Wissenschaftsrat

Empfehlungen zur Hochschulmedizin in den neuen Ländern und in Berlin

Wissenschaftsrat

Drs. 406/91
Köln, 27.9.1991 schd

Empfehlungen zur Hochschulmedizin in den neuen Ländern und in Berlin

Inhalt Seite

Vorbemerkung 4

A. Ausgangslage und übergreifende Empfehlungen 7

I. Umfang der Hochschulmedizin und ihre Finanzierung 7
1. Gesamtzahl der Hochschulklinika 7
2. Finanzierung der Hochschulklinika 10

II. Forschung 12
1. Ausgangslage 12
2. Empfehlungen 14
a) Forschungsflächen 14
b) Finanzierung der Forschung und Schwerpunktbildung 15
c) Nachwuchsförderung 18
d) Wissenschaftliche Zusammenarbeit 20

III. Lehre und Studium (Ausgangslage und Empfehlungen) 22
1. Struktur des Studiums - Medizin und Zahnmedizin 22
2. Studentenzahlen und Zulassungsverfahren 25
3. Vorklinische Ausbildung 29
4. Praktisches Jahr und Arzt im Praktikum 30
5. Promotion und Graduiertenkollegs 32

IV. Krankenversorgung (Ausgangslage und Empfehlungen) 34
1. Stationäre Krankenversorgung 34
2. Ambulante Krankenversorgung 40
3. Empfehlungen zur überregionalen Abstimmung und Schwerpunktbildung 41

V. Personal 43
1. Ausgangslage 43
2. Empfehlungen 47
a) Hochschullehrer 47
b) Wissenschaftliche Assistenten 48
c) Pflegepersonal und Medizinische Fachschulen 50
d) Sonstiges Personal 52

VI. Struktur und Organisation der Medizinischen Fakultäten Klinika und Kliniken (Ausgangslage und Empfehlungen) 52
1. Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum 52
2. Gliederung der Kliniken in Abteilungen 55
3. Organisatorische Anbindung außeruniversitärer Institute und Kliniken 57

VII. Bauliche Entwicklung und Ausstattung (Ausgangslage und Empfehlungen) 58
1. Bauplanung 58
2. Apparative Ausstattung 62

VIII. Zu ausgewählten Fächern (Ausgangslage und Empfehlungen) 65
1. Klinische Pharmakologie 66
2. Militärmedizin und Katastrophenmedizin 67
3. Hygienefächer 68
4. Pathophysiologie und Pathobiochemie 70
5. Klinische Chemie, Röntgendiagnostik, Anästhesiologie und Pathologie 71

B. Zu den einzelnen Medizinischen Fakultäten und Akademien 74

I. Zur Hochschulmedizin in Berlin und Brandenburg 75
1. Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin - Charité 75
2. Zusammenfassende Empfehlungen zur Charité 86
3. Zur Landesperspektive Berlin/Brandenburg 88

II. Zur Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern 92
1. Medizinische Fakultät der Universität Greifswald 92
2. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald 100
3. Medizinische Fakultät der Universität Rostock 104
4. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Fakultät der Universität Rostock 111
5. Zur Landesperspektive 113

III. Zur Hochschulmedizin in Sachsen 119
1. Medizinische Fakultät der Universität Leipzig 119
2. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig 127
3. Medizinische Akademie Dresden 129
4. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Akademie Dresden 136

IV. Zur Hochschulmedizin in Sachsen-Anhalt 140
1. Medizinische Fakultät der Universität Halle-Wittenberg 140
2. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg 148
3. Medizinische Akademie Magdeburg 150
4. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Akademie Magdeburg 158
5. Zur Landesperspektive 160

V. Zur Hochschulmedizin in Thüringen 163
1. Medizinische Fakultät der Universität Jena 163
2. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Fakultät der Universität Jena 170
3. Medizinische Akademie Erfurt 173
4. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Akademie Erfurt 180
5. Zur Landesperspektive 183

C. Zusammenfassende Empfehlungen 186

Anhang 1: Fragebogen
Anhang 2: Veröffentlichungen des Wissenschaftsrates

Vorbemerkung

Die Regierung der seinerzeit noch bestehenden Deutschen Demokratischen Republik (DDR) sowie die Regierungen von Bund und Ländern der Bundesrepublik Deutschland haben den Wissenschaftsrat im Juli 1990 gebeten, auf der Grundlage einer umfassenden Bestandsaufnahme Empfehlungen zur Neuordnung des Hochschulwesens und der außeruniversitären Forschungseinrichtungen im Gebiet der damaligen DDR zu erarbeiten. Der Wissenschaftsrat hat dazu mehrere Arbeitsgruppen und Ausschüsse eingesetzt, darunter die Arbeitsgruppe "Medizinische Fakultäten und Akademien", die sich mit der Hochschulmedizin befaßt hat.

Anfang September 1990 wurden alle neun medizinischen Ausbildungsstätten gebeten, bis zum 31. Oktober 1990 einen Fragenkatalog zu beantworten. Die Fragen bezogen sich auf Entwicklung und Struktur, Personal, Lehre, Forschung, Krankenversorgung, Ausstattung und künftige Entwicklung der medizinischen Einrichtungen; sie sind im Anhang 1 dokumentiert. Die ausführlichen Antworten der Medizinischen Fakultäten und Medizinischen Akademien waren die Grundlage für die informativen und konstruktiven Gespräche, die die Arbeitsgruppe in allen Medizinischen Fakultäten und Akademien geführt hat:

- Humboldt-Universität zu Berlin, 17.11.1990
- Universität Rostock, 19.11.1990
- Universität Greifswald, 20.11.1990
- Medizinische Akademie Magdeburg, 10.12.1990
- Universität Halle, 11.12.1990
- Medizinische Akademie Dresden, 26.1.1991
- Universität Leipzig, 28.1.1991
- Universität Jena, 29.1.1991
- Medizinische Akademie Erfurt, 30.1.1991.

Bei den Besuchen vor Ort hat die Arbeitsgruppe mit Vertretern des Landes, der Hochschule und der Medizinischen Fakultät die bisherige Entwicklung, die gegenwärtige Situation und die künftige Entwicklung erörtert.

Die in der vorliegenden Empfehlung verwendeten Daten basieren überwiegend auf den Antworten der Medizinischen Fakultäten und Akademien (Stand: 1.10.1990). Dabei wurden nicht immer einheitliche Definitionen verwendet: So wurden Zahlen über bestimmte Abschlüsse teils auf Kalenderjahre und teils auf Studienjahre bezogen. Die Zahl der Planbetten enthält zum Teil Neugeborenenbetten; die Auslastung wurde nicht nach Mitternachtsbelegungen und die durchschnittliche Verweildauer gelegentlich unter Einbeziehung von Dialysepatienten berechnet. Die wiedergegebenen Zahlen für die medizinischen Ausbildungstätten in den neuen Ländern können also nur als Orientierungsgrößen betrachtet werden.

Deutliche Unterschiede in der Personalstruktur, der Intensität der Nutzung der Klinikbetten und in den Ausstattungsstandards verhindern in stärkerem Maße den direkten Vergleich mit Daten aus den alten Ländern. Hierfür angegebene Daten sollen daher lediglich als Anhaltspunkte dienen. Dies ist bei der Bewertung der nachfolgenden Empfehlungen stets zu bedenken.

Die neun medizinischen Ausbildungsstätten stellen einen umfangreichen Sektor der Hochschulen in den neuen Ländern dar. Um diesen Bereich angemessen darzustellen, gliedern sich die vorliegenden Empfehlungen in einen Teil A, der für die künftige Entwicklung der Hochschulmedizin aller Ausbildungsstätten von Bedeutung ist, und einen Teil B mit spezifischen Aussagen zu den einzelnen Medizinischen Fakultäten und Akademien. Beide Teile der Empfehlungen sind in unmit-

telbarer Verknüpfung zu sehen. Der Teil A ist in acht Abschnitte unterteilt, die jeweils den Sachstand mit übergreifenden Empfehlungen verbinden. Je nach dem Gegenstand sind dabei Ausgangslage und Empfehlung entweder innerhalb des Abschnittes insgesamt (A.II und A.V.) oder innerhalb einzelner Unterabschnitte getrennt, aber in unmittelbarem Zusammenhang dargestellt.

Der Arbeitsgruppe "Medizinische Fakultäten und Akademien" haben auch Sachverständige aus neuen und alten Bundesländern angehört, die nicht Mitglieder des Wissenschaftsrates sind. Ihnen ist der Wissenschaftsrat zu besonderem Dank verpflichtet.

Die vorliegenden Empfehlungen wurden von der Arbeitsgruppe vorbereitet, im Strukturausschuß des Wissenschaftsrates beraten und am 27.9.1991 vom Wissenschaftsrat verabschiedet.

A. Ausgangslage und übergreifende Empfehlungen

A.I. Umfang der Hochschulmedizin und ihre Finanzierung

I.1. Gesamtzahl der Hochschulklinika

Im vereinigten Deutschland wird das Studienfach Medizin von insgesamt 36 staatlichen Hochschulen angeboten. An 31 dieser Hochschulen ist außerdem das Studium der Zahnmedizin möglich.[1] 9 der Ausbildungsstätten (25%) liegen in den neuen Ländern und 27 (75%) in den alten Ländern. Setzt man dies in bezug zur Einwohnerzahl der neuen Länder von 16,6 Millionen, entsprechend 21% der Gesamtbevölkerung, so deutet dies darauf hin, daß die Gesamtzahl der Klinika in den neuen Ländern eher zu hoch als zu niedrig ist. Dies wird auch durch einen Vergleich mit Nordrhein-Westfalen unterstrichen, das bei etwa gleicher Einwohnerzahl (16,9 Millionen) über sieben staatliche Ausbildungsstätten der Medizin verfügt. Allerdings beträgt die Fläche dieses Landes nur etwa ein Drittel der Fläche der neuen Länder.

Verläßt man diese bundesweite Betrachtungsweise und berücksichtigt die Verteilung auf die verschiedenen Bundesländer sowie die Bettenzahlen der einzelnen Klinika, so ergibt sich ein wesentlich differenzierteres Bild, wie Übersicht 1 zu entnehmen ist. Durch die hohen Planbettenzahlen pro Klinikum in den neuen Ländern, die mit Ausnahme von Greifswald (1.226 Betten) zwischen 1.700 und 2.300 Betten liegen, verstärkt sich das Ungleichgewicht. 6,8 Betten in den Hochschulklinika der alten Länder pro 10.000 Einwohner stehen 10,5 Betten in den neuen Ländern gegenüber, die somit um

---

[1] Beide Studiengänge existieren zusätzlich an der Privaten Hochschule Witten/Herdecke, die jährlich etwa 45 Studenten der medizinischen Disziplinen zuläßt.

Übersicht 1 D:MED-NL/A-TAB-Ü1

Betten in Hochschulklinika je 10.000 Einwohner nach Ländern
im alten[1] und neuen[2] Bundesgebiet

Land	Betten in Hochschul-klinika	Einwohner (in Mio.)	Auf 10.000 Einwohner entfallen Betten in Hochschulklinika	
Baden-Württemberg	6.849	9,4	7,3	
Bayern	7.242	11,0	6,6	
Berlin (West)	3.870[3]	2,1	18,7	(13,1)[4]
Bremen	0	0,7	0,0	
Hamburg	1.867	1,6	11,6	
Hessen	4.480	5,6	8,0	
Niedersachsen	2.872	7,2	4,0	
Nordrhein-Westfalen	8.743	16,9	5,2	
Rheinland-Pfalz	1.729	3,7	4,7	
Saarland	1.754	1,1	16,6	
Schleswig-Holstein	2.690	2,6	10,5	
alte Länder	42.096	61,7	6,8	
Berlin (Ost)	1.992	1,3	15,6	
Brandenburg	0	2,6	0,0	
Mecklenburg-Vorpommern	3.339	2,1	15,7	
Sachsen	4.001	4,9	8,2	
Sachsen-Anhalt	3.917	3,0	13,1	
Thüringen	4.175	2,7	15,5	
neue Länder	17.424	16,6	10,5	
neue und alte Länder	59.520	78,3	7,6	

Abweichungen in den Summen durch Runden der Zahlen.

[1] Quelle: Statistisches Bundesamt, Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen (Krankenhäuser), Bevölkerungsstatistik; eigene Berechnungen, Zahlenangaben für 1988.

[2] Quelle: Bettenzahlen nach Angaben der Hochschulen für 1989

[3] Diese Zahl umfaßt das Klinikum Steglitz (UKS) sowie die während einer Übergangszeit parallel betriebenen Klinika Charlottenburg und Rudolf-Virchow (UKRV). Künftig wird es an der Freien Universität (UKS und UKRV) etwa 2.700 Betten geben.

[4] Bei künftig 2.700 Betten an der Freien Universität

eine um die Hälfte höhere Bettenzahl pro Einwohner verfügen. Diese hohe Durchschnittszahl wird in den alten Ländern von den Stadtstaaten Berlin/West (18,7) und Hamburg (11,6) sowie vom Saarland (16,6), das in großem Umfang Rheinland-Pfalz mitversorgt, und von Schleswig-Holstein (10,5) erreicht. Im übrigen wird sich die Bettenzahl in den Universitätsklinika der alten Länder den Einzelempfehlungen des Wissenschaftsrates entsprechend in den nächsten Jahren weiter reduzieren. Bei diesen Vergleichen ist jedoch mit Blick auf die Krankenversorgung zu berücksichtigen, daß auch außerhalb der Universitätsklinika andere Krankenhäuser der Maximalversorgung bestehen.

Für die Planung des Umfangs der Hochschulmedizin stellt die universitäre Krankenversorgung einen wesentlichen, aber nur einen von mehreren Indikatoren dar. Daneben ist der künftige Bedarf an ausgebildeten Ärzten zu berücksichtigen, der allerdings schwer abzuschätzen ist. Im vereinigten Deutschland gibt es 229.075 berufstätige Ärzte, von denen 188.225 in den alten Ländern und 40.850 in den neuen Ländern (18%) tätig sind.[1] Dies bedeutet etwa einen Arzt pro 340 Einwohner in Deutschland, wobei eine länderspezifische Aufteilung Zahlen zwischen 220 Einwohner pro Arzt in Berlin und 500 in Brandenburg ergibt. Dies ist im internationalen Vergleich eine relativ hohe Arztdichte.[2] Diese Zahl wird sich in den nächsten Jahren wesentlich erhöhen[3], da knapp

---

[1] Stand: Ende 1989, nach Angaben der Bundesärztekammer.

[2] Vergleichszahlen für 1988: Großbritannien (580), BENELUX (390), Frankreich (330), Italien (240).

[3] Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Jahresgutachten 1987 eine Steigerung der Ärztezahl für das seinerzeitige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland um 60% bis zum Jahr 2000 prognostiziert.

98.000 Studierende im Fach Medizin eingeschrieben sind, darunter allerdings nur ca. 11.100 (11%) in den neuen Ländern.[1] Die Zahl der Medizinstudenten pro Einwohner ist damit in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch und in den Ländern der Europäischen Gemeinschaft unübertroffen.[2] Ähnliches gilt für die Zahl der Studienanfänger, die für 1990/91 bei etwa 11.150 liegt, davon 2.300 (21%) in den neuen Ländern. Durch den in den nächsten Jahren zu erwartenden altersbedingten Ersatzbedarf ändert sich diese Einschätzung nicht.

Weder jetzt noch in den nächsten Jahren ist daher mit einer Mangelsituation im Bereich der Medizin zu rechnen, wie sie in den neuen Ländern etwa in den Wirtschafts- und Rechtswissenschaften gegenwärtig besteht. Ein auf den Umfang der Krankenversorgung oder die Erhöhung von Studentenzahlen gerichteter Ausbau der Medizinischen Einrichtungen ist also nicht erforderlich.

I.2. Finanzierung der Hochschulklinika

Bei in den neuen Ländern anstehenden Beratungen über den Umfang der Hochschulmedizin sollten die folgenden finanziellen Randbedingungen und Erfahrungen bedacht werden, die aus den alten Ländern vorliegen.

Im Rahmen des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFG) wurde im letzten Jahrzehnt jährlich etwa 1 Milliarde DM für die medizinischen Einrichtungen ausgegeben. Bezieht man diesen

---

1) Vergleiche auch Abschnitt A.III. und Übersicht 2.
2) Medizinstudenten pro 10.000 Einwohner: Deutschland 13, Italien 11, Frankreich 9, Dänemark 8, Niederlande 6, Großbritannien 4, EG insgesamt 9; Zahlen für 1988 nach Angabe der Bundesärztekammer.

Betrag auf die einzelne medizinische Ausbildungsstätte, so ergeben sich jährliche Investitionen für Bauten und Großgeräte von fast 40 Millionen DM, die von Bund und Ländern je zur Hälfte aufgebracht wurden. Dieser Durchschnittswert kann jedoch für die Hochschulklinika in den neuen Ländern allenfalls als Untergrenze betrachtet werden, da dort keines der Klinika in den letzten Jahren vollständig erneuert oder apparativ ausreichend ausgestattet wurde, so daß dadurch die künftigen Investitionsraten niedrig anzusetzen wären. Beispielsweise hat das Saarland für die kommenden Jahre einen Betrag von jährlich 50 bis 60 Millionen DM für Hochschulbauinvestitionen für sein Universitätsklinikum vorgesehen, da in den siebziger Jahren dort wenig gebaut wurde. Für die neuen Länder dürfte eine realistischere Abschätzung bei Investitionskosten von jährlich ca. 100 Millionen DM pro Klinikum für einen längeren Zeitraum (10 bis 15 Jahre) liegen, wenn "das Niveau der stationären Versorgung der Bevölkerung (dort) zügig und nachhaltig verbessert und der Situation im übrigen Bundesgebiet angepaßt wird".

Neben den genannten Investitionen ist bei bevorstehenden Entscheidungen der Länder über die Weiterführung von Universitätsklinika auch der laufende Mittelbedarf zu berücksichtigen. Ein großer Teil der Ausgaben der Universitätsklinika wird zwar durch Einnahmen aus der stationären und ambulanten Krankenversorgung gedeckt. Zusätzlich bedarf es jedoch eines erheblichen Zuschusses des entsprechenden Landes, der je nach örtlicher Situation des jeweiligen Klinikums etwa ein Drittel bis ein Fünftel[1] der Gesamtkosten

---

[1] Auch wegen unterschiedlicher Abgrenzungen zwischen Universitäts- und Klinikumshaushalten variiert der angegebene Landeszuschuß zwischen den Klinika, ohne daß damit direkte Rückschlüsse auf deren Wirtschaftlichkeit möglich sind.

beträgt. So wendet z. B. das Land Nordrhein-Westfalen jährlich knapp 900 Millionen DM als Zuschuß für den laufenden Betrieb seiner sieben medizinischen Einrichtungen auf und das Land Baden-Württemberg annähernd 500 Millionen DM für seine vier medizinischen Ausbildungsstätten.[1]

Die genannten Beträge lassen erwarten, daß die neuen Länder für einen längeren Zeitraum jährlich Mittel in einer Größenordnung von etwa 150 Millionen DM pro Klinikum aufwenden müssen. Davon entfallen ca. 50 Millionen DM auf Investitionen (ohne Bundesanteil) und ca. 100 Millionen DM auf den Zuschuß zum Wirtschaftsplan.

Trotz insgesamt erheblicher Aufwendungen für die Universitätsklinika der alten Länder ist deren Ausstattung oft schlechter als die von privaten und kommunalen Krankenhäusern. Um diese Fehlentwicklung zu vermeiden, sollten die neuen Länder daher von vornherein einen in beiden Bereichen vergleichbaren Standard durch eine angemessene Ausstattung auch für die Hochschulklinika anstreben.

A.II. Zur Forschung

II.1. Ausgangslage

Die Forschung stellt neben der Lehre und der Heranbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses die Hauptaufgabe der Hochschulen dar. Dies gilt auch für die medizinischen Hochschuleinrichtungen, die zusätzlich Aufgaben in der Krankenversorgung wahrnehmen, um Lehre und Forschung im medizinischen Bereich durchführen zu können.

---

[1] Ohne Landeszuschuß zum universitär genutzten städtischen Klinikum Mannheim.

Die Hochschulmedizin der neuen Länder verfügt über forschungsaktive Institute, Kliniken oder Einzelgruppen, die einen hohen Leistungsstand aufweisen und national wie international beachtete Forschungsergebnisse erzielen. Auch stellt die Existenz von Forschungsabteilungen in den Kliniken, zu denen oft eine nennenswerte Anzahl von Naturwissenschaftlern gehört, grundsätzlich eine gute Struktur für die klinische Forschung dar. Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß insgesamt keine günstigen Voraussetzungen für die Forschung bestanden. So waren die Möglichkeiten des internationalen Wissenschaftsaustausches stark eingeschränkt und vielfach war nur eine unzulängliche apparative Ausstattung vorhanden. Zudem verfügen Kliniken in den neuen Ländern nur in sehr eingeschränktem Maß über Flächen, die ausschließlich der Forschung dienen, wie entsprechende Übersichten der Fakultäten bzw. Akademien gezeigt haben. Dies führte dazu, daß ein hoher Anteil von Kliniken und Instituten Lehre und Krankenversorgung und weniger die Forschung in den Mittelpunkt ihrer Aufgaben gestellt hatten.

Außerdem fehlte es an wirkungsvollen Anreizsystemen für die Forschung. So spielte die Förderung der Forschung durch Fremdmittel in den Hochschulen der DDR eine untergeordnete Rolle, wenn auch in Einzelfällen - insbesondere im Bereich angewandter Forschung - eine Finanzierung durch Firmen oder staatliche Institutionen möglich war. Für medizinische Forschungsvorhaben gab es zwar Unterstützungen durch den Rat für Medizinische Wissenschaft beim Minister für Gesundheitswesen, der zentrale Forschungsvorhaben und sogenannte Hauptforschungsrichtungen festlegte. Der Wettbewerb um diese Mittel war jedoch durch verschiedene Vorgaben eingeschränkt, so daß sie mit den in den alten Bundesländern üblichen Drittmitteln nur begrenzt vergleichbar waren.

II.2. Empfehlungen

Künftig wird es darauf ankommen, in möglichst allen Kliniken und Instituten eine konkurrenzfähige Forschung zu etablieren. Die vom Wissenschaftsrat vorgeschlagenen Modelle für die forschungsorientierte Organisation von Hochschulkliniken sollten dabei berücksichtigt werden.[1] Besondere Bedeutung wird dabei der Schaffung von geeigneten Forschungsflächen, der (Drittmittel-)Finanzierung, der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und der Entwicklung vielfältiger Formen der Forschungskooperation zukommen.

a) Forschungsflächen

Der Wissenschaftsrat hält es für unabdingbar, daß ausreichende Forschungsflächen in jeder Klinik vorhanden sind, die es erlauben, dort patientennahe Forschung durchzuführen. Die beteiligten Wissenschaftler sollen so in örtlicher Nachbarschaft Forschung und Krankenversorgung in enger Verbindung betreiben können. Forschungsflächen können in vielen Kliniken durch den Abbau des Anteils an Krankenversorgung, der über das für Lehre und Forschung notwendige Maß hinausgeht, geschaffen werden, indem gegenwärtig der Krankenpflege oder den Polikliniken zugewiesene Räume umgewidmet werden. In Einzelfällen wird es auch möglich sein, durch Zentralisierung von Laborleistungen bisher der klinischen Routine dienende Laboratorien für die Forschung einzusetzen.

---

[1] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Köln 1986.

Neben den den einzelnen Kliniken und Instituten als Grundbedarf direkt zugeordneten Forschungsflächen hat es sich bewährt, wenn die Medizinische Fakultät außerdem über ein Laborgebäude verfügt, das Nutzern aus der gesamten Fakultät zur Verfügung steht. Solche Forschungsgebäude ermöglichen die unmittelbare Zusammenarbeit von Arbeitsgruppen verschiedener Kliniken und Institute und sind somit für die Bildung von übergreifenden Forschungsschwerpunkten hervorragend geeignet. Die Flächen für die Forschung sollen entsprechend dem Bedarf und nach Kriterien der wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit auf Zeit von der Fakultät zugewiesen werden. Die Belegung ist in regelmäßigen zeitlichen Abständen (3-5 Jahre) aufgrund der erzielten Ergebnisse und der eingeworbenen Drittmittel zu überprüfen. Die Einzelheiten der variablen Vergabe sollten in einer von der Fakultät beschlossenen Nutzerordnung festgelegt werden.

b) Finanzierung der Forschung und Schwerpunktbildung

Mittelfristig wird davon auszugehen sein, daß ein erheblicher Teil des Forschungspersonals auch in den neuen Ländern mit Drittmitteln finanziert wird. Die zum Teil hohe Zahl von durch das jeweilige Land zu tragenden Planstellen für die Forschung - insbesondere auch für Naturwissenschaftler - wird sich dagegen vermindern.

Der Wissenschaftsrat hält diesen Strukturwandel nicht nur unter Gesichtspunkten der finanziellen Entlastung der Länder für notwendig, sondern sieht darin auch ein wirkungsvolles Instrument der Qualitätsverbesserung der Forschung, da notwendige Drittmittel zu einem erheblichen Teil nur im Wettbewerb mit anderen wissenschaftlichen Institutionen eingeworben werden können. Voraussetzung für die erfolgreiche Drittmittelgewinnung ist jedoch eine Mindestpersonal-

und -sachausstattung für die Forschung aus dem Hochschuletat, die nicht unterschritten werden darf und zu der auch Grundausstattungsstellen für Naturwissenschaftler in den Kliniken gehören. Gerade in der Übergangszeit von einigen Jahren ist die Weiterfinanzierung von Stellen für die Forschung in größerem Umfang notwendig, um leistungsfähige Forschergruppen in die Lage zu versetzen, erfolgreich Drittmittel einzuwerben.

Wie aus Empfehlungen des Wissenschaftsrates der letzten Jahre zu einzelnen Klinika zu entnehmen ist, liegen die Drittmitteleinnahmen einer Medizinischen Fakultät etwa zwischen 10 und 25 Millionen DM pro Jahr und gehen in Einzelfällen sogar deutlich darüber hinaus. Allein von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) wurden im Jahr 1989 192 Millionen DM für die medizinische Forschung ausgegeben; das entspricht ca. 10.000 DM pro Wissenschaftlerstelle und ca. 77.000 DM pro Professor (C4 und C3) der Medizin an den Hochschulen. Vergleichbare Zahlen werden in den neuen Ländern wegen der noch bestehenden strukturellen und Ausstattungsdefizite nicht unmittelbar zu erreichen sein. Die Fakultäten sollten jedoch alle Anstrengungen unternehmen, das Drittmittelaufkommen zu steigern und dabei die eigenen Ressourcen gezielt als Saatkörner ("Seed Money") für größere Forschungsvorhaben zu nutzen.

Hierfür sollten insbesondere die bewährten Instrumente der Deutschen Forschungsgemeinschaft genutzt werden, die einzelnen Gruppen über das Normalverfahren oder die Mitarbeit an Schwerpunktprogrammen Förderungsmöglichkeiten eröffnet. Daneben gibt es im vielfältigen System der Forschungsförderung jedoch auch zahlreiche andere staatliche und private Drittmittelgeber, die von der Europäischen Gemeinschaft über Ministerien von Bund und Ländern bis hin zu privaten

Stiftungen und der Wirtschaft reichen. Der Wissenschaftsrat regt an, daß jede Abteilung der Medizinischen Fakultät oder Akademie sich zum Ziel setzt, zunächst mindestens ein Drittmittelvorhaben einzuwerben und durchzuführen. Er begrüßt die bereits angelaufenen gemeinsamen Forschungsprojekte von Wissenschaftlern aus neuen und alten Ländern, die für alle Beteiligten von Nutzen sind und zudem zum Aufbau der Forschung sowie der Einwerbung von Drittmitteln beitragen können.

Neben den vorgenannten Einzelvorhaben, die die Grundlage für eine vielgestaltige Forschungslandschaft darstellen, wird es notwendig sein, übergreifende Forschungsschwerpunkte der jeweiligen Fakultäten aufzubauen. Solche Forschungsschwerpunkte tragen zu einer wünschenswerten Differenzierung und Profilbildung der einzelnen Medizinischen Fakultäten maßgeblich bei. Die Etablierung von übergreifenden Forschungsschwerpunkten bedarf einer mittelfristigen Planung, in die sowohl Berufungen wie auch die apparative und räumliche Ausstattung einzubeziehen sind. Es wird daher nicht überall möglich sein, Sonderforschungsbereiche, wie sie von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert werden, oder Verbundprojekte im Rahmen des Programms "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" der Bundesregierung rasch zu etablieren. Dennoch sollten die Fakultäten umgehend mit ersten Planungen beginnen; in Einzelfällen - etwa im Bereich der Neurowissenschaften in Magdeburg - finden sich bereits jetzt interessante Ansatzpunkte für übergreifende Forschungsvorhaben mehrerer Gruppen. Auch das Instrument der klinischen Forschergruppen[1] könnte sich eignen,

---

[1] Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Förderung klinischer Forschergruppen in den Hochschulen, in: Wissenschaftsrat, Empfehlungen und Stellungnahmen 1987, Köln 1988, S. 103ff.

neue Gruppen aufzubauen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt aus dem Landeshaushalt finanziert werden müßten.

Um solche Ansätze zu fördern, hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft eine zusätzliche Finanzausstattung erhalten und mit einer umfangreichen Beratungstätigkeit in den neuen Ländern begonnen. Ein ähnlicher Zuwachs ist bei den für die Gesundheitsforschung bestimmten Mitteln des Bundes gegenwärtig nicht zu erwarten, wäre aber auch dort unter wissenschaftspolitischen Gesichtspunkten wünschenswert. Dennoch hat der Bundesminister für Forschung und Technologie im Rahmen des Programms "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" Haushaltsmittel für eine Fördermaßnahme zugunsten der medizinischen Forschung in den neuen Ländern zur Verfügung gestellt. Dabei hat er besonderen Wert auf die Bildung von fachübergreifenden Verbundprojekten gelegt, die helfen sollen, effektive Strukturen für klinische Forschung aufzubauen.

c) Nachwuchsförderung

Der Aufbau einer vielgestaltigen medizinischen Forschung erfordert sowohl für Einzelvorhaben wie auch für Forschungsschwerpunkte eine wirkungsvolle Qualifizierung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Der Wissenschaftsrat hat sich dazu bereits in seinen "Empfehlungen zur Erneuerung der Lehre und zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses an den Hochschulen der neuen Länder und im Ostteil von Berlin"[1] geäußert und ein Sofortprogramm zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses empfohlen. Dieses Stipendienprogramm sieht zwei Teile vor, nämlich die Förderung eines Forschungsaufenthaltes an einem renommierten Hochschul- oder Forschungsinstitut in den alten Ländern

---

[1] Drs. 26/91 vom 25.1.1991.

oder im Ausland und eine weitere zweijährige Anschlußförderung an einem Hochschul- oder Forschungsinstitut in den neuen Ländern. Das von Bund und Ländern finanzierte Erneuerungsprogramm für Hochschule und Forschung in den neuen Ländern sieht dafür gewisse Möglichkeiten vor; auch das AIDS-Stipendienprogramm des Bundes kann in diesem Sinne genutzt werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt dem wissenschaftlichen Nachwuchs, sich durch auswärtige Forschungsaufenthalte weiterzuqualifizieren und das erworbene Know-how anschließend in die eigene Fakultät einzubringen.

Für die Medizin könnte es sich anbieten, daß junge Wissenschaftler aus den neuen Ländern für ein oder zwei Jahre in einer auswärtigen "klinischen Forschergruppe" mitarbeiten und anschließend an ihre Heimatinstitution zurückkehren. Dies wäre eine ausgezeichnete Möglichkeit, sich in aktuelle Forschungsthemen einzuarbeiten und tragfähige wissenschaftliche Kontakte oder Kooperationen aufzubauen. Der Wissenschaftsrat begrüßt es, daß die Deutsche Forschungsgemeinschaft zu diesem Zweck aus den ihr vom Bundesminister für Forschung und Technologie zur Verfügung gestellten Mitteln für die bestehenden und die noch einzurichtenden klinischen Forschergruppen jeweils eine zusätzliche Stelle für wissenschaftliche Mitarbeiter aus den neuen Ländern zur Verfügung stellt. Für Sonderforschungsbereiche (SFB) könnte sich ein ähnliches Verfahren eignen; auch die Besetzung von SFB-Stellen mit Bewerbern aus den neuen Ländern sollte erwogen werden. Dieses Förderungsinstrument könnte auch dazu beitragen, zusätzliche Gelegenheiten für anspruchsvolle Dissertationen zu schaffen (vgl. A.III.5.).

Der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses kommt auch in der Medizin zusätzliche Bedeutung zu, da in neuen wie

alten Bundesländern in den nächsten 10 Jahren annähernd die Hälfte der Professoren altersbedingt ausscheiden wird.

Der Wissenschaftsrat appelliert an die Instituts- und Klinikdirektoren in den neuen Ländern, ihre Mitarbeiter auf die vielfältigen Möglichkeiten und Programme der Nachwuchsförderung aufmerksam zu machen und sie bei Auswahl und Antragstellung zu beraten.

d) Wissenschaftliche Zusammenarbeit

Die wissenschaftliche Zusammenarbeit sollte nicht nur innerhalb der Medizinischen Fakultät gepflegt, sondern für interdisziplinäre Einzelvorhaben und größere Forschungsschwerpunkte auch mit anderen Fakultäten der Universität intensiviert werden. Über die Universität hinausgehend bieten sich ertragreiche Kooperationen auch mit (benachbarten) außeruniversitären Forschungseinrichtungen an. Hier haben sich besonders solche Formen bewährt, die auf einer vertraglich festgelegten Grundlage stehen und z.B. gemeinsame Berufungen für leitende Positionen, gemeinsame Nutzung von Geräten sowie Regelungen für die gemeinsame Nachwuchsförderung vorsehen.[1] Die gegenwärtige Neustrukturierung der Forschungslandschaft bietet für mehrere Medizinische Fakultäten eine Chance, erfolgversprechende Kooperationen mit vormals der Akademie der Wissenschaften angehörenden Instituten oder solchen der außeruniversitären Gesundheitsfor-

---

[1] Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu den außeruniversitären Forschungseinrichtungen in den neuen Ländern und in Berlin, Allgemeiner Teil, S. 12ff.

schung zu beginnen.[1] Entsprechend den Empfehlungen des Wissenschaftsrates kommen dafür verschiedene Organisationsformen in Frage, die bis hin zu der Bildung von Instituten an der Universität oder zur Integration einzelner Arbeitsgruppen in die Medizinische Fakultät reichen können. Der Wissenschaftsrat appelliert an die Universitäten und ihre Medizinischen Fakultäten, auch für die Aufnahme solcher Arbeitsgruppen offen zu sein, zumal sie zum Forschungsprofil entscheidend beitragen können. Für die Finanzierung dieser Gruppen müssen Wege gefunden werden, die den Haushalt der Hochschulen nicht unzumutbar belasten.

Die Medizinischen Fakultäten und Akademien hatten zahlreiche Kooperationsverträge mit ausländischen Forschungseinrichtungen - insbesondere in osteuropäischen Ländern - abgeschlossen. Eine Reihe dieser Verträge war wissenschaftlich von großem Gewinn. Der Wissenschaftsrat sieht darin ein Kapital, das die Medizinischen Fakultäten nutzen und mehren sollten, da es über die wissenschaftlichen Erträge hinaus zur Vielgestaltigkeit der internationalen Wissenschaftsbeziehungen im geeinten Deutschland beiträgt. Die Förderorganisationen sollten diese Bemühungen gezielt unterstützen.

---

[1] Dafür kommen unter anderem in Frage:
- Institut für Wirkstofforschung/Humboldt-Universität
- Forschungszentrum für Molekulare Medizin Berlin-Buch/Humboldt-Universität
- Zentralinstitut für Diabetes "Gerhard Katsch" Karlsburg/Universität Greifswald
- Institut für Neurobiologie und Hirnforschung/Medizinische Akademie Magdeburg
- Zentralinstitut für experimentelle Therapie und Mikrobiologie/Universität Jena
- AG Biomagnetismus des Physikalisch-Technischen Instituts in Jena/Universität Jena.

A.III. Lehre und Studium (Ausgangslage und Empfehlungen)

III.1. Struktur des Studiums - Medizin und Zahnmedizin

Das von den Medizinischen Fakultäten und Akademien der neuen Länder angebotene Medizinstudium entspricht in seiner Grundstruktur weitgehend dem in den alten Ländern. Die ersten zwei Jahre sind den biomedizinischen und naturwissenschaftlichen Grundlagen gewidmet und schließen mit dem Physikum ab. Die allgemeine Krankheitslehre schließt sich im dritten Studienjahr mit Prüfungen in den klinisch-theoretischen Fächern und die klinische Ausbildung im vierten und fünften Studienjahr mit Prüfungen der klinischen Fächer an. Das große klinische Praktikum im sechsten Studienjahr schließt mit einem interdisziplinären Kolloquium und der Erteilung der Approbation ab. Bis 1990 wurde außerdem eine Diplomarbeit von allen Medizinstudenten verlangt; es wurde der Grad eines Diplom-Mediziners vergeben.

Die Qualität der medizinischen Ausbildung in der DDR wurde allgemein bestätigt; die dort erteilte Approbation wurde beispielsweise in der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz anerkannt. Bei ihren Besuchen in den medizinischen Ausbildungsstätten der neuen Länder wurde die Arbeitsgruppe des Wissenschaftsrates auf eine Reihe von interessanten Ansätzen in der Lehre aufmerksam, die ein besonderes Engagement von Lehrenden und Lernenden erkennen lassen. Dies wird durch vergleichsweise günstige Relationen von Lehrenden zu Lernenden und von Patienten zu Studenten gefördert.

Das bisher obligatorische einjährige[1] Krankenpflegevorpraktikum, das vor Beginn des Studiums zu absolvieren war, wurde inzwischen überwiegend aufgegeben. Das Vorpraktikum konfrontierte den künftigen Medizinstudenten frühzeitig und intensiv mit seinem späteren Berufsfeld, so daß es in einer frühen Phase der Ausbildung die Überprüfung der Wahl des Studienfaches ermöglichte, was nicht selten zur Änderung des Studienwunsches führte. Eine ähnliche Funktion hat das durch die Approbationsordnung für Ärzte in den alten Ländern vorgesehene zweimonatige Krankenpflegepraktikum nicht, da es während des Studiums abgeleistet werden kann. Die Erfahrungen in den neuen Ländern sind Anlaß dafür, die entsprechenden Regelungen der Approbationsordnung zu überdenken; der Wissenschaftsrat wird sich dazu in seinen in Vorbereitung befindlichen Empfehlungen zur Struktur des Medizinstudiums äußern.

Die Bundesärzteordnung wurde durch den Einigungsvertrag in der Weise geändert, daß Medizinstudenten, die ihr Studium
- bis zum Wintersemester 1990/91 einschließlich begonnen haben, es nach den bisherigen Regelungen abschließen, falls der Studienabschluß bis zum 31.12.1998 erfolgt;
- im Wintersemester 1991/92 aufnehmen, bis zum Physikum nach bisherigen Regelungen studieren, falls sie dies bis zum 31.12.1994 bestehen. Für die weiteren Studienabschnitte gelten dann die Vorschriften der gültigen Approbationsordnung für Ärzte;
- im Jahr 1992 oder später beginnen, den Bestimmungen der Approbationsordnung für Ärzte von Anfang an unterliegen.

---

[1] Fünfmonatig für Studenten, die Armeedienst ableisteten.

Der Wissenschaftsrat hält die Übergangsregelungen, insbesondere für diejenigen Studenten, die ihr Studium bereits begonnen haben, für zu langfristig angelegt. Im Interesse der künftigen Absolventen sollte daher versucht werden, bereits frühzeitig die Studieninhalte anzupassen und entsprechend auch die bundesweit einheitlichen schriftlichen Prüfungen - evtl. auf freiwilliger Basis - zu übernehmen. Andernfalls wäre zu befürchten, daß die nach der alten Ordnung studierenden Absolventen beim Berufseintritt in einen wohl künftig enger werdenden Stellenmarkt für Ärzte benachteiligt werden könnten. Der Wissenschaftsrat hält die gelegentlich geäußerten Bedenken im Zusammenhang mit dem Übergang von bisher in den neuen Ländern praktizierten mündlichen Prüfungen zu künftig vorgesehenen schriftlichen Prüfungen für wenig begründet. Entgegen mancher Vermutung bestehen sowohl die ärztliche Vorprüfung wie auch der zweite Abschnitt der ärztlichen Prüfung aus einem schriftlichen (Multiple Choice) sowie einem mündlichen Prüfungsteil; der dritte Abschnitt der ärztlichen Prüfung wird ausschließlich mündlich abgelegt.

Das Studium der Zahnheilkunde ("Stomatologie") ist in neuen wie alten Ländern fünfjährig und gliedert sich in ein zweijähriges vorklinisches und ein dreijähriges klinisches Studium. Bis 1990 schloß es mit dem Grad des Diplom-Stomatologen ab. Für Studierende der Zahnheilkunde, die ihr Studium im Wintersemester 1991/92 oder später beginnen, gilt die Approbationsordnung für Zahnärzte; die bereits studierenden schließen ihr Studium nach den alten Regelungen ab, sofern dies bis zum 31.12.1997 geschieht.

Der Wissenschaftsrat begrüßt es, daß der Einigungsvertrag eine rasche Angleichung des Studiums der Zahnheilkunde vorsieht. Erfreulich ist außerdem, daß der in den neuen

Ländern bisher überall angebotene Unterricht im Fach Kinderzahnheilkunde künftig in die Approbationsordnung für Zahnärzte als Pflichtveranstaltung und Prüfungsfach aufgenommen wird. Dies sollte jedoch nicht zur Einrichtung neuer Lehrstühle führen.

III.2. Studentenzahlen und Zulassungsverfahren

Die Zahl der in den Jahren 1989 und 1990 zugelassenen Studienanfänger für Medizin sowie die geplanten Zulassungen für 1991 sind in Übersicht 2 zusammengestellt. Die Zahlen zeigen, daß die Universität Leipzig und die Humboldt-Universität zu Berlin die meisten Studienanfänger aufnehmen, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, daß die vorklinische Ausbildung für die Medizinischen Akademien in Erfurt und Dresden an den genannten Universitäten stattfindet. Die anderen Hochschulen haben im Jahr 1989 zwischen 139 Studenten (Magdeburg) und 210 Studenten (Halle) aufgenommen. Die Gesamtzulassungszahl des Jahres 1989 wurde im Jahr 1990 um 24% übertroffen und soll nach den Angaben der medizinischen Ausbildungsstätten im Jahr 1991 nochmals um 4% auf dann 2.377 Studenten der Humanmedizin angehoben werden. Die Erhöhung der Studentenzahl ist - mit Ausnahme der Humboldt-Universität - überall vorgesehen und meist auch schon in einem ersten Schritt eingeleitet. Die medizinischen Ausbildungsstätten sehen darin offenbar eine Strategie, ihre Bedeutung und Kapazität für die medizinische Ausbildung zu unterstreichen und die in Relation zur Studentenzahl hohen Zahlen an meist unbefristet angestellten wissenschaftlichen Assistenten zu rechtfertigen.

In seinen "Empfehlungen zur Verbesserung der Ausbildungsqualität in der Medizin"[1] hatte sich der Wissenschaftsrat

---

[1] Köln 1988.

Übersicht 2: Studienanfänger, Studenten, Absolventen, Promotionen A und B in Medizin und Zahnmedizin (Stomatologie) nach Angaben der Hochschulen

	Studienanfänger				Studenten		Absolventen		Promotionen A[8]	Prom. A[8] pro Absolvent in %	Promotionen B[8] bzw. Habilitationen
	Humanmedizin			Zahnmed.	Medizin	Zahnmed.	Medizin	Zahnmed.			
	1989	1990	1991	1990	1990		1989		1989	1989	1989
HU Berlin	514	507[1]	507	124	2.462	464	271	95	205	56	20
U Rostock	192	184	220	52	1.044	227	183	52	145	62	13
U Greifswald	176	273	273	27	932	129	140	39	52	29	3
MA Magdeburg	139	182	200	0	827	0	102	0	126	91[9]	11
U Halle	210	300	320	48[5]	1.260	196	173	42	108	50	12
MA Dresden	-	32[2]	32[2]	-	554	205	95	83	118	66	9
U Leipzig	471	600[3]	600	81[6]	2.596	386	332	61	158	40	9
U Jena	160	210	210	90[7]	1.017	264	138	43	118	65	17
MA Erfurt	-	15[4]	15[4]	15[4]	443	226	81	70	141	93	11
Neue Länder	1.862	2.303	2.377	437	11.135	2.097	1.515	485	1.171	59	105
Alte Länder (1988)	12.254[10]	-	-	2.099	86.683	13.133	9.572	1.648	6.740	60	396

1) incl. 110 für MA Dresden. - 2) Vorklinische Ausbildung in Dresden; die Mehrzahl der Studenten absolviert die vorklinische Ausbildung an der Humboldt-Universität. - 3) incl. 119 für MA Erfurt. - 4) Vorklinisches Pilotprojekt; die Mehrzahl der Studenten absolviert die vorklinische Ausbildung in Leipzig und Jena. - 5) incl. 15-30 p.a. für MA Dresden. - 6) incl. 18 für MA Erfurt. - 7) incl. 40 für MA Erfurt und Dresden. - 8) incl. Zahnmedizin. - 9) Mittelwert 1987-89. - 10) Nach Angabe des Statistischen Bundesamtes. Die Zulassungszahl der ZVS wurde zum Studienjahr 1990/91 um ca. 20% gesenkt und beträgt 8.842.

dafür ausgesprochen, die Zahl der Studienanfänger der Medizin soweit zu vermindern, daß eine angemessene Ausbildung gewährleistet werden kann. Entsprechend wurden die Zulassungszahlen in den alten Ländern zum Studienjahr 1990/91 um ca. 20% auf unter 9.000 Studenten (incl. Ausländer- und Sonderquoten) gesenkt. Es wäre widersinnig, wenn in einigen Ländern die Studentenzahlen zur Verbesserung der Qualität der Ausbildung gesenkt und in anderen Ländern unter Inkaufnahme von Qualitätseinbußen erhöht würden.

Ein Argument, das für eine vorübergehende Erhöhung von Zulassungszahlen sprechen könnte, ist jedoch darin zu sehen, daß die Hochschulen in den neuen Ländern für diejenigen Studenten, die sich zur Ableistung eines seinerzeit auf drei Jahre angelegten Militärdienstes verpflichtet hatten, bereits Vorzulassungen für die Studienjahre 1990 und 1991 sowie in geringerem Umfang für 1992 und sogar noch 1993 ausgesprochen hatten. Allein um die Zahl dieser Vorzulassungen zügiger abzubauen, ist es nach Ansicht des Wissenschaftsrates vertretbar, zeitlich befristet eine erhöhte Zahl von Studienanfängern gleichsam als "Notmaßnahme" zuzulassen. Das von der ZVS praktizierte Auswahlverfahren sieht vor, zum Wintersemester 1991/92 30% der Studienplätze an Hochschulen in den neuen Ländern an Bewerber mit Vorzulassungen, die nicht bereits nach den allgemeinen Kriterien (Durchschnittsnote, Testergebnis, Wartezeit) ausgewählt werden konnten, zu vergeben und diese Quote auf 20% und 10% für die Folgejahre zu senken. Die Zulassungszahl für Bewerber mit Vorzulassungen ist somit proportional zur Gesamtzahl der Studienanfänger und kann daher nur über deren Anhebung mit erhöht werden.

Der Wissenschaftsrat hält die generelle Erhöhung der Studentenzahlen in der Medizin für nicht vertretbar, da wich-

tige Voraussetzungen für ein qualitativ gutes Studienangebot bei höheren Studentenzahlen nicht gegeben sind. Er empfiehlt statt dessen eine im Teil B im einzelnen genannten Reduzierung der Zulassungszahlen für nahezu alle Standorte, die gegenüber der Gesamtzahl der Zulassungen des Jahres 1990 eine Verminderung um etwa ein Viertel darstellt. Gründe dafür sind zum Beispiel mangelnde Zahl und Ausstattung von Plätzen in Kursen und Praktika. Insbesondere die medizinisch-theoretischen sowie die vorklinischen Institute haben eine hohe Überlast zu tragen. Dies führt notwendigerweise auch zu einer Reduzierung der Forschungskapazität in den Instituten.

Der Einigungsvertrag eröffnet die Möglichkeit, die Kapazitätsverordnung (KapVo) nicht unmittelbar, sondern erst nach einer mehrjährigen Übergangszeit anzuwenden. Das Land Berlin hat von dieser Möglichkeit bereits in seinem Mantelgesetz Gebrauch gemacht. Der Wissenschaftsrat empfiehlt dies auch den anderen östlichen Ländern.

Auch bei endgültiger Anwendung der Kapazitätsverordnung muß für eine längere Aufbauphase der Hochschulklinika in den neuen Ländern bei der Festlegung der Aufnahmekapazität berücksichtigt werden, daß sie durch zusätzliche kapazitätslimitierende Faktoren - auch unter Höchstlastbedingungen - eingeschränkt ist. Da die Bedingungen für Forschung und Lehre in diesen Hochschulklinika vielfach unzureichend sind, empfiehlt der Wissenschaftsrat von der Ausnahmeregelung des § 14 Abs. 2 Kapazitätsverordnung gezielt Gebrauch zu machen.

Während die Zulassungszahlen von staatlichen Stellen bestimmt wurden, wurde die Auswahl der zuzulassenden Studenten von Zulassungskommissionen der einzelnen Universitäten getroffen. Dieses Zulassungsverfahren wies aufgrund man-

gelnder Transparenz seiner Kriterien, zu denen nicht nur die Leistungen zählten, gravierende Nachteile auf. Bedenkenswert ist jedoch der Aspekt, daß die Hochschulen selbst Auswahlmöglichkeiten hatten, die für die staatlichen Hochschulen in den alten Ländern vielfach angestrebt werden. Inzwischen haben sich jedoch die fünf neuen Länder und die im Verwaltungsausschuß der ZVS vertretenen alten Bundesländer darauf geeinigt, daß die Studienplätze u.a. in den Fächern Medizin und Zahnmedizin künftig auch in den neuen Ländern von der ZVS vergeben werden. Lediglich für das Studium an der Humboldt-Universität in Berlin ist weiterhin eine direkte Bewerbung möglich.

III.3. Vorklinische Ausbildung

Während die sechs Medizinischen Fakultäten der Universitäten alle Teile des Medizinstudiums anbieten, wurde von den drei Medizinischen Akademien in Dresden, Erfurt und Magdeburg, die 1954 auf der Grundlage vorhandener klinischer Einrichtungen gegründet wurden, zunächst nur ein klinisches Studium angeboten. Die Akademien verfügten nicht über eine eigene Vorklinik. Im Jahr 1961 hat zunächst die Medizinische Akademie Magdeburg mit der vorklinischen Ausbildung begonnen. Nach Zustimmung durch den Minister für Bildung und Wissenschaft der DDR wurde im Studienjahr 1990/91 in Erfurt mit einem Pilotprojekt zur vorklinischen Ausbildung begonnen. Dort wurden je 15 Studenten der Medizin und der Zahnmedizin immatrikuliert; die übrigen Erfurter Medizinstudenten erhalten wie bisher ihre vorklinische Ausbildung an den Universitäten in Leipzig und Jena. Die Medizinische Akademie Dresden hatte bisher ihre Medizinstudenten zum vorklinischen Studium an die Humboldt-Universität delegiert. Auch sie hat im Jahr 1990 erstmals für 32 Studenten einen grundständigen Studiengang angeboten.

Der Wissenschaftsrat hält es für unerläßlich, daß leistungsfähige medizinische Ausbildungsstätten alle Teile des Studiums - vorklinisch und klinisch - anbieten. Künftig wird die als künstlich empfundene Trennung in vorklinische und klinische Ausbildung überwunden werden müssen, wenn man zu einem der ärztlichen Tätigkeit angemessenen integrierenden Unterricht kommen will.[1] Von daher würde jede medizinische Ausbildungsstätte, die über keine eigene leistungsfähige Vorklinik verfügt, künftig kein adäquates Studium anbieten können. Im übrigen tragen die vorklinischen Institute, die keine direkten Aufgaben in der Krankenversorgung wahrnehmen und somit bei angemessener Ausstattung über gewisse Freiräume verfügen, an vielen Universitätsklinika maßgeblich zum Forschungsprofil bei.

Der Wissenschaftsrat hält es deshalb für nicht vertretbar, Universitätsklinika ohne eigene Vorklinik zu betreiben. Beim Aufbau vorklinischer Institute sollte durch strukturelle und möglichst räumliche Anbindung eine enge Verzahnung mit den Kliniken in Forschung und Lehre angestrebt werden.

III.4. Praktisches Jahr und Arzt im Praktikum

Das sechste Studienjahr der Humanmedizin wurde als klinisches Praktikum absolviert. Der Student arbeitete als Pflichtassistent in der stationären medizinischen Betreuung in staatlichen Krankenhäusern oder Kliniken, Medizinischen Hochschuleinrichtungen der Bezirke bzw. Kreise, in denen die spätere ärztliche Tätigkeit aufgenommen werden sollte. Künftig wird das sechste Studienjahr von den meisten Stu-

---

[1] Zur Struktur des Medizinstudiums wird der Wissenschaftsrat demnächst eine gesonderte Empfehlung vorlegen.

denten an besonders ausgewählten Lehrkrankenhäusern durchgeführt werden.

Da das sechste Studienjahr, das sogenannte "Praktische Jahr", in jedem Fall integraler Bestandteil des Medizinstudiums ist, steht es unter der Verantwortung der Medizinischen Fakultät. Die Fakultät hat somit die Pflicht, auch in diesem Studienabschnitt für eine qualitätvolle Ausbildung zu sorgen. Es ist daher notwendig, die Akademischen Lehrkrankenhäuser sorgfältig auszuwählen und dabei auf die Einhaltung entsprechender Standards[1] zu drängen. Die Zusammenarbeit zwischen Medizinischer Fakultät und Lehrkrankenhäusern sollte durch entsprechende Verträge geregelt werden. Dabei ist es unerläßlich, daß die künftige Besetzung von Chefarztpositionen in Lehrkrankenhäusern in Abstimmung mit der Medizinischen Fakultät erfolgt. Im übrigen sollten in den Lehrkrankenhäusern geeignete Unterrichtsräume sowie Handbibliotheken verfügbar sein, deren Einrichtung unter bestimmten Voraussetzungen nach dem Hochschulbauförderungsgesetz finanziert werden kann.

Im Anschluß an das sechsjährige Medizinstudium, das mit der Erteilung der Approbation endete, gab es in der DDR eine Weiterbildungspflicht in einem der medizinischen Gebiete zum "Facharzt". In den alten Ländern konnte man sich dagegen unmittelbar nach Erteilung der Approbation niederlassen; es bestand keine Weiterbildungspflicht. Um erkennbaren Mängeln in der praktischen Ausbildung abzuhelfen, wurde jedoch der "Arzt im Praktikum" (AiP) eingeführt. Nach 18monatiger Tätigkeit als Arzt im Praktikum soll der Arzt in der

---

[1] Vgl. Approbationsordnung für Ärzte, §4 Sondervorschrift für die praktische Ausbildung in Krankenanstalten, die nicht Krankenanstalten der Hochschule sind, in: Bundesgesetzblatt, 1987, Teil I, S. 1593ff.

Lage sein, den ärztlichen Beruf eigenverantwortlich und selbständig auszuüben.

Der Wissenschaftsrat hält die früher in der DDR praktizierte Pflichtweiterbildung aller Ärzte für die bessere Variante, um die Qualität der ärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Da jedoch gegenwärtig der Arzt im Praktikum verbindlich vorgeschrieben ist, müssen sich die Ausbildungsstätten in den neuen Ländern darum bemühen, für ihre Absolventen geeignete Stellen sowohl innerhalb der Hochschulkliniken als auch in anderen Krankenhäusern, Arztpraxen und an weiteren in der Approbationsordnung für Ärzte genannten Stellen zu schaffen oder zu vermitteln. Die Schaffung geeigneter Plätze, die bereits im Herbst 1991 benötigt werden, wird mitentscheidend dafür sein, ob die jungen Ärzte und Ärztinnen in den neuen Ländern bleiben werden.

Zusammenfassend empfiehlt der Wissenschaftsrat eine vertraglich geregelte Kooperation mit Lehrkrankenhäusern, die der Medizinischen Fakultät eine Mitsprache bei der Besetzung der Chefarztposition einräumt. Daneben muß eine ausreichende Zahl von Plätzen für Ärzte im Praktikum geschaffen werden. Der Wissenschaftsrat bewertet das in der DDR praktizierte System der Pflichtweiterbildung positiv.

III.5. Promotion und Graduiertenkollegs

In den Jahren 1987 bis 1989 wurden in den neuen Ländern jährlich zwischen 1.078 und 1.171 Ärzte und Zahnärzte promoviert, wobei einheitlich der Grad des Dr.med. (Promotion A) verliehen wurde. Bezieht man die Zahl der Promotionen auf die der Absolventen des Jahres 1989, so ergibt sich eine Promotionsquote von 59%, die der der alten Länder entspricht (vgl. Übersicht 2). Bemerkenswert ist die hohe Promotionsquote der Medizinischen Akademien, insbesondere in

Erfurt und Magdeburg. Man bemüht sich dort gezielt, eine hohe Zahl von Promotionen zu erreichen, was durch das zahlenmäßig günstige Verhältnis von Hochschullehrern zu Absolventen erleichtert wird.

Die Zahl derjenigen Promotionen, die von Externen zum Teil erst viele Jahre nach dem Studienabschluß abgeschlossen wurden, ist an den meisten Orten relativ hoch (z.B. Charité 67% der Promotionen A), was auch zu höherem Durchschnittsalter der Promovenden führte (Charité: 32 Jahre). Als Ursache für diese zeitliche Verschiebung wie auch für die in einigen Universitäten niedrige Promotionsquote wird die bisher bestehende Pflicht zur Anfertigung einer Diplomarbeit genannt, die dazu geführt habe, daß die Studenten kein Interesse an einer weiteren wissenschaftlichen Arbeit gehabt hätten.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, das durch die Abschaffung der Diplomarbeiten entstehende Potential zu nutzen, um wissenschaftliche Arbeiten in Form von Promotionsvorhaben möglichst im zeitlichen Zusammenhang mit dem Studium anzuregen und zu unterstützen. Dabei kann es jedoch nicht das Ziel sein, lediglich die Zahl der Promotionsarbeiten zu erhöhen. Entscheidend wird es sein, daß die medizinischen Dissertationen als eigenständige wissenschaftliche Leistungen den möglichst frühen Beginn einer Tätigkeit in der Forschung ermöglichen.[1] Die in den neuen Ländern übliche Form der öffentlichen Verteidigung der Dissertation sollte beibehalten werden, da sie zur Qualitätssteigerung beiträgt. Sie kann mit dieser Zielrichtung auch den Universitäten der alten Länder empfohlen werden.

---

[1] Vgl. Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, S. 44.

Die Qualität von Dissertationen sowie die wissenschaftliche Ausbildung von Doktoranden kann auch durch die Einrichtung von Graduiertenkollegs nachhaltig gefördert werden. Nachdem der Wissenschaftsrat dieses neue Förderinstrument[1] im Jahr 1988 empfohlen hat, haben Bund und Länder inzwischen ein entsprechendes Programm eingerichtet, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft durchgeführt wird. Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Medizinischen Fakultäten - möglichst im Zusammenwirken mit Nachbarfakultäten -, die Einrichtung von Graduiertenkollegs zu planen und sich dabei auch um qualifizierte Absolventen anderer Hochschulen und eventuell auch benachbarter Fächer (Biologie, Chemie, Physik, Sozialwissenschaften) zu bemühen. Für qualifizierte Absolventen aus den neuen Ländern kann sich auch eine Mitarbeit an Graduiertenkollegs in den alten Ländern anbieten, wofür es erste Beispiele gibt.

A.IV. Krankenversorgung (Ausgangslage und Empfehlungen)

IV.1. Stationäre Krankenversorgung

Die Universitätsklinika der neuen Länder weisen im Vergleich zu denen in den alten Ländern erheblich höhere Bettenzahlen aus, wie Übersicht 3 zeigt. Ein direkter Vergleich mit dem ebenfalls angegebenen Mittelwert in den al-

---

[1] Empfehlungen zur Förderung von Graduiertenkollegs, in: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 1988.

ten Ländern ist jedoch nicht ohne weiteres möglich, da die Zahlen für die neuen Länder oft anderen und nicht immer identischen Konventionen entsprechen. So sind häufig Betten für Neugeborene sowie für Dialysepatienten und von Tageskliniken eingerechnet - gelegentlich auch Betten, die nur in Notfällen aufgestellt werden. Dennoch läßt sich daraus ablesen, daß die Universitätsklinika zu stationärer Krankenversorgung in einem Umfang verpflichtet wurden, der für ihre Hauptaufgabe in Forschung, Lehre und Heranbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses nicht erforderlich ist.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher mit Nachdruck, den Umfang der Krankenversorgung innerhalb der Universitätskliniken auf das für Forschung und Lehre notwendige Maß zu begrenzen. In den letzten Jahren hat der Wissenschaftsrat beim vollständigen Neubau eines Universitätsklinikums 1.350 Betten (einschließlich Intensivpflege- und Spezialbetten, ohne solche für ambulante Dialyse) als Mindestzahl empfohlen. Höhere Bettenzahlen können sich aus örtlichen, historisch gewachsenen Verhältnissen und besonderen Gegebenheiten der Schwerpunktbildung in Forschung und Lehre im Einzelfall ergeben, sie sind jedoch entsprechend zu begründen.

In den gewachsenen großen Universitätsklinika ist es in den alten wie in den neuen Bundesländern nicht möglich, die genannte Zielzahl unmittelbar zu erreichen, da eine ausreichende Krankenversorgung der Region dann vielfach nicht gewährleistet wäre. Dennoch sollten die Universitätskliniken umgehend beginnen, das hohe Maß an stationärer Krankenversorgung abzubauen. Dabei ist eine Einbindung in die Krankenhausbedarfsplanung der jeweiligen Länder unerläßlich. Diese sollte künftig davon ausgehen, daß es in der Regel

Übersicht 3: Umfang der ambulanten und stationären Krankenversorgung der Hochschulklinika in den neuen Ländern im Jahr 1989 nach deren Angaben.

	Planbetten[1] (1989)	belegbare Betten[1] (1990)	Auslastung der Planbetten in %[2]	Verweildauer in Tagen	stationäre Fälle	Ambulante Fälle: Konsultationen pro Jahr	Ambulante Fälle: darunter Erstkonsultationen[3] pro Jahr
HU Berlin	1.992	1.767	81	14,2	41.376	876.107	257.673
U Rostock	2.113	1.785	66	12,8	38.511	768.263	213.672
U Greifswald	1.226[4]	1.226	75	12,4	25.064	413.247	118.250
MA Magdeburg	1.919	1.740	81	13,1	43.363	587.965	241.853
U Halle	1.998	1.784	75	14,2	32.198	610.000[s]	172.404
MA Dresden	1.701	1.636	79	14,3	31.433	656.078	245.111
U Leipzig	2.300	2.013	76	15,6	39.228	754.963	258.557
U Jena	2.045	2.005	70	15,4	33.678	717.725	245.127
MA Erfurt	2.130	1.940	82	(10,9[5])	56.624[5]	625.714	192.506
Durchschnitt	1.936	1.766	76	14,1			
alte Länder[6]	ca. 1.500[7]		84,5	11,6			

1) Zum Teil sind Betten für Neugeborene und Dialysebetten eingerechnet. - 2) Angaben nicht exakt nach Mitternachtsbelegung. Durch die häufig großen Differenzen zwischen Planbetten und tatsächlich belegbaren Betten sind die Auslastungen niedrig. - 3) Die in den westlichen Ländern übliche Definition ist Erstkonsultationen pro Quartal. - 4) Für 1990 mit 1.347 von der Universität angegeben. - 5) Berechnet incl. Dialysebetten. - 6) Durchschnittswerte für Universitätsklinika der alten Länder für 1988 nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft. - 7) Eigene Berechnung. - s) geschätzt.

neben den Universitätskliniken auch weitere Krankenhäuser der Maximalversorgung in der Region geben wird. Die vergleichsweise hohe Zahl von geriatrischen Patienten in den Universitätskliniken sollte sich durch Einbindung anderer Häuser für die geriatrische Versorgung reduzieren lassen. In Einzelfällen wird es auch möglich sein, Teilkliniken aus den Universitätskliniken in eine andere Trägerschaft auszugliedern.

Die in den alten Ländern erreichte durchschnittliche Auslastung der betriebenen Betten von 84,5% wird von keinem Klinikum in den neuen Ländern erreicht; auch die Verweildauer liegt meist deutlich über der von 11,6 Tagen (vgl. Übersicht 3). Die besonders hohe Verweildauer in vielen pädiatrischen Kliniken ragt heraus. Die Klinikbetten werden also weniger intensiv genutzt. Die Auswirkungen des Abbaus von Planbetten der Hochschulkliniken auf die Krankenversorgung der Region werden daher in vielen Fällen nicht so gravierend sein, wie dies auf den ersten Blick scheinen mag. So würde ein Klinikum mit 2.000 Betten bei einer Auslastung von 76% und einer Verweildauer von 14 Tagen - wie es in den neuen Ländern durchschnittlich anzutreffen ist - die gleiche Zahl von Patienten in einem Jahr aufnehmen können wie ein angemessen ausgestattetes Klinikum von knapp 1.500 Betten, mit höherer Auslastung und niedrigerer Verweildauer (84,5%/11,6 Tage).

Eine intensive Nutzung der aufgestellten Betten setzt jedoch neben einer guten Ausstattung effiziente Organisationseinheiten und -strukturen voraus. Es ist daher notwendig, die Zersplitterung von Kliniken durch feste Zuordnung von Betten zu Kleinstabteilungen zu beenden. Es wird empfohlen, alle oder den größten Teil der Betten einer Klinik mit Ausnahme funktional besonders ausgestatteter Einheiten

(z.B. für Dialyse, Intensivpflege, Infektionen) gemischt zu belegen. Dies bedeutet, daß die Patienten nicht ausschließlich nach der Art ihrer Erkrankung, sondern je nach den verfügbaren Betten in Stationen eingewiesen werden. Dieses Modell eröffnet auch die Möglichkeit, nichtbettenführende Abteilungen zu schaffen, deren Aufgaben sich auf die klinische Forschung und die Ausbildung sowie ambulante und im stationären Bereich konsiliarische Versorgung von Patienten konzentrieren. Dadurch wird die Integration moderner Spezialdisziplinen in die Hochschulkliniken ermöglicht. Der Wissenschaftsrat hat das hier nur knapp skizzierte Organisationsmodell in seinen "Empfehlungen zur klinischen Forschung" ausführlich dargestellt.[1] Die Länder sollten solche Strukturen durch die Regelungen der ärztlichen Nebentätigkeit unterstützen, indem keine Anreize für zusätzliche Krankenversorgung geschaffen werden.[2]

Die Aufteilung der Gesamtbettenzahl auf die verschiedenen Spezialdisziplinen sollte zu einem ausgewogenen Gesamtbild führen, bei dem insbesondere die großen Fächer Innere Medizin, Chirurgie sowie Pädiatrie ausreichend berücksichtigt sind. Als Anhaltspunkt kann die in Übersicht 4 dargestellte Aufteilung der Betten dienen, wie sie für das Universitätsklinikum Rudolf Virchow vom Wissenschaftsrat empfohlen wurde.

Die Ausstattung der in den Klinika der neuen Länder vorhandenen Intensivbetten ist teilweise unbefriedigend, zudem ist die Gesamtzahl der Intensivbehandlungsbetten wie auch die der Intensivüberwachungsbetten zu gering, so daß hierin

---

[1] A.a.O., S. 53ff.
[2] Ebenda, S. 21f.

Übersicht 4: Empfehlung des Wissenschaftsrates für die Aufteilung der Planbetten auf die Kliniken des Universitätsklinikums Rudolf Virchow der Freien Universität Berlin[1]

Fach	Zahl der Betten
Augenheilkunde	60 Betten
Chirurgie	180 Betten
Dermatologie	50 Betten
Frauenheilkunde	120 Betten
HNO-Heilkunde	60 Betten
Innere Medizin	280 Betten
Kieferchirurgie	30 Betten
Kinderzentrum	188 Betten
Neurochirurgie	60 Betten
Neurologie	60 Betten
Orthopädie	60 Betten
Psychiatrie	100 Betten
Strahlenheilkunde	20 Betten
Urologie	60 Betten
Insgesamt	1.328 Betten

[1] Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 1987, Köln 1988, S. 186.

ein deutlicher Engpaß der medizinischen Versorgung zu sehen ist. Als Orientierungswert für die künftige Ausstattung sollte gelten, daß bis zu 10% der Planbetten als Intensivbetten auszustatten sind. Innerhalb der Kliniken sollten die Intensivbereiche zusammengefaßt werden.

Die bauliche Zersplitterung und Struktur vieler Kliniken führt dazu, daß Kinderbetten nicht nur in der Pädiatrie und der Kinderchirurgie, sondern auch in anderen Kliniken (HNO- und Augenheilkunde, Urologie etc.) betrieben werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt - soweit dies nach den örtlichen Gegebenheiten möglich ist -, interdisziplinäre Kinderstationen zu bilden und diese möglichst zusammen mit der Pädiatrie und der Kinderchirurgie unter einem Dach zusammenzufassen. Bei anstehenden Neubauten sollte eine Lösung, die eine kindgerechte Betreuung sowie die funktionelle und wirtschaftliche Organisation des Operationsbereiches erlauben sollte, eingeplant werden.

IV.2. Ambulante Krankenversorgung

Auch in der ambulanten Krankenversorgung waren den Universitätsklinika in der DDR Aufgaben in einem Umfang übertragen, der weit über das für Forschung und Lehre notwendige Maß hinausging. So liegt die Zahl der Erstkonsultationen pro Jahr häufig bei über 200.000 Fällen pro Klinikum und die der Konsultationen in der Größenordnung von bis zu 700.000 Fällen pro Jahr (vgl. Übersicht 3). Beim Vergleich dieser Zahlen mit denen aus den alten Ländern ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Erstkonsultationen in den neuen Ländern aufs Jahr bezogen sind, während in den alten Ländern quartalsweise gerechnet wird. Dennoch ist festzustellen, daß die ambulante Betreuung der Universitätskliniken in den neuen Ländern überwiegend zur Grundversorgung der Bevölkerung beiträgt und nicht universitätsspezifische Aufgaben hat.

Ähnlich wie im stationären Bereich ist es daher nach Ansicht des Wissenschaftsrates auch im ambulanten notwendig,

die Zahl der behandelten Patienten deutlich zu reduzieren. Dies kann jedoch nur in dem Umfang erfolgen, in dem sich Ärzte im Einzugsbereich niederlassen. Die Geschwindigkeit dieses Prozesses ist gegenwärtig nur schwer abschätzbar. Der Wissenschaftsrat hebt jedoch hervor, daß trotz der notwendigen Verkleinerung der Hochschulpolikliniken eine ausreichende Zahl von poliklinischen Patienten für die klinische Forschung und die Lehre unerläßlich ist. Besonders für die Erforschung von Krankheitsverläufen und die Entwicklung und Validierung neuer Therapien ist eine längerfristige ambulante Betreuung bestimmter Patientengruppen unabdingbar. Außerdem sind poliklinische Patienten für den Unterricht besonders geeignet, da im ambulanten Bereich ein anderes Krankheitsspektrum als im stationären zu finden ist, was auch für die allgemeinmedizinische Ausbildung von Vorteil ist. Von daher ist es notwendig, daß jedes Universitätsklinikum über ein Mindestmaß an ambulanten Patienten verfügt.

Bei der Behandlung ambulanter Patienten sind in den Universitätsklinika der alten Länder hohe finanzielle Defizite dadurch entstanden, daß nach in der Regel nicht kostendekkenden Fallpauschalen abgerechnet wurde und wird. Die Universitätsklinika in den neuen Ländern sollten von Anfang an die Leistungen der Polikliniken nach den für Kassenärzte geltenden Grundsätzen[1] abrechnen, um eine höhere Kostendeckung zu erreichen.

IV.3. Empfehlungen zur überregionalen Abstimmung und Schwerpunktbildung

Jedes Hochschulklinikum verfügt als Krankenhaus der Maximalversorgung über ein differenziertes Angebot zahlreicher

---

[1] Vgl. Gesundheits-Reformgesetz.

Fachgebiete mit ihren diagnostischen und therapeutischen Methoden. Dennoch können nicht überall alle Subspezialitäten in gleicher Weise vertreten sein, da dies beispielsweise wegen der Seltenheit bestimmter Krankheiten und entsprechend geringer Patientenzahlen weder notwendig noch sinnvoll oder wegen des damit verbundenen finanziellen Aufwandes nicht möglich ist. Künftig wird es jedoch für die Hochschulklinika der östlichen Länder grundsätzlich möglich sein, zusätzliche bisher nicht verfügbare Methoden neu einzuführen. Dabei ist es wesentlich, nicht zu viele Subspezialitäten anzubieten, sondern eine sinnvolle Auswahl zu treffen, die einen optimalen Einsatz der Ressourcen erlaubt. Solche Entscheidungen können nicht von einem Klinikum allein getroffen werden, sondern müssen in eine Planung der Länder integriert werden.

Dazu ist zum einen eine enge Abstimmung zwischen den Universitätsklinika eines Landes und zum Teil auch darüber hinaus regional, z.B. im Gebiet Halle/Leipzig/Jena unerläßlich, um eine gezielte Schwerpunktbildung zu erreichen. So sollten aufwendige Gebiete, wie z.B. die Positronen-Emissionstomographie oder die Transplantation von Leber oder Herz, keinesfalls mehrfach im selben Land aufgebaut werden. Drei oder vier Standorte für die über Nierentransplantationen hinausgehende Transplantationsmedizin erscheinen für die neuen Länder angemessen. Dies gilt besonders für die nächsten Jahre, in denen die gezielte Allokation der begrenzten Mittel besonders dringlich sein wird. Der Wissenschaftsrat hat in seiner Stellungnahme zur Einrichtung von Transplantationszentren in Hochschulkliniken[1] hervorgehoben, daß eine Schwerpunktbildung in der hochspezialisierten Krankenversorgung eng mit einer intensiven Forschung verknüpft werden sollte.

---

[1] Köln 1987.

Zum anderen ist aber auch daran zu denken, bestimmte Versorgungsaufgaben solchen Krankenhäusern der Maximalversorgung zu übertragen, die keine Hochschulklinika sind. Zu solchen Aufgaben können beispielsweise Nierentransplantationen, Diagnostik und operative Therapie koronarer Herzerkrankungen, endoskopische Untersuchungen oder die Zertrümmerung von Nierensteinen durch Stoßwellen gehören. Die für die Hochschulkliniken zuständigen Ministerien für Wissenschaft der Länder sollten dabei eng mit den für das Gesundheitswesen zuständigen zusammenwirken, um abgestimmte Versorgungskonzepte zu entwickeln.

A.V. Personal

V.1. Ausgangslage

Insgesamt verfügten die Medizinischen Fakultäten und Medizinischen Akademien einschließlich der von ihnen betriebenen Hochschulklinika am 1.10.1990 über rund 37.900 Personalstellen. Übersicht 5 zeigt, daß die Charité mit 6.134 Stellen sowie die Medizinische Fakultät in Leipzig mit 5.649 Stellen deutlich herausragen. Die übrigen Einrichtungen weisen Stellenzahlen zwischen 3.170 (Greifswald) und 4.246 (Rostock) auf. Bezieht man die Gesamtzahl der Personalstellen auf die Zahl der Betten an den Hochschulklinika, so ergeben sich 2,2 Stellen pro Planbett für die neuen Länder. Dabei ist jedoch in Rechnung zu stellen, daß eine deutliche Differenz zwischen der Zahl der Planbetten und derjenigen der tatsächlich belegbaren Betten besteht, die ca. 9% kleiner ist.

Die Zahl der Personalstellen für die medizinischen Einrichtungen der alten Bundesländer betrug 1989 103.981.[1] Dar-

---

[1] Wissenschaftsrat: Personalstellen der Hochschulen 1989.

Übersicht 5: Personalstellen der Medizinischen Fakultäten und Medizinischen Akademien einschließlich der Hochschulkliniken (ohne Medizinische Fachschulen) nach deren Angaben (Stand: Oktober 1990)

	Hochschullehrer	davon Prof.	davon Doz.	Assistenten	darunter unbefristet		Wiss.Pers. Gesamt[7]	Wissenschaftl. Personal pro Stud.[8]	Wissenschaftl. Personal pro Bett[9]	Pflegepersonal	Personalstellen insgesamt	Stellen pro Bett[9]
HU Berlin	196	88	108	895[5]	573	(64%)	1.512	0,60	0,76	1.584	6.134	3,1
U Rostock	97	45	52	694	568	(82%)	791	0,76	0,37	1.469	4.246	2,0
U Greifswald	86	45	41	527	372	(71%)	613	0,66	0,50	705	3.170	2,6
MA Magdeburg	85	45	40	562	398	(71%)	647	0,78	0,34	917	3.741	1,9
U Halle	128	82	46[3]	728	509	(70%)	856	0,68	0,43	1.010	3.977	2,0
MA Dresden	88	43	45	598[5]	423[5]	(71%)	1.050	1,90	0,62	1.300	3.685	2,2
U Leipzig	151	68	83	1.077	728	(68%)	1.228	0,47	0,53	-	5.649	2,5
U Jena	96	48	48	669	552	(83%)	765	0,75	0,37	-	3.631	1,8
MA Erfurt	99	44	55[4]	694	468	(67%)	793	1,79	0,37	884	3.678	1,7
neue Länder	1.026	508	518	6.444	4.591	(71%)	8.255	0,74	0,47		37.911	2,2
alte Länder[1]	3.113[2]	-	-	16.403[6]	-		19.516	0,23	0,46		103.981	2,5

(Hinweis: Es handelt sich teilweise um vorläufige Angaben; Rückfragen laufen.)

1) Wissenschaftsrat: Personalstellen der Hochschulen 1989. - 2) Professoren (C4, C3, C2). - 3) Incl. a.o. Doz. - 4) Incl. a.o. Prof. - 5) Nur Ärzte, ohne Naturwissenschaftler etc. - 6) Incl. Doz., Oberass. etc. - 7) Incl. Naturwissenschaftler. - 8) Nur Studenten der Humanmedizin. - 9) Berechnet pro Planbett, nicht pro belegtes Bett.

aus berechnen sich 2,5 Stellen pro Planbett für die alten Länder, wo Planbetten und belegbare Betten meist vergleichbar sind. Bei dieser Gegenüberstellung ist allgemein zu berücksichtigen, daß aufgrund der deutlich höheren Auslastung und der niedrigeren Verweildauer in den westlichen Ländern eine größere Zahl von stationären Patienten pro Bett und Jahr betreut wird, wodurch sich der Unterschied relativiert. Diese Globalbetrachtung legt die Vermutung nahe, daß weniger ein deutlicher Personalabbau als vielmehr eine Verschiebung zwischen den verschiedenen Personalgruppen nötig sein wird. Der empfohlene Bettenabbau wird aber auch einen Personalabbau zur Folge haben müssen.

Die Zahl der Stellen für Hochschullehrer der Medizin in den neuen Ländern ist mit 1.026 an 9 medizinischen Ausbildungsstätten gut vergleichbar mit 3.113 Stellen für Professoren an westdeutschen Universitäten mit 27 Ausbildungsstätten für Medizin (vgl. Übersicht 5). Die Zahl von Hochschullehrerstellen, die sich je zur Hälfte auf Professoren und Dozenten verteilen, ist insgesamt etwa angemessen.

Ca. 6.450 Stellen für Wissenschaftliche Assistenten[1] waren in den 9 medizinischen Einrichtungen der neuen Länder insgesamt ausgewiesen. Davon waren ca. 4.600 (71%) als unbefristete Stellen vorgesehen. Dieser Anteil ist unvertretbar hoch. Die hohe Zahl der Dauerstellen hat zur Folge, daß vielerorts mit ca. 20 Prozent oder mehr ein relativ hoher Anteil der unbefristet angestellten Assistenten 50 Jahre oder älter ist. In den Kliniken und Instituten fehlen daher vielfach geeignete Stellen für junge Nachwuchswissenschaft-

---

[1] Ein Teil der Stellen für Naturwissenschaftler ist darin nicht erfaßt.

ler, da sie langfristig besetzt sind, so daß ein kontinuierlicher Wechsel der Stelleninhaber beeinträchtigt wird. Außerdem fehlt der für eine leistungsfähige Forschung notwendige ständige Zustrom junger Wissenschaftler, die die Forschung mit jeweils neuen Ideen und jugendlichem Elan beleben.

Der Gesamtumfang des wissenschaftlichen Personals (Hochschullehrer und Wissenschaftliche Assistenten) beträgt in der Hochschulmedizin der neuen Länder 8.255 Stellen; dies ergibt 0,48 Stellen pro Planbett. In den alten Ländern gibt es 19.516 Stellen für wissenschaftliches Personal in der Medizin, was zu 0,46 Stellen pro Bett führt. Auf den ersten Blick scheint die Personalausstattung somit vergleichbar. Es ist jedoch zu berücksichtigen, daß die deutlich niedrigere Auslastung und die höhere Verweildauer in den Klinika der neuen Länder zu Entlastungen wegen der weniger intensiven Nutzung der Betten führt, worauf bereits verwiesen wurde. Andererseits ist die ärztliche Tätigkeit durch unzulängliche Baulichkeiten und deren Ausstattung beeinträchtigt. Eine sehr hohe Ausstattung mit wissenschaftlichem Personal pro Planbett haben die Charité (0,76) sowie die Medizinische Akademie Dresden (0,62) und die Medizinischen Fakultäten in Leipzig (0,53) und Greifswald (0,50), während die Personalausstattung in Magdeburg, Rostock, Erfurt und Jena (0,34 bis 0,37 Stellen pro Planbett) vergleichsweise ungünstig ist. Bezieht man das wissenschaftliche Personal dagegen auf die Anzahl der Medizinstudenten, so ragen erwartungsgemäß die beiden Medizinischen Akademien ohne vorklinische Studenten in Dresden und Erfurt mit 1,9 und 1,8 Stellen für wissenschaftliches Personal pro Student heraus. Ein besonders günstiges Verhältnis gibt es außerdem in Magdeburg (0,78), Rostock (0,76) und Jena (0,75).

Die vorliegenden Angaben zum Pflegepersonal sowie zum sonstigen Personal erlauben keine differenzierte Darstellung.

V.2. Empfehlungen

a) Hochschullehrer

Der Wissenschaftsrat ist überzeugt, daß das Erreichen des internationalen Niveaus in der medizinischen Forschung in den neuen Ländern letztlich davon abhängt, wie schnell und wie gut ausgebildet der wissenschaftliche Nachwuchs in die Hochschullehrerpositionen hineinwächst. Dessen ungeachtet ist aber gerade in der jetzigen Übergangsphase die fachliche und wissenschaftliche Qualifikation der Hochschullehrer in Leitungsfunktionen von ausschlaggebender Bedeutung. Der Besuch der Hochschulen in den neuen Ländern hat zu dem Eindruck geführt, daß die Positionen von Klinik- und Abteilungsleitern nicht selten von Personen besetzt sind, die seinerzeit offenbar nicht nur nach Kriterien der fachlichen und wissenschaftlichen Qualifikation ausgewählt worden waren. Das Fortbestehen dieser Situation würde für Jahrzehnte ein nachhaltiges Hemmnis für Forschung und Lehre darstellen und die weitere Entwicklung der Fakultäten schwer belasten.

Es ist weder der Auftrag des Wissenschaftsrates, politische Hintergründe früherer Berufungen zu prüfen, noch sprechen sich seine Mitglieder und Gutachter das Recht zu, in diesem sensiblen Bereich außerhalb ihrer Erfahrung Urteile zu fällen. Es muß aber dennoch sowohl den Fakultäten bzw. Hochschulen als auch den letztlich verantwortlichen Länderregierungen die dringende Empfehlung gegeben werden, die Leitungspositionen grundsätzlich zur Disposition zu stellen. Unbeschadet der Bemühungen der Hochschulen und Fakultäten zur strukturellen und personellen Erneuerung werden die Länder aufgefordert, kurzfristig geeignete rechtliche Grundlagen zu schaffen, damit insbesondere Struktur- und

Berufungskommissionen wirksam werden können. Der Wissenschaftsrat hält es für wünschenswert, daß die unerläßlichen, aber alle Beteiligten belastenden Einzelevaluationen zügig abgeschlossen werden, damit die Kräfte auf den dringend erforderlichen wissenschaftlichen Neuaufbau konzentriert werden können.

In seinen "Empfehlungen zur Bildung von Hochschulstrukturkommissionen und zur Berufungspolitik an den Hochschulen in den neuen Ländern und in Berlin" vom November 1990 hat der Wissenschaftsrat verschiedene Regeln für Berufungsverfahren genannt, auf die verwiesen wird.

Bei Neuausschreibungen von Professuren sollten nur hervorragende Bewerber in Betracht gezogen werden. Falls diese während einer Übergangszeit nicht zur Verfügung stehen, sollten Professorenstellen durch Lehrstuhlvertretungen (vorzugsweise Nachwuchswissenschaftler oder Emeriti) verwaltet werden, bevor Berufungen auf Dauer erfolgen.

b) Wissenschaftliche Assistenten

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, alle freiwerdenden Assistentenstellen grundsätzlich befristet zu besetzen und wo nötig befristete Stellen zusätzlich einzurichten. Dies reicht allein jedoch nicht aus, um den Altersaufbau der Assistentenschaft rasch zu verbessern. Hochschulen und Dienstherr müssen vielmehr aktiv nach Wegen suchen, sich von einem Teil der unbefristet angestellten Assistenten zu trennen. Gerade in der Medizin sollte dies möglich sein, da Ärzte auch außerhalb der Universitäten in großem Umfang tätig werden können. So wäre es etwa denkbar, daß durch Privatisierung universitärer Polikliniken oder von Teilen dieser Kliniken angemessene Positionen außerhalb der Hochschulen geschaffen werden können. Ähnliches gilt für die

Überführung von Teilkliniken in eine andere Trägerschaft, wie sie im Abschnitt A.IV. empfohlen wird. Daneben kommt eine Beschäftigung in Kliniken anderer Träger in Betracht. Im übrigen ist auch eine Niederlassung als Facharzt denkbar.

Schwieriger ist die Situation für die zahlreichen Naturwissenschaftler, die in den Kliniken angestellt sind, da für sie die angeführten Alternativen nicht bestehen. Da es sich in vielen Klinika um weit über hundert Stellen handelt, ist eine Reduktion unerläßlich. Besonders in diesem Bereich sollte angestrebt werden, einen größeren Teil aus Drittmitteln zu finanzieren; eine personelle Grundausstattung darf jedoch nicht unterschritten werden (vgl. S. 15f.).

Für besonders qualifizierte Assistenten, die etwa die Facultas docendi und/oder die Promotion B (Habilitation) erworben haben, sollte geprüft werden, ob nicht in Einzelfällen spezielle Stellen, z.B. in Analogie zu den früheren "Diätendozenturen", eingerichtet werden können. Dafür wäre ein überregionales Programm hilfreich. Für die Besetzung entsprechender Dozenturen sollte die wissenschaftliche Qualifikation unbedingte Voraussetzung sein.

Für nahezu alle Klinika in den neuen Ländern empfiehlt der Wissenschaftsrat wie bisher in den alten Ländern den Abbau von übermäßiger Krankenversorgung (und damit der Bettenzahlen). Eine dadurch mögliche Verstärkung der klinischen Forschung kann aber nur dann erreicht werden, wenn personelle und räumliche Ressourcen zum Teil dafür umgewidmet und vom Land finanziert werden. Ein der Reduzierung der Krankenversorgung paralleler Abbau von (wissenschaftlichem) Personal führt nicht zu den notwendigen Verbesserungen von Forschung und Lehre.

c) Pflegepersonal und Medizinische Fachschulen

Aus den dem Wissenschaftsrat vorliegenden lückenhaften Angaben über die Ausstattung mit Pflegepersonal an den Universitätsklinika in den neuen Ländern entstand der Eindruck, daß diese in der Regel nicht besonders gut ist. Als Vergleich wird für die alten Länder eine Zahl von 72 Vollkräften je 100 belegte Betten angegeben[1]. Ein Mangel an Pflegekräften, der sich an unbesetzten Stellen und vielerorts an geschlossenen Stationen - insbesondere im Intensivbereich - ablesen läßt, ist in vielen Regionen Deutschlands festzustellen. Um diese Situation zu verbessern, bedarf es einer Reihe von strukturellen und tarifpolitischen Maßnahmen, die überwiegend nicht von den medizinischen Einrichtungen selbst eingeleitet werden können. Auch die Universitätsklinika müssen jedoch ihren Anteil zur Lösung des Pflegekräftemangels beitragen. Dazu sind die gezielte Nachwuchsförderung, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch angemessene Räumlichkeiten, Arbeitszeiten und Entlastung von fachfremder Tätigkeit, ein fachspezifisches und fachübergreifendes Fortbildungsprogramm sowie die Schaffung attraktiver Personalwohnungen notwendig.

Vor diesem Hintergrund ist es wesentlich, daß die Hochschulklinika über eigene medizinische Fachschulen verfügen, in denen Krankenschwestern und -pfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger sowie andere medizinische Berufe ausgebildet werden. Der Wissenschaftsrat setzt sich mit Nachdruck für den Erhalt dieser Schulen ein. Die Ausbildungsinhalte sollten wo nötig angepaßt werden. Das von mehreren Schulen angebotene Fernstudium stellt eine Möglich-

---

[1] Deutsche Krankenhausgesellschaft: Auswertung der Kosten- und Leistungsnachweise '88, Düsseldorf 1990, Tabelle 3.5.

keit dar, zusätzlichen Nachwuchs für die genannten Berufe zu gewinnen.

Als günstig ist anzusehen, daß die Lehrkräfte in den medizinischen Fachschulen zum Teil über eine spezielle universitäre Ausbildung zum Diplom-Medizinpädagogen verfügen, die in Halle und Berlin (HU) angeboten wird und keine Entsprechung in den westlichen Bundesländern hat.[1]

Der Wissenschaftsrat hat in seinen "Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen in den 90er Jahren"[2] angeregt, neue Studiengänge für nichtärztliche Gesundheitsberufe an Fachhochschulen zu entwickeln. Er hält dies auch für die neuen Länder für wünschenswert, die den Aufbau ihrer Fachhochschulen entsprechend ausrichten könnten. Eine enge Kooperation von Fachhochschulen und Hochschulkliniken wäre dabei von Vorteil.

An der Humboldt-Universität in Berlin besteht ein universitärer Studiengang Diplom-Krankenpflege, der für berufserfahrene Pflegekräfte eine Ausbildung zur Oberschwester, bzw. leitenden Pflegekraft ermöglicht. Der Wissenschaftsrat würde es begrüßen, wenn ein solcher Studiengang im Tertiären Bereich eingerichtet werden könnte, da er darin einen geeigneten Ansatzpunkt zur Profilierung des Krankenpflegeberufes sieht. Zudem wird die Attraktivität dieses Berufsfeldes durch die Eröffnung von Aufstiegsmöglichkeiten erhöht. Die Einrichtung eines solchen Studiengangs bedarf jedoch noch weiterer Klärung der Zugangsvoraussetzungen, Studienorganisation, Studieninhalte sowie tariflichen Zuordnung der Absolventen und der Frage der Trägerschaft.

---

[1] Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Lehrerbildung in den neuen Ländern, S. 57.
[2] Köln 1991, S. 78f. und Anlage 6.

d) Sonstiges Personal

Um die Funktionsfähigkeit der Universitätsklinika unter den bisherigen Bedingungen zu gewährleisten, war es unerläßlich, daß diese ähnlich wie viele Betriebe in den neuen Ländern über umfangreiches Personal in der Verwaltung, den technischen Diensten, im Wirtschafts- und Versorgungsdienst sowie in verschiedenen Handwerksberufen verfügten. Unter den veränderten Bedingungen ist dies jedoch unwirtschaftlich und führt zu erhöhten Kosten, die entweder die Krankenkassen oder die Länder als Träger der Universitätsklinika unangemessen belasten. Die Zuschüsse der Länder zum laufenden Betrieb, die primär für Forschung und Lehre gedacht und dafür auch dringend benötigt werden, würden so zweckentfremdet verbraucht.

Der Wissenschaftsrat sieht in diesen Bereichen erhebliche Möglichkeiten zur Personaleinsparung bzw. zur Verlagerung von Stellen in andere Bereiche der Klinika und empfiehlt, diese konsequent zu nutzen. Dies muß keineswegs zu Einbußen bei den Leistungen der Klinika führen, da zahlreiche Aufgaben von Privatfirmen wirtschaftlicher wahrgenommen werden können (Bauarbeiten, Wäscherei, Näherei, Reinigungsdienst, Kantine etc.). Für die Optimierung der Personalstruktur bietet es sich an, externen Sachverstand in Anspruch zu nehmen, wie dies für die Charité bereits geschieht.

A.VI. Struktur und Organisation der Medizinischen Fakultäten, Klinika und Kliniken (Ausgangslage und Empfehlungen)

VI.1. Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum

Die sechs Medizinischen Fakultäten in den neuen Ländern sind einschließlich ihrer jeweiligen Universitätsklinika

Teile der Universitäten und in diese fest eingebunden. Dadurch wird ein fachlicher Austausch und eine Zusammenarbeit mit benachbarten Disziplinen anderer Fakultäten begünstigt. Zudem wird durch die Integration der Medizin in die Universität die Einhaltung von Qualitätsstandards - etwa bei Berufungen, Habilitationen und Promotionen - unterstützt. Die drei Medizinischen Akademien in Dresden, Erfurt und Magdeburg verfügen als ausschließlich medizinisch orientierte Hochschulen nicht über die genannten Möglichkeiten zur Auseinandersetzung mit anderen Fächern.

Der Wissenschaftsrat hält es daher grundsätzlich für wünschenswert, daß sich die Medizinischen Akademien je nach den örtlichen Gegebenheiten mit anderen Hochschulen zusammenschließen oder ein breiteres Fächerspektrum aufbauen.

In den Universitäten der DDR wurde der "Bereich Medizin" durch den Prorektor für Medizin geleitet, der weitgehende Zuständigkeiten besaß. Demgegenüber hatte die Medizinische Fakultät, an deren Spitze ein Dekan stand, nur begrenzte Aufgaben, zu denen Promotionen und Habilitationen, nicht aber die Verantwortung für das Medizinstudium gehörten. In der Umbruchsituation in den Jahren 1990/91 wurden in einigen Universitäten die Aufgaben des Prorektors für den Bereich Medizin und des Dekans der Medizinischen Fakultät zusammengeführt, während an anderen Universitäten eine gewisse Aufgabentrennung - zumindest für eine Übergangszeit - beibehalten werden soll.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt den neuen Ländern, in ihren Hochschulgesetzen klare Leitungsstrukturen für die Medizinische Fakultät zu schaffen und die Kompetenzen in der Hand des Dekans zusammenzufassen. Dabei ist es jedoch von großer Bedeutung, daß die Dekanate personell und sächlich entspre-

chend ausgestattet werden. Die in der Vergangenheit bestehenden Direktoren für medizinische Betreuung (entsprechend den Ärztlichen Direktoren in den Altländern), für Erziehung und Ausbildung (Lehre und Studium - vergleichbar dem Studiendekan) sowie für Forschung, die neben dem Verwaltungsdirektor des Klinikums eingesetzt waren, bieten gute Ansatzpunkte für eine professionelle Unterstützung der Fakultät nicht nur bei der Verwaltung und Leitung des Klinikums sondern auch bei Organisation und Durchführung von Forschung und Lehre einschließlich der Drittmitteleinwerbung. Eine angemessene Ausstattung ist zur Erfüllung dieser Aufgaben auch künftig unerläßlich.

Die in den Medizinischen Fakultäten der neuen Länder bestehenden einheitlichen Fakultäten, die keine Trennung in theoretische und klinische Fachbereiche aufweisen, sollten beibehalten werden, da sie eine günstige Voraussetzung für die Integration der verschiedenen medizinischen Teildisziplinen darstellen.

Das Universitätsklinikum ist für die medizinische Betreuung der stationären und ambulanten Patienten zuständig. Die Aufgaben der Klinikumsleitung liegen in der Organisation und Verwaltung des Klinikums und in der übergreifenden Planung und Organisation der einzelnen Kliniken und Abteilungen, soweit Belange der Krankenversorgung berührt sind. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben bedarf es einer effizienten Leitungsstruktur.

Nach Ansicht des Wissenschaftsrates hat es sich an verschiedenen Universitätsklinika in den alten Ländern bewährt, daß dem Klinikumsvorstand (Klinikumsdirektion) neben dem Ärztlichen Direktor, der ein Hochschullehrer der klinischen Medizin sein sollte, eventuell weiteren Klinikdirek-

toren, dem Verwaltungsdirektor und dem Pflegedirektor (Oberin) auch der Dekan der Medizinischen Fakultät mit vollem Stimmrecht angehört. Auf diese Weise hat der Dekan als Vertreter der Fakultät die Möglichkeit, Aspekte von Forschung, Lehre und Heranbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses im Klinikumsvorstand einzubringen. Dies ist insofern von Bedeutung, als für die anderen Mitglieder des Klinikumsdirektoriums der zweifellos notwendige reibungslose Ablauf der Krankenversorgung stärker im Vordergrund steht. Die genannte Zusammensetzung des Klinikumsvorstandes erlaubt es, die durch die Erfüllung der verschiedenen Aufgaben entstehenden Zielkonflikte so aufzulösen, daß das Universitätsklinikum seinen Aufgaben als universitäre Stätte von Forschung und Lehre sowie der dafür notwendigen Krankenversorgung gerecht wird.

VI.2. Gliederung der Kliniken in Abteilungen

In den Universitätsklinika der neuen Länder bestehen auch in den von der Bettenausstattung her großen Fächern - vor allem Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe - große Kliniken mit einem einzigen Klinikdirektor, der die ärztliche Endverantwortung trägt. Dies gilt auch in den Fällen, in denen berufene (ordentliche) Professoren größere Abteilungen innerhalb dieser Kliniken leiten. Diese Struktur ist nicht mehr angemessen: Zum einen kann die ärztliche Verantwortung nicht für mehrere hundert stationäre Patienten übernommen werden. Zum anderen sind die Aufgaben in Forschung und Lehre sowie ärztlicher Weiterbildung so differenziert, daß ein einziger dafür zuständiger Direktor überfordert wäre.

Auffallend ist außerdem die nicht nur in den großen Universitätsklinken zu beobachtende Unterteilung der Kliniken in

eine Vielzahl von Klein- und Kleinstabteilungen, die häufig von Oberärzten geleitet werden und oft nur über begrenzte Eigenständigkeit verfügen ("Oberarztabteilungen"). So gibt es etwa eine HNO-Klinik mit elf Abteilungen oder eine Kinderchirurgie mit zehn Abteilungen.

Der Wissenschaftsrat sieht sowohl in der von einem Direktor geleiteten "Großklinik" als auch in der dargestellten Zersplitterung vieler Kliniken ungünstige Organisationsstrukturen. Er empfiehlt, die großen Kliniken Innere Medizin und Chirurgie in nur wenige bettenführende Abteilungen zu untergliedern,[1] an deren Spitze jeweils ein berufener Professor mit Chefarztfunktion stehen sollte. Art und Zahl der Abteilungen sollten sich nach den örtlichen Gegebenheiten richten, wobei drei oder vier Abteilungen nicht überschritten werden sollten. Die Betten der Klinik sollen den einzelnen Abteilungen zugeordnet, aber je nach Bedarf gemischt belegt werden (Bettenpool), wie in Abschnitt A.IV.1. bereits dargestellt. Neben den bettenführenden Abteilungen können so auch nichtbettenführende Abteilungen geschaffen werden, die ihre Aufgabe vorwiegend in Forschung, Lehre und ambulanter Krankenversorgung sowie im stationären Bereich konsiliarisch wahrnehmen.

In denjenigen Kliniken, die über mehrere Abteilungen verfügen, sollte versucht werden, der Gefahr einer Isolierung der Abteilungen vorzubeugen. Eine derartige Isolierung brächte für Forschung, Lehre, Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie die Krankenversorgung Nachteile. Kliniken mit mehreren Abteilungen sollten deswegen eine

---

[1] Vgl. Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, S. 58ff.

gemeinsame Unterrichtsplanung, abgestimmte Weiterbildungspläne mit fester Rotationsvereinbarung für die Assistenten sowie gemeinsame Patientenaufnahme, gemeinsamen Pflegedienst und einen gemeinsamen Bettenpool einrichten.

Die Gesamtleitung einer Klinik oder eines Instituts mit mehreren Abteilungen sollte in der Regel von einem Geschäftsführenden Direktor wahrgenommen werden, der aus dem Kreis der Abteilungsleiter zu wählen und vom Wissenschaftsminister zu bestellen ist. Die Amtszeit sollte befristet sein, ohne daß die Befristung zu kurz gewählt wird: drei bis fünf Jahre erscheinen angemessen, wobei eine Wiederwahl möglich sein sollte.

VI.3. Organisatorische Anbindung außeruniversitärer Institute und Kliniken

Im Abschnitt A.II.2. (S. 20) wurden bereits die Vorteile genannt, die eine enge Anbindung außeruniversitärer Kliniken oder Institute für die Forschung haben kann. Ähnliches gilt für die Lehre, die Heranbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie die Krankenversorgung. Solche Kooperationen werden von den Universitätsklinika der alten wie auch der neuen Länder bereits praktiziert. So können z.B. Spezialkliniken - etwa für Rheumatologie, Orthopädie oder Herzchirurgie - durch vertragliche Vereinbarungen fest mit dem Universitätsklinikum verbunden werden.

Nach Ansicht des Wissenschaftsrates ist es dabei für die Universität von entscheidender Bedeutung, daß universitäre Qualitätsstandards eingehalten werden. Für den Fall einer besonders engen Verbindung durch eine gemeinsame Berufung müssen daher die Medizinische Fakultät bzw. die Universität und das Land in üblicher Weise das Berufungsverfahren durchführen können.

Dem Träger der außeruniversitären Klinik sollten bei den Personalentscheidungen jedoch die Mitwirkung und ein Vetorecht eingeräumt werden. Besonders erfolgreich ist ein bereits mehrfach praktiziertes Modell, bei dem ein vom außeruniversitären Träger finanzierter Stiftungslehrstuhl eingerichtet wird, da durch den Ruf auf einen Lehrstuhl zum Vorteil von Fakultät und Klinik besonders qualifizierte Wissenschaftler gewonnen werden können. Die wissenschaftliche Unabhängigkeit und der bestimmende Einfluß der Hochschule müssen jedoch in allen Fällen gewahrt bleiben.[1] Im übrigen kann die Kooperation mit privaten Trägern, die bereit sind, Klinikneubauten in den neuen Ländern zu errichten, auch einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der stationären Krankenversorgung leisten und so zur Entlastung der universitären Krankenversorgung beitragen.

A.VII. Baulichen Entwicklung und Ausstattung (Ausgangslage und Empfehlungen)

VII.1. Bauplanung

Viele der von der Arbeitsgruppe besuchten Kliniken und Institute weisen deutliche bauliche Mängel auf, die rasch beseitigt werden müssen. Dazu sind Sofortmaßnahmen vielfach unerläßlich, etwa um eine vorschriftsmäßige Entsorgung infektiöser Abfälle oder radioaktiver Abwässer zu erreichen. Die hygienischen Verhältnisse in einigen Operationsräumen sind kaum vertretbar; häufig fehlen geeignete Schleusen, nicht selten wird gleichzeitig an mehreren Tischen im sel-

---

[1] Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Zusammenarbeit zwischen Hochschule und Wirtschaft, Köln 1986.

ben OP operiert. Hier könnte die rasche Beschaffung von OP-Containern Verbesserungen bringen. Auch für diejenigen Kliniken, die über keine oder ungenügende Aufzüge verfügen könnten Sofortmaßnahmen helfen, den Transport auch frisch operierter Patienten über Treppen zu beenden.

Diese und andere unerläßliche Sofortmaßnahmen dürfen den Blick für die Notwendigkeit mittel- und langfristiger Maßnahmen jedoch nicht verstellen. Es ist für alle Universitätsklinika notwendig, zügig eine umfassende Gesamtplanung einschließlich Kostenschätzung aufzustellen. Zwar liegen an den meisten Orten Planungen für die künftige Struktur und bauliche Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen vor; sie stammen jedoch in ihrer Grundkonzeption oft aus den 60er oder 70er Jahren.

Der Wissenschaftsrat hält es für erforderlich, bestehende Bau- und Strukturpläne grundlegend zu überarbeiten und den stark veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Nur vor dem Hintergrund von überzeugenden Gesamtplanungen wird es dem Wissenschaftsrat möglich sein, Empfehlungen zur Aufnahme von Klinikneubauten oder größeren Sanierungsvorhaben in den Rahmenplan nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG) abzugeben. Für eine sachgerechte Beurteilung von Klinikneubauten, die häufig dreistellige Millionenbeträge kosten, ist eine Einpassung in eine langfristige Konzeption unerläßlich. Nur so kann beispielsweise Aufschluß darüber erhalten werden, ob die neue Klinik am richtigen Platz errichtet wird und ihre Positionierung auch in 30 oder 50 Jahren noch als sachgerecht angesehen wird. Die Tatsache, daß noch heute in neuen wie alten Ländern Klinikbauten genutzt werden, die Anfang des Jahrhunderts oder gar im letzten Jahrhundert errichtet wurden, unterstreicht die Langfristigkeit der Perspektive.

Alle medizinischen Einrichtungen sollten daher umgehend mittel- und langfristige Entwicklungspläne aufstellen und sich dabei externen Rates bedienen. Planungsvorhaben können - wie Bauvorhaben und Großgeräte - zum Rahmenplan nach dem Hochschulbauförderungsgesetz angemeldet und somit gemeinsam von Land und Bund finanziert werden. Auch im Hinblick auf die zu erwartenden Gesamtkosten sind gute Planungen nötig. Aufgrund des allgemein schlechten Bauzustands und der Zersplitterung der Hochschulklinika ist für die überwiegende Zahl von Standorten mit Bau- und Gerätekosten von etwa einer Milliarde DM zu rechnen, die in den nächsten 10 bis 15 Jahren ausgegeben werden müssen, um akzeptable Standards zu erreichen.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, die folgenden Gesichtspunkte bei der Planung besonders zu berücksichtigen:

- Voraussetzung für die Entwicklung von langfristigen Gesamtplänen sollte jeweils eine <u>sorgfältige Analyse</u> des vorhandenen Baubestands und eine Ermittlung der Defizite sein. Die vorhandenen Flächen sollten dazu nach Nutzungsart gegliedert (Lehre, Forschung, Untersuchung und Behandlung, Pflege, Wissenschaftliche Information und Dokumentation, Verwaltung, Ver- und Entsorgung etc.) aufgenommen und Bewertungen zur Sanierungsfähigkeit und künftigen Nutzungseignung der verschiedenen Gebäude getroffen werden. Für die Aufstellung verschiedener Planungsvarianten für die Errichtung von Neubauten sind außerdem die insgesamt verfügbaren bebaubaren Flächen, deren baurechtlich mögliche Nutzung sowie ihre Lage zueinander zu berücksichtigen.

- Die aus diesen Analysen zu entwickelnden Gesamtkonzeptionen für die Unterbringung der jeweiligen medizini-

schen Einrichtungen sollten nicht nur den vorhandenen Baubestand, sondern auch die wünschenswerten Verknüpfungen zwischen den verschiedenen Disziplinen einbeziehen. Ideal wäre die Unterbringung an einem einheitlichen Standort, der es erlauben würde, etwa die beiden zentralen Disziplinen Innere Medizin und Chirurgie benachbart anzusiedeln, so daß deren zahlreiche Verbindungen in Lehre, Forschung und Krankenversorgung unterstützt werden. Von einer unmittelbaren Nachbarschaft von Frauen- und Kinderklinik würde insbesondere die Neonatologie profitieren. Dabei sollte die Kinderklinik möglichst als Kinderzentrum ausgebildet sein, das neben den konservativen pädiatrischen Fächern auch die Kinderchirurgie und interdisziplinäre Kinderstationen anderer Disziplinen enthält. Schließlich hat sich die Bildung von "Kopfkliniken" bewährt, in der die Fächer HNO- und Augenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie Neurochirurgie und eventuell Neurologie kooperieren.

- Die Gesamtplanungen wie auch die Detailplanungen einzelner Neubauten sind bei Universitätskliniken vorrangig an den Erfordernissen von Forschung und Lehre auszurichten. So sind ausreichende Flächen für die klinische Forschung vorzusehen, wobei ein ausgewogenes Verhältnis von fest zugeordneten Forschungslabors in den einzelnen Kliniken und Abteilungen zu Forschungslabors mit variabler Nutzung, die leistungs- und schwerpunktbezogen von der Fakultät vergeben werden, anzustreben ist (vgl. Abschnitt A.II.2.). Für die akademische Lehre in der Medizin zeichnen sich wesentliche Veränderungen ab, die in der Tendenz eine Abkehr von großen Vorlesungen und eine stärkere Hinwendung zu (patientenbezogenem) Unterricht in Kleingruppen erwarten lassen. Hierfür sind die notwendigen Unterrichtsräume in unmittelbarer Nähe der

Stationen einzuplanen. Die räumliche Zusammenfassung der Medizinischen Einrichtungen, einschließlich der vorklinischen und theoretischen Institute, an einem einzigen Standort begünstigt außerdem die Entwicklung integrierter Unterrichtseinheiten und die Verzahnung von vorklinischer und klinischer Ausbildung, die künftig immer wichtiger wird.

- Für die Planung von Klinikneubauten ist es selbstverständlich, daß eine angemessene Infrastruktur vorgesehen wird. Dazu gehören Telefon, Rufnetze und ein geeignetes Klinik-Kommunikationssystem, aber auch Rohrpostanlagen, überdachte Verbindungsgänge zwischen den verschiedenen Kliniken (evtl. als Tunnel) und automatische Transportsysteme für die Ver- und Entsorgung. Die genannten infrastrukturellen Einrichtungen sind in vielen Universitätsklinika gegenwärtig nicht vorhanden oder unzulänglich, wodurch der reibungslose Ablauf des Betriebs behindert wird. Unabhängig von später umzusetzenden Gesamtplanungen sind hier Sofortmaßnahmen nötig, die zu einem wirtschaftlichen Betrieb beitragen.

VII.2. Apparative Ausstattung

In einigen Instituten und Kliniken konnte die apparative Ausstattung 1990/91 bemerkenswert verbessert werden. Die Verfügbarkeit von Geräten für Forschung, Lehre und Krankenversorgung ist in den meisten Kliniken und Instituten jedoch bei weitem nicht auf einem adäquaten Stand. Andererseits entstand bei den Besuchen der Eindruck, daß leistungsfähige oder bevorzugte Arbeitsgruppen, die sich aktiv um die Einwerbung von Drittmitteln aus den verschiedensten Quellen bemüht haben, vielfach eine konkurrenzfähige Ausstattung erworben haben.

Einige der von den Medizinischen Fakultäten vorgesehenen Großgeräte sind nicht nur in der Anschaffung teuer, sondern binden auch im laufenden Betrieb erhebliche Mittel. Dies sollte die Fakultät bei Entscheidungen über Kauf und Nutzung berücksichtigen. Nach Ansicht des Wissenschaftsrates sollte der Zugang zu Großgeräten offen sein, damit sie von Wissenschaftlern aller Kliniken und Institute genutzt werden können und nicht nur von denjenigen, in deren Räumen sie aufgestellt sind. Um dies zu garantieren, haben sich Nutzerordnungen bewährt, die die Einzelheiten des Zugriffs regeln, der jeweils unter Aufsicht der Fakultät oder eines von ihr eingesetzten Ausschusses steht. Dies gilt zum Beispiel für die Positronen-Emissions- und die Kernspinresonanz-Tomographie, klinisch-chemische und nuklearmedizinische Laboratorien sowie Rechenzentren.

In nahezu allen Universitätsklinika ist die Beschaffung von Kernspinresonanz-Tomographen (MR-Tomographen) geplant. Der Wissenschaftsrat hält die Ausstattung aller Universitätsklinika mit diesen Geräten für angemessen. Vorrangig sollten jedoch Tomographen für forschungsaktive Gruppen beschafft werden. Sie sollten insbesondere dort installiert werden, wo komplementäre Methoden eingeführt und verfügbar sind.[1] Die Tatsache, daß es in der DDR lediglich ein MR-Gerät gab, unterstreicht einen erheblichen Nachholbedarf.

Einen Nachholbedarf scheinen die Medizinischen Fakultäten in den neuen Ländern auch im Bereich der Positronen-Emis-

---

[1] Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 18. Rahmenplan für den Hochschulbau, Bd. 1, S. 38ff.

sions-Tomographie (PET) zu sehen. Vier der neun Fakultäten möchten diese Methode einführen. Der Wissenschaftsrat hält dagegen einen Ausbau in diesem Umfang zur Zeit für nicht vertretbar. Wegen des hohen Aufwandes für Errichtung und Betrieb von PET-Zentren sollten lediglich ein oder höchstens zwei Zentren in den neuen Ländern aufgebaut werden, die jedoch keinesfalls im gleichen Land liegen sollten. In seiner "Stellungnahme zum Ausbau der Positronen-Emissions-Tomographie in der Medizin" hat der Wissenschaftsrat hervorgehoben, daß PET in erster Linie ein Forschungsinstrument ist, und bestimmte Voraussetzungen für die Einführung genannt. Dazu gehören:

- das Vorliegen eines fachübergreifenden Forschungskonzepts, das die Ansätze verschiedener Arbeitsgruppen zusammenführt;
- die Entwicklung eines offenen Nutzungskonzepts und einer von der Fakultät erlassenen Nutzerordnung;
- die verantwortliche Betreuung der Geräte von erfahrenen Wissenschaftlern, die die für Herstellung und Umgang mit offenen Radionukliden an Menschen erforderliche Fachkompetenz besitzen;
- förmliche Schwerpunktsetzung durch Hochschule und Medizinische Fakultät.[1]

Großgeräte, deren Kosten einschließlich Zubehör 150.000 DM übersteigen, können über das Hochschulbauförderungsgesetz finanziert werden. Entsprechende Großgeräteanmeldungen der Länder werden von der Deutschen Forschungsgemeinschaft nach wissenschaftlichen und apparatetechnischen Gesichtspunkten geprüft und vom Wissenschaftsrat unter wissenschaftspoliti-

---

[1] Wissenschaftsrat: Stellungnahme zum Ausbau der Positronen-Emissions-Tomographie in der Medizin, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1988, S. 289ff.

schen Kriterien für die Aufnahme in den Rahmenplan empfohlen. Eine Besonderheit der Finanzierung, die üblicherweise hälftig von Bund und Land getragen wird, kann sich bei Anwendung des sogenannten Spendenmodells ergeben. Falls private Geldgeber oder Kommunen dem Land zweckgebundene Spenden zur Verfügung stellen und diese in den Landeshaushalt eingestellt werden, so können sie den Finanzierungsanteil des Landes ersetzen. Dies bedeutet, daß für die Beschaffung von Großgeräten oder die Errichtung von Hochschulbauten eine 50%ige Mitfinanzierung des Bundes erreicht werden kann, ohne daß das Land de facto Mittel aus eigenen Quellen aufbringen muß.

A.VIII. Zu ausgewählten Fächern (Ausgangslage und Empfehlungen)

In vielen medizinischen Teildisziplinen erfolgte die Differenzierung und Spezialisierung in den neuen und alten Ländern etwa parallel, so daß die Gliederung der Medizinischen Fakultäten in Institute und Kliniken vergleichbar ist. In einigen Bereichen ist jedoch zu beobachten, daß die Spezialisierung in den neuen Ländern nicht so ausgeprägt ist wie in den alten Ländern. So finden sich zumeist einheitliche Kliniken für Psychiatrie und Neurologie und entsprechende Kliniken oder Abteilungen für Kinderneuropsychiatrie. Die Neurochirurgie, die lediglich in Rostock nicht vorhanden ist, ist überwiegend Teil der Chirurgischen Kliniken und nur an wenigen Orten als eigenständige Neurochirurgische Klinik geführt.

Der Wissenschaftsrat unterstützt die Verselbständigung dieser Fächer, die allerdings nicht zu deren Abkapselung führen darf. Ein begrenzter Ausbau ohne Verselbständigung ist für die weitgehend fehlende Plastische- und Wiederherstellungschirurgie (3-4 Standorte) und die Gefäßchirurgie (2 Standorte) zu empfehlen.

Im Gegensatz zur Situation in den alten Ländern ist die Kinderchirurgie an allen medizinischen Ausbildungsstätten der neuen Länder etabliert. Wie die Neurochirurgie ist sie in der Regel Teil der Chirurgischen Klinik, in Leipzig und Dresden existieren jedoch selbständige Kliniken für die Kinderchirurgie. Die unter Aspekten einer kindgerechten Betreuung sinnvolle Einbindung der Kinderchirurgie in den Bettenbereich des Kinderzentrums der konservativen Disziplinen der Pädiatrie sowie eventuell der Kinderbetten anderer Fächer (HNO- und Augenheilkunde, Urologie etc.) ist in den neuen Ländern nirgendwo realisiert und auch in den alten Ländern bisher die Ausnahme.

VIII.1. Klinische Pharmakologie

Im Juli 1990 hat der Wissenschaftsrat "Empfehlungen zur Förderung der Klinischen Pharmakologie" vorgelegt, mit denen er eine nachhaltige Förderung dieses Faches durch den Aufbau leistungsfähiger Hochschuleinrichtungen für Klinische Pharmakologie vorschlägt, die durch die eng miteinander verbundenen Aufgaben in der Forschung, der Heranbildung des Nachwuchses, der Arzneimittelprüfung, der Krankenversorgung und im Transfer von wissenschaftlichen Ergebnissen eine breite Ausstrahlung in das gesamte Gesundheitssystem haben sollen. Die Etablierung und Ausstattung der Klinischen Pharmakologie an den Hochschulen in den alten Ländern wurde als völlig unzulänglich bezeichnet, da es lediglich fünf Institute oder selbständige Abteilungen für Klinische Pharmakologie an den 27 Hochschulen, die eine Ausbildung im Fach Humanmedizin anbieten, gibt.[1]

---

[1] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Förderung der Klinischen Pharmakologie, Köln 1990.

In den neuen Ländern ist die Klinische Pharmakologie dagegen an allen neun medizinischen Ausbildungsstätten vertreten. Sieben Fakultäten bzw. Akademien verfügen über eigene Institute; lediglich in Halle und Rostock ist die Klinische Pharmakologie in die Institute für Pharmakologie und Toxikologie integriert. Im bisherigen Medizinstudium sind insgesamt 60 Stunden (4 Semesterwochenstunden) Unterricht in diesem Fach im 4. und 5. Studienjahr vorgesehen.

Der Wissenschaftsrat sieht in Etablierung und Lehrbeteiligung der Klinischen Pharmakologie eine gute Ausgangsposition für die Weiterentwicklung dieser für die Arzneimitteltherapie wichtigen ärztlichen Disziplin. Die Institute bzw. Abteilungen für Klinische Pharmakologie sollten den genannten Empfehlungen entsprechend ausgestattet werden, damit sie ihre Aufgaben in Forschung und Lehre angemessen wahrnehmen können. Auch bei der Einführung bisher nicht verfügbarer sowie gänzlich neuer Medikamente kommt der Klinischen Pharmakologie eine wichtige Rolle zu. Ein eventuell im Hinblick auf die schlechtere Ausstattung in den alten Bundesländern erwogener Abbau in diesem Fach in den neuen Ländern wäre nach Ansicht des Wissenschaftsrates nicht zu vertreten.

VIII.2. Militärmedizin und Katastrophenmedizin

An den Medizinischen Fakultäten und Akademien bestanden Institute für Militärmedizin, die je 45stündige Lehrveranstaltungen für Mediziner und Zahnmediziner anboten. Im Laufe des Jahres 1990 wurden diese Institute überwiegend in solche für Katastrophenmedizin umgewandelt. Der größere Teil dieser Einrichtungen wurde Ende des Jahres 1990 von den inzwischen gebildeten neuen Ländern nicht übernommen,

sondern "abgewickelt". In einigen Fällen gab es jedoch Überführungen in der Weise, daß die ehemaligen Institute für Katastrophenmedizin bzw. Militärmedizin Abteilungen etwa der Chirurgischen Klinik wurden. Der Wissenschaftsrat hält es für erforderlich, daß die neuen Länder hier jeden Einzelfall sorgfältig prüfen.

Nach Ansicht des Wissenschaftsrates stellt Militärmedizin keine universitäre Aufgabe dar. Über die medizinische Vorsorge für Katastrophen kann demgegenüber in Einzelfällen an Hochschulen gearbeitet werden. Organisation und Durchführung von Hilfsmaßnahmen sind jedoch Aufgaben der Rettungsdienste, des Zivilschutzes und anderer staatlicher Stellen.

Zur Ausbildung von Militärärzten bestand an der Universität Greifswald eine Militärmedizinische Sektion (MMS), die im Jahr 1990 aufgelöst wurde. Damit im Zusammenhang stehende Probleme sind im Abschnitt B.II.1. dargestellt.

VIII.3. Hygienefächer

Den verschiedenen Bereichen des Faches Hygiene wurde in der DDR besonderes Gewicht beigemessen. So gibt es an allen Fakultäten Institute für Allgemeine und Kommunale Hygiene oder alternativ für Hygiene. Zusätzlich existierten neun Institute für Sozialhygiene, die inzwischen überwiegend in solche für Sozialmedizin umbenannt wurden. Daneben gibt es ein Institut für Krankenhaushygiene an der Charité und eins für Industrietoxikologie an der Universität Halle sowie überall Institute für Arbeitsmedizin.

Die Vielzahl dieser Institute, die überwiegend gut und teilweise hervorragend ausgestattet sind, stellt auf den

ersten Blick eine bemerkenswert gute Ausgangsposition für Forschung und Lehre auf solchen Gebieten der Medizin dar, die nicht auf die Hilfe für den einzelnen Patienten gerichtet sind, sondern bei denen Fragen der Bevölkerungsmedizin und der Gesundheitswissenschaften im Vordergrund stehen. Gerade in diesen Fächern werden in den alten Bundesländern deutliche Defizite gesehen, die zu Ansätzen an verschiedenen Universitäten geführt habe, die Gesundheitswissenschaften im Sinne von "public health" zu verstärken; der Bundesminister für Forschung und Technologie will ausgewählte Verbundprojekte zu dieser Thematik in den neuen und alten Ländern fördern.

Bei ihren Besuchen hat die Arbeitsgruppe jedoch festgestellt, daß einige der Hygiene-Institute mit Themen befaßt sind, die üblicherweise nicht Aufgaben von wissenschaftlichen Universitätsinstituten sind und die besser von nichtuniversitären Beratungsstellen durchgeführt werden sollten. Entsprechend ist ein Teil des wissenschaftlichen Personals eher in der Gesundheitserziehung und im Gesundheitsschutz erfahren und weniger durch wissenschaftliche Arbeiten ausgewiesen. Gerade in der (Sozial-) Hygiene wurde eine ganze Reihe von Positionen unter Gesichtspunkten der Verbundenheit mit dem Partei- und Staatsapparat der DDR und weniger nach Kriterien der wissenschaftlichen Qualität besetzt. Die neuen Länder sollten daher im Zusammenwirken mit ihren Universitäten und Medizinischen Fakultäten bzw. Medizinischen Akademien die wissenschaftliche Qualifikation des vorhandenen Personals eingehend prüfen (vgl. Abschnitt V.2.a)). Nach entsprechender Umorientierung der Institute für Sozialhygiene, die jedoch weit über eine Umbenennung hinaus gehen und vielfach mit Neuberufungen verbunden sein muß, könnte ein leistungsfähiges Forschungspotential in den Gesundheitswissenschaften aufgebaut werden. Universitäts-

fremde Aufgaben, die bisher von diesen Instituten wahrgenommen wurden, sollten in die Gesundheitsämter verlagert werden.

VIII.4. Pathophysiologie und Pathobiochemie

Die medizinischen Ausbildungsstätten in den neuen Ländern verfügen über die in den alten Bundesländern kaum selbständig vertretenen Fächer Pathophysiologie und Pathobiochemie, die in der Regel als eigenständige Institute, gelegentlich aber auch als Abteilungen, z.B. eines Instituts für Physiologie und Pathophysiologie, bestehen. Die Fächer Pathologische Biochemie und Pathologische Physiologie gibt es neben der Biochemie und der Physiologie; sie sind mit eigenen Unterrichtsveranstaltungen in das Medizinstudium (3. Studienjahr) eingebunden. Die Forschungsthematik dieser Institute, wie auch ihr Beitrag zur Krankenversorgung, ist jedoch örtlich sehr verschieden. So hat das Institut für Pathologische Biochemie der Universität Halle Aufgaben, die andernorts die in Halle nicht existierende Klinische (Bio-) Chemie bzw. Laboratoriumsdiagnostik erfüllt. Für einige Jahre, in denen das klinische Studium noch nach der alten Studienordnung ausgerichtet ist, werden die jetzigen Aufgaben in der Lehre erhalten bleiben. Spätestens mit dem Übergang auf die neue Approbationsordnung wird sich die Frage nach der Zukunft dieser Institute jedoch stellen.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt den medizinischen Ausbildungsstätten möglichst bald - insbesondere auch beim Freiwerden von Hochschullehrerstellen - Konzepte über die künftige Entwicklung dieser Fächer zu erarbeiten. So könnten sie etwa in größere Institute für Physiologie und Pathophysiologie integriert werden und durch ihre Nähe zur Klinik zur Stärkung der klinischen Forschung beitragen. An den Medizinischen Akademien, die bisher nur über personell

ungenügend ausgestattete vorklinische Institute verfügen, könnte so außerdem die dort unerläßliche Verstärkung erreicht werden. Entsprechende Gruppen könnten ferner in den oben genannten Verfügungslabors für klinische Forschung als permanente Nutzer einziehen und Koordinations- und Betreuungsaufgaben (auch für gemeinsam zu nutzende Geräte) wahrnehmen.

VIII.5. Klinische Chemie, Röntgendiagnostik, Anästhesiologie und Pathologie

Die Fächer Klinische Chemie, Röntgendiagnostik, Anästhesiologie sowie Pathologie haben neben Aufgaben in Forschung und Lehre umfangreiche Serviceleistungen für die medizinische Versorgung in ihren jeweiligen Klinika zu leisten. Für die beiden erstgenannten Fächer gibt es dabei verschiedene Modelle, die durch einen unterschiedlichen Grad an Zentralisierung der Dienstleistungen gekennzeichnet sind.

Nach Ansicht des Wissenschaftsrates gibt es kein optimales, in allen Klinika in gleicher Weise anwendbares Konzept für die Organisation der Klinischen Chemie, so daß Spielraum für Entscheidungen der einzelnen Fakultäten besteht. Als Richtschnur kann jedoch gelten, daß in der zentralen Laboreinheit - nicht zuletzt aus Kostengründen - jene Untersuchungen durchgeführt werden, die täglich im Rahmen der Basis-Diagnostik in großer Zahl und aus verschiedenen Kliniken anfallen und durch automatisierte Analyse-Systeme bearbeitet werden können. Voraussetzung dafür ist ein zuverlässiger Probentransport, der vorzugsweise durch Rohrpostsysteme oder einen regelmäßigen Abholdienst zu gewährleisten ist; Probentransport durch Pflegepersonal stellt eine fachfremde, patientenferne Tätigkeit dar. Daneben muß aber auch die Möglichkeit bestehen, daß Untersuchungen, die der

fächerspezifischen Diagnostik und insbesondere der Klinischen Forschung dienen, in der Verantwortung der zuständigen Kliniken stehen. Dafür sind in einigen Kliniken - etwa der Inneren Medizin oder der Pädiatrie - Laboratorien notwendig. Darüber hinaus sollte für alle Kliniken und Institute der Zugang zu spezialisierten Analysemethoden möglich sein, sofern diese in der Zuständigkeit der zentralen klinisch-chemischen Laboratorien verfügbar sind. Ähnlich wie bei der Nutzung von Großgeräten sind die Zugriffsmöglichkeiten durch eine Nutzerordnung zu regeln.

Bei der Radiologischen Diagnostik hat sich eine Zentralisierung in der Weise bewährt, daß die in den verschiedenen Kliniken aufgestellten Geräte unter der Verantwortung des Instituts für Röntgendiagnostik stehen, das für den Betrieb der Geräte einschließlich der Qualitätssicherung und der Einhaltung der Strahlenschutzbestimmungen verantwortlich ist. Auf diese Weise kann auch die Beschaffung neuer Geräte koordiniert und unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten optimiert werden. Auch hier sollte der Zugang zu Spezialbereichen (z.B. Endoskopie mit Röntgenunterstützung etc.) bei Bedarf für die jeweiligen Kliniken durch eine Nutzerordnung geregelt werden.

Die klinische Anästhesiologie ist an den meisten Hochschulstandorten in den neuen Ländern räumlich und personell unzureichend ausgestattet. Sie kann daher ihre Aufgaben in Anästhesie und operativer Intensivmedizin vielfach nicht angemessen erfüllen. Das führt dazu, daß Narkosen zum Teil von Ärzten der einzelnen Kliniken ohne die Verantwortung eines Fachanästhesisten ausgeführt werden. Der Wissenschaftsrat hält dies für nicht vertretbar. Er empfiehlt, alle Assistentenstellen zusammenzufassen. Hierfür ist eine personelle Mehrausstattung erforderlich, deren Umfang im

Einzelfall - eventuell durch externe Sachverständige - zu prüfen ist. Das Fach Anästhesiologie ist darüberhinaus angemessen an der operativen Intensivmedizin zu beteiligen. Dazu gehört die Wahrnehmung der "interdisziplinären Intensivmedizin" für Fächer wie Orthopädie, Urologie, HNO-Heilkunde und Frauenheilkunde sowie die Verantwortung für die Langzeitbeatmung bei Patienten der großen operativen Fächer.

Im Bereich der Pathologie sollte die diagnostische Histopathologie durch Institute für Pathologische Anatomie bzw. Pathologie durchgeführt werden. Pathologische Gruppen oder Abteilungen in den Kliniken, z.B. der Chirurgie, sollten dagegen nicht eingerichtet werden. Bei örtlich zergliederten Klinika kann es sich notfalls anbieten, Schnellschnittlabors als Außenstellen der Pathologie in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Operationsräumen einzurichten. Günstiger ist jedoch die direkte Nachbarschaft eines Pathologischen Instituts oder dessen Anbindung etwa durch eine Rohrpostanlage.

B. Zu den einzelnen Medizinischen Fakultäten und Akademien

Im folgenden sind die spezifischen Empfehlungen für die sechs Medizinischen Fakultäten und drei Medizinischen Akademien in den neuen Ländern einzeln dargestellt. Dabei schließen sich an eine kurze historische Einleitung jeweils Abschnitte über Personal, Lehre, Forschung, Krankenversorgung sowie bauliche Struktur und Ausstattung an, denen zusammenfassende Empfehlungen zur künftigen Entwicklung folgen. Diese spezifischen Empfehlungen sind in Ergänzung der vorstehenden allgemeinen Empfehlungen formuliert und somit in unmittelbarer Verknüpfung mit diesen zu sehen.

Die gewählte länderweise Reihenfolge der einzelnen Klinika soll dazu anregen, neben der in der Vergangenheit im Vordergrund stehenden Sichtweise der Klinika im Gesamtzusammenhang der DDR eine länderspezifische Betrachtungsweise zu verstärken. Einige weitreichende Empfehlungen lassen sich nur aus der Gesamtsicht der Hochschulmedizin innerhalb eines Landes ableiten; sie sind in den Abschnitten "Zur Landesperspektive" enthalten. Unabhängig davon ist eine länderweise Betrachtung unerläßlich, da die zahlreichen vorhandenen Defizite aufgrund der insgesamt begrenzten Mittel nicht gleichzeitig behoben werden können, so daß eine fachliche Abstimmung und Schwerpunktbildung innerhalb der jeweiligen Länder geboten ist. So ist es kaum möglich, aufwendige Gebiete, wie etwa die Transplantationsmedizin oder die Positronen-Emissions-Tomographie, gleichzeitig in zwei Hochschulen eines Landes auszubauen.

Bei den jeweilig eintägigen Besuchen konnte die Arbeitsgruppe in der Regel nicht alle Kliniken, Institute und sonstigen Einrichtungen der Medizinischen Fakultäten und Akademien in Augenschein nehmen. Außerdem konnte auch bei den

besuchten Einrichtungen kein lückenloser Überblick über alle Aspekte von Forschung, Lehre, zugehöriger Krankenversorgung, apparativer Ausstattung und baulicher Unterbringung gewonnen werden. So beruhen auch die im einzelnen angegebenen Forschungsschwerpunkte auf den Angaben der Hochschulen; sie wurden nicht im Sinne einer detaillierten Begutachtung geprüft. Dies ist bei der Bewertung der folgenden Einzeldarstellungen zu bedenken. Insbesondere kann aus der Nichterwähnung einer Klinik oder eines Instituts nicht darauf geschlossen werden, daß diese im Hinblick auf besondere Leistungen oder auch besondere Mängel nicht erwähnenswert wäre. Gleichwohl ist die Arbeitsgruppe der Auffassung, auf der Grundlage der umfangreichen schriftlichen Unterlagen sowie der vor Ort geführten Gespräche die für die weitere Entwicklung des jeweiligen Klinikums und der Fakultät bzw. Akademie entscheidenden Gesichtspunkte berücksichtigt und die gravierendsten Defizite - auch in baulicher Hinsicht - benannt zu haben.

B.I. Zur Hochschulmedizin in Berlin und Brandenburg

I.1. Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin - Charité

Die Anfänge des wohl berühmtesten deutschen Universitätsklinikums, der Charité, gehen auf das Jahr 1710 zurück, in dem ein Pesthaus vor dem "Spandowschen Thor" erbaut wurde. 1727 stellte die für die Anstalt zuständige königliche Armendirektion ein Gesuch an Friedrich Wilhelm I., das Haus als Lazarett und Hospital weiterzuführen. Mit Blick auf die caritative Arbeit dieses Hauses vermerkte Friedrich Wilhelm I. auf dem Rand dieses Gesuches "Es soll das Haus die Charité heißen". Damit verlieh er dem ältesten fortbestehenden Krankenhaus Berlins den noch heute gültigen Namen. Die eigentliche Blütezeit der Charité begann 100 Jahre nach

Errichtung des Pesthauses, als im Jahre 1810 die Berliner Universität eröffnet und die Medizinische Fakultät gegründet wurde. In der Folgezeit führten viele berühmte Ärzte und Gelehrte die Charité zu Weltruf, darunter Rudolf Virchow, Robert Koch, Emil von Behring, Albrecht von Graefe und Ferdinand Sauerbruch. Insgesamt begannen acht spätere Nobel-Preisträger ihren Weg an der Charité. Die Zeit des Nationalsozialismus brachte einen Aderlaß, die Charité büßte ihre Weltgeltung ein. Doch schon kurz nach Ende des Zweiten Weltkrieges etablierte sich die Charité schnell zu dem am besten ausgestatteten und leistungsfähigsten Universitätsklinikum in der DDR. Die besondere Förderung der Charité wurde auch äußerlich durch das 1982 fertiggestellte Hochhaus sichtbar, in dem sich u.a. 26 OP-Einheiten sowie 1.150 Betten befinden.

a) Personal

Die Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität verfügt mit 6.134 Planstellen (ohne Medizinische Fachschule mit 128 Stellen) über den mit Abstand größten Personalbestand aller medizinischen Hochschuleinrichtungen in den neuen Ländern (vgl. Abschnitt A.V. mit Übersicht 5). Auch die Zahl der Personalstellen pro Planbett ragt mit 3,1 heraus. 88 Stellen sind für Professoren und 108 für Dozenten vorgesehen. Auch damit übertrifft die Charité alle anderen medizinischen Ausbildungsstätten in den neuen Ländern deutlich. Demgegenüber ist der Anteil der 573 unbefristeten Assistentenstellen für Ärzte von insgesamt 895 Stellen mit 64% am niedrigsten unter allen neuen Ländern, es kommen jedoch 100 unbefristete Assistentenstellen für die Medizinische Fachschule hinzu.

In jedem Fall bedarf es insgesamt bei den wissenschaftlichen Assistenten einer Umschichtung von unbefristeten Planstellen in befristete, zumal daneben 421 Stellen für Natur-

wissenschaftler und Apotheker bestehen, die überwiegend unbefristet sind.

b) Lehre

Die Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität bietet als einzige Ausbildungsstätte in Deutschland neben den Studienfächern Humanmedizin, Zahnmedizin und Medizinpädagogik auch das Studienfach Diplom-Krankenpflege an. In der Medizinpädagogik werden Lehrkräfte für Medizinische Fachschulen ausgebildet; in den vergangenen Jahren belegten im Durchschnitt 30 Studenten im Direktstudium und jeweils etwa 100 im Fernstudium das Fach. Der Studiengang Diplom-Krankenpflege beinhaltet die Ausbildung zur Oberschwester oder Oberin; er wird im Fernstudium von durchschnittlich 30 bis 40 Studenten pro Jahr aufgenommen (vgl. Abschnitt A.V.2.c, S. 50).

Die Gesamtzahl der Studenten für den Studiengang Humanmedizin lag in den vergangenen Jahren bei durchschnittlich 2.400 und ist im Jahre 1990 auf 2.462 (Frauenanteil: 53%[1]) gestiegen. Die Zahl der Absolventen des Studienganges Humanmedizin betrug 1989 271. In der Zahnmedizin lag diese bei 95. Hier waren im Jahre 1990 464 Studenten (Frauenanteil: 49%) eingeschrieben. Die Zahl der Studienanfänger der Humanmedizin lag in den letzten vier Jahren bei durchschnittlich 507. Davon wurden jeweils 110 Zulassungen durch die Medizinische Akademie Dresden erteilt; die Aus-

---

[1]) Zur Angabe des Frauenanteils bei den Studentenzahlen vgl. Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu den Perspektiven der Hochchulen in den 90er Jahren, Köln 1988.

bildung dieser Studenten an der Charité beschränkt sich auf das vorklinische Studium. Für das Studienjahr 1991 sind bereits 500 Vorzulassungen erfolgt. Für den Studiengang Zahnmedizin wurden im Studienjahr 1990 124 Bewerber zugelassen; das bedeutet eine Erhöhung um ca. 20 gegenüber den Vorjahren.

Der Wissenschaftsrat begrüßt nachdrücklich die Absicht der Charité, keine Erweiterung der Zulassungskapazität in der Humanmedizin vorzunehmen. Die Charité bzw. das Land Berlin hat hier von der im Einigungsvertrag eröffneten Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Kapazitätsverordnung nicht unmittelbar, sondern erst nach dem 1. April 1994 anzuwenden. Im Sinne einer Qualitätssicherung sollte nach Ansicht des Wissenschaftsrates das Vorgehen Berlins auch in den anderen neuen Ländern Schule machen. Künftig werden an der Medizinischen Akademie Dresden zugelassene, aber an der Charité das Vorklinikum absolvierende Studenten nicht mehr an der Charité studieren. Nach Fortfall dieser 110 vorklinischen Studenten pro Jahr sollte die Aufnahmekapazität auf unter 400 gesenkt werden, um einer Verschlechterung der Studienbedingungen im klinischen Studienabschnitt zu entgehen. Für die Zahnmedizin sollte geprüft werden, ob die erhöhte Zahl auf Dauer eine qualitätvolle Ausbildung erlaubt.

In die Ausbildung - insbesondere für die fakultative Intensivausbildung ab drittem Studienjahr in Innerer Medizin und Chirurgie - werden auch außeruniversitäre Krankenhäuser einbezogen. Die Charité bietet zudem auch einen "Modellstudiengang forschungsorientierte Ausbildung" für eine kleine Gruppe von maximal 40 fortgeschrittenen und besonders ausgewählten Medizinstudenten pro Jahr an.

Der Wissenschaftsrat sieht in dem Modellstudiengang einen interessanten Ansatz, frühzeitig an die selbständige Bearbeitung von Forschungsthemen heranzuführen.

c) Forschung

In den Jahren von 1986 bis 1989 wurden durchschnittlich jeweils 208 Mediziner promoviert - keine andere medizinische Ausbildungsstätte in den neuen Länder erreichte solche Zahlen. Setzt man diese allerdings in Relation zur Zahl der Absolventen, so entspricht das einer Promotionsquote von 56%, die sogar etwas unterhalb des Durchschnitts der Beitrittsländer (59%) liegt. Die Zahl der B-Promotionen (Habilitationen) lag 1989 bei 20. Innerhalb der neuen Länder stellt dies einen überdurchschnittlich hohen Anteil dar (vgl. Übersicht 2, S. 26). Das Durchschnittsalter der Kandidaten beträgt 43 Jahre und ist damit zu hoch für eine erfolgreiche wissenschaftliche Laufbahn.

An Forschungsschwerpunkten übergreifender Art, die in der Vergangenheit bearbeitet wurden, verweist die Medizinische Fakultät auf folgende Themen:

- Molekulare und zelluläre Biologie und Pathologie,
- Medizinische Biotechnologie,
- Herz-Kreislauferkrankungen,
- Organ- und Gewebetransplantation,
- Künstliche Organe, Organersatz und Biomaterialien,
- Neurowissenschaften.

Als mögliche künftige Schwerpunkte nennt die Charité die folgenden acht, die die Erfahrungen und Ergebnisse der früheren Schwerpunkte aufgreifen:

- Transplantationsmedizin,
- Differenzierte Therapie der Herzinsuffizienz auf der Grundlage der Beziehungen zwischen Gefäßwand- und Herzfunktion,

- Sauerstoffmangelsituation, molekulare Mechanismen, zelluläre Modelle, Organmanifestation, therapeutische Beeinflussung,
- Entwicklungs- und Funktionsstörungen neuronaler Systeme,
- Biomakromolekulare Erkennung,
- Molekularbiologie und Immunologie von Infekten bei Patienten mit insuffizienter Infektabwehr,
- Bioartifizielle Körperersatzteile,
- Pränatale Medizin.

An der Bearbeitung dieser interdisziplinären Forschungsschwerpunkte sind jeweils mehrere Institute und Kliniken beteiligt. Die für die Zukunft vorgesehenen acht Forschungsschwerpunkte knüpfen nach Mitteilung der Charité an international anerkannte Ergebnisse von Projektgruppen der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität an. Sie seien aus 14 Angeboten der Einrichtungen ausgewählt.

In der Charité sind nach eigenen Angaben 35 Wissenschaftler hauptamtlich ohne Anteile in Lehre und Krankenversorgung ausschließlich mit Forschung befaßt. In den meisten Fällen ist der Arbeitsort die Forschungsabteilung der betreffenden Klinik. An der Medizinischen Fakultät existieren zehn Forschungs- bzw. experimentelle Abteilungen in den einzelnen Kliniken und klinischen Instituten; in diesen Abteilungen sind etwa 10% der Forschungskapazität der Charité zusammengefaßt. Der Wissenschaftsrat sieht darin eine günstige Organisationsform, die in mancher Hinsicht den Intentionen der Einrichtung klinischer Forschergruppen entspricht. Neben diesen Abteilungen gibt es eine Vielzahl forschungsorientierter Gruppen an Kliniken, die funktionell den Forschungs- bzw. experimentellen Abteilungen gleichzusetzen

sind. Insgesamt arbeiten an der Charité anteilig ca. 2.000 Personen in wissenschaftlichen Projekten.

Hinsichtlich der finanziellen Ausstattung im Forschungsbereich ist hervorzuheben, daß nach Angaben der Charité sich die Forschungsmittel des Staates für medizinische Themen fast ausschließlich auf diese Medizinische Fakultät konzentrierten, um dort Spitzenleistungen zu erreichen. Entsprechend fielen die finanziellen Zuwendungen aus, die im Vergleich mit den übrigen medizinischen Hochschuleinrichtungen der DDR als vom Umfang her singulär bezeichnet werden müssen. Zwischenzeitlich hat man Forschungsprojekte bei DFG, BMFT sowie Volkswagen-Stiftung beantragt; eine nennenswerte Zahl wurde bereits bewilligt.

Als außeruniversitäre Partner in der Forschung nennt die Charité verschiedene Gruppen des Biomedizinischen Forschungszentrums in Berlin-Buch, das Institut für Wirkstoff-Forschung wie auch das Krankenhaus Friedrichshain. Darüber hinaus ist die Charité in sehr umfangreichem Maße in die internationale Forschungszusammenarbeit eingebunden. Dies gilt für Länder Osteuropas und Kuba ebenso wie für viele westliche Länder.

Die Forschungsaktivitäten sind nach Ansicht des Wissenschaftsrates bereits bei quantitativer Betrachtung beeindruckend. Der Wissenschaftsrat ist zuversichtlich, daß die Charité vergleichsweise rasch eine Drittmitteleinwerbung erreichen wird, die einen Vergleich mit leistungsfähigen westlichen Einrichtungen nicht zu scheuen braucht. Die Fakultät sollte auch ihre bisher gepflegten Kontakte in den osteuropäischen Ländern nutzen und intensivieren. Vermehrte Anstrengungen sollten auch im Bereich der Grundlagenforschung erfolgen. Dazu kann eine intensivere Zusammenarbeit

mit dem Forschungszentrum für Molekulare Medizin in Berlin-Buch von Nutzen sein, worauf der Wissenschaftsrat in seiner Stellungnahme zu den vormaligen Zentralinstituten verwiesen hat.[1] Der Wissenschaftsrat appelliert an beide Einrichtungen, die bisher auf dem Gebiet der Molekularbiologie bestehenden Kooperationen zu vertiefen und auf die Herz-Kreislauf-Forschung wie auf die Krebsforschung auszudehnen. Des weiteren regt der Wissenschaftsrat eine Beteiligung der Charité an in Berlin bereits laufenden Verbundprojekten und Sonderforschungsbereichen an. Selbstverständlich sollte das Forschungspotential der Charité auch genutzt werden, um größere drittmittelgeförderte Schwerpunkte federführend aufzubauen.

d) Krankenversorgung

Im Jahre 1989 verfügte die Charité über 1.992 Planbetten. Sie liegt damit etwa im Durchschnitt der Planbettenzahlen der neun Hochschulklinika in den Beitrittsländern. Mit 81% ist die Auslastung - bezogen auf die neun Hochschulklinika - überdurchschnittlich hoch, die Verweildauer mit 14,2 Tagen dagegen durchschnittlich. Knapp 55% der stationär behandelten Patienten stammen aus Berlin, gut 28% aus Brandenburg. Aufgrund des nicht unerheblichen Anteils an medizinischer Normalversorgung strebt das Klinikum eine Reduzierung der Normalversorgung auf das für Lehre und Forschung erforderliche Maß an.

Der Wissenschaftsrat ist der Auffassung, daß mittelfristig eine Zahl von maximal 1.600 Betten erreicht werden muß. Für diese vergleichsweise hohe Bettenzahl sprechen die Lei-

---

[1] Stellungnahme zu den Zentralinstituten für Molekularbiologie, Krebsforschung und Herz-Kreislaufforschung in Berlin-Buch vom 25.1.1991, Drs. 25/91, S. 24.

stungen in Forschung und Lehre, aber auch gewachsene Bindungen in Ausbildung und Versorgung zum Land Brandenburg. Ob eine weitere Reduzierung notwendig ist, ist vor dem Hintergrund der vorhandenen Bausubstanz (insbesondere des Bettenturms), der Forschungsschwerpunkte und der Ausbildungsleistungen sowie des Einzugsgebietes, das weit nach Brandenburg hineinreicht, zu prüfen. Die Bettenzahlen der Charité und der anderen Berliner Universitätsklinika sind in den Krankenhausbedarfsplan des Landes einzubeziehen, der mit dem des Landes Brandenburg abgestimmt werden sollte.

Ein ähnliches Bild vergleichsweise hoher Einbindung in die medizinische Normalversorgung zeigt auch der ambulante Bereich. Die ambulante Krankenversorgung erfolgt in poliklinischen Einrichtungen, die überwiegend als eigene Abteilungen jeweiliger Kliniken geführt werden. 257.673 Erstkonsultationen im Jahre 1989 zeugen von der Überbeanspruchung im Bereich der medizinischen Grundbetreuung. Auch hier sollte die Anzahl der Konsultationen auf das für Forschung und Lehre notwendige Maß umgehend reduziert werden.

e) Bauliche Struktur und Ausstattung

Die Charité verfügt über drei Standorte: den Hauptstandort Schumannstraße, der als historischer Standort von dem unter Denkmalschutz stehenden Gebäudeensemble im Pavillonstil ebenso geprägt wird wie durch das mittlerweile zum Wahrzeichen gewordene Hochhaus und beinahe sämtliche Kliniken und Institute aufnimmt, den Standort Tucholskystraße, der das im Bau befindliche Zentrum für Experimentelle Medizin sowie den Lehr- und Forschungsbereich (Vorklinik) umfaßt, und den

Standort Clara-Zetkin-Straße, an dem sich einzelne Institute befinden.

Die Bausubstanz des Hauptstandortes entstand in den Jahren 1897 bis 1916. Die erheblichen Schäden durch den Zweiten Weltkrieg (ca. 70% der Gebäude waren nicht mehr nutzbar) wurden in den 50er Jahren weitgehend durch Wiedererrichtung im traditionellen Stil beseitigt. Neubauten entstanden 1956 für die Hautklinik, 1958 für Teile der Geschwulstklinik sowie für die Chirurgische Klinik und die Zahnklinik. 1976 wurde eine umfangreiche Generalplanung "Neubau und Rekonstruktion der Charité" abgeschlossen und mit ihrer Realisierung begonnen. Sie sah drei Baustufen vor, die im Jahre 1995 zum Abschluß gebracht werden sollten.

Der Wissenschaftsrat hat bereits empfohlen, das Gesamtvorhaben in abgegrenzte Einzelvorhaben aufzuteilen und bei der weiteren Baudurchführung die veränderten Anforderungen an technische und hygienische Vorschriften und Normen zu überprüfen.[1] Des weiteren sollte für die gesamte technische Infrastruktur eine sorgfältige Analyse erfolgen mit entsprechenden Plänen für ihre Verbesserung. Hierzu zählt auch die Optimierung des Tunnelsystems, das für die Patientenbewegungen nicht breit genug dimensioniert ist und nur vereinzelten Kliniken Anschluß bietet.

Zusätzlich zu den im Gesamtvorhaben festgehaltenen Maßnahmen hält der Wissenschaftsrat eine bauliche Sanierung der Klinik für Psychiatrie wie des Instituts für Anatomie für dringlich. Als nicht günstig ist die räumliche Entfernung der Inneren Medizin von der operativen Medizin zu beurteilen. Im Zuge einer standortbezogenen Studie könnte die

---

[1] Empfehlungen zum 20. Rahmenplan, Bd. 5, S. 230.

Gesamtplanung auch mögliche Alternativen einer veränderten Unterbringung mitbeinhalten.

Für nachteilig hält der Wissenschaftsrat auch den aus vier Einzelgebäuden bestehenden Komplex der Kinderklinik, insbesondere, da die Gebäude keine Verbindungen untereinander besitzen. Hier wäre zu klären, ob die gesamte Kinderklinik möglicherweise in einem Hause untergebracht werden kann; zumindest sollten Verbindungsgänge geschaffen werden.

Der Gebäudekomplex in der Tucholskystraße ist vom Hauptstandort der Charité etwa 1,5 km entfernt. Er wird seit Jahren teilweise als "Verfügungsgebäude" für zeitweilig zu verlagernde ambulante oder klinische Einrichtungen genutzt. Der Gebäudekomplex - er umfaßt die ehemalige Frauenklinik und Augenklinik - soll das Zentrum für Experimentelle Medizin aufnehmen sowie Räumlichkeiten für einen gesonderten Lehr- und Forschungsbereich bieten. Zwischenzeitlich ist bereits für das Zentrum ein Bauabschnitt ausgeführt; im Rahmen eines zweiten und dritten Bauabschnitts (vorgesehener Baubeginn 1992) soll die gegenwärtige Gesamtkonzeption des Zentrums zum Abschluß gebracht werden. Derzeit bietet sich ein sehr heterogenes Bild: So verfügt beispielsweise die Biochemie in der Tucholsky-Straße über eine moderne Ausstattung. Hingegen müssen Mikrobiologie und Bakteriologie in der Clara-Zetkin-Straße mit einem etwa 100jährigen Gebäude vorlieb nehmen, dessen Bauzustand kaum mehr annehmbar erscheint.

Der Wissenschaftsrat gibt im Lichte einer Verbesserung der Forschungsbedingungen zu bedenken, ob nicht Mikrobiologie und Bakteriologie klinikumsnäher zu positionieren sind. Dazu wäre es zu begrüßen, wenn Flächen der in unmittelbarer Nachbarschaft des Hauptstandortes gelegenen Veterinärmedi-

zin genutzt werden könnten, die sich im übrigen auch zur Aufnahme weiterer außerhalb gelegener Institute anbieten.[1] Für die Bakteriologie wäre sowohl wegen ihrer Serviceaufgaben als auch im Hinblick auf den schlechten baulichen Zustand an einen Neubau zu denken. Weitere räumliche Kapazitäten könnten durch Abbau der ambulanten Versorgung in der Poliklinik gewonnen werden.

I.2. Zusammenfassende Empfehlungen zur Charité

Der Wissenschaftsrat sieht in der Charité eine wertvolle Bereicherung der Berliner Hochschullandschaft und empfiehlt nachdrücklich die Fortführung der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität. Die neue hochschulmedizinische Topographie nötigt allerdings zu einer neuen Gesamtplanung für die Charité, die auf einen Ausbau zu einem Klinikum abzuzielen hat, das den Ansprüchen an eine universitäre Lehr- und Forschungsstätte hohen Standards in allen Bereichen genügt. Grundlage für die weitere Planung sollte eine Zahl von maximal 1.600 Planbetten (vgl. Abschnitt d)) und eine jährliche Aufnahmekapazität für Studenten der Humanmedizin von unter 400 sein (vgl. Abschnitt b). Daneben sollen auch weiterhin die Studiengänge Zahnmedizin sowie Diplom-Krankenpflege und Medizinpädagogik angeboten werden. Die im vorstehenden Abschnitt e) zur baulichen Struktur gegebenen Empfehlungen sollen bei der Gesamtplanung berücksichtigt werden.

Die Charité trägt schwer am politischen Erbe der Vergangenheit. Ihre bevorzugte Förderung war mit einer engen Bindung

---

[1] Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu den Agrar-, Gartenbau-, Forst-, Haushalts- und Ernährungswissenschaften sowie zur Lebensmitteltechnologie und Veterinärmedizin an den Hochschulen der neuen Länder und in Berlin, S. 135.

an den Partei- und Staatsapparat der DDR verbunden. Daher ist eine personelle Erneuerung in weiten Bereichen unerläßlich, so daß Leitungsfunktionen in Wissenschaft und Verwaltung in nicht unerheblichem Umfang neu zu besetzen sind. Voraussetzung dafür, hochqualifizierte Fachleute zu finden, sind eine Besoldung und Ausstattung, die mit denen der anderen Berliner Universitäten konkurrieren können. Die dafür notwendigen besoldungsrechtlichen Vorkehrungen sollten rasch getroffen werden.

Für eine erfolgverheißende Entwicklung wird es auch notwendig sein, vorhandene strukturelle Defizite abzustellen. So sollte der Bettenbereich der Klinik für Onkologie in die Innere Medizin integriert werden. Die übrigen Einrichtungen sollten dem neu zu berufenden Lehrstuhlinhaber der Strahlentherapie übertragen werden. In Bezug auf die beabsichtigte Neugliederung der Inneren Medizin empfiehlt der Wissenschaftsrat eine Gliederung in drei bettenführende Abteilungen. Beispielsweise wäre zu prüfen, ob die in der Klinik für Innere Medizin angesiedelte Abteilung Endokrinologie zu einer selbständigen nichtbettenführenden Abteilung[1] umgewandelt werden kann. Auch für andere Abteilungen wäre zu prüfen, inwiefern diese als selbständige nichtbettenführende Abteilungen eingerichtet werden könnten. Die spezielle kardiologische Diagnostik und Therapie für Innere Medizin und Pädiatrie übernimmt derzeit das Institut für Kardiovaskuläre Diagnostik. Nach Ansicht des Wissenschaftsrates bedarf eine moderne Kardiologie der Einbindung in die entsprechende bettenführende Klinik und des unmittelbaren Zugangs zu Intensivstationen. Einrichtungen zur invasiven Diagnostik können ggf. gemeinsam genutzt werden. Die Psy-

---

[1] Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Köln 1986, S. 53-62, bes. 59-61.

chosomatik bedarf einer Angliederung an Bettenbereiche der Inneren Medizin und Psychiatrie; eine Zuordnung zur Physiotherapie hält der Wissenschaftsrat hingegen für weniger sinnvoll.

Die zentrale Labordiagnostik für alle Routineaufgaben sollte im Institut für Pathobiochemie zusammengefaßt werden. Hingegen sollte die dezentral betriebene Wissenschaftliche Labordiagnostik bei den jeweiligen Kliniken verbleiben.

Als nicht vorteilhaft, da u.a. personalintensiv, sieht der Wissenschaftsrat das innerhalb der Chirurgie bestehende Schnellschnittlabor an. Am jetzigen Standort ist eine unverzügliche Beratung durch erfahrene Mitarbeiter erschwert. Stattdessen sollte zur Pathologie eine Rohrpostanlage eingerichtet werden.

Unzureichend untergebracht ist derzeit die berühmte und traditionsreiche pathologisch-anatomische Sammlung Rudolf Virchows. Sie lagert teilweise in dem immer noch als Ruine stehenden Gebäude des ehemaligen Museums. Der Wissenschaftsrat unterstützt die Bemühungen der Charité, diese als einmalig anzusehende Sammlung in angemessener Weise konservieren und präsentieren zu wollen. Insbesondere begrüßt er Idee, das Pathologische Museum zu einem "Medizinhistorischen Museum", das es in Berlin bisher nicht gibt, zu erweitern.

I.3. Zur Landesperspektive Berlin/Brandenburg

Das Land Brandenburg (2,6 Millionen Einwohner) verfügt wie das Land Bremen über kein eigenes Universitätsklinikum. Diesbezügliche Aufgaben nahm bisher vorwiegend die Charité wahr, die gut ein Drittel ihrer Patienten aus Brandenburg

bezog. Auch in Zukunft wird sich aufgrund der zentralen Lage von Berlin im Land Brandenburg an der hochschulmedizinischen Bedeutung Berlins für Brandenburg kaum etwas ändern. Im Hinblick auf die zusätzliche Nähe der Universitätsklinika in den benachbarten Ländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Sachsen, die insgesamt ausreichende Zahl von Studienplätzen der Medizin in Deutschland, die vergleichsweise hohe Zahl der Universitätsklinika im östlichen Teil Deutschlands sowie die erheblichen Kosten für Investitionen und den laufenden Zuschußbedarf von Universitätsklinika empfiehlt der Wissenschaftsrat dem Land Brandenburg, keine eigene Ausbildungsstätte der Medizin einzurichten. Die Krankenhausbedarfsplanung sollte mit der des Landes Berlin abgestimmt werden.

Seit der deutschen Einigung verfügt das Land Berlin (3,4 Millionen Einwohner) über drei Universitätsklinika: die Klinika Rudolf Virchow und Steglitz der Freien Universität sowie die Charité der Humboldt-Universität. In seinen Empfehlungen zum Universitätsklinikum Rudolf Virchow der Freien Universität Berlin hat der Wissenschaftsrat im Jahr 1987 die Frage geprüft, ob die Freie Universität über zwei Hochschulklinika verfügen muß. Er hat dies seinerzeit allein für den Westteil der Stadt (2,1 Millionen Einwohner) unter Gesichtspunkten von Lehre, Forschung und zugehöriger Krankenversorgung als begründet angesehen.[1] Im November 1990 hat der Wissenschaftsrat - seinerzeit noch ohne genauere Kenntnis der Charité - die Ansicht vertreten, daß im

---

[1] Empfehlungen zur Verlagerung des Universitätsklinikums Charlottenburg in das Universitätsklinikum Rudolf Virchow der Freien Universität Berlin, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1987, Köln 1988, S. 178f.

Land Berlin auch mittel- und langfristig drei Universitätsklinika Bestand haben werden.[1]

Nach der zwischenzeitlich erfolgten eingehenden Befassung mit der Charité als drittem Berliner Universitätsklinikum empfiehlt der Wissenschaftsrat die Fortführung aller drei Klinika. Dafür sprechen vorrangig die notwendigen Kapazitäten für eine qualitätvolle ärztliche Ausbildung und für Förderungsmöglichkeiten zur Heranbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie der Bedarf an medizinischen Forschungseinrichtungen, aber auch Gesichtspunkte der Krankenversorgung für Berlin und Brandenburg. Berlin weist eine Zahl von 17 Betten in Universitätsklinika pro 10.000 Einwohner auf. Diese hohe Zahl reduziert sich jedoch auf 11, legt man die oben empfohlene Bettenzahl von 1.600 für die Charité und die bereits festgesetzte Bettenzahl von 2.700 für die Freie Universität (Universitätsklinika Steglitz und Rudolf Virchow) zugrunde; die Bettenzahl pro Einwohner in Berlin entspricht damit etwa der in Hamburg oder Schleswig-Holstein. Falls man sie auf die Einwohner von Berlin und Brandenburg bezieht, liegt sie dagegen nahe beim Durchschnittswert der alten Länder (6,8) (vgl. Übersicht 1, S. 8).

Es kommt hinzu, daß mit Blick auf weitere biomedizinische Einrichtungen wie das Forschungszentrum für Molekulare Medizin in Berlin-Buch, das Institut für Wirkstofforschung und das Bundesgesundheitsamt ein ungewöhnliches Potential für eine vielgestaltige und leistungsfähige medizinische Forschung und zugehörige Krankenversorgung in Berlin entstehen wird, wie es sonst in Deutschland wohl nur in Heidelberg und München zu finden ist. Um diese besondere Chan-

---

[1] Stellungnahme zum Ausbau des Universitätsklinikums Steglitz der Freien Universität Berlin, Drs. 9977/90 vom 16.11.1990.

ce zu nutzen, bedarf es eines gut abgestimmten Zusammenwirkens aller biomedizinischen Einrichtungen und speziell der Hochschulklinika. Der Wissenschaftsrat erwartet daher, daß ein Gesamtkonzept für Struktur und Arbeitsteilung für die verschiedenen Bereiche der Hochschulmedizin unter Einbeziehung der außeruniversitären Forschung in Berlin entwickelt wird, das die Grundlage für die jeweiligen Einzelplanungen darstellen sollte. Nicht zuletzt aus finanziellen Gründen ist dabei eine möglichst ausgeprägte Schwerpunktbildung und Abgrenzung insbesondere zwischen den drei Universitätsklinika unerläßlich. Der Wissenschaftsrat wird entsprechende Konzepte als Teil des Berliner Berichts zu den Anmeldungen zum Rahmenplan für den Hochschulbau prüfen. In Analogie zum Doppelklinikum in München sollten Schwerpunktbildung einerseits und vollständiger Ausbau aller klinischen Disziplinen andererseits sorgfältig geprüft werden.

Der mit der Charité gegebene Zuwachs fällt in eine Zeit, in der das Land mit dem Neubau des Klinikums Rudolf Virchow außergewöhnliche Investitionen für die Hochschulmedizin leistet. Dennoch wird es für das Land Berlin entscheidend darauf ankommen, über den Neubau des Klinikums Rudolf Virchow seine beiden anderen Hochschulklinika nicht zu vernachlässigen, um über ein ausgeglichenes Leistungspotential im hochschulmedizinischen Bereich verfügen zu können.

In seiner Stellungnahme zum Ausbau des Universitätsklinikums Steglitz vom November 1990 hob der Wissenschaftsrat hervor, daß dieses Klinikum - das gegenwärtig als einziges Berliner Klinikum voll funktionsfähig ist - eine positive Entwicklung insbesondere in der Forschung eingeleitet hat. Er hielt es daher für unerläßlich, die bauliche Situation des Klinikums[1] nachhaltig zu verbessern. Auch aus heuti-

---

[1] A.a.O., S. 48.

ger Sicht hält der Wissenschaftsrat dies für notwendig. Das Land teilte zwischenzeitlich mit, daß aufgrund der neuen Entwicklungen noch keine weiterreichenden Festlegungen für den Ausbau des Klinikums Steglitz in der Investitionsplanung vorgenommen worden sind. Der Wissenschaftsrat weist jedoch darauf hin, daß der fortzusetzende Neubau des Rudolf Virchow-Klinikums und die notwendigen Sanierungs- und Neubauvorhaben für die Charité nicht einseitig auf Kosten des Klinikums Steglitz erfolgen dürfen. So würde beispielsweise die erfreuliche Verstärkung der Forschungsaktivitäten des Steglitzer Klinikums ohne die dringend notwendigen Forschungsflächen, für deren Schaffung ein vom Wissenschaftsrat unterstütztes mehrstufiges Konzept vorliegt, nicht nur behindert, sondern rückgängig gemacht. Der Wissenschaftsrat geht davon aus, daß das Land bei seinen Anmeldungen zum 22. Rahmenplan über seine Pläne für alle drei Klinika berichtet sowie ein Gesamtkonzept vorlegt, das eine Finanzplanung für die nächsten Jahre enthält, die erkennen läßt, wie der Ausbau von drei Klinika finanziert werden soll.

B.II. Zur Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern

II.1. Medizinische Fakultät der Universität Greifswald

Die Medizinische Fakultät der Universität Greifswald kann auf eine über 500jährige Tradition zurückblicken. Sie gehörte mit zu den Gründungsfakultäten der 1456 errichteten "Alma mater Gryphiswaldensis", die erst in unserem Jahrhundert den Namen Ernst-Moritz-Arndt erhielt, der hier studierte und von 1800 bis 1810 als Historiker lehrte. In den Annalen finden sich nicht nur so berühmte Studenten wie Ulrich von Hutten oder Johannes Bugenhagen, sondern auch namhafte Wissenschaftler, wie etwa im medizinischen Bereich der Physiologe und Chemiker Felix Hoppe-Seyler, der Nobelpreisträger Gerhard Domagk oder der Diabetologe Gerhardt

Katsch. Im ersten Jahrhundert ihres Bestehens noch zahlenmäßig klein und weniger bedeutend, hat sich die Medizin zu einem wichtigen Faktor an der Universität etabliert. Ihre heutige Bedeutung für die gesamte Universität spiegelt bereits die Tatsache wider, daß rund ein Drittel aller 250 Professoren und Dozenten der Universität Greifswald der Medizinischen Fakultät angehören.

a) Personal

Die Medizinische Fakultät besitzt einschließlich des Klinikums 3.170 Planstellen, von denen am 1.10.1990 3.087 besetzt waren. Dies entspricht 2,6 Planstellen pro Planbett (vgl. Abschnitt A.V. mit Übersicht 5). Die Medizinische Fachschule hat weitere 93 Stellen. Die Gruppe der Professoren verfügt über 45, die der Dozenten über 41 Planstellen. Die Zahl der unbefristet angestellten Assistenten wird mit 372, die der befristet angestellten mit 155 angegeben. 71% der Assistentenstellen sind mithin unbefristet (Institute: 85%), ein auf die alten Bundesländer bezogen hoher Anteil, der im Vergleich mit den neuen Ländern als durchschnittlich zu charakterisieren ist.

Entsprechend der Empfehlung im Abschnitt A.V., hält der Wissenschaftsrat vermehrte Anstrengungen vonnöten, die Zahl der unbefristeten Stellen abzubauen und in befristete umzuwandeln.

b) Lehre

Im Studienjahr 1990 wurden an der Universität Greifswald bei einer Gesamtzahl von 932 Medizinstudenten (Frauenanteil: 29%) und 129 Zahnmedizinstudenten (Frauenanteil: 40%) 273 Studienanfänger in der Humanmedizin, darunter ca. 30 aus Westdeutschland, sowie 27 in der Zahnmedizin immatriku-

liert. 117 Studenten der Humanmedizin und 31 der Zahnmedizin schlossen 1990 ihr Studium ab, was jeweils unter den Durchschnittsabsolventenzahlen der Vorjahre lag. In den Jahren 1986 bis 1989 lag die Zahl der Studienanfänger im Bereich Humanmedizin im Mittel noch bei 173, von denen jeweils etwa 95 in der Militärmedizinischen Sektion (vgl. f)) aufgenommen wurden. Damit wurde die Zulassungszahl im Jahr 1990 um knapp 60% heraufgesetzt; im Bereich der Zahnmedizin blieb sie dagegen in etwa konstant. Auf Zukunft hin projektiert die Fakultät eine Aufnahmequote von 240 Studenten der Medizin sowie 60 Studenten der Zahnmedizin.

Angesichts der begrenzten klinischen und vorklinischen Kapazitäten (nicht zuletzt in der Anatomie und Physiologie) sieht der Wissenschaftsrat mit der Ausweitung der Zulassungszahlen erhebliche Probleme auf die Fakultät zukommen, die die Qualität der Ausbildung merklich beeinträchtigen werden. Gegen eine erhöhte Zahl von Neuimmatrikulationen spricht auch das Fehlen geeigneter Hörsäle.

c) Forschung

Die Zahl der Promotionen A, die im Jahre 1989 an der Fakultät verteidigt wurden, belief sich auf 40 für die Humanmedizin und 12 für die Stomatologie und blieb damit über die vergangenen Jahre hin weitgehend konstant. Bezogen auf die Absolventenzahl weist die Medizinische Fakultät Greifswald die geringste Promotionsquote in der Human- und Zahnmedizin auf. Eine der Ursachen ist darin zu sehen, daß die Studenten der Militärmedizinischen Sektion, die etwa die Hälfte aller in Greifswald immatrikulierten Studenten der Humanmedizin ausmachten, nur in Ausnahmefällen promovierten und somit nicht wesentlich zur Forschung beitrugen. Auch die Zahl der B-Promotionen im Jahr 1989 war mit 3 (wie in den beiden vorangehenden Jahren) auffallend niedrig.

Nach Angaben der Medizinischen Fakultät werden folgende übergreifende Forschungsschwerpunkte, an denen mehrere Kliniken oder Institute beteiligt sind, bearbeitet:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hypertonie
- Endokrinologie - speziell auch Diabetologie
- Onkologie (Greifswalder Tumorzentrum)
- Organentnahme und Organtransplantation
- Epileptologie
- medizinische Gnotobiologie
- Virologie
- molekulare Humangenetik
- orofaziale Funktionsanalyse
- Umweltmedizin - Teratologie.

Eine Mitarbeit an Staatsplanthemen erfolgte von seiten der Medizinischen Fakultät auf vier Gebieten: HIV/AIDS, Molekulare Humangenetik/Genomische Diagnostik, Molekulargenetik des Diabetes mellitus, Gelenkknorpelbelastbarkeit.

Es besteht eine jahrzehntelange, lockere Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für Diabetes in Karlsburg, das früher dem Ministerium für Gesundheitswesen der DDR unterstellt war (vgl. II.2.).[1]

d) Krankenversorgung

Mit 1.226 Betten beherbergt Greifswald das mit Abstand kleinste aller neun Hochschulklinika in den Beitrittslän-

---

[1] Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu außeruniversitären Forschungseinrichtungen in der ehemaligen DDR im Bereich "Biowissenschaften und Medizin", S. 73ff.

dern (die durchschnittliche Bettenzahl beträgt annähernd 2.000). Mit einer Bettenauslastung von knapp 75% liegt das Klinikum 10% unter dem Durchschnitt der alten Bundesländer; im Vergleich mit den neuen Bundesländern nimmt es einen durchschnittlichen Platz ein. Hingegen erreicht Greifswald mit einer Verweildauer von 12,4 Tagen den niedrigsten Wert im Vergleich der Beitrittsländer und kommt hier den Werten in den alten Bundesländern nahe (Durchschnitt altes Bundesgebiet: 11,6 Tage). Die Aufteilung der Betten auf die einzelnen Kliniken zeigt unter dem Aspekt der für Forschung und Lehre, aber auch Krankenversorgung notwendigen Zuordnung ein unausgewogenes Bild. So erscheinen etwa die Anzahl von 6 Betten in der Klinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie wie auch die Zahl der Intensivbetten insgesamt (35 plus 44 Wachbetten) unter Versorgungsaspekten deutlich zu niedrig. Ebenso ist die Bettenzahl in der Inneren Medizin (138), der Chirurgie (157, incl. Neuro- und Kinderchirurgie) und der Urologie (41) zu gering, die der Pädiatrie (182) und HNO-Heilkunde (112) dagegen zu hoch.

Das Haupteinzugsgebiet für die stationär zu behandelnden Patienten ist neben Greifswald (ca. 100.000 Einwohner in Stadt und Landkreis) der vergleichsweise dünn besiedelte Nordosten des Landes Mecklenburg-Vorpommern. In diesem Territorium liegen die Bezirkskrankenhäuser Stralsund (25 km) und Neubrandenburg (60 km) mit jeweils etwa 1.500 Betten. Angesichts dieser Gegebenheiten besteht für das Universitätsklinikum Greifswald die Schwierigkeit, Patienten in ausreichender Zahl zu bekommen, um auch nur die vorhandenen Betten so auslasten zu können, wie es nicht nur für Forschung und Lehre, sondern auch für einen wirtschaftlichen Betrieb erforderlich wäre. Eine zur Zeit schwer abschätzbare Erweiterung des Einzugsgebietes über die polnische Grenze hinaus könnte allerdings zu einer Verbesserung

der Situation beitragen. Erschwerend könnten sich dagegen Pläne der Medigreif GmbH auswirken, ein Akutkrankenhaus mit ca. 200 Betten einzurichten (siehe unter f)).

Im Jahre 1989 wurden 413.247 ambulante Konsultationen durchgeführt, davon 118.250 Erstkonsultationen. Nach Schätzung der Fakultät sind davon etwa zwei Drittel der Grundbetreuung zuzurechnen. Wenngleich in Greifswald in den Fachdisziplinen Chirurgie (incl. Neurochirurgie und Kinderchirurgie), Orthopädie und Urologie die ambulante Patientenbetreuung zur Zeit ausschließlich durch die Medizinische Fakultät erfolgt, wird das Klinikum den Umfang der ambulanten Krankenversorgung wesentlich reduzieren müssen.

e) Bauliche Struktur und Ausstattung

Ganz allgemein zeigt sich die Bausubstanz der meist über 100 Jahre alten Gebäude in einem desolaten Zustand. Das gilt insbesondere für die Dach- sowie für die aus Holz gebauten Fußboden- bzw. Deckenkonstruktionen. Seit dem Zweiten Weltkrieg wurden keine größeren Bauerhaltungsmaßnahmen durchgeführt. Zu geringe Decken- bzw. Fußbodenbelastbarkeit für moderne Medizintechnik, große Patientenzimmer (zum Teil 8 - 10 Betten), das Fehlen von Aufzügen sowie eine unzureichende Medienversorgung sind die damit einhergehenden Folgen. Das Universitätsklinikum kennzeichnen eine häufig schlechte Unterbringung sowie eine starke Standortzersplitterung innerhalb Greifswalds. Die einzelnen Kliniken und Institute sind auf insgesamt sieben Standorte verteilt. Durch die im Stadtgebiet unzulängliche verkehrstechnische Infrastruktur wird diese Situation verschärft. Insbesondere gilt dies für die Transporte von Frühgeborenen und chirurgisch zu versorgenden Kindern, da die Pädiatrie von der Gynäkologie und der Chirurgie durch eine stark befahrene

Bahnlinie getrennt untergebracht ist. Eine Verlagerung der Kinderchirurgie aus der Chirurgie in die Kinderklinik scheint ebenso dringend geboten wie eine benachbarte Ansiedlung von Neonatologie bzw. Gynäkologie und Pädiatrie. Einer besseren Unterbringung aufgrund unzureichender baulicher Verhältnisse bedürfen auch die Orthopädie (kein Aufzug), Rechtsmedizin (Fachwerkhaus), Augenklinik und Mikrobiologie. In einem baulich desolaten Zustand befindet sich auch das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Des weiteren sind Sanierungsmaßnahmen für die Heizungen der Kliniken und Institute im Innenstadtbereich dringend erforderlich.

Die Überlegungen der Universität zielen auf eine Zentralisierung der Kliniken im Bereich der Fleischmannstraße. Hier wurde Ende der siebziger Jahre mit Neubauten für ein Klinikum begonnen, das Diagnostikzentrum ist fertiggestellt. An diesem Standort befinden sich bereits die HNO-Klinik, die Urologie, Dermatologie und Radiologie sowie einige medizinisch-theoretische Institute. Die Neubaukonzeption der Universität schließt mit der Standortzentralisierung das Fachgebiet Psychiatrie aus, das in der Soldtmannstraße verbleiben soll, sowie den Bereich der medizinisch-theoretischen und vorklinischen Einrichtungen, die im Bereich der nachgenutzten und alten Klinikgebäude eine gewisse Zentralisierung im Stadtzentrum besäßen. In der Übergangsphase projektiert die Universität, die Einrichtungen der ehemaligen Militärmedizinischen Sektion (siehe f)) für die Aufgaben des Gesamtklinikums zu nutzen.

Der Wissenschaftsrat hält die Gesamtplanung (Lozierung und Belegung) sowie die derzeitigen Zwischenlösungen, die bereits von der Verlagerung des Klinikums in die Fleischmannstraße ausgehen, für nicht überzeugend. Er sieht angesichts enormer finanzieller Belastungen des Landes kurzfri-

stige Maßnahmen für vordringlich an. So gilt es etwa, die OP-Bereiche der Altkliniken, die aufgrund fehlender Sanitär- und Funktionsflächen in unmittelbarer OP-Nähe als unzureichend bezeichnet werden müssen, rasch einer Verbesserung zuzuführen. Geeignete Abhilfe könnte hier mit OP-Containern geschaffen werden. Die mittel- bis langfristig geplante Standortzentralisierung im Bereich der Fleischmannstraße müßte einer gründlichen Prüfung unterzogen werden. Dabei müßte auch eine ausreichende Zahl von OPs eingeplant werden.

f) Die Militärmedizinische Sektion und "Medigreif GmbH"

Die 1955 eingerichtete Militärmedizinische Sektion (MMS) an der Universität Greifswald bildete eine eigenständige unabhängige Einrichtung, in der Militärärzte ausgebildet wurden. Die Sektion stand in Trägerschaft der Nationalen Volksarmee, wurde 1990 aufgelöst und ging in die Trägerschaft der Bundeswehr über.

Die Medizinische Fakultät der Universität Greifswald mußte die Studenten der MMS ausbilden, die zeitweise fast die Hälfte aller Medizinstudenten ausmachten. Mithin stand ein Großteil der Studenten für die Gewinnung qualifizierten wissenschaftlichen Nachwuchses nicht zur Verfügung. Nicht selten mußten höhere Offiziere der MMS nach Ausscheiden aus ihrem Dienst von der Universität in leitende Positionen übernommen werden. Derzeit sind nach Angaben der Fakultät noch sieben Hochschullehrer, die zeitweilig MMS-Angehörige waren, Mitglieder der Medizinischen Fakultät.

Im Jahre 1990 wurde eine "Medigreif GmbH" gegründet, die die Gebäude und Einrichtungen der ehemaligen MMS mit dem

Ziel erwarb, u.a. ein Akutkrankenhaus mit ca. 200 Betten sowie geriatrische Versorgungseinrichtungen zu errichten.

Der Wissenschaftsrat sieht über das Universitätsklinikum hinaus keinen Bedarf für ein zusätzliches Akutkrankenhaus. Vielmehr gefährdet die Einrichtung eines Akutkrankenhauses die Grundlage der Medizinischen Fakultät in der Weise, daß sie ihren Ausbildungs- und Forschungsaufgaben dann nicht mehr in entsprechendem Maße nachkommen kann, da ihr die dafür notwendigen Patienten entzogen würden. Dagegen könnten geriatrische Einrichtungen grundsätzlich eine sinnvolle Ergänzung sein.

II.2. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald

Konzeptionelle Überlegungen zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultät Greifswald müssen unter der weitergefaßten Perspektive der Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern erfolgen (siehe Abschnitt B.II.5., Zur Landesperspektive). Wesentlich ist die Grundsatzentscheidung, ob die Medizinische Fakultät in Greifswald als solche weitergeführt wird. Um diese Entscheidung zu treffen, ist es notwendig darzustellen, welche Maßnahmen empfohlen werden müßten, um der Medizinischen Fakultät eine angemessene Entwicklungschance zu eröffnen:

Grundlage für die künftige Entwicklung in Greifswald müßte die Erarbeitung eines Struktur- und Bauplans für die Medizinische Fakultät sein, der zugleich die Integration in die Universität zum Ziel hat. Dabei kann es nicht um eine einfache Fortschreibung bestehender Bau- und Entwicklungspläne gehen. Vielmehr wäre eine grundlegende Neuplanung unerläßlich, die sich externen Sachverstands professioneller Planer bedient. Neben Standortoptimierungen müßte dabei eine

ausgewogenere Verteilung der Gesamtbettenzahl auf die einzelnen Kliniken berücksichtigt werden. Vor dem Hintergrund der desolaten Bausubstanz und enormer finanzieller Aufwendungen für die Einrichtung eines konkurrenzfähigen Klinikums sowie im Hinblick auf die Abgleichung aufwendiger Schwerpunkte zwischen beiden Medizinischen Fakultäten des Landes müßte insbesondere geprüft werden, ob der Studiengang "Zahnmedizin" in Greifswald aufgegeben werden muß im Hinblick darauf, daß in Mecklenburg-Vorpommern nur ein Standort für diesen Studiengang wünschenswert ist. Die Terminvorstellungen der Medizinischen Fakultät für die projektierte Neubaukonzeption beurteilt der Wissenschaftsrat skeptisch. Er geht davon aus, daß mindestens für die nächsten zehn Jahre in Teilbereichen mit Übergangslösungen gearbeitet werden müßte.

Der Wissenschaftsrat ist der Auffassung, daß die Nutzung der Gebäude der ehemaligen MMS eine gute Entwicklungschance für die Medizinische Fakultät eröffnen könnte. Auf diese Weise könnte schnelle Abhilfe für diejenigen Medizinischen Einrichtungen geschaffen werden, die derzeit unter kaum noch tragbaren baulichen Gegebenheiten leiden. Eine solche Lösung scheint auch topographisch sinnvoll, da sich die Gebäude der ehemaligen MMS in unmittelbarer Nähe des Diagnostikzentrums in der Fleischmannstraße befinden. Die Fakultät hat bereits Überlegungen zur Nutzung der Gebäude der ehemaligen MMS angestellt. Falls dies aufgrund der Rechtslage nicht möglich sein sollte, sollte das Land im Rahmen seiner Krankenhausbedarfsplanung Vorkehrungen für die Stützung der Medizinischen Fakultät treffen.

Das Klinikum trägt nach eigenen Angaben zu mehr als 98% die stationäre medizinische Betreuung für das Territorium Greifswald (Stadt und Landkreis). Bezogen auf die Gesamtzahl aller im Klinikum stationär behandelten Patienten ent-

fallen 53-55% auf das Territorium Greifswald, das außer dem Universitätsklinikum über keine weiteren nennenswerten Medizinischen Einrichtungen verfügt. Mithin muß das Klinikum in erheblichem Umfang die Funktion eines Kreiskrankenhauses wahrnehmen und zur Grund-, Regel- und Zentralversorgung beitragen. Nach Angaben des Klinikums beträgt der Anteil der Maximalversorgung nur 35-40%, der der Normalversorgung 60-65%. Die darin deutlich werdende gleichzeitige Wahrnehmung der Funktionen eines Universitätsklinikums und eines Kreiskrankenhauses ist als örtliche Besonderheit Greifswalds zu bewerten.

Bei einer Weiterführung hält es der Wissenschaftsrat für notwendig, die sich daraus ergebenden Möglichkeiten zu nutzen und den vergleichsweise hohen Anteil der Normalversorgung gezielt für Lehre und Forschung zu verwenden. Durch enge Kooperation mit Bezirks- und/oder Kreiskrankenhäusern - vornehmlich dem Bezirkskrankenhaus im ca. 25 Kilometer entfernten Stralsund - müßte die Orientierung des Universitätsklinikums auf die Medizin der Regelversorgung (Community Medicine) zusätzlich unterstützt werden. Die Medizin der Regelversorgung, die nicht mit der auf die ambulante Versorgung konzentrierten Allgemeinmedizin identisch ist, befaßt sich mit der Behandlung eines wenig ausgelesenen Patientengutes und unterscheidet sich dadurch von der Hochspezialisierung der meisten Universitätsklinika auf der Stufe der Maximalversorgung. Durch eine solche Ausrichtung könnte ein Modellklinikum entstehen, das zum Beispiel Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, Arthrose und Rheumatische Erkrankungen, Diabetes sowie Fragen der Geriatrie oder des Übergewichts und seiner Folgen in den Mittelpunkt von Lehre und Forschung stellen könnte. Dafür gibt es im Ausland bereits Beispiele, wie etwa Universität Linköping, Schweden, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht/Niederlan-

de, McMaster University, Hamilton/Kanada.[1] Dies könnte dazu beitragen, daß die Medizinische Fakultät ein besonderes Profil gewinnt und zudem der Finanzbedarf eingegrenzt würde; auch bei der Orientierung auf die Regelversorgung ist jedoch eine angemessene Ausstattung erforderlich.

Durch hohe Studentenzahlen und ihre nachteiligen Folgen für die Forschungsressourcen läßt sich eine Profilierung dagegen kaum erreichen. Die Zulassungszahl müßte daher an der früheren Aufnahmequote orientiert werden, was etwa 180 Studienanfängern der Humanmedizin pro Jahr entspricht.

Die Forschung müßte in den meisten Kliniken und Instituten intensiviert werden, wobei eine enge Verflechtung von Klinik und Grundlagenforschung anzustreben ist. Dies ist zum Beispiel im Bereich der Humangenetik durch erfolgreiche Forschungsprojekte schon der Fall. In der Inneren Medizin könnte auf einen Forschungsschwerpunkt Endokrinologie und Stoffwechsel hingearbeitet werden, der später zur Einrichtung einer klinischen Forschergruppe führen könnte.

Des weiteren müßten sich Universität und Medizinische Fakultät um eine Anbindung des Instituts für Diabetes in Karlsburg an die Fakultät bemühen. Dafür böten die Laboreinrichtungen sowie die Abteilung für Versuchstierkunde Ansatzpunkte, von Mitgliedern der Universität genutzt zu werden. Für die Phase eines Umbaus von Bettenstationen der Medizinischen Fakultät könnte das Diabetesinstitut für deren Auslagerung sowie darüber hinaus für internistische

---

[1] Vgl. M.S. Thomas und H.E. Renschler: Bewertung der ärztlichen Ausbildung an der McMaster Universität, Kanada, Klinische Wochenschrift 67, S. 421-430 (1989) und dort angegebene Literatur.

Patienten genutzt werden, für deren Versorgung aufwendigere diagnostische und therapeutische Einrichtungen auch in einer Entfernung von 25 Kilometern ausreichend sind. Die restlichen Betten des Instituts blieben als Betten für Diabetes-Patienten - vorzugsweise in der Trägerschaft der Landesversicherungsanstalt - erhalten. Entsprechend den Empfehlungen des Wissenschaftsrates[1] müßten langfristig alle Betten in Trägerschaft der Landesversicherungsanstalt gestellt werden, wobei gegebenenfalls vertragliche Kooperationen vorzusehen wären.

II.3. Medizinische Fakultät der Universität Rostock

Die Universität Rostock, die älteste Universität Nordeuropas, wurde 1419 von Kirche, Herzog und der Hansestadt Rostock gegründet. Die Universität besaß in den ersten zwei Jahrhunderten ihrer Existenz einen ausgezeichneten Ruf. Hieran war auch die Medizinische Fakultät als eine der Gründungsfakultäten maßgeblich beteiligt. Etwa 10% der immatrikulierten Studenten stammten aus skandinavischen Ländern. Seit dem 18. Jahrhundert verlor die Universität an Bedeutung. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts blieb die Universität vor allem infolge chronischen Geldmangels des Landes eine der kleinsten und unbedeutendsten Hochschulen in Deutschland und konnte ihre mittelalterliche Bedeutung nicht mehr erlangen. Durch den Zweiten Weltkrieg und die Nachkriegszeit erfuhr die Medizinische Fakultät einen großen personellen Verlust, der bis Mitte der 50er Jahre nicht kompensiert werden konnte. In der Zwischenzeit ist es der Fakultät nach eigener Darstellung gelungen, zu einer

---

[1] A.a.O., S. 80.

Reputation in Forschung und Lehre zu gelangen, die weit über die Grenzen der Stadt und auch des Landes hinaus geht.

a) Personal

Die Medizinische Fakultät verfügt über insgesamt 4.246 Planstellen; 4.136 Stellen waren am 15. Oktober 1990 besetzt. Das entspricht 2,0 Planstellen pro Planbett (vgl. Abschnitt A.V. mit Übersicht 5). Die Professoren sind mit 45, die Dozenten mit 52 Planstellen vertreten. Die Gruppe der unbefristet angestellten wissenschaftlichen Assistenten ist mit 568 Planstellen gegenüber der der befristet angestellten wissenschaftlichen Assistenten mit 126 Planstellen stark repräsentiert. Das entspricht einem prozentualen Anteil von 82% aller Assistentenstellen - ein Wert, der nicht nur im Vergleich mit den alten Bundesländern, sondern auch bezogen auf die neuen Länder als übermäßig groß einzustufen ist (Durchschnittswert der neuen Länder: 71%). Es kommt hinzu, daß ein Viertel der unbefristet angestellten Assistenten 50 Jahre oder älter ist. Überdurchschnittlich hoch im Vergleich der Klinika in den neuen Ländern liegt auch die Zahl der sonstigen Mitarbeiter: Mit 3.455 Planstellen machen sie gut 81% aller Planstellen der Fakultät aus.

Vor dem allgemeinen Hintergrund der im Teil A.V. ausgesprochenen Empfehlung hält der Wissenschaftsrat es für dringend geboten, bei den sonstigen Mitarbeitern einen erheblichen Personalabbau vorzunehmen und einen nennenswerten Anteil der unbefristeten in befristete Arbeitsverhältnisse zu überführen. Von den (ordentlichen) Professoren werden in den nächsten fünf Jahren über ein Viertel und in den nächsten zehn Jahren über zwei Drittel altersbedingt ausscheiden, was zu einer Schwerpunktbildung durch gezielte Berufungspolitik genutzt werden sollte.

b) Lehre

An der Medizinischen Fakultät waren im Studienjahr 1990 1.044 Studenten der Medizin (Frauenanteil: 54%) und 227 der Zahnmedizin (Frauenanteil: 51%) eingeschrieben. Die Absolventenzahl lag bei 158 in der Humanmedizin und bei 50 in der Zahnmedizin. Die Zahl der Studienanfänger im Studienjahr 1990 betrug für die Humanmedizin 184 und für die Zahnmedizin 52. In der Medizin lag sie in den vier vorangehenden Jahren bei etwa 180 bis 200. Für das Studienjahr 1991 hat die Universität eine Erhöhung der Immatrikulationen in der Humanmedizin um etwa 20% auf 220 Studienanfänger vorgesehen. Sie sank dagegen in der Zahnmedizin von 75 im Jahr 1986 auf 43 im Jahr 1989; diese Tendenz ist Ergebnis einer planerischen Anordnung des Staates gewesen, deren Zielsetzung sich nicht notwendig an den vorhandenen Aufnahmekapazitäten orientierte. Für das Studienjahr 1991 projektiert die Universität für die Zahnmedizin eine Zulassungszahl von 60 Studienanfängern.

Nach Ansicht des Wissenschaftsrates spiegelt diese Zahl die vorhandenen materiellen wie personellen Möglichkeiten adäquat wider. Die mittelfristig erwogene Erhöhung auf 90 Anfänger wäre dagegen für die Zahnmedizin kaum zu vertreten. Der Wissenschaftsrat empfiehlt außderdem, den für die Humanmedizin geplanten Zuwachs zu überdenken, da er mit Qualitätseinbußen in der Ausbildung verbunden wäre. Die Zahl der Studienanfänger sollte stärker an den bisherigen, langjährig gültigen Zulassungszahlen orientiert werden.

c) Forschung

Die Forschungsaktivitäten an der Medizinischen Fakultät Rostock sind in einigen Bereichen ausgeprägt. Davon zeugt

bereits die vergleichsweise hohe Anzahl der Promotionen A: 145 im Jahre 1989, darunter 34 von Zahnmedizinern. Das bedeutet, daß in Bezug auf die jährliche Absolventenzahl 62% der Ärzte und Zahnärzte ihr Studium mit einer Promotion A beendet haben. Die Anzahl der Promotionsverfahren B ist in den vergangenen fünf Jahren gleich geblieben; von den insgesamt 13 Promotionen B im Jahr 1989 erfolgten 12 in der Humanmedizin, 1 in der Zahnmedizin (vgl. auch Übersicht 2, S. 26).

Die Medizinische Fakultät war Träger von 3 der insgesamt 24 "Hauptforschungsrichtungen" in der vormaligen DDR mit besonderer Verantwortung für die Konzeption und Organisation:

- Künstlicher Organersatz und Biomaterialien
- Gastroenterologie
- Schwangerschaft und frühkindliche Entwicklung.

An übergreifenden Forschungsschwerpunkten, die unter Beteiligung mehrerer Einrichtungen der Fakultät bearbeitet werden, gibt die Medizinische Fakultät an:

- Harnwegsinfektionen und Niereninsuffizienz
- Pathogenese und Therapie gastroenterologischer Erkrankungen
- Transplantationsmedizin, künstlicher Organersatz, Biomaterialien
- Das chronisch kranke Kind
- Ernährungsforschung
- Kreislaufregulation und Herzinsuffizienz
- Osteopathie, Osteoporose
- Entzündliche und tumoröse Erkrankungen des Zentralnervensystems
- Regulationsmechanismen auf molekularer Ebene
- Umweltmedizinische Forschung.

Als Geldgeber für Forschungsprojekte traten vornehmlich das Ministerium für Gesundheitswesen sowie zu kleineren Teilen die Industrie auf. Besonders erfolgreich bei der Mitteleinwerbung zeigte sich dabei die Klinik für Innere Medizin. Dort hat man bereits auch Anschluß an das Forschungsprojekt "Biomaterialien" des BMFT gefunden. Auch die Klinik für Psychiatrie und Neurologie, die Immunologie sowie die Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe und für HNO-Krankheiten verfügten über umfangreiche Fremdmittel. Allerdings ist dieser Indikator nur bedingt vergleichbar mit der Aussagekraft des Indikators Drittmitteleinwerbung in Westdeutschland.

Von besonderem Gewicht aufgrund des Einwerbens von Valuta waren vormals Forschungsverträge mit westlichen Firmen. In den vergangenen Jahren konnte die Fakultät hier durch Auftragsuntersuchungen, Durchführung klinischer Studien und wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Firmen des "nichtsozialistischen Währungsbereichs" erhebliche Mittel einwerben. Zudem unterhielt man eine Vielzahl an Forschungskooperationen mit Ländern des Ostblocks. Schließlich sind Einrichtungen der Medizinischen Fakultät an internationalen Studien und anderen Vorhaben beteiligt.

Der Wissenschaftsrat hält die im Zusammenhang mit den Arbeiten an den Hauptforschungsrichtungen wie an den einzelnen Forschungsprojekten eingeworbenen Forschungsmittel für beachtlich. Er stärkt die Fakultät in ihrem Bemühen, sich an internationalen Forschungsprojekten zu beteiligen. Insbesondere ermutigt er die Fakultät, ihre Kontakte zu den osteuropäischen Ländern aufrechtzuerhalten und auszubauen.

d) Krankenversorgung

Das Klinikum der Universität Rostock verfügte im Jahr 1989 über 2.113 Planbetten, von denen aus vornehmlich bautechnischen Gründen allerdings nur 1.785 Betten tatsächlich belegbar waren. Die Auslastung der 2.113 Betten betrug im Jahr 1989 lediglich 66%, die der belegbaren Betten 78%. Sie liegt damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (alte Länder) von 84,5%. Die Verweildauer betrug 12,8 Tage und stellt damit einen günstigen Wert für die Hochschulklinika in der vormaligen DDR dar. Gleichwohl liegt sie immer noch um einen Tag über dem Schnitt in den alten Ländern.

Der Wissenschaftsrat hält es für notwendig, eine erhebliche Reduzierung der Planbettenzahl vorzunehmen und den übergroßen Versorgungsanteil für die medizinische Betreuung der Stadt und des Bezirks Rostock abzubauen. Der von der Fakultät angestrebte Abbau von 300 Betten ist allenfalls dann effizient, wenn man von der Zahl der tatsächlich belegbaren Betten ausgeht. Allein in den Kliniken für Innere Medizin (402 Planbetten), für Psychiatrie und Neurologie (327 Planbetten) sowie für Kinderheilkunde (325 Planbetten) könnten jeweils dreistellige Bettenzahlen abgebaut werden, so daß eine Zielzahl von 1.350 Betten angestrebt werden sollte. Für Aufgaben der Regelversorgung sollte das Bezirkskrankenhaus Rostock stärker berücksichtigt werden.

Die ambulante Krankenversorgung an der Medizinischen Fakultät Rostock erfolgt in poliklinischen Bereichen, die als Abteilungen der Kliniken geführt werden. Mit 213.672 Erstkonsultationen im Jahr 1989 wird die Überbeanspruchung der Fakultät in der medizinischen Grundbetreuung erneut deutlich. Soll eine Leistungssteigerung im Bereich von Forschung und Lehre statthaben, so ist auch im ambulanten

Bereich eine Entlastung von Versorgungsaufgaben unabdingbar.

e) Bauliche Struktur und Ausstattung

Die Medizinische Fakultät ist über das ganze Stadtgebiet von Rostock verstreut auf einer Fläche mit einem Durchmesser von etwa 10 km an elf verschiedenen Standorten untergebracht. An drei Standorten findet eine gewisse Konzentration statt: Neben dem Hauptstandort Leninallee/Ernst-Heydemann-Straße/Rembrandtstraße/Strempelstraße sind es der Komplex Doberanerstraße sowie der Komplex Gehlsheim. Die Gebäude wurden zum überwiegenden Teil um die Jahrhundertwende errichtet; sie sind nicht selten in sehr schlechtem Zustand und grundlegend sanierungsbedürftig (gelegentlich auch nicht mehr sanierungsfähig). Dies betrifft insbesondere die Gebäude der Institute für Physiologie und Anatomie, die Klinik für Psychiatrie und Neurologie, die Dermatologie und Radiologie sowie die Infektionsstation. Generell sind auch die OP-Säle (Augenklinik, Gynäkologie, HNO-Klinik) baulich dringend zu sanieren.

In der Augen- wie in der HNO-Klinik stellt sich in verstärktem Maße das Entsorgungsproblem durch Kohlenstaub, der in die jeweiligen Operationssäle eindringt. In der Frauen- wie in der HNO-Klinik sind operative Vorbereitung wie Nachsorge nicht in hinreichendem Maße gewährleistet; es fehlen Vorbereitungsräume für die Operationen, in der HNO-Klinik besteht kein Aufwachraum, zudem bereiten auch die hygienischen Verhältnisse Probleme. Mit der Verlagerung der Frauenklinik an den Hauptstandort wäre auch dem Mißstand einer vergleichsweise großen Entfernung von der Kinderklinik abgeholfen. Für die dringend sanierungsbedürftigen OP-Säle wäre als Sofortmaßnahme die Errichtung von Containern notwendig.

Hinsichtlich der technischen Infrastruktur bestehen noch große Unzulänglichkeiten (Einleitung schadstoffhaltiger Abwässer in das Abwassernetz, umweltbelastende, unrentable Heizungen, veraltetes Telefonnetz, unökonomische Lagerwirtschaft). Die Geräteausstattung der einzelnen Kliniken und Institute zeigt ein unterschiedliches Bild. Aufs Ganze betrachtet ist hier in vielen Kliniken eine erhebliche Verbesserung der Grundausstattung notwendig.

Für die fernere Zukunft erwägt die Fakultät auch die Möglichkeit, das Klinikum aus dem Stadtzentrum zu verlagern und im Gelände des ehemaligen Staatssicherheitsobjektes Waldeck einen Neubau zu errichten. Bei diesem Objekt handelt es sich um ein 12 km vom Stadtzentrum entfernt gelegenes, 25 ha großes Gelände, auf dem sich drei massive mehrgeschossige Kasernengebäude, ein Tagungs- und Kinogebäude, eine Turnhalle, eine große Versorgungseinrichtung sowie eine vollständige Infrastruktur (Strom, Wasser) befinden.

Der Wissenschaftsrat hält indes die Perspektive "Neubau im Gelände Waldeck" für nicht überzeugend, da die Aufteilung auf weit auseinanderliegende Standorte voraussichtlich für einen langen Zeitraum bestehen würde. Insbesondere durch die fehlende Verkehrsanbindung an die Innenstadt dürfte hier ein kaum zu bewältigendes Problem für den Zusammenhalt des Klinikums, aber auch für Studenten wie Patienten liegen.

II.4. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

Konzeptionelle Überlegungen zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultät Rostock müssen unter der weiterge-

faßten Perspektive der Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern erfolgen (s. Abschnitt B.II.5., Zur Landesperspektive). Wesentlich ist die Grundsatzentscheidung, ob die Medizinische Fakultät in Rostock als solche weitergeführt wird. Um diese Entscheidung zu treffen, ist es notwendig darzustellen, welche Maßnahmen empfohlen werden müßten, um der Medizinischen Fakultät eine angemessene Entwicklungschance zu eröffnen:

Die übergreifenden Planungen müßten dahin gehen, das stark dislozierte Klinikum auf den Hauptstandort in der Innenstadt zu konzentrieren. Die Grundlage sollte ein auszuarbeitendes Gesamtkonzept bilden, das auf einer Planbettenzahl von 1.350 beruht. Die für eine örtliche Konzentration verfügbaren Flächen jenseits der Rembrandt- und der Ernst-Heydemann-Straße müßten im Entwicklungs- und Bebauungsplan der Stadt Rostock für das Klinikum vorgesehen werden, das andernfalls seiner Entwicklungsmöglichkeiten beraubt würde. Bei der Verlagerung müßten die Augen-, HNO- und Frauenklinik sowie die Dermatologie zeitliche Priorität besitzen; alle vier Kliniken haben an ihren derzeitigen Standorten keine Zukunft.

Dabei müßten unter Berücksichtigung der Überlegungen von Universität und Fakultät diejenigen baulichen Defizite beseitigt und entsprechende funktionale Zusammenhänge berücksichtigt werden, die im Abschnitt e) dargestellt sind. Des weiteren müßte eine standortbezogene Baumassenstudie in Auftrag geben werden, die über die Topographie der jeweiligen Kliniken bzw. Gebäude und deren Entwicklungsmöglichkeiten Aufschluß gibt. Überlegungen, das Objekt Waldeck in das Gesamtkonzept miteinzubinden, wären nach Auffassung des Wissenschaftsrates unrealistisch; es könnte allenfalls als Übergangsunterbringung in Einzelfällen dienen.

Als wesentliche Erschwernis für die primären Aufgaben des Klinikums in Forschung und Lehre ist der übergroße Anteil an Krankenversorgung anzusehen. Da in der vergangenen Zeit die Pflege- und Bettenkapazitäten im kommunalen Gesundheitswesen mit der stetig wachsenden Bevölkerung nicht mitgewachsen sind, kam auf die Fakultät ein überproportionaler Anstieg der Leistungsanforderungen in der medizinischen Grundversorgung zu. Bei der Krankenhausbedarfsplanung müßte diese Entwicklung rückgängig gemacht werden. Eine wesentliche Einschränkung der Grundbetreuungsaufgaben an der Medizinischen Fakultät Rostock wäre unabdingbar. Diese Aufgaben müßten nach Möglichkeit von dem Bezirkskrankenhaus Rostock übernommen werden. Die solchermaßen gewonnenen Ressourcen müßten für Forschung und Lehre genutzt werden. In der Lehre dürfte dies aber nicht eine Ausweitung der Aufnahmekapazität sondern Qualitätsverbesserungen zur Folge haben.

Mit dem gezielten Ausbau einzelner Bereiche der Medizinischen Fakultät Rostock müßte demnach eine deutliche Bettenreduzierung einhergehen. Insbesondere die besonders großen Kliniken für Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde sowie Psychiatrie und Neurologie böten hierfür Ansatzpunkte. Auf diese Weise könnte die Klinik für Innere Medizin auch die Räume in der Stomatologie, die derzeit von ihr genutzt werden, wieder freigeben. Darüber hinaus müßte die Innere Medizin neu strukturiert und in drei Lehrstühle gegliedert werden.

II.5. Zur Landesperspektive

Die Medizinischen Fakultäten Rostock und Greifswald stellen funktionsfähige Lehr- und Forschungsstätten dar und sind geographisch günstig auf Mecklenburg und Vorpommern ver-

teilt. Sie gehören zu den Gründungsfakultäten ihrer Universitäten, die jeweils auf eine über 500jährige Geschichte zurückblicken können, und sind auch heute von großer Bedeutung für beide Universitäten. Die Städte Greifswald und Rostock identifizieren sich nicht nur mit ihren Universitäten, sondern auch mit deren Medizinischen Fakultäten, von denen wichtige Impulse für die jeweilige regionale Entwicklung erwartet werden. Eine Fortführung beider Ausbildungsstätten erscheint unter diesen Gesichtspunkten wünschenswert und wäre aufgrund ihrer Leistungsfähigkeit vertretbar.

Für eine derartige Entscheidung sind jedoch weitere Argumente mit zu bedenken. So ist das strukturschwache Land Mecklenburg-Vorpommern unter denjenigen Ländern, die über zwei Universitätsklinika verfügen (Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie Schleswig-Holstein und Niedersachsen), dasjenige mit der geringsten Einwohnerzahl (2,1 Millionen). Dennoch ist die Zahl der Betten an Hochschulklinika mit ca. 3.300 in Mecklenburg-Vorpommern hoch. Die auf 10.000 Einwohner bezogene Bettenzahl liegt mit 15,7 mehr als doppelt so hoch wie die durchschnittliche Bettenzahl pro 10.000 Einwohner der alten Bundesländer von 6,8. Selbst bei zwei Klinika à 1.350 Planbetten ergäbe sich eine Bettenzahl von knapp 13 pro 10.000 Einwohner. Ein zusätzlicher Bedarf durch benachbarte Bundesländer (z.Zt. wenige Prozent) sowie mittelfristig eventuell durch Patienten aus Polen ist gegenwärtig nicht absehbar. Wenn auch die Weitläufigkeit des Landes, das die geringste Bevölkerungsdichte aufweist, zu berücksichtigen ist, so wäre dennoch die weit überdurchschnittliche Bettenzahl nur bei überregionaler Betrachtung zur rechtfertigen, die auch die über Jahrhunderte gewachsene Struktur mit zwei Universitätsklinika einbeziehen sollte.

Da der vom Land allein zu tragende jährliche Zuschußbedarf eines leistungsfähigen Universitätsklinikums nach den Er-

fahrungen in den westlichen Ländern in der Regel etwa 100 Millionen DM beträgt (vgl. Abschnitt A.I.2.) und in beiden Universitätsklinika jeweils jährliche Investitionen in der Größenordnung von 100 Millionen DM für den Zeitraum des Ausbaus notwendig sind, hat der Wissenschaftsrat größte Bedenken hinsichtlich der Finanzierbarkeit von zwei voll ausgebauten Klinika durch das Land. Selbst eine besondere Konzentration der finanziellen Ressourcen des Landes im Bereich der Hochschulmedizin würde zu Lasten der übrigen Fächer und Hochschulen und ihres Ausbaus gehen, aber dennoch kaum ausreichen, zwei konkurrenzfähige Klinika zu finanzieren.

Vor diesem Hintergrund scheint es sich anzubieten, die Kosten für Investitionen und den laufenden Betrieb dadurch zu senken, daß zwei deutlich kleinere universitäre "Rumpfklinika" mit 800 bis 1.000 Betten gebildet werden. Der Wissenschaftsrat hält dies jedoch für nicht vertretbar. Die Einrichtung von zwei Rumpfklinika hätte entweder zur Folge, daß eine Reihe von Fächern in jedem Klinikum und damit in der Ausbildung fehlen würde. Dem exemplarischen Lernen sind in der Medizin jedoch enge Grenzen gesetzt, da jeder Arzt über Kenntnisse aller Organsysteme verfügen muß, was im übrigen durch die Approbationsordnung für Ärzte detailliert festgelegt ist.

Eine andere Möglichkeit, ein Rumpfklinikum zu realisieren, könnte dadurch erreicht werden, daß zwar jedes in der Approbationsordnung vorgesehene Fach vertreten ist, die entsprechenden Kliniken aber über deutlich geringere Bettenzahlen verfügen. Auch dies hätte gravierende Nachteile, da das Spektrum der Krankheiten für Lehre und Forschung nicht im notwendigen Umfang zur Verfügung stünde. Die an solchen Klinika ausgebildeten Absolventen und Nachwuchswissen-

schaftler hätten geringere Chancen, sich auf dem enger werdenden Arbeitsmarkt zu behaupten. Mit hohem Aufwand könnten so letztlich doch nur zweitklassige Klinika entstehen. Aus diesen Gründen hatte der Wissenschaftsrat die Alternative eines "Rumpfklinikums" bereits im Zusammenhang mit der Verlagerung des Universitätsklinikums Charlottenburg in das Universitätsklinikum Rudolf Virchow der Freien Universität Berlin nach gründlicher Prüfung verworfen.[1] Die im Vergleich mit den innerstädtischen Entfernungen in Berlin relativ große Distanz zwischen Rostock und Greifswald schließt die Realisierung dieser Lösung gänzlich aus.

Eine Aufteilung auf Rostock und Greifswald in der Weise, daß an einem Standort die klinische und am anderen die vorklinische Ausbildung stattfindet, kommt nicht in Betracht. Die künstliche Trennung zwischen beiden Studienabschnitten würde dadurch zementiert und liefe allen Bemühungen für eine integriertes Medizinstudium zuwider.

In dieser schwierigen Situation empfiehlt der Wissenschaftsrat dem Land, folgende Möglichkeit zu prüfen, die es eventuell erlauben könnte, beide Universitätsklinika zu erhalten:

- Der Ausbau des Universitätsklinikums in Rostock wird auf eine Planbettenzahl von 1.350 begrenzt, um ein leistungsfähiges, forschungsorientiertes Klinikum aufbauen zu können. Dabei sollten die im Abschnitt B.II.4. gegebenen Empfehlungen berücksichtigt werden.

---

[1] In: Empfehlungen und Stellungnahmen 1987, Köln 1988, S. 182.

- Für den Ausbau des Universitätsklinikums Greifswald, das eine Zahl von 1.350 Planbetten kaum auslasten und wirtschaftlich betreiben könnte, wird eine Planbettenzahl von 1.050 zugrundegelegt, wobei die geringe Bettenausstattung durch eine enge, vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit einem Bezirkskrankenhaus kompensiert werden muß. Aus der Sicht des Wissenschaftsrates kommt dafür insbesondere das Bezirkskrankenhaus Stralsund in Frage; es bestand jedoch keine Gelegenheit, dessen Eignung vor Ort zu prüfen. Die Zusammenarbeit sollte sich insbesondere auf die großen Fächer Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Pädiatrie erstrecken, von denen die beiden erstgenannten nur über unzureichende Patientenzahlen in Greifswald verfügen. Im Bezirkskrankenhaus wären - mit Orientierung auf die Medizin der Regelversorgung (vgl. S. 102f.) - sowohl die Durchführung von bestimmten patientennahen Forschungsvorhaben sowie klinischen Kursen und Praktika für die Studenten denkbar wie auch eine Beteiligung an der ärztlichen Weiterbildung durch eine feste Rotationsvereinbarung für die Assistenten. Unerläßlich dafür ist jedoch eine Betreuung auf Hochschulniveau. Einzelheiten der organisatorischen Anbindung, die dies gewährleisten müssen und eventuell mit der Verlagerung einzelner Professuren nach Stralsund verbunden sein könnten, müßten geklärt werden, wobei das "Bochumer Modell" Anregungen geben könnte. Im übrigen sollten die im Abschnitt B.II.2. gegebenen Empfehlungen berücksichtigt werden.

Auch die hier skizzierte Lösung erfordert erhebliche finanzielle Aufwendungen, die jedoch durch die Reduktion der Gesamtbettenzahl an Universitätsklinika des Landes von ca. 3.300 auf 2.400 (ca. 11 Betten pro 10.000 Einwohner) eher finanzierbar sein könnten. Unter der Bedingung und in der

Erwartung, daß die dafür notwendigen finanziellen Vorkehrungen vom Land getroffen werden, hält der Wissenschaftsrat die dargestellte Lösung für vertretbar. Das Land soll bis zum 22. Rahmenplan berichten, wie diese Empfehlungen im einzelnen umgesetzt werden könnten. Darüber hinaus müßte ein Konzept für eine enge fachliche Abstimmung beider Universitätsklinika aufgestellt werden. Durch klare Schwerpunktbildungen sollte eine Aufgabenteilung in möglichst vielen Bereichen erfolgen, soweit dies ohne Nachteil für das Gesamtspektrum der für eine Medizinische Fakultät und das Medizinstudium notwendigen Disziplinen möglich ist. Neben der Zahnmedizin müßte hier auch nach anderen Ansatzpunkten für eine Aufgabenteilung gesucht werden. Auf der Grundlage des fachlichen Konzeptes müßte ein Ausbaukonzept entwickelt werden, das möglichst rasch zu einer Leistungsfähigkeit in einzelnen Schwerpunktbereichen führt.

Der Wissenschaftsrat erwartet, daß das Land zum 22. oder spätestens zum 23. Rahmenplan einen entsprechenden Finanzplan vorlegt, wonach der Ausbau beider Klinika zügig vorangetrieben wird, so daß in 10 bis 15 Jahren zwei leistungsfähige Hochschulklinika entstehen. Für eine gedeihliche Entwicklung der Hochschulmedizin wäre es nicht vertretbar, die beiden Klinika langsamer auszubauen. In diesem Fall wäre es unvermeidbar zu empfehlen, nur ein Universitätsklinikum auszubauen und das andere als akademisches Lehrkrankenhaus weiterzuführen.

B.III. Zur Hochschulmedizin in Sachsen

III.1. Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig ist nur unwesentlich jünger als die 1409 erst ohne eine Medizinische Fakultät gegründete Universität Leipzig. Die Anfänge in der 1415 gegründeten Medizinischen Fakultät gaben sich bescheiden. In den ersten 60 Jahren wurden nur 20 Kandidaten zu Baccalaurien und 9 zu Doktoren der Medizin promoviert; in der Regel besuchten kaum mehr als 5 oder 6 Hörer die einzelnen Kollegien, die in einem Raum der Nikolai-Kirche stattfanden. Zu den vornehmlich theoretischen Lehrveranstaltungen gesellten sich erst zu Ausgang des 18. Jahrhunderts anatomische Sezierübungen für die Studenten sowie klinische Unterweisungen am Krankenbett. In der Folgezeit prägten Persönlichkeiten wie Carl August Wunderlich, Carl Ludwig und Carl Thiersch sowie strukturelle Entwicklungen den weiteren Aufschwung der Medizinischen Fakultät, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Weltgeltung erlangte. Nach einem Rückgang ihrer Bedeutung in der Zeit des Ersten Weltkrieges hatte die Fakultät ihren hervorragenden internationalen Ruf bald wieder gefunden, um dann abermals im Zweiten Weltkrieg schwere Einbußen zu erleiden. 84% aller Gebäude wurden beschädigt, knapp die Hälfte total zerstört.

a) Personal

Der Stellenplan des Bereiches Medizin weist insgesamt 5.649 Planstellen (ohne Medizinische Fachschule) aus, von denen am 31. Oktober 1990 5.126 Stellen besetzt waren (vgl. Abschnitt A.V. mit Übersicht 5). Die Gruppe der Professoren

ist mit 68, die der Dozenten mit 83 Planstellen vertreten. Mit 728 unbefristet angestellten Assistenten von insgesamt 1.077 Assistentenstellen kann die Medizinische Fakultät Leipzig auf eine im Vergleich zu den anderen Medizinischen Fakultäten in den neuen Ländern günstige Relation (68%) und somit auf eine etwas bessere Ausgangsposition verweisen. Gemessen an der Situation in den alten Bundesländern erscheint der Wert jedoch immer noch deutlich zu hoch. Mit insgesamt 1.228 Planstellen für das wissenschaftliche Personal nimmt Leipzig zusammen mit der Charité eine Spitzenposition aller Medizinischen Fakultäten Deutschlands ein, die sonst nur von den Universitäten in Berlin (FU) und München übertroffen wird, die über zwei Klinika verfügen. Bezogen auf die Studenten- wie auf die Bettenzahlen relativiert sich dieser Wert. Bezieht man sämtliche Personalstellen auf die Planbettenzahlen, so ergibt sich ein Verhältnis von 2,5 Personalstellen pro Planbett.

b) Lehre

Von den knapp 11.000 im Studienjahr 1990 eingeschriebenen Studenten an der Leipziger Universität studierten 2.596 (Frauenanteil: 57%) das Fach Medizin und 386 (Frauenanteil: 54%) das Fach Zahnmedizin. Die Anzahl der Absolventen der Fachrichtung Medizin blieb mit gut 330 Studienabschlüssen in den vergangenen Jahren in etwa konstant, während die Zahl der Absolventen in der Fachrichtung Zahnmedizin von 71 im Jahr 1987 auf 59 im Jahr 1990 abnahm. Der Anteil der Studienanfänger im Studienjahr 1990 lag bei 600 Studenten der Humanmedizin und 81 Studenten der Zahnmedizin. In Ermangelung einer vorklinischen Ausbildung in der Medizinischen Akademie Erfurt nahm sich die Medizinische Fakultät Leipzig dieser Aufgabe an. Unter den 600 Studienanfängern der Humanmedizin - der höchsten Zahl in den neuen Ländern -

befanden sich 119 an der Medizinischen Akademie Erfurt immatrikulierte Studenten; von den 81 Studienanfängern in der Zahnmedizin besaßen 18 eine Matrikel in Erfurt. Verglichen mit den Anfängerzahlen in den vorangegangenen Jahren ist in der Zahnmedizin kein Anstieg zu verzeichnen; deutlich ist dieser jedoch in der Humanmedizin, wo die durchschnittlichen Anfängerzahlen bei etwa 500 lagen.

Vor dem Hintergrund einer auf Qualitätssicherung und Wettbewerbsfähigkeit ausgehenden Ausbildung hält der Wissenschaftsrat die 1990 eingetretene Erhöhung der Zulassungszahl bei den derzeitigen materiellen Gegebenheiten für kaum verantwortbar. Zudem ist aufgrund der veränderten Verhältnisse nicht auszuschließen, daß ein nennenswerter Teil der an der Medizinischen Akademie Erfurt immatrikulierten, aber in Leipzig studierenden Studienanfänger ihr klinisches Studium an der Leipziger Universität fortsetzen will. Mithin sind die Engpässe für diesen Studienabschnitt vorgezeichnet. Die Kapazität der vorklinischen Ausbildung sollte bald auf die in Leipzig mögliche Kapazität für den klinischen Abschnitt eingestellt werden. Die Fakultät weist selbst auf das ungünstige numerische Verhältnis von Hochschullehrern zu Studenten hin und plädiert nachdrücklich für eine Verbesserung der Relation. Der Wissenschaftsrat empfiehlt aufgrund dieser Situation dringend, die Gesamtzahl der Studienanfänger der Humanmedizin auf maximal 400 zu begrenzen. Auch bei dieser Zahl sollte die bereits praktizierte Durchführung von klinischen Kursen in außeruniversitären Krankenhäusern beibehalten werden, die im Sinne einer praxisbezogenen Ausbildung zu begrüßen ist.

c) Forschung

Die Anzahl der Promotionen A ist zwar im Jahr 1989 von durchschnittlich 126 in den vorangegangenen Jahren auf 158

angestiegen. Vergleicht man jedoch diese Zahl mit der der Absolventen, so lag die Promotionsquote im Studienjahr 1989 lediglich bei 40%. Sie ist damit niedrig im Vergleich mit anderen Medizinischen Fakultäten (Gesamtdurchschnitt: 59%). Blickt man auf die vergangenen Jahre mit einer Promotionsquote von knapp 30% zurück, so zeigt sich jedoch, daß die Situation schon verbessert werden konnte. Als unterdurchschnittlich erweist sich auch die über die Jahre in etwa konstant gebliebene Zahl von 9 Promotionen B. Dabei fällt auf, daß seit 1987 keine Promotion B innerhalb der Zahnmedizin erfolgte (vgl. Übersicht 2).

Die Medizinische Fakultät war an drei "Staatsplanthemen" beteiligt:

- Entwicklung einer Computersteuerung für Strahlentherapie-Anlagen,
- Membrangesteuerte Zelldifferenzierung durch Gliadin-Peptide,
- Entwicklung neuer Methoden der Chromatographie und Affinitätsverteilung zur Isolierung und Reinigung von Enzymen.

Als übergreifende Forschungsschwerpunkte, die oft nur unter Beteiligung von zwei oder drei verschiedenen Kliniken und Instituten bearbeitet werden, verweist die Fakultät auf folgende Themen:

- Beeinflussung der Myokardischämie bei instabiler Angina pectoris und sich entwickelndem akutem Myokardinfarkt,
- Das untergewichtige, insbesondere das hypotrophe Neugeborene sowie seine Entwicklung,
- Funktionelle Störungen des Magen-Darm-Traktes,
- Akute Intoxikationen bei unfallbedingten Schäden,
- Isolierung und Charakterisierung von Enzymen,

- Molekulare Mechanismen von Membranfusionsprozessen und Anwendungen für Virustherapie, Plasmidtransfer und Immunmodulation,
- Neurowissenschaften,
- Entwicklung eines modernen computergesteuerten Strahlentherapiekomplexes auf der Basis von Beschleunigern mit geladenen Teilchen und Errichtung einer Pilotanlage in einer strahlentherapeutischen Funktionseinheit,
- Pathogenese der Rheumatoid-Arthritis,
- Ätiopathogenetische Aspekte bei Immundermatosen.

Die bei den Staatsplanthemen aus dem Ministerium für Wissenschaft und Technik sowie aus der Industrie erhaltenen finanziellen Zuwendungen sowie die im Zusammenhang mit den sonstigen Forschungsvorhaben eingeworbenen Fremdmittel waren angesichts der Größe des Klinikums eher niedrig. Ein Vergleich mit dem Indikator "Drittmitteleinwerbung" in den alten Ländern und den damit verbundenen Schlußfolgerungen über die Forschungskapazitäten ist nur bedingt statthaft. Aber auch der Vergleich innerhalb der neuen Länder legt den Schluß auf nur begrenzte Forschungsaktivitäten in Leipzig nahe.

Der Wissenschaftsrat appelliert mit Nachdruck an die Universität und ihre Medizinische Fakultät, alle Anstrengungen zu unternehmen, die Forschung zu intensivieren und das Klinikum wieder zu einer forschungsorientierten Ausbildungsstätte zu entwickeln. Ermutigenden Ansätze wie etwa die Aktivitäten in den theoretisch-medizinischen Instituten, zum Beispiel im Biochemischen Institut, sowie erste Drittmittelbewilligungen weisen in die richtige Richtung.

d) Krankenversorgung

Mit 2.300 Planbetten, von denen allerdings nur 2.013 belegbar sind, stellt Leipzig das derzeit größte deutsche Universitätsklinikum. Die Auslastung von 75,5% im Jahr 1989 entspricht dem Mittelwert der Klinika in den östlichen Ländern, liegt damit aber noch um 9% unterhalb der durchschnittlichen Auslastung in den alten Bundesländern. Die Verweildauer von 15,6 Tagen ist die längste aller deutschen Klinika, sie ist vier Tage länger als in den Klinika der alten Bundesländer.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt eine deutliche Bettenreduzierung. Mittelfristig sollten nicht mehr als 1.600 Planbetten aufgestellt werden. Für eine Reduzierung kommen vor allem die Kliniken für Kinderheilkunde, Kinderchirurgie, Frauenheilkunde und die Dermatologie, Orthopädie und Radiologie, aber auch weitere Kliniken in Betracht. Der Wissenschaftsrat erkennt zwar die überproportional gestiegenen Anforderungen an das Universitätsklinikum im Bereich der Krankenversorgung von seiten der Stadt Leipzig. Er macht aber darauf aufmerksam, daß mit der empfohlenen Bettenreduzierung nicht notwendig eine Einbuße in der Krankenversorgung einhergehen muß, sofern nämlich die Verminderung der Bettenzahlen im Verein mit einer Verkürzung der Verweildauer vorgenommen wird. Zu einer derartigen Verkürzung können interne Umstrukturierungen beitragen, etwa eine Konzentration der zentralen Einrichtungen wie z.B. die Laboratoriumsdiagnostik, die sehr zersplittert ist und lange Befundübermittlungszeiten nach sich zieht. Im übrigen ist der Wissenschaftsrat der Auffassung, daß für Aufgaben der Grund- und Regelversorgung die Krankenhäuser im Bereich der Stadt Leipzig sowie das Kreiskrankenhaus Grimma noch stärker miteingebunden werden sollten.

Die ambulante Krankenversorgung der Medizinischen Fakultät Leipzig geschieht in poliklinischen bzw. ambulanten Bereichen, die als eigene Abteilungen der jeweiligen Kliniken fungieren. Lag der Anteil der stationär behandelten Patienten aus dem damaligen Bezirk Leipzig bei knapp 87%, so erhöht sich dieser Wert bei den ambulant Behandelten auf 94%. Zusammen mit den insgesamt 754.963 Konsultationen im Jahr 1989, darunter 258.557 Erstkonsultationen, läßt sich erneut die hohe Beanspruchung im Bereich der medizinischen Grundbetreuung ausmachen. Die Fakultät geht davon aus, daß auch in den kommenden Jahren mit einer Inanspruchnahme der Fachambulanzen zunächst weiter im bisherigen Umfang gerechnet werden muß.

Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, daß nicht zuletzt unter ökonomischen Aspekten eine hohe Ambulanz-Fallzahl einen erheblich belastenden Faktor für das Klinikum darstellt. Auch im ambulanten Bereich sollte das Klinikum eine drastische Reduzierung seiner Versorgungsleistungen auf das für Forschung und Lehre erforderliche Maß vornehmen.

e) Bauliche Struktur und Ausstattung

Die bauliche Situation der Medizinischen Fakultät ist durch eine Vielzahl von Gebäuden mit weit auseinanderliegenden Standorten gekennzeichnet. Die insgesamt 391 Gebäude verteilen sich auf 13 Standorte, wobei die Kliniken für Neurologie und Psychiatrie in Dösen vom Hauptstandort in der Liebigstraße etwa 5 km und die Außenstelle der Klinik für Kindermedizin in Klinga etwa 40 km entfernt liegen. Im innerstädtischen Bereich gibt es drei Hauptstandorte:

- die Liebigstraße mit etwa zwei Drittel aller Kliniken und Institute,

- die Oststraße (Kinderkliniken mit Kinderchirurgie), ca. 1 km von der Liebigstraße entfernt,
- Philipp-Rosenthal-Straße (Kliniken für Orthopädie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe), ca. 1 km von der Liebigstraße entfernt.

Flächenbezogen machen die verbleibenden zehn Standorte weniger als 5% des Gesamtklinikums aus. Knapp 40% der Gebäude am Hauptstandort sind älter als 70 Jahre; in der Mehrzahl sind sie in erheblichem Maße sanierungsbedürftig. An Neubauten entstanden in den vergangenen Jahren das Bettenhaus in der Liebigstraße, der Anbau der Chirurgischen Klinik mit Technikkomplex sowie die Wäscherei Josephinenstraße. Die Universität verfolgte das Ziel, das Klinikum auf die vorgenannten drei Hauptstandorte zu konzentrieren.

Der Wissenschaftsrat begrüßt die geplante Konzentration; darüber hinausgehend empfiehlt er jeodch, die verschiedenen Einrichtungen des Klinikums an nur zwei Standorten - dem Hauptstandort in der Liebigstraße und der Philipp-Rosenthal-Straße - zusammenzuführen. In den Hauptstandort hinein ist die Neurologie, die sich in dem 5 km entfernten Dösen befindet, aufzunehmen; sie sollte dort keinesfalls längere Zeit verbleiben. Ebenso ist die Innere Medizin, die derzeit disloziert untergebracht ist (insbesondere die gastroenterologische Diagnostik, die in der Hertelstraße in der poliklinischen Abteilung der Inneren Medizin beheimatet ist), wieder an dem Hauptstandort in der Liebigstraße zusammenzuführen. Die Innere Medizin sollte sich auf drei bis höchstens vier bettenführende Einheiten beschränken.

Die Kinderklinik könnte zusammen mit der Kinderchirurgie räumlich der Gynäkologie in der Philipp-Rosenthal-Straße zugeordnet werden. Die baulich stattliche Frauenklinik

bietet hierzu genügend Raum. Zudem würde so die funktional wünschenswerte Zusammenführung dieser beiden Kliniken ermöglicht. Für die Verlagerung der disloziert an sechs verschiedenen Standorten untergebrachten Kinderklinik in die Frauenklinik an der Philipp-Rosenthal-Straße sowie der anderen Kliniken und Medizinischen Einrichtungen in den Hauptstandort in der Liebigstraße sollte ein umfassendes Konzept erstellt werden, das auch mögliche Alternativen berücksichtigt. So müßte etwa die Unterbringung eines Kopfzentrums (möglicherweise ohne die Augenklinik) im Bereich des jetzigen Versorgungsgebäudes geprüft werden.

Insgesamt bedürfen die OP-Bereiche einer dringenden Sanierung. OP-Container als Sofortlösung sollten vorgesehen werden für die HNO-Klinik, die Kieferklinik (Stomatologie), die Kinderklinik sowie für die Orthopädie. Innerhalb der Chirurgie erscheinen die OP-Ressourcen durch den Neubau zwar in der Ausstattung vergleichsweise gut, im Umfang aber zu knapp bemessen; sie sollten aufgestockt werden.

Ein gesondertes Problem stellen die 18 Hörsäle dar, von denen 11 älter als 35 und 6 älter als 50 Jahre sind. Keiner der Hörsäle entspricht von der Ausstattung her dem erforderlichen Standard. Außerdem fehlen Seminarräume für Gruppen von 20-40 Studenten. Für die Sanierung und Modernisierung der technischen Infrastruktur gilt das im Abschnitt A.VII.1. gesagte.

III.2. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

Rang und Bedeutung der Medizinischen Fakultät sind unbestritten. An ihrer Weiterführung kann kein Zweifel bestehen. Die durch sehr hohe Bettenzahlen und zahlreiche

ambulante Konsultationen dominierende Krankenversorgung wie auch die durch hohe Studentenzahlen entstehende Überlast in der Lehre müssen jedoch in einem erheblichen Umfang reduziert werden, um für den Forschungsbereich freie Kapazitäten schaffen und die Qualität der Ausbildung steigern zu können. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, für die weitere Planung eine Zahl von 1.600 Planbetten zugrunde zu legen und von maximal 400 Studienanfängern der Humanmedizin auszugehen, die ihr vorklinisches und klinisches Studium in Leipzig absolvieren können. Besondere Aufmerksamkeit bedarf der Ausbau der Forschung.

Die Unterbringung der Medizinischen Fakultät sollte vorrangig auf die zwei Standorte Liebigstraße und Philipp-Rosenthal-Straße konzentriert werden. Pläne zur Realisierung eines kompletten Neubaus des Klinikums an einem anderen Standort scheinen dagegen zur Zeit unrealistisch. Im übrigen sollten die im vorstehenden Abschnitt e) gegebenen detaillierten Empfehlungen zum Ausbau bei der Aufstellung einer Gesamtplanung berücksichtigt werden.

Der Wissenschaftsrat ist der Auffassung, daß das Klinikum einer erheblichen internen Umstrukturierung bedarf, um seinen Aufgaben als Universitätsklinikum gerecht werden zu können. Dazu gehört die Bildung von Kliniken und Instituten, die in deutlich weniger Abteilungen gegliedert sind, als dies jetzt der Fall ist (vgl. Abschnitt A.VI.2.). Zudem sollte geprüft werden, ob die selbständige Abteilung "Leitung und Organisation medizinischer Hochschuleinrichtungen" akademische Aufgaben wahrnimmt. Außerdem sollten zentrale Einrichtungen geschaffen oder ausgebaut werden, etwa die Labordiagnostik, eine zentrale Pathologie, Anaesthesie und Radiologie. Der Zugang für alle Nutzer sollte dabei gewährleistet sein (vgl. Abschnitte A.VII. und A.VIII.). Die der-

zeitige Organisation der Radiologie erlaubt keine geregelte Rotation der Assistenten durch die verschiedenen Bereiche, die jedoch anzustreben ist. Die Anaesthesie sollte als zentrale Einrichtung so ausgestattet werden, daß sie alle Anästhesien im Klinikum betreuen kann, die gegenwärtig zum Teil von den operativen Fächern selbst übernommen werden.

III.3. Medizinische Akademie Dresden

Mit 37 Jahren gehört die 1954 gegründete Medizinische Akademie Dresden wie die beiden anderen Medizinischen Akademien zu den jüngeren Medizinischen Ausbildungsstätten in Deutschland. Sie versteht sich in der Tradition des 1748 gegründeten "Collegium Medico-Chirurgicum" sowie der Nachfolgerin dieser Chirurgenschule, der "Chirurgisch-Medicinischen Akademie" (1815-1864). Im Zuge medizinischer Reformen und der Vereinheitlichung des Ärztestandes wurde die Akademie 1864 geschlossen. Der bekannteste Professor an der Medizinischen Akademie war Carl-Gustav Carus (1789-1869), dessen Name die neugegründete Akademie in ihrem Siegel führt. Den Grundstock der Medizinischen Akademie "Carl-Gustav Carus" bildeten das frühere Stadtkrankenhaus Johannstadt sowie einige Kliniken des älteren Friedrichstädter-Stadtkrankenhauses. Die weitere bauliche Entwicklung der Akademie konzentrierte sich ab 1956 auf den relativ geschlossenen Komplex des ehemaligen Johannstädter Stadtkrankenhauses. In der Ausbildung bemüht sich die Akademie um eine schrittweise Übernahme der Vorklinik bei der Medizinischen und Zahnmedizinischen Ausbildung. Erstmalig hat 1990 eine kleinere Gruppe von Medizinstudenten das Grundstudium an der Medizinischen Akademie in Dresden aufgenommen; bis dahin wurden die Medizinstudenten für das Grundstudium an die Humboldt-Universität zu Berlin und an die Universität Halle delegiert, da in Dresden nur der klinische Studienab-

schnitt angeboten wurde. Die Hochschule besitzt das Promotions- und das Habilitationsrecht.

a) Personal

Der Stellenplan der Medizinischen Akademie weist insgesamt 3.685 Planstellen (ohne 87 Stellen der Medizinischen Fachschule) aus, von denen im Oktober 1990 3.476 Stellen besetzt waren (vgl. Abschnitt A.V. mit Übersicht 5). Die Gruppe der Professoren verfügt über 43, die der Dozenten über 45 Planstellen. 423 Stellen sind für wissenschaftliche Assistenten mit unbefristeten Verträgen und 175 Stellen für solche mit befristeten Verträgen ausgewiesen (diese Zahlen berücksichtigen nur Ärzte, hinzu kommen 364 Naturwissenschaftler etc.). Damit ist für 71% der Assistentenstellen keine Befristung vorgesehen - eine Zahl, die der Durchschnittszal der Fakultäten in den neuen Ländern entspricht, aber gemessen an den alten Bundesländern deutlich zu hoch liegt (s. dazu die Empfehlungen im Abschnitt A.V.2.). Mit insgesamt 1.050 Planstellen für das wissenschaftliche Personal ergibt sich eine Zahl von 1,9 für das Verhältnis wissenschaftliches Personal pro Student. In der Betreuungsrelation liegt damit die Akademie in der Spitzengruppe aller medizinischen Hochschuleinrichtungen Deutschlands. Bezieht man sämtliche Personalstellen[1] auf die Planbettenzahlen, so ergibt sich ein Verhältnis von 2,2 Stellen pro Planbett; damit liegt die Akademie im Durchschnitt der neuen Bundesländer.

---

[1] Nach Angaben der Medizinischen Akademie werden gegenwärtig die Stellenpläne der Kliniken nach dem analytischen Konzept der Deutschen Krankenhausgesellschaft überrechnet.

b) Lehre

Die Gesamtzahl der im Studienjahr 1990 eingeschriebenen Studenten an der Medizinischen Akademie belief sich für die Medizin auf 554 (Frauenanteil: 54%) und für die Zahnmedizin auf 205 (Frauenanteil: 62%) Studierende (jeweils ohne zur vorklinischen Ausbildung an andere Hochschulen delegierte Studenten). Der Anteil der Studienanfänger lag im Jahr 1990 bei 150 Studenten der Humanmedizin und 63 der Zahnmedizin. Unter den 150 Neuzulassungen befanden sich auch erstmals 32 Medizinstudenten, die das Grundstudium an der Medizinischen Akademie aufnahmen. Die übrigen Medizinstudenten wurden weiterhin zum Grundstudium an andere Universitäten delegiert. Im Laufe der nächsten Jahre beabsichtigt man, von Delegierungen gänzlich abzusehen und für alle Studienanfänger (incl. Zahnmedizinstudenten) das Grundstudium an der Medizinische Akademie durchzuführen. Abgesehen von den 32 Studienanfängern in der Vorklinik ist die Zahl der Studienanfänger in der Humanmedizin mit knapp 120 konstant geblieben, während sie in der Zahnmedizin von 87 im Jahre 1987 auf 63 im Jahre 1990 gesunken ist. Diese Zahl entspricht den zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätzen. Für die kommenden Jahre beabsichtigt die Akademie, die Zulassungszahlen zu erhöhen. Die Zahl der Absolventen im Studienjahr 1990 betrug für die Humanmedizin 112 und für die Zahnmedizin 89. Sie bewegt sich damit im jeweiligen Mittel der Absolventenzahlen der vergangenen fünf Jahre.

c) Forschung

Im Jahre 1989 wurden 99 Promotionen A in der Medizin und 19 in der Zahnmedizin verteidigt. Das entspricht in etwa den

Zahlen der vorangegangenen Jahre. Annähernd konstant geblieben ist auch die Anzahl der Promotionsverfahren B; von den insgesamt 9 Promotionen B im Jahre 1989 erfolgten 8 in der Humanmedizin, 1 in der Zahnmedizin. Setzt man die Zahl der Promotionen A in Beziehung zu den Absolventen, so ergibt sich für das Studienjahr 1989 eine Promotionsquote von 66%. Diese liegt über dem Durchschnitt der Fakultäten der neuen Länder (59%), muß aber im Vergleich der drei Medizinische Akademien untereinander gesehen werden, wo Erfurt und Magdeburg eine Promotionsquote von über 90% aufweisen (s. Abschnitt A.III.5 mit Übersicht 2).

An übergreifenden medizinischen Forschungsschwerpunkten, an denen mehrere Kliniken oder Institute beteiligt sind, nennt die Akademie folgende Bereiche:

- Fettstoffwechselstörungen,
- Biomechanik und Elektrostimulation,
- Kryomedizin,
- Medizinische Informatik,
- Respiratorische Überwachung von Kindern und Säuglingen und Weiterentwicklung eines neuartigen Beatmungssystems für Neugeborene,
- Diagnose maligner Tumoren mittels automatischer Mikroskopbild-Analyse,
- Methodologie und Technik der apparativen Patientenüberwachung (Biosignalverarbeitung).

Die Einwerbung von Fremdmitteln der Medizinischen Akademie ist insgesamt beachtlich. Es handelt sich jedoch beinahe ausschließlich um Auftragsforschung, insbesondere für Pharmafirmen. So stammt der Hauptanteil der Fremdmittel aus der

Zusammenarbeit mit dem Kombinat GERMED. Zwischenzeitlich werden erste Projekte durch Drittmittel und Firmen gefördert.

Insgesamt hält der Wissenschaftsrat bei vergleichender Betrachtung aller Hochschulklinika in den neuen Ländern die Aktivitäten der Akademie im Bereich der Forschung für wenig entwickelt. Innovative Ansätze sind in der Forschung zu selten zu erkennen; dabei wirkt sich auch das Fehlen der vorklinischen Institute aus. Um hier deutliche Konturen zu gewinnen, müßte die Akademie auf breiter Basis Forschungsinitiativen entfalten - auch bei den angegebenen Forschungsschwerpunkten.

d) Krankenversorgung

Die Medizinische Akademie Dresden verfügte im Jahre 1989 über 1.701 Planbetten, von denen 1.636 belegbar waren. Mit einer Auslastung der Planbetten von 79% liegt die Akademie über dem Durchschnittswert für Universitätsklinika der neuen Länder (76%), bewegt sich aber unter der mittleren Auslastung in den alten Bundesländern (84,5%). Die Verweildauer von 14,3 Tagen ist bezogen auf die neuen Bundesländer durchschnittlich, bezogen auf die alten Länder jedoch um 3,7 Tage länger. Es bestehen Disproportionen unter den einzelnen Kliniken. Die Bettenzahl in der Inneren Medizin ist mit 194 zu niedrig, die in der Frauenheilkunde (212), Kinderheilkunde (232), Orthopädie (160) und Radiologie (77) dagegen zu hoch. In Dresden gibt es zwei Bezirkskrankenhäuser mit 1.300 bzw. 1.100 Betten, so daß die stationäre Krankenversorgung in der Region nicht ausschließlich durch die Akademie getragen wird.

Die ambulante Krankenversorgung der Medizinischen Akademie Dresden wird durch die Polikliniken einiger Einzelkliniken und durch die Zentrale Hochschulpoliklinik geleistet. Diese verfügt allein über 47 Planstellen für das wissenschaftliche Personal, darunter 5 für Hochschullehrer. Mit 656.078 Konsultationen im Jahre 1989 im gesamten Bereich der Polikliniken wird der Anteil, der in der medizinischen Grundbetreuung der Akademie geleistet wird, deutlich. Die Akademie beabsichtigt, die in diesem Bereich über lange Jahre hin erworbenen Erfahrungen auch künftig in die Lehre einfließen zu lassen. Sie will die Zentrale Hochschulpoliklinik als akademisches ambulantes Lehr-, Ausbildungs- und Konsultationszentrum, das Modellcharakter auch für andere Medizinische Hochschuleinrichtungen erlangen soll, weiterführen.

e) Bauliche Struktur und Ausstattung

Die Medizinische Akademie ist derzeit in 116 Gebäuden untergebracht; davon befinden sich 111 am Hauptstandort in der Innenstadt (Fetscherstraße). Außerhalb dieses geschlossenen Komplexes sind lediglich einige Institute untergebracht: das Institut für Anatomie sowie das Institut für Pharmakologie und Toxikologie im Deutschen Hygienemuseum, die Institute für Biochemie und Immunologie im ehemaligen Forschungsinstitut für Medizinische Diagnostik in Dresden-Klotzsche (ca. 10 km vom Hauptstandort entfernt), das Institut für Hygiene in der Borsbergstraße (ca. 2 km vom Hauptstandort entfernt) sowie das Institut für Mikrobiologie in der Dürerstraße (ca. 1 km vom Hauptstandort entfernt).

Das Institut für Pharmakologie und Toxikologie soll aus dem Hygienemuseum ausgelagert und zusammen mit den Instituten für Biochemie und Immunologie in Dresden-Klotzsche unterge-

bracht werden. Entsprechende Anmeldungen zum Rahmenplan für den Hochschulbau sind erfolgt. Für das Institut für Hygiene müssen die derzeitigen Räumlichkeiten aufgegeben werden; eine Verlegung ist noch nicht geklärt. Dasselbe gilt für das Institut für Mikrobiologie. Bei der Suche nach neuen geeigneten Räumlichkeiten müßte eine gemeinsame Unterbringung von Hygiene- und Mikrobiologie-Institut - nach Möglichkeit in dem Hauptstandort - angestrebt werden.

Ein großer Teil der Gebäude befindet sich in einem ungenügenden baulichen Zustand. Dies trifft insbesondere für die 1901 errichteten Gebäude der Inneren Medizin, der Augen-, HNO- und Hautklinik sowie der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin zu. Die Innere Medizin ist auf mehrere Pavillons verteilt und mit ihren 194 Planbetten zu klein dimensioniert. Die Akademie plant den Ausbau der Interventionskardiologie. Die Kliniken für Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten müßten dringend saniert werden. Problematisch ist auch die räumliche Trennung von Geburtshilfe (in der Gynäkologie) und Neonatologie (in der Pädiatrie), die keine optimale perinatale Versorgung erlaubt.

Die Unzulänglichkeiten im operativen Bereich sollen durch das bereits im Bau befindliche Operationsgebäude mit 11 OPs (3 septische, 6 aseptische, 1 für Herzchirurgie, 1 für Notfallchirurgie) behoben werden. Die Planung sieht vor, den OP-Trakt mit der Orthopädie zu verbinden. Dazu muß die Psychiatrie aus ihrem Gebäude weichen, um die freiwerdenden Räumlichkeiten der Orthopädie und einigen weiteren Einrichtungen (Intensivtherapiestation etc.) zur Verfügung zu stellen. Für die Psychiatrie ist nach zwischenzeitlich als geklärt bezeichneter anderweitiger Unterbringung ein Neubau geplant; auf dem dafür vorgesehenen Gelände befindet sich derzeit das Archiv für die Radiologische Klinik, das abge-

rissen und andernorts neu errichtet werden soll. Die mit dem OP-Trakt geschaffenen OP-Kapazitäten scheinen bereits jetzt als zu gering ausgelegt. Zudem ist eine ausgereifte Gesamtplanung nicht zu erkennen, in die auch die anderen operativen Fächer einzubeziehen wären.

Bei den Überlegungen für eine neue Klinik für Herzchirurgie ist derzeit noch nicht zu erkennen, welche konzeptionellen Vorstellungen bzw. Absprachen innerhalb des Landes (private Klinik in Leipzig) hier bestehen. Hinsichtlich der Überlegungen, eine Knochenmarktransplantation für onkologische Patienten im Bereich der Klinik für Chirurgie und der Kinderklinik aufzubauen, ist zu bedenken, daß in Leipzig und Jena bereits derartige Zentren bestehen und die Einbindung in die Chirurgie nicht optimal erscheint. Mit Blick auf die in Leipzig bereits fortgeschrittene Planung und Realisierung eines PET-Zentrums ist die Notwendigkeit, ein PET-Zentrum auch in Dresden aufzubauen, nicht gegeben.

III.4. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Akademie Dresden

Bei der Größe des Freistaates Sachsen (5 Millionen Einwohner) wären zwei Hochschulklinika grundsätzlich angemessen und neben Leipzig auch Dresden als Standort mit großem Einzugsgebiet gut geeignet. Der Wissenschaftsrat stellt jedoch fest, daß das derzeitige wissenschaftliche Leistungsprofil der Medizinischen Akademie Dresden in vielen Bereichen nicht dem einer Medizinischen Hochschule entspricht. So ist nicht nur die Forschung wenig entwickelt, sondern es ist auch unverkennbar, daß Abstimmungsprobleme im konzeptionellen, organisatorischen und personellen Bereich zu isolierten Einzelentscheidungen mit entsprechenden Friktionen zu Lasten des Gesamtklinikums führen. Auf vielen

Ebenen läßt das Klinikum einen für ein Hochschulklinikum unerläßlichen Zusammenhalt vermissen. Außerdem fehlt eine ausgewogene Struktur- und Entwicklungsplanung. Zum Teil sind dafür materielle Gründe ursächlich. Der Wissenschaftsrat ist jedoch der Ansicht, daß die verschiedenen strukturellen Defizite von den an der Medizinischen Akademie tätigen Personen nicht behoben werden können. Er kann daher eine Weiterführung der Medizinischen Akademie nicht empfehlen. Das Klinikum sollte als akademisches Lehrkrankenhaus für die Ausbildung im 6. Studienjahr, für die ärztliche Weiterbildung sowie die Krankenversorgung auf der Stufe der Maximalversorgung genutzt werden.

Der Freistaat Sachsen beabsichtigt, eine Medizinische Fakultät an der Technischen Universität Dresden zu gründen und voll auszubauen. Der Wissenschaftsrat hält dies nur dann für sinnvoll, wenn damit ein vollständiger Neubeginn verbunden ist. Grundlage für die künftige Entwicklung müßte eine überzeugende Strukturplanung sein, auf die eine entsprechende Bauplanung abgestimmt werden müßte. Zukunftsweisende Pläne könnten am ehesten dann aufgestellt werden, wenn ein von außerhalb kommender Gründungsdekan für eine Medizinische Fakultät an die Technische Universität Dresden berufen würde. Die enge Verbindung zu anderen Fakultäten dieser Hochschule würde eine Kooperation der Medizin mit den Fachrichtungen der Natur- und Ingenieurwissenschaften ermöglichen, die der medizinischen Forschung, etwa im Bereich der medizinischen Technik, neue Impulse geben könnte. Für den Aufbau einer leistungsfähigen medizinischen Forschung wäre es unerläßlich, forschungsorientierte Hochschullehrer für die Medizinische Fakultät zu gewinnen, die innovative Konzepte entwickeln und in Kooperation mit den

anderen Fakultäten und außeruniversitären Forschungseinrichtungen der Region umsetzen.

Im Abschnitt A.III.3. ist bereits dargelegt worden, daß eine medizinische Ausbildungsstätte in Zukunft nur dann aufrecht erhalten werden kann, wenn eine eigene Vorklinik betrieben wird. Beim Aufbau vorklinischer Institute müßte durch strukturelle und möglichst räumliche Anbindung eine enge Verzahnung mit den Kliniken in Forschung und Lehre angestrebt werden. Der geplante Aufbau der vorklinischen Institute in Dresden-Klotzsche wäre allerdings mit dem strukturellen Nachteil einer nicht unerheblichen Entfernung vom Hauptstandort verbunden. Die Vorklinik müßte besser in unmittelbarer Nähe der Klinik errichtet werden. Die jetzt vorgesehenen Räumlichkeiten wären allenfalls in einer Anfangsphase geeignet.

Unerläßlich wäre auch eine Einschränkung der Leistungen auf dem Gebiet der Krankenversorgung. Dazu müßte der Vorteil genutzt werden, daß sich in Dresden andere Krankenhäuser mit nahezu 3.000 Betten befinden. Sie könnten ein Hochschulklinikum von manchen Versorgungsaufgaben entlasten. Das Hochschulklinikum müßte auf 1.350 Planbetten begrenzt werden. Ambulante Behandlungen müßten künftig in den Einzelkliniken erfolgen, an denen eigene Polikliniken zu errichten wären, die eine gemeinsame Nutzung von diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen durch die jeweilige Klinik und Poliklinik erlaubten. Die jetzige Zentrale Hochschulpoliklinik sollte nicht Teil eines Hochschulklinikums werden. Die Poliklinik könnte eventuell privatwirtschaftlich betrieben werden, wofür sich Formen der Gemeinschaftspraxis anbieten, die durch vertragliche Regelungen mit der Medizinischen Fakultät in Forschung und Lehre verbunden sein könnten.

Die Gliederung des Hochschulklinikums und der Kliniken müßte so erfolgen, daß leistungsfähige Abteilungen entstehen. In diesem Zusammenhang könnte auch die Integration neuer Spezialgebiete wie Herzchirurgie und Interventionskardiologie in Abstimmung mit der Universität Leipzig berücksichtigt werden.

Eine Voraussetzung für den Neuaufbau einer Medizinischen Fakultät in Dresden besteht darin, daß das Land einen entsprechenden Finanzplan vorlegt. Erst nach Vorlage und Prüfung eines Finanzplanes für beide Hochschulklinika in Sachsen sowie eines Gesamtkonzeptes für den Aufbau einer Medizinischen Fakultät an der Technischen Universität Dresden, das die oben gegebenen Empfehlungen berücksichtigt, wird der Wissenschaftsrat die Aufnahme von Vorhaben der Medizin in den Rahmenplan für den Hochschulbau empfehlen können.

B.IV. Zur Hochschulmedizin in Sachsen-Anhalt

IV.1. Medizinische Fakultät der Universität Halle-Wittenberg

Die seit 1933 den Namen Martin Luthers führende Universität vereinigt zwei Traditionslinien. Die eine geht auf die 1502 gegründete Universität Wittenberg zurück, die zum Ausgangspunkt der Reformation wurde und zu den meistbesuchten Hochschulen des 16. Jahrhunderts gehörte. Die Medizinische Fakultät der "Leucorea", wie die Universität genannt wurde, brachte in den 300 Jahren ihrer Existenz einige bedeutende Gelehrte hervor. Dazu gehörte der Mediziner und Naturphilosoph Daniel Sennert.

Die andere Traditionslinie geht auf die 1694 in Halle gegründete Academia Fridericiana Halensis zurück, die bereits kurz nach ihrer Eröffnung die bedeutendste deutsche Universität der Frühaufklärung war. Die Anziehungskraft der Medizinischen Fakultät wurde zum einen durch Persönlichkeiten wie Georg Ernst Stahl und Friedrich Hoffmann und zum anderen durch die Einbeziehung des in den Franckeschen Stiftungen errichteten Waisenkrankenhauses in die Studentenausbildung bestimmt. Die im Collegium Clinicum Halense durchgeführte praktische Ausbildung der Medizinstudenten war zu Anfang des 18. Jahrhunderts einmalig in Deutschland.

Für die Medizinische Fakultät der seit 1817 vereinigten Friedrichs-Universität wurde in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts aus den Kontributionsgeldern des deutsch-französischen Krieges ein modernes Klinikum errichtet, das seinerzeit zu den führenden Einrichtungen in Deutschland gehörte und heute noch genutzt wird.

a) Personal

Die Medizinische Fakultät verfügte am 1.10.1990 über 3.977 Personalstellen; dies entspricht 2,0 Planstellen pro Planbett (vgl. Abschnitt A.V. mit Übersicht 5). Darin sind 48 Stellen für ordentliche Professoren und 34 für außerordentliche Professoren sowie 33 für ordentliche Dozenten und 13 für außerordentliche Dozenten ausgewiesen, was zusammen 128 Hochschullehrerstellen ergibt. Die von der Medizinischen Fakultät für ihre künftige Struktur (Stand: 15.4.1991) vorgeschlagene Gesamtstellenzahl von 144 Hochschullehrern gliedert sich in 49 Stellen nach C4, je 40 nach C3 und C2 sowie 15 nach C1.

Der Wissenschaftsrat hält den Vorschlag für die Personalstruktur für unrealistisch und empfiehlt, Strukturpläne mit einer geringeren Zahl von Professuren aufzustellen, die eher an der jetzigen Zahl der Hochschullehrer (ohne a.O. Dozenten) liegen sollte. Etwa 70% der Assistenten sind unbefristet angestellt, was in einigen Kliniken (HNO, Orthopädie, Pädiatrie, Psychiatrie und Neurologie) und besonders ausgeprägt bei einigen Instituten (Anatomie, Gerichtsmedizin, Hygiene, Arbeitsmedizin und Sozialmedizin) zu einer ungünstigen Altersstruktur führt, deren Verbesserung die Fakultät zu einem vordringlichen Ziel ihrer Personalplanung machen sollte. Dabei ist die Zahl der befristeten Stellen auf Kosten der unbefristeten Stellen deutlich zu erhöhen.

b) Lehre

Im Studienjahr 1990/91 waren insgesamt 1.260 Studenten der Humanmedizin (Frauenanteil 52%) in Halle eingeschrieben, darunter 112 (9%) Ausländer. Die Zahl der Studienanfänger

lag in den Jahren 1986 bis 1989 bei durchschnittlich 220 und wurde im Jahr 1990 auf 300 erhöht. Für das Jahr 1991 sind sogar 300 bis 340 Anfänger vorgesehen. Im Hinblick auf fehlende Hörsaal- und Seminarraumkapazitäten - vor allem im Klinikum Kröllwitz - sowie unzureichende Ausstattung der Praktika ist diese Erhöhung nicht vertretbar.

Die Gesamtzahl der Studenten der Zahnmedizin ist von 1986 bis 1990 kontinuierlich von 247 auf 196 (Frauenanteil 39%) gefallen. In diesen Zahlen sind jeweils 40 bis 57 Studenten enthalten, die von der Medizinischen Akademie Dresden für die vorklinische Ausbildung nach Halle delegiert wurden. Die Anfängerzahlen sanken von 74 im Jahr 1986 auf 48 im Jahr 1990; darin sind jeweils 15 bis 30 Studenten enthalten, die nach der Vorklinik nach Dresden wechseln. Für 1991 ist eine Erhöhung der Studentenzahl auf 60 vorgesehen.

Der Wissenschaftsrat hält dies insofern für problematisch, als in der Vorklinik bislang keine Ausbildung an Phantomköpfen durchführbar ist und die Behandlungseinheiten von modernen Standards weit entfernt sind. Die unbedingt notwendigen Phantomköpfe sollten rasch für die einzige zahnmedizinische Ausbildungsstätte des Landes beschafft werden.

Die Zahl der Absolventen betrug in der Humanmedizin 165 im Jahr 1990, während sie noch im Jahr 1986 bei 203 lag. In der Zahnmedizin war die Absolventenzahl in den letzten sechs Jahren relativ konstant und betrug 37 im Jahr 1990.

Die Fakultät hat im Rahmen eines Versuchsmodells die theoretische und praktische Ausbildung der Inneren Medizin und Chirurgie in kleinen Gruppen im Bezirkskrankenhaus Halle-Dölau und im Kreiskrankenhaus Merseburg für jeweils ein Fünftel des Studienjahrgangs durchgeführt. Ein Erfahrungsbericht liegt noch nicht vor.

c) Forschung

Im Jahr 1989 hat die Medizinische Fakultät 108 A-Promotionen verliehen, was dem Durchschnitt der vergangenen Jahre entspricht. Die Promotionsquote lag im Jahr 1989 bei 50%. Wenn man außerdem berücksichtigt, daß nur etwa ein Viertel der Kandidaten aus der Medizinischen Fakultät und die übrigen aus dem öffentlichen Gesundheitswesen kamen, so können sie nicht als Hinweis auf eine breit angelegte Forschung in den Kliniken und Instituten gewertet werden. Im Jahr 1989 wurden außerdem 12 B-Promotionen abgeschlossen, was etwa den Vorjahreszahlen entspricht.

Die Forschung wurde durch finanzielle Förderung des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen unterstützt; seit 1987 sind Industrieverträge hinzugekommen, die zusätzliche Mittel einbrachten.

Die Fakultät nennt die folgenden Schwerpunkte der Forschung, die in erster Linie von theoretischen Instituten getragen werden, jedoch auch zu interdisziplinärer Kooperation mit verschiedenen Kliniken geführt haben:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Enzyme für Forschung und Applikation
- Ultraschalldiagnostik
- arbeitsbedingte Erkrankungen.

Als weitere interdisziplinäre Schwerpunktaufgaben, die in erster Linie von Fragestellungen hochspezialisierter Krankenversorgung geprägt sind, werden folgende Aufgabengebiete angegeben:

- Nierenkonservierung und Transplantationsmedizin
- Gastroenterologie
- Immunologie
- Onkologie
- Endokrinologie und in vitro-Fertilisation
- Infektionsmedizin.

Der Bereich Medizin bereitet ein Forschungsvorhaben zur Umweltsanierung im Großraum Leipzig/Bitterfeld/Halle/Merseburg vor, mit dem einerseits kurzfristig aktuelle Gefahren für Mensch und Umwelt identifiziert und andererseits Fremdstoffe und Fremdstoffgemische bewertet werden sollen.

Nach Ansicht des Wissenschaftsrates ist die genannte Thematik von außerordentlicher Bedeutung und so vielschichtig, daß sie erfolgreich nur dann bearbeitet werden kann, wenn nicht nur einzelne Institute der Medizinischen Fakultät, sondern eine wesentlich höhere Zahl von Kliniken und Instituten dieser und weiterer Fakultäten sich zu einem leistungsfähigen Forschungsverbund zusammenschließen.[1] Dieser könnte auch ein Ansatzpunkt dafür sein, der Forschung höheren Stellenwert innerhalb der Medizinischen Fakultät zu geben. Das große Defizit an Forschungsflächen in Kliniken und Instituten müßte dafür behoben werden, wofür sich insbesondere der Neubau eines Forschungsgebäudes für die Medizinische Fakultät anbietet, dessen Nutzung zudem zu einer Integration der verschiedenen Forschungsgruppen beitragen und die Möglichkeiten für tierexperimentelle Forschung verbessern könnte.

---

[1] Vgl. Wissenschaftsrat: Umweltforschung in den neuen Ländern. Zwischenbericht und erste Empfehlungen.

d) Krankenversorgung

Die Zahl der Planbetten gibt das Klinikum mit 1.998 für das Jahr 1989 an, die Verweildauer mit 14,2 Tagen und die durchschnittliche Auslastung mit 75,2%. Diese drei Angaben liegen recht genau im Durchschnitt der neun Klinika in den neuen Ländern. Eine Zählung der tatsächlich betriebenen Betten ergab Ende 1990 1.784 Betten (Bettenangaben hier jeweils ohne Neugeborenenbetten und Dialyseplätze). Auffällig ist, daß die Kliniken für Chirurgie, Anästhesie, Nervenheilkunde, Innere Medizin, Frauenheilkunde sowie Orthopädie Betten an mehreren Standorten betreiben - meist im Klinikum Leninallee und zusätzlich im Neubaugebiet Kröllwitz. Diese aus Gründen des Zusammenhaltes innerhalb der Fächer, der Lehre, Weiterbildung, Krankenversorgung sowie Wirtschaftlichkeit ungünstige Zersplitterung sollte möglichst rasch beendet werden, wie in den folgenden Abschnitten dargestellt.

Die Medizinische Fakultät strebt eine Reduzierung der Bettenzahlen auf ca. 1.560 an, wovon etwa 1.200 im Klinikum Kröllwitz und 360 im Altklinikum untergebracht werden sollen.

Da der Umfang der Grundbetreuung im Universitätsklinikum relativ hoch ist und am Ort mit Bezirkskrankenhaus und Stadtkrankenhaus Halle sowie weiteren kleineren Häusern 2.300 Klinikbetten betrieben werden, empfiehlt der Wissenschaftsrat, von einer Zielzahl von 1.350 Betten bei der weiteren Planung auszugehen. Die dafür notwendigen Investitionen sind erheblich, lassen sich aber eher in einem mittelfristigen Zeitraum aufbringen, als es bei höheren Bettenzahlen und damit größerem Finanzbedarf denkbar wäre.

Als Besonderheiten mit überregionalem Einzugsgebiet nennt das Klinikum insbesondere die Herzchirurgie (eines der fünf Herzzentren der DDR), die in der Urologie durchgeführten Nierentransplantationen (eines von drei Zentren der DDR) und in der Kinderklinik die Kinderrheumatologie und die Onkologische Hämatologie, die jeweils die Südbezirke der DDR versorgten.

Die Zahl der ambulanten Konsultationen betrug im Jahr 1989 ca. 610.000, darunter 172.000 Erstkonsultationen. Entsprechend dem wachsenden Umfang ärztlicher Niederlassungen sollte die ambulante Versorgung durch das Universitätsklinikum auf die für Forschung und Lehre notwendige Zahl begrenzt werden.

e) Bauliche Struktur

Die Unterbringung der Medizinischen Fakultät ist durch eine starke Zersplitterung auf zwei Hauptstandorte und eine Vielzahl von weiteren Standorten gekennzeichnet. Der größte Teil der genutzten Flächen (ca. 36%) entfällt auf das neue Klinikum in Halle-Kröllwitz. Dort wurden bis 1984 zwei Bettenhäuser errichtet, die etwa die Hälfte der Betten des Klinikums aufnehmen, sowie ein Komplement und ein Funktionaltrakt. Wenn auch die Bettenbereiche einen im wesentlichen vertretbaren Standard aufweisen, so zeigen sich doch erhebliche Nachteile. Diese liegen darin, daß Räume für Forschung wie auch Hörsäle und Seminarräume weitgehend fehlen oder für andere Zwecke genutzt werden, was für eine akademische Ausbildungsstätte untragbar ist. Außerdem reichen die vorhandenen OPs nicht aus; es fehlen Räume für Ambulanzen, und die Erschließung durch öffentliche Verkehrsmittel ist schlecht.

Die Ende des letzten Jahrhunderts errichteten Gebäude in der Leninallee verfügen über weitere 35% der genutzten Fläche, die sich auf Kliniken (30%) und Institute (5%) aufteilen. Einige der Kliniken befinden sich in schlechtem Zustand, so daß rasche Abhilfe notwendig ist. Dies gilt insbesondere für Teile der Radiologie und der Orthopädie, während die Gebäude der Poliklinik der Inneren Medizin, Frauenklinik und Urologie sowie HNO- und Augenheilkunde für einen gewissen Zeitraum weiter genutzt werden können, falls entsprechende Verbesserungen insbesondere im Sanitärbereich erfolgen. Von den Institutsgebäuden sind die der Medizinischen Mikrobiologie und der Physiologie in besonders schlechtem Zustand. Die apparative Ausstattung der Institute zeigt erhebliche Mängel. Eine Ausnahme bildet die baulich und apparativ besser ausgestattete Pharmakologie.

Weitere Kliniken befinden sich außerhalb der beiden Hauptstandorte. Zu ihnen gehört die Sektion Stomatologie, deren Unterbringung in der Große Steinstraße desolat ist. Aufgrund der günstigen innerstädtischen Lage des Gebäudes würde sich ein Verkauf für eine andere Nutzung anbieten, deren Erlös zu einer Verlagerung nach Kröllwitz beitragen könnte. Die Nervenklinik liegt in der Julius-Kühn-Straße und umfaßt die Neurologie und die Psychiatrie. Die vorgesehene Trennung beider Kliniken würde es erlauben, die Neurologie relativ rasch in vorhandene Bettenbereiche in Kröllwitz zu verlagern. Dies würde die jetzige Enge der Unterbringung beheben und für die Psychiatrie eine mittelfristige Perspektive am gegenwärtigen Standort eröffnen.

Die Klinik für Radiologie nutzt mehrere Gebäude in der Voßstraße und in der Philipp-Müller-Straße. Darüber hinaus sind einzelne Abteilungen auf verschiedene Klinikgebäude verteilt, was zu unzuträglichen Situationen für die Funk-

tionsfähigkeit der Klinik und die Belastung der Patienten durch weite Transportwege führt. Größere Geräte sollten künftig im Klinikum Kröllwitz und nicht in den Außenstandorten installiert werden. Dies gilt insbesondere für die geplante Aufstellung eines Linearbeschleunigers. Schließlich ist der schlechte Bauzustand der außerhalb untergebrachten Orthopädie zu erwähnen.

IV.2. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg

Die Medizinische Fakultät der Universität Halle und das von ihr genutzte Klinikum befinden sich gegenwärtig in einer schwierigen Situation, da eine ganze Reihe von baulichen, strukturellen, organisatorischen und personellen Problemen dringend einer Lösung bedarf. Der Gestaltungswille der Fakultät wurde beim Besuch der Arbeitsgruppe nur in Ansätzen deutlich. Erfolgversprechende Pläne, deren Umsetzung eine Weiterentwicklung zu einer leistungsfähigen Forschungs- und Ausbildungsstätte der Medizin einleiten könnten, lagen seinerzeit nicht vor. Inzwischen wurden jedoch Planungsaufträge erteilt. Der Wissenschaftsrat hält es für unerläßlich, daß Universität und Medizinische Fakultät im Zusammenwirken mit externen Planern tragfähige Konzepte aufstellen, die Grundlage für die künftige Entwicklung sind. Das Land sollte diesen Prozeß konstruktiv unterstützen und die notwendigen Investitionsmittel bereitstellen, um die Medizinische Fakultät zu alter Blüte zu bringen.

Ein Generalplan für den baulichen Bereich sollte zum Ziel haben, das Klinikum mit 1.350 Planbetten langfristig in Kröllwitz unterzubringen und die jetzt genutzten übrigen Standorte allenfalls für eine mittelfristige Nutzung herzurichten. Für Übergangslösungen könnten sich auch in der

Nähe des Klinikums Kröllwitz gelegene Kasernengebäude eignen, mit deren Räumung zu rechnen ist. Entscheidend wird auch die Anbindung des Klinikums Kröllwitz an den öffentlichen Nahverkehr sein, die in Verhandlungen mit der Stadt Halle zu klären ist, wie auch der Ausbau der Zubringerstraßen einschließlich Saalebrücke. Die einzelnen zu realisierenden Stufen des Gesamtkonzeptes sollten so geplant werden, daß vorrangig die auseinandergerissenen Kliniken zusammengeführt werden und wirtschaftliche Betriebseinheiten entstehen. Die Planung sollte von jährlich nicht wesentlich über 200 Anfängern der Humanmedizin und ca. 50 der Zahnmedizin ausgehen.

Die gegenwärtig noch bestehende Trennung zwischen dem Bereich Medizin, an dessen Spitze der Prorektor für Medizin steht, und der Medizinischen Fakultät, die vom Dekan geleitet wird, sollte aufgegeben werden, um zu klaren Zuständigkeiten zu kommen. Die von der Fakultät gebildeten "Fachbereiche" sollten allenfalls die Funktion von beratenden Ausschüssen für den Dekan haben, da anderenfalls die Zergliederung der Fakultät zu befürchten wäre. Im übrigen sollten die Kliniken in der Weise gegliedert werden, wie es im Abschnitt A.VI.3. dargestellt ist. In diesem Zusammenhang ist auch zu überprüfen, ob alle bestehenden Institute weitergeführt werden sollen. Der Wissenschaftsrat hält eine Überprüfung insbesondere in der experimentellen Chirurgie, der Sozialmedizin und der Hygiene für notwendig.

Die Kliniken für Anästhesiologie und Radiologie sowie die vom Institut für Pathologische Biochemie wahrgenommene Laboratoriumsdiagnostik erfüllen Querschnittsaufgaben für das gesamte Klinikum, die eine angemessene personelle und apparative Ausstattung sowie eine entsprechende Organisationsstruktur erfordern. Der Wissenschaftsrat hält dies in allen

drei genannten Bereichen für nicht gegeben und empfiehlt, den gegenwärtigen Stand zu analysieren und darauf aufbauend eine Reorganisation vorzunehmen (vgl. Abschnitt A.VII.5.). Das Zusammenwirken von Anästhesiologie und Chirurgie ist in diesem Zusammenhang ebenfalls klärungsbedürftig. Dafür wäre die Beratung durch externe Sachverständige notwendig, die zudem zur Wirtschaftlichkeit des Klinikums beitrüge.

Die genannten baulichen, strukturellen und organisatorischen Änderungen allein werden nach Ansicht des Wissenschaftsrates nicht ausreichen, um die Medizinische Fakultät im Wettbewerb mit den übrigen medizinischen Ausbildungsstätten in Deutschland konkurrenzfähig zu machen. Dazu ist auch eine personelle Erneuerung notwendig, die noch nicht erkennbar ist. Besonderes Augenmerk sollte auf die ersten Berufungen gelegt werden. Sie bieten die Chance, forschungsorientierte Wissenschaftler für Kliniken und Institute zu gewinnen, die dringend notwendige Impulse nicht nur für die Forschung, sondern auch für den Aufbau leistungsfähiger Fakultätsstrukturen geben könnten.

IV.3. Medizinische Akademie Magdeburg

Die Medizinische Akademie Magdeburg wurde im Jahr 1954 auf der Basis vorhandener klinischer Einrichtungen der Stadt Magdeburg gegründet. Im selben Jahr wurde auch der Studienbetrieb mit der klinischen Ausbildung im Fach Humanmedizin aufgenommen und der Hochschule das Promotions- und Habilitationsrecht verliehen. Im Jahr 1961 wurde zusätzlich die vorklinische Ausbildung begonnen, was bei den beiden anderen Medizinischen Akademien in Dresden und Erfurt erst 1990 geschah. Die Physik- und Chemieausbildung wurde anfangs mit Unterstützung der Technischen Universität Magdeburg realisiert.

a) Personal

Die Medizinische Akademie verfügt über 3.741 Stellen für Personal, in denen 2.909 Stellen für Personal der Kliniken und Institute enthalten sind. Dies entspricht 1,9 Planstellen pro Planbett (vgl. Abschnitt A.V. mit Übersicht 5). 45 Stellen sind für Professoren und 40 für Dozenten vorgesehen, was im Vergleich mit anderen Medizinischen Ausbildungsstätten in den neuen Ländern eher wenig ist. Dies dürfte insbesondere auf die nur 6 Stellen für Professoren und 5 für Dozenten in der Vorklinik zurückzuführen sein, von denen im übrigen nur je 4 besetzt sind. Auf 562 Stellen für Assistenten sind 611 Assistenten beschäftigt. 71% der Assistentenstellen sind als unbefristet ausgewiesen, während der Anteil der tatsächlich unbefristet beschäftigten Assistenten mit 57% schon günstiger liegt.

Die Hochschule sollte weiterhin konsequent versuchen, Assistenten hauptsächlich befristet einzustellen, auch die Planstellen sollten künftig in weit stärkerem Maße als befristete ausgewiesen werden.

b) Lehre

Die Medizinische Akademie Magdeburg bietet als einzige Ausbildungsstätte in den neuen Ländern ausschließlich das Studienfach Humanmedizin an; eine Ausbildung in Zahnmedizin erfolgt nicht. Ähnliches gilt dagegen für verschiedene Ausbildungsstätten in den alten Bundesländern. Die Zahl der Studienanfänger der Humanmedizin lag in den Jahren von 1986 bis 1989 bei durchschnittlich 142. Sie stieg im Jahr 1990 auf 182. 1991 möchte die Hochschule 200 Studienanfänger und mittelfristig sogar 250 bis 300 aufnehmen.

Der Wissenschaftsrat ist nicht davon überzeugt, daß die geplante Verdoppelung der Anfängerzahlen bewältigt werden kann. Insbesondere die stellenmäßig unzureichend ausgestattete Vorklinik wäre erhöhten Studentenzahlen nicht gewachsen. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, jährlich deutlich unter 200 Studenten aufzunehmen.

Die Gesamtzahl der Studenten lag in den 80er Jahren jeweils knapp unter 800 und ist im Jahr 1990 auf 827 (Frauenanteil: 54%) gestiegen. Die Zahl der Absolventen lag von 1986 bis 1990 bei durchschnittlich 120 pro Jahr. Im Jahr 1990 waren es 129 (Frauenanteil: 62%).

Für Praktika während des Studiums werden auch die Bezirkslungenklinik Lostau (Pulmologie) und das Bezirkskrankenhaus Magdeburg (Rheumatologie) in Anspruch genommen.

c) Forschung

In den Jahren 1986 bis 1989 wurden jährlich durchschnittlich 106 Mediziner promoviert, was in Relation zur Zahl der Absolventen einer sehr hohen Promotionsquote von rund 90% entspricht. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß mehr als die Hälfte der Promotionen von Externen eingereicht wurde. Die Anzahl der Promotionen B (Habilitation) lag 1989 bei 11.

Nach Darstellung der Medizinischen Akademie konzentriert sich das wissenschaftliche Potential vorwiegend auf die folgenden Schwerpunkte, zu denen jeweils zahlreiche Teilprojekte angegeben werden:

- Neurobiologie und Hirnforschung,
- Immunologie,
- Schwangerschaft und kindliche Entwicklung.

Des weiteren werden als übergreifende Forschungsschwerpunkte genannt:

- Medizinische Aspekte des Arbeitsschutzes,
- Umwelt- und Krankenhaushygiene,
- Entwicklung, Optimierung und Standardisierung diagnostischer und therapeutischer Methoden.

Im Rahmen der sogenannten auftragsgebundenen Forschung der Ministerien für Wissenschaft und Technik und für Gesundheitswesen der DDR wurden in den Jahren 1986 bis 1989 erhebliche Fremdmittel eingeworben, die sich auf sieben Hauptforschungsrichtungen der medizinischen Forschung sowie zahlreiche Forschungsprojekte bezogen.

Insbesondere bei den oben genannten Forschungsschwerpunkten bestand eine vielfältige Zusammenarbeit mit ausländischen Partnern in unterschiedlichen Kooperationsformen. Eine besondere Rolle kommt der Zusammenarbeit mit dem auf dem Gelände der Medizinischen Akademie gelegenen Institut für Neurobiologie und Hirnforschung zu, das zur Akademie der Wissenschaften gehörte. Dieses Institut wurde Anfang der 80er Jahre gegründet. An seinem Aufbau waren Wissenschaftler der Medizinischen Akademie Magdeburg maßgeblich beteiligt.

Der Wissenschaftsrat sieht durch das Zusammenwirken dieses Instituts mit entsprechenden Forschungsaktivitäten in der Medizinischen Akademie ein außergewöhnliches Potential für auch künftig ertragreiche Forschung. Es müssen jedoch geeignete Organisationsformen gefunden werden, die einerseits die Eigenständigkeit des Instituts und andererseits seine enge Anbindung an die Medizinische Akademie gewährleisten.

In Magdeburg diskutierte Pläne zur Beantragung eines Sonderforschungsbereiches und eines Graduiertenkollegs könnten zur Integration beider Einrichtungen beitragen.[1]

Für den weiteren Ausbau der Forschung wird es notwendig sein, geeignete Forschungsflächen vorzugsweise durch den Neubau eines Verfügungsgebäudes zu schaffen.

d) Krankenversorgung

Die Medizinische Akademie verfügte im Jahr 1989 über 1.919 Planbetten, was etwa dem Durchschnittswert für die neun Klinika der neuen Länder entspricht. Im Vergleich mit diesen Klinika ist die Magdeburger Auslastung mit 81% hoch und die Verweildauer mit 13,1 Tagen überdurchschnittlich günstig. Damit korrespondiert, daß nach den dem Wissenschaftsrat vorliegenden Daten in Magdeburg mit über 43.000 stationären Fällen pro Jahr vergleichsweise viele Patienten behandelt werden. 94% der Patienten kommen aus dem Bezirk Magdeburg, darunter 61% aus dem Kreis Magdeburg.

Nach Ansicht des Wissenschaftsrates wäre die von der Medizinischen Akademie angestrebte Verringerung der Bettenzahlen auf rund 1.550 ein wesentlicher Schritt für das Klinikum, der räumliche und personelle Kapazität für Forschung und Lehre freisetzen könnte. Im Hinblick auf das am Ort vorhandene Bezirkskrankenhaus mit 803 Betten und zahlreiche Kreiskrankenhäuser im Bezirk Magdeburg sollte jedoch ver-

---

[1] Zum Institut für Neurobiologie und Hirnforschung hat der Wissenschaftsrat eine gesonderte Stellungnahme abgeben: Stellungnahme zu den außeruniversitären Forschungseinrichtungen in der ehemaligen DDR im Bereich "Biowissenschaften und Medizin", S. 50ff.

sucht werden, das Klinikum noch weiter von den in einigen Bereichen sehr hohen Anteilen an der Normalversorgung zu entlasten. Für die Ausbauplanung hält der Wissenschaftsrat auch im Hinblick auf die Bevölkerungszahl des Landes Sachsen-Anhalt 1.350 Planbetten als Zielzahl für angemessen. Darin sind jedoch keine Neugeborenenbetten enthalten, wie dies in der jetzigen Bettenzahl der Fall ist.

Relativ rasch könnte die Zahl der Planbetten dadurch verringert werden, daß der aus der ehemaligen Landesfrauenklinik hervorgegangene Klinikbereich I der Frauenklinik wieder in eine Trägerschaft des Landes oder der Stadt überführt wird; der verbleibende Klinikbereich II der Frauenklinik wäre mit 153 Betten (plus 38 Betten für Neugeborene) für Zwecke von Lehre und Forschung ausreichend. Deutliche Potentiale für eine rasche Bettenreduzierung gibt es außerdem in der Kinderheilkunde (280 Betten), die - wie in vielen Klinika der neuen Länder - mit 21,6 Tagen (alte Länder: 8,4 Tage) eine bemerkenswert hohe Verweildauer hat, sowie in der Hautklinik, der HNO-Klinik und der Radiologie. Dagegen sind 136 Betten gemeinsam für Neurologie und Psychiatrie zu wenig. Auch der Mangel an Intensivbetten ist gravierend und hat das Land bereits zu Sofortmaßnahmen durch Aufstellung von Containern veranlaßt.

Die 587.965 (1989) ambulanten Konsultationen werden zu etwa zwei Drittel von in die Einzelkliniken integrierten Polikliniken durchgeführt und zu einem Drittel von der Zentralen Poliklinik, die zu 70-80% Normalversorgungsleistungen erbringt. Die Zentrale Poliklinik ist disziplinär in der Weise untergliedert, daß es Doppelungen in mehreren Fachgebieten mit den den Kliniken direkt zugeordneten Polikliniken gibt.

Der Wissenschaftsrat sieht mittelfristig keine Zukunft für die Zentrale Poliklinik als selbständige Einrichtung. In Abstimmung mit der Zunahme niedergelassener Ärzte sollte die Zentrale Poliklinik schrittweise aufgegeben werden. In den Fällen, in denen die fachlich entsprechenden Kliniken der Medizinischen Akademie nicht über eigene Polikliniken verfügen, sollten sie dort aufgebaut werden. So könnten etwa die auf HNO-Krankheiten sowie Urologie bezogenen Aktivitäten der Zentralen Poliklinik in dem Umfang, wie er für Lehre und Forschung notwendig ist, in die Kliniken für HNO-Krankheiten und Urologie überführt werden. Generell ist die Anzahl der Konsultationen auf das für Forschung und Lehre notwendige Maß zu reduzieren. Die Nutzung der Räume der Zentralen Poliklinik durch andere Kliniken könnte im übrigen Platz für fehlende Forschungslabors schaffen.

e) Bauliche Struktur

Die Gebäude der Medizinischen Akademie sind in erheblichem Umfang auf den Hauptstandort an der Leipziger Straße im südlichen Stadtgebiet von Magdeburg konzentriert. Dort sind die meisten Kliniken und Institute untergebracht. Die Gebäude wurden zum Teil Anfang des Jahrhunderts oder in den 30er Jahren errichtet und sind für die heutige Nutzung vielfach nur noch bedingt geeignet. Dies trifft etwa für den auf dem Stammgelände untergebrachten Teil der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Innere Medizin, die Neurologie und Psychiatrie sowie für die Klinik für Hautkrankheiten zu. Durch Neubauten aus den 70er und 80er Jahren, etwa für die Zentrale Poliklinik, ein benachbartes Bettenhaus sowie die Kliniken für HNO-Heilkunde und Orthopädie, ist dort der Ausstattungsstandard wesentlich besser.

Außerhalb des Hauptstandortes ist die Klinik für Kinderheilkunde an zwei Standorten zum Teil in Baracken völlig

unzureichend untergebracht, so daß hier rasche Verbesserungen unerläßlich sind. Der aus der früheren Landesfrauenklinik hervorgegangene Bereich der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe stellt ebenfalls einen Außenstandort dar, der allerdings in etwas besserem Zustand ist. Schließlich sind noch die Institute für Biologie und Sozialhygiene sowie die Medizinische Fachschule in ehemaligen Wohngebäuden außerhalb untergebracht. Vor diesem Hintergrund hat die Medizinische Akademie im Jahr 1988 mit den Vorbereitungen für einen Neubau einer kombinierten Kinder- und Frauenklinik auf dem Hauptstandort begonnen.

Der Wissenschaftsrat hält die Integration dieser beiden Kliniken in den Hauptstandort für vordringlich. Ein Neubau würde nicht nur zu einer Konzentration aller Kliniken auf einem Gelände führen, sondern auch die Chance bieten, Frauen- und Kinderklinik funktional aufeinander bezogen unterzubringen. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob neben der Pädiatrie auch die Kinderchirurgie und eventuell weitere interdisziplinäre pädiatrische Bettenstationen in den Neubau integriert werden könnten, um so eine kindgerechte Betreuung zu erleichtern. Der Wissenschaftsrat hält jedoch die bisher genannten Bettenzahlen für die Kinderklinik (190) und die Frauenklinik (177) für zu hoch; 160 bis 170 Betten einschließlich Kinderchirurgie wären für die Pädiatrie und ca. 120 Betten für die Frauenheilkunde ausreichend. Die weitere Planung sollte eine vergleichende Bewertung der beiden vorliegenden Planungsvarianten umfassen, wobei eine im Klinikumsgelände möglichst zentrale Positionierung des Neubaukomplexes vorteilhaft sein könnte.

Auf dem Gelände der Medizinischen Akademie befindet sich eine Medizinische Fachschule, die jedoch in städtischer Trägerschaft ist, während die entsprechende Fachschule der

Medizinischen Akademie außerhalb und unzureichend untergebracht ist. Der Wissenschaftsrat hält es im Hinblick auf die ausreichende Versorgung mit Pflegekräften für notwendig, daß die Medizinische Fachschule der Medizinischen Akademie weitergeführt wird. Es würde sich anbieten, dafür die auf dem Gelände der Medizinischen Akademie vorhandenen Räume zu nutzen. Entsprechende Verhandlungen mit der Stadt sollten mit diesem Ziel geführt werden.

Die Arbeitsgruppe des Wissenschaftsrates hat beim Besuch in Magdeburg die Standards der OPs sowie der Intensivbetten als ungenügend bezeichnet. Das Land hat hier erfreulich schnell reagiert und inzwischen verschiedene Vorhaben für die Errichtung von Container-Bauten zum Rahmenplan für den Hochschulbau angemeldet, die der Wissenschaftsrat inzwischen zur Aufnahme in den Rahmenplan empfohlen hat.

Die Situation der Institute ist recht verschieden. Während die Pathologie geräumig untergebracht ist und auch die Pharmakologie und Toxikologie über auskömmliche Gebäude verfügen, trifft Ähnliches für die Physiologie und die Biochemie nicht zu. Hier ist eine Angleichung anzustreben.

IV.4. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Akademie Magdeburg

Die Medizinische Akademie Magdeburg hat sich aus einem städtischen Krankenhaus schrittweise zu einer Medizinischen Hochschule mit eigener Vorklinik und eigenständigem Forschungsprofil entwickelt. Zudem hat die Medizinische Akademie die im Jahr 1990 entstandenen Möglichkeiten zielstrebig für die Aufstellung von weitreichenden Plänen für bauliche und inhaltliche Verbesserungen von Forschung und Krankenversorgung genutzt. Der Wissenschaftsrat sieht somit eine

solide Grundlage für die Fortführung der Medizinischen Akademie. Sie sollte allerdings auch künftig deutlich weniger als 200 Studenten pro Jahr aufnehmen.

Für ihre weitere Profilierung wird es notwendig sein, die Vorklinik, die durch ihre spätere Einrichtung noch heute personell und räumlich vergleichsweise schwach ausgestattet ist, zu stärken und zügig auszubauen, damit die Hochschule möglichst rasch über ein in allen Bereichen vollwertiges Klinikum verfügt. Der Intensivierung der Zusammenarbeit in Forschung und Lehre mit dem Institut für Neurobiologie und Hirnforschung, das auch künftig eigenständig sein sollte, kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Zusätzlich sind diese Bereiche aber auch an der Medizinischen Akademie zu stärken.

In Magdeburg bestehen neben der Medizinischen Akademie die Technische Universität und die Pädagogische Hochschule als eigenständige Einrichtungen. Die beiden letztgenannten haben eine enge Zusammenarbeit vereinbart, die zu einer Fusion führen könnte.[1] Die Medizinische Akademie ist dagegen zurückhaltend im Hinblick auf ihre Integration als Medizinische Fakultät einer größeren Universität, zumal fachliche Anknüpfungspunkte zur Technischen Universität, die keine Fachbereiche für Biologie oder Chemie hat, nur in der Rechentechnik und der Medizintechnik bestehen. Der Wissenschaftsrat empfiehlt jedoch allen Magdeburger Hochschulen eine möglichst enge Zusammenarbeit, die zu einem Zusammenschluß führen sollte, der eine gegenseitige Befruchtung der verschiedenen Fakultäten erlaubt.

---

[1] Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Lehrerbildung in den neuen Ländern, S. 109ff.

Große Bedeutung kommt der künftigen baulichen Entwicklung zu. Hierfür ist eine Gesamtkonzeption auf der Grundlage von 1.350 Planbetten unerläßlich, die - je nach den finanziellen Möglichkeiten - in Stufen eventuell auch über einen längeren Zeitraum verwirklicht werden kann und in jeder Realisierungsstufe einen gut funktionierenden Betrieb erlaubt. Eine Schlüsselstellung für die künftige Bebauung kommt dabei der zuerst geplanten Errichtung der kombinierten Frauen- und Kinderklinik zu. Sie darf daher erst vor dem Hintergrund einer schlüssigen Gesamtkonzeption begonnen werden, um weitere Entwicklungsmöglichkeiten nicht zu verbauen. Im Rahmen der Planung sollte auch erwogen werden, sanierungsfähige Gebäude entsprechend herzurichten und mittelfristig weiter zu nutzen, so daß die hohen Kosten für medizinische Neubauten über einen längeren Zeitraum gestreckt werden könnten.

Die Medizinische Akademie beabsichtigt, eine Untergliederung in Zentren und Abteilungen vorzunehmen. Die genauen Pläne der Hochschule sind noch nicht bekannt. Der Wissenschaftsrat weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß die Abteilungen in den Kliniken über eine ausreichende Größe verfügen sollten und insbesondere eine Zersplitterung in bettenführende Kleinstabteilungen vermieden werden sollte. Um günstige Bedingungen für die Forschung in den Kliniken zu schaffen, würde sich die Einrichtung nichtbettenführender Abteilungen anbieten, wie sie in der Inneren Medizin mit der Forschungsabteilung für Experimentelle Immunologie und in der Chirurgie mit der Forschungsabteilung Experimentelle Chirurgie schon bestehen. (vgl. Abschnitt A.VI.3.)

IV.5. Zur Landesperspektive

Zwei Hochschulklinika mit zusammen über 3.900 Betten sind für das Land Sachsen-Anhalt mit einer Bevölkerung von

3 Millionen sehr viel. Dies entspricht 13 Betten in Hochschulklinika pro 10.000 Einwohnern (vgl. Übersicht 1, S. 8). Im Hinblick auf die hohen Kosten pro Klinikumsbett, die sowohl durch den laufenden Betrieb wie auch durch dringend notwendige Neubauten verursacht werden, ist eine Reduzierung der Planbettenzahlen unerläßlich. Da der Wissenschaftsrat die Weiterführung der Medizinischen Fakultät der Universität Halle und der Medizinischen Akademie Magdeburg gleichrangig befürwortet, führt dies zu der Empfehlung, für die weitere Zielplanung beider Hochschulklinika jeweils 1.350 Betten zugrundezulegen. Dies würde zu 9 Klinikbetten pro 10.000 Einwohnern führen, was zwar überdurchschnittlich, aber noch vertretbar wäre.

Die Weiterführung beider Hochschulklinika ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn beide angemessen in der Finanzplanung des Landes berücksichtigt werden. Dies wird zu großen finanziellen Belastungen führen, die aber unerläßlich sind, um in einem überschaubaren Zeitraum von etwa 10 bis 15 Jahren zu zwei leistungsfähigen Universitätsklinika zu gelangen. Der Wissenschaftsrat erwartet, daß das Land erklärt, daß es beide Hochschulklinika weiterführen will und daß es zum 22. oder spätestens zum 23. Rahmenplan einen Finanzplan vorlegt, wonach der Ausbau zügig vorangetrieben wird. Im investiven Bereich ist für Magdeburg der Neubau der Frauen- und Kinderklinik sowie der Ausbau der vorklinischen Institute vorrangig, während für Halle die Ergänzung des Klinikums Kröllwitz im Vordergrund stehen muß.

Wie für die anderen Länder so ist es auch für Sachsen-Anhalt notwendig, eine abgestimmte Schwerpunktbildung zwischen beiden Hochschulklinika zu erreichen. Durch das Fehlen der zahnmedizinischen Ausbildung in Magdeburg ist dies in einem Bereich bereits angelegt. Voraussetzung ist je-

doch, daß die Schwerpunktbildung auch materiell unterstützt wird; dafür ist eine gute ausgebaute Zahnklinik mit Forschungs- und Lehreinrichtungen (Phantomköpfen) in Halle notwendig. Durch Absprachen zwischen beiden Ausbildungsstätten sollte die Schwerpunktbildung auch auf andere Spezialgebiete ausgedehnt werden. Nach Ansicht des Wissenschaftsrates kommen dafür z.B. die Transplantationsmedizin, die Herzchirurgie, die Nuklearmedizinische Therapie mit bestimmten Radioisotopen sowie die Neurobiologie in Frage. Bei Schwerpunktsetzungen der Medizinischen Fakultät in Halle ist zusätzlich eine Koordination mit der Medizinischen Fakultät in Leipzig und eventuell mit derjenigen in Jena wünschenswert.

Die Medizinische Akademie Magdeburg und die Technische Universität Magdeburg sollten sich bemühen, eine möglichst intensive Zusammenarbeit in Forschung und Lehre sowie beim Ausbau und der Nutzung von Einrichtungen der Infrastruktur zu erreichen, um so einen Zusammenschluß aller Magdeburger Hochschulen vorzubereiten.

B.V. Zur Hochschulmedizin in Thüringen

V.1. Medizinische Fakultät der Universität Jena

Die Medizinische Fakultät gehörte zu den vier Gründungsfakultäten der im Jahr 1558 errichteten Friedrich-Schiller-Universität Jena. Die Medizin war stets stark vertreten und brachte in allen Jahrhunderten Persönlichkeiten hervor, die weit über Jena hinaus wirkten. Dazu gehörten der Physiologe Schleiden, der die ersten Zellen nach Beobachtung mit einem Zeiss-Mikroskop beschrieb, der Anatom Ernst Haeckel, der Embryologe Oken und der spätere königliche Leibarzt Hufeland, der erster Dekan der Charité wurde. Im 19. Jahrhundert war die Medizin bereits überwiegend naturwissenschaftlich orientiert. Im 20. Jahrhundert setzte die Zusammenarbeit mit Zeiss bei der Erprobung von Mikroskopen und der Entwicklung verschiedener medizinisch-technischer Geräte einen besonderen Akzent. Vor dem 2. Weltkrieg verfügte die Medizinische Fakultät über die seinerzeit größten Kliniken für Chirurgie und HNO-Krankheiten in Deutschland. Nach dem Krieg nahmen die Universität und die Medizinische Fakultät den Lehrbetrieb bereits im Herbstsemester 1945 wieder auf.

a) Personal

Die Medizinische Fakultät verfügt einschließlich des Klinikums über 3.631 Planstellen, von denen 3375,5 am 1.10.1990 besetzt waren, und damit über eine vergleichsweise geringe Personalausstattung, wie auch die Zahl von 1,8 Planstellen pro Planbett zeigt (vgl. Abschnitt A.V. mit Übersicht 5). Darunter sind 48 Stellen für Professoren und ebenfalls 48 für Dozenten. 552 Stellen sind für wissenschaftliche Assistenten mit unbefristeten Verträgen und 117 Stellen für solche mit befristeten Verträgen ausgewiesen. Damit ist für

83% der Assistentenstellen keine Befristung vorgesehen. Dieser Anteil ist nicht nur im Vergleich zu den alten Ländern, sondern auch zu den neuen Ländern (durchschnittlich 71%) ungewöhnlich hoch. Entsprechend den Empfehlungen im Abschnitt A.V., hält es der Wissenschaftsrat für erforderlich, hier rasch zu einer deutlichen Erhöhung der zeitlich befristeten Assistentenstellen bei entsprechender Reduzierung der unbefristeten Stellen zu kommen. Die in Jena bereits praktizierte Verwendung eines Teils der unbefristeten Stellen für den Abschluß befristeter Arbeitsverträge ist ein erster Schritt in diese Richtung, der jedoch konsequent weiter verfolgt werden sollte.

b) Lehre

Nachdem in den Jahren 1986 bis 1989 jeweils etwa 165 Studienanfänger der Medizin und weitere 38 der Zahnmedizin aufgenommen wurden, wurden diese Zahlen im Jahr 1990 auf 210 für die Humanmedizin und 90 für die Zahnmedizin deutlich angehoben. Bei der Zahnmedizin ist zu berücksichtigen, daß 40 Studenten des Jahrgangs 1990 ihr Studium nach den zwei vorklinischen Jahren an den Medizinischen Akademien in Erfurt und Dresden fortsetzen werden. Im Jahr 1990 betrug die Gesamtzahl der Studenten der Humanmedizin 1.017 (Frauenanteil 54%) und die der Zahnmedizin 264 (Frauenanteil 46%). Im selben Jahr schlossen 147 Studenten der Humanmedizin und 39 der Zahnmedizin ihr Studium erfolgreich ab.

Der Wissenschaftsrat hat Bedenken gegen die in Jena praktizierte und weiterhin geplante Ausweitung der Zulassungszahlen für die medizinischen Studiengänge, wie unter A.III. ausgeführt. In der Zahnmedizin führt die Zulassung von 90 Studenten zu erheblichen Beeinträchtigungen der Ausbildungsqualität, da Räume und Ausstattung, die ursprünglich

für 25 Studenten vorgesehen waren, hierfür nicht ausreichen. Nach Ansicht des Wissenschaftsrates sollten künftig etwa 35 bis 40 Studenten der Zahnmedizin pro Jahr zugelassen werden. Dies scheint auch insofern angemessen, als die vorklinische Ausbildung in Dresden und Erfurt im Aufbau ist. In der Humanmedizin ist vor allem in den Instituten die Grenze der Belastbarkeit erreicht oder gar überschritten. Bei jährlich mehr als 200 Studienanfängern werden die Leistungen der Institute in der Forschung durch ein Übermaß an Lehraufgaben eingeschränkt.

c) Forschung

Im Jahr 1989 wurden 102 Promotionen A in der Medizin und weitere 16 in der Zahnmedizin abgeschlossen, was etwa den Vorjahreszahlen entspricht und mit 65% eine überdurchschnittlich hohe Promotionsquote darstellt. In den Jahren 1987 bis 1989 wurden 46 Promotionen B (Habilitation) in der Humanmedizin und weitere 4 in der Zahnmedizin durchgeführt; auch dies ist im Vergleich mit den anderen Medizinischen Fakultäten eine bemerkenswert hohe Zahl (vgl. Abschnitt A.III. mit Übersicht 2).

Als übergreifende medizinische Forschungsschwerpunkte, die zum Teil in Form von Arbeits- und Forschungsgemeinschaften (AFG) mit den Kliniken organisiert sind, werden von der Fakultät die folgenden genannt:

- Biomaterialeinsatz in der Medizin
- Entzündliche und degenerative Gelenkerkrankungen/Klinische Immunologie
- Hepatologie
- Tumorerkrankungen
- EEG-Mapping und Neuromonitoring

- Perinatologie und Entwicklungspharmakologie
- Laseranwendung in der Medizin
- Biomagnetographie
- Neurowissenschaften.

An den Arbeiten sind jeweils mehrere Kliniken oder Institute der Medizinischen Fakultät und zum Teil auch Institute anderer naturwissenschaftlicher Fakultäten der Universität beteiligt. Die in Jena ausgeprägte Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Instituten der Medizinischen Fakultät und die bemerkenswerte Einbindung weiterer Fakultäten sind eine gute Grundlage, um die vorhandenen Ansätze in der Forschung weiter zu entwickeln. Zudem werden Forschungsarbeiten durch das Tierexperimentelle Zentrum wirkungsvoll unterstützt. 1990/91 konnte die Geräteausstattung einiger Institute und Kliniken bereits beachtlich verbessert werden, wozu auch Industriekooperationen und erste durch Drittmittel geförderte Forschungsprojekte beigetragen haben. Die Medizinische Fakultät sollte in ihrem Engagement für die Forschung nicht nachlassen und dabei auch Kooperationen mit Industrieunternehmen einbeziehen, wobei insbesondere denen mit den ortsansässigen Firmen Carl Zeiss und Jenapharm - je nach deren künftiger Entwicklung - wieder zunehmende Bedeutung zukommen könnte.

Besonderes Gewicht sollte die Fakultät jedoch einer engen Zusammenarbeit mit den Nachfolgeeinrichtungen des Zentralinstituts für Mikrobiologie und experimentelle Therapie (ZIMET) beimessen. Einige Forschungsbereiche dieses Instituts (wie Medizinische Mikrobiologie und Virologie) könnten wertvolle Ergänzungen des Forschungsspektrums darstel-

len.[1] In den Räumen des ZIMET könnten außerdem Verfügungsflächen für die klinische Forschung von der Medizinischen Fakultät genutzt werden.

d) Krankenversorgung

Das Klinikum der Universität Jena verfügte 1989 über 2.045 Betten; darin sind 89 Betten für Neugeborene enthalten, die üblicherweise nicht zu den Planbetten gerechnet werden, sowie 121 Betten der Augenheilstätte Masserberg, die neben der Klinik für Augenkrankheiten mit 97 Betten betrieben wird. Hinzu kommen 220 Betten der Kinderklinik "Jussuf Ibrahim", die der Carl-Zeiss-Stiftung gehört und die Funktion einer Kinderklinik der Fakultät wahrnimmt, sowie vom Lehrstuhl für Orthopädie genutzte Betten im Rudolf-Elle-Krankenhaus im 20 Kilometer entfernten Eisenberg. Die Auslastung der 2.045 Betten betrug im Jahr 1989 lediglich 70%, auch die der belegbaren Betten lag mit 76% um 9% unter dem Durchschnittswert für Universitätsklinika der alten Länder. Die durchschnittliche Verweildauer liegt in Jena mit 15,4 Tagen um fast 4 Tage über dem Schnitt in den alten Ländern und ist auch im Vergleich zu anderen Klinika der neuen Länder ungewöhnlich hoch.

Im Hinblick auf den für ein Universitätsklinikum sehr großen Umfang der Krankenversorgung, der Spielräume für Forschung und Lehre einschränkt, die ungünstigen Zahlen für Auslastung und Verweildauer sowie die hohe Zahl von Betten in Universitätsklinika im Land Thüringen, empfiehlt der Wissenschaftsrat eine deutliche Reduzierung der Bettenzah-

---

[1] Der Wissenschaftsrat hat eine gesonderte Empfehlung zum ZIMET abgegeben: Stellungnahme zu den außeruniversitären Forschungseinrichtungen in der ehemaligen DDR im Bereich "Biowissenschaften und Medizin", S. 131ff.

len. Die Gesamtbettenzahl sollte erheblich unter der vom Klinikum für das Jahr 1991 angegebenen von 1.950 Betten liegen. Insbesondere in den Kliniken für Innere Medizin (Ist: 531 Betten), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (266 ohne Neugeborene), HNO-Heilkunde (111), Augenheilkunde (97 und 121) sowie Radiologie (90) ist Spielraum für den Abbau zu sehen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß es gegenwärtig neben dem Universitätsklinikum und der Kinderklinik kein weiteres Krankenhaus in Jena gibt. Der Wissenschaftsrat hat für den vollständigen Neubau eines Universitätsklinikums eine Bettenzahl von 1.350 (einschließlich Pädiatrie und Orthopädie) empfohlen (vgl. Abschnitt A.IV.). Diese Zahl sollte für den Ausbau des Gesamtklinikums in Lobeda, wo alle Bettenbereiche konzentriert werden sollten, zugrunde gelegt werden.

Auch den Umfang der ambulanten Krankenversorgung wird das Klinikum wesentlich reduzieren müssen. Im Jahr 1989 wurden insgesamt 717.725 Konsultationen, darunter 245.127 Erstkonsultationen, in den in die Einzelkliniken integrierten Polikliniken gezählt.

e) Bauliche Struktur

Die Unterbringung der Medizinischen Fakultät ist in vielen Bereichen unzulänglich und viel zu beengt. Zum einen ist die Gebäudesubstanz stark überaltert - 50% der genutzten Flächen befinden sich in über 70 Jahre alten Gebäuden. Zum anderen ist die Fakultät auf eine Vielzahl von Standorten zersplittert. Der in der Innenstadt gelegene Hauptstandort Bachstraße umfaßt lediglich 46% der genutzten Hauptflächen. Am Standort Landgrafengebiet sind weitere Kliniken (16%) und im Zentrum Goetheallee (13%) vorwiegend Institute untergebracht. Da diese und weitere in der Stadt gelegene Klinikstandorte (Hautklinik, Kinderklinik, Medizinische

Klinik Dornburger Straße) keine Erweiterungsflächen aufweisen, wurde in den 70er Jahren auf einem 8 Kilometer südlich des Stadtzentrums gelegenen Gelände in Jena-Lobeda mit dem Neubau des Universitätsklinikums begonnen. Dort wurde bisher jedoch lediglich die im Jahr 1980 bezogene Klinik für Innere Medizin errichtet, die dort über ca. 400 Betten, (zur Zeit für Krankenversorgung genutzte) Forschungsräume, einen Hörsaal und Seminarräume verfügt. Nach Ansicht der Fakultät sollte das Klinikum schrittweise nach Lobeda verlagert werden, wobei folgende Reihenfolge genannt wird: Frauenklinik, Konservatives Zentrum, Chirurgisches Zentrum, Kinderklinik, Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Klinik für Psychiatrie und Neurologie sowie weitere Einheiten.

Der Wissenschaftsrat unterstützt nachdrücklich die schrittweise Verlagerung der Kliniken aus dem Innenstadtbereich nach Lobeda, weil nur dort eine auch langfristig befriedigende Unterbringung zu realisieren ist. Die aus den 60er Jahren stammenden Baupläne sollten jedoch umgehend grundlegend überarbeitet werden, um die funktionellen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Kliniken baulich zu unterstützen, wie dies etwa für Frauenklinik und Kinderzentrum sowie die verschiedenen Kliniken eines Kopfzentrums eingeplant werden sollte. Dabei sollte sich die Reihenfolge der Realisierungsschritte, die im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zu planen sind, auch nach der Qualität der jetzigen Unterbringung richten, die detailliert untersucht werden sollte. Die dislozierte Unterbringung in unzulänglichen Gebäuden, die kaum sanierbar sind, macht einen Neubau für die Frauenklinik besonders dringlich.

Da die Hautklinik nicht nur isoliert, sondern auch in weitgehend sanierungsbedürftigen Gebäuden untergebracht ist, könnte sie für eine frühzeitige Verlagerung nach Lobeda

ebenfalls in Frage kommen, zumal die Anbindung an die dort bereits untergebrachte Klinik für Innere Medizin von Vorteil wäre. Es wäre auch zu prüfen, ob die Dermatologie im vorhandenen Bettenbereich der Inneren Medizin mit untergebracht werden könnte, so daß Neubauten nur für Ambulanz und Laboratorien nötig wären. Die im jetzigen Gebäude der Hautklinik untergebrachte Transfusionsmedizin müßte im übrigen rasch in die Nähe der chirurgischen Fächer verlagert werden.

Der notwendige Abbau von Betten schafft vermutlich auch im jetzt genutzten Bestand Möglichkeiten, Außenstandorte aufzugeben, wie sie etwa in Kahla und Bad Klosterlausnitz für die Frauenklinik bestehen. Vor größeren Geräteinvestitionen für die Radiologie sollte deren Konzentration auf wenige Standorte für einen mittelfristigen Zeitraum geklärt sein. Für die Innere Medizin ist in Lobeda ein Computertomograph erforderlich, der vom Institut für Röntgendiagnostik zu betreiben ist. Im übrigen sollte erwogen werden, einen OP-Container für die Augenklinik aufzustellen, bis der vorhandene OP nachhaltig verbessert ist. Mit Weiterführung des Anbaus und der Sanierung der Urologie - deren rechtliche Voraussetzungen geklärt werden müssen - ist ein mittelfristiger Verbleib am jetzigen Standort verbunden.

V.2. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Fakultät der Universität Jena

Nach Ansicht des Wissenschaftsrates kann kein Zweifel daran bestehen, daß die Universität Jena auch künftig über eine Medizinische Fakultät verfügen sollte. Für eine adäquate Unterbringung und Ausstattung sind jedoch im nächsten Jahrzehnt erhebliche Investitionen erforderlich. Schon aus diesem Grund sollte der Umfang der Krankenversorgung und damit auch die Dimensionierung von Neubauten reduziert werden,

was bei der Planung zu berücksichtigen ist. Dies würde es auch erlauben, Forschung und Lehre als primäre Aufgaben der Universität im Verhältnis zur Krankenversorgung zu stärken. Aus Gründen der Qualität des Studiums wird empfohlen, nicht mehr als 200 Studenten der Humanmedizin und etwa 35 bis 40 Studenten der Zahnmedizin pro Jahr neu zuzulassen.

Eine Reduzierung des Umfangs der Krankenversorgung ist auch in der Inneren Medizin notwendig. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, den Standort Dornburger Straße und die dort vorhandenen ca. 140 Betten aufzugeben. Falls es unter Versorgungsgesichtspunkten - etwa für die Geriatrie - notwendig sein sollte, müßten die Betten in eine andere Trägerschaft überführt werden. Zugleich sollte für die Klinik für Innere Medizin eine Struktur gefunden werden, wie sie im Abschnitt A.VI. beschrieben ist. Es würden sich drei bettenführende Abteilungen anbieten, die jeweils von einem berufenen Professor geleitet werden. Zusätzlich könnten nichtbettenführende Abteilungen eingerichtet werden, für die Forschung und Lehre neben der ambulanten und im stationären Bereich konsiliarischen Krankenversorgung im Mittelpunkt ihrer Aufgaben stehen sollten. So sollten die nur wenig ausgelasteten 16 Betten des Instituts für Klinische Immunologie in den Bettenpool der Inneren Medizin und das Institut als nichtbettenführende Abteilung in die Klinik für Innere Medizin integriert werden. Die Abteilungsgliederung ist auch in anderen Kliniken unter funktionalen Gesichtspunkten zu überprüfen.

Ein gravierender Engpaß besteht in der Klinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie, da dort lediglich 23 Ärzte sowohl für die Betreuung von 10 Intensivbetten in der Klinik als auch die Operationen an 15 Tischen im gesamten Klinikum angestellt sind. Dieser - auch von der Fakultät erkannte - Mangel muß rasch behoben werden, damit eine

zentrale fachgerechte Betreuung aller Operationen durch Anästhesisten möglich ist. In diesem Zusammenhang ist auch die Planung der dringend notwendigen Notfallaufnahme rasch zu konkretisieren.

Der Status der zur Universität gehörenden Augenheilstätte Masserberg, in der zwei wissenschaftliche Assistenten sowie 51 weitere Mitarbeiter der Universität beschäftigt sind, sollte verändert werden, wofür ein Wechsel der Trägerschaft - etwa auf die Landesversicherungsanstalt - notwendig ist. Eine Nutzung für Forschung und Lehre wäre auch weiterhin möglich, wie dies bei der Kinderklinik oder der Orthopädischen Klinik der Fall ist. Dafür ist jedoch eine klare vertragliche Regelung notwendig, die den bestimmenden Einfluß der Universität bei der Besetzung leitender Stellen sichert, die mit einer gleichzeitigen Berufung an die Universität verbunden sein sollten.

Einer baldigen Klärung bedürfen auch der künftige Status und die Finanzierung der Universitätskinderklinik Jussuf Ibrahim, die seit ihrer Gründung im Jahr 1917 in der Rechtsträgerschaft der Carl-Zeiss-Stiftung steht. Die Zukunft der von dieser Stiftung getragenen Einrichtungen sollte rasch geklärt werden.

Für die bauliche Entwicklung, die eine komplette Verlagerung nach Lobeda zum Ziel haben sollte, sollte umgehend ein Gesamtkonzept mit einer Zielzahl von 1.350 Betten aufgestellt werden. Nach Einschätzung des Wissenschaftsrates sollten vorrangig für die Frauenklinik und die Neurologie, aber auch für ein Verfügungsgebäude für die Forschung sowie ein Kopfzentrum Neubauten errichtet werden. Über das Gesamtkonzept sollte das Land bereits zusammen mit den Anmeldungen zum 22. Rahmenplan berichten.

V.3. Medizinische Akademie Erfurt

Die 1954 gebildete Medizinische Akademie Erfurt baute auf den Städtischen Krankenanstalten Erfurt auf und diente zunächst der klinischen Ausbildung von Studenten der Humanmedizin. Sie sieht sich in der Tradition der Medizinischen Fakultät der Universität Erfurt, die von 1392 bis 1816 bestand. Die Medizinische Akademie hat das Recht zur Promotion und zur Habilitation. 1961 wurde der Hochschule eine Medizinische Fachschule angegliedert. Seit 1975 wird neben der klinischen Ausbildung der Medizin auch die der Stomatologie (Zahnmedizin) angeboten. Der Aufbau einer eigenen vorklinischen Ausbildung begann 1990 mit einem befristeten Pilotprojekt für 30 Studenten.

a) Personal

Für die Medizinische Akademie Erfurt sind 3.678 Planstellen und 168 weitere für die Medizinische Fachschule ausgewiesen, auf denen am 1.10.1990 3.760 Personen beschäftigt waren, darunter 171 Teilzeitkräfte. Rund 225 Stellen waren im Oktober 1990 und rund 270 im Februar 1991 unbesetzt, darunter insbesondere solche für Ärzte, OP-Schwestern und Krankenschwestern. Eine Umrechnung der Personalstellen ergibt 1,7 Planstellen pro Planbett (vgl. Abschnitt A.V. mit Übersicht 5). Die Zahl der Stellen für Professoren beträgt 44, die Gesamtzahl der Hochschullehrerstellen 99, von denen allerdings 14 unbesetzt sind.

In allen Struktureinheiten der Medizinischen Akademie wurde im Herbst 1990 die "politische Vertrauensfrage" gestellt. Die Abstimmungen fanden unter jeweils vergleichbaren Bedingungen statt; die Ergebnisse wurden veröffentlicht. Solche Vertrauensabstimmungen können dazu beitragen, die Lasten

der Vergangenheit zu bewältigen. Sie können jedoch nicht als alleiniges Kriterium für die Weiterbeschäftigung von Hochschullehrern dienen. Entscheidend wird es sein, in den Fällen, in denen dieses notwendig ist, möglichst rasch personelle Konsequenzen zu ziehen, damit alle Abteilungen wieder voll arbeitsfähig werden.

Insgesamt ist die Personalausstattung in Erfurt eher knapp, so daß sie keinesfalls parallel mit dem Abbau der Krankenversorgung reduziert werden kann. Die gegenwärtig 60 unbesetzten Stellen für unbefristet angestellte wissenschaftliche Assistenten sollten praktisch ausschließlich befristet besetzt werden, um auch in Erfurt das Verhältnis von befristeten zu unbefristeten Stellen (Ist: 67%) nachhaltig zu verbessern (vgl. Abschnitt A.V.2.).

b) Lehre

Von ihrer Gründung bis zum Jahr 1989 hat die Medizinische Akademie zunächst Studenten der Humanmedizin und seit Mitte der 70er Jahre zusätzlich auch solche der Stomatologie in den klinischen Studienabschnitten (ab 3. Studienjahr) ausgebildet. In den Jahren 1986 bis 1989 wurden jeweils etwa 100 Studenten der Humanmedizin zugelassen, während die Zahl der Studienanfänger in der Zahnmedizin im gleichen Zeitraum kontinuierlich von 100 auf 56 gesunken ist. Die Studenten beider Fachrichtungen erhielten bisher ihre vorklinische Ausbildung (1. und 2. Studienjahr) an den Universitäten Leipzig und Jena. Im Jahr 1990 betrug die Zahl der Medizinstudenten (ab 3. Studienjahr) 443 und die der Zahnmedizin (ab 3. Studienjahr) 226. In den Jahren 1986 bis 1990 haben in Erfurt jeweils etwa 85 Studenten der Medizin ihr Studium erfolgreich abgeschlossen. In der Zahnmedizin sank die Zahl der Absolventen im gleichen Zeitraum von 87 auf 67.

Im Jahr 1990 wurden 132 Studenten der Medizin und 63 der Zahnmedizin in Erfurt zugelassen, von denen jeweils 15 ihre vorklinische Ausbildung erstmals in Erfurt im Rahmen eines vorklinischen Pilotprojektes erhalten, das nach Zustimmung durch den seinerzeitigen Minister für Bildung und Wissenschaft der DDR durchgeführt wird. Während die Ausbildung im Fach Anatomie vom Anatomischen Institut der Universität Jena wahrgenommen wird, werden alle anderen vorklinischen Fächer in Erfurt angeboten. Wenn das Pilotprojekt zur Daueinrichtung wird, möchte die Hochschule jährlich 130 Studenten der Medizin und 90 Studenten der Zahnmedizin in die Vorklinik aufnehmen. Im Jahr 1991 werden keine neuen Studenten in der Vorklinik immatrikuliert.

Die Arbeitsgruppe des Wissenschaftsrates hat beim Besuch in Erfurt den Eindruck gewonnen, daß Lehrende und Lernende der Vorklinik mit großem Engagement arbeiten, was durch die überschaubare Gruppengröße nachhaltig gefördert wird. Die oben genannte Zulassungszahl in der Zahnmedizin ist zu hoch, sie müßte auf ca. 60 Studenten pro Jahr begrenzt werden. Im Hinblick auf die geringe Zahl geeigneter Hörsäle und vielfach fehlende Möglichkeiten für Patientendemonstrationen (Pädiatrie, Orthopädie, Dermatologie) ist auch die Zulassungszahl für die Humanmedizin eher zu hoch.

c) Forschung

Die Zahl der A-Promotionen von Medizinern und Zahnmedizinern hat von 1986 bis 1989 kontinuierlich von 91 auf 141 zugenommen. Setzt man diese Zahl in Relation zu der der jährlichen Absolventen, so ergibt sich ein bemerkenswerter Anstieg der Promotionsquote von 52% (1986) auf 93% (1989). Bei der Bewertung ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Promotion nur in seltenen Ausnahmefällen im Jahr des Stu-

dienabschlusses erfolgt, in den vergangenen Jahren der Zeitraum zwischen Approbation und Promotion größer geworden ist und viele Externe promoviert worden sind (vgl. S. 33), was zudem bei sinkenden Absolventenzahlen zur Erhöhung der statistisch ausgewiesenen Promotionsquote führt. Die Zahl der B-Promotionen lag in den Jahren 1986 bis 1989 bei durchschnittlich 14 pro Jahr, von denen jeweils etwa 2 auf die Zahnmedizin entfielen (vgl. Abschnitt A.III. mit Übersicht 2).

Unter den übergreifenden Forschungsschwerpunkten hebt die Medizinische Akademie die Herz-Kreislauf-Forschung besonders hervor; in diesem Zusammenhang werden die seit 1965 regelmäßig stattfindende "Molsdorfer Konferenz über Haemostase und Thrombose" und die "Erfurter Workshops on Blood Platelets" (seit 1983) genannt. Außerdem fungierte die Sektion Stomatologie als Leiteinrichtung für die einschlägigen Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet innerhalb der DDR.

Insbesondere werden folgende Forschungsschwerpunkte genannt, die jeweils aus mehreren Teilprojekten bestehen und an denen meist eine ganze Reihe von Kliniken und Instituten beteiligt ist:

- Herz-Kreislauferkrankungen
- Karies und Periodontalerkrankungen
- Geschwulsterkrankungen
- Schwangerschaft und frühkindliche Entwicklung
- Biosignalerfassung und -verarbeitung
- Umweltschutz und Krankenhaushygiene
- Gesundheitsschutz im Kindes- und Jugendalter.

Die Forschung wurde in der Vergangenheit hauptsächlich durch Gelder aus dem Staatshaushalt finanziert, die im Jahr

1989 zu einem Drittel auf die beiden erstgenannten Forschungsschwerpunkte entfielen. Hinzu kamen Einnahmen aufgrund von Leistungsverträgen mit Betrieben und Einrichtungen in der DDR. In den vergangenen Monaten wurden Drittmittel bei den verschiedenen Förderorganisationen beantragt und zum Teil schon bewilligt. Im März 1991 hat die Max-Planck-Gesellschaft beschlossen, eine (von 13) befristeten MPG-Arbeitsgruppe an der Medizinischen Akademie in Erfurt einzurichten, die sich mit der Thematik "Molekulare und zelluläre Physiologie" befassen wird. Gute Möglichkeiten, vorhandene Forschungsansätze auszubauen und dort die klinische Forschung zu verstärken, gibt es beispielsweise in der Pathophysiologie, Pathobiochemie und der Pharmakologie.

d) Krankenversorgung

Im Jahr 1989 verfügte die Medizinische Akademie Erfurt über insgesamt 2.130 Betten, die zu 81,7% ausgelastet waren. Für das Jahr 1990 wurde die Bettenzahl bereits auf 1.940 reduziert.

Der Wissenschaftsrat sieht darin einen ersten Schritt, die Überlast in der stationären Krankenversorgung abzubauen. Hier müssen jedoch in den nächsten Jahren große weitere Schritte folgen, damit einerseits zusätzliches Personal für Forschung und Lehre (auch zum Aufbau der Vorklinik) zur Verfügung steht und andererseits die Finanzierbarkeit der Medizinischen Akademie durch das Land gesichert werden kann. Die vom Wissenschaftsrat als Mindestzahl für ein Universitätsklinikum angegebene Größe von 1.350 Betten müßte in Erfurt als Zielzahl angesetzt werden und insbesondere bei Neubauten zugrundegelegt werden. Beim Weg zu diesem Ziel muß jedoch bedacht werden, daß die Medizinische Akademie und das Katholische Krankenhaus Erfurt (437 Betten) die

einzigen Kliniken in Erfurt (220.000 Einwohner) darstellen. Neben verschiedenen Kreiskrankenhäusern in der Umgebung, die zwischen 300 und 600 Betten haben, gibt es in der Region noch ein Bezirksfachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Mühlhausen, sowie die Kliniken und Polikliniken Weimar und die Zentralklinik für Herz- und Lungenkrankheiten Bad Berka (vgl. Abschnitt B.V.5.).

Möglichkeiten für deutliche Bettenreduzierungen sieht der Wissenschaftsrat insbesondere in den Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe (Ist 1990: 428 Betten), Innere Medizin (347), Hautkrankheiten (138), HNO-Erkrankungen (115) und Augenkrankheiten (100). Die Klinik für Neurologie und Psychiatrie ist mit 26 Betten für die Neurologie und 59 für die Psychiatrie dagegen unter Gesichtspunkten von Forschung und Lehre zu klein. Ein erhebliches Defizit besteht auch bei den Intensivbetten, die zudem überwiegend ungenügend ausgestattet sind. Mit 625.714 Konsultationen, darunter 192.506 Erstkonsultationen, ist auch der Bereich der ambulanten Krankenversorgung überdimensioniert und müßte parallel mit dem Aufbau eines Netzes von niedergelassenen Ärzten auf den für Forschung und Lehre notwendigen Teil zurückgeführt werden.

e) Bauliche Struktur

Die annähernd 100 Gebäude der Medizinischen Akademie verteilen sich auf den Hauptstandort in der Nordhäuserstraße, vier verschiedene Außenstandorte mit Kliniken sowie die geplante Vorklinik und die Medizinische Fachschule. Der Bauzustand der Gebäude ist in Abhängigkeit vom Baujahr sehr unterschiedlich; 32% der Bauten sind älter als 70 Jahre.

Der Charakter des Hauptstandortes in der Nordhäuserstraße wird durch die um die Jahrhundertwende errichtete Pavillon-

anlage bestimmt. Dort sind hauptsächlich die Kliniken für Innere Medizin sowie die für Neurologie und Psychiatrie unzulänglich untergebracht. In den 20er Jahren wurde der erste größere Erweiterungskomplex eröffnet, den Chirurgie, Radiologie und Urologie nutzen. Im Jahr 1958 wurden in einem ersten Neubau der Medizinischen Akademie Kliniken für HNO- und Augenkrankheiten in Betrieb genommen, die in vergleichsweise gutem Zustand sind. Ähnliches gilt für die in den folgenden Jahren errichteten Neubauten für Pharmakologie und Toxikologie sowie für Mikrobiologie und die ebenfalls in den 50er Jahren errichtete Pathologische Anatomie.

Obwohl das Hauptgelände 17,8 ha groß ist und sich ein brachliegendes Erweiterungsgelände von rund 5,7 ha unmittelbar anschließt, gibt es eine Reihe von Außenstandorten für Einzelkliniken. Darunter ist die Frauenklinik am besten untergebracht, zumal in den 70er Jahren dort eine Erweiterung durch ein neues Bettenhaus mit insgesamt angemessenem Standard erfolgte. Im Gegensatz dazu ist die Unterbringung der Orthopädischen Klinik in einem über 100jährigen Schulgebäude, das im Ersten Weltkrieg zu einem Lazarett umgewandelt wurde, ausgesprochen problematisch; sie bedarf rasch einer Verbesserung.

Die Kinderklinik ist an einem dritten Außenstandort in einer ehemaligen Kaserne untergebracht. Für die Kinderklinik böte sich für eine Übergangszeit eine Verlagerung in die Räumlichkeiten der flächenmäßig großen Frauenklinik an, die bei reduzierten Bettenzahlen beide Kliniken aufnehmen könnte. Dies brächte große Vorteile für die Neonatologie. Falls sich diese Unterbringung nicht realisieren lassen sollte, könnte eine vorübergehende Verbesserung durch zusätzliche Nutzung eines benachbart gelegenen weiteren Kasernengebäudes am jetzigen Standort der Kinderklinik er-

reicht werden. Ein vierter Außenstandort beherbergt die Hautklinik, die diesen Standort mittelfristig ebenfalls aufgeben sollte. Für die dort absolut unzulänglich untergebrachte Abteilung für Medizinische Genetik ist dies dagegen so rasch wie möglich erforderlich. Durch die Übernahme der Räumlichkeiten der ehemaligen Parteischule bietet sich die Möglichkeit, dort vorübergehend die gesamte Vorklinik unterzubringen.

Anzahl und Ausstattung der OPs sowie die operative Ausstattung in vielen Kliniken und Instituten sind unbefriedigend und bedürfen einer wesentlichen Verbesserung auch durch Sofortmaßnahmen.

V.4. Zusammenfassende Empfehlungen zur Medizinischen Akademie Erfurt

Der Wissenschaftsrat sieht in Forschung, Lehre und auch Krankenversorgung verschiedene Ansatzpunkte dafür, daß die Medizinische Akademie Erfurt zu einer konkurrenzfähigen Medizinischen Hochschule weiterentwickelt werden kann. Dazu ist es zunächst erforderlich, die Entscheidung zu treffen, ob neben der Medizinischen Fakultät der Universität Jena auch in Erfurt eine Medizinische Ausbildungsstätte unterhalten werden soll (vgl. Abschnitt B.V.5., Zur Landesperspektive). Um diese Entscheidung zu treffen, ist es notwendig darzustellen, welche Maßnahmen empfohlen werden müßten, um der Medizinischen Akademie eine angemessene Entwicklungschance zu eröffnen:

Bei einer Weiterführung wäre es unerläßlich, daß gleichzeitig die entsprechenden finanziellen Vorkehrungen getroffen werden, um die erheblichen Bauinvestitionen sowie den laufenden Betrieb von zwei Ausbildungsstätten sicherzustellen.

Bei Fortführung der medizinischen Ausbildung in Erfurt müßte dies nach Ansicht des Wissenschaftsrates zwingend zur Folge haben, daß eine eigenständige Vorklinik aufgebaut wird, die personell, räumlich und apparativ angemessen ausgestattet sein müßte. Eine medizinische Ausbildungsstätte ohne Vorklinik hätte keine Chance, sich in den nächsten Jahren zu bewähren (vgl. Abschnitt A.III.3.). Die Nutzung der ehemaligen Parteihochschule zu diesem Zweck böte eine gute Grundlage für die Zusammenarbeit der vorklinischen Fächer in Forschung und Lehre, wäre aber auch an diesem Standort mit nicht unerheblichen Kosten verbunden. Weitaus günstiger wäre es wegen der unerläßlichen Wechselwirkung mit den klinischen Fächern, die künftig an Bedeutung gewinnen wird, wenn die Vorklinik auf dem Hauptgelände oder in unmittelbarer Nachbarschaft dazu errichtet werden könnte. Dafür käme entweder ein mit höheren Kosten verbundener Neubau oder der Umbau vorhandener Gebäude (möglicherweise Gebäude der Pädagogischen Hochschule) in Frage. Falls dennoch zunächst die ehemalige Parteischule genutzt werden sollte, wäre der Planung des Hauptstandortes für eine langfristige Zeitperspektive auch die Verlagerung der Vorklinik zugrunde zu legen. Der Wissenschaftsrat hielte eine jährliche Zulassungszahl von ca. 60 Studenten für die Zahnmedizin und von maximal 120 für die Humanmedizin für angemessen.

Daneben müßte die bauliche Situation der Medizinischen Akademie nachhaltig verbessert werden, wofür erste Pläne vorgelegt wurden. Diese müßten möglichst umgehend zu einem Gesamtkonzept erweitert werden, das langfristig die Unterbringung aller Kliniken und Institute (einschließlich der Vorklinik) am Standort Nordhäuserstraße ermöglichen sollte. Das Gesamtkonzept müßte von einem forschungsorientierten

Hochschulklinikum mit etwa 1.350 Betten ausgehen. Die Realisierungsstufen müßten einer Verbesserung der schwierigen Situation der zersplittert untergebrachten Inneren Medizin, aber auch der Neurologie, Orthopädie, Dermatologie und Pädiatrie Vorrang einräumen. Auch die Schaffung von Forschungsflächen, die eventuell mit neuen Gebäuden für einige Institute verbunden werden könnte, müßte Priorität erhalten, da vorhandene Ansätze in der Forschung ausgebaut werden müßten.

In der Medizinischen Akademie gibt es Überlegungen, eine Untergliederung in drei Fachbereiche (Vorklinik, Medizin, ZMK-Heilkunde) zu realisieren. Der Wissenschaftsrat hielte dies im Sinne einer Integration der medizinischen Disziplinen und ihrer gemeinsamen Verantwortung für das Medizinstudium und für die Forschung für nicht vorteilhaft, wie Beispiele an einzelnen Universitäten der alten Länder zeigen. In der Inneren Medizin könnten die Klinik für Innere Medizin und die Poliklinik für Innere Medizin nicht als getrennte Kliniken weitergeführt werden, sondern müßten künftig eine einheitliche Medizinische Klinik und Poliklinik bilden. Diese sollte in drei bettenführende Abteilungen untergliedert werden, die über einen gemeinsamen Bettenpool verfügen. Daneben könnten nichtbettenführende Abteilungen in der Inneren Medizin eingerichtet werden (vgl. Abschnitt A.VI.3.). Auch in anderen Kliniken wäre es notwendig, die Zahl der Abteilungen bzw. Bereiche deutlich zu reduzieren und zu gemeinsamen Bettenpools zu kommen.

Die geplante Zusammenfassung der Institute für allgemeine und kommunale Hygiene, für Arbeitsmedizin und für Sozialhygiene könnte zu einer leistungsfähigen Einheit führen, die es erlauben würde, auch größere Forschungsthemen aufzugreifen. Anstatt eigener Betten für die Arbeitsmedizin wäre da-

gegen die Beteiligung am Bettenpool der Inneren Medizin vorzusehen. Bei den eigenständigen Abteilungen ist zu überlegen, ob diese nicht mit anderen Kliniken oder Instituten verbunden werden könnten, wie etwa die Abteilung für Medizinische Genetik eine nichtbettenführende Abteilung der Frauenklinik werden könnte.

V.5. Zur Landesperspektive

Mit über 4.100 Betten an Hochschulklinika hat das Land Thüringen mehr Klinikumsbetten als die anderen neuen Länder. Auch wenn man diese Zahl auf die Einwohnerzahl von 2,7 Millionen bezieht, ist die Bettenausstattung mit 15,5 pro 10.000 Einwohner hoch und wird zur Zeit in den neuen Ländern nur von Mecklenburg-Vorpommern übertroffen (vgl. Übersicht 1, S. 8). Vor diesem Hintergrund ist es unerläßlich, daß das Land die Zahl seiner Betten an Hochschulklinika ganz erheblich reduziert, da es nur so die notwendigen Mittel für Investitionen und laufenden Betrieb wird aufbringen können, die für den Erhalt leistungsfähiger medizinischer Ausbildungsstätten erforderlich sind.

Besondere Bedeutung kommt der Entscheidung zu, ob neben der Medizinischen Fakultät der Universität Jena, deren Ausbau Priorität einzuräumen ist, auch die Medizinische Akademie Erfurt weitergeführt und ausgebaut werden soll. Ein Vergleich mit den Ländern Schleswig-Holstein (2,6 Millionen Einwohner, zwei Universitätsklinika mit zusammen 2.690 Planbetten), Brandenburg (2,6 Millionen Einwohner, kein Universitätsklinikum) und Rheinland-Pfalz (3,7 Millionen Einwohner, ein Universitätsklinikum mit 1.729 Planbetten) zeigt, daß nicht zuletzt aufgrund historisch gewachsener Strukturen die Zahl der Universitätsklinika (und der Planbetten) nicht ausschließlich an die Bevölkerungszahl ge-

knüpft ist und von daher durchaus verschiedene Perspektiven für Thüringen bestehen.

Für eine Weiterführung der Medizinischen Akademie Erfurt sprechen die vorhandene ausbaufähige wissenschaftliche Leistungsfähigkeit, für die auch die vorgesehene Einrichtung einer MPG-Arbeitsgruppe, die Bewilligung erster Drittmittelanträge und die vergleichsweise hohe Zahl von Promotionen und Habilitationen sprechen, sowie der Erhalt der Teilstudienplätze der Humanmedizin und der Zahnmedizin. Der Wissenschaftsrat hat jedoch erhebliche Bedenken hinsichtlich der Finanzierbarkeit durch das Land. Der Ausbau von zwei Klinika würde bei gleichem Haushaltsansatz doppelt so lange dauern wie derjenige nur eines Klinikums - 20 bis 30 Jahre statt 10 bis 15 Jahre. Außerdem ist der allein vom Land zu tragende jährliche Zuschußbedarf für ein leistungsfähiges Universitätsklinikum zu berücksichtigen, der nach Erfahrungen in den alten Ländern etwa 100 Millionen DM beträgt (vgl. Abschnitt A.I.2.). Unter der Bedingung, daß die notwendigen finanziellen Vorkehrungen vom Land getroffen werden, hält der Wissenschaftsrat die Weiterführung der Medizinischen Akademie für vertretbar. Eine Vorentscheidung für die Gründung der Universität Erfurt wäre dadurch nicht präjudiziert. Der Wissenschaftsrat erwartet, daß das Land - auch im Hinblick auf andere weitreichende Ausbaupläne - zum 22. oder spätestens zum 23. Rahmenplan einen Finanzplan vorlegt, wonach der Ausbau beider medizinischer Ausbildungsstätten zügig vorangetrieben wird. Nur dann wird es möglich sein, in 10 bis 15 Jahren über zwei leistungsfähige Hochschulklinika zu verfügen. Für eine gedeihliche Entwicklung der Hochschulmedizin wäre es nicht vertretbar, die beiden Klinika langsamer auszubauen; in diesem Fall wäre es unvermeidbar zu empfehlen, die Medizinische Akademie als akademisches Lehrkrankenhaus weiterzuführen.

Bei zwei Klinika mit jeweils etwa 1.350 Betten ergäbe sich eine Zahl von 10 Planbetten in Hochschulklinika pro 10.000 Einwohner. Dies wäre im bundesweiten Vergleich eine hohe Bettenzahl. Es sollten daher keineswegs höhere Zahlen für den Ausbau von zwei Klinika zugrunde gelegt werden. Andererseits wären Klinika mit deutlich geringer Bettenzahl nicht vertretbar, da solche Rumpfklinika nicht konkurrenzfähig sind (vgl. Abschnitt B.II.5.).

Unerläßlich ist eine enge fachliche Abstimmung zwischen beiden medizinischen Ausbildungsstätten. Durch klare Schwerpunktbildungen sollte eine Aufgabenteilung in möglichst vielen Bereichen erfolgen, soweit dies ohne Nachteil für das Gesamtspektrum der für eine Medizinische Fakultät und das Medizinstudium notwendigen Disziplinen möglich ist. In gemeinsame Konzepte für beide Ausbildungsstätten sollte dann auch die Zusammenarbeit mit nichtuniversitären Instituten und Kliniken integriert werden, für die sich z.B. die Zentralklinik für Herz- und Lungenkrankheiten Bad Berka in den Bereichen Kardiochirurgie und Pulmologie anbietet (vgl. Abschnitt A.VI.3.).

C. Zusammenfassende Empfehlungen

Der Wissenschaftsrat hat die sechs Medizinischen Fakultäten und drei Medizinische Akademien in den neuen Ländern unter Gesichtspunkten ihrer wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit, ihrer Entwicklungsmöglichkeiten, des bestehenden Bedarfs und ihrer Finanzierbarkeit geprüft. Er schätzt den Investitionsbedarf für Bauten und Geräte für jedes der Klinika für einen längeren Zeitraum (etwa 10 bis 15 Jahre) auf jährlich etwa 100 Millionen DM. Außerdem wird nach den Erfahrungen in den alten Ländern ein jährlicher, allein vom jeweiligen Land zu finanzierender Zuschuß in der gleichen Größenordnung pro Klinikum notwendig sein.

Der Wissenschaftsrat kommt zu der Empfehlung, acht medizinische Ausbildungsstätten in Berlin (Charité), Greifswald, Rostock, Leipzig, Halle, Magdeburg, Jena und gegebenenfalls Erfurt weiterzuführen und zu konkurrenzfähigen Einrichtungen der Forschung und Lehre sowie der zugehörigen Krankenversorgung weiterzuentwickeln. Er verbindet damit die Erwartung, daß die neuen Länder die dafür notwendigen finanziellen Vorkehrungen treffen. Der Freistaat Sachsen beabsichtigt, eine Medizinische Fakultät an der Technischen Universtität Dresden zu gründen. Die Medizinische Akademie Dresden soll als Akademisches Lehrkrankenhaus weitergeführt werden. Für die Medizinische Fakultät in Greifswald wird ein Modellklinikum empfohlen, das durch enge Kooperation mit einem Bezirkskrankenhaus auf die Medizin der Regelversorgung (Community Medicine) orientiert werden soll.

Künftig wird es darauf ankommen, in möglichst allen Kliniken und Instituten konkurrenzfähige Forschung zu etablieren. Nach Ansicht des Wissenschaftsrates ist dafür eine forschungsorientierte Organisation der Hochschulklinika notwendig. Besondere Bedeutung wird der Schaffung von geeigneten Forschungsflächen, der Einwerbung von Drittmit-

teln, der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie der Bildung von Forschungsschwerpunkten und der Entwicklung vielfältiger Formen der Forschungskooperation zukommen.

Unter Gesichtspunkten der auch künftig zu gewährleistenden Qualität des Medizinstudiums empfiehlt der Wissenschaftsrat eine Reduzierung der Zulassungszahlen für nahezu alle Standorte, die gegenüber der Gesamtzahl der Zulassungen des Jahres 1990 eine Verminderung um ein Viertel darstellt und früheren Zulassungszahlen entspricht. Es sollten Übergangsregelungen genutzt bzw. geschaffen werden, um dies zu ermöglichen, wofür verschiedene Alternativen angegeben werden.

Der Wissenschaftsrat hält es für unerläßlich, daß leistungsfähige medizinische Ausbildungsstätten den vorklinischen und den klinischen Teil des Studiums anbieten, da nur so die wünschenswerte Verzahnung beider Studienabschnitte erreicht werden kann. Er empfiehlt daher - unter dem Vorbehalt der entsprechenden mittelfristigen Finanzplanung - den Aufbau der Vorklinik für die Medizinische Akademie Erfurt und deren Ausbau für die Medizinische Akademie Magdeburg. Für die Ausbildung im Praktischen Jahr des Medizinstudiums ist eine vertraglich geregelte Kooperation mit geeigneten Lehrkrankenhäusern notwendig, die der Medizinischen Fakultät eine Mitsprache bei der Besetzung der Chefarztpositionen einräumt.

Die in den neuen Ländern übliche Form der öffentlichen Verteidigung der medizinischen Dissertationen sollte beibehalten werden, da sie zur Qualitätssteigerung beiträgt. Sie kann mit dieser Zielrichtung auch den Universitäten der alten Länder empfohlen werden. Der Wissenschaftsrat hält auch die früher in der DDR praktizierte Pflichtweiterbil-

dung aller Ärzte für vorteilhaft, um die Qualität der ärztlichen Versorgung zu gewährleisten.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt mit Nachdruck, den Umfang der Krankenversorgung innerhalb der Universitätskliniken auf das für Forschung und Lehre notwendige Maß zu begrenzen. Dafür sind ein deutlicher Abbau der teils sehr hohen Planbettenzahlen sowie Einschränkungen der ambulanten Krankenversorgung notwendig. Von den ca. 17.400 Planbetten an Hochschulklinika in den neuen Ländern sollen etwa 6.400 (37%) abgebaut und 11.000 auch künftig betrieben werden. Für die Charité und Leipzig werden jeweils 1.600 Planbetten, für Greifswald 1.050 und im übrigen 1.350 Planbetten pro Klinikum empfohlen. Diese Bettenzahlen können jedoch nicht unmittelbar erreicht werden, da bauliche Änderungen vielfach Voraussetzung sind und eine ausreichende Krankenversorgung der Region sonst nicht überall gewährleistet wäre. Bei der auch aus wirtschaftlichen Gründen notwendigen Erhöhung der bisher niedrigen Auslastung der Klinikbetten und der Verkürzung der bisher langen Liegezeiten der Patienten sind erste Schritte beim Bettenabbau (bis zu 25%) dagegen rasch zu realisieren (vgl. S. 37).

Besondere Bedeutung kommt einer jeweils landesweiten und nach Möglichkeit auch überregionalen Abstimmung zwischen den verschiedenen Universitätsklinika und mit anderen Kliniken bei. Sie betrifft sowohl die Beschaffung und Aufstellung von aufwendigen Großgeräten (z.B. Positronenemissionstomographie) als auch die Einrichtung besonderer Schwerpunkte etwa in der Transplantationsmedizin. Außerdem ist die Einbindung in die Krankenhausbedarfsplanung der jeweiligen Länder unerläßlich.

Um die notwendige personelle Erneuerung zu unterstützen, sollten alle Leitungspositionen grundsätzlich zur Disposi-

tion gestellt werden. Außerdem sollten die unerläßlichen Einzelevaluationen von Hochschullehrern zügig abgeschlossen werden, damit die Kräfte auf den dringend erforderlichen wissenschaftlichen Neuaufbau konzentriert werden können. Zur notwendigen Optimierung der Personalstruktur der Hochschulklinika bietet es sich an, externen Sachverstand in Anspruch zu nehmen. Der unvertretbar hohe Anteil an unbefristet eingestellten wissenschaftlichen Assistenten muß deutlich vermindert werden; dazu sind alle freiwerdenden Stellen grundsätzlich befristet zu besetzen. Im Bereich des "sonstigen" Personals werden erhebliche Möglichkeiten zur Personaleinsparung gesehen; zahlreiche Aufgaben (Bauarbeiten, Wäscherei, Reinigungsarbeiten etc.) können von Privatfirmen wirtschaftlicher wahrgenommen werden.

Der Wissenschaftsrat setzt sich mit Nachdruck für den Erhalt der medizinischen Fachschulen der Universitätsklinika ein.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt den neuen Ländern, klare Leitungsstrukturen für die Medizinischen Fakultäten zu schaffen und die Kompetenzen in der Hand des Dekans zusammenzufassen. Dafür ist eine angemessene Ausstattung des Dekanats auch künftig unerläßlich. Der Dekan sollte im Klinikumsvorstand mit vollem Stimmrecht vertreten sein. Die Einzelkliniken sollten von einem geschäftsführenden Direktor geleitet werden. Eine Gliederung der Kliniken in eine Vielzahl von Abteilungen hält der Wissenschaftsrat nicht für angemessen; die großen Kliniken (Innere Medizin und Chirurgie) sollten in nur wenige bettenführende Abteilungen untergliedert und zur Förderung der klinischen Forschung durch nichtbettenführende Abteilungen ergänzt werden.

Angesichts des enormen Investitionsbedarfs für die Hochschulklinika ist es notwendig, zügig umfassende Gesamtplanungen einschließlich Kostenschätzung für jeden Standort aufzustellen. Ausgehend von sorgfältigen Analysen des Bestandes sollten die Pläne wünschenswerte Verknüpfungen zwischen den verschiedenen Disziplinen einbeziehen, die besonderen Belange von Forschung und Lehre berücksichtigen und eine angemessene Infrastruktur vorsehen. Nur nach der Vorlage von überzeugenden Gesamtplanungen wird es dem Wissenschaftsrat möglich sein, Empfehlungen zur Aufnahme von Klinikneubauten oder größeren Sanierungsvorhaben in den Rahmenplan nach dem Hochschulbauförderungsgesetz abzugeben.

Mit Blick auf die auf die neuen Länder zukommenden finanziellen Belastungen, hat der Wissenschaftsrat erhebliche Bedenken, ob eine Finanzierbarkeit der Hochschulmedizin in den nächsten 10 bis 15 Jahren zu erreichen ist. Die vorliegenden Empfehlungen stehen daher unter dem Vorbehalt, daß die Länder entsprechende Finanzpläne vorlegen. Der Wissenschaftsrat wird die vorliegenden Empfehlungen bei seinen künftigen Empfehlungen zu den Rahmenplänen für den Hochschulbau zugrundelegen.

Anhang 1

Geschäftsstelle
des Wissenschaftsrates

Köln, 3.9.1990 ne

Fragen an die Medizinischen Fakultäten/Medizinischen Akademien in der Deutschen Demokratischen Republik

I. Entwicklung, Struktur

1. Es wird um einen sehr knappen historischen Abriß der Entwicklung der Medizinischen Fakultät bzw. der Medizinischen Akademie gebeten (etwa eine Seite).

2. Wie gliedert sich die Fakultät (Medizinische Akademie) in Kliniken, Institute, Abteilungen oder sonstige Einheiten und wie sind diese organisiert?

3. Wie ist das Klinikum (als Träger der Krankenversorgung) organisiert, untergliedert und in die Medizinische Fakultät und die Universität eingebunden?

II. Personal

4. Über welche Stellen, differenziert nach Professoren, Dozenten, wissenschaftlichen Assistenten (befristet und unbefristet) und anderen Mitarbeitern sowie differenziert nach Kliniken, Abteilungen u.s.w., verfügt die Fakultät bzw. das Klinikum am Stichtag 1.10.1990? Welche Stellen sind besetzt, differenziert nach männlich/weiblich?
Hält die Fakultät Veränderungen für erforderlich?

5. Es wird um Darstellung der Altersstruktur der Hochschullehrer sowie der auf Dauer angestellten wissenschaftlichen Assistenten gebeten.

6. In welchem Umfang haben Hochschullehrer und wissenschaftliche Mitarbeiter in den Jahren 1987 bis 1989 an wissenschaftlichen Fachtagungen im Ausland teilgenommen? Wieviel Wissenschaftler der Fakultät gehörten zum Reisekader?

III. Lehre

7. Wie hat sich die Zahl der Studienanfänger, Studenten und Absolventen seit 1986 entwickelt (differenziert nach Medizin/Zahnmedizin sowie männlich/weiblich)? Welche Zulassungszahlen sind für 1990/91 und 1991/92 vorgesehen?

8. Können alle Teile des Medizinstudiums innerhalb der Hochschule angeboten werden oder werden einzelne Fächer oder Studienabschnitte durch andere Einrichtungen angeboten?

9. Werden Krankenhäuser außerhalb des Universitätsklinikums in die Ausbildung der Medizinstudenten einbezogen? Wenn ja, wie?

10. Welches sind die hauptsächlichen Engpässe in der Lehre (z.B. Unterrichtsräume, Schrifttum, Lehrpersonal, Patientenzugang)?

IV. Forschung

11. Wie hat sich die Zahl der Promotionen (A und B), differenziert nach Medizin/Zahnmedizin und männlich/weiblich, seit 1986 entwickelt?

12. Welche übergreifenden medizinischen Forschungsschwerpunkte, an denen ggf. mehrere Kliniken oder Institute beteiligt sind, bestehen zur Zeit an Ihrer Hochschule oder sind geplant? Bitte führen Sie maximal zehn Schwerpunkte an.

13. In welchem Umfang wurden in den letzten fünf Jahren Mittel für besondere Forschungsvorhaben eingeworben? Nach Möglichkeit sollten die eingeworbenen Mittel nach Geldgebern, empfangenden Kliniken/Instituten und gegebenenfalls Begutachtung aufgeschlüsselt werden.

14. Mit welchen anderen Fakultäten Ihrer Hochschule, benachbarten Hochschulen oder außeruniversitären Einrichtungen in der DDR arbeiten Wissenschaftler der Medizinischen Fakultät besonders eng zusammen?

15. An welchen internationalen Forschungsprojekten sind Wissenschaftler der Fakultät beteiligt?

V. Krankenversorgung

16. Welchen Umfang hat die stationäre Krankenversorgung des Klinikums sowie der einzelnen Kliniken und Abteilungen (jeweils Bettenzahl, Auslastung, Verweildauer, Fallzahl und gegebenenfalls Zahl der Operationen).

17. Welches Einzugsgebiet für die stationäre Krankenversorgung hat das Klinikum? Welche anderen Krankenhäuser welcher Größe bestehen am Ort oder in der Region? Wie ist das Verhältnis von hochspezialisierter Krankenversorgung (Maximalversorgung) zu Normalversorgung (Patientengut vergleichbar einem "Kreiskrankenhaus")?

18. Welche Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung bestehen in der Fakultät und wie hoch sind die Fallzahlen?

19. Gibt es Schwerpunkte der Krankenversorgung, die besondere Bedeutung über das sonst übliche Einzugsgebiet des Universitätsklinikums hinaus haben?

VI. Ausstattung

20. Über welche Hauptflächen, differenziert nach Kliniken und Instituten, verfügt das Universitätsklinikum bzw. die Fakultät? Falls möglich, sollten diese Flächen nach solchen für Lehre, Forschung, Untersuchung und Behandlung, Krankenpflege, Ver- und Entsorgung oder ähnlichen bei Ihnen gebräuchlichen

Kategorien für die verschiedenen Kliniken aufgeschlüsselt werden. Eine kurze Beschreibung des Baubestands mit Lageplan aller Gebäude würde die Beurteilung erleichtern.

21. Welche Bauvorhaben werden gegenwärtig durchgeführt? Es wird um eine kurze Darstellung dieser Baumaßnahmen mit ungefährer Zeit- und Kostenplanung gebeten.

22. In welchen Bereichen bestehen besondere Engpässe aufgrund baulicher Unzulänglichkeiten?

23. Welche Pläne für die weitere bauliche Entwicklung des Klinikums bestehen kurz-, mittel- und langfristig?

24. Welche Großgeräte (ab ca. 150.000 DM) hält die Fakultät kurzfristig und eventuell auch mittelfristig für zusätzlich erforderlich?

VII. Weitere Entwicklung

25. Welche wissenschaftlichen und organisatorischen Vorstellungen bestehen für die weitere Entwicklung der Medizinischen Fakultät bzw. Akademie?

26. Welche Schwierigkeiten und Probleme, mit denen die Fakultät/Akademie in den letzten Jahren konfrontiert war, bedürfen besonders dringend einer Lösung? Welche Lösungen wären geeignet?

27. Welche Elemente des akademischen Lebens der bisherigen DDR sind nach Ihrer Ansicht den in der BRD bestehenden Regelungen überlegen?

Anhang 2:

Ausgewählte Empfehlungen und Stellungnahmen des Wissenschaftsrates zu

a) übergreifenden medizinischen Themen:

- Empfehlungen zur Verbesserung der Lage von Forschung und Lehre in der Zahnmedizin, 1981.
- Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, 1986.
- Empfehlungen zur Förderung klinischer Forschergruppen in den Hochschulen, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1987, S. 103ff.
- Stellungnahme zur Einrichtung von Transplantationszentren in Hochschulkliniken, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1987, S. 137ff.
- Stellungnahmen zu medizinischen Forschungseinrichtungen außerhalb der Hochschulen, 1987.
- Empfehlungen zur Verbeserung der Ausbildungsqualität in der Medizin, 1988.
- Stellungnahme zum Ausbau der Positronen-Emissions-Tomographie in der Medizin, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1988, S. 289ff.
- Empfehlungen zur Förderung der Klinischen Pharmakologie, 1990.

b) einzelnen Hochschulklinika (seit 1987):

- Stellungnahme zum weiteren Ausbau der Hochschulklinika in Schleswig-Holstein, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1987, S. 213ff.
- Empfehlungen zur Verlagerung des Universitätsklinikums Charlottenburg in das Universitätsklinikum Rudolf Virchow der Freien Universität Berlin, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1987, S. 153ff.
- Stellungnahme zum weiteren Ausbau des Klinikums der Universität Regensburg, 3. Bauabschnitt, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1988, S. 305ff.
- Empfehlung zur mittelfristigen Ausbauplanung des Klinikums der Universität Mainz, Mai 1990.
- Stellungnahme zum weiteren Ausbau der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, Mai 1990.
- Stellungnahme zur weiteren Entwicklung und Ausbauplanung der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg, Juli 1990.
- Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Universität Tübingen, Juli 1990.

- Stellungnahme zum weiteren Ausbau der Medizinischen Einrichtungen der Universität Heidelberg, November 1990.
- Stellungnahme zum Ausbau des Universitätsklinikums Steglitz der Freien Universität Berlin, November 1990.
- Stellungnahme zur weiteren Entwicklung und zum Ausbau der Medizinischen Einrichtungen der Universität des Saarlandes in Homburg/Saar, Januar 1991.

c) den jährlichen Rahmenplänen nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG), zuletzt:

- Empfehlungen zum 21. Rahmenplan für den Hochschulbau 1992-1995, Köln 1991.

d) der Hochschulstruktur in den neuen Ländern:

- Perspektiven für Wissenschaft und Forschung auf dem Weg zur deutschen Einheit, Juli 1990.
- Empfehlungen zu Hochschulstrukturkommissionen und Berufungspolitik, November 1990.
- Empfehlung zur vorläufigen Aufnahme von Hochschulen in den neuen Ländern ins HBFG, November 1990.
- Empfehlungen zur Erneuerung der Lehre und zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses an den Hochschulen der neuen Länder und im Ostteil von Berlin, Januar 1991.
- Empfehlungen zur Errichtung von Fachhochschulen in Berlin-Ost und Mittweida (Sachsen), Januar 1991.
- Empfehlungen zur Errichtung eines Fachbereichs Sozialwesen an einer Fachhochschule in Potsdam, März 1991.
- Empfehlungen zu Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Rechtswissenschaft in den neuen Ländern, März 1991.
- Empfehlungen zum Aufbau der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an den Universitäten/Technischen Universitäten in den neuen Bundesländern und im Ostteil von Berlin, Mai 1991.
- Empfehlungen zu den Ingenieurwissenschaften an den Universitäten und Technischen Hochschulen der neuen Länder, Juli 1991.
- Empfehlungen zu den Agrar-, Gartenbau-, Forst-, Haushalts- und Ernährungswissenschaften sowie zu Lebensmitteltechnologie und Veterinärmedizin an den Hochschulen der neuen Länder und in Berlin, Juli 1991.

- Empfehlungen zur Errichtung von Fachhochschulen in den neuen Ländern, Juli 1991.
- Empfehlungen zur Lehrerbildung in den neuen Ländern, Juli 1991.

e) außeruniversitären Forschungseinrichtungen in den neuen Ländern:

- Stellungnahmen zu den außeruniversitären Forschungseinrichtungen in den neuen Ländern und in Berlin - Allgemeiner Teil -, Juli 1991.
- Stellungnahme zu den Zentralinstituten für Molekularbiologie, Krebsforschung und Herz-Kreislauf-Forschung in Berlin-Buch, Januar 1991.
- Stellungnahme zu den außeruniversitären Forschungseinrichtungen in der ehemaligen DDR im Bereich "Biowissenschaften und Medizin", Juli 1991.
- Umweltforschung in den neuen Ländern. Zwischenbericht und erste Empfehlungen, Juli 1991.