

**Strukturen  
für die  
Hochschul-Medizin  
in Österreich**

**Strukturen  
für die Hochschul-Medizin in Österreich**

Expertise im Auftrag  
der Österreichischen Rektorenkonferenz

von

Prof. Dr. med. Bernhard Fleckenstein  
Dekan der Medizinischen Fakultät  
der Universität Erlangen-Nürnberg

Erlangen, den 23. Mai 2001

## Inhalt

### A Einleitung

1. Die wesentlichen Strukturprobleme der Hochschul-Medizin ..... 5
2. Impetus zur Reform..... 8
3. Sonderrolle der Medizin an den Universitäten ..... 11
4. Der Reformbedarf im Gesamtbild ..... 12

### B Bestandsaufnahme

1. Allgemeine Situation der Medizinischen Fakultäten..... 14
2. Regionale Besonderheiten
  - a. Leopold-Franzens-Universität Innsbruck ..... 17
  - b. Karl-Franzens-Universität Graz ..... 18
  - c. Universität Wien..... 19

### C Zielvorgaben

1. Zusammenführung der Verantwortung für Forschung, Lehre und Krankenversorgung..... 21
2. Rechtsfähigkeit für die Hochschul-Medizin und Lösung aus der ministeriellen Fachaufsicht ..... 25
3. Professionalisierung der Verwaltungen..... 27
4. Professionalisierung der akademischen Entscheidungsstrukturen ..... 28
5. Attraktivität der Positionen für Hochschul-Lehrer durch Kostentransparenz und Eigenverantwortlichkeit ..... 30
6. Wissenschaftliche Profilierung der Medizinischen Fakultäten..... 31
7. Zugangsregelungen zum Studium an den Medizinischen Fakultäten .. 32
8. Neue Formen des Unterrichts ..... 33
9. Leitungsmodelle im Bereich der strukturierten Kliniken ..... 34
10. Synergieeffekte für die Forschung in den Instituten ..... 35
11. Nachwuchsförderung durch Mobilität..... 36

## **D Benötigte Organisationsstrukturen**

1.	Universitätsklinikum im Organisationsverbund der Universitäten.....	38
2.	Verwaltungsrat des Universitätsklinikums .....	40
3.	Klinikumsvorstand .....	41
4.	Fakultätsleitung .....	42
5.	Kommissionen der Medizinischen Fakultät .....	43
6.	Fakultätskollegium .....	43
7.	Leistungsstrukturen für Institute und Klinikum .....	44
8.	Akademische Einbindung der Medizinischen Fakultät in die Universität .....	44

## **E Empfehlungen zu Kernpunkten der Medizinreform**

1.	Rechtsform für Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum.....	45
2.	Anbindung der Medizinischen Fakultäten an die Universität.....	46
3.	Zusammenführung der Kliniken und Institute.....	47
4.	Zusammenführung der Gebietskörperschaften in einem Verwaltungsrat.....	47
5.	Professionalisierung der Entscheidungswege.....	48
6.	Sicherung der Attraktivität akademischer Positionen .....	49
7.	Evaluierung und Nachwuchsförderung .....	51
8.	Leistungsmodelle im Bereich der strukturierten Kliniken .....	53
9.	Limitierung der Studienplätze und Auswahlverfahren .....	54
10.	Studienangebote und Neuordnung der Graduierungsverfahren .....	55

## **F Zusammenfassung..... 58**

# Strukturen für die Hochschul-Medizin in Österreich

## A Einleitung

### 1. Die wesentlichen Strukturprobleme der Hochschul-Medizin

Das Gespräch mit den verantwortlichen Leistungsträgern der Medizinischen Fakultäten in Österreich offenbart verbreitete Unzufriedenheit mit den Strukturen der Hochschul-Medizin im Land. Beklagt wird die Nachrangigkeit der Belange von Forschung und akademischer Lehre in den strategischen Entscheidungen der Krankenhausträger. Dies wird weitgehend zurückgeführt auf die duale Finanzierung, denn in Österreich zählt die politische Verantwortung für Forschung und Lehre zu den Aufgaben des Bundes, während die Länder den Auftrag zur Sicherstellung der Krankenversorgung erfüllen. Die Universitätskliniken befinden sich daher in der Trägerschaft von Landesgesellschaften, welche für die Sicherstellung der Krankenversorgung innerhalb und außerhalb der Universitäten zuständig sind. Dagegen finanzieren sich die Positionen der Professoren aus Bundesmitteln; das weitere ärztliche Personal und die technischen Mitarbeiter werden nach unterschiedlichen Schlüsseln bezahlt. Es wird beklagt, dass die duale Finanzierung der Hochschul-Medizin und die unterschiedlichen Finanzierungsregeln für die Vorklinik und für die klinische Medizin zu intransparenten Finanzierungsströmen führen. Es wird bemängelt, dass anstelle leistungsbezogener Mittelzuwendung für Forschung und Lehre schwer nachvollziehbare Kriterien zu gelten scheinen, die zu Ungerechtigkeit, Streit und auch zu regionalen Unterschieden führen. Bei fehlender Transparenz seien strategische Entscheidungen oft fremdbestimmt, auch wenn sie an sich in die Kompetenz der Fakultäten fallen müssten; größere Investitionsmaßnahmen seien nicht genügend durch die fachkompetenten Vertreter der Universität mitbestimmt. Generell werden Mängel in der Organisation der Entscheidungsstrukturen festgestellt; das Ungleichgewicht zwischen mangelnder Professionalität bei den akademischen Entscheidungsprozessen und der besseren Organisation in den Bereichen der Wissenschafts- und Krankenhausverwaltung sei oft bedrückend. Durch den raschen Wechsel hätten es die Vertreter der Hochschulen schwer, die

Belange von Forschung und Lehre gegenüber den professionell geschulten Verantwortlichen der Gesundheitsverwaltung zu vertreten. Ferner wird von den Verantwortlichen der Fakultäten bemängelt, dass die kameralistische Mittelverwaltung ineffizient sei und dass die ministerielle Fachaufsicht für die Hochschul-Medizin unbefriedigend bleibe, da sie alle Probleme nur punktuell lösen könne.

Die Fachvertreter der Medizinischen Fakultäten, welche wissenschaftliche Spitzenleistungen zu erbringen haben, bemängeln Hindernisse im akademischen Leben. Hierzu zähle eine überzogene Demokratisierung in manchen akademischen Gremien; dies habe beispielsweise zu Instabilität der Leitungsstrukturen in den Kliniken und Instituten geführt. Bei einigen Gremien und Entscheidungsorganen würde unnötigerweise zwischen Exekutivfunktionen und Planungskompetenz unterschieden; dies lähme die Entscheidungsfindung. So bemerkt der Dekan einer der Medizinischen Fakultäten resignierend, *Demokratie an den Universitäten fordere einen hohen Preis*. Es wird festgestellt, dass die Positionen der Professoren im internationalen Wettbewerb an Attraktivität verlören und dass es schwer werde, Bewerber aus dem Ausland für Professuren in den Medizinischen Fakultäten zu gewinnen. Dabei sei es an sich notwendig, die Zahl an besetzbaren Positionen für Professoren zu erhöhen. Es wird kritisiert, manche Hochschul-Lehrer der Medizinischen Fakultäten seien im Nebenerwerb an medizinischen Einrichtungen tätig, die im Umfeld der Universitätsklinik liegen und lukrative Teilzeit-Positionen anbieten. Dies habe zur Folge, dass das Interesse an wissenschaftlicher Arbeit erodiere, gerade im Bereich der klinischen Forschung. Es gebe nicht genügend Anreizsysteme dafür, dass sich junge Nachwuchswissenschaftler der Forschung mit Elan widmen. Die Medizinischen Fakultäten hätten nicht genügend Mechanismen ausgebildet, um Schwerpunkt-Bildungen und Profilierung anzustreben. Harsche Kritik der Hochschul-Lehrer bezieht sich auf die Situation des wissenschaftlichen Nachwuchses. Es wird als verfehlt angesehen, dass im derzeitigen Dienstrecht frisch Habilitierte regelmäßig als Außerordentliche Professoren (AoProf) in permanente Positionen übernommen werden; damit würde ein überalterter akademischer Mittelbau in den Instituten und Kliniken zementiert. Auch sei es verfehlt, Nicht-Habilitierte in die Position des Assistenzprofessors überzuleiten; damit würde ohne Nachweis besonderer wissenschaftlicher Qualifikation ein eigener akademischer Titel erworben. Dies trage generell zur

Inflation an akademischen Titeln bei. Mangelnde Mobilität des akademischen Mittelbaus und fehlende internationale Öffnung bei den Berufungsverfahren wirkten Spitzenleistungen entgegen.

Viele Probleme der akademischen Lehre werden von den Hochschul-Lehrern weitgehend darauf zurückgeführt, dass in den Medizinischen Fakultäten zu viele Studierende in Ausbildung stehen. Die Überschreitung der Ausbildungskapazitäten belastet die Qualität der Lehre, vor allem im klinischen Bereich. Während nach den Berechnungen der Ärztekammern pro Jahr nur 600 Studienabgänger erforderlich seien, würden pro Jahr etwa 1100 bis 1150 ausgebildete junge Ärztinnen und Ärzte die Hochschulen verlassen. Selbst wenn die Zahlen der Standesvertreter niedriger sind, als dem tatsächlichen Bedarf an ausgebildeten Ärzten in einer künftigen Gesellschaft entspricht, ist die Überlastung der Medizinischen Fakultäten in Österreich unstrittig. Die Gesamtzahl der Studierenden der Medizin und der Zahnmedizin in Österreich wird mit rund 20.000 angegeben; dabei sind Langzeit-Studierende nicht eingerechnet, welche die Hoffnung auf einen erfolgreichen Studienabschluss aufgegeben haben. Die Zahl der Absolventen übersteigt die Ausbildungsplätze zur ärztlichen Weiterbildung bei weitem. Die zu hohe Zahl an ausgebildeten Ärzten kann nicht vom Arbeitsmarkt aufgenommen werden; dies hat oft jahrelange Wartezeiten und berufsferne Beschäftigung zur Folge. Nach Ansicht der Hochschul-Lehrer an den Medizinischen Fakultäten in Österreich ist die unnötige Überproduktion eine schwere Hypothek, nicht nur für die Medizinischen Fakultäten, sondern auch für das Gesundheitssystem und für die Gesellschaft. Es sei zynisch, junge Ärztinnen und Ärzte so weit über den Bedarf auszubilden, bis sich der Zulauf zu den Universitäten durch unattraktive Arbeitsbedingungen selbst regelt; solche Sozial- und Bildungspolitik sei unverantwortlich und unbezahlbar. Die Ausbildung aller Studierenden der Medizin leide, denn es sei kaum möglich, den notwendigen Praxisbezug während des Studiums anzubieten. Auch sei es nicht mehr hinreichend möglich, die Studierenden der Medizin in wissenschaftliche Denkweise einzuführen. In diesem Zusammenhang wird auch vielfach kritisiert, dass der Grad des *Doktors der Medizin* ohne eigene Promotionsarbeit vergeben werde.

## 2. Impetus zur Reform

Die kritischen Anmerkungen der wissenschaftlichen und ärztlichen Leistungsträger aus dem Kreis der Hochschullehrer an den österreichischen Medizinischen Fakultäten mögen gelegentlich subjektiv und eng geschnitten sein; sie beruhen in der Regel nicht auf der systematischen Problemanalyse, zumal wissenschaftlich engagierte Hochschullehrer den dazu notwendigen Zeitaufwand meist nicht aufbringen können; sie reflektieren jedoch verbreitete Stimmungslagen im Kreise derer, die Organisationsmängel zu Lasten von Forschung und Lehre am intensivsten erleben, die Meinung der internationalen *Scientific Community* prägen und in der internationalen Konkurrenz um die besten Hochschullehrer mit Strukturnachteilen kämpfen müssen. Daher sind die subjektiv gezeichneten Probleme ernst zu nehmen, und sie sind Punkt für Punkt systematisch zu analysieren. Bei zahlreichen Verantwortungsträgern in Österreich besteht die Ansicht, dass Reformen der Hochschul-Medizin mit Verbesserungen der Rahmenbedingungen für Forschung und Lehre notwendig sind.

Die Reformbestrebungen in der Medizin sind vor dem Hintergrund des Gesamtbildes der Universitäten zu sehen. Im Mai 2000 legte eine Arbeitsgruppe im Auftrag des Österreichischen Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur, koordiniert von Prof. Georg Winckler und Prof. Stefan Titscher, einen umfangreichen Bericht unter dem Titel *Universitäten im Wettbewerb – Zur Neustrukturierung österreichischer Universitäten* über zahlreiche Facetten der Universitätsstruktur vor. Der Band beinhaltet eine Fülle bemerkenswerter, zukunftsweisender Gedanken zur Organisationsstruktur der Hochschulen, zu den Formen organisierter Autonomie, zur Erweiterung der Dienstleistungs-Angebote und zu den Vor- und Nachteilen privatrechtlicher Organisation für Hochschulen. So gehen mehrere Berichte mit dem Ist-Zustand an den deutschsprachigen Universitäten hart ins Gericht. Die kritische Analyse richtet sich auf die staatliche Überreglementierung, auf den Trend zur Verrechtlichung und Bürokratisierung, auf die zunehmende Normenauslegung im Rahmen von Streitigkeiten und die überzogene Fachaufsicht der Ministerien auf Berufungsverfahren, Finanzierungswege und größere Investitionen. Es wird



bemängelt, dass eine zu hohe Regelungsdichte der Steuerung durch den Wettbewerb entgegensteht. Bessere Leistungen in Forschung und Lehre seien nur durch mehr Handlungs-Spielräume und effizientere Steuerungsmechanismen mit Leistungsanreizen für Forschung und Lehre zu erreichen (A. Kieser, 2000).

Der Bericht der Arbeitsgruppe enthält zahlreiche Empfehlungen und fordert zu innovativen Wegen der Universitätsorganisation auf. Er verweist darauf, dass die Competition zwischen den Universitäten nicht nur durch fachspezifische Leistungen entschieden wird, sondern dass sie auch den Wettbewerb organisatorischer Lösungen einschließt. Die Trennung von politischer, strategischer und operativer Verantwortung sei ein wesentliches Element künftiger Organisationsstruktur. Die Schichten von Verantwortung müssten sauber getrennt und den einzelnen Entscheidungsebenen zugeordnet werden; dies wären beispielsweise (1.) Gesetzgeber und Wissenschaftsadministration, (2.) Hochschul-Räte und Verwaltungsräte, (3.) Hochschul-Leitungen und (4.) Fakultäten und deren einzelne Gliederungen. Es wird vorgeschlagen, nicht nur auf der Ebene der Universitätsleitungen, sondern auch der Entscheidungsträger an den Fakultäten eine doppelte Legitimation durch Gremienwahl und institutionelle Ernennung sicherzustellen. Die Arbeitsgruppe empfiehlt, die Fachaufsicht durch die Ministerien abzulösen und durch eine Rechtsaufsicht zu ersetzen; sie empfiehlt, die geeigneten Parameter für Leistungsfähigkeit zu definieren und daraus Anreizsysteme abzuleiten.

Die Empfehlungen der Arbeitsgruppe, die den Stand der hochschulpolitischen Diskussion in vielen europäischen Nachbarländern widerspiegelt, enthält zahlreiche Anregungen, welche für die künftige Hochschul-Gesetzgebung wertvoll sein können. Dabei wird auch angesprochen, dass transparente Strukturen der Hochschul-Finanzierung, charakterisiert durch gegenseitige Deckungsfähigkeit der Mittel oder Globalhaushalte und finanzielle Anreizsysteme, staatliche Sparmaßnahmen erleichtern können; deshalb hätten sie oft eine skeptische oder ablehnende Haltung der Hochschul-Lehrer gegenüber neuen Organisationsmodellen induziert (Schimank, 2000). Daher wird die Hoffnung geäußert, dass die primäre Motivation der Politik für Hochschul-Reformen nicht darin besteht, vermeintliche Einsparpotentiale zu identifizieren und auszunutzen. Reformen müssten aus der Verantwortung des Staates für die Zukunft der Grundlagenforschung motiviert sein; sie ist eine

gesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe und nur mit der Garantie staatlicher Unterstützung auf Dauer international kompetitiv. Der Bericht der Arbeitsgruppe unterstreicht nicht nur die staatliche Gesamtverantwortung für Grundlagenforschung und ihre Rolle für die Zukunft der Gesellschaft, sondern unterstützt auch das Konzept der Einheit von Forschung und Lehre an den Hochschulen und unterstreicht die Notwendigkeit, die wichtigsten nationalen Forschungsprojekte innerhalb der Hochschulen anzusiedeln.

Der Arbeitsbericht der Hochschulrektoren-Konferenz, erstellt in Zusammenarbeit mit den Vorsitzenden der obersten Kollegialorgane, ist ein umfassendes Kompendium guter Ideen für die Hochschulen der Zukunft; er berücksichtigt jedoch nicht die Eigenheiten der Hochschul-Medizin. Im Auftrag des Vorsitzenden der Österreichischen Rektorenkonferenz, Prof. Georg Winckler (Wien), wurde daher eine Studiengruppe eingerichtet, bestehend aus den Herren Prof. J. Hoyer (Wien), Prof. S. Laske (Innsbruck) und Mag. H. Wulz (Wien), um eine Expertise über den Reformbedarf und mögliche Lösungsansätze für die Hochschul-Medizin aus der Feder eines externen Gutachters anzufordern und kritisch zu begleiten. Die vorliegende Expertise entstand auf der Basis von Gesprächen mit den Dekanen, Vizedekanen, Studiendekanen sowie den Leitern der Fakultätskollegien und Studienkommissionen an den Medizinischen Fakultäten in Innsbruck, Graz und Wien; sie berücksichtigt wertvolle kritische Kommentare von Prof. A. Kieser (Mannheim), Prof. A. Radner (Linz) und Dipl. Kaufm. Dipl. pol. Dr. Strehl (Tübingen). Die Diskussion stand oft vor dem Hintergrund der neuen Entwicklungen in der Hochschul-Medizin der Bundesrepublik Deutschland. Die Trägeraufgaben für die Hochschul-Medizin liegen in Deutschland bei den Bundesländern; diese gehen zum Teil sehr unterschiedliche Wege und haben bereits eine Fülle von Strukturmodellen entwickelt, welche untereinander in Konkurrenz stehen. Die Reformbewegungen in Deutschland wurden auch durch den Wissenschaftsrat und die Deutsche Forschungsgemeinschaft angestoßen. Ein Papier unter dem Titel *Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung in der Hochschul-Medizin*, das von der Kultusminister-Konferenz im September 1995 verabschiedet wurde, hat die Landes-Gesetzgebungen erheblich beeinflusst. Zwischenzeitlich ist eine Vielfalt von Modellen zu erkennen, deren Qualität langfristig für die einzelnen Fakultäten sehr relevant sein wird. Ihre Wertigkeit lässt sich bisher jedoch noch nicht aus den typischen Leistungszahlen und -parametern ablesen,

allenfalls aus der Akzeptanz durch die verantwortlich denkenden Hochschul-Lehrer.

### **3. Sonderrolle der Medizin an den Universitäten**

Hochschul-Medizin kann nur in der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung kompetent betrieben werden. Medizinische Forschung und Ausbildung der Studenten sind untrennbar miteinander verbunden, entsprechend dem generellen Auftrag zur Einheit von Forschung und Lehre in allen Hochschul-Bereichen. Forschung ohne Krankenversorgung bleibt abstrakt; gerade die klinische Forschung ist Schrittmacher für den medizinischen Fortschritt. Auch Lehre und Krankenversorgung bilden insofern eine Einheit, als die Medizinische Lehre das gesamte Spektrum der Krankenversorgung beinhaltet und die Lehre am Krankenbett ein integraler Bestandteil des Medizinstudiums bleiben muss. Während manche Ausbildungsbereiche anderer Disziplinen möglicherweise durch Multimedia-Angebote ersetzbar sind, wird die Lehre am Krankenbett niemals durch elektronische Lehrverfahren verdrängt werden. Die untrennbare Verflechtung von Krankenversorgung, Lehre und Forschung stellt an die Hochschul-Medizin besondere Ansprüche, wie sie für die anderen Bereiche der Hochschule nicht gelten. Universitäre Krankenversorgung steht in der wirtschaftlichen Konkurrenz mit den umliegenden Krankenanstalten in öffentlicher und privater Trägerschaft. Dabei sind die Hochschul-Kliniken in vieler Hinsicht strukturell benachteiligt. Sie sind gehalten, einen wesentlichen Bedarf der Grundlast in der Maximalversorgung abzudecken. Die Bettenkapazität der Hochschul-Kliniken liegt nur bei einem kleinen Teil der gesamten stationären Leistungsangebote; jedoch wird etwa die Hälfte aller Leistungen der medizinischen Maximalversorgung durch Hochschul-Kliniken erbracht. Hochschul-Kliniken haben nicht die Freiheit, sich bezüglich des Patientenspektrums am Markt zu orientieren und sich auf einzelne Bereiche zu spezialisieren. Sie sind verpflichtet, multimorbide Patienten ohne Rücksicht auf Wirtschaftlichkeit nach dem höchsten Standard medizinischer Technologie zu behandeln. Hochschul-Kliniken dürfen Patienten nicht aus wirtschaftlicher Motivation abweisen, sondern sind grundsätzlich zur Aufnahme aller Patienten verpflichtet, die überwiesen werden. Hierdurch entsteht eine wirtschaftliche Belastung, für die im System der *leistungsbezogenen Krankenhaus-Finanzierung* (LKF) durch die Kostenträger in Österreich kein Ventil besteht.

Da nach dem derzeitigen System der LKF schwere Fälle zu wenig berücksichtigt werden, ist das Finanzierungssystem gerade für den universitären Bereich noch ergänzungs- und verbesserungsbedürftig (Radner/Gstöttner 1994). Das hohe Niveau der Hochschul-Kliniken im Bezug auf innovative Medizin bringt es auch mit sich, dass die Universitätskliniken einen großen Anteil an der Weiterbildung zum Facharzt/ zur Fachärztin tragen. Damit wird in den Hochschul-Kliniken, mehr als in den umgebenden Institutionen, der Krankenhaus-Betrieb durch Ärzte und Ärztinnen aufrecht erhalten, die erst am Anfang der Ausbildung stehen und zugleich Projekte der klinischen Forschung verfolgen.

Nicht nur der wirtschaftliche Druck auf die Universitätsklinik ist ein Element der Konkurrenz; hinzu kommt der internationale Wettbewerb in der Wissenschaft. In der westlichen Hemisphäre wird die medizinische Forschung auf einem finanziellen Niveau gefördert, wie es für die europäischen Staaten als unfassbar gelten muss. So wurden in den Vereinigten Staaten allein über die *National Institutes of Health (NIH)* im Jahr 2000 Forschungsprojekte mit einem Budget von 17,8 Mrd. US-Dollar unterstützt, bei einer Steigerungsrate von 14 % gegenüber dem Vorjahr. Der globale Wettbewerb in der medizinischen Forschung, vor allem mit den Vereinigten Staaten, hat unter den Trägern der Wissenschaft in Mitteleuropa eine gewisse Unruhe und verbreitete Unzufriedenheit mit unproduktiven Universitätsstrukturen induziert. Unter den Hochschul-Lehrern gibt es breite Bereitschaft zu Reformen. Während zuvor die Professoren der Medizin oft zu den beharrenden Elementen der Universität gerechnet wurden, engagieren sie sich heute für zukunftsorientierte Reformkonzepte.

#### **4. Der Reformbedarf im Gesamtbild**

An den Medizinischen Fakultäten der Universitäten in Österreich wird Exzellentes geleistet, und die medizinische Versorgung befindet sich im globalen Vergleich auf hohem Niveau. Die Fachvertreter der Medizinischen Fakultäten genießen international hohes Ansehen. Nachwuchswissenschaftler aus Österreich, die sich im deutschsprachigen Ausland und in angelsächsischen Ländern um Professorenstellen bewerben, haben gute Chancen. Medizinforscher in Österreich publizieren in den kritischen internationalen Journalen. Die Bundesländer Steiermark und Tirol sowie die

Stadt Wien erfüllen ihren Auftrag, die Hochschul-Kliniken zu unterhalten, auf hohem finanziellen Niveau, und die Beiträge des Bundes zu den Universitätsklinik, als *Klinischer Mehraufwand* (KMA) bezeichnet, sind im internationalen Vergleich beachtlich. Dennoch ist die Kritik der Leistungsträger Medizinischer Fakultäten an den legislativen und administrativen Rahmenbedingungen der Hochschul-Medizin ernst zu nehmen. Die Universitäts-Organisationsgesetze (UOG) der Jahre 1975 und 1993 haben zahlreiche Elemente der Demokratisierung in den Lehr- und Forschungsbetrieb der Fakultäten gebracht und die Reorganisation der kollegialen Organe der Universität bewirkt. Daneben gibt es überkommene Strukturen, die oft systemfremd erscheinen. Die Zielvorstellungen und Leitbilder von international kompetitiven Höchstleistungen sind bei der Reform noch nicht hinreichend im Vordergrund gestanden; es gilt, sie zu definieren. Dabei ist es legitim, die Konzepte in verwandten Hochschul-Systemen des europäischen und US-amerikanischen Auslands zu nutzen und aus dortigen Erfahrungen zu lernen. Somit ergibt sich insgesamt das Bild, dass zum Teil Spitzenleistungen in Forschung, Lehre und Krankenversorgung erbracht werden, während die finanziellen Zuwendungen der öffentlichen Hände an ihre Obergrenzen stoßen und die administrativen und legislativen Rahmenbedingungen besser werden müssen. Diese Situation macht Strukturreformen im Bereich der Medizin an den Universitäten dringend erforderlich; andernfalls würden die Qualifiziertesten resignieren und für die Medizinischen Fakultäten verloren gehen. In einer globalisierten Welt bedeutet das starre Beharren auf überkommenen Positionen nur Rückschritt und Verlust an Attraktivität. Dies kann zum Abwandern der Leistungsfähigsten führen, da diese mobil sind und sich den attraktiveren Hochschulen im deutschsprachigen Ausland und oder in angelsächsischen Ländern anschließen würden. So steht die Hochschul-Medizin in Österreich in der Gefahr des Verlustes seiner Leistungsträger; allein die hohe Zahl hochqualifizierter Forscher und Hochschullehrer österreichischer Abstammung an den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland markiert dies sehr deutlich.

## **B Bestandsaufnahme**

### **1. Allgemeine Situation der Medizinischen Fakultäten**

Die Hochschul-Kliniken in Österreich sind geprägt durch eine duale Trägerschaft, wie sie in dieser Form etwa in der Bundesrepublik Deutschland nicht bekannt ist. Träger der Hochschul-Kliniken sind die Länder Tirol und Steiermark, vertreten durch die Landesgesellschaften TILAG bzw. KAGes, sowie die Gemeinde Wien, vertreten durch den Wiener Krankenanstalten-Verbund KAV. Dagegen liegt die Verantwortung für den akademischen Bereich der Hochschul-Medizin beim Bund. Damit unterliegen die verschiedenen Bereiche der Hochschul-Medizin unterschiedlichen Finanzierungsschlüsseln. Während die laufenden Kosten der Hochschul-Kliniken beispielsweise zu 18 % vom Bund getragen werden, teilen sich Bund und regionale Träger die Investitionsaufgaben zu etwa gleichen Teilen. Die Personalausgaben für die Professoren des medizinischen Bereiches werden vom Bund getragen, während die Etats für das ärztliche Personal aus beiden Quellen gespeist werden. Hinzu kommen die unmittelbaren Sachaufwendungen für Forschung, die der Bund stellt, ferner die klinische und wissenschaftliche Drittmittel-Finanzierung.

Die gespaltene Finanzierung führt zu unterschiedlichen Zielvorgaben. Es entsteht die Gefahr, dass sich aus den Vorgaben der unterschiedlichen Träger Polarisierungen ergeben, zumal Medizinische Fakultäten ohnehin der Gefahr der fachlichen Zersplitterung, unterschiedlicher Leitvorstellungen und ungenügender gegenseitiger Anerkennung zwischen den diversen Fachdisziplinen unterliegen. Unterschiedliche Zielvorstellungen in einer Fakultät können Motivation relativieren, Kooperation behindern und die Schaffung von Anreizsystemen zu Höchstleistungen in Forschung und Lehre behindern. Unübersichtliche Finanzierungswege führen zu Mißtrauen bei Geldgebern und Leistungserbringern; sie provozieren staatliche Durchgriffe, eine hohe Regelungsdichte und intensiviert Fachaufsicht durch Verwaltungsorgane, die an sich weder personell noch fachlich zur detaillierten Kontrolle befähigt sind. Die Zersplitterung der Finanzierungswege führt zum Verlust an Transparenz, zu Unterstellungen und Friktionen; sie erschwert die Bereitschaft zur Reorganisation auf der Seite der verantwortlichen Hochschul-Lehrer. Unübersichtlichkeit benachteiligt die neu berufenen Hochschul-Lehrer

gegenüber den regional verhafteten Kollegen, welche mit der Zeit die komplexen Zugangswege zum Geld besser kennengelernt haben. Dies führt zur Resignation, gerade bei den jungen Leistungsträgern einer Fakultät. Dadurch besteht die Gefahr des Attraktivitätsverlusts, gerade aus der Sicht jener jüngeren leistungsfähigen Hochschul-Lehrer, die noch die Möglichkeit besitzen, attraktive Positionen in einer Medizinischen Fakultät außerhalb Österreichs zu finden. Aus diesem Grund ist es dringend erforderlich, mit der Neustruktur der Hochschul-Medizin eine grundlegende Reform des Finanzierungssystems der Kliniken und Institute an den Hochschulen anzustreben.

Österreich ist vergleichsweise klein, gemessen an der Zahl der Forschungsstandorte der Hochschul-Medizin. Dies stellt erhebliche Probleme bezüglich der Mobilität von Nachwuchswissenschaftlern und Hochschul-Lehrern dar. Für den Nachwuchswissenschaftler finden sich innerhalb des Landes nicht immer die geeigneten Positionen, um im Rahmen seiner akademischen Ausbildung hinreichend mobil zu sein. So kommt es häufig vor, dass Nachwuchswissenschaftler nach dem Studium an der Heimatuniversität bleiben möchten und vor Ort eine akademische Karriere anstreben. Besonders im Zusammenhang mit Berufungsverfahren auf Professorenpositionen bieten sich dadurch Probleme. Bei der Besetzung der Positionen ist es manchmal schwer möglich, die Bewerber der eigenen Universität aus dem Berufungsverfahren grundsätzlich auszuschließen. Oft wird es vorkommen, dass bei der unterschiedlichen Facettierung der Medizinischen Fakultäten für eine besondere Disziplin und einen speziellen Forschungs-Schwerpunkt der qualifizierteste Kandidat nur aus der eigenen Universität kommen kann, da die entsprechende Disziplin an den beiden anderen Medizinischen Fakultäten weniger profiliert ist. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die Berufung auf eine Professur innerhalb der eigenen Universität (Hausberufung) in Österreich oft vorkommt. Andererseits ist es jedoch aus den Erfahrungen anderer Länder bekannt, dass Hausberufungen problematisch sind. Sie führen, da zu viele persönliche Interaktionen in der Fakultät das Berufungsverfahren mitbestimmen können, zum Verlust der ergebnisoffenen Leistungsevaluierung; dies unterläuft die Auslese der Qualifiziertesten und ist ein grundsätzliches Problem für alle Länder mit einer relativ geringen Zahl an Fakultäten einer gegebenen Disziplin. Das Problem ist nur lösbar, wenn sich in einem Land wie Österreich die Hochschul-Medizin noch mehr international

öffnet und wenn die Länder des gesamten deutschsprachigen Raums bei der Besetzung von Positionen sich als einheitlichen Kultur- und Wissenschaftsraum betrachten. Die Bewerber aus Österreich, aus der Schweiz und aus der Bundesrepublik Deutschland müssen in den drei Ländern die gleichen Chancen in Berufungsverfahren haben; es muss ein freier akademischer Stellenmarkt bei der Besetzung der Professorenstellen in Österreich gelten. Das Hausberufungs-Verbot bei der Besetzung der Leitungspositionen für Kliniken und Institute kann eines der wichtigsten belebenden Elemente für Mobilität in den Medizinischen Fakultäten werden; dies allein garantiert unvoreingenommene Leistungsevaluierung und stellt auf Dauer eine weltoffene und leistungsbetonte Atmosphäre in den Fakultäten sicher.

Bei einer Gesamtbevölkerung Österreichs von etwa 7,8 Mio. Einwohnern ist die Zahl der Medizinischen Fakultäten im internationalen Vergleich durchaus angemessen; jedoch sind die Ausbildungszahlen viel zu hoch. Die Zahl der Krankenhausbetten reicht kaum für eine angemessene praktische Ausbildung der Studierenden innerhalb der Universitätsklinika. Das Missverhältnis ist besonders deutlich in Wien, wo das Allgemeine Krankenhaus (AKH) in besonderem Maße als akademische Ausbildungsstätte angesehen wird. In Graz und Innsbruck geht man davon aus, dass neben der Ausbildungsfunktion der Universitätskliniken ein breiter Versorgungsauftrag der universitären Krankenhäuser besteht und daher eine relativ höhere Bettenkapazität als in Wien vorzuhalten ist. Unbenommen ist jedoch ohnehin, dass alle Universitätskliniken einen generellen Versorgungsauftrag als zentrale Anstalten der medizinischen Maximalversorgung zu erfüllen haben. Bei den Überlegungen zu den Lehrkapazitäten wird wohl übersehen, dass im Vergleich zu anderen Ländern an den Fakultäten in Österreich zu wenige Betten für den derzeitigen Ausbildungsstand der Medizinischen Fakultäten verfügbar sind. Somit ist angesichts des nur schwer erfüllbaren Ausbildungsauftrags derzeit an keinem der österreichischen Universitätsklinika Spielraum für Bettenabbau zu erkennen.

Wie einleitend dargestellt, führt die Überalterung des akademischen Mittelbaus zum Verlust der Mobilität und zu reduzierten Chancen für die Nachwuchswissenschaftler. Jedoch ist auch positiv zu vermerken, dass die korporationsrechtliche Gleichstellung aller berufenen Professoren



Konfliktpotentiale abgebaut und zu einer innovativen Organisation in den strukturierten Kliniken mit Abteilungsgliederung geführt hat. Hierin ist ein klarer Vorteil gegenüber der Führungshierarchie in den Universitätskliniken verschiedener deutscher Bundesländer zu erkennen. Die gegebene Gliederung der Institute und Kliniken an den Medizinischen Fakultäten in Österreich kann die Bildung von Organisationsformen erleichtern, welche im internationalen Sprachgebrauch als *Departments* bezeichnet werden.

## **2. Regionale Besonderheiten**

### **a Leopold-Franzens-Universität Innsbruck**

Die Medizinische Fakultät der Universität Innsbruck vermittelt das Bild hoher wissenschaftlicher Motivation ihrer Leistungsträger. So hat die Fakultät für die Jahre 1997/1998 einen detaillierten Forschungsbericht der gesamten Fakultät vorgelegt. So betreibt die Fakultät, koordiniert von Prof. H. Grunicke, den Spezial-Forschungsbereich (SFB 002) über *Biologische Kommunikationssysteme – molekulare Basis inter- und intrazellulärer Signaltransduktion*. An diesem SFB sind die Institute für Medizinische Chemie und Biochemie, das Institut für Hygiene, das Institut für Pathophysiologie, das Institut für Biochemie der Naturwissenschaftlichen Fakultät, das Institut für Pharmakologie sowie die Kliniken für Urologie und Psychiatrie aktiv beteiligt. In dem SFB haben sich durchweg international anerkannte Forschungsabteilungen zusammengefunden. Ohne damit Priorisierungen innerhalb der Fakultät festzulegen, sind daneben die international anerkannten Forschungsschwerpunkte im Bereich der Dermatologie, der Radiologie, der Gerontologie und der AIDS-Forschung zu erwähnen. In der Darstellung der Forschungsaktivitäten mit einem umfassenden Berichtsband ist die Medizinische Fakultät der Universität Innsbruck beispielhaft. Die Relation zwischen Zuwendungen des Bundes und der eindrucksvoll nachgewiesenen wissenschaftlichen Erfolgsbilanz ist bei der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck besonders günstig, auch im Vergleich mit den anderen beiden Medizinischen Fakultäten in Österreich.

Die Medizinische Fakultät an der Universität Innsbruck verfügt insgesamt über 74 zugewiesene Planstellen für Professoren. Die Zahl der eingeschriebenen Studierenden der Medizin einschließlich der, noch relativ wenigen, Zahnmediziner(innen) beläuft sich auf etwa 5000. Die Zahl der Erstinskribenten liegt zwischen 500 und 600 pro Jahr, während in jedem Jahr etwa 250 Mediziner(innen) das Studium erfolgreich abschließen. Die aktuell offenen Krankbetten werden mit 1700 angegeben. Die Zahl an möglichen Ausbildungsbetten ist im Vergleich zu den klinischen Studienplätzen im internationalen Vergleich nicht zu hoch. Dabei wird gelegentlich unterstellt, die Kapazität des Universitätsklinikums wäre relativ hoch und sei allein durch den Versorgungsauftrag begründet; dies ist jedoch objektiv falsch.

Die Zuschüsse des Bundes für den klinischen Mehraufwand (KMA) sind in den zurückliegenden Jahren von 1.203 Mio. im Jahr 1994 auf 1.612 Mio. Schilling im Jahr 1999 angestiegen. Diese Werte beinhalten deutlich zunehmende Personalkosten, soweit sie vom Bund getragen werden, und steigende Investitionsausgaben für Klinikneubauten, im Jahr 1999 für 317 Mio. Schilling. Die Zahlenwerte für KMA entsprechen im Finanzierungssystem der österreichischen Hochschul-Medizin dem Zuschuss für Forschung und Lehre, wie er in den deutschen Bundesländern an die Universitätsklinik geleistet wird, um alle Aufgaben des Unterrichts, der Grundlagenforschung, klinische Studien und mögliche Trägerlasten abzudecken. Das ärztliche Personal an den Universitätskliniken in Innsbruck wird teils aus KMA-Mitteln finanziert, teils aus den Etats der TILAG.

**b Karl-Franzens-Universität Graz**

Die Medizinische Fakultät der Universität Graz hat keinen eigenen schriftlichen Forschungsbericht erarbeitet. Bekannt sind jedoch auch hier hochkompetitive Forschungsprojekte im Bereich der vorklinischen Medizin, so am Institut für Biophysik, und im klinischen Bereich; hierzu zählt ein Netz komplexer Forschungsaktivitäten von hohem Ansehen mit internationalen Kooperationen; dies erstreckt sich auf den nicht-operativen Bereich wie beispielsweise die Medizinische Universitätsklinik mit ihrer Klinischen Abteilung für Angiologie, ebenso wie auf die chirurgischen Fächer und den diagnostischen Fachbereich mit der Klinik für Radiologie. Die Hochschullehrer berichten, dass derzeit *Centers of Excellence* definiert werden, der Entwicklung auf wissenschaftliche Schwerpunkte Rechnung tragend. Es wird

darauf verwiesen, dass bestimmte wissenschaftliche und medizinische Schwerpunkte allein in Graz zur Gründung entsprechender klinischer Abteilungen geführt haben. Es wird von den Professoren darauf hingewiesen, dass die wissenschaftliche Gesamtleistung des Grazer Klinikums beachtlich ist, gemessen an der Zahl wissenschaftlicher Mitarbeiter und der noch kontinuierlich im Aufbau befindlichen Infrastruktur.

Die Medizinische Fakultät der Universität Graz hat 79 zugewiesene Planstellen für Professoren. Die Zahl der inskribierten Medizinstudenten beläuft sich auf etwa 4500, davon 600 – 700 Erstinskribenten pro Jahr. Die Zahl der erfolgreichen Studienabschlüsse wird mit 200 – 230 angegeben. Die aktuell gültige Zahl offener Krankenhaus-Betten liegt bei 1670. Damit ist auch an den Universitätskliniken in Graz, angesichts der hohen Zahl an Studierenden, kaum eine Reserve an Abbaukapazitäten zu erkennen, ohne dass Engpässe für den Unterricht am Krankenbett auszuschließen wären. Die KMA-Aufwendungen für die klinischen Einrichtungen der Universität Graz sind in den zurückliegenden sechs Jahren von 1.187 Mio. in 1994 auf 1.661 Mio. Schilling in 1998 angestiegen. Dies beinhaltet deutlich zunehmende Investitionskosten für Klinikneubauten und Geräte, von 152 Mio. im Jahr 1994 auf 553 Mio. im Jahr 1999. Somit ist der Etatansatz in Graz ähnlich wie in Innsbruck. So lagen im Jahr 1998 die gesamten KMA-Budgets einschließlich aller Personalkosten an beiden Universitäten etwa gleich. Ein Unterschied scheint darin zu bestehen, dass die Investitionskosten des Klinikums in Graz zu 50 % vom Bund übernommen werden, während in Innsbruck nur 40 % der Geräteinvestitionen aus Bundesetats finanziert werden.

**c Universität Wien**

An der Medizinischen Fakultät der Universität Wien beeindrucken die großen Zahlen. Auch wenn ein Forschungsbericht der Medizinischen Fakultät nicht in gedruckter Form vorliegt, ist die wissenschaftliche Kompetenz und das internationale Ansehen der Medizin in Wien unbestritten. Nach den Angaben der Medizinischen Fakultät beträgt die Summe der Impakt-Faktor-Punkte aller Publikationen der Hochschul-Lehrer in der Medizin rund 2000 pro Jahr; dies vergleicht sich nach der selben Quelle mit rund 1200 Impakt-Faktor-Punkten in den Publikationen der Kollegen in Innsbruck und mit 800 Punkten aus der Medizinischen Fakultät in Graz. Die Medizinische Fakultät der Universität Wien zählt 139 zugewiesene Planstellen für Professoren. Diese betreuen rund

11000 Studierende der Medizin; dabei sind Langzeit-Studierende ohne Aussicht auf Studienerfolg nicht eingerechnet. Pro Jahr werden etwa 1.600 Erstinskribenten zugelassen, davon derzeit 110 Studierende der Zahnmedizin. Die Zahl der Zahnmediziner wird kurzfristig nicht signifikant ansteigen, weil die Praktikumsplätze ab dem 4. Semester an Zahl limitiert sind. Pro Jahr schließen etwa 650 Studierende erfolgreich ab. Am Allgemeinen Krankenhaus sind derzeit etwa 2100 offene Betten verfügbar. Die Zahl der akademischen Mitarbeiter an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien beläuft sich auf rund 1800, davon etwa 1300 im Bereich des AKH. Ein wesentlicher Unterschied in der Finanzierungsstruktur des AKH, verglichen mit den Universitätskliniken in Innsbruck und Graz, besteht darin, dass alle akademischen Mitarbeiter aus Mitteln des Bundes finanziert sind. Dies wird damit begründet, dass die Zahl der akademischen Positionen und Krankenhausbetten, relativ zur Zahl der Studierenden, niedriger ist als an den beiden anderen Universitätskliniken; in diesem Sinne gilt das AKH nicht als ein typisches Krankenhaus mit breitem Versorgungsauftrag, zumal im Bereich des Wiener Krankenanstalten-Verbundes KAV etwa 28 weitere Krankenanstalten für die Breitenversorgung der Bevölkerung existieren. Die KMA-Aufwendungen des Bundes für das AKH als akademisches Krankenhaus der Universität beliefen sich in den zurückliegenden Jahren auf Werte zwischen 3.960 Mio. und 4.881 Mio. pro Jahr. Die besonders hohen Summen zu Beginn der neunziger Jahre beruhen dabei auf den Aufwendungen für den Neubau des AKH, rechnerisch bilanziert als VAMED-Erfolg. Diese Bauaufwendungen, im Jahr 1993 mit 1.891 Mio. angegeben, reduzierten sich im Jahr 1999 auf 185 Mio., während in der zweiten Hälfte des Jahrzehnts erstmals Mittel für weitere Klinikneubauten auftauchen. Die Aufwendungen des Bundes für Personalkosten, Verbrauchsmittel und Investitionen in Forschung und Lehre sind somit an der Universität Wien signifikant höher als an den beiden Universitäten in Innsbruck und Graz, auch in Relation zu Parametern wie Zahl der Professoren, Studierenden oder Planbetten.

## **C Zielvorgaben**

### **1. Zusammenführung der Verantwortung für Forschung, Lehre und Krankenversorgung**

Ein Kernproblem in der Struktur der Hochschul-Medizin an den österreichischen Universitäten besteht in der gespaltenen Verantwortung für die Universitätskliniken, welche entsprechend dem Sicherstellungsauftrag der Länder je nach Universitätsstandort von den Bundesländern Tirol und Steiermark sowie der Gemeinde Wien verantwortlich getragen werden. Die Bundesländer in Österreich haben keine eigene Wissenschaftsadministration; entsprechend sind die Zielvorgaben der Krankenhausträger nicht primär auf den wissenschaftlichen Erfolg ihrer Institutionen orientiert. Entscheidend für den Krankenhausträger ist die Qualität der Krankenversorgung sowie der wirtschaftliche Erfolg der Institution. Da das leistungsorientierte Krankenhaus-Finanzierungssystem (LKF) keine unbegrenzte Kostenexpansion erlaubt, steht die Krankenversorgung an den Universitätskliniken unter finanziellen Restriktionen. Immerhin können die Universitätskliniken für sich den Vorteil verbuchen, dass für die Finanzierung der Krankenversorgung gleiche Prinzipien wie für die nichtuniversitären Krankenanstalten der öffentlichen Hand gelten. Unter Einbeziehung der KMA-Zuschüsse als bundesfinanzierte Hochschulbudgets ergeben sich in der Competition mit den regionalen Kliniken auch Vorteile. In diesem Sinne sind die Universitätskliniken in Österreich in einer günstigeren Situation als in Deutschland, wo die Zuschüsse für Forschung und Lehre und für Bau- und Geräteinvestitionen an den Kliniken aus den Wissenschaftsetats zu bestreiten sind, welche nicht immer mit den Etats der Sozialministerien für die allgemeine Krankenhausfinanzierung mithalten können. Insgesamt darf die Finanzierung der Universitätskliniken in Österreich an sich als solide angesehen werden, zumal in der Regelversorgung weniger Konkurrenz durch private Klinikkonzerne und sonstige privatwirtschaftliche Träger als im deutschsprachigen Ausland besteht. Auch wenn somit die Finanzierungsengpässe an den österreichischen Universitätskliniken für die Krankenversorgung nicht übermächtig erscheinen, besteht das Problem, dass in den Entscheidungen der Krankenhausträger den Belangen von Forschung und Lehre ein zu geringer Rang eingeräumt wird. Allein die Tatsache, dass die

Zuwendungen des Bundes an die Krankenhausträger mit dem Begriff *Klinischer Mehraufwand* (KMA) bezeichnet werden, verstärkt den Verdacht, dass die Zuschüsse des Bundes für die Deckung von Defiziten herangezogen werden, welche sich aus den Ansprüchen einer hochgezuchteten Medizin der Maximalversorgung auf einer Kalkulationsbasis ergeben, die an sich auf nichtuniversitäre Krankenhäuser zugeschnitten ist. Damit stellt sich auch für Österreich das gleiche Grundproblem wie in der Bundesrepublik Deutschland; dort wird es seit dem Erscheinen des Grundsatzpapiers der Kultusministerkonferenz des Jahres 1995 intensiv analysiert (Wissenschaftsrat 1995, 1999, Deutsche Forschungsgemeinschaft 1999).

Um die Zweckbestimmung der Mittel für die Belange von Forschung und Lehre auf Dauer sicher zu stellen, müssen die Verantwortungsträger für Forschung und Lehre sowie die Träger der Krankenversorgung in gemeinsamen Gremien zusammengeführt werden. Hierzu wurden in den verschiedenen deutschen Bundesländern zwei Grundmodelle entwickelt, (1.) Kooperationsmodelle und (2.) Integrationsmodelle. Als Integrationsmodell werden Regelungsformen bezeichnet, bei denen die Verantwortung für den Betrieb der Krankenanstalten und für die Aufgaben in Forschung und Lehre durch einen einheitlichen Vorstand wahrgenommen werden. Dem gegenüber stehen verschiedene Formen von Kooperationsmodellen, in denen die Leitungsorgane des Krankenhausträgers für die Universitätskliniken nicht mit den Entscheidungsgremien der Medizinischen Fakultät identisch sind. Die Kooperationen beschränken sich zum Teil auf vertragliche Regelungen zwischen Medizinischen Fakultäten und Hospitälern, welche sich in völlig getrennter Trägerschaft befinden und die Funktion von Lehrkrankenhäusern haben. Andererseits gibt es Kooperationsmodelle, bei denen sich die Medizinische Fakultät und die Universitätsklinik in der gleichen Trägerschaft befinden und die Diversität alleine dadurch zum Ausdruck kommt, dass das jeweilige Leitungsgremium in der personellen Zusammensetzung nicht identisch ist und dass die Aufgaben für Forschung und Lehre bzw. Krankenversorgung aus separaten Budgets sichergestellt werden. Integrationsmodelle haben den Vorteil, dass sie straffe, wohlorganisierte Organisationsstrukturen anbieten. Ein Nachteil besteht jedoch darin, dass die entscheidenden Verantwortungsträger in der Regel nach ihrer Befähigung in der wirtschaftlichen Führung eines Krankenhauses ausgewählt werden, jedoch nicht nach ihren Fähigkeiten im Wissenschafts-Management oder ihrer

Motivation zur Gestaltung der Lehre. Kooperationsmodelle haben dem gegenüber den Nachteil, dass die Entscheidungsstrukturen oft sehr komplex sind. Sie sind dann problematisch, wenn die Budgets für Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung nicht sauber getrennt sind und die Haushaltsverantwortung in der Hand von Verwaltern liegt, welche sich mehr der Wirtschaftlichkeit einer Klinik als dem Erfolg in der Wissenschaft verantwortlich fühlen. Je unklarer die Entscheidungswege, je undurchsichtiger die Budgets mit zahlreichen Verzweigungen und Teilbudgets, desto geringer ist die Chance, dass wissenschaftlicher Sachverstand bei leistungsgerechter Mittelzuweisung zum Tragen kommt.

Ein konsequentes Integrationsmodell für die Struktur der Hochschul-Medizin wurde in Niedersachsen geschaffen, wo es einen einheitlichen dreiköpfigen Vorstand für das Universitätsklinikum und die voll integrierte Medizinische Fakultät gibt (Hochschulgesetz Niedersachsen 1998). Ein ausgereiftes Kooperationsmodell wurde im Bundesland Baden-Württemberg geschaffen, in dem es neben dem Universitätsklinikum unter Leitung eines Klinikumsvorstandes eine Fakultätsleitung gibt, welche die Haushaltsverantwortung für alle Belange der Forschung und Lehre im gesamten Bereich der Medizinischen Fakultät einschließlich der vorklinischen Institute trägt (Hochschulgesetz Baden-Württemberg 2000). Nach dem Modell in Baden-Württemberg werden die beiden Exekutivgremien der Medizinischen Fakultät bzw. des Universitätsklinikums dadurch zusammengeführt, dass in den Personen des Dekans der Medizinischen Fakultät und des Ärztlichen Direktors eine personelle Überlappung besteht. Das Organisationsmodell des Landes Baden-Württemberg vereinigt damit eine Reihe wesentlicher Vorteile. In allen Entscheidungsgremien für die Belange von Forschung und Lehre der Medizinischen Fakultät und für die Aufgaben der Krankenversorgung im Universitätsklinikum gibt es eng verzahnte Verantwortlichkeiten. Ferner kann erreicht werden, dass durch die wirtschaftliche Einbeziehung der vorklinischen und klinisch-theoretischen Institute die gesamte Medizinische Fakultät einer einheitlichen Organisationsstruktur untersteht. Besonders vorteilhaft ist, dass das Modell getrennte Budgets für Forschung und Lehre sowie für die Krankenversorgung erzwingt; sie sind nicht miteinander vermischbar. Damit behalten die Belange der Forschung und Lehre einen Eigenwert innerhalb der vereinten Medizinischen Fakultät.

Die offenkundigen Vorteile des Kooperationsmodells, wie es in Baden-Württemberg in den letzten Jahren realisiert wurde, sollen für die folgenden Überlegungen als vorbildhaft genommen werden. Dabei sind beim Vergleich von Integrations- und Kooperationsmodell die Vorteile des letzteren nicht in jeder Hinsicht unbestritten. Verfechter des Integrationsmodells verweisen darauf, dass nur in dieser Organisationsform die Nachteile von unklar abgegrenzten Zuständigkeiten, Doppelbefassungen, unterschiedlichen Leitungsprinzipien bestünden. Um auf den Wettbewerb mit nicht-universitären Kliniken strategisch und operativ besser reagieren zu können, könne das Klinikum im Integrationsmodell die ministerielle Bürokratie wirksamer abschütteln. Dagegen seien administrativ-strategische Neuausrichtungen im Kooperationsmodell schwerer zu realisieren. Das Integrationsmodell sei nur deshalb unbeliebt, weil die Hochschullehrer sich zu Professoren zweiter Klasse unter einer straffen Geschäftsführung deklassiert sähen. Dem ist zunächst entgegenzuhalten, dass die Selbsteinschätzung der Hochschullehrer in ihrer akademischen Einbindung ein handfestes Argument bei der Competition um die besten Fachvertreter in den Berufungsverfahren ist. Vor allem ist jedoch zu bedenken, dass ein produktiver Wissenschaftsbetrieb grundsätzlich anderen Gesetzmäßigkeiten unterliegt als effiziente Krankenversorgung. Erfolgreiche Forschungsinitiativen kommen immer von den Wissenschaftlern selbst, nicht von deren Managern. Auch ist die Exekutivebene erfolgreicher Forschungsinstitutionen nicht in der Lage, Personalentscheidungen bei der Auswahl der Besten kompetent zu fällen. Eine erfolgreiche Suche nach Spitzenforschern funktioniert nur, wenn die Breite der wissenschaftlichen Fachkompetenz einer ganzen Fakultät dafür rekrutiert werden kann. Daher gilt, dass die Organisation der Hochschulmedizin nicht nur den einfachen Regeln der Betriebswirtschaft zu folgen hat, sondern auch den international bewährten Gesetzen des akademischen Wissenschaftsmanagements. Unter diesen Gesichtspunkten sind, zumindest aus heutiger Sicht, optimale Kooperationsmodelle wie in Baden-Württemberg von unübertroffener Attraktivität. Unter Berücksichtigung aller Vor- und Nachteile der verschiedenen Modelle muss somit eine wissenschaftsorientierte Hochschule das Kooperationsmodell klar bevorzugen. Wissenschaft braucht Freiräume; diese lassen sich im Kooperationsmodell besser sicherstellen. Dieses hohe Ziel muss gelegentlich durch eine komplexere und nicht ganz so straffe Organisationsstruktur erkaufte werden. Aus diesen Gründen, auch basierend auf zahlreichen Gesprächen mit



Entscheidungsträgern der Hochschulmedizin in Österreich, wird mit den folgenden Strukturempfehlungen ein Kooperationsmodell angestrebt.

## **2. Rechtsfähigkeit für die Hochschul-Medizin und Lösung aus der ministeriellen Fachaufsicht**

Die deutschsprachigen Universitäten stehen traditionell unter ministerieller Fachaufsicht. Dies bedeutet, dass die Verantwortung für zahlreiche Organisationsabläufe unmittelbar durch Beamte aus den zuständigen Fachministerien durchgeführt wird. Mit der zunehmenden Komplexität der Entscheidungen in den Universitäten ist es nicht mehr möglich, dass durch Fernsteuerung aus den Ministerien die notwendige stringente Betreuung in allen Verzweigungen der Hochschule stattfindet. Dies gilt insbesondere für die Medizin, wo neben den Belangen von Forschung und Lehre auch wirtschaftliche Zwänge eine immer größere Rolle spielen. Daher gibt es, nicht nur in Österreich, die verbreitete Ansicht, dass die Fachaufsicht durch die Ministerien durch eine allgemeine Rechtsaufsicht ersetzt werden muss und die Verantwortung für Verwaltungsabläufe in den Hochschulen dezentral wahrzunehmen ist. Gerade in Österreich gestaltet sich eine Fachaufsicht der Medizinischen Fakultäten unterschiedlich, da einerseits die Universität Wien mit dem Allgemeinen Krankenhaus in der Nähe der Bundesministerien liegt, jedoch die Medizin an der Universität Innsbruck allein aufgrund der geografischen Distanz kaum lückenlos betreut werden kann. Überhöhte Ansprüche an die ministerielle Fachaufsicht führen zu punktuellen Verzerrungen in den Einzelentscheidungen und werden von den Hochschul-Lehrern als ungerecht empfunden. Für die Hochschul-Medizin bietet es sich daher an, im Rahmen der rechtlichen Verselbständigung die wesentlichen Aufsichtsfunktionen des Ministeriums auf einen Verwaltungsrat des Universitätsklinikums zu übertragen. Für den Bereich der medizinischen Forschung und Lehre sollen die Entscheidungswege in Kliniken und Instituten jedoch im Prinzip nach den gleichen Regeln akademischer Meinungsbildung verlaufen wie in den anderen Fakultäten der Universität.

Die verschiedenen Modelle der rechtlichen Verselbständigung von Universitätskliniken in der Bundesrepublik sehen zum Teil vor, dass die Klinika teilrechtsfähige Regiebetriebe des Staates bleiben; zum Teil wurden jedoch auch Strukturen nach den Regeln des Handels- und Stiftungsrechts

entwickelt. So kann ein Universitätsklinikum in eine voll rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts, in eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GesmbH) oder in eine Stiftung umgewandelt werden. Ein Universitätsklinikum, welches den Gesetzen des Handelsrechts unterliegt, bedürfte darüber hinaus nur modifizierender Regelungen, während es in seiner Grundstruktur bereits festgelegt ist. Dem gegenüber müsste ein staatlicher Regiebetrieb durch Gesetze und Verordnungen festgelegt werden. Während aus diesem Grund von Seiten der Politik und der Ministerien der weitergehenden Verselbständigung der Vorzug gegeben wird, neigen viele Verantwortungsträger der Universitäten mehr dazu, dass ein Hochschulklinikum stärker in die Verantwortung des staatlichen Trägers eingebunden ist, der eine Gewährleistungspflicht für den Bestand der Institution hat. Dies ist nicht allein durch die Sorge motiviert, dass eine öffentlich finanzierte Institution mit zunehmender Verselbständigung möglichen Etatkürzungen ungeschützt ausgesetzt wäre. Ein gelegentlich geäußertes Argument gegen die Verselbständigung der Universitätsklinik nach dem Handelsrecht besteht darin, dass es zu einem Überwiegen der wirtschaftlichen Aspekte in den Institutionen kommen könnte und dass dadurch die Aufgaben der Wissenschaft und die Ausbildung der Studierenden nachrangig werden könnten.

Dass die Zuschüsse, welche den Universitätskliniken für ihre Aufgaben für Forschung und Lehre zugewendet werden, oft anderweitig verwendet werden und für die Erfüllung von nicht-wissenschaftlichen Trägeraufgaben der Universitätskliniken genutzt werden, ist eine reale Gefahr und stellt in vielen Ländern eine schwere Hypothek für die klinische Forschung dar; dieser Problembereich wurde vom Papier der deutschen Kultusministerkonferenz 1995 sowie den Stellungnahmen des Wissenschaftsrates 1995 und 1999 ausgiebig analysiert und als Kernproblem der klinischen Forschung in der Bundesrepublik Deutschland dargestellt. Daher können Verselbständigungsmodelle für Universitätskliniken nur dann den Aufgaben in der Wissenschaft gerecht werden, wenn akademische Leistungsträger in die Entscheidungsprozesse über Etatzuweisungen fest eingebunden sind und die Rechtsform des Klinikums zulässt, dass die Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung gleichgewichtig wahrgenommen werden können.

Die besonderen Gesetzmäßigkeiten der Hochschul-Medizin, in dualer Verantwortung und anteiliger Finanzierung durch Bund und Länder, werden es unter den Vorgaben der Bundesverfassung in Österreich wahrscheinlich nicht erlauben, dass ein rechtlich verselbständigt Universitätsklinikum als Substruktur der Universität eingerichtet wird; es wäre wohl kaum zu erwarten, dass die Bundesländer ihre Verantwortung für die Universitätsklinika einer Institution der Universität übertragen würden, die nur teilrechtsfähig wäre. Daher bietet sich als Alternative der zweite Weg an, wonach die Universitätskliniken in Betriebsführungsgesellschaften eingebracht werden, welche nach dem Recht einer GesmbH zu führen sind. Gesellschafter müssten der Bund, das jeweilige Land und die Universität sein. Als Betriebsgegenstand sind Forschung, Lehre und Krankenversorgung in Gleichrangigkeit zu definieren, auch wenn der Umfang finanzieller Verpflichtungen im Bereich der Krankenversorgung immer am höchsten sein wird. Durch Syndikatsvertrag wäre sicherzustellen, dass die Eigentümerstruktur sich nicht in der Höhe der Mittelzuweisungen durch Bund und Länder widerspiegelt; vielmehr sind die bisherigen Verantwortlichkeiten für die Hochschul-Finanzierung im Prinzip fortzuschreiben. Entscheidend ist, dass die KMA-Mittel des Bundes für Forschung und Lehre durch die Hände der Medizinischen Fakultät an die Betriebsführungs-GesmbH gehen; die Haushaltsverantwortung für Forschung und Lehre muss beim Fakultätsvorstand unter Kontrolle des Fakultätskollegiums liegen. Bezüglich des Eigentums aus allen Liegenschaften des Universitätsklinikums wäre die Übertragung an die GesmbH vorstellbar; falls dies nicht zutreffen wird, sollte sichergestellt werden, dass der Fruchtgenuss an allem sachlichen Substrat bei der Betriebsführungsgesellschaft liegt.

### **3. Professionalisierung der Verwaltungen**

Die Nachteile der Kameralistik für die Lenkung der Finanzierungsströme an den Universitäten sind hinreichend bekannt. Es wird allgemein gefordert, dass die Kameralistik durch kaufmännische Buchführung ersetzt wird und dass globalisierte Haushalte an den Universitäten eingeführt werden. Nur die Möglichkeit der Konversion zwischen Personal-, Verbrauchs- und Investitionsmitteln bietet die notwendigen Anreize zu Einsparungen durch flexibles Management. Solange Mittel nicht auf die nachfolgenden Jahre übertragbar sind, ist die Verschwendung von Verbrauchsmitteln zu

Jahresende unvermeidlich. Es muss das Ziel sein, dass die Budgets für Forschung und Lehre für den gesamten Bereich der Medizin von der Medizinischen Fakultät und die Mittel für Krankenversorgung unter Verantwortung des Klinikumsvorstandes im Universitätsklinikum nach gleichen Regeln kaufmännischer Buchführung verwaltet werden. Die Budgets für Forschung und Lehre müssen auf die einzelnen Kliniken und Institute nach universitären Regeln umgelegt werden. Daraus ergäben sich jeweils Budgetansätze, die unter Verantwortung durch die Leiter der Kliniken und Institute stehen. Die Institute und Kliniken stehen in Eigenverantwortlichkeit für die Verwendung ihrer jeweiligen Budgets für Forschung und Lehre bzw. Krankenversorgung. Die Mittelverwendung muss durch gegenseitige Deckungsfähigkeit flexibel bleiben. Nicht detailliertes Controlling ist entscheidend, sondern die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Klinik oder des Instituts im Hinblick auf wissenschaftliche Produktivität, Qualität der Lehre und Leistungen in der Krankenversorgung. Die Verwaltungen der Betriebsführungs-Gesellschaften im Universitätsklinikum müssen zu transparenter Trennungsrechnung befähigt sein und sowohl die Regeln des Wissenschafts- und Unterrichtsmanagements beherrschen als auch konkurrenzfähige Krankenhäuser organisieren können. Diese komplexe Verantwortung stellt besondere Anforderungen an die Qualifikation des Verwaltungsleiters, der nur zeitlich begrenzt bestellt werden kann und dessen Vergütung den Besonderheiten des Amtes angepasst sein muss.

#### **4. Professionalisierung der akademischen Entscheidungsstrukturen**

Die Aufgaben der Dekane und der Ärztlichen Direktoren an den Medizinischen Fakultäten werden immer komplexer. Beide haben umfangreiche Entscheidungs- und Verwaltungskompetenzen. Die Fakultäten stehen im nationalen und internationalen Wettbewerb um Leistungsträger und Forschungsfinanzierung. Für den Erfolg von Berufungsverhandlungen ist professionelle, zügige Abwicklung entscheidend. Neue Aufgaben entstehen, wie die Gestaltung von Arbeitsverträgen mit akademischem Personal, die Festlegung von individuellen Vergütungen und eine zunehmende Zahl an akademischen Berufungsverfahren. Ein Dekan oder Ärztlicher Direktor ist überfordert, wenn er zugleich die volle Verantwortung für eine Klinik oder ein Institut zu tragen hat. An den österreichischen Medizinischen Fakultäten werden die Dekane teilweise von ihren Aufgaben freigestellt, jedoch nicht an

jedem Standort. Längerfristig wird es nicht vermeidbar sein, dass Dekane und Ärztliche Direktoren ihre Aufgaben *ex officio* im Hauptamt wahrnehmen. Angesichts der Verantwortung dieser Ämter wird es sich empfehlen, diese Ämter offen und überregional auszuschreiben. Findungskommissionen unter Beteiligung der Medizinischen Fakultät und der Hochschul-Leitung, beim Ärztlichen Direktor auch des Verwaltungsrats, sollten die geeigneten Kandidaten identifizieren und das Benehmen über die Personalentscheidungen mit den Fakultätskollegien herbeiführen. Die Ernennung durch den Rektor der Universität würde die doppelte Legitimation für die Amtsträger bedeuten. Für das Amt der Dekane sollten Professoren vorgesehen werden, welche zuvor als wissenschaftliche Leistungsträger und Organisatoren von Forschungsprogrammen internationales Profil gewonnen haben und Kompetenz in Verwaltung und Gesundheitsökonomie nachweisen können. Die Bestellung eines Dekans oder Ärztlichen Direktors sollte grundsätzlich zeitlich limitiert sein, beispielsweise auf vier Jahre, mit der Möglichkeit der Wiederbestellung. Die Besoldung muss sich an die Marktsituation anpassen können; die Kandidaten werden in der Regel Medizinprofessoren mit beträchtlichem Einkommen aus Nebenbeschäftigung sein. Dem Dekan sollte ein professioneller Forschungsreferent zur Verfügung stehen, typischerweise mit Qualifikation zum Hochschul-Lehrer. Auch der Studiendekan sollte sich auf die Unterstützung durch einen akademischen Mitarbeiter als Lehrreferent verlassen können. Forschungs- und Lehrreferat sollten einer einheitlichen Dekanatsverwaltung zugeordnet sein.

Entscheidungsgremien an den österreichischen Hochschulen bauen teilweise auf dem Prinzip einer Parität von Professoren, akademischem Mittelbau und Studierenden auf. Dies wird manchmal im Ausland kritisiert. So schlägt G. Reber (2000) vor, dass eher eine duale Sicht mit Lehrenden und Lernenden angemessen wäre. Für den Bereich der Hochschul-Medizin, der mit besonderen Verantwortungsfeldern in der Krankenversorgung verbunden ist, sollten die Hochschullehrer generell eine Mehrheit in den akademischen Entscheidungsgremien haben. Das Prinzip, wonach die berufenen Professoren die Mehrheiten in den Gremien der Hochschul-Medizin bilden, findet sich in den Hochschul-Gesetzen aller deutschen Bundesländer.

## **5. Attraktivität der Positionen für Hochschul-Lehrer durch Kostentransparenz und Eigenverantwortlichkeit**

Gewachsene Strukturen in der Mittelzuweisung an Institute und Kliniken schaffen Misstrauen und Unzufriedenheit. Die Leistungsträger in Kliniken und Instituten werden motiviert, wenn sie die Prinzipien der Finanzausstattung nachvollziehen können und die Chance gewinnen, durch höhere Leistungen zusätzliche Mittel zu erlangen. Weiterhin ist wesentlich, dass auch die einzelnen Institute und Kliniken flexible Haushalte erhalten. Durch gegenseitige Deckungsfähigkeit der Etatposten und eigenständige Bilanzierung der Kosten für Forschung, Lehre und Krankenversorgung auf der Ebene der einzelnen Kliniken und Institute müssen die verantwortlichen Professoren die Möglichkeit bekommen, zukunftsweisende Investitionsentscheidungen mitzugestalten. Grundsätzlich soll der Etat für Forschung und Lehre an einer Klinik und an einem Institut aus drei Komponenten bestehen, (1.) aus der Grundausrüstung, die sich nach der Zahl der Arbeitsgruppen und Abteilungen zu richten hat, (2.) aus der Bonusausstattung mit KMA-Mitteln für besondere Leistungen in Forschung und Lehre und (3.) aus der Ausstattung an Drittmitteln, welche als wissenschaftliche Fördermittel auf der Basis externer Begutachtungsverfahren zugewiesen werden oder als Betriebseinnahmen für externe Leistungen zu verbuchen sind.

Die Attraktivität der Positionen von Hochschullehrern in der Medizin hängt auch von Einkünften ab, die aus Nebentätigkeiten oder Nebenbeschäftigungen entstehen. Die Hochschulen in Österreich zeichnen sich durch besonders liberale Regelungen aus. Im Gegensatz zu Deutschland ist es den Professoren und den Mitgliedern des Mittelbaus erlaubt, auch außerhalb der Universitätskliniken und -institute ärztlichen Nebenbeschäftigungen nachzugehen. Wie oben ausgeführt, sind zu viele Freiheiten zu außerhäusigen Nebenbeschäftigungen der Leistungsfähigkeit in Forschung und Lehre abträglich. Daher wird vorgeschlagen, Nebentätigkeit und Nebenbeschäftigung in außenstehenden Institutionen einzuschränken. Die Ausfälle an privaten Einnahmen sollten, zumindest zum Teil, durch außertarifliche Bezahlung der hauptamtlichen Tätigkeit aufgefangen werden. Dienstvorgesetzter der Professoren und des weiteren wissenschaftlichen Personals sollte der Rektor der Universität sein, der seine Aufgabe teilweise

an den Dekan der Medizinischen Fakultät und an die Klinikumsverwaltung delegieren kann. Gerade die komplexen Bereiche der Nebenbeschäftigung mit Privateinkünften, ebenso wie das Disziplinarrecht, sind wahrscheinlich beim Rektor der Universität am besten angesiedelt.

## **6. Wissenschaftliche Profilierung der Medizinischen Fakultäten**

Die Medizinischen Fakultäten sollten gehalten sein, langfristige Strategien und Planungen zu ihrer wissenschaftlichen Profilierung zu entwickeln. Die strategischen Entscheidungen werden grundsätzlich unter der Verantwortung des Fakultätskollegiums stehen. Zur Vorbereitung der komplexen Entscheidungen wird es notwendig sein, an jeder Fakultät Arbeitskommissionen einzurichten, welche sich den einzelnen Zielen widmen. Die Strukturkommissionen der Medizinischen Fakultät hätten durchweg beratende Funktion; sie sind verantwortlich gegenüber dem Fakultätskollegium. Eine typische Aufgabengliederung ergäbe sich, indem jeweils eine Kommission für Angelegenheiten (1.) von Forschung und wissenschaftlichem Nachwuchs, (2.) von Lehre und Studierenden, (3.) von Lehrstuhl- und Stellenplanung sowie (4.) von Bau- und Haushaltsangelegenheiten eingerichtet würde. Die Kommission für Forschung und Wissenschaftlichen Nachwuchs berät das Fakultätskollegium bei der Frage, nach welchen Prinzipien die KMA-Mittel in Grundausstattung der Kliniken und Institute und in die Bonusausstattung aufzugliedern sind. Die Forschungskommission muss über strategische Mittelreserven verfügen und die Prinzipien der wissenschaftlichen Leistungsevaluierung ausarbeiten. Die Forschungskommission sollte auch über die Zuteilung von Verfügungsflächen für Drittmittel-finanzierte Projekte in der Fakultät entscheiden. Ferner bereitet sie Initiativen der Fakultät zur Verbundforschung vor und bewertet die Vergabe von Außerordentlichen Professuren und anderen Evaluierungsmaßnahmen für Nachwuchsforscher.

Drittmittelfinanzierte Forschung zieht regelmäßig Infrastrukturkosten und Folgelasten nach sich. Somit ergibt sich oft, dass gerade die leistungsfähigsten Träger der Forschung, welche in externer Begutachtung erfolgreich waren, in finanzielle Engpässe ihrer Abteilung geraten. Auch Universitäten, deren Mitglieder in der Competition um externe Drittmittel besonders erfolgreich sind, haben zusätzliche Lasten auf der Ebene der

Personalverwaltung und der weiteren allgemeinen Administration. Daher sollten Modelle entwickelt werden, nach denen ein signifikanter Betrag (beispielsweise 80 %) aller Drittmittel-Einwerbungen, aus den Zuwendungen des Bundes den Fakultäten zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Dies wäre ein weiteres Element der Kompetition und würde auch als Anreiz für die Medizinischen Fakultäten wirken, die Entwicklungen zukunftssträchtiger Forschungs- und Lehrprogramme zu unterstützen, um mehr Chancen auf externe Drittmittelförderung zu gewinnen. Nach diesem Modell könnte die Hälfte der Drittmittel-Boni (also 40 % des direkten Förderbetrages) von der Fakultät an das jeweilige Institut bzw. die Klinik weitergegeben werden.

## **7. Zugangsregelung zum Studium an den Medizinischen Fakultäten**

Es erscheint unbestritten, dass die Zahl der Studierenden an den Medizinischen Fakultäten in Österreich zu hoch ist und die Ausbildungskapazität überschreitet. Dies hat zur Folge, dass die Qualität der Ausbildung notwendigerweise leidet, da die Betreuungsrelation zwischen Lernenden und Lehrenden ungünstig ist und die Zahl der Praktikumsplätze, vor allem in den Kliniken, für den Bedarf nicht ausreicht. Hinzu kommt, dass die kostspielige Ausbildung unnötiger, später arbeitsloser Ärzte nicht nur unwirtschaftlich, sondern auch sozial nicht zu verantworten ist. Daher sollte, in Absprache mit staatlichen Institutionen und Standesvertretungen, eine realistische Planung durchgeführt werden und die Kapazität zum Studium an den Medizinischen Fakultäten mit Augenmaß festgelegt werden. Zugangsregelungen zum Medizinstudium sind internationaler Standard. Entscheidend ist, dass die Zulassungs- und Kapazitätsregelungen in den Händen der Universitäten bleiben. Grundlage der Zulassung durch die Medizinischen Fakultäten können Maturazeugnisse, Warteperioden, soziale Härtefallregelungen und vor allem Interviews durch Hochschul-Lehrer der Fakultäten sein. Es wäre zu erwägen, ob auch schriftliche Eignungsprüfungen herangezogen werden können (Hohner, 1995). Dabei sollte auch der psychologische Faktor bewertet werden, dass erfahrungsgemäß die Auswahl von Studierenden durch Hochschul-Lehrer einer Medizinischen Fakultät der Beginn einer persönlichen Bindung an die Hochschule darstellen, die sich später in die Verbundenheit der Alumni an ihre Ausbildungsstätte fortsetzt. Sollte eine Zulassungsregelung zu den Medizinischen Fakultäten aus



verfassungsrechtlichen Gründen in Österreich nicht möglich sein, wäre es erforderlich, durch Prüfungen im ersten Studienjahr die Zahl der Studierenden an die Verfügbarkeit von Praktikumsplätzen anzupassen. Die Zahl der Absolventen von den Medizinischen Fakultäten sollte letztlich in einem sinnvollen Verhältnis zum Bedarf stehen; andernfalls entstehen soziale Notsituationen mit langen Wartezeiten auf Fortbildungs- und Arbeitsplätze. Vor allem aber darf die Qualität der Ausbildung nicht darunter leiden, dass die Ausbildungskapazitäten der Medizinischen Fakultäten überschritten werden.

## 8. Neue Formen des Unterrichts

Die Medizinische Fakultät der Universität Wien hat ein neues Curriculum für den Unterricht der Medizinstudenten entwickelt, der vor allem Aspekte des problemorientierten Unterrichts, des Blockunterrichts und der Lehre am Krankenbett enthält. Diese Tendenz ist generell zu begrüßen. Jedoch darf dabei der systematische, wissenschaftlich aufgebaute Unterricht in Vorlesungen, Seminaren und Kursen nicht aufgegeben werden. Eine der Stärken des Unterrichts in der Medizin an den Fakultäten in Österreich besteht in der mündlichen Prüfung. Während in der Bundesrepublik Deutschland den Hochschul-Lehrern die Zuständigkeit für Prüfungen durch staatliche Organe mit Hilfe eines Zentralinstituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungen in staatlicher Regie weitgehend entzogen wurde, liegt die Prüfungshoheit in Österreich nach wie vor bei den Fakultäten. Das Prüfungswesen an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland ist die leidvolle Geschichte deformierten Lernverhaltens, welches oft nur auf die schematisierte Beantwortung von *Multiple Choice*-Fragen orientiert ist. Das Prüfungssystem in Österreich ist besser; unter Verantwortung der Hochschule führt es zu einem akademischen Abschluss, der im internationalen Vergleich als ein Diplom- oder ein Magistergrad bezeichnet werden kann. Die Prüfungen in einer Vielzahl von Fächern, seien sie mündlich oder schriftlich, sind probate Verfahren der Leistungsevaluierung; sie sollten als wertvolles Gut der Medizinischen Fakultäten in Österreich beibehalten, gepflegt und fortgeführt werden.

An den Medizinischen Fakultäten in Österreich wurden in den letzten Jahren neue Konzepte für ein Doktoratsstudium der Medizinischen Wissenschaften entwickelt. Das Doktoratsstudium kann zum *Doctor scientiae medicae* (*Dr.*

*scient.med.*) führen. Der Promotionsweg steht sowohl Naturwissenschaftlern als auch Medizinern offen; im letzteren Falle führt er zum *Doctor medicinae universae et scientiae medicae (Dr. med. univ. et scient. med.)*. Grundsätzlich ist die Entwicklung zum Promotionsstudium sehr zu begrüßen; sie hat Ähnlichkeiten mit den *M.D. / Ph.D.*-Programmen im angelsächsischen Ausland. Zu bemängeln ist jedoch, dass in der Humanmedizin der Dokortitel (*Dr. med.*) auch verliehen wird, wenn die Studierenden keine überzeugende Promotionsarbeit verfasst haben. Hierzu ist anzumerken, dass das Promotionsverfahren für Mediziner in der Tradition der deutschen Universitäten seit Generationen den wissenschaftlichen Nachwuchs für die Forschung rekrutiert hat. Das österreichische System, welches den Doktorgrad ohne eine dezidierte wissenschaftliche Leistung während des Studiums verleiht, begibt sich dieser Chance.

## 9. Leitungsmodelle im Bereich der strukturierten Kliniken

Im Bereich der Medizinischen Fakultäten in Österreich gibt es Kliniken, welche eine Substruktur in Abteilungen aufweisen, und unstrukturierte Kliniken, welche nur nach Art einer einzelnen Abteilung aufgebaut sind. Die Abteilungen stehen in der Regel unter der Leitung eines berufenen Professors (Univ.-Prof.), der lebenslang mit der Leitung der Abteilung betraut ist und in diesem Sinne eine Primarius-Funktion ausübt. Dieser Aufbau der Universitätskliniken, nach internationalen Maßstäben als *Department*-Struktur zu bezeichnen, findet offensichtlich bei den Hochschul-Lehrern der österreichischen Universitäten weite Akzeptanz. Im Gegensatz zu einzelnen Ländern der Bundesrepublik Deutschland, wo es innerhalb der Abteilungsstruktur zu Konflikten zwischen mehreren Professoren kommen kann, die in einem gegenseitigen Verhältnis der Über-/Unterordnung stehen, ist der Aufbau der Kliniken aus der klinischen Abteilungen im Grundansatz konfliktarm. Entscheidend ist, dass die Position des Leiters der Klinik von einzelnen Abteilungsleitern im Wechsel wahrgenommen wird. Da damit zu rechnen ist, dass innerhalb der Kliniken nicht immer Einigung darüber gefunden wird, wer die Verantwortungsfunktion innehat, muss die Entscheidung darüber beim Dekan der Medizinischen Fakultät beziehungsweise bei der Fakultätsleitung liegen können.

Zu fragen ist, welche Konsequenzen aus der Berufung von Professoren entstehen, die sich in der Primarius-Funktion nicht bewähren. Es ist vorzuschlagen, dass zunächst eine zeitlimitierte Berufung auf die Professorenstellen ausgesprochen wird. So wäre es möglich, nach einer drei- bis sechsjährigen Bewährungsphase durch Votum einer Qualifikations-Kommission der Fakultät die Überleitung von der zeitlich befristeten Professur in eine lebenslange Professur durchzuführen. Entscheidend bleibt dabei, dass die Professur an die Primariats-Funktion gekoppelt bleibt. Sollte der Professor in der zeitlich befristeten Phase ein attraktives Angebot außerhalb seiner Heimatuniversität nachweisen, sollte es möglich sein, entsprechend den Gesetzen des akademischen Stellenmarktes in flexibler Weise die Überleitung in eine permanente Professur zu erreichen. Die Positionen von Professoren sollten grundsätzlich kündbar sein. Die Kündigung müsste der Begründung durch Mängel in der fachlichen oder persönlichen Eignung bedürfen und durch den Rektor der Universität ausgesprochen werden.

## **10. Synergieeffekte für die Forschung in den Instituten**

Mit der Einbeziehung aller Kliniken und Institute in die Organisationsform des Universitätsklinikums stellt sich die Frage der gegenseitigen organisatorischen Anpassung. So wäre zu erwägen, ob die theoretischen Institute einen Aufbau analog den strukturierten Kliniken erhalten. Dies würde bedeuten, dass mehrere Arbeitsgruppen unter Leitung von Professoren gemeinsam ein Institut bilden. An jede Professur wäre eine Arbeitsgruppe gekoppelt. Auch für den Bereich der theoretischen Institute wäre zunächst eine sechsjährige Ernennungsphase auf Professuren vorgesehen, an die sich die unbefristete Ernennung anschließt. Neben den einzelnen Forschungsabteilungen innerhalb der Institute wäre Raum für Nachwuchsgruppen unter der Leitung selbständiger Wissenschaftler, deren Position in einem institutsinternen Berufungsverfahren zu besetzen sind. Ein Institut dieses Zuschnittes, aufgebaut in Analogie zu den strukturierten Kliniken, käme in seinem Aufbau einem Forschungs-*Department* nach internationalem Zuschnitt gleich. Die Geschäftsführung sollte durch doppelte Legitimation innerhalb der Universität festgelegt werden. Nur berufene Professoren sollten zu geschäftsführenden Leitern des Instituts wählbar sein. Auf Vorschlag der Institutskonferenz könnte der geschäftsführende Leiter des Instituts durch den Dekan für eine zeitlich begrenzte Periode, beispielsweise für zwei Jahre, ernannt werden.

## 11. Nachwuchsförderung durch Mobilität

Die Struktur des akademischen Mittelbaus in Österreich wird zu Recht von den Verantwortlichen der Hochschulen als starr, mit Tendenz zur Überalterung kritisiert. Notwendig ist ein neues Dienstrecht, welches mehr Mobilität garantiert. Danach wäre es sinnvoll, nach erfolgreichem Abschluss des Doktoratsstudiums eine Qualifizierungsphase von beispielsweise Jahren als Assistenzarzt einzuräumen; für wissenschaftliche Mitarbeiter mit naturwissenschaftlicher Ausbildung wären für den gleichen Zeitraum Positionen als Universitätsassistenten anzubieten. Die sechsjährige Qualifizierungsphase sollte auch die Möglichkeit zur Qualifikation zum Facharzt bieten. In dieser Periode sollte die Qualifizierung zu wissenschaftlicher Eigenständigkeit möglich sein, die durch die Habilitation dokumentiert wird. Die Habilitation wäre Voraussetzung für die Überleitung in die nächsthöhere Position, etwa eine sechsjährige Position als Oberassistent.

Basierend auf der Qualifikation der Habilitation können sich die Dozenten um Professorenstellen bewerben. Da unterhalb der Positionen der berufenen Professoren in der akademischen Laufbahn keine permanenten Positionen mehr existieren, wäre es angemessen, die Zahl der Professorenpositionen deutlich zu vermehren. Der Bedarf an zusätzlichen Professorenstellen ergibt sich auch aus dem internationalen Vergleich. Die Zahl an berufenen Professoren liegt an den bundesdeutschen Medizinischen Fakultäten weit höher als in Österreich. Mit der Vermehrung der Professorenstellen in den Kliniken wäre allerdings die Konsequenz zu bedenken, dass möglicherweise innerhalb einer Abteilung mehr als eine Position für einen berufenen Professor eingerichtet wird. Dies würde bedeuten, dass Professorenstellen spezifisch für die Position des leitenden Oberarztes einer Abteilung oder für definierte Funktionsbereiche innerhalb einer Abteilung geschaffen werden. Eine solche Entwicklung muss mit Augenmaß betrieben werden, um zu vermeiden, dass Konfliktsituationen entstehen, wie sie zwischen C3- und C4-Professoren innerhalb einer Abteilung an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland immer wieder vorkommen.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es intensive Diskussionen, ob das Habilitationsverfahren generell abgeschafft werden soll. Dabei wird häufig bemängelt, dass die Abfassung einer umfangreichen Monographie im

Rahmen des Habilitationsverfahren unnötige Zeitverluste verursacht. In der Regel wird jedoch empfohlen, das Habilitationsverfahren zu verschlanken und auf die essentiellen Punkte zu fokussieren. Dies würde bedeuten, dass die Eingangsqualifikation für das Habilitationsverfahren vor allem an den Publikationen in kritischen internationalen Journalen gemessen wird. In diesem Sinne gibt es verbreiteten Konsens, dass das Habilitationsverfahren dann sinnvoll ist, wenn es auf der Basis einer kumulativen Habilitationsschrift mit mehreren Publikationen als Erst- oder Senior-Autor durchführbar ist. Das Habilitationsverfahren hat den Vorteil, dass ohne Ansehen der formalen Position Nachwuchswissenschaftler aus den Kliniken und Instituten, aber auch aus nichtuniversitären Bereichen wie reinen Forschungsinstituten und Industrielaboratorien, die Möglichkeit zur akademischen Qualifikation erlangen, sofern sie sich in vergleichbarer Weise zum Universitätsdozenten in Forschung und Lehre bewähren. Das Habilitationsverfahren sollte jedoch, entgegen den bisherigen Regelungen in Österreich, nicht primär dienstrechtliche Konsequenzen haben und nicht die Basis für eine Pragmatisierung auf permanenter Position darstellen. Vielmehr soll es einen Bonus bei den Berufungsverfahren auf Professorenpositionen darstellen.

In den Hochschul-Gesetzen bundesdeutscher Länder ist in der Regel vorgesehen, dass der Titel eines Außerplanmäßigen Professors sechs Jahre nach der Habilitation erworben werden kann, sofern eine kontinuierliche Lehrtätigkeit und wissenschaftliche Leistungen durch Publikationen in internationalen Journalen nachgewiesen werden können. Es wäre zu erwägen, ob eine solche Regelung mit einer Neustrukturierung des Dienstrechtes auch in Österreich sinnvoll wäre. Die Inflationierung des Titels eines Professors im Anschluss an die Habilitation wäre dadurch vermieden; in besonderen Fällen könnte der habilitierte Mediziner auch außerhalb der Hochschule aufgrund ungewöhnlicher wissenschaftlicher Leistungen die Qualifikation zum Außerplanmäßigen Professor erlangen. Damit qualifiziert die Habilitation (1.) zur Anwartschaft auf eine mehrjährige Oberassistenten-Position, (2.) zum Recht auf eigenständige wissenschaftliche Tätigkeit und (3.) die mögliche Anwartschaft auf den Titel eines Außerplanmäßigen Professors nach sechs Jahren.

## **D Benötigte Organisationsstrukturen**

### **1. Universitätsklinikum im Organisationsverbund der Universitäten**

Bei den Verantwortlichen der Hochschulen in Österreich und in den Ministerien scheint es unbestritten, dass die rechtliche Verselbständigung der Hochschul-Medizin anzustreben ist. Bezüglich der Organisationsstruktur rechtlich verselbständigter Medizinischer Fakultäten und Universitätsklinika gibt es jedoch noch diskrepante Ansichten. In den Universitäten und Medizinischen Fakultäten scheint generell der Konsens erreichbar, dass die organisatorische Zusammenfassung der gesamten Medizinischen Fakultät unter einer einheitlichen Struktur gemeinsam mit dem Universitätsklinikum angestrebt werden soll. Die Medizinische Fakultät am rechtlich verselbständigten Universitätsklinikum hätte einen eigenen Rechtsstatus, in dem vorklinische Institute, klinisch-theoretische Institute sowie die Kliniken mit der Gesamtheit ihrer Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung zusammengeführt werden.

Vielfach wurde diskutiert, ob eigene medizinische Hochschulen oder Hochschulen für Gesundheitswissenschaften den Aufgaben der Hochschul-Medizin besser nachkämen als die tradierten Medizinischen Fakultäten im Verbund einer Universität. Solche Separationsmodelle beruhen auf der Argumentation, dass die Hochschul-Medizin so vielen anderen Zielvorgaben und Gesetzen unterliege, dass sie nicht mehr in die Universitäten integriert werden könne. Dem widerspricht jedoch die Mehrzahl der verantwortlichen Hochschul-Lehrer, die auf die gemeinsamen akademischen Zielvorstellungen und Aufgaben hinweisen. Für die Integration in die Universitäten wird vor allem geltend gemacht, dass die akademische Interaktion mit den anderen Fakultäten im Bereich der Naturwissenschaften und technischen Disziplinen, aber auch in geisteswissenschaftlichen Feldern, von hohem Wert ist. Gemeinsame Forschungsprojekte und –verbände, fakultätsübergreifende Promotion und zahlreiche weitere akademische Initiativen sind dadurch wesentlich erleichtert, dass die Medizin im Verband der Gesamtuniversität bleibt. Hinzu kommt, dass wesentliche Bereiche, beispielsweise die Funktion als Dienstherr für die akademischen Mitarbeiter und die oberste

Entscheidungsbefugnis über Berufungsverfahren, bei den Leitungen der Universitäten am besten angesiedelt sind. Weiterhin wird, zu Recht, von den Professoren angemerkt, dass das Ansehen der Universitäten im positiven Sinne auf ihre Fakultäten ausstrahlt und auch die Hochschul-Medizin hiervon profitiert. Neu gegründete Hochschulen für Gesundheitswissenschaften oder Medizinische Hochschulen benötigten eine jahrzehntelange Erfolgsbilanz, um ein vergleichbares internationales Ansehen zu gewinnen; ob diese Erfolgsbilanz sich jemals einstellt, bleibt lange fraglich. Aus diesen Gründen wird im folgenden nur eine Organisationsstruktur weiter erörtert, welche die Einbindung der Medizinischen Fakultät in den Verbund der gesamten Universitäten aufrecht erhält.

Die wirtschaftlichen und administrativen Zwänge der Universitätskliniken erfordern, dass die Universitätsklinik unter Einbeziehung der theoretischen Institute eine eigene Rechtsperson bilden, die nicht mehr der Finanzadministration der Universitätsquästur in Verantwortung des Universitätsdirektors unterliegt. Es wäre vorstellbar, dass durch Verträge zwischen Universitätsverwaltung und Klinikum die Übertragung einzelner Verwaltungsaufgaben auf die Universitätsquästur vereinbart wird. Fast alle Bundesländer in Deutschland haben Modelle dieser Art entwickelt und gezeigt, dass die Koexistenz und Kooperation eines Universitätsklinikums mit der Rechtsperson Universität zwanglos funktioniert.

Eine zentrale Frage ist es, welche Rechtsform das verselbständigte Klinikum einnimmt. Zwar ist generell unzweifelhaft, dass das Klinikum in der Verantwortung des Staates bleiben soll, möglicherweise unter dem Arbeitsrecht des öffentlichen Dienstes. Unter dieser Prämisse gibt es jedoch breite Variationsmöglichkeiten. Naheliegender wäre es, dass ein rechtlich verselbständigtes Klinikum ein staatlicher Regiebetrieb bleibt. Dies würde die Gewährsträgerschaft der Geldgeber in Bund und Ländern sicherstellen und könnte dem Auftrag der Institution als Einrichtung der Forschung und als Ausbildungsstätte entsprechen. Die Vorgaben des Auftrages durch die Bundesverfassung an die Hochschul-Medizin in Österreich werden dies jedoch kaum zulassen, sondern vielmehr den alternativen Weg erfordern, wonach die Universitätsklinik in Betriebsführungs-Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GesmbH) überführt werden. Ein Argument für diese Organisationsform besteht auch darin, dass wesentliche Regeln der

Verselbständigung nach dem Handelsrecht vorgegeben wären, während alle Organisationsformen in der unmittelbaren Verantwortung von Bund und Ländern eigener, gesetzlich geregelter Aufgabenkataloge und Strukturdetails bedürften. Aus Sicht der Hochschulen ist eine GesmbH-Lösung akzeptabel; jedoch gilt dies nur, wenn die Universitäten neben den Gebietskörperschaften Land und Bund als Gesellschafter beteiligt sind. Durch Gesellschaftervertrag und Syndikatsvertrag muss die Höhe der Bundesanteile für die Universitätsklinik (KMA) als Zuschuss für Forschung und Lehre vertraglich festgeschrieben werden. Die Mitverantwortung von Bund und Ländern ist langfristig einzufordern, auch wenn unter dem EU-Recht die Zuwendung für KMA als unzulässige Wettbewerbsverzerrung kritisiert würde. An einer GesmbH-Lösung könnten die Universitäten sich beispielsweise mit 10 % Gesellschafter-Anteil einbringen. Nur dadurch wäre die Bedeutung von Forschung und Lehre innerhalb der verselbständigten Klinik langfristig gewährleistet und der Einfluss der akademischen Gremien auf die Zusammensetzung der Leitungsgremien, Aufsichtsrat und Klinikumsvorstand, sicherzustellen. Eine GesmbH-Lösung mit den drei Gesellschaftern Universität, Bund und Land ist für die Universitäten nur vertretbar, wenn durch Syndikatsvertrag sichergestellt ist, dass in Konfliktfällen und bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten die finanziellen Engpässe in der Krankenversorgung nicht überborden und die Budgets für Forschung und Lehre in Kliniken und Instituten nicht gefährdet sind. Grundlagen-Forschung, ob allein aus der Suche nach Erkenntnissen motiviert oder auf Anwendung orientiert, ist eine Gemeinschaftsaufgabe des Staates. Wesentlich ist, dass in der künftigen Rechtsperson Universitätsklinikum die Etats für Forschung und Lehre, gespeist aus dem KMA-Anteil des Bundes, und die Etats für Krankenversorgung aus der Verantwortung der Länder eine gleichgeordnete Rolle spielen und einer klaren Trennungsrechnung unterliegen. GesmbH-Lösungen ohne Einbeziehung der Forschungs- und Lehraufgaben und ohne akademische Kontrolle der KMA-Mittel durch die Medizinischen Fakultäten wären strikt abzulehnen; es käme dem Scheitern der Reformen der Hochschulmedizin gleich.

## **2. Verwaltungsrat des Universitätsklinikums**

Das Universitätsklinikum als rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts soll unter der Kontrolle eines *Verwaltungsrats* beziehungsweise eines



*Aufsichtsrats* stehen müssen. Der Begriff *Aufsichtsrat* wäre in Österreich wahrscheinlich für die Organisationsformen nach dem Handelsrecht angemessen. Die Zusammensetzung des Verwaltungsrats für ein Universitätsklinikum könnte sich an Modellen aus Deutschland orientieren. Danach besteht das Gremium in deutschen Ländern, als Aufsichtsrat eines Universitätsklinikums bezeichnet, zum Teil aus Vertretern der verantwortlichen Gebietskörperschaften. Für den Verwaltungsrat eines Universitätsklinikums in Österreich könnte sich somit anbieten, dass der Ressortminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur als Vorsitzender vertreten ist, daneben ein Vertreter des Ministeriums der Finanzen. Als Vertreter des Bundeslandes und der Gemeinde Wien kämen die Gesundheits- und Finanzreferenten beziehungsweise die entsprechenden Stadträte in Frage. Ferner sollten der Rektor und ein gewähltes Mitglied der Medizinischen Fakultät im Verwaltungsrat tätig sein, weiterhin ein externer Vertreter der Wirtschaft mit Fachkompetenz in Finanzfragen und ein externer Hochschul-Lehrer der klinischen Medizin. Dieses Modell, wonach die finanzierenden Gebietskörperschaften zur Hälfte vertreten sind, entspräche der Situation in Bayern (Hochschulgesetz Bayern, 1998)

Der Verwaltungsrat für einen staatlichen Regiebetrieb müßte einen präzisen Aufgabenkatalog erhalten, der durch Gesetz oder Verordnung spezifiziert ist. Hierzu könnte die Bestellung und Ablösung der Mitglieder des Klinikumsvorstands zählen, ferner die Überwachung der Finanz- und Verwaltungsabläufe im Bereich des Klinikumsvorstandes, die Priorisierung von Bau- und Investitionsvorhaben, die Entgegennahme der Finanzplanungen und Haushaltsabschlüsse sowie die Funktion als Appellationsinstanz für Hochschul-Lehrer. Die Mitglieder des Verwaltungsrats sind, soweit sie nicht *ex officio* bestellt sind, für einen begrenzten Zeitraum zu berufen.

### **3. Klinikumsvorstand**

Der Vorstand des Universitätsklinikums soll, entsprechend den meisten Modellen, unter der Leitung eines Ärztlichen Direktors stehen, der dieses Amt hauptberuflich wahrnimmt. Er wäre vom Verwaltungsrat in Zusammenarbeit mit dem Fakultätskollegium und der Hochschulleitung auf der Basis eines Auswahlverfahrens mit Findungskommission zeitlimitiert zu bestellen. Dem Klinikumsvorstand sollten weiterhin der Dekan der Medizinischen Fakultät, der

Verwaltungsdirektor des Universitätsklinikums, der Pflegedirektor und/oder ein technischer Leiter sowie ein weiterer Hochschul-Lehrer angehören, der vom Fakultätskollegium der Medizinischen Fakultät nominiert wird. Ein Klinikumsvorstand trägt die Verantwortung für alle operativen Entscheidungen in der Leitung des Universitätsklinikums, soweit sie Angelegenheiten der Krankenversorgung betreffen.

#### **4. Fakultätsleitung**

Die Fakultätsleitung soll unter dem Vorsitz des Dekans der Medizinischen Fakultät stehen, der von der Universitätsleitung in Zusammenarbeit mit dem Fakultätskollegium zeitlich befristet bestellt wird. Daneben sollten der Ärztliche Direktor, der Vizedekan und der Studiendekan der Medizinischen Fakultät, welcher sein Amt nebenamtlich ausübt, dem Gremium der Fakultätsleitung angehören. Weiterhin sollten zur Fakultätsleitung der Verwaltungsdirektor (beratend) und ein weiterer gewählter Professor zählen. Der Fakultätsleitung obliegt die Haushaltsverantwortung für das Budget für Forschung und Lehre im Bereich der gesamten Medizinischen Fakultät.

Die Position für den Dekan sollte überregional ausgeschrieben werden. Er sollte durch eine gemeinsame Findungskommission von Fakultät und Hochschul-Leitung identifiziert und im Einvernehmen mit dem Fakultätskollegium ernannt werden. Um eine geeignete Persönlichkeit zu gewinnen, ist eine marktgerechte Bezahlung auszuhandeln. Der Dekan sollte zeitlich befristet für einen Zeitraum von drei bis vier Jahren bestellt werden; Wiederbestellung sollte möglich sein. Zu den Aufgaben des Dekans sollte der Vorsitz in der Fakultätsleitung gehören, ferner die Mitwirkung im Klinikumsvorstand, die Dienstherren-Funktion für das akademische Personal der Medizinischen Fakultät, soweit sie nicht vom Rektor der Universität wahrgenommen wird, und die Mitwirkung beim Abschluss außertariflicher Verträge mit Abteilungsleitern. Aus Sicht der Medizinischen Fakultäten in Deutschland bewährt es sich auch sehr, wenn der Dekan der Moderator und Vorsitzende des Fakultätskollegiums ist. Mit der Bestellung hauptamtlich tätiger Dekane würde sich das Berufsbild deutlich ändern, da sie dauerhaft im Bereich des Wissenschaftsmanagements tätig wären. Möglicherweise würde die Bestellung des Dekans von auswärtigen Universitäten zum Regelfall.

## 5. Kommissionen der Medizinischen Fakultät

Zur Vorbereitung der Arbeit des Fakultätskollegiums ist es notwendig, beratende Kommissionen einzusetzen, welche gegenüber der Medizinischen Fakultät verantwortlich sind. Hierzu könnte beispielsweise eine Kommission für Forschung und wissenschaftlichen Nachwuchs unter Leitung des Dekans gehören, ebenso wie eine Kommission für Lehre und Studierende unter Moderation des Studiendekans, eine Kommission für Lehrstuhl- und Stellenplanung unter Leitung des Vizedekans sowie eine Bau- und Haushaltskommission mit Verfügungsrecht über einen Förderfonds für den wissenschaftlichen Nachwuchs unter Leitung des gewählten Vertreters der Medizinischen Fakultät in der Fakultätsleitung.

Die Medizinische Fakultät bedarf der umfangreichen ehrenamtlichen Mitgliedschaft ihrer Hochschul-Lehrer in Prüfungskommissionen, Promotionskommissionen, Schlichtungsausschüssen, einer Zulassungskommission für das Habilitationsverfahren, einer Ethikkommission und zahlreicher weiterer *ad hoc*-Ausschüsse. Das Ernennungsrecht für alle Ausschüsse, die aus ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Medizinischen Fakultät bestehen, sollte beim Fakultätskollegium liegen. Ämter der akademischen Selbstverwaltung sollten insgesamt nicht länger als sechs Jahre wahrgenommen werden.

## 6. Fakultätskollegium

Das Fakultätskollegium ist das höchste Entscheidungsorgan der Medizinischen Fakultät. Es entscheidet über alle Grundsatzfragen, über Berufungslisten, Habilitationen und alle weiteren akademischen Graduierungsverfahren. Für den Bereich der Medizin sollte im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben eine Mehrheit der berufenen Professoren vorgeschrieben sein. Darüber hinaus sollte vorgesehen werden, dass alle Professoren der Medizinischen Fakultät bei den Sitzungen des Fakultätskollegiums in beratender Funktion teilnehmen können. In den Hochschulgesetzen der Bundesrepublik ist generell vorgesehen, dass der Dekan das Fakultätskollegium moderiert; dies hat sich durchwegs bewährt.

## **7. Leitungsstrukturen für Institute und Klinikum**

Die strukturierten Kliniken und die Vorklinischen und Klinisch-Theoretischen Institute sollten in der Regel nach dem Prinzip der Abteilungsgliederung aufgebaut sein. Daneben soll Raum sein für selbständige wissenschaftliche Arbeitsgruppen auf Nachwuchspositionen. Ein Vorschlagsrecht für die Leitungsfunktion in der Geschäftsführung der Institute und Kliniken könnte bei den Instituts- bzw. Klinikkonferenzen liegen; die Bestellung auf diese Positionen sollte durch die Fakultätsleitung ausgesprochen werden. Zu dem Ziel einer gegliederten Institutsstruktur in größeren Forschungseinheiten wird es gehören, dass verwandte Fächer sich zu gemeinsamen Instituten zusammenfinden. Dies wird die Zahl der einzelnen Institute im Bereich der Medizinischen Fakultät verkleinern. Die Zusammenführung zu übergreifenden Institutsstrukturen bedarf eines organischen Wachstums und ist nur möglich, wenn die räumliche Gliederung der Institutsbauten dies erlaubt.

## **8. Akademische Einbindung der Medizinischen Fakultät in die Universität**

Während die Medizinische Fakultät mit dem Universitätsklinikum weitgehend deckungsgleich würde und sich wirtschaftlich in einer rechtlich selbständigen Institution bewegt, bliebe sie im Verbund der Universität eine Fakultät im akademischen Sinne, gleich allen anderen Fakultäten. Der Dekan der Medizinischen Fakultät besitzt danach gegenüber der Universität die gleichen Rechte und Pflichten wie andere Dekane. Der Rektor der Universität sollte Dienstvorgesetzter der Universitätsprofessoren und aller weiteren akademischen Mitarbeiter der Medizinischen Fakultät sein. Die Aufgaben werden zum Teil an den Dekan delegiert; für die Verwaltung der Personalmittel ist das Universitätsklinikum zuständig. Der Verwaltungsdirektor ist der Dienstvorgesetzte des technischen Personals. Berufungslisten der Medizinischen Fakultät würden durch den Senat der Universität verabschiedet, der Rektor beruft auf Professuren. Berufungsverhandlungen über die Ausstattung der Institute sollten mit dem Dekan, dem Ärztlichen Direktor und dem Verwaltungsdirektor stattfinden. Dabei führt der Dekan den Vorsitz. Berufungsverhandlungen zu den persönlichen Belangen müssten mit dem Rektor der Universität geführt werden.

## **E Empfehlungen zu Kernpunkten der Medizinreform**

### **1. Rechtsform für Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum**

Es ist unbestritten, dass ein Universitätsklinikum mit der Gesamtheit aller Universitätskliniken der rechtlichen Verselbständigung bedarf, da es nicht nach den gleichen Regeln organisiert werden kann wie die Institute in den anderen Fakultäten der Universität. Die Zusammenführung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung scheint nur gewährleistet, wenn eine neue Rechtsform in Anbindung an die Universität gefunden wird. Die Länder haben den Verfassungsauftrag, die regionale Krankenversorgung auch im Rahmen der Universitätskliniken sicherzustellen; die Aufgaben des Bundes liegen in der Forschungsförderung. Das hier vorgestellte Strukturmodell besteht darin, dass an jeder der drei Universitäten mit Medizinischer Fakultät eine Betriebsführungs-Gesellschaft mit beschränkter Haftung eingerichtet wird. Gesellschafter wären der Bund und das Land mit beispielsweise 45 % Anteilen, während die Universität einen Gesellschaftsanteil von 10 % übernimmt. Durch Syndikatsvertrag ist festzuhalten, dass der Mittelabgang unabhängig von den Gesellschafteranteilen ist. Als Betriebsgegenstand müssen Forschung, Lehre und Krankenversorgung in grundsätzlich gleichem Rang definiert werden. Die Zuwendung der Bundesmittel für Forschung und Lehre, als KMA-Anteil des Gesamtbudgets bezeichnet, muss unter Kontrolle von Gremien der Medizinischen Fakultät stehen.

Das GesmbH-Modell des Universitätsklinikums wäre an sich sowohl mit einem Integrationsmodell als auch einem Kooperationsmodell vereinbar. Wie oben beschrieben, spricht der Vergleich der verschiedenen Modelle für die Struktur eines Kooperationsmodells, wie es im wesentlichen durch das Hochschulgesetz des Landes Baden-Württemberg eingeführt wurde. Die Universitätskliniken und die Medizinische Fakultät befinden sich in der gleichen Trägerschaft und haben eine einheitliche Mittelverwaltung. Die Fakultätsleitung und der Vorstand des Universitätsklinikums haben jeweils getrennte Verantwortung in der Mittelzuweisung; sie entscheiden jedoch gemeinsam, da sie personell überlappend zusammengesetzt sind. Die Mittel werden durch eine einheitliche Verwaltung bewirtschaftet.

## **2. Anbindung der Medizinischen Fakultäten an die Universität**

Medizinische Fakultäten unterscheiden sich von allen anderen Fakultäten darin, dass sie untrennbar mit Klinika verbunden sind, welche einen Versorgungsauftrag in der Krankenversorgung zu erfüllen haben und dabei in wirtschaftliche Konkurrenz zu außenstehenden Kliniken stehen. Diese Besonderheit der Medizinischen Fakultäten führt gelegentlich zu dem Fehlschluss, dass die Medizinischen Fakultäten aus den Universitäten komplett herausgelöst werden müssten, um beispielsweise als Hochschulen für Gesundheitswissenschaften oder medizinische Akademien fortgeführt zu werden. Die Loslösung der Medizinischen Fakultäten aus der Universität bringt jedoch zahlreiche Nachteile für das akademische Leben. Sie erschwert die wissenschaftliche Kooperation mit den forschungsintensiven Fächern der Universitäten, beispielsweise mit den Fachgruppen Biologie, Chemie, Physik und technischen Disziplinen. Gerade die fakultätsübergreifende, interdisziplinäre Kooperation stellt den innovativsten Anteil der medizinischen Forschung dar. Für das akademische Leben der medizinischen Institutionen ist es von Bedeutung, dass wissenschaftlicher Nachwuchs im Rahmen von Promotionsarbeiten über Fakultätsgrenzen hinweg tätig werden kann und aus der Medizin und zugleich einer nicht-medizinischen Fakultät wissenschaftlich betreut wird. Hinzu kommt, dass das wissenschaftliche Ansehen der Universitäten bei dem Bemühen, Hochschul-Lehrer von außerhalb zu gewinnen, entscheidend sein kann. Separate Akademien für Medizin oder Gesundheitswissenschaften könnten viele Jahrzehnte benötigen, um, wenn überhaupt, die akademische Reputation einer hoch angesehenen Universität zu erreichen. Daher ist vor der kompletten Verselbständigung des akademischen Feldes der Hochschul-Medizin durch Herauslösen aus den Universitäten dringend zu warnen. Es wäre unbenommen, die Studiengänge Pharmazie oder Pflegewissenschaft dem Bereich der Medizinischen Fakultäten zuzuordnen, auch bei verbleibender Einbindung in den Gesamtverbund der Universität. Diese könnte beispielsweise auch durch eigene Ausbildungsgänge für Pflegedienste an der Medizinischen Fakultät realisiert werden. Eine wesentliche Brücke zwischen den rechtlich verselbständigten Universitätsklinika und der Rechtskörperschaft Universität sollte sich daraus ergeben, dass der Rektor der Universität Dienstvorgesetzter aller Professoren der Medizinischen Fakultät ist. Damit entscheidet er unter anderem über den Vollzug des Nebenbeschäftigungs-Rechts. Es würde auch

bedeuten, dass die akademischen Verfahren zur Berufung von Professoren nach den Regeln der Universitäten stattfinden. Es kann als vorteilhaft angesehen werden, wenn die höchste Verantwortung in Berufungsfragen in den verantwortlichen Gremien der Universität, Hochschulleitung und Senat, liegen; dies könnte zur Objektivität in der Leistungsevaluierung bei den Berufungsverfahren beitragen.

### **3. Zusammenführung der Kliniken und Institute**

Die Kliniken und theoretischen Institute der Medizinischen Fakultät sollten möglichst in gleicher Trägerschaft stehen. Wenn die Kliniken einem organisatorisch verselbständigten Universitätsklinikum angehören und zugleich die Institute integraler Bestandteil der Universität bleiben, entwickeln sich administrative Gräben zwischen den verschiedenen Teilen der Medizinischen Fakultät, die sich für das akademische Leben nachteilig auswirken. So hat sich erwiesen, dass die getrennte Verwaltung von Kliniken und Instituten nach dem Bayerischen Hochschulgesetz zu Reibungsverlusten führt. Sie behindert die wissenschaftliche Kooperation und führt zu einer Spaltung der Interessen. Wichtig ist jedoch gerade die intensive Kooperation zwischen den klinischen Institutionen und den theoretischen Instituten in der Forschung und in der Lehre. Gerade die engere Verzahnung von vorklinischer und klinischer Lehre, der Ersatz traditioneller Fächergliederung in der Lehre durch problemorientiertes Lernen, erfordern einheitliche Organisationsstrukturen für die gesamte Medizinische Fakultät. Daher ist zu fordern, dass künftige Organisationsmodelle für die Hochschul-Medizin für Kliniken und Institute die einheitliche Trägerschaft vorsehen. Entscheidend dafür ist jedoch, dass getrennte Budgets für Forschung und Lehre innerhalb des Universitätsklinikums ausgewiesen werden; andernfalls würden mögliche Defizite in der Krankenhausführung die Mittel für Forschung und Lehre aufsaugen und das akademische Leben der Medizinischen Fakultäten austrocknen.

### **4. Zusammenführung der Gebietskörperschaften in einem Verwaltungsrat**

Eine Besonderheit der Hochschul-Medizin in Österreich besteht darin, dass die Trägeraufgaben für Krankenversorgung durch die Universitätsklinika bei den Ländern Tirol und Steiermark bzw. der Gemeinde Wien liegen, während

der Bund in Verantwortung für die Forschungsleistungen den *Klinischen Mehraufwand (KMA)* der Universitätsklinika erstattet. Die verfassungsrechtlich vorgegebene Spaltung der Verantwortung durch die Gebietskörperschaften erfordert, dass mit einem Universitätsklinikum eine eigene Rechtsperson geschaffen wird, deren Finanzierung durch Bund und Länder sicherzustellen ist. Dass solche rechtlichen Konstrukte mit gemeinsamer Trägerschaft unterschiedlicher Gebietskörperschaften möglich sind, läßt sich an zahlreichen Beispielen von Forschungsinstituten in der Bundesrepublik Deutschland erkennen. In Österreich wird die gemeinsame finanzielle Trägerschaft durch Bund und Länder erfordern, dass im Verwaltungsrat der Universitätsklinika sowohl der Bund als auch die Länder personell vertreten sind. Ein empfehlenswertes Modell könnte daraus bestehen, dass jeweils zwei Vertreter des Bundes (Minister für Bildung, Wissenschaft und Kunst sowie ein Vertreter des Finanzministeriums) und zwei Vertreter der Länder (Referenten für Gesundheit und für Finanzen) im Verwaltungsrat vertreten sind; darüber hinaus sollten dem Verwaltungsrat der Rektor der Universität oder sein Vertreter, ein Professor der Medizinischen Fakultät sowie ein externer Hochschul-Lehrer und ein Vertreter der Wirtschaft angehören. Die Erfahrung in der benachbarten Bundesrepublik zeigen, dass die Existenz eines Aufsichtsrates oder Verwaltungsrates für die Universitätsklinika von unschätzbarem Wert sind, da in die wesentlichen Entscheidungen vielfältiger Sachverstand einfließt und da die Vertreter der Gebietskörperschaften unmittelbar in die Verantwortung für die Universitätsklinika eingebunden werden. Ein Verwaltungsrat stellt sicher, dass punktuelle, wenn nicht unsachgemäße Entscheidungen durch die zuständigen Ministerien im Rahmen der Fachaufsicht vermeidbar werden, da sie durch das Gremium eines Verwaltungsrates aufgefangen werden.

## **5. Professionalisierung der Entscheidungswege**

Die Verwaltungsleiter der Universitätsklinika und Ärztlichen Direktoren nehmen in Österreich ihr Amt durchweg hauptamtlich wahr, während die Dekane der Medizinischen Fakultäten bisher in der Regel nebenamtlich tätig sind. Dies führt zu zahlreichen Problemen, da die Professionalität der Entscheidungsabläufe nicht gesichert ist. Die Modelle nebenamtlicher Verantwortung durch Dekane und Ärztliche Direktoren führen zu administrativen Ungereimtheiten. Wenn ein Dekan als Vorsitzender der



Fakultätsleitung über die Zuwendung von Forschungsmitteln verfügt, so kann es zu Interessenkonflikten zwischen seiner eigenen Klinik oder seinem Institut und der Fakultät kommen. Wenn ein nebenamtlich Tätiger der Dienstvorgesetzte von mehreren hundert ärztlichen und wissenschaftlichen Mitarbeitern ist, so ist er durch diese Aufgabe überfordert. Die Wahrnehmung der Position des Dekans im Nebenamt führt dazu, dass die Amtsträger sich ihrer verantwortungsvollen Aufgabe nur eingeschränkt widmen können, da sie nach Ablauf der Amtsperiode wieder in die Verantwortung für ein wissenschaftliches Institut oder eine Klinik treten müssen. Wenn der Dekan allein durch die Medizinische Fakultät gewählt ist, fehlt es ihm für viele administrative Abläufe an der notwendigen Legitimation des Amtes. So wird in einzelnen deutschen Bundesländern erörtert, ob entweder nur der Dekan oder nur der Ärztliche Direktor im Hauptamt tätig werden sollen. Beide Wege wären nachteilig. Einerseits bleibt die Verantwortung des Ärztlichen Direktors so umfassend, dass er im Nebenamt immer überfordert bleibt und besonderen Interessenkonflikten ausgesetzt wäre. Würde jedoch nur der Ärztliche Direktor hauptamtlich tätig sein, während der Dekan im Nebenamt bleibt, so führte dies zu einer einseitigen Benachteiligung der Interessen von Forschung und Lehre bei möglichen Konflikten um die Ressourcenverteilung. Aus diesem Grund ist es zu empfehlen, dass beide Ämter künftig hauptamtlich ausgefüllt werden. Beide Ämter bedürfen der doppelten Legitimation. Sie sollten öffentlich ausgeschrieben werden. Das Amt des Dekans sollte einem hauptamtlichen Professor reserviert bleiben, der sich bis dahin als Forscher und Organisator wissenschaftlicher Aktivitäten national und international profiliert hat. Die Positionen sollten überregional ausgeschrieben werden; der Dekan sollte durch die Leitung der Hochschule ernannt werden, der Ärztliche Direktor durch den Aufsichtsrat des Klinikums.

## **6. Sicherung der Attraktivität akademischer Positionen**

Eine Medizinische Fakultät kann langfristig nur erfolgreich sein, wenn die verantwortlichen akademischen Positionen so attraktiv sind, dass es dauerhaft gelingt, hochqualifizierte Hochschul-Lehrer von anderen Institutionen des In- und Auslands zu gewinnen. Die Attraktivität der Positionen für Hochschul-Lehrer setzt sich aus zahlreichen Komponenten zusammen. Hierzu zählt, abgesehen von einer international kompetitiven Vergütungsstruktur, die Freiheit zur eigenständigen Entfaltung wissenschaftlicher Ideen,

Eigenverantwortlichkeit in der Gestaltung der eigenen Wissenschaftsprogramme und in der Verfügung über Haushaltsmittel, attraktiven Positionen für den wissenschaftlichen Nachwuchs, Flexibilität bei der Verfügung von Personal- und Sachmitteln, Transparenz der Entscheidungsstrukturen, leistungs- und belastungsabhängige Mittelvergabe und die Sicherung des Rechts auf Selbstrekrutierung der Fakultäten.

Die Besetzung von Positionen für Professoren ist eines der genuinen Rechte einer Fakultät. Hierin unterscheiden sich Fakultäten von Betrieben der Wirtschaft. Die fachkompetente Beurteilung von externen Bewerbern um Professorenpositionen erfordert ein besonderes Maß an Urteilsvermögen über fachliche und persönliche Qualifikationen. Dies kann im heterogenen Spektrum Medizinischer Fakultäten nur geleistet werden, wenn eine breite und kollegiale Bereitschaft zur Mitwirkung der Fakultätsmitglieder in den Auswahlgremien besteht. Die Bereitschaft, Fachkompetenz unter hohem Zeitaufwand in Berufungsverfahren einzubringen, ist in einer Fakultät nur dann dauerhaft gegeben, wenn die Beschlüsse der Fakultät in den weiterführenden administrativen Abläufen regelhaft befolgt werden. Das Unterlaufen der Beschlüsse von Fakultäten durch externe und übergeordnete Entscheidungsträger führt zu Enttäuschung, Demotivation und fehlender Bereitschaft der Hochschul-Lehrer, sich in das akademische Leben und in die mühsame Selbstrekrutierung der Fakultät einzubringen. Die Autonomie der Fakultät in den akademischen Verfahren begründet jedoch nicht die gleiche Eigenständigkeit in den administrativen Entscheidungen und in der Rekrutierung der verantwortlichen Positionen für Fakultätsleitung und Klinikumsvorstand.

Die Eigenverantwortlichkeit der leitenden Hochschullehrer in den Kliniken und Instituten und die Transparenz der finanziellen Ströme ist eine wesentliche Voraussetzung für eine aggressionsfreie Kooperation innerhalb der Institute und Kliniken sowie im Wechselspiel zwischen den Institutionen. Transparente Mittelverteilung setzt voraus, dass separate Budgets für Forschung und Lehre sowie für Krankenversorgung in den einzelnen Instituten, Kliniken und Abteilungen leistungs- und belastungsbezogen festgelegt werden. Die Gesamtverantwortung für das Budget der Fakultät für Forschung und Lehre muss unter der Verantwortung des Fakultätskollegiums sein; die Beschlüsse sind durch die Strukturkommissionen der Medizinischen Fakultäten

vorzubereiten. Dafür sind zunächst Richtwerte für die Ausstattung der einzelnen Professuren zu erarbeiten. Die Kosten müssen auf der Ebene der einzelnen Kliniken und Institute bilanziert werden und konvertierbar sein.

## 7. Evaluierung und Nachwuchsförderung

Die Grundausrüstung der Professuren bzw. Abteilungen muss ergänzt werden durch leistungs- und belastungsbezogene Zuschläge. Dabei ist zu empfehlen, dass die Leistungsparameter nicht überzogen werden. In den Instituten und Kliniken des deutschsprachigen Auslandes, besonders jedoch in den Vereinigten Staaten, ist es üblich, dass die Einwerbung von begutachteten Drittmitteln als Leistungsparameter herangezogen wird und für die jeweilige Abteilung, das Institut oder die Klinik durch eine umfangreiche Vergütung der Infrastrukturlasten sich positiv auswirkt. Die Vergabe von Drittmittelboni erweist sich als wirksamer Stimulus für wissenschaftliche Aktivitäten und für die Initiative interdisziplinärer Forschungsverbände. In manchen Ländern der Bundesrepublik ist es darüber hinaus üblich geworden, auch die Publikationsleistungen bibliometrisch zu erfassen und finanzielle Boni darauf aufzubauen. Lehrleistungen werden in der Bundesrepublik durch das Zentrale Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen aufgrund eines bundeseinheitlichen *multiple choice*-Examens quantifiziert. Manche Universitäten tendieren dazu, auch mündliche Prüfungsleistungen bei finanziellen Bonus-Regelungen zu berücksichtigen und eine Verkürzung der durchschnittlichen Dauer des Studiums bis zum erfolgreichen Examen zu honorieren.

Zweifellos wird in einigen deutschen Bundesländern die Honorierung von Forschungs- und Lehrleistungen übertrieben. Empfehlenswert ist, die Einwerbung begutachteter Drittmittel zum Maßstab für finanzielle Vergütungen zugunsten der Abteilungen, Kliniken und Institute heranzuziehen, denn jede Form Drittmittel-finanzierter Forschungsaktivitäten schafft einen Bedarf an Infrastruktur, der typischerweise nicht durch die Basisetats der Institute vorgegeben ist. Darüber hinaus ist zu empfehlen, mit der Vergabe von Boni zurückhaltend zu sein. Das Errechnen von Impact-Faktor-Statistiken auf einzelne Professoren oder Arbeitsgruppen ist fehlerbehaftet und kann zu Detailrechnungen entgleisen, die im Kreis von Professoren als unakademisch empfunden werden könnten. Vor allem ist der Vergleich zwischen

verschiedenen Disziplinen kaum zulässig. Es gibt Fächer und Disziplinen, in denen Journale mit hohen Impakt-Faktoren zur Verfügung stehen, während dies für kleine Fächer oft nicht gilt. Dies würde zu dauerhaften Ungleichgewichten in der Mittelverteilung zwischen verschiedenen Fächern und zu fehlerhaften Prioritätensetzungen führen können. Auch die Einbeziehung von Korrekturfaktoren öffnet das Tor zur Willkür. Generell gilt, dass die Qualitätsbewertung durch Fakultätsleitung, Dekan oder Forschungskommission einen Ermessensspielraum offen halten muss, der nicht allein durch Kennzahlen zu erfassen ist.

Die Quantifizierung von Lehrleistungen ist sehr problematisch. Wenn die Studierenden über die Qualifikation von Lehrveranstaltungen schriftlich abstimmen, so kann dies ein hinreichender Stimulus sein; würde die Finanzierung der Abteilungen darauf aufgebaut werden, sind Fehlentwicklungen zu erwarten. In Österreich dominieren mündliche Prüfungen im Rahmen des Medizinstudiums. Es ist dringend zu empfehlen, dieses System beizubehalten. Es ist naheliegend, dass dabei die Ergebnisse der Prüfung nicht Grundlage der Mittelzuweisung an die Professoren sein können, da andernfalls eine Inflation guter Noten auf Dauer unvermeidlich wäre. Somit ist zu empfehlen, detaillierte Evaluierungen von Forschung und Lehre als Basis der Mittelbemessung nicht zu übertreiben und die leistungsabhängigen Zahlungen vor allem am Umfang der eingeworbenen begutachteten Drittmittel zu orientieren.

Das wissenschaftliche Leben einer Fakultät hängt auch wesentlich davon ab, ob sie für den wissenschaftlichen Nachwuchs attraktiv erscheint. Eines der bedeutenden Kriterien für Nachwuchswissenschaftler ist die Frage, ob sie ihre Forschungsprojekte eigenständig durchführen können oder über viele Jahre in wissenschaftlicher Abhängigkeit vom Leiter der Abteilung, des Instituts oder der Klinik bleiben. Damit hängt die Attraktivität für die Nachwuchswissenschaftler wesentlich vom Besoldungsrecht des akademischen Mittelbaus ab. Zu empfehlen ist, dass Pläne verfolgt werden, um Nachwuchswissenschaftler auf zeitlich limitierten Positionen an Professorenstellen heranzuführen. So ist empfehlenswert, dass es nach Hochschulabschluss zunächst zeitlimitierte akademische Ausbildungsphasen gibt, in denen der Grad eines Facharztes erworben und die Habilitation absolviert werden kann. Darauf aufbauend sollte eine Position für eine zeitlich

befristete Phase zur Verfügung stehen, beispielsweise für sechs Jahre. Diese Position muss mit akademischer Selbständigkeit verbunden sein, denn die Habilitation definiert wissenschaftliche Unabhängigkeit. Diese Phase sollte zur Qualifikation zum Professor führen. Damit wäre verbunden, dass die Positionen für den wissenschaftlichen Nachwuchs unterhalb des Professorenamtes nur in zeitlicher Befristung vergeben werden. Dies würde die Mobilität des wissenschaftlichen Nachwuchses garantieren. Jedoch ist zu bedenken, dass für typische Daueraufgaben in der Krankenversorgung und im Management der Kliniken und Institute auch unbefristete Positionen im Sinne von akademischen Räten- und Oberräten in beschränkter Zahl notwendig sind.

Für die Besetzung von Positionen für Professoren ist generell zu empfehlen, dass zunächst eine sechsjährige Bewährungsphase eingeführt wird. Bei der Bestallung von Professoren würde zunächst nur für eine Periode von sechs Jahren berufen werden. Nach einem Zeitraum von etwa drei bis sechs Jahren müsste eine Qualifikationskommission der Medizinischen Fakultät gebildet werden, um die Leistungen in Forschung, Lehre, Krankenversorgung und die Bewährung in der Funktion der Abteilungsleiter zu evaluieren und an den Rektor eine Empfehlung abzugeben, ob die zeitlich limitierte Professur in eine unbefristete Professur umgewandelt werden soll oder nicht. Um in der Konkurrenz zwischen den Universitäten des In- und Auslandes zu bestehen, sollte es auch möglich sein, von vornherein zeitlich unbefristet auf Professorenpositionen zu berufen, wenn äquivalente Angebote von auswärtigen Institutionen vorliegen. Desgleichen sollte es jederzeit möglich sein, das positive Votum der Qualifikationskommission zur dauerhaften Ernennung herbeizuführen, wenn ein Professor ein externes Angebot auf eine unbefristete äquivalente Position erhält. Auch nach Überleitung in eine unbefristete Professur soll es möglich sein, aus Gründen der persönlichen oder fachlichen Eignung zu kündigen. Die Kündigung müsste durch den Rektor aufgrund eines Votums der Fakultät ausgesprochen werden.

## **8. Leitungsmodelle im Bereich der strukturierten Kliniken**

Bislang gibt es an den Medizinischen Fakultäten in Österreich strukturierte Kliniken, die aus mehreren gleichberechtigten Abteilungen bestehen, und einfache unstrukturierte Kliniken. Empfehlenswert wäre, dass die strukturierte

Klinik zum Regelfall wird und dass durch Zusammenführung einer hinreichenden Zahl von Abteilungen die Struktur einer größeren Klinik entsteht die im angelsächsischen Ausland als *Departments* bezeichnet werden. Dadurch wäre sichergestellt, dass durch Rotation zwischen den Professoren der strukturierten Kliniken ein Wechsel im Amt der Geschäftsführung möglich ist. Der geschäftsführende Leiter könnte durch eine Klinikumskonferenz nominiert werden; er bedürfte jedoch der Legitimation für dieses Amt durch die Fakultätsleitung. Mit der Einbeziehung der Institute in eine einheitliche Organisationsform für die gesamte Medizinische Fakultät sollten auch die Institute in ihrer Struktur den gegliederten Kliniken angepaßt werden. Entsprechend den Vorbildern im englischsprachigen Ausland würde dies zur Schaffung von forschungsorientierten *Departments* führen, welche aus einzelnen Forschungsabteilungen unter der Leitung jeweils eines Professors stehen, ergänzt durch eigenständige Arbeitsgruppen von Oberassistenten, Stipendiaten und anderen Arbeitsgruppen mit wissenschaftlicher Eigenständigkeit. Es gilt, Schematismen zu vermeiden; *Department*-artige Institute müssen organisch wachsen. Es wäre nicht sinnvoll, verwandte Fächer künstlich zu größeren Einheiten zusammenzuzwingen, wenn die räumlichen Voraussetzungen für die Schaffung eines einheitlichen Instituts mit einem gemeinsamen akademischen Leben und homogener Verwaltungsstruktur nicht möglich ist.

## **9. Limitierung der Studienplätze und Auswahlverfahren**

Es ist allseits unbestritten, dass die Zahl der Studierenden der Medizin an den drei Fakultäten in Österreich zu hoch ist. Dies wird nicht nur von den ärztlichen Standesvertretern mit Nachdruck vertreten. Auch der internationale Vergleich zeigt, dass die Ausbildungszahlen weit am Bedarf vorbeigehen. Die Ausbildung über die Kapazität der Fakultäten senkt die Qualität der Lehre. Es ist nicht zu verantworten, auf Dauer eine viel zu hohe Zahl von Ärzten auszubilden. Die sinnlose Ausbildung von Ärzten senkt das Ausbildungsniveau und verschlingt große Summen Geldes; eine zu hohe Zahl von Ärzten schafft darüber hinaus unnötigen Bedarf im Gesundheitswesen und belastet die Sozialsysteme. Deshalb ist es notwendig, Ausbildungszahlen zu definieren und die Zulassung zum Studium daran zu orientieren. Die spezifische Gesetzeslage in Österreich mag es erfordern, dass für die Medizinischen Fakultäten ein eigener Rechtsstatus für eine

Zugangsbeschränkung gefunden werden muss. Dies mag dadurch erreichbar sein, dass mit der Reform der Medizinischen Fakultäten die Institute in die neue Rechtsform überführt werden und damit eine gesonderte Rechtsgrundlage im Vergleich zu anderen Fakultäten besteht. Ebenso wären stringente Prüfungen nach dem ersten Studienjahr zu erwägen. Es wäre nicht zu empfehlen, für Österreich eine zentrale Institution einzurichten, welche die Verteilung der Studierenden auf die Universitäten durchführt. Eine entsprechende Struktur in der Bundesrepublik Deutschland, die Zentrale Vergabestelle für Studienplätze in Dortmund, hat sich in den Augen der Mehrheit der Bildungspolitiker in der Medizin nicht bewährt. Es ist vielmehr zu empfehlen, dass die Universitäten ihre Bewerber anhand von Zeugnissen und besonderer persönlicher Qualifikation auswählen, die sich beispielsweise durch Wartezeiten in medizinbezogenen Berufen manifestieren kann. Auch schriftliche Auswahlverfahren wären denkbar. Entsprechende Modelle einer Zugangsregelung werden für eine Reihe von nicht-medizinischen Fächern an bundesdeutschen Universitäten erfolgreich praktiziert.

## **10. Studienangebote und Neuordnung der Graduierungsverfahren**

Das Studium der Medizin und der Zahnmedizin soll die Ausbildung zu einem Arzt vermitteln, welcher zur selbständigen Fort- und Weiterbildung und damit verbundener fachärztlicher Spezialisierung befähigt ist. Als Grundlage für wissenschaftliche Arbeit bietet das Regelstudium der Medizin und Zahnmedizin keine hinreichende Grundlage. Daher ist zu empfehlen, dass Medizinische Fakultäten neben der ärztlichen und zahnärztlichen Regelausbildung wissenschaftsorientierte Studiengänge anbieten. So gibt es an der Universität Erlangen-Nürnberg einen Studiengang für Molekulare Medizin. Dieser Studiengang ist grundständig und führt zu einer naturwissenschaftlichen Ausbildung auf medizinischem Hintergrund. Der Studiengänge erweist sich als außerordentlich attraktiv. Er führt vor allem zu Positionen in Forschungseinrichtungen des Hochschulbereiches und außeruniversitärer Institute sowie im Bereich der pharmazeutischen und biotechnologischen Industrie. Besonders attraktiv ist es, die naturwissenschaftliche Ausbildung im biomedizinischen Bereich mit der Ausbildung zum Arzt zu verbinden. Solche Programme, oft als *M.D. / Ph.D.*-Programme bezeichnet, werden nach amerikanischem Vorbild auch an Universitäten in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt und erfreuen sich

großer Nachfrage. In diesem Sinne sind die Initiativen an den österreichischen Medizinischen Fakultäten sehr zu begrüßen, welche auf ein eigenes Doktoratsstudium hinauslaufen, das zu einem separaten *Doctor scientiae medicae* führt. Diese Initiativen sollten umfassende Unterstützung erfahren. Es sollte darüber hinaus geprüft werden, ob neben dem Doktoratsstudium auch grundständige wissenschaftliche Studiengänge eingeführt werden. Daneben ist zu bedenken, ob Aufbau-Studiengänge für bestimmte besonders innovative Bereiche der Medizin entwickelt werden sollen. So wäre beispielsweise daran zu denken, ob die Medizinischen Fakultäten für Physiker und Techniker ein ein- bis zweijähriges Aufbaustudium für Medizintechnik anbieten. Auch mag es attraktiv sein, für Absolventen des Medizinstudiums ein Aufbaustudium der Medizinischen Informatik anzubieten. Ebenso mag es attraktiv sein, die Studiengänge für Pharmazie oder die Ausbildung in Pflegewissenschaften an den Medizinischen Fakultäten anzusiedeln.

Der erfolgreiche Abschluss des Studiums der Medizin in Österreich führt derzeit, ohne den formalen Nachweis wissenschaftlicher Bewährung und Qualifikation, zum medizinischen Doktorgrad. Es ist zu empfehlen, dass diese Regelung gründlich überdacht wird und nach bundesdeutschem Muster eine Promotionsarbeit eingeführt wird. Nur durch eine formalisierte Promotionsarbeit, welche sich über mindestens ein bis zwei Semester erstreckt und das Abfassen einer Monographie zu einem umschriebenen wissenschaftlichen Thema erfordert, werden die Studierenden an wissenschaftliche Denkweise herangeführt. Die nicht differenzierende Erteilung des akademischen Grads eines Doktors der Medizin hat eine Titel-Inflation zur Folge und entwertet das Bemühen der Studierenden, welche sich tatsächlich wissenschaftlichen Fragen zuwenden und sich um wissenschaftliche Arbeit bemühen. Die undifferenzierte Vergabe des Doktors der Medizin setzt darüber hinaus das Ansehen der Medizinischen Fakultäten herab, da in anderen Fakultäten in jedem Fall wissenschaftliche Arbeit die Voraussetzung zur Promotion ist. Der Abschluss des Medizinstudiums ohne eine eigene Promotionsarbeit ist an sich nur äquivalent zu einem Diplom-Abschluss in einem Fach außerhalb der Medizin. In der Bundesrepublik Deutschland gilt, dass die Absolventen, welche sich nicht um eine Promotionsarbeit bemühen, keinen Doktorgrad erhalten und dennoch ohne Promotion als Ärzte in Klinik und privater Praxis tätig werden. Daher ist sehr zu empfehlen, eine wissenschaftliche Arbeit, auch wenn sie in ihren zeitlichen



Ansprüchen unterhalb der typischen naturwissenschaftlichen Promotion liegt, zur Voraussetzung für die Erteilung des Dokortitels in der Medizin zu machen. Dies könnte dadurch erleichtert werden, dass das Doktoratsstudium zum Teil in das sechsjährige Medizinstudium vorgezogen werden kann.

## **F Zusammenfassung**

Auch wenn Strukturen der Hochschul-Medizin in Österreich von den verantwortlichen Hochschul-Lehrern oft kritisiert werden, befinden sich die Medizinischen Fakultäten insgesamt noch auf hohem ärztlichen und wissenschaftlichen Niveau. Die Medizinischen Fakultäten in Innsbruck, Graz und Wien haben eine bedeutende Tradition von Spitzenleistungen, und sie genießen weithin Anerkennung als Forschungsstätten. Um diesen Standard in der hohen internationalen Kompetition halten zu können, ist es erforderlich, eine Reihe von Strukturreformen durchzuführen, um die Rahmenbedingungen für Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu verbessern. Es ist erforderlich, den Medizinischen Fakultäten eine eigene Rechtsform zu geben und sie mit dem jeweiligen Universitätsklinikum zu einer einheitlichen Rechtsperson zusammenzuführen. Hierzu bietet sich an, für jeden der drei universitären Medizinstandorte in Österreich eine Betriebsführungs-Gesellschaft mbH unter Beteiligung von Bund, Land und Universität zu bilden, in der alle Kliniken und medizinischen Institute einer Universität zusammengefasst werden. Das Universitätsklinikum sollte unter einem Verwaltungsrat stehen, dem Vertreter der Gebietskörperschaften, Bund und Land, sowie der Universität und externe Vertreter mit Fachkompetenz in Wirtschaftsfragen und Wissenschaft angehören. Die Fakultät sollte von einem Leitungsgremium geführt werden, welches über die KMA-Beträge des Bundes verfügt und mit dem Klinikumsvorstand personell eng verbunden ist. Die Kliniken und Institute bedürfen separater Budgets, einerseits für Forschung und Lehre, andererseits für Krankenversorgung; sie müssen leistungs- und belastungsbezogen dotiert sein. Die Positionen für den Dekan der Medizinischen Fakultät und den Ärztlichen Direktor des Universitätsklinikums sollten hauptamtlich ausgeübt werden; der Dekan sollte mit doppelter Legitimation der Fakultät und der Universität zeitlimitiert bestellt werden. Der Rektor der Universität sollte Dienstvorgesetzter der akademischen Mitarbeiter in der Medizinischen Fakultät bleiben; damit ist eine wesentliche Verklammerung zwischen der Medizinischen Fakultät und der jeweiligen Universität bewirkt. Die Dienstaufsicht kann teilweise an den Dekan delegiert werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Positionen für Professoren im internationalen Vergleich attraktiv bleiben. Dies bezieht sich vor allem auf die Arbeitsbedingungen; sie müssen durch Eigenverantwortlichkeit der Professoren und Transparenz der Finanzströme gekennzeichnet sein. Das bestehende

Modell der strukturierten Kliniken, welche bei wechselnder Geschäftsführung aus Abteilungen unter Leitung von Professoren stehen, sollte generell gelten. Größere strukturierte Kliniken und Institute sollten Regelfall werden. Die Zahl der Studierenden der Medizin muss deutlich eingeschränkt werden, vor allem, um den Ausbildungsstandard für die Studierenden der Medizin zu verbessern. Es ist zu empfehlen, neue Studienangebote auszuweiten, beispielsweise im Sinne eines wissenschaftlich orientierten Doktoratsstudiums. Der Grad eines Doktors der Medizin sollte an den Nachweis wissenschaftlicher Leistungen gekoppelt werden. Es bedarf eines neuen, flexiblen Besoldungsrechts für den akademischen Mittelbau und die Professoren. Um die Mobilität des wissenschaftlichen Nachwuchses zu fördern, sollten die Positionen des akademischen Mittelbaus zeitlimitiert vergeben werden. Eine begrenzte Zahl von Mittelbau-Positionen wird benötigt, um typische ärztliche Dauerfunktionen und Aufgaben der Forschung, Lehre und Instituts-/Klinik-Organisation zu bekleiden. Auch Professoren sollten in der Regel zunächst nur mit zeitlicher Befristung ernannt werden, um nach einer mehrjährigen Qualifizierungsphase in permanente Positionen übergeleitet zu werden. Die Professorenstellen sollten kündbar bleiben. Die Neuordnung der Mittelbau-Funktionen soll einer unangemessenen Inflationierung des Professorentitels entgegenwirken. Die drei Medizinischen Fakultäten in Österreich werden ihr Niveau auf Dauer nur halten können, wenn sie sich durch moderne Strukturen der internationalen Konkurrenz stellen können und wenn zugleich die Hochschul-Klinika, unter Integration von Forschungs- und Lehraufgaben, als Orte medizinischer Maximalversorgung wirtschaftlich in der Konkurrenz zu den umgebenden öffentlichen und privaten Krankenhäusern bestehen können.

## Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. Bernhard Fleckenstein  
Dekan der Medizinischen Fakultät  
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg  
Schlossgarten 4  
D- 91054 Erlangen

Telefon: 09131-85-23563

Telefax: 09131-85-22101

e-mail: [fleckenstein@viro.med.uni-erlangen.de](mailto:fleckenstein@viro.med.uni-erlangen.de)

Internet: <http://www.viro.med.uni-erlangen.de>

oder <http://www.Dekanat.med.uni-erlangen.de>

## Literaturhinweise

- Deutsche Forschungsgemeinschaft (1999) Denkschrift Klinische Forschung, Wiley-VCH-Verlag, Weinheim
- Hochschulgesetz des Freistaates Bayern vom 02.10.1998
- Hochschulgesetz des Landes Baden-Württemberg vom 01.02.2000
- Hochschulgesetz des Landes Niedersachsen (1998)
- Hohner H.-U. (1995) Der neue Test zum Medizinstudium. Aktualisierter und wissenschaftlich validierter Übungstest zum Test für medizinische Studiengänge (TMS), Aachen
- Kieser A. (2000) Alternative Organisationsmodelle autonomer Universitäten, in: Universitäten im Wettbewerb, Titscher S., Winckler G. (Hrsg.), Rainer Hampp Verlag, pp 234 – 282
- Grundsatz-Papier der Kultusminister-Konferenz (1995) Überlegungen zur Finanzierung der Hochschulmedizin
- Radner A., Gstöttner M. (1994) Leistungsbezogenes Abrechnungssystem für Krankenanstalten. Universitätsverlag Trauner, Linz
- Reber G. (2000) Bemerkungen zur Präzisierung und Radikalisierung der Organisationsreform, in: Universitäten im Wettbewerb, Titscher S., Winckler G. (Hrsg.), Rainer Hampp Verlag, pp. 283 – 296
- Schimank U. (2000) Welche Chancen und Risiken können unterschiedliche Modelle erweiterter Universitätsautonomie für die Forschung und Lehre der Universitäten bringen? in: Universitäten im Wettbewerb, Titscher S., Winckler G. (Hrsg.), Rainer Hampp Verlag, pp 94 – 147
- Strehl R. (1995) Hochschulmedizin ohne Universität? in: Forschung & Lehre, 11/1995, S. 610ff
- Strehl R. (2001) Auf dem Weg zu modernen Leitungsstrukturen – Die Reform der Universitätsmedizin, in: Eichhorn S. und Schmidt-Rettich B. (Hrsg.), Krankenhausmanagement, Stuttgart, New York, S. 79 ff
- Wissenschaftsrat (1995) Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin
- Wissenschaftsrat (1999) Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin – Aufgaben, Organisation, Finanzierung
- Wissenschaftsrat (2000) Thesen zur künftigen Entwicklung des Wissenschaftssystems in Deutschland