

**Stellungnahme zur weiteren Entwicklung
der Medizinischen Einrichtungen
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
in Heidelberg**

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
Vorbemerkung	3
A. Ausgangslage	5
A.I. Entwicklung, Struktur und Personal	5
I.1. Entwicklung	5
I.2. Struktur	6
I.2.a) Struktur- und Entwicklungsplan der Medizinischen Fakultät unter Beteiligung des Universitätsklinikums Heidelberg	11
I.2.b) Kooperation zwischen den Klinika in Heidelberg und Mannheim	13
I.2.c) Fusionsbestrebungen der Klinika und Fakultäten in Heidelberg und Mannheim	13
I.3. Personal	15
A.II. Forschung	17
II.1. Forschungsspektrum	17
II.2. Drittmittel	26
II.3. Interne Forschungsförderung	27
II.4. Wissenschaftlicher Nachwuchs	31
II.5. Infrastruktur für Forschung	32
A.III. Lehre	34
III.1. Daten zu Lehre und Ausbildung	34
III.2. Lehrkonzept	36
III.3. Evaluation der Lehre	40
III.4. Infrastruktur der Lehre	41
A.IV. Krankenversorgung	42
IV.1. Stationäre Krankenversorgung	43
IV.2. Ambulante Krankenversorgung	44
A.V. Ausbauplanung	45
V.1. Derzeitiger Ausbaustand	45
V.2. Vordringliche Bauprojekte	46

A.VI. Finanzierung	50
VI.1. Investitionen im Rahmen des HBFG-Verfahrens	50
VI.2. Investitionen außerhalb des HBFG-Verfahrens	52
VI.3. Betriebskostenzuschüsse	52
VI.4. Interne Budgetierung	55
B. Stellungnahme	60
B.I. Zu Entwicklung, Struktur und Personal	60
I.1. Zur Struktur	60
I.2. Zum Personal	63
B.II. Zur Forschung	64
II.1. Zum Forschungsprofil	64
II.2. Zur internen Forschungsförderung	69
II.3. Zum wissenschaftlichen Nachwuchs	70
II.4. Zur Infrastruktur für Forschung	71
B.III. Zur Lehre	72
B.IV. Zur Krankenversorgung	76
B.V. Zur Ausbauplanung	78
B.VI. Zur Finanzierung	82
B.VII. Zur Fusion der medizinischen Fakultäten der Universität Heidelberg	85
C. Zusammenfassung	88
D. Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen	92
E. Statistischer Anhang	93

Vorbemerkung

Der Wissenschaftsrat hat sich zu den Medizinischen Einrichtungen der Universität Heidelberg zuletzt ausführlicher 1990 geäußert.¹ Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Hochschulmedizin (Hochschulmedizinreform-Gesetz; HMG) am 1. Januar 1998 haben sich die strukturellen Rahmenbedingungen der Hochschulmedizin in Baden-Württemberg grundlegend verändert. Ein gewichtiger Anteil der Reform bezog sich auf die Medizinischen Fakultäten, denen das HMG eine größere Selbstständigkeit und Eigenverantwortung sowie eine grundlegend neue Leitungsstruktur übertragen hat. Hinsichtlich der Universitätsklinik des Landes Baden-Württemberg beinhaltet das Reformgesetz u.a. die Verpflichtung zum selbstständigen wirtschaftlichen Handeln und damit eine eigenständige Positionierung im Wettbewerb. Ferner verfügen die rechtlich verselbständigten Klinika über Eigenmittel, die es ihnen erlauben, in Einzelfällen den Landesanteil von Hochschulbauten zu übernehmen und damit den Landeshaushalt zu entlasten.

Im Jahre 1999 sind die Ist-Ausgaben für Investitionen nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG) für die hochschulmedizinischen Einrichtungen Baden-Württembergs erstmalig seit 1993 wieder angestiegen. Der prozentuale Anteil der Humanmedizin an den gesamten Ist-Ausgaben im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau lag in den Jahren 1999 und 2001 sogar leicht über dem Bundesdurchschnitt.

Zum 30. Rahmenplan wurden für die hochschulmedizinischen Einrichtungen in Baden-Württemberg Neuvorhaben mit Gesamtkosten von insgesamt 239 Mio. Euro angemeldet. Die damit verbundenen Ausbauplanungen sowie die veränderten gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen sind Anlass für den Ausschuss Medizin des Wissenschaftsrates, sich mit der Lage der Hochschulmedizin in Baden-Württemberg detaillierter zu befassen und zur Weiterentwicklung der fünf Fakultäten und Universitätsklinik des Landes an den Standorten Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen und Ulm Stellung zu nehmen. Das Augenmerk des Wissenschaftsrates richtet sich hierbei insbesondere auf die Entwicklungsplanungen der Medizini

¹ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zum weiteren Ausbau der Medizinischen Einrichtungen der Universität Heidelberg. In: Empfehlungen und Stellungnahmen 1990, Köln 1991, S. 419 ff.

schen Fakultäten und der Universitätsklinik hinsichtlich der Bereiche Forschung, Lehre und Krankenversorgung sowie auf die daran anknüpfenden standortbezogenen Baukonzeptionen.

Zu standortübergreifenden Aspekten der hochschulmedizinischen Einrichtungen in Baden-Württemberg wird der Wissenschaftsrat im Jahr 2003 eine gesonderte Stellungnahme vorlegen.

Die folgende Stellungnahme wurde auf der Grundlage eines Besuches des Ausschusses Medizin bei den hochschulmedizinischen Einrichtungen der Universität Heidelberg am 8. Oktober 2001 sowie der von Land und Universität Heidelberg vorgelegten Unterlagen vom Ausschuss erarbeitet und am 16. Januar 2003 vom Wissenschaftsrat verabschiedet.

A. Ausgangslage

A.I. Entwicklung, Struktur und Personal

I.1. Entwicklung

Die Universität Heidelberg hat seit ihrer Gründung im Jahre 1386 eine medizinische Fakultät. Ab 1876 wurden die klinischen Einrichtungen aus der Innenstadt in das Bergheimer Viertel verlegt. Sie bilden dort das heutige Altklinikum. Bereits in den 20er Jahren wurde erwogen, die Medizinischen Einrichtungen auf das Neuenheimer Feld zu verlagern, da die Pavillonstruktur des Altklinikums den Anforderungen einer naturwissenschaftlich orientierten und konservative wie operative Fächer integrierenden Medizin nicht gerecht wurde. Zudem sollte die medizinische Grundlagenforschung durch die Zusammenarbeit von Klinikern mit Naturwissenschaftlern gefördert werden. So wurde 1933 der Vorläufer des heutigen Max-Planck-Institutes (MPI) für Medizinische Forschung auf dem Neuenheimer Feld errichtet und 1939 dort die Chirurgische Universitätsklinik eingeweiht. Dieses Strukturkonzept wurde nach dem Zweiten Weltkrieg mit der Verlagerung der Kinderklinik 1954 und 1966 fortgeführt. Die Vorklinischen Institute erhielten dort 1974 einen Neubau, das Theoretikum. 1987 entstand die Kopfklinik, die neben der Radiologie auch die Fächer der Augenheilkunde, der HNO-Heilkunde, der Neurochirurgie und Neurologie sowie die Mund-, Zahn- und Kieferheilkunde aufnahm. Weitere medizinische und naturwissenschaftliche Einrichtungen der Universität sowie außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, wie das bereits genannte MPI für Medizinische Forschung, das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) und das European Molecular Biology Laboratory (EMBL) prägen den Standort. So ist die BioRegion Rhein-Neckar-Dreieck, die eine der drei Siegerregionen im bundesweiten BioRegio-Wettbewerb von 1996 war, ein bedeutender Standort der Molekularbiologie in Deutschland und darüber hinaus. Dazu tragen auch eine zunehmende Anzahl biotechnologischer Firmen und die in der Region angesiedelte chemisch/pharmazeutische Industrie bei. Mit der 1964 gegründeten Fakultät für Klinische Medizin Mannheim verfügt die Universität Heidelberg als einzige staatliche Hochschule Deutschlands über zwei medizinische Fakultäten.²

² Die Universität Heidelberg verfügt heute insgesamt über 15 Fakultäten.

Das Universitätsklinikum in Heidelberg wurde, wie auch die Klinika in Freiburg, Tübingen und Ulm, mit dem zum 1. Januar 1998 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Hochschulmedizin (HMG) rechtlich verselbstständigt.³ Dabei wurden die bisher als unselbstständige Anstalten der Universitäten und zugleich als Landesbetriebe geführten Universitätsklinika in rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts der Universität umgewandelt. Das Land hat sich damit grundlegend für das auf Aufgabentrennung beruhende Kooperationsmodell entschieden.⁴ Die Hauptzuständigkeiten für Forschung und Lehre liegen bei der Medizinischen Fakultät und für die Krankenversorgung bei den Universitätsklinika. Letztere erhalten als Organe einen Klinikumsvorstand und einen Aufsichtsrat, die in der Regel abschließend entscheiden. Der Klinikumsvorstand leitet das Klinikum. Parallel zur Neustrukturierung der Klinika wurde die Entscheidungsstruktur der medizinischen Fakultäten durchgreifend geändert. Ihre Organe sind der Fakultätsvorstand und der Fakultätsrat. Die Zusammensetzung der jeweiligen Organe ist im Anhang in Tabelle 1 wiedergegeben. Dem Fakultätsvorstand obliegt die Leitung der Fakultät. Der Fakultätsrat übernimmt gegenüber dem Fakultätsvorstand eine Rolle, die teilweise derjenigen des Aufsichtsrates des Klinikums gegenüber dem Klinikumsvorstand ähnlich ist. Die Medizinische Fakultät Heidelberg verfügt zudem über einen Fakultätsgeschäftsführer, der den Fakultätsvorstand bei der Ausübung seiner Tätigkeiten administrativ unterstützt.

I.2. Struktur

Rechtlich und organisatorisch gliedern sich die hochschulmedizinischen Einrichtungen in Heidelberg in die Medizinische Fakultät als organisatorische Grundeinheit der Universität mit den Vorklinischen Instituten, in Zentrale Einrichtungen der Universität sowie in das Universitätsklinikum Heidelberg als rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts der Universität (siehe Übersicht 1).

³ Der Wissenschaftsrat hat die Aufnahme der mit dem Gesetz zur Reform der Hochschulmedizin rechtlich verselbstständigten Klinika in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes zum 1. Januar 1998 empfohlen (vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 28. Rahmenplan für den Hochschulbau 1999-2002, Köln 1998, Band 2, S. BW 60 ff.).

⁴ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin - Aufgaben, Organisation, Finanzierung, Köln 1999, S. 90.

Innerhalb des Klinikums ist ein medizinischer Bereich und ein administrativer Bereich zu unterscheiden. Ersterer umfasst die Kliniken, Institute sowie deren Abteilungen, die die Grundeinheit des Universitätsklinikums bilden. Hinzu kommen fachliche Zentren als klinik- und institutsübergreifende Einrichtungen, Schulen, Klinikumsapothek etc. Die Abteilungsgliederung der Kliniken und Institute ist den Personaltabellen im Anhang (Tabellen 2.1 und 2.2) zu entnehmen.

Ebenfalls in die Hochschulmedizin eingebunden, jedoch nicht zum Klinikum gehörig, ist die als Landesstiftung geführte Orthopädische Universitätsklinik in Heidelberg-Schlierbach. Sie verfügt seit 1995 über eine neue Struktur bestehend aus zwei Abteilungen, die jeweils von einem C4-Professor geleitet werden. Die Stiftung wird von einem Stiftungsvorstand geleitet, der von einem ärztlich-wissenschaftlichen Mitglied (C4-Professor) und einem kaufmännisch-administrativen Mitglied gebildet wird. Die Geschäftsführung unterliegt der Kontrolle durch einen Aufsichtsrat, in dem das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg den Vorsitz hat.

**Übersicht 1:
Organisatorische Gliederung der hochschulmedizinischen Einrichtungen in Heidelberg**

Universität	
Vorklinische Institute als Einrichtungen der Medizinischen Fakultät außerhalb des Klinikums	Zentrale Einrichtungen der Universität
<ul style="list-style-type: none">• Institut für Anatomie und Zellbiologie• Institut für Geschichte der Medizin• Pharmakologisches Institut• Institut für Physiologie und Pathophysiologie• Institut für Versuchstierkunde mit Tierfarm der Universität	<ul style="list-style-type: none">• Zweigstelle der Universitätsbibliothek• Biochemie-Zentrum Heidelberg• Interdisziplinäres Zentrum für Neurowissenschaften (IZN) (s. S. 10)• Medizinische Informatik: Gemeinsamer Studiengang Universität Heidelberg / Fachhochschule Heilbronn

Fortsetzung von Übersicht 1:

Universitätsklinikum	
Medizinischer Bereich des Klinikums	
Klinisch-Theoretische Institute	Kliniken (Fortsetzung)
<ul style="list-style-type: none"> • Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin • Institut für Medizinische Biometrie und Informatik • Institut für Humangenetik • Hygiene-Institut • Institut für Immunologie • Pathologisches Institut • Pharmakologisches Institut • Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Universitäts-HNO-Klinik • Universitäts-Hautklinik • Universitäts-Kinderklinik und Poliklinik • Medizinische Universitätsklinik und Poliklinik • Universitätsklinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten • Neurochirurgische Universitätsklinik • Neurologische Klinik der Universität Heidelberg • Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg (mit eigenständiger Rechtspersönlichkeit, nicht zum Klinikum gehörig) • Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg • Psychosomatische Klinik • Radiologische Universitätsklinik
Kliniken	
<ul style="list-style-type: none"> • Universitätsklinik für Anästhesiologie • Universitäts-Augenklinik • Chirurgische Universitätsklinik • Universitäts-Frauenklinik 	
Fachliche Zentren und Zentrale Einrichtungen des Klinikums	
<ul style="list-style-type: none"> • Otto-Meyerhof-Zentrum für ambulante Medizin und klinische Forschung ¹⁾ • Zentrum für Infektionsforschung ²⁾ • Sozialpädiatrisches Zentrum • Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS), (s. Abschnitt II.5) • Schulen für nichtärztliche medizinische Heilberufe • Innerbetriebliche Fortbildungsstätte der Pflege • Klinikumsapotheke • Zentrales CBT (computer based training)-Labor (s. Abschnitt III.4) 	
Fachliche Zentren (klinikumsübergreifend) und verbundene Einrichtungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim (s. S. 9) • 3 „Klinische Kooperationseinheiten“ zur Onkologie in Kooperation mit dem DKFZ (s. S. 20) • Herzzentrum Rhein-Neckar (s. S. 10) • Interdisziplinäres Zentrum für Neurowissenschaften (IZN) (s. S. 10) 	
Administrativer Bereich des Klinikums	
<ul style="list-style-type: none"> • Verwaltung mit den Abteilungen für Personal und allgemeine Verwaltung, Finanz- und Rechnungswesen, Technik und Gebäudewirtschaft sowie Wirtschaft und Beschaffung • Zentrum für Informationsmanagement (ZIM) ³⁾ • Planungsgruppe Medizin ⁴⁾ • Koordination für Qualitätsmanagement ⁵⁾ 	

1) Das Otto-Meyerhof-Zentrum für Ambulante Medizin und Klinische Forschung (OMZ) enthält neben Laborbereichen für klinische und biomedizinische Forschung Flächen für die ambulante Versorgung. Es soll eine enge Verzahnung zwischen Forschung und Krankenversorgung ermöglichen.

2) Das Zentrum für Infektionsforschung umfasst Abteilungen der Medizinischen Mikrobiologie, der Virologie, der Parasitologie und Tropenmedizin im Hygieneinstitut der Universität. Durch Kooperation mit anderen klinischen Partnern, der Immunologie und den Neurowissenschaften sowie über die Fakultätsgrenzen hinweg mit der Biologie, dem EMBL und dem DKFZ soll eine Verbindung zwischen Routinerversorgung sowie Forschung und Lehre hergestellt werden.

3) Das ZIM dient als Soft- und Hardwareberatungsbereich und betreut das EDV-Netzwerk.

4) Stabsstelle des Klinikumsvorstands für die strategischen Unternehmensplanung, die Koordination großer Bauprojekte einschließlich der Planung von HBBG-Vorhaben sowie die Planung und Überwachung der Budgets für die baulichen Investitionen aus dem Wirtschaftsplan des Klinikums.

5) Stabsstelle des Klinikumsvorstand für die Koordination des Qualitätsmanagements.

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Eine Charakterisierung der von Fakultät und/oder Klinikum etablierten Zentren ist der folgenden Übersicht zu entnehmen:

Übersicht 2:
Charakterisierung der Zentren der Medizinischen Fakultät und des Klinikums der Universität Heidelberg (ohne zentrale Infrastruktureinrichtungen)

Eigenschaften Zentrum	hochschulübergreifend	mit Mannheimer Beteiligung [#]	fakultätsübergreifend	Einbindung außeruniversitärer Einrichtungen	Schwerpunkt: Forschung	Schwerpunkt: Krankenversorgung	Schwerpunkt: Lehre	Schwerpunkt: Dienstleistung	Zentrum mit eigenen Strukturen*	Zentrum mit eigenem Budget	Zentrum mit eigener Infrastruktur (z.B. Flächen, Geräte, Personal)	virtuelles Zentrum	textlich behandelt, s. S.
Tumorzentrum ¹		x	x	x	x	x	x		x	x			9
Herzzentrum ²		x	x		x	x	x		x			x	10
Zentrum für Informationsmanagement (ZIM)				x				x		x	x		8
Otto-Meyerhoff-Zentrum (OMZ)				x	x	x			x		x		8, 46
Zentrum für Infektionsforschung			x	x	x		x		x			x	8
IZN ³		x	x	x	x	x	x		x			x	10
Sozialpädiatrisches Zentrum						x		x			x		-
KKS ⁴					x			x	x	x	x		33

* mit Strukturen sind z.B. gemeint: Vorstand, Sprecher, Beirat, zentrumseigene Satzung, etc.

Fakultät für Klinische Medizin Mannheim und/oder Klinikum Mannheim gGmbH

¹ Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim

² Herzzentrum Rhein-Neckar

³ Interdisziplinäres Zentrum für Neurowissenschaften (IZN)

⁴ Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS)

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Das **Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim** besteht als multilaterales Kooperationszentrum aus Einrichtungen des Universitätsklinikums Heidelberg, der Klinikum Mannheim gGmbH, der Thorax-Klinik Heidelberg gGmbH und dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg (DKFZ). Ziel der Vertragspartner (DKFZ, Universität Heidelberg, Stadt Mannheim und Landesversicherungsanstalt Baden) ist die praktisch-klinische und wissenschaftliche Kooperation auf allen wesentlichen Gebieten der Tumormedizin. Das Tumorzentrum verfügt über eine eigene Geschäftsstelle

sowie einen Beirat. Ein Lenkungsausschuss definiert u. a. die Zentrumsschwerpunkte in der Forschung, koordiniert die Aufgaben in der onkologischen Krankenversorgung und steuert die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und bietet Fortbildungsveranstaltungen an. Die Förderung der Forschungsprojekte des Tumorzentrums erfolgt nach externer Begutachtung. Dafür stehen jährlich rund 2,6 Mio. Euro zur Verfügung (90 % vom BMBF, 10 % vom MWK). Die Wahrnehmung der Aufgaben des Tumorzentrums erfolgt durch sogenannte, forschungsbezogene, „**onkologische Kooperationseinheiten**“. Eine dieser Einheiten ist im Universitätsklinikum Heidelberg in der Inneren Medizin und zwei in der Radiologie angesiedelt. Je eine weitere befindet sich im Universitätsklinikum in Mannheim bzw. im Krankenhaus Rohrbach. Die Leiter der onkologischen Kooperationseinheiten werden in einem förmlichen Verfahren im Benehmen mit dem DKFZ und dem Lenkungsausschuss berufen.

Zu den übergeordneten Zentren mit Funktionen in Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre gehört auch das **Herzzentrum Rhein-Neckar** (Heidelberg/Mannheim), das von den beiden Universitätskliniken gebildet wird. Es besteht aus einer gemeinsamen Abteilung für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Kardiologie, Angiologie und Pulmologie, einer Abteilung für Pädiatrische Kardiologie mit einem Hauptstandort in Heidelberg und einem Standort in Mannheim sowie der Abteilung Herzchirurgie. Das Zentrum verfügt über einen eigenen Vorstand sowie einen Beirat mit Mitgliedern von beiden Standorten. Die Wahrnehmung der gemeinsamen Aufgaben umfasst auch die gegenseitige Mitwirkung in Berufungskommissionen.

Das **Interdisziplinäre Zentrum für Neurowissenschaften (IZN)** ist eine zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Universität und soll die interdisziplinäre Grundlagenforschung unter Einbeziehung der klinischen Medizin in die Neurowissenschaften intensivieren und für die Lehre und Ausbildung erschließen. Den Kernbereich bilden die Abteilung Neurobiologie der Fakultät für Biologie, die Abteilung Neuroanatomie des Instituts für Anatomie und Zellbiologie der Medizinischen Fakultät sowie die Abteilung Klinische Neurobiologie der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums. Angeschlossen sind neurowissenschaftliche Arbeitsgruppen aus universitären (Medizin, Zoologie, Zentrum für Molekulare Biologie Heidelberg, ZMBH) und außeruniver

sitären Institutionen (MPI für Medizinische Forschung, DKFZ, EMBL, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim (ZI)). Das IZN wird von einem Direktorium geleitet, das aus den Leitern der Abteilungen des Kernbereichs gewählt wird und verfügt über einen international besetzten wissenschaftlichen Beirat.

I.2.a) Struktur- und Entwicklungsplan der Medizinischen Fakultät unter Beteiligung des Universitätsklinikums Heidelberg

Leitlinie des Struktur- und Entwicklungsplans von November 2001 ist die Absicht, Kooperationen sowohl im wissenschaftlichen Bereich als auch auf dem Gebiet der Krankenversorgung auszubauen, um in Forschung, Lehre und Krankenversorgung eine europäische Spitzenstellung zu erlangen. Die Ausgangsposition des Wissenschaftsstandorts wird dabei als sehr günstig beurteilt, da mit dem EMBL (European Molecular Biology Laboratory), dem DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg), dem MPI für Medizinische Forschung sowie den biomedizinischen Aktivitäten der Universität bereits auf intensive wissenschaftliche Kooperation zurückgegriffen werden kann. Als wesentlicher Schritt zur Erreichung des Leitziels werden die Bemühungen um eine weitestgehende Kooperation mit der Fakultät für Klinische Medizin und dem Universitätsklinikum in Mannheim sowie eine strategische und strukturelle Einbeziehung regionaler Krankenhäuser genannt. Angestrebt wird zudem eine Fusion der beiden medizinischen Fakultäten wie der Universitätsklinika beider Standorte (s. Abschnitt I.2.c.).

Im Rahmen der internen Entwicklung setzen die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum Heidelberg verstärkt auf teils real umsetzbare, teils virtuelle Kompetenzzentren, in denen die Ressourcen gebündelt werden sollen. Beispiele für diese Kompetenzzentren mit unterschiedlichen Organisationsformen sind das Tumorzentrum, das Herzzentrum, das Zentrum für Infektionsforschung und das Interdisziplinäre Zentrum für Neurowissenschaften (IZN). Strukturelle Änderungen stehen auch im Zusammenhang mit zukünftigen Berufungsverfahren an (bis zum Jahre 2007 insgesamt 23 Neuberufungen, entsprechend 30 % der Professorenschaft).

Auf der Grundlage der vom baden-württembergischen Universitätsgesetzes (§ 25c) alle sieben Jahre vorgeschrieben externen Begutachtungsverfahren für alle Abteilungen sollen strukturelle Änderungen durchgesetzt sowie Standards für Forschung und Lehre festgelegt werden. Aufgrund der Ergebnisse der bereits durchgeführten externen Evaluationen der Chirurgischen Klinik, der Kinderklinik sowie der Medizinischen Universitätsklinik soll die bisherige Abteilung für Allgemeine Chirurgie in eine Abteilung für Allgemeine und Viszeralchirurgie umgewandelt werden, in die auch die Transplantationschirurgie für Leber und Pankreas einbezogen ist. Gestärkt werden soll dadurch das gefäßchirurgische Potenzial. Mit diesen Umwandlungen verbunden ist auch eine Umstrukturierung der Bettenfunktionen mit einer Senkung der Gesamtbettenzahl und einer Erhöhung der Intensivbettenzahl. In der Kinderklinik ist ein stärkerer Ausbau des ambulanten Bereichs insbesondere der Spezialambulanzen unter Reduktion des Bettenanteils vorgesehen. Die Psychosomatik soll einer vollständigen Umstrukturierung unterzogen werden, bei der die teilstationäre Behandlung der Patienten im Vordergrund steht.

Im Rahmen eines Gemeinschaftsprojektes der Radiologischen Universitätsklinik, der Gesellschaft für Schwerionenforschung Darmstadt (GSI) und des DKFZ in Kooperation mit dem Forschungszentrum Rossendorf (FZR) wurde in der Vergangenheit eine medizinische Bestrahlungseinheit am Schwerionensynchrotron der GSI aufgebaut. An diese Vorarbeiten anschließend ist der Bau einer klinischen Therapieanlage zur Krebsbehandlung vorgesehen, an der Protonen- und Schwerionenstrahlen (Helium, Kohlenstoff, Sauerstoff) zur Verfügung stehen sollen. Der Wissenschaftsrat empfahl das Vorhaben zur Aufnahme in den 31. Rahmenplan (vgl. auch Abschnitt V.2.)

Im Dienstleistungsbereich werden die Zentralisierung der klinisch-chemischen Labors, der Blutbank und der bildgebenden Verfahren verfolgt. Im gleichen Zusammenhang stehen Planungen, die Bereiche der Pathologie und Rechtsmedizin zu einem Diagnostischen Zentrum für Molekulare Pathologie und Pathobiochemie sowie Gerichtsmedizin zu vereinen.

I.2.b) Kooperation zwischen den Klinika in Heidelberg und Mannheim

Die Kooperation des Universitätsklinikums und der Klinikum Mannheim gGmbH erfolgt seit November 1998 auf der Basis eines Kooperationsvertrages, in dem sich beide Partner zu einer gegenseitigen Abstimmung der quantitativen und qualitativen Leistungsangebote in der Krankenversorgung im Benehmen miteinander verpflichten. Dies bezieht sich insbesondere auf die Krankenhausplanung, die Fächerstruktur sowie die Ein- und Ausrichtung der C4- und C3-Professuren, soweit die Krankenversorgung berührt ist. Diese Rahmenvereinbarung wird ergänzt durch weitergehende Vereinbarungen zu einzelnen Fachgebieten. So sieht eine **Kooperationsvereinbarung zur Strahlentherapie** vor, das Fach in Forschung und Lehre allein durch einen in Heidelberg angesiedelten C4-Professor zu vertreten, der auch die Leitung der Abteilung Strahlentherapie in Mannheim übernimmt. Die Fakultät in Mannheim richtet an ihrem Klinikum eine C3-Professur für Radiologie ein. In ähnlicher Weise beinhaltet eine **Kooperationsvereinbarung zur Kinderchirurgie**, dass der C4-Professor für Kinderchirurgie und Direktor der Kinderchirurgischen Klinik in Mannheim in Personalunion auch Direktor der Kinderchirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg wird und das Fach an beiden Standorten vertritt. Die Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern werden für die Strahlentherapie und die Kinderchirurgie in Eigenverantwortung von beiden Kliniken geführt, wobei eine gegenseitige Offenlegung der Leistungsdaten und der Verhandlungsergebnisse erfolgt. Die Vereinbarung zur Kardiologie hatte die Schaffung des **Herzzentrums Rhein-Neckar** zur Folge (s. oben).

I.2.c) Fusionsbestrebungen der Klinika und Fakultäten in Heidelberg und Mannheim

Vor dem Hintergrund der beabsichtigten Intensivierung der Kooperation zwischen Heidelberg und Mannheim haben bereits 2000 die Leitungen der Fakultäten und Klinika Gespräche aufgenommen, mit dem Ziel eine Fusion der beiden Universitätsklinika herbeizuführen. Eine erste Prüfung der Rahmenbedingungen für einen Zusammenschluss hatte ergeben, dass eine Vollfusion insbesondere aus förderrechtlichen

Bedingungen nicht möglich ist, weil sich das Klinikum in Mannheim als gGmbH in städtischer Trägerschaft befindet und damit im Bereich der Krankenversorgung nicht im Rahmen des HBFG förderungsfähig ist. Ein Lenkungsausschuss, bestehend aus Vertretern der Krankenversorgung, der Fakultäten und Mitarbeitervertretern beider Einrichtungen sowie des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg (MWK), favorisierte (Stand Januar 2002) mittelfristig die Bildung eines Vertragskonzerns mit Kapitalgesellschaften in Heidelberg und Mannheim. Als Voraussetzung dafür wurde allerdings eine Änderung des Hochschulmedizingesetzes gesehen, um einen Betrieb der Universitätsklinik in privater Rechtsform als GmbH oder AG zu ermöglichen. Der Diskussionsprozess zu Trägerschaft und Rechtsform der vereinigten Universitätsklinik ist noch nicht abgeschlossen, er wird jedoch nicht mehr mit hoher Priorität weiterverfolgt. Strittig war insbesondere die Frage, ob die Gesamtleitung des Klinikums durch einen kaufmännischen Direktor mit alleiniger Entscheidungsgewalt oder durch ein Kollegium unter Beteiligung der Fakultät erfolgen soll. Die Zusammenführung der Fakultäten sollte nach den damaligen Überlegungen zeitlich parallel mit den Universitätsklinik erfolgen. Kurzfristig ist nunmehr lediglich die Ausweitung des bestehenden Kooperationsvertrages vorgesehen. Die hierfür erforderliche Abstimmung erfolgt auf freiwilliger Basis in einem gemeinsamen Gremium der beiden Geschäftsleitungen der Klinik. Zudem wurde eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet, in der die Lehrstühle und Institute an beiden Standorten in Hinblick auf ihre zukünftige Struktur untersucht werden. Unübersichtlich stellt sich derzeit (Stand Oktober 2002) auch die Situation bezüglich einer möglichen, vorgezogenen Fusion der beiden Fakultäten dar. Während das Rektorat der Universität Heidelberg eine Fusion der Fakultäten bis 2004 favorisiert, bestehen innerhalb der beiden medizinischen Fakultäten Vorbehalte gegen eine schnelle Fusion. Im Vordergrund der konkreten Aktivitäten stehen vielmehr eine Annäherung der unterschiedlichen Kulturen durch eine Ausweitung der Kommunikation und Kooperation auf allen Ebenen. Sie findet Ausdruck in den Bemühungen zur Etablierung eines gemeinsamen Kinderzentrums, einer intensivierten Kooperation der Studiendekanate und der Kommissionen beider Fakultäten.

I.3. Personal

Die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum in Heidelberg verfügten im Jahr 2000 über insgesamt 5.878 Vollkräfte (ohne Personal aus Drittmitteln). Hiervon entfielen 1.177 Vollkräfte auf das wissenschaftliche Personal, darunter 49 C4- und 29 C3-Professoren (s. Tabellen 2.1 und 2.2 im Anhang). Zusätzlich wurden über die Einwerbung von Drittmitteln im wissenschaftlichen Bereich 193 und im nicht-wissenschaftlichen Bereich 257 kalkulatorische Vollzeitstellen finanziert. Unter den insgesamt 1.370 wissenschaftlichen Vollkräften (inklusive Drittmittelpersonal, ohne Orthopädie) waren 435 (32 %) Naturwissenschaftler, darunter neun Professoren (12%) (s. Tabelle 2.3 im Anhang).

An der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg, die nicht Bestandteil des Klinikum ist, waren 2000 insgesamt 806 Vollkräfte, darunter 102 Wissenschaftler tätig. Hinzu kamen noch elf Vollkräfte aus Drittmitteln. Die beiden C4-Professoren der Orthopädischen Universitätsklinik sind Vollmitglieder der Fakultät.

Übersicht 3: Personal im Jahr 2000

Personal in Vollkräften (gerundet)	Finanzierung	C4-Professoren	C3-Professoren	übriges wiss. u. ärztl. Personal	nicht-wiss. Personal	Gesamt	darunter Verwaltung ²⁾
Med. Fakultät und Klinikum	aus den Budgets ¹⁾	49	29	1.099	4.702	5.878	348 5,9 %
	aus Drittmitteln	0	0	193	257	450	-
Orthopädische Universitätsklinik	aus den Budgets ¹⁾	2	0	100	703	806	47 5,8 %
	aus Drittmitteln	0	0	10	1	11	-
Gesamt (einschl. Drittmittelpers.)		51	29	1.402	5.663	7.145	395

1) für Forschung, Lehre und Krankenversorgung

2) ohne wissenschaftliches Personal; Prozentangabe bezogen auf das Gesamtpersonal
Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Neben den genannten Professoren, die unmittelbar der Fakultät zuzuordnen sind, gehören im Zusammenhang mit der Kooperation mit dem DKFZ weitere Professoren mit wechselnden Anteilen (je nach Berufungsstrategie des DKFZ) der Fakultät an.

Deren Stellen werden als Leerstellen der Universität geführt und aus Mitteln des DKFZ (derzeit insgesamt 18 C4- und 25 C3-Stellen im Staatshaushaltsplan ausgewiesen) finanziert. Die der Fakultät zuzurechnenden Professoren können auf Antrag in die Gremienarbeit der Fakultät eingebunden werden (§ 67, Abs. 2 UG). Derzeit sind zwei Genehmigungen ausgesprochen, ein Antragsverfahren läuft.

Bezogen auf die 1.685 Planbetten des Klinikums (ohne Orthopädie) bedeutet dies, dass rund 3,5 Vollkräfte bzw. rund 0,7 Wissenschaftler je Planbett (jeweils ohne Drittmittelkräfte) vorhanden waren.⁵

Übersicht 4:

Personalanteile (Vollkräfte, einschließlich Orthopädie, ohne Drittmittel)

	Wissenschaftler		Nicht-Wissenschaftler		Gesamt	Anteil in %
Vorklinik	50	(3,9%)	111	(2,1%)	161	2,4
Klin. – Theor. Inst.	152	(11,9%)	361	(6,7%)	513	7,7
Kliniken	1.046	(81,7%)	3.749	(69,4%)	4.795	71,7
Sonstige	32	(2,5%)	1.183	(21,9%)	1.215	18,2
Summe	1.280	(100,0%)	5.403	(100,0%)	6.683	100,0

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Rund 2,4 % des Personals (ohne Drittmittelpersonal) sind in der Vorklinik, 7,7 % in den Klinisch-Theoretischen Instituten und 71,7 % in den Kliniken tätig (s. auch obenstehende Übersicht 4). 5,9 % des Personals sind in der Verwaltung von Klinikum und Fakultät beschäftigt. Zu den rund 348 Vollkräften der Verwaltung des Klinikums kommen noch 8,3 Vollkräfte als wissenschaftliches Personal hinzu (s. Tabelle 2.2 in Anhang, „Sonstige Einrichtungen“), darunter eine Vollkraft für das Studiendekanat sowie zusätzlich ein Fakultätsgeschäftsführer (s. S. 6). Die Aufteilung des Personals auf die einzelnen Einrichtungen geht aus den Tabellen 2.1 bis 2.3 im Anhang hervor.

Unter den insgesamt 80 Professoren⁶ waren im Jahr 2000 fünf Frauen (entsprechend 6 %). Der Anteil der Frauen beim übrigen wissenschaftlichen Personal (inklusive C2) betrug 38,7 %. Rund 71 % der Professoren nach C4 und rund 66 % der Professoren nach C3 sind älter als 50 Jahre. Während alle Professoren unbefristet beschäftigt sind, ist der überwiegende Teil der übrigen wissenschaftlichen Mitarbeiter (78,1 %)

⁵ In der Orthopädischen Universitätsklinik waren bezogen auf die 320 Planbetten rund 2,5 Vollkräfte bzw. rund 0,3 Wissenschaftler je Planbett beschäftigt.

⁶ Einschließlich der Orthopädischen Universitätsklinik.

befristet tätig. Die Altersstruktur der Wissenschaftler sowie die Aufteilung nach männlichen und weiblichen Mitarbeitern geht aus Tabelle 2.4 im Anhang hervor.

Von 1996 bis 2000 wurden zwölf Rufe auf C4-Positionen und elf Rufe auf C3-Positionen an die Fakultät Heidelberg angenommen, darunter waren fünf Hausberufungen. Die Fakultät gibt an, dass bis zum Jahre 2004 insgesamt 14 C4-Professuren neu besetzt werden müssen. Derzeit laufen Ausschreibungen bzw. Berufungsverfahren für insgesamt sechs C4-Professuren und acht C3-Professuren.

Im gleichen Zeitraum wurden sechs von neun Rufen auf Professuren anderer Universitäten angenommen. Darunter befanden sich vier C4-Positionen. Unter den Berufenen war keine Frau. Erstberufungen erfolgen entsprechend den Regelungen des Universitätsgesetzes (§ 67 Abs. 1) befristet für drei Jahre. Gemäß den Regelungen des Kooperationsvertrages erfolgt die Ausrichtung von Professuren im Benehmen mit der Schwesterfakultät in Mannheim, sofern Belange der Krankenversorgung betroffen sind. Der Senat der Universität Heidelberg verlangt für eine Freigabe von Ausschreibungen die Zustimmung der jeweiligen Schwesterfakultät.

A.II. Forschung

II.1. Forschungsspektrum

Das wissenschaftliche Profil der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg wurde bis 2002 durch neun Schwerpunkte, denen drei DFG-Forschergruppen thematisch zugeordnet werden können, sieben Sonderforschungsbereiche (von denen zwei im Jahre 2001 ausgelaufen sind), sowie drei Graduiertenkollegs bestimmt:

Forschungsschwerpunkte:

- Kardiovaskuläre Erkrankungen,
- Onkologie,
- Erkrankungen der Niere,
- Transplantation,
- Neurologie und Neurowissenschaften,

- Psychosoziale und psychiatrische Erkrankungen,
- Schmerz,
- Infektionsforschung,
- Stoffwechselerkrankungen.

Während des Jahres 2002 hat sich die Fakultät intensiv mit der Definition ihres wissenschaftlichen und klinischen Profils beschäftigt und im Dezember 2002 eine Neugewichtung der Forschungsschwerpunkte vorgenommen. Eine ausführliche Beschreibung dieser z.T. neuen Schwerpunkte ist aufgrund der späten Übermittlung der Unterlagen nicht möglich gewesen, so dass sich die folgende Darstellung der Forschungsschwerpunkte weiterhin auf den Berichtszeitraum 1996-2000 bezieht.

Sonderforschungsbereiche (SFB):

- SFB 320 „Herzfunktion und ihre Regulation“ (seit 1986, ausgelaufen 2001)
- SFB 601 „Molekulare Pathogenese hepato-gastroenterologische Erkrankungen“ (seit 1998, ausgelaufen 2001)
- SFB 405 „Immuntoleranz und ihre Störungen“ (seit 1997)
- SFB 544 „Kontrolle tropischer Infektionskrankheiten“ (seit 1999)

An den drei folgenden Sonderforschungsbereichen sind Mitglieder der Medizinischen Fakultät beteiligt:

- SFB 352 „Molekulare Mechanismen intrazellulärer Transportprozesse“ (seit 1991)
- SFB 414 „Informationstechnik in der Medizin – Rechner- und sensorgestützte Chirurgie“ (Sprecherhochschule Karlsruhe, seit 1997)
- SFB 488 „Molekulare Grundlagen neuronaler Entwicklungsprozesse“ (seit 2000)

Klinische Forschergruppen der DFG:

- „Zentrale aminerge Systeme und Mechanismen“
- „Mechanismen der Progression des chronischen Nierenversagens“
- „Fokale Hirnischämie und Reperfusion: Klinisch und experimentell“

Graduiertenkollegs:

- „Tumordiagnostik und –therapie unter Einsatz dreidimensionaler radiologischer und lasermedizinischer Verfahren“,
- „Experimentelle Nieren- und Kreislaufforschung“
- „Klinische Emotionsforschung“

Die jeweiligen Schwerpunkte weisen zum Teil unterschiedliche Organisationsstrukturen auf. So erfolgt im Rahmen des Herzzentrums Rhein-Neckar und des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim sowie auf der Ebene der Sonderforschungsbereiche eine Koordination der Forschungsprojekte.

Der Schwerpunkt **Kardiovaskuläre Erkrankungen** wurde über drei Jahrzehnte durch Sonderforschungsbereiche geprägt und zuletzt durch den im Jahr 2001 ausgelaufenen SFB 320 „Herzfunktion und ihre Regulation“ getragen. Er befindet sich derzeit in einer Phase der Neuorientierung, die auch mit Neuberufungen einhergeht. Die Fakultät geht davon aus, dass der Schwerpunkt auf der Basis einer zellbezogenen Ausrichtung fortgeführt wird. Bearbeitet werden derzeit arteriosklerotische Läsionen in Verbindung mit entzündlichen Erkrankungen. Im Mittelpunkt stehen hierbei die Signaltransduktionswege und deren therapeutische Beeinflussung u. a durch Wachstumsfaktoren, Gentransfer und pluripotente Stammzellen. Weitere Forschungsgebiete sind Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen sowie Bluthochdruck in der Lungenstrombahn, deren Entstehungsmechanismen im Zellverband sowie auf molekularer und genetischer Ebene erforscht werden. Folgende Einrichtungen waren am Schwerpunkt beteiligt:

Forschungsschwerpunkt Kardiovaskuläre Erkrankungen	
<u>Vorklinische Institute</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Institut für Anatomie und Zellbiologie, Abt. Medizinische Zellbiologie• Institut für Physiologie und Pathophysiologie	<ul style="list-style-type: none">• Abt. Herzchirurgie• Abt. Gefäßchirurgie• Abt. Neurologie
<u>Kliniken</u>	<u>Weitere Universitätseinrichtungen</u>
<ul style="list-style-type: none">• Abt. Innere Medizin I (Endokrinologie)• Abt. Innere Medizin III (Kardiologie)• Abt. Innere Medizin VII (Sportmedizin)	<ul style="list-style-type: none">• Biochemiezentrum• Fakultät für Klinische Medizin Mannheim
	<u>Externe Beteiligung</u> DKFZ

Der Forschungsschwerpunkt **Onkologie** hat aufgrund des seit über 20 Jahren bestehenden Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim (s. S. 9) eine lange Tradition. Im Vordergrund der Forschung stehen Mamakarzinom, Onkologie des Gastrointestinaltraktes, Pankreaskarzinom, Bronchialkarzinom, autologe und allogene Knochenmarktransplantation, Hirn- sowie Kopf- und Halstumore. Dem Schwerpunkt ist auch das Graduiertenkolleg „Tumordiagnostik und –therapie unter Einsatz dreidimensionaler radiologischer und lasermedizinischer Verfahren“ zuzuordnen. Im Rahmen der Kooperation mit dem DKFZ bestehen sogenannte „**Onkologische Kooperations-einheiten**“. Bei diesen durch Rahmenvereinbarung zwischen dem DKFZ und dem Universitätsklinikum etablierten integrativen Strukturen handelt es sich um Abteilungen des DKFZ, die unter Leitung eines Klinikers im Universitätsklinikum angesiedelt sind. Ziel ist es, neue therapeutische Ansätze insbesondere aus der Molekularbiologie zügig in die Praxis einfließen zu lassen. Die Kooperationseinheiten werden zunächst befristet für fünf Jahre eingesetzt. Anschließend entscheidet ein internationales zusammengesetztes Gremium über deren Weiterführung. Die Kooperationseinheiten sind mit eigenen Betten im Klinikum ausgestattet und alle verfügen über Laborräume im DKFZ. Derzeit bestehen am Universitätsklinikum in Heidelberg drei onkologische Kooperations-einheiten: „Molekulare Hämatologie/Onkologie“, „Radio-Onkologie“ und „Nuklearmedizin“.

Forschungsschwerpunkt Onkologie	
<u>Klinisch-Theoretische Institute</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Pathologisches Institut	<ul style="list-style-type: none">• Innere Medizin IV (Gastroenterologie)• Innere Medizin V (Hämatologie)• Kinderklinik III (Onkologie)• Radiologie/Strahlenheilkunde• Orthopädische Universitätsklinik
<u>Kliniken</u>	
<ul style="list-style-type: none">• HNO-Klinik• Kieferchirurgie• Neurologische Klinik• Neurochirurgische Klinik• Allgemeine Chirurgie• Frauenklinik• Hautklinik• MKG-Chirurgie• Innere Medizin III (Allgemeine)	<u>Weitere Universitätseinrichtungen</u> <ul style="list-style-type: none">• Fakultät für Klinische Medizin Mannheim <u>Externe Beteiligung</u> <ul style="list-style-type: none">• DKFZ (einschl. der Klinischen Kooperations-einheiten)• Thorax-Klinik Heidelberg-Rohrbach

Im Forschungsschwerpunkt **Erkrankungen der Niere** steht das chronische Nierenversagen im Vordergrund der grundlagen-, krankheitsorientierten und patientenorientierten Forschung. Eingebunden sind auch die Klinische Forschergruppe der DFG

„Mechanismen der Progression des chronischen Nierenversagens“ und das Graduiertenkolleg „Experimentelle Nieren- und Kreislaufforschung“.

Forschungsschwerpunkt Erkrankungen der Niere	
<u>Kliniken</u> <ul style="list-style-type: none"> • Abt. Innere Medizin I (Endokrinologie) • Kinderheilkunde I (Allgemeine) • Abt. Urologie 	<u>Weitere Universitätseinrichtungen</u> <ul style="list-style-type: none"> • Fakultät für Klinische Medizin Mannheim • ZMBH * <u>Externe Beteiligung</u> <ul style="list-style-type: none"> • DKFZ • Forschungszentrum Karlsruhe

*) Zentrum für Molekulare Biologie Heidelberg

Das Forschungsspektrum des Schwerpunktes **Transplantation** reicht von der Differentialdiagnostik und –therapie der akuten und chronischen Abstoßungsreaktion, über Organkonservierung bis zu Fragen der Mikrozirkulation und Reperfusionsschäden. Hier angesiedelt ist auch der Sonderforschungsbereich 405 „Immuntoleranz und ihre Störungen“.

Forschungsschwerpunkt Transplantation	
<u>Klinisch-Theoretische Institute</u> <ul style="list-style-type: none"> • Abt. Allg. Immunologie und Serologie • Abt. Transplantationsimmunologie <u>Kliniken</u> <ul style="list-style-type: none"> • Abt. Anästhesiologie • Abt. Allg. Chirurgie • Abt. Herzchirurgie • Abt. Experimentelle Chirurgie • Abt. Urologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Abt. Innere Medizin I (Endokrinologie und Nephrologie) • Abt. Innere Medizin III (Kardiologie) • Abt. Innere Medizin IV (Gastroenterologie) <u>Weitere Universitätseinrichtungen</u> <ul style="list-style-type: none"> • ZMBH *) <u>Externe Beteiligung</u> <ul style="list-style-type: none"> • DKFZ

*) Zentrum für Molekulare Biologie Heidelberg

Der Schwerpunkt **Neurologie und Neurowissenschaften** der Medizinischen Fakultät ist in ein ausgeprägtes neurowissenschaftliches Umfeld eingebettet, das von zahlreichen außeruniversitären Einrichtungen geprägt wird. Die Forschungsarbeiten konzentrieren sich auf die molekularen und zellulären Grundlagen des Schlaganfalls sowie auf die Entwicklung und die degenerativen Prozesse des Nervensystems. Die am Schwerpunkt beteiligten Wissenschaftler haben sich zu einem virtuellen Zentrum für Neurowissenschaften (IZN, s. Abschnitt I.2.) zusammengeschlossen. Dem Schwerpunkt sind auch die von der DFG geförderten klinischen Forschergruppen „Zentrale aminerge Systeme und Mechanismen“ und Fokale Hirnischämie und Re

perfusion: Klinisch und experimentell“ zuzuordnen und Arbeitsgruppen beteiligen sich am SFB 488 „Molekulare Grundlagen neuronaler Entwicklungsprozesse“.

Forschungsschwerpunkt Neurologie und Neurowissenschaften	
<u>Vorklinische Institute</u> <ul style="list-style-type: none">• Institut für Anatomie und Zellbiologie, Abt. Neuroanatomie• Institut für Physiologie und Pathophysiologie	<u>Weitere Universitätseinrichtungen</u> <ul style="list-style-type: none">• Zoologisches Institut ¹⁾• Neurobiologie ¹⁾• ZMBH ²⁾
<u>Kliniken</u> <ul style="list-style-type: none">• Abt. Neurologie und Poliklinik• Abt. Neuroradiologie• Abt. Klinische Neurobiologie	<u>Externe Beteiligung</u> <ul style="list-style-type: none">• MPI für Medizinische Forschung• Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI)• EMBL• DKFZ• Fakultät für Klinische Medizin Mannheim

1) von der Fakultät für Biologie der Universität Heidelberg

2) Zentrum für Molekulare Biologie Heidelberg

Im Vordergrund des Forschungsschwerpunkts **Psychosoziale und psychiatrische Erkrankungen** steht die Psychotherapieforschung mit der psychosomatische, psychopathologische, neurobiologische psychologische und sozialpsychologische Forschungsansätze zusammengeführt werden. Hauptgegenstand der Untersuchungen ist der Psychotherapieprozess mit seinen Wirkfaktoren und die Umsetzung unter klinischen Praxisbedingungen. Eingebettet in den Schwerpunkt ist auch das Graduiertenkolleg „Klinische Emotionsforschung“, das gemeinsam mit dem Psychologischen Institut und der Universität Saarbrücken durchgeführt wird. Die Etablierung eines Zentrums für Psychosoziale Medizin mit Beteiligung des DKFZ, des ZMBH, des Deutschen Zentrums für Altersforschung (DZFA) und dem Geriatrischen Zentrum Bethanien ist in Vorbereitung. Zudem besteht eine Kooperation mit dem Schwerpunkt Schmerz (s.u.).

Forschungsschwerpunkt Psychosoziale und psychiatrische Erkrankungen	
<u>Kliniken</u> <ul style="list-style-type: none">• Abt. Allg. Psychiatrie• Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie• Abt. Medizinische Psychologie	<ul style="list-style-type: none">• Abt. Psychosomatik• Abt. Psychosomat. Grundlagenforschung• Abt. Innere Medizin II (Allgemeine Klin. Med.)

Der Forschungsschwerpunkt **Schmerz** gliedert sich unter der Überschrift „Multidimensionalität des chronifizierenden Schmerzes“ in sechs Verbundprojekte. Unter

sucht werden Schmerz bei Querschnittslähmung, postoperativer Schmerz, chronische Schmerzen des muskuloskelettalen Systems, Schmerzentstehung und Schmerzleitung bei neuropathischem Schmerz sowie Kopfschmerz bei Kindern. Die medizinische Fakultät in Heidelberg hat zudem für die experimentelle Schmerzfor- schung eine Stiftungsprofessur (C4) eingeworben.

Forschungsschwerpunkt Schmerz	
<u>Vorklinische Institute</u> <ul style="list-style-type: none">• Institut für Anatomie und Zellbiologie, Abt. Neuroanatomie	<ul style="list-style-type: none">• Abt. Neurologie und Poliklinik• Abt. Neurochirurgie
<u>Kliniken</u> <ul style="list-style-type: none">• Abt. Anästhesiologie• Abt. Innere Medizin II (Allgemeine Klin. Med.)	<u>Weitere Universitätseinrichtungen</u> <ul style="list-style-type: none">• Fakultät für Klinische Medizin Mannheim <u>Externe Beteiligung</u> <p>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mann- heim (ZI)</p>

Der Forschungsschwerpunkt **Infektionsforschung** beschäftigt sich mit Fragen der Vermehrung und Kontrolle von Infektionserregern (Viren, Bakterien, Pilze, Parasiten) und deren molekularen Grundlagen, wobei die quantitative Analyse der Erreger- Wirtsbeziehung im Zentrum steht. Der Schwerpunkt wird im Wesentlichen vom Son- derforschungsbereich 544 „Kontrolle tropischer Infektionskrankheiten“ unter Leitung des Hygiene-Instituts getragen. Eine Kooperation mit den infektiologisch ausgerich- teten Forschergruppen des Interdisziplinären Zentrums für Neurowissenschaften (IZN) sowie mit den Instituten der Biologie im Rahmen des im Aufbau befindlichen Heidelberger Zentrums für Infektionsforschung (s. S. 8) wird angestrebt.

Forschungsschwerpunkt Infektionsforschung	
<u>Vorklinische Institute</u> <ul style="list-style-type: none">• Institut für Anatomie und Zellbiologie, Abt. Medizinische Zellbiologie	<u>Weitere Universitätseinrichtungen</u> <p>Fakultät für Klinische Medizin Mannheim</p> <u>Externe Beteiligung</u> <ul style="list-style-type: none">• EMBL• DKFZ• Max-Planck-Institut für medizinische For- schung
<u>Klinisch-Theoretische Institute</u> <ul style="list-style-type: none">• Abt. Hygiene und Med. Mikrobiologie• Abt. Parasitologie• Abt. Virologie• Abt. Tropenhygiene und öffentliches Gesund- heitswesen	

Der Schwerpunkt **Stoffwechselerkrankungen** ist vor allem an der Universitäts-Kinderklinik und der Inneren Medizin angesiedelt. Im Zentrum des Schwerpunktes stehen Untersuchungen zu monogen bedingten Stoffwechselerkrankungen von Kindern. Eine zentrale Untersuchungsstelle für das Neugeborenen-Screening bildet die Basis für eine moderne Diagnostik und Prävention angeborener Stoffwechselstörungen. Die Forschungsaktivitäten werden künftig auch vom BMBF im Rahmen eines Forschungsnetzwerks gefördert. Mit Blick auf eine zunehmend älter werdende Bevölkerung werden Störungen des Fettstoffwechsels mit Bezug zur Arteriosklerose, Diabetes sowie der Veränderungen des Stoffwechsels des Knochens, des Gehirns und anderer durch die Hypophyse regulierter hormoneller Achsen untersucht. Im Schwerpunkt sind die folgenden Abteilungen zusammengeschlossen:

Forschungsschwerpunkt Stoffwechselerkrankungen	
<u>Klinisch-Theoretische Institute</u>	<u>Externe Beteiligung</u>
<ul style="list-style-type: none">• Abt. Humangenetik	<ul style="list-style-type: none">• EMBL• DKFZ• ZMBH
<u>Kliniken</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Abt. Innere Medizin I (Endokrinologie)• Abt. Innere Medizin IV (Gastroenterologie)• Abt. Kinderheilkunde I (Allg.)	

Darüber hinaus beteiligen sich die Institute und Kliniken der Heidelberger Fakultät an der Vorbereitung zweier SFB-Transregio-Initiativen: „Kardiomyopathie: Molekulare Mechanismen“ in Kooperation mit Lübeck und Berlin, sowie „Mechanisms of microdomain associated cellular lipid trafficking and their role in human diseases“ mit Regensburg und dem Max-Planck-Institut für molekulare Zellbiologie und Genetik in Dresden. Ein Antrag für ein europäisches Graduiertenkolleg unter Federführung der Abteilung für Allgemeine Kinderheilkunde zum Thema „Research and Training Program on Neurometabolic and Neurobehavioral Disorders in Childhood“, an denen sich außerdem Wissenschaftler der Universitäten Amsterdam und Nijmegen beteiligen, ist in Vorbereitung.

Die Abstimmung des wissenschaftlichen Profils mit anderen medizinischen Fakultäten des Landes findet bisher nur in einem begrenzten Rahmen statt. Die Abstimmung wird nach Angaben der Fakultät auch dadurch erschwert, weil die Standorte im Rahmen der leistungsorientierten Zuweisung des Landeszuschusses für Forschung und Lehre (s. Abschnitt VI.4) zueinander in Konkurrenz stehen.

Neben den genannten Schwerpunkten sind zahlreiche Kliniken und Abteilungen sowie Institute in unterschiedlichem Umfang an internationalen Forschungsprojekten beteiligt. Im Zeitraum von 1996 bis 2000 wurden 69 internationale klinische Studien und Verbundvorhaben durchgeführt bzw. abgeschlossen und dauern zum Teil noch an, deren Leitung bei einer Institution des Universitätsklinikums lag. Im gleichen Zeitraum wurden 212 neue diagnostische und therapeutische Verfahren in den Kliniken und Instituten entwickelt, 37 Patente wurden erteilt sowie weitere 33 Patente angemeldet (Angaben einschließlich der Orthopädischen Universitätsklinik).

Im Auftrag des Landes wurde zwischen Februar 2001 und April 2002 die lebenswissenschaftliche Forschung in Baden-Württemberg evaluiert, wobei jedoch die medizinischen Einrichtungen nur teilweise einbezogen wurden. Der Abschlussbericht⁷ kommt zu dem Ergebnis, dass die Universität Heidelberg mit eindeutiger Fokussierung auf den molekularen Biowissenschaften einer der bedeutenden Standorte für Lebenswissenschaften in Deutschland ist. Positiv gewürdigt wurden u.a. die hohe Zahl von Sonderforschungsbereichen, die Bildung leistungsstarker Forschungszentren (ZMBH⁸, BZH⁹, IZN¹⁰, IWR¹¹), die geplante Etablierung des lebenswissenschaftlichen Zentrum BIOQUANT (s. auch S. 49) und die gute Zusammenarbeit mit den Forschungseinrichtungen im Umfeld der Universität (MPI für Med. Forschung, EMBL¹², DKFZ¹³). Angeregt wurde, das Kooperationspotenzial mit dem EMBL auszuschoöpfen und die Vernetzung zwischen Grundlagenfächern und klinischer Forschung weiter zu verbessern. Der Bericht räumt hier jedoch ein, dass diese fehlende Vernetzung sowie die kritisierte mangelhafte Verankerung der Forschung in den Kliniken übergreifende Probleme darstellen, die nicht allein für Heidelberg gelten sondern bundesweit bestehen.

⁷ Querschnittelevaluation der Lebenswissenschaften an den baden-württembergischen Universitäten – Abschlussbericht.

⁸ ZMBM: Zentrum für Molekulare Biologie Heidelberg.

⁹ BZH: Biochemie-Zentrum Heidelberg.

¹⁰ IZN: Interdisziplinäres Zentrum für Neurowissenschaften.

¹¹ IWR: Interdisziplinäres Zentrum für Wissenschaftliches Rechnen.

¹² EMBL: European Molecular Biology Laboratory.

¹³ DKFZ: Deutsches Krebsforschungszentrum.

II.2. Drittmittel

Die Medizinische Fakultät der Universität¹⁴ Heidelberg (einschließlich der Orthopädischen Universitätsklinik) hat im Jahre 2000 Drittmittel in Höhe von insgesamt 35,6 Mio. Euro, darunter 9,2 Mio. Euro von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (25,6 %) eingeworben. Gegenüber 1996 sind damit die Gesamtdrittmittel um 46 % und die Einwerbungen bei der DFG um 59 % gestiegen.

Bezogen auf die Drittmittel bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft entspricht dies einer Einwerbung von rund 7.145 Euro pro Wissenschaftler (in Vollkräften) im Jahr 2000. Im gleichen Jahr wurden zudem 6,8 Mio. Euro beim BMBF eingeworben. Insgesamt wurden im Jahr 2000 193 wissenschaftliche und 257 nicht-wissenschaftliche Vollkräfte über Drittmittel finanziert.

Bei den Drittmitteleinwerbungen sind im Berichtszeitraum 1996 bis 2000 für die Vorklinischen und Klinisch-Theoretischen Institute, insbesondere, das Hygiene-Institut, das Institut für Immunologie, das Institut für Anatomie und das Institut für Humangenetik hervorzuheben. Der Anteil der Vorklinischen und Klinisch-Theoretischen Institute an der Gesamtsumme der Drittmittel (2000) beträgt rund 41 %. Unter den Kliniken zeichnen sich die Medizinische Klinik, die Chirurgische Klinik, die Neurologische Klinik, die Radiologische Klinik und die Kinderklinik durch bedeutende Drittmitteleinwerbungen im Berichtszeitraum aus. Insgesamt stammten im Jahr 2000 rund 54 % (einschließlich Orthopädie) der Drittmittel von öffentlichen Fördereinrichtungen (DFG, BMBF, sonstige öffentliche Förderer) und weitere 32 % aus der Wirtschaft. Detaillierte Angaben zu den eingeworbenen Drittmitteln befinden sich im Anhang (Tabellen 3.1 und 3.2).

Aufgrund der rechtlichen Vorgaben für die Zuteilung des Landeszuschusses für Forschung und Lehre sowie der fakultätsinternen, leistungsbezogenen Zuweisung der Mittel, die sich beide unter anderem an der Höhe der eingeworbenen Drittmittel orientieren, besteht ein Anreiz für die Kliniken und Institute, ihre Drittmitteleinwerbungen

¹⁴ Die Drittmitteleinnahmen der Universität Heidelberg (ohne Medizin) lagen im Jahr 2000 bei rund 34,8 Mio. Euro.

weiter zu erhöhen. Darüber hinausgehende Zielvorgaben für die Drittmittel werden von der Fakultät nicht formuliert.

II.3. Interne Forschungsförderung

a) Antragsbezogene Forschungsförderung

Die Medizinische Fakultät Heidelberg setzt einen Teil des Landeszuschusses für Forschung und Lehre zur Förderung von Einzelprojekten ein (s. auch Diagramm in Abschnitt VI.4.). Ziel der Forschungsförderung ist die Verstärkung international wettbewerbsfähiger, insbesondere auch fächerübergreifender Forschung. Dabei sollen sowohl die klinisch angewandte, patientennahe Forschung als auch die medizinische Grundlagenforschung gefördert werden. Die dazu eingesetzten Fördererelemente sind in der folgenden Übersicht 5 zusammengefasst.

Übersicht 5: Interne, antragsbezogene Forschungsförderung der Medizinischen Fakultät Heidelberg

Förderinstrumente	Juniorantrag	AIP+F ¹⁾ ZiF ²⁾	Fakultätsinterne Forschungsschwerpunkte (FSP)
Zielgruppe	junge Nachwuchswissenschaftler (bis max. 35 Jahre)	promovierte Humanmediziner im Anschluss an das PJ, promovierte Zahnmediziner	etablierte Forscher
Ziele	Nachwuchsförderung und Anschubfinanzierung zur Drittmittelwerbung	Profilbildung der Fakultät und Nachwuchsförderung	Profilbildung der Fakultät und Anschubfinanzierung für größere Drittmittelwerbungen (z.B. Sonderforschungsbereiche, Klinische Forschergruppe)
Dauer in Jahren (ggf. Verlängerung)	1 (2)	2 (-)	3 (3)
Begutachtung	Intern	Intern	Extern
Fördervolumen pro Antrag in Euro	51.100 €	jährlich: 551.000 €	0,5 – 1 Mio. € jährlich/Projekt
Gesamt-Volumen 2000/2001	2,3 Mio. € jährlich	2001: 256 T€ für 10-12 Kollegiaten. Künftig jährlich bis zu 0,5 Mio.€ bei 20 Kollegiaten (Endausbau)	FSP Transplantation: 511 T€ für 2000; FSP Geriatrie: 2000: 332 T€ 2001: 165 T€ FSP „Multidimensionalität des chronifizierenden Schmerzes“: 2000: 890 T€ 2001: 839 T€

1) Seit November 2000 etabliert

2) Neu ab 2002: Instrument auch für Zahnmediziner zugänglich als „ZiF“

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Im Rahmen von Junioranträgen sollen dem akademischen Nachwuchs Anreize zum wissenschaftlichen Arbeiten gegeben und eine Anschubfinanzierung für die Drittmittelwerbung geschaffen werden.

Das Programm zur fakultätsinternen Schwerpunktförderung zielt auf größere, klinikübergreifende Forschungsverbünde, die für mindestens drei Jahre finanziert und wie Sonderforschungsbereiche der DFG extern begutachtet werden. Die Fakultät überarbeitet derzeit die Verfahren und Kriterien zur Definition von Forschungsschwerpunkten. Zunächst sollen unter klinischen und grundlagenorientierten Aspekten diejenigen Schwerpunkte benannt werden, die national eine Spitzenstellung einnehmen.

Zudem sollen Themen identifiziert werden, die zu Schwerpunkten weiterentwickelt werden können.

Das Forschungsprogramm „Arzt im Praktikum und Forschung – AiP+F“ richtet sich an Mediziner im Anschluss an das Praktische Jahr (PJ) und die Promotion und bietet eine zweijährige Ausbildung, an deren Ende sowohl das Ziel des klinischen AiP-Abschlusses als auch die Befähigung zur selbstständigen Forschung erreicht werden soll. Seit 2002 ist das Programm auch für promovierte Zahnmediziner zugänglich. Die Ausbildung besteht aus einer einjährigen klinischen Ausbildung und einer einjährigen betreuten Forschungstätigkeit, während der die Stipendiaten an einem eigenem Forschungsprojekt arbeiten, regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen einschließlich auswärtiger Seminarveranstaltungen wahrnehmen, der Teilnahme an Fachkongressen und ggf. dem Erwerb spezifischer Methoden in einem auswärtigen Institut. Für die Teilnahme an den Veranstaltungen werden die jungen Wissenschaftler von ihrem Institut bzw. ihrer Klinik freigestellt.

Im Jahr 2001 standen im Rahmen der fakultätsinternen Förderungsprogramme 4,9 Mio. Euro entsprechend 4,7 % des Landeszuschusses zur Verfügung. Die Begutachtung der Anträge erfolgt durch die Forschungskommission, der 14 Professoren, darunter der Dekan und der Ärztliche Direktor sowie ein Vertreter des Mittelbaus und ein Studierender angehören. Seit 1994 wurden rund 21,5 Mio. Euro für die fakultätsinterne, antragsbezogene Forschungsförderung aufgewendet.

b) Interne, leistungsorientierte Forschungsförderung

Neben der antragsbezogenen Forschungsförderung aus Mitteln der Fakultät, die sich auf konkrete Forschungsprojekte bezieht und eine interne oder externe Begutachtung einschließt, existiert seit 2001 über eine leistungsorientierte Ermittlung der Abteilungsbudgets für Forschung und Lehre (s. auch Abschnitt VI.4., Interne Budgetierung, S. 57ff.) eine weitere Form der internen Forschungsförderung:

Von den im Rahmen der Trennungsrechnung ermittelten Abteilungsbudgets für Forschung und Lehre wurden 2001 pauschal zunächst 4,2 % einbehalten und einer Um

verteilung nach Leistungskriterien unterzogen. Die Fakultät gibt an, diesen Wert langfristig auf 30 % steigern zu wollen.

Als Leistungsparameter werden Drittmittelinwerbungen, Publikationen und Lehrleistungen erhoben. Drittmittel aus Einrichtungen mit Peer-Review-Verfahren (z.B. DFG, BMBF, manche Stiftungen) werden gegenüber Drittmittel ohne eine solche Begutachtung doppelt gewertet. Die Bewertung der Publikationsleistungen erfolgt in Anlehnung an die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Die Lehrleistung wurde 2002 erstmals anhand der geleisteten Unterrichtsstunden ermittelt. Die so auf Abteilungsebene ermittelten Leistungswerte werden dann in Relation zu den Vollkräften aus dem Budgets für Forschung und Lehre gesetzt. Auf diese Weise werden für jede Abteilung Durchschnittswerte für die pro Wissenschaftler eingeworbenen Drittmittel, die erbrachten Lehrstunden und Impactpunkte ermittelt. Innerhalb jeder dieser drei Kategorien erfolgt eine Normierung dieser Werte, um zu Kennziffern zu gelangen. Bei diesem Verfahren wird der jeweils höchste Wert auf 100 % gesetzt und für alle anderen entsprechende Zahlenwerte ermittelt.

Die so gewonnenen drei Kennziffern für Drittmittel, Lehrleistung und Publikation werden im Verhältnis 3:3:4 gewichtet und zu einer einzigen Kennzahl addiert. Sie ist das Maß für die durchschnittliche Leistung eines „virtuellen Lehrforschers“ in jeder Abteilung. Abschließend wird diese Kennzahl mit der Höhe des Einbehalts gewichtet, so dass der Größe des Forschungs- und Lehrbudgets Rechnung getragen wird. Gemäß der Anteile einer Abteilung an der Gesamtsumme dieser Gewichte werden dann die Einbehalte an die Abteilungen zurückverteilt. 2001 wurden alle Abteilungen anhand dieser Kennziffern untereinander verglichen. Insgesamt wurden rund 2,8 Mio. Euro (entsprechend 4,2 % des Forschungs- und Lehrbudgets, s.o.) leistungsbezogen zugeteilt. Seit 2002 liegt dieser Anteil bei 10 %. Zudem erfolgt der Vergleich der „virtuellen Lehrforscher“ nicht mehr zwischen allen Abteilungen sondern innerhalb von Fächergruppen mit strukturell vergleichbaren Voraussetzungen. Beispiele für diese Vergleichsgruppen sind konservativ-klinische Abteilungen, operativ-klinische Abteilungen, Zahnheilkunde, Theoretische Institute mit sowie solche ohne mittelbare Krankenversorgung.

Unter Berücksichtigung der antragsbezogenen Forschungsförderung und der leistungsbezogenen Budgetzuweisung wurden im Jahr 2001 insgesamt 7,7 (4,9 + 2,8) Mio. Euro (entsprechend 7,3 % des Landeszuschusses) im Rahmen der fakultätseigenen Forschungsförderung aufgewendet.

II.4. Wissenschaftlicher Nachwuchs

Besondere Instrumente der Vorförderung des Wissenschaftlichen Nachwuchses wurden in Heidelberg nicht etabliert, allerdings sind im Rahmen der internen Forschungsförderung der Juniorantrag und das AiP + F-(ZiF)-Programm auf junge promovierte Nachwuchswissenschaftler ausgerichtet. Spezielle, nur auf Nachwuchswissenschaftlerinnen zugeschnittene Programme sind nicht vorhanden.

Seit 1996 waren an der Fakultät Heidelberg insgesamt 161 Habilitationen zu verzeichnen. Der Frauenanteil belief sich in den fünf Jahren bis 2000 auf 17,4 %; er lag bei den Vorklinischen und Klinisch-Theoretischen Instituten bei rund 33 % und in den Kliniken bei 8 %. Seit 1996 wurden insgesamt 1.630 Dissertationen angefertigt, davon 44 % von Frauen. Teilergebnisse von 41 % der Dissertationen wurden in wissenschaftlichen Fachjournalen publiziert.¹⁵ Bezogen auf den Zeitraum von 1997 bis 2000 wurden pro Jahr durchschnittlich 361 Dissertationen angefertigt, davon durchschnittlich allein 74 in der Inneren Medizin.

¹⁵ Die Zahlenangaben zu den Dissertationen erfassen den Zeitraum ab Mai 1996. Die tatsächliche Anzahl der publizierten Dissertationen liegt nach Angaben der Fakultät höher, da nur Arbeiten erfasst wurden, die mindestens mit „magna cum laude“ bewertet wurden.

Übersicht 6: Frauenanteile an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg 1996-2000

	Anzahl	Frauenanteil in %
Studierende ¹⁾	2.955	49,6
Promovenden	1.593	44,3
Habilitanden	161	17,4
Professoren C4 und C3 ²⁾	80	6,3

¹⁾ Durchschnittswerte für den Berichtszeitraum (Human- und Zahnmedizin)

²⁾ Stichtag 31.12.2000

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Im Jahr 2000 wurden 71 Oberärzte für rund 363 Monate (entspricht durchschnittlich 5,2 Monate je Person) sowie 201 Assistenzärzte für insgesamt 1.525 Monate (entspricht durchschnittlich 7,6 Monate pro Person) ganz oder teilweise für Forschungsaufgaben freigestellt.

Insgesamt 10 Promotionsstipendien wurden gewährt. Die Fakultät verfügt derzeit über drei Graduiertenkollegs (s. auch S. 19). In den Jahren 1996 bis 2000 schlossen pro Jahr durchschnittlich 97 (insgesamt 487) Assistenzärzte in Weiterbildung ihre Facharztausbildung ab (vgl. Tabelle 4 im Anhang). Derzeit befinden sich 435 Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt.

II.5. Infrastruktur für Forschung

Die Medizinische Fakultät in Heidelberg nutzt über rund 17.000 m² (NF) als reine Forschungsflächen (entsprechend 10% der Gesamtnutzfläche), weitere rund 8.000 m² (NF) befinden sich in Mischnutzung. Der Anteil der Verfügungslabors an den Gesamtforschungslabors beträgt derzeit 28 % (4.760 m²). Zudem verfügt die Fakultät über 174 Isotopenlabore und weitere Laborräume der Sicherheitsstufen S1 bis S3.

Seit 2000 entscheidet eine gemeinsam von der Medizinischen Fakultät und dem Klinikumsvorstand gebildete Raumkommission über die Vergabe der Flächen. Die Zusammensetzung der Kommission ist so gestaltet, dass die Kommission sowohl über eine Mehrheit im Klinikumsvorstand als auch im Fakultätsvorstand verfügt. Grund

sätzlich erhält jede Abteilung des Klinikums als Grundausrüstung 50 bis 120 m², die der Abteilung als fester Bestandteil zugeordnet sind. Bei Neuberufung werden zusätzlich 300 m² befristet für zwei Jahre zugewiesen und sollen anschließend einer regelmäßigen Begutachtung unterliegen. Darüber hinaus werden Verfügungsflächen auf Antrag vergeben. Die Gewichtung der Anträge richtet sich nach einem Drittmittel-Ranking. Eine Zuteilung von Flächen ist auch an Externe möglich.

Das Zentrale Tierlabor der Universität Heidelberg (ZTL) leistet die Bereitstellung und Überwachung von Versuchstieren für die medizinischen Fakultäten in Heidelberg und Mannheim, die Fakultät für Biologie und das Max-Planck-Institut für Medizinische Forschung. Innerhalb des ZTL mit 4.630 m² stehen 1.600 m² Nutzfläche für die Zucht, Haltung und Überwachung für normale und für genetisch veränderte Mäuse, Ratten sowie andere Kleintiere unter S1-Bedingungen zur Verfügung. Darin enthalten sind auch zwei S2-Bereiche mit je 110 m² Nutzfläche. 80 % der Tierhaltung erfolgt unter SPF- (specific pathogen free)-Bedingungen. Das ZMBH verfügt über 563 m² tierexperimentelle Flächen. Zusätzlich verfügt die Universität über eine Tierfarm in Sandhausen für Großtiere (Hunde, Schweine, Schafe, Katzen) mit Innen- und Außenhaltung (3,5 ha). Eine zweite externe Tierhaltung im sogenannten Landfriedhaus (mit 150 m²) soll in den nächsten Jahren gekündigt werden.

Die Medizinische Fakultät bietet statistische und epidemiologische Methodenberatung durch das Institut für Medizinische Informatik und Biometrie an. Die Abteilung Innere Medizin VI (Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie) vermittelt Qualitätsstandards im Rahmen der GCP-Richtlinien. Zudem erfolgt durch das **Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS)**, das vom BMBF gefördert wird, eine postgraduale Ausbildung zur Medizinischen Biometrie. Es beteiligt sich an der Durchführung klinischer Studien, an der Aufstellung von Studienprotokollen, führt das Monitoring durch und leistet eine konzeptionelle und methodische Beratung von klinikumsinternen Studien unter Berücksichtigung von GCP-Richtlinien.

Neben den jeweiligen Instituts- und Klinikbibliotheken steht auf dem Gelände „Im Neuenheimer Feld“ eine Zweigstelle der Universitätsbibliothek zur Verfügung.

A.III. Lehre

III.1. Daten zu Lehre und Ausbildung

Die medizinische Ausbildung in Heidelberg umfasst den Vorklinischen und den Klinischen Studienabschnitt. Rund ein Fünftel (21,4 %) aller Studierenden der Universität in der Regelstudienzeit sind in Human- und Zahnmedizin eingeschrieben (s. Tabelle 5.2 im Anhang). Nach dem Physikikum wechselt etwa ein Drittel der Studierenden aus Heidelberg nach Mannheim, um dort das Studium fortzusetzen. Die Verteilung der Studierenden auf die beiden Standorte wird bereits vor Beginn des ersten vorklinischen Semesters durch die ZVS vorgenommen.

Im Jahr 2000 (Sommersemester 2000 und Wintersemester 2000/2001) immatrikulierten sich 265 Studierende im Fach Humanmedizin in Heidelberg (ohne die 160 Mannheimer Studierenden des Vorklinischen Studienabschnitts). Im gleichen Jahr verzeichnete die Heidelberger Fakultät 306 Absolventen (vgl. Tabelle 5.1 im Anhang). Mit dem Studium der Zahnmedizin begannen 69 Studierende. 29 Studierende konnten diesen Studiengang abschließen. Die Gesamtzahl der Studierenden der Humanmedizin bei der Fakultät in Heidelberg ist seit 1996 um rund 6,8 % auf 2.404 im Jahr 2000 gesunken. Im gleichen Zeitraum hat sich auch die Anzahl der Studierenden der Zahnmedizin um 7,3 % auf 452 reduziert.

Der Anteil der weiblichen Studienanfänger hat sich im Betrachtungszeitraum kontinuierlich erhöht und liegt für die Humanmedizin im Jahr 2000 bei knapp 59 %, für die Zahnmedizin bei rund 66 % (Durchschnittswert von 1996-2000: 56,4 %). Derzeit sind über 52 % der Studierenden der Humanmedizin Frauen (Zahnmedizin: über 53 %). Auch der Anteil der ausländischen Studierenden ist im Betrachtungszeitraum kontinuierlich gestiegen: in der Humanmedizin auf 11 %, in der Zahnmedizin auf 13 %.

Der Anteil der Langzeitstudierenden reduzierte sich in den vergangenen Jahren in der Humanmedizin (Fachsemester ≥ 16) von 12 % auf 8,5 %, in der Zahnmedizin (Fachsemester ≥ 14) von 5,3 % auf 4,4 %. Die durchschnittliche Fachstudiendauer

betrug 1998 in der Humanmedizin¹⁶ 14,0 Semester und lag damit ein Semester über dem Median des Bundesdurchschnitts.¹⁷ Die durchschnittliche Fachstudiendauer für Absolventen der Zahnmedizin¹⁶ betrug in Heidelberg 11,0 und lag damit um 0,4 niedriger als im Bundesschnitt.

Im Vergleich der Ergebnisse der Staatsexamina (1. und 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung) liegen die Leistungen der Heidelberger Studierenden über dem Bundesdurchschnitt. Seit 1996 hat Heidelberg wiederholt den ersten Rang bei den Ärztlichen Vorprüfungen sowie im 1. und 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung wiederholt Ränge innerhalb der ersten zehn Universitäten Deutschlands belegt. Für die Ausbildung im dritten klinischen Studienabschnitt (Praktisches Jahr) stehen am Klinikum Heidelberg sowie an 24 Akademischen Lehrkrankenhäusern mit etwa 10.000 Betten insgesamt 292 Plätze davon 150 am Klinikum zur Verfügung.

Die Zusammenarbeit mit den Akademischen Lehrkrankenhäusern ist auf Grundlage von Verträgen geregelt. Die Fakultät besitzt insofern Mitwirkungsrechte bei der Besetzung von Chefarztpositionen, als sie den in die engere Wahl kommenden Bewerber die Lehrbefähigung bescheinigen muss. Die Lehrkrankenhäuser beteiligen sich an Vorlesungen, Seminaren und am „bedside teaching“ im Rahmen des neuen, klinischen Curriculums „heicumed“ (s. Abschnitt III.2). Zudem werden Klinische Untersuchungskurse als dreiwöchige Blockkurse durchgeführt. Die Akademischen Lehrkrankenhäuser bilden eine Lehrkrankenhauskommission der Fakultät, die zweimal jährlich tagt. Sie sind zudem in die durchgeführte Lehrevaluation einbezogen (vgl. Abschnitt III.3.).

Die außeruniversitären Großforschungseinrichtungen (DKFZ, EMBL, Max-Planck-Institut für Medizinische Forschung) sind überwiegend in die Betreuung von Doktoranden eingebunden. Zudem soll künftig im Rahmen von „heicumed“ (vgl. Abschnitt III.2.) ein vierwöchiges Wahlpflichtmodul an den Forschungseinrichtungen gestaltet werden.

¹⁶ Wissenschaftsrat: Entwicklung der Fachstudiendauer an Universitäten von 1990-1998, Drs. 4770-01, Köln, 2001.

¹⁷ Die Studienzeiten der Heidelberger und Mannheimer Studierenden wurden nicht getrennt erfasst.

Die Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin erfolgt derzeit über Lehrbeauftragte der Fakultät. 2001 wurde zudem eine C3-Professur für Allgemeinmedizin besetzt. Ein vorklinisches Hospitationsprogramm sieht für alle Heidelberger Studierenden ein viertägiges Hausarztpraktikum mit Begleitseminaren und POL-(Problemorientiertes Lernen)-Tutorien vor. Im Klinischen Ausbildungsabschnitt wird die Allgemeinmedizin mit dem Block für Innere Medizin verzahnt. Ab 2003 ist ein fünftägiges Klinisches Hausarztpraktikum geplant. Die kooperierenden Praxen erhalten für die erbrachten Lehrleistungen eine Vergütung je Praktikumstag und Student.

III.2. Lehrkonzept

heicumed – Klinischer Ausbildungsabschnitt

Die Medizinische Fakultät Heidelberg hat seit 1998 ein neues, klinisches Curriculum – Heidelberger Curriculum Medicinale (heicumed) – entwickelt, das zum Wintersemester 2001/02 in Kraft getreten ist. Bei heicumed handelt es sich um ein themenzentriertes Kursprogramm, das in fünf Themenblöcke von 12 bis 20 Wochen Dauer unterteilt ist, die ihrerseits wieder je vier bis fünf Kursmodule von 2 bis 4 Wochen enthalten. Die Studierenden rotieren in Gruppen von 25 bis 55 Teilnehmern durch die Module. Ziel dieses neuen Curriculums ist es, über eine durchgehend tutorielle Betreuung der Studierenden in kleinen Gruppen einen deutlich verbesserten Praxisbezug sowie eine stärkere Vermittlung von sozialer und kommunikativer Kompetenz zu erreichen. Verbunden damit ist die Einführung und Erprobung neuer Lern- und Prüfungsformen durch den Einsatz neuer Medien und das Problem-orientierte Lernen (POL). Prüfungen sind nach anglo-amerikanischem Vorbild in Form einer „objective structured clinical examination (OSCE)“ vorgesehen, bei der die Leistung der Studierenden bei der Untersuchung von Simulationspatienten bewertet werden. Zudem möchte die Fakultät eine Anpassung des Studienverlaufs an internationale Standards und eine Erleichterung des studentischen Austausches durch das ganzjährige Angebot von Kursmodulen sowie eine Verdichtung des Studienjahres und eine damit verbundene Verkürzung der Studienzeiten erreichen.

Am Beginn der klinischen Ausbildung steht ein „propädeutischer Block“, der Grundlagen in Pathologie, Pharmakologie, Mikrobiologie, Immunologie, Klinischer Chemie, Radiologie sowie einen Untersuchungskurs umfasst. Es folgen Blöcke für Innere Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie, Allgemeine Innere Medizin/Endokrinologie, Hämatologie/Onkologie/Rheumatologie und Nephrologie) und für Chirurgie (mit Herz-Thorax-Chirurgie/Plastischer Chirurgie, Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie/Urologie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Anästhesiologie/Notfallmedizin). Die anschließenden zwei Blöcke beinhalten Neurologie, Psychiatrie/Psychosomatik, HNO/Ophthalmologie, Dermatologie/Allergologie, Infektiologie bzw. Gynäkologie, Pädiatrie/Kinderchirurgie, Ökologie und ein Wahlpflichtfach. Das erste Staatsexamen ist nach Beendigung der ersten beiden Themenblöcke, das zweite Staatsexamen nach weiteren drei Themenblöcken sowie einem zehnmonatigen Freiraum für eine wissenschaftliche Tätigkeit (v. a. experimentelle Vorarbeiten für eine Dissertation) vorgesehen. Dieser Freiraum kann bei Bedarf verlängert werden. Inhaltlich stellen die Kursmodule auf die Vermittlung des Wissens und der Fähigkeiten und Fertigkeiten ab, die für den Arzt für Allgemeinmedizin essentiell sind. Den Rahmen bilden tägliche Seminare/Vorlesungen über grundlegende Leitsymptome sowie Tutorien, in denen fallbasiert und orientiert an den Leitthemen die Grundprinzipien der Diagnostik und Therapie erarbeitet werden. In alle klinischen Module integriert werden die Bereiche Spezielle Pathologie, Spezielle Pharmakologie, Genetik und bildgebende Verfahren angeboten.

Das Curriculum und seine Module wurden von Heidelberger Dozenten entwickelt, die dazu im Rahmen einer Kooperation mit der Harvard Medical School bis 2001 in mehrwöchigen Studiengängen in Boston geschult wurden. Die Fakultät hat für diese Schulung rund 631.000 Euro aufgewendet. Die Kosten für heicumed belaufen sich in der Etablierungsphase bis 2003 auf jährlich zusätzlich etwa 2 Mio. Euro für Investitionen und Personal. Ab 2004 wird mit einem Zusatzbedarf von jährlich etwa 0,75 Mio. Euro gerechnet. Vergleichbare Ansätze zur Neugestaltung des zahnmedizinischen Studiengangs gibt es nicht.

Vorklinischer Ausbildungsabschnitt

Voraussetzung für heicumed ist ein durchgehendes Studienjahr mit längeren Unterbrechungen der Ausbildung nur noch in der Sommerpause, wie es im europäischen Ausland üblich ist. Zur Vorbereitung von heicumed ist die Fakultät daher im Oktober 1999 von einer semesterweisen Zulassung auf eine Jahreszulassung jeweils zum Wintersemester übergegangen. Diese Umstellung hat die Fakultät zum Anlass genommen, auch das vorklinische Curriculum neu zu strukturieren. Dabei wurde zunächst der Aufbau der Vorklinik in Form von vier Ausbildungsschienen neu gestaltet. Das vorklinische Studium beginnt mit Vorlesungen und Kursen zur makroskopischen und mikroskopischen Anatomie, die stark medizinisch ausgerichtet sind, um sich positiv auf die Motivation der Studienanfänger auszuwirken. Die zweite Ausbildungsschiene beginnt im zweiten Halbjahr des ersten Studienjahres mit Chemie und Biochemie. Ihr folgt ab dem zweiten Studienjahr die Schiene Physik/Physiologie. Die großen vorklinischen Praktika schließen in der Mitte des vierten Halbjahres ab, um den Studierenden genügend Zeit für die Vorbereitung auf die Ärztliche Vorprüfung (Physikum) einzuräumen. Begleitet wird die vorklinische Ausbildung durch das Hospitationsprogramm in Allgemeinmedizinischen Praxen (siehe oben). Ziel dieser Umstellung war eine enge zeitliche und inhaltliche Verflechtung der vorklinischen Kernfächer mit den korrespondierenden naturwissenschaftlichen Fächern. Zudem berücksichtigen die Studieninhalte die neuen wissenschaftlichen Entwicklungen vor allem in der Molekularbiologie und sollen durch das Hospitationsprogramm eine frühzeitige Heranführung der Studierenden an das ärztliche Berufsfeld und eine zunehmende Verknüpfung vorklinischer und klinischer Studieninhalte begünstigen.

Neue Medien, weitere Studienangebote, Austauschprogramme

Die Fakultät plant im großen Umfang den Einsatz neuer Medien in der Lehre und beteiligt sich seit 1999 an der Entwicklung von web-basierten problem- und fallorientierten Lernumgebungen. Zur Zeit laufen dazu an der Fakultät mehrere Projektentwicklungen. Im Rahmen von „CAMPUS“ werden Lernfälle aus dem Klinikalltag multimedial aufbereitet und für die Studierenden sowohl über das Netz als auch als CD-ROM zur Verfügung gestellt. Die Lern- und Lehrumgebung beinhaltet Anamneseer

hebungen, Untersuchungsmethoden sowie Diagnose- und Therapiemaßnahmen. Das Programm wurde im Jahr 2002 als beste neue medizinische Lernsoftware ausgezeichnet. Im Rahmen von „Med.Live“ werden multimedial aufbereitete Kurse, digitale OP-Videos und Symposien aus den chirurgischen Fächern in einer multimedialen Wissensdatenbank zusammengeführt. Mit „Web-CT“ wird ein spezifisches Internet-Lernportal zur web-basierten Unterstützung des Curriculums entwickelt. Die Koordination dieser neuen Computer-gestützten Lehrmodule erfolgt innerhalb der Medizinischen Fakultät über das Studiendekanat. Eine Zusammenarbeit mit den anderen medizinischen Fakultäten erfolgt z.T. über vom Ministerium (MWK) ausgeschriebene Projekte zur Verstärkung der Lehre. Ein spezielles EDV-Schulungsangebot für Medizinstudierende ist bislang nicht etabliert worden. Es ist jedoch beabsichtigt, die Vermittlung von Informations- und Wissensmanagementkompetenzen als Zusatzangebote in das Curriculum zu integrieren.

Zusätzlich zu den Studiengängen Human- und Zahnmedizin wird in Heidelberg seit 1972 ein gemeinsam von der Fachhochschule Heilbronn und der Medizinischen Fakultät Heidelberg ausgerichteter Studiengang für Medizinische Informatik angeboten. Zudem besteht ein Masterstudiengang „Medizin und Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern“ und ein Masterstudiengang „Informationsmanagement in der Medizin“. Weitere Weiterbildungsangebote befinden sich in Planung wie z.B. der „European Master in International Health“ und „Kunsttherapie“.

Im Rahmen internationaler Austauschprogramme können jährlich 70 bis 80 Heidelberger Studierende Auslandsaufenthalte zwischen vier Monaten und einem Jahr realisieren.¹⁸ Kooperationsländer sind Belgien, China, Frankreich, Italien, Mexiko, Niederlande, Österreich, Schweden, Schweiz, Spanien, Ungarn und die USA. Die Fakultät gibt an, dass mehr als die Hälfte der Studierenden einen oder zwei Abschnitte des PJ überwiegend in den USA verbringen. Im Gegenzug nimmt die Fakultät regelmäßig 80 bis 100 ausländische Gaststudierende für Studienaufenthalte von einem Monat bis zu einem Jahr auf.

¹⁸ Die Fakultät beteiligt sich auch am Sokrates-Programm sowie am ISAP-Programm des DAAD.

III.3. Evaluation der Lehre

Die Organisation und Evaluation der Lehre¹⁹ obliegt dem Studiendekanat unter der Leitung des Studiendekans, der in Heidelberg für vier Jahre gewählt wird. Im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Klinischen Curriculums wurde in Heidelberg eine umfassende Evaluation des alten Unterrichtssystems durchgeführt, um eine Vergleichsbasis für die Beurteilung von heicumed zu schaffen und Defizite aufzudecken. Hierzu wurde 1999 eine externe Online-Evaluation durchgeführt, in die Semesterkohorten kurz vor einer der Zwischenprüfungen einbezogen wurden. Sowohl der Vorklinische als auch die drei Klinischen Studienabschnitte (einschließlich PJ) wurden einbezogen. Die Ergebnisse der Evaluation wurden in Berichtsform veröffentlicht und in der Studienkommission mit den Betroffenen besprochen.

Die Fakultät führt aus, dass die Evaluationen eine gute Schwachstellenanalyse der Lehre geboten und sich als äußerst hilfreich für die weitere Curriculumplanung erwiesen haben.

Als Anreizinstrumente zur Verbesserung der Lehre hat die Fakultät 2001 erstmals für 51.000 Euro Lehrpreise an bewährte Dozenten vergeben und zusätzlich Weiterbildungskurse finanziert. Zudem wurden Dozenten für ihr besonderes Engagement bei der Entwicklung von heicumed ausgezeichnet. Die Ergebnisse der externen Evaluationen sollen zukünftig wesentliche Grundlage für die Preisvergabe sein. Ab 2002 wird bei der leistungsbezogenen Mittelvergabe auf Abteilungsebene ein Bonus für besonders gut bewertete Lehre vorgesehen.

Darüber hinaus setzen Fachschaft und Fakultät das Instrument der internen Evaluation als Standardverfahren bei Probevorlesungen im Rahmen von Berufungsverfahren ein. Die Studierenden sind über die Studienkommission in die Planung und Evaluation der Lehre eingebunden. Sie sind auch in allen Arbeitskreisen und Unterkommissionen zur Entwicklung des neuen klinischen Curriculums vertreten.

¹⁹ Die Durchführung der Lehrevaluation ist Aufgabe der Studienkommission unter Leitung des Studiendekans und gesetzlich verankert (§§ 4a Abs. 2, 25 Abs. 4 und 125a Abs. 4, UG).

Im Jahr 2000 hatte das Land – bisher bundesweit einmalig – eine „Sachverständigenkommission zur Bewertung der Medizinischen Ausbildung (BeMA)“ eingesetzt, die – als Basis für eine künftige leistungsorientierte Mittelverteilung des Landes – u. a. möglichst einfache, transparente und praktikabel Kriterien zur Bewertung der medizinischen Ausbildung durch das Ministerium entwickeln sollte (s. Abschnitt VI.3). Die BeMA-Kommission hat im Dezember 2001 einen ausführlichen Bericht²⁰ vorgelegt, der auch standortbezogene Bestandsaufnahmen und Empfehlungen enthält. Der Bericht hebt die Vorreiterrolle Heidelbergs bei der Entwicklung moderner Unterrichtskonzepte insbesondere im Klinischen Ausbildungsabschnitt, das attraktive akademische Klima, die ausgeprägte Promotionskultur und die guten IMPP-Ergebnisse der Studierenden hervor. Bemängelt wird eine unzureichende Integration der Vorklinik in das neue Lehrkonzept und das Fehlen einer Ausbildungsordnung für das Praktische Jahr (PJ). Die Kommission empfahl u. a., das Verhältnis von Studierenden und Lehrkörper zu verbessern, die Studierenden stärker am Evaluationsprozess und dessen Ergebnissen zu beteiligen, den Vorklinischen Studienabschnitt in die Reformbestrebungen einzubeziehen und eine Grundsatzdiskussion um ein eindeutiges Ausbildungsziel zu führen. Konkreten Handlungsbedarf aufgrund dieser Empfehlungen sieht die Fakultät derzeit nicht. Sie verweist auf den mit der Einführung von heicumed verbundenen großen personellen und finanziellen Ressourceneinsatz der vor dem Hintergrund der guten IMPP-Leistungen bei der Ärztlichen Vorprüfung mittelfristig keine weiteren Reformprojekte ermögliche.

III.4. Infrastruktur der Lehre

Die Hörsäle und Seminarräume sind über das Klinikgelände auf die großen Kliniken und das Theoretikum verteilt. Insgesamt verfügt die Fakultät über drei große Hörsäle (mit mehr als 300 Sitzplätzen) und sieben mittlere Hörsäle mit 100 bis 200 Plätzen. Hinzu kommen 30 Seminarräume und 33 Kursräume unterschiedlicher Größe. Im Zusammenhang mit der Einführung von heicumed ist ein Mangel an Räumlichkeiten

²⁰ Medizinische Ausbildung in Baden-Württemberg, Bericht der Sachverständigenkommission zur Bewertung der Medizinischen Ausbildung (BeMA), Aktuelle Reihe, Nr. 11, Hrsg.: Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg, Stuttgart, 2001.

für den Kleingruppenunterricht entstanden. Die Fakultät hat daher große Seminarräume mit flexiblen Trennwänden ausgestattet, um die Kapazität für Gruppenunterricht zu erhöhen. Vorübergehend werden auch Räume für die Lehre angemietet. Nach Bezug des Neubaus für die Innere Medizin im Jahre 2003 wird ein weiteres großes Unterrichtszentrum für die Medizin zur Verfügung stehen.

Alle Institute und Kliniken verfügen über Bibliotheken, die Studierenden und Doktoranden zugänglich sind. Die Zweigstelle der Universitätsbibliothek hält zudem eine Lehrbuchsammlung sowie PC-Arbeitsplätze vor. Im Bereich des Hygiene-Instituts ist ein CIP-Pool mit 23 Arbeitsplätzen als zentrales CBT-(Computer Based Training)-Labor eingerichtet, das multimediale Lehrformen bereitstellt. Weitere CBT-Labors bestehen in der Kinderklinik, in der Chirurgischen Klinik und der Hautklinik. Zudem wurden im Histologiesaal des Anatomischen Instituts 75 internetfähige Computerarbeitsplätze eingerichtet.

Das Budget des Studiendekans belief sich im Jahre 2001 auf 3,5 Mio. Euro. Finanziert davon wurden Investitionen für Praktika, die Ausstattung von Lehrräumen, aber auch das Lehrpersonal wie Tutoren und Lehrbeauftragte (s. auch Investitionen für heicumed S. 37), die externe Evaluation, das Dozententraining, die Lehrkrankenhäuser sowie die CBT-Entwicklung. Über Anträge zur Beschaffung von Lehrmaterialien entscheidet die Studienkommission.

A.IV. Krankenversorgung

Das Universitätsklinikum ist im Krankenhausplan des Landes als Krankenhaus der Maximalversorgungsstufe geführt. Schwerpunkte der Krankenversorgung sind die Onkologie in allen Fachgebieten, die Kardiologie und Kardiochirurgie (einschließlich Kinderherzchirurgie), Neurochirurgie und Neurologie, sowie Strahlentherapie. Zudem weist der Krankenhausplan das Universitätsklinikum als Transplantationszentrum für Leber, Herz, Niere und Stammzellen, als Tumorzentrum (zusammen mit dem Universitätsklinikum Mannheim), als Perinatalzentrum, als Geriatrisches Zentrum und als Sozialpädiatrisches Zentrum aus.

Mit der für 2002 geplanten Einführung des auf Patientenklassifikationen beruhenden Fallpauschalsystems (DRG-System) erwarten Fakultät und Klinikum große organisatorische und strukturelle Veränderungen, die sich insbesondere in einer Senkung der Bettenzahl, einer Verkürzung der Verweildauer und einer Zunahme ambulanter Behandlungen bemerkbar machen werden.

Gemäß der Gewinn- und Verlustrechnung²¹ für das Jahr 2000 hat das Klinikum Erlöse (Einnahmen) aus Krankenhausleitungen in Höhe 267,2 Mio. Euro und aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses in Höhe von 18,9 Mio. Euro erzielt.

IV.1. Stationäre Krankenversorgung

Die Anzahl der voll- und teilstationären Planbetten am Universitätsklinikum Heidelberg liegt seit 1996 konstant bei 1.685, davon waren im Jahr 2000 209 Intensivbetten (64 mehr als 1996). Mittelfristig wird eine Absenkung der Planbettenanzahl auf deutlich unter 1.500 angestrebt. Die Anzahl der vollstationären Fälle²² lag im Jahr 2000 mit 59.981 um 9,2 % über dem Wert von 1996. Im gleichen Zeitraum hat auch die Anzahl der teilstationären Fälle im Budgetbereich von 12.800 um 247 % auf 31.700 zugenommen. Der Nutzungsgrad der Planbetten hat sich im Berichtszeitraum von 80,6 % auf 84,1 % erhöht, während die Verweildauer von 9,0 auf 8,1 Tage sank (vgl. Tabelle 6.2 im Anhang).

Bezogen auf die im Jahr 2000 aufgestellten 1.641 Betten lag die Auslastung bei 80,9 % (s. Tabellen 6.1 im Anhang). Überdurchschnittliche Auslastungen zeigten im stationären Bereich die Psychiatrische Klinik, die Psychosomatische Klinik, die Anästhesiologie, die Innere Medizin (Gastroenterologie und Hämatologie) und im teilstationären Bereich, die Onkologie, Hämatologie und Rheumatologie sowie die Dialyse. Einen Überblick über die Auslastung und Verweildauer der einzelnen Abteilungen des Klinikums im Jahr 2000 gibt Tabelle 6.3 im Anhang.

²¹ Quelle: Beteiligungsbericht 2001 des Landes Baden-Württemberg.

²² Berechnet als vollstationäre Fälle im Budgetbereich + Fälle mit Fallpauschalen.

Für die 320 Planbetten der Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg lag die Auslastung im Jahre 2000 bei 82,6 %. Insgesamt wurden 5.621 vollstationäre Fälle²² behandelt und damit rund 6,5 % mehr als 1996 (s. Tabellen 6.1 bis 6.3 im Anhang).

Im Zuge der rechtlichen Verselbstständigung des Universitätsklinikums und dessen Umwandlung in eine Anstalt des öffentlichen Rechts wurde auch eine Umstrukturierung der Pflegeorganisation vorgenommen. Wesentliches Instrument zur Verschlan-
kung der Organisation war eine Reduktion der Hierarchieebenen. Die Aufgabe der Pflegedienstleitung besteht jetzt in der bereichsbezogenen Planung und Organisation des Personaleinsatzes, der Personalbudgetverantwortung, der Durchführung von Personalentwicklungsmaßnahmen und dem Controlling. Dabei sind die Pflegedienstleitungen auf der Ebene der Kliniken angesiedelt. Unmittelbar darunter folgen die Stationsleitungen, deren Kompetenzen erweitert wurden. Sie sind für den Personaleinsatz, die Ablauforganisation im Behandlungsprozess, die Beurteilung und Qualifikation der Mitarbeiter, die Überwachung hygienischer Maßnahmen und die wirtschaftliche Nutzung der Ver- und Gebrauchsgüter verantwortlich. Die oberste Leitung über die Pflege liegt bei der Pflegedirektion auf der Ebene des Klinikums. Die Praxis der zwei vergangenen Jahre, den kleineren Kliniken eine eigene Pflegedienstleitung voranzustellen, hat sich nicht bewährt, so dass derzeit geplant ist, offene Pflegedienstleitungen durch eine Zusammenführung vorzunehmen. Auf diese Weise sollen Personal- und Budgetverantwortung kleinerer Kliniken bei räumlicher Nähe besser gesteuert und Kompetenzen weiter gebündelt werden.

IV.2. Ambulante Krankenversorgung

14 Kliniken sowie sieben Institute beteiligen sich an der ambulanten Krankenversorgung, in deren Rahmen im Jahr 2000 304.922 Quartalsfälle behandelt wurden und damit 7,6 % mehr als im Vorjahr. Darunter waren 18.093 Behandlungen in der Mund-, Zahn- und Kieferklinik. Das Klinikum Heidelberg verfügt als einziges Universitätsklinikum Deutschlands über offene Polikliniken und benötigt daher keine Instituts- oder Poliklinikermächtigungen.

Es werden 176 Spezialambulanzen von insgesamt 51 Abteilungen bereitgestellt, davon waren 41 Privatsprechstunden. Nach Angaben des Universitätsklinikums verursachten die Ambulanzen nach wirklichkeitsnahen Schätzungen Kosten in Höhe von 40 bis 45 Mio. Euro. Dem standen im Jahr 2001 Einnahmen in Höhe von rund 29,5 Mio. Euro gegenüber. Das Universitätsklinikum geht davon aus, dass die Querfinanzierung der Ambulanzaufwendungen aus dem stationären Ertragsbudget erfolgt ist.

A.V. Ausbauplanung

V.1. Derzeitiger Ausbaustand

Das Universitätsklinikum Heidelberg ist geprägt durch eine räumliche Trennung der Standorte „Altklinikum Bergheim“ und „Im Neuenheimer Feld“. Die Grundstruktur in Bergheim bilden im Wesentlichen Altbauten aus den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts. Die Einrichtungen sind dort weitgehend in Einzelgebäude zersplittert, die nach Angaben der Fakultät logistisch und technisch nur schwer zu bewirtschaften sind. Zur Zeit befinden sich in Bergheim die Medizinische Klinik und Poliklinik, die Psychiatrie, die Psychosomatik, die Frauenklinik, die Hautklinik, das Nierenzentrum, die Blutspendezentrale, die Arbeits- und Sozialmedizin sowie die Rechtsmedizin.

Aufgrund der baulichen Situation wurde bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts beschlossen, Neubauten für Fakultät und Klinikum im Neuenheimer Feld anzustreben. 1939 wurde dort die Chirurgische Universitätsklinik eingeweiht und in den 60er Jahren um einen Ambulanzbau erweitert. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde ein Teil der Kinderklinik (die Infektiologie) ins Neuenheimer Feld verlagert und 1966 um ein Hochhaus für die Universitätskinderklinik ergänzt. Mitte der 60er Jahre wurde auch das Pathologische Institut im Neuenheimer Feld in Betrieb genommen. 1974 wurden mit der Einweihung des Theoretikums die Vorklinischen Einrichtungen am neuen Standort zusammengefasst mit Ausnahme der Rechtsmedizin, des Pathologischen Instituts und des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin. Seit 1986 beliefert das Versorgungszentrum Medizin alle Einrichtungen der Medizin mit Gütern des medizinischen Bedarfs sowie mit Wäsche und Speisen. Ein Jahr später ging die Kopfklinik mit den Fachgebieten Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neurologie, Neurochirurgie, Au

genheilkunde, Strahlenheilkunde und mit der Mund-, Zahn- und Kieferklinik in Betrieb. Dieses Gebäude stellt die erste Anlage des sogenannten „Heidelberger Rings“ auf dem Neuenheimer Feld dar, das in den folgenden 20 bis 30 Jahren schrittweise zu einem ringförmig angelegten Areal untereinander verbundener Kliniken ausgebaut werden soll (vgl. Abschnitt V.2.). Im Jahr 2000 wurde der Versorgungsbereich Klinische Forschung mit rund 900 m² bei der Kinderklinik fertiggestellt und im Jahr 2001 das Otto-Meyerhof-Zentrum für Klinische Forschung. Das Otto-Meyerhof-Zentrum enthält neben den Laborbereichen für klinische und biomedizinische Grundlagenforschung (rund 2.400 m²) auch Flächen für die ambulante Krankenversorgung und soll eine bessere Verzahnung zwischen Wissenschaft und ambulanter Krankenversorgung ermöglichen. Insgesamt verfügt das Universitätsklinikum Heidelberg über rund 185.000 m² Nutzfläche, davon etwa 71 % im Neuenheimer Feld.

Die einzelnen Gebäude des Klinikums sind über moderne EDV-Strukturen im Rahmen eines „Backbones“ vernetzt. Dabei folgt ständig ein Ausbau des Kommunikationsnetzes sowie eine Modernisierung der Netzwerktechnik und Erweiterung der vorhandenen Bandbreiten. Ein modernes Klinik-Informationssystem (KIS) unterstützt alle wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung im stationären wie im ambulanten Bereich. Darüber hinaus existieren zahlreiche abteilungsspezifische EDV-Strukturen, so beispielsweise für die Herzchirurgie, die Neonatologie, die Strahlentherapie und das Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim. Ein Radiologie-Informationssystem (RIS) befindet sich bereits in Betrieb, ein HBMG-Antrag zur Beschaffung eines PACS (Picture Archiving and Communication Systems) ist gestellt. Die EDV-Systeme an den Universitätsklinika in Heidelberg und Mannheim sind nicht kompatibel.

V.2. Vordringliche Bauprojekte

Als vordringliche Bauprojekte sind die Klinikneubauten des „Heidelberger Rings“, insbesondere die Kinder-, Frauen- und Hautklinik aufzufassen. Mit Ausnahme der Kinderklinik ist jedoch mit einer zeitnahen Realisierung dieser Vorhaben nicht zurechen (s. unten „Mittel- und langfristige Perspektive“).

Das Land beantragte für das Universitätsklinikum in Heidelberg Vorhaben mit einem Gesamtvolumen von rund 160 Mio. Euro zur Aufnahme in den 31. Rahmenplan (Kategorie I). Hierbei handelte es sich meist um kurzfristige Maßnahmen, die zum größten Teil bereits in der Umsetzung sind und im Folgenden kurz beschrieben werden (s. auch Tabelle 7 im Anhang).

Die Fakultät berichtet, dass mit Hilfe des Ausbaus des EDV-Systems (Key-Nr. 128)²³ flächendeckend ein Klinisches Arbeitsplatz-System (ISH-Med) eingeführt wird, das bis 2002 auch einen mobilen klinischen Arbeitsplatz bereitstellen soll. Dieser mobile klinische Arbeitsplatz soll die „elektronische Visite“ ermöglichen, die nach Angaben des Klinikums vor Inbetriebnahme des Neubaus der Inneren Medizin (2004) eingeführt werden muss. Darin enthalten sind alle Dokumentationen, die üblicherweise heute mit konventionellen Systemen durchgeführt werden. Zur Implementierung ist eine flächendeckende Verkabelung eines Funknetzes und die Installation mobiler Geräte notwendig. Die Installation des Funknetzes auf allen Stationen, in Klinisch-Theoretischen Instituten und dem Versorgungszentrum soll im Oktober 2001 abgeschlossen sein, so dass ab Ende 2002 die elektronische Patientenakte flächendeckend zum Einsatz kommen soll. Zudem gibt das Klinikum an, dass auch eine elektronische Datenübermittlung zu den Lehrpraxen sowie zu den Akademischen Lehrkrankenhäusern geplant sei.

Umbaumaßnahmen sind in der Chirurgischen Klinik vorgesehen, für die ein Sanierungskonzept seit Mitte der 80er Jahre existiert. Bis zum Jahre 2003 ist eine Reduktion der Gesamtbettenzahl von 402 schrittweise auf 290 inklusive der Anästhesiologischen Klinik vorgesehen.

Der nunmehr 4. und letzte Bauabschnitt der Sanierungsmaßnahmen in der Chirurgischen Klinik (Key-Nr. 224) umfasst insgesamt neun Teilabschnitte, die bei laufendem Betrieb realisiert werden sollen. Die Sanierung erstreckt sich auf einen Zeitraum von acht Jahren.

²³ Die verwendeten Key-Nr. beziehen sich auf die Systematik des Rahmenplans, s. auch Tabelle 7 im Anhang.

Weitere umfangreiche Umbaumaßnahmen (Gesamtkosten 33,5 Mio. Euro) stehen in der Kinderklinik (Key-Nr. 178) sowie in der Psychiatrischen Klinik (2. Bauabschnitt; Key-Nr. 175) an. Inzwischen ist jedoch die Sanierung der Kinderklinik bis auf dringend erforderliche Maßnahmen gestoppt worden, weil erkannt wurde, dass die Struktur des aus den 60er Jahren stammenden Gebäudes nicht mehr sinnvoll an heutige Erfordernisse angepasst werden kann. Statt dessen soll ein Neubau errichtet werden. Das Klinikum hat hierfür eine Schenkung der Manfred Lautenschläger Stiftung GmbH in Höhe von 13,8 Mio. Euro erhalten, die dem Land zweckgebunden für die Kinderklinik übertragen werden sollen. Der Neubau soll über das HBFVG finanziert, zum 33. Rahmenplan angemeldet und bis 2007 fertiggestellt werden.

Den größten Anteil an den Vorhaben des 31. Rahmenplans hatte die Therapieanlage zur Krebsbehandlung mit Ionenstrahlen (Key-Nr. 227) mit Gesamtkosten von 72,5 Mio. Euro. Das Vorhaben wurde ausführlich vom Wissenschaftsrat in den Empfehlungen zum 31. Rahmenplan behandelt und mit der Maßgabe, dass nach heutigem Wissensstand zwei bis drei Protonen-/Schwerionentherapiezentren in Deutschland für Forschung und Lehre ausreichend erscheinen, zur Aufnahme in den Rahmenplan (Kategorie I) empfohlen.²⁴ Zum 32. Rahmenplan wurden keinen größeren Neuvorhaben angemeldet.

Mittel- und langfristige Perspektive

Das Ziel der langfristigen Ausbauplanung ist die Verlagerung nahezu aller Medizinischer Einrichtungen von Bergheim auf das Neuenheimer Feld. Diese Verlagerung ist in vier Stufen vorgesehen:

In Stufe 1 soll ab 2004 der Umzug der Medizinischen Klinik ins Neuenheimer Feld erfolgen, deren Gebäude sich derzeit im Bau befindet. Im Gegenzug werden die Schulen und die Verkehrsmedizin ins Altklinikum Bergheim verlagert (2005).

²⁴ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 31. Rahmenplan für den Hochschulbau 2002-2005, Bd. 2, S. BW 85 ff., Köln, 2001.

Bereits ab 2005 wird mit Sanierungsbedarf im Bereich des Versorgungszentrums Medizin gerechnet. Hinzu kommen weitere Sanierungsmaßnahmen mit zum Teil erheblichem Aufwand im Theoretikum und ab etwa 2007 im Bereich der Kopfklinik. Im Jahr 2006 soll die Schwerionentherapieanlage in Zusammenarbeit mit der GSI in Darmstadt in Betrieb gehen und als bundesweite Pilotanlage die Bestrahlung von Tumorpatienten mit Protonen- und Ionenstrahlen ermöglichen. Im gleichen Zeitraum sind im Neuenheimer Feld ein Hotelbau (Schätzkosten 13 Mio. Euro) und ein Internationales Therapiezentrum (ITZ) (Schätzkosten 12 Mio. Euro) geplant, die außerhalb des HBFG finanziert werden und in räumlicher Nähe zur Chirurgischen Klinik im Süden des Klinikumsareals entstehen sollen. Das Klinikum beteiligt sich an beiden Bauten finanziell. Das Hotel wird ca. 220 Betten umfassen, das ITZ 30. Diese Kapazitäten sollen eine Ausweitung der teilstationären Behandlung und den weiteren Abbau der Bettenkapazitäten am Klinikum ermöglichen. Das ITZ ist dabei als eine Einrichtung geplant, die Patienten aus dem europäischen Ausland bedient, die hochspezialisierte medizinische Leistungen in Heidelberg nachfragen. Hierdurch soll ein Zusatzangebot geschaffen werden, das die Erträge des Universitätsklinikums erhöht, ohne dabei auf staatliche Förder- oder Krankenkassenbudgets zurückzugreifen.

Neben den bisher für die Medizin beschriebenen Vorhaben soll auf dem Neuenheimer Feld bis 2008 ein Zentralbau für ein lebenswissenschaftliches Zentrum BIOQUANT²⁵, mit Kosten von 26,4 Mio. Euro entstehen. Die Universität Heidelberg hatte sich mit dem Projekt „Quantitative Analyse molekularer und zellulärer Biosysteme (BIOQUANT)“ erfolgreich am Landeswettbewerb „Lebenswissenschaftliche Zentren“ beworben. In dem Neubau sollen sich fächerübergreifend experimentelle Arbeitsgruppen aus Biologen, Medizinern und Informatikern/Mathematikern der quantitativen Analyse räumlicher und zeitlicher Interaktionen von Molekülen und Molekülkomplexen in Zellen und Zellverbänden widmen, um Fragestellungen aus den Bereichen Infektionsforschung, Molekulare Zellbiologie, Neurobiologie und wissenschaftliches Rechnen zu bearbeiten.

²⁵ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 32. Rahmenplan für den Hochschulbau 2003-2006, Bd. 2, S. BW 37 ff. (Key-Nr. 226).

In Stufe 2 soll ab 2010 der Umzug der Frauenklinik, der Hautklinik und der Rechtsmedizin ins Neuenheimer Feld erfolgen. Haut- und Frauenklinik sollen nach diesen Planungen an den Neubau für die Innere Medizin als südlicher Schenkel des Heidelberger Rings errichtet werden.

In der Stufe 3 war bisher ab 2020 ist die Fertigstellung eines Neubaus für die Kinderklinik vorgesehen, der den westlichen Schenkel des Heidelberger Rings bilden soll. Wie oben beschrieben (s. S. 48), ist nunmehr geplant, eine neue Kinderklinik kurzfristig ab 2003/2004 zu errichten.

In Stufe 4 ab 2030 schließlich ist die Fertigstellung eines Neubaus für die Chirurgische Klinik geplant, die dann von ihrem jetzigen Standort im Süden des Neuenheimer Feldes in den Ring integriert wird und Platz für den Nachzug der Psychiatrie/Psychosomatik aus dem Altklinikum macht.

A.VI. Finanzierung

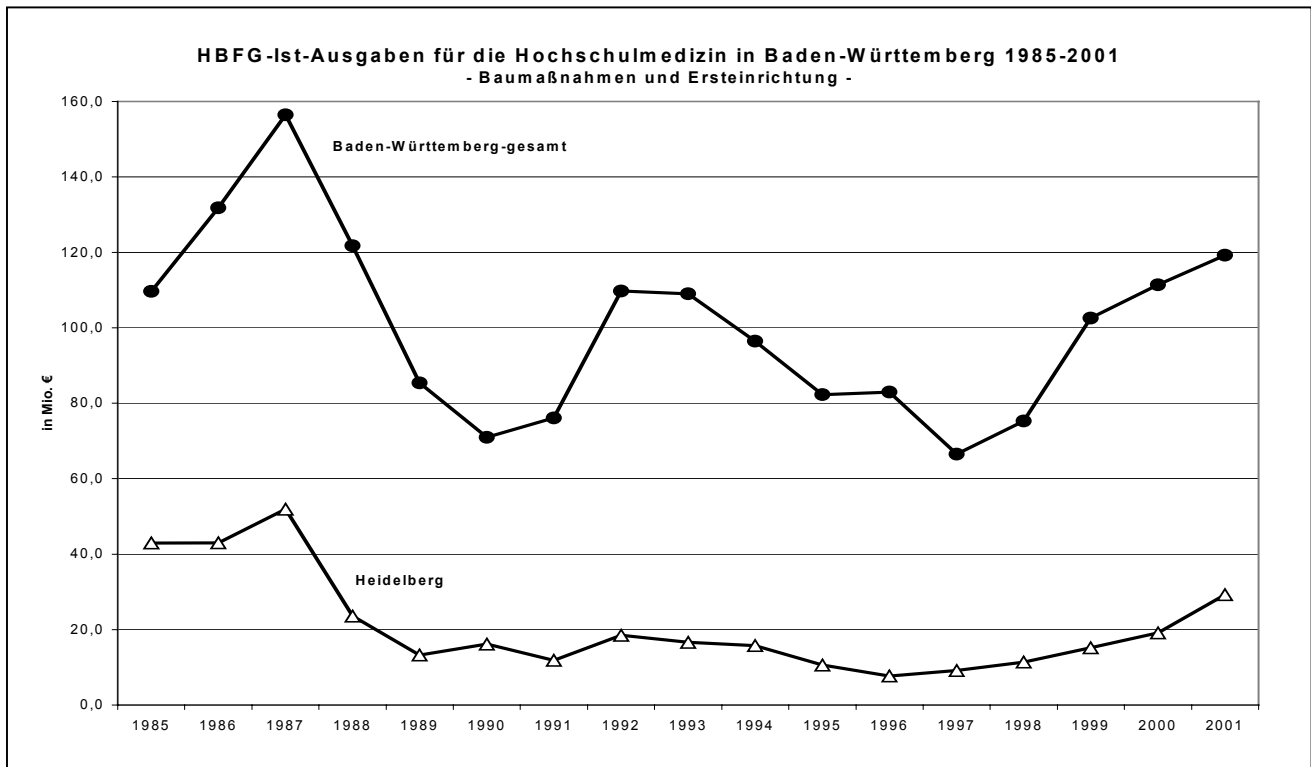
VI.1. Investitionen im Rahmen des HBFG-Verfahrens

Der Anteil der Hochschulmedizin an den gesamten HBFG-Ausgaben des Landes betrug in den letzten zehn Jahren (1992-2001) durchschnittlich 33,1 %²⁶ und lag damit knapp unter dem Bundesdurchschnitt von 34,1 %. Für Bauvorhaben der Medizin im Rahmen des HBFG-Verfahrens wurden in Baden-Württemberg im Zeitraum von 1996 bis 2000 insgesamt 439 Mio. Euro aufgewendet.²⁷ Hinzukommen Investitionen für Großgeräte im Rahmen der Ersatz- und Ergänzungsbeschaffung²⁸. Für Baumaßnahmen der Medizin in Heidelberg wurden im gleichen Zeitraum rund 62 Mio. Euro (entsprechend 14 %) aufgewendet (s. auch nachfolgendes Diagramm).

²⁶ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 32. Rahmenplan für den Hochschulbau 2003-2006, Köln 2002, Band 2. S. BW 7 f.

²⁷ HBFG-Ist-Ausgaben nach BMBF, Stand August 2002; Angaben einschließlich der Investitionen für Großgeräte im Rahmen der Ersteinrichtung jedoch ohne Ersatz- und Ergänzungsbeschaffungen.

²⁸ Der Wissenschaftsrat hat hierfür Großgeräteempfehlungen im Umfang von rund 71,3 Mio. Euro ausgesprochen, darunter 18,8 Mio. Euro für Heidelberg und Mannheim.



In der mittelfristigen Finanzplanung des Landes wurden die Ansätze für den Ausbau der medizinischen Einrichtungen der Heidelberger Fakultät im Rahmen des HBFG 2001 um ein Vielfaches erhöht. Den 32. Rahmenplan zugrunde befanden sich 2002 Vorhaben mit einem Finanzumfang von rund 493 Mio. Euro in Kategorie I und 28 Mio. Euro in Kategorie II (vgl. Tabelle 7 im Anhang).

Das Universitätsklinikum Heidelberg führt alle Baumaßnahmen der Medizin durch, mit Ausnahme derjenigen Institute, die im Theoretikum angesiedelt sind und der Betreuung durch die Universität unterliegen. Das Klinikum hat zudem eine Bauherrenfreiheit bis zu einem Betrag von 4 Mio. Euro. Es lässt alle Baumaßnahmen durch das Universitätsbauamt Heidelberg durchführen, das auch als Bauherr für HBFG-finanzierte Maßnahmen fungiert. Das Klinikum gibt an, dass die Bauherrenfreiheit teilweise dazu geführt habe, dass vormals aus dem Landeshaushalt bestrittene Investitionen mit Mitteln des Klinikums finanziert werden. Eine systematische Evaluation getätigter Investitionen wird derzeit vom Universitätsklinikum durchgeführt. Bemängelt wird jedoch, dass die Investitionsgeschwindigkeit für HBFG-förderungs-fähige Projekte nicht erhöht werden konnte, da die entsprechenden Vorlaufzeiten zu

beachten sind. Hierin wird ein Wettbewerbsnachteil gegenüber privaten Krankenhausbetreibern gesehen, die über schnellere Reaktionszeiten verfügen.

VI.2. Investitionen außerhalb des HBFG-Verfahrens

Neben dem jährlichen konsumtiven Landeszuschuss für Forschung und Lehre (s. Abschnitt VI.3) hat die Fakultät zwischen 1996 und 2000 Investitionszuschüsse vom Land für kleine Baumaßnahmen und Bauunterhaltung in einem Gesamtumfang von 40 Mio. Euro erhalten. Das entspricht einem jährlichen Zuschuss von rund 8 Mio. Euro. Seit 1998 liegt der jährliche Investitionszuschuss jedoch nahezu konstant bei 3,4 Mio. Euro.

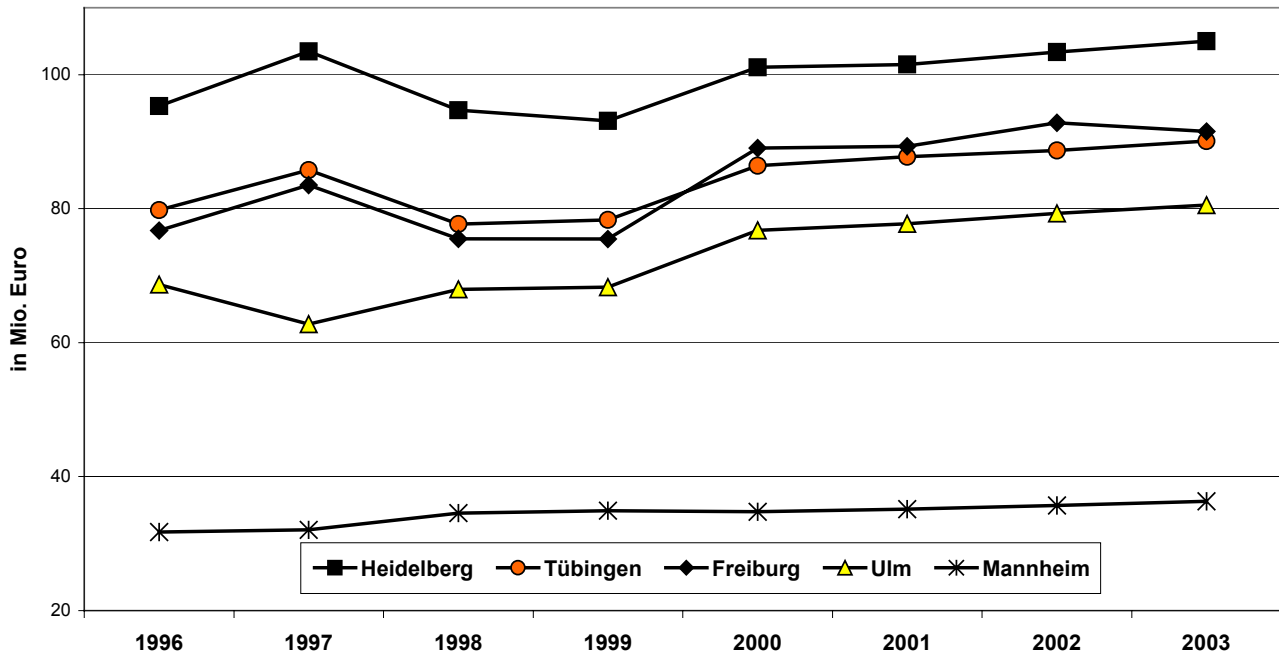
Das Universitätsklinikum Heidelberg beabsichtigt in ausgewählten Bereichen alternative Finanzierungsformen einzusetzen. Zu nennen sind hier beispielsweise die Finanzierung des Neubaus für die Kinderklinik über Schenkungsgelder (s. auch S. 48) und die Absicht, das Internationale Therapiezentrum (ITZ, s. S. 49) von Dritten finanzieren zu lassen. Das Universitätsklinikum wird sich jedoch sowohl an der Errichtungsgesellschaft als auch an der Betriebsgesellschaft beteiligen.

VI.3. Betriebskostenzuschüsse

Die Höhe des konsumtiven Landeszuschusses²⁹ für die medizinischen Fakultäten/Universitätsklinika variierte zum Teil stark zwischen den einzelnen Fakultäten, wobei hier in besonderer Weise berücksichtigt werden muss, dass sich das Universitätsklinikum in Mannheim in städtischer Trägerschaft befindet (vgl. nachfolgende Übersicht).

²⁹ Erfasst sind hier die konsumtiven Zuschüsse des Landes an die medizinischen Fakultäten (bis 1999 ohne die Zuschüsse für Vorklinik) sowie die Akademischen Lehrkrankenhäuser und die sonstigen Akademischen Krankenhäuser (nur für Ulm).

Konsumtiver Landeszuschuss für Forschung und Lehre
für die medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg
1996-2003



Quelle: Wissenschaftsrat nach Angaben des Landes

Wie aus dem Diagramm zu erkennen, unterlag der Landeszuschuss für alle Standorte von 1996 bis 2000 ähnlichen Schwankungen. 1997 erreichte der Zuschussbetrag in Heidelberg ein Maximum in Höhe von rund 103 Mio. Euro. Der parallele Anstieg der konsumtiven Zuschüsse an allen Standorten im Jahr 2000 ist auf die erstmalige Übertragung des Betriebskostenzuschusses für die Vorkliniken auf die medizinischen Fakultäten zurückzuführen (außer Mannheim, das über keine Vorklinik verfügt). Zuvor waren diese Beträge den Universitäten zugewiesen worden. Für Heidelberg ergab dies einen rechnerischen Zuwachs von rund 7,7 Mio. Euro. Ohne diesen Zuwachsbetrag lag der Landeszuschuss für die Medizinische Fakultät im Jahr 2000 unter dem Wert von 1996. Seit 2001 ist landesweit eine Steigerung des Zuschussbetrages zu verzeichnen. Allerdings wurden im Jahr 2002 allen fünf medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs eine Sparmaßnahme in Höhe von 17,5 Mio. Euro auferlegt, die für die Heidelberger Fakultät zu einer Reduktion des Landeszuschusses um etwa 6 Mio. Euro führte. Ein weiterer Aufwuchs der Mittel ist nicht vorgesehen, sie sollen aber linear um die Sach- und Personalkostensteigerung fortgeschrieben werden. Die Fakultät geht jedoch für 2003 von einer weiteren lan

desweiten Kürzungsrunde aus. Das Land beabsichtigt im Einklang mit den Beratungen in der Kultusministerkonferenz (KMK) bis spätestens WS 2004/2005 das Kostennormwertverfahren einzuführen, das einen auf die Anzahl der Studienanfänger bezogenen Zuweisungsbetrag an die medizinischen Fakultäten vorsieht.

Der Landeszuschuss für Forschung und Lehre wird in einem von der Krankenversorgung getrennten Wirtschaftsplan ausgewiesen. Die Kliniken, Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten erhalten somit ein aus zwei Quellen gespeistes Gesamtbudget, das auf Basis einer Trennungsrechnung ermittelt wird (s. Abschnitt VI.4.).

2001 wurden von Land 15 % des Landeszuschusses nach Leistungskriterien - orientiert an Drittmitteln und Publikationsleistungen - zugewiesen. Die Bemessungsgrundlage für den Landeszuschuss 2001 waren die in den beiden Vorjahren eingeworbenen Drittmittel. Dabei wurden extern begutachtete Drittmittel mit Faktor 2 und nicht-extern begutachtete Drittmittel mit Faktor 1 gewichtet. Die Erfassung der Publikationsleistungen basiert auf bislang unspezifizierten Impact-Faktoren, die das Institute for Scientific Information in den Journal Citation Reports veröffentlicht. Ab 2002 wurden unter erstmaligem Einbezug der Lehrleistungen 20 % des Landeszuschusses leistungsorientiert vergeben. Die Ermittlung der Lehrleistungen orientiert sich dabei an den Empfehlungen der BeMA-Kommission (s. auch S. 41). Erfasst werden hier künftig Leistungen in drei Kriterienbereichen: In die Bewertung sollen IMPP-Ergebnisse der Studierenden, Evaluationsparameter (wie z.B. Durchführung und Umfang der gesetzlich vorgeschriebenen Lehrevaluation) und Fakultätsparameter (wie z.B. Budgetanteile für die Lehre, Investitionen in die Lehre, didaktische Schulung der Dozenten etc.) eingehen. Seit 1998 gehört die Medizinische Fakultät Heidelberg mit der Medizinischen Fakultät in Tübingen kontinuierlich zu den Gewinnern der landesweiten, leistungsorientierten Umverteilung des Landeszuschusses. Bis 2001 erhielt die Fakultät zusätzlich rund 5,1 Mio. Euro, dabei ist jedoch der Zuggewinnbetrag rückläufig (s. folgende Übersicht 7).

Übersicht 7:

Leistungsorientierte Zuschussumverteilung: Medizinische Fakultät Heidelberg (in Mio. Euro)					
	1998	1999	2000	2001	Summe
Heidelberg	2,2	1,7	1,0	0,1	5,1

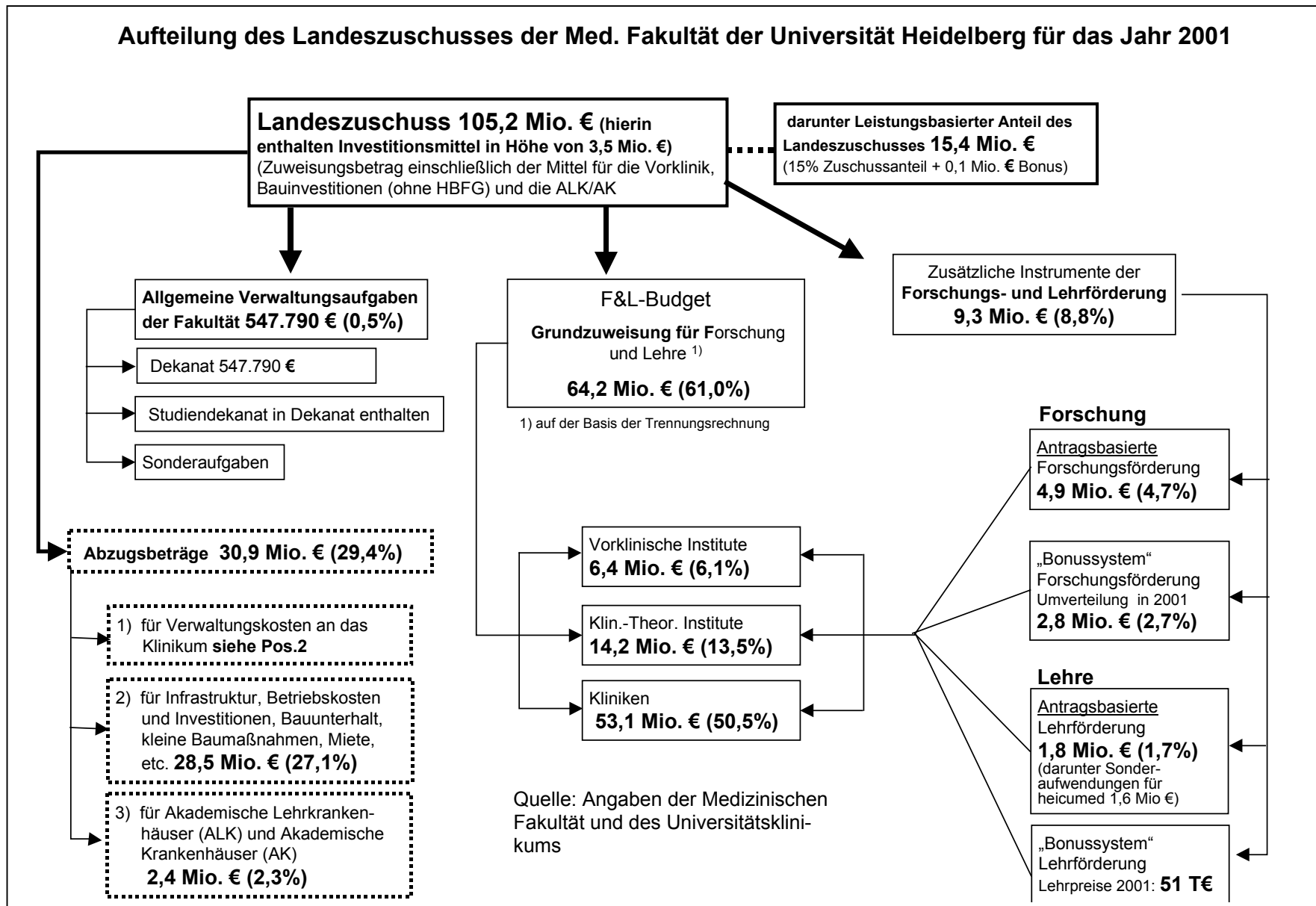
Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät

VI.4. Interne Budgetierung

Der Landeszuschuss für Forschung und Lehre beinhaltet seit 2000 die Mittel für die laufenden (konsumtiven) Kosten der Vorklinik und Klinik, investive Zuschüsse (für kleinere Baumaßnahmen und Großgeräte unterhalb der Förderungsfähigkeit des HBMG) und die Mittel für die akademischen Lehrkrankenhäuser. Insgesamt erhielt die Fakultät im Jahr 2001 105,2 Mio. Euro. Bei der Zuweisung des Landeszuschusses in Baden-Württemberg wurden im Jahr 2001 von den fünf medizinischen Fakultäten zunächst pauschal 15 % des Zuweisungsbetrags einbehalten und einer an Leistungskriterien orientierten Umverteilung unterzogen (siehe Abschnitt VI.3). Aus diesen Mitteln hat die Fakultät im Jahr 2001 rund 15,4 Mio. Euro erhalten und damit rund 0,1 Mio. Euro mehr als zunächst einbehalten wurden. Der Leistungsbonus wurde in den Jahren 2000 und 2001 zur Verbesserung der Infrastruktur der Lehre auch im Zusammenhang mit der Einführung von heicumed eingesetzt.

Die Aufteilung des Landeszuschuss für Forschung und Lehre im Jahre 2001 gemäß Wirtschaftsplan der Fakultät ist schematisch in folgendem Diagramm dargestellt.

Aufteilung des Landeszuschusses der Med. Fakultät der Universität Heidelberg für das Jahr 2001



0,5 % der Mittel wurden für allgemeine Verwaltungsaufgaben des Dekanats aufgewendet. Finanziert wurde hiervon vor allem die Stellenausstattung des Dekanats und des Studiendekanats mit je fünf Verwaltungsangestellten sowie die Stelle des Fakultätsgeschäftsführers. Die Bildung von Rücklagen für Sonderaufgaben der Fakultät ist aus systematischen Gründen nicht möglich, da es sich beim Landeszuschuss um einen am Aufwand bemessenen Mittelzufluss handelt. Allerdings hat die Fakultät im Jahr 2000 vom Klinikum aus dem Jahresergebnis des Klinikums rund 2,5 Mio. Euro für Forschungsprojekte und Berufungsverhandlungen zur Verfügung gestellt bekommen.

Insgesamt 29,4 % des Landeszuschusses (30,9 Mio. Euro) gingen als feste Abzugsbeträge an das Klinikum zur Deckung der anteiligen auf die Fakultät entfallenden Betriebskosten (Infrastruktur, Verbrauchsmittel, Bauunterhalt, Auftragsverwaltung). Darin enthalten sind auch Mittel für Investitionen, Bauunterhalt und kleine Baumaßnahmen in Höhe von 3,5 Mio. Euro. 2,4 Mio. Euro (2,3 %) wurden für die Leistungen der Akademischen Lehrkrankenhäuser aufgewendet.

Von den verbleibenden rund 74,2 Mio. Euro (70,6 %) wurden den Abteilungen der Kliniken und Institute rund 67 Mio. Euro (63,7 %) als Budgets für deren Aufgaben in Forschung und Lehre zugeteilt (=Grundzuweisung). Hinzu kamen 4,9 Mio. Euro (4,7 %) im Rahmen der antragsbasierten Forschungsförderung und 2,8 Mio. Euro (2,7 %) im Rahmen der leistungsorientierten Mittelvergabe sowie 1,8 Mio. Euro (1,7 %) für die Lehrförderung.

Die Abteilungen der Kliniken und Institute (letztere nur soweit sie in die Krankenversorgung eingebunden sind) erhielten neben diesem Forschungs- und Lehrbudget zusätzlich ein Budget für die Krankenversorgung, das aus den Einnahmen des Universitätsklinikums in der Krankenversorgung gespeist wurde. Beide Budgets zusammen genommen werden eigenverantwortlich durch die jeweiligen Abteilungsleiter verwaltet. Unterstützt werden sie im Bereich der Krankenversorgung von einem zentralen und einem dezentralen Controlling. Im Bereich von Forschung und Lehre gibt es ein zentrales Controlling.

Im Rahmen der 1998 in Kraft getretenen Rechtsformänderung und der damit verbundenen Notwendigkeit zur Trennung in den Budgetkreisläufe für Forschung und Lehre einerseits und für Krankenversorgung andererseits haben Klinikum und Fakultät in den vergangenen vier Jahren schrittweise begonnen, eine Trennungsrechnung zu etablieren. Dazu wurden die Aufwandsarten analog zu den Gliederungsrichtlinien der KHBV (Krankenhausbuchführungsverordnung) jeweils nach Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre getrennt. Unterschieden wurde zwischen den primären Aufwandsarten (Ärztlicher Dienst, Medizinisch-Technischer Dienst (MTD), Wissenschaftliche Hilfskräfte und Medizinischer Bedarf). Alle übrigen Aufwandsarten wurden als „Infrastruktur“ zusammengefasst und nicht abteilungsbezogen differenziert. Diese Infrastrukturkosten sind auch in den Abzugsbeträgen für das Klinikum enthalten (vgl. Diagramm).

Für jede der vier Primärkostenarten wurde anschließend der jeweilige Forschungs- und Lehranteil geschätzt. Schließlich wurden die Aufwendungen für die Primärkostenarten auf die einzelnen Abteilungen heruntergebrochen, so dass die prozentualen und absoluten Aufwendungen für Forschungs- und Lehre je Abteilungsbudget beziffert wurden. Zudem wurden die Primärkostenarten in Untergruppen gegliedert, so dass sich die auf Forschung und Lehre bezogenen Budgetanteile jeder Abteilung als Grundzuweisung im Sinne des obigen Diagramms aus folgenden drei Komponenten zusammensetzen: 1. Lehrinduzierter Anteil, 2. Grundausrüstung und 3. Forschungsinduzierter Anteil.

Für jeder dieser Komponenten wurden Verteilalgorithmen definiert. So orientiert sich beispielsweise die lehrinduzierte Ausstattung im Ärztlichen Dienst am Beispiellehrplan und der KapVO. Der hierfür erforderliche Medizinische Bedarf wurde auf 15 % des Ist festgelegt. Die Grundausrüstung je Abteilung wurde auf eine Wissenschaftlerstelle, 1,5 Stellen des Medizinisch-Technischen Dienstes und 2 % des Medizinischen Bedarfs limitiert. Der Forschungsbezogene Anteil ergab sich durch lineare Zurechnung des Restbudgets bis zum vollständigen Erreichen der Gesamtverteilmasse. Bis zu diesem – als Stufe 2 bezeichnetem – Stand der Trennungsrechnung wurde somit unter Besitzstandswahrung des Budgets jeder Abteilung der gesamte, verfügbare Anteil des Landeszuschusses (F&L-Budget) zunächst nur kategorisiert nicht

jedoch nach Leistungskriterien umverteilt. Dabei ergab sich für das Jahr 2000 auf die gesamte Fakultät bezogen, dass rund 40 Mio. Euro lehrinduziert, 20 Mio. Euro forschungsinduziert und 8,5 Mio. Euro im Rahmen der Grundausrüstung zugewiesen wurden. Insgesamt wurden im Jahr 2000 rechnerisch 35,6 % des Ärztlichen Dienstes und 51,6 % des MTD aus dem Mitteln des Landezuschusses finanziert.

Die auf diese Weise ermittelten Budgetanteile für Forschung und Lehre wurden als Basis für die leistungsorientierte Mittelzuweisung verwendet. Dabei wurden im Jahr 2001 5 % des für das Vorjahr ermittelten F&L-Budgets einer entsprechenden Bewertung unterzogen. Berücksichtigt wurden Publikationsleitungen, Drittmittelinwerbungen und Lehrleistungen im Verhältnis von 4:3:3. Das Verfahren und die einzelnen Parameter wurden bereits in Abschnitt II.3, Interne Forschungsförderung, (s. S. 30ff.) ausführlicher beschrieben. Im Rahmen dieses Leistungsbewertungsmodells erzielten einzelne Abteilungen Umverteilungsgewinne von maximal 4,4 % des F&L-Budgetanteils (entsprechend 1,9% des Gesamtbudgets) und maximale Verluste von 3,8 % des F&L-Budgetanteils (entsprechend 2,8 % des Gesamtbudgets). Ab 2002 werden 10 % des F&L-Budgets leistungsorientiert umverteilt, mittelfristig ist eine Steigerung auf bis zu 30 % geplant.

B. Stellungnahme

B.I. Zu Entwicklung, Struktur und Personal

Die Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg und das Universitätsklinikum sind durch eine lange akademische Tradition gekennzeichnet. Sie zählen zu den führenden hochschulmedizinischen Einrichtungen in Deutschland mit beachtlichen, teilweise herausragenden Leistungen in Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Dies wird begünstigt durch die Nähe zu den naturwissenschaftlichen Einrichtungen der Gesamtuniversität und zu einer Reihe außeruniversitärer Forschungseinrichtungen wie dem Deutschen Krebsforschungsinstitut (DKFZ), dem Max-Planck-Institut für Medizinische Forschung und dem European Molecular Biology Laboratory (EMBL). Zudem bietet die BioRegion Rhein-Neckar-Dreieck, die eine der drei Siegerregionen im bundesweiten BioRegio-Wettbewerb war, mit einer hohen Dichte weiterer forschender biomedizinischer Unternehmen ein attraktives Umfeld für wissenschaftliche Kooperationen. Als einzige staatliche Hochschule Deutschlands verfügt die Universität Heidelberg neben der Medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum Heidelberg über eine zweite medizinische Fakultät (Fakultät für Klinische Medizin Mannheim) mit einem zweiten Universitätsklinikum (Klinikum Mannheim gGmbH) in städtischer Trägerschaft.

I.1. Zur Struktur

Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum der Universität Heidelberg orientieren sich noch an einer weitgehend klassischen, fächerbezogenen und auf die Krankenversorgung ausgerichteten Organisationsstruktur. Allerdings ist beabsichtigt, künftig verstärkt teils reale, teils virtuelle Kompetenzzentren zu etablieren. Beispiele hierfür sind das geplante Kompetenznetzwerk „Intensiv- und Notfallmedizin“ in Kooperation mit den operativen und internistischen Fächern, die Gründung eines Zentrums für Klinische Neurowissenschaften mit einer Bündelung der bildgebenden Verfahren, die Bildung eines Zentrums für Psychosoziale Medizin sowie die Konzentrierung der infektiologischen Diagnostik und der Labormedizin.

Der Wissenschaftsrat ermutigt Fakultät und Klinikum die begonnenen Umstrukturierungen zügig umzusetzen, ggf. abteilungsbezogene Grenzen aufzubrechen und neue Organisations- und Leitungsstrukturen einzuführen. Anreize, inhaltlich ausgerichtete Verbundstrukturen zu etablieren, sieht der Wissenschaftsrat auch im Zusammenhang mit der in der neuen Approbationsordnung enthaltenen Forderung nach einer fächerübergreifenden, an Krankheitsbildern orientierten Lehre. Er regt an, die konkreten Organisations- und Leitungsstrukturen der jeweiligen neu zu gliedernden Einrichtungen satzungsgemäß festzuschreiben. Auf diese Weise können Zielsetzung, Aufgabenbereiche und Entscheidungskompetenzen der einzelnen Organe konkretisiert werden.

Die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum sind bereits im Rahmen des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim und des Herzzentrums Rhein-Neckar in fachliche, fakultäts- und klinikumsübergreifende Zentren eingebunden. Das Tumorzentrum dient neben einer koordinierten und verbesserten Krankenversorgung auch der Abstimmung und Verstärkung der onkologischen Forschung und einem schnellen Transfer des medizinischen Wissens in die moderne Krebstherapie. Dabei verfügt insbesondere das Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim, in das auch das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) und die Thoraxklinik in Heidelberg integriert sind, mit seinem Lenkungsausschuss und einem externen Beirat über eine zukunftssträchtige und beispielgebende Binnenstruktur.

Grundsätzlich positiv zu bewerten ist auch das Herzzentrum Rhein-Neckar, dessen derzeitige Aktivität sich jedoch hauptsächlich auf die Abstimmung der kardiologischen Krankenversorgung zwischen den beiden Universitätsklinika beschränkt. Dennoch sollte aber die Kooperation zwischen den beiden Standorten in Mannheim und Heidelberg deutlich intensiviert werden, um ein „echtes“ Zentrum zu entwickeln, das neue Impulse insbesondere für die Verstärkung der Forschung und der Lehre setzt (s. auch Abschnitt B.II.1 „Zum Forschungsprofil“).

Die Überlegungen zur Etablierung eines von Mannheim und Heidelberg gemeinsam zu betreibenden Kinderzentrums Rhein-Neckar werden befürwortet, zumal mit der Kooperationsvereinbarung zur Kinderchirurgie, die eine gemeinsame Klinikleitung mit

kinderchirurgischen Abteilungen an beiden Universitätsklinika vorsieht, erste positiv zu bewertende Ansätze zu einer standortübergreifenden Koordination bestehen. Die Gründung von fakultäts- und klinikumsübergreifenden Strukturen ist insbesondere dann sinnvoll, wenn sie aus bereits bestehenden Kooperationen erwachsen. Voraussetzung für die erfolgreiche Schaffung neuer Verbundstrukturen ist daher zunächst eine Verstärkung der Kooperation in Forschung, Lehre und Krankenversorgung.

Eine strukturelle Bedeutung misst der Wissenschaftsrat auch dem Interdisziplinären Zentrum für Neurowissenschaften (IZN) und dem Zentrum für Infektionsforschung zu, die in ihrer Fächer- und Fakultätsgrenzen überschreitenden Konzeption besonders dazu geeignet sind, die Kompetenzen in Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu bündeln (s. auch Abschnitt B.II.1, „Zum Forschungsprofil“).

Die Leitlinien des Struktur- und Entwicklungsplans sehen eine verstärkte Marktorientierung des Universitätsklinikums vor und setzen auf einen Ausbau der Kooperationen mit den bio-medizinischen Partnern der Region. Besonders begrüßenswert ist, dass hierbei der Schwerpunkt auf eine zu intensivierende Zusammenarbeit mit der Fakultät für Klinische Medizin und dem Universitätsklinikum in Mannheim gelegt wird. Im Rahmen der internen Umstrukturierungen wird eine verstärkte Prozessorientierung angestrebt, um eine höhere Patientenfreundlichkeit und Wirtschaftlichkeit zu erreichen. Zu diesem Zweck werden fächerübergreifende Kompetenzzentren etabliert, Funktionsbereiche (z.B. Labormedizin, infektiologische Diagnostik, Neuroradiologie) zentralisiert und interdisziplinäre Bettenstationen geschaffen. Positiv festzuhalten ist, dass die angestrebten Verbesserungen oftmals auf den Ergebnissen einer externen Evaluation basieren. Insofern scheint sich die im Universitätsgesetz für die medizinischen Einrichtungen (§ 25c) vorgeschriebene „Siebenjahresevaluation“ zu bewähren.

Begünstigt werden die Umstrukturierungen zudem durch zahlreiche in den nächsten Jahren anstehende Neuberufungen. Eine personelle Erneuerung findet gleichzeitig auch in der Fakultät für Klinische Medizin in Mannheim statt. Der Wissenschaftsrat regt hier nachdrücklich an, soweit wie möglich gemeinsame Berufungen unter Berücksichtigung der Interessen beider Standorte durchzuführen, um dadurch Freiraum

für die Weiterentwicklung der Profile in Forschung und Lehre zu gewinnen und um Doppelvorhaltungen zu vermeiden.

Der Struktur- und Entwicklungsplan enthält an zahlreichen Stellen vielversprechende Hinweise auf bestehende und zukünftig zu verstärkende Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Heidelberg und Mannheim. Genannt seien hier die Bereiche Onkologie, Kardiologie und Vaskuläre Medizin, Infektionskrankheiten, Nephrologie, Neurowissenschaften und Psychosoziale Medizin, HNO-Heilkunde, Radiologie und Strahlentherapie, Humangenetik, Medizinische Informatik sowie Arbeits- und Sozialmedizin. Die sich hier auf breiter Front andeutende Kooperationsbereitschaft wird vom Wissenschaftsrat ausdrücklich begrüßt. Die Fakultäten sollten diese Ansätze zügig aufgreifen und weiterentwickeln. Er regt zudem an, das von der Fakultät zur Verbesserung der klinischen Forschung geplante „Kompetenzzentrum Therapieforschung und Klinische Studien (KTKS)“ gemeinsam mit der Mannheimer Fakultät und dem ZI aufzubauen, um hier eine standortübergreifenden Bündelung der Kompetenzen zu erreichen (s. auch S. 57).

Zur Frage einer möglichen Fusion der beiden medizinischen Fakultäten in Heidelberg und Mannheim wird auf das Kapitel B.VII verwiesen.

I.2. Zum Personal

Bei der Personalausstattung ist festzustellen, dass lediglich 6 % der Professuren von Frauen besetzt sind. Beim übrigen wissenschaftlichen Personal liegt der Frauenanteil bei rund 39 %. Der Wissenschaftsrat hat in der Vergangenheit mehrfach die Unterrepräsentanz von Frauen in Wissenschaft und Forschung angesprochen und die Nutzung deren Potenzials angemahnt.³⁰ Angesichts dessen sollte sich die Medizinische Fakultät verstärkt bemühen, den Anteil an Frauen, insbesondere in Leitungspositionen, deutlich zu erhöhen. Aufgrund des zunehmenden Anteils der Medizinstudentinnen sind hier die medizinischen Fakultäten besonders in der Pflicht.

³⁰ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Chancengleichheit von Frauen in Wissenschaft und Forschung, Köln 1998.

Ein Anteil von 78 % befristet beschäftigter Wissenschaftler weist auf einen zu begründenden hohen Anteil von Nachwuchswissenschaftlern, Ärzten im Praktikum (AiP) und Ärzten in Weiterbildung hin. Mit 32 % ist zudem der Anteil der beschäftigten Naturwissenschaftler am Wissenschaftlichen Dienst relativ hoch. Ihr Anteil bei den Professoren beträgt 12 %. Auch dies ist als Indiz für eine forschungsorientierte Hochschulmedizinische Einrichtung positiv zu bewerten.

B.II. Zur Forschung

II.1. Zum Forschungsprofil

Die Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg ist durch eine hohe wissenschaftliche Leistungsfähigkeit charakterisiert und verfügt seit langem über gut etablierte Forschungsstrukturen. Dies wird durch ein hohes Drittmittelaufkommen, zwei eigene von der Fakultät geleitete Sonderforschungsbereiche, die Beteiligung an drei weiteren Sonderforschungsbereichen, drei klinische Forschergruppen der DFG sowie drei Graduiertenkollegs untermauert. Die Einwerbung von Drittmitteln wurde von 1996 bis 2000 mehr als verdoppelt, dabei stiegen die Einwerbungen bei der DFG um rund 46 %. Über 54 % der Drittmiteleinnahmen stammen von öffentlichen Förderern (DFG, BMBF, Land, sonstige öffentliche Förderer; s. auch Tabelle 3 im Anhang), was als Indiz für anspruchsvolle Forschungsprojekte angesehen werden kann. Dass nahezu 59 % der gesamten Drittmittel und 57 % der DFG-Mittel (inklusive SFB) im Jahr 2000 von den Kliniken eingeworben wurden, weist auf eine intensive klinische Forschung hin. Auch hinsichtlich quantitativer und qualitativer Publikationsleistungen in der Klinischen Medizin, in der Biomedizin und in den Lebenswissenschaften gehört der Standort Heidelberg im deutschlandweiten Vergleich in die Spitzengruppe, wie eine vom BMBF beauftragte bibliometrische Studie ergeben hat.³¹ Allerdings wurden hier nicht allein die Publikationsleistungen der Medizinischen Fakultät berücksichtigt, sondern die aller biomedizinischen Forschungseinrichtungen in Heidelberg einschließlich des EMBL und des DKFZ. Diese Ergebnisse sind somit auch ein Maß für

³¹ R.J.W.Tissen, T.N van Leeuwen, A.F.J. van Raan: Mapping the Scientific Performance of German Medical Research – An international comparative bibliometric study, Schattauer, Stuttgart, New York, 2002.

das günstige wissenschaftliche Umfeld, in dem die Heidelberger Medizin angesiedelt ist.

Die Forschungsstärke der Medizinischen Fakultät spiegelt sich auch im landesinternen Wettbewerb um den leistungsorientiert vergebenen Anteil des Landeszuflusses für Forschung und Lehre wider, bei dem die Heidelberger Fakultät nach Tübingen in den letzten Jahren stets zu den Gewinnern zählte. Allerdings ist der auf diese Weise erhaltene Zugewinn seit 1998 kontinuierlich rückläufig. Dies ist ein Hinweis auf die Leistungsstärke auch der anderen medizinischen Fakultäten des Landes und das insgesamt in Baden-Württemberg hohe Leistungsniveau. Vor diesem Hintergrund wird die Medizinische Fakultät daher weiterhin große Anstrengungen unternehmen müssen, das erreichte Leistungsniveau aufrecht zu erhalten. Dies gilt in besonderer Weise, da 2001 zwei Sonderforschungsbereiche ausgelaufen sind und damit entsprechende hochrangige Drittmittelwerbungen fehlen. Der Wissenschaftsrat ermutigt die Fakultät darin, auch fakultätsintern weiter verstärkt auf eine leistungsorientierte Forschungsförderung zu setzen und dazu etablierte Instrumente der Forschungsförderung gezielt auszubauen. Damit einhergehend sollte der entsprechende Budgetanteil deutlich erhöht werden (s. Kapitel B. II.2).

Anerkennung verdient die wissenschaftliche Schwerpunktbildung der Medizinischen Fakultät in Heidelberg. Die Fakultät hat eine Reihe profilgebender und zukunftsweisender Forschungsschwerpunkte etabliert, die über die notwendige kritische Masse mit dem Potenzial zur Weiterentwicklung verfügten. Dazu trägt in besonderer Weise auch die Integration außerfakultärer und außeruniversitärer Kooperationspartner wie das ZMBH, das DKFZ, das EMBL und das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim (ZI) sowie in geringerem Umfang auch die Kooperation mit der Fakultät für Klinische Medizin in Mannheim bei. So wird beispielsweise nur einer der Schwerpunkte von ausschließlich bei der Medizinischen Fakultät in Heidelberg angesiedelten Arbeitsgruppen getragen. Darüber hinaus verfügen alle Schwerpunkte über eine breite Beteiligung der Kliniken. Nur ein einziger Forschungsschwerpunkt (psychosoziale und psychiatrische Erkrankungen) wird ohne die Beteiligung Vorklinischer oder Klinisch-Theoretischer Institute betrieben.

Die Fakultät hat im Laufe des Jahres 2002 eine Neugewichtung der Forschungsschwerpunkte vorgenommen und statt der vormals neun nunmehr sechs Schwerpunkte benannt. Allerdings hat der Wissenschaftsrat hierzu widersprüchliche Angaben erhalten.³² Der Wissenschaftsrat kritisiert, dass es der Fakultät nicht möglich war, zu einer eindeutigen Darstellung der Forschungsschwerpunkte zu gelangen. Er bedauert, dass er daher nur zu den folgenden vier Forschungsschwerpunkten Stellung nehmen kann.

Der **Forschungsschwerpunkt Onkologie** gehört zu den herausragenden Forschungsschwerpunkten der Heidelberger Fakultät und ist durch die breiteste Beteiligung insbesondere von Kliniken mit zahlreichen international sichtbaren Arbeitsgruppen gekennzeichnet. Die zentrale und strukturelle Bedeutung dieses Schwerpunktes wird nicht nur aus der beachtlichen Einwerbung von Drittmitteln erkenntlich, sondern zeigt sich auch in der Etablierung des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim, in dem das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) als eine Einrichtung der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren (HGF) der wesentliche Kooperationspartner ist. Darüber hinaus beteiligen sich auch das Universitätsklinikum in Mannheim und die Thoraxklinik in Rohrbach. Die im Rahmen der Kooperation mit dem DKFZ etablierten onkologischen Kooperationseinheiten haben sich hervorragend als Einrichtungen mit einer engen Verknüpfung der grundlagenorientierten onkologischen Forschung mit der Patientenbehandlung bewährt. Sie sind darüber hinaus ein positives Beispiel der gelungenen Kooperation einer Großforschungseinrichtung aus dem Verbund der HGF mit der Universität.

Angesichts der großen Bedeutung der Onkologie an beiden Universitätsklinika in Heidelberg und Mannheim begrüßt der Wissenschaftsrat die im Rahmen des Tumorzentrums erfolgende Koordination der Forschung.

Auch der **Forschungsschwerpunkt Kardiovaskuläre Erkrankungen** verfügt in Heidelberg über eine lange Tradition, die durch zwei aneinander anschließende

³² Im Dezember 2002 wurden neben den vier Forschungsschwerpunkten „Onkologie“, „Kardiovaskuläre Erkrankungen“, „Neurologie und Neurowissenschaften“ und „Infektionsforschung“ die Schwerpunkte „Medizinische Genetik und Genomik“ sowie „Modellsysteme von Bildgebung und –verarbeitung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ angegeben. Im Januar 2003 wurden statt der zwei zuletzt genannten die Schwerpunkte „Schmerz“ und „Transplantationsmedizin“ genannt.

Sonderforschungsbereiche gekennzeichnet ist. Der Wissenschaftsrat geht davon aus, dass es trotz der derzeitigen Umbruchphase gelingen wird, an diese Forschungstradition anzuknüpfen und den strukturbildenden Forschungsschwerpunkt zu erhalten. Er empfiehlt, die Zusammenarbeit im Bereich der Kardiologie mit der Schwesterfakultät in Mannheim zu verstärken und die im Rahmen des Herzzentrums Rhein-Neckar begonnene institutionalisierte Kooperation zu einem echten Verbund der Leistungsträger in Forschung, Lehre und Krankenversorgung auszubauen. Der Umstand, dass der Struktur- und Entwicklungsplan der Heidelberger Fakultät (Stand 2001) zur Kooperation in der Herz-Kreislaufforschung keine konkreten Aussagen enthielt, wird kritisch bewertet. Insbesondere die Neuberufungen in der Kardiologie in Heidelberg und Mannheim sowie die anstehenden Berufungen in Heidelberg bieten einen guten Ansatzpunkt für neue Kooperationsinitiativen. Es ist daher sehr zu begrüßen, dass beide Fakultäten nunmehr die Initiative zu einem gemeinsamen Sonderforschungsbereich „Kontraktile Dysfunktion des Myokards: Molekulare Ursachen und therapeutische Ansätze“ ergriffen haben, der die Leistungsträger der kardiovaskulären Forschung bündelt. Der Wissenschaftsrat erkennt hierin eine wichtige Weichenstellung in Richtung einer verstärkten wissenschaftlichen Kooperation, die zum Zusammenwachsen der Fakultäten beitragen kann.

Großes Gewicht misst der Wissenschaftsrat dem **Forschungsschwerpunkt Neurologie und Neurowissenschaften** zu, der durch die ausgeprägte neurowissenschaftliche Orientierung der Biowissenschaften der Universität Heidelberg verstärkt wird. Als Belege seien hier der bis 1999 geförderte SFB 317 „Neuro-Molekularbiologie“ und der seit 2000 geförderte SFB 488 „Molekulare Grundlagen neuronaler Entwicklungsprozesse“, mehrere Forschergruppen, die Beteiligung an DFG-Schwerpunktprogrammen, zahlreiche Projekte mit neurowissenschaftlichem Bezug im Rahmen von Graduiertenkollegs sowie die Beteiligung von Arbeitsgruppen aus dem DKFZ, dem EMBL, dem MPI für Medizinische Forschung, dem ZMBH und dem ZI genannt. Insbesondere das neugebildete Interdisziplinäre Zentrum für Neurowissenschaften (IZN), in dessen Kernbereich die führenden neurowissenschaftlichen Forschungseinrichtungen aus der Fakultät für Biologie und der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg zusammengeschlossen sind, verfügt über eine wegweisende Konzeption. So stellen zentrale Service-Einheiten ein breites Metho

den- und Gerätespektrum zur Verfügung, das allen angeschlossenen Einrichtungen zur Verfügung steht. Synergieeffekte bieten sich somit nicht nur durch die Koordination der Forschungsprojekte, die fakultätsübergreifende Zusammenführung von Wissenschaftlern, eine Vernetzung der Grundlagenforschung mit der Klinik sondern auch durch einen Methodentransfer, Nachwuchsbildung und Lehre. Durch die Angliederung weiterer neurowissenschaftlicher, universitärer und außeruniversitärer Arbeitsgruppen, deren wissenschaftliches Spektrum von der Neurogenetik, über Zellbiologie, Psychologie bis zur Mathematik reicht, erfolgt eine Integration aller neurowissenschaftlicher Teilaspekte einschließlich einer Annäherung an Mathematik, Physik und Informatik. Vorbildlich ist auch die Etablierung eines externen, wissenschaftlichen Beirates, der die inhaltliche und strukturelle Entwicklung begleitet.

Über ein profilschärfendes wissenschaftliches Potenzial verfügt auch der **Forschungsschwerpunkt Infektionsforschung**, der im Wesentlichen von dem 1999 eingerichteten Sonderforschungsbereich 544 „Kontrolle tropischer Infektionskrankheiten“ unter der Leitung des Hygieneinstituts getragen wird. Positiv zu würdigen ist auch die Beteiligung der Fakultät für Biologie und der Fakultät für Klinische Medizin in Mannheim. In gleicher Weise wie bei den Neurowissenschaften bietet das im Aufbau befindliche Heidelberger Zentrum für Infektionsforschung, wenn auch im kleineren Maßstab, die Chance nachhaltig strukturbildend zu wirken. Der Wissenschaftsrat regt an, die Strukturen und Organe dieses Zentrums in einer Satzung festzuschreiben und einen externen wissenschaftlichen Beirat einzusetzen. Im Zusammenhang mit der anstehenden Berufung einer C3-Professur für Mykologie in Mannheim erwartet der Wissenschaftsrat, dass auch hier die Chance zum Ausbau der interfakultären Kooperation genutzt wird.

Eine große Bedeutung insbesondere zur Stärkung der klinischen, patientenorientierten Forschung misst der Wissenschaftsrat dem in Heidelberg etablierten Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS) zu, das sich an der Durchführung klinischer Studien, an der Aufstellung von Studienprotokollen und an der Vermittlung von GCP-Richtlinien beteiligt. Der Wissenschaftsrat geht davon aus, dass der Bestand dieses Zentrums auch nach dem Auslaufen der Förderung gesichert wird. Er empfiehlt, dieses Zentrum in Kooperation mit der Fakultät für Klinische Medizin in Mann

heim zu betreiben. In Mannheim erbringt das unter der Leitung des Instituts für Klinische Pharmakologie stehende Zentrum für Therapieforschung (ZTF) ähnliche Dienstleistungen. Der parallele Betrieb ähnlicher Serviceeinrichtungen erscheint jedoch dauerhaft nicht sinnvoll, vielmehr sollten beide Fakultäten und Universitätsklinik unter Einbeziehung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim ihre diesbezüglichen Anstrengungen zusammenführen, um damit nachhaltig die klinische Forschung zu stärken.

II.2. Zur internen Forschungsförderung

Mit ihren **antragsbezogenen Forschungsförderungsinstrumenten** hat die Fakultät in Heidelberg positive Anreizstrukturen zur Verstärkung der Forschungsaktivitäten entwickelt. Allerdings addieren sich die Aufwendungen im Jahr 2001 auf nur rund 4,9 Mio. Euro (entsprechend 4,7 % des Landeszuschusses). Obwohl die Medizinische Fakultät in Heidelberg landesweit den höchsten Zuführungsbetrag erhält, sind ihre Instrumente der Forschungsförderung im Landesvergleich unterdurchschnittlich ausgestattet. Auch wenn der Wissenschaftsrat der Fakultät ein hohes Forschungsniveau bescheinigen kann, ist der erreichte Umfang der internen Forschungsförderung nicht befriedigend.

Das von der Fakultät entwickelte antragsbezogene Forschungsförderungsprogramm mit Juniorantrag, AiP+F und die Förderung der fakultätsinternen Forschungsschwerpunkte erscheint insgesamt ausgewogen und sinnvoll. Insbesondere die beiden Instrumente der Nachwuchsförderung sind sowohl bezüglich ihres Umfangs als auch ihrer Konzeption nach positiv zu würdigen. Der Wissenschaftsrat regt darüber hinaus an, Instrumente zu entwickeln, die einer Verbesserung der projektabhängigen Ausstattung dienen, da oftmals die von den Drittmittelgebern bewilligten Mittel nicht ausreichen, die erforderliche Grundausstattung zu finanzieren.

Im Rahmen der fakultätsinternen **leistungsorientierten Mittelvergabe** (Bonussystem) wandte die Fakultät im Jahr 2001 2,8 Mio. Euro auf. Mit einem rund 2,7 %igen Anteil am Landeszuschuss sind auch diese Aufwendungen im Vergleich zu allen üb

rigen medizinischen Fakultäten des Landes unterdurchschnittlich. Die Absicht der Fakultät, künftig den Anteil der leistungsorientierten Mittelvergabe von derzeit 10 % des Forschungs- und Lehrbudgets auf bis zu 30 % zu erhöhen, wird daher nachdrücklich unterstützt. Die Fakultät wird aufgefordert, dies zügig umzusetzen, auch wenn es zur Erreichung dieses Ziel notwendig sein wird, Besitzstände anzutasten. Nur auf diese Weise wird es gelingen, erforderliche Mittel zu flexibilisieren und die Leistungsträger der Fakultät zu fördern.

Das insgesamt bei der Zuteilung der Bonusmittel verwendete Verfahren bietet einen guten internen Leistungsvergleich zwischen den Abteilungen der Fakultät, erscheint jedoch auf den ersten Blick aufwändig und durch die Berücksichtigung der Ergebnisse der Trennungsrechnung (s. auch Abschnitt A.VI.4 und B. VI) wenig transparent. Positiv zu würdigen ist hingegen, dass neben der Drittmittelinwerbung und der Publikationsleistung ab 2002 auch die Lehrleistungen auf der Basis der erbrachten Lehrstunden berücksichtigt werden. Der Wissenschaftsrat regt an, zukünftig auch die fachspezifischen IMPP-Ergebnisse und die Erkenntnisse aus der Lehrevaluation in das Berechnungsverfahren einfließen zu lassen. Die ab 2002 für den Leistungsvergleich praktizierte Bildung von Fächergruppen mit vergleichbaren Voraussetzungen für die leistungsorientierte Mittelvergabe ist eine nachvollziehbare Anpassung an die bestehenden Unterschiede zwischen den jeweiligen Fächergruppen. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass hierdurch forschungsschwache Fächer überproportional hohe Leistungsboni erhalten. Zur leistungsorientierten Mittelvergabe wird sich der Wissenschaftsrat detaillierter in der übergreifenden Stellungnahme zu den hochschulmedizinischen Einrichtungen in Baden-Württemberg äußern. Leitgedanke wird dabei aber sein, dass nur nachweisbare Forschungsleistungen auch eine entsprechende Zuweisung von Landesmitteln rechtfertigen.

II.3. Zum wissenschaftlichen Nachwuchs

Insgesamt sehr positiv zu bewerten ist die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in Heidelberg. Insbesondere mit dem Juniorantrag stehen mit 2,3 Mio. Euro jährlich beachtliche Mittel für den Nachwuchs zur Verfügung. Erfreulich ist auch der

hohe Anteil an Graduiertenkollegs. Die ausgeprägte Forschungsorientierung der Heidelberger Fakultät wirkt sich auch positiv auf den wissenschaftlichen Nachwuchs aus. Beim Vor-Ort-Besuch hat der Wissenschaftsrat den Eindruck gewonnen, dass durch eine großzügige Freistellungspraxis und durch frühe Selbstständigkeit für die Nachwuchswissenschaftler insgesamt günstige Forschungsbedingungen bestehen. Es wird jedoch angeregt, die Bearbeitungszeit von Projektanträgen von derzeit etwa sechs Monaten deutlich zu verkürzen, angehende Nachwuchswissenschaftler frühzeitiger als bisher in Vorhaben der Arbeitsgruppen einzubinden und mehr technisches Personal zur Entlastung der Nachwuchswissenschaftler bereitzustellen. Zudem sollten die Kinderbetreuungsmöglichkeiten deutlich verbessert werden.

Wie an anderen medizinischen Fakultäten ist auch in Heidelberg zu kritisieren, dass der Anteil der Frauen mit zunehmender wissenschaftlicher Qualifikation überproportional abnimmt. Die Fakultät sollte sich daher in besonderer Weise auch ihrer gesellschaftlichen Verantwortung bewusst werden und entsprechende Angebote für Nachwuchswissenschaftler mit Familienverantwortung schaffen.

II.4. Zur Infrastruktur für Forschung

Insgesamt wird die Ausstattung der Medizinischen Fakultät in Heidelberg mit Forschungsflächen als gut eingeschätzt. In den letzten Jahren sind eine Reihe moderner Forschungsverfügungsflächen geschaffen worden, so im Bereich der Kinderklinik, aber auch im Otto-Meyerhof-Zentrum, das über eine wegweisende Konzeption verfügt. Ein gewisser Sanierungsbedarf besteht zweifellos im Bereich des Theoretikums.

Darüber hinaus kann der Wissenschaftsrat nicht ausschließen, dass auch im Zusammenhang mit der enormen Steigerung der Drittmittelinwerbung ein Flächenmangel für befristete Forschungsprojekte besteht.³³ Konkretere Aussagen dazu sind allerdings derzeit nicht möglich, da die Fakultät ihren Bedarf nicht näher spezifiziert hat. Es wird empfohlen, Flächen der Grundausstattung in eine flexible Nutzung zu

überführen. Der Wissenschaftsrat hat insbesondere mit Blick auf die Zustände an vielen anderen Universitätsklinik in Deutschland den Eindruck gewonnen, dass gerade in Heidelberg in Bezug auf den Mangel an Forschungsflächen Klage auf hohem Niveau geführt wird.

B.III. Zur Lehre

Der Wissenschaftsrat würdigt die Einführung des neuen klinischen Curriculums „heicumed“, mit dem die Fakultät große finanzielle und personelle Ressourcen einsetzt, um die klinische Ausbildung in Heidelberg grundlegend zu erneuern. Sie hat damit einen der umfassendsten Ansätze zur Reform der klinischen Ausbildung in Deutschland entwickelt und auf diese Weise neben dem wissenschaftlichen Profil auch ein eigenständiges Lehrprofil etabliert, das beispielgebend für Baden-Württemberg und die ganze Bundesrepublik ist. Dies ist umso erfreulicher, als die Lehrleistung der Fakultät, gemessen an den guten Ergebnissen der Studierenden bei den bundeseinheitlichen Prüfungen durch das IMPP, bereits in der Vergangenheit weit über dem Bundesdurchschnitt lag.

Positiv anzuerkennen sind auch die Etablierung neuer Studienangebote, wie der Master-Studiengang „Medizin und Gesundheitsversorgung in den Entwicklungsländern“, die Postgraduelle Ausbildung in Medizinischer Biometrie, der Master-Studiengang „Informationsmanagement in der Medizin“, sowie der seit über dreißig Jahren bestehende Studiengang „Medizinische Informatik“, der in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Heilbronn angeboten wird. Gerade der Kooperation zwischen Fachhochschulen und Universitäten hat der Wissenschaftsrat eine hohe wissenschaftspolitische Bedeutung beigemessen, insbesondere dann wenn sie auch die Forschung mit einbezieht.³⁴

Darüber hinaus engagiert sich die Fakultät auch bei der Entwicklung neuer Lehrmedien und etabliert Webbasierte Problem- und fallorientierte Lernumgebungen. So

³³ Von den rund 17.000 m² (NF) Forschungslabors sind 28% als Verfügungsflächen ausgewiesen.

³⁴ Wissenschaftsrat: „Thesen zur künftigen Entwicklung des Wissenschaftssystem in Deutschland“ Köln, 2000, S. 12 ff. und S. 16 ff.

wurde beispielsweise das Projekt „Campus-Pädiatrie“ im Jahr 2002 mit dem medien-
didaktischen Hochschulpreis der Gesellschaft für Medien in der Wissenschaft e.V.
ausgezeichnet. Positiv zu würdigen ist auch das Engagement der Fakultät bei der
Evaluation der Lehre. Im Vorfeld der Einführung von heicumed wurden mit der
Durchführung einer externen Online-Evaluation der Lehrveranstaltungen neue Wege
beschritten, die einen interessanten Ansatz für eine flächendeckende Evaluation der
Lehre bilden können, insbesondere wenn auch die Examensleistungen entsprechend
berücksichtigt werden. Positiv herauszustellen ist auch die sehr aktive Studienkom-
mission in Heidelberg. Alle genannten Punkte weisen darauf hin, dass die Fakultät
begonnen hat, sich ihrer Verantwortung für eine Verbesserung der Lehrbedingungen
in Heidelberg bewusst zu werden, hierfür einen anerkennenswerten Aufwand leistet
und somit neben der erwiesenen Forschungsorientierung auch eine entsprechende
Gewichtung der Lehre vornimmt.

Der Wissenschaftsrat hält es mit dem Ziel einer verstärkten Verankerung des Lehr-
bewusstseins in der Fakultät für notwendig, mehr als bisher Anreizinstrumente zur
Verbesserung der Lehre zu setzen. Mit der Auslobung von Lehrpreisen und der Aus-
zeichnung von besonders in heicumed engagierter Dozenten sind hier erste Schritte
in die richtige Richtung gegangen worden. Übereinstimmend wird im BeMA-Bericht,
von Studierenden und Nachwuchswissenschaftlern bemängelt, dass die in Heidel-
berg erfolgende Lehrevaluation nicht ausreichend transparent ist. Der Wissen-
schaftsrat empfiehlt daher, dass künftig die Ergebnisse der Lehrevaluation öffentlich
diskutiert werden und in eine leistungsorientierte Mittelzuweisung für die Lehre ein-
fließen. Die alleinige Berücksichtigung des Lehraufwandes als Parameter für die
Mittelzuweisung kann hier nicht genügen. Darüber hinaus sollten auch im Rahmen
einer antragsbasierten Lehrförderung Mittel zur Verfügung gestellt werden, mit denen
innovative Lehransätze gefördert werden können. Zu den Verfahren der leistungsori-
entierten Mittelvergabe wird sich der Wissenschaftsrat detaillierter in seiner geson-
derten Stellungnahme zu den hochschulmedizinischen Einrichtungen in Baden-
Württemberg noch äußern.

Der Wissenschaftsrat hat nur ein geringes Verständnis dafür, dass die Fakultät wei-
tere Reformprojekte in der medizinischen Ausbildung, insbesondere im vorklinischen

Abschnitt, aufgrund der geleisteten Anstrengungen im Zusammenhang mit heicumed derzeit für nicht umsetzbar hält. Er fordert die Fakultät nachdrücklich auf, sich mit den Empfehlungen der BeMA-Kommission auseinanderzusetzen und die berechtigten Anregungen ernst zu nehmen. Insbesondere die Reform des vorklinischen Ausbildungsabschnittes ist vor dem Hintergrund der neuen Approbationsordnung unumgänglich. Dass rund ein Drittel der Studierenden in den vorklinischen Studienabschnitten später nach Mannheim überwechselt, sollte auch hier als Anstoß verstanden werden, die Mannheimer Fakultät in die Konzeption der Ausbildung mit einzubeziehen.

Die Absicht beider Fakultäten, zu einer Angleichung ihrer klinischen Curricula zu gelangen, ist als überaus sinnvoll zu bewerten. Beide Fakultäten sollten nach Möglichkeiten suchen, um eine weitgehende Durchlässigkeit für die Studierenden an beiden Fakultäten zu gewährleisten und eine gegenseitige Anerkennung von Studienleistungen sicherstellen. Auch die Entwicklung neuer Lehrmedien sollte an beiden Standorten koordiniert erfolgen. Darüber hinaus werden beide Fakultäten aufgefordert, auch bei der Ausbildung in Allgemeinmedizin gemeinsame Wege zu beschreiten. Da Heidelberg derzeit über eine C3-Professur für Allgemeinmedizin verfügt und gleichzeitig in Mannheim die Sozialmedizin mit Schwerpunkt Public Health angestrebt wird, bietet sich auch hier eine verstärkte Kooperation für diesen Themenbereich an. Auf diesem Wege kann die von der Approbationsordnung geforderte Verstärkung dieses wichtigen Ausbildungsbereichs erreicht und in Mannheim ggf. die Etablierung eines Forschungsschwerpunktes Public Health/Sozialmedizin/Präventivmedizin verstärkt werden.

Engpässe bestehen in Bezug auf die Ausstattung mit Unterrichtsräumen. Diese sind insbesondere durch die Einführung von heicumed und den Übergang zur jahresweisen Zulassung der Studierenden entstanden und werden in Zukunft durch die in der neuen Approbationsordnung vorgesehene Verstärkung des Kleingruppenunterrichts weiter verschärft. Anerkennung verdienen hier die von der Fakultät ergriffenen Interimsmaßnahmen, mit denen Seminarräume geteilt und zusätzliche Infrastruktur angeschafft wurde. Der Wissenschaftsrat geht davon aus, dass die 2003/2004 geplante Inbetriebnahme des Neubaus für die Innere Medizin, in dem ein großes Unterrichts

zentrum für die Medizin zur Verfügung stehen wird, zu einer gewissen Entspannung führen wird. Im Zusammenhang mit den in Zukunft zu errichtenden Klinikneubauten (Kinderklinik, Frauenklinik, Hautklinik, Chirurgie) sollten jedoch ausreichende Unterrichtsräume eingeplant werden.

Positiv zu bewerten ist die ausgeprägte Promotionskultur in Heidelberg. So liegt der Promotionsanteil mit etwa 90 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt (60 %) und belegt die starke Forschungsorientierung der Fakultät. Zu begrüßen ist ferner die große Anzahl von Graduiertenkollegs und die Einbindung der außeruniversitären Forschungseinrichtungen in Heidelberg (DKFZ, EMBL, MPI), so dass bereits ein hohes Niveau der Doktorandenausbildung erreicht wurde.

Der Wissenschaftsrat hält es aber für erforderlich, neben den Graduiertenkollegs flächendeckend strukturierte Promotionskollegs einzuführen, um Defizite bei der Doktorandenausbildung zu beheben.³⁵ Diese Promotionskollegs sollten als ein Zusammenschluss von Hochschullehrern Promovierende auswählen, betreuen und gute Forschungsbedingungen sicherstellen. Die Promotionskollegs müssen ein anspruchsvolles Studienprogramm anbieten, zu einer Qualitätssicherung der Doktorarbeiten beitragen und eine ausreichende Freistellung der Doktoranden für ihre wissenschaftliche Arbeit gewährleisten.

Der im Rahmen von heicumed vorgesehene zehnmonatige Freiraum für wissenschaftliches Arbeiten ist zu begrüßen. Er kann jedoch zur Anfertigung einer Dissertation, die den zu fordernden Qualitätsstandards entspricht, nicht ausreichen. Der Wissenschaftsrat wird sich in Kürze detaillierter mit der medizinischen Doktorarbeit auseinandersetzen und Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen an den Universitätsklinika erarbeiten.

B.IV. Zur Krankenversorgung

Wie das Mannheimer Universitätsklinikum ist auch das Universitätsklinikum Heidelberg als Krankenhaus der Maximalversorgungsstufe mit einem beträchtlichen länderübergreifenden Versorgungsauftrag im hochindustrialisierten Rhein-Neckar-Dreieck angesiedelt. Zusammen mit dem hohen wissenschaftlichen Renommee des Universitätsklinikums in Heidelberg erwächst daraus in besonderem Maße auch der Auftrag einer stationären und ambulanten klinischen Versorgung der Maximalversorgungsstufe. Ein Hinweis auf den hohen Maximalversorgungsanteil ist der auch für Universitätsklinika hohe Anteil an Intensivbetten (12,4 %). Mit 1.684 Planbetten ist das Universitätsklinikum in Heidelberg nach dem Universitätsklinikum in Freiburg das zweitgrößte Baden-Württembergs. Dabei sind die weiteren 320 Planbetten³⁶ der Orthopädischen Universitätsklinik nicht berücksichtigt. Insgesamt gehört damit das Heidelberger Universitätsklinikum zu den größten Universitätsklinika der Bundesrepublik Deutschland.

Der Wissenschaftsrat kritisiert, dass die Fakultät und das Universitätsklinikum der vom Wissenschaftsrat 1990 ausgesprochenen Empfehlung, die Bettenzahl auf unter 1.500 abzusenken, nicht nachgekommen ist.³⁷ Ziel muss es sein, grundsätzlich den Umfang der Krankenversorgung unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit auf das für Forschung und Lehre notwendige Maß zu begrenzen. Der Wissenschaftsrat erinnert in diesem Zusammenhang an die Empfehlungen zur Ausbauplanung der Medizinischen Fakultäten aus den 90er Jahren, in denen 1.350 Betten als ausreichend angesehen wurden.

Angesichts dessen weist er nachdrücklich darauf hin, dass eine deutliche Reduzierung der Zahl der Planbetten umgehend anzustreben ist.

³⁵ Wissenschaftsrat: „Empfehlungen zur Reform der Doktorandenausbildung“, Drs. 5459/02, Saarbrücken, 2002.

³⁶ Die Einrichtungen der Krankenversorgung der Orthopädischen Universitätsklinik werden nicht im Rahmen des HBFG finanziert.

³⁷ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zum weiteren Ausbau der Medizinischen Einrichtungen der Universität Heidelberg, in: Empfehlungen und Stellungnahmen, 1990, S. 442.

Insbesondere vor dem Hintergrund der Einführung der Fallpauschalen (DRG) hält der Wissenschaftsrat inzwischen eine erheblich größere Bettenreduktion für erforderlich. Gleichwohl ist sich der Wissenschaftsrat im Klaren, dass die Zahl der Planbetten sowohl hinsichtlich der Steuerung der stationären Krankenversorgung im Kontext der Einführung der DRG als auch bezüglich der Aufnahmekapazitäten von Studienanfängern künftig an Bedeutung verlieren wird. Der Wissenschaftsrat wird daher gesonderte Empfehlungen zu diesen aktuellen Entwicklungen sowie zu den über den Betten hinausgehenden Leistungsparametern und der damit verbundenen, adäquaten Größe von Hochschulklinika vorlegen. Für Heidelberg fordert der Wissenschaftsrat, dass bei anstehenden Neubau- und Sanierungsmaßnahmen verstärkt die Bildung von Bettenpools und eine Straffung der Abteilungsstrukturen sowie eine konsequente Nutzung freiwerdender Flächen angestrebt wird. Der Wissenschaftsrat erwartet vom Land, dass möglichst mit den Anmeldungen zum 33. Rahmenplan, spätestens aber zum 34. Rahmenplan, die Vorstellungen der Fakultät und des Klinikums zur Reduktion der Bettenzahl insgesamt sowie detailliert für die einzelnen Abteilungen vorgelegt werden. Eine verringerte Planbettenzahl ist auch bei der Konzeption von Klinikneubauten zu berücksichtigen.

Eine weitere Reduktion der Planbetten sollte auch im Zusammenhang mit einer verstärkten Kooperation mit dem Universitätsklinikum in Mannheim möglich werden. Doppelvorhaltungen im Bereich der Krankenversorgung sind nur dann sinnvoll, wenn sie an beiden Standorten rentabel betrieben werden können. Zu strukturell bedeutsamen Ausbauprojekten wird sich der Wissenschaftsrat erst äußern können, wenn die Frage der Fusion der beiden medizinischen Fakultäten in Heidelberg und Mannheim geklärt ist (s. Abschnitt B. VII). Darüber hinaus hält der Wissenschaftsrat aus Gründen der Kompetenz- und Qualitätssicherung eine Beschränkung von Transplantationszentren im Rahmen einer landesweiten Abstimmung für notwendig.

Weitere Möglichkeiten, insbesondere in der Krankenversorgung zu Kosteneinsparungen zu gelangen, sieht der Wissenschaftsrat in der Etablierung eines überregionalen Einkaufsverbundes beispielsweise für den medizinischen Bedarf, gemeinsame Verhandlungen zum Outsourcing von Dienstleistungen, die nicht zentral zur Krankenversorgung gehören, dem Betrieb einer gemeinsamen Apotheke und einer ge

meinsamen Vorratshaltung. Er hält zudem eine Koordination des Ausbaus der EDV-Infrastruktur an beiden Standorten für notwendig (siehe Kapitel B.V. Ausplanung).

Mit der Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) sind mittelfristig große organisatorische und strukturelle Veränderungen in der Hochschulmedizin zu erwarten. Das Universitätsklinikum beteiligt sich als Reaktion hierauf am Bau eines Hotels und eines internationalen Therapiezentrums (ITZ), um das Potenzial für die teilstationäre Behandlung zu vergrößern und einen weiteren Abbau der Bettenkapazitäten zu ermöglichen. Beide Vorhaben will das Klinikum außerhalb des HBFG finanzieren. Der Wissenschaftsrat erkennt hierin eine wegweisende Konzeption, die fortgeführt werden sollte. Auch das Otto-Meyerhof-Zentrum mit seiner Kombination aus ambulanter Krankenversorgung und Forschungsverfügungsflächen ist eine wichtige und zukunftsweisende Strukturverbesserung.

Im Zusammenhang mit der ambulanten Krankenversorgung nimmt der Wissenschaftsrat die Aussagen des Klinikums zur Kenntnis, dass die bislang bestehenden Defizite der Ambulanzen nicht aus dem Landeszuschuss für Forschung und Lehre finanziert wurden. Zu dieser grundsätzlichen Thematik wird sich der Wissenschaftsrat in seiner standortübergreifenden Stellungnahme zu den hochschulmedizinischen Einrichtungen Baden-Württembergs detaillierter äußern.

B.V. Zur Ausbauplanung

Entscheidenden Einfluss auf die künftige Ausbauplanung in Heidelberg wird auch die weitere Entwicklung der Kooperation der beiden Universitätsklinika und der beiden medizinischen Fakultäten in Mannheim und Heidelberg haben. Eine verstärkte Zusammenarbeit oder gar eine Fusion der Standorte wird zum Abbau von Doppelvorhaltungen beitragen können und eine entsprechende Anpassung der Ausbauplanung erfordern. Empfehlungen zu strukturell bedeutsamen Investitionsmaßnahmen im Rahmen des HBFG werden daher nur nach der Vorlage überzeugender abgestimmter Gesamtkonzepte gegeben werden können (s. auch Kapitel B.VII.).

Die bauliche Situation des Universitätsklinikums in Heidelberg ist geprägt durch die räumliche Trennung der Standorte „Altklinikum Bergheim“ und „Im Neuenheimer Feld“. Bereits 1990 hat das Land eine langfristige Gesamtplanung für die bauliche Entwicklung des Klinikums erarbeitet, die darauf abzielt, alle Kliniken und Institute der Medizin auf dem Neuenheimer Feld zusammenzuführen und dabei auch die Psychiatrie mit einzubeziehen. Der Wissenschaftsrat hatte bereits in seiner Stellungnahme von 1990 diese Konzeption begrüßt, da die benachbarte Unterbringung aller Einrichtungen an einem Standort nicht nur eine optimale Versorgung der Patienten begünstigt, sondern auch eine wichtige Voraussetzung für eine Integration der verschiedenen Fachgebiete darstellt.³⁸ Diese Grundkonzeption ist beibehalten worden und wird auch weiterhin vom Wissenschaftsrat unterstützt. Die geplante Ringstruktur für die Ansiedlung der zukünftigen Neubauten für die Kliniken erscheint insgesamt überzeugend. Neben der bereits bestehenden Kopfklinik und der derzeit im Bau befindlichen Inneren Medizin und Poliklinik soll der „Heidelberger Ring“ in seiner Endstruktur die Chirurgie, die Kinderklinik, die Hautklinik und die Frauenklinik umfassen. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, die Ringstruktur bezüglich der Positionierung der Frauenklinik so zu gestalten, dass eine enge räumliche Anbindung der Neonatologie an die Kinderklinik ermöglicht wird.

Zu begrüßen ist die für 2003/2004 vorgesehene Übersiedlung der Inneren Medizin in den Neubau am Hauptstandort. Weniger erfreulich ist hingegen, dass die Verlagerungen der Frauen- und der Hautklinik ins Neuenheimer Feld nach derzeitigen Planungen erst nach 2010 erfolgen können. Bereits in seinen letzten Empfehlungen hatte sich der Wissenschaftsrat nachdrücklich für einen gemeinsamen Baubeginn der Inneren Medizin und der Hautklinik spätestens im Jahre 1993 ausgesprochen. Auch wenn die Hautklinik in Bergheim derzeit in gut sanierten Räumlichkeiten untergebracht ist, kann auf Grund der engen Verflechtung der Inneren Medizin mit der Dermatologie und ihrer generellen Bedeutung für alle anderen klinischen Disziplinen die sich nun ergebende Isolation der Dermatologie in Bergheim für mindestens weitere sieben Jahre nicht als günstig bewertet werden. Der Wissenschaftsrat würde es daher im Interesse von Krankenversorgung, Forschung und Lehre begrüßen, wenn

³⁸ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zum weiteren Ausbau der Medizinischen Einrichtungen der Universität Heidelberg, in Empfehlungen und Stellungnahmen, 1990, S. 419 ff., Köln 1991.

Möglichkeiten für einen deutlich früheren Baubeginn gefunden würden. Zudem sollte im Zusammenhang mit dem erforderlichen Bettenabbau überdacht werden, ob die Hautklinik in die neue Medizinische Klinik zu integrieren ist. Für den Neubau und die Verlagerung der Frauenklinik, deren spätester Baubeginn ursprünglich für 1995 empfohlen wurde, sollte ein früherer Baubeginn angestrebt werden.

Eine weitere Sanierung der Kinderklinik hat sich beim Besuch des Medizinausschusses des Wissenschaftsrates im Jahr 2001 als nicht sinnvoll erwiesen. Das Land hat daher die Sanierungsmaßnahmen bis auf die dringend notwendigen Teilmaßnahmen gestoppt. Die durch eine großzügige Spende nunmehr in Aussicht stehende zügige Realisierung eines Neubaus für die Kinderklinik sollte in ihrer Konzeption insbesondere die angestrebte Kooperation mit der Kinderheilkunde in Mannheim erkennen lassen. Für eine Anmeldung zum Rahmenplan erwartet der Wissenschaftsrat die Vorlage eines standortübergreifenden Gesamtkonzepts zur Kinderheilkunde/Kinderchirurgie in Mannheim und Heidelberg, da er sich andernfalls nicht in der Lage sieht, ein entsprechendes Bauvorhaben zur Aufnahme in den Rahmenplan zu empfehlen.

Insgesamt gut untergebracht ist derzeit noch die Psychiatrie in Bergheim, wobei ein Teilbereich der Forschungsflächen bereits im Neuenheimer Feld angesiedelt ist. Durch die Verlagerung der Inneren Medizin werden die freiwerdenden Flächen in Bergheim für die Sozialwissenschaften nutzbar, wodurch für die Psychiatrie eine Verstärkung der Kooperation möglich erscheint, die sehr zu begrüßen ist. Völlig unzureichend hingegen ist die räumliche Situation in der geschlossenen Abteilung der Psychiatrie mit viel zu kleinen Mehrbettzimmern und unzureichenden Sanitäreinrichtungen. Der Wissenschaftsrat erwartet hier von Klinikum und Land, dass zügig Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt werden. Gerade für psychiatrische Patienten mit den längsten Verweildauern sind die vorgefundenen Zustände nicht mehr hinnehmbar. Das Land wird gebeten, mit den Anmeldungen zum 33. Rahmenplan über Planungen zu diesbezüglichen Investitionen zu berichten.

Die Ausbausituation auf dem Hauptstandort „Neuenheimer Feld“ ist insgesamt als heterogen zu bewerten, da seit den 30er Jahren kontinuierlich Neubauten entstanden sind. Ältestes Gebäude ist die Chirurgische Klinik, zu deren aufwändiger und lang andauernder Sanierung es keine Alternativen gibt. Das entsprechende Rahmenplanvorhaben (Nr. 224) wurde daher vom Wissenschaftsrat zur grundsätzlichen Aufnahme in den Rahmenplan (Kategorie II) empfohlen. Die Notwendigkeit zum Neubau einer Kinderklinik wurde bereits im Zusammenhang mit dem Heidelberger Ring angesprochen. Bezüglich der generellen Konzeption der Klinikneubauten erneuert der Wissenschaftsrat seine Empfehlungen von 1990 zur Detailplanung der Neubauten. Er hat hier insbesondere angeregt, in den Neubauten ausreichend Flächen für die klinische Forschung vorzusehen, wobei ein ausgewogenes Verhältnis von fest zugeordneten Forschungslabors und Forschungsverfügungsflächen mit variabler Nutzung anzustreben ist. Alternativ zu den Verfügungsflächen in den Klinikneubauten bietet sich die Schaffung von reinen Forschungsverfügungsgebäuden an, sofern hier ein nachweisbarer Bedarf besteht. Des Weiteren sind ausreichende Räumlichkeiten für den Unterricht in Kleingruppen bereitzustellen; ein Erfordernis, das im Zusammenhang mit der Einführung von heicumed und den Anforderungen durch die neue Approbationsordnung weiter an Aktualität gewonnen hat.

Grundsätzlich hält es der Wissenschaftsrat für notwendig, gemeinsame Bettenpools einzurichten, eine zentrale Patientenaufnahme zu etablieren sowie die Struktur der Gebäude so anzulegen, dass zum einen eine prozessorientierte Patientenversorgung und zum anderen eine fächerübergreifende Patientenversorgung organisiert werden kann. Dabei muss in besonderer Weise dem zu erwartenden Zuwachs der ambulanten und teilstationären Krankenversorgung Rechnung getragen werden, um kostentreibende Überkapazitäten im Bereich der stationären Krankenversorgung abzubauen.

Darüber hinaus spricht sich der Wissenschaftsrat für eine zügige Umsetzung der Sanierung des Biochemie-Zentrums aus, um die mit der verzögerten Sanierung verbundene Beeinträchtigung des Forschungs- und Lehrbetriebs dieses wichtigen auch fakultätsübergreifenden Zentrums zu beheben.

Mit Blick auf die Daueraufgabe des Ausbau des EDV-Systems des Universitätsklinikums ist auch im Bezug auf die verstärkte Kooperation mit dem Mannheimer Universitätsklinikum eine Abstimmung der EDV-Infrastruktur im Soft- wie im Hardwarebereich unerlässlich. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, in Heidelberg und Mannheim eine gemeinsame Kommission einzusetzen mit der Aufgabe, eine zügige Kompatibilität der an den Standorten verwendeten Systeme zu erreichen. Durch ein abgestimmtes Vorgehen ist zudem über einen Einkaufverbund eine deutlich verbesserte Verhandlungsposition bezüglich des Einkaufs, der Implementierung, Wartung und Schulung zu erwarten. Ebenso unabdingbar ist, dass bei den beschafften EDV-Systemen im Klinikbereich eine Kompatibilität, zumindest aber ein problemloser Datenaustausch über entsprechende Schnittstellen, mit anderen Universitätskliniken des Landes angestrebt wird.

B.VI. Zur Finanzierung

Das Land Baden-Württemberg unterhält fünf hochschulmedizinische Einrichtungen und leistet hierfür einen stetigen und seit dem Jahr 2000 wieder steigenden investiven Finanzaufwand. Mit einem rund 33 %igen Anteil der Hochschulmedizin an den gesamten HBMG-Ausgaben des Landes (1992-2001) liegen die verfügbaren Mittel leicht unter dem durchschnittlichen Vergleichswert im Bundesgebiet (34,1 %). Auf die hochschulmedizinischen Einrichtungen in Mannheim entfielen im Betrachtungszeitraum (1996-2000) rund 14 % (entsprechend 62,0 Mio. Euro) der gesamten medizinbezogenen HBMG-Mittel des Landes einschließlich der Großgeräte im Rahmen der Ersteinrichtung. Hinzu kommen die Mittel für Großgeräte im Rahmen der Ersatz- und Ergänzungsbeschaffung.

Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum 32. Rahmenplan zugrunde gelegt, befinden sich derzeit rund 493 Mio. Euro in Kategorie I. Der Wissenschaftsrat hält die Bereitstellung weiterer Investitionsmittel für eine zügigere Realisierung der Klinikneubauten für die Haut- und die Frauenklinik für notwendig. Kurzfristig müssen zudem Mittel zur Verbesserung der Patientenunterbringung in der geschlossenen Abteilung der Psychiatrie bereitgestellt werden.

Im Rahmen einer verstärkten Kooperation der Universitätsklinika in Heidelberg und Mannheim erwartet der Wissenschaftsrat aber, dass sich durch den Abbau von Doppelvorhaltungen neue Finanzierungsspielräume ergeben werden. Grundsätzlich befürwortet werden auch Bestrebungen des Universitätsklinikums, alternative Finanzierungsmöglichkeiten zu erschließen.

Erfreulich ist, dass 2001 und 2002 eine Steigerung des Zuführungsbetrages des Landes für Forschung und Lehre um 0,5 bzw. 1,8 % verzeichnet werden konnte. Eine weitere deutliche Steigerung des Zuführungsbetrages ist allerdings nicht zu erwarten, da das Land weitere Kürzungen angekündigt hat, die den finanziellen Spielraum der Fakultät erheblich einschränken werden und den Erhalt der Leistungsfähigkeit des Standortes gefährden.

Das vom Land etablierte Verfahren, einen Teil des Landeszuschusses nach Leistungskriterien zu verteilen, wird vom Wissenschaftsrat begrüßt. Derzeit werden 20 % des Betrages nach landesweit einheitlich erhobenen Leistungskriterien in Forschung und Lehre verteilt. Bisher zählte die Heidelberger Fakultät stets mit Tübingen zu den Gewinnern und konnte somit zusätzliche Landesmittel erhalten. Allerdings ist der Zugewinnbetrag seit 1998 kontinuierlich rückläufig, so dass trotz beachtlicher Drittmittelsteigerung zusätzliche Anstrengungen erforderlich sein dürften, um vom landesweiten Anreizsystem profitieren zu können. Einen großen Teil des Zugewinnbetrags hat die Fakultät in den vergangenen Jahren in den Aufbau des neuen Curriculums „heicumed“ investiert und damit deutlich das Lehrprofil geschärft. Der Wissenschaftsrat regt aber an, dass künftig zumindest ein angemessener Teilbetrag des Leistungsbonus auch an die Leistungsträger der Fakultät zurückfließen sollte. Umgekehrt sollte ein evtl. zukünftig zu verbuchender Abzugsbetrag beim Landeszuschuss gerade nicht zu einer Absenkung der fakultätsinternen Mittel für die Forschungs- und Lehrförderung führen.

In seinen Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin hatte der Wissenschaftsrat mit dem Ziel der Gewährleistung der Wettbewerbsfähigkeit der Klinika bei gleichzeitiger Wahrung der Belange von Forschung und Lehre die Notwendigkeit einer Or

ganisationsreform der Hochschulmedizin betont und dafür Leitlinien umrissen. Eine wichtige Maßnahme war in diesem Kontext die Einführung einer Aufteilung der Mittel in Teilbudgets für Forschung und Lehre einerseits und für Krankenversorgung andererseits, die als Trennungsrechnung bezeichnet wird.

Der Wissenschaftsrat würdigt die diesbezüglich bereits unternommenen Schritte. Er empfiehlt das System fortzuentwickeln mit der Zielsetzung, eine klare und transparente Zuordnung der Budgets bei der Zuweisung auf die Abteilung einerseits und eine Verbuchung der Leistung andererseits zu erreichen. Auf diese Weise sollte es gelingen, die bislang noch auf pauschalen Setzungen und Annahmen beruhende Aufteilung der Aufwandsarten an die reale Situation anzupassen. Die erreichte Transparenz kann bislang nicht befriedigen. Zudem hält er es für notwendig, die Grundausstattung der Abteilungen weitgehend an den Anforderungen der Lehre zu orientieren, während die forschungsinduzierten Budgetbestandteile leistungsorientiert zuzuweisen sind. Der Wissenschaftsrat empfiehlt den medizinischen Fakultäten und den Universitätsklinika des Landes Baden-Württemberg, in gemeinsamen Arbeitsgesprächen mit dem Land die Fragen der Trennungsrechnung standortübergreifend aufzugreifen. Der Wissenschaftsrat wird sich darüber hinaus zu weiteren standortübergreifenden Finanzierungsfragen sowie den Verfahren der leistungsorientierten Mittelvergabe in seiner gesonderten Stellungnahme zu den hochschulmedizinischen Einrichtungen Baden-Württembergs äußern.

2001 führte die Fakultät rund 28,5 Mio. € (entsprechend 27,1 % des Landeszuschusses) an das Universitätsklinikum für Infrastruktur, Betriebskosten und Investition sowie Bauunterhalt ab und damit fast doppelt soviel wie die Fakultäten in Ulm und Freiburg. Der Wissenschaftsrat kann die Ursache dieser Unterschiede nicht abschließend bewerten. Er hält es aber für notwendig, dass im Rahmen der weiteren Verbesserung der Trennungsrechnung sowie durch einen Austausch der medizinischen Fakultäten untereinander eine zunehmende Transparenz erreicht wird. Sie wird dazu beitragen, eine mögliche Querfinanzierung der Krankenversorgung in den Universitätsklinika aus Mitteln des Landeszuschusses zu vermeiden. Dazu wird es außerdem notwendig sein, dass die Fakultät vor dem Hintergrund der rechtlichen Verselbstständigung des Universitätsklinikums eigenen betriebswirtschaftliche Sachverstand

aufbaut und im Dekanat entsprechend qualifiziertes Personal beschäftigt, um eine Weiterentwicklung der Trennungsrechnung vorantreiben zu können. Er regt an, eine Stabsstelle für betriebswirtschaftliche Fragen einzurichten, damit die Fakultät besser als gleichberechtigter Partner gegenüber dem Universitätsklinikum agieren kann. Mit der Etablierung eines Fakultätsgeschäftsführers ist hier bereits der erste Schritt in die richtige Richtung gegangen worden. Er hält darüber hinaus insbesondere für die medizinischen Fakultäten in Heidelberg und Mannheim hauptamtliche Dekane für erforderlich.

B.VII. Zur Fusion der medizinischen Fakultäten der Universität Heidelberg

Die Universität Heidelberg ist die einzige staatliche Hochschule in Deutschland, die über zwei medizinische Fakultäten an zwei Standorten verfügt. Die Ursache dieser Doppelung ist zwar historisch nachzuvollziehen, sie reicht jedoch als Begründung für die Zukunft, insbesondere vor dem Hintergrund der Lage der öffentlichen Haushalte nicht aus. Zudem erfordert eine international konkurrenzfähige medizinische Forschung die Bündelung der Ressourcen. Hierfür bestehen aufgrund der engen Nachbarschaft der beiden hochschulmedizinischen Einrichtungen besonders günstige Voraussetzungen. Dies haben die Universitätsklinika in Heidelberg und Mannheim sowie die beiden medizinischen Fakultäten erkannt und ihre Anstrengungen zur Kooperation verstärkt. Die Bemühungen zur Zusammenarbeit fanden in den vergangenen Jahren Ausdruck in zahlreichen Aktivitäten bis hin zur Forderung einer Fusion der Universitätsklinika (ohne Fusion der Fakultäten), einer zügigen Fusion der Fakultäten (ohne Fusion der Universitätsklinika) oder einer zeitgleichen Fusion der Fakultäten und der Universitätsklinika. Dazu wurde auch ein das Kooperationsprojekt begleitender Lenkungsausschuss eingesetzt, der aus Vertretern beider Universitätsklinika, beider Fakultäten und Mitarbeitervertretungen sowie des Ministeriums besteht. Auch das Rektorat der Universität Heidelberg und der Universitätsrat streben eine zügige Fusion der Fakultäten an und forderten Ende Oktober 2002 die Vorlage eines Masterplans von beiden medizinischen Fakultäten, der Aussagen zur flächendeckenden Abstimmung aller Bereiche enthalten soll. Zielvorgabe war es, eine Fusion der Fakultäten bis Juli 2004 umzusetzen.

Im Augenblick sieht der Wissenschaftsrat keine hinreichend konkreten Ansatzpunkte für eine Fusion der Heidelberger und der Mannheimer Einrichtungen, da weder fundierte Strukturkonzepte noch konkrete Planungsunterlagen für eine wie auch immer auszugestaltende Fusion der Klinika und/oder der medizinischen Fakultäten der Universität Heidelberg vorliegen, zu denen er Stellung nehmen könnte. Dies ist nicht zuletzt Ausdruck zahlreicher nach wie vor offener grundsätzlicher Fragen. Zu klären wären wegen der damit verbundenen strukturellen Auswirkungen auf Forschung und Lehre, welche Rechtsform ein fusioniertes Universitätsklinikum haben soll und welche Trägerschaft für dieses fusionierte Klinikum in Betracht kommt.

Auch vor dem Hintergrund der derzeitigen strukturellen Unterschiede in Mannheim und Heidelberg, der unterschiedlichen Traditionen in Krankenversorgung, Forschung und Lehre an beiden Universitätsklinika, der beginnenden Forschungsorientierung in Mannheim und des dort eingeleiteten Generationswechsels kommt der Wissenschaftsrat zu dem Ergebnis, dass zum jetzigen Zeitpunkt ein Votum für oder gegen eine Fusion bzw. Integration der Mannheimer Fakultät in die Heidelberger Fakultät nicht sachgerecht ist.

Der Wissenschaftsrat erwartet daher, dass ihm die Medizinische Fakultät Heidelberg, das Universitätsklinikum Heidelberg, die Universität Heidelberg und das Land Baden-Württemberg zu folgenden Punkten bis zum 31.12.2003 abgestimmte Konzepte und Berichte zur Prüfung vorlegen:

1. Eine Strategische Zielplanung der Universität Heidelberg zur Weiterentwicklung der beiden medizinischen Fakultäten.
2. Ein Struktur- und Entwicklungskonzept der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Heidelberg. Der Wissenschaftsrat hält es für nicht erforderlich, in Heidelberg alle durch die Approbationsordnung vorgegebenen Fächer vorzuhalten, weil diese durch die unmittelbare Nachbarschaft Mannheims auch dort abgedeckt werden können.

3. Eine Darstellung der überarbeiteten Aufteilung des Landeszuschusses für Forschung und Lehre. Der Wissenschaftsrat hat Zweifel, dass die aktuellen Finanzierungsmodalitäten gewährleisten, dass aus dem Landeszuschuss ausschließlich die Forschung und Lehre dienenden Leistungen des Universitätsklinikums finanziert werden.

Auf der Grundlage dieses Berichtes zu den genannten Punkten sowie nachweisbarer Anstrengungen der Medizinischen Fakultät Heidelberg für faire, die Gegebenheiten des Mannheimer Standorts berücksichtigende Kooperationsverhandlungen, wird sich der Wissenschaftsrat erneut mit der Thematik befassen. Abhängig von der Substanz dieses Berichtes wird der Wissenschaftsrat dem Land empfehlen, entweder beide Fakultäten zu vereinen oder langfristig an beiden Standorten je eine eigenständige Fakultät zu erhalten, die jedoch intensiv miteinander kooperieren sollen. Dem Land wird empfohlen, den Abstimmungsprozess zwischen den beiden medizinischen Fakultäten und ihren Universitätsklinika zu moderieren.

Oberstes Ziel muss es sein, den Spielraum der medizinischen Fakultäten für eine an Exzellenz orientierte Schwerpunktsetzung in Forschung und Lehre zu vergrößern und die Leistungsfähigkeit der Universitätsklinika zu sichern.

Da sowohl ein Fortbestand der beiden medizinischen Fakultäten der Universität als auch deren evtl. Fusion gravierende Auswirkungen auf die künftigen Ausbauplanungen an beiden Standorten haben, wird der Wissenschaftsrat für beide Standorte nur in begründeten Einzelfällen Empfehlungen zur vorbehaltlosen Aufnahme von strukturell bedeutsamen Vorhaben in den 33. Rahmenplan aussprechen.

C. Zusammenfassung

Die Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg und das seit 1998 rechtlich selbstständige Universitätsklinikum zählen zu den führenden hochschulmedizinischen Einrichtungen in Deutschland mit beachtlichen, teilweise herausragenden Leistungen in Forschung, Lehre und Krankenversorgung.

Die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum haben begonnen, ihre noch weitgehend klassische und auf die Krankenversorgung ausgerichtete Organisationsstruktur zu modernisieren. Die begonnenen Umstrukturierungen sollten zügig fortgesetzt werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, die Zielsetzung der neuen Struktureinheiten sowie die Aufgabenbereiche und Entscheidungskompetenzen der jeweiligen Gremien der neuen Organisationsstrukturen in Satzungen zu verankern.

Die wissenschaftliche Leistungsfähigkeit der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg wird vor allem durch derzeit zwei Sonderforschungsbereiche, die Beteiligung an drei weiteren Sonderforschungsbereichen, drei durch die DFG geförderte Klinische Forschergruppen sowie drei Graduiertenkollegs belegt. Die Fakultät hat eine Reihe profilgebender und zukunftsweisender Forschungsschwerpunkte etabliert, in die auch zahlreiche außerfakultäre und außeruniversitäre Kooperationspartner eingebunden sind. Hervorzuheben sind die Leistungen auf dem Gebiet der Onkologie, der Kardiologie, der Neurowissenschaften und der Infektionsforschung. Hinsichtlich der Kardiologie empfiehlt der Wissenschaftsrat, das bereits etablierte Herzzentrum Rhein-Neckar auszubauen. Die intensivierte Kooperation in der Kardiologie mit der Schwesterfakultät in Mannheim, die auch in der Vorbereitung eines gemeinsamen kardiologischen SFB zum Ausdruck kommt, wird nachdrücklich befürwortet. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, die fakultätsinternen Mittel zur Forschungsförderung deutlich zu erhöhen und in Kooperation mit der Fakultät in Mannheim sowie dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit die klinische Forschung institutionell zu stärken. Zu diesem Zweck regt er die Einrichtung eines standortübergreifenden Koordinierungszentrums für klinische Studien an.

Die Medizinische Fakultät Heidelberg kann seit mehreren Jahren auf hervorragende Prüfungsergebnisse ihrer Studierenden verweisen, die deutlich über dem Bundes

durchschnitt liegen. Die Einführung eines neuen klinischen Curriculums in Heidelberg ist als einer der umfassenden Ansätze zur Reform der klinischen Ausbildung in Deutschland zu würdigen. Als nächstes Ziel empfiehlt der Wissenschaftsrat, auch den vorklinischen Ausbildungsabschnitt zu reformieren. Die Fakultät sollte mehr Anreizinstrumente zur Verbesserung der Lehre einsetzen und die Ergebnisse der Lehrevaluation in die leistungsorientierte Mittelzuweisung einfließen lassen. Die Absicht der medizinischen Fakultäten in Heidelberg und Mannheim, zu einer Angleichung ihrer klinischen Curricula zu gelangen, wird begrüßt. Beide Fakultäten werden aufgefordert, auch bei der Ausbildung in der Allgemeinmedizin gemeinsame Wege zu beschreiten. Der Wissenschaftsrat hält es für erforderlich, neben den bestehenden Graduiertenkollegs Promotionskollegs einzuführen.

Das Universitätsklinikum Heidelberg zählt mit 1.685 HBFG-finanzierten Planbetten sowie weiteren 320 über das KHG finanzierten Planbetten in der Orthopädischen Universitätsklinik zu den größten Universitätsklinika in Deutschland. Eine deutliche Reduzierung der Zahl der Planbetten ist umgehend anzustreben. Ziel muss sein, grundsätzlich den Umfang der Krankenversorgung unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit auf das für Forschung und Lehre notwendige Maß zu begrenzen. Der Wissenschaftsrat erinnert in diesem Zusammenhang an die Empfehlung zu den Ausbauplanungen der Medizinischen Fakultäten aus den 1990er Jahren, in denen 1.350 Betten als ausreichend angesehen wurden. Das Land wird gebeten, spätestens zum 34. Rahmenplan die Vorstellung zur Reduktion der Bettenzahl insgesamt sowie detailliert für die einzelnen Abteilungen darzulegen. Eine weitere Reduktion der Planbetten sollte auch im Zusammenhang mit einer verstärkten Kooperation mit dem Universitätsklinikum in Mannheim möglich werden. Unrentable Doppelvorhaltungen im Bereich der Krankenversorgung sollten an beiden Standorten vermieden werden. Der Wissenschaftsrat regt zudem an, Kosteneinsparungen durch die Etablierung eines überregionalen Einkaufsverbundes zu erreichen. Er erwartet, dass vom Land aus Gründen der Kompetenz- und Qualitätssicherung die Fächerverteilung der Transplantationszentren begrenzt wird und im Rahmen eines extern begleiteten Wettbewerbs eine landesweite Abstimmung vorgenommen wird.

Die Grundkonzeption der Ausbauplanung wurde vom Wissenschaftsrat bereits 1990 positiv bewertet. Bemängelt wird jedoch, dass entgegen den Empfehlungen aus dem Jahr 1990 die Verlagerung der Frauen- und Hautklinik ins Neuenheimer Feld nach den derzeitigen Planungen erst nach 2010 erfolgen wird. Insbesondere die Isolation der Dermatologie am Altstandort in Bergheim wird als ungünstig bewertet. Dem Land wird empfohlen, nach Möglichkeiten für einen deutlich früheren Baubeginn zu suchen. Zudem sollte im Zusammenhang mit dem erforderlichen Bettenabbau überprüft werden, ob die Hautklinik in die neue Medizinische Klinik integriert werden kann. Mit Blick auf den Neubau für eine Kinderklinik erwartet der Wissenschaftsrat die Vorlage eines standortübergreifenden Gesamtkonzeptes zur Kinderheilkunde in Mannheim und Heidelberg, ohne das er keine Empfehlung zur Aufnahme in den Rahmenplan abgeben wird. Das Land wird gebeten, mit den Anmeldungen zum 33. Rahmenplan Planungen zur Verbesserung der Patientenunterbringung in der geschlossenen Abteilung der Psychiatrie vorzulegen. Eine zügige Sanierung des Biochemiezentrum wird für erforderlich gehalten.

Mit Blick auf den Ausbau des EDV-Systems an den Universitätsklinika in Heidelberg und Mannheim hält der Wissenschaftsrat eine Abstimmung der EDV-Infrastruktur für unerlässlich. Hierfür wird die Etablierung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe empfohlen, um zügig eine Kompatibilität der an den beiden Standorten verwendeten EDV-Systeme zu erreichen.

Hinsichtlich der Trennungsrechnung ist es notwendig, die Transparenz deutlich zu erhöhen. Der Wissenschaftsrat hält es für erforderlich, dass die Fakultät eigenen betriebswirtschaftlichen Sachverstand aufbaut und im Dekanat entsprechend qualifiziertes Personal beschäftigt. Er empfiehlt, eine Stabsstelle für betriebswirtschaftliche Fragen einzurichten. Insbesondere die Dekane der beiden medizinischen Fakultäten in Heidelberg und Mannheim sollen hauptamtlich tätig sein.

Die Universität Heidelberg ist die einzige staatliche Hochschule Deutschlands, die über zwei medizinische Fakultäten mit zwei Universitätsklinika in unterschiedlicher Trägerschaft verfügt. Insbesondere vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Strukturen der Universitätsklinika in Heidelberg und Mannheim sieht der Wissen

schaftsrat keine hinreichend konkreten Ansatzpunkte für eine Fusion der hochschulmedizinischen Einrichtungen und hält zum jetzigen Zeitpunkt ein Votum für oder gegen eine Fusion der Einrichtungen für nicht sachgerecht. Die Kooperationen sollten jedoch auf allen Ebenen intensiviert werden. Gemeinsame Berufungsverfahren sind anzustreben. Der Wissenschaftsrat bittet Land, Universität und medizinische Fakultäten bis zum 31.12.2003, Berichte zur Weiterentwicklung der beiden medizinischen Fakultäten in Heidelberg und Mannheim sowie ihrer Universitätsklinik vorzulegen. Dem Land wird empfohlen, den Kooperationsprozess der beiden Fakultäten und Universitätsklinik zu moderieren.

Da sowohl ein Fortbestand der beiden Medizinischen Fakultäten der Universität, als auch deren eventuelle Fusion gravierende Auswirkungen auf die zukünftige Ausbauplanung an beiden Standorten haben, wird der Wissenschaftsrat für beide Standorte nur in begründeten Ausnahmefällen Empfehlungen zur vorbehaltlosen Aufnahme von strukturell bedeutsamen Vorhaben in den 33. Rahmenplan aussprechen.

D. Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

AiP+F	Arzt im Praktikum und Forschung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CBT	Computer Based Training
CIP	Computer-Investitions-Programm
DAAD	Deutscher Akademischer Austauschdienst
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg
DRG	Diagnosis Related Groups – Fallpauschalensystem
DZFA	Deutsches Zentrum für Alternsforschung
EMBL	European Molecular Biology Laboratory
F&L	Forschung und Lehre
FZR	Forschungszentrum Rossendorf
GCP	Good Clinical Practice
GSJ	Gesellschaft für Schwerionenforschung Darmstadt
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
HMG	Hochschulmedizinreformgesetz
HNO	Hals-, Nasen-, Ohren-.....
IMPP	Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen
ISAP	Internationale Studien- und Ausbildungspartnerschaften
ISH-Med	Klinisches Arbeitsplatz-System
ITZ	Internationales Therapiezentrum
IZN	Interdisziplinäres Zentrum für Neurowissenschaften
KapVO	Kapazitätsverordnung
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung
KIS	Klinik-Informationen-System
KKS	Koordinierungszentrum für klinische Studien
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MPI	Max-Planck-Institut
MTD	Medizinisch-Technischer Dienst
MWK	Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg
MZK	Mund-, Zahn- und Kieferheilkunde
OMZ	Otto-Meyerhof-Zentrum für Ambulante Medizin und Klinische Forschung
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PACS	Picture Archiving and Communication Systems
PJ	Praktisches Jahr
POL	Problemorientiertes Lernen
RIS	Radiologie-Informationen-System
SFB	Sonderforschungsbereich
UG	Universitätsgesetz
UKG	Universitätsklinikgesetz
ZI	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim
ZiF	Zahnarzt in der Forschung (vgl. AiP+F)
ZIM	Zentrum für Informationsmanagement
ZMBH	Zentrum für Molekulare Biologie Heidelberg
ZTL	Zentrales Tierlabor der Universität Heidelberg

E. Statistischer Anhang

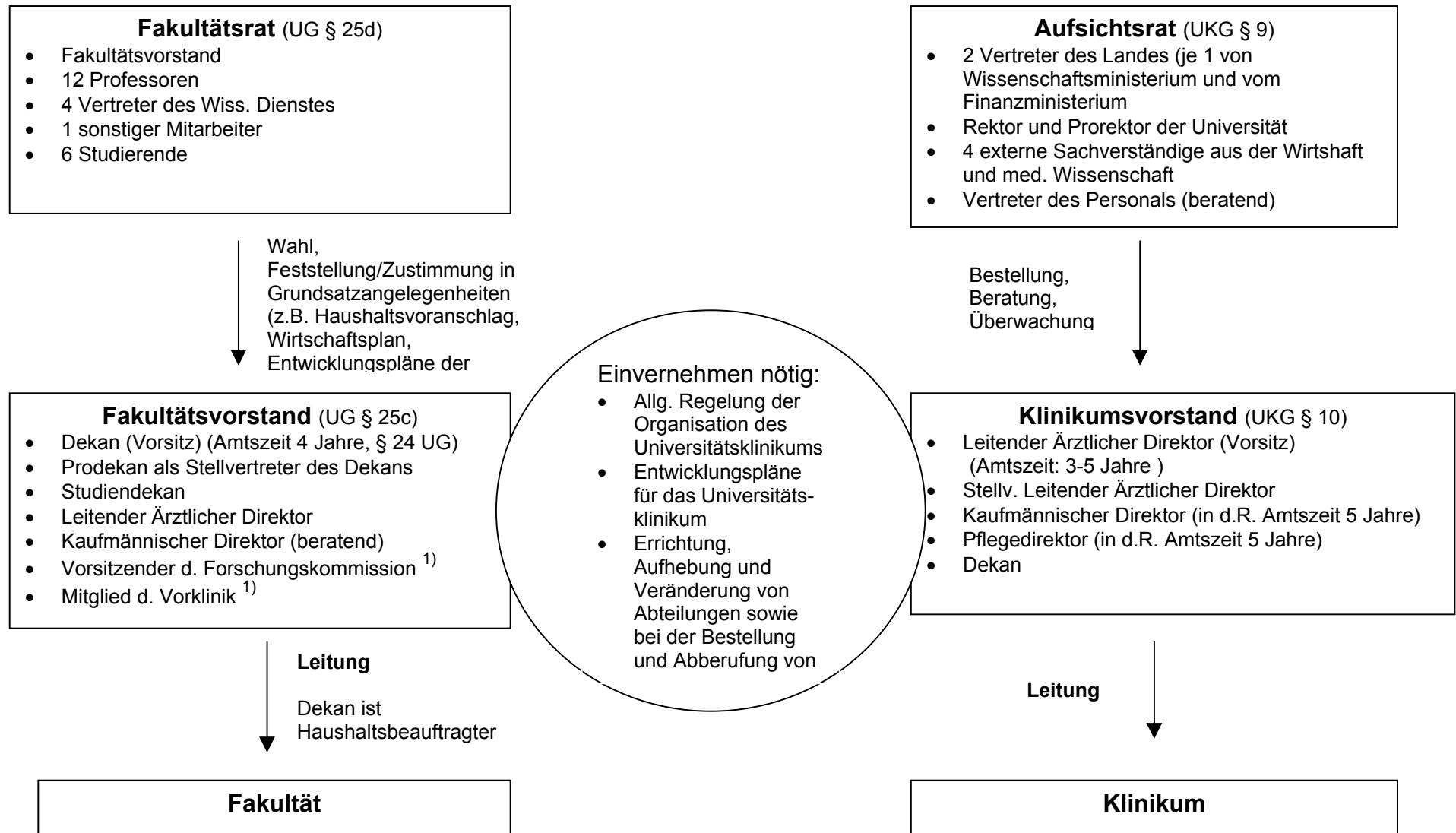
Übersicht der Tabellen des Anhangs

Tabelle 1	Organisationsstruktur der Hochschulmedizin in Heidelberg nach UG, UKG und Satzung des Universitätsklinikums
Tabelle 2.1	Gliederung der Medizinischen Fakultät und des Klinikums der Universität Heidelberg sowie Personalstatistik mit Angabe der Vollkräfte im Jahr 2000
Tabelle 2.2	Vollkräfte des Wissenschaftlichen Dienstes der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Heidelberg im Jahr 2000
Tabelle 2.3	Naturwissenschaftler des Wissenschaftlichen Dienstes der Medizinischen Fakultät und am Universitätsklinikum der Universität Heidelberg im Jahr 2000
Tabelle 2.4	Altersstruktur des wissenschaftlichen Personals der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Heidelberg im Jahre 2000
Tabelle 3.1	Drittmittleinwerbungen der Med. Fakultät und des Universitätsklinikums der Jahre 1996-2000
Tabelle 3.2	Drittmittleinwerbung der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums im Jahr 2000
Tabelle 4	Abgeschlossene Weiterbildungen am Universitätsklinikum Heidelberg seit 1996
Tabelle 5.1	Studierenden- und Absolventenzahlen der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg seit 1996
Tabelle 5.2	Studierende und Absolventen der Universität Heidelberg im Jahr 2000
Tabelle 6.1	Aufgestellte Betten am Universitätsklinikum Heidelberg - Auslastung und Verweildauer im Jahr 2000
Tabelle 6.2.1	Stationäre Krankenversorgung: Belegungsdaten des Universitätsklinikums Heidelberg 1996-2000
Tabelle 6.2.2	Stationäre Krankenversorgung: Belegungsdaten der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg 1996-2000
Tabelle 6.3	Stationäre Krankenversorgung: Belegungsdaten der Fachabteilungen des Universitätsklinikums Heidelberg und der Orthopädischen Universitätsklinik im Jahr 2000
Tabelle 7	Bauvorhaben der Med. Fakultät und des Universitätsklinikums Heidelberg entsprechend dem 32. Rahmenplan für den Hochschulbau

Übersicht der Tabellen des Anhangs

Tabelle 1	Organisationsstruktur der Hochschulmedizin in Heidelberg nach UG, UKG und Satzung des Universitätsklinikums
Tabelle 2.1	Gliederung der Medizinischen Fakultät und des Klinikums der Universität Heidelberg sowie Personalstatistik mit Angabe der Vollkräfte im Jahr 2000
Tabelle 2.2	Vollkräfte des Wissenschaftlichen Dienstes der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Heidelberg im Jahr 2000
Tabelle 2.3	Naturwissenschaftler des Wissenschaftlichen Dienstes der Medizinischen Fakultät und am Universitätsklinikum der Universität Heidelberg im Jahr 2000
Tabelle 2.4	Altersstruktur des wissenschaftlichen Personals der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Heidelberg im Jahre 2000
Tabelle 3.1	Drittmittelwerbungen der Med. Fakultät und des Universitätsklinikums der Jahre 1996-2000
Tabelle 3.2	Drittmittelwerbung der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums im Jahr 2000
Tabelle 4	Abgeschlossene Weiterbildungen am Universitätsklinikum Heidelberg seit 1996
Tabelle 5.1	Studierenden- und Absolventenzahlen der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg seit 1996
Tabelle 5.2	Studierende und Absolventen der Universität Heidelberg im Jahr 2000
Tabelle 6.1	Aufgestellte Betten am Universitätsklinikum Heidelberg - Auslastung und Verweildauer im Jahr 2000
Tabelle 6.2.1	Stationäre Krankenversorgung: Belegungsdaten des Universitätsklinikums Heidelberg 1996-2000
Tabelle 6.2.2	Stationäre Krankenversorgung: Belegungsdaten der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg 1996-2000
Tabelle 6.3	Stationäre Krankenversorgung: Belegungsdaten der Fachabteilungen des Universitätsklinikums Heidelberg und der Orthopädischen Universitätsklinik im Jahr 2000
Tabelle 7	Bauvorhaben der Med. Fakultät und des Universitätsklinikums Heidelberg entsprechend dem 32. Rahmenplan für den Hochschulbau

**Tabelle 1:
Organisationsstruktur der Hochschulmedizin in Heidelberg nach UG, UKG
und Satzung des Universitätsklinikums**



UG: Gesetz über die Universitäten im Lande Baden-Württemberg
 UKG: Universitätsklinikagesetz
 1) zusätzlich in Heidelberg

Tabelle 2.1:
Gliederung der Medizinischen Fakultät und des Klinikums der Universität Heidelberg
sowie Personalstatistik mit Angabe der Vollkräfte im Jahr 2000
(ohne Drittmittelpersonal) Stichtag 31.12.2000

	(Ärztlicher) Wissen- schaftlicher Dienst	Nicht-wissenschaftliches Personal						Summe
	siehe auch Tabelle 2.2	Pflegepersonal			Medizin. Techn. Dienst	Verwal- tung	Sonstige	
		normal, stationär und ambulant	OP	Intensiv				
Vorklinische Institute								
Inst. f. Physiologie u. Pathophysiologie	15,5				17,5	3,5	13,1	49,7
Inst. f. Versuchstierkunde	2,0				2,2	1,1		5,3
Inst. f. Geschichte d. Medizin	3,0				1,0	1,0		5,0
Inst. f. Anatomie u. Zellbiologie	20,5				33,3	1,4	10,8	66,0
Pharmakologisches Institut	9,0				16,3	2,6	7,5	35,5
Summe Vorklinische Institute	50,0				70,3	9,7	31,5	161,4
Klinisch-Theoretische Institute und deren Abteilungen								
Inst. f. Humangenetik	6,5				0,8	2,1	2,2	11,6
Abt. Humangenetik	9,0				38,6		1,0	48,6
Institut f. Immunologie					4,1	3,8	7,9	15,7
Abt. Allg. Immunologie	12,5	2,8			38,5	0,9	3,3	57,9
Abt. Transplantationsimmunologie	5,0				19,8			24,8
Hygiene-Institut	1,0							1,0
Hygiene u. Med. Mikrobiologie	15,2				43,4	4,3	6,5	69,4
Abt. Parasitologie	5,5				10,2		0,5	16,2
Abt. Virologie	8,0				14,8		2,4	25,2
Abt. Tropenhygiene	15,3				10,6	2,0		27,9
Inst. f. Biometrie u. Med. Informatik	0,5							0,5
Abt. Med. Biometrie	4,0				9,6			13,6
Abt. Med. Informatik	7,5				7,6			15,1
Inst. u. Poliklinik f. Sozial- u. Arbeitsmedizin	3,0							3,0
Abt. Arbeits- und Sozialmedizin	5,0				2,0	3,0	1,0	11,0
Abt. Klinische Sozialmedizin	4,0				9,7	1,0	2,4	17,1
Abt. Allg. u. Path. Anatomie	21,9				50,2	1,4	2,2	75,7
Abt. Neuropathologie	5,0				5,5			10,5
Abt. Pathochemie	5,5				12,2		2,0	19,7
Inst. f. Rechtsmedizin	4,3				0,5		2,0	6,8
Abt. Rechtsmedizin	10,8				27,7	1,0		39,5
Zentralbereich Neuenheimer Feld	2,0							2,0
Summe Klin.-Theor. Institute	151,5	2,8			305,9	19,4	33,3	512,8

	(Ärztlicher) Wissen- schaftlicher Dienst	Nicht-wissenschaftliches Personal						Summe
	siehe auch Tabelle 2.2	Pflegepersonal			Medizin. Techn. Dienst	Verwal- tung	Sonstige	
		normal, stationär und ambulant	OP	Intensiv				
Kliniken und deren Abteilungen								
Med. Universitätsklinik u. Poliklinik	10,5	30,7			83,9	5,1	41,0	171,2
Sektion Allgemeinmedizin	1,5							1,5
Innere Medizin I (Endokrinologie)	20,0	38,2			15,9			74,1
Innere Medizin II (Allgemeine)	19,3	24,1			9,3			52,8
Innere Medizin III (Kardiologie)	58,9	70,7		37,0	26,9			193,5
I-Medizin IV (Gastroenterologie)	29,0	41,6		36,6	13,0			120,1
Innere Medizin V (Haematologie)	44,0	66,0		21,9	40,1	2,6	26,2	200,8
Innere Medizin VI (Pharmakologie)	9,8				8,5			18,3
Innere Medizin VII (Sportmedizin)	5,0				7,3		3,3	15,7
Chirurgische Universitätsklinik	1,0	43,4	55,4	19,6	30,3	8,8	87,1	245,4
Allgemeine Chirurgie	80,2	121,7		18,8	55,0	2,5	6,0	284,3
Abt. Herzchirurgie	6,0	31,3		46,7	15,7			99,6
Abt. Kinderchirurgie	9,9	27,3			2,3		0,5	40,0
Abt. Urologie u. Poliklinik	25,0	57,8			22,7		1,0	106,5
Abt. Experimentelle Chirurgie	6,0				11,6	0,5		18,1
Universitätsklinik f. Anästhesiologie	5,5		53,7	64,5				123,7
Abt. Anästhesiologie	79,5				12,3			91,8
Universitätsklinik-Frauenklinik	2,0	21,0	13,6	27,1	2,9	5,3	30,9	102,8
Abt. Allg. Frauenheilkunde	28,5	103,4			26,2		1,4	159,5
Abt. Gynäkolog. Endokrinologie	12,1	1,0			13,0			26,1
Kinderklinik u. Poliklinik	2,0	3,8	28,6		6,6	6,6	56,2	103,7
Kinderheilkunde I (Allgemeine)	48,7	99,9			53,8			202,4
Kinderheilkunde II (Kardiologie)	17,0	16,9		31,2	9,4			74,4
Kinderheilkunde V (Neurologie)	14,6	23,6			19,9			58,0
Kinderheilkunde III (Onkologie)	8,0		in Kinderheilkunde I (Allg.) enthalten					8,0
Kinderheilkunde IV (Neonatologie)	20,0	35,0			3,0			58,0
Psychiatrische Universitätsklinik	20,7	4,0			3,1	3,0	18,7	49,5
Abt. Allgem. Psychiatrie	25,0	113,5			25,9	1,3	0,9	166,6
Abt. Kinder und Jugendpsychiatrie	13,0	14,6			9,6		7,0	44,3
Psychosomatische Universitätsklinik	4,0						1,3	5,3
Abt. Psychosomatik	9,0	6,0			10,8		2,4	28,2
Abt. Psychotherapie	8,0				6,1			14,1
Abt. Psychosom. Grundlagforschung	4,0				3,6			7,6
Univeristätsklinik f. Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten					6,9		7,1	14,0
MZK I (Zahnerhaltung)	16,5				19,6			36,1
MZK II (Prothetik)	15,9				27,8			43,7
MZK III (MKG-Chirurgie)	17,0	23,3			19,6			59,9
MZK IV (Kieferorthopädie)	10,0				11,9			21,9

	(Ärztlicher) Wissen- schaftlicher Dienst	Nicht-wissenschaftliches Personal						Summe
	siehe auch Tabelle 2.2	Pflegepersonal			Medizin. Techn. Dienst	Verwal- tung	Sonstige	
		normal, stationär und ambulant	OP	Intensiv				
Universitätsklinik-Augenklinik	2,0	1,0	2,0		4,0	2,0	1,0	11,9
Abt. Allg. Augenheilkunde	26,5	39,9			19,1			85,5
HNO-Universitätsklinik	2,0	2,8			1,4	1,0	0,7	8,0
Abt. Allg. HNO Heilkunde	20,0	41,2			25,3			86,5
Abt. Stimm- und Sprachheilkunde	5,8				10,1			15,9
Neurologische Universitätsklinik	9,0	0,5			1,5			11,0
Abt. Neurologie und Poliklinik	29,2	50,4			34,3		4,0	117,8
Abt. Klinische Neuroradiologie	12,5	2,0			15,7			30,2
Abt. Klinische Neurobiologie	1,5				0,9			2,4
Neurochirurgische Universitätsklinik		22,5			1,6			24,1
Abt. Neurochirurgie	18,5				8,5			27,0
Universitätsklinik-Hautklinik	15,9	3,9			2,9	0,5	16,1	39,3
Dermatologie I	12,0	50,6	3,7		37,9		1,2	105,3
Radiologische Universitätsklinik	1,0	2,0			8,0			11,0
Abt. Klinische Radiologie	32,0	41,6			43,2	0,5	2,0	119,3
Radiodiagnostik	22,0	0,6			53,3			75,9
Klinische Nuklearmedizin	12,0	9,4			18,8		2,0	42,2
Pädiatrische Radiologie	5,0				8,3			13,3
Gynäkologische Radiologie	9,5				11,7			21,2
Summe Kliniken	943,5	1287,0	156,9	303,3	940,8	39,5	317,9	3.988,9
Sonstige Einrichtungen								
Klinikum Heidelberg Kopfklinik allgemein		42,8	44,9	69,4	8,1	4,6	54,0	223,7
Sonstige Einrichtungen	31,8				69,5	343,1	547,1	991,5
Summe Sonstige Einrichtungen	31,8	42,8	44,9	69,4	77,6	347,6	601,1	1.215,2
Gesamtsumme	1.176,8	1332,5	201,8	372,7	1394,6	416,2	983,8	5.878,4
Orthopädische Universitätsklinik	102,3	219,9	15,0	19,3	23,1	46,6	379,5	805,7

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Tabelle 2.2:
Vollkräfte des Wissenschaftlichen/Ärztlichen Dienstes der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Heidelberg im Jahr 2000 (Stichtag: 31.12.2000 - ohne Drittmittel)

Wissenschaftlicher Dienst									
	darunter C4	darunter C3	darunter C2		darunter C1 und BAT		Sonstige		Summe
	unbefristet	unbefristet	unbefristet	befristet	unbefristet	befristet	unbefristet	befristet	
Vorklinische Institute und deren Abteilungen									
Inst. f. Physiologie u. Pathophysiologie	2,0	3,0			2,0	7,5		1,0	15,5
Inst. f. Versuchstierkunde					1,0	1,0			2,0
Inst. f. Geschichte d. Medizin	1,0					2,0			3,0
Inst. f. Anatomie u. Zellbiologie	3,0	4,0		3,0	1,5	8,0		1,0	20,5
Pharmakologisches Institut	1,0			1,0	2,5	3,5		1,0	9,0
Summe Vorklinische Institute	7,0	7,0		4,0	7,0	22,0		3,0	50,0
Klinisch-Theoretische Institute und deren Abteilungen									
Inst. f. Humangenetik					3,0	3,5			6,5
Abt. Humangenetik	1,0		1,0		5,6	1,4			9,0
Inst. f. Immunologie									
Abt. Allg. Immunologie	1,0				5,0	5,5	1,0		12,5
Abt. Transplantationsimmunologie		1,0			2,0	2,0			5,0
Hygiene-Institut						1,0			1,0
Hygiene u. Med. Mikrobiologie	1,0			1,0	1,0	9,2	3,0		15,2
Abt. Parasitologie	1,0				1,0	3,5			5,5
Abt. Virologie	1,0				1,0	6,0			8,0
Abt. Tropenhygiene	1,0	1,0			5,0	7,3		1,0	15,3
Inst. f. Biometrie u. Med. Informatik						0,5			0,5
Abt. Med. Biometrie	1,0				1,0	2,0			4,0
Abt. Med. Informatik	1,0	1,0			1,5	3,0		1,0	7,5
Inst. u. Poliklinik f. Sozial- u. Arbeitsmedizin					1,0	2,0			3,0
Abt. Arbeits- u. Sozialmedizin	1,0				1,0	3,0			5,0
Abt. Klinische Sozialmedizin		1,0			2,0	1,0			4,0
Abt. Allg. u. Path. Anatomie	1,0		1,0		4,5	14,4	1,0		21,9
Abt. Neuropathologie	1,0		1,0			3,0			5,0
Abt. Pathochemie	1,0					3,5	1,0		5,5

	darunter C4	darunter C3	darunter C2		darunter C1 und BAT		Sonstige		Summe
	unbefristet	unbefristet	unbefristet	befristet	unbefristet	befristet	unbefristet	befristet	
Inst. f. Rechtsmedizin		1,0			3,0	0,3			4,3
Abt. Rechtsmedizin	1,0		1,0		7,0	0,8	1,0		10,8
Zentralbereich Neuenheimer Feld					1,0		1,0		2,0
Summe Klinisch-Theoretische Institute	13,0	5,0	4,0	1,0	45,6	72,9	8,0	2,0	151,5
Kliniken und deren Abteilungen									
Med. Universitätsklinik u. Poliklinik			1,0		3,0	6,5			10,5
Sektion Allgemeinmedizin					0,5		1,0		1,5
Innere Medizin I (Endokrinologie)					2,0	18,0			20,0
Innere Medizin II (Allgemein)		1,0			4,0	12,3		2,0	19,3
Innere Medizin III (Kardiologie)	1,0					50,9		7,0	58,9
Innere Medizin IV (Gastroenterologie)	1,0		1,0		1,0	26,0			29,0
Innere Medizin V (Haematologie)	1,0				2,0	37,0		4,0	44,0
Innere Medizin VI (Pharmakologie)	1,0				4,3	4,5			9,8
Innere Medizin VII (Sportmedizin)	1,0					3,0	1,0		5,0
Chirurgische Universitätsklinik						1,0			1,0
Allgemeine Chirurgie	1,0	2,0	1,0		17,5	50,7		8,0	80,2
Abt. Herzchirurgie	1,0				3,0	2,0			6,0
Abt. Kinderchirurgie					4,0	5,9			9,9
Abt. Urologie u. Poliklinik	1,0	1,0	1,0		4,0	15,0		3,0	25,0
Abt. Experimentelle Chirurgie	1,0				3,0	2,0			6,0
Universitätsklinik f. Anästhesiologie						4,5		1,0	5,5
Abt. Anästhesiologie	1,0	1,0			19,0	49,5	1,0	8,0	79,5
Universitätsklinik - Frauenklinik					1,0	1,0			2,0
Abt. Allg. Frauenheilkunde	1,0				5,5	22,0			28,5
Abt. Gynäkologische Endokrinologie		1,0	0,5		4,0	5,0	1,0	0,6	12,1
Kinderklinik u. Poliklinik					1,0	1,0			2,0
Kinderheilkunde I (Allgemeine)	1,0		3,0		10,0	30,7	1,0	3,0	48,7
Kinderheilkunde II (Kardiologie)	1,0				4,0	11,0		1,0	17,0
Kinderheilkunde V (Neurologie)		1,0			5,0	6,6		2,0	14,6
Kinderheilkunde III (Onkologie)					1,0	6,0		1,0	8,0
Kinderheilkunde IV (Neonatologie)		1,0			3,0	15,0		1,0	20,0

	darunter C4	darunter C3	darunter C2		darunter C1 und BAT		Sonstige		Summe
	unbefristet	unbefristet	unbefristet	befristet	unbefristet	befristet	unbefristet	befristet	
Psychiatrische Universitätsklinik						18,5		2,2	20,7
Abt. Allg. Psychiatrie	1,0	1,0			3,0	19,0		1,0	25,0
Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie	1,0				4,5	5,5		2,0	13,0
Psychosomatische Universitätsklinik					1,0	3,0			4,0
Abt. Psychosomatik	1,0				0,5	6,5	1,0		9,0
Abt. Psychotherapie	1,0				4,5	1,5		1,0	8,0
Abt. Psychosom. Grundlagforschung		1,0		1,0	2,0				4,0
Universitätsklinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten									
MZK I -Zahnerhaltung-	1,0			1,0	0,5	9,0	5,0		16,5
MZK II -Prothetik-	1,0					10,9	4,0		15,9
MZK III -MKG Chirurgie-	1,0					15,0	1,0		17,0
MZK IV -Kieferorthopädie-	1,0			1,0		7,0	1,0		10,0
Universitäts-Augenklinik						2,0			2,0
Abt. Allg. Augenheilkunde	1,0				6,0	16,5		3,0	26,5
HNO-Universitätsklinik						1,0	1,0		2,0
Abt. Allg. HNO Heilkunde	1,0				1,0	15,0	1,0	2,0	20,0
Abt. Stimm- und Sprachheilkunde		1,0			2,3	2,5			5,8
Neurologische Universitätsklinik	1,0				0,5	7,5			9,0
Abt. Neurologie und Poliklinik	1,0	2,0			3,0	21,2		2,0	29,2
Abt. Klinische Neuroradiologie		1,0			2,5	7,0		2,0	12,5
Abt. Klinische Neurobiologie						1,5			1,5
Neurochirurgische Universitätsklinik									
Abt. Neurochirurgie	1,0		1,0		3,5	11,1		1,9	18,5
Universitäts-Hautklinik					1,0	13,9		1,0	15,9
Dermatologie I	1,0				4,0	5,0	2,0		12,0
Radiologische Universitätsklinik						1,0			1,0
Abt. Klinische Radiologie	1,0				10,0	18,0		3,0	32,0
Radiodiagnostik	1,0				2,0	18,0		1,0	22,0
Klinische Nuklearmedizin		1,0			3,5	6,5		1,0	12,0
Paediatrische Radiologie		1,0			0,5	3,5			5,0
Gynaekologische Radiologie		1,0			5,5	3,0			9,5
Summe Kliniken	29,0	17,0	8,5	3,0	163,1	637,2	21,0	64,7	943,5

	darunter C4	darunter C3	darunter C2		darunter C1 und BAT		Sonstige		Summe
	unbefristet	unbefristet	unbefristet	befristet	unbefristet	befristet	unbefristet	befristet	
Sonstige Einrichtungen									
Medizinische Fakultät					1,0				1,0
K-Verwaltung Planungsgruppe Medizin					3,0				3,0
Zentr. f. Informationsmanagement					7,0				7,0
Geschäft Kl. Vorstand					1,0	1,0			2,0
HA 2/Stab Klinische Forschung						0,3			0,3
K-Verwaltung Abt. 2.4					2,0				2,0
K-Verwaltung Abt. 3.4					0,5				0,5
Klinik-Apotheke					9,2	1,8			11,0
Betriebsärztlicher Dienst					3,0	1,0	1,0		5,0
Summe sonstige Einrichtungen					26,7	4,1	1,0		31,8
Gesamtsumme	49,0	29,0	12,5	8,0	242,4	736,1	30,0	69,7	1.176,8
Orthopädische Universitätsklinik	2,0						40,0	60,3	102,3

In Heidelberg gab es im Jahr 2000 keine befristeten Vollkräfte des wissenschaftlichen Dienstes nach C4 und C3.

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Tabelle 2.3:
Naturwissenschaftler (Nicht-Mediziner, in Vollkräften)
des Wissenschaftlichen Dienstes der Medizinischen Fakultät und am
Universitätsklinikum der Universität Heidelberg im Jahr 2000 ¹⁾

Naturwissenschaftler des Wissenschaftlichen Dienstes						
	C4	C3	C2	C1 und BAT	Sonstige	Gesamt
Vorklinische Institute		2,0		17,0	1,0	20,0
Klinisch-Theoretische Institute	3,0	2,0	1,0	50,4	3,0	59,4
Kliniken		1,0	1,0	108,5	5,0	115,5
Sonstige Einrichtungen				12,6		12,6
Zwischensumme	3,0	5,0	2,0	188,5	9,0	207,5
darunter befristet			1,0	76,1		77,1
darunter Frauen				71,9	1,0	72,9
aus Drittmitteln	1,0			226,0		227,0
darunter Frauen	1,0			98,1		99,1
Frauenanteil insgesamt (in %)	25	0	0	41	11	40
Gesamtsumme	4,0	5,0	2,0	414,5	9,0	434,5

1) Stichtag: 31.12.2000

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Tabelle 2.4:
Altersstruktur des wissenschaftlichen Personals der Medizinischen Fakultät
und des Universitätsklinikum Heidelberg¹⁾ im Jahre 2000

Altersstruktur des unbefristet beschäftigten wissenschaftlichen Personals					
Alter in Jahren	C4	C3	C2	Übriges wissenschaftliches Personal	Summe
unter 30				2	2
30 bis 40	1			75	76
40 bis 50	14	10	1	169	194
50 bis 60	18	16	6	91	131
über 60	18	3	6	20	47
Gesamt	51	29	13	357	450

Altersstruktur des befristet beschäftigten wissenschaftlichen Personals					
Alter in Jahren	C4	C3	C2	Übriges wissenschaftliches Personal	Summe
unter 30				244	244
30 bis 40			3	876	879
40 bis 50			5	140	145
50 bis 60				11	11
über 60					0
Gesamt	0	0	8	1.271	1.279

Gesamtsumme	51	29	21	1.628	1.729
darunter Frauen	4	1	4	634	643

alle Zahlenangaben in Personen

¹⁾ inkl. Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums, Stichtag 31.12.2000

Tabelle 3.1:
Drittmittelinwerbungen (in Tsd. Euro) der Med. Fakultät und des Klinikums der
Universität Heidelberg (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999	2000	1996-2000
Vorklinische Institute						
Institut für Physiologie	529,3	885,1	559,8	239,3	817,8	3.031,3
Institut für Versuchstierkunde						
Institut Geschichte der Medizin			122,5	223,4	186,8	532,7
Institut für Anatomie	1.290,8	1.202,4	1.642,3	2.036,3	2.522,3	8.694,1
Institut für Pharmakologie	338,0	148,4	13,0	90,2	167,3	756,9
Summe Vorklinische Institute	2.158,1	2.235,9	2.337,6	2.589,2	3.694,2	13.015,0
Klinisch-Theoretische Institute						
Institut für Sozial- u. Arbeitsmedizin	188,9	13,2	48,6	205,5	283,5	739,7
Institut für Humangentik	781,8	971,6	731,2	1.544,6	1.898,5	5.927,7
Hygiene Institut	3.214,5	2.865,7	3.386,9	4.004,0	4.339,8	17.810,9
Institut für Immunologie	2.388,8	2.742,3	2.310,7	2.794,2	3.157,2	13.393,2
Institut für Medizinische Biometrie	454,7	553,2	506,0	510,1	811,7	2.835,7
Institut für Pathologie	195,7	391,1	313,9	277,3	137,8	1.315,8
Institut für Rechtsmedizin	228,3	249,9	226,0	325,0	311,7	1.340,9
Summe Klin.-Theor. Institute	7.452,7	7.787,0	7.523,3	9.660,7	10.940,2	43.363,9
Summe Vorklinik und Klin.-Theor. Institute	9.610,8	10.022,9	9.860,9	12.249,9	14.634,4	56.378,9

Tabelle 3.1:
Drittmiteleinwerbungen (in Tsd. Euro) der Med. Fakultät und des Klinikums der
Universität Heidelberg (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999	2000	1996-2000
Kliniken						
Augenklinik	202,3	185,8	386,2	291,6	241,0	1.306,9
Chirurgische Klinik	2.459,9	2.758,4	1.880,9	2.177,8	1.979,3	11.256,3
Frauenklinik	1.525,3	1.041,2	776,2	951,4	1.055,6	5.349,7
Hals-Nasen-Ohrenklinik	124,6	162,9	176,1	174,6	182,2	820,4
Hautklinik	165,6	80,0	63,5	80,3	144,1	533,5
Kinderklinik	1.506,2	1.219,5	1.370,3	1.230,8	1.176,9	6.503,7
Medizinische Klinik	4.758,1	4.060,7	5.115,2	3.738,9	3.876,6	21.549,5
Neurochirurgische Klinik	82,7	150,8	81,6	111,7	34,5	461,3
Neurologische Klinik	504,2	533,0	685,8	1.340,7	1.749,6	4.813,3
Anaesthesiologische Klinik	192,9	104,3	335,7	310,0	335,4	1.278,3
Psychiatrische Klinik	298,1	237,5	87,8	177,7	247,7	1.048,8
Psychosomatische Klinik	155,6	219,2	352,4	427,5	450,8	1.605,5
Radiologische Klinik	684,9	2.598,2	1.330,7	1.521,2	1.602,0	7.737,0
Zahn-Mund-Kiefer-Klinik	292,3	395,2	305,9	621,0	473,7	2.088,1
Allgemeine Einrichtungen	1.800,2	3.536,0	4.697,2	4.207,6	6.264,7	20.505,7
Orthopädische Universitätsklinik	k. A.	306,8	792,5	1.247,6	1.171,6	3.518,5
Summe Kliniken	14.752,9	17.589,5	18.438,0	18.610,4	20.985,7	90.376,5
Gesamtsumme	24.363,7	27.612,4	28.298,9	30.860,3	35.620,1	146.755,4

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Tabelle 3.2:
Drittmittelinwerbung (in Tsd. Euro) der Medizinischen Fakultät und des Klinikums der Universität Heidelberg (2000)

	DFG (ohne SFB)	SFB	Summe DFG	BMBF	Sonstige öffentliche Förderer	Stiftungen	Wirtschaft	Sonstige	Summe
Vorklinische Institute									
Institut für Pathophysiologie	377,6		377,6	204,5		92,6	134,5	8,5	817,7
Institut für Versuchstierkunde			0,0						
Institut Geschichte der Medizin	58,0		58,0			84,7	1,2	42,9	186,8
Institut für Anatomie	1.107,4	333,8	1.441,2	553,3	181,7	94,5	211,9	39,7	2.522,3
Institut für Pharmakologie	76,2		76,2			55,2	35,9		167,3
Summe Vorklinische Institute	1.619,2	333,8	1.953,0	757,8	181,7	327,0	383,5	91,1	3.694,1
Klinisch-Theoretische Institute									
Institut für Sozial- u. Arbeitsmedizin	38,3		38,3		59,9		175,5	9,7	283,4
Institut für Humangentik	289,9		289,9	106,2	109,5	837,8	555,1		1.898,5
Hygiene Institut	206,1	698,5	904,6	1.118,0	1.834,5	170,8	294,5	17,6	4.340,0
Institut für Immunologie	133,7	533,8	667,5	634,7		86,3	1.768,7		3.157,2
Institut für Medizinische Biometrie	60,3		60,3	445,2		13,0	293,1		811,6
Institut für Pathologie	40,2		40,2	47,0		2,8	47,8		137,8
Institut für Rechtsmedizin	7,2		7,2	22,6	78,7		203,2		311,7
Summe Klin.-Theor. Institute	775,7	1.232,3	2.008,0	2.373,7	2.082,6	1.110,7	3.337,9	27,3	10.940,2
Summe Vorklinik und Klin.-Theor. Institute	2.394,9	1.566,1	3.961,0	3.131,5	2.264,3	1.437,7	3.721,4	118,4	14.634,3

Tabelle 3.2:

Drittmittelwerbung (in Tsd. Euro) der Medizinischen Fakultät und des Klinikums der Universität Heidelberg (2000)

Kliniken									
Augenklinik	121,4		121,4				95,7	23,9	241,0
Chirurgische Klinik	142,9	314,9	457,8	384,5	127,8	612,5	373,0	23,7	1.979,3
Frauenklinik			0,0			306,8	639,7	109,2	1.055,6
Hals-Nasen-Ohrenklinik	28,1		28,1	21,2		87,2	41,0	4,6	182,2
Hautklinik	25,6		25,6			10,8	105,7	2,1	144,1
Kinderklinik	102,8		102,8		194,0	251,9	600,8	27,4	1.176,9
Medizinische Klinik	342,7	301,6	644,2	491,6	348,5	319,7	1.928,4	144,1	3.876,6
Neurochirurgische Klinik			0,0				34,5		34,5
Neurologische Klinik	181,1	72,9	254,0	340,3	67,7	503,8	583,9		1.749,6
Anaesthesiologische Klinik	67,6		67,6				199,2	68,6	335,4
Psychiatrische Klinik	51,1		51,1	37,5	30,5		113,3	15,3	247,7
Psychosomatische Klinik	32,1		32,1	151,7	74,3	162,7	21,8	8,1	450,8
Radiologische Klinik	267,0	50,3	317,4	449,9		27,9	806,8		1.602,0
Zahn-Mund-Kiefer-Klinik	37,8	202,3	240,1	27,3	24,5		181,7		473,7
Allgemeine Einrichtungen	253,3	2.545,4	2.798,7	1.690,6	276,1		1.073,4	425,8	6.264,7
Orthopädische Universitätsklinik	37,9		37,9	60,1		172,6	870,2		1.171,6
Summe Kliniken	1.691,6	3.487,2	5.178,8	3.654,8	1.143,6	2.456,0	7.669,1	852,8	20.985,7
Gesamtsumme	4.086,4	5.053,3	9.139,7	6.786,3	3.407,9	3.893,7	11.390,5	971,3	35.620,0

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Tabelle 4:**Abgeschlossene Weiterbildungen an der Med. Fakultät und am Universitätsklinikum Heidelberg (1996-2000)**

Kliniken, Klinisch-Theoretische Institute und Institute	Zahl der Assistenzärzte ¹	Summe 1996-2000
Abt. Allg. Path. Anatomie	14,0	7,0
Anästhesiologie	60,0	30,0
Chirurgische Universitätsklinik	80,0	50,0
HNO - Universitätsklinik	2,0	1,0
Hygiene Institut	6,0	7,0
Inst. f. Rechtsmedizin	3,0	1,0
Inst. u. Poliklinik f. Sozial- u. Arbeitsmedizin	5,0	7,0
Institut f. Humangenetik	3,0	7,0
Institut f. Immunologie	1,0	0,0
Kinderklinik u. Poliklinik	42,0	47,0
Klinik f. Schwerbrandverletzte, Plast.-, Rekonstruk.- u. Handchirurgie	11,0	13,0
Med. Universitätsklinik u. Poliklinik (Innere Medizin)	73,0	74,0
Klinik f. Mund-, Zahn- u. Kieferkrankheiten	20,0	32,0
Neurochirurgische Universitätsklinik	10,0	3,0
Neurologische Universitätsklinik	25,0	22,0
Orthopädische Universitätsklinik	33,0	26,0
Psychiatrische Universitätsklinik	28,0	17,0
Psychosomatische Universitätsklinik	12,0	21,0
Radiologische Universitätsklinik	40,0	37,0
Unfallchirurgie BG LU	24,0	10,0
Universitäts - Augenklinik		18,0
Universitätshautklinik		17,0
Universitätsklinik - Frauenklinik	46,0	40,0
Summe	538,0	487,0

¹Stand: Dez. 2000

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums

Tabelle 5.1:
Studierenden- und Absolventenzahlen der Medizinischen Fakultät der
Universität Heidelberg (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999 ¹⁾	2000 ²⁾
Studienanfänger Humanmedizin	300	294	288	379	265
dar. weiblich	150	148	147	215	156
dar. ausländische Studienanfänger	24	21	27	44	25
Teilzulassungen Humanmedizin	0	0	0	0	0
Studienanfänger Zahnmedizin	70	69	67	73	74
dar. weiblich	42	35	29	46	49
dar. ausländische Studienanfänger	6	6	6	11	8
Teilzulassungen Zahnmedizin	0	0	0	0	0
Studierende Humanmedizin ³⁾	2.579	2.527	2.453	2.471	2.404
dar. weiblich	1.238	1.226	1.214	1.262	1.256
dar. ausländische Studierende	217	220	232	247	264
Langzeitstudenten Humanmedizin ⁴⁾	312	305	251	227	206
Studierende Zahnmedizin	488	472	464	464	452
dar. weiblich	221	218	221	233	241
dar. ausländische Studierende	48	47	56	61	59
Langzeitstudenten Zahnmedizin ⁵⁾	26	22	20	24	20
Absolventen Humanmedizin ⁶⁾				360	306
dar. weiblich				161	145
dar. ausländische Absolventen				25	31
Absolventen Zahnmedizin	60	56	73	46	69
dar. weiblich	23	15	32	19	29
dar. ausländische Absolventen	3	3	6	7	7
Teilzulassungen Humanmedizin	0	0	0	0	0
Teilzulassungen Zahnmedizin	0	0	0	0	0
Studienabbrecher Humanmedizin	12	10	19	13	13
Studienabbrecher Zahnmedizin	3	5	3	6	4

Alle Angaben jeweils ohne die Studierenden der Humanmedizin in Mannheim (Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg).

¹⁾ Studienanfänger SS+WS; die hohe Zahl 1999 erklärt sich aus der Einführung des Studienjahres mit Aufnahme einer Semesterkohorte im SS und einer Jahreskohorte im WS.

²⁾ Bis Stichtag: 31.12.2000; ³⁾ jeweils Stand WS

⁴⁾ >= 16 Semester; ⁵⁾ >= 14 Semester

⁶⁾ Die Absolventenzahlen können erst ab 1999 für die Standorte Heidelberg und Mannheim getrennt ausgewiesen werden.

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultät

Tabelle 5.2:**Studierende und Absolventen der Universität Heidelberg ¹⁾ und der Med. Fakultät (2000)**

	Universität insgesamt	Humanmedizin ¹⁾	Zahnmedizin	Summe Human- und Zahnmedizin	Anteil ²⁾ (in %)
Studierende in der Regelstudienzeit	17.547	3.380	383	3.763	21,4
Studierende insgesamt	22.332	3.836	453	4.289	19,2
Studierende im Vorklinischen Studienabschnitt	1.186	943	243	1.186	x
Studierende im Klinischen Studienabschnitt	3.103	2.893	210	3.103	x
Absolventen in der Regelstudienzeit	526	111	_ ³⁾	_ ³⁾	_ ³⁾
Absolventen insgesamt	2.463	474	_ ³⁾	_ ³⁾	_ ³⁾

1) einschließlich der Studierenden der Humanmedizin bei der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg

2) Anteil der Human- und Zahnmedizin im Verhältnis zur "Universität insgesamt"

3) Absolventenzahlen in der Zahnmedizin liegen nicht vor.

Quelle: Angaben der Universität

Tabelle 6.1:
Aufgestellte Betten am Universitätsklinikum Heidelberg -
Auslastung und Verweildauer im Jahr 2000 ¹⁾

Kliniken	Aufgestellte Betten	Auslastung in %	Verweildauer in Tagen	Fälle
Anästhesiologie/Intensivmedizin	6	153,3	2,9	1.145
Augenheilkunde	78	72,1	5,5	3.725
Chirurgie (ohne Urologie)	285	84,7	9,9	8.898
Frauenheilkunde (ohne Gyn. Radiologie)	118	73,1	5,8	5.398
HNO-Heilkunde	77	73,2	5,0	4.123
Hautklinik	78	71,4	7,8	2.597
Innere Medizin	335	89,1	7,3	14.913
Kinderheilkunde	185	71,9	7,2	6.791
Kinder- und Jugendpsychiatrie	18	99,6	44,0	149
MKG-Chirurgie	40	64,9	7,8	1.225
Neurochirurgie	46	88,1	8,9	1.670
Neurologie	69	71,6	6,3	2.873
Nuklearmedizin	8	99,4	3,6	798
Radiologie (incl. Gyn. Radiologie)	67	68,6	8,9	1.893
Urologie	54	76,7	6,9	2.197
Psychosomatik	22	97,2	63,6	123
Psychiatrie	155	90,4	33,7	1.522
Gesamt	1.641	80,9	8,1	60.040
Orthopädie I	217	85,5	13,2	k. A.
Orthopädie II	98	90,6	44,8	k. A.

¹⁾ Bis Stichtag: 31.12.2000

Quelle: Angaben des Universitätsklinikums

Tabelle 6.2.1:
Stationäre Krankenversorgung: Belegungsdaten des Universitätsklinikums Heidelberg (1996-2000, nach L1 der BpflV*)

Belegungsdaten	1996	1997 ²⁾	1998	1999	2000
Planbetten mit Intensiv	1.685	1.685	1.685	1.685	1.685
Intensivbetten	145	145	209	209	209
Nutzungsgrad der Planbetten	80,6 %	80,6 %	83,0 %	82,5 %	84,1 %
Berechnungstage (BT) im Budgetbereich	474.594	471.485	462.190	458.715	466.942
davon: BT für Patienten mit Sonderentgelten	61.028	51.095	49.015	47.108	51.457
davon: BT für teilstationäre Patienten	18.323	6.622	25.598	26.996	31.698
Verweildauer	9	k.A.	8	8	8
Belegungstage Fallpauschalen-Bereich	39.815	41.717	48.507	48.651	50.137
Aufnahmen ^{1), 2)}	50.723	57.858	52.297	54.068	54.081
Entlassungen ^{1), 2)}	50.971	54.430	52.323	54.116	53.970
davon: Verlegungen nach außen	5.520	4.903	5.052	5.174	5.024
Fälle mit nur vorstationärer Behandlung	0	367	258	534	583
Vollstationäre Fälle im Budgetbereich ¹⁾	50.847	51.596	52.310	54.092	54.026
davon: Kurzlieger bis einschließlich 3 BT	7.769	19.487	22.181	23.518	19.281
davon: mit vorstationärer Behandlung	938	1.227	350	1.307	2.800
davon: mit nachstationärer Behandlung	5.759	2.658	3.823	2.364	3.987
davon: mit teilstationärer Behandlung					
Teilstationäre Fälle im Budgetbereich ³⁾	12.808	13.368	18.281	17.477	31.698
Fälle mit Fallpauschalen	4.103	4.548	5.525	5.532	5.955
Tage insgesamt für K-Blätter	k. A.	k. A.	512.864	509.698	554.453
Vollstationäre Fälle insgesamt ⁴⁾	54.950	56.144	57.835	59.624	59.981

Quelle: Angaben des Universitätsklinikums

* L1 und L3 sind standardisierte Tabellen, gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV).

1) EDV-bedingt wurden in Heidelberg bis einschließlich 1999 die internen Verlegungen nicht nur in den L3-Daten sondern auch in den L1-Daten ausgewiesen. Zum besseren Vergleich sind daher hier auch für 2000 die internen Verlegungen miteinbezogen worden.

2) Nur 1997 wurden die "Fälle mit Fallpauschalen" bei den Zahlen für die "Aufnahmen" und "Entlassungen" eingerechnet, so dass sich 1997 im Vergleich zu den anderen Jahren höhere Werte ergeben.

3) Abweichend von der BpflV sind hier nicht die Quartalsfälle sondern die Berechnungstage angegeben

4) berechnet als: "Vollstationäre Fälle im Budgetbereich" + "Fälle mit Fallpauschalen"

Tabelle 6.2.2:
Stationäre Krankenversorgung: Belegungsdaten der Orthopädischen
Universitätsklinik Heidelberg (1996-2000, nach L1 der BpflV*)

Belegungsdaten	1996	1997	1998	1999	2000
Planbetten mit Intensiv	320	320	320	320	320
Intensivebetten	10	10	10	10	10
Nutzungsgrad der Planbetten	82,4 %	85,3 %	85,0 %	81,8 %	82,6 %
Berechnungstage (BT) im Budgetbereich	85.263	87.295	85.370	81.540	81.265
davon: BT für Patienten mit Sonderentgelten	3.321	4.037	2.994	3.163	2.992
Verweildauer	18	18	17	17	17
Belegungstage Fallpauschalen-Bereich	11.260	12.326	13.856	14.027	15.259
Aufnahmen	5.272	5.609	5.722	5.656	5.621
Entlassungen	5.283	5.577	5.681	5.647	5.621
Fälle mit nur vorstationärer Behandlung					
Vollstationäre Fälle im Budgetbereich	4.686	4.959	4.933	4.911	4.797
Teilstationäre Fälle im Budgetbereich					
Fälle mit Fallpauschalen	592	634	769	741	824
Vollstationäre Fälle insgesamt ¹⁾	5.278	5.593	5.702	5.652	5.621

Quelle: Angaben der Orthopädischen Universitätsklinik

* L1 und L3 sind standardisierte Tabellen, gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV).

1) berechnet als: "Vollstationäre Fälle im Budgetbereich" + "Fälle mit Fallpauschalen"

Tabelle 6.3:
Stationäre Krankenversorgung: Belegungsdaten der Fachabteilungen des
Universitätsklinikums Heidelberg und der Orthopädischen Universitätsklinik
(2000, nach L3 der BPfIV)*

	Planbetten mit Intensiv	Intensiv- betten	Nutzungs- grad der Planbetten (in %)	Verweil- dauer
Kliniken und deren Abteilungen				
Innere Medizin:	311	49		
Innere Medizin I -Endokrinologie-	48	1	77,6	7,9
Innere Medizin II -Allg.-	40		93,6	13,0
Innere Medizin III -Kardiologie-	108	21	95,0	5,9
Innere Medizin IV -Gastroenterologie	55	15	104,0	5,4
Innere Medizin V -Haematologie	60	12	108,8	9,6
Allgemeine Chirurgie	199	15	81,3	10,7
Herzchirurgie	50	7	81,2	4,0
Kinderchirurgie	52	4	39,2	5,2
Urologie	47	8	90,5	6,3
Anästhesiologie (Intensivmedizin)	8	8	105,9	2,7
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	126	8	68,6	5,6
Kinderheilkunde	173	51		
Allgemeine Kinderheilkunde	80	6	53,9	4,9
Pädiatrische Kardiologie	27	12	74,9	8,1
Pädiatrische Neurologie	20	3	68,5	4,6
Pädiatrische Neonatologie	46	30	97,3	18,1
Allgemeine Psychiatrie	155		103,5	33,7
Kinder u. Jugendpsychiatrie	18		126,2	44,1
Psychosomatik	18		119,1	63,6
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	40	2	65,1	7,8
Allgemeine Augenheilkunde	80		70,5	6,4
Hals-, Nase-, Ohrenheilkunde	80	3	70,7	4,8
Neurologie	69	9	71,8	6,3
Neurochirurgie	48	10	84,7	8,9
Dermatologie u. Venerologie	90	4	67,7	7,9
Radiologie	77		70,2	7,3
Pflegesätze besondere Einrichtungen:	87	31		6,0
Dialyse	8		126,2	
Teilstat. Onkol., Hämatol. u. Rheumatol.	27		170,9	
Pädiatrische Onkologie	13		85,0	6,1
Onkologie - Klin.Koop.-Einheit	8			
Intensivmedizin Allg. Chirurgie	16	16	83,9	k. A.
Intensivmedizin Herzchirurgie	15	15	90,6	k. A.
Klinikum Heidelberg, Gesamt (L3)	1.728	209	82,0	8,1
Orthopädische Universitätsklinik:			0,0	
Orthopädie	215		79,0	11,8
Querschnittgelähmtenabteilung	75		89,7	48,4
Behandlung von Spastikern	20		109,7	26,4
Intensivabteilung	10	10	66,7	4,5
Orthopädie, Gesamt (L3)	320	10	82,6	16,9

* L1 und L3 sind standardisierte Tabellen, gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPfIV).

Quelle: Angaben des Universitätsklinikums

	Behandlungstage im Budgetbereich	Vollstat. Fälle im Budgetbereich	Vollstat. Fälle mit Fallpauschalen	Teilstat. Fälle im Budgetbereich
Kliniken und deren Abteilungen				
Innere Medizin:	103.547	14.759	143	324
Innere Medizin I -Endokrinologie-	13.541	1.678		219
Innere Medizin II -Allg.-	13.560	1.045		
Innere Medizin III -Kardiologie-	36.611	6.201		
Innere Medizin IV -Gastroenterologie	20.524	3.828		
Innere Medizin V -Haematologie	19.311	2.008	143	105
Allgemeine Chirurgie	50.273	4.686	987	
Herzchirurgie	3.777	950	822	
Kinderchirurgie	7.410	1.440	4	
Urologie	12.654	2.017	178	
Anästhesiologie (Intensivmedizin)	3.092	1.145		
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	20.903	3.725	1.673	
Kinderheilkunde	44.225	6.090		
Allgemeine Kinderheilkunde	15.625	3.212		
Pädiatrische Kardiologie	7.265	895		
Pädiatrische Neurologie	5.000	1.079		
Pädiatrische Neonatologie	16.335	904		
Allgemeine Psychiatrie	58.526	1.522		393
Kinder u. Jugendpsychiatrie	8.288	149		66
Psychosomatik	7.824	123		
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	9.505	1.226		
Allgemeine Augenheilkunde	13.094	2.047	1.678	
Hals-, Nase-, Ohrenheilkunde	17.700	3.678	445	
Neurologie	18.075	2.874		
Neurochirurgie	14.815	1.671		
Dermatologie u. Venerologie	22.079	2.572	25	267
Radiologie	19.689	2.692		
Pflegesätze besondere Einrichtungen:	31.466	663		20.526
Dialyse	3.685			3.685
Teilstat. Onkol., Hämatol. u. Rheumatol.	16.841			16.841
Pädiatrische Onkologie	4.033	663	k. A.	
Onkologie - Klin.Koop.-Einheit				
Intensivmedizin Allg. Chirurgie	4.253		k. A.	
Intensivmedizin Herzchirurgie	2.654		k. A.	
Klinikum Heidelberg, Gesamt (L3)	466.942	54.026	5.955	21.576
Orthopädische Universitätsklinik:				
Orthopädie	46.978	3.998	813	k. A.
Querschnittgelähmtenabteilung	24.561	508		k. A.
Behandlung von Spastikern	8.007	303	11	k. A.
Intensivabteilung	1.719	384	458	k. A.
Orthopädie, Gesamt (L3)	81.265	5.193	1.282	k. A.

* L1 und L3 sind standardisierte Tabellen, gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV).

Quelle: Angaben des Universitätsklinikums

Tabelle 7:
Bauvorhaben der Med. Fakultät und des Universitätsklinikums Heidelberg
entsprechend dem 32. Rahmenplan für den Hochschulbau

Einrichtung	Key-Nr.	Vorhaben	Kat.	Kosten in T€	Bauzeit
Klinisch-Theoretische Einrichtungen					
Institut für Humangenetik	222	Umb. f. die Inst. Humangenetik u. Entwicklungsgenetik	I	5.113	2000 - 2005
Biochemisches Zentrum	213	Umb. u. Sanierung d. Geb. 328	II	27.906	1997-2009
Kliniken					
Universitäts-Frauenklinik	101	Umbau der Frauenklinik	I	12.417	1989 - 2006
Gesamtklinikum	128	Ausbau des EDV-Systems	I	24.359	1987 - 2005
Medizinische Klinik	143	Neubau für die Medizinische Klinik, Leasingvorhaben	I	175.345	1991 - 2002
Universitäts-Hautklinik	145	Umbaumaßnahmen für die Hautklinik	I	10.082	1989 - 2006
Altklinikum	173	Verkehrs- und Außenanlagen im Altklinikum	I	5.537	1990 - 2005
Psychiatrische Uni-Klinik	175	Umbaumaßnahmen für die Psychiatrische Klinik	I	17.354	1997 - 2006
Chirurgische Uni-Klinik	177	Chirurgische Klinik, Umbaumaßnahmen 3. BA	I	22.478	1994 - 2006
Universitäts-Kinderklinik	178	Umbaumaßnahmen für die Kinderklinik	IIa	33.498	1996 - 2007
Klinikum und Universität	182	Zentr. Brandmeldesystem f. Klinik und Universitätsgeb.	I	4.346	1991 - 2005
Chirurgische Uni-Klinik	208	Chirurgische Klinik, Sanierung Bettenhaus	I	4.220	1995 - 2001
Gesamtklinikum	209	Umrüstung der Telefonanlage im Gesamtklinikum	I	4.614	1994 - 2001
Universität und Klinikum	211	Im Neuenheimer Feld 345, Umbau für die Med. Forsch.	I	14.568	1997 - 2004
Otto-Meyerhof-Zentrum	217	Otto-Meyerhof-Zentrum für klinische Forschung	I	19.264	1997 - 2004
Medizinische Klinik	223	Neubau für die Med. Klinik, (Grunderwerb, Planung, EA)	I	49.304	2001 - 2005
Chirurgie	224	Chirurg. Klinik, Umbaumaßnahme 4. BA (Gesamtkosten)	II	22.012	2002-2010
Gesamtklinikum	225	Picture Archive and Communication System (PACS)	I	7.056	2002-2005
Altklinikum Bergheim	226	Nachfolgebelegung Altklinikum	IIa	256	2002-2003
Schwerionentherapieanlage	227	Therapieanlage zur Krebsbehandlung mit Ionenstrahlen	I	72.460	2002 - 2006
Verwaltung, Ver- und Entsorgung					
Kopf-, Kinder- und Chirurg. Klinik	219	Ertüchtigung der Rohrpostanl. und Anschluss weiterer Geb.	I	1.790	2002 - 2003
Kopf-, Chirurg. u. Med. Klinik	220	Ertüchtigung der AWT-Anlage und Anschluss weiterer Geb.	I	3.469	2003 - 2005
Verwaltung und Rechenzentrum	221	Neubau für Verw. u. Rechenzentrum des Klinikums	I	15.053	2000 - 2005
Versorgungszentrum	228	Erweiterung des Personalspeiseraums im VZM	I	2.030	2003 - 2005
Summe Kategorie I ¹⁾				492.998	
Summe Kategorie II a				33.754	
Summe Kategorie II ²⁾				27.779	

1) beinhaltet auch Teilfreigaben für Vorhaben in den Kategorien II

2) abzüglich der Teilfreigaben in Kategorie I

Quelle: Angaben des Wissenschaftsrates