden.

Es ist zu befürchten, dass im Hinblick auf den demographischen Wandel und die bestehende Bildungs- und Ausbildungssituation in Deutschland nicht genügend Akademiker und Fachkräfte herangebildet werden, um die internationale Wettbewerbsfähigkeit und das Wohlstandsniveau zu halten. Vergleichsdaten mit anderen OECD-Ländern und die vermehrten Bildungsanstrengungen im internationalen Sektor, insbesondere auch in China und Indien, verschärfen den Wettbewerbsdruck noch.

Die Vernachlässigung der Bildungsförderung breiter Bevölkerungsschichten schafft daneben sozialen Sprengstoff, der nicht nur mit menschlichem Leid und gesellschaftsstrukturell bedingten Krankheitsrisiken, sondern auch mit enormen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden ist. Daneben ist mit dem demographischen Wandel auch ein Krankheitsstrukturwandel verbunden, bei dem mit Alterungsprozessen verbundene Krankheiten wie Altersdemenz zunehmend an Bedeutung gewinnen und mit enormen sozialen und ökonomischen Folgekosten zu rechnen ist. Die Demenzforschung mit der Etablierung eines nationalen Demenzzentrums nimmt deshalb in der gegenwärtigen Gesundheitsforschung einen zentralen Stellenwert ein.

Die Zukunftstendenzen in Europa gehen verstärkt in Richtung der Entwicklung eines einheitlichen Raums für Forschung und Bildung. Nicht nur der „Bologna-Prozess“ schreitet in großen Schritten voran und wird die Neustrukturierung des Medizinstudiums in den nächsten Jahren erheblich beeinflussen, sondern auch die Ausweitung der europäischen Forschungsvernetzung und der Forschungsförderung wird kontinuierlich fortgesetzt und führt zu wachsenden Drittmitteleinnahmen.<sup>393</sup>

Dabei scheint es wichtig zu sein, im Krankenhaussektor und bei der ärztlichen Versorgung auch im Rahmen der Gesundheitsgesetzgebung europäische Versorgungsmindeststandards festzulegen. Auf dem Gebiet der Patientenversorgung haben Staaten wie England und die USA gegenwärtig nicht unbedingt eine Vorreiterrolle.

Das Zusammenwachsen Europas ist für den zukünftigen Einfluss auf die Weltpolitik und eventueller Vorbildfunktionen auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik von zentraler Bedeutung.

„Erst eine Europäische Union, die außenpolitisch handlungsfähig würde, könnte auf den Kurs der Weltwirtschaftspolitik Einfluss nehmen. Sie könnte die globale Umweltpolitik vorantreiben und erste Schritte auf dem Wege zu einer Weltinnenpolitik machen. Damit könnte sie anderen Kontinenten für den Zusammenschluss von Nationalstaaten zu supranationalen Mächten ein Beispiel geben.“<sup>394</sup>

Entwicklungstendenzen gehen auch im Gesundheitswesen in Richtung zu einer verstärkten Internationalisierung. Deutschland nimmt zunehmend an internationalen Aktivitäten im Gesundheitswesen teil. Dabei ist es wichtig, auf internationale Erfahrungen zurückgreifen zu können. Viele Krankheiten wie die wieder voranschreitenden Infektionskrankheiten und durch den Klimawandel ausgelöste neue Krankheitsformen in Europa kennen keine Staatsgrenzen. Das Gesundheitswesen spielt aber auch eine zentrale Rolle bei der Entwicklungshilfe. Die wichtigsten internationalen Organisationen für diesen Bereich, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), werden voraussichtlich eine wachsende Bedeutung erlangen, aber auch die Gesundheitspolitik des Europarats und seines Gesundheitsausschusses werden an Gewicht gewinnen.<sup>395</sup>

Heutzutage treffen weltwirtschaftliche Akteure häufig politische Entscheidungen ohne demokratische Legitimation. Im Mittelpunkt steht wie in Bereichen der Gentechnik nur noch, wo es geschehen wird und nicht mehr, ob etwas überhaupt geschieht.

Der Einfluss multinationaler Konzerne auf die Hochschulmedizin ist noch nicht eindeutig erkennbar, aber zumindest in einigen Jahren auch nicht auszuschließen. Nationale Krankenhausketten, wie der Rhön-Konzern, haben aber ihr großes Interesse an den Universitätskliniken bereits bekundet.

Erstaunlicherweise werden auch in den angelsächsischen Ländern in den letzten Jahren soziale Aspekte des Gesellschaftssystems wieder verstärkt in den Vordergrund gestellt.

„Es ist dabei nicht ohne Ironie, dass der Leitgedanke der Sozialen Marktwirtschaft – der Ausgleich von wirtschaftlicher Vernunft und sozialer Gerechtigkeit – in traditionell eher wirtschaftsliberalen Ländern wie Großbritannien und den USA gerade als Vorbild entdeckt wird, während bei uns viele damit hadern.“<sup>396</sup>

Auch in Deutschland muss ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen vor allem wegen des technischen Fortschritts und des demographischen Wandels weiterentwickelt werden, das für alle Bürger zumindest eine ausreichende Grundversorgung bietet und lebensbedrohliche Risiken minimiert. Wartezeiten im Zusammenhang mit dringenden Operationen, wie sie zur Zeit in England zu beobachten sind, dürfen in Deutschland nicht zur Regel werden.

Es ist mittlerweile ein Trend in Richtung der Entwicklung eines Gesundheitsmarktes erkennbar, bei dem der Wettbewerb um Patienten an Bedeutung gewinnt und gesetzliche Leistungen der Sozialversicherungen reduziert werden, so dass private Individualversicherungen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Diese Entwicklungen im Leistungsspektrum werden auch die Hochschulmedizin nicht unberührt lassen.<sup>397</sup>

Experten befürchten, dass Gesundheit aufgrund des Bevölkerungswandels und der Krankheitsentwicklungen bald unbezahlbar ist und zur Sicherung einer solidarischen Grundversorgung bereits heute gehandelt werden muss.<sup>398</sup>

Das deutsche Gesundheitssystem hat bezüglich der Versorgungsstrukturen jedoch noch immer einen guten Ruf. Gegenwärtig ist es in erster Linie noch durch ein Einnahmeproblem und nicht durch eine zukünftig möglicherweise zu erwartende Kostenexplosion geprägt.

„Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der besten weltweit, aber es hat ein Finanzierungsproblem. Die Gründe dafür sind bekannt: Die hohe Arbeitslosigkeit, stagnierende Löhne und immer weniger sozialversicherungspflichtige Jobs führen zu stagnierenden Einnahmen. Die Leistungsausgaben hingegen steigen, zuletzt insbesondere im Arzneimittelbereich.“<sup>399</sup>

Durch die gegenwärtige positive Arbeitsmarktentwicklung hat sich die Finanzlage der Krankenkassen etwas entspannt, es ist aber möglich, dass das nur ein kurzer vorübergehender Effekt ist.

Es muss generell sicherlich darauf geachtet werden, dass länderspezifische kulturelle Besonderheiten auch innerhalb Deutschlands nicht nivelliert, sondern weiter gepflegt werden. Eine übertriebene Kleinstaaterei im Rahmen der Föderalismusreform sollte aber vermieden werden. Bundesweite einheitliche Standards für Forschung und Lehre und Vergleichsdaten müssen ermöglicht werden.

Einige drücken die Hoffnung aus, dass die gegenwärtige Tendenz zur Zurückdrängung der wissenschaftlichen Bildung nach Humboldt und der Ökonomisierung und Vermarktung des Hochschulwesens nur eine dekadente Phase sei.<sup>400</sup>

Demgegenüber ist davon auszugehen, dass die Ökonomisierung des Hochschulwesens und der Versuch der Privatwirtschaft, Hochschulkliniken zu privatisieren, in den nächsten Jahren intensiv weiterverfolgt werden.

Eine Vermischung zwischen ökonomischen Notwendigkeiten und Steuerungshilfsmitteln, sozialverträglichen Wettbewerbsstrukturen und traditionellen universitären Lebensstilen und Forschungs- und Lehrformen, wobei die Universitätskliniken ihren öffentlichen Status behalten, ist jedoch auch aufgrund gesamtpolitischer Überlegungen denkbar und möglicherweise zur Förderung der Forschungs- und Lehrkultur und ihres Erfolges auch erstrebenswert und notwendig.

#### Zukunftsstrukturen und Zukunftsfelder in der Hochschulmedizin und im Gesundheitswesen

Die Diskussion der Weiterentwicklung der Hochschulmedizin ist gegenwärtig durch die Privatisierungsdiskussion und die möglichen Entwicklungstendenzen der Gesundheitswirtschaft geprägt. Einerseits wird propagiert, dass der Gesundheitssektor zum entscheidenden Zukunftsmotor der Volkswirtschaft werden kann, auf der anderen Seite bestehen Bestrebungen, Hoffnungen und Besorgnisse auf dem Gebiet der Privatisierung des Gesundheitssektors.

Einige mögliche Tendenzen bezüglich der Hochschulmedizin bis zum Jahr 2015 lassen sich aus den folgenden Ergebnissen einer Untersuchung für den deutschsprachigen Raum hinsichtlich der Zukunftserwartungen ersehen:

- Nur noch etwa die Hälfte der universitären Krankenversorgung ist ausschließlich in öffentlicher Trägerschaft
- Die klinische Forschung hat nur noch einen Anteil von 62% in öffentlicher Trägerschaft. Auf PPP-Modelle entfallen hier 24% und 14% auf reine private Trägerschaft.
- Der Gestaltungsspielraum von Klinika und Fakultäten gegenüber Aufsichtsgremien wird anwachsen
- Während die Zusammensetzung in den Vorstandsgremien erhalten bleibt, könnte bei der Führung von Kliniken, Instituten und Zentren eine Doppelspitze in Form eines Kollegialsystems zunehmend an Bedeutung gewinnen
- Alle Fakultäten werden bis 2015 über professionell geführte Koordinierungszentren für klinische Studien verfügen und eine Organisationseinheit, deren Aufgabe im professionellen Marketing für Forschung und Lehre besteht, etabliert haben
- Die Universitätsmedizin wird sich im Markt stärker positionieren und u.a. auf dem Gebiet ambulanter Versorgungszentren aktiv werden
- Die Kooperation zu nichtuniversitären Leistungsanbietern wird intensiviert aber auch ein mit benachbarten Hochschulklinika abgestimmtes Versorgungsspektrum eingeführt

Es wird daneben aufgrund der Bedeutung der Drittmittel ein Ausbau der Auftragsforschung und ein verstärkter Einfluss der Geldgeber insbesondere im Bereich der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie vermutet.

In der Lehre werden eher geringe Veränderungen erwartet. Anbieter der Grund- und Regelversorgung gewinnen in der Lehre aber an Bedeutung. Auch das aktive Werben um Studierende wird voraussichtlich bis 2015 deutlich mehr Bedeutung bekommen als in der Gegenwart.<sup>401</sup>

Bezüglich der gegenwärtig und in absehbarer Zeit vordringlich zu fördernden Gesundheits- und Versorgungsfelder sehen der Deutsche Ärztetag und die Bundesärztekammer in folgenden Gesundheitsfeldern besonderen Handlungsbedarf:

- Versorgung der älteren Bevölkerung
- palliativmedizinische Versorgung in Deutschland
- Versorgung multimorbider Patienten
- Psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung
- Versorgung gesundheitlich besonders gefährdeter Gruppen von Kindern und Jugendlichen

Eine Chance für die Hochschulmedizin und das Gesundheitswesens ist in ihrer wachsenden ökonomischen Bedeutung zu sehen.

Inzwischen arbeiten in der Gesundheitsbranche mit etwa 4,2 Mio. Beschäftigten rund 10% der Berufstätigen, wobei jährlich über 300 Mrd. € erwirtschaftet werden.<sup>402</sup>

Der Gesundheitssektor wird sogar als Auslöser des neuen, des 6. Kondratieff-Zyklus gesehen. Kondratieff-Zyklen sind lange Konjunkturwellen, von denen Vertreter der Fachwelt sagen, sie seien empirisch nachgewiesen. Diese Wirtschaftsschwankungen haben eine Dauer von 40-60 Jahren und werden von bahnbrechenden Innovationen ausgelöst. Ein solcher Zyklus wird auch als Wertschöpfungskette verstanden, die über Jahrzehnte die Hauptrichtung des Wirtschaftswachstums determiniert.

Fachleute sagen, dass der 5. Zyklus durch den Übergang in die Informationsgesellschaft geprägt worden ist. Als Träger des 6. Zyklus, der bereits begonnen hat, wird der Gesundheitsmarkt angesehen, der die umfangreichsten unerschlossenen Wachstums- und Produktivitätsreserven für einen selbsttragenden Aufschwung habe.

Als Hauptträger für die Entwicklung von Innovationen und neuer Gesundheitsfelder in der Frühphase werden z. B. neue Unternehmen, kreative Forscher, selbständige Psychotherapeuten, Ärzte und Heilpraktiker, Privatkliniken und Hotels aber auch spezialisierte Universitätskliniken gesehen. Als treibende Kraft wird der Bedarf an ganzheitlicher Gesundheit eingestuft.<sup>403</sup>

„Das Besondere und Erfreuliche am sechsten Kondratieff besteht darin, dass erstmalig nicht eine Maschine, nicht eine Hardware-Technologie und auch kein chemischer Prozess im Zentrum der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung stehen wird, sondern der Mensch mit seinen körperlichen, seelischen, sozialen, ökologischen und geistigen Problemen, Bedürfnissen und Potentialen.“<sup>404</sup>

Der private Gesundheitsmarkt mit seinen milliardenschweren Umsätzen für Fitness, Wellness und Gesundheitstourismus ist in den letzten Jahren im Wachstum begriffen und hat sich zu einem wichtigen Wirtschaftszweig entwickelt. In einigen Feldern könnte auch die Hochschulmedizin aktiv werden.

Diesen möglichen gesellschaftsstrukturellen und gesundheitspolitischen Tendenzen stehen durch den demographischen Wandel und Ausbildungsdefizite bewirkte Entwicklungen entgegen, die befürchten lassen, dass zukünftige Generationen gleichzeitig bei höheren Sozialabgaben auch für ihre Eigenvorsorge mehr sparen müssen und die hohe Nachfrage nach qualifizierten Arbeitskräften nicht gedeckt werden kann.<sup>405</sup>

„Die Folge der demographischen Entwicklung in den Industrienationen und des daraus resultierenden Fachkräftemangels wird ein steigender Wettbewerb um ausländischen Spitzennachwuchs sein. Ein Schlüssel ist hier die Attraktivität unserer Arbeitsmöglichkeiten für Nachwuchswissenschaftler.“<sup>406</sup>

Im Bereich der Forschung wird der bereits von der ehemaligen Bundesforschungsministerin, Edelgard Bulmahn, eingeleitete Wettbewerb um Spitzenuniversitäten fortgesetzt werden. Schwerpunkt- und Clusterbildungen sowie die Exzellenzförderung werden zumindest in den nächsten Jahren einen zentralen forschungspolitischen Stellenwert haben.

Die Belastungen für die Wissenschaftler in der Hochschulmedizin mit ihren Rollenkonflikten zwischen Forschung und Lehre sowie der Krankenversorgung werden sich nicht merklich ändern und es ist davon auszugehen, dass die Lehre in diesem Konfliktfeld weiterhin häufig nachrangig behandelt wird, obwohl Verbesserungstendenzen erkennbar sind.

In Köln besteht seitens der politischen Entscheidungsträger ein großes Interesse, den Gesundheitssektor mit seinen Chancen für den Arbeitsmarkt auszubauen. An der Universität Köln soll das europaweit führende Zentrum für Altersforschung etabliert werden. In der Gesundheitswirtschaft sind in Köln etwa 60.000 Männer und Frauen tätig, Es bestehen Aussichten auf weitere Arbeitsplätze auch in hochqualifizierten Berufen und im Ausbildungssektor. Für das Forschungszentrum des Alterns werden insgesamt etwa 100 Mio. € investiert, jeweils zu 50% finanziert durch Bund und Land. Enge Verbindungen bestehen in Köln insbesondere auch zur Pharmaindustrie.

Die in Köln etablierte Altersforschung soll mittelfristig auch dazu beitragen, dass die Folgen des Alterns gesundheitlich und finanziell positiv beeinflusst und menschliches Leid und Gesundheitskosten verringert werden.

In die Hochschulen müssen zukünftig mehr Finanzmittel fließen, um die technische Ressourcenausstattung und die Bausubstanz zu verbessern. Dabei bieten sich neben der Erhöhung öffentlicher Mittel auch verschiedene Alternativen wie das Fundraising an, wobei Strukturen wie an den Elite-Universitäten der USA kaum erreichbar sein werden und auch nicht unbedingt uneingeschränkt kopiert werden sollten.

Die mutmaßlich beste amerikanische Privatuniversität Harvard am Stadtrand von Boston ist eine Universität der Superlative. Das jährliche Budget von rund 2,5 Mrd. Dollar entspricht etwa dem des Freistaats Bayern für seine gesamten Hochschulausgaben. Das Stiftungskapital beläuft sich auf etwa 20 Mrd. €. Die Finanzverwaltung ist durch eine hauseigene Investmentfirma mit professionellen Investmentmanagern geprägt. Die jährlichen Studiengebühren sollen sich auf mehr als 40.000 € belaufen.<sup>407</sup>

In Deutschland erscheint es unrealistisch, dass Hochschulen ein derartiges Finanzvolumen erreichen, obwohl die eingeleiteten Verbundprojekte positive infrastrukturelle Auswirkungen haben werden.

Neben der Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen benötigen Universitäten, auch die Hochschulmedizin, eine öffentlich motivierende Unterstützung, um den Wagnissen der Zukunft besser gerecht werden zu können, wobei davon ausgegangen werden muss, dass das Gesundheitswesen zukünftig einen noch größeren ökonomischen Stellenwert einnehmen wird, als es heute bereits der Fall ist, und sich möglicherweise zu einer zentralen Antriebskraft für die Volkswirtschaft entwickeln kann.

Die Hochschulmedizin sollte im Rahmen der Versorgungsforschung diesbezüglich rechtzeitig überprüfen, welche Rolle sie selbst bei dieser Entwicklung spielen will und welche Felder für sie günstige ökonomische Effekte erbringen können, die zur Optimierung des Systems Forschung, Lehre und Krankenversorgung beitragen.

Bildung, Wissen und innovative Entwicklungen sind entscheidende Ressourcen und Erfolgsfaktoren, um den zukünftigen Herausforderungen in einer globalisierten Welt besser gerecht werden zu können.<sup>408</sup>

Im Innenbereich stehen daneben u.a. folgende Herausforderungen für die Fakultäten im Mittelpunkt:

- Fakultäten sollten ein strategisches Gesamtkonzept als Orientierungsrahmen für ihre weitere Entwicklung entwerfen.
- Es sind sozialverträgliche Formen einer outputorientierten Ressourcenallokation zu finden.
- Es müssen fakultätsinterne Steuerungsmethoden zur Sicherstellung der Zielerreichung etabliert werden.

Daneben müssen die Fakultäten in seriöser Weise ihre Leistungen in Forschung und Lehre transparenter machen und öffentlichkeitswirksam darstellen.<sup>409</sup>

## **5. Zusammenfassung**

Eine wesentliche Zielsetzung der Untersuchung bestand darin, mögliche Probleme und Schwachstellen der Medizinischen Fakultäten darzulegen und Aspekte der sozioökonomischen Rahmenbedingungen der Hochschulmedizin als Teil des Wissenschaftssystems herauszukristallisieren.

Dabei wurden in Anlehnung an die Kritische Theorie auch gesellschaftsstrukturelle Problemstellungen angesprochen, ohne die eine Beurteilung des gegenwärtigen Hochschulsystems nicht denkbar erscheint. Daneben sind Rechts- und Organisationsfragen behandelt sowie die Aufgabengebiete und Kompetenzen der Medizinischen Fakultäten, aber auch Leistungs- und Strukturvergleiche der Medizinischen Fakultäten angesprochen worden.

Die Wissenschaft ist kein einheitliches System der Erkenntnisgewinnung und verschiedene Ansätze wie die Systemtheorie oder der Kritische Rationalismus können zur Erkenntnismehrung maßgeblich beitragen. In Anlehnung an das Wissenschaftsverständnis der Kritischen Theorie wurde auf einzelne Werturteile nicht verzichtet. Die Freiheit der Wissenschaft beinhaltet auch, auf unterschiedliche Methoden zurückgreifen zu können.

Der bewusst komplexe Ansatz war mit dem Kompromiss verbunden, die Thematik zwar umfassend, aber nicht immer in der wünschenswerten Tiefe abhandeln zu können. Zielsetzung war die Erstellung eines Gesamtüberblicks über die Situation der Medizinischen Fakultäten und der Hochschulmedizin als zentrale Bestandteile des Wissenschafts- und des Gesellschaftssystems, der über die Aufzeigung möglicher Problemstellungen vielleicht auch zu Lösungswegen beitragen kann.

Die Arbeit geht daneben von einem multikomplexen Begriff der Gesundheit aus, der sich an dem körperlichen, dem seelischen und dem sozialen Wohlbefinden ausrichtet. Der Mensch kann nach diesem Verständnis als biologisch geprägtes, psychisch soziales und von den sozialen Verhältnissen abhängiges Wesen interpretiert werden. Für die Medizin sind demnach neben den rein medizinischen und naturwissenschaftlichen Fragestellungen somit auch Fragen der sozialen Rahmenbedingungen, der sozialen Kompetenz, aber auch psychologische und psychosomatische Fragestellungen von Relevanz.

Ich möchte einige aus meiner Sicht wesentliche weitere Ergebnisse der Untersuchung in der folgenden Aufstellung nochmals kurz zusammenfassen:

- Das Primat von Forschung und Lehre sowie die Entscheidungs- und Finanzhoheit der Medizinischen Fakultäten sind zu stärken.
- Die engen Verbindungen zwischen Forschung und Lehre sowie der Krankenversorgung als auch der Medizinischen Fakultäten zur Universität müssen gesichert werden.
- Es sollte ein ausgewogener Weg zwischen Moderne und Tradition sowie starken Leitungsorganen und zufriedenstellenden Partizipationsmöglichkeiten gefunden werden.
- Schwerpunktförderung und ein breites Forschungs- und Lehrspektrum dürfen sich nicht ausschließen.
- Neben der Grundlagenwissenschaft und der Anwendungswissenschaft sind auch Fragen der Versorgungsforschung von großer Bedeutung.
- Die universitäre Forschung muss finanziell (3% BIP-Regelung) und strukturell (z. B. Drittmittel-Verwaltungs-Overheads) verbessert werden.
- Es sollte auch die Lehre im Rahmen einer Exzellenzinitiative in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt werden.
- Die einengenden Reglementierungen durch die Kapazitätsverordnung für die Lehre sind abuschaffen.
- Die Bildungsmöglichkeiten, insbesondere für Kinder mit Migrationshintergrund sowie die Vorschulbildung müssen verbessert und gefördert werden.
- Die Besoldungsstrukturen, Anreizsysteme und Karrierechancen für Wissenschaftler sind u.a. im Rahmen von finanziellen Anreizen aber auch durch Perspektiven von Festanstellungen mit Aufstiegsmöglichkeiten zu modifizieren und zu verbessern.
- Die Gleichstellung von Frauen in Leitungsfunktionen in der Hochschulmedizin muss über Infrastrukturmaßnahmen, z.B. im Bereich der Kinderbetreuung, verbessert werden.
- Das Hochschulfreiheitsgesetz darf nicht zu einer durch übertrieben einengende Zielvereinbarungen und dominierende Hochschulräte manipulierten „Pseudo-Freiheit“ führen.
- Die Marktsteuerung ist insbesondere im Gesundheitswesen kein Allheilmittel und bedarf ergänzender gesellschaftsorientierter Steuerungsprozesse.

Die nächsten Jahre werden für das Gesundheitssystem aufgrund des demographischen Wandels mit enormen Herausforderungen verbunden sein. Die Medizinische Fakultät zu Köln trägt insbesondere auch durch die eingeleiteten Aktivitäten auf dem Gebiet der Altersforschung ihren Teil dazu bei, Lösungen für zukünftige Gesundheitsprobleme zu entwickeln, um neben gesundheitlichen Fortschritten auch die voraussichtlichen Kostensteigerungen einzudämmen.

Das Gesundheitssystem mit seinem vielfältigen Leistungsspektrum und seinen Verflechtungen mit der Sportmedizin, mit dem Rehabilitationssektor und dem allgemeinen Fitness- und Wellnessangebot kann zu einem entscheidenden Wachstums- und Beschäftigungsmotor werden, der nicht nur der Privatwirtschaft vorbehalten werden muss, sondern auch im Leistungsspektrum von Universitätskliniken Berücksichtigung finden kann.

Von entscheidender Bedeutung für die Medizinischen Fakultäten scheint es zu sein, dass die engen Verflechtungen zwischen Forschung und Lehre und der Krankenversorgung als auch die Verflechtungen der Medizinischen Fakultät mit der Universität weitgehend aufrechterhalten bleiben.

Trotz aller notwendigen Modernisierungsmaßnahmen und einer verstärkten Ökonomisierung (Controlling, Qualitätsmanagement, LOM) sollte aber nicht vergessen werden, dass Universitäten nicht in erster Linie reinen Verwertungsinteressen verpflichtete Unternehmen sind, sondern Stätten von Forschung und Lehre, bei denen Wissenschaft auch der Wahrheitsfindung sowie der Kritikfähigkeit dient und nicht immer zu direkten messbaren und zu vermarktenden Ergebnissen führen muss.

Daneben sollten Wege gefunden werden, Moderne und Tradition zu verknüpfen, um trotz der teilweise notwendigen schlanken Entscheidungsstrukturen und der Machtverlagerung auf die Leitungsgremien ein möglichst umfangreiches Partizipationsangebot für die Mitglieder der Fakultät zu eröffnen. Ein „Zurück in die Zukunft“ erscheint ohne romantische Verklärung trotz ökonomischer Modernisierungsnotwendigkeiten möglich.

## 6. Literaturverzeichnis

- Adorno, T. W.: Theorie der Halbbildung, 1. Aufl., Frankfurt am Main 2006
- Albert, H.: Im Rücken des Positivismus?, in Adorno, T. W., Dahrendorf, R., Pilot, H. (Hrsg.): Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie, Neuwied/Berlin 1972
- Albert, H.: Modell-Platonismus. Der neoklassische Stil des ökonomischen Denkens in kritischer Beleuchtung, in: Topitsch, E. (Hrsg.): Logik der Sozialwissenschaften, Köln-Berlin 1965
- Albert, H.: Theorie und Prognose in den Sozialwissenschaften, in: Topitsch, H. (Hrsg.): Logik der Sozialwissenschaften, Köln – Berlin 1965
- Albert, H.: Marktsoziologie und Entscheidungslogik, Neuwied und Berlin 1967
- Albert, H.: Ökonomische Ideologie und politische Theorie, 2. Aufl., Göttingen 1972
- Arzneimittelreport 2006
- Bachmann, G.: Wirtschaftstheorie oder Wirtschaftsideoogie?, in: Der Betriebswirt 3/1981
- Bargel, T., Ramm, M.: Das Studium der Medizin, Bonn 1994
- Barz, A., Carstensen, D., Reissert, R.: Lehr- und Evaluationsberichte als Instrumente zur Qualitätsförderung, in HIS-Arbeitspapier Nr. 13, Januar 1997
- Bauer, T., Schnetz, E., Schmitt, G.: Das Erlanger Modell – Einheitliches wirtschaftliches System für Forschung, Lehre, Krankenversorgung, in: Krankenhaus Umschau 6/2007
- Bauer, T., Schnetz, E., Schmitt, G.: Das Erlanger Modell/Teil II – Dezentrale budgetäre Steuerung der Krankenversorgung, in: Krankenhaus Umschau 7/2007
- Bayer, I.: Strategische und operative Führung von Fakultäten, Frankenthal 2002
- Bergdolt, K.: Leib und Seele – Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens, München 1999
- Bergter, W.: Privates Kapital für Hochschulen und Universitätskliniken, in: Forschung & Lehre, 03/2006
- Beske, F., Hallauer, J. F.: Das Gesundheitswesen in Deutschland, 3. Aufl., Köln 1999
- Birkner, B., Buchner, F., Wasem, J.: Wirtschaftswissenschaftliche Analyse des Gesundheitssystems, in: Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, Berlin – Heidelberg 1999
- BMBF, DFG und Wissenschaftsrat (Hrsg.): Kernforderungen – Hochschulmedizin der Zukunft: Ziele und Visionen für die klinische Spitzenforschung, Gemeinsamer Workshop, 10./11. Mai 2004 in Berlin
- BMBF (Hrsg.): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006, 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, Bonn, Berlin 2007
- Böhmman, D.: BAT ade – Das neue Tarifrecht für den öffentlichen Dienst, in: Forschung & Lehre 7/2006
- Bofinger, P.: Wir sind besser, als wir glauben – Wohlstand für alle, Reinbek bei Hamburg 2006
- Bologna Declaration, The European Higher Education Area, Joint Declaration of the European Ministers of Education, Bologna, 19. Juni 1999

- Bordieu, P.: Gegenfeuer – Wortmeldungen im Dienste des Widerstands gegen die neoliberale Invasion, Konstanz 1998
- Breitbach, M.: Hochschulfinanzierung – Spitze statt Breite?, in: Forschung & Lehre, 12/2007
- Budäus, D., Brede, H., Eichhorn, P. (Hrsg.): Public Private Partnership: neue Formen öffentlicher Aufgabenerfüllung, Baden-Baden 1997
- Budäus, D., Conrad, P., Schreyögg, G. (Hrsg.): New Public Management, Berlin, New York 1998
- Budäus, D., Grüning, G.: New Public Management – Entwicklung und Grundlagen einer „Revolution“ des öffentlichen Sektors, in: Zeitschrift für Führung und Organisation, 67. Jahrgang, 1/1998
- Bull, H. P.: Absage an den Staat? – Warum Deutschland besser ist als sein Ruf, Berlin 2005
- Bundesfinanzministerium: Bundeshaushalt 2006
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): Landkarte Hochschulmedizin, Stuttgart 2007
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd 2007): Die Bachelor/Master-Struktur in der Medizin – Die Perspektiven der Medizinstudierenden, Bonn 2007
- Bund-Länder-Kommission (BLK) für Bildungsplanung und Forschungsförderung (Hrsg.): BLK-Bildungsfinanzbericht 2004/2005, Heft 137-I, Oktober 2006
- Bundesministerium für Gesundheit 2002
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Die neue Gesundheitsversicherung, [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)
- Butterwege, C.: Krise und Zukunft des Sozialstaates, 3. Aufl., Wiesbaden 2006
- Deppe, H.-U.: 25 Jahre „Institut für Medizinische Soziologie“ in: Deppe, H.-U. (Hrsg.): Medizin und wirtschaftlicher Wettbewerb, Frankfurt am Main 1998
- Deppe, H.-U. : Neoliberalismus und Arzt-Patient-Beziehung, in: Deppe, H.-U. (Hrsg.) Medizin und wirtschaftlicher Wettbewerb, Frankfurt am Main 1998
- Deutsche Gesellschaft für Organisationsentwicklung e. V. 1980: Leitbild und Grundsätze. Gründerversammlung vom 04. Juni 1980
- Dichgans, J.: Schwerpunktbildung und Forschungszentren, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Freiburg i. Br. 2004
- Diehl, V.: Ethische Konflikte in der Medizin, in: Bergdolt, K. (Hrsg.): Ethik und Klinik – Kölner Vorträge zur medizinischen Ethik, Zülpich 1998
- Dietel, M.: Privatisierung von Hochschulklinika, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Berlin 2002
- Dieter, P.: Prozeß der Umsetzung der neuen Studienordnung, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Lübeck 2003
- Dr. Wieselhuber & Partner GmbH (Hrsg.): Perspektiven von Krankenversorgung, Forschung und Lehre in Deutschland, Österreich und der Schweiz, München 2006
- Dudenhausen, J. W.: Mögliche Rechtsformen der Universitätsklinika, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Greifswald 2006

- duzNACHRICHTEN Nr. 02/2006, „Vom Lissabon Ziel weit entfernt“
- Eichhorn, P.: Merkmale guter Public Private Partnership, in: Budäus (Hrsg.):  
Kooperationsformen zwischen Staat und Markt, 1. Aufl., Baden-Baden 2006
- Encke, A.: Die deutsche Gesundheitspolitik auf einer Gratwanderung, in: Medizinischer  
Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Lübeck 2003
- Feyerabend, P. K.: Wider dem Methodenzwang, 5. Aufl., Frankfurt am Main 1995
- Fiedler, E.: Solidarität heißt teilen, in: Barmer – Das aktuelle Gesundheitsmagazin, 02/2006
- Fischer, J.: Für einen neuen Gesellschaftsvertrag – Eine politische Antwort auf die globale  
Revolution, Köln 1998
- Foerster, H. v.: Wissen und Gewissen, Frankfurt am Main 1993
- Först, W.: In Köln 1918-1936, Kleine Stadtgeschichte im 20. Jahrhundert, Band I, Düsseldorf  
1982
- Forschung & Lehre 4/2006: Wieviel Wettbewerbsförderalismus ist nötig? – Über den  
Unterschied von Wirtschaft, Politik und Wissenschaft
- Forschung & Lehre 05/2006
- Frömmel, C.: Das Stiftungsmodell (Göttingen), in: Medizinischer Fakultätentag  
Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Aachen 2007
- Füser, K.: Modernes Management, 2. Auflage, München 1999
- Gaertner, H.-O.: Aktuelle Entwicklung zur Approbationsordnung für Ärzte und zur  
Kapazitätsverordnung, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-  
Tagungsbericht), Berlin 2002
- Galbraith, J. K.: Volkswirtschaftslehre als Glaubenssystem, in Vogt, W. (Hrsg.): Seminar:  
Politische Ökonomie, Frankfurt am Main 1973
- Gemeinsame Presserklärung Deutsche Krankenhausgesellschaft, Vereinigung der kommunalen  
Arbeitgeberverbände, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands,  
Krankenhausverbände fordern einen Spartentarifvertrag, Berlin, 16. September 2002
- Gesetz zur Sicherung der Finanzierungsgerechtigkeit im Hochschulwesen (HFGG),
- Gespräch mit dem Rektor der Universität zu Köln – Eine Universität ist keine  
Berufsausbildungsakademie, in: Forschung & Lehre 10/2005
- GesundheitsNachrichten 07/2006: Große Koalition muss jetzt Farbe bekennen
- Glaserfeld, E. v.: Wissen, Sprache und Wirklichkeit. Arbeiten zum radikalen  
Konstruktivismus, Braunschweig 1987
- Globert, Y.: Arm, aber nicht sexy, in: duzMAGAZIN 05/2007
- Glitz, Die Zukunft der deutschen Universität – Eichstätter Universitätsreden, Universität  
Eichstätt 2000
- Glitz, P.: Die Universität in der Informationsgesellschaft, in: Freese, P. (Hrsg.): Paderborner  
Universitätsreden, Paderborn 2004
- Godelier, M.: Rationalität und Irrationalität in der Ökonomie, Frankfurt am Main 1972,
- Grundordnung der Universität zu Köln, Amtliche Mitteilungen 1/2003
- Grundordnung der Universität zu Köln, Amtliche Mitteilungen 33/2007

- Grunert, Th.: Zwischen Wettbewerb und Staatsmedizin, welche Chancen haben Innovationen im Gesundheitswesen?, in: GesundheitsNachrichten 09/2006
- Günther, M.: Die Geldmaschine Harvard, in Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 8 – 10./11. Januar 2004
- Gürkan, I.: Möglichkeit der Transparenz der Haushalte, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Jena 2005
- Haarländer, S., Bühner, A., Schwandt, M., Schöffski, O.: Public Private Partnership (PPP) im Krankenhausbereich, Burgdorf 2007
- Habermas, J.: Analytische Wissenschaftstheorie und Dialektik, in: Adorno, T. W., Dahrendorf, R., Pilot, H. (Hrsg.): Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie, Neuwied/Berlin 1972
- Habermas, J.: Gegen einen positivistisch halbierten Rationalismus, in: Adorno, T. W., Dahrendorf, R., Pilot, H. (Hrsg.): Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie, Neuwied/Berlin 1972
- Habermas, J.: Dankesrede anlässlich der Aushändigung des Staatspreises des Landes Nordrhein-Westfalen 2006, Düsseldorf 2006
- Haerdle, B.: Ende des Gießkannen-Prinzips, in: duzMAGAZIN 10/2006
- Haerdle, B.: Gut gedacht, schlecht gemacht, in: duzMAGAZIN 01/2007
- Haerdle, B.: Management schafft Freiräume, in: duzMAGAZIN 06/2007
- Hahn, E. G.: Medizinische Ausbildungsforschung im Deutschen Sprachraum: Quantité Négligeable?, in: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, Januar 2005
- Hahn, E. G.: Empfehlungen des Wissenschaftsrats zu einer lehrorientierten Reform der Personalstruktur an Universitäten- Beginn einer Exzellenz-Initiative für die Lehre, in: Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 1/2007
- Hahne, P.: OECD rügt deutsche Bildungspolitik, in: Kölner Stadt-Anzeiger, Nr. 84, 10. April 2008
- Hallen, M.: Das 7. Forschungsrahmenprogramm der EU – Möglichkeiten der Förderung von medizinischer und Gesundheitsforschung auf Europäischer Ebene, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Aachen 2007
- Hansen, A.: Vom Klassenprimus lernen, in duzMAGAZIN 07/2006
- Hartig, M.: Ostdeutsche Medizin-Fakultäten haben nach Ansicht des Ministeriums aufgeholt, in: duzNACHRICHTEN 05/2007
- Hauptpersonalrat der wissenschaftlich und künstlerisch Beschäftigten beim Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen: Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Hochschulfreiheitsgesetzes (HFG) – Stand: 12. April 2006
- Heinen, E.: Industriebetriebslehre als Entscheidungslehre, in: Heinen, E. (Hrsg.): Industriebetriebslehre, 4. Aufl., Wiesbaden 1975
- Hering, T.: Universitäten als Unternehmen – Akademische Zerrbilder und ideologische Illusionen einer Anti-Elite, in: Keuper, F., Schaefer, C. (Hrsg.): Führung und Steuerung öffentlicher Unternehmen, Berlin 2005
- Hesse, M.: Elite nicht mehr allein im Süden, in: Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 244 – 20./21. Oktober 2007

Hochschulfreiheitsgesetz (HFG-NRW), Artikel 1, Gesetz über die Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen (Hochschulgesetz-HG)

Hochschulmedizingesetz 2008 (HMG-NRW)

Hörisch, J.: Rettet die Alma mater!, Die ungeliebte Universität, in: Forschung & Lehre 09/2006

Hümmeler, C.: Keine Elite-Hochschulen in NRW, in: Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 239 - 14/15. Oktober 2006

Kahlke, W.: Qualität der Lehre in der Medizin – geprüft und gesichert?, in: Hamburger Ärzteblatt, Heft 6/1999

Kapp, K. W.: Soziale Kosten der Marktwirtschaft, Frankfurt am Main 1979

Keller, E.: „Kuscheln aus reiner Vernunft“, in: duzMAGAZIN 09/2005

Kempgen, B.: Die W-Besoldung der Professoren, in: Forschung & Lehre, 7/2006

Klaaßen, L.: Schavan ruft zum Bologna-Gipfel und gibt die Optimistin, in: duzNACHRICHTEN 05/2007

Knoke, M.: Föderalismusreform – Politiker sind gespalten, in: duzNACHRICHTEN 05/2006, S. 5

Knoke, M.: Bund darf doch mitfinanzieren, in: duzNACHRICHTEN 06/2006

Knoke, M.: Nach dem Exzellenzwettbewerb: Wie geht es weiter?, in: duzNACHRICHTEN 09/2006

Knoke, M.: Wie geht man in Zukunft um mit der KapVo?, in: duzNACHRICHTEN 01/2008

Koalitionsvereinbarung der Landesregierung NRW vom 16.06.2005

Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung vom 18.11.2005

MIWFT-Pressemitteilung, Düsseldorf 13.03.2007

Kölner-Stadt-Anzeiger – Nr. 3 - 5. Januar 2004

Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 46 - 23. Februar 2006, Kliniken sehen Gefahr für Patienten

Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 119 - 23. Mai 2006, Vielen Kliniken droht das Aus

Kölner-Stadt-Anzeiger – Nr. 150 – 1./2. Juli 2006, Koalition atmet froh und erleichtert auf – Förderalismusreform nach langem Gezerre beschlossen

Kölner-Stadt-Anzeiger – Nr. 200 - 29. August 2007

Kölner Stadt-Anzeiger - Nr. 212 - 12. September 2007

Kölner Stadt-Anzeiger - Nr. 141 - 21. Juni 2006, Der Rotstift bestimmt den Landeshaushalt

Kölner Stadt-Anzeiger - Nr. 57 - 8. März 2006, Land bietet Hochschulen Zukunftspakt an

Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungs-beauftragten an Hochschulen (Hrsg.): Chancengleichheit an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland 2001/2005, Berlin 2007

Kooperationsvereinbarung zwischen der Universität zu Köln und dem Klinikum der Universität zu Köln vom 09.03.2006

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW): Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen – Zahlen, Daten, Fakten

- Kreikenbohm-Romotzky, D., Kanthack, A., Stosch, C., Koebke, J.: Aspekte des Lehrens und Lernens an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, in: Medizinische Ausbildung, Heft 1, November 1999
- Kreikenbohm-Romotzky, D., Stosch, C., Koebke, J.: Blockpraktika-/ Blockseminare-Rotationsmodell im 5. Klinischen Semester - Modell und Evaluationsergebnisse, in: Medizinische Ausbildung, Heft 1 (Sonderheft), September 2001
- Kröher, M. O. R.: Eliten im Verbund, in: Managermagazin 05/2007
- Kröhnert, S., Medicus, F., Klingholz, R. – Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.): Die demografische Lage der Nation, 2. Aufl., München 2006
- Kromrey, H.: Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung, Opladen 1980
- Krüger, C.: Der Katalog für die Selbstdarstellung der Hochschulen soll Transparenz bringen, in: duzNACHRICHTEN 08/2005
- Krüger, F.: Hochschulen fürchten künftig unabsehbare Kosten, in: duzNACHRICHTEN 06/2006
- Kühl, S.: Die Grenzen des Vertrauens, in: Forschung & Lehre 12/2007
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Bildungsreport NRW 2006, Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, Band 32
- Landeshochschulgesetz NRW (MWF 2005)
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Ziel- und Leistungsvereinbarungen 2007-2010 – Hochschulen in Nordrhein-Westfalen
- Lange, P.: Forschungslandkarte der Hochschulmedizin aus der Sicht des BMBF, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Berlin 2002
- Laske, S., Meister-Scheytt, C., Loacker, B., Lederbauer, D.: Eckpunkte für eine erfolgreiche Arbeit von Hochschulräten – Schlussfolgerungen aus einem Realexperiment, in: Das Hochschulwesen 3/2007
- Lauterbach, K.: Ethik in der Gesundheitsökonomie, in: Bergdolt, K. (Hrsg.): Ethik und Klinik – Kölner Vorträge zur medizinischen Ethik, Zülpich 1998
- Lauterbach, K.: Der Zweiklassenstaat, 4. Aufl., Berlin 2007
- Lissmann, K. P.: Theorie der Unbildung, Wien 2006
- Lücke, N.: Was tun, wenn's brennt?, in: duzMAGAZIN 02/2008
- Luhmann, N.: Zweckbegriff und Systemrationalität, Tübingen 1968
- Luhmann, N.: Soziale Systeme, Frankfurt am Main 1984
- Medizinischer Fakultätentag (MFT): Umfrage zum Themenkatalog, Frankfurt 22.02.2004
- Medizinischer Fakultätentag (MFT) 2005: Resolution des Medizinischen Fakultätentages 2005: Resolution „Privatisierung von Universitätsklinika“
- Meinhold, H.: Medizinische Fakultäten und Universitätsklinika im DRG - Zeitalter (I), Das Krankenhaus 8/2004
- Miegel, M.: Die deformierte Gesellschaft, 5. Aufl., Berlin-München 2002
- MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, Hochschulmedizin in Nordrhein-Westfalen

- MIWFT (Hrsg.): Hochschulfreiheitsgesetz, [www.innovation.nrw.de](http://www.innovation.nrw.de), 23.11.2006
- MIWFT (Hrsg.): Eckpunkte des geplanten Hochschulfreiheitsgesetzes, Sprechzettel zur Landespressekonferenz, 25.01.2006
- MIWFT (Hrsg.): Ergebnis des Verfahrens der leistungs- und parametergesteuerten Zuführungsbemessung zum Haushalt 2007, Anlage II
- Müller, A.: Machtwahn, München 2006
- Müller-Hillebrand, H.: Mehr Praxis im Medizinstudium, in: Kölner Stadtanzeiger – Nr. 17 - 21. Januar 2004
- Münch, R.: Schafft den Mittelbau ab! In: Forschung & Lehre 09/2007
- MWF (Hrsg.): Reformen und Ressourcen, Zwischenbilanz und Perspektiven des Aktionsprogramms „Qualität der Lehre“, Schriftenreihe zur Studienreform, Band 1, Düsseldorf 1997
- Nagel, E. (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland, 4. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 2007
- Nederegger, G.: Aus Patienten werden Kunden: Wettbewerb in der Gesundheitsbranche, in: (McKinsey), Health, Heft 7, Mai 2005
- Nefiodow, L. A.: Der sechste Kondratieff, 6. Auflage, Sankt Augustin 2006
- Neyses, J.: Meinung: Hochschulfreiheitsgesetz, in: Kölner Universitätszeitung, 36. Jahrgang, Ausgabe 4-2006
- Niethammer, D.: Einführung in die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht) Freiburg i. Br. 2004
- Novak, D. Herzig, S., Lehmkuhl, G. (Hrsg.): Modellstudiengang Medizin-Köln (Broschüre)
- Oetker, A.: Die Universität der Zukunft, in: duzMAGAZIN 10/2007
- Ordnung der Medizinischen Fakultät (Fachbereich Medizin) der Universität zu Köln, Amtliche Mitteilungen 41/2003
- Pestalozzi, H. A.: Nach uns die Zukunft, 6. Aufl., München 1981
- Pfeilschifter, J.: Innovationspotential der leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM), in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Jena 2005
- Pieper, A.: Die evaluierte Universität, in: duz-Magazin 11/2005
- Popper, K. R.: Die Logik der Sozialwissenschaften, in: Adorno, T. W., Dahrendorf, R., Pilot, H. (Hrsg.): Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie, Neuwied/Berlin 1972
- Popper, K. R.: Logik der Forschung, 6. Aufl., Tübingen 1976
- Presseinformation des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen (MIWFT) vom 11.01.2008
- Pressemitteilung des MIWFT vom 13.03.2007, Kabinett beschließt Eckpunkte für ein Hochschulmedizingesetz
- Prußky, C.: Berliner Muskelspiele zulasten der Wissenschaft, in: duzNACHRICHTEN Nr. 09/2005
- Prußky, C.: Rektoren prophezeien den „Bildungskollaps“ in: duzNACHRICHTEN 10/2005

- Prußky, C.: Damit es Erkan später leichter hat, in: duzMAGAZIN 09/2007
- Prußky, C.: Wie geht es Ihnen, Dr. Unsichtbar?, in: duzMAGAZIN 02/2008
- Regierungserklärung des neuen Ministerpräsidenten von Nordrhein-Westfalen, Dr. Jürgen Rüttgers, vom 13.07.2005
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen - Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 32
- Rohde, V., Bestmann, B., Wellmann, A.: Klinik, Forschung und Lehre – Ein Spagat, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101/Heft 14/2. April 2004
- Ronge, V: Es bleiben viele Hinderungsgründe, in: duzMAGAZIN 12/2006
- Rosenbock, R., Gerlinger, Th.: Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, Bern 2004
- Rüschmann, H.-H., Roth, A., Krauss, C.: Vernetzte Praxen auf dem Weg zu managed care?, Berlin-Heidelberg- New York 2000
- Rüßmann, W.: Forschung, Lehre und Krankenversorgung? Zur Zukunft der Universitätsmedizin, in: Bergdolt, K. (Hrsg.): Ethik und Klinik – Kölner Vorträge zur medizinischen Ethik, Zülpich 1998
- Rüttgers, J.: Die Marktwirtschaft muss sozial bleiben, Köln 2007
- Saß, H.: Kooperation zwischen Medizinischer Fakultät, Universitätsklinikum und Universitätspräsidium – aus der Sicht eines Ärztlichen Direktors, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Berlin 2002
- Satzung des Universitätsklinikums Köln, RdErl. des. Ministeriums für Wissenschaft und Forschung (NRW), v. 21.03.2003 – 132-7511
- Sauer, S.: Experten: Gesundheit ist bald unbezahlbar, in Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 221 – 22./23. September 2007
- Schäfer, N., Koebke, J., Kreikenbohm-Romotzky, D., Stosch, C.: Evaluation des Vorklinischen Studienabschnitts an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln – Oktober 1994, in Koebke, J., Neugebauer, E., Lefering, R. (Hrsg.): Die Qualität der Lehre in der Medizin, München/Wien/Baltimore 1996
- Schedler, K.: Proeller, I.: New Public Management, 3. Aufl., Bern 2006
- Schiedner, F.: Modernisierung ohne Organisationsentwicklung?, 1. Aufl., München und Mering 2000
- Schipp, S.: Bundesministerium will mehr Geld in Gesundheitsforschung investieren, in: duzNACHRICHTEN 02/2007
- Schipp, S.: Mit Reformen allein ist es nicht getan, in: duzNACHRICHTEN 03/2007
- Schirmacher, F.: Das Methusalemkomplott, 30. Auflage, München 2004
- Schmoll, H.: Die Institution frisst ihre Kinder – Warum die Exzellenzinitiative Elitebildung verhindert, in: Forschung & Lehre, 02/2008
- Schnabel, P.-E., Hurrelmann, K.: Sozialwissenschaftliche Analyse von Gesundheits-problemen, in: Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, Berlin-Heidelberg 1999

- Schölmerich, J.: Krankenversorgung und Lehre – mit Anspruch und Spaß, in: Karrierewege in der Hochschulmedizin, in duzSPECIAL, Beilage zum DuzMAGAZIN 02/2008
- Scholz, C.: Markt oder Nicht-Markt? in: Forschung & Lehre 08/2006
- Schwarzberger, H.: Die Befreiung der Hochschulen lässt noch auf sich warten, in: duzNACHRICHTEN, 08/2005
- Schwering, M.: Mehr Geld für engagierte Unis, in: Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 265 – 14. November 2003
- Seeger, W.: Wissenschaft und Klinik – kooperatives oder integratives Modell, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Freiburg i. Br. 2004
- Seel, M.: Vom Verbund zur Firma, in: Forschung & Lehre 01/2007
- Sen, A.: Ökonomie für den Menschen – Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, 2. Aufl., München 2003
- Seyr, B. F.: Integratives Management und Wissensbilanzierung in der Hochschulforschung, Frankfurt am Main 2006
- Simon, M.: Das Gesundheitssystem in Deutschland, 1. Aufl., Bern 2005
- Sprechzettel zur Landespressekonferenz „Eckpunkte des geplanten Hochschulfreiheitsgesetzes“ am Mittwoch, 25. Januar 2006
- Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Verwaltungsmodernisierung in Nordrhein-Westfalen. Leitbild – Eine Vision für 2008, Düsseldorf (Juli 2004)
- Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Verwaltungsmodernisierung in Nordrhein-Westfalen. Moderne Verwaltung – Konzepte und Meilensteine, 4. Auflage, Düsseldorf (Oktober 2004)
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Hochschulstandort Deutschland 2005
- Statistisches Bundesamt 2006
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2006 – für die Bundesrepublik Deutschland
- Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes, der Knappschaft und der See-Krankenkasse: Konsequenter Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit durch einen zielgenauen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), Bonn, 02.11.2006
- Stephan, H.-C.: Europa bekommt einen Forschungsrat, in: duzNACHRICHTEN 09/2005
- Stephan, H.-C.: Im Netz der neuen Freiheit, in: duzMAGAZIN 03/2006
- Stephan, H.-C.: Schavan startet Hightech-Offensive, in: duzNACHRICHTEN 07/2006
- Stephan, H.-C.: Wissenschaftsrat etabliert neues Verfahren für die Finanzierung von Großgeräten, in: duzNACHRICHTEN 01/2007
- Stephan, H.-C.: Stifterverband will Hochschulen und Unternehmen zusammenbringen, in: duzNACHRICHTEN 04/2007
- Stephan, H.-C.: Endspurt zum Campus Europae, in: duzMAGAZIN 04/2007
- Stephan, H.-C.: Europas Forscherinnen werden erheblich schlechter bezahlt als männliche Kollegen, in: duzNACHRICHTEN, 10/2007
- Stiglitz, J.: Die Schatten der Globalisierung, München 2003

- Stosch, C. und Herzig, S.: Competence-based Curriculum-Concept Cologne, Köln 15.07.2003
- Strauß, B.: Internationale Kooperationen der Medizinischen Fakultäten in Lehre und Forschung, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Aachen 2007
- Strehl, R.: Wirtschaftliche Verflechtungen, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Freiburg i. Br. 2004
- Tecklenburg, A.: Führungsstrukturen im Dreieck: Klinikum – Fakultät – Universität, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT – Tagungsbericht), Aachen 2007
- Tutt, H.: Land der ungenutzten Möglichkeiten, in: Kölner Stadt-Anzeiger - Nr. 12 - 14./15. Januar 2006
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H): Auswertung der Umfrage „Forschungsschwerpunkte der medizinischen Fakultäten in Deutschland“, Frühjahr 2005
- van Bebber, F.: Professionelle Manager in die zweite Reihe, in: duzNACHRICHTEN 01/2006
- van Bebber, F.: Gemeinsam sind wir lahm! In: duzMAGAZIN 05/2006
- Verordnung über die Errichtung des Klinikums Köln der Universität Köln (Universitätsklinikum Köln) als Anstalt des öffentlichen Rechts vom 1. Dezember 2000, Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen – Nr. 54 vom 22. Dezember 2000
- Voigt, I., von Richthofen, A.: Weiterentwicklung der Berufungsverfahren an Hochschulen, in: Personal- und Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Lehre und Forschung 2/2007
- von Troschke, J., Mühlbacher, A.: Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege, 1. Aufl., Bern 2005
- Wagner, D.: Wie entsteht Bürokratie?, in: Forschung & Lehre 07/2007
- Weegen, M.: Studiennachfrage zwischen verordneter Freiheit und wachsender Belieblichkeit, in: Das Hochschulwesen, 2/2007
- Weibler, J.: Führung von Universitäten?, in: Forschung & Lehre 01/2007
- Wex, P.: Das bolognakonforme Diplom, in: Forschung & Lehre 10/2005
- Wiedemann, G. M.: Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 60 – 12./13. März 2005
- Wiedemann, G. M.: Zu wenig Geld für die Forschung in NRW, in: Kölner Stadt- Anzeige - Nr. 15 –18. Januar 2006
- Wiedemann, G. M.: Rededuell um rote Zahlen, in Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 21 - 25. Januar 2007
- Wiedemann, G. M.: Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 177 - 02. August 2007
- Wimmer, M.: Die Briten erleben unter Gordon Brown eine Bildungsoffensive, in: duzNACHRICHTEN 08/2007
- Winnacker, E.-L.: Die Exzellenzinitiative: Hoffnung auf den großen Wurf, in: Forschung 2/2005
- Winteler, A., Forster, P.: Wer sagt, was gute Lehre ist?, Evidenzbasiertes Lehren und Lernen, in: Das Hochschulwesen, 4/2007

- Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin – Aufgaben, Organisation, Finanzierung (Drs. 4104/99), 1999
- Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin (Drs. 5913/04), 2004
- Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu einem Wissenschaftsvertrag und zur Beschäftigung wissenschaftlicher Mitarbeiter (Drs. 5923/04), 2004
- Wissenschaftsrat (Hrsg.): Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, (Drs. 6913/05), 2005
- Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung (Drs. 7063/06), 2006
- Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitäten im Wissenschaftssystem (Drs. 7067/06), 2006
- Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zum arbeitsmarkt- und demographiegerechten Ausbau des Hochschulsystems (Drs. 7083/06), 2006
- Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu Public Private Partnership (PPP) in der universitätsmedizinischen Forschung (Drs. 7695/07), Berlin 2007
- Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu einer lehrorientierten Reform der Personalstruktur an Universitäten (Drs. 7721/07), 2007
- Wissenschaftsrat (Hrsg.): Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007
- Wöhe, G.: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 19. Aufl., München 1996
- Wörner, J.-D.: Ein wilder Hazard – Anmerkungen eines scheidenden Universitäts-präsidenten zu Führung und Macht an Universitäten, in: Forschung § Lehre 01/2007
- Wolf-Doettinchem, L, Rosenkranz, J., Möller, T.: Zur Kasse bitte!, in: Stern 28/2006  
[www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de) (10.07.2006)  
[www.innovation.nrw.de](http://www.innovation.nrw.de)  
[www.nrw.de/Land\\_NRW](http://www.nrw.de/Land_NRW) (19.06.2006)
- Zboril, N. A.: Fakultäts-Informationssystem als Instrument des Hochschul-Controlling, Stuttgart 1998
- Ziegler, J.: Das Imperium der Schande, 3. Aufl., München 2007
- Zielvereinbarung I zwischen dem Ministerium für Schule, Wissenschaft und Forschung, der Universität zu Köln und dem Klinikum der Universität zu Köln vom 14. Juni 2002
- Zielvereinbarung II zwischen dem Ministerium für Wissenschaft und Forschung und der Universität zu Köln vom 16. März 2003
- Ziel- und Leistungsvereinbarungen III (ZLV 2007-2010) zwischen der Universität zu Köln und dem Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen
- Zöllner, J.: Die Chancen der Reform nutzen, in: duzMAGAZIN 08/2007

## **7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

### **Abbildungen**

- Abbildung 1: Sozioökonomische Grobverflechtungen der Universitätsmedizin  
Abbildung 2: Wichtige Interessengruppen im Gesundheitswesen  
Abbildung 3: Gesundheitsausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP)  
Abbildung 4: Einrichtungen des Gesundheitssystems auf Bundesebene  
Abbildung 5: Rollenkonflikte im ärztlichen Sektor  
Abbildung 6: Fakultätsrelevante Verflechtungen sozioökonomischer Rahmenbedingungen  
Abbildung 7: Hochschulstandorte in NRW  
Abbildung 8: Grobstruktur der Hochschulmedizin  
Abbildung 9: Stufen der Exzellenzinitiative  
Abbildung 10: Kostenverflechtungen in der Hochschulmedizin  
Abbildung 11: Grobübersicht über Kooperationsverflechtungen

### **Tabellen**

- Tabelle 1: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands von 1950 bis 2050  
Tabelle 2: Verteilung der Zuführungsbeträge in NRW 2004  
Tabelle 3: Drittmittelgeber in Deutschland im Jahr 2003  
Tabelle 4: Öffentliche Förderprogramme für die medizinische Forschung  
Tabelle 5: Bundeshaushaltsentwurf 2008  
Tabelle 6: Themenschwerpunkte des Medizinischen Fakultätentages 2004  
Tabelle 7: Vergütungsstrukturen nach den aktuellen Tarifregelungen ab 2006  
Tabelle 8: Kompetenzen des Fachbereichsrates nach HG/HMG  
Tabelle 9: Medizinische Forschungsschwerpunkte an den NRW-Standorten  
Tabelle 10: Elemente der Nachwuchsförderung in NRW  
Tabelle 11: Studierende und Prüfungsergebnisse 2004 in NRW  
Tabelle 12: Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen  
Tabelle 13: Sonstige Studiengänge in NRW  
Tabelle 14: Zuführungsbetrag und LOM 2004 in NRW  
Tabelle 15: Zuführungsbetrag pro Student 2004 in NRW  
Tabelle 16: LOM-Modelle in den Bundesländern  
Tabelle 17: Haushalt-Ansätze und LOM 2007 in NRW  
Tabelle 18: Top 5 – Fächer – Drittmittel 2004 in NRW  
Tabelle 19: Top 5 – Fächer – Impactfaktoren 2004 in NRW  
Tabelle 20: LOM-Verteilung 2004 in NRW

## 8. Anmerkungen

- 1 Landeshochschulgesetz NRW (MWF 2005), §3
- 2 Grundordnung der Universität zu Köln, Amtliche Mitteilungen 1/2003 der Universität zu Köln, S. 3
- 3 Ordnung der Medizinischen Fakultät (Fachbereich Medizin) der Universität zu Köln, Amtliche Mitteilungen 41/2003, S. 1
- 4 Hochschulfreiheitsgesetz (HFG-NRW), Artikel 1, Gesetz über die Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen (Hochschulgesetz-HG), §3
- 5 Verordnung über die Errichtung des Klinikums Köln der Universität Köln (Universitätsklinikum Köln) als Anstalt des öffentlichen Rechts vom 1. Dezember 2000, Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen – Nr. 54 vom 22. Dezember 2000, S. 721
- 6 Hochschulmedizingesetz 2008 (HMG-NRW), Artikel 1, §31a, Abs. 1
- 7 Rüßmann, W.: Forschung, Lehre und Krankenversorgung? Zur Zukunft der Universitätsmedizin, in: Bergdolt, K. (Hrsg.): Ethik und Klinik – Kölner Vorträge zur medizinischen Ethik, Zülpich 1998, S. 259ff
- 8 Först, W.: In Köln 1918-1936, Kleine Stadtgeschichte im 20. Jahrhundert, Band I, Düsseldorf 1982, S. 25
- 9 Diehl, V.: Ethische Konflikte in der Medizin, in: Bergdolt, K. (Hrsg.): a.a.O., S. 97
- 10 Rüßmann, W.: a.a.O., S. 261
- 11 Lauterbach, K.: Ethik in der Gesundheitsökonomie, in: Bergdolt, K. (Hrsg.): a.a.O., S. 251f
- 12 Bergdolt, K.: Leib und Seele – Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens, München 1999, S. 133
- 13 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen (Drs. 6913-05), 2005, S. 6
- 14 Kromrey, H.: Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung, Opladen 1980, S. 11-28
- 15 Albert, H.: Theorie und Prognose in den Sozialwissenschaften, in: Topitsch, H. (Hrsg.): Logik der Sozialwissenschaften, Köln – Berlin 1965, S. 126-143; Kromrey, H.: a.a.O., S. 11-28; Popper, K. R.: Die Logik der Sozialwissenschaften, in: Adorno, T. W., Dahrendorf, R., Pilot, H. (Hrsg.): Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie, Neuwied/Berlin 1972, S. 103-123 und Popper, K. R.: Logik der Forschung, 6. Aufl., Tübingen 1976
- 16 Habermas, J.: Analytische Wissenschaftstheorie und Dialektik, in: Adorno, T. W., Dahrendorf, R., Pilot, H. (Hrsg.): a.a.O., S.235-266 und Kromrey, H.: a.a.O., S. 11-28
- 17 Albert, H.: Im Rücken des Positivismus?, in Adorno, T. W., Dahrendorf, R., Pilot, H. (Hrsg.): a.a.O., S.267-306 und Habermas, J.: Gegen einen positivistisch halbierten Rationalismus, in: Adorno, T. W. Dahrendorf, R., Pilot, H.(Hrsg.): a.a.O., S. 235-266

- 18 Luhmann, N.: Zweckbegriff und Systemrationalität, Tübingen 1968 und Luhmann, N.: Soziale Systeme, Frankfurt am Main 1984
- 19 Heinen, E.: Industriebetriebslehre als Entscheidungslehre, in: Heinen, E. (Hrsg.): Industriebetriebslehre, 4. Aufl., Wiesbaden 1975, S. 36-40 sowie Schnabel, P.-E., Hurrelmann, K.: Sozialwissenschaftliche Analyse von Gesundheitsproblemen, in: Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, Berlin-Heidelberg 1999, S. 103f
- 20 Foerster, H. v.: Wissen und Gewissen, Frankfurt am Main 1993
- 21 Glaserfeld, E. v.: Wissen, Sprache und Wirklichkeit. Arbeiten zum radikalen Konstruktivismus, Braunschweig 1987, S. 140f
- 22 Feyerabend, P. K.: Wider dem Methodenzwang, 5. Aufl., Frankfurt am Main 1995
- 23 Hochschulfreiheitsgesetz (HFG), Artikel 1 (HG), a.a.O., S. 4 Abs. 2
- 24 Bergdolt, K.: Leib und Seele – Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens, a.a.O., S. 303ff
- 25 Deppe, H.-U.: 25 Jahre „Institut für Medizinische Soziologie“ in: Deppe, H.-U. (Hrsg.): Medizin und wirtschaftlicher Wettbewerb, Frankfurt am Main 1998, S. 9
- 26 Stiglitz, J.: Die Schatten der Globalisierung, München 2003 und Ziegler, J.: Das Imperium der Schande, 3. Aufl., München 2007
- 27 Bofinger, P.: Wir sind besser, als wir glauben – Wohlstand für alle, Reinbek bei Hamburg 2006, S. 21ff
- 28 Bofinger, P.: a.a.O., S 46f
- 29 Bofinger, P.: a.a.O., S. 160f
- 30 Beske, F., Hallauer, J. F.: Das Gesundheitswesen in Deutschland, 3. Aufl., Köln 1999, S. 45
- 31 [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de) (10.07.2006)
- 32 Bundesministerium für Gesundheit 2002
- 33 Simon, M.: Das Gesundheitssystem in Deutschland, Bern 2005, 1. Aufl., S. 81f
- 34 Statistisches Bundesamt 2006
- 35 Simon, M.: a.a.O., S. 85ff
- 36 Robert-Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 185ff
- 37 Simon, M.: a.a.O., S. 76
- 38 Gürkan, I.: Möglichkeit der Transparenz der Haushalte, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht) Jena 2005, S. 157f
- 39 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin – Aufgaben, Organisation, Finanzierung (Drs. 4104/99), 1999, S. 4
- 40 [www.innovation.nrw.de](http://www.innovation.nrw.de)

- 41 Pressemitteilung des MIWFT vom 13.03.2007, Kabinett beschließt Eckpunkte für ein Hochschulmedizingesetz
- 42 Simon, M.: a.a.O., S. 77f
- 43 Nefiodow, L. A.: Der sechste Kondratieff, 6. Auflage, Sankt Augustin 2006
- 44 Rosenbock, R., Gerlinger, Th.: Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, Bern 2004, S. 12
- 45 Nagel, E. (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland, 4. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 2007, S. 29ff
- 46 Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen - Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 32, S. 3
- 47 Simon, H.: a.a.O., S. 51ff
- 48 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege, 1. Aufl., Bern 2005, S. 72
- 49 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 103
- 50 Simon, M.: a.a.O., S. 67ff
- 51 Simon, M.: a.a.O., S. 72f
- 52 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 29ff
- 53 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 36f
- 54 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 18f
- 55 Butterwege, C.: Krise und Zukunft des Sozialstaates, 3. Aufl., Wiesbaden 2006
- 56 Butterwege, C.: a.a.O., S. 144
- 57 Butterwege, C.: a.a.O., S. 275ff
- 58 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Die neue Gesundheitsversicherung, [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)
- 59 Wolf-Doettinchem, L., Rosenkranz, J., Möller, T.: Zur Kasse bitte!, in: Stern 28/2006, S. 34ff. und Lahm, C.: Durchbruch oder Treppenwitz – Gesundheitsreform: Große Koalition muss jetzt Farbe bekennen, in: Gesundheits-Nachrichten 07/2006, S. 1
- 60 Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung vom 18.11.2005
- 61 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, a.a.O., S. 33 und Encke, A.: Die deutsche Gesundheitspolitik auf einer Gratwanderung, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Lübeck 2003, S. 144
- 62 Arzneimittelreport 2006
- 63 Grunert, Th.: Zwischen Wettbewerb und Staatsmedizin, welche Chancen haben Innovationen im Gesundheitswesen?, in: Gesundheits-Nachrichten 09/2006, S.5

- 64 Rüschemann, H.-H., Roth, A., Krauss, C.: Vernetzte Praxen auf dem Weg zu managed care?, Berlin-Heidelberg- New York 2000
- 65 Butterwegge, C.: a.a.O., S. 106f
- 66 Nagel, E. (Hrsg.): a.a.O., S. 5ff
- 67 Nagel, E. (Hrsg.): a.a.O., S.15
- 68 Miegel, M.: Die deformierte Gesellschaft, 5. Aufl., Berlin-München 2002 und Schirrmacher, F.: Das Methusalemkomplott, 30. Auflage, München 2004, S. 125f
- 69 Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes, der Knappschaft und der See-Krankenkasse: Konsequenter Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit durch einen zielgenauen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), Bonn, 02.11.2006
- 70 Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland, a.a.O., S. 32f
- 71 Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland, a.a.O., S. 13
- 72 Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes - Gesundheit in Deutschland, a.a.O., S. 195
- 73 Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland, a.a.O., S. 13ff
- 74 Nagel, E. (Hrsg.): a.a.O., S. 21ff
- 75 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 60ff
- 76 Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland, a.a.O., S. 13ff
- 77 Rüßmann, W.: a.a.O., S. 267
- 78 Albert, H.: Modell-Platonismus. Der neoklassische Stil es ökonomischen Denkens in kritischer Beleuchtung, in: Topitsch, E. (Hrsg.): Logik der Sozialwissenschaften, Köln-Berlin 1965, S. 406-434
- 79 Kapp, K. W.: Soziale Kosten der Marktwirtschaft, Frankfurt am Main 1979
- 80 Albert, H.: Ökonomische Ideologie und politische Theorie, 2. Aufl., Göttingen 1972, S. 96ff und Galbraith, J. K.: Volkswirtschaftslehre als Glaubenssystem, in Vogt, W. (Hrsg.): Seminar: Politische Ökonomie, Frankfurt am Main 1973, S. 186f
- 81 Pestalozzi, H. A.: Nach uns die Zukunft, 6. Aufl., München 1981, S. 121
- 82 Butterwegge, C.: a.a.O., S. 145
- 83 Albert, H.: Marktsoziologie und Entscheidungslogik, Neuwied und Berlin 1967, S. 380f
- 84 Bachmann, G.: Wirtschaftstheorie oder Wirtschaftsideologie?, in: Der Betriebswirt 3/1981, S. 1ff

- 85 Vgl. von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 117f
- 86 Nederegger, G.: Aus Patienten werden Kunden: Wettbewerb in der Gesundheitsbranche, in: (McKinsey), Health, Heft 7, Mai 2005, S. 4f
- 87 Deppe, H.-U. : Neoliberalismus und Arzt-Patient-Beziehung, in: Deppe, H.-U. (Hrsg.) a.a.O., S. 126ff
- 88 Müller, A.: Machtwahn, München 2006 und Bordieu, P.: Gegenfeuer – Wortmeldungen im Dienste des Widerstands gegen die neoliberale Invasion, Konstanz 1998 als auch Rüttgers, J.: Die Marktwirtschaft muss sozial bleiben, Köln 2007, S. 55ff
- 89 Birkner, B., Buchner, F., Wasem, J.: Wirtschaftswissenschaftliche Analyse des Gesundheitssystems, in: Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, Berlin – Heidelberg 1999, S. 130ff
- 90 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 112f
- 91 Bull, H. P.: Absage an den Staat? – Warum Deutschland besser ist als sein Ruf, Berlin 2005, S. 159ff
- 92 Sen, A.: Ökonomie für den Menschen – Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, 2. Aufl., München 2003, S. 112
- 93 Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland, a.a.O., S. 81ff
- 94 BMBF (Hrsg.): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006, 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, Bonn, Berlin 2007
- 95 Bofinger, P.: a.a.o. S. 25
- 96 Godelier, M.: Rationalität und Irrationalität in der Ökonomie, Frankfurt am Main 1972, S. 366
- 97 Simon, M.: a.a.O., S. 75f
- 98 Butterwegge, C.: a.a.O., S. 282
- 99 Simon, M.: a.a.O., S. 90ff
- 100 Lauterbach, K.: Der Zweiklassenstaat, 4. Aufl., Berlin 2007
- 101 Fischer, J.: Für einen neuen Gesellschaftsvertrag – Eine politische Antwort auf die globale Revolution, Köln 1998, S. 257
- 102 Stephan, H.-C.: Europa bekommt einen Forschungsrat, in: duzNACHRICHTEN 09/2005 S. 14f
- 103 Krüger, C.: Der Katalog für die Selbstdarstellung der Hochschulen soll Transparenz bringen, in: duzNACHRICHTEN 08/2005, S. 17
- 104 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, Hochschulmedizin in Nordrhein-Westfalen, S. 15

- 105 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin (Drs. 5913/04), 2004, S.11ff
- 106 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Hochschulstandort Deutschland 2005, S. 6
- 107 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Hochschulstandort Deutschland 2005, S. 15
- 108 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Hochschulstandort Deutschland 2005, S. 16
- 109 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Hochschulstandort Deutschland 2005, S. 11
- 110 Hartig, M.: Ostdeutsche Medizin-Fakultäten haben nach Ansicht des Ministeriums aufgeholt, in: duzNACHRICHTEN 05/2007, S. 4
- 111 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Hochschulstandort Deutschland 2005, S. 12
- 112 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, a.a.O., S. 12f.
- 113 Rüßmann, W.: a.a.O., S. 265
- 114 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung (Drs 7063/06), 2006 sowie Budäus, D., Brede, H., Eichhorn, P. (Hrsg.): Public Private Partnership: neue Formen öffentlicher Aufgabenerfüllung, Baden-Baden 1997
- 115 Strehl, R.: Wirtschaftliche Verflechtungen, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT - Tagungsbericht), Freiburg i. Br. 2004, S. 84f
- 116 Bund-Länder-Kommission (BLK) für Bildungsplanung und Forschungsförderung (Hrsg.): BLK-Bildungsfinanzbericht 2004/2005, Heft 137-I, Oktober 2006, S. 9
- 117 Bundesfinanzministerium: Bundeshaushalt 2006
- 118 Kölner Stadt-Anzeiger - Nr. 212 - 12. September 2007, S.2
- 119 Schipp, S.: Bundesministerium will mehr Geld in Gesundheitsforschung investieren, in: duzNACHRICHTEN 02/2007, S. 14
- 120 van Bebber, F.: Gemeinsam sind wir lahm! In: duzMAGAZIN 05/2006, S. 13ff
- 121 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, a.a.O., S. 16ff
- 122 Prußky, Christine: Rektoren prophezeien den „Bildungskollaps“ in: duzNACHRICHTEN 10/2005, S. 6f
- 123 Knoke, M.: Bund darf doch mitfinanzieren, in: duzNACHRICHTEN 06/2006, S. 4
- 124 Stephan, H.-C.: Wissenschaftsrat etabliert neues Verfahren für die Finanzierung von Großgeräten, in: duzNACHRICHTEN 01/2007, S. 2
- 125 Lange, P.: Forschungslandkarte der Hochschulmedizin aus der Sicht des BMBF, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Berlin 2002, S. 47ff
- 126 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 31
- 127 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 88

- 128 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 85ff
- 129 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, a.a.O., S. 61f
- 130 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitäten im Wissenschaftssystem (Drs. 7067/06), 2006
- 131 Kölner-Stadt-Anzeiger – Nr. 3 - 5. Januar 2004, S. 24
- 132 Haerdle, B.: Ende des Gießkannen-Prinzips, in: duzMAGAZIN 10/2006, S. 9f
- 133 Winnacker, E.-L.: Die Exzellenzinitiative: Hoffnung auf den großen Wurf, in: Forschung 2/2005, S. 2f
- 134 Knoke, M.: Nach dem Exzellenzwettbewerb: Wie geht es weiter?, in: duzNACHRICHTEN 09/2006, S. 6f
- 135 Schipp, S.: Mit Reformen allein ist es nicht getan, in: duzNACHRICHTEN 03/2007, S. 5.
- 136 Kölner-Stadt-Anzeiger – Nr. 200 - 29. August 2007, S. 7
- 137 Stephan, H.-C.: Schavan startet Hightech-Offensive, in: duzNACHRICHTEN 07/2006, S. 5
- 138 Stephan, H.-C.: Stifterverband will Hochschulen und Unternehmen zusammenbringen, in: duzNACHRICHTEN 04/2007, S. 4
- 139 Hansen, A.: Vom Klassenprimus lernen, in duzMAGAZIN 07/2006, S. 24f
- 140 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, a.a.O. S. 91ff
- 141 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, a.a.O., S. 63f
- 142 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Hochschulstandort Deutschland 2005, S. 7
- 143 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zum arbeitsmarkt- und demographiegerechten Ausbau des Hochschulsystems (Drs. 7059-06), 2006
- 144 Weegen, M.: Studiennachfrage zwischen verordneter Freiheit und wachsender Beliebigkeit, in: Das Hochschulwesen (HSW), 2/2007, S. 62
- 145 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Hochschulstandort Deutschland 2005, S. 5f
- 146 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2006 – Für die Bundesrepublik Deutschland, S. 144
- 147 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statisches Jahrbuch 2006, a.a.O., S. 148
- 148 H.-C. Stephan, Im Netz der neuen Freiheit, in duzMAGAZIN 03/2006, S. 12
- 149 Klaaßen, L.: Schavan ruft zum Bologna-Gipfel und gibt die Optimistin, in: duzNACHRICHTEN 05/2007, S. 9
- 150 Stephan, H.-C.: Endspurt zum Campus Europae, in: duzMAGAZIN 04/2007, S. 9

- 151 Bologna Declaration, The European Higher Education Area, Joint Declaration of the European Ministers of Education, Bologna, 19. Juni 1999
- 152 Wex, P.: Das bolognakonforme Diplom, in: Forschung & Lehre 10/2005, S. 538ff
- 153 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 89
- 154 Dieter, P.: Prozeß der Umsetzung der neuen Studienordnung, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Lübeck 2003, S. 59ff
- 155 Gaertner, H.-O.: Aktuelle Entwicklung zur Approbationsordnung für Ärzte und zur Kapazitätsverordnung, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Berlin 2002, S. 107ff
- 156 Hahn, E. G.: Empfehlungen des Wissenschaftsrats zu einer lehrorientierten Reform der Personalstruktur an Universitäten - Beginn einer Exzellenz-Initiative für die Lehre, in: Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 1/2007, S. 9ff
- 157 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu einer lehrorientierten Reform der Personalstruktur an Universitäten (Drs. 7721/07), 2007
- 158 Prußky, C.: Berliner Muskelspiele zulasten der Wissenschaft, in: duzNACHRICHTEN Nr. 09/2005, S. 6f
- 159 Knoke, M.: Bund darf doch mitfinanzieren, a.a. O., S. 4
- 160 Knoke, M.: Föderalismusreform – Politiker sind gespalten, in: duzNACHRICHTEN 05/2006, S. 5
- 161 Kölner-Stadt-Anzeiger – Nr. 150 – 01./02. Juli 2006: Koalition atmet froh und erleichtert auf – Föderalismusreform nach langem Gezerre beschlossen, S. 5
- 162 Zöllner, J.: Die Chancen der Reform nutzen, in: duzMAGAZIN 08/2007, S. 8f
- 163 Klant, M. (Hrsg.): a.a.o., S. 176
- 164 Verordnung über die Errichtung des Klinikums Köln der Universität Köln (Universitätsklinikum Köln) als Anstalt des öffentlichen Rechts vom 1. Dezember 2000, a.a.O., S. 721-725
- 165 Hochschulfreiheitsgesetz (HFG) vom 31.10.2006
- 166 Pieper, A.: Die evaluierte Universität, in: duz-Magazin 11/2005, S. 26
- 167 Gespräch mit dem Rektor der Universität zu Köln – Eine Universität ist keine Berufsausbildungsakademie, in: Forschung & Lehre 10/2005, S. 544f
- 168 Medizinischer Fakultätentag (MFT) 2005: Resolution des Medizinischen Fakultätentages 2005: Resolution „Privatisierung von Universitätsklinika“
- 169 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu Public Private Partnership (PPP) in der universitätsmedizinischen Forschung (Drs. 7695/07), Berlin 2007, S. 6
- 170 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, a.a.O., S. 64ff

- 171 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, a.a.O., S. 70
- 172 Medizinischer Fakultätentag (MFT): Umfrage zum Themenkatalog, Frankfurt 22.02.2004
- 173 Wissenschaftsrat (Hrsg.) Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, a.a.O., S. 32ff
- 174 Rüßmann, W.: a.a.O. S. 261
- 175 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, a.a.O., S. 91ff
- 176 Schäfer, N., Koebke, J., Kreikenbohm-Romotzky, D., Stosch, C.: Evaluation des Vorklinischen Studienabschnitts an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln – Oktober 1994, in Koebke, J., Neugebauer, E., Lefering, R. (Hrsg.): Die Qualität der Lehre in der Medizin, München/Wien/Baltimore 1996, S. 327
- 177 Kahlke, W.: Qualität der Lehre in der Medizin – geprüft und gesichert?, in: Hamburger Ärzteblatt, Heft 6/99, S. 259
- 178 Bargel, T., Ramm, M.: Das Studium der Medizin, Bonn 1994, Koebke, J., Neugebauer, E., Lefering, R. (Hrsg.): a.a.O., MWF (Hrsg.): Reformen und Ressourcen, Zwischenbilanz und Perspektiven des Aktionsprogramms „Qualität der Lehre“, Schriftenreihe zur Studienreform, Band 1, Düsseldorf 1997
- 179 Kreikenbohm-Romotzky, D., Kanthack, A., Stosch, C., Koebke, J.: Aspekte des Lehrens und Lernens an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, in: Medizinische Ausbildung 16 (1999), S. 38-44
- 180 Stosch, C. und Herzig, S.: Competence-based Curriculum-Concept Cologne, Köln 15.07.2003 und Novak, D. Herzig, S., Lehmkuhl, G. (Hrsg.): Modellstudiengang Medizin-Köln (Broschüre)
- 181 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin - Aufgaben, Organisation, Finanzierung (Drs. 4104/99), S. 4
- 182 Rohde, V., Bestmann, B., Wellmann, A.: Klinik, Forschung und Lehre – Ein Spagat, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101/Heft 14/2. April 2004, S. 700-723
- 183 Niethammer, D.: Einführung in die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, in: Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.): Tagungsbericht – 65. Ordentlicher Fakultätentag, Freiburg i. Br. 2004, S. 66ff
- 184 Seeger, W.: Wissenschaft und Klinik – kooperatives oder integratives Modell, in: Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.): Tagungsbericht – 65. Ordentlicher Fakultätentag, Freiburg i. Br. 2004, S. 133ff
- 185 Niethammer, D.: a.a.O., S. 67
- 186 Rüßmann, W.: a.a.O., S. 259

- 187 Hahn, E. G.: Medizinische Ausbildungsforschung im Deutschen Sprachraum: Quantité Négligeable?, in: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, Januar 2005, S. 9
- 188 Rüßmann, W.: a.a.O., S. 259f
- 189 Kröhnert, S., Medicus, F., Klingholz, R. – Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.): Die demografische Lage der Nation, 2. Aufl., München 2006, S. 120ff
- 190 [www.nrw.de/Land\\_NRW](http://www.nrw.de/Land_NRW) (19.06.2006)
- 191 Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW): Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen – Zahlen, Daten, Fakten, S. 2ff
- 192 Regierungserklärung des neuen Ministerpräsidenten von Nordrhein-Westfalen, Dr. Jürgen Rüttgers, vom 13.07.2005
- 193 Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Verwaltungsmodernisierung in Nordrhein-Westfalen. Leitbild – Eine Vision für 2008, Düsseldorf (Juli 2004), S. 15
- 194 Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland, a.a.O. S. 3
- 195 Regierungserklärung des neuen Ministerpräsidenten von Nordrhein-Westfalen, Dr. Jürgen Rüttgers, vom 13.07.2005
- 196 Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 119 (23.05.2006), Vielen Kliniken droht das Aus, S. 7
- 197 MIWFT (Hrs.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 12
- 198 Regierungserklärung des neuen Ministerpräsidenten von Nordrhein-Westfalen, Dr. Jürgen Rüttgers, vom 13.07.2005
- 199 Wiedemann, G. M.: Rededuell um rote Zahlen, in Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 21 - 25. Januar 2007, S. 11
- 200 [duzNACHRICHTEN](http://duzNACHRICHTEN) Nr. 02/2006, S. 2 „Vom Lissabon Ziel weit entfernt“
- 201 Kölner Stadt-Anzeiger Nr. 141 (21.06.2006), Der Rotstift bestimmt den Landeshaushalt, S. 136
- 202 Budäus, D., Conrad, P., Schreyögg, G. (Hrsg.): New Public Management, Berlin, New York 1998 und Budäus, D., Grüning, G.: New Public Management – Entwicklung und Grundlagen einer „Revolution“ des öffentlichen Sektors, in: Zeitschrift Führung und Organisation, 67. Jahrgang, 1/1998, Januar/Februar, S. 4-9
- 203 Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Verwaltungsmodernisierung in Nordrhein-Westfalen. Moderne Verwaltung–Konzepte und Meilensteine, 4. Auflage, Düsseldorf (Oktober 2004), S. 19
- 204 Bull, H. P.: a.a.O., S. 199ff
- 205 Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Verwaltungsmodernisierung in Nordrhein-Westfalen. Leitbild – Eine Vision für 2008, Düsseldorf (Juli 2004), S. 9
- 206 van Bebber, F.: Professionelle Manager in die zweite Reihe, in: [duzNACHRICHTEN](http://duzNACHRICHTEN), S. 6f

- 207 Gemeinsame Presseerklärung Deutsche Krankenhausgesellschaft, Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Krankenhausverbände fordern einen Spartentarifvertrag, Berlin, 16. September 2002
- 208 Böhmann, D.: BAT ade – Das neue Tarifrecht für den öffentlichen Dienst, in: Forschung & Lehre 7/2006, S. 398f
- 209 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu einem Wissenschaftsvertrag und zur Beschäftigung wissenschaftlicher Mitarbeiter (Drs. 5923/04), 2004
- 210 Kempgen, B.: Die W-Besoldung der Professoren, in: Forschung & Lehre, 7/2006
- 211 Haerdle, B.: Gut gedacht, schlecht gemacht, in: duzMAGAZIN 01/2007, S. 9f
- 212 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 200
- 213 Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 46 – 23. Januar 2006, Kliniken sehen Gefahr für Patienten, S. 11
- 214 Wiedemann, G. M.: Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 60, 12/13. März.2005, S. 11
- 215 Wiedemann, G. M.: Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 177, 02. August 2007, S.2
- 216 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 11f
- 217 Dietel, M.: Privatisierung von Hochschulklinika, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Berlin 2002, S. 227ff
- 218 [www.innovation.nrw.de](http://www.innovation.nrw.de)
- 219 Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Bildungsreport NRW 2006, Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, Band 32, S. 23
- 220 Kölner Stadt-Anzeiger - Nr. 57 – 8. März 2006, S. 8
- 221 Tutt, H.: Land der ungenutzten Möglichkeiten, in: Kölner Stadt-Anzeiger - Nr. 12 - 14./15. Januar 2006, S. 11
- 222 Regierungserklärung des neuen Ministerpräsidenten von Nordrhein-Westfalen, Dr. Jürgen Rüttgers, vom 13.07.2005
- 223 Regierungserklärung des neuen Ministerpräsidenten von Nordrhein-Westfalen, Dr. Jürgen Rüttgers, vom 13.07.2005
- 224 Wiedemann, G. M.: Zu wenig Geld für die Forschung in NRW, in Kölner Stadt-Anzeige - Nr. 15 - 18. Januar 2006, S. 10
- 225 Koalitionsvereinbarung der Landesregierung NRW vom 16.06.2005
- 226 Regierungserklärung des neuen Ministerpräsidenten von Nordrhein-Westfalen, Dr. Jürgen Rüttgers, vom 13.07.2005

- 227 MWF (Hrsg.): Reformen und Ressourcen, Zwischenbilanz und Perspektiven des Aktionsprogramms „Qualität der Lehre“, Schriftenreihe zur Studienreform, Band 1, Düsseldorf 1997
- 228 Barz, A., Carstensen, D., Reisert, R.: Lehr- und Evaluationsberichte als Instrumente zur Qualitätsförderung, in HIS-Arbeitspapier Nr. 13, Januar 1997, S. 40ff
- 229 Gürkan, I.: a.a.O., S. 162
- 230 Sprechzettel zur Landespressekonferenz „Eckpunkte des geplanten Hochschulfreiheitsgesetzes“ am Mittwoch, 25. Januar 2006, S. 2
- 231 Stephan, H.-C.: Europa bekommt einen Forschungsrat, in: duzNACHRICHTEN 09/2005, S. 14f
- 232 Satzung des Universitätsklinikums Köln, RdErl. des. Ministeriums für Wissenschaft und Forschung (NRW), v. 21.03.2003-132-7511
- 233 Gesetz zur Sicherung der Finanzierungsgerechtigkeit im Hochschulwesen (HFGG), S. 1f und Schwarzberger, H.: Die Befreiung der Hochschulen lässt noch auf sich warten, in: duzNACHRICHTEN, 08/2005, S.4f
- 234 Landeshochschulgesetz NRW (MWF 2005) §3, S. 17, §41, S. 37
- 235 Verordnung über die Errichtung des Klinikums Köln der Universität Köln (Universitätsklinikum Köln) als Anstalt des öffentlichen Rechts vom 1. Dezember 2000, a.a.O., S. 721ff
- 236 MIWFT (Hrsg.): Hochschulfreiheitsgesetz, [www.innovation.nrw.de](http://www.innovation.nrw.de), 23.11.2006, S. 1-5 und MIWFT (Hrsg.): Eckpunkte des geplanten Hochschulfreiheitsgesetzes, Sprechzettel zur Landespressekonferenz, 25.01.2006, S. 4
- 237 Hauptpersonalrat der wissenschaftlich und künstlerisch Beschäftigten beim Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen: Stellungnahme zum Referentenentwurf eine Hochschulfreiheitsgesetzes (HFG) – Stand: 12. April 2006
- 238 Forschung & Lehre 05/2006, S. 248
- 239 Hochschulfreiheitsgesetz (HFG) vom 31.10.2006
- 240 Ronge, V: Es bleiben viele Hinderungsgründe, in: duzMAGAZIN 12/2006, S. 23
- 241 Krüger, F.: Hochschulen fürchten künftig unabsehbare Kosten, in: duzNACHRICHTEN 06/2006, S. 67
- 242 Hochschulmedizingesetz 2008 (HMG-NRW)
- 243 Forschung & Lehre 4/2006: Wieviel Wettbewerbsförderalismus ist nötig? – Über den Unterschied von Wirtschaft, Politik und Wissenschaft, S. 188f
- 244 Hering, T.: Universitäten als Unternehmen – Akademische Zerrbilder und ideologische Illusionen einer Anti-Elite, in: Keuper, F., Schaefer, C. (Hrsg.): Führung und Steuerung öffentlicher Unternehmen, Berlin 2005, S. 83 - 107
- 245 Landeshochschulgesetz NRW (MWF 2005), §3

- 246 Hochschulfreiheitsgesetz vom 31.10.2006, Artikel 1 (HG), §3
- 247 Grundordnung der Universität zu Köln vom 20. Juni 2007
- 248 Grundordnung der Universität zu Köln vom 20. Juni 2007
- 249 Kooperationsvereinbarung zwischen der Universität zu Köln und dem Universitätsklinikum vom 09.03.2006
- 250 Gürkan, I.: a.a.O., S. 169
- 251 Tecklenburg, A.: Führungsstrukturen im Dreieck: Klinikum – Fakultät – Universität, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT – Tagungsbericht), Aachen 2007, S. 93ff
- 252 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, a.a.O., S. 28f
- 253 Meinhold, H.: Medizinische Fakultäten und Universitätsklinika im DRG- Zeitalter (I), Das Krankenhaus 8/2004, S. 614
- 254 Saß, H.: Kooperation zwischen Medizinischer Fakultät, Universitätsklinikum und Universitätspräsidium – aus der Sicht eines Ärztlichen Direktors, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Berlin 2002, S. 68
- 255 Gürkan, I.: a.a.O., S. 163
- 256 Meinhold, H.: a.a.O., S. 614f
- 257 Meinhold, H.: a.a.O., S. 614
- 258 Dudenhausen, J. W.: Mögliche Rechtsformen der Universitätsklinika, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Greifswald 2006, S. 151
- 259 Schiedner, F.: Modernisierung ohne Organisationsentwicklung?, 1. Aufl., München und Mering 2000, S. 18
- 260 Dudenhausen, J. W.: a.a.O., S. 153
- 261 Wissenschaftsrat (Hrsg): Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, a.a.O., S. 28f
- 262 Meinhold, H.: a.a.O., S. 612
- 263 Wagner, D.: Wie entsteht Bürokratie?, in: Forschung & Lehre 07/2007, S. 392f
- 264 Füsler, K.: Modernes Management, 2. Auflage, München 1999
- 265 Globert, Y.: Arm, aber nicht sexy, in: duzMAGAZIN 05/2007, S. 25ff
- 266 Frömmel, C.: Das Stiftungsmodell (Göttingen), in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Aachen 2007, S. 93ff
- 267 Laske, S., Meister-Scheytt, C., Loacker, B., Lederbauer, D.: Eckpunkte für eine erfolgreiche Arbeit von Hochschulräten – Schlussfolgerungen aus einem Realexperiment, in: Das Hochschulwesen 3/2007, S. 66ff
- 268 Kempgen, B.: Die W-Besoldung der Professoren, in: Forschung & Lehre 07/2006, S. 249

- 269 Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Ziel und Leistungsvereinbarungen 2007-2010 – Hochschulen in Nordrhein-Westfalen, S. 6-8
- 270 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 11
- 271 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 12f
- 272 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 72
- 273 Wöhe, G.: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 19. Aufl., München 1996, S. 138f
- 274 Zielvereinbarungen I zwischen dem Ministerium für Schule, Wissenschaft und Forschung, der Universität zu Köln und dem Klinikum der Universität zu Köln vom 14. Juni 2002
- 275 Zielvereinbarung II zwischen dem Ministerium für Wissenschaft und Forschung und der Universität zu Köln vom 16. März 2003
- 276 Ziel- und Leistungsvereinbarungen III (ZLV 2007-2010) zwischen der Universität zu Köln und dem Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen
- 277 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., 1ff
- 278 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 18
- 279 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 38
- 280 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 30
- 281 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): Landkarte Hochschulmedizin, Stuttgart 2007, S. 50
- 282 Dichgans, J.: Schwerpunktbildung und Forschungszentren, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Freiburg i. Br. 2004, S. 215-224
- 283 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 45-72
- 284 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 45
- 285 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H): Auswertung der Umfrage „Forschungsschwerpunkte der medizinischen Fakultäten in Deutschland“, Frühjahr 2005
- 286 Vgl. Hümmeler, C.: Keine Elite-Hochschulen in NRW, in: Kölner Stadtanzeiger – Nr. 239 – 14./15. Oktober 2006, S. 1
- 287 Hesse, M.: Elite nicht mehr allein im Süden, in: Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 244 – 20./21. Oktober 2007, S. 34

- 288 Presseinformation des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen (MIWFT) vom 11.01.2008
- 289 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): Landkarte Hochschulmedizin, Stuttgart 2007, S. 46f
- 290 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 65-68
- 291 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 33, 40
- 292 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 17
- 293 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 17
- 294 MWF (Hrsg.): Reformen und Ressourcen, Zwischenbilanz und Perspektiven des Aktionsprogramms „Qualität der Lehre“, Schriftenreihe zur Studienreform, Band 1, Düsseldorf 1997
- 295 Bargel, T., Ramm, M.: a.a.O., S. 1ff
- 296 Kreikenbohm-Romotzky, D., Kanthack, A., Stosch, C., Koebke, J.: Aspekte des Lehrens und Lernens an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, in: Medizinische Ausbildung, Heft 1, November 1999, S. 38-44
- 297 Kreikenbohm-Romotzky, D., Stosch, C., Koebke, J.: Blockpraktika-/Blockseminare-Rotationsmodell im 5. Klinischen Semester – Modell und Evaluationsergebnisse, in: Medizinische Ausbildung, Heft 1 (Sonderheft), September 2001, S. 44-48
- 298 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 15
- 299 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 22, 31, 39, 43
- 300 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 182-194
- 301 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): a.a.O., S. 67f
- 302 Müller-Hillebrand, H.: Mehr Praxis im Medizinstudium, in: Kölner Stadtanzeiger – Nr. 17, Mittwoch 21. Januar 2004 und Herzig, S. Stosch, C.: Competence – based Curriculum – Concept Cologne, Köln 2003, S. 1-13
- 303 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): a.a.O., S. 70f
- 304 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 23-25
- 305 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 15
- 306 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): a.a.O., S. 21

- 307 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S.19-44
- 308 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 16
- 309 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): a.a.O., S. 23
- 310 MIWFT (Hrsg.): Ergebnis des Verfahrens der leistungs- und parametergesteuerten Zuführungsbemessung zum Haushalt 2007, Anlage II
- 311 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 75f
- 312 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 195
- 313 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, a.a.O., S. 197
- 314 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, a.a.O., S. 20f
- 315 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, a.a.O., S. 22
- 316 Bayer, I.: Strategische und operative Führung von Fakultäten, Frankenthal 2002, S. 1ff
- 317 Schwing, M.: Mehr Geld für engagierte Unis, in: Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 265 – 14. November 2003
- 318 Adorno, T. W.: Theorie der Halbbildung, 1. Aufl., Frankfurt am Main 2006
- 319 Lissmann, K. P.: Theorie der Unbildung, Wien 2006, S. 87
- 320 Dichgans, J.: a.a.O., S. 215-224
- 321 MIWFT (Hrsg.): Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006, Hochschulmedizin in Nordrhein-Westfalen, S. 13
- 322 Schmoll, H.: Die Institution frisst ihre Kinder – Warum die Exzellenz- initiative Elitebildung verhindert, in: Forschung & Lehre, 02/08, S. 76-78
- 323 Knoke, M.: Wie geht man in Zukunft um mit der KapVo?, in: duzNACHRICHTEN 01/2008, 8. Februar 2008, S. 9
- 324 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): Landkarte Hochschulmedizin, Stuttgart 2007, S. 34f
- 325 Schölmerich, J.: Krankenversorgung und Lehre – mit Anspruch und Spaß, in: Karrierewege in der Hochschulmedizin, in duzSPECIAL, Beilage zum DuzMAGAZIN 02/2008, S. 3
- 326 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, a.a.O., S. 28f

- 327 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, a.a.O., S. 64
- 328 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): a.a.O., Stuttgart 2007, S. 7
- 329 Glotz, P.: Die Universität in der Informationsgesellschaft, in: Freese, P. (Hrsg.): Paderborner Universitätsreden, Paderborn 2004, S. 4
- 330 Glotz, Die Zukunft der deutschen Universität – Eichstätter Universitätsreden, Universität Eichstätt 2000, Glotz, S. 15
- 331 Bayer, I.: a.a.O., S. 1
- 332 Bayer, I.: a.a.O., S. 1
- 333 BMBF, DFG und Wissenschaftsrat (Hrsg.): Kernforderungen – Hochschulmedizin der Zukunft: Ziele und Visionen für die klinische Spitzenforschung, Gemeinsamer Workshop, 10./11. Mai 2004 in Berlin, S. 4-9
- 334 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, a.a.O., S. 17
- 335 Lauterbach, K.: Der Zweiklassenstaat, a.a.O., S. 13
- 336 Breitbach, M.: Hochschulfinanzierung – Spitze statt Breite?, in: Forschung & Lehre, 12/07, S. 737
- 337 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Allgemeine Empfehlungen, a.a.O., S. 22
- 338 Stephan, H.-C.: Europas Forscherinnen werden erheblich schlechter bezahlt als männliche Kollegen, in: duzNACHRICHTEN, Nr.10, 30.11.2007, S. 6
- 339 Prußky, C.: Wie geht es Ihnen, Dr. Unsichtbar?, in: duzMAGAZIN 02/2008, S. 9-11
- 340 Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen (Hrsg.): Chancengleichheit an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland 2001/2005, Berlin 2007, S. 5-25
- 341 Münch, R.: Schafft den Mittelbau ab! In: Forschung & Lehre 09/2007, S. 530-533
- 342 Prußky, C.: Damit es Erkan später leichter hat, in: duzMAGAZIN 09/2007, S. 11-13
- 343 Lauterbach, K.: Der Zweiklassenstaat, a.a.O., S. 21
- 344 Lauterbach, K.: Der Zweiklassenstaat, a.a.O., S. 45-49
- 345 Wimmer, M.: Die Briten erleben unter Gordon Brown eine Bildungsoffensive, in: duzNACHRICHTEN 08/2007, S. 19
- 346 Oetker, A.: Die Universität der Zukunft, in: duzMAGAZIN 10/2007, S. 8f
- 347 Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd 2007): Die Bachelor/Master-Struktur in der Medizin – Die Perspektiven der Medizinstudierenden, Bonn 2007
- 348 Knoke, M.: Wie geht man in Zukunft um mit der KapVO?, in: duzNACHRICHTEN 08.02.2008, S. 9

- 349 Lücke, N.: Was tun, wenn's brennt?, in: duzMAGAZIN 02/2008, S. 29
- 350 Winteler, A., Forster, P.: Wer sagt, was gute Lehre ist?, Evidenzbasiertes Lehren und Lernen, in: Das Hochschulwesen, 4/2007, S. 102-109
- 351 Gürkan, I.: a.a.O., S. 157-169
- 352 Kooperationsvereinbarung zwischen der Universität zu Köln und dem Klinikum der Universität zu Köln vom 09.03.2006 (Anlage: Erläuterungen zur Methodik der Trennungsrechnung der Universitätskliniken Köln, S. 4)
- 353 Gürkan, I.: a.a.O., S. 169
- 354 Pfeilschifter, J.: Innovationspotential der leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM), in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Jena 2005, S. 185 ff
- 355 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, a.a.O., S. 20
- 356 Bauer, T., Schnetz, E., Schmitt, G.: Das Erlanger Modell – Einheitliches wirtschaftliches System für Forschung, Lehre, Krankenversorgung, in: Krankenhaus Umschau 6/2007, S. 496-499 und Bauer, T., Schnetz, E., Schmitt, G.: Das Erlanger Modell/Teil II – Dezentrale budgetäre Steuerung der Krankenversorgung, in: Krankenhaus Umschau 7/2007 Erlanger Modell, S. 641-644
- 357 Eichhorn, P.: Merkmale guter Public Private Partnership, in: Budäus (Hrsg.): Kooperationsformen zwischen Staat und Markt, 1. Aufl., Baden-Baden 2006, S. 107-114 und Haarländer, S., Bühner, A., Schwandt, M., Schöffski, O.: Public Private Partnership (PPP) im Krankenhausbereich, Burgdorf 2007, S. 139-146
- 358 Bergter, W.: Privates Kapital für Hochschulen und Universitätskliniken, in: Forschung & Lehre, 03/2006, S. 149
- 359 Wissenschaftsrat (Hrsg.): Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, a.a.O., S. 23 f
- 360 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): Landkarte Hochschulmedizin, Stuttgart 2007, S. 8f
- 361 Schiedner, F.: a.a.O., S. 104f
- 362 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): a.a.O., Stuttgart 2007, Forschungslandkarte, S. 12
- 363 Bayer, I.: a.a.O., S. 2
- 364 Weibler, J.: Führung von Universitäten?, in: Forschung & Lehre 01/2007, S.13-15
- 365 Seel, M.: Vom Verbund zur Firma, in: Forschung & Lehre 01/2007, S. 16f
- 366 Schedler, K.: Proeller, I.: New Public Management, 3. Aufl., Bern 2006, S. 59-85
- 367 Seyr, B. F.: Integratives Management und Wissensbilanzierung in der Hochschulforschung, S. 11ff

- 368 Wörner, J.-D.: Ein wilder Hazard – Anmerkungen eines scheidenden  
Universitätspräsidenten zu Führung und Macht an Universitäten, in: *Forschung & Lehre*  
01/2007, S. 11f
- 369 Deutsche Gesellschaft für Organisationsentwicklung e. V. 1980: *Leitbild und  
Grundsätze*. Gründerversammlung vom 04. Juni 1980
- 370 Kühl, S.: Die Grenzen des Vertrauens, in: *Forschung & Lehre* 12/2007, S. 718
- 371 Voigt, I., von Richthofen, A.: Weiterentwicklung der Berufungsverfahren an  
Hochschulen, in: *Personal- und Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Lehre  
und Forschung* 2/2007 S. 30-34
- 372 Haerdle, B.: Management schafft Freiräume, in: *duzMAGAZIN* 06/2007, S. 13f
- 373 Dichgans, J.: a.a.O. S. 217f
- 374 Wissenschaftsrat (Hrsg.): *Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin*, a.a.O.,  
S. 7-16
- 375 Zboril, N. A.: *Fakultäts-Informationssystem als Instrument des Hochschul-Controlling*,  
Stuttgart 1998, S. 211-216
- 376 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag  
(MFT) – (Hrsg.): a.a.O., S. 13
- 377 Weibler, J.: a.a.O., S. 13-15
- 378 Hörisch, J.: Rettet die Alma mater!, Die ungeliebte Universität, in: *Forschung & Lehre*  
09/2006, S. 496f
- 379 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., 58ff
- 380 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag  
(MFT) – (Hrsg.): a.a.O., S. 54-56
- 381 MIWFT (Hrsg.): *Bericht der Expertenkommission Hochschulmedizin 2006*,  
a.a.O., S. 12
- 382 Kröher, M. O. R.: Eliten im Verbund, in: *Managermagazin* 05/2007, S. 136-142
- 383 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 11
- 384 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 8
- 385 Keller, E.: „Kuscheln aus reiner Vernunft“, in: *duzMAGAZIN* 09/2005, S. 9f
- 386 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag  
(MFT) – (Hrsg.): a.a.O., S. 39-43
- 387 Hallen, M.: Das 7. Forschungsrahmenprogramm der EU – Möglichkeiten der  
Förderung von medizinischer und Gesundheitsforschung auf Europäischer Ebene, in:  
*Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht)*, Aachen 2007,  
S. 231 ff

- 388 Strauß, B.: Internationale Kooperationen der Medizinischen Fakultäten in Lehre und Forschung, in: Medizinischer Fakultätentag Tagungsbericht (MFT-Tagungsbericht), Aachen 2007, S. 179 ff
- 389 Neyses, J.: Meinung: Hochschulfreiheitsgesetz, in: Kölner Universitätszeitung, 36. Jahrgang, Ausgabe 4-2006, S. 2
- 390 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 6
- 391 MIWFT-Pressemitteilung, Düsseldorf 13.03.2007
- 392 Hahne, P.: OECD rügt deutsche Bildungspolitik, in: Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 84 - 10. April 2008, S. 1
- 393 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/Medizinischer Fakultätentag (MFT) – (Hrsg.): a.a.O., S. 39-43
- 394 Habermas, J.: Dankesrede anlässlich der Aushändigung des Staatspreises des Landes Nordrhein-Westfalen 2006, Düsseldorf 2006, S. 24
- 395 Nagel, S.: a.a.O., S. 363-365
- 396 Rüttgers, J.: a.a.O., S. 148
- 397 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 177
- 398 Sauer, S.: Experten: Gesundheit ist bald unbezahlbar, in Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 221 – 22./23. September 2007, S. 6
- 399 Fiedler, E.: Solidarität heißt teilen, in: Barmer – Das aktuelle Gesundheitsmagazin, 02/2006, S. 3
- 400 Hering, T.: a.a.O., S. 83-107
- 401 Dr. Wieselhuber & Partner GmbH (Hrsg.): Perspektiven von Krankenversorgung, Forschung und Lehre in Deutschland, Österreich und der Schweiz, München 2006, S. 8ff
- 402 von Troschke, J., Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 104
- 403 Nefiodow, L. A.: a.a.O., S. 67f
- 404 Nefiodow, L. A.: a.a.O., S. 68
- 405 Lauterbach, K.: Der Zweiklassenstaat, a.a.O., S. 18f
- 406 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 69
- 407 Günther, M.: Die Geldmaschine Harvard, in Kölner Stadt-Anzeiger – Nr. 8 – 10./11. Januar 2004, S. 2
- 408 Landesregierung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): a.a.O., S. 6
- 409 Bayer, I.: a.a.O., S. 6

## Lebenslauf

**Name:** Dietmar Kreikenbohm-Romotzky  
Geburtstag, Geburtsort: 07.10.1953 in Steinhude  
Familienstand: verheiratet, seit 1978 – 1 Kind

**Ausbildung:**  
1960 - 1964 4 Jahre Volksschule in Leverkusen  
1964 - 1969 Realschule in Leverkusen  
1969 - 1971 Höhere Handelsschule in Leverkusen  
1971 - 1973 2jährige Lehrzeit als Industriekaufmann bei der AGFA-Gevaert AG  
1975 - 1982 Von Oktober 1975 bis Juni 1982 Studium der Wirtschaftswissenschaften (*Regelstudienzeit 8 Semester*) an der Universität-Gesamthochschule-Wuppertal (Abschlußnote: gut)  
01.10.1982-30.06.1983 Wissenschaftliche Hilfskraft am Lehrstuhl und Institut für Arbeitswissenschaft der RWTH Aachen

**Zivildienst:**  
01.12.1973-31.03.1975 Arbeiterwohlfahrt in Leverkusen

**Berufspraxis:**  
08.06.1973-30.11.1973 Kaufmännischer Angestellter bei der AGFA-Gevaert AG  
01.04.1975-30.09.1975 Kaufmännischer Angestellter bei der AGFA-Gevaert AG  
01.07.1983-30.06.1984 Assistent der Geschäftsführung bei der GPT – Gesellschaft für Psychosomatische Therapie mbH in Düsseldorf  
01.07.1984-15.10.1986 Verwaltungsleiter bei der Haus Eller KG/Assistent der Geschäftsführung bei der GPT in Düsseldorf  
01.11.1986-30.04.1987 Assistent der Geschäftsleitung beim DRK Kreisverband Düsseldorf e.V.  
01.05.1989-31.10.1990 Assistent der Geschäftsleitung beim AWO Kreisverband Köln e.V.  
Seit 02.11.1990 Verwaltungsangestellter der Medizinischen Einrichtungen der Universität zu Köln  
Ab dem 15.01.1993 Assistent des Dekans und Studiendekans der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (Dekanatsverwaltung)

**Fortbildungen:**  
Bildungszentrum für informationsverarbeitende Berufe e.V. (B.i.B.) in Bergisch-Gladbach  
03.08.1987-28.08.1987 Einführung in die Informationstechnologie mit methodischer BASIC-Programmierung  
31.08.1987-21.12.1987 Strukturierte Programmierung kaufmännischer Problemstellungen  
04.01.1988-27.04.1988 DV-Anwendungen im kaufmännischen Bereich I Gesellschaft für Fortbildung und Umschulung mbH (GFU) in Köln  
03.10.1988-31.03.1989 Steuerrecht für Juristen und Wirtschaftswissenschaftler