

Stellungnahme zur weiteren Entwicklung
der Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
Vorbemerkung	2
A. Ausgangslage	3
I. Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern	3
1. Entwicklung und gegenwärtiger Stand	3
2. Finanzierung	8
II. Medizinische Fakultät der Universität Rostock	11
1. Entwicklung, Struktur und Personal	11
2. Lehre und Studium	20
3. Forschung	21
4. Krankenversorgung	28
5. Baubestand und Ausbauplanung	33
III. Medizinische Fakultät der Universität Greifswald	40
1. Entwicklung, Struktur und Personal	40
2. Lehre und Studium	47
3. Forschung	50
4. Krankenversorgung	58
5. Baubestand und Ausbauplanung	64
B. Stellungnahme	70
I. Zur Situation der Hochschulmedizin	70
II. Zur Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern	73
1. Zu übergreifenden strukturellen Fragen	73
2. Zur Situation der Zahnmedizin	77
3. Zur Finanzierung	92
III. Zur Medizinischen Fakultät der Universität Rostock	94
1. Zu Struktur und Personal	94
2. Zu Lehre und Studium	98
3. Zur Forschung	99
4. Zur Krankenversorgung	103
5. Zu Baubestand und Ausbauplanung	106
IV. Zur Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald	111
1. Zu Struktur und Personal	112
2. Zu Lehre und Studium	120
3. Zur Forschung	121
4. Zur Krankenversorgung	125
5. Zu Baubestand und Ausbauplanung	126
C. Zusammenfassung	129

Vorbemerkung

In seinen Empfehlungen zur Hochschulmedizin in den neuen Ländern und in Berlin¹⁾ vom September 1991 hat der Wissenschaftsrat neben allgemeinen Aussagen zur künftigen Entwicklung der Hochschulmedizin auch spezifische Empfehlungen zu den medizinischen Ausbildungsstätten in den neuen Ländern gegeben. Er hat sich darin ausführlich mit der Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern befaßt und grundlegende Empfehlungen zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultäten des Landes ausgesprochen. Danach sollte eine Gesamtplanung für die beiden medizinischen Ausbildungsstätten in Rostock und Greifswald aufgestellt werden und eine Absprache zwischen beiden Standorten über jeweilige Schwerpunkte mit entsprechender Aufgabenteilung in möglichst vielen Bereichen erfolgen.²⁾

Der Ausschuß Medizin hat die Medizinische Fakultät der Universität Rostock am 10. Februar 1994 besucht. Eine Visite der Greifswalder Fakultät fand am 11. Februar 1994 statt. Auf der Grundlage der Besuche sowie der vom Land Mecklenburg-Vorpommern und der Medizinischen Fakultäten vorgelegten, im April 1995 zuletzt überarbeiteten Konzeption wurde die vorliegende Stellungnahme vom Ausschuß Medizin vorbereitet. Der Wissenschaftsrat hat die Stellungnahme am 19.1.1996 verabschiedet.

¹⁾ Empfehlungen zur künftigen Struktur der Hochschullandschaft in den neuen Ländern und im Ostteil von Berlin, Teil III, Köln 1992.

²⁾ A.a.O., S. 71-77.

A. Ausgangslage

A.I. Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern

I.1. Entwicklung und gegenwärtiger Stand

Die Medizinischen Fakultäten der Universitäten Rostock und Greifswald gehören zu den Gründungsfakultäten ihrer Universitäten, die jeweils auf eine über 500jährige Geschichte zurückblicken können. Sie sind auch heute von großer Bedeutung für beide Universitäten. Bei der Neustrukturierung der Hochschullandschaft in den neuen Ländern war allerdings zu bedenken, daß das strukturschwache Land Mecklenburg-Vorpommern unter denjenigen Ländern, die über zwei Universitätsklinika verfügen, dasjenige mit der geringsten Einwohnerzahl ist. Vor diesem Hintergrund schlug der Wissenschaftsrat vor, den Ausbau des Universitätsklinikums in Rostock auf eine Planbettenzahl von 1.350 zu begrenzen. Für das Universitätsklinikum Greifswald wurde eine Planbettenzahl von 1.050 zugrunde gelegt, wobei die geringere Bettenausstattung durch eine enge vertragliche Zusammenarbeit mit einem Bezirkskrankenhaus kompensiert werden sollte. Außerdem hielt es der Wissenschaftsrat für notwendig, den vergleichsweise hohen Anteil an Regelversorgung gezielt für Lehre und Forschung im Sinne eines bevölkerungsorientierten Konzeptes (Community Medicine) zu nutzen. Der Ausbau der Maximalversorgung sollte dementsprechend auf ein Minimum beschränkt bleiben.

Darüber hinaus empfahl der Wissenschaftsrat, ein Konzept für eine enge fachliche Abstimmung beider Universitätsklinika aufzustellen, in dem eine klare Schwerpunktbildung und eine Aufgabenteilung in möglichst vielen Bereichen erfolgen sollte. Ausdrücklich wies er auf den Studiengang Zahnmedizin hin, der nur an einem der beiden Standorte auszubauen sei.¹⁾ Mit

¹⁾ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur künftigen Struktur der Hochschullandschaft in den neuen Ländern und im Ostteil von Berlin, Teil III, Köln 1992, S. 69.

dieser Zielvorstellung und vor dem Hintergrund der desolaten Bausubstanz der Zahnklinik "müßte insbesondere geprüft werden, ob der Studiengang Zahnmedizin in Greifswald aufgegeben werden" müsse. Eine Empfehlung, an welchem der beiden Standorte die Zahnmedizin erhalten bleiben solle, sprach der Wissenschaftsrat in diesem Zusammenhang nicht aus.

Anläßlich seines Besuches im Februar 1994 stellte der Ausschuß Medizin des Wissenschaftsrates mit Erstaunen fest, "daß beide Medizinischen Fakultäten mittlerweile auf ein mehr oder minder vollständiges Leistungsspektrum"¹⁾ hinarbeiteten. Die erwartete Abstimmung des fachlichen Spektrums hatte "nach dem Eindruck des Ausschusses Medizin nur in sehr unzureichendem Maß stattgefunden". Die Ausbauplanungen beider Fakultäten zielten auf ein geschätztes Gesamtvolumen von rund 1,9 Milliarden DM (Rostock: 792 Mio DM; Greifswald 1.068 Mio DM)²⁾ und "im Hinblick auf den zugrundegelegten Raumbedarf auf ein wünschbares Optimum". Auch im Vergleich mit den Ansprüchen der Medizinischen Fakultäten in den alten Bundesländern überstiegen diese Vorstellungen das vertretbare Maß nach Einschätzung des Ausschusses Medizin deutlich. Nach wie vor sah der Ausschuß Medizin "keinen Grund, zwei zahnmedizinische Schwerpunkte in Mecklenburg-Vorpommern aufzubauen". Dies gelte auch für andere Fächer, beispielsweise Arbeitsmedizin, aber auch klinische Teildisziplinen, unter anderem Kinder-, Neuro- und Herzchirurgie, bei denen denkbar sei, daß eine Fakultät die Lehraufgaben für beide Standorte wahrnehme. Erneut wurde auch die Frage nach den für Forschung und Lehre erforderlichen Planbetten gestellt. Es sei zu überlegen, "ob

¹⁾ Schreiben des Vorsitzenden des Ausschusses Medizin des Wissenschaftsrates vom 9. 3.1994 an die Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern.

²⁾ - Medizinische Fakultät der Universität Rostock; Materialien zum Besuch des Wissenschaftsrates am 10. Februar 1994, S. 146.
- Medizinische Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt Universität, Greifswald, November 1993, S. 182.

nicht ein bestimmtes Kontingent an "Landesbetten" zu identifizieren und über entsprechende Mittel zu finanzieren wäre."

Land und Fakultät leiteten daraufhin ein neues Abstimmungsverfahren ein, in das auch das Sozialministerium und weitere externe Experten eingebunden waren, mit dem Ziel, das Konzept für die beiden Medizinischen Fakultäten zu überarbeiten. Das neue Konzept wurde im Dezember 1994 vorgelegt und basierte auf den folgenden Eckdaten:

Absenkung der Zahl HBGf-finanzierter Planbetten

Die Zahl der über das HBGf finanzierten Betten soll am Standort Greifswald künftig auf 760 (bisher 1.098 Betten) und am Standort Rostock auf 988 (bisher 1.354 Betten) reduziert werden. Diese Bettenkapazitäten werden an den jeweiligen Standorten für den Bedarf der hochschulmedizinischen Aufgaben als ausreichend erachtet. Sie reichen jedoch nicht aus, um die den beiden Hochschulklinika obliegenden Verpflichtungen in der regionalen Krankenversorgung zu erfüllen. Hinzu kommen daher in Greifswald 45 und in Rostock 424 sogenannte Versorgungsbetten, die außerhalb des HBGf finanziert werden sollen. Insgesamt ergibt sich daraus für Greifswald eine Gesamtzahl von 805 und für Rostock von 1.412 in universitärer Trägerschaft stehenden Planbetten. Eine entsprechende Regelung ist im Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern vorgesehen, das im Jahr 1996 in Kraft treten soll. Der laufende Betrieb der Hochschulklinika wird in üblicher Weise über die Vergütung der Krankenversorgung und die Landeszuschüsse finanziert.

Überführung von Fachgebieten in andere Trägerschaft

Außerdem sind Trägerwechsel für das Fachgebiet Psychiatrie der Medizinischen Fakultät Greifswald vorgesehen. Die Übernahme der Erwachsenenpsychiatrie durch die Odebrecht-Stiftung sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch das Christopho-

rus-Krankenhaus in Ückerförde wird derzeit vorbereitet. Auf den ursprünglich geplanten Trägerwechsel der Klinik für Nervenheilkunde in Rostock sowie der Klinik für Orthopädie in Greifswald wurde im Hinblick auf die gegenüber ursprünglichen Planungen erweiterte Versorgungsbettenregelung verzichtet. Das Konzept des Trägerwechsels soll "die Belange von Forschung und Lehre durch eine entsprechende Beteiligung des Landes" sicherstellen. Das für Forschung und Lehre notwendige Personal wird weiterhin der Universität angehören."¹⁾

Kooperation mit Krankenhäusern der Region

Eine weitreichende Kooperation mit regionalen Krankenhäusern ist für beide Standorte vorgesehen (vgl. A. II. 1. sowie A. III. 4.). Die anlässlich des Besuchs des Ausschusses Medizin in Erwägung gezogene komplette Verlagerung einzelner Universitätskliniken und ihre Zusammenführung mit städtischen Krankenhäusern erwies sich als nicht durchführbar.

Komplementarität der klinischen Fächer und Schwerpunkte in der Forschung

Zwischen Land und Fakultät wurde ein Konzept der komplementären Schwerpunkte vereinbart, das für den Standort Greifswald insbesondere den Verzicht auf die ursprünglich geplanten Einrichtungen zur Knochenmarktransplantation mit sich brachte (vgl. A. II. 1., A. II. 3. sowie A. III. 3.). Entsprechend den Vereinbarungen für die klinischen Fächer wurde ein Konzept komplementärer Schwerpunkte für die Forschung vereinbart.

Reduktionen in der Zahnmedizin

Für die Überlegungen zur Zahnmedizin war von Bedeutung, daß die Community Dentistry, die zum Zeitpunkt der Empfehlungen

¹⁾ Schreiben der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 15.12.1994

des Wissenschaftsrates von 1991 noch nicht im Vordergrund stand, mittlerweile als wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil des Konzeptes der Community Medicine erkannt wurde. Gleichwohl hält das Land am Fortbestehen der zahnmedizinischen Ausbildung am Standort Rostock fest. Im Rahmen der erneuten konzeptionellen Überlegungen schlug eine eigens zu diesem Punkt einberufene Expertenkommission vor, beide zahnmedizinischen Standorte mit reduzierten Studentenzahlen (Rostock: 32 Studienanfänger pro Jahr, Greifswald: 25 Studienanfänger pro Jahr) und reduziertem Investitionsvolumen fortzuführen. Die Landesregierung hat daraufhin im Dezember 1994 den Erhalt beider zahnmedizinischer Standorte beschlossen.

Absenkung der Studentenzahlen

Im Hinblick auf die anstehende Reduzierung der HBMG-finanzierten Planbetten um insgesamt 704 Betten an beiden Standorten erwartet das Land eine Absenkung der jährlichen Aufnahmequoten für Humanmedizin auf künftig 120 Studienanfänger in Greifswald und 150 in Rostock.

Einsparungen im investiven und konsumptiven Bereich

Die neuen Planungen des Landes gehen von einem Investitionsbedarf von rund 1,5 Milliarden DM für beide Klinika innerhalb von 15 Jahren aus.¹⁾ Dies bedeutet nach Angaben des Landes gegenüber der Ausgangsplanung eine Reduktion um 872 Millionen DM. Einsparungen bei den Betriebskosten seien auch im personellen Bereich, beispielsweise durch Reduktionen bei C4- und C3-Stellen, möglich gewesen. Infolge der Bettenreduzierung werde mit einem sinkenden Gesamtaufwand der beiden Klinika gerechnet, der sich allerdings nicht unmittelbar auf die Landeszuschüsse für Forschung und Lehre niederschlage, da gleichzeitig Ertragsausfälle einzukalkulieren seien.

¹⁾ Weitere Reduktionen werden sich durch die anderweitige Finanzierung der Versorgungsbetten ergeben.

I.2. Finanzierung

Der Landeszuschuß an Medizinische Fakultät und Klinikum der Universität Rostock betrug im Jahr 1993 52,6; im Jahr 1994 belief sich der Zuschuß zum Haushalt (316,7 Mio DM) auf 72,1 Millionen DM. Für die Greifswalder hochschulmedizinischen Einrichtungen betrug der Landeszuschuß 36,0 Millionen DM im Jahre 1993 und 67,7 Millionen DM im Jahre 1994. Die Zahnmedizin der Universität Rostock verzeichnete im Jahr 1994 9,4 Millionen DM an Einnahmen (davon 6,2 Mio DM in der MKG-Chirurgie), die der Universität Greifswald 5,5 Millionen DM (davon 4,0 Mio DM in der MKG-Chirurgie). Dem standen 13,0 Millionen DM an Ausgaben für die Zahnmedizin (davon 5,7 Mio DM für Personalkosten der MKG-Chirurgie) in Rostock und 7,1 Millionen DM (davon 1,8 Mio DM für Personalkosten der MKG-Chirurgie) in Greifswald gegenüber. Die Ausgaben der Zahnklinien wurden in Rostock zu 55,4 % und in Greifswald zu 33,4 % durch Einnahmen aus der Krankenversorgung gedeckt. Die Einnahmen der MKG-Chirurgie deckten in Rostock 80 % der Ausgaben. In Greifswald erwirtschaftete die MKG-Chirurgie einen Einnahmenüberschuß. Die Einnahmen entsprachen 160 % der Ausgaben.¹⁾

Für Baumaßnahmen im Rahmen des HBFG zugunsten der Medizinischen Fakultäten in Mecklenburg-Vorpommern wurden seit 1990 insgesamt rund 119,7 Millionen DM aufgewandt. Davon trug das Land 72,5 Millionen DM (incl. Vorkosten). Hinzu kamen rund 33,1 Millionen DM für Großgeräte. Der Anteil der Medizin belief sich damit in diesen Jahren auf 50 % aller HBFG-Aufwendungen für Mecklenburg-Vorpommern. Auf die Medizinische Fakultät Rostock entfielen von den Bauinvestitionen 61,3, auf die Medizinische Fakultät Greifswald 58,4 Millionen DM. Die Aufwendungen des Landes für Bauinvestitionen an den Medizinischen Fakultäten betragen im Jahr 1994 insgesamt 32,0 Millionen DM. Für das Jahr 1995 werden insgesamt 98,3 Millionen DM

¹⁾ Anteil der MKG-Chirurgie an den Sachkosten entsprechend dem Anteil an den Personalkosten geschätzt

(davon Landesanteil für Bauvorhaben: 42,3 Millionen DM)
veranschlagt.

Für Bauunterhaltung standen der Universität Rostock aus Landesmitteln in den Haushaltsjahren 1991 - 1994 insgesamt 17,8 Millionen DM zur Verfügung, von denen insgesamt 8,6 Millionen DM auf den Bereich Medizin entfielen, sowie im Jahr 1994 4,4 Millionen DM aus Pflegesatzeinnahmen. Hinzu kamen im Zeitraum 1991 - 1994 rund 2,6 Millionen DM für kleine Baumaßnahmen im Bereich Medizin. Die Universität Greifswald verfügte im gleichen Zeitraum über insgesamt 14,6 Millionen DM, von denen 8,0 Millionen DM in den Bereich Medizin flossen, sowie im Jahr 1994 3,3 Millionen DM aus Pflegesatzmitteln. Für kleine Baumaßnahmen im Bereich Medizin kamen 2,1 Millionen DM im Zeitraum 1991 - 1994 hinzu.

In Eigenverantwortung der Universitäten können Bauunterhaltungsmaßnahmen mit einer Kostenhöhe bis zu 10 TDM durchgeführt werden. Ein erster Entwurf zur Änderung des Landeshochschulgesetzes sah zur Vereinfachung des Planungsablaufes die Einrichtung eines zentralen Hochschulbauamtes beim Kultusministerium vor. Dieses sollte Aufgaben im Hochschulbau wahrnehmen, für die bisher das Finanzministerium, die Oberfinanzdirektion und die Landesbauämter zuständig sind. Diese Initiative wurde zwischenzeitlich allerdings wieder aufgegeben.

Übersicht 1

Ist- und Soll-Ausgaben für den Hochschulbau und die Medizinischen Fakultäten in Mecklenburg-Vorpommern

Jahr	Bauvorhaben Medizini- sche Fakultät Rostock	Bauvorhaben Medizini- sche Fakultät Greifs- wald	Medizin gesamt (bis 1996 einschl. Großge- räte)	Mecklenburg- Vorpommern gesamt
	Ist - Ausgaben (in TDM)			
1990	4,7	18,7	23,4	57,0
1991	11,2	17,4	30,0	48,0
1992	7,7	7,3	17,0	33,0
1993	6,8	3,2	22,0	54,0
1994	30,9	11,9	61,0	111,0
Summe	61,3	58,4	153,4	303,0
Soll - Ausgaben (in TDM)				
1995	36,8	10,1	56,9	112,8
1996	46,3	31,9	87,6	243,2
1997	54,1	61,5	115,6 *	303,5
1998	55,8	72,9	128,7 *	301,3
1999	80,0	63,6	143,6*	307,3

* Angaben Medizin gesamt für 1997 bis 1999 ohne Großgeräte

Quelle: Angaben des BMBF vom 20. September 1995 sowie Schreiben des Landes vom 6. November 1995

A.II. Medizinische Fakultät der Universität Rostock

II.1. Entwicklung, Struktur und Personal

Die Medizinische Fakultät der Universität Rostock ist eine der Gründungsfakultäten der 1419 gegründeten Hochschule, die bis zum 18. Jahrhundert in Nordeuropa ein hohes Ansehen genoß. Seit Mitte der 50er Jahre dieses Jahrhunderts gewann die Fakultät erneut an Renommee. Besonders gepflegt wurden wissenschaftliche Kooperationsbeziehungen mit westlichen Hochschulen und Einrichtungen verschiedener Länder des Ostblocks. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands hat auch die Medizinische Fakultät in Rostock einen grundlegenden Wandel durchgemacht: Insbesondere die durch ein hohes Durchschnittsalter und einen großen Anteil unbefristeter Stellen geprägte Personalstruktur wurde verbessert, die Zahl der Klinikumsbetten und damit die Belastung durch die regionale Krankenversorgung vermindert.

Heute besteht die Fakultät aus 13 Instituten und 19 Kliniken sowie vier Zentralen Einrichtungen: Elektronenmikroskopisches Zentrum, Experimentelles Forschungszentrum, Weiter- und Fortbildungszentrum für medizinisches Personal und Zentralapotheke. Neu geschaffen wurden seit 1991 die Klinik für Herzchirurgie, das Institut für Biomedizinische Technik, das Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, das Institut für Gesundheitswissenschaften sowie das Experimentelle Forschungszentrum, das mit Verfügungsflächen für die Forschung ausgestattet wurde. 1995 wurde ferner das Zentrum für Nervenheilkunde gebildet, in dem die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatik und für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie zusammengefaßt wurden. Dem Zentrum soll nach neueren Planungen auch das Institut für Medizinische Psychologie angeschlossen werden, das zunächst als Abteilung des Zentrums für Gesundheitswissenschaften vorgesehen war. Das Fächerspektrum soll ferner durch einen Stiftungslehrstuhl für Naturheilverfahren und Ernährungsmedizin

erweitert werden. Einen Überblick über die Kliniken und die Institute gibt Übersicht 2.

Der Prozeß der Neustrukturierung ist noch nicht beendet. Die Fakultät plant

- die Bildung eines Zentrums für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde mit vier eigenständigen Kliniken für MKG-Chirurgie, für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, für Zahnerhaltung und für Kieferorthopädie;
- die Einrichtung einer Abteilung Neurochirurgie in der Chirurgischen Klinik mit Ausrichtung auf Neurotraumatologie;
- die Ausgliederung der Abteilung für Transfusionsmedizin aus der Klinik für Innere Medizin und den Aufbau eines eigenständigen Instituts; das Land schlägt die Eingliederung des Faches Transfusionsmedizin als selbständige Abteilung in das Institut für Immunologie vor;
- den Wegfall der Abteilung Medizinische Biologie des Instituts für Anatomie;
- die Aufteilung des Instituts für Biomedizinische Technik und Medizinische Informatik in zwei getrennte Institute;
- die Auflösung des Instituts für Gesundheitswissenschaften; der Bereich Hygiene soll dem zukünftigen Institut für Mikrobiologie und Hygiene angegliedert werden, die Bereiche Arbeits- und Sozialmedizin sollen als eigenständiges Institut zusammengefaßt werden.

Übersicht 2

Strukturplan der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

Struktur 1994/1995	Geplante Struktur
Institut für Anatomie Anatomie Medizinische Biologie	Institut für Anatomie
Institut für Arbeitsmedizin	nach neuerer Planung: Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin
Institut für Biomedizinische Technik und Medizinische Informatik Biomedizinische Technik Medizinische Informatik	Institut für Biomedizinische Technik
	Institut für Medizinische Informatik und Biometrie
Institut für Gesundheitswissenschaften Sozialmedizin Hygiene	Institut für Gesundheitswissenschaften Sozialmedizin Hygiene Arbeitsmedizin Medizinische Psychologie Nach neuerer Planung: Auflösung des Instituts
Institut für Immunologie	Institut für Immunologie
Institut für Klinische Chemie und Pathobiochemie Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik Pathobiochemie	Institut für Klinische Chemie und Pathobiochemie Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik Pathobiochemie
Institut für Medizinische Biochemie	Institut für Medizinische Biochemie
Institut für Medizinische Mikrobiologie Virologie Bakteriologie/Infektionsserologie	Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene Virologie Bakteriologie/Infektionsserologie Nach neuerer Planung: Eingliederung des Bereichs Hygiene
Institut für Pathologie	Institut für Pathologie
Institut für Pharmakologie und Toxikologie Experimentelle Pharmakologie Klinische Pharmakologie Toxikologie	Institut für Pharmakologie und Toxikologie Experimentelle Pharmakologie Klinische Pharmakologie Toxikologie
Institut für Physiologie	Institut für Physiologie
Institut für Rechtsmedizin	Institut für Rechtsmedizin

Quelle: Universität Rostock, Medizinische Fakultät/Klinikum: Fortschreibung zu den Materialien für den Wissenschaftsrat
Stand: 12.12.1994, ergänzt durch Schreiben der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 6.11.1995.

Fortsetzung Übersicht 2
Strukturplan der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

Struktur 1994/1995	Geplante Struktur
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie	Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
Augenklinik und Poliklinik	Augenklinik und Poliklinik
Chirurgische Klinik und Poliklinik Allgem. Chirurgie und Transplantationschirurgie Unfallchirurgie Kinderchirurgie	Zentrum für Chirurgie Klinik und Poliklinik für Allgemeine Chirurgie und Transplantationschirurgie Klinik für Unfall- und Neurochirurgie
Klinik für Herzchirurgie	Klinik für Herzchirurgie
Dermatologische Klinik und Poliklinik	Dermatologische Klinik und Poliklinik
Frauenklinik und Poliklinik	Frauenklinik und Poliklinik
Hals-Nasen-Ohren-Klinik	Hals-Nasen-Ohren-Klinik
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin Kardiologie Nephrologie Gastroenterologie Tropenmedizin Endokrinologie Pulmologie Hämstologie/Onkologie Transfusionsmedizin	Klinik und Poliklinik für Innere Medizin Kardiologie Nephrologie Gastroenterologie Tropenmedizin Endokrinologie Pulmologie Hämatologie/Onkologie
	Institut für Transfusionsmedizin
Kinderklinik und Poliklinik Allgemeine Pädiatrie Neonatologie/Intensivmedizin Kinderkardiologie Kinderneurologie Kinderonkologie Humangenetik	Pädiatisches Zentrum¹⁾ Allgemeine Pädiatrie Neonatologie/Intensivmedizin Kinderkardiologie Kinderneurologie Kinderonkologie Kinderchirurgie Humangenetik
Nervenklinik und Poliklinik Neurologie Psychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin Medizinische Psychologie	Zentrum für Nervenheilkunde Klinik und Poliklinik für Neurologie Klinik und Poliklinik für Psychiatrie Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin Nach neuerer Planung: Eingliederung des Instituts für Medizinische Psychologie
Orthopädische Klinik und Poliklinik	Orthopädische Klinik und Poliklinik
Radiologische Klinik und Poliklinik Strahlentherapie Nuklearmedizin Röntgendiagnostik	Zentrum für Radiologie Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin Klinik und Poliklinik für diagnostische Radiologie
Urologische Klinik und Poliklinik	Urologische Klinik und Poliklinik
Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde	Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
Poliklinik für Zahnerhaltung Parodontologie Kariologie und Endodontologie	Poliklinik für Zahnerhaltung Parodontologie Kariologie und Endodontologie
Poliklinik für Kieferorthopädie	Poliklinik für Kieferorthopädie

¹⁾ Die Struktur dieses Zentrums ist zwischen Land und Fakultät strittig.

Die Fakultät plant darüber hinaus die Bildung eines Pädiatrischen Zentrums unter Einbeziehung der Kinderchirurgie, die aus der Chirurgischen Klinik ausgegliedert werden soll. In dem Zentrum sollen keine eigenständigen Kliniken, sondern insgesamt sieben Abteilungen einschließlich der Humangenetik zusammengefaßt werden; das Land widerspricht dieser Struktur, da die Unterstruktur eines Zentrums nach dem Landeshochschulgesetz eigenständige Kliniken sein müssen. Dies sei weder für die Kinderchirurgie noch für die Humangenetik geplant, da die entsprechenden Schwerpunkte für Greifswald bestimmt seien. Das Land favorisiert daher die Einrichtung einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin als Mehr-Fach-Klinik mit Abteilungen Allgemeine Pädiatrie¹⁾, Kinderchirurgie und Humangenetik.

Zu den Besonderheiten des Rostocker Klinikums zählt die Struktur der Klinik für Innere Medizin mit bislang acht Abteilungen. Die vom Wissenschaftsrat in seiner Stellungnahme aus dem Jahre 1991 empfohlene Einschränkung der Abteilungszahl dieser Klinik ist nicht vorgesehen. Vielmehr plädieren Fakultät und Land für den Erhalt von sieben selbständigen Abteilungen, für deren Leitung C4- oder C3-Stellen vorgesehen sind. Die Abteilungsleiter - jeweils mit Liquidationsrecht - sollen analog eines Direktors einer Ein-Fach-Klinik eigenständige ärztliche und fachliche Verantwortung tragen. Als Vorzüge dieser Struktur führt das Land die folgenden Punkte an:

- gemeinsame Nutzung von Aufnahmestation, internistischer Intensivstation, Forschungslaboren, ärztlichem Dienst, Pflege- und Schreibdienst, Ambulanz- und Sozialräumen, der Verwaltung sowie Koordination bei der Beschaffung teurerer Geräte;

¹⁾ Die von der Fakultät hierunter vorgesehenen Abteilungen sollen nach der Vorstellung des Landes Funktionsbereiche sein.

- flexible Zuordnung von Personal und Räumen;
- gemeinsame Ausbildung von Studenten und Weiterbildung von Fachärzten.

Die nach 1991 erfolgte Schwerpunktfestlegung auf die Bereiche Gastroenterologie, Nephrologie und Kardiologie werde von der Abteilungszahl nicht berührt. Als Beleg für die Notwendigkeit dieser Struktur wird auf die Drittmittel der Klinik für Innere Medizin, die hohe Nachfrage nach AIP- und Assistenzarztstellen sowie die große Zahl von abgeschlossenen Promotionen verwiesen. Von Vorteil sei darüber hinaus die nach dem GSG bestehende Möglichkeit, sieben spezifische Abteilungspflegesätze auszuhandeln.

Gemäß den Empfehlungen des Wissenschaftsrates aus dem Jahre 1991 wurde die Stellenzahl gesenkt; unbefristete Assistentenstellen wurden in befristete umgewandelt. Die 4.246 Planstellen des Jahres 1990 wurden bis 1995 auf 3.176 Stellen (davon 572 Wissenschaftler) reduziert. Von den 576 Stellen für Wissenschaftler im Jahre 1994 sind 38 für C4-Professoren, 44 für C3-Professoren (vgl. Übersicht 3). Besetzt waren im Jahre 1994 29 C4- und 33 C3-Professuren, 16 Dozenturen alten Rechts¹⁾ sowie 217 Stellen für unbefristet und 254 Stellen für befristet eingestellte wissenschaftliche Mitarbeiter.

Der Anteil der befristeten Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiter (254) an der Gesamtzahl der besetzten Stellen für wissenschaftliche Assistenten (549) betrug im Jahre 1994 rund 45 % und ist somit gegenüber 1990 (18 %) stark gestiegen. Freiwerdende unbefristete Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiter sollen künftig für befristete Arbeitsverhältnisse genutzt werden.

¹⁾ Die Dozenturen alten Rechts sollen nach Ausscheiden der Stelleninhaber in befristete Stellen umgewandelt werden.

Übersicht 3

Personalstruktur der Medizinischen Fakultät Rostock (Stand: 1994)

Vorklinische u. klinisch-theoretische Medizin	C-Stellen			wiss. Mitarbeiter	nichtwiss. Personal	Gesamt
	C4	C3	C2			
Anatomie	1	2	3	8,0	12,0	26,0
Medizinische Biochemie	1	1	1	7,0	6,0	16,0
Medizinische Mikrobiologie	1	2	2	7,0	33,25	45,25
Physiologie	1	1	1	7,0	7,0	17,0
Arbeitsmedizin	1	0	0	8,0	4,75	13,75
Biomedizinische Technik und medizinische Informatik	1	1	1	5,0	7,0	15,0
Gesundheitswissenschaften	1	1	3	3,0	1,75	9,75
Immunologie	1	0	1	4,0	6,75	12,75
Klin. Chemie und Pathobiochemie	1	1	0	10,0	39,0	51,0
Pathologie	1	3	2	7,0	27,0	40,0
Pharmakologie und Toxikologie	1	3	1	8,0	12,5	25,5
Rechtsmedizin	1	0	1	7,0	12,0	21,0
S u m m e	12	15	16	81,0	169,0	293,0

Kliniken						
Anästhesiologie und Intensivtherapie	1	1	1	36,0	73,0	112,0
Augenheilkunde	1	1	1	11,75	60,5	75,25
Chirurgie	4	4	3	34,0	267,25	312,25
Dermatologie	1	1	2	8,5	59,0	71,5
Frauenheilkunde	2	1	2	21,0	123,5	149,5
HNO-Heilkunde	1	1	2	14,5	61,75	80,25
Innere Medizin	4	5	11	64,0	301,75	385,75
Kinderheilkunde	1	5	3	31,25	177,25	217,5
Neurologie	3	3	3	35,0	177,5	221,5
Orthopädie	1	1	1	11,0	68,0	82,0
Radiologie	2	3	1	37,0	121,75	164,75
Urologie	1	1	1	9,0	56,5	68,5
Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde	4	2	5	35,0	91,75	137,75
S u m m e	26	29	36	348,0	1.639,5	2.078,5

Sonstige Einrichtungen						
Zentralapotheke				10,0	23,75	33,75
Experimentelles Forschungszentrum				2,0	8,0	10,0
Sonstige Einrichtungen				1,0	543,75	544,75
Nachwuchskräfte				50,0	167,0	217,0
S u m m e				63,0	742,5	805,5

S u m m e aller Einrichtungen	38	44	52	492,0	2.551,0	3.177,0
--------------------------------------	-----------	-----------	-----------	--------------	----------------	----------------

Quelle: Medizinische Fakultät der Universität Rostock, Stand: 1994

Bei einer Gesamtzahl von 3.177 Stellen (davon 576 Wissenschaftlerstellen) und 1.354 Planbetten ergibt sich für das Jahr 1994 eine Relation von 2,3 Stellen pro Planbett (Durchschnitt West: 2,8; Durchschnitt Ost 2,9) sowie von 0,4 Wissenschaftlerstellen pro Planbett (Durchschnitt West: 0,5; Durchschnitt Ost: 0,7)¹⁾.

Der Austausch eines Drittels der Professorenschaft aus Altersgründen steht in den nächsten fünf Jahren bevor. 11 von 29 C4- und 12 von 33 C3-Professoren hatten im Jahre 1994 das 60. Lebensjahr überschritten. Von den insgesamt 233 unbefristet angestellten wissenschaftlichen Mitarbeitern und Dozenten alten Rechts haben 99 das 50. Lebensjahr (rund 42 %) überschritten, von den 254 befristet angestellten Mitarbeitern waren es 42 (rund 17 %). Damit hat sich die Altersstruktur der unbefristet beschäftigten Assistenten gegenüber 1991 nicht gebessert (damals waren 25 % der unbefristet angestellten Assistenten über 50 Jahre alt).

Im Zuge einer inhaltlichen Abstimmung zwischen den Medizinischen Fakultäten in Rostock und Greifswald sieht das Land folgende personelle Veränderungen vor²⁾:

- Abbau von sechs C3-Stellen für Unfallchirurgie, Strahlentherapie, Toxikologie, Virologie, Neuropathologie und Medizinische Biologie;
- Wegfall der C4-Professur für Hygiene;
- Neueinrichtung einer C4-Professur für Virologie;

¹⁾ Die Stellen für die Zentralapotheke die Sonstigen Einrichtungen sind dabei herausgerechnet.

²⁾ Schreiben der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 15. Dezember 1995

- Umwidmung der C3-Stelle für Bakteriologie in eine C3-Stelle für Bakteriologie und Krankenhaushygiene;
- Wegfall der zweiten C4-Professur für Gynäkologie und Geburtshilfe;
- Umwidmung der C4-Professur für Kinderchirurgie in eine C3-Stelle;
- Umwidmung der C3-Professur für Biomedizinische Technik in eine C4-Stelle;
- Umwidmung der C3-Stelle für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in eine C3-Stelle für Phoniatrie und Pädaudiologie.

Ferner soll über das weitere Schicksal der C4-Professur für Tropenmedizin und Infektionskrankheiten nach Ausscheiden des Stelleninhabers aus Altersgründen neu entschieden werden.

In Abstimmung mit der Medizinischen Fakultät Greifswald ist darüber hinaus an eine Aufgabenteilung auf den Gebieten Urologie (Rostock: Nierentransplantationen und Andrologie bzw. Reproduktionsmedizin; Greifswald: Neuro-Urologie), HNO-Heilkunde (Rostock: Mittelohr-, Tumor- und Parotischirurgie; Greifswald: Schwerpunkt Innenohr mit Cochleaimplantationen), Dermatologie (Rostock: Umweltnoxen und Melanomforschung; Greifswald: Allergologie und Onkologie) gedacht.

Da die Fachgebiete Rheumatologie, Geriatrie und Angiologie in der Medizinischen Fakultät Rostock nicht mit eigenen Abteilungen vertreten sind, hat die Universität einen Kooperationsvertrag mit dem Südstadt-Klinikum in Rostock geschlossen, das die Aufgaben der Lehre und Krankenversorgung in diesen Fachgebieten übernommen hat. Dagegen gibt das Klinikum in der Südstadt seine urologischen Betten zugunsten der Universität auf.

II.2. Lehre und Studium

An der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock waren im Studienjahr 1994/95 im Fach Humanmedizin 1.032 Studenten (davon 50 % Frauen) immatrikuliert. In der Zahnmedizin betrug die Gesamtzahl der Studenten 241 (davon 47 % Frauen). An der Universität Rostock wird einmal jährlich zum Wintersemester immatrikuliert. Als Studienanfänger schrieben sich zum Wintersemester 1994/95 in der Humanmedizin 190 Studenten (davon 56 % Frauen) und in der Zahnmedizin 58 Studenten (davon 43 % Frauen) ein. Für das Jahr 1995 hat das Land für die Medizinische Fakultät Rostock die Zahl der Studienanfänger im Fach Humanmedizin auf 198 und im Fach Zahnmedizin auf 49 Studenten festgeschrieben. Die Zahl der Absolventen betrug 1994 in der Humanmedizin 154 (Frauenanteil 49 %), in der Zahnmedizin 35 (davon 51 % Frauen).

Die Organisation des Studien- und Prüfungsablaufes obliegt dem Prodekan für Studienangelegenheiten. In fünf als Lehrkrankenhäuser anerkannten Krankenhäusern der näheren und weiteren Region stehen 3.050 Betten und eine ausreichende Zahl an PJ-Plätzen zur Verfügung.

In fakultätsübergreifender Zusammenarbeit der Medizinischen mit der Ingenieurwissenschaftlichen Fakultät der Universität Rostock wird eine Vertiefungsrichtung "Angewandte Biomechanik" im Studiengang Maschinenbau angeboten. Ferner übernimmt die Medizinische Fakultät für die Ingenieurwissenschaftliche Fakultät die medizinische Ausbildung der Nautischen Offiziere und ist an der Ausbildung im Studiengang Betriebswirtschaftslehre der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät sowie am Studiengang Sonderpädagogik (Fachgebiet Sportmedizin) der Philosophischen Fakultät, an den Studiengängen Biologie und Chemie der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät und am Studiengang Agrarökologie der Agrarwissenschaftlichen Fakultät beteiligt.

Universitätsübergreifend ist die Lehre im Fach Geschichte der Medizin organisiert: An der Medizinischen Fakultät in Greifswald wurde eine C3-Professur für Geschichte der Medizin geschaffen, die gemeinsam über eine C1-Stelle am Institut für Gesundheitswissenschaften in Rostock die Lehraufgaben wahrnimmt.

II.3. Forschung

a) Promotionen und Habilitationen

Während 1990 insgesamt 145 Promotionen (davon 35 in der Zahnmedizin) zu verzeichnen waren, erhöhte sich ihre Zahl im Jahr 1992 auf 213 (davon 40 in der Zahnmedizin) und sank bis 1994 auf 88 Promotionen (davon 18 in der Zahnmedizin) ab. Die Zahl der Habilitationen belief sich im Jahr 1991 entsprechend dem Durchschnitt der Vorjahre auf 11 abgeschlossene Verfahren (davon 3 in der Zahnmedizin). Diese Zahl sank bis 1993 auf 3 Habilitationen (davon 2 in der Zahnmedizin). 9 Habilitationsverfahren in der Humanmedizin (darunter keines in der Zahnmedizin) wurden im Jahr 1994 abgeschlossen. Unter diesen Habilitierten befand sich eine Frau. 5 dieser Habilitanten sind Mitglieder der Medizinischen Fakultät, die 4 anderen sind Angehörige auswärtiger Krankenhäuser bzw. des Klinikums Schwerin, einem der Lehrkrankenhäuser der Medizinischen Fakultät Rostock.

b) Forschungsschwerpunkte

Die profilbestimmenden Forschungsschwerpunkte der Medizinischen Fakultät Rostock sind mit den Schwerpunkten der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald abgestimmt.

Transplantationsmedizin, künstlicher Organersatz und Biomaterialien sowie Osteologie und Pankreaserkrankungen

Als Hauptthemen des Schwerpunktes werden die folgenden Gebiete genannt: Nierentransplantationen, entzündliche Pankreaserkrankungen, tumoröse Pankreaserkrankungen und Pankreastransplantation, Lebertransplantation und Leberersatz, Knochenmark- und Stammzelltransplantation sowie Osteologie und Bindegewebe, Künstlicher Organersatz und Biomaterialien. Beteiligt sind die Kliniken für Innere Medizin, für Chirurgie, für Augenheilkunde, für Orthopädie, für Radiologie und für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde, die Institute für Anatomie, für Medizinische Biochemie, für Klinische Chemie, für Pathologie, für Pharmakologie und Toxikologie, für Medizinische Mikrobiologie und für Biomedizinische Technik sowie der Lehrstuhl für Tierphysiologie. In dem Schwerpunkt, der auch ausgewiesener Schwerpunkt der Universität Rostock ist, werden Themen der Grundlagen- und angewandten Forschung bearbeitet, die von DFG, BMBF (Programme "Gesundheitsforschung 2000" und "Biotechnologie") und anderen Drittmittelgebern gefördert werden. Bislang konnten für diese Projekte rund 12 Millionen DM an Drittmitteln der verschiedenen Förderer eingeworben werden. Hauptgeldgeber ist das BMBF mit einem Anteil von rund 11 Millionen DM. Mit der Inbetriebnahme des neuen OP-Traktes im Januar 1995 wurde eine wichtige klinische Voraussetzung für den Schwerpunkt geschaffen.

Kardiochirurgie / Kardiologie

Die wichtigsten Forschungsthemen dieses Schwerpunktes, der noch im Aufbau begriffen ist, lauten "Prä- und postoperative Vitalitätsdiagnostik des Myokards", "Gefäßwand und Blutplasma", "Interventionelle Therapie/ Biokompatibilität", "Rhythmusanalytik und -therapie" sowie "Operationsverfahren/Kreislaufassistenzsysteme".

Weitere Forschungsthemen

Weitere Forschungsarbeiten außerhalb dieser Schwerpunkte beziehen sich auf Stoffwechselerkrankungen und Ernährungsforschung sowie Neuroimmunologie. Darüber hinaus wurde eine Arbeitsgemeinschaft Lasermedizin gegründet. Vom BMBF mit 3,5 Millionen DM gefördert wird außerdem ein Modellprojekt "Klinische Pharmakologie", das sich mit Fragen der Arzneimittelbiotransformation befaßt. Die Klinik für ZMK-Heilkunde ist als einzige deutsche Einrichtung in das europäische Projekt "Oratel" aufgenommen und bearbeitet in diesem Rahmen ein AIM-Projekt¹⁾. Zu erwähnen ist ferner ein im Oktober 1995 von der DFG bewilligtes Innovationskolleg zum Thema "Komplexe und zelluläre Sensorsysteme", das von den Kliniken für Anästhesiologie und Intensivtherapie, für Innere Medizin und dem Institut für Biomedizinische Technik gemeinsam mit dem Fachbereich Biologie getragen wird.

Seit 1992 läuft unter der Federführung des Instituts für Medizinische Biochemie das von der DFG finanzierte Graduiertenkolleg "Interzelluläre Kommunikation und Signaltransduktion bei pathophysiologischen Prozessen"; im Oktober 1994 wurde ein weiteres Graduiertenkolleg mit dem Thema "Signaltransfer bei pathophysiologischen Prozessen" bewilligt. Am Graduiertenkolleg "Mikrosysteme für medizintechnische Anwendungen und für innovative Produktionsentwicklungen" unter der Federführung des Fachbereichs Elektrotechnik ist das Institut für Biomedizinische Technik beteiligt.

c) Ressourcenvergabe und Infrastruktur

Die Fakultät erhält eine globale Mittelzuweisung für Forschung und Lehre, die sie teilweise leistungsbezogen zu vergeben gedenkt. Für die Forschungsschwerpunkte soll ein Stellenpool eingerichtet werden. Geplant ist ferner die Einrich-

¹⁾ AIM = Advanced Informatics in Medicine.

tung eines zentralen Forschungsfonds, mit dessen Hilfe überdurchschnittliche Forschungsleistungen gefördert und Anschubfinanzierungen für neue Teilprojekte gewährleistet werden sollen. Die Forschungsergebnisse zu jedem Schwerpunkt sollen einmal im Jahr auf einem Forschungskolloquium präsentiert und bewertet werden.

Als Forschungsflächen sind per 30. September 1995 im Universitätsklinikum Rostock 6.690 m² ausgewiesen. Die Fakultät erachtet diese Zahl als zu gering und strebt eine Zielgröße von 9.000 m² an. Die Struktur der Forschungslaboratorien, deren Fläche künftig 9 - 10 % der Gesamtfläche der Fakultät betragen soll, gliedert sich in die drei Ebenen:

- Experimentelles Forschungszentrum mit Laborteil und Tierhaus (1.721 m²);
- Assoziierte Forschungslaboratorien;
- Dezentrale Forschungslaboratorien in den Kliniken und Instituten.

Das Experimentelle Forschungszentrum, eine zentrale Einrichtung der Fakultät, stellt auf Antrag Räume, Geräte und Verbrauchsmaterialien für klinisch-experimentelle Forschungsvorhaben zur Verfügung; Vergabe und Nutzung werden durch eine Nutzerordnung geregelt. Das Zentrum, das im Institutsgebäude angesiedelt ist, soll der Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Instituten der Fakultät sowie der Unterstützung des wissenschaftlichen Nachwuchses bei Forschungsarbeiten dienen; ihm ist das Tierhaus der Fakultät mit Kleintierhaltung, Kleintier-Operationsräumen und Tierlaboratorien angegliedert. Die Aufzucht von Versuchstieren soll der entsprechenden Einrichtung der Greifswalder Fakultät in Karlsburg vorbehalten bleiben.

Dem experimentellen Forschungszentrum assoziiert sind folgende spezielle Labore mit interdisziplinärer Nutzungsberechtigung:

- Arbeitsbereich (nicht bettenführend) für Klinische Forschung an der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin (insgesamt rund 900 m² Forschungsfläche) einschließlich Labor für gentechnische Arbeiten mit der Sicherheitsstufe 2;
- Massenspektrometrisches-mikroökologisches Labor der Kinderklinik und Poliklinik;
- Elektronenmikroskopisches Labor im Institut für Pathologie;
- HPLC-Labor im Institut für Arbeitsmedizin;
- Labor für monoklonale Antikörper im Institut für Immunologie;
- Labore im Institut für Physiologie für videomikroskopische Untersuchungen und elektrophysiologische Messungen.

Nach dem Neubau für die Vorklinik und der Verlagerung weiterer assoziierter Forschungslaboratorien in das Institutsgebäude soll ein Interdisziplinäres Zentrum für Klinische Forschung gegründet werden, dessen Ziel die Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Forschergruppen aus Kliniken und aus theoretischen Instituten sein soll. Dieses Zentrum soll gleichfalls Verfügungsflächen bereitstellen.

d) Drittmittel

Die Summe der von den Einrichtungen der Medizinischen Fakultät eingeworbenen Drittmittel ist seit 1991 stetig angewachsen. Die Gesamtsumme der Drittmittel belief sich im Jahr 1994 auf rund 6,1 und im Jahr 1995 auf rund 9,0 Millionen DM (davon rund 2,1 Mio DM von der DFG)¹⁾. Hinzu kamen weitere Fördermittel und Spenden, z.B. zum Aufbau eines Tumorzentrums und einer Kinderkrebsstation, die sich in den Jahren 1992 - 1994 auf insgesamt rund 9,0 Millionen DM beliefen.

Übersicht 4
Drittmittelsummen und Drittmittelgeber 1991-1994
in TDM

Drittmittelgeber	1991	1992	1993	1994	Gesamt
Bund	1.448,0	2.442,1	2.841,2	3.206,0	9.937,3
DFG	336,6	713,2	561,9	1.475,1	3.086,8
Sonstige	365,1	576,1	799,1	1.478,9	3.219,2
Gesamt	2.149,7	3.731,4	4.202,2	6.160,0	16.243,3

Quelle: Schreiben des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock vom 28. März 1995

Wie aus Übersicht 4 ersichtlich, kam der überwiegende Teil der Drittmittel für die Forschung im Zeitraum von 1991 bis 1994 vom BMBF, das im Rahmen des Förderprogramms für den Aufbau der Forschung in den neuen Ländern erhebliche Mittel bewilligt hat. Die Summe der von der DFG eingeworbenen Drittmittel hat sich im Jahre 1994 gegenüber der Summe des Jahres 1991 nahezu verfünffacht, während sich die Summe der sonstigen Drittmittelgeber (Stiftungen, Industrie, Land) im selben Zeitraum ungefähr vervierfacht hat.

¹⁾ Die Angaben für 1995 beziehen sich auf den Stand November 1995.

Übersicht 5

Drittmiteleinahmen der Medizinischen Fakultät der
Universität Rostock 1991-1994

<u>Klinik/Institut</u>	1991	1992	1993	1994	Summe 1991-1994
in TDM					
Vorklinik					
Anatomie			77,0	78,4	155,4
Biochemie	293,7	363,5	312,0	398,7	1.367,9
Physiologie	31,5	31,4	89,0	72,5	224,4
S u m m e	325,2	394,9	478,0	549,6	1.747,7
Klinische Theorie					
Biomedizinische Technik und Medizinische Informatik	147,7	195,3	188,8	228,6	760,4
Gesundheitswissenschaften	366,0	713,0	438,4	430,0	1.947,4
Arbeitsmedizin	29,5	1,5	60,0	60,0	151,0
Immunologie	61,0	212,2	138,0	68,4	479,6
Klinische Chemie und Patho- biochemie	232,6	64,0	229,9	272,4	798,9
Medizinische Mikrobiologie	60,0	50,8	28,2	11,5	150,5
Pathologie	146,6	262,6	148,8	280,6	838,6
Pharmakologie und Toxikologie	127,7	140,3	208,1	262,8	738,9
Zentrales Tierhaus	7,5	46,2			53,7
S u m m e	1.178,6	1.685,9	1.440,2	1.614,3	5.919,0
Kliniken					
Anästhesiologie			12,0	18,5	30,5
Augenklinik				404,7	404,7
Chirurgie	133,8	80,3	78,4	224,4	516,9
Dermatologie	30,0	9,5	6,0	33,0	78,5
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	6,5			75,0	81,5
Innere Medizin	381,1	827,1	1.227,2	1.726,7	4.162,1
Kinderklinik	42,4	162,0	237,8	343,5	785,7
Nervenklinik	20,0	518,8	417,3	717,8	1.673,9
Orthopädie	14,6	104,9	145,0	162,1	426,6
Radiologie		11,2	204,8	101,6	317,6
ZMK-Heilkunde	25,0		15,5	188,8	229,3
S u m m e	653,4	1.713,8	2.344,0	3.996,1	8.707,3
G e s a m t s u m m e	2.157,2	3.794,6	4.262,2	6.160,0	16.374,0

Quelle: Medizinische Fakultät der Universität Rostock; Schreiben des Dekans vom 28. März 1995 und vom 13. Oktober 1995. Abweichungen in den Gesamtsummen Übersichten 4 und 5 beruhen auf unterschiedlicher Zuordnung durch die Fakultät.

Betrachtet man eine Aufteilung der Drittmittel, die im Jahre 1994 eingeworben wurden, auf die einzelnen Einrichtungen der Fakultät, so fällt auf, daß für die klinische Forschung insgesamt mehr DFG-Mittel (1,1 Millionen DM) als für die theoretische Forschung (0,4 Millionen DM) eingeworben wurden. Die meisten aus Drittmitteln finanzierten Stellen (insgesamt 54,5 Stellen) kann die Klinik für Innere Medizin (15,5 Stellen) aufweisen, gefolgt von der Nervenklinik (7 Stellen) und der Chirurgischen Klinik (5 Stellen).

II.4. Krankenversorgung

a) Stationärer Bereich

Das Klinikum der Universität Rostock verfügte im Jahr 1994 über insgesamt 1.354 Planbetten, von denen 1.233 Betten aufgestellt waren. Gegenüber 1992 (2.113 Betten) bedeutet dies eine Reduzierung der Planbettenzahl um 35 %. Die Verteilung der im Jahre 1994 aufgestellten Betten auf die verschiedenen Kliniken sowie deren Auslastung und die Verweildauer im Vergleich zu Durchschnittswerten sind in Übersicht 6 zusammengestellt.

In der Kinderheilkunde lag die Auslastung im Jahr 1994 in Rostock um 14,0 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt, während die Auslastung der Kinder- und Jugendpsychiatrie um 9,7 Prozentpunkte darüber lag. Gleichzeitig lag der Nutzungsgrad der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie um 7,1 Prozentpunkte über dem entsprechenden Durchschnittswert. Deutlich gebessert hat sich die Auslastung der Chirurgie: Gegenüber 1993 (-18,6 Prozentpunkte) betrug die Differenz zum Bundesdurchschnitt im Jahr 1994 nur noch -7,0 Prozentpunkte. Dasselbe gilt für die Urologie mit -4,3 Prozentpunkten im Jahr

Übersicht 6

Betten, Auslastung und Verweildauer im Jahre 1994
 Klinikum der Universität Rostock
 im Vergleich mit Durchschnittswerten für Universitätsklinika¹⁾

Klinik	Aufge- stellte Betten	Auslastung in Prozent			Verweildauer in Tagen		
		Rostock	Bund ¹⁾	Differenz	Rostock	Bund	Differenz
Anästhesie und Intensivmedizin	11	79,4	84,2	- 4,8	4,4	4,3	+ 0,1
Augenheilkunde	50	73,4	84,0	- 10,6	5,5	7,5	- 2,0
Chirurgie (einschl. Herzchir- urgie)	206	77,7	84,7	- 7,0	7,3	9,9	- 2,6
Dermatologie	42	81,9	83,0	- 1,1	12,0	13,9	- 1,9
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	102	66,1	80,4	- 14,3	6,6	7,4	- 0,8
HNO-Heilkunde	60	85,0	82,6	+ 2,4	6,0	8,5	- 2,5
Innere Medizin	272	87,0	86,6	+ 0,4	9,2	9,5	- 0,3
Kinderheilkunde	117	60,5	74,5	- 14,0	7,0	7,5	- 0,5
Kinder- und Jugendpsychiatrie	27	87,9	78,2	+ 9,7	53,9	41,2	+ 12,7
MKG-Chirurgie	30	86,1	79,0	+ 7,1	8,4	8,6	- 0,2
Neurologie	60	85,3	88,9	- 3,6	17,0	14,5	+ 2,5
Orthopädie	62	85,4	88,3	- 2,9	12,5	14,4	- 1,9
Psychiatrie	92	100,6	92,0	+ 8,6	30,3	40,3	- 10,0
Strahlenmed./Nuklearmedizin	60	75,4	81,6	- 6,2	13,9	13,2	+ 0,7
Urologie	42	77,3	81,6	- 4,3	8,7	9,1	- 0,4
Gesamt	1.233	80,2	79,4	+ 0,8	9,9	10,5	- 0,6

¹⁾ Durchschnittswerte der Universitätsklinika in den alten Bundesländern nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft, bezogen auf aufgestellte Betten im Jahre 1990. Neuere Durchschnittswerte liegen nicht vor.

Quelle: Medizinische Fakultät der Universität Rostock, Schreiben der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 6. November 1995

Übersicht 7

Geplante Entwicklung der Bettenzahlen
im Klinikum der Universität Rostock

Kliniken	Planbetten 1994	Neuplanung des Landes	davon für Forschung und Lehre	Versorgungs- betten
Anästhesiologie/Intensivmed.	24	20	20	0
Augenheilkunde	50	50	50	0
Chirurgie	245	220	190	30
davon Kinderchirurgie	30	25	25	0
davon Neurochirurgie	im Aufbau	30	20	10
Dermatologie	50	40	40	0
Gynäkologie/Geburtshilfe	115	80	40	40
HNO-Heilkunde	60	60	60	0
Herzchirurgie	(40) [*]	40	40	0
Innere Medizin	300	300	240	60
Kinderheilkunde	120	80	80	0
MKG-Chirurgie	30	30	30	0
Nervenheilkunde	170	342	48	294
davon Neurologie	50	86	10	76
davon Psychiatrie	80	216	28	188
davon Kinder-/Jugend psychiatrie	40	40	10	30
Orthopädie	60	60	60	0
Strahlentherapie/Nuklearmed.	40	40	40	0
Urologie	50	50	50	0
G e s a m t	1.314 (+ 40)	1.412	988	424

* Herzchirurgie: im Aufbau

Quelle: Schreiben der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 13. April 1995, aktualisiert
mit Schreiben vom 6. November 1995

Übersicht 8

Aufteilung der Intensivbetten auf die Kliniken

Kliniken	Intensivbe- handlung	Intensivüber- wachung
Anästhesiologie/Intensivmedizin	20	0
Augenheilkunde	0	3
Chirurgie	18	8
Frauenheilkunde	0	6
HNO-Heilkunde	0	4
Herzchirurgie	0	4
Innere Medizin	20	0
Kinderklinik		
Neonatologie	12	0
Allg. Pädiatrie/Kinderchirurgie	12	0
MKG-Heilkunde	0	4
Orthopädie	0	4
Urologie	0	2
G e s a m t	82	35

Quelle: Universität Rostock, Medizinische Fakultät/Klinikum: Fortschreibung zu den Materialien für den Wissenschaftsrat, aktualisiert mit Schreiben der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 6. November 1995

1994 gegenüber -12,0 Prozentpunkten im Jahr 1993. Abweichungen in der Verweildauer ergaben sich insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem Plus von 12,7 Tagen gegenüber dem Bundesdurchschnitt.

Bei der Überarbeitung der Konzeption für die beiden Medizinischen Fakultäten hat das Land im Jahre 1994 festgelegt, daß die Bettenzahl in Rostock künftig auf 988 HBFG-finanzierte Betten gesenkt werden soll; hinzu kommen sollen 424 Versorgungsbetten. Die geplante Aufteilung der Betten auf die einzelnen Kliniken sowie die Aufteilung auf die Bereiche Forschung und Lehre sowie den Bereich Versorgung geht aus Übersicht 7 hervor. Gegenüber früheren Planungen ergibt sich damit eine weitere Reduktion der Bettenzahl für die Frauenheilkunde um 35 Betten und für die Kinderheilkunde um 40 Betten.

Die Zahl der Intensivbetten soll von ursprünglich 14 im Jahre 1990 auf 82 gesteigert werden; hinzu werden 35 Betten für die Intensivüberwachung kommen. Die künftige Verteilung der Intensivbettenplätze auf die Kliniken ist der Übersicht 8 zu entnehmen.

Als Schwerpunkte der Krankenversorgung wurden die Bereiche Transplantationsmedizin, Künstlicher Organersatz, Kardiochirurgie/Kardiologie, Pankreaserkrankungen und Osteoporose vereinbart. Nach der Einrichtung entsprechender Intensivbereiche werden pro Jahr rund 10 Pankreas-, 20 bis 30 Leber- und 60 Nierentransplantationen sowie 1.000 Herzoperationen, davon 800 Herz-Lungen-Maschinen-Operationen (davon 15 Herztransplantationen), angestrebt. Ferner sind Knochenmarktransplantationen vorgesehen.

Darüber hinaus weist die Medizinische Fakultät auf besondere Leistungen bei der Behandlung von komplizierten Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, der Immunmodulation bei immunologischen Erkrankungen, der Refertilisation, der Therapeutischen Endoskopie, der Tropenmedizin und der Detoxikation hin. Zur besseren Versorgung der Krebskranken wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit ein Tumorzentrum an der Radiologischen Klinik eingerichtet.

b) Ambulanter und teilstationärer Bereich

Im Jahr 1993 wurden insgesamt 131.505 ambulante Patienten (Polikliniken, Spezialambulanzen und Notfälle) behandelt.¹⁾ Im gleichen Jahr wurde der Poliklinikvertrag gekündigt und die Zahl der poliklinischen Patienten durch den Zulassungsausschuß auf 24.000 Patienten pro Jahr reduziert. Dagegen erfolgte ein Widerspruch mit dem Ergebnis, daß in einem neuen Vertrag 27.000 poliklinische Patienten pro Jahr ausgewiesen

¹⁾ Zum Vergleich: Im Jahre 1989 wurden allein 213.672 Erstkonsultationen verzeichnet.

wurden. Die Zahnklinik der Universität Rostock verzeichnete im Jahr 1994 24.288 Neuzugänge (davon 4.854 ambulante Neuzugänge der MKG-Chirurgie). Von diesen Patienten stammten rund 65 % aus der Stadt Rostock und rund 35 % aus dem Umland.

Die Zahl der tagesklinischen Betten wurde in den vergangenen Jahren auf insgesamt 18 und soll künftig auf 26 Betten erhöht werden. Die Zahl der tagesklinischen Betten ist in der Planbettenzahl enthalten. Für die Zukunft geplant ist ein interdisziplinär nutzbares Zentrum für ambulantes Operieren mit vier OP-Sälen.

II.5. Baubestand und Ausbauplanung

Kliniken, Institute und zentrale Einrichtungen sind auf elf Standorte im Rostocker Stadtgebiet verteilt. Neben dem Hauptstandort Schillingallee sind Einrichtungen der Medizinischen Fakultät an den Standorten Doberaner Straße (Augen-, Frauen-, HNO-Klinik), Augustenstraße (Dermatologie), Südstadt (Phoniatrie), Rostock-Gehlsdorf (Zentrum für Nervenheilkunde), Ulmenstraße (Orthopädie), Gertrudenstraße (Anatomie und Physiologie), Gertrudenplatz (Radiologie/Nuklearmedizin), Südring (Strahlentherapie), Sankt-Georg-Straße (Arbeitsmedizin, Rechtsmedizin), Henrik-Ibsen-Straße (Schwesternwohnheim) und Friedhof (Sektionstrakt Rechtsmedizin) angesiedelt. Außerhalb Rostocks, in Schwerin, gibt es eine Außenstelle des Instituts für Rechtsmedizin. Land und Universität streben an, möglichst viele Kliniken, Institute und sonstigen Einrichtungen am Hauptstandort Schillingallee zu konzentrieren.

Der überwiegende Teil der Bausubstanz ist veraltet und bedarf der Sanierung. Trotz der geplanten Konzentration am Hauptstandort sind für eine Übergangszeit Sanierungen und Erweiterungsbauten an den Außenstandorten zur Aufrechterhaltung der Krankenversorgung, zur Verbesserung der Studienbedingungen und der Erweiterung von Forschungsflächen notwendig. Als

Soll-Nutzfläche werden insgesamt 89.674 m² angegeben; von den vorhandenen Flächen sind nach Angaben der Universität 44.969m² weiterhin nutzbar. Die restlichen 44.705 m² müssen neu gebaut bzw. nach Erwerb saniert werden. Davon werden die Augen- und die HNO-Klinik mit 3.639 m² erst nach dem hier veranschlagten Planungszeitraum von 15 Jahren, d.h. nach dem Jahr 2010, neu gebaut werden.

1992 erarbeitete ein Planungsbüro im Auftrag der Universität Rostock eine Gesamtplanung, die im wesentlichen eine kleeblattförmige Anordnung für operative, konservative, pädiatrische und kopfbezogene Fächer am Hauptstandort Schillingallee vorsieht. Im Zentrum des annähernd quadratischen Geländes sollen Gebäudekomplexe für die Zentrale Notaufnahme mit dem OP-Zentrum 4 (Ambulantes Operieren), Zentrale Medizinische Funktionen, ein Gebäude für die operativen Fächer mit dem OP-Zentrum 2 und ein Gebäude für die Kopfkliniken mit dem OP-Zentrum 3 entstehen. Ein zusätzlicher großer Hörsaal soll im Neubaukomplex Zentrale Medizinische Funktionen eingerichtet werden. Diese Entwicklungsvariante hat den Vorteil, daß sie die vorhandenen Gebäudekomplexe der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Kinderklinik, der Pathologie und der Zahnklinik einbezieht. In angrenzenden Gebäudekomplexen sollten ursprünglich die klinisch-theoretischen und vorklinischen Institute, die Verwaltung, die Ver- und Entsorgung, die Sozialen Dienste, ein Zentrales Hörsaalgebäude und ein Zentrales Forschungsgebäude errichtet werden. Diese Planung zielte auf eine Nutzfläche von rund 124.000 m² ab. Die dem Ausschuß Medizin Anfang 1994 vorgestellte Variante ging allerdings schon von einer notwendigen Reduktion auf 96.355 m² aus.

Die erneute Überplanung brachte weitere Reduktionen mit sich: Auf die ursprünglich geplanten Neubauten eines Forschungshauses und eines Zentralen Hörsaalgebäudes wird aus Gründen der Kostenersparnis verzichtet. Der Anteil der Forschungsflächen soll aber weiterhin 9-10 % der Gesamtfläche der Medizinischen

Fakultät betragen. Ein zusätzlicher großer Hörsaal soll im zentralen Neubaukomplex eingerichtet werden.

Die Institute sollen am Hauptstandort Schillingallee in drei Gebäudekomplexen (Schillingallee 70, Stempelstraße und Kopernikusstraße) konzentriert werden. Im Gebäude des Pathologischen Instituts soll künftig auch das Institut für Rechtsmedizin untergebracht werden. Dadurch können mehrere Außenstandorte (Gertrudenstraße, Sankt-Georg-Straße, Friedhof) aufgegeben und bisher durch Institute genutzte Flächen in Klinikgebäuden (Klinik für Innere Medizin, Kinderklinik) am Hauptstandort für die künftigen klinischen Nutzer freigegeben werden. Das Institut für Medizinische Psychologie wird am Standort Gehlsdorf in der Nervenklinik bleiben. Für die Radiologische Klinik sind zwei Standorte vorgesehen: Während die Abteilung Strahlentherapie im Klinikgebäude Standort Südring bleiben soll, wird die Abteilung Röntgendiagnostik im Neubau für den Zentralen Medizinischen Funktionen untergebracht werden. Die Zentrale Röntgendiagnostik wird so angeordnet, daß der derzeitige Standort der Computer- und Kernspintomographen in der Chirurgischen Klinik Bestand hat. Die Abteilung Nuklearmedizin mit Diagnostik und Therapie wird ebenfalls am Standort Schillingallee zusammengeführt.

Zu den Zentralen Medizinischen Funktionen zählen weiterhin die Zentrale Administrative Patientenaufnahme, die Institute für Klinische Chemie und Pathobiochemie sowie Transfusionsmedizin sowie die Funktionsstellen Physikalische Therapie, Bettenaufbereitung, Zentralsterilisation und Soziale Dienste.

Der geplante Bereich der operativen Fächer soll über ein OP-Zentrum für Chirurgie und Herzchirurgie sowie ein weiteres OP-Zentrum für die Frauenklinik, die Orthopädie, die Urologie und die Abteilung Kinderchirurgie verfügen. Das Kopffzentrum soll über ein eigenes OP-Zentrum für die Augenklinik, die HNO-Klinik, die MKG-Chirurgie und die Neurochirurgische Abteilung verfügen.

Auf dem Erweiterungsgelände Ernst-Heydemann-Straße neu errichtet werden soll ein Medizinisches Versorgungszentrum mit den Funktionsstellen Arzneimittelversorgung, Sterilgutversorgung, Lagerhaltung und Güterumschlag, Gefahrstofflager, Speisenversorgung, Wäscheversorgung, Fuhrpark, Notarztbereitschaft/Rettungsdienst, Energieversorgungszentrale, Abfallbeseitigung und Verwaltung. Die Universität spricht dem Bau des Medizinischen Versorgungszentrums eine Schlüsselfunktion bei der Umsetzung der Gesamtkonzeption zu, die mit diesem Bau begonnen werden soll. Der Bau würde den Abriß von Verwaltungsgebäuden und technischen Einrichtungen auf dem Kerngelände des Klinikums ermöglichen, so daß dort mit dem Neubau der Frauenklinik begonnen werden könnte.

Die Bausubstanz der Zahnklinik wird als gut bewertet, so daß unter der Voraussetzung einer sinkenden Studentenzahl mittelfristig keine größeren Investitionen zu erwarten seien. Noch erforderliche Investitionen für den Gebäudekomplex beziehen sich insbesondere auf Dach, Fassade und Haustechnik sowie auf den OP-Bereich der Klinik für MKG-Chirurgie. Für Bauunterhaltungsmaßnahmen wurden in den Jahren 1991 - 1994 1,1 Millionen DM aufgewendet und der Gebäudekomplex der Zahnmedizin auf seinen jetzigen Stand gebracht. Die Verwaltung des Klinikums Rostock wandte weitere 0,3 Millionen DM für die Instandhaltung der Nutzungsbereiche der MKG-Chirurgie im selben Gebäudekomplex auf. Ferner wurden im gleichen Zeitraum rund 1,5 Millionen DM in Geräte für die Zahnmedizin und 1,0 Millionen DM in Geräte für die MKG-Chirurgie investiert.

Die Umsetzung der Entwicklungskonzeption soll in drei Baustufen in den nächsten 15 Jahre erfolgen. Einen Überblick über die Maßnahmen der drei Baustufen und die zu erwartenden Kosten gibt die Übersicht 9. Die Verteilung der vorgesehenen Kosten und Nutzflächen auf die einzelnen Kliniken und Institute zeigt Übersicht 10. Eine zwischenzeitliche Überarbeitung der Konzeption für das Medizinische Versorgungszentrum sieht eine Reduzierung der Nutzfläche von 12.030 auf 11.326 m² und

eine Kostenreduktion von 108,2 auf 81,0 Millionen DM vor, die in den Übersichten noch nicht berücksichtigt wurden.

Die Kosten der jetzt geplanten Baumaßnahmen werden auf rund 707 Millionen DM geschätzt. Gegenüber der Anfang 1994 veranschlagten Kostenschätzung von 792 Millionen DM stellt dies eine Reduktion um rund 11 %, verglichen mit der ursprünglichen Baukonzeption, deren Kosten auf 1.056 Millionen DM geschätzt wurden, um rund 33 % dar.

Nicht in der Kalkulation der Gesamtkosten enthalten sind notwendige Interimsmaßnahmen an Außenstandorten der Medizinischen Fakultät Rostock zur Gewährleistung von Lehre und Forschung bis zur Errichtung der entsprechenden Neubauten am Standort Schillingallee in Höhe von rund 62 Millionen DM. Diese Kostengröße ist geschätzt. Darin enthalten sind Kosten in Höhe von rund 48,0 Millionen DM für bereits laufende Sanierungsmaßnahmen in der Klinik für Gynäkologie (Nr. 8026 und Nr. 8088), der Augenklinik (Nr. 8075), dem Anatomische Institut (Nr. 8030) und im Schwesternwohnheim Evershagener Straße (Nr. 7050).

Übersicht 9
Bauliche Entwicklungskonzeption
der Medizinischen Fakultät Rostock 1995-2010

Bau- pha- se	Baumaßnahmen	Kosten	RPL-Nr.	Kat.	NF	
		Mio DM			in m ²	
1	Sanierung Gebäude der Kinderklinik, 1.BA (Dach u. Fassade)	7,9	8070	I		
	Sanierung u. Erweiterung Gebäude der Chirurgie (Kliniken für Herz- chirurgie, Chirurgie, Anästhesiologie u. Intensivtherapie)	67,9	8025 8074	I/II P	10.716	
	Neubau Medizinisches Versorgungszentrum	108,2	7072	II	12.030	
	Neubau Vorklinik (Institute f. Anatomie, Physiologie, Med. Biochemie)	44,9	8083	II	4.465	
	Neubau Operative Fächer und OP-Zentrum, 1.BA (Frauenklinik, Neu- bauteil Kinderklinik, 1. Stufe OP-Zentrum 2)	64,1	8078	P	6.251	
	Sanierung und Neubauteil Gebäude Pathologie, 1.BA (Institute für Pa- thologie u. für Rechtsmedizin)	6,5	8011 8022	I I	120	
	Sanierung Klinik für Innere Medizin, 1.BA (Einrichtung Internist. ITS, Klinikanlage Kardiologie, Einrichtung KMT, San. Dach und Fassade)	28,1	8071 8087 8092	IIa II II	4.182	
	Neubau Zentrale Medizinische Funktionen, 1.BA (OP-Zentrum 4/Ambu- lantes Operieren, Zentrale Notaufnahme, Aufnahmestation, Personal- kasino)	28,5			3.010	
	Grundsanierung Gebäude Med.-Theoretische Institute, 1.BA (Hörsaal)	1,2	7044	I	326	
	Sanierung Gebäudezug Rembrandt-/Strepelstraße, 1.BA (Dach, Fassade, Haustechnik; ZMK-Klinik, Dermatologische Klinik)	9,6	8016	III		
	Sanierung Augenklinik	11,7	8017	I	1.597	
	Sanierung zentrale Forschungsflächen (div. Gebäude), 1.BA	5,5				
	Kosten Bauphase 1		384,2			42.697
	2	Neubau Operative Fächer und OP-Zentrum 2, 2.BA (Urologische Kli- nik, Orthopädische Klinik, 2. Stufe OP-Zentrum 2)	32,0			3.543
		Sanierung derzeitiges Schulgebäude (Bibliothek, Lehre)	8,0			1.921
Neubau Zentrale Medizinische Funktionen, 2.BA (Abt. Zentrale Rönt- gendiagnostik, Institute für Klin. Chemie/Pathochemie u. für Trans- fusionsmedizin, Zentrale Physikalische Therapie, Abt. Nuklearmedizin, Bettenaufbereitung, Soziale Dienste)		61,6			6.365	
Sanierung Gebäude Pathologie, 2.BA (Pathologie u. Rechtsmedizin)		10,6			2.245	
Sanierung Gebäude derzeitige Kinderklinik, 2.BA		29,8			5.926	
Sanierung zentrale Forschungsflächen (div. Gebäude), 2.BA		24,4			4.226	
Kosten Bauphase 2		166,4			24.226	
3	Neubau OP-Zentrum 3 (OP und Pflegestation der Abt. Neurochirurgie, OP MKG-Klinik)	13,3			944	
	Sanierung Gebäudezug Rembrandt-/Strepelstr., 2.BA (ZMK-Klinik)	24,2			4.341	
	Sanierung Klinik für Innere Medizin, 2. BA, einsch. Dermatologie	50,1			7.587	
	Sanierung Radiologische Klinik Südring - Abt. Strahlentherapie	26,4			3.406	
	Sanierung Gebäude Medizinisch-Theoretische Institute, 2.BA (Institute für Med. Mikrobiologie, Immunologie, Pharmakologie/Toxikologie, Gesundheitswissenschaften, Biomed. Technik, Med. Informatik u. Biometrie, Experimentelles Forschungszentrum)	28,0			3.497	
Kosten Bauphase 3		142,0			19.775	
Kosten Bauphasen 1-3		665,5			86.698	
	Grunderwerb	14,1				
Kosten insgesamt		706,8				

Quelle: Schreiben der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 13.4.1995, Anlage 3: Bauli-
che Entwicklungskonzeption der Medizinischen Fakultät Rostock 1995-2010; Aktualisierung mit Schreiben
vom 6. November 1995

Übersicht 10
Bau- und Ersteinrichtungskosten sowie Nutzflächen der Kliniken und
Institute
der Medizinischen Fakultät Rostock

Klinik/Institut	Nutzfläche in m²	davon Neu- bau	Baukosten in Mio DM	Ersteinrich- tungskosten in Mio DM	Gesamt- kosten in Mio DM
1. Operative Fächer					
- Anästhesiologie/Intensivtherapie	1.526	0	7,4	3,0	10,5
- Chirurgie	6.838	1.562	37,4	13,6	51,0
- Herzchirurgie	939	0	4,6	1,9	6,4
- OP-Zentrum 1	1.413	1.413	Kosten nicht berücksichtigt, da Bau fertig- gestellt		
2. Konservative Fächer					
- Innere Medizin	10.623	0	50,7	20,7	71,4
- Dermatologie	1.146	0	5,0	1,7	6,7
3. Pädiatrisches Zentrum					
- Kinderheilkunde	6.728	1.302	37,9	13,1	51,0
- Abt. Medizin. Genetik	498	0	2,8	0,8	3,5
4. Gynäkologie/Urologie/Orthopädie					
- Frauenklinik	4.452	4.452	33,3	8,9	42,2
- Urologie	1.398	1.398	10,5	2,8	13,3
- Orthopädie	1.648	1.648	12,3	3,3	15,6
- OP-Zentrum 2	994	994	7,4	2,0	9,4
5. Kopffächer					
- Augenklinik	1.597	0	8,9	2,8	11,7
6. ZMK-Heilkunde					
- Zahnmedizin ¹⁾	2.979	0	16,5	6,7	23,3
- MKG-Chirurgie	1.362	0	7,5	3,1	10,6
- OP-Zentrum 3	944	944	8,7	4,6	13,3
7. Zentrale Medizin. Funktionen					
- Zentrale Medizin. Funktionen	8.530	8.530	65,1	17,0	82,1
- OP-Zentrum 4	844	844	6,3	1,7	8,0
8. Institute					
- Anatomie	2.189	2.189	18,7	3,4	22,0
- Physiologie	1.074	1.074	9,2	1,6	10,8
- Medizinische Biochemie	1.202	1.202	10,3	1,8	12,1
- Pathologie und Rechtsmedizin	2.365	120	13,5	3,6	17,1
- Medizin.-Theoretische Institute	3.825	0	21,6	6,3	27,9
- Zentrale Forschungsflächen	4.226	0	23,4	6,5	29,9
9. Bibliothek	1.921	0	7,0	1,1	8,1
10. Medizin. Versorgungszentrum	12.030	12.030	90,0	18,2	108,2
11. Radiologische Klinik am Südring	3.406	0	17,1	9,3	26,4
Summe Bau und Ersteinrichtung	86.698	39.703	533,1	159,6	692,6
Grunderwerb					14,1
Gesamt					706,8

Quelle: Schreiben der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 13.4.1995, Anlage 5: Gesamtübersicht Kosten der Medizinischen Fakultät Rostock; Aktualisierung mit Schreiben vom 6. November 1995

¹⁾ Einschließlich bereits erfolgter Sanierungen

A.III. Medizinische Fakultät der Universität Greifswald

III.1. Entwicklung, Struktur und Personal

Die Medizinische Fakultät zählt zu den Gründungsfakultäten der Mitte des 15. Jahrhunderts entstandenen Universität Greifswald. Ihre Tradition wurde durch namhafte Ärzte und Wissenschaftler geprägt. In der Situation eines Zentralklinikums in einem dünn besiedelten und strukturschwachen Flächenstaat und in der Nachbarschaft der ebenfalls traditionsreichen Medizinischen Fakultät Rostock sah sich die Medizinische Fakultät Greifswald nach der deutschen Wiedervereinigung mit einer schwierigen Umbruchssituation konfrontiert.

Zu den besonderen Umständen zählte insbesondere die Tatsache, daß die bis dahin zur Fakultät gehörende militärmedizinische Sektion aufgelöst wurde. Gleichzeitig verlor das Diabetes-Institut "Gerhardt Katsch" in Karlsburg seine bis dahin zentrale Funktion für die gesamte ehemalige DDR in der Versorgung aller diabetischen Schwangeren und ihrer Kinder. Hinzu kam der desolate Zustand der meisten Gebäude, deren Standorte über die gesamte Stadt verstreut sind. In einem mehrstufigen Verfahren mit Ehren-, Überleitungs- und Übernahmekommissionen wurde die personelle Erneuerung Ende 1992 abgeschlossen. 51 % der 1989 an der Medizinischen Fakultät tätigen Professoren und Dozenten wurden dabei nicht übernommen, darunter alle ehemaligen Militärmediziner.

Vor dem Hintergrund der medizinischen Versorgungsstruktur im Raum Greifswald, die durch das Fehlen eines Allgemeinkrankenhauses in der Stadt dazu geführt hat, daß das Universitätsklinikum einen Großteil der Normalversorgung der Bevölkerung leistet, empfahl der Wissenschaftsrat, diese Besonderheit gezielt für Lehre und Forschung nutzbar zu machen.¹⁾ Eine

¹⁾ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur künftigen Struktur der Hochschullandschaft in den neuen Ländern und im Ostteil von Berlin, Teil III vom September 1991, Köln 1992, Seite 70

Orientierung auf die Regelversorgung im Sinne eines Modellklinikums Community Medicine hielt der Wissenschaftsrat auch mit Blick auf die Finanzlage des Landes und den hohen Investitionsbedarf für beide Medizinische Fakultäten für geboten.

Zur Zeit gliedert sich die Medizinische Fakultät in 17 Institute und 22 Kliniken, die zum Teil in übergreifenden Zentren zusammengefaßt sind (siehe Übersicht 11). Dabei handelt es sich um

- das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin mit den Kliniken für Kindermedizin und für Kinderchirurgie;
- das Zentrum für Radiologie mit den Kliniken für Strahlentherapie und für Nuklearmedizin sowie dem Institut für Röntgendiagnostik sowie
- das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten mit den Kliniken für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, für Kieferorthopädie, für Prothetik und für Zahnerhaltung.

Geplant ist darüber hinaus die Einrichtung

- eines Zentrums für Molekulare Medizin mit den Instituten für Biochemie, für Humangenetik, für Immunologie und Transfusionsmedizin und für Medizinische Mikrobiologie sowie
- eines Zentrums für Neurowissenschaften mit den Kliniken für Neurologie und für Neurochirurgie.

Von der zunächst geplanten Bildung eines Zentrums für Community Medicine/Dentistry, in dem die Institute bzw. Abteilungen für Arbeitsmedizin, für Biometrie und Medizinische Informatik, für Epidemiologie und Sozialmedizin, für Geschichte der Medizin, für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Medizi-

Übersicht 11

Struktur der Medizinischen Fakultät und des Klinikums der
Universität Greifswald

	C4	C3	Übriges wissen- schaftliches Personal	Weitere Mitarbeiter
Vorklinik und klinisch-theoretische Institute				
Anatomie	1	1	7,0	13,0
Klinische Chemie	-	1	8,5	46,5
Pathologie	1	1	7,0	20,0
Institut für Diabetes Karlsburg	-	-	2,0	8,0
Abteilung für Versuchstierhaltung	-	-	1,0	8,0
Pharmakologie und Toxikologie	1	1	9,5	17,5
Physiologie	1	1	7,5	13,0
Abteilung für Biophysik	-	1	1,0	3,0
Rechtsmedizin	1	-	5,5	15,5
Biochemie	1	1	8,5	9,5
Humangenetik	1	1	9,5	13,5
Medizinische Immunologie	1	0	8,0	3,5
Abteilung für Transfusionswesen	-	1	6,0	14,0
Medizinische Mikrobiologie	1	2	8,5	25,0
Bereich Community Medicine	-	-	1,0	-
Arbeitsmedizin	-	1	4,0	4,5
Biometrie und Medizinische Informatik	1	-	5,0	1,5
Epidemiologie und Sozialmedizin	(1) ¹⁾	-	-	-
Geschichte der Medizin	-	1	1,0	0,5
Hygiene und Umweltmedizin	1	1	6,5	11,0
Medizinische Psychologie	-	1	1,0	1,0
S u m m e	12	15	108,5	228,5

¹⁾ Eine C4-Stelle für den Bereich Epidemiologie und Sozialmedizin wird ab 1995 im Stellenplan durch Umwidmung gewonnen.

Übersicht 11 (Fortsetzung)

Struktur der Medizinischen Fakultät und des Klinikums der
Universität Greifswald

	C4	C3	Übriges wissen- schaftliches Personal	Weitere Mitarbeiter
Kliniken und klinische Zentren				
Zentrum für Innere Medizin (Kliniken A, B, C)	3	4	39,0	237,75
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin				
Kinderchirurgie	1	-	11,0	35,0
Kindermedizin	2	2	31,0	198,0
Zentrum für Neurowissenschaften				
Neurochirurgie	1	1	10,0	40,0
Neurologie	1	1	12,0	41,25
Zentrum für Radiologie				
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	4	4	31,5	89,5
Kliniken ohne Zuordnung zu Zentren				
Anästhesiologie und Intensivmedizin	1	1	30,0	54,0
Chirurgie	1	3	29,0	151,00
Augenheilkunde	1	1	19,0	85,0
Gynäkologie und Geburtshilfe	1	2	23,0	152,0
HNO-Heilkunde	1	1	19,0	105,0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1	1	11,0	60,0
Psychiatrie und Psychotherapie	1	-	12,0	51,75
Orthopädie	1	1	13,0	57,25
Urologie	1	1	10,0	54,25
S u m m e	23	25	323,5	1.494,5
Sonstige Einrichtungen	-	-	1,0	455,0
G e s a m t s u m m e	35	40	433,0	2.178,0

Quelle: Angaben der Fakultät vom Dezember 1994, aktualisiert mit Schreiben der Kultusministerin des Landes
Mecklenburg-Vorpommern vom 6. November 1995

nische Psychologie zusammengefaßt werden sollten, haben Land und Universität wieder Abstand genommen, da die Beschäftigung mit diesem Schwerpunktthema alle Kliniken und Institute erfassen sollte. Hinsichtlich des Bereichs Geschichte der Medizin gibt es Vorstellungen, diesen mit dem Bereich Geschichte der Pharmazie in der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät zusammenzuführen.

Der Medizinischen Fakultät seit 1992 angeschlossen ist das aus einem ehemaligen Zentralinstitut hervorgegangene Institut für Diabetes in Karlsburg, dessen bettenführender Teil seit Anfang 1994 in private Trägerschaft überführt und zu einem Fachkrankenhaus für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten sowie zu einer Herzchirurgischen Klinik ausgebaut wurde. Der Kooperationsvertrag mit den privaten Klinikträgern sieht vor, daß der Direktor der Klinik für Diabetologie als Honorarprofessor in die Universität eingebunden wird. Die Besetzung der Chefarztposition für die Abteilung Innere Medizin/Diabetes erfolgt analog der Chefarztposition der Herzchirurgie in einem berufungsähnlichen Verfahren in Abstimmung mit der Universität. Den C4-Professoren für Kardiologie und für Anästhesiologie und Intensivmedizin soll in Personalunion die Leitung der entsprechenden Abteilungen des Fachkrankenhauses Karlsburg übertragen werden.

Im verbliebenen Institut für Diabetes werden 41 Wissenschaftlerstellen aus Mitteln des Wissenschaftler-Integrationsprogramms (WIP) finanziert. Über Drittmittel des BMBF-Sonderprogramms und der DFG werden darüber hinaus 8 Wissenschaftler, 26 technische Kräfte und 2 Forschungsstudenten beschäftigt.¹⁾ Nachdem deutlich wurde, daß von den WIP-Stellen nur insgesamt 10 Stellen übernommen werden können, haben sich Universität und Land auf das folgende Konzept geeinigt: An der Universität Greifswald wird ein Institut für Pathophysiologie mit einer C3-Leitungsstelle gegründet, in das ein Kern-

¹⁾ Stand: 1.9.1994.

bestand von 7 Wissenschaftlern und 3 nichtwissenschaftlichen Mitarbeitern aus dem Diabetes-Institut übernommen werden soll. Ihrer Ausrichtung nach sollen sie der Forschungsrichtung Community Medicine entsprechen. Darüber hinaus soll ein An-Institut gebildet werden, das durch einen bereits gegründeten Verein zur Förderung der Diabetes-Forschung getragen werden soll. Die Medizinische Fakultät hofft auf eine außeruniversitäre Finanzierung, beispielsweise im Rahmen der Blauen Liste, und erinnert an die entsprechende Empfehlung des Wissenschaftsrates im Rahmen der Stellungnahmen zu den außeruniversitären Forschungseinrichtungen in der ehemaligen DDR¹⁾. Das Kultusministerium erwartet, daß ein großer Teil der Finanzierung des An-Institutes über die Einwerbung von Drittmitteln gesichert wird und bietet eine projektbezogene Anschubfinanzierung, mit der nach Auslaufen der WIP-Finanzierung ein Übergang gewährleistet werden soll. Die erforderlichen Räumlichkeiten sollen in landeseigenen Gebäuden auf dem Karlsburger Gelände zur Verfügung gestellt werden.

Es ist vorgesehen, die Gründung des Institutes für Pathophysiologie und des An-Institutes für Diabetes parallel vorzunehmen und vorerst kommissarische Leiter einzusetzen, wobei angestrebt wird, daß die C3-Professur Pathophysiologie mit der Leitung beider Institute verbunden ist. Ebenfalls auf das Karlsburger Gelände soll das Institut für Physiologie übersiedeln.²⁾ Die erforderlichen Räumlichkeiten sollen durch den Ausbau des bisher ungenutzten Hauses C bereitgestellt werden. In Karlsburg bereits ansässig ist die Abteilung Experimentelle Medizin, die ihre Aufgaben in der Zucht kommerziell nicht erhältlicher Versuchstiere, insbesondere spontan

¹⁾ Wissenschaftsrat: Stellungnahmen zu den außeruniversitären Forschungseinrichtungen in der ehemaligen DDR auf dem Gebiet der Biowissenschaften und der Medizin, Köln 1992, S. 57.

²⁾ Die dazugehörige Abteilung Biophysik soll am Standort Fleischmannstraße verbleiben. Nach Ausscheiden des jetzigen Leiters soll dessen C3-Stelle allerdings nicht mehr neu besetzt werden.

diabetischer Tiermodelle, sowie in wissenschaftlichen Arbeiten zur molekularen Genetik hat.

Insgesamt sieht der Stellenplan für Fakultät und Klinikum 35 C4- und 40 C3-Stellen vor. Von diesen sind 19 C4-Professoren und 22 C3-Professoren im Rahmen der personellen Hochschulenerneuerung übernommen worden. Bis Ende 1994 wurden 7 C4-Professoren (Anästhesiologie und Intensivmedizin, Augenheilkunde Neurochirurgie, Neurologie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Zahnärztliche Prothetik sowie Zahnerhaltung) und 8 C3-Professoren neu berufen, alle aus den alten Bundesländern. Für 5 weitere Lehrstühle und 2 C3-Stellen wurden die Berufungen ausgesprochen. Ausschreibungs- bzw. Berufungsverfahren laufen für 3 C4-Stellen und 9 C3-Stellen.¹⁾ Darunter sind insbesondere die C4-Stellen für Epidemiologie und Sozialmedizin sowie die C3-Stelle für Zahnärztliche Propädeutik und Community Dentistry. Noch unbesetzt sind außerdem die C3-Stellen für Medizinische Informatik sowie für Umweltmedizin.

Absenkungen bzw. Einsparungen bei Ausscheiden der gegenwärtigen Stelleninhaber sind bei der C4-Stelle für Pädiatrie / Onkologie sowie bei den C3-Stellen für Experimentelle Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Klinische Mikrobiologie, Spezielle Kieferorthopädie und Biophysik vorgesehen bzw. bereits realisiert.

Im Stellenplan der Medizinischen Fakultät für das Jahr 1994 waren insgesamt 2.686 Vollkräfte ausgewiesen.²⁾ Damit wurde der Personalbestand seit 1990 um 13 % (von 3.087) reduziert. Von dem derzeitigen Personal arbeiten nach Angaben der Universität 15 % im ärztlichen Dienst, 7 % im wissenschaftlichen Verwaltungsdienst, 33 % im Pflegedienst, 21 % im medizinisch-technischen Dienst und 3 % im technischen Dienst. 8 % des Personals werden jeweils für klinisches Hauspersonal und So-

¹⁾ Stand: 6. Dezember 1994.

²⁾ 90 dieser Stellen tragen einen kw-Vermerk.

zialdienst und für die Verwaltung (5 % sonstiges Personal) ausgewiesen.

Bezieht man sämtliche Personalstellen des Jahres 1994 auf die Bettenzahl von 1.098, so ergibt sich ein Verhältnis von 2,4 Stellen pro Planbett (Durchschnitt West: 2,8; Durchschnitt Ost: 2,9) bzw. 0,5 Wissenschaftlerstellen pro Planbett (Durchschnitt West: 0,5; Durchschnitt Ost: 0,7).

Rund 68 % der C4-Professoren waren 1993 über 50 Jahre, 9% über 60 Jahre alt, während 87 % der C3-Professoren über 50 Jahre und 1,3 % über 60 Jahre alt waren. Von den unbefristet beschäftigten wissenschaftlichen Mitarbeitern waren zu diesem Zeitpunkt rund 45 % über 40 Jahre alt, hingegen nur 22 % der auf Zeit angestellten wissenschaftlichen Mitarbeiter. Diese Altersstruktur der wissenschaftlichen Bediensteten entspricht nach Angaben der Fakultät noch nicht dem angestrebten Profil. Eine Verjüngung der Altersstruktur soll mit den neu zu besetzenden Stellen erreicht werden. Das Durchschnittsalter der bis Ende 1994 neu berufenen Professoren lag bei 43 Jahren.

Das Verhältnis von unbefristeten zu befristeten Stellen für wissenschaftliche Bedienstete betrug 1993 1,3 : 1, nachdem es 1990 noch bei 3,3 : 1 gelegen hatte. Es wird angestrebt, in den klinischen Einrichtungen jeweils zur Hälfte befristete und unbefristete Stellen zu erreichen, um insbesondere in den operativen Fächern eine zu große Zahl von noch unselbständigen Berufsanfängern zu vermeiden. Insgesamt wird ein Verhältnis von 1 : 2 angestrebt.

III.2. Lehre und Studium

Die Immatrikulation von Studenten erfolgt an der Medizinischen Fakultät Greifswald einmal jährlich zum Wintersemester. Die jährliche Zulassungszahl lag in den Jahren 1991 bis 1993 bei durchschnittlich 190 Studenten für den Studiengang Human-

medizin und bei 41 für den Studiengang Zahnmedizin. Im Wintersemester 1994/95 begannen 183 Studienanfänger ein Studium der Humanmedizin, 44 ein Zahnmedizinstudium. Künftig angestrebt wird eine Zahl von 120 Studienanfängern der Humanmedizin und 25 in der Zahnmedizin. Der Anteil der Frauen lag zuletzt bei 45 % im Studiengang Humanmedizin und 65 % im Studiengang Zahnmedizin. Seit 1991 stieg die Zahl der Studienanfänger aus den alten Bundesländern kontinuierlich an. Im Wintersemester 1993 lag sie bei 109 (57 %) in der Humanmedizin und bei 18 (45 %) in der Zahnmedizin. Auch in den höheren Fachsemestern stieg die Zahl der Studenten aus den alten Bundesländern an.

Für die Lehre bietet die Medizinische Fakultät Greifswald die besondere Situation, daß das Universitätsklinikum neben Aufgaben der Maximal- und Schwerpunktversorgung einen relativ hohen Anteil an Grund- und Regelversorgung zu erfüllen hat. Mit 805 universitären Planbetten und den für die Lehre nutzbaren Betten der akademischen Lehrkrankenhäuser im Klinikum Stralsund (1.139 Betten), im Klinikum Neubrandenburg (1.008 Betten) sowie des zukünftig "in Lehre und Forschung assoziierten" Krankenhauses Karlsburg (190 Betten) stellt sich aus der Sicht des Landes eine günstige Relation zwischen Bettenzahl und auszubildenden Medizinstudenten dar. Das gemischt städtisch-ländliche Einzugsgebiet in der stationären und ambulanten Krankenbetreuung des Universitätsklinikums und seine relative Abgegrenztheit durch die geographische Randlage im Nordosten Deutschlands sei darüber hinaus für eine bevölkerungsorientierte und damit praxisnahe Ausbildung vorteilhaft.

Seit 1991 konnten nach Angaben der Fakultät richtungsweisende Veränderungen in der Ausbildung realisiert werden. Dies betreffe insbesondere die Gründung eines Studiendekanates, in dem die Aufgaben der Planung, Realisierung und Evaluierung der einzelnen Reformschritte bearbeitet werden sollen. Durch die jährliche Immatrikulation zu Beginn des Wintersemesters

könne außerdem eine straffere Studienorganisation erreicht werden. Das komme auch in der Bildung fester Studiengruppen zum Ausdruck, die maximal 20 Studenten umfassen und während des gesamten Studiums bestehen bleiben. Künftig geplant sind die Einführung eines Tutorialsystems sowie problemorientierte Lehrveranstaltungen, Kurse zum "Teacher-Training" und die Entwicklung von Evaluationsmethoden der Lehre.

Die akademischen Lehrkrankenhäuser werden neben der PJ-Betreuung zum Teil auch in die praxisnahe Ausbildung während des Studiums einbezogen. So finden im Lehrkrankenhaus Stralsund gynäkologisch-geburtshilfliche, internistische und psychiatrische Praktika statt. Auf kommunaler Ebene ist das Fachkrankenhaus für Psychiatrie in Greifswald-Bethanien am Praktikum beteiligt. In die praxisnahe Ausbildung konnten darüber hinaus seit 1992 11 Lehrpraxen niedergelassener Ärzte sowie das Gesundheitsamt der Hansestadt Greifswald einbezogen werden ("Praktikum Berufsfelderkundung"). In Abstimmung mit der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock werden die Lehrveranstaltungen in den Fachgebieten Geschichte der Medizin, Neurochirurgie und Biophysik von Greifswalder Professoren in Rostock durchgeführt.

Das auf die Community Medicine abgestimmte Lehrkonzept, das die in der Approbationsordnung vorgegebenen Veranstaltungen ergänzt, soll beginnend mit dem Anfängerjahrgang 1994/95 stufenweise umgesetzt werden, wobei einzelne Teile auch schon in höheren Semestern eingeführt werden sollen. Seit dem Wintersemester 1992/93 werden ein "Hausärztliches Besuchsprogramm", eine interdisziplinäre Vorlesungsreihe "Kind im Krankenhaus" und "Kind im Spannungsfeld von Arzt und Familie" sowie weitere fakultative Veranstaltungen in den Bereichen Arbeitsmedizin, Hygiene, Umweltmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und Chirurgie angeboten. Außerdem gibt es eine Ringvorlesung zur Community Medicine und entsprechende Lehrveranstaltungen in der Zahnmedizin.

Als Element der Community Medicine-Orientierung werden im Curriculum zudem auch fächerübergreifende Zusammenfassungen von Pflichtveranstaltungen ausgewiesen (z.B. der Kursus für allgemeine und klinische Untersuchungen für Innere Medizin, Neurologie und Neurochirurgie). Im Kern des Curriculums stehen vier obligatorische Kurse, die die Rahmenthemen "Strukturen der gemeindenahen Versorgung", "Arzt und chronischer Patient in der gemeindenahen Versorgung", "Umwelt, Hygiene und die gefährdete Gesundheit" sowie "Lebensweise, Ernährung, regionale Besonderheiten und Präventionsstrategien" behandeln. Darin integriert sind ein Hausbesuchsprogramm, das bereits im 1. Semester einsetzt, sowie weitere Praktika in außeruniversitären Einrichtungen.

Das Curriculum der Community Dentistry stellt die Wirksamkeit zahnärztlicher Prophylaxe und Therapie bezogen auf die Bevölkerung in den Mittelpunkt. Als zentrales Element wird auch hier die frühzeitig einsetzende Assistenz der Studierenden in verschiedenen Bereichen zahnärztlicher Tätigkeiten herausgestellt. Die Zahl der zusätzlichen, eigens unter Gesichtspunkten einer Community Dentistry entwickelten Lehrveranstaltungen ist allerdings weitaus geringer als im Studiengang Humanmedizin.

III.3. Forschung

a) Promotionen und Habilitationen

Die durchschnittliche Zahl der Promotionen lag in den Jahren 1991 bis 1993 bei 68. Dabei entfielen im Zeitraum 1987 bis 1993 über 30 % auf die Institute und knapp 70 % auf die Kliniken. Etwas mehr als ein Drittel dieser Promotionen entfielen auf Frauen; im Bereich der Zahnmedizin lag ihr Anteil über der Hälfte. Rückläufig ist hingegen die Zahl der Habilitationen an der Medizinischen Fakultät Greifswald. So gab es im Jahr 1991 insgesamt noch 10 Habilitationen, im Jahr 1992

noch 8 und im Jahr 1993 nur noch 2 Habilitationen in der Humanmedizin. Seit 1994 hat sich die Zahl der Habilitationen auf 4 gesteigert. In der Zahnmedizin ist seit 1989 keine Habilitation verzeichnet.

b) Forschungsschwerpunkte

Entsprechend der grundsätzlichen Ausrichtung gibt die Medizinische Fakultät Greifswald den Bereich Community Medicine bzw. Community Dentistry als vorrangigen Forschungsschwerpunkt an. Allerdings könne die Community Medicine nicht "auf hochspezialisierte Medizin mit Grundlagenforschung" verzichten. Entsprechende Forschungsschwerpunkte sieht die Fakultät in den Bereichen Neurowissenschaften, Molekulare Medizin und Onkologie/ Stammzelltransplantation vor.

Community Medicine / Dentistry

Das Forschungskonzept Community Medicine/Dentistry nimmt Bezug zu den lokalen Gegebenheiten und Voraussetzungen, die auch das Gesamtkonzept des Klinikums begründen. Daher wird auch in der Forschung eine enge Zusammenarbeit mit den außeruniversitären Einrichtungen des Gesundheitswesens und mit den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten angestrebt. Das durch einen Gründungsrat erarbeitete Konzept soll alle Aspekte der Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung integrieren und sich neben der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung mit der Akzeptanz von Dienstleistungen, ihrer Effektivität und ökonomischen Effizienz und der Organisationsstruktur und Zusammenarbeit von verschiedenen Institutionen und Einrichtungen beschäftigen. "Anliegen der Community Medicine ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität der Bevölkerung in der Region Vorpommern durch eine umfassende, institutsübergreifende medizinische Betreuung unter besonderer Berücksichtigung der Wechselbeziehungen zwischen Individuum, sozialem Umfeld, Gesundheits- und Sozialwe-

sen."¹⁾ Als interdisziplinäre Forschungsbereiche in der Community Medicine werden genannt:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen/Stoffwechsel/Ernährung;
- Alkohol, Sucht, Drogen;
- Onkologische Erkrankungen;
- Munderkrankungen und kranio-mandibuläre Dysfunktionen.

Zur Verwirklichung des Konzeptes Community Medicine ist ein *Modellversuch Community Medicine* geplant, unter dessen Dach ein *Lehrverbund*, ein *Betreuungsverbund*, ein *Forschungsverbund* sowie unabhängige Projekte zusammengefaßt sein sollen. Kernstück des Forschungsverbundes soll eine umfassende epidemiologische *Basisstudie Vorpommern* sein, deren Finanzierung noch nicht gesichert ist. Angestrebt wird eine Mischfinanzierung über das BMBF, das Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sowie den Landeszuschuß für Forschung und Lehre.

Im Bereich Community Medicine bereits angelaufen sind nach Angaben der Fakultät darüber hinaus insgesamt 28 Forschungsprojekte der einzelnen medizinischen und zahnmedizinischen Einrichtungen, die in den Forschungsverbund integriert werden sollen. Sie werden zum größten Teil im Rahmen der BMBF-Sonderförderung zugunsten der Medizinischen Fakultäten in den neuen Ländern finanziert. Künftig soll hierfür eine Förderung durch das BMBF im Rahmen des Förderschwerpunktes "Public Health" beantragt werden. Die Stadt Greifswald ist außerdem Mitglied des internationalen Netzwerkes "Gesunde Städte" und des EG-Projektes "Environet" zur Förderung von Gesundheit und verbesserten Umweltbedingungen.

Verantwortlich für die Etablierung des Modellversuchs soll eine *Fakultätskommission Community Medicine* sein. Sie wird

¹⁾ Modellverbund Community Medicine; Aufgabenstellung, Verantwortlichkeit und Zusammensetzung der Gremien, ohne Datum.

durch ein *Kuratorium* unterstützt, in dem neben Bundes- und Landesministerien unter anderem auch eine Reihe von medizinischen Standesorganisationen und Verbände als Mitglieder vorgesehen sind. Der Modellverbund soll durch einen *Geschäftsführenden Ausschuß mit Koordinierungsstelle Community Medicine* nach innen und außen vertreten werden. Im obliegt auch die Erarbeitung des Finanzierungskonzeptes einschließlich Anschubfinanzierungen und Unterstützung von Pilotphasen. Dem *Forschungsverbund* gehört auch die Leitung der Regionalen Basisstudie Vorpommern an. Alle Forschungsprojekte des Forschungsverbundes sollen durch einen *Wissenschaftlichen Beirat* begutachtet werden. Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats sollen unter Federführung des BMBF und in Abstimmung mit Land und Universität benannt, vom Kuratorium bestätigt und vom Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät berufen werden. Der Modellversuch Community Medicine und seine organisatorische Struktur wurden vom Fakultätsrat beschlossen. Finanzielle Mittel des Landes werden gesondert, vom üblichen Landeszuschuß getrennt zugewiesen.

Neurowissenschaften

Neben dem Ausbau der Community Medicine will die Fakultät in Abstimmung mit der Medizinischen Fakultät Rostock besondere Bereiche der Hochleistungsmedizin sowohl in der Krankenversorgung wie auch als Forschungsschwerpunkte weiter ausbauen. Dazu gehört insbesondere der Bereich der Neurowissenschaften. An diesem Schwerpunkt sollen die Kliniken für Neurochirurgie und Neurologie sowie die Fachrichtungen Neuroradiologie, Neuro-Urologie, Neuro-Ophthalmologie und Neuropathologie beteiligt sein. In diesem Zusammenhang wurden mit Industrieunterstützung eine C3-Professur für experimentelle Neurochirurgie und Neurophysiologie sowie eine spezielle Einrichtung für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation und Rehabilitation unter Trägerschaft des Bundes Deutscher Hirnbeschädigter mit Förderung des Bundesarbeitsministeriums eingerichtet.

In den Kliniken für Neurologie und Neurochirurgie sollen vor allem Fragen der Epileptologie, insbesondere der cerebrovasikulären Mikrochirurgie durchgeführt werden. Der Ausbau spezieller neurologischer Funktionsdiagnostik, auch in Zusammenarbeit mit dem Institut für Nuklearmedizin, soll zu einer landeszentralen Einrichtung für neuroangiologische Diagnostik und Therapie, insbesondere zur Versorgung von Patienten mit akutem Schlaganfall führen. Hinzu kommen in Zusammenarbeit mit der Anästhesiologie die Erforschung von Diagnose und Behandlung schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen und die pathophysiologische Forschung über sekundäre Hirnschäden. 1994 wurden an den Kliniken für Neurologie und Neurochirurgie sieben Drittmittelprojekte mit einem Umfang von 1,2 Millionen DM durchgeführt.

Molekulare Medizin

Ein dritter Schwerpunkt hat sich um das Graduiertenkolleg "Strukturelle und funktionelle Charakterisierung von Pro- und Eukariotischen Genen" gebildet. Daran sind die Institute für Immunologie und Transfusionsmedizin, für Humangenetik, Biochemie, Medizinische Mikrobiologie und Pathologie sowie aus der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät die Institute für Genetik, Biochemie, Mikrobiologie und Molekularbiologie beteiligt. Hauptthemen in diesem als Universitäts-schwerpunkt ausgewiesenen Gebiet sind die Stammzellentherapie, Viruspersistenz, Gendefekte, Septischer Schock und Diabetes mellitus.

Onkologie/Stammzelltransplantation

An diesem Schwerpunkt beteiligt sind die Kliniken für Innere Medizin, für Radiologie, für Strahlentherapie, für Chirurgie und für MKG-Chirurgie sowie das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, die Institute für Immunologie und Transfusionsmedizin sowie für Medizinische Mikrobiologie und das Tumorzentrum Greifswald e.V.. Den Schwerpunkt in Greifswald bilden

nach Angaben der Fakultät die internistische und pädiatrische Hämatologie und Onkologie. Durch eine Neuberufung konnte die Hochdosischemotherapie und die Periphere Stammzellentransplantation in Greifswald eingeführt werden. Zusammen mit einzelnen Instituten sollen daraus innovative Ansätze einer molekularen Medizin (u.a. gentherapeutische Intervention) entwickelt werden. Für den Neubau dieses Bereiches wurde eine Spende von 10,0 Millionen DM durch die Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung zur Verfügung gestellt.

c) Drittmittel

Von 1991 bis 1994 hat sich das jährliche Drittmittelvolumen der Fakultät in etwa vervierfacht und konnten im Jahr 1995 bis auf rund 12,1 Millionen DM gesteigert werden (Anteil DFG: 23,7 %) ¹⁾. Im Zeitraum von 1990 bis 1993 wurden damit 63 Personalstellen finanziert, darunter 27,5 Nachwuchswissenschaftler.

Übersicht 12
Drittmiteleinnahmen der Medizinischen Fakultät
der Universität Greifswald
1991-1994
in TDM

	1991	1992	1993	1994	Summe
DFG	165,4	1.001,1	1.528,6	1.908,8	4.603,9
BMBF	1.140,3	3.890,6	4.101,8	4.083,4	13.216,1
Industrie	840,1	748,3	1.126,3	1.564,5	4.279,2
Sonstige	225,0	672,5	644,2	1.523,4	3.065,1
S u m m e	2.370,8	6.312,5	7.400,90	9.080,1	25.164,3

Quelle: Angaben der Fakultät.

¹⁾ Die Angaben für 1995 beziehen sich auf den Stand November 1995.

Übersicht 13
Drittmiteleinahmen der Medizinischen Fakultät
der Universität Greifswald nach Drittmittelgebern
1991-1994

Kliniken/ Institute	1991	1992	1993	1994	Summe 1991-1994
	in TDM				
Vorklinik					
Anatomie	100,0	120,0	50,0	45,0	315,0
Biochemie	113,0	295,5	568,5	936,3	1.913,3
Geschichte der Medizin	0,0	0,0	0,0	66,6	66,6
Physiologie	0,0	1.016,4	1.063,4	1.208,9	3.288,7
S u m m e	213,0	1.431,9	1.681,9	2.256,8	5.583,6
Klinisch-theoretische Institute					
Institut f. Diabetes	211,5	2.170,1	2.303,5	2.326,3	7.011,4
Genetik	56,7	488,1	628,1	284,1	1.457,0
Immunologie	737,0	398,0	331,0	397,0	1.863,0
Hygiene und Umweltmedizin	90,0	205,3	305,0	325,4	925,7
Pathologie	0,0	0,0	0,0	18,0	18,0
Pharmakologie u. Toxikologie	349,8	330,1	571,5	566,4	1.817,8
Arbeitsmedizin	15,2	15,2	21,7	8,1	60,2
Mikrobiologie	17,6	97,2	290,6	526,7	932,1
Medizinische Informatik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Klinische Chemie	0,0	0,0	0,0	7,5	7,5
Rechtsmedizin	5,0	10,7	15,0	0,0	30,7
Transfusionsmedizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
S u m m e	1.482,8	3.714,7	4.466,4	4.459,5	14.123,4
Kliniken					
Augenklinik	0,0	0,0	10,0	30,0	40,0
Chirurgie	20,0	20,0	0,0	0,0	40,0
Kinderheilkunde	215,0	340,0	245,0	246,0	1.046,0
Kinderchirurgie	0,0	5,0	16,0	38,8	59,8
HNO-Heilkunde	3,0	3,0	34,0	12,4	52,4
ZMK-Heilkunde	0,0	0,0	73,0	331,0	404,0
Innere Medizin	149,0	359,8	396,6	363,4	1.268,8
Frauenklinik	28,5	50,8	45,0	75,0	199,3
Orthopädie	259,5	136,6	225,0	166,2	787,3
Neurochirurgie	0,0	245,2	128,0	420,0	793,2
Neurologie	0,0	0,0	0,0	600,0	600,0
Dermatologie	0,0	0,0	70,0	70,0	140,0
Radiologie	0,0	4,5	0,0	11,0	15,5
S u m m e	675,0	1.164,9	1.242,6	2.363,8	5.446,3
G e s a m t s u m m e	2.370,8	6.311,5	7.390,9	9.080,1	25.153,3

Quelle: Medizinische Fakultät der Universität Greifswald; Stand: 30. Juni 1995

Von den an der Medizinischen Fakultät Greifswald eingeworbenen Mitteln stammten in den Jahren 1991 bis 1994 rund 20 % von der Deutschen Forschungsgemeinschaft und rund 54 % vom BMBF. Die restlichen 26 % wurden über die Industrie, bei Stiftungen und anderen Einrichtungen eingeworben. 28 % aller Drittmittel der Jahre 1991 bis 1994 entfielen auf das Institut für Diabetes in Karlsburg. Von den Mitteln des BMBF entfielen der größte Anteil mit 49 % auf das Institut für Diabetes in Karlsburg und mit über 24 % auf das Physiologische Institut. Die höchsten Anteile an Einwerbungen von Mitteln der DFG erreichten das Institut für Humangenetik (24 % aller DFG-Mittel der Jahre 1992 - 1994), das Institut für Biochemie (17 %), das Institut für Diabetes (13 %) und das Institut für Immunologie (12 %). Viele Kliniken haben bis 1995 noch keine DFG-Mittel einwerben können.

d) Infrastruktur für die Forschung

Um die Forschung zu intensivieren hat die Fakultät ein besonderes Konzept der Flächenzuteilung entwickelt. Die Forschungsarbeiten sollen sowohl dezentral an den jeweiligen Kliniken und Instituten als auch zunehmend interdisziplinär und an zentralen Forschungsstätten durchgeführt werden. Die Forschungsflächen sollen den jeweiligen Einrichtungen anteilig zugeordnet werden. Für die Kliniken sollen 30 % direkt und 70 % über zentrale Forschungsflächen zugewiesen werden, für die Institute 70 % direkt und 30 % über zentrale Forschungsflächen.

Der "zentrale Forschungsbereich" soll Multifunktionslabors, Speziallabors, Großgeräte, wissenschaftliche Werkstätten und tierexperimentelle Einrichtungen umfassen. Während die Versuchstierzucht und -haltung in Karlsburg untergebracht ist, sollen zumindest Teile der tierexperimentellen Einrichtungen in den zentralen Forschungsbereich der Fakultät integriert werden. Die Vergabe der Forschungsflächen im Zentrum selbst soll grundsätzlich zeitlich begrenzt erfolgen. Drittmittel-

projekten soll eine gewisse Priorität bei der Flächenvergabe eingeräumt werden. Die Zuordnung von Forschungsflächen soll in regelmäßigen Zeitabständen überprüft und an Projektablauf und Drittmittelaufkommen angepaßt werden. Insgesamt werden ca. 7.000 m² NF für die Forschung vorgesehen, davon entfallen ca. 5.000 m² NF auf die zentralen Forschungseinrichtungen und ca. 2.000 m² NF auf direkt zugeordnete Bereiche; dies entspricht rund 9 - 10 % der Gesamtnutzfläche.

III.4. Krankenversorgung

a) Stationärer Bereich

Der Wissenschaftsrat hatte seinerzeit für das Universitätsklinikum Greifswald eine Zielzahl von 1.050 Betten zugrundegelegt. Zwischenzeitlich war die Universität, unterstützt durch eine Planungsgesellschaft, zu dem Ergebnis gekommen, daß eine deutlich niedrigere Zahl angebracht erscheint. Als Zielgröße wurden zunächst 1.013 Betten genannt. Nach einer erneuten Prüfung von Möglichkeiten zur weiteren Bettenreduktion nennt das Land nunmehr eine Zielzahl von 760 HBMG-finanzierten Planbetten. Hinzu kommen sollen 45 Versorgungsbetten in der Orthopädie. Der Plan, die Klinik für Orthopädie gänzlich in fremde Trägerschaft zu übertragen, wurde mittlerweile wieder aufgegeben. Vorbereitet wird derzeit der Trägerwechsel der Klinik für Psychiatrie. Dabei werden 70 Betten Erwachsenenpsychiatrie in die Odebrecht-Stiftung (Greifswald) übergehen und 15 Betten Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Christophorus-Krankenhaus nach Ueckermünde. Dieses entspricht der Psychiatrieplanung im Land. Der Trägerwechsel erfolgt zu 1. Januar 1998, da laufende Baumaßnahmen der zukünftigen Träger abgeschlossen sein müssen. Die universitäre Ausbildung wird über das Akademische Lehrkrankenhaus Stralsund gesichert; die dort zur Zeit vakante Chefarztposition der Psychiatrischen Klinik wird mit einer Professur an der Universität verbunden.

Übersicht 14

Aufgestellte und Planbetten im Klinikum Greifswald
im Jahre 1994

Klinik	Planbetten 1994	Aufgestellte Betten 1994		Neuplanung des Landes	davon für Forschung und Lehre	Versorgungs- betten
		Gesamt	davon Intensiv- betten			
Anästhesie und Intensivtherapie	10	8	8	15	15	
Augenheilkunde	70	62	-	40	40	
Chirurgie	122	95	10	110	110	
Dermatologie	41	30	-	20	20	
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	117	93	-	60	60	
HNO-Heilkunde	80	79	-	50	50	
Innere Medizin	155	153	10	140	140	
Kinderheilkunde	120	119	18	85	85	
Kinderchirurgie	30	30	-	25	25	
Psychiatrie	78	77	-	Trägerwechsel		
Neurologie	52	46	-	60	60	
Neurochirurgie	43	35	-	50	50	
Orthopädie	60	58	-	60	15	45
Strahlentherapie/Nuklearmedizin	40	40	-	30	30	
Urologie	60	45	-	40	40	
MKG-Chirurgie	20	20	-	20	20	
Gesamt	1.098	990	46	805	760	45

Quelle: Medizinische Fakultät Greifswald, aktualisiert mit Schreiben der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 6. November 1995

In verschiedenen Bereichen des Universitätsklinikums soll es außerdem "Poolbetten" geben. Dies betrifft vor allem die Kindermedizin, die Bereiche Strahlentherapie/Nuklearmedizin, Neurochirurgie/Kieferchirurgie sowie Innere Medizin/Dermatologie, in denen Betten wechselseitig genutzt werden können. Allgemeinmedizinische Betten sollen in den Kliniken für Innere Medizin zur Verfügung stehen.

Mit der Inbetriebnahme des neuen Bettenhauses I im Klinikumskomplex Fleischmannstraße wurde die räumliche Situation seit 1992 erheblich verbessert. Dort fanden Platz:

- die Klinik und Poliklinik für Orthopädie;
- die Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie;
- die Klinik für Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie;
- die Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie;
- ein Teil der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie (5 Betten mit interdisziplinärer Nutzung).

Durch das Bettenhaus kam es auch zu einer deutlichen Entspannung der beengten Raumsituation in den Kliniken für Chirurgie und für Anästhesiologie am Standort Löfflerstraße. Durch den Umbau der ehemaligen Abteilung für Kinderchirurgie erhielt diese Klinik eine dringend benötigte Intensivtherapiestation. Außerdem soll die Poliklinik für Chirurgie wieder mit der Klinik für Chirurgie vereinigt werden. Auch die räumliche Situation der Zahn-, Mund- und Kieferklinik am Standort Rotgerberstraße konnte durch die Verlagerung der MKG-Chirurgie wesentlich verbessert werden. Im Zusammenhang mit einer Reduzierung der poliklinischen Leistungen insgesamt war es möglich, die Trennung von Klinik und Poliklinik in der Frauenklinik, der Augenklinik und den Kliniken im neuen Bettenhaus zu beseitigen. Dadurch sollen in zunehmendem Maß auch die Möglichkeiten der teilstationären Behandlung und des ambulanten Operierens wahrgenommen werden. Die Schwerpunkte der Krankenversorgung betreffen insbesondere die Bereiche Neuro-

wissenschaften, Humangenetik, Kinderchirurgie und Diabetologie.

Derzeit werden in den Kliniken der Universität 990 Betten genutzt, deren durchschnittliche Auslastung von 73 % in 1991 auf über 80 % in 1994 gesteigert werden konnte (siehe dazu auch Übersicht 15). Damit konnte der Nutzungsgrad insbesondere im Bereich der konservativen Fächer erhöht werden. Eine überdurchschnittliche Auslastung bei durchschnittlicher Verweildauer verzeichneten die Kliniken für Kinderchirurgie (+13,1 Prozentpunkte) sowie für MKG-Chirurgie (+15,7 Prozentpunkte). Eine im bundesweiten Vergleich unterdurchschnittliche Auslastung ergibt sich zur Zeit noch für die Bereiche Strahlentherapie (-7,2 Prozentpunkte), Urologie (-16,3 Prozentpunkte) sowie Psychiatrie (-7,4 Prozentpunkte). Die Ursache dafür liegt nach Auffassung der Fakultät in den noch unzureichenden räumlichen Voraussetzungen in den Altbaukliniken. Die durchschnittliche Verweildauer aller Patienten des Klinikums Greifswald zeigte eine rückläufige Tendenz, die vor allem auf einem Rückgang der Verweildauer in den konservativen Disziplinen beruht. Sie liegt mittlerweile mit Ausnahme der Strahlentherapie in allen Kliniken im Rahmen des bundesdeutschen Durchschnitts, vielfach auch darunter. Die vergleichsweise kurze Verweildauer in der Psychiatrie entspricht den gegebenen Umständen in den neuen Bundesländern.

Die Zahl der aufgestellten Betten, die korrigierte Planung des Landes sowie eine Übersicht über Intensivbetten geht aus den Übersichten 14 und 15 hervor. Der aus Sicht der Fakultät noch immer unzureichende Anteil an Intensivtherapiebetten kann durch eine große Anzahl von Intensivüberwachungsbetten nur bedingt kompensiert werden. Als wesentliche Maßnahme zur kurzfristigen Erhöhung der Zahl der Intensivtherapiebetten gilt der Umbau der ehemaligen Kinderchirurgie in eine Intensivtherapiestation mit 12 Betten, der mittlerweile abgeschlossen wurde. Zum Jahresende 1993 wurde ein interdisziplinä-

Übersicht 15

Betten, Auslastung und Verweildauer im Jahre 1994
Klinikum der Universität Greifswald
im Vergleich mit Durchschnittswerten

Klinik	Aufge- stellte Betten	Auslastung in Prozent			Verweildauer in Tagen		
		Greifswald	Bund ¹⁾	Diffe- renz	Greifswald	Bund ¹⁾	Diffe- renz
Anästhesie und Intensiv- medizin	8	80,6	-	-	4,8	-	-
Augenheilkunde	62	70,0	78,8	-8,8	6,4	6,4	-
Chirurgie	95	87,2	80,8	+6,4	9,7	11,1	-1,4
Dermatologie	30	79,2	79,8	-0,6	9,1	13,9	-4,8
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	93	74,3	74,2	+0,1	6,4	7,3	-0,9
HNO-Heilkunde	79	78,1	74,8	+3,3	7,7	6,2	+1,5
Innere Medizin	153	89,3	86,9	+2,4	7,1	13,15	-6,0
Kinderheilkunde	119	84,3	69,0	+15,3	11,0	8,3	+2,7
Kinderchirurgie	30	81,5	68,4	+13,1	6,4	6,5	-0,1
Psychiatrie	77	80,8	88,2	-7,4	20,6	50,6	-30,0
Neurologie	46	96,3	88,2	+8,1	13,8	18,9	-5,1
Neurochirurgie	35	94,7	88,5	+6,2	11,1	11,8	-0,7
Orthopädie	58	88,8	87,0	+1,8	14,6	16,1	-1,5
Strahlenmedizin	40	71,7	78,9	-7,2	16,7	12,4	+4,3
Urologie	45	63,8	80,1	-16,3	7,9	9,4	-1,5
MKG-Chirurgie	20	92,3	76,6	+15,7	7,6	7,9	-0,3
Gesamt	990	82,1	79,4	+2,7	9,4	10,5	-1,3

¹⁾ Durchschnittswerte der Universitätsklinika in den alten Ländern bezogen auf aufgestellte Betten in 1991 (Neuere Vergleichsdaten liegen derzeit nicht vor.)

Quelle: Medizinische Fakultät der Universität Greifswald

närer Intensivtherapiebereich im Bettenhaus Fleischmannstraße mit zunächst 5 Betten in Betrieb genommen.

Das überarbeitete Konzept zur Krankenversorgung sieht ausgehend von der Reduktion der universitären Planbetten darüber hinaus vor, Betten außeruniversitärer Krankenhäuser zumindest teilweise für die Aufgaben in Forschung und Lehre zu nutzen. So sollen neben den insgesamt 40 Betten im Krankenhaus Karlsburg weitere 120 internistische Betten der Kliniken in Stralsund einbezogen werden. Darüber hinaus sollen 112 Betten der neurologischen Rehabilitation sowie 10 Betten der neuro-urologischen Rehabilitation durch Krankenhäuser anderer Trägerschaft in das Lehr- und Forschungskonzept der Medizinischen Fakultät integriert werden.

b) Ambulanter Bereich

Im Bereich der Polikliniken sind die Strukturveränderungen gegenüber der Situation vor 1989 besonders deutlich, zumal es nach 1990 zu einer Niederlassungswelle gekommen ist. So gilt die Region um Greifswald bis auf das Fach Allgemeinmedizin in allen Fachdisziplinen als ausreichend versorgt. Als Folge dieser Entwicklung gingen die ambulanten Kontakte im Klinikum von 141.000 im Jahr 1991 auf rund 46.000 Konsultationen im Jahr 1994 zurück. Anders verlief die Entwicklung im Bereich der Notfallmedizin. Hier war ein Anstieg von 7.500 im Jahre 1991 auf 10.333 Patienten im Jahre 1994 zu verbuchen. Die Zahnklinik der Universität Greifswald verzeichnete im Jahr 1994 15.476 poliklinische Neuzugänge (darunter 3.178 ambulante Patienten der MKG-Chirurgie). Von diesen Patienten stammten 68 % aus Greifswald und 32 % aus dem Umkreis der Stadt.

Mit der Inbetriebnahme der neuen Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie im Bettenhaus Fleischmannstraße hat dieser Arbeitsbereich des ZMK-Zentrums deutlich bessere Bedingungen

als am früheren Standort Rotgerberstraße, wo es zu einer Entlastung der bis dahin beengten Raumsituation gekommen ist. Dort konnten mittlerweile vermehrt Räumlichkeiten für die Ausbildung eingerichtet werden. Dazu gehören insgesamt 22 moderne zahnärztliche Arbeitsplätze, die in den vergangenen zwei Jahren in Betrieb genommen wurden. Für die Zahnmedizin am Standort Rotgerberstraße wurden in den Jahren 1991 - 1994 Bauunterhaltungsmittel in Höhe von rund 0,5 Millionen DM aufgewendet. Darüber hinaus wurden in Geräte und Einrichtungsgegenstände rund 2,9 Millionen DM investiert. Zusätzlich wurden 130 TDM Spende zur Anschaffung von 10 kleinen zahntechnischen Ausbildungsplätzen eingesetzt.

III.5. Baubestand und Ausbauplanung

Der Wissenschaftsrat hatte in den "Empfehlungen zur Hochschulmedizin in den neuen Ländern und in Berlin" vom September 1991 zum Klinikum Greifswald empfohlen, die Kinderchirurgie aus der Chirurgie in die Kinderklinik zu verlagern, Neonatologie und Geburtshilfe zusammenzuführen und baldmöglichst bessere räumliche Unterkünfte für Orthopädie, Rechtsmedizin, Augenklinik, Mikrobiologie und gegebenenfalls das Zentrum für ZMK zu schaffen. Mit der Inbetriebnahme des Bettenhauses I im Klinikumskomplex Fleischmannstraße konnten diese Vorschläge zumindest teilweise realisiert werden. Seitdem befinden sich die folgenden Einrichtungen am Standort Fleischmannstraße:

- die Kliniken für Haut- und für HNO-Krankheiten, für Urologie, Radiologie, Neurochirurgie, Orthopädie, Kinderchirurgie, MKG-Chirurgie und partiell Anästhesiologie und Intensivmedizin;
- die Institute für Biochemie, Klinische Chemie, Arbeitsmedizin, Immunologie/Transfusionsmedizin, Humangenetik, Bio-

metrie und Medizinische Informatik und Geschichte der Medizin;

- Sonstige Einrichtungen: Luftrettungsstützpunkt, Koordinierungszentrum Community Medicine, Dekanat, Verwaltung, Ärztlicher Direktor.

Die im Bereich der Innenstadt liegenden Kliniken für Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe sind insgesamt sanierungsbedürftig, werden aber nach Angaben der Fakultät auch nach einer - im laufenden Betrieb erforderlichen - Sanierung keinen Zustand erreichen, der den heutigen Anforderungen genügen dürfte.

Die im Bereich Soldtmanstraße liegenden Einrichtungen, insbesondere die Kinderklinik, sind ebenfalls sanierungsbedürftig und mit Einschränkungen sanierungswürdig. Auch in diesem Bereich sollte nach Angaben der Fakultät auf längere Sicht und mit vertretbarem Aufwand keine Krankenversorgung mehr betrieben werden. Die für die Neugeborenentransporte ungünstige Situation der Trennung von Frauen- und Kinderklinik durch eine Eisenbahntrasse konnte mittlerweile durch den Einbau von zwei Neugeborenen-Intensivplätzen in der Frauenklinik verbessert werden. Nach Abschluß weiterer Baumaßnahmen soll diese Zahl auf insgesamt sechs Intensiveinheiten erhöht werden. Mittelfristig geplant ist die Zusammenführung und der Neubau von Frauen- und Kinderklinik unter Einbeziehung der Kinderchirurgie. Über die grundsätzliche räumliche Neustrukturierung des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin wurden auch Gespräche mit einem außeruniversitären Träger geführt, die aber nicht zu einem Trägerwechsel führten.

Um eine Reduzierung der Investitionskosten zu erreichen, rückte die Fakultät von den ursprünglichen Planungen ab, alle Einrichtungen als Neubauten in den Bereich Fleischmannstraße zu verlagern. Mittel- bis langfristig sollen einige Institute und Kliniken, so die Institute für Pathologie, für Anatomie

und für Rechtsmedizin sowie Teile des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nach Sanierung in den jetzigen Altbauten bleiben. Die Klinik für Zahn-, Mund- und Gesichtschirurgie soll in das noch zu sanierende Gebäude der HNO-Klinik ziehen, die ebenfalls in dem Gebäude verbleiben und auf insgesamt 30 Planbetten verzichten soll. Dieses Gebäude liegt auch günstig zur Neurochirurgie. Die ursprüngliche Planung sah für die Zahnmedizin in Greifswald einen kompletten Neubau vor. Von dieser Planung wurde abgegangen und man beschränkt sich auf einen Neubau für das sogenannte Patientenhaus am jetzigen Standort in der Altstadt. Das Institut für Hygiene und Umweltmedizin wurde aus der Neubauplanung herausgenommen und in den Gebäudekomplex des Landeshygieneinstitutes verlagert. Einen Verzicht auf Neubauten soll auch die vorgesehene Schaffung von "Poolbetten" unterschiedlicher Disziplinen ermöglichen. Im Sinne der Kostenersparnis wurde auch ein Teil der Versorgungsbetriebe externalisiert; dazu gehören die folgenden Funktionsbereiche: Speisenversorgung, Reinigungsdienst, Wäschereibetrieb, Wäscheversorgung, Zahntechnisches Labor für die Patientenversorgung, Krankenhausinformation (außer Systembetreuung). Für 1996 ausgeschrieben ist die Zentralsterilisation.

Das charakteristische Merkmal des vorgesehenen Areals an der Fleischmannstraße ist eine Baumallee, die das gesamte Grundstück in westöstlicher Richtung durchschneidet. Ein senkrecht dazu verlaufender Pfad teilt das Grundstück in vier etwa gleich große Quadranten, von denen zwei Quadranten durch die Mathematisch-Naturwissenschaftliche und die Biologische Fakultät genutzt werden. In den beiden anderen Quadranten befinden sich die Gebäude der Medizinischen Fakultät.

Für die bauliche Realisierung eines künftigen Zentralklinikums wurde eine Konzeption erarbeitet, die die Neu- und Umbaumaßnahmen in drei Baustufen gliedert. Diese Baustufen sind jeweils in einzelne Abschnitte unterteilt. Die beabsichtigte Verbindung der Neubauten mit den vorhandenen Gebäuden läßt

sich nach Angaben der Fakultät nur realisieren, wenn in einer ersten Maßnahme das Diagnostikzentrum umgebaut und so erweitert wird, daß damit ein ausbaufähiges Bindeglied entsteht. Dieser Anbau soll neben dem Röntgenbereich einen interdisziplinären Notfallbereich, die unfallchirurgische Poliklinik, die internistische Notaufnahme sowie die internistische Aufnahmestation (einschließlich Poolbetten für Allgemeinmedizin) enthalten. Die Betriebsbereiche in diesem Gebäudekomplex sollen den Weiterbetrieb während der 1. Baustufe ermöglichen. Die bis zum Abschluß der 1. Baustufe zwischenzeitlich entstehende Trennung von Allgemein- und Unfallchirurgie (Löfflerstraße/Fleischmannstraße) wird dabei in Kauf genommen. Die vorgesehenen Baumaßnahmen und die Zuordnung zu Instituten und Kliniken sowie einzelnen Baustufen gehen aus der Übersicht 16 hervor.

Nach Vollendung der 1. Baustufe sollen im Diagnostikzentrum und im Bettenhaus Flächen zur Verfügung gestellt werden, die nach weiteren Umbaumaßnahmen der Klinik für Innere Medizin und der Hautklinik zur Verfügung stehen sollen. Im Diagnostikzentrum bereits vorhanden und saniert sind die Bereiche für die Koordinierungsstelle Community Medicine einschließlich der Untersuchungsräume für Probanden, die im Rahmen epidemiologischer Studien untersucht werden.

Parallel zu den einzelnen Neubaumaßnahmen müssen bestehende Gebäude saniert werden, so daß ein Weiterbetrieb bis zum Umzug an den endgültigen Standort möglich ist. Freiwerdende Gebäude in der Innenstadt sollen durch andere Einrichtungen der Universität genutzt werden.

Übersicht 16
Bauliche Entwicklungskonzeption der Medizinischen Fakultät Greifswald
1995-2010

Bau- phase	Ab- schnitt	Baumaßnahmen	Kosten	RPL- Nr.	Kat.	NF
			Mio DM			in m²
1	K0	Umbau und Erweiterung Diagnostikzentrum - Röntgen (MRT, CT, Angio) - Notfallaufnahme - Allgemeinpflgebereich - Unfallchirurgie - Intensivpflege	41,6	8085 8086	II II	3.200
		Neubau Innere Medizin, Abt. Hämatologie/Oncologie	26,5	8088	II	1.700
	K 1.1 + K 1.2	Neubau Augenklinik, Neurologie, Neurochirurgie (einschl. Klin. Hörsaal, Klin. Forschung)	57,8	8050 8089	P II	6.100
	J 1 + L 1	Neubau Zentrale Lehreinrichtungen (1.BA und Institute (Zen- trum für Comm. Medicine) - Hörsaal - Seminarräume, EDV-Räume - Institut für Arbeitsmedizin - Institut für Epidemiologie/Sozialmedizin - Institut für Medizinische Psychologie - Institut für Miometrie und Medizinische Informatik	19,6			2.300
	J 1	Umbau Diagnostikzentrum für Medizin, Mikrobiologie und Virologie	8,1	8074	P	1.200
	K 1.3	Neubau Kliniken für Chirurgie und Anästhesiologie - 6 OP - Röntgendiagnostik - Allgemeinpflge - Intensivptherapie - Sterilisation	84,5			8.900
	F 1	Neubau zentrale Forschungseinrichtungen, 1. BA	15,4			1.800
S u m m e Bauphase 1			253,5			25.200
2	K 2.0	Umbau Diagnostikzentrum und Bettenhaus für Innere Medi- zin (incl. Allgemeinmedizin und Hautklinik)	40,2			5.400
	K 2.1 + K 2.2	Neubau Frauen- und Kinderklinik - 4 OP - Kindermedizin - Kinderchirurgie - Kinderpflege - Intensivtherapie - Gynäkologie/Geburtshilfe - Allgemeinpflge	101,3			10.700
	L 2	Neubau zentrale Lehreinrichtungen, 2.BA (Erweiterung zu L 1) - Hörsäle - Seminarräume - Audiovisuelle Einrichtungen	13,3			1.400
	F 2	Neubau zentrale Forschungseinrichtungen, 2.BA (Erweite- rung zu F 1) - Labor- und Diensträume	18,8			2.000
	V 1 + V 2 + V 3	Neubau Versorgungsbetriebe, 1.BA - Küche - Abfallentsorgung - techn. und med. Werkstätten - Wäschelager	14,7			1.700
		Umbau Klinik für HNO mit Mund-, Kiefer- und Gesichtschir- urgie	20,0			3.100
		Umbau und Erweiterungsbau für Zahn-, Mund- und Kiefer- heilkunde	25,0			2.700
	S u m m e Bauphase 2			233,3		

noch Übersicht 16

Bauphase	Abschnitt	Baumaßnahmen	Kosten	RPL-Nr.	Kat.	NF
			Mio DM			in qm
3	K 3	Neubau der Kliniken für - Urologie - Radiologie (Strahlentherapie, Nuklearmedizin)	64,9			6.200
	J 3.1	Umbau Diagnostikzentrum für - Institut für Klin. Chemie - Pharmakologie/Toxikologie - Institut für Biochemie - Institut für Immunologie und Transfusionsmedizin - Institut für Humangenetik	31,6			4.600
	F 3	Neubau zentrale Forschungseinrichtungen, 3. BA (Erweiterung zu F 1/F 2) Labor- und Diensträume	12,0			1.200
	V 4 + V 5 + V 6	Neubau Versorgungsbetriebe, 2. BA - Zentrallager - Zentralsterilisation - Zentralapotheke	21,2			2.500
Summe Bauphase 3			129,7			14.500
Summe Bauphasen 1-3			616,5			66.700
Grundsanierung			146,0			
Kosten insgesamt			762,5			66.700

Quelle: Schreiben der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 13.4.1995, Anlage 3: Bauliche Entwicklungskonzeption der Medizinischen Fakultät Greifswald 1995-2010

Mit den geplanten Baumaßnahmen soll die Flächenkapazität des Klinikums Greifswald schrittweise von derzeit rund 44.000 auf rund 66.700 m² erhöht werden. Von den vorhandenen Flächen werden etwa 19.100 m² als nutzbar bezeichnet, so daß Neubauten von rund 57.600 m² für erforderlich gehalten werden. Die Gesamtkosten für alle Phasen werden vom Land auf 762,5 Millionen DM geschätzt. Darin enthalten sind auch die laufenden Grundsanierungsmaßnahmen. Gegenüber der ursprünglichen Ausbauplanung, deren Investitionsvolumen gegenüber dem Wissenschaftsrat seinerzeit mit 1.068 Millionen DM beziffert wurde, bedeutet dies eine Kostenminderung um rund 30 %. Die Baumaßnahmen sollen sich über einen Zeitraum von rund 15 Jahren erstrecken.

B. Stellungnahme

B.I. Zur Situation der Hochschulmedizin

In den letzten Jahren hat der Wissenschaftsrat eine Reihe von Stellungnahmen zur weiteren Entwicklung und zum Ausbau von Medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereichen und den zugehörigen Universitätskliniken abgegeben. Dabei stehen Gesichtspunkte der strukturellen Verbesserung und der Förderung der klinischen Forschung sowie der Ausbildungsqualität im Vordergrund. Neben der Stimmigkeit des Gesamtkonzepts für die weitere Entwicklung und den Ausbau eines Klinikums sowie der Dringlichkeit einzelner Baumaßnahmen wird auch der Umfang der für Forschung und Lehre erforderlichen Krankenversorgung berücksichtigt.

Diese in den Empfehlungen zum 19. Rahmenplan erläuterte Verfahrenspraxis soll auch künftig beibehalten werden.¹⁾ Die Umsetzbarkeit der Empfehlungen des Wissenschaftsrates hat sich gegenüber früheren Jahren allerdings in der Zwischenzeit deutlich geändert. Zum einen hat das mit Beginn des Jahres 1993 inkraftgetretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) sowie die Mitte 1995 verabschiedete Bundespflegegesetzverordnung strengere Maßstäbe im Hinblick auf die Wirtschaftsführung in Krankenhäusern gesetzt. Zum anderen erfordern der grundlegende Neuaufbau der Hochschulkliniken in den neuen Ländern, aber auch der erhebliche Sanierungs- und Neubaubedarf in den alten Ländern hohe Investitionssummen. Dieser Bedarf stieß schon in den vergangenen Jahren in zunehmendem Maß an die finanziellen Grenzen der Rahmenpläne für den Hochschulbau und wird mit großer Wahrscheinlichkeit auch auf absehbare Zeit nicht im erforderlichen Maß gedeckt werden können.

Aufgrund dessen wird es für die Länder zunehmend schwieriger, eine realistische, umsetzbare Finanz- und Bauplanung aufzu-

¹⁾ Vgl. Empfehlungen zum 19. Rahmenplan, Bd. 5, S. 14ff.

stellen. Der Wissenschaftsrat hat sich angesichts dieser Situation für klare Prioritäten zugunsten von Forschung und Lehre ausgesprochen. Gleichzeitig muß vermieden werden, daß Hochschulkliniken in einen Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung geraten. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, hat der Wissenschaftsrat in der Stellungnahme zur künftigen Entwicklung zur Hochschulmedizin eine Reihe von Möglichkeiten erörtert, die trotz der Beschränkung der öffentlichen Haushalte einen leistungsgerechten Ausbau hochschulmedizinischer Einrichtungen erlauben.¹⁾ Hierzu zählt unter anderem die Überlegung, die Zahl der Planbetten von Universitätsklinika im geprüften Einzelfall auch unter die bisherige Richtzahl von 1.350 zu senken. Zu prüfen sind auch Möglichkeiten der generellen Umstrukturierung im hochschulmedizinischen Bereich. Hierzu zählen insbesondere Mechanismen der fakultätsinternen Ressourcenvergabe. Außerdem bieten sich Strukturalternativen, die keinesfalls verallgemeinert werden dürfen und nicht pauschal für alle Hochschulen angebracht sind, unter den derzeit äußerst problematischen Bedingungen im Einzelfall jedoch zu erwägen sind. Hierzu zählen insbesondere die folgenden Möglichkeiten:

- Ausgliederung einzelner Einrichtungen, die für die Belange von Forschung und Lehre von eher nachrangiger Bedeutung sind. Denkbar wäre dabei die Beibehaltung des universitären Status im Sinne des "Bochumer Modells" und gegebenenfalls die volle Wiedereingliederung in die Universität zu einem späteren Zeitpunkt. In der Zwischenzeit ließen sich die verfügbaren Mittel des staatlichen Hochschulbaus auf die forschungsrelevanten Bereiche konzentrieren, zumal eine Beteiligung außeruniversitärer Kliniken in Teilbereichen der Lehre durchaus sinnvoll ist.

¹⁾ Vgl. Wissenschaftsrat, Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin, 1995, Drs. 1842/95.

- Komplementäre Schwerpunktbildung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung bei regional nahe beieinanderliegenden Hochschulklinika - auch über Landesgrenzen hinweg. Dies gilt beispielsweise für Teildisziplinen der Kernfächer, die an einer der benachbarten Hochschulen mit voller Ausstattung eingerichtet werden, während am anderen Standort lediglich eine Grundausrüstung vorgesehen wird.
- Anderweitige Finanzierung der über den universitären Bedarf hinausgehenden Bettenkapazität. Grundsätzlich erwartet der Wissenschaftsrat, daß die für die regionale Krankenversorgung erforderliche und über den universitären Bedarf hinausgehende Bettenkapazität außerhalb der Hochschulen bereitgestellt wird. In diesem Zusammenhang appelliert der Wissenschaftsrat nochmals an die Gesetzgeber, die Teilnahmemöglichkeit der Hochschulklinika in den neuen Ländern am Krankenhausinvestitionsprogramm gem. Art. 14 GSG zu prüfen. Gerade diese Klinika haben derzeit noch einen besonders hohen Anteil an der regionalen Maximalversorgung zu tragen und stellen häufig die einzige Behandlungsstätte dar.

Der Wissenschaftsrat ist sich bewußt, daß die eingeschränkten Finanzierungsmöglichkeiten zu einer strikten Prioritätensetzung zwingen. Vermieden werden muß eine schematische Kürzung der Mittel, die eine gleichmäßige Unterversorgung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung zur Folge hätte. Gezielte Schwerpunkte und Strukturreformen, die schon in den Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen¹⁾ als unumgänglich erkannt wurden, sollten hingegen genutzt werden, um in Teilbereichen dringliche Maßnahmen zu realisieren und gleichzeitig günstigere Randbedingungen für Forschung und Lehre zu schaffen.

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

B. II. Zur Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern

II. 1. Zu übergreifenden strukturellen Fragen

Die Situation der Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern wird in erster Linie durch die eingeschränkte Finanzkraft des vergleichsweise strukturschwachen und bevölkerungsarmen Bundeslandes bestimmt. Diese erlaubt es in absehbarer Zeit nicht, zwei Hochschulklinika auf Maximalniveau auszubauen und zu unterhalten. Daran hat sich seit dem ersten Besuch des Ausschusses Medizin im Jahre 1990 nichts geändert. Der Wissenschaftsrat sieht daher in der 1991 gegebenen Empfehlung,

- nur ein Klinikum als Einrichtung der Hochleistungsmedizin auszubauen,
- die wissenschaftliche Arbeit in Greifswald am Bedarf der Community Medicine auszurichten,
- eine konsequente Komplementarität der wissenschaftlichen Schwerpunkte beider Medizinischen Fakultäten herbeizuführen und
- strikte Prioritäten in der Bauplanung zu setzen,

weiterhin den einzigen Weg, beide Ausbildungsstätten als solche zu erhalten. Die zunächst vorgelegten Planungen beider Fakultäten entsprachen diesen Kriterien in vielfacher Hinsicht nicht und hätten den verfügbaren finanziellen Rahmen des Landes gesprengt. Der Wissenschaftsrat begrüßt, daß die Beteiligten nunmehr zu einem realistischeren Konzept gelangt sind und ermutigt sie, den eingeschlagenen Weg fortzusetzen. Die inzwischen vereinbarte weitgehende Reduktion der HBMG-finanzierten Betten an beiden Standorten erscheint vor dem Hintergrund der außergewöhnlich schwierigen strukturellen und finanziellen Situation des Landes vertretbar. Der Wissenschaftsrat heißt die in diesem Zusammenhang mit dem Sozialministerium des Landes erarbeitete Lösung gut, Klinikumsbetten, die ausschließlich der regionalen medizinischen Versorgung

dienen, aus der HBMG-Finanzierung auszugliedern und den dafür erforderlichen Investitionsbedarf anderweitig zu finanzieren. Er sieht darin einen gangbaren Weg, Investitionen der beiden Hochschulklinika in solchen Bereichen zu unterstützen, in denen die Klinika Aufgaben wahrnehmen, die nicht durch niedergelassene Ärzte oder durch andere Krankenhäuser übernommen werden können. Das konkrete Verfahren dieser auf eine anteilige Finanzierung hinauslaufenden Regelung wird im Einzelnen noch festzulegen sein. Der Wissenschaftsrat anerkennt die beispielhafte Kooperation zwischen Wissenschafts- und Gesundheitsressort des Landes. An der Priorität wissenschaftspolitischer Erwägungen und mithin der Federführung des Kultusministeriums sollte jedoch festgehalten werden. Das Land wird gebeten, mit künftigen Anmeldungen zum Rahmenplan über die darüber hinausgehenden investiven Maßnahmen für beide Klinika zu berichten sowie die Zuordnung der entsprechenden Kostenanteile auszuweisen und zu begründen.

Die Einführung der Versorgungsbettenregelung wird hinsichtlich der Finanzierung der betrieblichen Kosten keine Änderung gegenüber dem bisherigen Verfahren bringen. Insofern bleibt auch die Höhe der Landeszuschüsse gerechtfertigt. Allerdings muß gewährleistet sein, daß medizinische Leistungen der Regel- wie auch der Maximalversorgung kostendeckend durch die Krankenkassen vergütet werden. Dies setzt eine nach Krankenversorgung einerseits sowie nach Forschung und Lehre andererseits differenzierte Budget- und Personalzuweisung an die klinischen und klinisch-theoretischen Einrichtungen voraus. Land und Medizinische Fakultäten sollten baldmöglichst entsprechende Regelungen treffen. Nach den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Entwicklung der Hochschulmedizin¹⁾ sollte sich die aus dem Landeszuschuß für Forschung und Lehre gewährte Basisausstattung an einem definierten Grundbedarf orientieren. Zusätzlich zu diesem Grundbedarf sollte ein

¹⁾ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin, Drs. 1842/95, S. 23 ff.

Teilbudget bestimmt werden, das leistungsabhängig und über einen internen Wettbewerb zeitlich befristet an die einzelnen Einrichtungen vergeben wird. Eine solche Transparenz erleichtert eine kostendeckende Wirtschaftsführung in der Krankenversorgung und trägt gleichzeitig zur sachgerechten Vergabe der Landeszuschüsse für Forschung und Lehre bei.

Unter den durch die Finanzsituation des HBMG und des Landes gegebenen Umständen zu vertreten ist auch der Trägerwechsel der psychiatrischen Kliniken in Greifswald, die bislang zum Universitätsklinikum gehören. Allerdings sollten Land und Fakultäten - auch bei gegebenenfalls weiteren Trägerwechseln anderer Kliniken - auf eine dem universitären Status entsprechende Stellung des gesamten ärztlichen Personals an diesen Einrichtungen großen Wert legen. Auch ist darauf zu achten, daß Grundvoraussetzungen für das wissenschaftliche Arbeiten in diesen Kliniken erhalten bleiben. Dazu zählen insbesondere angemessene Laborräumlichkeiten und eine den gegebenen Möglichkeiten entsprechende Freistellungsregelung für das zu Lehr- und Forschungszwecken vom Land finanzierte Personal. Auf die Besonderheiten der Kooperation mit Krankenhäusern außeruniversitärer Trägerschaft hat der Wissenschaftsrat bereits in der Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Universität Bochum hingewiesen.¹⁾ Dazu zählt auch ein Lehrkonzept, das die in Kooperation stehenden Krankenhäuser bzw. die dort tätigen Lehrpersonen kontinuierlich einbezieht.

Die mit Hilfe dieser Maßnahmen erreichbare Absenkung der Zahl HBMG-finanzierter Planbetten bietet die Voraussetzung für eine realistischere Baukonzeption an beiden Standorten. Dies setzt allerdings komplementäre Schwerpunkte in Forschung und Krankenversorgung voraus. Zu maßgeblichen Reduktionen beige-

¹⁾ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Universität Bochum, Drs. 1843/95, Berlin, 1995.

tragen hat der Verzicht der Greifswalder Fakultät auf den Aufbau der Knochenmarktransplantation und die damit verbundenen kostspieligen Investitionen in der Strahlenmedizin. Der Wissenschaftsrat begrüßt, daß Land und Medizinische Fakultäten sich insbesondere in den großen klinischen Fächern auf sinnvolle Kompromisse geeinigt haben. Er schließt die dringende Empfehlung an, entsprechende Regelungen, wie vom Land vorgeschlagen, auch für weitere Fächer zu treffen. Dies gilt beispielsweise für die Neurochirurgie, die in Rostock auf die für die Krankenversorgung relevante Neurotraumatologie beschränkt bleiben soll. Der Wissenschaftsrat hält diese Aufteilung für sinnvoll. Voraussetzung sind enge Absprachen zwischen den beiden Kliniken und entsprechend ausgestattete Intensivtherapie- und Intensivüberwachungsbetten in Rostock, die für nicht transportfähige Patienten vorgehalten werden. Die Notfallversorgung kann durch einen neurochirurgisch ausgewiesenen Oberarzt wahrgenommen werden, der im Rotationsverfahren von der Medizinischen Fakultät Greifswald abgeordnet werden könnte. Umgekehrtes Beispiel ist die Pädiatrische Onkologie in Greifswald, deren Leitungsstelle auf C3-Niveau gesenkt wurde. Die vom Land für die Fächer Urologie, Dermatologie und HNO-Heilkunde vorgeschlagene Aufgabenteilung wird grundsätzlich ebenfalls befürwortet. Allerdings sollten sich die Absprachen auf tatsächlich realisierbare Absprachen beziehen. So erlaubt beispielsweise die Aufteilung in "Melanomforschung" und "Onkologie" für die Dermatologie keine sinnvolle Abgrenzung, da sich beide Felder erheblich überschneiden. Andere Bereiche, wie etwa die Gefäßchirurgie, sollten entsprechend dem wissenschaftlichen Konzept an einem der beiden Standorte auch klinisch vertreten sein, zumal in diesem Gebiet ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. Auch sähe der Wissenschaftsrat im Zusammenhang mit dem Konzept der Community Medicine in Greifswald Einrichtungen bzw. Kooperationspartner für Physiotherapie sowie für Sport- und Rehabilitationsmedizin als sinnvoll an.

Nicht zuzustimmen vermag der Wissenschaftsrat den Vorstellungen des Landes hinsichtlich des Bereiches, der mit dem Begriff "Gesundheitswissenschaften" zu umschreiben ist: Wenn es, was der Wissenschaftsrat ausdrücklich unterstützt, vorgesehen ist, die Forschung der Medizinischen Fakultät Greifswald am Konzept der Community Medicine auszurichten, dann kann nicht gleichzeitig in Rostock ein Institut entstehen, dessen Name eine Ausrichtung auf denselben Bereich verspricht, zumal die Medizinische Fakultät Rostock auf diesem Gebiet kaum nennenswerte Aktivitäten vorzuweisen hat. Die von der Fakultät zunächst in Gang gebrachte Arrondierung der Fachrichtung und die Etablierung als "Institut für Gesundheitswissenschaften" vermag der Wissenschaftsrat unter dem Gesichtspunkt der Komplementarität nicht nachzuvollziehen. Er begrüßt die Rücknahme der Planung, sieht aber darüber hinaus weitere Möglichkeiten, in diesem Bereich zu komplementären Schwerpunkten zu kommen: Sobald der Ausbau der auf Community Medicine bezogenen Kernfächer in Greifswald die Übernahme der Lehrverpflichtungen erlaubt, sollte eine Verlagerung der in Rostock ansässigen Bereiche für Arbeits- und Sozialmedizin eingeleitet werden. Die bestehenden Lehrverpflichtungen der Arbeitsmedizin zugunsten anderer Fakultäten der Universität Rostock können ebenfalls durch die Greifswalder Medizinische Fakultät wahrgenommen werden. Der Bereich Krankenhaushygiene sollte für den Standort Rostock erhalten bleiben und wie vorgesehen dem Institut für Mikrobiologie zugeordnet werden.

II.2. Zur Situation der Zahnmedizin

In den Empfehlungen zur Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern hat der Wissenschaftsrat 1991 zum Ausdruck gebracht, daß er vor dem Hintergrund des desolaten Bauzustandes der Universitätskliniken des Landes und des daraus resultierenden immensen Investitionsbedarfs nur eine Hochschulzahnmedizin für vertretbar hält. Dessen ungeachtet haben beide Fakultäten

unter weiter Auslegung dessen, was unter Bauunterhaltung und kleinen Baumaßnahmen verstanden werden kann, Sanierungsmaßnahmen durchgeführt, die ein Fortbestehen des jeweiligen Standortes präjudizieren sollten. Das Land hält bislang ebenfalls an der Aufrechterhaltung zweier - in ihrer Aufnahmekapazität erheblich reduzierter - Standorte für die Zahnmedizin fest. Dabei wird der Fortbestand der Zahnmedizin in Greifswald aufgrund ihrer Bedeutung als integralem Bestandteil der Community Medicine von Seiten des Landes nicht in Frage gestellt¹⁾; die Weiterführung der Zahnmedizin in Rostock wird damit begründet, daß die Zahnklinik traditionell Hauptträger der zahnmedizinischen Maximalversorgung in der Region sei und eng mit anderen Bereichen der medizinischen Fakultät zusammenarbeite und über ein breites, ebenfalls eng mit der Fakultät verknüpftes Forschungsspektrum verfüge.

Ungeachtet dieser Situation lassen sich Empfehlungen zur Struktur der universitären Zahnmedizin in Mecklenburg-Vorpommern nach Ansicht des Wissenschaftsrates nicht ohne Bezug zu einigen allgemeinen Überlegungen zur Zahnmedizin an den Hochschulen in Deutschland entwickeln. In seinen Empfehlungen zur Verbesserung der Lage von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin hat der Wissenschaftsrat 1981 eine insgesamt "unbefriedigende Situation von Forschung und Lehre" in der Zahnmedizin konstatiert.²⁾ Der Umfang dieser Forschung stehe in einem krassen Mißverständnis zur sozial- und gesundheitspolitischen

¹⁾ Brief der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 3.7.1995 an den Vorsitzenden des Ausschusses Medizin des Wissenschaftsrates.

²⁾ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Verbesserung der Lage von Forschung und Lehre in der Zahnmedizin, Köln 1981, S. 14

Bedeutung der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.¹⁾ Unbefriedigend sei insbesondere die Situation des wissenschaftlichen Nachwuchses. Als Gründe identifizierte der Wissenschaftsrat

- ein durch Wartezeiten bis zum Studienbeginn bedingtes hohes Durchschnittsalter der Studienanfänger in der Zahnmedizin mit der Folge, daß eine wissenschaftliche Karriere seltener in Angriff genommen werde;
- die vergleichsweise günstigeren Verdienstmöglichkeiten in der freien zahnärztlichen Praxis mit der Folge einer kurzen Verweildauer wissenschaftlicher Mitarbeiter im universitären Bereich;
- die geringe Zahl an Leitungspositionen im außeruniversitären Krankenhausbereich und damit mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten für habilitierte Zahnmediziner;
- die nach der Kapazitätsberechnung hohe Belastung wissenschaftlicher Mitarbeiter durch Lehraufgaben, erschwert durch einen hohen Anteil unbesetzter Stellen im wissenschaftlichen Mittelbau sowie eingeschränkte Fortbildungsmöglichkeiten und
- die unzureichende Ausstattung hochschulzahnmedizinischer Einrichtungen mit Assistenzkräften und technischem Personal.

Der Ausschuß Medizin des Wissenschaftsrates hat sich - mit Blick auf anstehende Empfehlungen zu mehreren Hochschulkliniken, in denen Fragen der Zahnmedizin relevant sind, - erneut

¹⁾ 1981 betrug der Anteil der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz 15,2% der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung; 1993 lag er in den alten Bundesländern aufgrund der rückläufigen Ausgaben für Zahnersatz noch bei 9,2 %.

und im Gespräch mit in- und ausländischen Vertretern des Faches ausführlich mit der Zahnmedizin in Deutschland auseinandergesetzt. Dabei wurde deutlich, daß sich die seinerzeit konstatierte Situation an den Hochschulen vierzehn Jahre nach Verabschiedung der Empfehlungen nicht grundlegend verändert hat. Gravierende Defizite in der Forschung bestehen noch immer, wie die geringe Präsenz deutscher Forscher in internationalen Zeitschriften, die vergleichsweise geringe Einwerbung von DFG-Mitteln und die ebenfalls geringe Zahl beispielsweise von Heisenberg- und Auslandsstipendien in der Zahnmedizin zeigt. Rund zwei Drittel der insgesamt 31 hochschulzahnmedizinischen Forschungseinrichtungen¹⁾ konnten im Zeitraum 1991 bis 1994 im Jahresdurchschnitt jeweils nur weniger als 100 TDM Drittmittel bei der DFG einwerben. Die beiden Sonderforschungsbereiche der Zahnmedizin sind mittlerweile beendet. Auch die Zahl der Habilitationen in der Zahnmedizin hat sich nur mäßig erhöht und lag in den Jahren 1987 bis 1991 bei durchschnittlich 13 gegenüber durchschnittlich 9 Habilitationen pro Jahr im Zeitraum 1982 bis 1986. Mit dem Hinzukommen der neuen Länder war ein Anstieg auf durchschnittlich 20 zahnmedizinische Habilitationen in den Jahren 1992 bis 1994 zu verzeichnen.²⁾

Ein großer Forschungsbedarf in der Zahnmedizin besteht vor allem für die Prävention der Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen aller Altersstufen, insbesondere aber für Fragen der Kinder- und Alterszahnmedizin. An der Schnittstelle zur biologischen Forschung stehen molekularbiologische Aspekte der Zahn- und Kieferentwicklung, der parodontalen Erkrankungen und der Mundschleimhauterkrankungen sowie der Gewebedegeneration im Mittelpunkt des Interesses. Wichtig sind auch Themen

¹⁾ Einschließlich der Zahnmedizinischen Fakultät der Privaten Universität Witten/Herdecke

²⁾ Quelle: Erhebungen des Statistischen Bundesamtes

der Biokompatibilität von Implantat- und Füllungsmaterialien sowie der prothetischen Werkstoffe und Werkzeuge.

Die Studienbedingungen an den zahnmedizinischen Ausbildungsstätten werden mit wenigen Ausnahmen von Seiten der Studierenden wie der Hochschullehrer einhellig als mangelhaft bezeichnet. So liegt die Betreuungsrelation in den klinisch-praktischen Studienabschnitten mit derzeit 1 : 6 bei weitem oberhalb der angemessenen und auch in anderen Ländern üblichen Relation von 1 : 3. Mit der geplanten Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung soll dieses Mißverhältnis so bald als möglich behoben werden. Infolge der damit verbundenen Kapazitätsveränderungen ist mittelfristig mit einem Rückgang der Studienanfängerzahlen um rund 25 bis 30 % zu rechnen.

Insgesamt waren an den hochschulzahnmedizinischen Ausbildungsstätten im Jahr 1993 2.258 Studienanfängerplätze vorhanden, für die 5.349 Bewerbungen eingingen und auf die 3.104 Studienanfänger zugelassen wurden. Die Zahl der Zulassungen liegt regelmäßig über der Zahl der Studienplätze; dies ist auf Entscheidungen der Verwaltungsgerichte zurückzuführen, mit denen in jedem Jahr höhere Zulassungszahlen erzwungen werden. Im Jahr 1994 standen 2.148 Studienplätzen 4.263 Bewerbungen und 2.731 Zulassungen gegenüber. Dies entsprach, bezogen auf das Jahr 1994, einer Relation von insgesamt 2,7 zahnmedizinischen Studienplätzen pro 100.000 Einwohnern, wobei die Schwankungsbreite zwischen 6,6 Studienplätzen im Land Hamburg und 1,4 im Land Sachsen-Anhalt reichte. Das Land Mecklenburg-Vorpommern nahm, auch bedingt durch die geringe Bevölkerungsdichte, in dieser Rangfolge mit 5,1 zahnmedizinischen Studienplätzen und 84 Zahnärzten pro 100.000 Einwohner (entsprechend 1.190 Einwohner je Zahnarzt) den zweiten bzw. vierten Platz unter den Bundesländern ein. Bezogen auf die Zahl der Zahnärzte wies Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 1994

mit 68,5 Studienplätzen pro 1.000 Zahnärzte die zweithöchste Konzentration an zahnmedizinischen Studienplätzen auf.

Die Zahl der zahnmedizinischen Absolventen aller Ausbildungsstätten lag im Jahr 1992 bei 1.702 (davon 1.644 Deutsche). Die Zahl der erteilten Approbationen lag im selben Jahr bei 2.320. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, daß die Zahl der erteilten Approbationen die der Studienabschlüsse seit Beginn der 80er Jahre konstant um mehrere hundert übersteigt. Dieser Umstand ist größtenteils auf die Berufsanerkennung zugewanderter Zahnärzte zurückzuführen.

Aufgrund der in den vergangenen Jahrzehnten stetig gestiegenen Zahl an zahnmedizinischen Studienplätzen stellt sich die Bedarfs- und Arbeitsmarktsituation im Unterschied zu den frühen 80er Jahren mittlerweile anders dar. Die damaligen Empfehlungen des Wissenschaftsrates entstanden in einer Zeit, in der angesichts des bestehenden Zahnärztebedarfs eine Reduzierung der Ausbildungskapazitäten nicht angeraten schien. Hinsichtlich der Bedarfslage hat sich die Situation seitdem jedoch nachhaltig verändert. So hat sich die zahnärztliche Versorgungsdichte zwischen 1981 und 1994 deutlich erhöht: Kamen 1981 auf einen Zahnarzt rechnerisch noch 1.850 Einwohner, so waren es 1994 nur noch 1.370. Damit liegt Deutschland in der Spitzengruppe der OECD-Länder.¹⁾

Infolge der damit verbundenen Niederlassungswelle stellt sich die Altersstruktur der niedergelassenen Zahnärzte gegenwärtig sehr unausgewogen dar, so daß in den Jahren bis 2014 absehbar nur eine unterdurchschnittliche Zahl an Zahnärzten aus Altersgründen aus dem Berufsleben ausscheiden wird. Die in den letzten Jahren konstant hohen Studienanfängerzahlen führen in

¹⁾ Zum Vergleich: In Dänemark kamen (1990/91) auf einen Zahnarzt 1.120 Einwohner, in Belgien 1.410. In der Bundesrepublik waren es zu diesem Zeitpunkt 1.430, in den USA 1.470, in Frankreich 1.490, in Japan 1.670, in den Niederlanden 1.920 und in Spanien 3.700.

dieser Situation dazu, daß die Absolventenzahl in der Zahnmedizin in den nächsten Jahren die Zahl der altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheidenden Zahnärzte um ein mehrfaches übersteigen wird. Diese Tendenz wird durch die an zugewanderte Zahnärzte erteilten Approbationen noch verstärkt und bleibt auch bei Berücksichtigung der zu erwartenden Verringerung der Ausbildungskapazitäten im Zuge einer Neuordnung der zahnärztlichen Approbationsordnung bestehen. Ein überdurchschnittlicher Ersatzbedarf ist erst ab dem Jahr 2015 absehbar.

Damit stellt sich die Frage nach den Zulassungskapazitäten und der Zahl der erforderlichen zahnmedizinischen Ausbildungsstätten in neuer Weise. Auch müssen aus Sicht des Wissenschaftsrates die Ansprüche, die an eine hochschulzahnmedizinische Ausbildungs- und Forschungsstätte zu stellen sind, neu überdacht werden, mit dem Ziel, die Qualität von Ausbildung und Forschung zu steigern. Dies gilt für alle Bundesländer - auch um den Preis der möglichen Schließung hochschulzahnmedizinischer Einrichtungen. Wenn in Deutschland der Aufbau international beachteter zahnmedizinischer Forschung und einer forschungsgeleiteten akademischen Lehre in Zukunft gelingen soll, dann ist es erforderlich, daß zahnmedizinische Ausbildungs- und Forschungsstätten über die entsprechenden strukturellen Voraussetzungen und eine ausreichende personelle, räumliche und apparative Ausstattung verfügen. Ein Mindeststandard sollte sich aus Sicht des Wissenschaftsrates an den folgenden Eckpunkten orientieren:

1. Differenziertes fachliches Spektrum, das außer den Grundrichtungen "Zahnerhaltung und Paradontologie", "Prothetik", "Kieferorthopädie" und "Zahnärztliche Chirurgie" weitere auf Lehrstuhlebene vertretene Spezialgebiete und experimentelle Abteilungen enthält. Eine hochschulzahnmedizinische Einrichtung sollte dementsprechend über mindestens vier Lehrstühle als Grundausrüstung verfügen, die

durch weitere Lehrstühle bzw. Professuren für Spezialgebiete ergänzt werden.¹⁾

2. Angemessene Raum- und Geräteausstattung für Forschung und Kleingruppenunterricht, wobei die Mitnutzung vorhandener Einrichtungen anderer Kliniken und Institute einer Medizinischen Fakultät im Hinblick auf die angestrebte Interdisziplinarität durchaus wünschenswert ist. Verfügbar sein müßten ein histologisches, ein mikrobiologisches und ein Labor für Zellkulturen; auch müßte Zugang zum elektronenmikroskopischen Labor bestehen. Für diese Labors müßten eine entsprechende DV-Ausstattung sowie technisches Personal vorhanden sein.

3. Die Personalausstattung sollte nicht wie bisher im wesentlichen auf die Lehraufgaben beschränkt sein; vielmehr sollte die Personalstruktur genügend Stellen im wissenschaftlichen Mittelbau enthalten, die auch eine zeitweilige Freistellung von Habilitanden (mit Herausnahme aus der Kapazitätsberechnung) ermöglicht. Um diesen eine berufliche Perspektive im wissenschaftlichen Bereich anbieten zu können, müßten dementsprechend auch genügend C1- und C2-Stellen verfügbar sein. Um die Tätigkeit an der Universität für jüngere Wissenschaftler attraktiver zu machen, wären auch finanzielle Anreize wünschenswert. Zur Entlastung des wissenschaftlichen Personals ist darüber hinaus eine angemessene Ausstattung mit nichtwissenschaftlichem technischem Personal sowie zahnärztlichen Assistenzkräften notwendig.

Diese Anforderungen setzen eine kritische Mindestgröße für eine hochschulzahnmedizinische Einrichtung voraus. Kleinere Standorte bieten zwar im Hinblick auf die praktische Unter-

¹⁾ Zum Vergleich: Die Zahnmedizin der Universität Utrecht verfügte Anfang der 80er Jahre bei jährlich 120 Studienanfängern über 24 Lehrstühle.

weisung der Studierenden eine bessere Überschaubarkeit, können aber den Aufbau einer breiteren wissenschaftlichen Struktur nicht leisten. Dies wiederum hat nachteilige Auswirkungen auf die Qualität der Ausbildung. Limitierender Faktor für die Größe einer zahnmedizinischen Ausbildungsstätte ist andererseits die Zahl der für den Unterricht verfügbaren Patienten. Diese hängt vor allem ab vom regionalen Umfeld und der Zahl der niedergelassenen Zahnärzte sowie von der Reputation der Zahnklinik in der Bevölkerung. In europäischen Nachbarstaaten kommt den Universitätszahnkliniken zugute, daß sie Spezialbehandlungen, die nicht von den allgemeinen Krankenversicherungen abgedeckt sind, preiswerter als niedergelassene Zahnärzte anbieten können. Dieser Faktor könnte in Zukunft auch in Deutschland relevant werden. Für die Reputation relevant sind neben der kontinuierlichen ärztlichen Betreuung vor allem auch die organisatorischen Abläufe, die unter anderem auch vom Vorhandensein genügend Hilfspersonals abhängen.

Unter Abwägung dieser wesentlichen Randbedingungen ist eine Größenordnung von etwa 40 bis 80 zahnmedizinischen Studienanfängern pro Standort und pro Jahr auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als Optimum anzusehen. Unterhalb dieser Schwelle kann weder eine kritische wissenschaftliche Masse noch die fachlich gebotene Differenzierung erreicht werden. Für eine Vielzahl hochschulzahnmedizinischer Einrichtungen in Deutschland dürfte sich damit aus Sicht des Wissenschaftsrates die Frage nach einer grundsätzlichen Neustrukturierung stellen, nicht zuletzt angesichts der räumlichen Nähe zahlreicher Einrichtungen. Diese Überlegungen sollten vor Landesgrenzen nicht haltmachen. Vielmehr rät der Wissenschaftsrat den Ländern, die Zukunft benachbarter Standorte gemeinsam zu planen.

Die genannten Kriterien gelten auch für Mecklenburg-Vorpommern, das sowohl hinsichtlich der zahnärztlichen Versorgungsdichte als auch der Zahl der Studienplätze in Relation zur

Bevölkerung deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt. Der Wissenschaftsrat begrüßt die vom Land angestrebte Reduzierung der Gesamtzahl der Studienanfänger in der Zahnmedizin. Der Planung des Landes, die verringerte Gesamtkapazität auf zwei Standorte mit geringen Jahrgangsstärken (Rostock: 32, Greifswald: 25) zu verteilen, vermag der Wissenschaftsrat jedoch nicht zu folgen. Der Aufwand, der für den laufenden Betrieb einer Zahnklinik und die Durchführung der erforderlichen Lehrveranstaltungen notwendig ist, läßt sich nicht proportional zur Zahl der Studierenden senken. Die Verminderung der Zahl der Studierenden wird zu überproportional erhöhten Betriebskosten bezogen auf den Studienplatz führen. Dies gilt auch für Zahnkliniken, die die zahnärztliche Behandlung durch Studenten nach Einzelfällen abrechnen können. Der Wissenschaftsrat hat sich hierzu bereits in der Stellungnahme zur Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig eindeutig geäußert.¹⁾ Unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit ist eine jährliche Aufnahmekapazität von weniger als 40 Studierenden an einem Standort auch in Mecklenburg-Vorpommern nicht vertretbar. Auch die denkbare Variante einer Ausbildungsstätte mit zwei Standorten kommt für Mecklenburg-Vorpommern nicht in Frage, da aufgrund der räumlichen Entfernung an beiden Standorten ein vollständiges Fachspektrum mit entsprechender Lehrkapazität vorgehalten werden müßte.

Vor diesem Hintergrund und angesichts des hohen Investitionsbedarfs im Hochschulbau insgesamt und speziell in der Hochschulmedizin hält der Wissenschaftsrat auch weiterhin an der Empfehlung fest, nur eine Hochschulzahnmedizin in Mecklenburg-Vorpommern aufrecht zu erhalten. Die Beurteilung, welche der beiden zahnmedizinischen Ausbildungsstätten fortgeführt werden soll, bedarf einer sorgfältigen fachlichen und wissenschaftspolitischen Abwägung zu welcher der Wissenschaftsrat

¹⁾ Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Drs. 2100/95, Kiel 1995, S. 47.

nachfolgend Kriterien beisteuert. Damit wird die Basis einer Entscheidung mitvorbereitet, die letztlich der Landesregierung und dem Parlament obliegt und in die über wissenschafts- und finanzpolitische Argumente hinaus weitere Aspekte zu einer gesamtpolitischen Begründung zusammenfließen.

Für jeden der beiden Standorte gibt es Gründe, die ebenso für wie gegen die Fortführung der jeweiligen Zahnmedizin als Universitätseinrichtung sprechen. Das Alter der beiden zahnmedizinischen Ausbildungsstätten (Gründung in Rostock im Jahre 1882, in Greifswald im Jahre 1901) kann angesichts der relativ nahe beieinanderliegenden Gründungsdaten nicht von Bedeutung sein. Dagegen ist der Bauinvestitionsbedarf, worauf der Wissenschaftsrat bereits 1991 hingewiesen hat, gerade in Mecklenburg-Vorpommern ein Entscheidungskriterium, zu dem Lehr- und Forschungsaspekte hinzutreten. Die baulichen Gegebenheiten der Zahnklinik sind in Rostock insofern günstiger als in Greifswald, weil dort mittelfristig ein Neubau erforderlich sein wird. Unter Umständen würden aber bei einer Schließung der Zahnmedizin in Rostock Räumlichkeiten für andere Medizinbereiche frei, für die sonst kostspielige Investitionen erforderlich wären.

Eine praxisnahe Ausbildung setzt voraus, daß eine ausreichende Zahl an Patienten für die Behandlung durch Studenten zur Verfügung steht. Neben der Einwohnerzahl des Einzugsgebietes stellt die Zahnärztdichte in der Region hierfür einen wichtigen Bestimmungsfaktor dar. Prinzipiell gilt dabei, daß diese Rahmenbedingungen bei gleicher Gesamtkapazität an zwei dislozierten und kleineren Standorten günstiger sind als im Falle eines großen Standortes. In den alten Ländern wird das Beispiel Münster oft zur Illustrierung der Probleme einer großen Ausbildungsstätte mit ländlichem Einzugsgebiet benutzt. Mit Blick auf die Stadt und ein Drittel der Einwohner der umliegenden (sehr weiträumigen) Landkreise errechnet sich dort ein Verhältnis von ausstattungsabhängiger Kapazität zu

Einwohnern von 1 : 2.180. In Stadt und Landkreis Greifswald leben rund 89.000 Einwohner (21.12.1992), Stadt und Landkreis Rostock haben etwa 280.700 Einwohner. In Relation zur ausstattungsbezogenen Kapazität beider Standorte (Greifswald: 48 Anfängerplätze, Rostock: 72) errechnet sich daraus ein Verhältnis von Einwohnern (Stadt und Landkreis) je Studienplatz von 1 : 1.854 in Greifswald bzw. 1 : 3.899 in Rostock. Berücksichtigt man die Zahl der poliklinischen Neuzugänge (ohne MKG-Chirurgie) im Jahr 1994 von 12.298 in Greifswald und von 19.434 in Rostock, zeigt sich für Greifswald eine höhere Ausnutzung des Patientenreservoirs. Während dort 14% der Einwohner der Stadt und des Landkreises für eine Behandlung an der Zahnklinik neu gewonnen werden konnten, waren es in Rostock nur 7%. Bezieht man die Zahl der Neuzugänge auf die ausstattungsbezogenen Kapazitäten, errechnet sich ein Verhältnis von 270 Neuzugängen je Studienanfängerplatz in Rostock bzw. 250 in Greifswald. Bei einer Reduzierung auf einen Standort könnte sich die Patientengewinnung möglicherweise problematisch darstellen. Allerdings entspricht auch die ausstattungsbezogene Kapazität in Greifswald nahezu der vom Land insgesamt angestrebten Studienanfängerzahl, in Rostock liegt sie sogar deutlich höher. Dies bedeutet, daß die ausstattungsbezogenen Kapazitäten an jedem der beiden Standorten bereits jetzt ausreichend sind, um die Gesamtzahl der Studienanfänger des Landes aufnehmen zu können.

Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten und bei globaler Betrachtung liegen beide zahnmedizinischen Einrichtungen mit 78 % Kostendeckung in Greifswald und 72 % in Rostock gleichauf. Bei Abzug der Einkünfte und Ausgaben der MKG-chirurgischen Kliniken ist die Kostendeckung der Zahnkliniken mit 33 % in Greifswald und 55 % in Rostock unterschiedlich, liegt aber für beide Standorte innerhalb des breiten Spektrums anderer Zahnkliniken in Deutschland. Ein ungewöhnliches Resultat zeigt der Vergleich der beiden Kliniken für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie: Während in Rostock der Anteil der

MKG-Chirurgie an Einnahmen und Ausgaben mit rund 66,4 % bzw. 60,0 % in etwa gleich ist, übersteigt der Anteil der MKG-Chirurgie an den Einnahmen der Greifswalder Zahnmedizin mit 72,5 % den Anteil an den Ausgaben (35,5 %) erheblich. Unabhängig davon steht außer Zweifel, daß beide Standorte für die Krankenversorgung auch in Zukunft über MKG-chirurgische Kapazitäten verfügen müssen.

Als besonders wichtiger Maßstab für eine Standortentscheidung müssen aus Sicht des Wissenschaftsrates die Einbindung in das wissenschaftliche Konzept der jeweiligen Medizinischen Fakultät sowie die in diesem Rahmen erbrachten Leistungen in Forschung und Lehre betrachtet werden. In Greifswald gilt die Zahnmedizin mit ihrer spezifischen Orientierung auf Community Dentistry als ein Bestandteil des Konzeptes der gesamten Medizinischen Fakultät. Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, daß der präventive Ansatz in der Zahnmedizin in Deutschland noch unterentwickelt ist und das Greifswalder Konzept in dieser Hinsicht innovativen Charakter hat. Sowohl für die Lehre in Studium und Weiterbildung als auch für die Forschung stellen sich daher zahlreiche Aufgaben und Fragen, die einen engen Bezug zu den Themenbereichen der Community Medicine haben. Allerdings ist von diesem Konzept im Rahmen der bislang von der Medizinischen Fakultät Greifswald vorgelegten Lehr- und Forschungsplanungen noch wenig zu sehen. Hier müßten Universität und Medizinische Fakultät in Greifswald Zeichen setzen und ein eindeutiges Bekenntnis zur Community Medicine ablegen. Unter anderem müßte sich der Schwerpunkt Community Dentistry in der fachlichen Ausrichtung der Lehrstühle deutlicher niederschlagen. Mit Ausnahme eines größeren, von der Industrie finanzierten Projektes haben auch die von der Zahnmedizin eingeworbenen Drittmittel bislang ein eher bescheidenes Volumen - bis 1994 wurden keine Drittmittel der DFG eingeworben - und keinen erkennbaren Bezug zu Themen der Community Medicine. Auch die Tatsache, daß seit 1989 keine Habilitation in der Zahnmedizin zu verzeichnen ist, zeigt ein Sta-

gnieren der wissenschaftlichen Aktivität in den vergangenen Jahren.

Wissenschaftliche Berührungspunkte zwischen Zahn- und Humanmedizin werden auch von der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock hervorgehoben, ohne daß den Verbindungen die Bedeutung wie im Greifswalder Konzept zukommt. Im Mittelpunkt stehen Untersuchungen zu Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten und die Biomaterialforschung. Das mit einer Fragestellung aus dem Bereich der Informatik befaßte EU-Projekt belegt eine erfreuliche internationale Kooperation, bezieht sich allerdings eher auf ein Randthema der Zahnmedizin. Rostock kann im Unterschied zu Greifswald auf eine gewisse Zahl an Habilitationen in den letzten Jahren und auf die stärkere fachliche Differenzierung der Zahnmedizin (z.B. in Form eigener Abteilungen für Kariologie und Endodontologie und für Kinderzahnheilkunde) verweisen. Insgesamt ist jedoch festzustellen, daß auch in Rostock die Zahnmedizin keine besondere wissenschaftliche Dynamik entfalten konnte. So blieben die Drittmittel bislang auf bescheidenem Niveau, die Einwerbungen bei der DFG beschränken sich auf ein kleines Einzelprojekt.

In einen Standortvergleich sind nicht zuletzt auch die zu erwartenden Auswirkungen einer Schließung auf die Gesamtuniversität in Betracht zu ziehen. Während der Medizinischen Fakultät Rostock in den vergangenen Jahren wesentliche Einschnitte erspart blieben, stand die Fortexistenz der Medizinischen Fakultät Greifswald nach der Wiedervereinigung Deutschlands grundsätzlich in Frage und war nur durch die weitgehenden Einschränkungen des Klinikums, verbunden mit einer erheblichen Reduktion der Zahl der Planbetten, möglich. Dies führte unter anderem auch zur Aufgabe der geplanten Einrichtung für Knochenmarktransplantationen und zur Umorientierung der wissenschaftlichen Schwerpunkte. Ein Verzicht auf den Ausbildungsgang Zahnmedizin würde eine weitere einschneidende Re-

duktion und für die Universität Greifswald einen nur schwer zu verkraftenden Verlust bedeuten.

Die für und wider jeden der beiden Standorte anzuführenden Argumente machen deutlich, daß das Land vor einer schwierigen Entscheidung steht, die aber aus Sicht des Wissenschaftsrates erforderlich und überfällig ist. Bis zu der Entscheidung, welcher der beiden Standorte fortgeführt werden soll, wird der Wissenschaftsrat von Empfehlungen zum Rahmenplan für Vorhaben der Zahnmedizin in Mecklenburg-Vorpommern absehen. Er erwartet, daß baldmöglichst ein Gesamtkonzept zur weiteren Entwicklung der Zahnmedizin in Mecklenburg-Vorpommern vorgelegt wird, in dem neben der angestrebten Ausbildungskapazität und dem weiteren Ausbaubedarf vor allem das fachliche Konzept für Lehre und Forschung dargestellt und erläutert wird.

Die Diskussion um die zahnmedizinische Ausbildung hat gezeigt, daß es auch künftig keine leicht zu lösende Aufgabe sein wird, die Schwerpunkte der beiden Medizinischen Fakultäten in Rostock und Greifswald aufeinander abzustimmen und den wissenschaftlichen Entwicklungen anzupassen. Der Wissenschaftsrat empfiehlt dem Land daher die Einrichtung einer ständigen Strukturkommission, die das Land bei dieser Abstimmung beraten soll. Sie sollte mit externen Wissenschaftlern der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen besetzt sein. Auch wären Mitglieder aus dem Kreis der Wissenschaftsverwaltungen anderer Länder sowie der Verwaltungsdirektoren anderer Hochschulklinika in diesem Gremium hilfreich. Nicht bewährt haben sich nach Einschätzung des Wissenschaftsrates ad hoc-Kommissionen, die zu einzelnen Fachrichtungen Stellung nehmen. Hier besteht die Gefahr, daß die Gesamtsituation beider Klinika bzw. der Hochschulmedizin des Landes insgesamt zu wenig berücksichtigt wird. Eher bietet es sich an, zu Teilbereichen jeweils zusätzliche Experten zu hören, deren Vorschläge in der Strukturkommission vor dem Hintergrund der allgemeinen Entwicklung abzuwägen sind.

II. 3. Zur Finanzierung

Die Hochschulmedizin in den neuen Ländern befindet sich seit der Wiedervereinigung Deutschlands in einer anhaltenden Phase des Umbruchs. Ein besonderes Problem stellt nach wie vor die bauliche Situation dar. Zwar konnten die besonders gravierenden Mängel vieler Klinik- und Institutsgebäude mittlerweile behoben werden; auch wurde die technische Ausstattung in vergleichsweise kurzer Zeit deutlich verbessert. Die bauliche Grundkonzeption der meisten Hochschulklinika in den neuen Ländern entspricht jedoch den heutigen Ansprüchen von Maximalversorgung, Forschung und patientennaher Lehre in weiten Bereichen nicht. Umfangreiche Neubau- und Sanierungsmaßnahmen sind daher notwendig und könnten nach dem jetzt erreichten Planungsstand auch realisiert werden, wenn die erforderlichen Mittel zur Verfügung stünden. Der Wissenschaftsrat begrüßt, daß das Land Mecklenburg-Vorpommern deutliche Prioritäten zugunsten des Hochschulbaus gesetzt hat. Die Entscheidung zugunsten zweier Medizinischer Fakultäten bringt allerdings einen langfristig hohen Anteil an Medizinvorhaben mit sich. Dies wird sich bei der Planung für andere Hochschulbereiche auswirken. Die Überarbeitung der Bauplanungen für die beiden Klinika in Rostock und Greifswald hat mittlerweile zu Einsparungen um rund 30 % geführt. Weitere Reduktionen sind durch die Versorgungsbetten-Regelung zu erwarten. Der Wissenschaftsrat begrüßt dies und erachtet die jetzt vorliegende Konzeption als realistischeres Planungsziel. Zwar sind bei einzelnen Projekten durchaus noch Einsparpotentiale erkennbar, jedoch ist nicht auszuschließen, daß auch unvorhergesehene Sanierungskosten an anderer Stelle entstehen. Das jetzt kalkulierte Gesamtvolumen dürfte daher eine angemessene Grundlage sein, um die Bedingungen für Forschung, Lehre und Krankenversorgung an beiden Standorten langfristig zu verbessern.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist es aus Sicht des Wissenschaftsrates allerdings dringend erforderlich, die Planungs- und Genehmigungsverfahren des Landes zu beschleunigen. Dies erscheint im Hinblick auf die in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu anderen neuen Bundesländern vergleichsweise langen Abstimmungsphasen besonders dringlich. Bedauerlich ist in diesem Zusammenhang, daß das Land den Plan, ein zentrales Hochschulbauamt beim Kultusministerium einzurichten, nicht weiter verfolgt hat. Der Wissenschaftsrat hielte es für sinnvoll, diesen Vorschlag erneut aufzugreifen, um zu einer Vereinfachung und Verkürzung des Planungsablaufes zu kommen.

Inwiefern der geplante Kostenrahmen auch in der weiteren Detailplanung gehalten werden kann, muß sich noch erweisen. Der Wissenschaftsrat bittet das Land, bei allen künftigen Rahmenplananmeldungen für beide Standorte einen Bericht über die erfolgte Umsetzung und den voraussichtlichen Kostenrahmen zu geben. Bei absehbaren Kostenerhöhungen größeren Ausmaßes sollten gleichzeitig Vorschläge zur Einsparung an anderer Stelle gemacht werden. Die Realisierung der vorgesehenen Bau- und Finanzplanung wird nach Einschätzung des Wissenschaftsrates nur dann gelingen, wenn ein flexibles und effizientes Verfahren zur Kontrolle des Bau- und Planungsfortschrittes etabliert wird, das nach sachlichen Erfordernissen und finanziellen Möglichkeiten über die jeweils nächsten Schritte zu entscheiden erlaubt. Der Wissenschaftsrat empfiehlt dem Land daher, entsprechend dem Vorbild anderer Länder, hierfür einen gesonderten Mechanismus zu schaffen. Die Einzelheiten dieses Verfahrens sollten bei Vorlage des Berichts zum Stand der Umsetzung im Zusammenhang mit künftigen Anmeldungen zum Rahmenplan erläutert werden.

Um die rasche Durchführung kleiner Baumaßnahmen zu erleichtern, sollten beide Medizinischen Fakultäten einen deutlich größeren Spielraum erhalten, kleinere Bau- und Sanierungsmaßnahmen selbst veranlassen zu können, ohne zuvor ein zeitrau-

bendes Antragsverfahren durchlaufen zu müssen. Sowohl der schlechte Bauzustand vieler Kliniken und Institute als auch die Notwendigkeit, auf wechselnde Bedürfnisse der Forschung reagieren zu können, machen es nach Ansicht des Wissenschaftsrates erforderlich, daß der Handlungsspielraum der Fakultäten spürbar erweitert wird. Allerdings muß sichergestellt werden, daß damit künftig keine strukturbeeinflussenden Fakten mehr geschaffen werden können, die - wie im Fall der Zahnmedizin bereits geschehen - darauf abzielen, anstehende Strukturentscheidungen des Landes vorwegzunehmen.

B.III. Zur Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

III.1. Zu Struktur und Personal

Auch die Medizinische Fakultät der Universität Rostock hat nach der deutschen Wiedervereinigung einen personellen und strukturellen Wandel durchgemacht. Tiefgreifende Einschnitte, wie sie an der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald erforderlich waren, blieben der Rostocker Fakultät allerdings erspart. So konnte sie beispielsweise an Forschungsschwerpunkte anknüpfen, die schon zu DDR-Zeiten gepflegt wurden. Positiv hat sich bemerkbar gemacht, daß die Überbeanspruchung durch die medizinische Grundbetreuung deutlich abgebaut werden konnte. Diese Entwicklung sollte nach Ansicht des Wissenschaftsrates fortgesetzt werden. Der mit diesem Wandel zu erwartende Anstieg der Maximalversorgung wird hinsichtlich der Lehre freilich nicht ohne Konsequenzen bleiben. Daher sollte die Fakultät die Kooperation mit städtischen Krankenhäusern pflegen und ausbauen, um das Spektrum alltäglicher Krankheitsbilder auch weiterhin in den studentischen Unterricht einzubeziehen. Die außeruniversitären Lehrkräfte sollten dabei gezielt in das Ausbildungskonzept der Fakultät eingebunden werden. Eine enge Kooperation mit der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald ist besonders in

den Bereichen erforderlich, die - wie bisher schon die Geschichte der Medizin - durch Lehrstühle der jeweils anderen Fakultät wahrgenommen werden. Das gilt in Zukunft auch für alle Fächer aus dem Bereich der Community Medicine.

Auffallendes Merkmal des Strukturkonzeptes der Medizinischen Fakultät Rostock ist, daß sowohl die Klinik und Poliklinik für Innere Medizin als auch das Pädiatrische Zentrum in hohem Maße in verschiedene Abteilungen untergliedert sind. So verfügt die Klinik für Innere Medizin nach Ausgliederung des Bereiches Transfusionsmedizin über sieben Abteilungen, von denen vier Abteilungen durch einen C4-Professor geleitet werden. Von den durch diese Abteilungen vertretenen Bereichen werden die Gastroenterologie, die Nephrologie und die Kardiologie als Schwerpunkte der Fakultät bezeichnet. Bereits in den Empfehlungen zur künftigen Struktur der Hochschullandschaft in den neuen Ländern hatte der Wissenschaftsrat empfohlen, den Bereich der Inneren Medizin neu zu strukturieren und in drei Lehrstühle zu gliedern.¹⁾ Er wiederholt diese Empfehlung nachdrücklich. Die Begründung des Landes, mit der die bisherige Struktur aufrechterhalten werden soll, vermag er nicht nachzuvollziehen. Die gemeinsame und flexible Nutzung der personellen und räumlichen Ressourcen läßt sich in einer schlanker strukturierten Klinik besser bewerkstelligen. Eine stark untergliederte Klinik läuft hingegen Gefahr, daß die Einzelabteilungen sich gegeneinander abgrenzen und das Fach als Ganzes nicht mehr repräsentieren. Zu kleine Abteilungen sind im übrigen auch wirtschaftlich von Nachteil. Der Wissenschaftsrat hält daher in der Inneren Medizin drei bis vier bettenführende Abteilungen entsprechend den zwischen Land und Fakultät vereinbarten Schwerpunkten für angemessen. Die jeweiligen Spezialbereiche lassen sich in fachlich sinnvoller Weise zusammenfassen. Eine enge Kooperation sollte mit Blick auf die zu gewährleistende Ausbildung in allen Teildis-

¹⁾ A.a.O., S. 77.

ziplinen des Faches selbstverständlich sein. Die Gliederung in eine Klinik mit einer begrenzten Zahl selbständiger Abteilungen und wechselnder Geschäftsführung sollte im übrigen für beide Klinika Mecklenburg-Vorpommerns in gleicher Weise gelten.

Eine Besonderheit stellt auch der Bereich der Pädiatrie in Rostock dar, der als Zentrum mit insgesamt sieben Abteilungen geplant ist. Die vorgesehene Einbeziehung der Kinderchirurgie, die als Schwerpunkt nicht in Rostock, sondern in Greifswald ausgebaut werden soll, als selbständige Einheit in das Pädiatrische Zentrum hält der Wissenschaftsrat für eine vor diesem Hintergrund vertretbare Entscheidung. Auch das Institut für Humangenetik kann der Kinderklinik wie vorgesehen zugeordnet werden. Allerdings ist ein Funktionsbereich für klinische Genetik ausreichend, zumal dieses Fach als wissenschaftlicher Schwerpunkt der Medizinischen Fakultät Greifswald zugeordnet ist. Hinsichtlich der übrigen pädiatrischen Abteilungen wird empfohlen, sich auf eine pädiatrische Klinik mit drei Abteilungen zu einigen. Dies entspricht auch der bewährten Struktur anderer Universitätskinderkliniken. Im übrigen schließt sich der Wissenschaftsrat der Argumentation des Landes an, nach der die klinischen Zentren beider Universitäten eine vergleichbare Grundstruktur entsprechend dem Landeshochschulgesetz haben sollten.

Im personellen Bereich der Medizinischen Fakultät und des Klinikums haben sich seit 1991 deutliche Veränderungen ergeben: So ist der Personalbestand seitdem um rund 25 % reduziert worden; der Anteil an befristeten Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiter hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt. Der Wissenschaftsrat bestärkt die Medizinische Fakultät in der Absicht, unbefristete Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiter auch weiterhin in befristete Arbeitsverhältnisse im Sinne eines ausgewogenen Verhältnisses umzuwandeln. Da-

durch kann die Flexibilität im wissenschaftlichen Bereich erhalten werden.

Die Anzahl der Planstellen insgesamt wie auch der Anteil der Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiter liegen mittlerweile deutlich unter den Durchschnittswerten für alte und neue Bundesländer. Dementsprechend liegt auch das Verhältnis von C4-Stellen zur Gesamtzahl der Wissenschaftlerstellen mit 1 : 13 deutlich unter der bundesdurchschnittlichen Relation von 1 : 18. Angesichts der finanziellen Situation des Landes hält der Wissenschaftsrat dies für eben noch vertretbar. Er weist allerdings darauf hin, daß ein weiteres Absenken insbesondere im Bereich der Wissenschaftlerstellen Nachteile für Lehre und Forschung hätte und deshalb unbedingt vermieden werden muß. Der knappe Personalbestand macht eine Konzentration auf wenige Schwerpunkte umso dringlicher. Weitere fachliche Untergliederungen und Auffächerungen sollten vermieden werden, um die erforderliche "kritische Masse" für ausgewiesene wissenschaftliche Schwerpunkte zu erhalten.

Unter dem gegebenen Zwang, zu Einsparungen zu kommen, hält der Wissenschaftsrat auch die vom Land geplanten Umwidmungen einzelner C4-Stellen in C3-Stellen und der Wegfall einer Reihe von C3-Stellen für vertretbar. Dies gilt auch für die C4-Professur für Hygiene, da dieser Bereich schwerpunktmäßig an der Medizinischen Fakultät Greifswald ausgebaut werden soll und in Rostock über eine C3-Professur im Rahmen eines Institutes für Mikrobiologie und Hygiene vertreten werden kann. Die von der Fakultät vorgeschlagene Verselbständigung des aus der Klinik für Innere Medizin ausgegliederten Bereiches für Transfusionsmedizin hält der Wissenschaftsrat nicht für sinnvoll, zumal ein eigenständiger wissenschaftlicher Schwerpunkt nicht erkennbar ist. In Rostock bietet sich entsprechend dem Schwerpunktkonzept der Fakultät eine Zusammenführung mit dem Institut für Immunologie an. Dies entspricht auch der an

zahlreichen anderen Medizinischen Fachbereichen üblichen Gliederung.

Das Institut für Biomedizinische Technik und Medizinische Informatik entstand durch Zusammenlegung von Teilen des früheren Zentrums für Bioengineering an der Klinik für Innere Medizin und der selbständigen Abteilung für Medizinische Dokumentation und Statistik. Es wirkt als Brückeninstitut zwischen der Medizinischen und der Ingenieurwissenschaftlichen Fakultät. Auf diesem Gebiet hat die Medizinische Fakultät Rostock eine langjährige Forschungstradition. Für die enge Verflechtung der beiden Teilbereiche spricht auch die technologische Entwicklung, insbesondere auf dem Gebiet der Mikroprozessor- und der Computertechnologie. Der Wissenschaftsrat gäbe daher der vom Land favorisierten Zusammenfassung beider Institute¹⁾ den Vorzug, zumal der Bereich Biometrie und Medizinische Informatik an der Medizinischen Fakultät Greifswald im Rahmen des Konzeptes Community Medicine eine wichtige Schwerpunktfunktion haben wird.

III.2. Zu Lehre und Studium

Die Medizinische Fakultät der Universität Rostock zählt von der Anzahl der Studenten und Studienanfänger her zu den überschaubareren hochschulmedizinischen Einrichtungen. Angesichts des knappen wissenschaftlichen Personalbestandes ist eine Steigerung der Studienanfängerzahl auch nicht wünschenswert. Die vom Land vorgesehene Absenkung der Studienanfängerzahlen für die Humanmedizin wäre daher angemessen, dürfte aber angesichts der derzeitigen Stellenkapazität in der Vorklinik kaum erreichbar sein.

¹⁾ Schreiben der Kultusministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 15. 12. 1994

Die Gestaltung des Ausbildungskonzeptes an der Medizinischen Fakultät Rostock entspricht den üblichen Bedingungen der Approbationsordnungen für Ärzte und Zahnärzte. Einschränkungen bei der Einführung des studentischen Kleingruppenunterrichtes müssen angesichts der gegebenen Räumlichkeiten vermutlich noch längere Zeit hingenommen werden. Land und Fakultät sollten bei der Bauplanung allerdings darauf achten, daß insbesondere in den Klinikneubauten, aber auch den zu sanierenden Gebäuden so bald wie möglich ausreichende Räumlichkeiten für den patientennahen Unterricht geschaffen werden. Um die erforderliche Profilbildung im Bereich der Lehre zu unterstützen, aber auch im Hinblick auf die zu erwartenden Änderungen der Approbationsordnung für Ärzte, hielte der Wissenschaftsrat eine Stärkung des Studiendekanates für wichtig. Damit könnte dem Anliegen, vorklinische und klinische Ausbildung künftig stärker miteinander zu verzahnen, besser Rechnung getragen werden. Dies entspräche auch den Leitlinien des Wissenschaftsrates zur Reform des Medizinstudiums.¹⁾

III.3. Zur Forschung

Die Forschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock konnte nach der Wiedervereinigung an vorhandene Traditionen anknüpfen und bereits existierende Schwerpunkte fortsetzen. Dies gilt insbesondere für die Bereiche des künstlichen Organersatzes und der Biomaterialien. Der Wissenschaftsrat hielt in den Empfehlungen aus dem Jahre 1991 die im Zusammenhang mit den Forschungsschwerpunkten angesammelten Forschungsmittel für beachtlich. Die seither an der Medizinischen Fakultät Rostock entfalteteten wissenschaftlichen Aktivitäten sind trotz der vergleichsweise günstigen Ausgangsbedingungen jedoch nur zögerlich in Gang gekommen und blieben bislang hinter den anfänglichen Erwartungen zurück. Für diese

¹⁾ Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Köln 1992.

Einschätzung sprechen sowohl die insgesamt rückläufigen bzw. stagnierenden Zahlen an abgeschlossenen Promotionen und Habilitationen als auch die Höhe der Drittmittelleinwerbungen seit 1991. Auffallend ist, daß die an anderen Medizinischen Fakultäten traditionell forschungsaktiveren vorklinischen und klinisch-theoretischen Einrichtungen in Rostock keine bemerkenswerten Drittmittelleinnahmen vorweisen können. Insbesondere Drittmittel der DFG sind nur in unwesentlichem Maße vorhanden. Dies gilt - mit Ausnahme der Kliniken für Innere Medizin, für Nerven- und für Kinderheilkunde - auch für die meisten klinischen Einrichtungen. Für eine gewisse Steigerung der wissenschaftlichen Aktivität sprechen die gestiegenen Drittmittelleinwerbungen im Jahr 1995. Erfreulich ist auch die Einrichtung des mittlerweile bewilligten Innovationskollegs. Im Hinblick auf den prioritären Ausbau des Klinikums Rostock als Zentrum der Hochleistungsmedizin erwartet der Wissenschaftsrat jedoch, daß diese Vorzugsposition künftig auch in einer deutlich stärkeren Forschungsaktivität zum Ausdruck kommt.

Vor diesem Hintergrund weist die angestrebte Konzentration auf übergreifende Forschungsschwerpunkte einen erfolgversprechenden Weg, der konsequent verfolgt werden sollte. Die Fakultät sollte bei künftigen Neuberufungen darauf achten, daß das Forschungsprofil in diesem Sinne gestärkt wird. Neben einer auf die Forschungsschwerpunkte abgestimmten Berufungspolitik kommt nach Ansicht des Wissenschaftsrates der Etablierung von thematisch den Schwerpunkten zugeordneten Forschungsstrukturen, insbesondere klinischen Forschergruppen, eine besondere Bedeutung zu. Je rascher die Bildung solcher Einheiten gelingt, desto stärker wird das Eigengewicht der Forschung, insbesondere gegenüber der Krankenversorgung, gesteigert werden können; umso mehr wird es auch gelingen, die durch Versorgungsgesichtspunkte bestimmte Krankenversorgung auf die Bedürfnisse der Forschung und der forschungsgeleiteten akademischen Lehre auszurichten. Die Zusammenarbeit der

Medizinischen Fakultät mit den Nachbarfakultäten der Universität Rostock sollte dabei unbedingt erhalten und ausgebaut werden.

Mit dem Experimentellen Forschungszentrum verfügt die Medizinische Fakultät über durchaus repräsentative und gut ausgestattete Räumlichkeiten, mithin eine günstige Voraussetzung für das Einwerben von Drittmitteln. Allerdings hält es der Wissenschaftsrat für sinnvoll, dem Experimentellen Zentrum eine Leitungsstruktur zu geben, nach der eine wissenschaftlich führende Arbeitsgruppe oder Einrichtung im Zentrum selbst ansässig ist und die Verantwortung für die Infrastruktur des Gebäudes übernimmt.

Hemmend für die wissenschaftliche Arbeit kann sich ein Mangel an Laboratorien mit besonderen Sicherheitsstandards auswirken. Land und Fakultät sollten bei der Bau- und Sanierungsplanung darauf achten, daß solche Bereiche mit Vorrang hergerichtet und erweitert werden. Eine Erleichterung der räumlichen Situation kann auch durch die Mischnutzung von Laboratorien durch Arbeitsgruppen verschiedener Institute und Kliniken geschaffen werden, so wie es bereits in den "Assoziierten Einrichtungen" der Fakultät vorgesehen ist. Dabei sollte, wie vorgesehen, auch der räumlich vergleichsweise gut ausgestattete Arbeitsbereich für Klinische Forschung an der Klinik für Innere Medizin einbezogen und projektgebunden verschiedenen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen des Klinikums zugewiesen werden. Einen weiteren positiven Ansatzpunkt zur Stärkung wissenschaftlicher Aktivitäten erkennt der Wissenschaftsrat in den von der Fakultät bereits in die Wege geleiteten Verfahren der Ressourcenvergabe, insbesondere für Laborflächen, sowie in der Einrichtung von Arbeitsbereichen mit interdisziplinärer Nutzung. Diese Verfahren sollten so rasch als möglich etabliert werden. Der Wissenschaftsrat bittet Land und Medizinische Fakultät, darüber bei künftigen Rahmenplananmeldungen zu berichten.

Über die effiziente Nutzung der wissenschaftlichen Infrastruktur sollte sich auch die Fakultät in regelmäßigen Abständen einen Überblick verschaffen und eine Umverteilung nach Bedarf und Leistung vorbehalten.

Als weiteres Instrument der internen Forschungsförderung bietet sich außerdem die Bildung eines fakultätseigenen Fonds von Forschungsstellen an, die es den jeweiligen Stelleninhabern erlauben, sich befristet für einen Zeitraum von etwa einem Jahr aus der Lehre und den Aufgaben der Krankenversorgung weitgehend zurückzuziehen, um sich eingehend der Forschung widmen zu können. Diese Stellen, die nicht kapazitätsrelevant sein dürfen und nicht bestimmten Einrichtungen der Fakultät dauerhaft zugeordnet werden sollen, müßten nach Leistung und befristet an jüngere Wissenschaftler vergeben werden. Auf diesem Wege lassen sich auch fakultätsinterne klinische Forschergruppen realisieren, die vom Wissenschaftsrat in der Stellungnahme zum Programm der Klinischen Forschergruppen empfohlen wurden.¹⁾ Eine solche forschungsorientierte Ressourcenvergabe setzt allerdings eine getrennte Mittelverwaltung für Forschung und Lehre einerseits und für Krankenversorgung andererseits voraus.

Als Bilanz über erreichte Ziele sollte die Fakultät einen regelmäßigen Forschungsbericht erstellen, in dem auch die Kriterien der internen Ressourcenvergabe dargestellt werden. Ein derartiger Bericht würde auch der dem Land anempfohlenen Strukturkommission einen Einblick in die Entwicklung der wissenschaftlichen Leistungen an der Fakultät bieten.

¹⁾ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zum Programm "Klinische Forschergruppen in Hochschulen", Köln 1994, S. 35

III.4. Zur Krankenversorgung

Das Klinikum der Universität Rostock ist in den letzten Jahren von Aufgaben der Krankenversorgung entlastet worden. Die Reduktion um rund 30 % des Planbettenbestandes seit dem Jahr 1990 konnte auch genutzt werden, um den Aufbau der übergreifenden Forschungsschwerpunkte voranzutreiben. Die in der Zwischenzeit durch die Versorgungsbettenregelung geplante Ausweitung auf 1.412 universitäre (davon 988 nach dem HBMG finanzierte) Planbetten wird demgegenüber eine erneute Steigerung bringen, die durch den Bedarf der regionalen Krankenversorgung bedingt ist. Angesichts der ohnehin knappen Personalstellen im wissenschaftlichen Bereich darf mit dieser Regelung aus Sicht des Wissenschaftsrates jedoch keine Verringerung des Landeszuschusses verbunden sein. Auch wird eine konsequente Schwerpunktsetzung sowohl im wissenschaftlichen Bereich als auch in der Krankenversorgung unumgänglich sein. Der Wissenschaftsrat erwartet zum einen, daß die Zuordnung des wissenschaftlichen Personals an die einzelnen Kliniken differenziert, d.h. über den Grundbedarf von Versorgung und Lehre hinaus entsprechend der erbrachten Forschungsleistungen erfolgt. Diese fakultätsintern transparent zu machende Stellenzuweisung sollte befristet sein und in verbindlichen Zeitabständen überprüft werden. Diese Maßnahmen sollen aus Sicht des Wissenschaftsrates dazu dienen, insbesondere die klinische Forschung gegenüber der Krankenversorgung deutlich zu stärken und ihr das dringend notwendige Gewicht zu verleihen. Zum anderen appelliert der Wissenschaftsrat an die Kostenträger im Land Mecklenburg-Vorpommern, bei den Verhandlungen um die Pflegesätze auch den nachgewiesenen Einsatz des Klinikums in ärztlicher Weiterbildung, Versorgungsforschung und wissenschaftlicher Qualitätssicherung und die dafür erforderlichen Personalkapazitäten anzuerkennen.

Auf die Zahl der universitären Planbetten anzurechnen ist, wie vorgesehen, auch die Zahl der Tages- bzw. teilstationären

Betten, da sie vom investiven Aufwand her den vollstationären Betten vergleichbar sind. Dies entspricht auch früheren Empfehlungen des Wissenschaftsrates und der Praxis anderer Länder und Fakultäten.¹⁾ Dieses Petitum gilt auch für das Klinikum der Medizinischen Fakultät Greifswald. Der Wissenschaftsrat bittet das Land, dem Bericht zur Umsetzung der Empfehlungen im Zusammenhang mit künftigen Anmeldungen zum Rahmenplan eine Aufstellung über die jeweilige Bettenstruktur beizufügen.

Die Medizinische Fakultät der Universität Rostock plant die Errichtung eines interdisziplinär nutzbaren Zentrums für ambulantes Operieren mit vier OP-Sälen. Das Zentrum soll im Gebäude für die Zentralen Medizinischen Dienste so eingerichtet werden, daß es durch benachbarte Fächer genutzt werden kann. Der Wissenschaftsrat begrüßt, daß die Fakultät damit eine aktuelle Entwicklung im Bereich der Chirurgie aufgreift. Um das geplante Zentrum tatsächlich auslasten zu können, sollte es durch alle operativen Disziplinen genutzt werden. Auch die konservativen Fächer, beispielsweise die Innere Medizin und die Dermatologie, sollten invasive Eingriffe dort durchführen können. Mit einer Umstellung auf teilstationäre Versorgungsmodelle ist allerdings auch ein entsprechendes Lehr- und Forschungskonzept zu verbinden. Die Zulassung von Krankenhäusern zum ambulanten Operieren ist überdies mit betriebswirtschaftlichen Erwägungen verbunden, die auch im Fall des Rostocker Klinikums noch am Anfang stehen. Daraus werden auch Schlußfolgerungen für die Dimensionierung des Zentrums zu ziehen sein. In die wirtschaftlichen Überlegungen sollte die Mehrbelastung des wissenschaftlichen Personals durch Krankenversorgung als Faktor einbezogen werden. Auch hierdurch ist die Größe des geplanten Zentrums limitiert. Der

¹⁾ Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Universität München und ihrer beiden Klinika, Drs. 1844/94, verabschiedet im Januar 1995

Wissenschaftsrat erwartet, daß ein entsprechender Antrag zum Rahmenplan durch ein detailliertes Konzept begründet wird, das die genannten Punkte aufgreift.

Die Entscheidungen zur ambulanten Versorgung im Klinikum Rostock entsprechen einer derzeit für die meisten Hochschulklinika geltenden unbefriedigenden Situation. Zwar hat sich auch der Wissenschaftsrat dafür ausgesprochen, das Ausmaß der poliklinischen Versorgung auf den Bedarf von Forschung und Lehre zu beschränken. Dafür sprechen auch wirtschaftliche Gründe, zumal poliklinische Leistungen mit Blick auf den Nutzen für Forschung und Lehre nach einem nicht kostendeckenden Pauschaltarif entgolten werden. In der Realität können Hochschulklinika die ambulante Versorgung jedoch nicht auf diesen Patientenkreis beschränken. In vielen Spezialbereichen, in denen niedergelassene Ärzte im regionalen Einzugsbereich die erforderlichen Versorgungsleistungen nicht oder nicht in angemessener Qualität erbringen können, müssen die meisten Hochschulklinika auch Aufgaben wahrnehmen, die zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung unentbehrlich sind. Daraus ergibt sich der Anspruch auf eine kostendeckende Vergütung dieser Leistungen, die nur über Ermächtigungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung möglich ist. Dies gilt auch für Bereiche der mittelbaren Krankenversorgung, insbesondere Radiologische Diagnostik, Klinische Chemie, Mikrobiologie, Virologie und Pathologie. Leider zeigt die Erfahrung, daß Universitätsklinika bei der Vergabe von abteilungs- oder personenbezogenen Ermächtigungen vielfach benachteiligt werden, um ihre Teilhabe an der budgetierten Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte so niedrig wie möglich zu halten. Diese Praxis führt dazu, daß ambulante Leistungen - wenn Patienten nicht abgewiesen werden sollen - lediglich nach dem nicht kostendeckenden Polikliniktarif bezahlt werden, woraus sich erhebliche Defizite der Universitätsklinika ergeben.

Die ambulante Versorgung im Rostocker Klinikum wurde durch die Entscheidung des Zulassungsausschusses, die Zahl der poliklinischen Patienten zu beschränken, zusätzlich eingeschränkt. Zwar ist eine Zahl in der Größenordnung von 27.000 poliklinischen Patienten pro Jahr für den Bedarf von Lehre und Forschung als ausreichend anzusehen. Dies setzt jedoch voraus, daß für alle darüber hinausgehenden ambulanten Spezialleistungen, die das Klinikum aus Gründen der Sicherstellung erbringt, auch tatsächlich entsprechende Ermächtigungen erteilt werden. Ansonsten wäre das Klinikum gezwungen, Patienten abzuweisen oder aber kostenlose Leistungen zu erbringen. Beide Entwicklungen können für das Klinikum Rostock nicht akzeptabel sein. Der Wissenschaftsrat fordert das Land daher auf, für hochschulklinische Spezialambulanzen, in denen Leistungen erbracht werden, die in gleichwertiger Qualität nicht durch niedergelassene Ärzte erbracht werden können, entsprechende Ermächtigungen zu erwirken. Dies gilt auch für das Klinikum der Universität Greifswald.

III.5. Baubestand und Ausbauplanung

Die Medizinische Fakultät und das Klinikum der Universität Rostock verfügen über einen Baubestand, der in großen Teilen sanierungs- und ausbaufähig ist, teilweise aber auch desolat und von Grund auf neu zu errichten ist. Die Zahl der über das Stadtgebiet verteilten Standorte sollte baldmöglichst verringert werden, um die dadurch erforderlichen Transporte einzuschränken und die Logistik zu verbessern. Das Gelände an der Schillingallee bietet günstige Voraussetzungen, den größten Teil der hochschulmedizinischen Einrichtungen an einem Standort zu konzentrieren. Als besonders sanierungsbedürftig gelten insbesondere die Frauenklinik, die Klinik für Innere Medizin sowie der Notfallbereich der Chirurgischen Klinik. Dringlich erschienen dem Ausschuß Medizin auch Baumaßnahmen für das Anatomische und das Physiologische Institut. An der

grundsätzlichen und vorrangigen Notwendigkeit eines zentralen Versorgungsgebäudes bestand ebenfalls kein Zweifel. Mit den bereits abgeschlossenen Sanierungsmaßnahmen konnten gegenüber der Ausgangssituation des Jahres 1990 vielfach bereits beachtliche Verbesserungen erreicht werden. Hinzuweisen ist insbesondere auf die seinerzeit desolate Situation im OP-Bereich der Frauenklinik, die durch die Aufstellung eines OP-Containers zwischenzeitlich deutlich verbessert wurde. Die ursprüngliche Bauplanung der Medizinischen Fakultät Rostock ging von rund 124.000 m² Nutzfläche für Kliniken, Institute und Infrastruktur aus. Bereits zum Besuch des Ausschusses Medizin im Februar 1994 war deutlich, daß eine Reduktion auf rund 96.000 m² möglich sein würde. Die mit dem überarbeiteten Baukonzept vorgeschlagenen weiteren Einschränkungen ergeben sich aus dem Verzicht auf den Neubau eines zentralen Forschungshauses und den Wegfall eines zentralen Hörsaalgebäudes. Angesichts der vorhandenen, sanierungsfähigen Forschungs- und Hörsaalbereiche erscheint diese Reduktion aus Sicht des Wissenschaftsrates vertretbar. Auch die Entscheidung, die Strahlentherapie nicht an den Hauptstandort Schillingallee zu verlegen, sondern am Standort Südring zu belassen, erlaubt sinnvolle Einsparungen in einem von der technischen Ausstattung her sehr kostenintensiven Bereich.

Im Hinblick auf die Finanzierung von Baumaßnahmen für solche Bereiche, in denen das Klinikum über Versorgungsbetten verfügt, sollte das Land mit künftigen Anmeldungen zum Rahmenplan einen Überblick über die Kostenaufgliederung geben und die über das HBFG zu finanzierenden Anteile begründen. Das gilt beim Klinikum Rostock vor allem für die Kliniken für Innere Medizin, für Gynäkologie und Geburtshilfe, für Chirurgie sowie das Zentrum für Nervenheilkunde.

Das bauliche Entwicklungskonzept der Medizinischen Fakultät Rostock richtet sich in der 1. Phase insbesondere auf die dringlichsten Sanierungs- und Neubaumaßnahmen. Eines der

größten Vorhaben bezieht sich auf die chirurgische Klinik und den Komplex der operativen Fächer. Mittlerweile fertiggestellt ist der Neubau des OP-Traktes (Nr. 8002), für den 40,3 Millionen DM aufgewandt wurden. Die Grundsanie rung des Altbaus der Chirurgie (Nr. 8025) wurde mit 26,5 Millionen DM in den 24. Rahmenplan aufgenommen und mit einer Kostenerhöhung auf 42,2 Millionen DM zum 25. Rahmenplan vom Wissenschaftsrat in Kategorie I eingestuft. Das Vorhaben wurde durch den Planungsausschuß zunächst nur mit 10,2 Millionen DM in der Kategorie I zum 25. Rahmenplan aufgenommen. Da die vorhandenen Flächen des Gebäudes nicht ausreichen, sind zwei größere und vier kleinere Erweiterungsbauten (Nr. 8074) geplant. Für dieses Vorhaben wurden zum 23. Rahmenplan Planungskosten in Höhe von 1 Million DM in den Rahmenplan aufgenommen. Die restliche Summe von 18,8 Millionen DM trägt einen P-Vermerk.¹⁾ Die Gesamtkosten für die anstehenden Sanierungs- und Ausbaumaßnahmen beziffert das Land nunmehr mit 67,9 Millionen DM. Der Wissenschaftsrat bittet das Land, die Planung zügig abzuschließen und mit den Anmeldungen zum 26. Rahmenplan das Raumprogramm des operativen Baukomplexes detailliert darzustellen. Dabei sollte auch auf die für die Forschung und den studentischen Kleingruppenunterricht vorgesehenen Räumlichkeiten eingegangen werden.

Die Bau- und Sanierungsmaßnahmen für die Klinik für Innere Medizin sollen mit einem 1. Bauabschnitt in der ersten und mit einem 2. Bauabschnitt in der dritten Bauphase durchgeführt werden. Die drei Vorhaben Nr. 8071 (Grundsanie rung der Klinik für Innere Medizin) und Nr. 8087 (Einrichtung einer Intensivstation) und Nr. 8092 (Umbau Hämatologische Station für die Einrichtung eines Zentrums für Knochenmarktransplantation) wurden zum 25. Rahmenplan mit insgesamt 24,9 Millionen DM ausgewiesen. Das Vorhaben Nr. 8071 wurde durch den Planungsausschuß in Kategorie IIa rückgestuft, während die

¹⁾ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 23. Rahmenplan, S. MV 55 f.

Vorhaben Nr. 8087 und Nr. 8092 aufgrund fehlender Haushaltsunterlagen Bau zunächst nur in Kategorie II eingestuft werden konnten. Der Wissenschaftsrat bittet das Land, die Planungsphase nunmehr zügig abzuschließen und mit den Anmeldungen zum 26. Rahmenplan die in der neueren Bauplanung mit 28,1 Millionen DM ausgewiesenen Gesamtkosten zu begründen. Gleichzeitig erwartet der Wissenschaftsrat, daß das Land sich zur Struktur der Klinik für Innere Medizin äußert und die gefundene Lösung mit Blick auf die gegebene Empfehlung (vgl. B.III.1.) erläutert. In diesem Rahmen sollte auch auf die beiden Vorhaben Nr. 8016 (Grundsanie rung Klinik für Innere Medizin, Haus II, und Zahnklinik, 1. BA) und Nr. 8073 (Grundsanie rung Klinik für Innere Medizin, Haus II, für die Nutzung als Haut- und Zahnklinik 2. BA) eingegangen werden, die mit insgesamt 54,8 Millionen DM zunächst in Kategorie I eingestuft waren, zum 25. Rahmenplan aber wegen des auf das Jahr 1999 verschobenen Baubeginns in Kategorie III rückgestuft wurden. Die für die Zahnklinik vorgesehenen Maßnahmen sollten mit Blick auf die übergreifenden Empfehlungen zur Zahnmedizin (vgl. B.II.2.) erläutert werden.

Für die vorklinischen Institute für Anatomie, Physiologie und Medizinische Biochemie ist ein Neubau vorgesehen, da die Baubsubstanz der vorhandenen Gebäude nicht mehr sanierungsfähig ist. Im bisherigen Gebäude der Biochemie sollen nach der Übersiedlung in den Neubau Forschungsflächen für andere Institute bereitgestellt werden. Der Bau für die Vorklinik (Nr. 8083) wurde erstmals zum 24. Rahmenplan angemeldet und konnte zum 25. Rahmenplan in Kategorie II eingestuft werden. Der Wissenschaftsrat anerkennt die Dringlichkeit dieses Vorhabens und bittet das Land, die Planungsphase baldmöglichst abzuschließen und die offensichtlich eingetretene Kostenerhöhung um 9,3 Millionen DM zu begründen, damit der Bau begonnen werden kann.

Zu der mit Abstand teuersten Baumaßnahme in der 1. Bauphase, dem Medizinischen Versorgungszentrum (Nr. 7072), das zum 25. Rahmenplan mit 84,7 Millionen DM angemeldet und in Kategorie II eingestuft wurde, ist zu bemerken, daß die vorgesehene Konzeption nach wie vor überdimensioniert erscheint. Auch im Vergleich zu anderen in den vergangenen Jahren neugebauten und vergleichbaren Versorgungszentren, die mit rund 7.000 m² deutlich kleinere Dimensionen haben, erscheint die Größenordnung der in Rostock geplanten Neubaumaßnahme nach wie vor ungewöhnlich. Das Land wird gebeten, die noch laufenden Verhandlungen um eine weitere Externalisierung von Versorgungsleistungen zügig und mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden Fremdvergabe abzuschließen. Der Wissenschaftsrat erwartet, daß als Ergebnis dieser Verhandlungen eine deutliche Verkleinerung der vorgesehenen Baumaßnahme möglich ist. Da erst nach dem Neubau des Versorgungszentrums Freiflächen für weitere Neubauten geschaffen werden können, ist ein Abschluß der Planungsphase außerordentlich dringend. Der Wissenschaftsrat bittet zum 26. Rahmenplan um einen Bericht über den Fortgang von Planungen und Verhandlungen. Für den Fall, daß die jetzt angemeldete Größenordnung aufrecht erhalten wird, sollte das Land zur Frage der möglichen Fremdvergabe von Versorgungsleistungen wie auch zur Dimensionierung des Versorgungszentrums ein unabhängiges Gutachten einholen, das einen Vergleich mit anderen Einrichtungen dieser Art einschließt.

Für die übrigen Vorhaben der 1. Bauphase konnten aufgrund der geänderten Bauabfolge noch keine Anträge zum Rahmenplan gestellt werden. Andere Vorhaben, die bislang vorgesehen und bereits zum Rahmenplan angemeldet wurden, dürften in Zukunft entfallen bzw. überarbeitet werden. Das Land wird gebeten, zum 26. Rahmenplan einen Überblick über bereits angemeldete Vorhaben, die nicht mehr mit der jetzt vorgesehenen Bauplanung übereinstimmen, und deren weitere Planungsperspektive zu geben.

B.IV. Zur Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald

Die Medizinische Fakultät der Universität Greifswald hat seit 1991 einen tiefgreifenden strukturellen und personellen Wandel durchgemacht, dessen Auswirkungen bis heute andauern. Durch die Auflösung der Militärmedizinischen Sektion verlor die Fakultät einen wissenschaftlich kaum produktiven, jedoch bis dahin personell und strukturell prägenden Bereich. Die danach in großem Umfang erforderlichen Berufungsverfahren konnten noch nicht vollständig abgeschlossen werden. Mit der Übernahme neuer Strukturen im Gesundheitswesen ging außerdem das bis dahin zur Akademie der Wissenschaften gehörende Diabetes-Institut "Gerhard Katsch" seiner Kontinuität verlustig. Hinzu kamen die desolaten bauliche Situation des Klinikums wie der Institute und die schwierige Finanzlage des Landes Mecklenburg-Vorpommern, die zu einer einschneidenden Neuorientierung zwangen.

Mit der Wahl des Begriffes *Community Medicine* verband der Wissenschaftsrat seinerzeit die Erwartung einer gemeindenahen Ausrichtung der wissenschaftlichen und klinischen Schwerpunkte, verbunden mit einer Konzentration auf das "Normalspektrum" der in der Bevölkerung auftretenden Krankheiten. Konzeptionell eng damit verbunden ist die aus den angelsächsischen Ländern stammende und dort unter dem Namen *Public Health* etablierte Richtung. Darunter zu verstehen ist nach einer Definition der WHO die Wissenschaft und die Praxis von Krankheitsverhütung und Lebensverlängerung sowie die Förderung psychischen und physischen Wohlbefindens durch gemeindebezogene Maßnahmen. Nicht das Individuum, sondern Bevölkerungsgruppen und ihre Gesundheit mit den Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt stehen dabei im Mittelpunkt. Die in den angelsächsischen Ländern bestehenden "Schools of Public Health" umfassen als zentrale Disziplinen die Bereiche Epidemiologie, Biostatistik, Umwelt und Gesundheit, Gesundheitserziehung und -aufklärung, Versorgungsstrukturen und

Gesundheitspolitik sowie Gesundheitsökonomie. Der deutsche Begriff der *Gesundheitswissenschaften* kommt diesen Inhalten am nächsten. Die Bezeichnungen Public Health und Gesundheitswissenschaften sind in Deutschland eng mit den an mehreren Universitäten im Aufbau befindlichen Graduiertenstudiengängen verbunden und umfassen durchaus heterogene Ausrichtungen, die sich in ihrem Bezug zur klinischen Medizin unterscheiden, wobei sich die Inhalte vielfach überschneiden. Für das Greifswalder Konzept wurde der Begriff der Community Medicine vorgeschlagen, um deutlich zu machen, daß eine Ausrichtung an Fragen der klinischen Medizin gewünscht ist. Dabei wird erwartet, daß die wissenschaftlichen Schwerpunkte deutlich über den engeren Begriffskern im Sinne der Gesundheitsberichterstattung hinausgehen und sich an den weiter gefaßten Inhalten von Public Health orientieren.

Um die vom Wissenschaftsrat seinerzeit empfohlene Ausrichtung der wissenschaftlichen Arbeit auf Ziele der Community Medicine zu erreichen, hat die Medizinische Fakultät der Universität Greifswald zahlreiche Anstrengungen unternommen, diesen Vorschlag, für den es in Deutschland bislang kein Beispiel gibt, mit einem inhaltlichen Konzept auszufüllen. Der Wissenschaftsrat anerkennt diese, unter keineswegs idealen, sondern schwierigen Umständen erbrachte Leistung. Er ist sich bewußt, daß mit dieser in der deutschen Hochschulmedizin singulären Lösung Neuland betreten wird und ermutigt die Fakultät, diesen Weg fortzusetzen. Der Wissenschaftsrat wird die weitere Entwicklung aufmerksam verfolgen und sich gegebenenfalls erneut damit befassen.

IV.1. Zu Struktur und Personal

Die Struktur der Kliniken und Institute an der Medizinischen Fakultät Greifswald ist dem Konzept der Community Medicine angepaßt. Der Wissenschaftsrat billigt die vorgeschlagenen

Lösungen im Grundsatz und bestärkt Land und Fakultät in dem Bemühen, den Anteil der Hochleistungsmedizin in Greifswald für absehbare Zeit auf wenige ausgesuchte Schwerpunkte zu beschränken. Das gebietet auch die im Vergleich zu anderen Hochschulkliniken knappe Ausstattung von Klinikum und Fakultät mit wissenschaftlichem Personal. Dieser Bestand sollte keinesfalls weiter reduziert werden, da ansonsten kaum wissenschaftlich substantielle Schwerpunkte aufzubauen wären. In diesem Zusammenhang ist auch die seit 1990 erreichte Vergrößerung des Anteils der befristeten Arbeitsverhältnisse für die wissenschaftlichen Mitarbeiter hervorzuheben. Der Wissenschaftsrat bestärkt die Medizinische Fakultät Greifswald, ein ausgewogenes Verhältnis von befristeten zu unbefristeten Stellen im wissenschaftlichen Mittelbau herzustellen, das einerseits eine ausreichende Fluktuation im Sinne der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses ermöglicht und andererseits den Bedarf an klinisch erfahrenen Ärzten berücksichtigt.

Zur strukturellen Straffung wird auch die Ausgliederung der Psychiatrischen Kliniken aus der Trägerschaft der Universität beitragen. Die außeruniversitären Lehrkräfte sollten allerdings gezielt in das Ausbildungskonzept der Fakultät eingebunden bleiben. Eine enge Kooperation mit der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock ist überdies in den Bereichen erforderlich, die - wie bisher schon die Geschichte der Medizin - durch Lehrstühle der jeweils anderen Fakultät wahrgenommen werden. Das gilt in Zukunft insbesondere für alle Fächer aus dem Kernbereich der Community Medicine. Eine enge Zusammenarbeit ist auch hinsichtlich der tierexperimentellen Ressourcen geboten, die auch bisher schon mit Schwerpunkt in Karlsburg angesiedelt sind, und die der Medizinischen Fakultät in Rostock gleichermaßen zugute kommen sollen.

Die Einrichtung von Zentren, die jeweils eine Reihe von fachlich nahestehenden Kliniken und Instituten umfassen, kann für

das Profil der Fakultät und die wissenschaftlichen Kooperationsbeziehungen hilfreich sein. Dabei ist nicht zu übersehen, daß die geplanten Zentren für Molekulare Medizin und für Neurowissenschaften nach ihrer Zusammensetzung eine andere Ausrichtung versprechen als die bereits gegründeten klinischen Zentren. Die tatsächliche Bedeutung der Zentren wird nach Ansicht des Wissenschaftsrates davon abhängen, ob die gewählte formale Struktur auch inhaltlich ausgefüllt werden kann. Als Voraussetzung für funktionsfähige Zentren sieht der Wissenschaftsrat die folgenden Gesichtspunkte an:

- Gemeinsames wissenschaftliches Konzept der in einem Zentrum zusammengefaßten Institutionen;
- Profilprägende Wirkung eines Zentrums innerhalb der Fakultät in der Art eines interdisziplinären wissenschaftlichen Knotenpunktes;
- Räumliche Nähe und langfristig gemeinsame wissenschaftliche Infrastruktur der beteiligten Einrichtungen.

Für die in der jetzigen Planung gebildeten Zentren der Medizinischen Fakultät Greifswald treffen diese Kriterien nach Ansicht des Wissenschaftsrates in unterschiedlicher Weise zu: Das geplante Zentrum für Neurowissenschaften entspricht einem erklärten Schwerpunkt der Fakultät in Forschung und Krankenversorgung. Die vorgesehene Struktur des Zentrums umfaßt allerdings nur die beiden klinischen Disziplinen. Der Wissenschaftsrat hielte eine engere Einbindung der an dem Schwerpunkt beteiligten klinisch-theoretischen Einrichtungen für sinnvoll. Eine entsprechende räumliche Nachbarschaft der wissenschaftlichen Partner sollte auch im Baukonzept realisiert werden.

Das um einen wissenschaftlichen Schwerpunkt herum entstandene Zentrum für Molekulare Medizin stellt die Arbeit in vier In-

stituten in den Mittelpunkt. Der Wissenschaftsrat begrüßt diese, sich aus der gemeinsamen Arbeit ergebende Struktur und würde eine deutlich erkennbare Vernetzung mit klinischen Einrichtungen begrüßen. Auch für dieses Zentrum gilt die Empfehlung, daß die in der Bauplanung vorgesehene räumliche Nähe so bald wie möglich realisiert werden sollte.

Von anderer, durch klinische Gesichtspunkte bestimmter Natur erscheinen die drei Zentren für Kinder- und Jugendmedizin, für Radiologie sowie für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Sie entsprechen keinem der ausgewiesenen wissenschaftlichen Schwerpunkte der Medizinischen Fakultät, wenn auch eine räumlich benachbarte Unterbringung der jeweils beteiligten Institutionen im Hinblick auf die Krankenversorgung notwendig ist. Der Wissenschaftsrat hielte die für diese Bereiche vorgesehene Zentrumsstruktur insofern für entbehrlich. Hinsichtlich der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin ist im übrigen zu bemerken, daß diese Einrichtung nach Einschätzung des Wissenschaftsrates - im Gegensatz zur Rostocker Kinderklinik - eine zu spärliche Substruktur aufweist. Eine gänzlich fehlende Untergliederung kann dazu führen, daß den unterschiedlichen Spezialdisziplinen zu wenig Freiraum eingeräumt wird. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in drei selbständige Abteilungen zu gliedern. Damit wäre eine bessere Entfaltung der Spezialdisziplinen möglich, ohne den Verbund des Gesamtfaches zu beeinträchtigen.

Der Modellverbund Community Medicine und Community Dentistry soll künftig eine profil- und strukturprägende Rolle in der Fakultät spielen. Dem widerspricht jedoch das Fehlen eines strukturellen Korrelats für diesen Bereich. Aus diesem Umstand erwächst aus Sicht des Wissenschaftsrates die Gefahr, daß das Konzept Community Medicine diffus und ohne Rückhalt in der Medizinischen Fakultät bleibt. Letztlich dürfte hier auch ein Grund für die bislang leider gescheiterten Berufun-

gen auf essentielle Lehrstühle zu suchen sein. Um dem Konzept Community Medicine Gestalt und einen wissenschaftlichen Kristallisationskern zu verleihen, hält es der Wissenschaftsrat daher für dringend erforderlich, die klinisch-theoretischen Kerninstitute in einem Zentrum zusammenzuschließen. Die gemeinsame Aufgabe bestünde darin, die wissenschaftliche Grundstruktur für Community Medicine zu definieren und die Zusammenarbeit zwischen Instituten und Kliniken aufzubauen und zu koordinieren. Hinderlich wirkt sich auch die räumliche Trennung der Kernfächer Arbeitsmedizin, Biometrie und Medizinische Informatik, Epidemiologie und Sozialmedizin, Geschichte der Medizin, Hygiene und Umweltmedizin und Medizinische Psychologie an vier verschiedenen Standorten aus. Der Wissenschaftsrat bestärkt das Land, die geplante gemeinsame Unterbringung dieser Einrichtungen in einem angemieteten Gebäude sobald wie möglich zu realisieren. Wenn es gelingen soll, diese Ausrichtung zum Bezugspunkt der wissenschaftlichen Arbeit der gesamten Fakultät zu machen, so ist eine enge Zusammenarbeit und dementsprechend eine räumliche Nähe der Kerndisziplinen unabdingbar, damit von dort die erforderliche wissenschaftliche Koordination geleistet werden kann. Die vorgesehene räumliche Trennung des Institutes für Hygiene von den übrigen Einrichtungen des Zentrums für Community Medicine schätzt der Wissenschaftsrat für die Zusammenarbeit als wenig förderlich ein. Zwar wurde mit dem Landeshygiene-Institut eine kurzfristig realisierbare Lösung gefunden; der Wissenschaftsrat würde jedoch einer langfristigen räumlichen Zusammenführung aller an dem Zentrum beteiligten Einrichtungen den Vorzug geben.

Die bislang für den Modellverbund Community Medicine vorgesehene Organisation zeugt ebenso wie die geplanten Entscheidungsstrukturen von dem Bemühen, alle auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens an dem Thema interessierten Institutionen einzubinden. Der Wissenschaftsrat anerkennt das Bemühen der Fakultät, eine Organisationsform zu definieren, in

der gesundheitspolitische und wissenschaftsgeleitete Interessen zusammengeführt und ein unmittelbarer Anwendungsbezug der Forschung hergestellt werden soll. Er bezweifelt jedoch daß der jetzt geplante umfangreiche organisatorische Überbau und die Vermischung beider Bereiche in einer Vielzahl von Gremien dem Anliegen der Forschung im jetzigen Stadium tatsächlich nützlich ist. Der Zwang, Finanzmittel der verschiedensten Geldgeber einzuwerben, kann vielmehr zur Unterordnung wissenschaftlicher Qualitätskriterien führen. Der Wissenschaftsrat empfiehlt der Medizinischen Fakultät daher dringend,

- die Organisation des Modellverbundes zu straffen und
- die Aufgaben der in ihrer Zahl reduzierten Gremien klar voneinander abzugrenzen.

Im Mittelpunkt der organisatorischen Überlegungen muß der Aufbau einer kritischen wissenschaftlichen Masse stehen, wobei wissenschaftliche Qualitätskriterien bei der Auswahl der vorrangig zu bearbeitenden Themen und der zu fördernden Schwerpunkte führend sein müssen. Hierbei sollte der bislang noch zu wenig konturierte Wissenschaftliche Beirat des Forschungsverbundes eine Hauptrolle spielen. Vertreter gesundheitspolitischer Institutionen können im Vorfeld der thematischen Ausrichtung von Forschungsvorhaben durchaus wichtige Gesprächspartner und Ratgeber sein. Am Ergebnis der externen wissenschaftlichen Evaluation sollte sich auch die Vergabe fakultätseigener Ressourcen, seien es Räumlichkeiten, Personal- oder Sachmittel, orientieren. Die Vielzahl der Gremien sollte reduziert werden; ihre Aufgaben der in- und externen Koordinierung sind klar voneinander abzugrenzen. In diesem Zusammenhang sind die Funktionen des geschäftsführenden Ausschusses und der Koordinierungsstelle Community Medicine zu überdenken. Insbesondere sollte die Vergabe von Ressourcen für die Forschung eindeutig von den übrigen Aufgaben des Mo-

dellverbundes getrennt werden, damit die wissenschaftliche Unabhängigkeit des Forschungsverbundes gewährleistet bleibt.

Im Hinblick auf wissenschaftliche Qualitätsstandards ist ferner auf eine engere Zusammenarbeit mit den klinischen Einrichtungen des Forschungsverbundes zu achten, deren Themen bislang noch nicht in ausreichendem Maß im inhaltlichen Konzept vertreten sind. Dies setzt voraus, daß auch in der Basisstudie Vorpommern entsprechend relevante Fragestellungen bearbeitet werden. Sie sollten gegenüber breiten, allgemeinpräventiven Aktionen auf Bevölkerungsebene zunächst bevorzugt werden, um die kritische wissenschaftliche Masse als Kern der Community Medicine zu konsolidieren.

In das Konzept Community Medicine nur ungenügend eingebunden erscheint vor allem das in Karlsburg angesiedelte Institut für Diabetes, das durch den Umbruch der letzten Jahre ein besonderes Schicksal erfahren hat. Der Wissenschaftsrat anerkennt ausdrücklich sowohl die in dem Institut geleistete Arbeit als auch das Bemühen des Landes, für diese unter den heutigen Umständen nicht problemlos zu integrierende Einrichtung eine Heimat in der Medizinischen Fakultät zu schaffen. Das 1991 zunächst ins Auge gefaßte Ziel einer Eingliederung in die Blaue Liste ließ sich nicht verwirklichen und erscheint unter den gegebenen Umständen auch in naher Zukunft wenig realistisch.

Umso überraschender ist die Tatsache, daß die Diabetologie von der Medizinischen Fakultät nur im Zusammenhang mit der Krankenversorgung aufgeführt wird, unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten gegenwärtig offenbar aber nur geringe Priorität genießt, obwohl die kontinuierlichen wissenschaftlichen Aktivitäten der Arbeitsgruppe auch gemessen an den eingeworbenen Drittmitteln beachtlich und die Nähe zu den tierexperimentellen Einrichtungen günstig sind. Der Wissenschaftsrat hält es für angemessen, den damit ausgewiesenen Bereich Dia-

betologie als Schwerpunkt der Forschung zu stärken und im strukturellen Konzept der Medizinischen Fakultät Greifswald hervorzuheben. Auch befürwortet er die Einrichtung eines Institutes für Pathophysiologie und die gleichzeitige Gründung eines An-Institutes für Diabetes. Die Leitung beider Institute sollte miteinander verbunden sein.

Durch eine explizite Einbindung der in Karlsburg angesiedelten Institute in die wissenschaftliche Konzeption der Medizinischen Fakultät könnte auch die räumliche Distanz zwischen Karlsburg und Greifswald besser überbrückt werden. Dies gilt umso mehr, als die klinischen Partner des Diabetes-Institutes in erster Linie im benachbarten Fachkrankenhaus für Diabetes, aber auch der auf Endokrinologie ausgerichteten Klinik für Innere Medizin in Stralsund zu finden sind. Die vertraglichen Regelungen insbesondere mit dem privaten Träger des Karlsburger Fachkrankenhauses für Diabetes müßten dementsprechend gestaltet werden. Als günstig werden sich in diesem Zusammenhang auch die Übersiedlung des Institutes für Physiologie auf das Karlsburger Gelände und die Bereitstellung der erforderlichen Räumlichkeiten im Haus C erweisen. Der Verbleib der nur noch eine begrenzte Zeit selbständigen Abteilung Biophysik am Standort Fleischmannstraße ist vertretbar. Das Angebot des Landes, über die in den universitären Haushalt zu überführenden WIP-Stellen hinaus eine Anschubfinanzierung zu gewähren, stellt eine weitere gute Voraussetzung für die Fortsetzung der Arbeiten des Institutes für Diabetes dar. Hinsichtlich der zu übernehmenden Wissenschaftler gibt der Wissenschaftsrat allerdings zu bedenken, ob nicht, entsprechend dem naturwissenschaftlich ausgerichteten Arbeitsschwerpunkt der Karlsburger Institute, vorrangig die in diesem Bereich tätigen Wissenschaftler des Diabetes-Institutes Universitätsstellen erhalten sollten.

IV.2. Zu Lehre und Studium

Die Medizinische Fakultät der Universität Greifswald hat sich die vom Wissenschaftsrat empfohlene Ausrichtung auf Community Medicine auch in der Lehre zu eigen gemacht. Mit dieser Vorstellung strebt die Medizinische Fakultät Greifswald gleichzeitig die Verwirklichung von Reformansätzen an, die auch in den Leitlinien des Wissenschaftsrates zur Struktur des Medizinstudiums¹⁾ vorgeschlagen wurden. Der Wissenschaftsrat anerkennt, daß die Medizinische Fakultät damit für deutsche Verhältnisse Neuland betreten hat. Angesichts der noch anhaltenden strukturellen und personellen Konsolidierung legt der Wissenschaftsrat der Fakultät allerdings nahe, das sehr umfangreiche Konzept in überschaubaren Schritten umzusetzen und jede einzelne Stufe durch eine sorgfältige Evaluation zu begleiten. So stellt sich beispielsweise die Frage, in welchem Maße die Studierenden, aber auch die begleitenden Lehrpersonen, dem ausgedehnten Hausbesuchsprogramm gewachsen sein werden. Die Einbindung der Lehrpraxen in das akademische Konzept wird ebenfalls eine nicht geringe Belastung für alle Beteiligten mit sich bringen. Diese Aktivitäten zu begleiten, das Curriculum planvoll zu entfalten, aber auch Aufwand und Ergebnisse in Einklang zu bringen, wird unter anderem Aufgabe des bereits gegründeten Studiendekanates sein, dessen Einrichtung der Wissenschaftsrat ausdrücklich begrüßt.

Anders beurteilt der Wissenschaftsrat die Beteiligung der Zahnmedizinischen Einrichtungen an dem auf Bevölkerungsmedizin ausgerichteten Lehrkonzept. Wenn die sogenannte Community Dentistry einen Schwerpunkt der Zahnmedizinischen Ausbildung in Greifswald darstellen soll, so müssen sich die darauf abzielenden Lehraktivitäten künftig deutlicher im Curriculum niederschlagen und stärker von den Ausbildungsgängen an anderen Standorten abheben.

¹⁾ Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Köln 1991.

IV.3. Zur Forschung

Die Medizinische Fakultät der Universität Greifswald hat in den vergangenen Jahren zahlreiche Anstrengungen unternommen, um, insbesondere auch mit Hilfe des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, ein wissenschaftliches Profil zu entfalten. Positiv hervorzuheben ist das im Schwerpunkt Molekulare Medizin eingeworbene Graduiertenkolleg. Der Wissenschaftsrat begrüßt diese Entwicklung - zumal vor dem Hintergrund der schwierigen Ausgangsbedingungen - und bestärkt die Fakultät, diesen Weg fortzusetzen. Besonderer Wert sollte auf die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses gelegt werden, da die Zahl der abgeschlossenen Habilitationen, insbesondere in der Zahnmedizin, nicht ausreicht. Eine auf Qualität abzielende Steigerung wäre hier dringlich. Die wissenschaftlichen Aktivitäten bedürfen insofern auch an der Medizinischen Fakultät Greifswald eines nachhaltigen Anstoßes. Um kritische wissenschaftliche Masse im Sinne der klinischen Forschung zu konzentrieren, bietet es sich auch in Greifswald an, fakultätsinterne klinische Forschergruppen einzurichten, die vom Wissenschaftsrat in der Stellungnahme zum DFG-Programm der Klinischen Forschergruppen empfohlen wurden.¹⁾ Dazu sollte die Fakultät einen fakultätseigenen Fonds von Forschungsstellen bilden, die es den jeweiligen Stelleninhabern erlauben, sich befristet für einen Zeitraum von einem Jahr aus der Lehre und den Aufgaben der Krankenversorgung weitgehend zurückzuziehen, um sich eingehend der Forschung widmen zu können. Diese Stellen dürfen nicht kapazitätsrelevant und nicht bestimmten Einrichtungen der Fakultät dauerhaft zugeordnet sein, sondern müssen nach Leistung befristet an jüngere Wissenschaftler vergeben werden. In diesem Zusammenhang hebt der Wissenschaftsrat das von

¹⁾ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zum Programm "Klinische Forschergruppen in Hochschulen", in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1994, Band 1, Seite 429-451.

der Fakultät angestrebte Vergabeverfahren für Laborflächen hervor und empfiehlt, diese Pläne bald umzusetzen.

Die wissenschaftliche Arbeit im Schwerpunkt Community Medicine befindet sich gegenwärtig noch in einer Phase der konzeptionellen Vorbereitung, die baldmöglichst abgeschlossen werden sollte, damit der Aufbau der eigentlichen Schwerpunkte und Projekte endlich in Gang kommen kann. Die innere Struktur des Schwerpunktes erscheint bisher allerdings noch nicht ausreichend konturiert und gefestigt. Besonders bedauerlich ist in diesem Zusammenhang, daß die Besetzung des für das Konzept Community Medicine essentiellen Lehrstuhles für Epidemiologie immer noch nicht gelungen ist. Das Fehlen einer prägenden Wissenschaftlerpersönlichkeit an dieser Stelle hat die Weiterentwicklung des Schwerpunktes deutlich beeinträchtigt. Zugute gehalten werden muß, daß der mit dem Begriff Public Health umschriebene Bereich in Deutschland noch keine große Auswahl an hochqualifizierten Wissenschaftlern bietet, zumal sich die darauf ausgerichteten Forschungsschwerpunkte anderer Medizinischer Fakultäten ebenfalls noch im Aufbau befinden. Die ausstehende Lehrstuhlbesetzung wiegt in Greifswald allerdings umso schwerer, als die Universität Greifswald keine eigene Sozialwissenschaftliche Fakultät besitzt, die den Wissenschaftlern im Bereich der Community Medicine Ansprechpartner für methodische Fragen bieten könnte. Diese Funktion muß auch künftig durch die im Zentrum für Community Medicine vereinten Institute wahrgenommen werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich unabhängig von der dringend erforderlichen Lehrstuhlbesetzung die Frage, wie im Bereich Community Medicine die erwünschte Forschungskapazität herangezogen und konsolidiert werden kann. Der Wissenschaftsrat sieht hierzu drei Ansätze, die eine Hilfe bieten könnten:

- Strukturierte interdisziplinäre Arbeitsgruppen;
- Gezielte Nachwuchsförderung;
- Kooperation mit einer Partnerfakultät.

Der wissenschaftliche Schwerpunkt Community Medicine erfordert zum einen eine fundierte methodische Basis, zum anderen aber einen engen Bezug zu den klinischen Fächern. Diese Rahmenbedingungen führen aus Sicht des Wissenschaftsrates zu einer spezifischen Struktur, die es erlaubt, unterschiedlich ausgerichtete Arbeitsgruppen unter einem gemeinsamen konzeptionellen Dach zusammenzubringen. Diese Struktur sollte vom Grundbaustein einer idealtypischen interdisziplinären Arbeitsgruppe ausgehen, in der Wissenschaftler aus Kliniken und Instituten in bestimmten Projekten zusammenarbeiten. Die einzelnen Gruppen sollten von überschaubarer Größe sein und unter fester Leitung stehen. Die Zahl der festen Mitarbeiter müßte begrenzt und durch drittmittelfinanziertes Personal zu ergänzen sein. Eine darüber hinausgehende Zuordnung von personellen, räumlichen und finanziellen Ressourcen aus dem Landeszuschuß entsprechend dem Drittmittelaufkommen wäre ein sinnvoller Leistungsanreiz.

Um den Kontakt zwischen klinischen und klinisch-theoretischen Einrichtungen und Gruppen zu fördern, könnten einerseits methodisch, andererseits thematisch ausgerichtete übergreifende Arbeitsgemeinschaften im Sinne einer Matrixstruktur hilfreich sein. Darüber ließe sich auch die für viele klinisch-epidemiologische Projekte wichtige methodische Beratung realisieren. Auch könnten junge Wissenschaftler auf diesem Weg gezielt in den Kontext der Community Medicine eingebunden werden.

Die Nachwuchsförderung sollte darüber hinaus ein wichtiges Anliegen im Schwerpunkt Community Medicine sein. Insbesondere wird es wichtig sein, die epidemiologische Kompetenz in den Kliniken zu verstärken. Dafür könnte es hilfreich sein, Nachwuchswissenschaftler aus den Kernfächern der Community Medicine gemeinsam mit wissenschaftlichen Assistenten der Kliniken im Rahmen interner Qualifizierungsmaßnahmen gezielt in diesen Methoden zu schulen. Bei zeitlich begrenzten, etwa in

der Art von "Summerschools" organisierten Trainingsveranstaltungen, wäre es gut möglich, neben fakultätseigenen Lehrpersonen auch Experten anderer Hochschulen einzubeziehen. Über diese internen Seminare ließe sich auch das Gespräch zwischen den Kerneinrichtungen der Community Medicine und den klinischen Disziplinen intensivieren. Die Ausrichtung daraus resultierender Forschungsprojekte auf klinisch relevante Fragestellungen dürfte ebenfalls erleichtert werden. Denkbar wäre auch die Einrichtung eines Graduiertenkollegs. Auch die beim DAAD durch das BMBF bereitgestellten Fördermöglichkeiten zugunsten des wissenschaftlichen Nachwuchses im Bereich der Epidemiologie sollten gezielt genutzt werden.

Wichtig für den Schwerpunkt Community Medicine wäre auch die Kooperation mit anderen Medizinischen Fakultäten, die sich auf dem Public Health-Gebiet bereits profiliert haben. Hier käme unter anderem der Norddeutsche Verbund infrage, der von der Medizinischen Hochschule Hannover koordiniert wird. Dieser Verbund zeichnet sich allerdings durch eine Vielzahl bereits eingebundener Arbeitsgruppen verschiedener Universitäten aus. Eher denkbar wäre daher eine engere Kooperation mit dem im Aufbau befindlichen Zentrum für Gesundheitswissenschaften an der Charité und dem "Berliner Forschungsverbund Public Health". Über eine solche Partnerschaft könnten gemeinsame Projekte initiiert und der Austausch wissenschaftlicher Mitarbeiter organisiert werden. Die Einbindung in einen solchen überregionalen Verbund könnte sich positiv auf die Entwicklung des Greifswalder Schwerpunktes Community Medicine auswirken.

IV.4. Zur Krankenversorgung

Ausgehend von den Empfehlungen des Wissenschaftsrates aus dem Jahre 1991 soll das Klinikum der Universität Greifswald nicht zu einem Zentrum der Hochleistungsmedizin ausgebaut werden. Dies schließt einzelne Bereiche der Hochleistungsmedizin nicht aus. Der Wissenschaftsrat begrüßt, daß das Land an dem seinerzeit gefaßten Entschluß festgehalten hat und die Fakultät sich ein darauf abgestimmtes inhaltliches Konzept zu eigen gemacht hat. Mit der Ausgliederung der Psychiatrischen Kliniken in andere Trägerschaften wurde darüber hinaus eine Entlastung geschaffen, die unter den finanziellen Restriktionen sinnvoll erscheint. Mit der sehr weitgehenden Reduktion der gesamten Planbettenzahl auf insgesamt 805 Betten (davon 45 Versorgungsbetten) hat die Medizinische Fakultät Greifswald überdies ein anerkannteswertes Zugeständnis gemacht, um die Investitionsplanung im verbleibenden Bereich zu ermöglichen. Das Ausmaß der Reduktion von Planbetten ist nur unter den gegebenen Umständen des Landes Mecklenburg-Vorpommern gerechtfertigt. Eine darüber hinausgehende Bettenreduktion dürfte aus Sicht des Wissenschaftsrates keinesfalls eintreten, zumal mit der angestrebten Planbettenzahl der übliche Bedarf für Forschung und Lehre bereits deutlich unterschritten ist. Vor dem spezifischen Hintergrund des Konzeptes Community Medicine erscheint diese Lösung jedoch vertretbar, eine Übertragbarkeit auf andere Hochschulklinika kann daraus allerdings nicht abgeleitet werden.

Wichtigste Voraussetzung für das Gelingen der auf das Konzept Community Medicine hin orientierten Klinikumsstruktur ist allerdings ein Festhalten an der gegenwärtigen Krankenhausplanung des Landes. Es muß aus Sicht des Wissenschaftsrates sichergestellt bleiben, daß neben dem Universitätsklinikum in Greifswald kein weiteres Krankenhaus der Normal- oder sogar der Maximalversorgung entsteht. Nur unter dieser Bedingung ist die wirtschaftliche Existenz des Universitätsklinikums

gewährleistet und der Medizinischen Fakultät Greifswald der weitgehende Verzicht auf den Ausbau einer üblichen hochschulmedizinischen Klinikumsstruktur zumutbar. Der Wissenschaftsrat bestärkt das Land darin, diese essentielle Randbedingung weiterhin zu erhalten und insbesondere in der Nachbarschaft des Klinikums keine weitere Klinik in privater Trägerschaft zuzulassen. Sollte sich in Zukunft ein Bedarf für weitere stationäre Krankenhausbetten abzeichnen, müßten diese als Versorgungsbetten dem Klinikum Greifswald eingegliedert werden.

IV.5. Zu Baubestand und Ausbauplanung

Die bauliche Situation des Klinikums der Universität Greifswald bietet eine insgesamt sehr schwierige Ausgangssituation. Zahlreiche Instituts- und Klinikgebäude zeigten sich beim Besuch des Ausschusses Medizin in einem dringend sanierungsbedürftigen und teilweise desolaten Zustand. Dies galt insbesondere für das Institut für Mikrobiologie, die Haut- und die Augenklinik sowie die Kliniken für Innere Medizin, Chirurgie und Frauen- und Kinderheilkunde. Auch der Bereich der Intensivversorgung sowie der Lehrgebäude muß nach wie vor als dringend verbesserungsbedürftig angesehen werden. Die Unterbringung der Einrichtungen für die Community Medicine stellte sich als unzureichend und für eine engere Zusammenarbeit dieser Institute wenig förderlich dar.

Fakultät und Land mußten beim Aufstellen der Bauplanung von diesen Bedingungen ausgehen und sind in der Überarbeitung des zunächst überdimensionierten Konzeptes zu beachtlichen Einsparungen gekommen, beispielsweise durch den Verzicht auf den Neubau für die Knochenmarktransplantation und die entsprechenden strahlenmedizinischen Einrichtungen. Positiv zu erwähnen ist auch die Lösung für die Neugeborenenversorgung, zumal der Neubau für eine kombinierte Frauen- und Kinderkli-

nik erst mittelfristig möglich sein wird. Auch die weitgehende Externalisierung der Versorgungsbetriebe hat in sinnvoller Weise zu Einsparungen in der Bauplanung beigetragen. Insgesamt erscheint die vorgesehene Bauabfolge mit den Teilschritten logisch und, einen entsprechenden Mitteleinsatz vorausgesetzt, auch realistisch. Als problematisch hat sich in diesem Zusammenhang allerdings die Geschwindigkeit der Planungs- und Genehmigungsverfahren für erwiesenermaßen dringliche Baumaßnahmen herausgestellt, so daß zum 25. Rahmenplan für kaum eines dieser Vorhaben eine Haushaltsunterlage Bau vorlag.

Eines der ersten Vorhaben in der ersten Bauphase stellt der Umbau des Diagnostikzentrums in der Fleischmannstraße (Nr. 8085) zusammen mit dem Umbau der Ebene 0 im gleichen Gebäude (Nr. 8086) dar. Hier sollen der interdisziplinäre Notfallbereich, die unfallchirurgische Poliklinik, ein Intensivpflegebereich sowie ein Allgemeinpflegebereich untergebracht werden. Außerdem sollen die bislang auf mehrere Standorte verteilten Einrichtungen der radiologischen Diagnostik zusammengeführt werden. Der Wissenschaftsrat hält den Abschluß dieser Planung für dringlich und erwartet zu diesen beiden Vorhaben einen Antrag auf Höherstufung für den 26. Rahmenplan. Dabei sollte auch der Zusammenhang mit dem Vorhaben Nr. 8074 (Umbau im Diagnostikzentrum für das Institut für Mikrobiologie) erläutert werden, zumal im Hinblick auf den äußerst prekären Zustands des bisherigen Gebäudes der Mikrobiologie.

Teil der ersten Bauphase wird auch der Neubau der Klinik für Innere Medizin (Nr. 8088) sein. Dieses Vorhaben wurde zum 25. Rahmenplan in Kategorie II eingestuft. Hierfür wird auch die Spende der Krupp-Stiftung über 10,0 Millionen DM eingesetzt werden. Die Planungen für dieses wichtige Bauprojekt sollten baldmöglichst abgeschlossen werden.

Als vorrangige Teilmaßnahme für die Konzentration am Standort Fleischmannstraße wird auch der Neubau für die Neurologische

und Neurochirurgische Klinik (Nr. 8050) betrachtet. Zum 25. Rahmenplan wurde allerdings keine weitere Anmeldung für das zunächst mit P-Vermerk versehene Vorhaben vorgelegt. Der Wissenschaftsrat erwartet nunmehr einen zügigen Abschluß der Bau- und Genehmigungsverfahren, damit dieses zentrale Vorhaben auf den Weg gebracht werden kann. Im 1. Bauabschnitt soll ferner der Neubau der Augenklinik (Nr. 8089) erfolgen. Dieses Vorhaben wurde grundsätzlich zur Aufnahme in den 25. Rahmenplan empfohlen (Kategorie II). Auch hierzu sollte ein rascher Planungsfortschritt möglich sein.

Für die übrigen Vorhaben der ersten Bauphase konnten aufgrund der geänderten Bauabfolge noch keine Anträge zum Rahmenplan gestellt werden. Andere Vorhaben, die bislang vorgesehen und bereits zum Rahmenplan angemeldet wurden, dürften in Zukunft entfallen bzw. überarbeitet werden. Das Land wird gebeten, zum 26. Rahmenplan einen Überblick über bereits angemeldete Vorhaben, die großenteils nicht mehr mit der jetzt vorgesehenen Bauplanung übereinstimmen, und deren weitere Planungsperspektive zu geben. In diesem Zusammenhang erwartet der Wissenschaftsrat auch eine Übersicht über Gebäude in der Innenstadt, die zur Nachnutzung für andere Einrichtungen der Universität, insbesondere die Universitätsbibliothek, vorgesehen sind.

C. Zusammenfassung

Die Situation der Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern wird durch die Existenz zweier Medizinischer Fakultäten in Rostock und in Greifswald geprägt, die zu den ältesten Gründungen in Deutschland zählen. Schon bald nach der deutschen Wiedervereinigung war absehbar, daß die Finanzkraft des Landes den Unterhalt zweier voll ausgebauter Hochschulkliniken nicht erlaubt. Der Wissenschaftsrat hat daher bereits 1991 empfohlen, wenn beide Ausbildungsstätten erhalten bleiben sollten, für eine konsequente Komplementarität der wissenschaftlichen Schwerpunkte zu sorgen und die Schwerpunkte der Medizinischen Fakultät Greifswald im wesentlichen im Sinne einer gemeindebezogenen *Community Medicine* auszurichten. Der Wissenschaftsrat bestätigt diese seinerzeit gegebenen Empfehlungen und begrüßt, daß das Land Mecklenburg-Vorpommern und die Medizinischen Fakultäten sich unter diesen Randbedingungen auf ein gestrafftes und an dringlichen Prioritäten orientiertes Baukonzept geeinigt haben.

Anerkennung findet auch die zwischen Wissenschafts- und Sozialministerium des Landes vereinbarte Regelung, Klinikumsbetten, die ausschließlich der regionalen medizinischen Versorgung dienen, als Versorgungsbetten zu führen und den dafür erforderlichen Investitionsbedarf aus entsprechenden Programmen zu finanzieren. Die damit verbundene sehr weitgehende Reduktion der über das HBFG finanzierten Planbetten auf 760 Betten in Greifswald und 988 Betten in Rostock hält der Wissenschaftsrat nur vor dem Hintergrund der besonderen Situation in Mecklenburg-Vorpommern für vertretbar; insbesondere kann eine Übertragbarkeit der mit dem Konzept *Community Medicine* in Greifswald verbundenen Bettenreduktion auf andere Hochschulkliniken nicht abgeleitet werden.

Die zwischen Land und Medizinischen Fakultäten vereinbarten wissenschaftlichen Schwerpunkte der beiden Fakultäten finden

im wesentlichen die Zustimmung des Wissenschaftsrates. So werden in Rostock Themen wie Transplantationsmedizin, künstlicher Organersatz und Biomaterialien, Osteologie und Kardiologie hervorgehoben, während in Greifswald neben dem Generalthema der Community Medicine die Neurowissenschaften sowie die Schwerpunkte "Molekulare Medizin" und "Onkologie" gewählt wurden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt darüber hinaus, auch das in Greifswald traditionelle Thema der Diabetologie, das an einem ehemals zur Akademie der Wissenschaften gehörenden, mittlerweile in die Medizinische Fakultät integrierten Institut am Standort Karlsburg kontinuierlich gepflegt wurde, im Konzept der Fakultät stärker hervorzuheben.

Nicht zuzustimmen vermag der Wissenschaftsrat den Vorstellungen der Medizinischen Fakultät Rostock, den Bereich der Gesundheitswissenschaften ebenfalls auszubauen, da dieser Schwerpunkt der Medizinischen Fakultät Greifswald zugeordnet wurde. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, die in Rostock ansässigen Institute für Arbeits- und Sozialmedizin zu verlagern, sobald der Aufbau des Schwerpunktes Community Medicine in Greifswald die Übernahme der Lehrverpflichtungen erlaubt.

Angesichts der knappen finanziellen Situation und des in vielen Bereichen desolaten Bauzustandes der Universitätskliniken hatte der Wissenschaftsrat bereits 1991 zum Ausdruck gebracht, daß er nur eine Hochschulzahnmedizin in Mecklenburg-Vorpommern für vertretbar hält. Dem jetzt vorgelegten Vorschlag des Landes, an der Aufrechterhaltung zweier - in ihrer Aufnahmekapazität erheblich reduzierter - Standorte für die Zahnmedizin festzuhalten, vermag sich der Wissenschaftsrat weiterhin nicht anzuschließen. Vor dem Hintergrund der allgemein unbefriedigenden Situation von Forschung und Lehre in der Zahnmedizin müssen aus Sicht des Wissenschaftsrates die Ansprüche, die an eine hochschulzahnmedizinische Ausbildungs- und Forschungsstätte zu stellen sind, neu überdacht werden,

mit dem Ziel die Qualität von Ausbildung und Forschung zu steigern. Dies setzt strukturelle, personelle und apparative Gegebenheiten und eine kritische Mindestgröße für eine hochschulzahnmedizinische Einrichtung voraus, die nicht an beiden Standorten in Mecklenburg-Vorpommern realisiert werden können. Die Beurteilung, welche der beiden zahnmedizinischen Ausbildungsstätten fortgeführt werden soll, bedarf einer sorgfältigen fachlichen und wissenschaftspolitischen Abwägung, wobei für jeden der beiden Standorte Argumente unterschiedlichen Gewichts angeführt werden können. Zu berücksichtigen ist aber auch die zu erwartende Auswirkung einer Schließung auf die Gesamtuniversität. Der Wissenschaftsrat erwartet, daß das Land nunmehr die ihm obliegende Entscheidung trifft.

Angesichts der Diskussion um die wissenschaftlichen Schwerpunkte und die zahnmedizinische Ausbildung empfiehlt der Wissenschaftsrat dem Land die Einrichtung einer ständigen Strukturkommission, die das Land bei der künftigen Entwicklung der Medizinischen Fakultäten beraten soll.

Zur Struktur der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock kommt der Wissenschaftsrat zu der Empfehlung, die starke Untergliederung der Kliniken für Innere Medizin und des Pädiatrischen Zentrums aufzugeben zugunsten einer strafferen, auf drei bis vier Abteilungen beschränkten Struktur. Die wissenschaftliche Aktivität der Medizinischen Fakultät Rostock ist nach der deutschen Wiedervereinigung trotz günstiger Ausgangsbedingungen nur zögerlich in Gang gekommen und blieb hinter den anfänglichen Erwartungen zurück. Der Wissenschaftsrat erwartet, daß sich die mit dem Ausbau der Hochleistungsmedizin verbundene Vorzugsposition künftig in einer deutlich stärkeren Forschungsaktivität niederschlägt. Voraussetzung dafür ist die Konzentration auf wesentliche Schwerpunkte und eine stärkere Bündelung der forschungsaktiven Gruppen.

Das Leitthema der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald läßt sich mit dem Begriff Community Medicine umschreiben. Die Fakultät hat sich nach Auffassung des Wissenschaftsrates sehr bemüht, diesen Vorschlag, für den es in Deutschland bislang kein Beispiel gibt, mit einem inhaltlichen Konzept auszufüllen. Der Wissenschaftsrat anerkennt diese unter schwierigen Bedingungen erbrachten Leistungen, erwartet aber, daß die konzeptionelle Phase möglichst bald abgeschlossen wird. Hierfür ist die Besetzung des Lehrstuhls für Epidemiologie und Sozialmedizin außerordentlich dringlich. Der Wissenschaftsrat empfiehlt der Fakultät, den Aufbau einer kritischen wissenschaftlichen Masse in den Mittelpunkt aller weiteren organisatorischen Überlegungen zu stellen, die Zusammenarbeit zwischen vorklinischen, klinisch-theoretischen und klinischen Einrichtungen zu stärken und geeignete, bereits vorhandene Schwerpunkte in das Konzept Community Medicine auch strukturell einzubinden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt der Medizinischen Fakultät ferner, den vorgesehenen umfangreichen organisatorischen Überbau zu straffen und wissenschaftliche Anliegen gegenüber gesundheitspolitischen Interessen als vorrangig zu betrachten.

Der Wissenschaftsrat begrüßt, daß beide Medizinischen Fakultäten ihre ursprünglichen Baukonzepte für die kommenden 15 Jahre deutlich gestrafft und um rund ein Drittel vermindert haben. Die jetzt an beiden Standorten vorgesehene Bauabfolge erscheint sinnvoll und, mit Ausnahme des nach wie vor zu groß dimensionierten Versorgungszentrums des Rostocker Klinikums, auch in der Größenordnung vertretbar. Voraussetzung für die Umsetzung der Konzepte ist eine kontinuierliche Finanzierung durch Bund und Land. Weitere Voraussetzung ist ein beschleunigter Planungs- und Genehmigungsablauf für Bauvorhaben; die bisherigen Verfahren des Landes haben zu erkennbaren Verzögerungen auch bei dringlichen Baumaßnahmen geführt. Der Wissenschaftsrat bittet das Land, diese Verfahren deutlich zu vereinfachen, und empfiehlt, den Vorschlag, ein zentrales

Hochschulbauamt beim Kultusministerium einzurichten, wieder aufzugreifen.

