

Rede auf dem Medizinischen Fakultätentag



Zur Förderung Klinischer Forschung

von Professor Peter Strohschneider,
Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)

Es gilt das gesprochene Wort!

Frankfurt am Main, 18. Juni 2014

Deutsche Forschungsgemeinschaft

Kennedyallee 40 · 53175 Bonn · Postanschrift: 53170 Bonn

Telefon: + 49 228 885-1 · Telefax: + 49 228 885-2777 · postmaster@dfg.de · www.dfg.de



Seit es so etwas wie eine methodisch vorgehende Heilkunst gibt, genießen Ärzte besonderes gesellschaftliches Ansehen. Nicht weniger traditionsreich dürfte indes auch die Kehrseite einer solchen herausgehobenen gesellschaftlichen Position sein, die Ärzteschelte. „Ärzte“, so soll Voltaire gesagt haben, „geben Medikamente, von denen sie wenig wissen – in Menschenleiber, von denen sie noch weniger wissen – zur Behandlung von Krankheiten, von denen sie überhaupt nichts wissen.“

Das ist der scharfe Spott, mit dem sich Voltaire bis heute unvergessen gemacht hat. In seinem aufklärerischen Gestus steckt indes zugleich eine Wahrheit. Ärztliche Therapie ist hier nach nämlich nicht allein irgendeine Form erfahrungsgestützten Handelns. Sie wird mit anspruchsvollem medizinischem Wissen in Verbindung gebracht. In Voltaires Spott verbirgt sich ein epistemischer und Professionalitätsanspruch für therapeutisches Handeln, der auch im 18. Jahrhundert noch keineswegs allgemein durchgesetzt war, der uns heute freilich längst selbstverständlich scheint. Gute ärztliche Praxis beruht auf fundiertem medizinischen Wissen über den Menschen und seine körperlichen, psychischen und kognitiven Funktionen, auf spezialisiertem Wissen über seine Krankheiten und auf praktischem Wissen über die Formen, mit denen diese Krankheiten behandelt, ihre schädlichen Folgen gelindert oder sie geheilt werden können.

Ärztliches Handeln muss diese Wissensbereiche systematisch aufeinander beziehen und den je individuellen Krankheitsfall in sie einordnen können. Es setzt insofern eine wissenschaftliche Medizin voraus, die die Bestände medizinischen Wissens in der akademischen Lehre und ärztlichen Weiterbildung reproduziert und durch Forschung altes Wissen kritisiert sowie neues Wissen produziert, sodass die Qualität, Verlässlichkeit und Reichweite medizinischer Wissensbestände erweitert wird. Ärztliche Praxis setzt eine wissenschaftliche Medizin voraus, die durch klinische Forschung das Spektrum präventiver und kurativer Handlungsoptionen verfeinert und ausbaut.

Dass dies gelingen kann, ist an erhebliche Voraussetzungen gebunden, nämlich unter anderem an qualifiziertes Personal, das sehr gut ausgebildet ist (und das meines Erachtens auch in Zukunft ohne Schaden sehr gebildetes Personal sein darf); an sehr gute infrastrukturelle und apparative Bedingungen; an pluralistisch verfasste Forschungssysteme, die auch den besonderen Wissensspezialisierungen in der modernen medizinischen Forschung gemäß sind; an Finanzierungs- und Fördersysteme nicht zuletzt, die nicht allein den Bedingungen von Krankenversorgung und Gesundheitsökonomie Rechnung tragen, sondern auch dem Eigensinn und den Dynamiken der lebenswissenschaftlich-medizinischen Erkenntnissuche.

Einige Aspekte dieser Ermöglichungsbedingungen einer leistungsfähigen medizinischen, zumal klinischen Forschung möchte ich im Folgenden ansprechen. Dabei komme ich auf die Förderfunktionen und das Förderhandeln der DFG erst im Schlussteil zu sprechen. Beginnen will ich mit einer Handvoll eher grundsätzlicher Erwägungen dazu, was ein leistungsfähiges Forschungssystem ausmacht. Das wird zu einigen Umständen führen, die klinische Forschung in Deutschland heute erschweren, sowie schließlich dann zu dem, was die DFG unter diesen Umständen zur Förderung der klinischen Forschung beitragen kann – und was nicht.

Das deutsche Forschungssystem besitzt aufs Ganze betrachtet beachtliche Leistungsfähigkeit; und dies bei allen Herausforderungen, die verbunden sind mit seinen Basisprozessen der Expansion, der Differenzierung, der Akzeleration beinahe aller Prozesse und auch der Veralltäglicung von Wissenschaft in der modernen Wissenschaftsgesellschaft. Es integriert ein sehr breites Spektrum akademischer Disziplinen, Forschungsformen und Wissensbezirke, es ist geprägt durch eine prägnante Vielfalt der Institutionstypen und Organisationsformen, die ein hohes Maß an Arbeitsteiligkeit und funktionaler Komplementarität ermöglichen. Und angesichts der enormen finanziellen und infrastrukturellen Voraussetzungen in vielen Bereichen moderner Forschung ist das auch notwendig.

Eine der Leitunterscheidungen, mit denen man seit Langem die Vielfalt und Komplexität dieses Forschungssystems zu ordnen versucht, ist diejenige von Grundlagenforschung und anwendungsbezogener Forschung. Sie scheint unverwüstlich zu sein, obwohl seit Langem klar ist, dass Innovationsprozesse in modernen Wissenschaften (in der Medizin wie anderweit) weder so linear noch so unidirektional verlaufen, wie diese Unterscheidung das voraussetzt. Die Erarbeitung, Erfindung, Entdeckung des wissenschaftlich Neuen vollzieht sich typischerweise viel eher in komplexen, vielsträngigen, rückkopplungs-, rekursions- und interferenzreichen Prozessen.

Ich möchte daher (und meine, der MFT sei dafür denn doch kein unpassender Ort) eine doppelte Alternative zu erwägen geben: Nämlich (1.) nicht zwischen Grundlagenforschung und anwendungsbezogener Forschung, sondern zwischen erkenntnisgeleiteter (neugiergetriebener) und programmorientierter Forschung zu unterscheiden. Diese Unterscheidung wäre sodann (2.) nicht auf den Forschungsprozess selbst zu beziehen. Dort führt sie nämlich leicht zu polemisch ausbeutbaren Missverständnissen, wie wenn zum Beispiel programmorientierte Forschung als solche weniger frei wäre als erkenntnisgeleitete, oder wie wenn umgekehrt erkenntnisgeleitete Forschung ipso facto weniger relevant als programmorientierte, ja womöglich geradezu programmatisch irrelevant wäre. Und beides ist ja abwegig. Vielmehr

wäre diese Unterscheidung zwischen erkenntnisgeleiteter und programmorientierter Forschung auf jene Entscheidungszusammenhänge zu beziehen, in denen Organisation und Finanzierung zukünftiger Forschungsprozesse festgelegt werden. Erkenntnisgeleitetheit und Programmorientierung wären also Kategorien nicht der Forschung selbst, sondern von forschungspolitischen und -administrativen Entscheidungsprozessen, je nachdem nämlich, welche Kriterien in diesen Entscheidungen primär ausschlaggebend sind. Bei erkenntnisgeleiteter Forschung sind dies Kriterien der wissenschaftlichen Relevanz, der Weiterentwicklung des wissenschaftlichen Wissens, der Neugier, der Welterkenntnis sowie auch des Selbstbezugs von Wissenschaft. Bei programmorientierter Forschung sind dies die Kriterien des Fremdbezugs von Wissenschaft, also Kriterien gesellschaftlicher, politischer, ökonomischer usw. Relevanz, sowie Kriterien der Lösung gesellschaftlicher Problemvorgaben, also etwa der sogenannten großen Volkskrankheiten oder der Energiewende.

Und diese beiden Kriterienbündel sind selbstverständlich gleichermaßen legitim, auf beides sind moderne Wissenschaftsgesellschaften konstitutiv angewiesen. Sie haben einen vernünftigen Anspruch darauf, dass die Wissenschaften jene Fragen zu beantworten, jene Probleme zu lösen versuchen, die die Gesellschaft bedrängen. Sie müssen zugleich anerkennen, dass Gesellschaft von den Wissenschaften allein dann mit neuem Wissen ausgestattet werden kann, wenn letztere nicht vollständig auf das festgelegt ist, was gesellschaftlich immer schon – und sei es in einer Frage oder Problemvorgabe – antizipiert wird: Das Neue ist das Nicht-Antizipierte, das emphatisch Neue, das Nicht-Antizipierbare.

Soweit diese Skizze einer Begründung dafür, dass ich nicht von grundlagen- und anwendungsbezogener Forschung spreche, sondern in dem hier spezifizierten Sinne von erkenntnisgeleiteter und programmorientierter Forschung. Wenn man nun das deutsche Forschungssystem entlang dieser letztgenannten Leitunterscheidung sortieren möchte, dann sieht man, wie es im Prinzip organisatorisch schlüssig aufgebaut ist. Programmorientierte Forschung hat ihre institutionellen Orte in der Ressortforschung, bei Helmholtz- sowie auch Leibniz-Gemeinschaft und sie wird projektförmig zum Beispiel in den Förderprogrammen des BMBF finanziert. Erkenntnisgeleitete Forschung ist die Aufgabe zumal der Universitäten sowie der MPG, ihrer projektförmigen Förderung dient in Sonderheit das Förderhandeln der DFG. Dieses Organisationsgefüge des Forschungssystems hat sich historisch in langwierigen und so windungs- wie auch konfliktreichen Prozessen herausgebildet und folgt doch in seinem gegenwärtigen Zuschnitt einem insoweit klaren Prinzip funktionaler Differenzierung, einem Prinzip der Arbeitsteiligkeit und Leistungskomplementarität. Und dies heißt dann allerdings auch, dass die Leistungsfähigkeit des Gesamtsystems abhängig ist von der Leistungsfähigkeit aller seiner Teile und von der Produktivität der Operations- und Kooperationsbezie-

hungen zwischen ihnen. Es müssen in diesen Beziehungen also auch die Balancen zwischen den einzelnen Systemteilen, zwischen ihren verschiedenen funktionalen, rechtlichen, finanziellen, personellen usw. Bedingungen gewahrt sein.

An der klinischen Forschung kann man sich das in besonderer Plastizität vor Augen führen. Ihr Fortschritt beruht ja gerade auf dem Zusammenspiel von lebenswissenschaftlichem Grundlagenwissen, Therapieansätzen, pharmakologischen Innovationen, neuen technischen oder chirurgischen Verfahren usw., und die Metapher „vom Labor zum Krankenbett“ vereinfacht über die Maßen, was dabei tatsächlich geschieht, wie auch die Erfahrung am Krankenbett ins Labor zurückwirkt, wie Ingenieurtechnik, medizinische Laborarbeit und ärztliche Praxis in verschiedenen Richtungen interferieren.

Ich sprach vom Prinzip der funktionalen Strukturierung des Organisationsgefüges von Wissenschaft und Forschung in Deutschland. Die faktischen Realitäten sind freilich unklarer, es gibt Imbalancen, Asymmetrien, Unwuchten, welche die Funktions- und Leistungsfähigkeit des Gesamtsystems empfindlich beeinträchtigen. Und auch dafür ist die Hochschulmedizin ein besonders eindrückliches Beispiel. Ich will das in dreierlei Hinsichten kurz skizzieren.

Strukturprobleme der klinischen Forschung

Sie alle wissen aus alltäglicher und sehr viel größerer Nähe als ich, dass der Einzug des Betriebswirtschaftlichen in die Krankenversorgung die Freiräume für Forschung in den Universitätsklinika ganz erheblich eingeschränkt hat. Dies zeigt sich etwa daran, dass Personalentscheidungen in den Klinika immer weniger nach Maßstäben wissenschaftlicher Qualität getroffen werden als vielmehr nach betriebspraktischen Kriterien. Dies zeigt sich auch an der zunehmenden Aufgabenverdichtung, der sich das forschen sollende – aber eben zunehmend nicht mehr forschende – Personal gegenüber sieht, sowie selbst dort, wo geforscht wird, nämlich dann, wenn klinische Forschungsprojekte und Schwerpunktsetzungen weniger dem Kriterium wissenschaftlicher Relevanz folgen, als vielmehr im Hinblick auf ihr ökonomisches Potenzial gewählt werden. Hinzu kommen Defizite der Grundausrüstung, die mittlerweile bedenkliche Ausmaße angenommen haben. In den meisten Bundesländern sind die Zuführungsbeträge für Forschung und Lehre kaum angestiegen, in einigen sind sie sogar gefallen, sodass Forschungsvorhaben immer seltener aus der Grundausrüstung finanzierbar sind und Geräteinvestitionen oder Baumaßnahmen entweder gar nicht realisiert werden können oder für klinische Forschung auf höchstem Niveau unzureichend sind.

Man muss freilich hinzufügen, dass die strukturelle Unterausstattung (und funktionale Überlastung) das Grundproblem des gesamten Hochschulwesens (ja des deutschen Wissen-

schaftssystems überhaupt) ist; daran, wie die Erfolgchancen von DFG-Antragstellern – bei wachsen-dem Budget! – seit Jahren sinken, lassen sich die Ausmaße dieses Problems er-messen. Wenn aber Forschungsmöglichkeiten an Hoch-schulen und in der Hochschulmedi-zin schrumpfen (wegen Unterfinanzierung wie wegen betriebswirtschaftlich gelenkten Struk-turwandels – und beides hängt freilich eng zusammen), dann beeinträchtigt das unmittelbar die Ideenvielfalt, den Perspektivenreichtum, die Innovativität des Forschungssystems insge-samt. Und damit verbinden sich überdies sehr direkte (wenn auch nicht einfach bezifferbare) Folgen für die Leistungsfähigkeit dieses Systems und für seine gesellschaftliche, ökonomi-sche, auch seine medizinische und gesundheitsökonomische Effektivität.

Erkenntnisgeleitete und programmorientierte Forschung

Mit den Erschwernissen der Forschung insbesondere auch in der Hochschulmedizin gehen – im Sinne einer weiteren Asymmetrie – Akzentverschiebungen einher zwischen dem, was ich in dem oben skizzierten Sinn einerseits erkenntnisgeleitete und andererseits programmorien-tierte Forschung nenne. Nicht erst durch die Einrichtung der Deutschen Zentren für Gesund-heitsforschung, durch sie aber mit erheblicher wissenschafts- und hochschulpolitischer Re-sonanz, haben sich die Bedingungen für programmorientierte Forschungsvorhaben deutlich verbessert. Das ist nicht nur nicht illegitim, es ist in vieler Hinsicht auch gut – solange es je-denfalls gelingt, zugleich die damit verbundenen Risiken zu vermeiden: die Risiken einer Konzentrierung und thematischen Engführung auf eine kleine Zahl „großer Volkskrankheiten“ hin und diejenigen eines gleichzeitigen Akzeptanzverlusts solcher Vorhaben, die andere, auch seltene Krankheitsprozesse und Behandlungsmöglichkeiten zu erforschen suchen. Es sind dies die Risiken sich verfestigender Limitierungseffekte und Pfadabhängigkeiten, welche den Raum für bisher gar nicht antizipierte Ansätze, Forschungsfragen und Themen immer weiter einschränken und so die Innovativität klinischer Forschung gefährden könnten.

Verheißungen und Glaubwürdigkeit

Ich deutete es soeben implizit an: Finanzierungsfragen sind auch Geltungsfragen. Finanze-rungsansprüche müssen begründet werden, wobei Plausibilität und Durchschlagskraft sol-cher Begründungen keineswegs absolut sind, sondern stets relativ zu gesellschaftlichen Le-gitimitätsannahmen und Relevanzhierarchien.

Ich komme damit auf einen Punkt, an dem – wenn Sie mir das so zu sagen erlauben – die Medizin in besonderer Weise gefährdet ist. Sie kann sich darauf verlassen, dass Gesundheit, Heilung von Verletzung oder Krankheit in beinahe jedem denkbaren Legitimitätsrahmen, beinahe jeder denkbaren Relevanzhierarchie einen obersten Platz einnimmt (obschon es

freilich Ausnahmen gibt: Martyriumsgewisse suicide bombers haben womöglich andere Wertordnungen). Und damit geht die Versuchung einher, in Geltungs- und Verteilungskonkurrenzen mit anderen Wissenschaftsbereichen wie überhaupt mit anderen Gesellschaftsbereichen mit großen Verheißungen zu operieren. Wer zählt noch, wie oft der Krebs schon besiegt oder Diabetes heilbar gemacht wurde? Solche Verheißungen bergen nun aber die Gefahr struktureller Selbstüberforderung. Verheißungen wecken Erwartungen, um nicht zu sagen Erlösungshoffnungen. Die muss man erfüllen, zumindest muss man die Nichterfüllung plausibilisieren können; dass letzteres unter Umständen noch schwieriger sein kann als ersteres, ließe sich zum Beispiel am theologischen Problem der Parusieverzögerung verdeutlichen. Misslingt allerdings beides, dann folgen Glaubwürdigkeitsprobleme. Aufmerksame Beobachter könnten den Eindruck haben, nicht lediglich die klinische Forschung, sondern das gesamte Wissenschaftssystem sei vor solchen Glaubwürdigkeitsproblemen keineswegs gefeit.

Verheißungen beeinflussen indes nicht nur die, an die sie gerichtet sind, sondern sie binden auch den, der sie gibt. Heilungsversprechen können daher den Charakter klinischer Forschung verändern. Ihrer Logik nach sind sie gerade nicht auf die Produktion von Grundlagewissen hin orientiert, niemand würde ja versprechen, den Krebs lediglich erklären zu wollen, sondern sie stellen auf den konkreten und umfassenden Behandlungserfolg ab; für den Patienten soll der Krebs nicht erklärbar, sondern heilbar sein.

Und das wirft die Frage auf, ob es à la longue auch nur für die Therapieentwicklung gut ist, wenn dieserart nicht nur durch die Strukturprobleme der Hochschulmedizin, von denen ich sprach, sondern nun auch vermittels der Logik der Verheißung das Erklären (sagen wir: die medizinische Theorie, die Forschung) vom Heilen (sagen wir: der ärztlichen Praxis, der Krankenversorgung) dominiert wird? Ist es nicht das Konzept medizinischer Wissenschaft selbst, dass dann prekär würde, wenn medizinische Theorie und ärztliche Praxis dieserart aus der Balance gerieten? Steckt nicht auch in manchem verheißungsvollen Versprechen auf baldige Heilbarkeit, auf den unmittelbar bevorstehenden therapeutischen Durchbruch das Risiko eines sozusagen en passant sich einstellenden Systemeffekts, nämlich der Schwächung, gar der gesellschaftlichen Abwertung der erkenntnisgeleiteten Forschung?

Ich sprach unterschiedliche und unterschiedlich problematische Strukturebenen klinischer Forschung in Deutschland an. Das bleibt unvollständig und war vorsätzlich selektiv. Vielleicht konnte ich gleichwohl plausibilisieren, worauf es mir hier vor allem anderen ankommt. Es ist von konstitutiver Bedeutung für die Leistungsfähigkeit des Gesamtsystems der Forschung überhaupt, der Hochschulmedizin im Besonderen, dass die Balancen zwischen programm-

orientierter und erkenntnisgeleiteter Forschung gewahrt und gesichert werden. Das aber erfordert die auskömmliche Grundfinanzierung der universitären medizinischen Forschung. Es erfordert mit adäquaten Mitteln ausgestattete Förderprogramme auch in der erkenntnisgeleiteten Forschung – Programme also, welche responsiv sind gegenüber den Erkenntnisdynamiken der Forschung selbst, welche flexibel auf die daraus sich ergebenden wissenschaftlichen Belange reagieren können und welche überraschenden Ansätzen und disruptiven Ideen, also auch dem nicht antizipierten und nicht-antizipierbaren Neuen in der klinischen Forschung Raum geben.

Solche Förderprogramme zu entwickeln und anzubieten, ich deutete es vorhin systematisch an, ist die spezifische Funktion der DFG. Deswegen fördert sie, was von den Forscherinnen und Forschern selbst als förderwürdig identifiziert wurde. Deswegen trifft sie Förderentscheidungen in streng wissenschaftsgeleiteten Verfahren nach Kriterien wissenschaftlicher Qualität der Forschungsvorhaben und nicht etwa unter gesellschaftlichen, politischen oder kommerziellen Relevanzaspekten und auch nicht, um Defizite der Grundfinanzierung zu kompensieren. In der klinischen Forschung können so Möglichkeitsräume entstehen für Vorhaben, die auf grundlegendes medizinisches Wissen abzielen, und zwar auch in Krankheitsbereichen, die womöglich keine kommerziellen Verwertungspotenziale erwarten lassen.

Dass die Forschungsdynamiken, Methodiken und Erkenntnisinteressen speziell der klinischen Forschung eigener Förderangebote bedürfen, ist dabei mitbedacht. Über ihre allgemeinen Förderprogramme hinaus fördert die DFG die klinische Forschung deshalb in verschiedenen, spezifisch auf sie abstellenden Verfahren. Seit den späten 1980er Jahren gibt es das Programm der ‚Klinischen Forschergruppen‘, das den Aufbau forschungsorientierter Strukturen in Universitätskliniken fördern soll. Seit 2005 gibt es ein (gemeinsam mit dem BMBF aufgelegtes) spezielles Förderprogramm zu ‚Klinischen Studien‘. Heute, etwa zehn Jahre nach Beginn der ersten Förderperiode lässt sich sagen, dass es erfolgreich auf die klinische Forschung in Deutschland einwirkt; schon der Wettbewerbsrahmen des Programms als solcher hat die Vorbereitung hypothesentestender Studien professionalisiert. Vor allem aber hat das Programm in einer ganzen Reihe von Universitätskliniken zur Herausbildung neuer produktiver Gelegenheitsstrukturen für klinische Studien geführt, die auch im internationalen Vergleich bestehen können. Die DFG hat daher im Jahr 2013 entschieden, diese Finanzierung klinischer Studien im Rahmen ihres regulären Förderportfolios zu verstetigen. Von der Einzelförderung über medizinische Sonderforschungsbereiche und Schwerpunktprogramme bis hin zum Programm ‚Klinischen Studien‘ gibt es damit – so hoffen wir – ein sorgfältig abgestimmtes DFG-Angebot für klinische Forscherinnen und Forscher.

Wenn es richtig ist, dass sich die Gewichte systemisch zuungunsten der erkenntnisgeleiteten Forschung verlagern, dann liegen die Gründe dafür also eher nicht auf der Ebene der Förderstrukturen. Wohl aber liegen sie, jedenfalls auch, auf jener Ebene, die eine Drittmittelförderung zwingend voraussetzt und die sie selbst keineswegs kompensieren kann. Drittmittelförderung setzt eine verlässliche und auskömmliche Grundfinanzierung voraus, nicht zuletzt auch für Räumlichkeiten und Infrastrukturen der Forschung, sowie für wissenschaftliches Personal, das über jene freie Zeit verfügt, ohne die es keine Forschung geben kann.

Tatsächlich aber erodieren diese Voraussetzungen produktiver wissenschaftlicher Forschung in der Klinik wie anderweit. Tatsächlich gerät die Drittmittelförderung zunehmend und immer häufiger in die paradoxe Funktion, das Fehlen ihrer eigenen Voraussetzungen kompensieren zu sollen. Das wird auf Dauer nicht gut gehen können. Das bringt auf lange Sicht nicht nur eine strukturelle Überlastung der DFG mit sich, die sich – gegen ihre Systemfunktion, gegen ihre Verfassung, gegen ihre Prozessprinzipien – immer mehr zum Grundfinanzier von Forschung entwickelt. Sondern es bedeutet aufs Ganze gesehen auch, dass die strukturellen Ermöglichungsbedingungen für beste erkenntnisgeleitete Forschung sich verschlechtern könnten.

Es besteht also drängender Handlungsbedarf bei der Grundfinanzierung der Universitäten, ihrer medizinischen Fakultäten und Klinika, beim Ausbau und Unterhalt leistungsfähiger universitärer Forschungsinfrastrukturen, beim Hochschul- und Klinikbau sowie bei Sicherung und Erweiterung der Forschungsmöglichkeiten für das medizinische Forschungspersonal.

Die Beschlüsse der Großen Koalition in Berlin vom 26. Mai 2014 weisen in die richtige Richtung. Geplant ist eine finanzielle Entlastung der Länder zugunsten ihres Schul- und Hochschulwesens, die Aufhebung des sogenannten Kooperationsverbots für den Wissenschaftsbereich und die Beteiligung des Bundes an der Grundfinanzierung der Hochschulen. Damit in der richtigen Richtung auch weit genug gegangen wird, wird es allerdings noch einiger Arbeit bedürfen – und zwar auch an Wegstücken, über deren Ausbau eigentlich weithin Konsens besteht; dazu gehören beispielsweise neue Finanzierungsmodalitäten für gemeinsame Bund-Länder-Bauvorhaben in der Hochschulmedizin, verbindliche Regelungen für die Verwendung des Zuführungsbetrags für Forschung und Lehre und vor allem auch ein Systemzuschlag für klinische Leistungen, der den direkten Interdependenzen von Forschung, Lehre und Patientenversorgung in den Universitätskliniken gerecht wird.

Dieser Weg ist steinig und er wird sich vermutlich nicht schnurgerade hinziehen. Dass er aber gegangen wird, ist mitentscheidend dafür, dass Deutschland auf lange Sicht über eine sehr gute forschende Medizin verfügt, die die Wissensgrundlagen dafür schafft, dass Ärzte

Medikamente und Therapien verabreichen, die sie so genau wie möglich kennen, an Menschen, die sie in ihren körperlichen und geistigen Eigenschaften und Eigenheiten sehr gut verstehen, zum Zwecke der Behandlung von Krankheiten, über die sie immer besser Bescheid wissen.