



NETZWERK EXZELLENZ
AN DEUTSCHEN
HOCHSCHULEN



Angela Borgwardt

Investitionen in die Hochschulmedizin – Wege zu einer angemessenen und nachhaltigen Finanzierung

ERGEBNISSE EINES FACHGESPRÄCHS DES NETZWERK EXZELLENZ AN DEUTSCHEN HOCHSCHULEN
6. MÄRZ 2015, FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG BERLIN, HIROSHIMASTRASSE 17

Die deutsche Hochschulmedizin hat eine zentrale Rolle für das Gesundheitssystem, für die ärztliche Ausbildung und den Forschungsstandort Deutschland – und gilt doch gleichzeitig als massiv unter-

finanziert. Wie erklären sich die Unterfinanzierung und der Investitionsstau? Welche Möglichkeiten gibt es, insbesondere nach der Änderung des Art. 91b GG, dieser Entwicklung entgegenzuwirken?

Die deutsche Hochschulmedizin hat eine zentrale Rolle sowohl für das Gesundheitssystem als auch für die ärztliche Ausbildung und den Forschungsstandort Deutschland. Angesichts ihrer massiven Unterfinanzierung und eines erheblichen Investitionsstaus besteht jedoch die Gefahr, dass die Hochschulmedizin ihre Aufgaben von Forschung, Lehre und Krankenversorgung künftig nicht mehr in der notwendigen Qualität erfüllen kann und wissenschaftlich im internationalen Wettbewerb zurückfällt. Deshalb muss nach Wegen gesucht werden, wie eine angemessene und nachhaltige Finanzierung der Hochschulmedizin sichergestellt werden kann. Vor diesem Hintergrund diskutierten Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Verbänden und Politik über mögliche Lösungswege aus dem Finanzierungsdilemma und die nächsten Schritte.

BESONDERE ROLLE DER HOCHSCHULMEDIZIN

Die besondere Rolle der Hochschulmedizin und ihre spezifischen Aufgaben erläuterten Prof. Dr. Ingo Autenrieth, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen und Mitglied des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD), und Prof. Dr.

Klaus-Michael Debatin, Leitender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Ulm und Präsidiumsmitglied des Medizinischen Fakultätentages (MFT). Die Sonderstellung der Hochschulmedizin – als Verbund von Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät – ergebe sich durch den **engen Aufgabenverbund von Forschung, Lehre und Krankenversorgung**, die aufeinander abzustimmen sind.

Als **besondere Leistungsbereiche** der Hochschulmedizin benannte Autenrieth:

- Wissenschaftliche Höchstleistungen, die Innovationen ermöglichen, vor allem durch die Erforschung, Erprobung und Anwendung neuer Diagnostik und Therapien,
- Aus- und Weiterbildung für Ärzte und Ärztinnen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler,
- Behandlung von Schwerst- und Mehrfachkranken sowie Menschen mit seltenen Erkrankungen (Extremkostenfälle),
- Hochschulambulanzen,
- umfassende Notfallversorgung,
- Interdisziplinäre Zentren, in denen Spezialistinnen und Spezialisten fächerübergreifend kooperieren.

HOCHSCHULMEDIZIN IN DEUTSCHLAND — GRUNDDATEN

- 37 Medizinische Fakultäten, 33 Universitätsklinika
- ca. 10.000 Studienplätze (WS 2013/14), ca. 3.380 Professuren
- ca. 3.080 Mio. Landeszuführungen für Forschung und Lehre, ca. 1.500 Mio. Drittmittel
- ca. 45.000 Krankenhausbetten (entspricht 9,1% aller Betten; 12% der stationären Fälle)
- ca. 11.600 Mio. Umsätze in der Krankenversorgung

Quelle: Landkarte Hochschulmedizin, Bezugsjahr 2011

Die notwendigen Rahmenbedingungen für die ärztliche **Aus- und Fortbildung** erläuterte Debatin. Grundsätzlich müsse die ärztliche Ausbildung ein wissenschaftliches Studium sein, damit der ärztliche Nachwuchs mit dem medizinischen Fortschritt Schritt halten kann. Nur dann könnten auch den Patientinnen und Patienten neue medizinische Erkenntnisse und Innovationen schnell und flächendeckend zur Verfügung gestellt werden. Bei der Aus- und Fortbildung stehe die Universitätsmedizin vor besonderen Herausforderungen. Zum einen bedürfe es einer hohen Integration von Forschung, Lehre und Krankenversorgung, die zweigleisige Berufswege eröffne (ärztliche und wissenschaftliche Karriere) sowie einer hohen Durchlässigkeit zwischen Grundlagenforschung, präklinischer/klinischer Forschung und praktischer ärztlicher Tätigkeit. Zum anderen müssten wissenschaftliche Qualifikationen vermittelt werden, die dem breiten Erkrankungs-, Behandlungs- und Forschungsspektrum ebenso gerecht werden wie den Spezialisierungen der Universitätsmedizin.

Autenrieth und Debatin machten deutlich, dass die besonderen Leistungen der Universitätsmedizin **finanzielle Zusatzbelastungen** verursachen, die im gegenwärtigen Finanzierungssystem nicht ausreichend berücksichtigt werden. Dies habe in den letzten Jahren zu einer massiven Unterfinanzierung und einem erheblichen Investitionsstau geführt.

DIAGNOSE: MASSIVE UNTERFINANZIERUNG UND INVESTITIONSTAU

Eine zentrale Ursache für die wachsenden Finanzierungsprobleme der Hochschulmedizin sieht Autenrieth darin, dass sich der Bund im Zuge der Föderalismusreform II seit 2007 aus der Investitionsfinanzierung der Universitäten und der Universitätsklinika zurückgezogen hat: Die Bundesländer sind, abgesehen von geringen Kompensationsmitteln, seitdem alleine verantwort-

lich, könnten aber aufgrund knapper Haushalte nicht die notwendigen Mittel bereitstellen. Darüber hinaus seien die **realen Landeszuführungsbeträge für Forschung und Lehre** gefallen, weil die Inflationsrate nicht ausgeglichen und die steigenden Kosten, etwa für Personal, Energie und wachsende regulatorische Anforderungen, nicht getragen wurden.

Weitere Probleme ergeben sich aus Autenrieths Sicht aus der Abschaffung des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFG), wodurch die Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau weggefallen ist; der Bund kann sich jetzt finanziell nur noch an Großgeräten und Forschungsbauten („Leuchttürmen“) nach Art. 91b GG beteiligen. Die **Kompensationsmittel des Bundes** für die entfallene Gemeinschaftsaufgabe nach Art. 143c Abs. 1 GG sind gesunken; seit 2014 ist zudem die Zweckbindung entfallen. Aus stagnierenden Investitionsmitteln in die Hochschulmedizin bei gleichzeitiger Erhöhung der Baukosten und großem Investitionsbedarf ergebe sich ein erheblicher Investitionsstau, so Autenrieth, der die **Investitionslücke** mit 0,6 bis 1 Milliarde Euro pro Jahr für alle drei Bereiche der Hochschulmedizin (Forschung, Lehre, Krankenversorgung) bezifferte.¹

Künftig sei mit einer **weiteren Verschärfung der Probleme** zu rechnen, wenn 2020 die Kompensationsmittel des Bundes ganz wegfallen und gleichzeitig die „Schuldenbremse“ für öffentliche Haushalte wirksam wird. Dies werde die Länder vor noch größere Probleme bei der Finanzierung der Hochschulmedizin stellen. Fördermittel des Bundes seien deshalb unverzichtbar. Kritisch merkte Autenrieth an, dass es derzeit weder eine nachhaltige Finanzierungsstrategie noch eine übergeordnete Steuerung der Hochschulmedizin gebe, die aber dringend vonnöten wäre. Den größten Fehler sieht er darin, dass die Finanzierung der Hochschulmedizin aktuell keine gemeinsame Aufgabe von Bund und Ländern mehr ist.

Debatin ging auf die schlechte finanzielle Situation der Universitätskliniken ein, die sich immer mehr zugespitzt hat; viele Einrichtungen machten hohe Verluste. Eine wichtige Ursache liege darin, dass die Sonderrolle der Universitätsklinika nicht angemessen in die Krankenhausfinanzierung eingehe: Die von den Krankenkassen gezahlten Entgelte nach Fallpauschalen im DRG-System bildeten die besonderen Leistungen der Universitätsklinika – insbesondere Notfallversorgung, Extremkostenfälle, Interdisziplinäre Zentren und Hochschulambulanzen – finanziell nicht ausreichend ab. Auch die ärztliche Aus- und Weiterbildung als zentrale Aufgabe der Universitätsmedizin werde in diesem System nicht berücksichtigt.

DRG-SYSTEM

Das DRG-System stellt die Grundlage für die Abrechnung von Krankenhausleistungen dar: In Krankenhäusern stationär behandelte Patientinnen und Patienten werden diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) zugeordnet, die sich aus medizinischen Kriterien (Haupt- und Nebendiagnose, Komplikationen, durchgeführte Behandlungen etc.) und patientenbezogenen Faktoren (Alter, Geschlecht etc.) ergeben.

In Deutschland wird das DRG-System (G-DRG) als Fallpauschalensystem geführt: Stationäre Krankenhausleistungen werden über Fallpauschalen abgerechnet, deren Bemessung auf der Grundlage der Verteilung des verfügbaren Gesamtbudgets erfolgt. Die Fallgruppen werden nach einem ermittelten durchschnittlichen ökonomischen Aufwand des Vorjahres bewertet. Die tatsächlichen ökonomischen Kosten einer medizinischen Behandlung werden bei der Abrechnung also nicht berücksichtigt.

Siehe: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, https://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=3911 (31.03.2015).

Hinzu kommt nach Debatin, dass das **Erstattungssystem der Krankenkassen** im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu Fehlallokationen führt, was er an zwei Beispielen erläuterte: Zum einen werde enormes Geld verschwendet, wenn unnötige Leistungen durchgeführt werden, nur weil sie im DRG-Abrechnungssystem hoch vergütet sind. Zum anderen habe es Verschiebungen der ambulanten Krankenversorgung in die Unikliniken hinein gegeben, weil Fach- und Hausärzte immer mehr Patientinnen und Patienten an Hochschulambulanzen überweisen – mit der Folge, dass die Fallzahlen dort überproportional stark gestiegen sind, im gegenwärtigen System aber nicht ausreichend vergütet werden. „Deutschland ist das einzige Land, das Unikliniken genauso finanziert wie Kreiskrankenhäuser“, sagte Debatin.

GEFAHREN UND HERAUSFORDERUNGEN

In der Diskussion bestand Konsens über die negativen Folgen der strukturellen Unterfinanzierung und des Investitionsstaus: Es bestehe die Gefahr, dass die deutsche Hochschulmedizin ihre Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung nicht mehr in der gebotenen Qualität erfüllen kann. Dadurch seien die bisher

sehr gute Ärzteausbildung und infolgedessen die exzellenten Standards der Patientenversorgung in Deutschland ebenso gefährdet wie die Innovationskraft und internationale Wettbewerbsfähigkeit der Hochschulmedizin als Motor und größter Arbeitgeber (Gesamtumsatz knapp 19 Milliarden Euro pro Jahr und 28 Prozent aller im Gesundheitswesen Beschäftigten) im Gesundheitssektor in Deutschland. Das führt zu einem Verlust der Wertschöpfungskette für die Wirtschaft und einem Verlust von Arbeitsplätzen. Auch der gute Ruf Deutschlands als hochwertiger und attraktiver hochschulmedizinischer Standort sei damit auf Dauer gefährdet. Deshalb müsse dringend nach Wegen gesucht werden, wie die deutsche Hochschulmedizin angemessen und nachhaltig finanziert werden kann.

Dr. Beatrix Schwörer, Leiterin der Abteilung Medizin im Wissenschaftsrat, benannte **zentrale Herausforderungen** für die Hochschulmedizin mit zum Teil hohem Investitionsbedarf:

- Wissenschaftlichkeit in der Ausbildung
- interprofessionelle Ausbildung, neue Modelle der Gesundheitsversorgung im Verbund der verschiedenen Gesundheitsberufe (medizinisches Personal und medizinnahe Gesundheitsberufe)
- Nachwuchsförderung und Karriereverläufe, Department-Strukturen, Ausbildung von Bioinformatikerinnen und Bioinformatikern (stetig wachsender Bedarf)
- Forschung und Transfer-Translation, Translational Gap², klinische Studien
- Infrastrukturen – Aufbau und Betrieb, Datenbanken/Biobanken, Big Data, Omics-Technologien³, Proof of Concept Units⁴
- anschlussfähige IT-Infrastrukturen
- Hochschulbau
- Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung

Die AG des Wissenschaftsrates hat nach nationalen und internationalen Expertenanhörungen in der deutschen Hochschulmedizin zunächst drei Bereiche mit besonders dringendem Investitionsbedarf identifiziert:

1. Schaffen von neuen Karrierewegen (*Clinician Scientist*) mit geeigneten Zielpositionen in ausreichender Zahl,
2. Stärkung von Translation (Verbindung zwischen Grundlagenforschung und klinischer Anwendung); ein Finanzierungsproblem ergibt sich hier insbesondere bei *Investigator Initiated Trials* (IITs), also klinischen Prüfungen oder Studien, die von Ärzten und Ärztinnen an Universitätsklinikern initiiert wer-

den, um vorhandene Therapien und Behandlungskonzepte zu verbessern oder weiterzuentwickeln,

3. Auf- und Ausbau von Infrastrukturen (Modernisierung von IT-Systemen und Etablierung von geeigneten Strukturen für die Erfordernisse moderner Medizin (Bio- und Datenbanken, Umgang mit Big Data).

THERAPIEANSÄTZE: NEUE WEGE ZUR FINANZIERUNG

Nach Ansicht der Vertreter von VUD und MFT sollten sich künftig die **Krankenkassen stärker als bisher an der Finanzierung der Hochschulmedizin beteiligen**: „Die Unikliniken sollten aus den Mitteln der Beiträge der Versicherten gefördert werden – wie in anderen Ländern auch“, sagte Debatin. Zudem müsse das Erstattungssystem der Krankenkassen auch die Sonderaufgaben der Hochschulmedizin angemessen vergüten.

Autenrieth hält eine „Intensivtherapie“ für überfällig: Notwendig sei eine nachhaltige Finanzierungsstrategie der Hochschulmedizin, die eine flächendeckende Grundinvestitionsfinanzierung einschließt. Hierfür müssten Bund und Länder wieder zusammenwirken. „Wir brauchen eine **Gemeinschaftsaufgabe Hochschulmedizininvestitionen**“, sagte Autenrieth.

Debatin ergänzte, dass die ärztliche Grundausbildung eine gesamtstaatliche Aufgabe sei und eine bundeseinheitliche Ausbildungsqualität – unabhängig vom Bundesland und seiner Finanzkraft – sichergestellt werden müsse. Deshalb müsse der Bund auch gemeinsam mit den Ländern dafür sorgen, dass für diese Aufgabe ausreichend Finanzmittel zur Verfügung stehen. Durch die kürzliche **Änderung des Art. 91b GG** sehen Autenrieth und Debatin neue Möglichkeiten der gemeinsamen Finanzierung von Bund und Ländern in der Hochschulmedizin, da der Bund nun Hochschulen bei überregionaler Bedeutung auch institutionell fördern kann.⁵

Schwörer merkte an, dass die Möglichkeiten durch die Änderung von Art. 91b GG noch nicht vollständig geklärt seien: Tendenziell wolle der Bund eher die Spitze, die Länder in der Breite fördern. Im Kern müsse es darum gehen, die **Universitäten und die Universitätsmedizin insgesamt zu stärken**. Durch die Änderung von Art. 91b GG müsste es dem Bund jedenfalls möglich sein, längerfristig und nicht mehr thematisch eingeführt zu finanzieren, auch wenn die grundgesetzlich festgelegte Zuständigkeit der Länder für die Hochschulen weiterhin gegeben sei. Gegenwärtig diskutiere die

Arbeitsgruppe des Wissenschaftsrates mögliche Formate, wie dieses Ziel erreicht werden könnte. Folgende Vorschläge seien nicht als offizielle Empfehlungen zu verstehen, sondern reflektierten einen Zwischenstand der Diskussion.

Strukturell/institutionell wirksame Initiativen nach Art. 91b GG könnten sein:

1. Förderung von längerfristig ausgelegten, (**regionalen**) **Verbänden** zwischen Universitäten, außeruniversitären Forschungseinrichtungen und Unternehmen, die unter Leitung der Hochschulmedizin kooperieren. Dies sollte ergänzend zu den Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZGs)⁶ erfolgen, bei denen häufig kritisiert wird, dass die Führung nicht bei den Hochschulen liegt; über die Verbände sollte vor allem eine Verbesserung des Prozesses der Translation und die Förderung von Strukturen für Klinische Studien (KKS etc.) ermöglicht werden. Flankierende Maßnahmen könnten zum Beispiel darin bestehen, dass das Register für klinische Studien besser genutzt wird; außerdem muss gerade im Bereich der personalisierten Medizin der Datenschutz berücksichtigt werden; auch hierzu wäre weitere Forschung sinnvoll.
2. **Liebig-Institute an Universitäten**, die der Wissenschaftsrat in seinen „Perspektiven des deutschen Wissenschaftssystems“⁷ als Instrumente der Profilbildung an Universitäten vorgeschlagen hat. Dabei geht es um eine langfristig angelegte Förderung herausragender Leistungsbereiche in einer speziellen Bund-Länder-Förderung. Denkbar wären hier die Förderung von Einrichtungen oder Plattformen für unterschiedliche Zwecke, auch über einzelne Fakultäten hinweg, zum Beispiel der Aufbau, Betrieb und/oder die Vernetzung von Datenbanken/Biobanken, die den Zugang zu und den Umgang mit den Daten für viele/alle ermöglichen; auch Programme zum Aufbau von wissenschaftlichen Kompetenzen in Aus- und Weiterbildung könnten in einem solchen Format ihren Platz haben, etwa im Rahmen von *Clinician Scientist*-Programmen, wie sie derzeit in der DFG diskutiert werden. Karrierewege sollten aber auch attraktive Positionen für den wissenschaftlichen Nachwuchs berücksichtigen (z. B. Tenure-Track) sowie den Aufbau von geeigneten Department-Strukturen für die Medizin.
3. Darüber hinaus wird es auch weiterhin wichtig sein, **forschungsorientierte Zentren** zu fördern (z. B. Forschungscluster); auch diese könnten grundsätzlich über eine befristete gemeinsame Bund-Länder-För-

derung von herausragenden Leistungsbereichen der Hochschulen dazu dienen, Innovationen zu schaffen. Eine solche projektorientierte, kurzfristige Förderung durch Bund und Länder war auch schon vor der Änderung von Art. 91b GG grundsätzlich möglich.

Inwiefern für die Finanzierung des allgemeinen Hochschulbaus Art. 91b GG geeignet ist, sei insbesondere wegen der relativ hohen Hürden – überregionale Bedeutung und Zustimmung aller Länder – unklar, so Schwörer. Hier bräuchte es eigentlich ein **Sofortprogramm**, um den großen Investitionsrückstand abzubauen. Dabei seien auch die unterschiedlichen Bedarfe in den einzelnen Bundesländern zu berücksichtigen. Außerdem sollte geprüft werden, wie die Förderung des Hochschulbaus nach Art. 143c GG über das Jahr 2019 hinaus fortgesetzt werden kann. „Nicht nur Forschung und Lehre, auch Translation und Infrastrukturen müssen in der Hochschulmedizin gestärkt werden“, sagte Schwörer.

MASSNAHMEN GEGEN UNTERFINANZIERUNG UND INVESTITIONSTAU – DAS BEISPIEL NIEDERSACHSEN

Die beiden Universitätskliniken in Niedersachsen – die Universitätsmedizin Göttingen (UMG) und die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) – sind aufgrund chronischer Unterfinanzierung zunehmend in eine existenzgefährdende Situation geraten. Um eine Entlastung zu schaffen, hat die niedersächsische Landesregierung 2015 ein **Investitionspaket** aufgelegt, das den Universitätskliniken bis 2019 insgesamt 160 Millionen Euro für Sanierungs- und Bauprojekte zur Verfügung stellt. Diese Unterstützung habe man trotz schwieriger Haushaltslage gewährt, um die Universitätsmedizin zu stärken, da sie einen zentralen Beitrag zur Gesundheitsversorgung des Landes leiste und auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor für die Region sei, so Cornelia Rundt, Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung in Niedersachsen.

Rundt machte aber auch deutlich, dass die Finanzierungsproblematik an Universitätskliniken nur einen Teil des Problems darstellt: Insgesamt gibt es in Niedersachsen fast 200 Krankenhäuser, von denen die meisten hohe Verluste machen, weil sie unter massiver Unterfinanzierung leiden. „Die Krankenversorgung der niedersächsischen Bevölkerung findet in allen Kliniken statt“, sagte Rundt. Die eingeführten Marktprinzipien im Krankenhausbereich haben aus ihrer Sicht keine überzeugenden Ergebnisse erbracht: Das G-DRG-System erweise sich als untaugliches Mittel zur Ko-

stenerstattung für Unikliniken und Kliniken, da damit erhebliche Fehlsteuerungen verbunden seien und ein Preiswettbewerb statt des gewünschten Qualitätswettbewerbs entstehe.

In Universitätskliniken habe die Einführung des DRG-Systems zurecht Proteste hervorgerufen, da deren wichtige Sonderaufgaben nicht angemessen berücksichtigt werden, so Rundt. Im Ergebnis hätten die Unikliniken in den letzten Jahren Rekorddefizite gemacht. Einzelne Spezialzuschläge seien der falsche Weg, um die strukturelle Unterfinanzierung der Unikliniken zu beseitigen, weil dies zulasten der anderen Kliniken gehen würde. „Die Finanzierungsprobleme der Universitätskliniken sind über die normale Klinikumsfinanzierung und über das Regelsystem der Gesetzlichen Krankenversorger nicht zu lösen“, sagte Rundt. Für Universitätskliniken und Medizinische Fakultäten müssten **Sonderwege der Finanzierung** gesucht werden, an denen sich auch der Bund maßgeblich beteiligen sollte.

Rundt konstatierte ein „Riesenproblem“ im gesamten Bereich der Gesundheitsversorgung – die Lage der Krankenhäuser sei dramatisch. Deshalb habe Niedersachsen sich in der Bund-Länder-AG zur Krankenhausfinanzierung für Verbesserungen eingesetzt, von denen gerade auch die Unikliniken profitieren könnten: Dazu gehören Zentrumszuschläge für Kliniken, eine Neugestaltung der Notfallversorgung, Zuschläge für besonders gute Versorgungsqualität sowie eine Weiterentwicklung der Hochschulambulanzen. Zudem wurden die Landesmittel für die Unikliniken erhöht.

NÄCHSTE SCHRITTE

Die Diskutierenden waren sich einig, dass in der Hochschulmedizin **zahlreiche und dringende Investitionserfordernisse** bestehen. Doch sollte man sich in einem ersten Schritt auf wenige Bereiche fokussieren, in denen aktuell der größte Handlungsbedarf besteht und eine rasche Umsetzung erfolgen kann. Als prioritär wurden zwei Bereiche identifiziert:

- **Klinische Forschung:** Gegenwärtig gibt es keine geeigneten Finanzierungsinstrumente für klinische Forschung, was dazu beiträgt, dass dringend notwendige klinische Studien nicht durchgeführt werden.
- **Infrastruktur:** Der Investitionstau im Hochschulbau führt dazu, dass die notwendige IT-Infrastruktur fehlt, um Daten zusammenzuführen, auszuwerten und für Forschung, Lehre und Krankenversorgung zugänglich und nutzbar zu machen.

Edelgard Bulmahn, Bundestagsvizepräsidentin und Ministerin für Bildung und Forschung a. D., skizzierte eine mögliche Vorgehensweise:

1. In der **Klinischen Forschung** sollte eine Doppelstrategie angestrebt werden: Zum einen könnten mit Bundesmitteln themenorientierte Projektförderprogramme des BMBFs gefördert werden, sowohl für die Methodenentwicklung, wie auch für themenspezifische Programme der klinischen Forschung. Zum anderen sollten sich Krankenkassen künftig stärker an der Finanzierung klinischer Studien beteiligen (auch im Sinne von Qualitätsentwicklung) und Behandlungen häufiger im Rahmen von strukturierten Programmen stattfinden. In einem ersten Schritt könnte ein runder Tisch eingerichtet werden, an dem alle Akteure, die an klinischen Studien beteiligt sind, geeignete Lösungswege erarbeiten.
2. Die Finanzierung der besonders dringlichen **Infrastrukturen** könnte über den veränderten Art. 91b GG geregelt werden, da sich der Bund jetzt langfristig an der Finanzierung der Universitäten beteiligen bzw. diese als Daueraufgabe unbefristet übernehmen kann. Themen wie Big Data, Datensicherheit und Omics sollten zügig aufgegriffen werden. Die Finanzierung der IT-Infrastruktur und entsprechende Programme könnten im Rahmen der gemeinsamen Forschungsförderung durchgeführt werden.

Nach Bulmahn ist es zudem wichtig, die gesellschaftliche Akzeptanz für die Förderung der Hochschulmedizin trotz angespannter Haushaltslage zu erhöhen: In

der Bevölkerung müsse durch eine **gezielte Öffentlichkeitsarbeit** das Bewusstsein für die besonderen Leistungen der Hochschulmedizin und ihre zentrale Rolle für die Patientenversorgung gestärkt werden.

Über diese Prioritäten hinaus wurde in der Diskussion darauf verwiesen, dass in der Hochschulmedizin auch der Bereich **Lehre** bzw. eine angemessene Finanzierung von Studienplätzen nicht aus den Augen verloren werden dürfe. Im Hochschulbau bestehe ein großer Investitionsbedarf auch bei den Lehrbauten – eine einseitige Orientierung auf Forschungsbauten müsse unbedingt vermieden werden. Autenrieth verwies darauf, dass auch die Finanzierungsmöglichkeiten für innovative Lehrformate in modernen Lehr- und Lernzentren mit Simulationsmöglichkeiten fehlen, etwa für die Real-Life-Simulation von interprofessionellem Arbeiten in der Klinik, also der Zusammenarbeit von Ärzten mit Gesundheitsfachberufen wie der Pflege.

Zudem sei für angemessene Investitionen in die hochschulmedizinische Aus- und Weiterbildung sowie in (neue) Karrierewege des wissenschaftlichen Nachwuchses zu sorgen; hier bestehe ebenfalls großer Handlungsbedarf, auch im Hinblick auf Gleichstellung.

Als weiteres erhebliches Problem wurde die Krankenversorgung in der Fläche markiert. Hier könnte eine Verbesserung erreicht werden, indem der Ausbau der Breitbandkommunikationsnetze in der Fläche des Landes vorangetrieben wird. Dann könnten auch kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum über **Telemedizin** von den wissenschaftlichen Fortschritten in der Universitätsmedizin profitieren.

FUSSNOTEN

- ¹ Zum Investitionsstau im Hochschulbau vgl. auch Angela Borgia: Investives Dilemma – Der Aus- und Neubau der Hochschulen. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung 2014, <http://library.fes.de/pdf-files/studienfoerderung/10877-20140806.pdf>.
- ² Lücke zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und klinischer Anwendung.
- ³ Mit Omics-Technologien lassen sich die Biomoleküle einer Zelle in Lebewesen sehr schnell und fast vollständig erfassen: vom Erbgut über Proteine bis hin zu Stoffwechselprodukten. Dadurch bieten sie völlig neue Analysemöglichkeiten von Lebensprozessen.
- ⁴ Elemente zur Überprüfung des Therapiekonzepts, insbesondere im Vorfeld von klinischen Studien.
- ⁵ Der im Dezember 2014 geänderte Art. 91b Abs. 1 GG lautet nun: „Bund und Länder können auf Grund von Vereinbarungen in Fällen überregionaler Bedeutung bei der Förderung von Wis-

- senschaft, Forschung und Lehre zusammenwirken.*“ Bisher konnte der Bund Hochschulen lediglich in Form von thematisch und zeitlich begrenzten Projekten unterstützen, nun ist auch eine langfristige und institutionelle Förderung von Hochschulen, einzelnen Instituten oder Institutsverbänden möglich. Vgl. BMBF: Erweiterte Kooperation von Bund und Ländern in der Wissenschaft, <http://www.bmbf.de/de/17975.php> (31.03.2015). Die sechs Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung wurden mit dem Ziel gegründet, die großen Volkskrankheiten (wie Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc.) besser bekämpfen zu können, indem Hochschulen, Universitätsklinika und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen kooperieren. Die DZGs werden mit Bundesmitteln gefördert. Vgl. <http://www.bmbf.de/de/gesundheitszentren.php> (31.03.2015).
- ⁷ Vom Wissenschaftsrat im Juli 2013 verabschiedet.

DIE AUTORIN DIESER PUBLIKATION

Dr. Angela Borgwardt, Politikwissenschaftlerin und Germanistin, arbeitet als freie wissenschaftliche Publizistin und Redakteurin in Berlin.

IMPRESSUM

ISBN: 978-3-95861-159-7

Copyright by Friedrich-Ebert-Stiftung 2015

Hiroshimastraße 17, 10785 Berlin

Abt. Studienförderung

Redaktion: Marei John-Ohnesorg, Anett Borchers

Gestaltung & Satz: minus Design, Berlin

DAS NETZWERK

Das Netzwerk Exzellenz an deutschen Hochschulen entwickelt vor dem Hintergrund der Exzellenzinitiative Beiträge und Empfehlungen zur künftigen Gestaltung des deutschen Wissenschaftssystems.

Unsere Publikationen können Sie per e-mail nachbestellen bei: marion.stichler@fes.de

Digitale Versionen aller Publikationen:

<http://www.fes.de/themen/bildungspolitik/index.php>

KONTAKT UND FEEDBACK

Marei John-Ohnesorg

Bildungs- und Hochschulpolitik

marei.john@fes.de