

*Dieter Kaufmann*

## Im Spannungsfeld von Lehre, Forschung und Versorgung: Perspektiven der Hochschulmedizin

Du hast Dich nicht nur als Kanzler und damit Unterstützer des Wissenschaftsmanagements Deiner Universität verstanden, sondern Dich bewegt - und bewegen bis heute - grundsätzliche Themen und Fragen zur Gestaltung des Wissenschaftsbetriebs. Auch schwierige und oftmals unbequeme Fragestellungen und Lösungen müssen dabei bewältigt werden. Deine umfangreiche Vernetzung in die unterschiedlichsten Bereiche der Wissenschaft und der Gesellschaft haben dabei ebenso geholfen, wie Dein Engagement in Kanzlerarbeitskreisen und Fortbildungsveranstaltungen sowie im Rahmen Deiner Tätigkeit als Dozent im Studiengang Bildungs- und Wissenschaftsmanagement in Oldenburg oder als Herausgeber und Autor von Artikeln und Monografien zum Thema.

Als Vorsitzender des Arbeitskreises Hochschulfinanzierung hast du dich regelmäßig in die öffentliche Debatte zum Thema Wissenschaftsmanagement aus der Finanzierungsperspektive eingebracht. In Deiner Amtszeit konntest Du verschiedene Papiere zu den Themen Liquidität, Steuerung und Finanzierung veröffentlichen. Außerdem hast Du Dich an der Organisation und Durchführung von Weiterbildungsveranstaltungen im Vorfeld und auch aktiv beteiligt.

Die Themen, die für die Entwicklung der Universitäten wesentlich sind, werden uns auch in Zukunft nicht ausgehen, und es ist zu hoffen, dass

sich auch künftig genügend Kanzlerinnen und Kanzler finden, die dieses Engagement für die Sache auch über die eigene Universität hinaus aufrechterhalten.

Neben dem Arbeitskreis Hochschulfinanzierung hat dich aber natürlich auch das Thema Hochschulmedizin über die Jahre beschäftigt – als Mitglied und zeitweise auch als Vorsitzender des Aufsichtsrates des Universitätsklinikums Essen. Im Zentrum dieses Themas steht dabei auch das Verhältnis der Universitäten zu ihren medizinischen Fakultäten und somit ebenfalls zu ihren Universitätskliniken. Als aktives und engagiertes Mitglied des Kanzlerarbeitskreises Hochschulmedizin, hast Du zur Wirkung und Stellung des Arbeitskreises beigetragen.

Die Hochschulmedizin unterliegt mit ihren Kernaufgaben, bestehend aus der Trias Lehre, Forschung und Krankenversorgung, genauso wie sämtliche Bereiche des universitären Handelns, einer ständigen Anpassung an gesetzliche, strukturelle und finanzielle Veränderungen. Bis heute gab und gibt es zum Beispiel tiefgreifende rechtliche Entscheidungen, die die Universitäten und die außeruniversitären Einrichtungen, die in Kooperationen zu den Universitäten stehen, beeinflussen. Änderungen wie die Neuorganisation der Zulassung zum Medizinstudium, die anstehende Einführung des §2b UStG oder die laufenden Verhandlungen des PFI können hierfür angeführt werden.

Bei Betrachtung der gegenwärtigen Herausforderungen, denen sich die Universitätsmedizin und somit auch die Kanzlerinnen und Kanzler stellen müssen, liegen die grundsätzlichen Fragen unter anderem bei der grundlegenden Finanzierung der Hochschulmedizin sowohl in Lehre und Forschung, als auch und vor allem in der Krankenversorgung. Eine

Weiterentwicklung der Forschung und der Lehre geraten bei der starken Ausprägung der Finanzierungsprobleme allerdings nicht selten in den Hintergrund.

Veränderungen in der Krankenversorgung mit der Einführung des Systems mit Diagnosis Related Groups (DRG), also mit diagnosebezogene Fallgruppen und damit zusammenhängenden vorgegebenen Fallpauschalen für eine Patientenversorgung in der Höchstleistungsmedizin bei gleichzeitigem Auftrag der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses und der translationalen Forschung, haben die Situation zusätzlich verschärft.

Neben einer hohen Anzahl an stationären Patienten kommt erschwerend hinzu, dass es sich bei diesen insbesondere um die schweren und seltenen Fälle handelt. Zusätzlich ist in der jüngeren Vergangenheit eine steigende Nachfrage nach ambulanten Behandlungen in den Kliniken zu beobachten, was die ohnehin hohe Komplexität der Leistungen der Kliniken weiter erhöht. Eine Gleichstellung der Leistungsvergütung der Universitätsklinika mit allen anderen Krankenhäusern im DRG-System erscheint vor diesem Hintergrund geradezu absurd.

In der Universitätsmedizin kommt es in der Folge zu massiven Finanzierungsproblemen, die sich zweierlei bemerkbar machen. Die Erlöse und die Zuschussentwicklung bleiben einerseits hinter den Kostenentwicklungen zurück. Andererseits werden wesentliche Investitionen, die für eine erfolgreiche Teilnahme im wettbewerblich organisierten DRG-System notwendig sind, weder durch die Vergütung der Krankenversorgung noch durch die Länder gedeckt. Die Universitätsklinika haben also mit der Problematik der so genannten „doppelten Schere“ zu kämpfen.

Die medizinführenden Universitäten werden zusätzlich damit konfrontiert, dass die Mittel für Forschung und Lehre nicht in dem Maße steigen, wie dies angesichts des Fortschritts in der Forschung und dem Bedarf der

Lehre, dem Zustand der Gebäude und der Infrastruktur sowie der digitalen Transformation erforderlich wäre. Insbesondere die Situation der Investitionsmaßnahmen in die Infrastruktur wurde durch die Föderalismusreform und die Veränderungen der Finanzierung von Großgeräten und Baumaßnahmen im Rahmen der Hochschulbauforderung erheblich verschlechtert, da die Finanzierung seither allein bei den „Ländern“ liegt. Diese können aus den Landeshaushalten die Finanzierung der Investitionen, die meist im mehrstelligen Millionenbereich liegen, nicht im nötigen Maße übernehmen. Statt mehr Investitionen vorzunehmen, sind die Investitionszuschüsse der Länder in den letzten Jahren gesunken. Die Folge sind deutschlandweite Investitionsstaus in Milliardenhöhe. Hinzu kommt, dass durch die enge Verzahnung der Forschung, Lehre und der Krankenversorgung in diesem unterfinanzierten System eine Verschiebung von Mitteln von der Forschung und Lehre in den Bereich der Krankenversorgung droht. Damit sind weder die Finanzierung des medizinischen Fortschritts noch der Erneuerung der Infrastruktur gesichert. Ohne ständige Investitionen ist die Lehre und Forschung in der Medizin an den Universitäten allgemein jedoch nicht auf dem heutigen Niveau fortführbar.

Die politisch Verantwortlichen und die Universitätsmedizin stehen also vor großen Herausforderungen. Die Probleme treffen nicht nur die rund 190.000 Beschäftigten der Universitätskliniken, sondern auch die Patienten und die Studierenden. Aus der Perspektive des Universitätskanzlers geht allerdings nicht ausschließlich um die Patientenversorgung, sondern auch um die Lehre und Forschung. Die oben beschriebene Situation schwächt die Wissenschaft und den Fortschritt in der Medizin in erheblichem Maße. Bis vor kurzem wurde in den Ländern der Rückbau der Medizinstandorte diskutiert. Bedingt durch den demographischen Wan-

del und die Versorgungssituation in den ländlichen Regionen, hat sich diese Diskussion gewandelt. Zusätzliche Studienplätze und Landärzte sollen durch neue Modelle in der Universitätsmedizin entstehen.

Gab es vor einigen Jahren noch Diskussionen und Lösungsversuche über private Medizinhochschulen wie Witten-Herdecke, folgte ein Diskurs über Franchise-Studiengänge in der Medizin, mit den Modellen Salzburg/Nürnberg oder Southampton/ Kassel, sind nun die sogenannten Satellitenmodelle ein weiteres neues Modell, das in den Fokus rückt.

Kooperationen mit Kliniken an Standorten ohne Universitätsmedizin zur Schaffung neuer Studienplätze in der Humanmedizin – landläufig als Satellitenmodelle bezeichnet, sind ein Thema mit großer Aktualität in der Hochschulmedizin. Häufig wird dieses Thema sehr emotional diskutiert, da es hier oft um gesellschaftliche Strukturprobleme und nicht so sehr um die Hochschulmedizin als solche geht. Die Satellitenmodelle sind unter verschiedenen Blickwinkeln diskussionswürdig.

Eine Vielzahl von Presseberichten zur Einrichtung neuer Studienplätze an Standorten ohne originäre Universitätsmedizin rückt das Thema beispielsweise unter dem Motto „Medizin neu denken“ verstärkt ins Bewusstsein von Politik und Öffentlichkeit.

Eine Liste mit geplanten Gründungen umfasst mittlerweile eine Vielzahl an Standorten und ist nahezu wöchentlich erweiterbar. Exemplarisch hierfür kann die Kooperation der Universität Bonn mit der Universität Siegen und mehreren Kliniken in Siegen genannt werden, bei der im vergangenen Wintersemester auf neu geschaffenen Studienplätzen die ersten Medizinstudierenden ein Studium begonnen haben. Die Studierenden konnten sich dazu direkt in einen neuen Humanmedizinstudien-gang Bonn/ Siegen einschreiben.

Satellitenmodelle sollen in Trier in Kooperation mit der Universität Mainz, in Bayreuth in Kooperation mit der FAU Erlangen, in Braunschweig in Kooperation mit der Universitätsmedizin Göttingen, in Minden (Ost-Westfalen) in Kooperation mit der Universität Bochum entstehen. Daneben wird in Bielefeld noch eine weitere Universitätsmedizin geschaffen. Teilweise sind diese Projekte bereits über die Konzeptionsphase hinaus und es werden Verträge mit örtlichen Krankenhäusern zur Bildung neuer Universitätskliniken mit dem Ziel geschlossen, die Aufnahme eines Medizinstudiums zu ermöglichen.

Im Rahmen der genannten Beispiele sollen insgesamt rund 600 weitere Medizinstudienplätze pro Jahr geschaffen werden. Treiber dieser Modelle sind dabei einerseits die Politik – vor allem auf lokaler Ebene – sowie die jeweiligen Krankenhäuser; wobei sich vermutlich noch Beispiele für weitere individuelle Treiber identifizieren lassen. Das Modell für die neu geschaffenen Studienplätze im Rahmen der Satellitenmodelle ist im Prinzip an allen Standorten ähnlich aufgebaut.

Der Ausbildungsabschnitt Vorklinik soll weiterhin an den bisherigen universitätsmedizinischen Standorten wie Erlangen, Mainz, Bonn etc. erfolgen.

Nach Absolvierung des vorklinischen Studienabschnitts, soll der klinische Teil der Ausbildung dann in den neuen Kooperationshäusern durchgeführt werden. Die Studierenden sind dazu aber in der Regel noch an der Universität, an der sie die Vorklinik absolviert haben, eingeschrieben. Die Lehre an diesen bisher nicht universitären Häusern soll von den dortigen Ärztinnen und Ärzten und auch von neu zu berufenden Professuren erbracht werden.

Hinsichtlich der notwendigen professoralen Kompetenzen wird immer wieder darauf verwiesen, dass in den Kooperationskliniken tätige Ärztinnen und Ärzte bereits einschlägige Lehrerfahrungen gemacht haben oder als außerplanmäßige Professorinnen und Professoren den Professorentitel tragen.

Es entsteht dabei leider der Eindruck, dass sich die Politik lediglich dazu entschließen muss, zusätzliche Studienplätze mit den Kosten des vorklinischen Teils einzurichten. Dass die Universitäten bereits heute mit Ihren Auslastungszahlen, auch in der Humanmedizin, an ihre Belastungsgrenzen stoßen und eine Überlastsituation besteht, wird dabei großzügig übersehen. Auch der zusätzlich notwendige infrastrukturelle Aufwand, zum Beispiel in den Präparierkursen der Anatomie, spielt bei den Betrachtungen scheinbar eine sehr untergeordnete Rolle.

Es stellen sich zu diesem Ansatz dennoch eine Reihe von Fragen:

- Was ist die Motivation der unterschiedlichen Akteure für derartige Überlegungen? Aus welchen Gründen kommt es zu den Satellitenmodellen?
- Wie passen vorhandene Governance- und Compliancestrukturen und -regelungen zu diesen neuen Modellen?
- Wie sind die Qualität der Ausbildung und die Auswirkungen auf das Studium innerhalb der Satellitenmodelle zu bewerten?

Die Gründe für die Einführung der Satellitenmodelle sind vielschichtig und möglicherweise nicht immer rational.

Bei Betrachtung der politischen Diskussionen, können recht einfach Schlagworte wie der „Ärztmangel“, die vielfach diskutierte „Landarztquote“ oder auch die „Auswirkungen des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes zur Zulassung zum Medizinstudium“ ausgemacht werden. Die Conclusio der Politik ist mittlerweile fast parteiübergreifend, dass mehr Studienplätze auf der Angebotsseite diese Probleme lösen sollen. Bei Betrachtung der Studienplatzzahlen in Deutschland lassen sich folgende Feststellungen treffen:

- Die Zahl der Studierenden im Fach Humanmedizin ist in den 10 Jahren von 2007 bis 2017 von 80.500 auf 92.000, also um fast 14% gestiegen.
- Im gleichen Zeitraum hat die Gesamtzahl aller Studierenden in Deutschland von 1,9 Mio. auf über 2,8 Mio. Studierende zugenommen. Dies entspricht einer Steigerung von ca. 44%.
- Dementsprechend sank der Anteil von Studierenden im Fach Humanmedizin an der Gesamtzahl der Studierenden von rund 4 Prozent innerhalb von 10 Jahren auf nur noch ca. 3,3 Prozent.

Diese Zahlen belegen, dass sich die gesamten Studierendenzahlen in Deutschland stärker erhöht haben, als im humanmedizinischen Bereich. Wenn also von einem Mangel an medizinischen Studienplätzen aus dieser Sicht des Angebots berichtet wird, lässt sich diese Argumentation teilweise nachvollziehen.

Sachlich kann dies als Folge der Politik zur Offenhaltung der Universitäten im Rahmen der doppelten Abiturjahrgänge und der Abschaffung der Wehrpflicht bewertet werden. In diesen Programmen wurden in allen



Bundesländern konsentiert, keine Studienplätze der Humanmedizin sondern nur in anderen Disziplinen – vorwiegend aus Kostengründen – aufgebaut.

Ob Deutschland mehr Studienplätze im Bereich Medizin benötigt, darüber wird ebenfalls abseits rein quantitativer Messgrößen und mit Bezug auf die Nachfrage debattiert. Dreh- und Angelpunkt der politischen Diskussion ist die Frage, wie viele Ärztinnen und Ärzte in Zukunft in Deutschland benötigt werden. Machen bestimmte Akteure bereits jetzt ein Verteilungsproblem durch eine Konzentration von Ärztinnen und Ärzten in den Städten und Ballungsräumen aus, sieht die Gegenposition die derzeitige Situation als ein strukturelles Problem, das in den kommenden Jahren weiter zunehmen wird. Eine massive Erhöhung der ambulanten Versorgung und eine intensivere Pflege aufgrund der alternden Gesellschaft, sind mit der vorhandenen Anzahl jährlicher Absolventinnen und Absolventen in Zukunft vermutlich nicht mit den bisherigen Erwartungen an die ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig sind an dieser Stelle allerdings auch die Entwicklungen im Rahmen der Digitalisierung – Stichwort Telemedizin – und deren Auswirkungen auf die ländliche Versorgung zu diskutieren.

Eine bessere Verteilung der Absolventinnen und Absolventen in die Fläche der Republik statt einer Konzentration in den Städten, soll aus Sicht der Politik mit Hilfe einer – auch aus juristisch immer wieder kontrovers diskutierten – Landarztquote bei der Zulassung zum Studium erreicht werden. In Nordrhein-Westfalen wurde sie bereits Anfang April 2019 eingeführt.

Die Verlagerung der Medizinausbildung in ländliche Regionen bietet den dortigen Kliniken die Möglichkeit, den klinischen Teil der Ausbildung zu übernehmen. Die damit verbundene Erwartung der Politik, vor

allem auch auf der lokalen Ebene, stützt sich auf einen erhofften „Klebeffekt“: Wenn Studierende erstmal vor Ort und auf dem Land sind, bleiben sie möglicherweise nach Abschluss des Studiums.

Aus der Perspektive der Kliniken, die den klinischen Teil der medizinischen Ausbildung übernehmen wollen, scheint es Erwartungen hinsichtlich einer leichteren Akquise von ärztlichem Personal und einem besseren Zugang zu jungen Ärzten zu geben. Weiterhin kann von einem gewissen Reputationszuwachs, auch für die Lokalpolitik, und der Hoffnung auf bessere Abrechnungsmodalitäten, beispielsweise bei Hochschulambulanzen, ausgegangen werden, was nicht zuletzt auf die langfristige Standortsicherung positive Effekte haben dürfte.

Aus Sicht der Universitätsmedizin ist zu befürchten, dass in den Kliniken geschaffene Studienplätze zu einer erheblichen Senkung der Finanzierung innerhalb des Medizinstudiums führen. Diese Kliniken sind aus Sicht der Politik schließlich bereits vorhanden und der dort vorgesehene klinische Ausbildungsabschnitt ist weniger kostenintensiv, da für ihn keine Unterstützungsfunktionen für Forschungsaktivitäten vorgehalten werden müssen; die kostenintensiven Bestandteile der Medizinausbildung aus der Vorklinik verbleiben bei den Universitäten.

Der bereits erwähnte steigende wirtschaftliche Druck auf die Universitätsklinik ist ein weiterer Faktor, der zunehmend die klinische Grundlage für erfolgreiche Lehre und Forschung gefährdet. Die enge Verknüpfung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre wird so zum Problem für die Wissenschaft.

Damit die Universitätsklinken ihrer besonderen Rolle in der Krankenversorgung einerseits und ihrer die Forschung und Lehre der Universität unterstützenden Funktion andererseits gerecht werden können, be-

darf es nicht nur einer ausreichenden Finanzierung der Krankenversorgung und der Investitionen, sondern auch der richtigen Anreizsetzung und Finanzierung für Forschung und Lehre. Eine gestalterische Herausbildung von Forschungsschwerpunkten in den Lebenswissenschaften zwischen der Medizin und den anderen Fachdisziplinen innerhalb und außerhalb der Universitäten, die notwendig ist um die großen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen in der heutigen Gesellschaft zu lösen, kann in der Hochschulmedizin nur erfolgen, wenn diese Finanzierungsaspekte eindeutig geklärt sind.

Als Kanzlerinnen und Kanzler medizinführender Universitäten haben wir zudem ein deutliches Interesse an den Themen Governance und Compliance im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Klinikum, medizinischer Fakultät und Universität, auch vor dem Hintergrund der oben angesprochenen Situation. Die Universitätsmedizin ist ein integraler Bestandteil der jeweiligen Universitäten und zwar unabhängig davon, wie die Austauschbeziehungen organisatorisch aufgestellt sind. Wesentlich ist vielmehr die damit einhergehende Einbindung in die autonomen Entscheidungsstrukturen der Universitäten. Zur besseren Übersicht, seien diese Modelle und die dazugehörigen Diskussionen, die Dich und uns über die Jahre begleitet haben, noch einmal kurz erklärt.

Im Rahmen des Kooperationsmodells sind die medizinischen Fakultäten mit ihrer Forschung und Lehre originärer Bestandteil der Universitäten. Die Krankenversorgung wird im von der Universität rechtlich unabhängigen Universitätsklinikum geleistet. Bei diesem Modell wird das Budget für Forschung und Lehre den medizinischen Fakultäten häufig über die Universitätshaushalte direkt zugewiesen. Der Fakultätsvorstand trifft die Entscheidungen über den Einsatz der Mittel. Eine Verwaltung des Budgets übernimmt aufgrund der engen Verzahnung der Bereiche Lehre,

Forschung und Krankenversorgung in der Regel das Universitätsklinikum im Rahmen einer Auftragsverwaltung für die Universität und ihre medizinische Fakultät.

Sind die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum eine Einheit, wird das Integrationsmodell angewendet. Die Fakultät ist bei Anwendung dieses Modells kein Bestandteil der Universität und es entstehen neben den Universitäten Medizinische Hochschulen oder Medizinische Universitäten. Die Forschung und Lehre der Medizin ist bei diesem Modell nicht in die Entscheidungshierarchie oder in die Struktur- und Entwicklungsplanung der Forschung und Lehre der jeweiligen Universität eingebunden. Universitäre Grundlagenforschung in lebenswissenschaftlichen Fächern und die medizinische Forschung sind damit nicht mehr institutionell eng verknüpft.

Kern des Reintegrationsmodells ist eine Reintegration eines geschaffenen Verbunds aus medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum als Gliedkörperschaft in die Universität. Dieser Verbund stellt einen eigenen rechtsfähigen Bereich innerhalb der Universität dar. Eine der wesentlichen Fragestellungen bei diesem Modell ist, wie die Einbindung der Medizin in die Universität als integraler Bestandteil von Forschung Lehre gestaltet werden kann. Gemeinsam konnten wir im Arbeitskreis Hochschulmedizin und mit der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) im Jahr 2010 ein dazu ein erarbeitetes und beschlossenes Eckpunktepapier veröffentlichen.

Wesentlich bei der Betrachtung dieser gemeinsamen Fragestellung ist, wie die Mittel für Forschung und Lehre einerseits und für die Krankenversorgung andererseits sachgerecht und zuwendungskonform auf die Bereiche der Forschung, Lehre und Krankenversorgung verteilt werden. Die langjährigen Versuche, diese sachgerechte Verteilung durch

eine sogenannte Trennungsrechnung oder durch eine danach diskutierte Transparenzrechnung zu lösen, konnten die anstehenden Verteilungsfragen nicht endgültig klären. Zu diesen Themen konnte der Arbeitskreis Hochschulmedizin im Jahr 2010 mit einer Arbeitsgruppe einen Vorschlag erarbeiten, abstimmen und veröffentlichen. Aus Sicht der Kanzlerinnen und Kanzler erzielten Kooperationsvereinbarungen hierfür eine transparentere Zuordnung der Kosten und der zur Verfügung stehenden Mittel aus den Bereichen Krankenversorgung und aus dem Etat für Forschung und Lehre.

Im Kern der Diskussion um die unterschiedlichen Organisationsmodelle geht es um die Fragen der Strukturierung und der Finanzierung der Hauptaufgaben der Universitätsmedizin, sprich der Trias aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Je nach Sichtweise haben einzelne Bereiche der oben beschriebenen Kernaufgaben unterschiedliche Schwerpunktsetzungen, die teilweise um Entscheidungshoheit und Finanzmittel konkurrieren.

Für die Universitätsmedizin ist in allen Gesetzen niedergelegt, dass das Klinikum eine die Forschung und die Lehre unterstützende Funktion hat. Diese Aufgaben, die ein Klinikum erst zu einem „Universitätsklinikum“ machen, müssen hin und wieder stärker betont werden. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben wird unter anderem durch eine entsprechende Verankerung der Wissenschaft in allen Gremien der Universitätskliniken sichergestellt. Hierzu hat das Bundesverfassungsgericht im Rahmen des MHH-Urteils zudem deutliche Vorgaben gemacht.

Bei den Satellitenmodellen sind diese Normen in der derzeitigen Governance nur unzureichend sichergestellt. Die entsprechenden Krankenhäuser haben bislang von ihren jeweiligen Trägern einen anderen Auf-

trag als die Unterstützung von Lehre und Forschung. Die Gremien sind dementsprechend anders – nämlich der Eigentümerstruktur sowie dem jeweiligen Auftrag „Krankenversorgung“ geschuldet – besetzt.

In der Diskussion um neue Studienmodelle müssen die Qualität der Ausbildung und die Studienstruktur sowie die Studienbedingungen im Fokus gehalten werden. Bisherige universitäre Qualitätsstandards dürfen im Rahmen eines Ausbaus der Studienkapazitäten nicht aufgeweicht werden. Die Sicherstellung und Kontrolle der Qualität von Lehr- und Forschungsleistungen werden eine große Herausforderung für alle Beteiligten darstellen. Voraussichtlich werden die neuen Konstellationen der Beteiligten die mitunter angespannten Verhältnisse zwischen den Universitäten und den Kliniken noch stärker strapazieren als bisher. Auch der Einfluss der Aufsichtsräte der kooperierenden Krankenhäuser mit wenig bis keiner Erfahrung mit dem Thema des Zusammenwirkens zwischen Universitätsklinik und Universität, muss berücksichtigt werden.

Bereits an den bisherigen medizinischen Fakultäten führen Diskussionen über den Stellenwert von Forschung und Lehre im Verhältnis zur Krankenversorgung immer wieder zu Spannungen. Es ist zum Beispiel – wie bereits erwähnt – die Frage zu klären, ob habilitierte Forscher auf neu geschaffene Professuren berufen werden oder die bisherigen – zum Teil nicht habilitierten Chefarzte der ländlichen Krankenhäuser – diese Rollen übernehmen sollen? Transparente qualitätsgesicherte Berufungsverfahren sind hier notwendig.

Betrachten wir noch eine weitere Facette: Das Studium an sich und die Studierenden. Der Wissenschaftsrat hat in seinem Papier zum Medizinstudium bereits hervorgehoben, dass das Studium in seiner jetzigen

Struktur mit vorklinischem und klinischem Teil reformiert werden sollte. Mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 wird dieser Punkt noch deutlicher akzentuiert.

Das Studium soll in Zukunft unter anderem stärker an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet werden und damit in der Wissenschaftlichkeit sowie in seiner Patientenorientierung gesteigert werden. Erklärtes Ziel ist es, ab dem ersten Semester eine stärkere Verknüpfung von Lehre und Forschung im Umgang mit Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Dabei sollen Teile des heutigen vorklinischen Abschnitts in den zweiten Studienabschnitt verlagert werden und bereits zu Beginn des Studiums eine patientennahe Ausbildung sicherstellen. Wie diese Ziele mit den Satellitenmodellen korrespondieren, ohne dass in den Satelliten ebenfalls Kapazitäten der Vorklinik aufgebaut werden, bleibt unklar. Gerade die im Konzept immanente räumliche Trennung der Ausbildungsorte würde ein häufiges Hin- und Herpendeln der Studierenden erfordern und zu weiteren finanziellen und zeitlichen Belastungen führen.

Auch das Ziel des Masterplans Medizin 2020, eine Steigerung der Wissenschaftlichkeit des Medizinstudiums zu erreichen, wird durch die Kooperationen nicht unterstützt. Es muss in diesem Zusammenhang kritisch hinterfragt werden, mit welchen Strukturen und mit welchem Personal dies erreicht werden soll, wenn Studierende die Universitäten verlassen, um den klinischen Teil der Ausbildung nach der Vorklinik in den Kooperationshäusern absolvieren.

Diese Häuser wirken derzeit nicht aktiv bei Forschungsaktivitäten auf universitärem Niveau mit. Das Renommee der jeweiligen Klinik speist

sich bisher eben nicht aus wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Teilhabe an Sonderforschungsbereichen oder EU-Forschungsprojekten, sondern ganz wesentlich aus den Leistungen der Krankenversicherung.

Dieser Umstand erhält auch Gewicht bei Betrachtung der Promotionen in der Medizin, die in Zukunft zunehmend in strukturierten Programmen ablaufen sollen. Werden die Promotionen parallel zum Studium, vornehmlich im klinischen Studienabschnitt durchgeführt, fallen die fehlenden wissenschaftlichen Strukturen in den Kooperationshäusern nochmals stärker ins Gewicht. Es kann nicht pauschal davon ausgegangen werden, dass eine klinische Forschung im Rahmen der Promotion an den Kooperationshäusern ohne weiteres möglich ist. Experimentelle Promotionen in der Grundlagenforschung werden für die Studierenden durch die räumliche Entfernung zu den Infrastrukturen ebenfalls nicht attraktiver.

Einem weiteren Faktor aus dem Masterplan Medizinstudium 2020 trägt das Satellitenmodell ebenfalls nur eingeschränkt Rechnung: Die Reform wird voraussichtlich dazu führen, dass sich die Kosten pro Medizinstudienplatz erhöhen. Die stärkere Einbindung wissenschaftlichen Arbeitens und die stärker auf Patientenbedürfnisse ausgerichtete Ausbildung wird betreuungsintensiv werden. Noch ist unklar, wie diese Erhöhung der Kosten für die Ausbildung von Medizinern getragen wird.

Für die Studierenden während des Studiums ergeben sich aber auch ganz praktische Probleme mit Potential für rechtliche Auseinandersetzungen, zu denen klare Antworten häufig fehlen: Wann wird entschieden, wer zum Studieren aufs Land muss? Gibt es eine separate Zulassung nach transparenten Kriterien oder wird im Zweifel zugeteilt? Kann vor Ort ein Zugang zu Bibliotheken, Skill Labs, Lerngruppen etc. auf universitärem Niveau sichergestellt werden?



So kritisch das Satellitenmodell aus Sicht der bestehenden Universitätsmedizin gesehen werden kann, muss doch festgestellt werden: immerhin handelt es sich um Studienplätze, die einer Evaluation und Regulierung innerhalb des deutschen Wissenschaftssystems unterliegen, was bei den Franchise-Studiengängen nicht der Fall ist.

Anzuzweifeln ist die erwartete Klebewirkung bzw. ein Klebeeffekt, bei dem die Studierenden nach Abschluss des Studiums in der jeweiligen Region verbleiben. Bisher gibt es keine Belege, die einen derartigen Effekt bestätigen. Zumindest treten diese Klebeeffekte beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern bisher nicht auf.

Kriterien wie die günstige Lebenshaltung und die weniger hektische Lebensweise auf dem Land konkurrieren mit dem pulsierenden Flair der Großstädte oder guten infrastrukturellen Anbindungen, die den jungen, meist hochmobilen Absolventinnen und Absolventen wichtig sind.

Weniger zeitaufwändig, kostengünstiger und damit flexibler als der Aufbau der Satellitenmodelle oder neuer Medizinstandorte wie Augsburg, ist die Möglichkeit an bestehenden medizinführenden Universitätsstandorten zusätzliche Studienplätze zu schaffen. Der Aufbau von Doppelstrukturen wird bei dieser Art der Ausweitung der Studienkapazitäten vermieden

Interessant wird zudem sein, inwieweit die anfangs schon erwähnte Digitalisierung bzw. die digitale Transformation das Aufgabenspektrum des Berufs Ärztin oder Arzt in Zukunft verändern werden. Es wird sich zeigen, ob und wie die neue Technologie mittels Vernetzung und Verarbeitung von Daten die Diagnosen und Therapien unterstützen und vereinfachen werden, um so eine ganzheitliche medizinische Versorgung sicherzustellen. Auch die Telemedizin, die bereits bei Pilotprojekten im Einsatz ist, wird Änderungen bei der Ausübung des Arztberufes, aber

auch bei der Ausbildung der Mediziner nach sich ziehen. Insbesondere für ländliche Regionen könnte dieser Ansatz ein Instrument darstellen, um den dortigen Mangel von Ärzten einzudämmen. Änderungen der Versorgungsstrukturen wie z.B. Medizinische Versorgungszentren werden ebenfalls eine gewisse Dynamik in das Thema bringen.

Eine Ausweitung der Studienkapazitäten in Antizipation einer steigenden Nachfrage ist in jedem Fall nur unter Beachtung einer hohen Ausbildungsqualität und einer Qualitätssicherung zu begrüßen.

Und natürlich gilt bei allen Überlegungen die Forderung, dass Forschung, Lehre und Krankenversorgung nachhaltig und auskömmlich für alle Standorte finanziert werden müssen, damit der hohe Stellenwert der Universitätsmedizin in allen Dimensionen keinen Schaden nimmt.

Die Fragestellungen rund um die Universitätsmedizin sind, wie die oben genannten Beispiele zeigen, mannigfaltig.

Auch in Zukunft müssen die Kanzlerinnen und Kanzler gemeinsam mit der Medizin Fragen der strategischen Steuerung von Forschung und Lehre ansprechen und diskutieren, um über die medizinische Forschung und die Ausbildung von Nachwuchs in der mit beiden Bereichen verbundenen Krankenversorgung Strahlkraft über die jeweiligen Regionen hinaus, zu erzielen.

Der Arbeitskreis Hochschulmedizin konnte diese Entwicklung und deren Problemfelder sehr eindrücklich und unmittelbar in einer Reise nach Österreich und in die Schweiz in Wien, Graz und Basel erleben. Der DAAD hatte diese Reise im Jahr 2006 für die Hochschulleitungen der medizinführenden Universitäten gemeinsam mit dem Arbeitskreis Hochschulmedizin ausgerichtet. Außerdem konnten wir bei einer weite-

ren Reise mit dem DAAD das hochschulmedizinische System in der Türkei kennenlernen. Im Jahr 2016 hat der Arbeitskreis Hochschulmedizin darüber hinaus erneut die Hochschulmedizin in Wien besucht und konnte 10 Jahre nach dem ersten Besuch feststellen, was sich geändert hat.

Für einen Erfahrungsaustausch zu diesen wichtigen Themen ist der Arbeitskreis Hochschulmedizin eine wichtige Drehscheibe zwischen den Ländern. Diese Erfahrungen haben wir immer wieder mit Impulsen auch aus dem Ausland beispielsweise mit der Situation in Österreich und der Schweiz, aber auch mit der besonderen Situation in den Kooperationen zwischen den Niederlanden und Deutschland in Maastricht und seiner Verbindung mit der RWTH Aachen oder dem Modell zwischen Groningen und der Universität Oldenburg abgerundet. Mit einem Besuch von medizinischen Fakultäten und Kliniken in der Türkei konnten wir gemeinsam zudem ein völlig anderes System kennenlernen.

Abschließend danke ich dir herzlich für die freundschaftliche, kollegiale und kooperative Mitwirkung im Arbeitskreis Hochschulmedizin. Gemeinsam konnten wir viele Dinge diskutieren und anstoßen.

# DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT  
DUISBURG  
ESSEN

*Offen im Denken*

ub

universitäts  
bibliothek

**Erschienen in:** Das akademische Unternehmen / Hrsg.: Michael Strotkemper, Volker Breithecker, Stefan Heinemann.

Dieser Text wird über DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt. Die hier veröffentlichte Version der E-Publikation kann von einer eventuell ebenfalls veröffentlichten Verlagsversion abweichen.

**DOI:** 10.17185/duepublico/70597

**URN:** urn:nbn:de:hbz:464-20200110-172338-7

Alle Rechte vorbehalten.