WISSENSCHAFTSRAT

Drs. 6196-04
Berlin, 16.07.2004

Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg

Inhalt Seite

A. Ausgangslage 4
A.I. Kenngrößen der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg 4
A.II. Strukturen der Medizinischen Fakultäten und ihrer Universitätsklinika 6
B. Weiterentwicklung der Strukturen an der Universität Heidelberg 8
C. Übergreifende Aspekte und Empfehlungen 20
C.I. Personal 20
C.II. Forschung 25
II.1. Forschungsprofile 27
II.2. Forschungsförderung des Landes 28
II.3. Interne Forschungsförderung der Fakultäten 34
C.III. Lehre 45
III.1. Kapazitätsaspekte 45
III.2. Förderung der Medizinischen Lehre 50
C.IV. Krankenversorgung für Forschung und Lehre 54
IV.1. Strukturen der für Forschung und Lehre nötigen Krankenversorgung 56
IV.2. Monetäre Probleme der universitären Krankenversorgung 60
C.V. Verwendung der Landesmittel 66
V.1. Leistungsorientierte Mittelvergabe des Landes 66
V.2. Trennungsrechnung für Forschung, Lehre und Krankenversorgung 74
D. Rechtliche Rahmenbedingungen 79
I.1. Das Hochschulmedizinreformgesetz (HMG) von 1998 79
I.2. Auswirkungen und Bewertung des HMG 85
E. Zusammenfassung 104
F. Anhang 108
F.I. Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen 108
F.II. Tabellen 110

Vorbemerkungen

In der Vergangenheit hat der Wissenschaftsrat vor allem standortbezogene Stellungnahmen zur Weiterentwicklung einzelner Medizinischer Einrichtungen der Bundesländer erarbeitet. Dabei hat sich der Schwerpunkt der Stellungnahmen zunehmend von primär auf den Ausbau bezogenen Empfehlungen hin zu strukturellen Empfehlungen weiterentwickelt. Auf der Basis der Erfahrungen der Stellungnahmen zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Fakultäten des Landes Nordrhein-Westfalens, die 1995, 1998 und 2000 verabschiedet wurden, wuchs die Überzeugung, dass die Besuche bei den Medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg von Anfang an auch die Landesspezifika in den Blick nehmen müssten. Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz haben als erste Bundesländer die strukturellen Rahmenbedingungen der Universitätsmedizin durch eine rechtliche Verselbstständigung der Universitätsklinika grundlegend verändert. Durch das zum 1.1.1998 in Kraft getretene Hochschulmedizinreformgesetz erhielten sowohl die Medizinischen Fakultäten als auch insbesondere die Universitätsklinika eine größere Selbstständigkeit und Eigenverantwortung sowie grundlegend neue Leitungsstrukturen.

Im Oktober 2001 hat der Medizinausschuss des Wissenschaftsrates alle fünf Standorte der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg besucht. 2002 und 2003 wurden die standortspezifischen Stellungnahmen verabschiedet, deren Augenmerk sich insbesondere auf die Entwicklungsplanungen der Medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinika in den Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung sowie auf die daran anknüpfenden standortbezogenen Baukonzeptionen richtete.

Mit den vorliegenden Empfehlungen hat der Wissenschaftsrat erstmals eine standortübergreifende Stellungnahme zu den universitätsmedizinischen Einrichtungen eines großen Bundeslandes erarbeitet. Schwerpunkte der Analysen bilden die Effekte der Hochschulmedizinreform von 1998 und daraus ableitbare Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Strukturen, Verfahren der Ressourcenzuweisung des Landes und der internen Mittelverteilung der Fakultäten, der Trennungsrechnung und Forschungsförderung. Die meisten dieser Aspekte spielen nicht nur für die Weiterentwicklung der Medizin in Baden-Württemberg eine wichtige Rolle. Sie berühren vielmehr Themen, die auch für die Universitätsmedizin in Deutschland insgesamt von

Bedeutung sind. Somit richtet sich die vorliegende Stellungnahme zwar vorrangig an die Universitätsmedizin in Baden-Württemberg. Sie versucht darüber hinaus aber – anknüpfend an die im Januar 2004 vom Wissenschaftsrat verabschiedeten „Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin“ – auch für die anderen Bundesländer anwendbare Leitlinien für die Universitätsmedizin zu entwickeln.

Die Stellungnahme wurde auf der Grundlage der Besuche sowie vom Land und den Universitäten vorgelegter Unterlagen vom Ausschuss Medizin erarbeitet. Im Ausschuss Medizin haben auch Sachverständige mitgewirkt, die nicht Mitglieder des Wissenschaftsrates sind. Ihnen ist der Wissenschaftsrat zu besonderem Dank verpflichtet.

Der Wissenschaftsrat hat diese Empfehlungen am 16. Juli 2004 verabschiedet.

A. Ausgangslage

A.I. Kenngrößen der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg

4 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) werden in Baden-Württemberg für Forschung und Entwicklung (FuE) aufgewendet, wobei der überwiegende Anteil dieser Ausgaben von der Wirtschaft bestritten wird. Baden-Württemberg zählt damit, gemessen an den Aufwendungen, absolut wie relativ zum BIP zu den forschungsfreundlichsten Bundesländern Deutschlands.

Übersicht 1: Ausgaben für FuE der Bundesländer (2001)

	In der Wirtschaft[1)]	Im öffentlichen Bereich außerhalb der Hochschulen[2)]	In den Hochschulen[3)]	**Insgesamt**	BIP[4)]	**FuE-Anteil am BIP**
	in Mio. €					**%**
Baden-Württemberg	9.434	1.250	1.258	**11.942**	301.663	**4,0**
Bayern	8.682	843	1.304	**10.828**	360.783	**3,0**
Berlin	1.766	832	637	**3.235**	76.189	**4,2**
Brandenburg	242	290	126	**658**	43.583	**1,5**
Bremen	240	129	121	**490**	22.448	**2,2**
Hamburg	583	268	277	**1.128**	73.570	**1,5**
Hessen	3.749	286	591	**4.627**	188.055	**2,5**
Mecklenburg-Vorpommern	53	143	152	**347**	29.168	**1,2**
Niedersachsen	3.208	565	620	**4.392**	180.426	**2,4**
Nordrhein-Westfalen	5.056	1.294	1.749	**8.099**	458.078	**1,8**
Rheinland-Pfalz	1.354	130	311	**1.795**	91.042	**2,0**
Saarland	96	56	105	**258**	24.780	**1,0**
Sachsen	935	461	470	**1.866**	74.241	**2,5**
Sachsen-Anhalt	145	171	230	**547**	42.528	**1,3**
Schleswig-Holstein	341	198	204	**744**	64.505	**1,2**
Thüringen	448	176	211	**835**	40.139	**2,1**
Deutsche Einrichtungen mit Sitz im Ausland	–	55	–	**55**	–	–
Deutschland	36.332	7.146[5)]	8.444[6)]	**51.921**	2.071.200	**2,5**

1) Interne FuE-Aufwendungen; Schätzung aufgrund der Verteilung des FuE-Personals; Aufteilung auf Sitzländer der Forschungsstätten.
2) Staatssektor (OECD-Abgrenzung); Regionalisiert nach dem Einsatzort des FuE-Personals.
3) Einschließlich (Post-) Graduiertenförderung.
4) Nominales Bruttoinlandsprodukt, nach ESVG-Konzept; Berechnungsstand März 2003.
5) Einschließlich deutsche Einrichtungen mit Sitz im Ausland.
6) Einschließlich der nicht vollständig regionalisierten DFG-Mittel sowie der Mittel für die Doktorandenförderung (76,2 Mill. EUR).
Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

2003 waren in Baden-Württemberg 228.571 Studierende (dies entspricht 11,3 % aller Studierenden in Deutschland) an 69 Hochschulen immatrikuliert. Mit rund 12.300 Studierenden der Human- und Zahnmedizin der Bundesrepublik ist Baden-Württemberg nach Nordrhein-Westfalen und Bayern der drittgrößte medizinische

Ausbildungsstandort in der Bundesrepublik. An den fünf Medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs sind 13,2 % aller Medizinstudierenden Deutschlands eingeschrieben. Hieraus erwachsen hohe finanzielle Verpflichtungen für das Land. So gab Baden-Württemberg im Jahr 2000 rund 424 Mio. Euro für die Universitätsmedizin[1] als Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre aus. (Dies entspricht einem Anteil von rund 22 % der Aufwendungen des MWK für die Zuführungsbeträge an die Universitäten und Fachhochschulen des Landes). Bundesweit entfielen damit rund 15,3 % der insgesamt von den 14 Bundesländern mit Medizinischen Fakultäten aufgewendeten Landeszuführungsbeträge (2,77 Mrd. Euro), auf die fünf Standorte in Baden-Württemberg.[2] Entsprechend hoch ist auch der erforderliche investive Aufwand des Landes und des Bundes. Von den zwischen 1985 bis 2003 insgesamt getätigten Ist-Ausgaben für Investitionen in die Universitätsmedizin nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG) in Höhe von rund 11 Mrd. Euro[3] flossen rund 2,0 Mrd. Euro[4] (18 %) nach Baden-Württemberg.

Innerhalb Baden-Württembergs gingen seit 1985 die meisten HBFG-Mittel nach Tübingen und die geringsten nach Mannheim. Da das Mannheimer Klinikum über das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ausgebaut wurde, ist hier nur der Anteil der Vorhaben für Forschung und Lehre für den klinischen Studienabschnitt über das HBFG finanziert worden. Durch die fehlenden HBFG-Mittel hat das Land jedoch insgesamt deutlich mehr Kosten für die Universitätsmedizin in Mannheim im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu tragen.

Diesem Ressourceneinsatz stehen andererseits beachtliche Leistungen in Forschung und Lehre gegenüber. So erreichen die Studierenden der Medizinischen Fakultäten insbesondere in Freiburg, Heidelberg und Tübingen regelmäßig Spitzenplätze bei

---

[1] Angaben einschließlich Landesstiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg und Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) Mannheim.

[2] Forschungslandkarte Hochschulmedizin, Fraunhofer Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung (ISI), Fraunhofer IRB Verlag, Stuttgart, 2002. Nach Angaben des Landes Baden-Württemberg wurden im Jahr 2000 rund 403 Mio. Euro Landeszuführungsbetrag - also rd. 6 Mio. Euro mehr - den fünf Med. Fakultäten zugewiesen. Diese Angaben schließen die investiven Mittel für kleine Baumaßnahmen und Bauunterhalt sowie die Aufwendungen für die Akademischen Lehrkrankenhäuser ein.

[3] Quelle: Wissenschaftsrat nach Angaben des BMBF, Stand 16.06.04. Der Anteil der Medizinischen Einrichtungen aller Bundesländer an den Gesamt-Ist-Ausgaben für Investitionen lag von 1985 bis 2002 bei durchschnittlich 35,6 %. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 33. Rahmenplan für den Hochschulbau 2004-2007, Allgemeiner Teil, S. 29, Übersicht 7.

[4] Quelle: Wissenschaftsrat nach BMBF, Stand 16.06.04.

den bundesweit einheitlichen Prüfungen im Rahmen des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP). Die Drittmitteleinwerbungen je Medizinprofessor liegen mit durchschnittlich 365 Tsd. Euro über dem Bundesdurchschnitt[5] von 214 Tsd. Euro. Im Förder-Ranking der Deutschen Forschungsgemeinschaft[6] belegen Freiburg, Heidelberg Tübingen und Ulm im Fachgebiet „Medizin“ Rangplätze unter den ersten zehn und vordere Plätze in einer internationalen bibliometrischen Vergleichsstudie.[7]

A.II. Strukturen der Medizinischen Fakultäten und ihrer Universitätsklinika

Die fünf universitätsmedizinischen Standorte unterscheiden sich zum Teil erheblich in den Strukturen der Medizinischen Fakultäten und ihrer Universitätsklinika. Prinzipiell lassen sich in Baden-Württemberg drei Grundtypen unterscheiden.

Zum ersten Typus „**Vollklinikum/Vollfakultät**“ gehören die drei großen und traditionellen Standorte Freiburg, Heidelberg und Tübingen. Hier decken die Medizinischen Fakultäten und die Universitätsklinika das gesamte medizinische Fächerspektrum ab. Kooperationen mit anderen Medizinischen Fakultäten im Sinne einer Komplementarität in der Lehre und mit externen Trägern der Krankenversorgung zur Komplettierung des durch die ÄAppO vorgegebenen klinischen Fächerkanons spielen eine untergeordnete oder gar keine Rolle. Dementsprechend sind in Freiburg und Tübingen auch Psychiatrie und Orthopädie integraler Bestandteil des Universitätsklinikums, während gerade diese beiden Fächer an anderen Standorten oftmals in externer Trägerschaft über Kooperationsvereinbarungen vorgehalten werden. Einen gewissen Sonderfall stellt die Orthopädische Universitätsklinik[8] in Heidelberg-Schlierbach dar, die als ei-

---

[5] Wissenschaftsrat auf Basis der Zahlen des Statistischen Bundesamts für das Jahr 2000: Fachserie 11, Reihe 4.4 und 4.5. Berechnet wurden die Drittmitteleinnahmen je Professor (C3 und C4), nicht je Professorenstelle.

[6] Deutsche Forschungsgemeinschaft: Förder-Ranking 2003, S. 122, Bonn 2003 und www.dfg.de/ranking/

[7] R.J.W. Tijssen, T.N. van Leeuwen, A.F.H. van Raan: Mapping the Scientific Performance of German Medical Research, An International Comparative Bibliometric Study, Centre for Science and Technology Studies (CWTS), Leiden 2003.

[8] Die Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg ist jedoch weder Teil der Universität Heidelberg noch des Universitätsklinikums Heidelberg und wurde auch nicht in die Anlage zum HBFG aufgenommen, mit der Folge, dass Investitionskosten nicht über die Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau nach Artikel 91a GG und HBFG mitfinanzierungsfähig sind.

genständige Landesstiftung geführt wird und somit nicht Bestandteil des Klinikums ist.

Alle drei Standorte sind zudem durch eine weitgehende **räumliche Zentralisierung** der einzelnen Einrichtungen charakterisiert, da Institute und Klinken überwiegend auf begrenztem Raum konzentriert sind. Die höchste Verbunddichte weist hierbei Freiburg auf, dessen Institute und Kliniken überwiegend in fußläufiger Entfernung zueinander auf einem Areal angeordnet sind. Die Universitätsmedizin in Heidelberg ist mittlerweile hauptsächlich auf dem Neuenheimer Feld konzentriert. Daneben sind einzelne Kliniken noch am Altstandort in Bergheim jenseits des Neckars angesiedelt. Eine weitere Konzentration wird jedoch mittel- bis langfristig verwirklicht werden. Eine starke Konzentration universitätsmedizinischer Einrichtungen liegt auch an den beiden Hauptstandorten in Tübingen vor. Daneben gibt es jedoch neun weitere Standorte mit Einzelinstituten.

Der zweite Grundtypus universitätsmedizinischer Einrichtungen als „**Teilklinikum mit externen Kooperationspartnern**“ ist in Ulm realisiert: Um das gesamte Fächerspektrum abdecken zu können, kooperieren Klinikum und Fakultät mit verschiedenen externen Trägern der Krankenversorgung. Bis 2001 wurden im Rahmen dieser Kooperationen Dermatologie, Mund-, Kiefer- und Geschichtschirurgie, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie sowie Psychiatrie extern vorgehalten. Mittlerweile befinden sich Dermatologie, MKG-Chirurgie, Orthopädie und Neurochirurgie in eigener Trägerschaft. Zugleich ist der Standort durch eine **räumliche** und verkehrstechnisch ungünstige **Zersplitterung** der medizinischen Einrichtungen auf mindestens drei Standorte gekennzeichnet, die teilweise erhebliche Effizienzverluste in Forschung, Lehre und Krankenversorgung mit sich bringt.

Eine singuläre Stellung innerhalb der deutschen Universitätsmedizin nehmen die Fakultät für Klinische Medizin in Mannheim und die Klinikum Mannheim gGmbH ein. Zum einen verfügt die Fakultät in Mannheim als zweite Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg über keine eigenen vorklinischen Professuren und Einrichtungen.[9] Die vorklinische Ausbildung der Mannheimer Studierenden erfolgt stattdessen

[9] Keine eigene Vorklinik hat auch die Medizinische Fakultät der TU München.

in Heidelberg. Darüber hinaus fehlen in Mannheim die zahnmedizinischen Fächer. Zum anderen kooperiert die Mannheimer Fakultät im Bereich der Krankenversorgung mit einem einzigen externen Partner („**Mannheimer Modell**"), der Klinikum Mannheim gGmbH. Sie ist ein 100 %iges Tochterunternehmen der Stadt Mannheim (Träger des Klinikums). Mit dieser singulären „Public-Public-Partnership" unterscheidet sich die Fakultät sowohl von **Ulm oder Regensburg**[10], die zum Teil über eigene Universitätskliniken verfügen und fehlende Fächer über mehrere externe Kooperationspartner einbinden, als auch vom „**Bochumer Modell**", bei dem mehrere externe Träger die gesamte Krankenversorgung übernehmen. Zusätzlich kooperiert die Mannheimer Fakultät im Bereich der Psychiatrie mit dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), das als eigenständige Landesstiftung geführt wird[11]. Das ZI kooperiert auch mit der Medizinischen Fakultät Heidelberg und weiteren Partnern.

B. Weiterentwicklung der Strukturen an der Universität Heidelberg

Wie in Abschnitt C ab Seite 20 ausführlicher dargestellt wird, hat der Wissenschaftsrat den Eindruck gewonnen, dass die Rahmenbedingungen der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg insgesamt günstig ausgestaltet sind, sodass gute Voraussetzungen für eine nationale wie internationale Konkurrenzfähigkeit der Standorte bestehen. Einzige Ausnahme bildet hier jedoch der Standort Mannheim, der nicht nur innerhalb dieses Bundeslandes sondern deutschlandweit eine Sonderstellung einnimmt.

Der Wissenschaftsrat hatte in der Vergangenheit mehrfach bekräftigt, dass er eine Organisationsvielfalt bei den Rechtsformen der Universitätsklinika (Kooperationsmodell, Integrationsmodell) befürwortet. Er hatte in diesem Zusammenhang hervorgehoben, dass der Erfolg der Umsetzung der jeweiligen Modelle in jedem Einzelfall stark von den vorhandenen Konstellationen beeinflusst wird und sich von jeher dafür

[10] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 33. Rahmenplan für den Hochschulbau 2004-2007, Bd. 2, S. BY 117-123.
[11] Landesstiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg-Schlierbach bzw. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Mannheim.

ausgesprochen, mit verschiedenen Modellen Erfahrungen zu sammeln. [12] In seiner jüngsten Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Mannheim[13] hatte der Wissenschaftsrat den Erhalt der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim und ihres Klinikums als eigenständige Einrichtungen, als wünschenswert bezeichnet, sofern die einem universitären Anspruch genügen. Gleichzeitig wurde jedoch darauf hingewiesen, dass trotz der beginnenden Etablierung eines eigenen Profils erheblicher Verbesserungsbedarf bestehe, um eine langfristige Sicherung des zweiten medizinischen Standortes der Universität Heidelberg zu gewährleisten. Wesentliche Gründe hierfür sind zum einen die sich auch in Baden-Württemberg verändernden finanziellen Möglichkeiten. Zum anderen prägen den Standort Mannheim eine Reihe struktureller Nachteile, die eine erforderliche Steigerung der wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit der Mannheimer Fakultät und der Klinikum Mannheim gGmbH behindern. Zu nennen ist hier aufseiten der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim:

- Das Fehlen vorklinischer Fächer, die eine wichtige Funktion für die Weiterentwicklung der medizinischen Forschung erbringen.
- Die regionale und überregionale Konkurrenz: Gerade innerhalb Baden-Württembergs (aber auch über die Ländergrenzen hinweg Richtung Rheinland-Pfalz und Hessen) befindet sich die Mannheimer Fakultät in einem extrem starken wissenschaftlichen Umfeld im Bereich der Universitätsmedizin, sodass es besonders schwer fällt, zu einer überregionalen Sichtbarkeit zu gelangen und sich in der Konkurrenz zu behaupten.

Das **Klinikum** ist durch eine Reihe von Merkmalen charakterisiert, die ebenfalls die wissenschaftliche Weiterentwicklung des Standortes behindern:

- Das Klinikum befindet sich in städtischer Trägerschaft. Es handelt sich somit um ein städtisches Versorgungsunternehmen, das traditionell der Sicherstellung der Krankenversorgung der Mannheimer Bürger verpflichtet ist. Der Garant für die Wahrung der Belange von Forschung und Lehre ist hier nicht wie sonst der Staat, sondern letztendlich eine Gesellschafterversammlung, die die Stadt Mannheim repräsentiert und dem wirtschaftlichen Erfolg des Klinikums verpflichtet ist.

---

[12] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 23 f. und Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin. Aufgaben, Organisation, Finanzierung, Köln 1999.

[13] Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Ruprecht-Karls-Universität in Mannheim, Drs. 5516/03, Berlin 2003, S. 99 ff.

- Durch die städtische Trägerschaft sind auch die Mitglieder des Aufsichtsrates nicht in den entsprechenden Arbeitsgremien zur Universitätsmedizin bei Bund und Ländern vertreten. Ihnen fehlt so der Anschluss an die wissenschaftspolitischen Diskussionen, wie sie z.B. in KMK-Gremien geführt werden. Die Zusammensetzung des Aufsichtsrates entspricht nicht der anderer Universitätsklinika. Der für die Aufsicht über ein Universitätsklinikum erforderliche Sachverstand aus der Wissenschaft ist unterrepräsentiert.

- Die Klinikum Mannheim gGmbH ist das einzige Universitätsklinikum mit einem singulären Geschäftsführer in Deutschland. Dekan und Ärztlicher Direktor sind zwar im Klinikumsvorstand vertreten, haben aber nur beratende Funktion für die Geschäftsführung der Klinikum gGmbH.

- Ordinarien werden von der Geschäftsführung als „leitende Mitarbeiter“ geführt, die teilweise Weisungen erhalten, wo und zu welchen Konditionen sie welche Leistungen in der Krankenversorgung zu erbringen haben.

- Die Fakultät für Klinische Medizin Mannheim ist in keiner Weise am Klinikum beteiligt.

Der Wissenschaftsrat hatte daher im Rahmen seiner Stellungnahme zu Mannheim bereits 2003 insbesondere gefordert, dass[14]

- der Dekan gleichberechtigtes Vorstandsmitglied der gGmbH wird.

- die Zusammensetzung des Aufsichtsrates dahingehend geändert wird, dass die Belange von Forschung und Lehre institutionell gesichert sind.

- Rahmenvereinbarung und Satzung überarbeitet werden. Forschung und Lehre sollen als übergeordnete Unternehmensziele neben der Krankenversorgung verankert werden. In der neu zu fassenden Rahmenvereinbarung müssen die Gleichstellung der Vorstandsmitglieder und ein Vorrang von Forschung und Lehre zum Ausdruck kommen.

Ferner hat er sieben Fragen und Auflagen an Land, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim, Klinikum Mannheim gGmbH und Universität Heidelberg gerichtet, deren Beantwortung bzw. Erfüllung er für die Aufrechterhaltung einer eigenständigen Medizinischen Fakultät in Mannheim als essenziell bewertete.[15] Hierzu hat das Land in einem Schreiben an den Vorsitzenden des Wissenschaftsrates eine ausführliche

[14] Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg in Mannheim, Drs. 5516/03, Berlin, 16. Januar 2003, S. 65 ff.
[15] A.a.O, S. 102 ff.

Stellungnahme vorgelegt,[16] deren wesentlichen Inhalte im Folgenden wiedergegeben werden.

1. Auflage des Wissenschaftsrates:

Vorlage einer strategischen Zielplanung der Universität Heidelberg zur Weiterentwicklung der beiden Medizinischen Fakultäten.

Antwort:

Als wesentliche Maßnahme zur Ausgestaltung der weiteren Zusammenarbeit zwischen beiden Standorten wird die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft Medizinstruktur“ angeführt. Dieser Arbeitsgemeinschaft gehören die Dekane der beiden Medizinischen Fakultäten, die beiden Leitenden Ärztlichen Direktoren, die Kaufmännische Direktorin aus Heidelberg, der Geschäftsführer aus Mannheim sowie als Gast der Referatsleiter „Hochschulmedizin“ des Ministeriums an. Kernaufgabe dieser Arbeitsgemeinschaft sei es, eine Verstärkung der Kooperation zwischen den beiden Fakultäten und Klinika in Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu erreichen. So solle zwingend eine Abstimmung der Berufungsverfahren schon vor der Befassung der Fakultäts- und Universitätsgremien erfolgen. Weiterhin werde die Verständigung über wissenschaftliche Aktivitäten intensiviert und ein aktiver Lehraustausch betrieben. Um dies zu erreichen und zu sichern, soll die Arbeitsgemeinschaft, deren Tätigkeit sich bereits bewährt habe, als übergreifende Organisationseinheit institutionalisiert und ihre Zuständigkeiten rechtlich in der Grundordnung der Universität verankert werden. Derzeit befasse sich die Arbeitsgemeinschaft mit der Struktur- und Entwicklungsplanung beider Medizinischer Fakultäten.

Zusätzlich werden Vereinbarungen zu zahlreichen Abstimmungsbereichen angeführt. Sie beinhalten das vom Wissenschaftsrat bereits mit den Empfehlungen zum 33. Rahmenplan gebilligte Gesamtkonzept zur Kinderheilkunde/Kinderchirurgie. Weitere Vereinbarungen betreffen die Allgemeinmedizin und die Humangenetik, Gesichtschirurgie/HNO-Heilkunde, Epidemiologie, Infektiologie, Medizinische Informatik und Public Health. Ein Lehrexport von Heidelberg nach Mannheim wird in den Fächern Rechtsmedizin, Geschichte und Ethik in der Medizin, Sozialmedizin und Hu-

[16] Schreiben von Minister Frankenberg an den Vorsitzenden des Wissenschaftsrates vom 7. Januar 2004.

mangenetik erfolgen. Alle Lehrveranstaltungen werden gegenseitig anerkannt. Für beide Fakultäten wurde eine neue, identische Promotionsordnung erarbeitet. Eine gemeinsame Datenverarbeitungskommission stimmt IT-Infrastrukturmaßnahmen ab.

Die vom Wissenschaftsrat angeregte Entwicklung eines gemeinsamen Kompetenzzentrums für Therapieforschung und Klinische Studien wird jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht für möglich gehalten. Ebenso verhindere die getrennte Trägerschaft der Klinika die Einrichtung gemeinsamer Bettenpools. Überlegungen zur Versorgung beider Universitätsklinika von einer Zentralapotheke aus wurden ebenfalls verworfen.

2. Auflage des Wissenschaftsrates:

Ein Struktur- und Entwicklungskonzept der Fakultät für Klinische Medizin und der Klinikum Mannheim gGmbH. Erkennbar werden muss, durch welche konkreten Maßnahmen die Fakultät ihr wissenschaftliches Profil künftig schärfen wird. Zudem sollte das vorhandene Fächerspektrum überdacht werden. Der Wissenschaftsrat hält es für nicht erforderlich, in Mannheim alle durch die Approbationsordnung vorgegebenen Fächer vorzuhalten, weil diese durch die unmittelbare Nachbarschaft Heidelbergs auch dort abgedeckt werden können.

Antwort:

Eine aktualisierte Struktur- und Entwicklungsplanung der beiden Fakultäten werde zum 31.7.2004 vorgelegt. Die Mannheimer Forschungsschwerpunkte (Onkologie, Neuronale Plastizität, Medizintechnik und Vaskuläre Medizin) würden fokussiert und die Abstimmung mit Heidelberg präzisiert. Zudem werde die Mannheimer Fakultät ihre interne Mittelverteilung nach Leistungskriterien weiter ausbauen und nur noch eine minimale Grundausstattung für Forschung vorsehen, um eine weitgehende Flexibilisierung der Ressourcen zu erreichen. Die Grundausstattung beinhalte dabei je C4-Professur je zwei Vollkräfte des Wissenschaftlichen Dienstes und des Medizinisch-Technischen Dienstes und 30.000 Euro für den Medizinischen Bedarf. C3-Professoren sollen künftig 20.000 Euro und die Hälfte der Personalausstattung bekommen. Weitere Budgetzuweisungen erfolgten nur auf der Basis von Drittmitteleinwerbungen und Publikationsleistungen. Ferner sei vorgesehen, ein Mietflächenmodell für nicht-öffentlich geförderte Drittmittelprojekte zu etablieren, um auch die eng bemessene Forschungsinfrastruktur nach Leistungskriterien zu nutzen.

3. Auflage des Wissenschaftsrates:

Eine nachweisbare Implementierung von Grundlagenwissenschaften in die Kliniken und Klinisch-Theoretischen Institute, um das Fehlen einer Vorklinik zu kompensieren.

Antwort:

Das Land macht geltend, dass diese Forderung nur im Rahmen einer langfristigen Planung der Fakultät umsetzbar sei. Die Verschärfung der leistungsorientierten Mittelvergabe in Mannheim sowie die Bemühungen zur Einwerbung von Stiftungsprofessuren machten aber deutlich, dass das Ziel einer Steigerung der Forschungsleistungen nachdrücklich verfolgt werde.

4. Auflage des Wissenschaftsrates:

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

Antwort:

Die Verfahren der Kostenerstattung zwischen Klinikum Mannheim gGmbH wurden von einer eigenen Arbeitsgruppe „Kostenerstattung" überprüft. Es sei vorgesehen, eine erhöhte Transparenz insbesondere durch valide Schlüsselgrößen zu erreichen. Die getroffenen Vereinbarungen sollen in einen neuen Vertrag münden. In einzelnen Punkten wurden/werden Verbesserungen schon 2003 und 2004 wirksam. Zudem habe die Klinikum Mannheim gGmbH in Aussicht gestellt, die Mannheimer Fakultät zu einem Drittel an einem positiven Betriebsergebnis zu beteiligen. In Falle eines negativen Betriebsergebnisses sei keine Beteiligung vorgesehen. Ein Beschluss des Aufsichtsrates hierzu liege noch nicht vor.

5. Auflage des Wissenschaftsrates:

Darstellung, aus welchen Mitteln die Stiftungsprofessuren nach dem Auslaufen der Drittmittelförderung finanziert werden. Die Fakultät hat sieben Stiftungsprofessuren eingeworben, die die wissenschaftliche Neuausrichtung der Fakultät befördern. Eine dauerhafte Etatisierung dieser Professuren ist aber erforderlich, um die Weiterentwicklung der Fakultät zu sichern, ohne dass dadurch der ohnehin enge finanzielle Spielraum eingeengt wird.

Antwort:

Aktuell sei geplant, die 2005 auslaufende Stiftungsprofessur für Klinische Pharmakologie bei positiver Evaluierung durch Bereitstellung einer Planstelle im Staatshaushaltsplan zu sichern. Weitere Stiftungsprofessuren laufen 2008 aus. Hier will das MWK keine weiteren Verpflichtungen eingehen und die gleichen Regeln wie für alle anderen im Land etablierten Stiftungsprofessuren anwenden.

6. Auflage des Wissenschaftsrates:

Aussagen des Landes dazu, ob und in welchem Umfang die Mannheimer Fakultät eine ausreichende Zuweisung von Ressourcen erwarten kann. Dies gilt insbesondere bei Einführung des Kostennormwertverfahrens.

Antwort:

Die Haushaltsansätze von 2003 werden bei Planungssicherheit bis 2006 auf 5 % niedrigerem Niveau fortgeschrieben. Hiervon wird auch Mannheim nicht ausgenommen.

7. Auflage des Wissenschaftsrates:

Vorlage der geänderten Kooperationsvereinbarungen, die die Zusammenarbeit der Fakultät für Klinische Medizin mit der Klinikum Mannheim gGmbH regeln, sowie einer geänderten Satzung. Es muss auch rechtlich sichergestellt sein, dass das Universitätsklinikum in Mannheim den Belangen von Forschung und Lehre dient.

Antwort:

Vorgeschlagen wird die **Bildung eines Medizinkonzerns Mannheim (MKM)** aus den gleichberechtigten Partnern Fakultät für Klinische Medizin und Klinikum Mannheim gGmbH vor, dessen Vorstand aus dem Geschäftsführer der Klinikum Mannheim gGmbH und dem Dekan der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim bestehe. Eine „Strukturkommission“ aus Geschäftsführer des Klinikums, dessen Stellvertreter, Dekan, Prodekan, Ärztlichem Direktor und stellvertretendem Ärztlichem Direktor soll für alle für die Zusammenarbeit zwischen Klinikum und Fakultät wesentlichen Fragen der Weiterentwicklung des Gesamtunternehmens, so wie alle relevanten Vereinbarungen zwischen Universitätsklinikum und Fakultät zuständig sein. Bereits jetzt erfolgt aber die Abstimmung zwischen Fakultät und Klinikum in einer Strukturkommission. Die Veränderung besteht darin, dass diese Strukturkommission als Abstim-

mungsorgan durch Verankerung in den jeweiligen Geschäftsordnungen von Fakultätsvorstand und Geschäftsführung des Klinikums fest institutionalisiert werden soll.

Übersicht 2: Zusammenfassung der Auflagen des Wissenschaftsrates

Auflage des Wissenschafsrates	Angaben des Landes	Erfüllung
1. Strategische Zielplanung der Uni zur Weiterentwicklung der beiden Med. Fakultäten	Verstärkung der Kooperation in Forschung, Lehre und Krankenversorgung, zwingende Abstimmung bei Berufungen durch Institutionalisierung der AG Medizinstruktur	nein bzw. in Ansätzen
2. Ein Struktur- und Entwicklungskonzept für Mannheim	komplementäre Berufungen sind vorgesehen, Struktur- und Entwicklungsplan soll im Juli 2004 vorgelegt werden	nein bzw. in Ansätzen
- Maßnahmen der Mannheimer zur Schärfung des wissenschaftlichen Profils	konsequente LOM, minimale Grundausstattung, Mietflächenmodell, Public Health als Schwerpunkt wie vom Wissenschaftsrat empfohlen, Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft in Kooperation mit der Uni Mannheim	in Ansätzen
- Fächerspektrum überdenken	Lehrimport aus Heidelberg in den Fächern Rechtsmedizin. Geschichte und Ethik der Medizin, Sozialmedizin, Humangenetik	in Ansätzen
3. Nachweisbare Implementierung von Grundlagenwissenschaften	nicht kurzfristig leistbar	nein
4. Widerlegung der Zweifel an der sachgerechten Verwendung der Mittel für Forschung und Lehre	mehr Transparenz durch valide Schlüssel, neue vertragliche Vereinbarung ab 2005, teilweise schon ab 2003 und 2004; eine Erfolgsbeteiligung der Fakultät von 1/3 des Betriebsergebnisses des Klinikums wurde in Aussicht gestellt	nein bzw. neue Ansätze
5. Weiterfinanzierung von Stiftungsprofessuren	in einem Einzelfall (Klin. Pharmakologie) ansonsten keine Sonderregelungen für Mannheim	nein
6. Ausreichende Ressourcen des Landes	keine Sonderregelungen für Mannheim d.h. 5 %ige Absenkung im Rahmen der Planungssicherheit bis 2006	nein
7. Änderung der Kooperationsvereinbarung, Satzung etc. zur Sicherstellung der Belange von Forschung und Lehre	Institutionalisierung der Strukturkommission als Abstimmungsorgan zwischen Fakultät und Klinikum	in Ansätzen

<u>Empfehlungen:</u>

Oberstes Ziel des Wissenschaftsrates ist es, den Spielraum der Medizinischen Fakultäten für eine an Exzellenz orientierte Forschung und Lehre zu vergrößern und die Leistungsfähigkeit der universitätsmedizinischen Einrichtungen als Ganzes zu sichern. In der fast vierzigjährigen Geschichte[17] der Kooperation der Universität Hei-

[17] 1964 zunächst als Sektion der Medizinischen Gesamtfakultät der Universität Heidelberg gegründet wurde die Fakultät für Klinische Medizin Mannheim 1969 in eine gleichberechtigte, eigenständige Fakultät der Universität Heidelberg überführt. Die Stadt Mannheim stellte damals ihre Städtischen Krankenanstalten für die Ausbildung im klinischen Studienabschnitt von jeweils 90 Studierenden je Semester zur Verfügung.

delberg mit der Stadt Mannheim hat sich letztlich ein intensives gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis zwischen der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim und dem städtischen Klinikum entwickelt. Gemeinsame Ziele, Identifikationen und Kulturen von Universität, Fakultät und Klinikum sind jedoch nicht entstanden.

Die Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen wurde vor allem zulasten der akademischen Anforderungen der Universitätsmedizin ausgestaltet, sodass in Mannheim keine ausgeprägte Forschungsorientierung im Sinne der Kriterien des Wissenschaftsrates (siehe Abschnitt C.II.1, Forschungsprofile, S. 28) entstanden ist. Dies liegt zum großen Teil daran, dass sich die beiden Medizinischen Fakultäten und Klinika mehr als Konkurrenten denn als Partner verstanden. Trotz der räumlichen Nähe der Standorte wurde zum Beispiel die wissenschaftliche Kultur der Vorklinik der Universität Heidelberg und die damit verbundenen akademischen Ansätze der Medizin nicht in Mannheimer Prozesse integriert.

Der Wissenschaftsrat hatte zuletzt in seiner Stellungnahme zur rechtlichen Verselbstständigung des Universitätsklinikums des Saarlandes bekräftigt, dass er die Einbindung von Ärztlichem Direktor und Dekan in den Vorstand eines Universitätsklinikums für unabdingbar hält und zudem empfohlen, dem Leitenden Ärztlichen Direktor – und damit einem Universitätsprofessor – den alleinigen Vorsitz im Klinikumsvorstand zuzuordnen.[18] Diese Forderung gilt uneingeschränkt für alle Einrichtungen, die als Universitätsklinikum geführt werden sollen. Derzeit bedingen aber die städtische Tradition des Klinikums mit ihrem Primat in der Krankenversorgung und die fehlende Beteiligung der Medizinischen Fakultät an der Geschäftsführung eine unzureichende Berücksichtigung der akademischen Erfordernisse der Universitätsmedizin in Mannheim. Die Mannheimer Strukturen stehen damit im Widerspruch zu den Forderungen des Wissenschaftsrates, dass an Universitätsklinika die Krankenversorgung der Forschung und Lehre zu dienen habe.

Durch die Verleihung des Titels „Universitätsklinikum“ vonseiten des Landes ergeben sich auf der anderen Seite für die Stadt Mannheim gewichtige Vorteile. Mit dem Sta-

[18] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Wiederaufnahme des rechtlich verselbstständigten Universitätsklinikums des Saarlandes (UKS) in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes, Drs. 5841/03, Frankfurt (Oder), 14. November 2003.

tus als „Universitätsklinikum“ verbessert das Klinikum seine Ausgangsituation im Wettbewerb um Ärzte und Patienten. Durch die Verknüpfung von Universitätsprofessoren mit Chefarztstellen ist eine unmittelbare Anbindung der Krankenversorgung an den wissenschaftlichen Fortschritt gewährleistet, sodass auch Versorgungsleistungen angeboten werden können, die für kommunale Krankenhäuser der Maximalversorgung nicht selbstverständlich sind. Zudem gewinnt die Stadt Mannheim an Renommee mit dem Klinikum. Der Zuführungsbetrag des Landes für Forschung und Lehre kommt der Stadt zugute. Pharmaindustrie und andere Wirtschaftsbereiche fördern wissenschaftliche Studien und Professuren an diesem Standort zum Nutzen der Stadt.

Ohne Zweifel liegen die wissenschaftlichen Leistungen der Mannheimer Fakultät und Kenndaten deutlich hinter denen der übrigen Standorte in Baden-Württemberg (vgl. Abschnitt C.II Forschung, S. 25 ff.). Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass Freiburg, Heidelberg und Tübingen zu den forschungsstärksten Medizinfakultäten in Deutschland gehören.

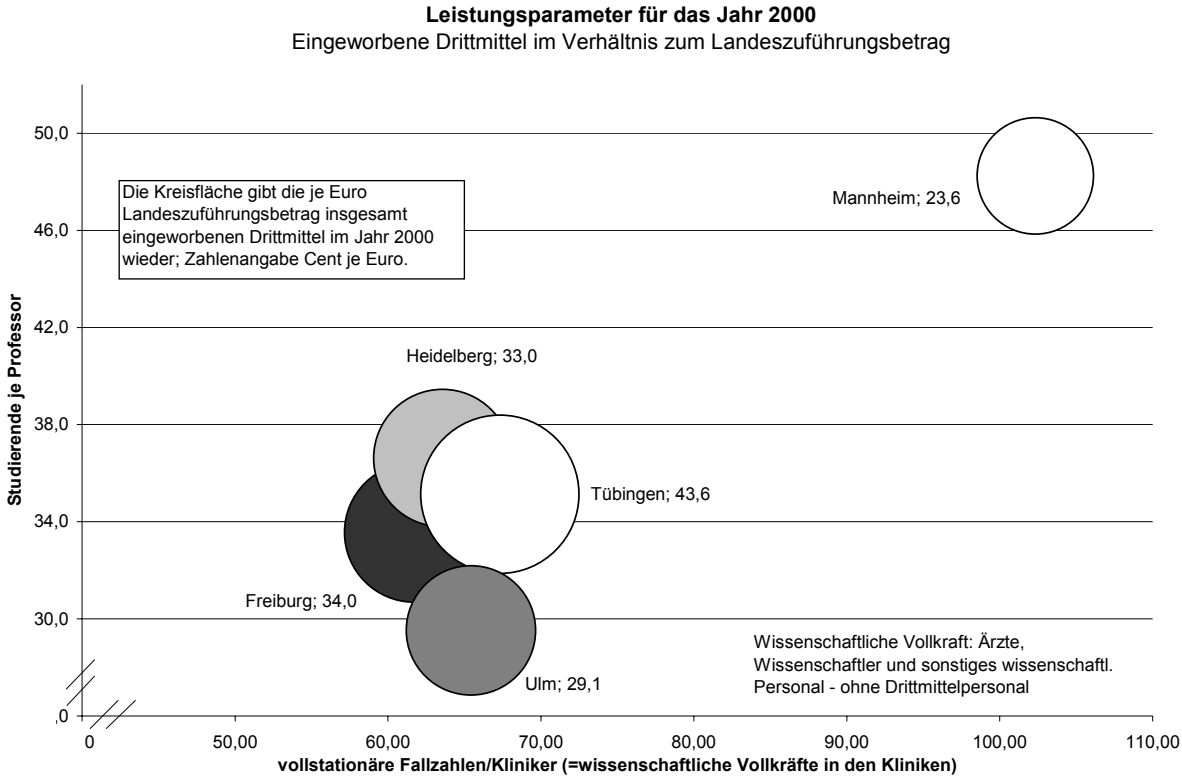
Die Lehrleistungen in Mannheim sind als durchschnittlich zu bewerten. Bedauerlich ist hier, dass die insgesamt günstigen räumlichen Verhältnisse in Mannheim und vergleichsweise überschaubare Studierendenzahlen bisher nicht zu einer überzeugenden Entwicklung eines eigenständigen Lehrkonzeptes genutzt wurden. Auch hier ist zu befürchten, dass die hohe Belastung der Wissenschaftler und Ärzte mit Aufgaben in der Krankenversorgung Abstriche bei Innovations- und Leistungsfähigkeit bedingen. Bereits heute haben Medizinstudierende mit guten Abiturnoten ein geringeres Interesse an einem Wechsel von Heidelberg nach Mannheim, sodass die zugewiesenen Studierenden ein Problem der Negativ-Selektion darstellen.

Die Sonderstellung des Mannheimer Standortes innerhalb Baden-Württembergs kommt auch in der folgenden Abbildung 1 zum Ausdruck, die Leitungsparameter aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung grafisch zusammenfasst. Die mehrdimensionale Darstellung zeigt, dass Mannheim die wenigsten Drittmittel je Landeszuführungsbetrag einwirbt, die schlechteste Betreuungsrelation von Studierendem[19] je

[19] In Mannheim stehen jährlich rund 166 Studienplätze zur Verfügung.

Professor und die meisten vollstationären Patienten je wissenschaftlicher Vollkraft[20] in den Kliniken aufweist.

Abbildung 1: Mehrdimensionaler Leistungsvergleich



Quelle: Wissenschaftsrat nach Angaben der Medizinischen Fakultäten

Nach Auffassung des Wissenschaftsrates sind die derzeitigen Strukturen des Mannheimer Klinikums für die Weiterentwicklung von Forschung und Lehre nicht förderlich. Es ist zu befürchten, dass sich vor dem Hintergrund des weiter zunehmenden ökonomischen Drucks auf die Krankenversorgung und durch die Einsparungen im öffentlichen Bereich die Rahmenbedingungen für Forschung und Lehre in Mannheim weiter verschlechtern werden.

Die relative Nähe der beiden Medizinischen Fakultäten hat, bedingt durch die unterschiedlichen Kulturen der Standorte, keine nennenswerten Synergien ergeben. Statt dessen werden Energie und Ressourcen in Strukturen investiert, die nicht geeignet

[20] Hier wie an allen anderen Stellen des Textes schließt die Bezeichnung „Wissenschaftler“ bzw. „wissenschaftliche Vollkraft“ das ärztliche Personal ein.

sind, den Spielraum der Medizinischen Fakultäten für eine an Exzellenz orientierte Schwerpunktsetzung in Forschung und Lehre zu vergrößern und die Leistungsfähigkeit der Universitätsklinika als Ganzes zu sichern.

In der Linie seiner Empfehlungen zur Universitätsmedizin empfiehlt der Wissenschaftsrat daher, die Zusammenarbeit mit der Klinikum Mannheim gGmbH auf eine grundlegend neue vertragliche Basis zu stellen, mit dem Ziel, die Sicherstellung des Primates von Forschung und Lehre durch geeignete Leitungsstrukturen zu erreichen. Der Wissenschaftsrat geht davon aus, dass die Umstrukturierung analog zu den im Universitätsklinikagesetz vorgegebenen Regelungen erfolgt. Sollte dieser Primat nach Einschätzung des Wissenschaftsrates bis 2007 nicht erreicht werden, empfiehlt er, die Fakultät für Klinische Medizin Mannheim in die Medizinische Fakultät Heidelberg zu integrieren.

Hierbei wird anerkannt, dass die Fakultät für Klinische Medizin Mannheim durchaus Forschungsleistungen erbringt, die über den Leistungen einzelner Medizinischer Fakultäten anderer Bundesländer liegen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die bestehenden Strukturen nicht wissenschaftsadäquater weiterentwickelt werden müssen. Der Wissenschaftsrat ist davon überzeugt, dass engagierte Mitglieder der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim künftig in einem anders strukturierten Umfeld noch weit mehr in Forschung und Lehre leisten können, als es zurzeit der Fall ist.

Eine Umsetzung dieser Empfehlungen erfordert eine sorgfältige Vorbereitung und ist nicht von heute auf morgen erreichbar. Der Wissenschaftsrat wird den Umstrukturierungsprozess mit Interesse beobachten und bittet das Land um einen Bericht nach Vorlage der Ergebnisse der vom Land eingesetzten Medizinstrukturkommission spätestens im Jahr 2007. Hierbei sollte deutlich werden, wie künftig der bestimmende Einfluss von Forschung und Lehre in allen Universitätsklinika und eine Transparenz der Mittelflüsse sichergestellt werden. Vor dem Hintergrund des neuen Abrechnungssystems für Krankenhausleistungen sieht der Wissenschaftsrat auch aktuellen Handlungsbedarf, da er befürchtet, dass sonst für die akademischen Fächer wichtige Bereiche der Krankenversorgung den Ordinarien entzogen und in Parallel-Strukturen der Klinikum Mannheim gGmbH überführt werden.

Unabhängig hiervon bittet der Wissenschaftsrat den Medizinausschuss, Grundsätze zu formulieren, wie künftig weiterhin der Primat von Forschung und Lehre in der dafür notwendigen Krankenversorgung generell gewährleistet werden kann. Hiefür wäre es hilfreich, wenn anhand konkreter Beispiele verschiedene Alternativen aufgezeigt werden könnten. Nach Möglichkeit sollten allgemeine Rahmenbedingungen abgeleitet werden.

C. Übergreifende Aspekte und Empfehlungen

C.I. Personal

Mit 7.145 Vollkräften ist die Heidelberger Universitätsmedizin der größte Standort in Baden-Württemberg. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass durch die als Landesstiftung geführte Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg mit 817 Vollkräften die Orthopädie insgesamt deutlich größer ausfällt als an allen anderen universitären Standorten in Deutschland. Dementsprechend verfügt Heidelberg über den geringsten Wissenschaftler-Anteil bezogen auf das Gesamtpersonal. Hier sind nur 20,6 % der Vollkräfte Wissenschaftler und Ärzte, während es 23,1 % in Ulm sind. Ulm ist gleichzeitig auch der Standort mit dem höchsten Professorenanteil bezogen auf das Gesamtpersonal. Die Spanne reicht von 1,9 % in Ulm bis zu 1,1 % in Heidelberg. Die meisten wissenschaftlichen Vollkräfte sind demgegenüber in Freiburg zu finden. Dieser Umstand ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass Freiburg mit insgesamt 575 Vollkräften (darunter 331 Wissenschaftler) die meisten Personalstellen aus Drittmitteln finanziert. Dies sind fast 10-mal mehr als am Standort Mannheim (s. auch **Tabelle 1 im Anhang - Personalausstattung**).

Entsprechend der Größe der Standorte bestehen deutliche Unterschiede in Bezug auf die Gesamtzahl der beschäftigten Wissenschaftler. Hier reicht die Spanne von 581 Vollkräften in Mannheim bis zu 1.475 Vollkräften in Freiburg. Deutlich sind auch die Unterschiede bei Betrachtung der Wissenschaftler je Planbett: Während die vier klassischen Universitätsklinika in Baden-Württemberg rund 0,9 wissenschaftliche Vollkräfte je Planbett aufweisen, kamen in Mannheim zur Zeit der Erhebungen nur

rund 0,4 wissenschaftliche Vollkräfte auf ein Planbett, was erneut auf das Übergewicht der Krankenversorgung in Mannheim hinweist.

Während in Mannheim lediglich 4 % der wissenschaftlichen Vollkräfte Naturwissenschaftler sind, sind es im landesweiten Durchschnitt 18 % (siehe nachfolgende Übersicht). Unter Berücksichtigung des Drittmittelpersonals[21] liegt deren Anteil noch deutlich höher (siehe auch Tabelle 1 im Anhang). So sind beispielsweise in Ulm rund 94 % der Wissenschaftler aus Drittmitteln Naturwissenschaftler, in Freiburg sind es 44 %.

Übersicht 3: Anteil der Naturwissenschaftler am wissenschaftlichen Personal der Universitätsmedizin im Jahr 2000

	Freiburg	Heidelberg[1)]	Mannheim[2)]	Tübingen	Ulm
Wissenschaftler* insgesamt	1.145	1.177	544	1.076	810
darunter Naturwissenschaftler	233	208	24	209	216
Anteil der Naturwissenschaftler in %	20,3	17,7	4,4	19,4	26,7

Angaben in Vollkräften

* Die Bezeichnung „Wissenschaftler“ beinhaltet das ärztliche und wissenschaftliche Personal,

1) ohne Landesstiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg

2) ohne Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) Mannheim

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten – jeweils ohne Drittmittelpersonal

Insgesamt unbefriedigend stellt sich die Situation des Frauenanteils unter den leitenden Wissenschaftlern dar: Während rund ein Drittel aller Wissenschaftler an den Standorten Frauen sind, liegt der Frauenanteil bei den Professoren zwischen 0 % (Mannheim) und 6,4 % (Ulm). Bundesweit liegt der Frauenanteil an den C3- und C4-Professoren in der Medizin bei 6,0 %.[22] Der bundesweite Anteil der Wissenschaftlerinnen in der Universitätsmedizin betrug im Jahr 2000 34,4 %. Dies entspricht in etwa auch dem Anteil der Wissenschaftlerinnen in der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg. Die Werte liegen hier zwischen 28,9 % in Mannheim und 37,2 % in Heidelberg.

Das Verhältnis von Gesamtpersonal zu Verwaltungspersonal sagt etwas über den Verwaltungsaufwand an den Standorten aus. Wie aus Übersicht 4 ersichtlich, liegt

[21] Detaillierte Angaben zum Drittmittelpersonal liegen nicht für alle Standorte vor.

[22] Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 4.4, Hochschulpersonal 2000, Tabellen 5 und 6.

die Verwaltungsquote zwischen 12,6 in Mannheim und 16,1 in Ulm. Ein Verwaltungsmitarbeiter ist in Baden-Württemberg durchschnittlich für 13,9 Mitarbeiter der universitätsmedizinischen Einrichtungen zuständig.[23] Die Leitungsspanne zwischen Professoren und wissenschaftlichem/ärztlichem Personal ist an den baden-württembergischen Standorten relativ hoch. Durchschnittlich ist in Baden-Württemberg in der Universitätsmedizin ein Professor für 12,9 Wissenschaftler verantwortlich, während es im Bundesdurchschnitt[24] 9,1 sind.

Übersicht 4: Ausgewählte Personalrelationen an den Standorten

	Personal	Verwaltungs-personal 1)	Verwaltungs-quote 2 +24)	wissenschaftl. Personal 3)	Professoren	Leitungs-spanne 4)
Freiburg	6.154	468	13,1	1.055	90	11,7
Heidelberg 5)	5.878	416	14,1	1.099	78	14,1
Mannheim 6)	2.597	206	12,6	515	29	17,8
Tübingen	5.748	418	13,8	994	82	12,1
Ulm	3.952	245	16,1	728	81	9,0

1) ohne das in der Hochschulstatistik enthaltene Pflegepersonal und den Medizinisch-Technischen-Dienst
2) Verwaltungsquote: Personal je Verwaltungspersonal
3) ohne Professoren; Beim wiss. Personal ist auch das ärztliche Personal eingeschlossen.
4) Leitungsspanne: Wissenschaftler / Professor. Lesart: Ein Professor betreut / beaufsichtigt durchschnittlich x Wissenschaftler
5) ohne Landesstiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg-Schlierbach
6) ohne Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinika, ohne Drittmittelpersonal, Stand 31.12.2000

Die nachfolgende Übersicht 5 stellt die Personalausstattung der Kliniken und Klinisch-Theoretischen Institute den Vorklinischen Instituten gegenüber. Das meiste Vorklinische Personal ist sowohl absolut als auch relativ zum Klinischen Bereich in Freiburg angesiedelt. In der Vorklinik sind hier rund 1/3 der Professoren tätig und bezogen auf das wissenschaftlich-ärztliche Personal ist die Vorklinik dort lediglich 11-mal kleiner als der Klinische Bereich. In Tübingen ist nur rund jede sechste Professur in der Vorklinik angesiedelt.[25] Mit einer Personalrelation von 1:22 ist im Verhältnis

[23] Der Bundesdurchschnitt für die Verwaltungsquote liegt bei 11,6; siehe auch nachfolgende Fußnote.
[24] Quelle: Abfrage des Wissenschaftsrates zur Größe der universitätsmedizinischen Einrichtungen im Jahr 2001. Bei den Angaben zur Verwaltungsquote ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zuordnung zum Verwaltungspersonal trotz ausdrücklichen Bezugs auf die Hochschulstatistik des Statistischen Bundesamtes nicht an allen Standorten einheitlich gehandhabt wird.
[25] Im bundesweiten Vergleich liegt das Verhältnis der Professoren der Kliniken und Klinisch-Theoretische Institute zur Vorklinik bei 5:1. Quelle: eigene Erhebung zur Größe der universitätsmedizinischen Einrichtungen, Stand 2001.

gesehen die kleinste Vorklinik Baden-Württembergs in Heidelberg zu finden. Dies ist umso bemerkenswerter, als an der Heidelberger Fakultät auch die Mannheimer Studierenden ihre vorklinische Ausbildung durchlaufen.

Übersicht 5: Wissenschaftlerrelationen Klinik/Vorklinik an den Standorten

Standort	Einrichtungen	Professoren	Wissenschaftlich/ärztliches Personal insgesamt[1)]
Freiburg	vorklinische und theoretische Institute	21	90
	Klinisch-Theoretische Institute und Kliniken	69	978
	Klinik/Vorklinik	**3,3**	**10,9**
Heidelberg	vorklinische und theoretische Institute	14	50
	Klinisch-Theoretische Institute und Kliniken 2)	64	1.098
	Klinik/Vorklinik	**4,6**	**22,0**
Mannheim	vorklinische und theoretische Institute	entfällt	entfällt
	Klinisch-Theoretische Institute und Kliniken 3)	29	544
	Klinik/Vorklinik	-	-
Tübingen	vorklinische und theoretische Institute	12	74
	Klinisch-Theoretische Institute und Kliniken	69	970
	Klinik/Vorklinik	**5,8**	**13,1**
Ulm	vorklinische und theoretische Institute	15	55
	Klinisch-Theoretische Institute und Kliniken	67	725
	Klinik/Vorklinik	**4,5**	**13,2**

Angaben in Vollkräften, gerundet, ohne Personal aus Drittmitteln
1) hier einschließlich der Professoren
2) ohne Landesstiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg-Schlierbach
3) ohne Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Das Wissenschaftliche Personal der „Sonstigen Einrichtungen“ (z.B. Dekanat, Ethikkommissionen, Med. Versorgungseinrichtungen etc. wurde nicht berücksichtigt.
Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinika

Empfehlungen:

Entgegen der landläufigen Annahme, dass an öffentlichen Einrichtungen besonders viel Bürokratie herrscht, kann für Baden-Württemberg festgestellt werden, dass im öffentlichen Bereich der Universitätsmedizin ein vergleichsweise geringer Verwal-

tungsaufwand betrieben wird. Der höchste Verwaltungsaufwand wird am Standort Mannheim betrieben. Bemerkenswert ist zudem, dass in Mannheim gleichzeitig die größte Leitungsspanne vorhanden ist. Sie liegt um rund 38 % über dem Landes- und knapp 96 % über dem Bundesdurchschnitt. So kommen auf eine Professur in Mannheim 17,8 Mitarbeiter des ärztlichen und wissenschaftlichen Personals. Dieser hohe Wert kommt dabei insbesondere durch das ärztliche Personal der Klinikum Mannheim gGmbH zustande, das jedoch keine unmittelbaren Aufgaben in Lehre und Forschung wahrnimmt. Gleichzeitig ist dieses Ergebnis jedoch auch ein Indikator dafür, dass Klinikdirektoren in Mannheim deutlich mehr ärztlich-wissenschaftliches Personal führen müssen, als dies an den anderen Universitätsklinika in Deutschland und Baden-Württemberg der Fall ist, was nicht ohne Folgen auf die akademische Entwicklung des Nachwuchses bleiben kann.

Innovationen in der Medizin werden heute insbesondere durch die Verknüpfung mit den Naturwissenschaften und theoretischen medizinischen Fächern erbracht. Bei den forschungsintensiven universitätsmedizinischen Einrichtungen Baden-Württembergs liegt der Anteil der Naturwissenschaftler bei rund einem Fünftel des wissenschaftlichen Personals (ohne Drittmittelpersonal). In Mannheim liegt der Anteil jedoch bei unter einem Zwanzigstel, was ein fehlendes Innovationspotenzial deutlich macht und die Leistungsfähigkeit in der Forschung beeinträchtigt. Der Wissenschaftsrat empfiehlt allen Standorten gleichermaßen, kurzfristig Karrierewege für Naturwissenschaftler zum Beispiel durch Tandem-Führungen und Departmentstrukturen (siehe auch S. 59) zu etablieren, da nur so dauerhaft leistungsstarke Naturwissenschaftler ihre Kraft in der Universitätsmedizin einsetzten werden. Bleibt es bei steilen Hierarchien unter der alleinigen Leitung von Ärzten und ungünstigen Leitungsspannen (wie zum Beispiel in Mannheim), werden vorrangig weniger gut qualifizierte Nicht-Mediziner als Dienstleister für Ärzte in den Universitätsklinika Beschäftigungsverhältnisse annehmen.

Bei Betrachtung der Wissenschaftler-Relationen zwischen klinischem und vorklinischem Bereich (siehe auch Übersicht 5) wird die relativ schwache Stellung der Tübinger Vorklinik gegenüber dem Klinikum sehr deutlich. Der Medizinausschuss hatte bereits bei seinem Ortsbesuch mit Sorge zur Kenntnis genommen, dass die Interes-

sen der Vorklinik weder von der Universität noch vom Klinikum berücksichtigt wurden. Aus der Situation ergibt sich für die Vorklinik eine Abwärtsentwicklung, die ihren Niederschlag in schlechten Berufungschancen und desolaten baulichen Verhältnissen findet. Der Wissenschaftsrat erwartet vom Land, der Universität Tübingen und ihren universitätsmedizinischen Einrichtungen, dass sie kurzfristig und nachhaltig die Situation der Vorklinik auch durch Veränderungen der Rahmenbedingungen verbessert.[26]

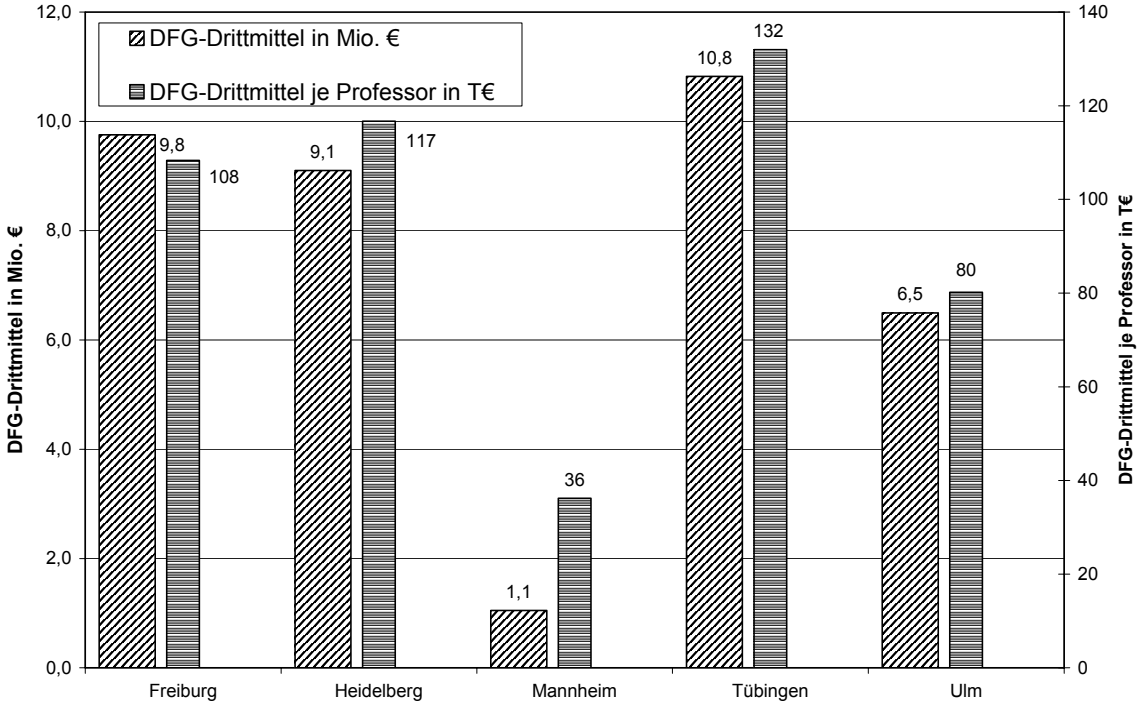
C.II. Forschung

Mit Ausnahme der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim sind alle Standorte durch eine starke Forschungsorientierung geprägt. Erkennbar wird dies nicht nur an den insgesamt überdurchschnittlichen Drittmitteleinwerbungen je Professor und dem guten Abschneiden beim DFG-Ranking, sondern auch an der Anzahl der Sonderforschungsbereiche. Während im Bundesdurchschnitt rund 1,5 Sonderforschungsbereiche auf jede Medizinische Fakultät entfallen, sind es in Baden-Württemberg unter Einbeziehung des am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim angesiedelten Sonderforschungsbereichs durchschnittlich 3,2 **(siehe auch Tabelle 2 im Anhang)**.

Einen Standort-Vergleich der bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) eingeworbenen Drittmittel innerhalb Baden-Württembergs zeigt die folgende **Abbildung 2**:

[26] Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Eberhard Karls Universität Tübingen, Kiel, 11. Juli 2003, Drs. 5743/03, S. 67.

Abbildung 2: DFG-Drittmittel im Jahr 2000



Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten (ohne Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg und ohne Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim)

Zudem sind die Medizinischen Fakultäten des Landes an mehreren größeren Fördermaßnahmen des BMBF beteiligt, deren Ziel es ist, Forschungsstrukturen bzw. Profilstärkung weiter zu entwickeln. Zu nennen sind hier die Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung (IZKF), Koordinierungszentren für Klinische Studien (KKS), Kompetenznetzwerke in der Medizin (KompNet) sowie Kompetenzzentren für Medizintechnik.[27] Die Auswahl der geförderten Universitäten erfolgt aufgrund eines bundesweiten Wettbewerbs. Übersicht 6 zeigt die Verteilung der genannten Fördermaßnahmen auf baden-württembergische universitätsmedizinische Standorte.

[27] Vgl. http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/foerderung/Vorhabenuebersicht.

Übersicht 6: Verteilung von Fördermaßnahmen des BMBF

	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm
IZKF				1	1
KKS	1	1		1	
Medizinische Kompetenz-netzwerke			S[1]		G[2]
Kompetenz-zentren Medi-zintechnik				1	

[1]Sprecheruniversität des Kompetenznetzes „Akute und Chronische Leukämien“

[2]Geschäftsstelle des Kompetenznetzes „Ambulant erworbene Pneumonie (CAP-Netz)“

II.1. Forschungsprofile

Zumeist handelt es sich bei den einzelnen Standortprofilen um eine Mischung aus historisch gewachsenen Krankenversorgungsprofilen großer klinischer Fächer und neueren wissenschaftlichen Initiativen, die erst in jüngerer Zeit aus der Forschung entstanden sind. Zudem nennen nahezu alle Standorte – entsprechend der Prävalenz der Erkrankungen – kardiologisch-vaskuläre, onkologische, neurologische und infektiologische Schwerpunkte, die meist thematisch unterschiedlich ausgerichtet sind. Drei von fünf Standorten nennen medizintechnische Schwerpunkte. Darüber hinaus sind Transplantationsmedizin und Immunologie weitere Schwerpunkte, die an mehreren Standorten vertreten sind. Einen Überblick über die von den Medizinischen Fakultäten benannten Schwerpunkte gibt **Tabelle 2 „Forschungsschwerpunkte und Forschungsstrukturen“ im Anhang.**

Auffallend ist, dass insbesondere Tübingen, als einer der forschungsintensivsten Standorte, mit nur sechs genannten Schwerpunkten die deutlichste Fokussierung aufweist. Gleichzeitig verfügt Tübingen als einziger Standort Baden-Württembergs über ein explizites Schwerpunktinitiierungsprogramm. Anders verhält es sich bei der Ulmer Fakultät, die insgesamt neun Schwerpunkte genannt hat, ohne dass eine Prioritätensetzung erkennbar wird und bei der Heidelberger Fakultät, die bei wiederholten Nachfragen des Wissenschaftsrates teilweise andere Schwerpunkte nannte.

Empfehlungen:

Der Wissenschaftsrat würdigt im Prinzip die erreichte wissenschaftliche Schwerpunktsetzung der universitätsmedizinischen Einrichtungen, wenngleich die erreichte Profilbildung noch nicht an allen Standorten überzeugen kann. Bei der Anerkennung wissenschaftlicher Schwerpunkte sind künftig drei Kriterien zugrunde zu legen:

1. Ein Schwerpunkt wird durch wissenschaftliche Exzellenz charakterisiert. Klinische Expertise und Anerkennung genügen nicht, einen Bereich als universitätsmedizinischen Schwerpunkt zu definieren. Vielmehr muss der Schwerpunkt akademisch begründet werden und sich anhand seiner Input- und Output-Größen messen lassen können.

2. Ein Schwerpunkt wird nicht durch wissenschaftliche Einzelleistungen definiert, sondern durch thematische Fokussierung, an dem mehrere Institutionen oder Arbeitsgruppen beteiligt sind.

3. Forschungsschwerpunkte zeichnen sich durch die Einwerbung von Gruppenförderinstrumenten wie zum Beispiel Sonderforschungsbereiche, klinische Forschergruppen, Graduiertenkollegs etc. aus.

Zur besseren Charakterisierung einzelner Schwerpunkte hält es der Wissenschaftsrat darüber hinaus für notwendig zu unterscheiden, ob der jeweilige Schwerpunkt eher klinisch ausgerichtet ist oder primär durch experimentell-theoretische Fragestellungen geprägt wird.

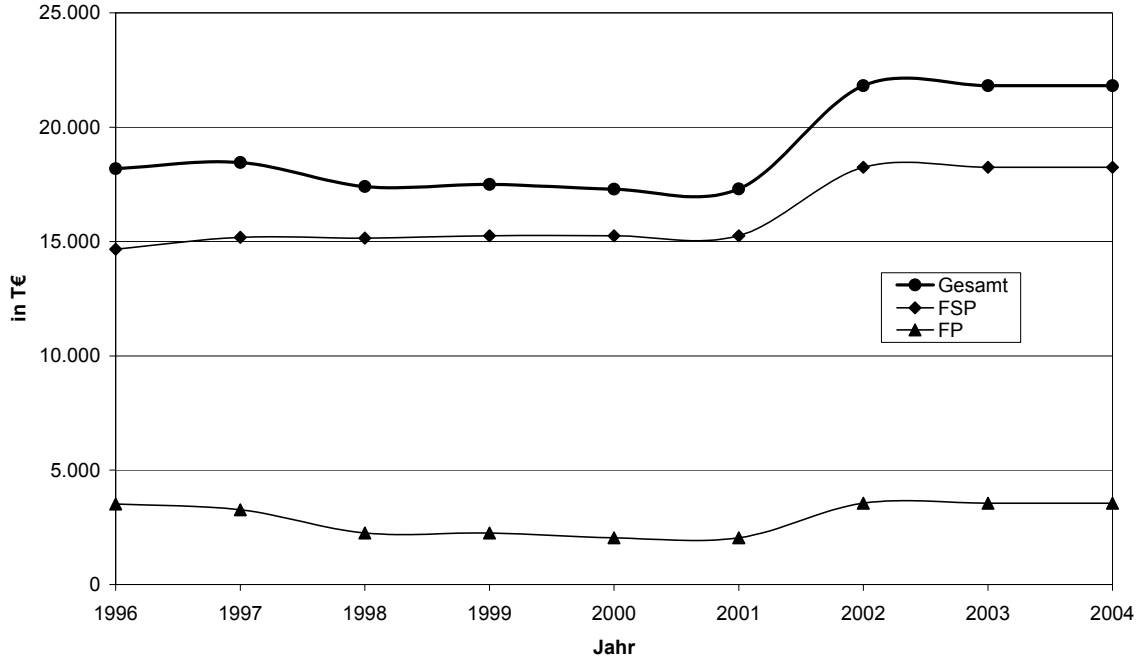
II.2. Forschungsförderung des Landes

Ziel der Forschungsförderung des Landes ist der Erhalt und Ausbau der Forschungsinfrastruktur. Dabei sollen vorhandene Stärken ausgebaut, Querschnittstechnologien gefördert, Kompetenzzentren, -netzwerke und -cluster aufgebaut und weiterentwickelt werden. Schwerpunkte mit Bezug zur Medizin bilden dabei die wissenschaftlichen Entwicklungen in Schlüsselthemen und -technologien mit mittel- und langfristiger Perspektive. Verstärkt werden soll auch der Technologietransfer.

Zentrale Förderinstrumente sind das **Forschungsschwerpunktprogramm (FSP)** und der **Forschungspool (FP)** des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und

Kunst (MWK), mit denen Forschungsprojekte und -schwerpunkte an den Universitäten des Landes gefördert und die Entstehung disziplinübergreifender „Centers of Excellence“ unterstützt werden sollen. Ein spezifisch auf die Universitätsmedizin zugeschnittenes Förderinstrumentarium ist nicht etabliert. Die Instrumente sind als befristete Anschubfinanzierung mit einer maximalen Projektdauer von drei Jahren ausgestaltet und sollen den Universitäten helfen, neue Forschungsfelder zu erschließen und sie nach der Förderphase auf der Basis eingeworbener Drittmittel (z.B. Sonderforschungsbereiche, industriegeförderte Forschungsvorhaben etc.) fortzuentwickeln. Eine thematische Bindung wird nicht vorgegeben, sodass dieses Instrument allen Wissenschaftsbereichen offen steht. Zwischen 1996 und 2004 hat das Land hierfür jährlich durchschnittlich 19,1 Mio. Euro eingesetzt. Seit 2002 werden jährlich 21,8 Mio. Euro, davon 18,3 Mio. Euro für das Forschungsschwerpunktprogramm und 3,6 Mio. Euro für den Forschungspool, bereitgestellt. Auf den Bereich Biowissenschaften/Medizin entfielen im Jahr 2003 rund 40 % dieser Mittel.

Abbildung 3: Haushaltsansätze des Landes für Forschungsschwerpunktprogramm (FSP) und Forschungspool (FP)



Quelle: Angaben des Landes

Als Beispiele für den erfolgreichen Einsatz der Mittel des Forschungsschwerpunktprogramms im Sinne der Anschubfinanzierung nennt das Land zahlreiche Sonderforschungsbereiche, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert werden. Aus dem zentralen Mittelpool des Forschungsschwerpunktprogramms wird die Einrichtung eines Sonderforschungsbereichs grundsätzlich durch die **Anlauffinanzierung** einer BAT IIa-Stelle in dem Zeitraum nach einem positiven Beratungsgespräch bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft bis zur Fertigstellung des Finanzierungsantrags bzw. zur Begutachtung des Sonderforschungsbereichs gefördert. Im Falle der Einrichtung oder Fortsetzung von Sonderforschungsbereichen stellt das MWK zur **Verstärkung der Grundausstattung** grundsätzlich die Hälfte der von den Gutachtern in die Grundausstattung verwiesenen Investitions- und Sachmittel aus den zentralen Forschungsmitteln zu Verfügung.

Das Land ermöglicht bei begründeten Fällen auch die Fortführung der Finanzierung von vormals vom **BMBF geförderten Forschungsschwerpunkten** (Tropenmedizin in Tübingen) und zusätzliche Personal- und Investitionsmittel für hochrangige Berufungen. Daneben hat das MWK in verschiedenen vom BMBF durchgeführten Wettbewerben finanzielle Unterstützung gewährt (Kompetenzzentrum in der Medizintechnik: Minimal-Invasive Medizin und Technik Tübingen/Tuttlingen, Kompetenzzentrum für die Traumatologie, Karlsruhe; zwei Kompetenzzentren für Biomaterialien in Tübingen bzw. Denkendorf/Tübingen). Als weitere Beispiele, bei denen Schwerpunkte im Aufbau unterstützt wurden, nennt das Land das Hörforschungszentrum Tübingen, das Valley Tissue Engineering Center der Universität Freiburg, das Interdisziplinäre Zentrum für Neurowissenschaften (IZN) der Universität Heidelberg und die Forschergruppe Allergologie an der Universität Freiburg.

Darüber hinaus macht das Land geltend, auch **standortübergreifende Schwerpunktbildung** zu fördern. Beispiele sind das landesweite Kompetenznetzwerk „Resistenzentwicklung humanpathogener Erreger“, das unter Einbeziehung der Industrie alle wesentlichen Gruppen des Landes aus den Universitäten Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm bündelt, die Bildung eines landesweiten und vom BMBF seit 2001 geförderten **Suchtforschungsverbunds** unter Beteiligung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim (ZI) zusammen mit den Universitäten Tübingen

und Freiburg sowie dem Deutschen Zentrum für Alternsforschung (DZFA) in Heidelberg. Angestrebt wird zudem eine Bündelung

- der **Alternsforschung** unter Einbeziehung des DZFA, des Zentrums für Molekulare Biologie in Heidelberg (ZMBH), des ZI und des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ),
- der drei vom BMBF geförderten Kompetenzzentren für **Klinische Forschung** (KKS) in Freiburg, Heidelberg und Tübingen und
- der drei im Land bestehenden Kompetenzzentren für **Biomaterialien** in Freiburg, Denkendorf/Tübingen und Ulm.

Darüber hinaus hat das Land auch Maßnahmen zur Koordination mit der **außeruniversitären** Forschung gefördert und hierfür beispielsweise im Jahr 2000 einen Ideenwettbewerb „Kompetenzzentren – Kompetenznetze –Landesforschungsverbünde“ angestoßen. Ziel war es, Initiativen aus den Universitäten zu identifizieren, die über Institutionengrenzen hinweg Kompetenzen in zukunftsträchtigen Forschungsfeldern bündeln und neue Wege der Zusammenarbeit beschreiten.

Ein weiteres Instrument der Forschungsförderung des Landes ist die mit 20 Mio. Euro ausgestattete „**Qualitätsoffensive für die Universitäten des Landes Baden-Württemberg"**. Durch die Bereitstellung zusätzlicher Mittel sollen außerordentliche Berufungen auf internationalem Spitzenniveau realisierbar werden.

Wie in vielen anderen Ländern werden auch **Patentanmeldungen** an den Universitäten und staatlichen Fachhochschulen gefördert. Ziel ist es, die seit Anfang 1995 vom Technologie-Lizenz-Büro der Baden-Württembergischen Hochschulen GmbH (TLB) durchgeführte kommerzielle Verwertung von Forschungsergebnissen zu intensivieren, um dadurch vermarktungsrelevante Patentanmeldungen zu verstärken. Hierzu stellte das Land beim TLB von 2001 bis 2003 Mittel in Höhe von 1,8 Mio. Euro zur Verfügung.

Schließlich lobt das Land jährlich einen mit zweimal je 100.000 Euro dotierten **Landesforschungspreis** aus, der an einen Forscher aus der Grundlagenforschung bzw. einen Wissenschaftler aus der anwendungsbezogenen Forschung vergeben wird. Mit

der Förderung hat der Preisträger die Möglichkeit, ein Forschungsvorhaben seiner Wahl umzusetzen.

Empfehlungen:

Die Forschungsförderung des Landes ist vielfältig strukturiert und besonders geeignet, sowohl standortspezifische Schwerpunkte als auch standortübergreifende Netzwerke zu initiieren. Baden-Württemberg betreibt insgesamt eine zukunftsweisende Forschungspolitik, die geeignet erscheint, die bereits jetzt hohe wissenschaftliche Leistungsfähigkeit des Landes in der Universitätsmedizin nicht nur zu erhalten, sondern weiter zu steigern.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt dem Land insbesondere, eine Kooperation der Medizin mit den anderen Fakultäten an den einzelnen Universitätsstandorten zu fördern und weitere Anreize für eine Kooperation zu setzen, da die leistungsorientierte Mittelvergabe des Landes und die dadurch ausgelöste Konkurrenz der Medizinischen Fakultäten die Gefahr einer gegenseitigen Abschottung birgt (siehe auch Abschnitt zur LOM des Landes, C.V.1, Seite 73). Die Etablierung eines „Kooperationsfonds“ des Landes für Verbundprojekte der Fakultäten wäre daher sinnvoll. Die Anschubfinanzierung des Landes für herausragende Schwerpunkte und die konzentrierte Förderung von Bereichen, die hohe Investitionen erfordern, sind als wichtige Schritte in die richtige Richtung besonders zu würdigen. Exemplarisch sei hier der Wettbewerb zu „Lebenswissenschaftlichen Zentren“ genannt, der zur Einrichtung des „Zentrums für Biosystemanalyse“ (ZBSA) an der Universität Freiburg, dem Forschungsnetz „Bioquant“ (quantitative Analyse molekularer und zellulärer Systeme) der Universität Heidelberg und dem Forschungsnetz „Zytoorganopoese“ der Universität Ulm geführt hat.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt jedoch, die Projektförderung in engen Grenzen zu halten. Dabei sollte generell sichergestellt sein, dass vor allem Forschungsthemen aus der Wissenschaft heraus generiert („bottom-up“) und extern begutachtet werden.

Angesichts der starken außeruniversitären und industriellen Forschung (vgl. auch Übersicht 1, S. 4) in Baden-Württemberg besitzt darüber hinaus eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Universitäten und den außeruniversitären For-

schungseinrichtungen besondere Bedeutung. Das Land Baden-Württemberg verfügt über eine besondere Dichte biomedizinischer Forschungseinrichtungen, die z.B. in den vier Bio-Regionen (Rhein-Neckar-Dreieck, Stuttgart/Tübingen/Esslingen/ Reutlingen, Freiburg und Ulm) zum Ausdruck kommt. Der Wissenschaftsrat sieht zudem günstige Bedingungen, eine zentrale Stammzellenbank standortübergreifend aufzubauen, um die bereits intensive Forschung zu verbessern und die internationale Wettbewerbsfähigkeit in diesem Forschungsbereich zu erhöhen.

Ferner sollten die Bemühungen zur Abstimmung der in Freiburg, Heidelberg und Tübingen bestehenden und vom BMBF geförderten Koordinierungszentren für Klinische Studien (KKS) fortgeführt werden. Der Wissenschaftsrat hält es für notwendig, klinische Studien bundesweit besser zu koordinieren und hat sich für die Etablierung eines nationalen Studienregisters ausgesprochen.[28] Er schlägt vor, dass sich die bestehenden Studienzentren in Baden-Württemberg an der Etablierung eines solchen nationalen Studienregisters beteiligen und dies forcieren. Er empfiehlt, hierzu die KKS-Arbeitsgruppe zu nutzen. Die Finanzierung sollte in der Anfangsphase vom BMBF unterstützt werden.

Für die Profilierung des wissenschaftlichen Nachwuchses sollte das Land Baden-Württemberg ein Programm ausrichten, mit dem Wissenschaftlern im Alter über 35 Jahren eine Perspektive zur Tätigkeit an den Medizinischen Fakultäten geboten werden kann.[29] Das Land würde hierdurch seine Attraktivität für den besten wissenschaftlichen Nachwuchs erhöhen und damit auch die Rahmenbedingungen für hochrangige Berufungen weiter verbessern.

[28] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 62 f.

[29] Vgl. Association of Clinical Research Centers of German Universities (ACRC), Arbeitskreis der Sprecher der Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung: „Zur Förderung des Wissenschaftlichen Nachwuchses in der Medizinischen Forschung – Empfehlung zur Einrichtung eines „Research Career Development Award“, Münster, Oktober 2003 und www.acrc-gu.de.

II.3. Interne Forschungsförderung der Fakultäten

Als interne Forschungsförderung im engeren Sinne sind solche Förderinstrumente zu verstehen, deren Ressourcen auf Antrag nach externer oder interner Begutachtung aus Fakultätsmitteln befristet zugewiesen werden („Projektförderung“). Diese Förderinstrumente sind als **ex ante-Förderung** zu klassifizieren, da ihre Zuweisung meist nicht auf erbrachten, sondern auf zu erwartenden Forschungsleistungen basiert. Diese **antragsbezogene Forschungsförderung** ist besonders geeignet, Forschungsvorhaben anzustoßen, Schwerpunkte zu generieren oder auszubauen und Nachwuchswissenschaftler zu fördern. Da sie grundsätzlich allen Wissenschaftlern der Fakultät offen steht und prospektiv ausgerichtet ist, eignet sie sich weniger, um Leistungsunterschiede abzubilden. Sie wirkt tendenziell ausgleichend, da hier auch leistungsschwache Forschungseinrichtungen grundsätzlich die Chance erhalten, Forschungsprojekte aufzunehmen. Die Instrumente können leicht auf die jeweilige “Forschungspolitik” einer Fakultät zugeschnitten und kurzfristig angepasst werden.

Eine Zusammenstellung der Instrumente der Forschungsförderung bietet die nachfolgende Übersicht:

Übersicht 7: Instrumente der fakultätsinternen Forschungsförderung (2001)

	Freiburg	Heidelberg [1]	Mannheim [2]	Tübingen	Ulm
Landeszuschuss in Mio. € *	**91,5**	**105,2**	**46,4** [3]	**95,9** [4]	**81,5**
Antragsbezogene Forschungförderung ("Projektförderung") - ex ante:					
für Studierende	●	n.v.	n.v.	n.v.	●
für Nachwuchswissenschaftler	3 unterschiedl. Instrumente	3 unterschiedl. Instrumente	2 unterschiedl. Instrumente	● (fortüne) inges. ca. 3,7 Mio. €	●
Anschubfinanzierung	●	●	●		●
für Einzelprojekte	● 2001: ca. 4,8 Mio. €	n.v.	●		●
Verbesserung der Grundausstattung / Ergänzungaussattung		n.v.	n.v.		(● 2001: 2,8 Mio. € im Rahmen der intern. Budgetierung) [5]
für Verbundprojekte	● 2001: ca. 3,4 Mio. € für die fakultätsinternen ZKF [6]	● zur Profilbildung und Etablierung und Förderung von Forschungsschwerpunkten 2001: ca. 1 Mio. €	● zur Profilbildung und Schwerpunktförderung 2001: 1,8 Mio. €	● Forschergruppenprogramm und Schwerpunktinitierungsprogramm sowie IZKF [7] (inges. 1,9 Mio. € dar. IZKF mit 1,4 Mio. €)	● Schwerpunktförderung 2001: 3,3 Mio. € (dar. 206 T€ für das IZKF)
spezielle Forschungseinrichtungen	(2001: 2,7 Mio. €) [8]	n.v.	n.v.	(Forschungsektionen; zusätzlich jährlich 5,1 Mio. €) [9]	n.v.
Summe der ex-ante-Förderung 2001 in Mio. € [11]	**7,9**	**4,9**	**3,0**	**5,6**	**3,9**
Anteil am Landeszuschuss in	**8,6 %**	**4,7 %**	**6,5 %**	**5,8 %**	**4,8 %**
Fakultätsinterne leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) - ex post:					
Fakultätsinterne LOM in Mio. €	3,1	2,8	3,8	3,1	2,5
Anteil am Landeszuschuss	3,4 %	2,7 %	8,2 % [10]	3,2 %	3,0 %
Summe ex ante + ex post-Instrumente in Mio. € [11]	**11,0**	**7,7**	**6,8**	**8,7**	**6,4**
Anteil am Landeszuschuss	**12,1 %**	**7,3 %**	**14,7 %** [10]	**9,1 %**	**7,9 %**

n.v: nicht vorhanden, IZKF: Interdisziplinäres Zentrum für Klinische Forschung (Förderprogramm des BMBF), LOM: Leistungsorientierte Mittelvergabe

* Landeszuschuss einschließlich der investiven Anteile und der Mittel für akademische Lehrkrankenhäuser

1) ohne Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg

2) ohne Zentralistitut für Seelische Gesundheit

3) Der Landeszuschuss für 2001 betrug im Haushaltsansatz 37,7 Mio. €. Hinzu kamen jedoch einmalig Rücklagen aus Vorjahren in Höhe von 8,7 Mio. €.

4) Der Landeszuschuss für 2001 betrug im Haushaltsansatz 92,2 Mio. €. Hinzu kamen jedoch einmalig Rücklagen aus Vorjahren in Höhe von 3,8 Mio. €.

5) Die Eränzungsaussattung in Ulm ist keine Forschungsförderinstrument im engegen Sinne, d.h. die Zuweisung erfolgt nicht auf der Basis einer Antragstellung, sondern im Rahmen der internen Budgetierung. Ab 2003 werden diese 2,8 Mio. € jedoch nach Leistungskriterien (Drittmittel, Publikationen) umverteilt, so dass diese Mittel mittlerweile der leistungsorientierten Mittelzuweisung (LOM) als ex-post-Instrument zuzuordnen sind.

6) ZKF: Zentren für Klinische Forschung: Verbundstrukturen der Freiburger Fakultät analog zu den von BMBF geförderten IZKF.

7) Das Forschergruppenprogramm wurde im Jahr 2001 ausgesetzt, reguläres Fördervolumen: 0,6 Mio. €

8) u.a.: Arbeitsgruppe Hirnforschung, Chirurg. Forschung, Exp. Anästhesie, Exp. Dermatologie, Molekulare Medizin und Zellforschung, etc., diese Instrumente sind jedoch nicht als antragsbasierte Forschungsförderung zu werten.

9) Die Mittel für die Forschungssektionen werden nicht antragsbasiert, sondern im Rahmen der dezentralen Budgets gesondert zugewiesen.

10) Die relativ hohen Anteile der Forschungsförderung am Landeszuschuss sind durch die einmalige Verwendung von Rücklagen aus den Vorjahren bedingt (vgl. Fußnote 3). Fest etabliert ist eine jährliche Forschungsförderung in Höhe von rund 3,6 Mio. € (entsprechend rd. 10% des Landeszuschusses), die je zur Hälfte für ex-ante- und ex-post-Instrumente eingesetzt werden.

11) Die mit 5), 8) und 9) markierten und in Klammern gesetzten Aufwendungen für Forschungseinrichtungen wurden nicht in die Summierung der Mittel für die antragsbezogene Forschungsförderung einbezogen, da ihre Vergabe nicht auf Projektanträgen basiert.

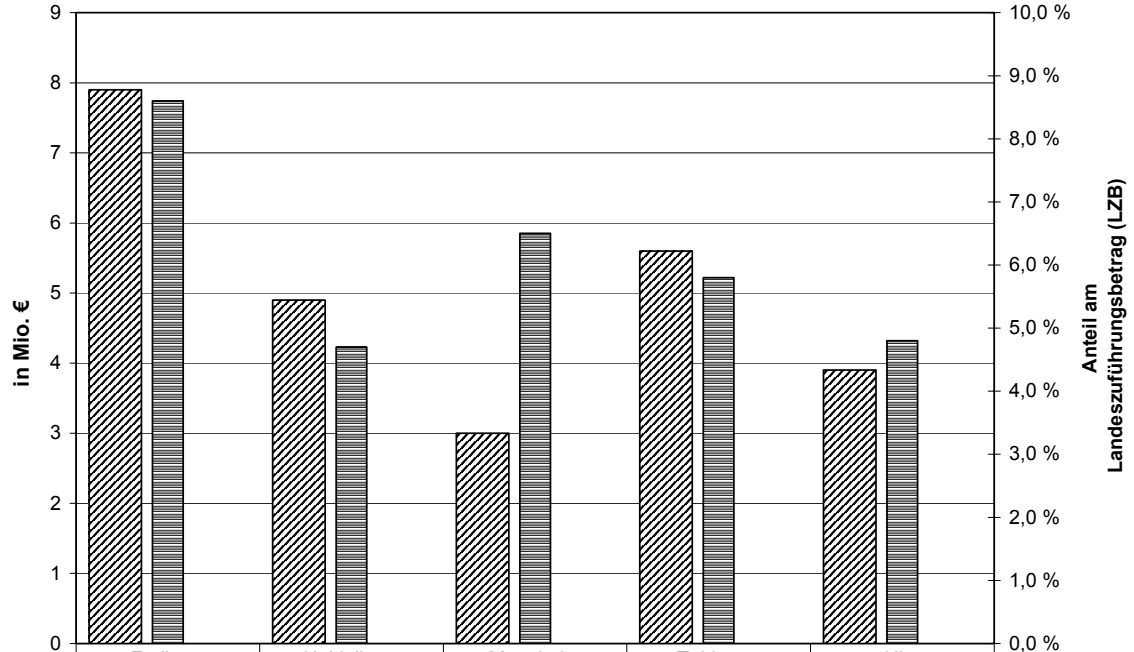
Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten

Dem gegenüber steht die **ex post**-Forschungsförderung, deren Mittelzuweisung auf einer rückblickenden Leistungsbemessung zumeist auf der Basis eingeworbener Drittmittel und Publikationsleistungen (Impact-Faktoren [ISI, SCI]) basiert. Solche Verfahren der **„leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM)"** fungieren primär als Belohnungssysteme. LOM soll als Umverteilungsmechanismus wirken, die wissenschaftlichen Leistungsträger einer Fakultät weiter stärken und Mittel aus weniger forschungsaktiven und somit wissenschaftlich unproduktiveren Bereichen abziehen. Da die LOM zumeist auf „objektiven" Messgrößen basiert, ist sie in besonderer Weise geeignet, bestehende Leistungsunterschiede in der Forschung (und z.T. in der Lehre) transparent zu machen. Durch Auswahl und Gewichtung der der LOM zugrunde gelegten Leistungsparameter können Anreize gesetzt werden, um erkannte Defizite (z.B. geringe Einwerbung hochrangiger Drittmittel oder wenige Publikationen in höherrangigen Fachjournalen) zu beheben.

a) Ex ante-Forschungsförderung – Antragsbezogene Forschungsförderung

Die jährlichen Aufwendungen der Medizinischen Fakultäten für ihre antragsbezogene Forschungsförderung im Jahr 2001 unterscheiden sich zum Teil erheblich sowohl in Bezug auf deren absolute Höhe als auch in Relation zum Landeszuführungsbetrag (LZB) (s. nachfolgende Abbildung 4).

Abbildung 4: Ausgaben der fakultätsinternen antragsbezogenen Forschungsförderung (2001)



	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm
Ausgaben in Mio. €	7,9	4,9	3,0	5,6	3,9
Anteil am LZB	8,6 %	4,7 %	6,5 %	5,8 %	4,8 %

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten

Absolut wie relativ investiert die Freiburger Fakultät mit Abstand am meisten in die Forschungsförderung, wobei hier insbesondere die Aufwendungen für die fakultätsinternen “Zentren für klinische Forschung” (ZKF I-III) zu Buche schlagen. Dieses Engagement scheint sich ausgezahlt zu haben. Erstmals 2002 konnte die Freiburger Fakultät bei der landesweiten leistungsorientierten Zuweisung des Landeszuführungsbetrags “auf die Gewinnerseite wechseln” (siehe auch Abbildung 9, S. 70). Bezogen auf die Höhe des Landeszuführungsbetrags investiert Mannheim am zweitmeisten. Bezogen auf die absolute Höhe der Beträge belegt es allerdings den letzten Platz bei der Forschungsförderung. Zu berücksichtigen ist, dass – bedingt durch in der Vergangenheit nicht verausgabte Mittel in Mannheim – diese Rückstellungen 2001 in die Forschungsförderung investiert wurden, sodass hier deutlich höhere Beträge aufgewendet wurden als in den Vorjahren. Die Mannheimer Fakultät hat jedoch grundsätzlich festgelegt, jährlich 5 % ihres Landeszuführungsbetrags zur Forschungsförderung einzusetzen. In etwa gleiche Prozentsätze wurden 2001 auch in

Heidelberg, Tübingen und Ulm erreicht. Darüber hinaus wandten Freiburg und Tübingen zusätzliche Mittel für spezielle Forschungseinrichtungen auf, wobei deren Zuweisung zum Teil nicht auf begutachteten Forschungsanträgen basiert. Unter Einbeziehung dieser Beträge gaben beide Standorte 10,6 bzw. 10,7 Mio. Euro für die ex ante-Instrumente der Forschungsförderung aus (siehe auch Übersicht 7).

Alle Standorte verfügen über ein mehr oder weniger ausdifferenziertes Förderinstrumentarium. So haben alle Fakultäten mindestens ein Instrument der Nachwuchsförderung etabliert. Oftmals richten sich mehrere Förderinstrumente auch an den wissenschaftlichen Nachwuchs. In Ulm und Freiburg stehen zudem gesonderte Instrumente zur Förderung wissenschaftlicher Projekte von Studierenden und Doktoranden zur Verfügung. Die insgesamt am wenigsten ausdifferenzierten Forschungsförderungsinstrumente weist die Heidelberger Fakultät auf. Gleichzeitig wird ein Teil der Ressourcen für explizite **Instrumente der Verbund- und Profilförderung** eingesetzt. Im Umfang unterscheiden sich diese Maßnahmen jedoch von Standort zu Standort erheblich (siehe nachfolgende Übersicht).

Übersicht 8: Mittel der fakultätsinternen Verbundförderung (2001)

	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm
Aufwendung für Verbund- und Profilförderung in Mio. €	3,4	1,0	1,8	1,9	3,3
Anteil an der Gesamtaufwendung für Forschungsförderung der Med. Fakultät in %	43	20	60	34	85

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten

b) Ex post-Forschungsförderung - fakultätsinterne leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM)

Obwohl die leistungsorientierte Mittelvergabe bei der Zuweisung des Landeszuführungsbetrags bereits 1998 eingeführt wurde und auf diese Weise im Jahr 2002 beachtliche 20 % des Zuweisungsbetrags kompetitiv zwischen den Fakultäten vergeben wurden, ist die leistungsorientierte Verteilung der Ressourcen innerhalb der Fa-

kultäten bislang nur zurückhaltend umgesetzt worden. Im Schnitt vergaben die Medizinischen Fakultäten 2001 intern nur rund 3 % ihres Landeszuführungsbetrags ex post nach Leistungskriterien.

Neben den Unterschieden in der Höhe der Zuweisung (siehe auch nachfolgende Übersicht 9) können zwei grundsätzlich verschiedene Modelle der Leistungsbewertung charakterisiert werden, zum einen die „absolute Leistungsbewertung“ und zum anderen die „inputbezogene Leistungsbewertung“. Bei der „**absoluten Leistungsbewertung“** werden die erhobenen Leistungsparameter (Drittmitteleinwerbung und Publikationsleistungen als Impact-Faktoren) nicht in Beziehung zum jeweiligen Forschungsbudget oder zur Größe der Abteilung gesetzt. Vielmehr wird der Anteil der jeweiligen Abteilung an der Gesamtleistung direkt in einen entsprechenden Anteil am LOM-Budget umgesetzt. Abteilungen mit gleichem Forschungsoutput erhalten somit auch gleiche Zuweisungsbeträge, unabhängig davon wie viele Wissenschaftler diese Leistung erbracht haben und welcher Ressourceneinsatz dafür erforderlich war. Dieses Modell ist alleine in Mannheim etabliert.

In Heidelberg, Freiburg, Tübingen und Ulm wird demgegenüber eine „**inputbezogene Leistungsbewertung“** durchgeführt, bei der die erhobenen Leistungsparameter in Beziehung zum jeweiligen Forschungsbudget oder einer ähnlichen Ausstattungsgröße (z.B. Forschungspersonal) gesetzt werden. Der Output wird hier also in Relation zum Input bewertet, wie dies auch bei der Zuweisung des Landeszuführungsbetrags durch das Wissenschaftsministerium erfolgt. Gleiche Drittmitteleinwerbungen oder Impact-Punkte können somit je nach Größe des Abteilungsbudgets für Forschung und Lehre zu unterschiedlichen LOM-Beträgen führen. In dieses Verfahren fließen über die Berücksichtigung der Forschungs- und Lehrbudgets die Ergebnisse der pauschalierten Trennungsrechnung ein.

Die beiden Modelltypen unterscheiden sich zudem erheblich im Grad der Komplexität der zugrunde liegenden Rechenschritte. Während bei der absoluten Leistungsbewertung eine unmittelbare Ermittlung des LOM-Betrags erfolgt, indem der abteilungsspezifische Anteil an den Drittmitteleinwerbungen mit einem entsprechenden Anteil am LOM-Budget honoriert wird, werden beim zweiten Modelltyp abstrakte Maßzahlen

ermittelt (und/oder ein Ranking erstellt), die dann in eine Mittelzuweisung umgerechnet werden. Hierdurch ergeben sich vielfältige Variationsmöglichkeiten. So werden zumeist die Umverteilungsbeträge gedeckelt und/oder linearisiert, sodass die Leistungsunterschiede nicht 1:1 in Unterschiede bei den LOM-Beträgen umgesetzt und somit zumeist nivelliert werden.

Unabhängig vom gewählten Modell der Mittelzuweisung unterscheiden sich die Standorte zudem bei der Auswahl der zugrunde gelegten Leistungsparameter und ihrer relativen Gewichtung zueinander. So ist Heidelberg derzeit der einzige Standort, der Lehrleistungen in das LOM-System einbezieht und Publikationsleistungen stärker gewichtet als Drittmitteleinwerbungen (siehe nachfolgende Übersicht).

Übersicht 9: Charakteristika der fakultätsinternen LOM (2001)

	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm
LOM-Modell	Input-bez.	Input-bez.	absolut	Input-bez. [1]	Input-bez.
Verwendete Parameter					
gewichtete Drittmittel (begutachtet : nichtbegutachtet)	2:1	2:1	2:1	2:1	2:1
gewichtete Impact-Faktoren	gewichtet in Anlehnung an die Empfehlungen der AWMF [2]				
Anzahl der Publikationen	nein	nein	nein	nein	ja
Lehrleistungen	nein	ja	nein	nein	nein
ermittelt als	-	geleistete Unterrichtsstunden	-	-	-
Gewichtung der Leistungsparamter					
Drittmittel:Publikationen:Lehre	**2:1:0**	**3:4:3**	**6:4:0**	**1:1:0**	**2:1:0**
LOM-Budget 2001					
in Mio. €	3,1	2,8	3,8	3,1	2,5
in % des LZB	3,4%	2,7%	8,2%	3,2%	3,0%
Steigerung des LOM-Anteils geplant	ja	ja	ja	ja	ja

1) Tübingen untergliedert das LOM-System im Gegensatz zu allen anderen Standorten in ein "Ergebnissystem" (d.h. Leistungsvergleich zwischen den Abteilungen) und ein "Anreizsystem" (Leistungsbewertung der Abteilung im Vergleich zum Vorjahr). 2/3 der Mittel werden im Ergenisssystem verteilt, 1/3 im Anreizsystem.
2) AWMF: Arbeitsgemeinsachft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinika

Empfehlungen:

Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass alle Medizinischen Fakultäten des Landes Instrumente der leistungsorientierten Mittelvergabe eingeführt haben und diese kontinuierlich fortentwickeln. Eine Bewertung der einzelnen Modelle und der ihnen zugrunde liegenden Berechnungsverfahren oder konkrete Empfehlungen zur Anwendung bestimmter Algorithmen hält er jedoch für nicht zielführend. Jedes der ge-

wählten Verfahren hat Stärken wie Schwächen und spiegelt zugleich den derzeitigen Stand der Konsensbildung in den jeweiligen Medizinischen Fakultäten wider. Die Verantwortung für eine sinnvolle und zukunftsweisende Schlüsselung bei der Aufteilung der Ressourcen des Landeszuführungsbetrags und die Weiterentwicklung der Verfahren sollte weiterhin bei den Medizinischen Fakultäten und ihren Vorständen liegen. Voraussetzung für den Erfolg einer leistungsbezogenen Umverteilung ist eine Zusammenarbeit mit den Vorständen der Klinika auf den Gebieten der Trennungsrechnung, der Abrechnung der tatsächlich erbrachten ambulanten Leistungen und der Vergabe von Laborflächen. Die Aufteilung muss auf einfachen, vergleichbaren und transparenten Kriterien beruhen.

Der Wissenschaftsrat regt an, das Erfordernis einer leistungs- und belastungsbezogenen Aufteilung des Landeszuführungsbetrags innerhalb der Fakultäten deutlicher als bisher im Universitätsgesetz zu verankern.

Darüber hinaus empfiehlt er, folgende Leitlinien bei der Weiterentwicklung der fakultätsinternen Ressourcenaufteilung zu berücksichtigen:

1. **Forschung und Lehre** sind trotz ihres inhaltlichen Zusammenhangs **getrennte Leistungsbereiche**, die eine getrennte Ressourcenzuweisung an die Abteilungen erfordern. Der von der Kapazitätsverordnung (KapVO) unterstellte Zusammenhang, dass diejenigen Einrichtungen, die viel Lehre erbringen, auch gleichzeitig viel in der Forschung leisten, besteht in der Praxis nicht. Zur Ermittlung der Abteilungsbudgets ist daher die Kapazitätsverordnung oder der Beispielstudienplan der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) ungeeignet.

2. Die Ressourcenzuweisung für die **Lehre** sollte sich an den tatsächlich erbrachten Lehrleistungen unter Berücksichtigung der jeweiligen Unterrichtsformen orientieren.

3. Die Zuteilung der Lehrbudgets sollte zudem über eine leistungsorientierte Komponente verfügen. Abteilungen, die ungenügende Lehrleistungen vorweisen, sollten unabhängig von den zugrunde liegenden Schlüsseln Abstriche bei den Lehrbudgets erhalten. Die auf diese Weise freigesetzten Ressourcen sollten auf andere Einrichtungen umverteilt werden. Generell sollten Dozentenschulungen ermöglicht werden, um insbesondere unerfahrene Lehrkräfte in Didaktik und neuen Unterrichtsformen zu schulen.

4. Nur wenn gute Lehrleistungen einen entsprechenden Ressourcenzufluss sicherstellen, besteht ein wirksamer Anreiz, die Lehre zur zentralen Aufgabe neben der Forschung jeder Medizinischen Fakultät zu machen.

5. Grundsätzlich ähnliche Überlegungen gelten für die leistungsorientierte Mittelzuweisung im Bereich der **Forschung**. Oberstes Leitprinzip muss ein **strenger Leistungsbezug** sein. In letzter Konsequenz sollte es möglich werden, Abteilungen, die keine nachweisbaren Forschungsleistungen erbringen, Forschungsressourcen weitestgehend zu entziehen, um sie in wissenschaftlich aktive Bereiche umzulenken. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, auch die Grundausstattung für die Forschung nach Leistungskriterien zu vergeben.

6. Wenn keine nachweisbaren Forschungsleistungen erbracht werden, muss diese **Grundausstattung** auf ein verfassungskonformes Minimum[30] reduziert werden. Mit Blick auf entsprechende Urteile der Verwaltungsgerichte und der höchstrichterlichen Rechtsprechung weist der Wissenschaftsrat darauf hin, dass niemand Anspruch auf eine unveränderliche Zuteilung einmal ausgehandelter Berufungszusagen hat. Künftig sollten alle mit Berufung verbundenen Ressourcenzuweisungen grundsätzlich befristet ausgesprochen werden und nach einer Frist von fünf Jahren überprüft und angepasst werden. Um eine Benachteiligung einzelner Universitäten oder Länder zu vermeiden, sollte dies bundesweit praktiziert werden.

---

[30] Zu beachten ist die im Grundgesetz garantierte Freiheit der Forschung nach Artikel 5 Abs. 3, aus der die zwingende Zuweisung einer Grundausstattung für die Forschung abgeleitet wird, um die Hochschullehrer überhaupt in die Lage zu versetzten, dieses Grundrecht wahrnehmen zu können.

7. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, im Rahmen der **leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM)** mindestens **40 %** des Landeszuführungsbetrags an die Medizinischen Fakultäten intern anhand von Leistungsparametern in **Forschung und Lehre** aufzuteilen. Die tatsächliche Höhe dieses Anteils muss jedoch von den Fakultäten selber bestimmt werden und in einem sinnvollen Verhältnis zur Grundausstattung einerseits und zu den Instrumenten der antragsbezogenen, fakultätsinternen Forschungsförderung andererseits stehen.

8. Die Praxis der Medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg, eingeworbene Drittmittel, denen ein streng begutachtetes Verfahren (**peer review**) zugrunde liegt, höher zu gewichten als **Drittmittel** ohne eingehende Begutachtung, wird vom Wissenschaftsrat begrüßt. Der Wissenschaftsrat empfiehlt jedoch, statt der eingeworbenen Drittmittel die tatsächlich **verausgabten Drittmittel** als Leistungsparameter zu verwenden.

9. Für die **Gewichtung** von Mitteln für Stiftungsprofessuren, Stipendien und Publikationen sollten die „Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft zu einer leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) an den Medizinischen Fakultäten“ befolgt werden.[31]

10. Die Berücksichtigung von Besonderheiten der verschiedenen Fachgebiete bei der Erhebung der Leistungsparameter sollte sich in engen Grenzen halten. Zweifellos bestehen zwischen den zahlreichen Fachgebieten zum Teil erhebliche Unterschiede beim Drittmittel- und Impact-Potential, die nicht primär auf deren wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit, sondern vor allem auf den aktuellen Trends der biomedizinischen Forschung beruhen. Letztlich ließen sich für jedes Fachgebiet von der Allgemeinmedizin bis zur Zahnmedizin plausible Begründungen für fachspezifische Erhebungsmodalitäten konstruieren. Der Wissenschaftsrat warnt jedoch davor, **zu viele Stellschrauben** im LOM-System zu

[31] Stellungnahme der Senatskommission für Klinische Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft: in Vorbereitung.

implementieren, da hierdurch die erforderliche Transparenz und der strenge Leistungsbezug bei der Mittelzuweisung verloren gehen.

11. Grundsätzlich muss sichergestellt sein, dass personalstarke Abteilungen allein aufgrund ihrer **Größe** nicht besser gestellt sind als kleinere Abteilungen. Ausschlaggebend muss ausschließlich die Leistungsfähigkeit im Vergleich zu den übrigen Abteilungen der Fakultät sein. Ein Leistungsvergleich erfordert zwingend, dass auch die Trennungsrechnung verfeinert und kontinuierlich angepasst wird.

12. Alle LOM-Modelle sind derzeit in Baden-Württemberg noch so ausgestaltet, dass einschneidende Budget-Einbußen aufgrund geringer Forschungsleistungen vermieden werden. Dazu tragen nicht nur das insgesamt niedrige Umverteilungsvolumen von 3 bis 5 % des Landeszuführungsbetrags, sondern auch die verwendeten Verteilalgorithmen bei. Sie führen zu einer **Nivellierung** der vorhandenen Leistungsunterschiede.[32] Der Wissenschaftsrat hält es hier für geboten, die vom Konsensgedanken geprägten Umverteilungsmodi so umzugestalten, dass die bestehenden Leistungsunterschiede bei der Zuteilung des parametergesteuerten Budgetanteils deutlich erkennbar bleiben.

13. Generell sind die von den Medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs praktizierten Verfahren zur leistungsorientierten Mittelvergabe als Anreizsystem nur bedingt geeignet, da die eigentlichen Leistungserbringer auf der Ebene der wissenschaftlichen Mitarbeiter - wenn überhaupt - nur indirekt belohnt werden. **Zugewinnbeträge** aus der LOM des Landes sollten über die fakultätsinternen Verteilungsmodalitäten zumindest **zur Hälfte** denjenigen **Arbeitsgruppen** zufließen, auf deren Leistungen auch das Abschneiden der Medizinischen Fakultäten bei der leistungsorientierten Zuweisung des Landeszuführungsbetrags durch das Land basiert (siehe auch S. 73).

---

[32] Insbesondere lineare Verteilalgorithmen auf der Basis von Rangzahlen nivellieren Leistungsunterschiede in unangemessener Weise.

14. Für die **retrospektive Bewertung** von Forschungsleistungen empfiehlt der Wissenschaftsrat einen Zeitrahmen von zwei bis drei Jahren, weil hierdurch kurzfristige Leistungsschwankungen aufgefangen werden können.

15. Zur Behebung struktureller Schwächen, zur Profilbildung oder zur Anschubfinanzierung sollten die Fakultäten darüber hinaus Instrumente der antragsbezogenen, **prospektiven** (ex ante) **Forschungsförderung** einsetzen. Sie sind besser geeignet, strukturelle oder thematische Benachteiligungen einzelner Fachgebiete gezielter zu beheben.

16. Die Höhe der Mittel, die in ex post-Verfahren vergeben werden, sollte deutlich über den Aufwendungen für ex ante-Instrumente liegen.

C.III. Lehre

III.1. Kapazitätsaspekte

Gemessen am Anteil der Wohnbevölkerung Baden-Württembergs (12,9 %) wird an den fünf Medizinischen Fakultäten des Landes mit 13,1 % aller Medizinstudenten ein knapp überdurchschnittlicher Anteil der bundesdeutschen Mediziner ausgebildet (siehe auch nachfolgende Übersicht).

Übersicht 10: Medizin-Studierende[1] in Baden-Württemberg (2003)

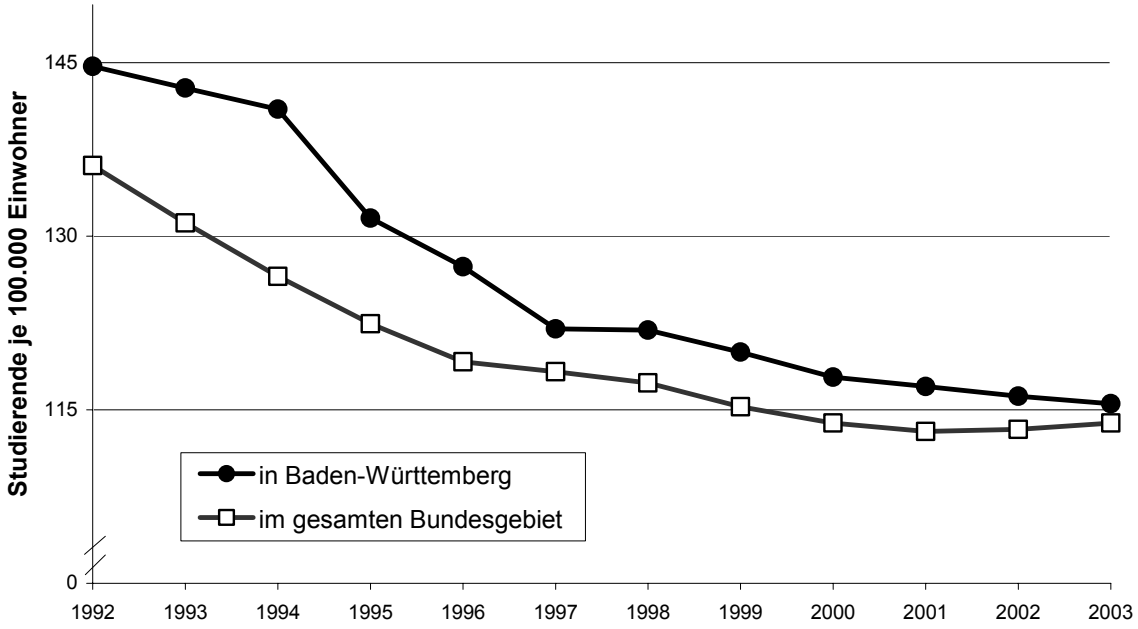
		Deutschland	Baden-Württemberg	Anteil BW in %
Studierende [2]	insgesamt	2.016.231	228.571	11,3 %
darunter	Medizin [1]	93.968	12.315	13,1 %
	Medizin in %	4,7 %	5,4 %	-
Studienanfänger 1. FS [3]	insgesamt	506.227	63.542	12,6 %
darunter	Medizin [1]	15.508	1.995	12,9 %
	Medizin in %	3,06 %	3,14 %	-
Wohnbevölkerung (in 1.000)	insgesamt	82.537	10.661	12,9 %
Medizinstudierende je 100.000 Einwohner		114	116	-

1) Deutsche und ausländische Studierende der Human- und Zahnmedizin
2) im WS 2003/04
3) 1. Fachsemester (FS) im Studienjahr 2002 (SS 2002 + WS 2002/03)

Quellen: Statistisches Bundesamt: Fachserie 11, Reihe 4.1 Studierende an Hochschulen und Bevölkerungsstatistik, unveröffentl. Tabelle A1, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerung am 01.10.2003

Bedingt durch den insgesamt unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Landesanteil von 11,3 % an der Gesamtzahl aller Studierenden sind die Medizinstudierenden in Baden-Württemberg mit 5,4 % im Vergleich zu bundesweit 4,7 % etwas überrepräsentiert. Ein medizinischer Bildungsexport in andere Bundesländer kann daraus aber nicht abgeleitet werden, da zumindest die Anzahl der Medizinstudierenden in Relation zur Wohnbevölkerung (116 je 100.000 Einwohner) weitgehend dem Bundesdurchschnitt (114 je 100.000 Einwohner) entspricht.

Abbildung 5: Studierende der Human- und Zahnmedizin je 100.000 Einwohner



Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Grafik zeigt zudem, dass der Anteil der Studierenden der Human- und Zahnmedizin an der Wohnbevölkerung in den letzten zehn Jahren kontinuierlich sowohl in Baden-Württemberg als auch bundesweit deutlich rückläufig ist. Dies gilt auch für die absolute Anzahl der Studierenden (siehe nachfolgende Übersicht).

Übersicht 11: Rückgang der Studierendenzahlen (1992 bis 2003)

	Deutschland	**Baden-Württemberg**
Humanmedizin	- 14,1 %	- 15,2 %
Zahnmedizin	- 13,4 %	- 9,7 %

Quelle: Stat. Bundesamt: Stand und Entwicklung der Bevölkerung Reihe 1.1 und Bildung und Kultur, FS 11, Reihe 4.1 Vorberichte

Gleichzeitig bedingen diese Ausbildungsleistungen hohe laufende Betriebs- und Investitionskosten: Der Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre in der Universitätsmedizin betrug im Jahr 2000 rund 424 Mio. Euro. Damit wendete das Land rund 34.400 Euro je Studierendem bzw. 212.500 Euro je Studienanfänger auf. Künf-

tig will das Land den Kostennormwert als Mittelbemessungs- und Zulassungsgröße einführen (siehe auch Abschnitt C.V.1., S. 70 f.). [33]

Das deutsche Zulassungsrecht ist maßgeblich von der Rechtsprechung geprägt.[34] Am Anfang stand das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 18.7.1972. Damals wurde der Grundsatz formuliert, dass der Bürger auf Basis des in Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG gewährleisteten Rechts auf freie Wahl des Berufes und der Ausbildungsstätte in Verbindung mit dem allgemeinen Gleichheitssatz und dem Sozialstaatsprinzip ein Recht auf Zulassung zum Hochschulstudium habe. Dieses Recht sei durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes einschränkbar.

Infolge dieses Urteils kam es zu einem Staatsvertrag der Bundesländer und zum ersten Hochschulrahmengesetz (HRG). § 30 Abs. 1 Hochschulrahmengesetz (HRG) bestimmt, dass die Zulassungszahlen durch Landesrecht festgesetzt werden. Darüber hinaus legt § 29 Abs. 1 HRG fest, dass einheitliche Grundsätze für die Ermittlung und Festsetzung der Ausbildungskapazitäten der Hochschulen im Zusammenwirken von Hochschulen und zuständigen staatlichen Stellen zu entwickeln sind. Die landesrechtlich festgesetzten Zulassungszahlen werden im Rahmen der Kapazitätsverordnungen (KapVO) der Länder ermittelt und nach Maßgabe der landesrechtlichen Vergabeverordnungen (VergabeVO) vergeben. Eine weitere Entwicklung der Rechtsprechung war die Trennung des Studiengangs Medizin in zwei rechtlich selbstständige Studienabschnitte „vorklinische“ und „klinische“ Medizin. Durch diese Trennung wurde es möglich, die Erstzulassung zum Medizinstudium ausschließlich auf die Lehrkapazität der Einheit „vorklinische Medizin“ zu beziehen. Letztere wird bemessen nach normierten Lehrdeputaten, wobei es gleichgültig ist, ob die Unterrichtsleistungen von Hilfskräften oder Professoren erbracht werden (zwei wissenschaftliche Angestellte entsprechen einem Professor), ob die Kapazität in allen vorklinischen Fächern gleichmäßig vorhanden ist, und ob die Stellen besetzt oder aus wichtigem Grund vakant sind. Aus dieser formalen Kapazitätsbestimmung ist der

[33] Vgl.: Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 31-34.
[34] Vgl. H.O. Handwerker: Aufnahmekapazität und Ausbildungsqualität, 65. Ordentlicher Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland, 10. - 12. Juni 2004.

„Curricularnormwert“ (CNW) entstanden. Er gibt an, wie viele Medizinstudenten eine Fakultät aufzunehmen hat.

Welchen Unterricht diese Fakultät macht, war dabei relativ gleichgültig, da den Kapazitätsberechnungen nicht die Unterrichtswirklichkeit und auch nicht die jeweiligen Studienpläne zugrunde gelegt wurden, sondern ein „Beispielstudienplan“ der ZVS. Mit der neuen ÄAppO ist kürzlich der Musterstudienplan gefallen, aber am Verfahren hat sich nichts geändert. Die Verwaltungsgerichte werden die Durchführung der neuen ÄAppO weiterhin überprüfen. Damit droht derzeit mehr als unter der alten ÄAppO eine inhaltliche Bestimmung der Studienordnungen und Studienpläne durch die Verwaltungsgerichte. In wie weit der Kostennormwert hier zu einer Verbesserung beitragen wird, bleibt abzuwarten.

Empfehlungen:

Hinsichtlich der Ausbildungskapazitäten für die Human- und Zahnmedizin gibt der Wissenschaftsrat generell zu bedenken, dass für die Ermittlung der notwendigen Studienplätze länderübergreifend folgende Parameter mit in die Überlegungen einbezogen werden müssen:

1. Ausbildungskapazitäten dürfen nicht nur 1:1 auf die in den nächsten Jahren frei werdenden Arzt-Stellen einer Arbeitsmarktregion bezogen werden. Die reale „Schwundquote“ der Studierenden ist zu berücksichtigen.

2. Ferner ist bei der Kapazitätsermittlung zu berücksichtigen, dass die fertig ausgebildeten Ärzte nicht alle kurativ tätig werden und zunehmend in andere Berufsfelder wechseln. Die Fakultäten sollten daher für Studierende, die keine kurative Tätigkeit als Arzt anstreben, neue Studiengänge etablieren. Hierdurch könnte insbesondere die kostenintensive klinische Ausbildung auf die zukünftigen Ärzte beschränkt werden. Neue Studienangebote wie beispielsweise Molekulare Medizin in Freiburg und Tübingen werden daher ausdrücklich begrüßt.

3. Bei der Kapazitätskalkulation muss berücksichtigt werden, dass auch der wissenschaftliche Nachwuchs für die universitätsmedizinischen Einrichtungen und die außeruniversitären Forschungseinrichtungen ausgebildet werden muss.

4. In die weiteren Überlegungen müssen auch die Ergebnisse der laufenden Untersuchungen zum Ärztenachwuchs vonseiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung einbezogen werden.

Vor dem Hintergrund des hohen Niveaus der medizinischen Ausbildung in Baden-Württemberg und dem Umstand, dass nicht alle Länder ausreichend Studienplätze der Human- und Zahnmedizin anbieten, geht der Wissenschaftsrat davon aus, dass das Land sich seiner Verantwortung auch künftig bewusst sein wird und die Kapazitäten nicht absenkt. Dies gilt insbesondere auch für die Zuweisung der Landesmittel, da diese in der Vergangenheit noch nicht einmal den von der KMK empfohlenen Wert für die Grund- und Ergänzungsausstattung pro Studienanfänger in Höhe von rund 240 Tsd. Euro erreichten. Der Wissenschaftsrat gibt ferner zu bedenken, dass die vom Land verordnete Erhöhung des Lehrdeputats von acht auf neun Semesterwochenstunden zu einer von den Gerichten verordneten Steigerung der Studierendenzahlen um 10 % geführt hat, obwohl die vorhandenen Hörsäle und Seminarräume zum großen Teil nicht dafür ausgelegt sind, und der geforderte Kleingruppenunterricht ebenfalls nicht erbracht werden kann. Um das Niveau der Ausbildung zu halten, hält der Wissenschaftsrat daher eine entsprechende Anpassung der Mittel für Grund- und Ergänzungsausstattung an die erhöhten Studierendenzahlen für dringend geboten.

III.2. Förderung der Medizinischen Lehre

Im Jahr 2000 setzte das Land eine „Kommission zur Bewertung der Medizinischen Ausbildung an den baden-württembergischen Universitäten (BeMA)“ ein und beauftragte sie, geeignete Parameter zu entwickeln, die künftig eine Bewertung der Medizinischen Ausbildungsleistungen durch das Wissenschaftsministerium ermöglichen und die in das leistungsorientierte Mittelvergabesystem einfließen können. Die BeMA-Kommission legte mit ihrem Abschlussbericht Ende 2001 einen Kriterienkatalog für die Bewertung der Qualität der Lehre an den fünf Medizinischen Fakultäten vor.[35] Auf der Basis dieser Empfehlungen wurden bereits 2002 5 % des Landeszuführungsbetrags nach Leistungskriterien aus der Lehre zugewiesen. Seit 2003 waren es

[35] 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 oder http://www.mwk-bw.de/Online_Publikationen/Medizische_Ausbildung.pdf.

7,5 %. Ab 2004 ist eine weitere Erhöhung des Gewichts der Lehre vorgesehen. Demnach sollen künftig 40 % des Umverteilungsbetrags nach Lehrparametern und 60 % nach Forschungsparametern vergeben werden (siehe Abschnitt C.V.1, Seite 66 ff. und Übersicht 14).

Neben der Erarbeitung eines Kriterienkatalogs bestand der Auftrag der BeMA-Kommission darin, Stärken und Schwächen der Lehrleistungen an den einzelnen Standorten aufzuzeigen und hierdurch der Qualitätssicherung und -verbesserung in den Fakultäten zu dienen. Der Abschlussbericht[35] enthält hierzu einen ausführlichen Überblick über die Situation der medizinischen Lehre an den fünf Standorten. Alle Medizinischen Fakultäten bieten neben den Studiengängen Human- und Zahnmedizin – teilweise in Kooperation mit anderen Fakultäten oder Hochschulen – **weitere medizinnahe und/oder postgraduale Studienangebote** an. Zu nennen sind hier z.B. Diplom oder Master-Studiengänge für Molekulare Medizin in Freiburg, Tübingen und Ulm, Masterstudiengänge zu Informationsmangement in der Medizin oder Bioinformatik (Heidelberg bzw. Tübingen und Ulm). Daneben verfügen Freiburg, Tübingen und Ulm über Ph.D-Programme zur postgradualen Ausbildung des medizinisch-wissenschaftlichen Nachwuchses. Die Medizinischen Fakultäten verfügen über langjährige Erfahrungen mit der **Lehrevaluation**, die zumeist nach studentischer Vorleistung mittlerweile unter Ägide der Studiendekanate erfolgt, sodass hier ein echter Umdenkungsprozess innerhalb der Fakultäten stattgefunden hat.

Allerdings wurde die Lehrevaluation an noch keinem Standort als zentrales Instrument der Qualitätssicherung in der Lehre ausgestaltet. Eine Verbindung von Lehrevaluation mit finanziellen oder anderen Anreizsystemen ist bisher nur in Ansätzen verwirklicht (siehe auch nachfolgende Übersicht).

Übersicht 12: Kennzahlen zur Lehre (2000)

	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm
Studierende der Humanmedizin	2.521	2.437	1.399	2.393	2.056
Studierende der Zahnmedizin	499	453	entfällt	488	235
Studierende insg. je Professor	34	37	48	35	28
Absolventen je Professor	4,8	6,1	16,3	2,4	3,4
Absolventen je Wissenschaftler	0,4	0,4	0,9	0,2	0,3
Fallzahl je Studierendem	18	21	35	20	18
Studierende je Planbett	1,7	1,7	0,9	1,8	2,1
Berücksichtungen von Lehrleistungen im Rahmen der fakultätsinternen LOM	nein	ja	nein	nein	nein

Zudem erfolgte bislang an keinem Standort eine getrennte Ausweisung der **Budgets für die Lehre**. Lehrleistungen oder besonderes Engagement in der Lehre spielen bisher - mit Ausnahme Heidelbergs - im Rahmen der leistungsorientierten fakultätsinternen Zuweisung des Landeszuführungsbetrags keine Rolle.

Empfehlungen:

Mit der BeMA-Kommission und der zügigen Umsetzung ihrer Empfehlungen hat das Land deutschlandweit neue Standards gesetzt. Hierzu hat auch beigetragen, dass die Verfahren zur Ermittlung der Leistungsparameter in enger Kooperation mit den Medizinischen Fakultäten ausgestaltet und kontinuierlich weiterentwickelt wurden. Mit einem Anteil von 40 % am umverteilten leistungsorientierten Landeszuführungsbetrag erhält die Lehre in Baden-Württemberg ein bedeutendes Gewicht. Der Wissenschaftsrat behält es sich vor, zu dieser Frage zu einem späteren Zeitpunkt gesondert Stellung zu nehmen.

Besondere Bedeutung misst der Wissenschaftsrat der Weiterentwicklung der fakultätsinternen **Lehrevaluation** zu. Sie sollte zu einem echten Instrument der Qualitätssicherung ausgebaut werden. Dazu ist es erforderlich, die Ergebnisse der Lehrevaluation mit der leistungsorientierten fakultätsinternen Mittelzuweisung zu verknüpfen. Um dies zu beschleunigen, sollte das Land entsprechende Vorgaben in die Zielvereinbarungen mit den Medizinischen Fakultäten aufnehmen.

Die vergleichende Darstellung der Ausbildungssituation an den fünf Standorten sowie die daraus abgeleiteten Empfehlungen zur Behebung von Defiziten durch die BeMA-Kommission stellen eine hilfreiche Grundlage für eine erforderliche Weiterentwicklung der Medizinischen Fakultäten dar. Der Wissenschaftsrat hat hier jedoch zum Teil den Eindruck gewonnen, dass die Anregungen der BeMA-Kommission nicht den erforderlichen Widerhall bei den Fakultäten gefunden haben. Er bedauert dies, auch wenn er nicht alle Bewertungen der Kommission (z. B. zu Mannheim) teilt. Er regt an zu prüfen, ob ein Teil der BeMA-Empfehlungen zum Bestandteil von **Zielvereinbarungen** zwischen Land und Medizinischen Fakultäten gemacht werden können.

Darüber hinaus sollte das Land zu gegebener Zeit eine Bewertung der Medizinischen Lehre in Baden-Württemberg wiederholen. Aus Sicht des Wissenschaftsrates sollten hierbei die Bemessung der Lehrbudgets, die fakultätsinterne Lehrevaluation und ihre Konsequenzen sowie die Umsetzung der neuen Approbationsordnung im Vordergrund stehen.

In der Vergangenheit hat der Wissenschaftsrat bereits mehrfach erläutert, dass international konkurrenzfähige Leistungen in den unterschiedlichen Bereichen Lehre, Forschung, Krankenversorgung und Ökonomie in aller Regel nicht von einem einzelnen Hochschullehrer erbracht werden können. Gleichwohl müssen alle vier Aufgabenbereiche auf höchstem Niveau innerhalb der Universitätsmedizin realisiert werden. Dies kann zumeist nur durch Aufgabenteilung sinnvoll geleistet werden. Bezogen auf die Lehre bedeutet dies, dass nicht zwangsläufig alle Hochschullehrer die gleichen Lehrdeputate erbringen müssen. Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass in Baden-Württemberg im Sinne einer Gesamtverantwortung der Fakultäten hervorragende Hochschullehrer Lehrdeputate von Kollegen übernehmen können. Auf diese Weise können exzellente Wissenschaftler von Lehraufgaben zugunsten der Forschung freigestellt werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, entsprechende Freiräume in allen Bundesländern zu realisieren. Ein solcher Ansatz verzichtet nicht auf die Grundforderung, dass akademische Lehre immer aus der Forschung erwachsen soll. Er trägt aber der zunehmenden Binnendifferenzierung des Systems Rechnung. Grundsätzlich in die gleiche Richtung weist der Ansatz der Freiburger Fakultät, die Lehre

durch die Einführung so genannter Teaching-Professuren zu verbessern, die zu 50 % von Aufgaben in der Krankenversorgung freigestellt sind.

Schließlich hält es der Wissenschaftsrat für erforderlich, die **Transparenz** der Aufteilung des Landeszuführungsbetrags zu erhöhen. Von den Medizinischen Fakultäten ist daher nicht nur zu fordern, dass der Einsatz ihrer Ressourcen nach Leistungskriterien erfolgt, sondern auch, dass eine möglichst transparente Trennung in Budgets für Lehre einerseits und Forschung andererseits durchgeführt wird. Auch dies könnte zum Bestandteil von Zielvereinbarungen gemacht werden oder Eingang in das neue LHG finden.

C.IV. Krankenversorgung für Forschung und Lehre

Mit 15,7 % ist der Anteil der universitären Planbetten Baden-Württembergs sowohl bezogen auf den Studierendenanteil (13,2 %) als auch auf den Anteil an der Gesamtzahl der Universitätsklinika (5 von 35 bzw. 14,3 %) leicht überdurchschnittlich.[36] In ihnen wurden rund 16,5 % aller stationären Patienten[37] der deutschen Universitätsmedizin behandelt.[38] Auch innerhalb Baden-Württembergs haben die Universitätsklinika einen gewichtigen Anteil an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. 12,4 % der an 321 Krankenhäusern des Landes angesiedelten rund 63.300 Planbetten entfallen auf die fünf Universitätsklinika. 13,5% aller stationären Patienten wurden hier im Jahr 2001 versorgt.

Bemerkenswert ist das Verhältnis von stationären Fällen pro Wissenschaftler am privaten Klinikum Mannheim. Der Stellenwert der Krankenversorgung an den einzelnen Standorten des Landes wird in der folgenden Abbildung 6 deutlich:

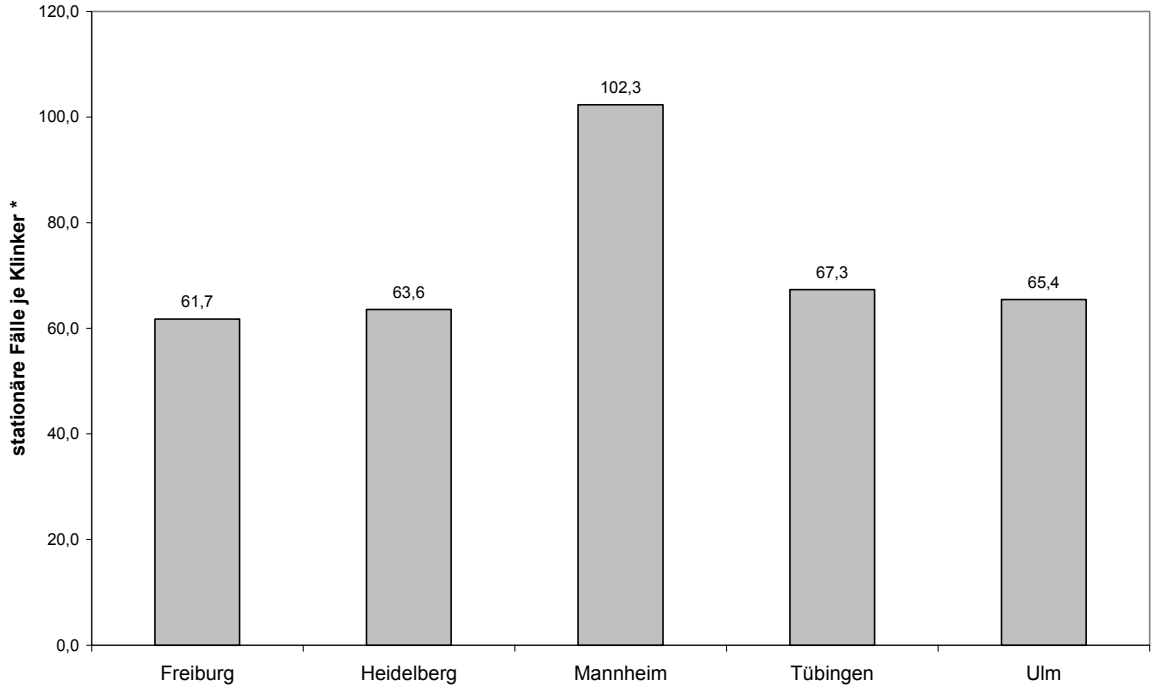
---

[36] Von den insgesamt 50.316 Planbetten der 35 Universitätsklinika (ohne Bochum und Witten-Herdecke) im Jahr 2000 standen 7.904 Planbetten (15,7 %) an den fünf Universitätsklinika in Baden-Württemberg (einschließlich der Planbetten der Klinikum Mannheim gGmbH und der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg jedoch ohne das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim).

[37] Einrichtungsbezogene Fallzahl (ohne interne Verlegung) im Jahr 2001.

[38] Statistisches Bundesamt Fachserie 12, Reihe 4.1, Grunddaten der Krankenhäuser, 2001.

Abbildung 6: Stationäre Fälle pro Wissenschaftler* in den Kliniken (2000)



* Wissenschaftler: Berücksichtigt wurde hier ausschließlich das den Kliniken zugeordnete wissenschaftliche und ärztliche Personal („Kliniker“) ohne Drittmittelpersonal. Stationäre Fälle: Vollstationäre Fälle im Budgetbereich und Fälle mit Fallpauschalen, gemäß § 17 BPflV (L1-Daten).
Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinika

Insbesondere vor dem Hintergrund der finanziellen Belastungen des HBFG empfahl der Wissenschaftsrat, grundsätzlich den Umfang der Krankenversorgung unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit auf das für Forschung und Lehre notwendige Maß zu begrenzen. Zu der vom Wissenschaftsrat in seinen Stellungnahmen zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen in Freiburg,[39] Heidelberg[40] und Tübingen[41] angemahnten Reduzierung der Planbetten lassen sich jedoch noch keine hinreichenden Veränderungen erkennen. Der Wissenschaftsrat erinnert in diesem Zusammenhang an die Empfehlungen aus dem Jahr 2002, in denen 1.350 Betten genannt wurden. Er erwartet daher, dass die Absicht zu einem weiteren zügigen Bettenabbau deutlich wird und dieser aktiv vom Land unterstützt wird. Der Wissen-

[39] Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. In: Empfehlungen und Stellungnahmen 2002, Köln 2003, Bd. II, S. 279 ff.
[40] Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg in Heidelberg, Drs. 5517/03, Berlin 2003.
[41] Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Eberhard Karls Universität Tübingen, Drs. 5743/03, Kiel 2003.

schaftsrat gibt hier zu bedenken, dass die Betten noch immer mit erheblichen Investitionskosten verbunden sind. Das Land wird gebeten, mit den Anmeldungen zum 35. Rahmenplan über die weiteren Planungen zum Bettenabbau bis zum Jahr 2008 zu berichten. Er regte ferner an, das Sozialministerium des Landes über den erforderlichen Bettenabbau in der Universitätsmedizin in Kenntnis zu setzen.[42]

IV.1. Strukturen der für Forschung und Lehre nötigen Krankenversorgung

Die Medizinischen Fakultäten und ihre Universitätsklinika orientieren sich weitgehend an einer klassischen, fächerbezogenen Binnenstruktur, bei der jedes Fachgebiet durch eine eigene Klinik oder Institut vertreten ist. Es fällt auf, dass insbesondere die großen traditionellen Standorte, allen voran Freiburg und Tübingen, in den Vorklinischen und Klinisch-Theoretischen Disziplinen über zahlreiche Einzelinstitute verfügen, während die Tendenz zur Bildung von „Gemeinschaftsinstituten“, in denen mehrere Fachgebiete gebündelt sind, an den kleineren Standorten Mannheim und Ulm ausgeprägter sind **(siehe Tabelle 3 „Institute und Kliniken“ im Anhang)**.

Andererseits verfügen gerade Ulm und Mannheim als einzige Standorte über eigene Institute für Klinische Chemie, während dieses Fachgebiet an allen anderen Standorten innerhalb der Inneren Medizin geführt wird. Unterschiede bestehen zudem in der Zuordnung der Orthopädie: So bilden in Freiburg Orthopädie und Unfallchirurgie (Traumatologie) ein eigenes Department, in Mannheim erfolgte die Bildung eines Zentrums für Unfallchirurgie, Orthopädische Chirurgie und Orthopädie. An den übrigen Standorten werden beide Fachgebiete in getrennten Organisationseinheiten betrieben.

In den großen klinischen Fachgebieten (insbesondere in der Inneren Medizin, aber auch in der Chirurgie sowie in der Frauen- und in der Kinderheilkunde) bestehen an allen Standorten selbstständige Abteilungen. Insbesondere Freiburg und Tübingen

[42] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 34. Rahmenplan für den Hochschulbau 2005-2008, Vorhaben der Medizin, Baden-Württemberg, Merseburg 28. Mai 2004, Drs. 6128/04.

haben aber begonnen, neue Organisationsstrukturen einzuführen. So sind in Freiburg die Traumatologie und Orthopädie sowie die Frauenheilkunde jeweils als Departments und die Kinderheilkunde als Zentrum organisiert. In Tübingen bestehen Departments in der Kinderheilkunde und seit neuestem auch in der Inneren Medizin. Department-analoge Strukturen bestehen hier zudem in der Neurologie. Insgesamt darf jedoch nicht übersehen werden, dass Struktur und Ausgestaltung dieser Departments an den einzelnen Standorten erheblich voneinander abweichen.

Neben den eigentlichen Instituten und Kliniken verfügen die einzelnen Standorte über eine Vielzahl verschiedener Zentren und Verbundstrukturen mit unterschiedlicher Aufgabenstellung, Zuschnitt und Eigenständigkeit. Dabei reicht die Palette von reinen klinikinternen Dienstleistungszentren bis hin zu fakultäts- oder universitätsübergreifenden Verbünden. Eine Übersicht über die wichtigsten **Verbundstrukturen** an den fünf Standorten beinhalten die **Tabellen 4a und 4b im Anhang**.

Eine ausgeprägte Zentrenstruktur ist dabei insbesondere in Freiburg und Tübingen zu beobachten. Alle Standorte haben Tumorzentren etabliert, an die zumeist auch externe Kooperationspartner angeschlossen sind. Herz- bzw. Neurozentren sind jeweils an drei von fünf Standorten vorhanden. Gerade die Neurozentren sind ein gutes Beispiel dafür, wie aus Forschungsschwerpunkten auch klinische Stärken erwachsen können. Freiburg, Heidelberg und Tübingen verfügen über Koordinierungszentren für Klinische Studien (KKS), Ulm und Tübingen zusätzlich über Interdisziplinäre Zentren für Klinische Forschung (IZKF). KKS und IZKF sind längerfristig angelegte Fördermaßnahmen, die spezielle strukturelle Ziele verfolgen, um die Kompetenzen im Bereich klinischer Studien bzw. interdisziplinärer Forschung zu stärken und vom BMBF kofinanziert werden (s. auch Übersicht 6).

Erwähnenswert ist zudem das auch als Comprehensive Cancer Center (CCC) Heidelberg bezeichnete Nationale Zentrum für Tumorerkrankungen (NCT), das in Kooperation zwischen dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und dem Universitätsklinikum Heidelberg betrieben wird und eine enge Verknüpfung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre anstrebt.

Empfehlungen:

Das an den meisten Standorten noch ausgeprägte System vieler kleinerer selbstständiger Einheiten ist weder zeitgemäß noch sinnvoll. Der Wissenschaftsrat empfiehlt stattdessen die **Einrichtung von krankheits- bzw. organ- und aufgabenorientierten Zentren** innerhalb eines Universitätsklinikums, in dem alle notwendigen Subdisziplinen (diagnostisch und therapeutisch) zusammengeführt sind. Entsprechende Ansätze werden bereits an einigen Standorten verfolgt. Hierbei wird zunehmend der Prozesscharakter der Krankenversorgung in den Vordergrund gestellt. Auch Baukonzeptionen werden daran ausgerichtet. Aktuelle Beispiele sind die Umbaumaßnahmen in der Inneren Medizin und der Chirurgie in Freiburg oder die Anmeldungen zum 34. Rahmenplan für ein „Zentrum für Frauengesundheit“ in Heidelberg. Ziele sind unter anderem eine Senkung der Betriebskosten, eine Erschließung von Synergien durch gemeinsame Nutzung von Diagnostikbereichen (u.a. bildgebende Systeme) und eine stärkere Patientenorientierung. Der Wissenschaftsrat begrüßt diese Entwicklung. Die Bildung krankheits- bzw. organ- und aufgabenorientierter Zentren sollte allerdings immer einhergehen mit einer Verstärkung der Kooperation in Forschung und Lehre. Insbesondere für die Lehre bietet eine verbesserte Zusammenarbeit in der Krankenversorgung eine gute Voraussetzung, den in der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) geforderten problemorientierten und fächerübergreifenden Unterricht zu verwirklichen.

Die Bildung krankheits- bzw. organ- und aufgabenorientierter Zentren sollte vor allem unabhängig von großen Neubaumaßnahmen vorangetrieben werden, da es sich dabei häufig nicht primär um eine räumliche Zusammenfassung von einzelnen Einheiten als vielmehr um organisatorische Maßnahmen handelt. Entsprechenden Bestrebungen sollte daher eine wichtige Stellung in den Struktur- und Entwicklungsplänen von Klinikum und Fakultät eingeräumt werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt zudem, die strukturelle Weiterentwicklung von Klinikum und Fakultät zum Bestandteil von Zielvereinbarungen mit dem Land zu machen.

Vor dem Hintergrund des intensiven Ausbaus der EDV-Technologien an den Universitätsklinika erwartet der Wissenschaftsrat, dass die Investitionen beispielsweise in

elektronische Patientenakten, Klinikinformationssysteme (KIS) und Bilddatenmanagementsysteme (RIS/PACS) dazu beitragen, virtuelle Verbünde zu realisieren, die dem Prozesscharakter der Krankenversorgung Rechnung tragen. Auch die Bildung von interdisziplinären Bettenpools, als eine Maßnahme zur Reduktion der Planbetten muss noch stärker zur Etablierung krankheitsorientierter Verbünde genutzt werden.

Departmentstrukturen können nach Ansicht des Wissenschaftsrates die institutionelle Steuerung in der Medizin mit Blick auf die interne Mittelverteilung und das strategische Handeln fördern. Sie erlauben auch Spezialisten (z.B. Naturwissenschaftlern) die Übernahmen von Leitungsverantwortung. Da der Zentrumsbegriff inzwischen mit derartig vielen unterschiedlichen Inhalten belegt ist, wie auch die **Tabellen 4a und 4b im Anhang** zeigen, wird der weniger verbrauchte Begriff Department für folgende Einheiten vorgeschlagen: In einem Departement sollen mehrere Abteilungen zusammengefasst werden, wobei jeder Hochschullehrer für einen bestimmten Bereich, für den er ein Budget zugeordnet bekommt, verantwortlich bleibt. Die Kooperation in einer solchen Struktur setzt voraus, dass ein Regelwerk die Rahmenbedingungen verbindlich festlegt. Der Wissenschaftsrat hat in seinen Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin Leitlinien für die Organisation innerhalb der Departments vorgegeben.[43] Der Wissenschaftsrat begrüßt daher grundsätzlich die Initiativen der Medizinischen Fakultäten, Departmentstrukturen einzurichten.

Alternativ ist auch eine so genannte **Tandemstruktur** denkbar. Hierbei kann es parallele Leitungen z.B. von Ärzten und Naturwissenschaftlern für getrennte Einheiten (Klinik und Institut) oder aber auch kollegiale Leitungen innerhalb einer Organisationseinheit geben. Der Wissenschaftsrat erwartet, dass die Reformbereitschaft der Fakultät dazu führen wird, die neuen Organisationsformen zu erproben.

Vorteilhaft ist, dass ein großer Anteil der an den einzelnen Standorten etablierten Zentren in Baden-Württemberg fakultätsübergreifend organisiert ist, sodass zumeist

[43] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 75 f.

andere Fakultäten der gleichen Universität und teilweise auch externe Kooperationspartner eingebunden sind.

Die Initiativen des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst (MWK) zur Etablierung landesweiter Kompetenzzentren sind daher als Anreize zur Verstärkung hochschulübergreifender Kooperation zu begrüßen. In diesem Sinne ist auch das 2001 in Tübingen gegründete Kompetenzzentrum für medizinische Hochschuldidaktik, das gemeinsam mit den Medizinischen Fakultäten in Ulm und Freiburg betrieben wird, hervorzuheben. Weitere landesweite, ebenfalls auf die medizinische Lehre fokussierte Kompetenzzentren wurden und werden etabliert.[44]

Der Wissenschaftsrat regt darüber hinaus an, im Rahmen **landesweit abgestimmter Struktur- und Entwicklungskonzepte** auch die Möglichkeit kooperativer Berufungen zu prüfen. Auf diese Weise könnten insbesondere kleinere Fächer im Rahmen eines Lehrimports von anderen Medizinischen Fakultäten aus mitunterrichtet werden. Insbesondere neue Lehrformen wie POL und E-based-Learning bieten hierzu kompatible Ansätze, um auch zeit- und ortsunabhängige Unterrichtsformen zu ermöglichen. Durch kooperative Berufungen, zumindest aber durch eine verbesserte Kooperation in der Lehre, sollte es möglich werden, unter den schwerer werdenden finanziellen Rahmenbedingungen Freiräume zu gewinnen. Auch über mögliche Modelle der Verrechnung von gegenseitig erbrachten Lehrexporten der Medizinischen Fakultäten sollte in diesem Zusammenhang nachgedacht werden.

IV.2. Monetäre Probleme der universitären Krankenversorgung

Die Universitätsmedizin hat aktuell nicht nur die Einsparmaßnahmen zu verkraften, denen alle Hochschulen gleichermaßen ausgesetzt sind (Absenkung der Landeszu-

[44] 2003 wurde das Kompetenzzentrum „Lehrevaluation" in Freiburg gegründet, das die konzeptionelle Weiterentwicklung und wissenschaftliche Begleitung der studentischen Lehrevaluationen in der Medizin für alle Standorte des Landes übernimmt. In Vorbereitung sind das Kompetenzzentrum für medizinische Prüfungen in Heidelberg, das sich der Weiterentwicklung der fakultätsinternen Prüfungsverfahren widmet, das Kompetenzzentrum für Lehr- und Lernziele in der Medizin in Mannheim und das Kompetenzzentrum für E-Learning in der Medizin in Ulm.

führungsbeträge, drastische Kürzung der Hochschulbaufinanzierung). Gleichzeitig muss sie auch alle monetären Reduktionen im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens bewältigen. Dazu zählen:

- die Schere zwischen Tarifsteigerungen einerseits und gedeckelten Budgets andererseits,
- die zu erwartenden Erlösreduktionen durch das neue Abrechnungssystem für stationäre Krankenhausleistungen,
- die durch die Anerkennung von Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit entstehenden Mehrkosten.

Hinzu kommen die erhöhten Aufwendungen im Bereich der Lehre, die durch den in der neuen Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) vorgesehenen verstärkten Einsatz von Kleingruppen entstehen sowie die Abschaffung des Arztes im Praktikum.

Im Folgenden werden zwei Bereiche beschrieben, in denen die Universitätsklinika besonders betroffen sind:

a.) Hochschulambulanzen

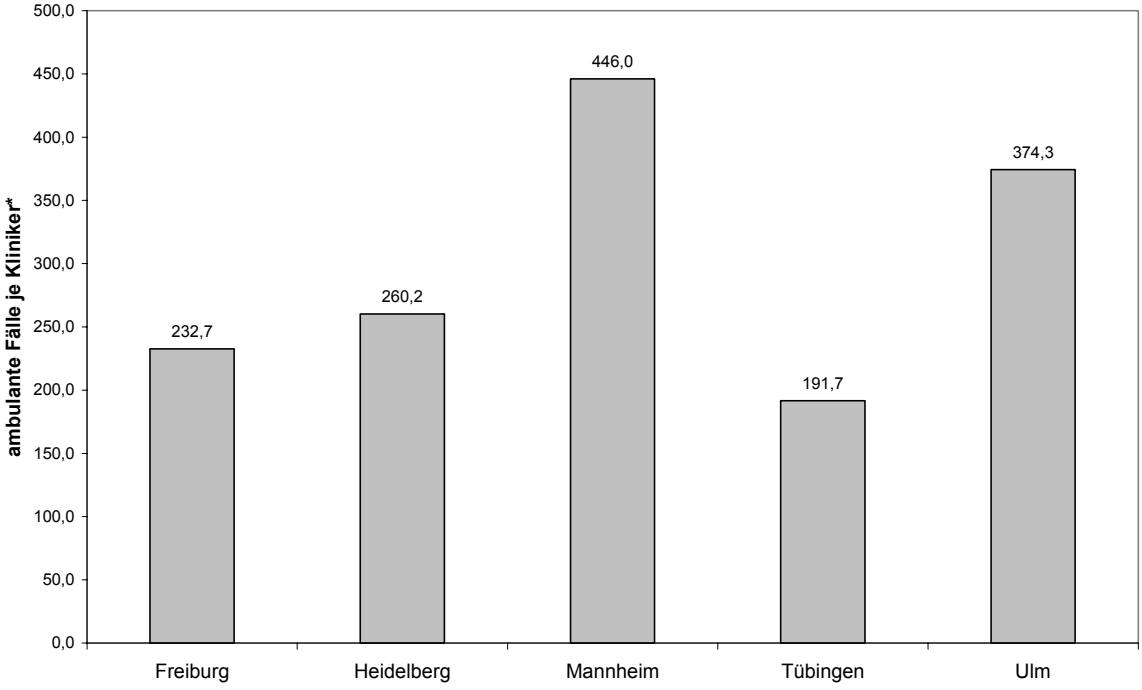
Eine aufwandsgerechte Erstattung der spezialisierten Versorgungsleistungen der Hochschulambulanzen ist deutschlandweit bislang nicht gegeben. Die je Patient und Quartal vergüteten Ambulanzpauschalen decken im Durchschnitt nur 31 % der Kosten pro Behandlungsfall.[45] Das hat zur Folge, dass in vielen Universitätskliniken relevante Anteile des Landeszuführungsbetrags für die Aufrechterhaltung der Krankenversorgung in den Ambulanzen verwendet werden müssen, bzw. Mitarbeiter, die über Drittmittel für Forschungsvorhaben eingestellt werden, der Krankenversorgung dienen. Dabei handelt es sich um einen bestimmungswidrigen Einsatz von Forschungs- und Lehrmitteln (**Quersubventionierung)**. Die zu erwartende Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen wird die ohnehin hohen Defizite weiter erhöhen.

[45] K. Lauterbach et al.; Bestandsaufnahme der Rolle der Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung, 2003, Asgaard-Verlag.

Durch die im Bundesvergleich insgesamt bessere Leistungsvergütung in Baden-Württemberg konnten die Universitätsklinika des Landes zum Teil deutlich günstigere Ambulanzerlöse erzielen, sodass sich diese Problematik hier nicht in vergleichbarer Schärfe stellt. Jedoch wird auch hier die Bedeutung der Ambulanzen infolge der durch die DRG verursachten verkürzten Verweildauern zunehmen, da nicht nur ein Anstieg nachstationärer Betreuung zu verzeichnen sein wird, sondern die Ambulanzen auch vermehrt für Forschung und Lehre gebraucht werden.

Die folgende Abbildung zeigt, in welch unterschiedlichem Umfang wissenschaftlich/ärztliches Personal in der ambulanten Versorgung gebunden wird:

Abbildung 7: Ambulante Fälle je Wissenschaftler* in den Kliniken (2001)



* Wissenschaftler: Berücksichtigt wurde hier ausschließlich das den Kliniken zugeordnete wissenschaftliche und ärztliche Personal („Kliniker“) ohne Drittmittelpersonal. Ambulante Fälle: Poliklinische Behandlungen und Notfallbehandlungen, Selbstzahler und Institutsambulanzen.
Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinika

Empfehlungen:

Die außergewöhnliche hohe Belastung des wissenschaftlich/ärztlichen Personals in Mannheim mit ambulanten Versorgungsaufgaben hält der Wissenschaftsrat nicht mit

den Anforderungen an ein Universitätsklinikum für vereinbar. Auch die hohen Fallzahlen in Ulm betrachtet er mit Sorge. Sie basieren zurzeit auf der Situation im westbayerischen Gebiet und sind daher mit der Situation der Hochschulambulanzen an den übrigen Universitätsklinika des Landes nicht vergleichbar. Kooperationen zur ambulanten Versorgung in der Region sind daher auszubauen, um die Universitätsmedizin von Aufgaben der Grund- und Regelversorgung stärker zu entlasten.

Grundsätzlich hält der Wissenschaftsrat folgende Eckpunkte zur Bedeutung der Hochschulambulanzen fest:

1. Hochschulambulanzen haben je nach Standort und Fachgebiet eine unterschiedlich große Bedeutung für Forschung und Lehre. Ihre Leistungen sind daher nicht pauschalierbar.

2. Bezogen auf die Anzahl der tatsächlich für Forschung und Lehre aus den Hochschulambulanzen rekrutierbaren Patienten ist ein Vielfaches an Patienten zu versorgen, die keinerlei Bezug zu den akademischen Aufgaben der Universitätsmedizin haben.

3. Die Finanzierung der Versorgung der Patienten ohne Bezug zu Forschung und Lehre muss von den Krankenkassen gedeckt werden.

4. Mit Blick auf die Querfinanzierung der Hochschulambulanzen aus den Landeszuführungsbeträgen für Forschung und Lehre empfiehlt der Wissenschaftsrat, künftig auch hier strenge Leistungskriterien anzulegen. Die Hochschulambulanzen sollten nur in dem Maße Mittel aus dem Zuführungsbetrag des Landes erhalten, wie sie belegbare Forschungs- und Lehrleistungen erbringen.

In seinen jüngsten Empfehlungen zur Universitätsmedizin hat der Wissenschaftsrat darüber hinaus unter anderem folgende generelle Empfehlungen ausgesprochen: Er erwartet, dass der Bundesgesetzgeber darauf achtet, dass den gesetzlichen Regelungen zur Verbesserung der Situation der Hochschulambulanzen (Wegfall des Abschlags für Forschung und Lehre, Institutsermächtigungen) Rechnung getragen wird. Falls erforderlich, sollten gesetzliche Präzisierungen vorgenommen werden. Ferner sollte die Integrationsabgabe nicht von den Klinika erhoben werden, die eine integrierte Versorgung bereits praktizieren.[46]

[46] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 36 f.

b.) Auswirkungen der Fallpauschalen auf die Universitätsklinika

Seit dem 1.1.2004 sind alle Krankenhäuser dazu verpflichtet, ihre Erlöse aus stationärer Krankenversorgung nach dem DRG-System zu berechnen und mit den gesetzlichen Krankenkassen zu verhandeln. Im Jahr 2004 verhandelt noch jedes Krankenhaus seinen individuellen Basisfallwert[47] mit den gesetzlichen Krankenkassen. Ab 2005 erfolgt eine schrittweise und jährlich vorzunehmende Anpassung der individuellen Fallpauschalenpreise an landesweit festgelegte Basisfallwerte.[48] In den Jahren 2005, 2006 und 2007 sollen nach dem Krankenhausentgeltgesetz die Fallpauschalenpreise in den Krankenhäusern eines Landes so angepasst werden, dass im Jahr 2007 einheitliche Preise vorliegen. Dieses Verfahren führt nach einer Umfrage bei Universitätsklinika ab dem Jahr 2007 bundesweit zu einem jährlichen Erlösausfall von einer Milliarde Euro (in den Jahren 2005/6 zu 333 Mio./ 666 Mio. Euro) bezogen auf das Erlösvolumen 2004.

Ursache für das Erlösdefizit ist eine zu geringe Differenzierung bzw. noch mangelnde Abbildung der von den Hochschulkliniken erbrachten Leistungen im DRG-System. Davon sind insbesondere folgende Leistungen oder Patientengruppen betroffen:

- Intensiv- und Notfallmedizin,
- langliegende Patienten/einzelne Patienten mit extrem hohen Kosten,
- teure Leistungen in der Spitzenversorgung (z.B. Medikamente in der Onkologie),
- hochspezialisierte Leistungen, die internationale Erfahrungen berücksichtigen müssen, sowie die Einführung innovativer Therapieansätze,
- besonders aufwendige und schwere Operationen (etwa Transplantationen),
- ärztliche Weiterbildung (überproportionale Beteiligung der Universitätsklinika),

---

[47] Der krankenhaus-individuelle Basisfallwert ist definiert als Quotient aus der Kostensumme, die benötigt wird, um die nach dem DRG-System vergüteten Leistungen zu erwirtschaften und der Summe der geleisteten Relativgewichte. Dabei ist die Kostensumme schon um die Kosten für die Zusatzentgelte und andere mit dem DRG-System nicht vergütete Leistungen bereinigt.

[48] Der landesweite Basisfallwert sind die Kosten, die bei einem stationären Fall im Landesdurchschnitt anfallen. Er berechnet sich als Gesamtkosten für alle stationären Behandlungen geteilt durch die Anzahl aller Fälle in einem Land.

- teilstationäre, ambulante Leistungen,
- Kurzlieger, die insbesondere aufgrund moderner Diagnostik unter der Grenzverweildauer liegen.

Empfehlungen:

Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass der Bundesgesetzgeber zu Veränderungen bereit ist. [49] Angesichts der drohenden dramatischen Erlösausfälle sowie mit Blick auf die aktuellen Probleme bei der Pauschalierung von Leistungen sollten folgende Verbesserungen vorgenommen werden:

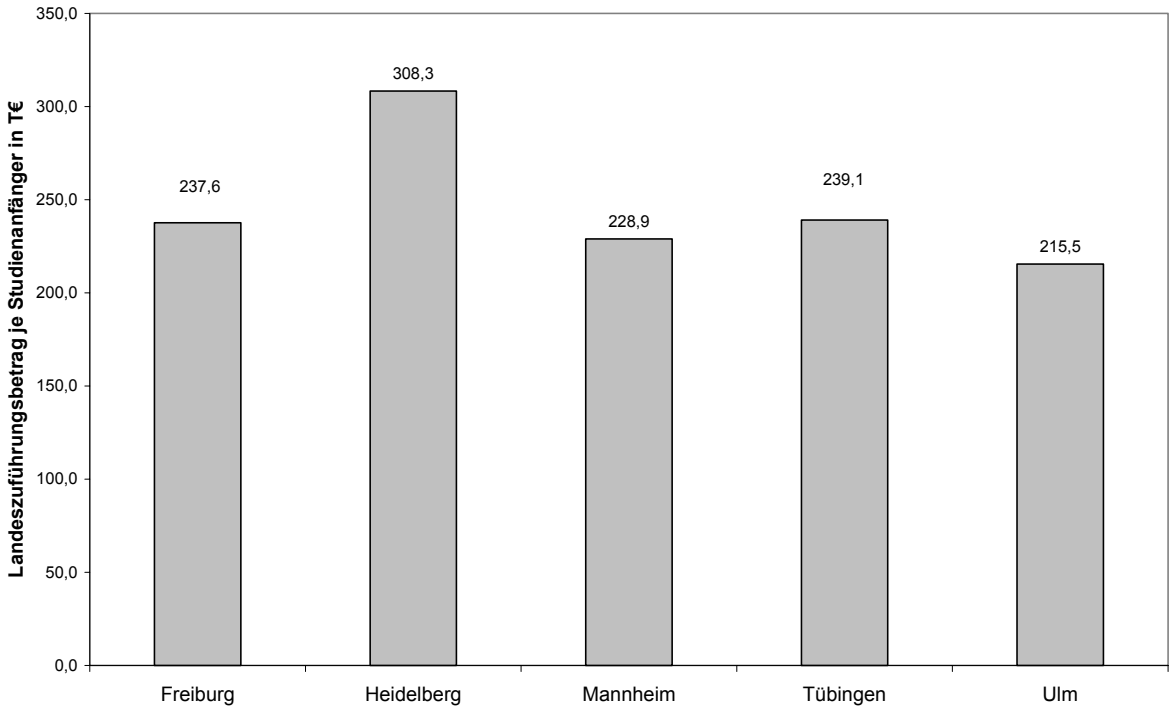
- Die Konvergenzphase sollte im Jahr 2005 mit höchstens 10 % des Unterschiedsbetrags zum Landesbasisfallwert beginnen. Die Konvergenzschritte in den beiden Folgejahren sollten ebenfalls 10 % nicht überschreiten.
- Das DRG-System sollte nach zwei bis drei Jahren in einer Zwischenbilanz einer Bestandsaufnahme zu unterzogen werden, bevor über die weiteren Konvergenzschritte entschieden wird. Zudem sollten die folgenden Konvergenzschritte jeweils einzeln festgelegt werden, um die Flexibilität des Systems zu erhöhen und die Möglichkeit zu eröffnen, es anhand der gemachten Erfahrungen schrittweise weiter zu entwickeln, ehe irreversible Konsequenzen eingetreten sind.
- Der Einstieg in die Konvergenzphase sollte so ausgestaltet werden, dass die Erlösminderungen der Krankenhäuser in ihrer Höhe auf maximal 1 % des Erlösbudgets des Vorjahres begrenzt werden, um die Existenz und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser nicht zu gefährden.
- Die Besonderheiten der Universitätsmedizin müssen besser berücksichtigt werden. Für den Fall, dass das Leistungsspektrum der Hochleistungsmedizin nicht anders ausreichend abgebildet werden kann, sollte das Fallpauschalensystem in der Weise geändert werden, dass für ausgewählte DRG-Bereiche die Einführung von differenzierten Basisfallwerten ermöglicht wird.

[49] Gegenwärtig ist ein Gesetzgebungsverfahren in der Diskussion, das die oben geschilderte Anpassung der Fallpauschalenpreise (Konvergenzphase) zeitlich strecken soll. Danach soll die Konvergenzphase nicht wie bisher drei Jahre, sondern vier Jahre dauern. Zugleich sollen die Konvergenzschritte neu geregelt werden. Die konkrete Ausgestaltung wird insbesondere auch unter Berücksichtigung des voraussichtlich im August 2004 vorliegenden Fallpauschalenkatalogs 2005 zu diskutieren sein.

C.V. Verwendung der Landesmittel

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhalten die Medizinischen Fakultäten des Landes konsumtive Mittel, die zum Teil historisch bedingt sind. In der folgenden Abbildung wird deutlich, dass Heidelberg den höchsten und Ulm den niedrigsten Landeszuführungsbetrag pro Studienanfänger erhält. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die jährlich 166 Studienanfänger Mannheims ihre vorklinische Ausbildung in Heidelberg absolvieren, sodass der Zuführungsbetrag für Heidelberg höher ausfallen muss.

Abbildung 8: Landeszuführungsbetrag* pro Studienanfänger (Human- und Zahnmedizin) im Jahr 2000



Angaben ohne Zuführungsbeträge des Landes für die Landesstiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg und das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim.
Quelle: Angaben des Landes und der Medizinischen Fakultäten

V.1. Leistungsorientierte Mittelvergabe des Landes

Oberstes Ziel einer leistungsorientierten Mittelvergabe durch das Land ist die Stärkung der Leistungsfähigkeit der Medizinischen Fakultäten des Landes im nationalen

und internationalen Wettbewerb. 1998 hat das Land begonnen, einen Teil des Landeszuführungsbetrags an die Medizinischen Fakultäten nach Leistungskriterien zuzuweisen. Seit 2002 werden jährlich 20 % des im Staatshaushaltsplan veranschlagten Zuschusses für Forschung und Lehre an die Medizinischen Fakultäten leistungsbezogen umverteilt. Im Jahr 2003 lag der Umverteilungsbetrag bei rund 79 Mio. Euro. Berücksichtigt werden Leistungsindikatoren aus Forschung und Lehre. Bezugsgröße ist der jeweilige bereinigte Landeszuführungsbetrag,[50] sodass die erbrachten Leistungen jeweils in Relation zu den vom Land für die laufenden Aufgaben zur Verfügung gestellten Mittel bewertet werden. Die Gewichtungen der einzelnen Leistungsbereiche sowie die Modalitäten der Leistungserfassung und Datenübermittlung wurden kontinuierlich und im Dialog mit den Fakultäten weiterentwickelt. Dabei erfolgte insbesondere eine Aufwertung der Lehre (s. nachfolgende Übersicht).

Übersicht 13: Entwicklung der leistungsorientierten Zuweisung (1998 bis 2003)

Jahr	**Umverteilungs-rahmen ***	**davon nach Forschungsleistungen**		**davon nach Lehrleistungen**	
1998 1999	10 %	10 %	gewichtete Drittmittel	0 %	
2000 2001	15 %	10 % 5 %	gewichtete Drittmittel unspezifizierte Impact-Faktoren	0 %	
2002	20%	10 % 5 %	gewichtete Drittmittel unspezifizierte Impact-Faktoren	5 %	nach Leistungsparametern in 3 Bereichen**
2003	20 %	6,25 % 6,25 %	gewichtete Drittmittel unspezifizierte Impact-Faktoren	7,5 %	nach Leistungsparametern in 3 Bereichen**

* in % des Landeszuführungsbetrags
** gemäß den Empfehlungen der BeMA-Kommission (s. S. 68 ff.)
Quelle: Angaben des Landes

Im Jahr 2003 erfolgte für 12,5 Prozentpunkte erstmals jeweils hälftig eine Bemessung nach den eingeworbenen Drittmitteln und nach den erfassten Publikationsleistungen. Bemessungskriterien der für den Landeszuführungsbetrag maßgeblichen Drittmittel und Publikationsleistungen im Jahr 2003 waren die Ergebnisse in den Jahren 2001 und 2002. Nach externer Begutachtung vergebene Drittmittel werden dabei seit 2001 doppelt gewichtet. Die Impact-Faktoren werden von den Fakultäten auf der

[50] Der zur Bewirtschaftung freigegebene Zuschuss für Forschung und Lehre (einschließlich der Sparauflagen) wird um die im Staatshaushaltsplan ausgewiesenen “Vermehrungen des Anlagevermögens“ (Finanzvermögen aufgrund von Investitionsfördermaßnahmen) sowie um die “Verminderungen der langfristigen Verbindlichkeiten gegenüber dem Klinikum” bereinigt.

Basis der jährlich erscheinenden Journal Citation Reports des Institute for Scientific Information (ISI) dem Ministerium gemeldet. Weitere 7,5 Prozentpunkte wurden anhand der Lehrleistungen auf der Basis der von der "Sachverständigenkommission zur Bewertung der Medizinischen Ausbildung in Baden-Württemberg (BeMA)" im Jahr 2001 vorgeschlagenen Kriterien einbezogen. Berücksichtig wurden hierbei Ergebnisse der Standorte im Rahmen der IMPP-Prüfungen, die Durchführung von Lehrevaluationen an den Standorten und so genannte Fakultätsparameter, die finanzwirtschaftliche und auf das Lehrpersonal bezogene Daten erfassen, mit denen der Stellenwert der Lehre im Vergleich zur Forschung innerhalb der Fakultät beschrieben wird. Eingeschlossen sind hier auch Parameter, die die Durchführung didaktischer Weiterbildungsmaßnahmen für Lehrpersonal und die Teilnahme der Professoren an Prüfungen der Studierenden honorieren.

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim (ZI) wurde wegen seiner Sonderstellung bei der Erfassung der Publikationsleistungen und der Lehrleistungen ausgeklammert. Für die Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg erfolgte die Leistungsbemessung 2003 ausschließlich auf der Basis einer Zielvereinbarung.

Die leistungsorientierte Zuweisung des Landeszuführungsbetrags ergab 2003 für die fünf Medizinischen Fakultäten folgende Steigerungs- bzw. Kürzungsbeträge:

Übersicht 14: Gesamtbilanz der leistungsorientierten Mittelvergabe des Landes 2003 und Gesamtbilanz 1998 bis 2003

Standort	2003	Gesamtbilanz 1998 - 2003
	in Tsd. €	
Freiburg	- 43	- 2.417
Heidelberg	- 193	+ 5.075
Mannheim	- 265	- 5.036
Tübingen	+ 1.006	+ 8.026
Ulm	- 653	- 4.793

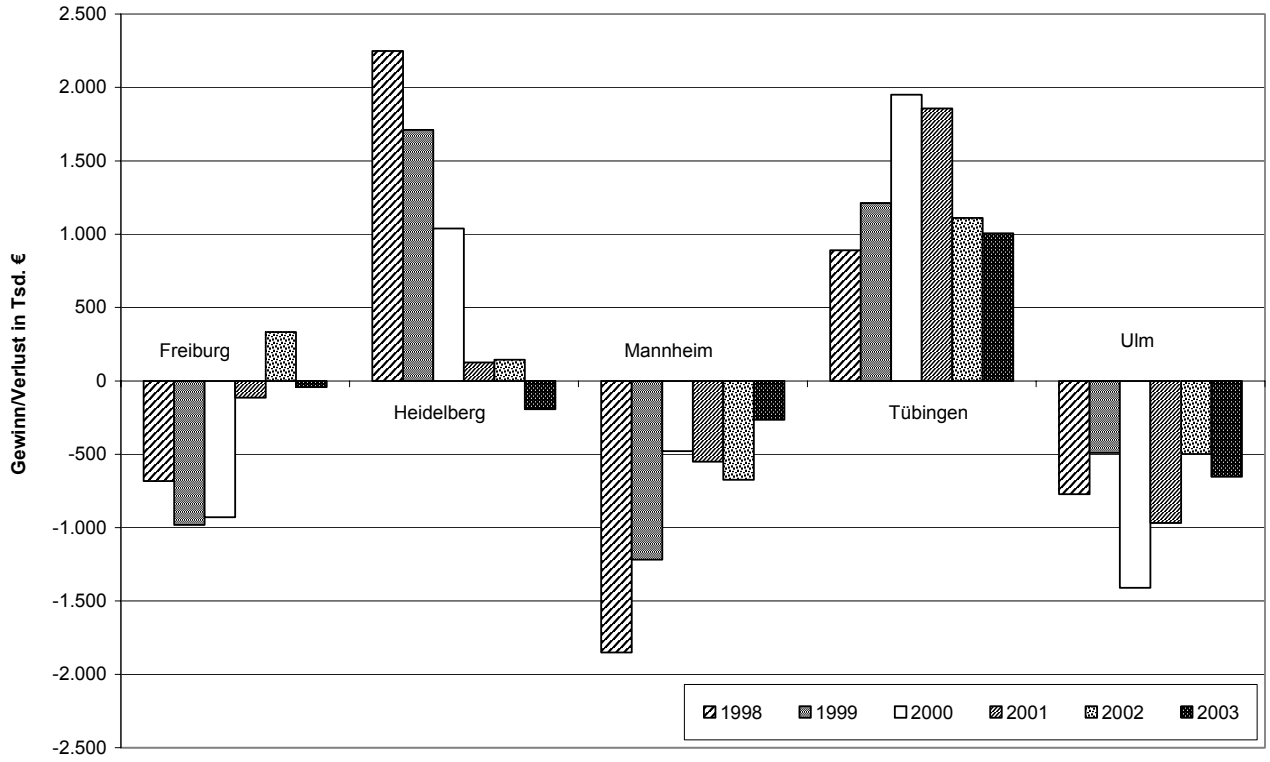
Quelle: Angaben des Landes

Landesintern wird diese Gewinn- und Verlustrechnung auch differenziert nach den erhobenen Leistungsparametern (z.B. Drittmittel, Publikationen, Lehrleistungen) ausgewiesen. Hierdurch bietet sich die Möglichkeit zu detaillierten Leistungsvergleichen, sodass die Medizinischen Fakultäten gezielte Verbesserungsmaßnahmen in einzelnen Defizitbereichen ergreifen können.

Seit der Einführung der leistungsorientierten Zuweisung des Landeszuführungsbetrags gehören die Medizinischen Fakultäten in Heidelberg und Tübingen zu den Nettogewinnern. Dabei zeigt die Entwicklung der Steigerungs- bzw. Kürzungsbeträge in Abbildung 9, dass insbesondere Freiburg in den zurückliegenden sechs Jahren eine deutliche Verbesserung erreichen konnte, während die Heidelberger Ergebnisse rückläufig waren.

Durch das fehlende außeruniversitäre wissenschaftliche Umfeld konnte der strukturell eher benachteiligte Standort Ulm bislang nicht vom landesweiten Umverteilungssystem profitieren. Obwohl im Rhein-Neckar-Dreieck hingegen ein für die Bundesrepublik erstklassiges wissenschaftliches Umfeld vorhanden ist, zählt Mannheim bisher zum größten Verlierer der leistungsorientierten Mittelvergabe des Landes.

Abbildung 9: Gewinne und Verluste im Rahmen der LOM des Landes (1998 bis 2003)



Leistungsparameter 1998 und 1999 = eingeworbene Drittmittel, ab 2000: zuzügl. Impactfaktoren, ab 2002: zuzügl. Lehrleistungen

Quelle: Angaben des Landes

Mit Erlass vom 19.4.2004 hat das MWK eine Umstellung des Finanzierungsverfahrens auf Kostennormwertbasis vorgegeben. Dabei errechnet sich der standortbezogene Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre aus der Summe einer pro Studienanfänger im Studienjahr zugewiesenen „Grundausstattung“ und einer primär leistungsbezogenen „Ergänzungsausstattung“. Danach wird zunächst ein gegenüber bisherigen Berechnungen[51] reduzierter Kostennormwert von 150.000 Euro je Studienanfänger in der Humanmedizin bzw. 154.000 Euro in der Zahnmedizin zugewiesen. Für jede Fakultät wird zusätzlich zur dieser Grundausstattung eine „Strukturkomponente“ in Höhe von 10 Mio. Euro pro Jahr angerechnet, sodass sich der für die Ergänzungsausstattung zur Verfügung stehende Budgetanteil entsprechend reduziert. Diese Strukturkomponente umfasst erstens einen Sockelbetrag in Höhe von 5

[51] Die Kostennormwerte wurden nach bisherigen Rechnungen auf 160.400 Euro für die Humanmedizin und 163.422 Euro für die Zahnmedizin angesetzt.

Mio. Euro, der jedem Standort unabhängig von seinen Aufgaben und seiner Größe für besondere Vorhaben in Forschung und Lehre zur eigenen Verwendung überlassen wird. Zweitens wird ein Betrag in Höhe von ebenfalls jeweils 5 Mio. Euro für Zielvereinbarungen sowie für besondere strukturelle Maßnahmen herangezogen. Die verbleibende Restsumme der den jeweiligen Medizinischen Fakultäten zur Verfügung gestellten Landeszuführungsbeträge,[52] wird als Ergänzungsausstattung in einen Topf zusammengeführt. Diese Mittel werden dann nach Leistungskriterien kompetitiv unter den Standorten verteilt. Der Leistungsbezug wird dabei in drei Schritten auf 100 % erhöht (1/3 in 2004, 2/3 in 2005 und 3/3 in 2006). Forschungsleistungen werden dabei künftig mit einem Anteil von 60 % (jeweils 30 % Drittmittel und Publikationen) und die Lehrleistungen mit einem Anteil von 40 % (20 % IMPP-Prüfungsergebnisse und jeweils 10 % anhand der Kennziffern „Beteiligung der Professoren an den ärztlichen Prüfungen“ sowie „Beteiligung des Lehrpersonals an Didaktikmaßnahmen“) berücksichtigt. In Abänderung des bisherigen Verfahrens wird künftig auf eine Erhebung der Parameter „Zuweisung der Fakultät gemäß der zeitlichen Belastungen für Lehrveranstaltungen“ sowie „Zuweisung der Fakultät gemäß der Qualität der Lehrleistungen“ verzichtet. Zudem wird der Bereich „Lehrevaluationen“ nicht mehr unmittelbar parametergestützt finanzwirksam, sondern zum Gegenstand von Zielvereinbarungen zwischen dem Ministerium und den einzelnen Medizinischen Fakultäten.

Empfehlungen:

Die Einführung der leistungsorientierten Zuweisungen eines steigenden Anteils des Landeszuführungsbetrags ist eine der wichtigsten Neuerungen, die gleichzeitig mit der Rechtsreform der baden-württembergischen Universitätsmedizin eingeführt wurde. Das Land hat hier mit Rheinland-Pfalz eine Vorreiterrolle in Deutschland übernommen, allerdings gibt es ähnliche Ansätze mit geringeren Umverteilungssätzen z.B. auch in den meisten anderen Bundesländern **(siehe Tabelle 6 im Anhang**). Der durch die landesweite LOM induzierte Wettbewerb zwischen den Medizinischen Fakultäten hat zur Transparenz der Mittelzuweisung durch das Land beigetragen. Das Verfahren bietet zudem eine differenzierte Übersicht über Leistungen in den Teilbe-

[52] Für den Zeitraum der Vereinbarung zur Planungssicherheit bis 2006 werden die hierbei zugrunde liegenden standortspezifischen Haushaltsansätze jeweils unverändert als Basis für das LOM-Verfahren herangezogen.

reichen Forschung (Drittmittel und Publikationen) und Lehre (Prüfungsnoten, Evaluation) und zur Leistungseffizienz in Relation zu den vom Land zur Verfügung gestellten Mitteln. Die Fakultäten erhalten hierdurch wichtige Hinweise, in welchen Teilbereichen Verbesserungsbedarf besteht. Gleichzeitig werden deutliche Anreize gesetzt, die Leistungsfähigkeit der Standorte zu erhöhen.

Bei einem Gesamtumverteilungsvolumen im bisherigen Verfahren von über 79 Mio. Euro liegen die maximalen jährlichen Gewinne und Verluste bei nur rund 2 Mio. Euro pro Standort. Trotz des zu geringen tatsächlichen Umverteilungsbetrages, würdigt der Wissenschaftsrat die psychologische Wirkung dieses landesweiten Anreizsystems.

Das Verfahren greift zudem auf überwiegend leicht zugängliche Parameter zurück, die weitgehend auf externer Begutachtung in peer-review-Verfahren basieren und erreicht bei einem günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis eine große Transparenz. Diese Transparenz und die praktizierte Abstimmung und Anpassung des Systems in Zusammenarbeit mit den Medizinischen Fakultäten haben entscheidend zur Akzeptanz dieses Instrumentes beigetragen.

Andererseits kann nicht übersehen werden, dass insbesondere die kleinere Ulmer Fakultät durch in unmittelbarer Nachbarschaft fehlende außeruniversitäre Kooperationspartner (Max-Planck-Institute, Helmholtz-Zentrum) bei der Einwerbung hochrangiger Drittmittel[53] strukturell benachteiligt ist. Für Mannheim dürfte sich hingegen das Fehlen einer Vorklinik nachteilig auswirken.

Eine Anpassung bei der Erhebung der Leistungsparameter, mit dem Ziel, Verluste einzelner Fakultäten zu minimieren, hält der Wissenschaftsrat jedoch nicht für sinnvoll. Unter dem jetzigen System profitieren diejenigen Standorte, die in Relation zum Ressourceneinsatz durch das Land eine bessere Leistungsbilanz und somit eine hö-

[53] Nach externer Begutachtung vergebene Drittmittel werden doppelt gewichtet. Drittmittel aus der Industrie werden in aller Regel jedoch ohne externe Begutachtung vergeben und daher einfach gewichtet.

here Effizienz vorzuweisen haben. Korrekturen, die diesem Effizienzprinzip zuwider laufen, wären kontraproduktiv.

Der landesweite Wettbewerb um die Zuschussmittel in der Medizin reduziert jedoch die ohnehin schwach ausgeprägte standortübergreifende Kooperation in Forschung und Lehre. Der standortübergreifenden Kooperation in der Forschung kommt daher eine hohe Bedeutung zu (siehe auch Abschnitt C.II.2., S. 32.) Die Förderung standortübergreifender und thematisch auf die Lehre fokussierter Kompetenzzentren wird begrüßt.

Anknüpfend an die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin[54] sollten künftig bis zu 40 % des Landeszuführungsbetrags leistungsbezogen an die Einrichtungen vergeben werden. Da jedes Anreizsystem grundsätzlich immer bei den tatsächlichen Leistungsträgern ansetzen sollte, empfiehlt der Wissenschaftsrat, die Hälfte dieser Mittel direkt denjenigen Abteilungen zuzuteilen, auf deren Leistungen die Mehrzuweisung des Landes basiert. Dies könnte im Rahmen der **fakultätsinternen** Verfahren der leistungsorientierten Mittelverteilung erfolgen. Die anderen 20 % des leistungsbezogenen Landeszuführungsbetrags sollten in der Verantwortung des Fakultätsvorstandes für strukturelle Maßnahmen im Rahmen der fakultätsinternen Forschungs- und Lehrförderung, der Profilbildung und von Berufungen zur Verfügung stehen. Dieser Ansatz bietet sich insbesondere als „Zwischenlösung“ an, solange das Forschungsförderungssystem in Deutschland den so genannten **„Overhead“**, also die **indirekten Kosten** der Forschung für Infrastruktur, erforderliche Grundausstattung, Verwaltungskosten, etc. nicht abdeckt.[55]

Mittelfristig hält es der Wissenschaftsrat jedoch für unerlässlich, dass sich Bund und Länder darüber verständigen, wie zumindest eine teilweise Bereitstellung von Mitteln zur Abdeckung von **Gemeinkosten** von Drittmittelprojekten an Hochschulen erreicht werden kann. Hierdurch könnte in besonderer Weise sichergestellt werden, dass die

---

[54] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 50 ff.
[55] Ebd., S. 48 ff.

Einwerbung hochrangiger Drittmittel nicht zur Aufzehrung von Fakultätsressourcen führt, sondern diese mehrt.

Das LOM-System des Landes hat bislang noch nicht ausreichend dazu beigetragen, die historisch gewachsene Höhe des jeweiligen Zuweisungsbetrags an die einzelne Medizinische Fakultät leistungs- und belastungsgerecht zu korrigieren. In Zusammenhang mit der vorgesehenen Umsetzung des Kostennormwertmodels in Baden-Württemberg ist es unbedingt erforderlich, dass die Ergänzungsausstattung – neben der festgelegten Grundausstattung je Studienanfänger – als zwingender Bestandteil des Landeszuführungsbetrags verstanden wird und sich in seiner Höhe an den von der Kultusministerkonferenz empfohlenen 50 % der Grundausstattung orientiert. Darüber hinaus sieht der Wissenschaftsrat die geplante Absenkung der Grundausstattung im baden-württembergischen Modell um jeweils rund 10.000 Euro je Studienanfänger gegenüber den ermittelten Kostennormwerten von 160.440 bzw. 163.422 Euro als negatives Signal für andere Länder, die ebenfalls den Kostennormwert einführen wollen.

V.2. Trennungsrechnung für Forschung, Lehre und Krankenversorgung

Bis 1992, d.h. bis zum Ende des Selbstkostendeckungsprinzips, wurden die von den Krankenkassen zu entrichtenden Pflegesätze in der Weise ermittelt, dass aus den Gesamtkosten der Universitätsklinika die Kosten von Forschung und Lehre ausgegliedert wurden. Der Umfang dieser Ausgliederung orientierte sich weniger an den tatsächlichen Kosten - die nicht genau bekannt und immer umstritten waren - als an Vermutungen und Vorgaben. Dabei setzte sich die Praxis durch, dass in der Regel mindestens 20 % der Gesamtkosten Forschung und Lehre zuzurechnen seien. Methodisch wurde der Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre auf diese Weise aus einer Fehlbetragsrechnung abgeleitet und den Universitätsklinika als “Verlustzuweisung” zur faktischen Defizitdeckung zur Verfügung gestellt. Mit In-Kraft-Treten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) 1993 ist dieses Verfahren entfallen, da die Gesamtkosten der Universitätsklinika bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen ohne Belang sind. Verhandelt wird nur noch über die in der Krankenver-

sorgung zu erwartenden Kosten. Mit der Einführung des Fallpauschalensystems sollen schließlich die medizinischen Leistungen auf der Basis von landesweit einheitlichen Durchschnittspreisen vergütet werden.

Infolge des HMG wird seit 1998 der Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre in der Medizin den Medizinischen Fakultäten zugewiesen. Hierdurch waren die Fakultäten erstmals vor die Aufgabe gestellt, die Aufteilung der Landesmittel auf die einzelnen Institute, Kliniken und Abteilungen selbst verantworten zu müssen, ohne dafür auf etablierte und bewährte Verteilungsschemata zurückgreifen zu können.[56] So war es das Nächstliegende, die bisherigen Gesamtbudgets der einzelnen Einrichtungen einer Analyse zu unterziehen und dabei zwischen Kosten der Krankenversorgung und Kosten für Forschung und Lehre zu trennen. Eine solche **Trennungsrechnung** bezeichnete zum damaligen Zeitpunkt also einen einmaligen Vorgang der nachträglichen pauschalierten Trennung der für Krankenversorgung, Forschung oder Lehre verbuchten Aufwendungen bei praktizierten Gesamtbudgets.[57]

Je nach angewandter Systematik der betrachteten Kostenarten (z.B. in Anlehnung an die Aufwandsarten der Krankenhausbuchführungsverordnung[58]) konnte so beispielsweise ermittelt werden, wie viel Prozent der Personalkosten jeder Abteilung durch Forschung- und Lehre bedingt und wie viel Prozent der entstandenen Sachkosten auf die Krankenversorgung zurückzuführen waren.

---

[56] Die Ulmer Fakultät hatte bereits 1995 und somit vor In-Kraft-Treten des HMG eine Trennungsrechnung durchgeführt und mit einer leistungsorientierten Mittelvergabe begonnen.

[57] Um zu einer Auftrennung der Mittelflüsse zu gelangen, wurden Näherungen und Schätzungen zu den jeweiligen Forschungs-, Lehr- und Krankenversorgungsanteilen an den verschiedenen Kosten durchgeführt. Dabei wurde versucht, die jeweiligen Fachspezifika abzubilden und auf die Abteilungsbudgets anzuwenden. Berücksichtigt wurden hier beispielsweise Unterschiede zwischen reinen Forschungsabteilungen, Abteilungen mit mittelbarer Krankenversorgung in Klinisch-Theoretischen Fächern (mit ggf. hohem labormedizinischem Anteil) und klassischen klinisch-stationären Abteilungen mit unterschiedlich hohem medizinischem Bedarf (z.B. Transplantate, Arzneimittel, Blutkonserven etc.) in “teuren” oder “billigen” Fächern. Weitere Parameter waren Unterschiede beim Lehraufwand, aber auch Fallzahlen, Bettenkapazitäten etc. Am Ende dieser Rechnungen standen Prozentanteile für Forschung und Lehre am Gesamtbudget der jeweiligen Abteilungen.

[58] Alle deutschen Krankenhäuser sind durch die KHBV § 8 zur Durchführung einer Kosten- und Leistungsrechnung verpflichtet, die eine betriebsinterne Steuerung sowie eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit erlaubt. Sie muss die Ermittlung der pflegesatzfähigen Kosten sowie die Erstellung der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach den Vorschriften der KHBV ermöglichen.

Die Zuteilung der Kosten auf die Teilbereiche Forschung- und Lehre erfolgte immer bis zur kompletten Aufteilung des Landeszuführungsbetrags, wobei zumeist Vorwegabzüge für zentrale Fakultätsaufgaben wie die Kosten für das Dekanat, Forschungs- und Lehrförderinstrumente der Fakultät, Beträge für die Akademischen Lehrkrankenhäuser und Kostenerstattungen an das Klinikum für die Bereitstellung von Infrastruktur, Heizung, Strom, ggf. Bauunterhalt, Verwaltung etc. vorgenommen wurden.

Eine Übersicht über die Aufteilung der einzelnen Kostenblöcke im Rahmen der internen Budgetierung zeigt **Tabelle 7 im Anhang**. Hierbei wird deutlich, dass das Rechnungswesen der Standorte nicht unmittelbar vergleichbar ist. So werden z.B. die Abzugsbeträge für die Leistungen der Universitätsklinika nach unterschiedlichen Verfahren ermittelt.

Die nachfolgende Übersicht 15 zeigt, dass sich die Höhe der Abzugsbeträge sowohl relativ zum Landeszuführungsbetrag als auch absolut erheblich unterscheiden. Es ist hier zu vermuten, dass diese Unterschiede sowohl auf die tatsächlich angefallenen Kosten als auch auf Unterschiede bei der Kostenzuordnung zurückgehen.

Übersicht 15: Abzugsbeträge für Leistungen des Klinikums aus dem Landeszuführungsbetrag der Medizinischen Fakultäten im Jahr 2001

	Freiburg	Heidelberg	Mannheim*	Tübingen*	Ulm
Landeszuführungsbetrag in Mio. €	91,5	105,2	37,7	92,1	81,5
Abzüge für das Klinikum in Mio. €	14,1	28,5	11,5	15,7	13,8
Abzüge in % am Landeszuführungsbetrag	15,4%	27,1%	30,5%	17,0%	16,9%

Die Abzugsbeträge enthalten Aufwendungen für kleinere Baumaßnahmen, Instandhaltung, Bereitstellung der Infrastruktur einschließlich Verwaltungskosten und Mieten.
* Im Unterschied zur Darstellung in Tabelle 7 des Anhangs ist hier der Landeszuführungsbetrag ohne die einmaligen Rückstellungen aus den Vorjahren wiedergegeben.
Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinika

Vereinzelt erfolgten auch “behutsame Anpassungen der Abteilungsbudgets an die Leistungsfähigkeit” bei der Zuteilung der Grundausstattung. Zumeist wurde aber nach dem Prinzip der Besitzstandswahrung verfahren. Verwerfungen sollten vermieden und ein maximaler Konsens erreicht werden. Damit war der eigentliche Tren-

nungsvorgang abgeschlossen. Dabei handelte es sich jedoch nicht um eine Zuordnung der tatsächlichen Kosten auf die Blöcke Forschung, Lehre und Krankenversorgung, sondern lediglich um eine konsensfähige und für die Abteilungen kostenneutrale Kostenzuordnung. Die erzielten Ergebnisse wurden als absolute wie relative Budgets für Forschung und Lehre zur Grundlage der fakultätsinternen Aufteilung des Landeszuführungsbetrags in den Folgejahren (siehe Abschnitt C.II.3 b), S. 38 ff.).

Empfehlungen:

Die Führung eines Universitätsklinikums unter rein ökonomischen Gesichtspunkten wird dem gesellschaftlichen Auftrag an die Universitätsmedizin nicht gerecht. Der Wissenschaftsrat ist sich bewusst, dass in den Universitätsklinika Forschung, Lehre und Krankenversorgung als miteinander gekoppelte Leistungen erbracht werden (so genannte „Kuppelproduktion“) und daher die Kostentrennung schwierig ist. Zu einem gewissen Teil wird eine Kostentrennung immer auf normativen Hypothesen beruhen, da sich insbesondere Gemeinkosten nur schwer zuordnen lassen. Jedoch darf dies nicht zum Anlass genommen werden, die Bemühungen um eine kontinuierliche Verbesserung der Kostenzuordnung einzuschränken oder auszusetzen. Hierzu gibt er die folgenden Empfehlungen:

1. Der Wissenschaftsrat hält die Ansätze der gewählten Verfahren der Trennungsrechnung für prinzipiell geeignet, um zu einer plausiblen Ausgangsbasis für künftige Forschungs- und Lehrbudgets zu gelangen.

2. Es ist unverzichtbar, die zugrunde gelegten Annahmen der Trennungsrechnung regelmäßig zu überprüfen und anzupassen. Auf eine aufwendige unterjährige buchhalterische Verwendungskontrolle sollte weitgehend verzichtet werden. Wichtiger ist es, Leistungsbilanzen mit Abschluss des Wirtschaftsjahres zu erstellen. Diese sollten zusammen mit dem Jahresabschlussbericht z.B. in einem Lagebericht dokumentiert werden. Der Jahresabschlussbericht ist durch Sachverständige zu überprüfen und zu bewerten.

3. Wegen der Verpflichtung der Fakultäten, ein Höchstmaß an Leistungseffizienz mithilfe der Landesmittel zu erreichen, ist eine transparente Kostenzuordnung

unumgänglich. Dementsprechend ist auch im Bereich der Fakultätsmittel eine Kosten- und Leistungsrechnung (zumindest in Form einer differenzierten Kostenstellenrechnung) unabdingbar. Sie ist gleichzeitig die Voraussetzung, um eine realitätsnahe Trennungsrechnung herbeizuführen.

4. Es kommt darauf an, Prozesse zu initiieren, die sicherstellen, dass künftig die intrafakultäre Aufteilung des Landeszuführungsbetrags ausschließlich nach Leistungskriterien erfolgt (siehe auch LOM, Abschnitt C.II.3.b, S. 38 ff.).

5. Da das Klinikum in aller Regel in Bezug auf die Fakultät eine besondere Stellung innehat, ist das Klinikum der Fakultät gegenüber zu einer maximalen Transparenz bei der Preisgestaltung durch eine entsprechende Kosten-Leistungsrechung verpflichtet.

6. Auf der Grundlage eines transparenten Rechnungswesens muss vor Beginn des Wirtschaftsjahres festgelegt werden, welche Budgets jede Abteilung für Leistungen in der Krankenversorgung, der Forschung und der Lehre erhält. Es muss sichergestellt werden, dass Mittel für Forschung und Lehre aus dem Landeszuführungsbetrag nicht für Aufgaben in der Krankenversorgung zweckentfremdet werden. Ebenso dürfen Budgets für die Krankenversorgung nicht für Forschung oder Lehre eingesetzt werden.

7. Der Fakultätsvorstand muss einen ungehinderten Zugang zu allen Daten erhalten und Mitarbeiter beschäftigen, die mit diesen Daten umgehen können. Ein zeitnahes Controlling vonseiten der Medizinischen Fakultät muss die wesentliche Grundlage für gegenseitig zu erbringende Leistungen und die daraus resultierenden Erstattungen sein.

8. Es ist die Pflicht der Klinikchefs und des Fakultätsvorstandes darauf zu achten, dass Stellenkürzungen im Bereich der Krankenversorgung nicht durch zusätzliche ärztliche Tätigkeiten wissenschaftlicher Mitarbeiter kompensiert werden. Ebenso muss ausgeschlossen werden, dass z.B. teure Medikamente dazu führen, dass die Kosten bei den Verbrauchsmitteln für die Forschung eingespart

werden. Die in Deutschland noch viel zu geringen zeitlichen Freiräume für Forschung und Lehre an den Universitätsklinika müssen erweitert werden.

9. Im Rahmen der Krankenversorgung kann es vorkommen, dass einzelne Abteilungen aufgrund ihres speziellen Aufgabenspektrums negative Bilanzen vorlegten. Es ist Aufgabe des Klinikumsvorstandes, Gewinne und Verluste in der Krankenversorgung im Rahmen einer Mischkalkulation aufzufangen und eine entsprechende innerbetriebliche Leistungsverrechnung sicherzustellen. Auch hierbei ist maximale Transparenz anzustreben.

10. Insbesondere die Fakultäten des Landes sollten sich regelmäßig über die Verfahren der Trennungsrechnung und der LOM austauschen.

11. Es wird empfohlen, zumindest innerhalb eines Landes das Rechnungs- und Berichtswesen so auszugestalten, dass vergleichende Analysen für die universitätsmedizinischen Einrichtungen möglich werden.

D. Rechtliche Rahmenbedingungen

I.1. Das Hochschulmedizinreformgesetz (HMG) von 1998

Das Land hat mit dem Gesetz zur Reform der Hochschulmedizin (HMG), das am 1. Januar 1998 in Kraft getreten ist, die Universitätsklinika Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm rechtlich verselbstständigt.[59] Ziel des Gesetzes war es, die Wirtschaftsführung der Universitätsklinika vor dem Hintergrund des wachsenden Kostendrucks im Gesundheitswesen zu verbessern. Hierdurch sollten sowohl die Entstehung zukünftiger Ertragsdefizite als auch deren Finanzierung durch eine Zweckentfremdung der Landeszuschüsse für Lehre und Forschung vermieden werden. Zugleich sollten der effiziente Einsatz der vom Land für medizinische Forschung und

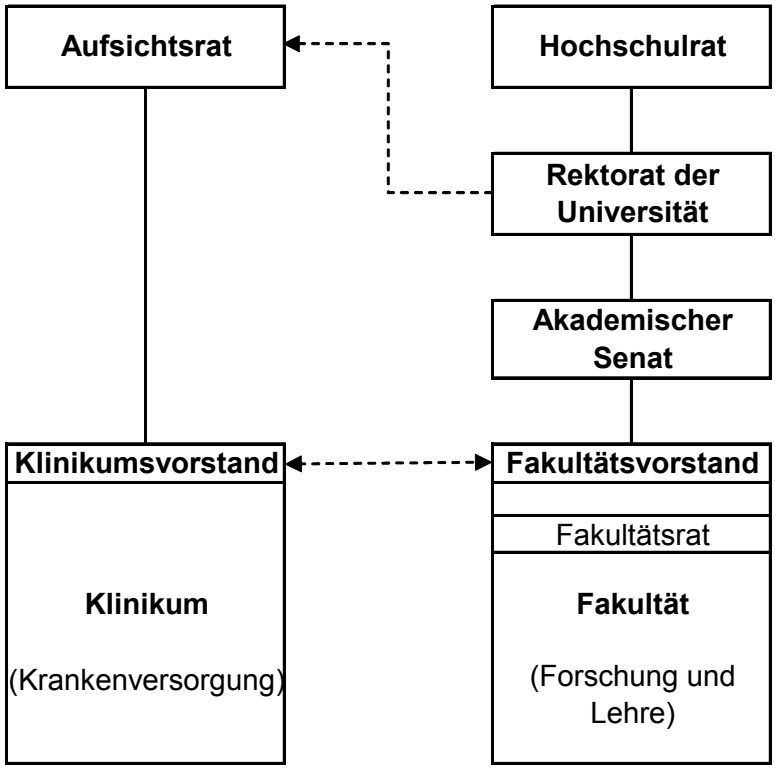
[59] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 28. Rahmenplan für den Hochschulbau 1999-2002, Köln 1998, Band 2, S. BW 60 ff.

Lehre zugewiesenen Mittel verbessert und die reibungslose Abstimmung der in Forschung und Lehre zu treffenden Entscheidungen mit den Universitätsklinika gewährleistet werden. Nach den Bestimmungen des HMG (Art. 1)[60] wurden die bisher als unselbstständige Anstalten und zugleich als Landesbetriebe geführten Universitätsklinika in rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts der Universitäten umgewandelt und aus der Fachaufsicht des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst (MWK) entlassen. Damit sollte ihnen die Möglichkeit einer Wirtschaftsführung eröffnet werden, die denen privatwirtschaftlich geführter Unternehmen nahe kommt. Das Land hat sich somit grundlegend für das auf Aufgabentrennung beruhende Kooperationsmodell entschieden.[61]

[60] Artikel 1 des HMG beinhaltet das Gesetz über die Universitätsklinika Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm (Universitätsklinika-Gesetz - UKG).

[61] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin - Aufgaben, Organisation, Finanzierung, Köln 1999, S. 90; Stellungnahme zu Strukturreformen in der Berliner Hochschulmedizin, Berlin Januar 2003, Drs. 5515/03, S. 14 ff.

Abbildung 10: Kooperationsmodell - Krankenversorgung kooperiert mit Forschung und Lehre auf der Basis unterschiedlicher Rechtsformen



Um sicherzustellen, dass die Universitätsklinika neben ihren Aufgaben in der Krankenversorgung auch künftig der medizinischen Forschung und Lehre der Universität dienen, enthält das Gesetz die Verpflichtung der Universitätsklinika und der Universitäten zur gegenseitigen Beteiligung an ihren Entscheidungen. Den Entscheidungsorganen der Universitätsklinika (Klinikumsvorstand, Aufsichtsrat) und der Medizinischen Fakultät (Fakultätsvorstand, Fakultätsrat) gehören jeweils auch Vertreter der "anderen Seite" an.

Entscheidungen, die sich auf Forschung und Lehre auswirken, werden im **Benehmen** mit der Universität getroffen. Ein **Einvernehmen** ist erforderlich bei allgemeinen Regelungen der Organisation des Universitätsklinikums, Entwicklungsplänen für das Universitätsklinikum und bei der Errichtung, Aufhebung und Veränderung von Abtei-

lungen sowie bei der Bestellung und Abberufung von Abteilungsleitern. Konfliktfall- oder Schlichtungsregelungen sind nicht vorgesehen.

Die Universitätsklinika haben als **Organe** einen Klinikumsvorstand und einen Aufsichtsrat. Der **Klinikumsvorstand** leitet das Klinikum. Die Zusammensetzung der jeweiligen Organe ist in der folgenden Übersicht wiedergegeben. Dem **Aufsichtsrat** obliegt insbesondere die Bestellung, Beratung und Überwachung des Klinikumvorstandes. Er entscheidet über Änderungen der Satzung des Klinikums, die Feststellung des Wirtschaftsplans und des Jahresabschlusses sowie über die Verwendung des Jahresergebnisses, die Bestellung des Abschlussprüfers und die Entlastung des Klinikumsvorstandes. Außergewöhnliche, über den Rahmen des laufenden Geschäftsbetriebs hinausgehende Rechtsgeschäfte, Maßnahmen und Regelungen bedürfen der Zustimmung des Aufsichtsrates.

Übersicht 16: Organe der Universitätsklinika und deren Mitglieder (nach UKG)

Organe der Klinika	Mitglieder
Aufsichtsrat (§ 9 UKG[62])	• 1 Vertreter des Wissenschaftsministeriums (Vorsitz) • 1 Vertreter des Finanzministeriums • Rektor der Universität • Prorektor der Universität • 2 bis 4 externe Sachverständige aus der Wirtschaft und der medizinischen Wissenschaft • Vertreter des Personals (mit beratender Stimme, jedoch mit Stimmrecht bei ”Personalangelegenheiten”)
Klinikumsvorstand (§ 10 UKG)	• Leitender Ärztlicher Direktor (Vorsitz) • stellv. Leitender Ärztlicher Direktor • Kaufmännischer Direktor • Dekan der Medizinischen Fakultät • Pflegedirektor

Die **Satzung** regelt die Rechtsverhältnisse des Klinikums und dessen Vertretung.[63] Sie legt die Grundsätze für die Gliederung des Universitätsklinikums in medizinische und sonstige Einrichtungen, ihre Aufgaben, Nutzung und die weitere Untergliederung

[62] In der Fassung vom 24. November 1997, geändert durch Art. 8 HochschulrechtsÄndG vom 6. Dezember 1999.

[63] So ist in den Satzungen der Universitätsklinika festgelegt, dass der Leitende Ärztliche Direktor und der Kaufmännische Direktor das Universitätsklinikum gemeinsam vertreten.

gemäß den Belangen der Krankenversorgung unter Berücksichtigung der Erfordernisse von Forschung und Lehre sowie fest. Die Satzungen der Universitätsklinika wurden vom Wissenschaftsministerium (MWK) erlassen. Änderungen der Satzung und der Gliederung bedürfen der Genehmigung des MWK, die jedoch nur aus rechtlichen Gründen versagt werden kann.

Parallel zur Neustrukturierung der Klinika wurde die Entscheidungsstruktur der Medizinischen Fakultät durchgreifend geändert (Art. 2 HMG). Organe der Medizinischen Fakultät sind der Fakultätsvorstand und der Fakultätsrat. Die Zusammensetzung der Organe ist in nachfolgender Übersicht zusammengefasst.

Übersicht 17: Organe der Medizinischen Fakultäten und deren Mitglieder (nach UG)

Organe der Med. Fakultäten	**Mitglieder**
Fakultätsvorstand (Dekanat) (§ 25c UG[64])	kraft Amtes: • Dekan (Vorsitz) • Prodekan (als Stellvertreter des Dekans) • Studiendekan • Ärztlicher Direktor • Kaufmännischer Direktor (mit beratender Stimme) Fakultativ: Bestellung von zwei weiteren hauptberuflichen Professoren der Med. Fakultät durch den Fakultätsrat auf Vorschlag des Dekans
Fakultätsrat (§ 25d UG)	kraft Amtes: • Mitglieder des Fakultätsvorstandes • Ärztlicher Direktor • Kaufmännischer Direktor (mit beratender Stimme) durch Wahlen: • 12 Professoren der Universität • 4 Vertreter des wissenschaftlichen Dienstes • 1 sonstiger Mitarbeiter • 6 Studierende
Erweiterter Fakultätsrat (§ 25 Abs. 3 UG)	• alle hauptamtlich tätigen Professoren der Fakultät und der Fakultätsrat

Dem **Fakultätsvorstand** obliegt die Leitung der Fakultät. Insbesondere führt er im Rahmen der Aufgaben der Fakultät die Dienstaufsicht über die Forschung und Lehre

[64] Gesetz über die Universitäten im Lande Baden-Württemberg (UG) in der Fassung vom 1. Februar 2000.

dienenden Einrichtungen, er stellt die Grundsätze für die Verteilung und Verwendung des Landeszuführungsbetrags auf und entscheidet über die Verwendung und Zuweisung der Stellen und Mittel. Dieser Logik folgend erhalten die Medizinischen Fakultäten den Landeszuführungsbetrag seit 1998 direkt zugewiesen. Dem Fakultätsvorstand wurde die Entscheidung über den leistungsbezogenen Einsatz der Mittel für die medizinische Forschung und Lehre übertragen. Er sorgt zudem dafür, dass die Forschungsleistungen in den Einrichtungen unter Beteiligung externer Sachverständiger im Abstand von bis zu sieben Jahren ("7-Jahresevaluation") begutachtet werden.

Vorsitzender des Fakultätsvorstandes wie des Fakultätsrates ist der **Dekan**, der vom Fakultätsrat für die Dauer von zwei bis vier Jahren gewählt wird und die Fakultät nach außen und innen vertritt. Der engere **Fakultätsrat** ist zuständig für Entscheidungen, die entweder generelle Bedeutung haben (z.B. Feststellung des Entwurfs des Haushaltsvoranschlages, des Wirtschaftsplans) oder im Einzelfall von besonderer Bedeutung sind (z.B. Zustimmungsvorbehalt zu den Entwicklungsplänen für die Fakultät und zu den Grundsätzen für die Verteilung und Verwendung des Landeszuführungsbetrags). Die Entscheidungen der Fakultät bedürfen in Haushalts- und Strukturfragen der Zustimmung des Hochschulrates (§ 18 UG) und bei Berufungen der Beschlussfassung durch den Senat (§ 19 UG). Der **Hochschulrat** beschließt zudem – im Einvernehmen mit dem Universitätsklinikum – über die Aufstellung von Entwicklungsplänen der Medizinischen Fakultäten und die Funktionsbeschreibungen von Professuren. Neben dem **“engeren” Fakultätsrat** mit 28 Mitgliedern gibt es gemäß § 25 Abs. 3 UG noch den **“erweiterten” Fakultätsrat**, dem alle der Fakultät angehörenden Professoren stimmberechtigt hinzutreten. Er entscheidet in akademischen Angelegenheiten (Berufungskommissionen, Berufungen, Studien- und Prüfungsordnungen, Beschlussfassung über Evaluationsergebnisse und Lehrbericht).

Eine davon abweichende Rechtskonstruktion liegt für das Universitätsklinikum in Mannheim vor, da das dortige Universitätsklinikum nicht als Anstalt des öffentlichen Rechts geführt wird, sondern als gemeinnützige GmbH (gGmbH), deren alleinige Trägerin die Stadt Mannheim ist. Die Besonderheiten der Klinikum Mannheim gGmbH im Vergleich zu den Organen der übrigen Universitätsklinika in Baden-

Württemberg sind ausführlicher in der Tabelle 5 im Anhang dargestellt.[65] Das UG gilt uneingeschränkt auch für die Fakultät für Klinische Medizin Mannheim, die somit über die gleichen Organe und Kompetenzen verfügt wie die übrigen Medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg. Um den Dekan bei seinen Managementfunktionen zu unterstützen, wurde in Heidelberg, Mannheim und Tübingen zusätzlich die Position eines Geschäftsführers der Fakultät etabliert. In Freiburg ist eine entsprechende Position ausgeschrieben.

Zum 1. Januar 2005 soll in Baden-Württemberg ein für alle Hochschularten einheitliches Hochschulgesetz (LHG) sowie die Novellierung des Universitätsklinikagesetzes in Kraft treten. Wesentliches Ziel des neuen LHG ist es nach Angaben des Landes, die normativen Vorgaben erheblich zu reduzieren und die Hochschulautonomie bei gleichzeitiger Stärkung der Leitungsstrukturen weiter auszubauen. Die Regelungen für den Medizinbereich werden in § 27 LHG zusammengefasst. Die Medizinischen Fakultäten sollen durch die Gesetzesnovellierung wieder stärker in die Universitäten eingebunden und die fakultätsübergreifende Zusammenarbeit erleichtert werden. Die wesentlichen Änderungen des Universitätsklinikagesetzes (UKG) sind die Einführung einer Privatisierungsoption, die Schaffung von mehr Spielraum bei der Zusammensetzung des Klinikumsvorstandes, Konkretisierungen bezüglich der notwendigen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zwischen der Universität und dem Universitätsklinikum. Darüber hinaus sieht das Gesetz vor, die Personal- und Wirtschaftsverwaltung auf die Universitätsklinika zu übertragen.

I.2. Auswirkungen und Bewertung des HMG

Derzeit vollziehen sich grundlegende Reformen im Gesundheitssystem, sodass die im Rahmen des Kooperationsmodells für die Medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg etablierten Strukturen und Regelungen erst noch unter Beweis stellen müssen, dass sie auch unter den zukünftigen Anforderungen geeignet sind, das be-

[65] Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg in Mannheim, Drs. 5516/03, Berlin 2003, S. 5 ff.

sondere Aufgabenprofil der Universitätsmedizin in Forschung und Lehre zu sichern. Daher ist es noch zu früh, um eine abschließende Bewertung des Gesetzes vorzunehmen. Dennoch hat sich die Reform im Rückblick auf die vergangenen sechs Jahre weitgehend bewährt.

Im Gegensatz zu den Fakultäten ist es den Universitätsklinika schnell nach In-Kraft-Treten des Gesetzes gelungen, die neuen Leitungsstrukturen auszufüllen und die erweiterte Verantwortung zu nutzen. Die Universitätsmedizin in Baden-Württemberg hat sich sowohl bei der klinischen Versorgung als auch in der Forschung sehr gut platziert. Mitentscheidend für dieses Ergebnis waren sicher die bis 2001 vergleichsweise günstigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Baden-Württemberg, die es den Universitätsklinika des Landes erlaubten, bis zu zweistellige Millionenüberschüsse zu erzielen.[66] Hierdurch konnten nicht nur einschneidende Sparauflagen mit entsprechendem Konfliktpotenzial vermieden werden, sondern die erzielten Überschüsse in Folge der hinzugewonnenen Finanzautonomie zur Verbesserung der Infrastruktur von Krankenversorgung und teilweise der Forschung reinvestiert werden.

Im Folgenden werden die aus Sicht des Wissenschaftsrates wesentlichen Effekte der Hochschulmedizinreform von 1998 skizziert und Empfehlungen zu deren Weiterentwicklung gegeben.

a.) Professionalisierung der Managementaufgaben

Die wesentlichste Veränderung durch das HMG und mithin der rechtlichen Verselbstständigung der Universitätsklinika in Baden-Württemberg ist der Wegfall der Fachaufsicht des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst (MWK) für die Universitätsklinika. Das Land hat sich hiermit aus der unmittelbaren Kontrolle der Geschäftsführung zurückgezogen und nimmt nur noch die Rechtsaufsicht (§ 3 UKG) und die Gewährträgerschaft (§ 2 UKG) wahr. Rechte, Pflichten und Zuständigkeiten gingen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf das Universitätsklinikum über (§ 1 UKG). Das Universitätsklinikum erhielt hiermit de jure die unternehmerische und

[66] Landtag von Baden-Württemberg, Große Anfrage der CDU, Drucksache 13/2748, Eingang:17.12.2003, Ausgabe: 08.03.2004.

ökonomische Eigenverantwortung im Bereich der Krankenversorgung. Die unternehmerische Verantwortung der als unselbstständige Landesbetriebe nach § 26 Landeshaushaltsordnung (LHO) geführten und mit Globalhaushalten ausgestatteten Universitätsklinika lag faktisch auch schon vor In-Kraft-Treten des Gesetzes 1998 bei den Klinikumsvorständen, da eine organisatorische Detailsteuerung der Universitätsklinika in Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm mit jeweils 4000 bis 6000 Beschäftigten und Jahresumsätzen von insgesamt weit über 1 Mrd. Euro vom MWK nicht geleistet werden konnte. Das Gesetz schuf aber eine neue rechtliche Grundlage für diese Eigenständigkeit, indem es geordnete Verfahren etablierte. So wurde die operative Steuerung den jeweiligen Vorständen der Universitätsklinika übertragen, während die Aufsichtfunktion an Aufsichtsräte mit externem Sachverstand delegiert wurde (§§ 8 bis 10 UKG). Die Absicht des Gesetzgebers, die **unternehmerische Eigeninitiative** der Universitätsklinika zu stärken, kommt darüber hinaus in deren Recht zum Ausdruck, sich zur Aufgabenerfüllung Dritter bedienen zu dürfen und insbesondere Unternehmen gründen oder sich an Unternehmen beteiligen zu können (§ 4 Abs. 4 UKG). Von dieser Möglichkeit wurde in zunehmendem Umfang Gebrauch gemacht. In Folge der gewachsenen unternehmerischen Verantwortung haben die Universitätsklinika ein flächendeckendes Berichtswesen und Controlling ausgebaut sowie mit dem Aufbau einer Kostenträgerrechnung begonnen. Mit dem Auf- und Ausbau der internen Budgetierung wurden Schwächen und Stärken der Wirtschaftsführung transparent gemacht und deren Ursachen analysiert, um Einsparpotenziale beispielsweise durch das Outsourcen unrentabler Bereiche zu heben. Zur Verbesserung der Haushaltdisziplin wurden Bonus- und Malussysteme als Anreizinstrumente eingeführt.

Parallel zu den Universitätsklinika wurden auch die Entscheidungsstrukturen der Medizinischen Fakultäten umfassend geändert, sodass auch hier Geschäftsführung und Aufsicht getrennten Organen (Fakultätsvorstand bzw. Fakultätsrat) zugewiesen wurden, um zu einer klareren Aufgabenverteilung zu gelangen und die Eigenverantwortung zu stärken.

Empfehlungen:

Der Zugewinn der Universitätsklinika und der Medizinischen Fakultäten an Gestaltungsspielraum ist vorbehaltlos als die wesentliche Errungenschaft des HMG zu bewerten. Bereits zwei Jahre nach Einführung des Gesetzes und trotz anfänglicher Skepsis beurteilten die Vorstände der Universitätsklinika und der Medizinischen Fakultäten in einer Zwischenbilanz die Reform überwiegend positiv.[67] Die Dekanate und Studiendekanate wurden zumeist personell zu "Geschäftsstellen" der Fakultäten erweitert, um ein professionelles Management zu ermöglichen. An den Fakultäten in Heidelberg, Mannheim und Tübingen hat sich hierfür die Etablierung von Fakultätsgeschäftsführern (Fakultätsdirektorin in Tübingen) bewährt.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, Fakultätsgeschäftsführer zu etablieren, um den Fakultätsvorstand in Verwaltungsangelegenheiten zu entlasten und bei der strategischen Planung zu unterstützen.

Zur Hauptamtlichkeit der Vorstände:

Der gewachsene Verantwortungsbereich und die Zunahme der Abstimmungserfordernisse haben eine erhebliche Mehrbelastung der jeweiligen Vorstände, insbesondere jedoch des Ärztlichen Direktors und Dekans, mit umfangreichen Vertretungsaufgaben nach außen und nach innen mit sich gebracht. Ein Universitätsklinikum als großes und komplexes Dienstleistungsunternehmen an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Wissenschaftssystem mit mehreren tausend zumeist hochqualifizierten Beschäftigten kann nicht nebenamtlich geleitet werden. Der Systemwechsel in der Krankenhausfinanzierung und der dadurch bedingte zunehmende wirtschaftliche Druck auf die Universitätsklinika, der permanente Strukturveränderungen erfordert, sowie der daraus resultierende Abstimmungsbedarf mit der Universität als Träger von Forschung und Lehre haben hierzu entscheidend beigetragen. Die derzeitige Rechtslage in Baden-Württemberg sieht fünfköpfige Klinikumsvorstände vor, in denen lediglich der Kaufmännische Direktor und der Pflegedirektor hauptamtlich tätig sind, während der Leitende Ärztliche Direktor, sein Stellvertreter und der Dekan als

[67] Aktuelle Reihe Nr. 8: Zwei Jahre Medizinreform Baden-Württemberg. Hrsg. Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg; März 2000.

Mitglieder der Medizinischen Fakultät und als Leiter wissenschaftlicher Einrichtung nur nebenamtlich im Klinikumsvorstand tätig sind. Der Wissenschaftsrat sieht hierin die prinzipielle Gefahr, dass die Erfordernisse von Forschung und Lehre sowie einer qualitativ hochwertigen Krankenversorgung personell nicht angemessen im Vorstand vertreten sind, sodass die Leitung der Universitätsklinika mehr als geboten unter dem Primat der Wirtschaftlichkeit erfolgt. Diese Leitungsstruktur wird dem besonderen Anforderungsprofil der Universitätsklinika vor dem Hintergrund der bestehenden und künftigen Herausforderungen nicht gerecht.

Der Wissenschaftsrat daher eine weitere **Professionalisierung der Vorstände** von Klinikum und Fakultät. Insbesondere die Funktion des **Leitenden Ärztlichen Direktors** sollte hauptamtlich wahrgenommen werden. Der Landesgesetzgeber sollte die rechtlichen Voraussetzungen schaffen, dass künftig **hauptamtliche Leitende Ärztliche Direktoren** als Vorsitzende der Klinikumsvorstände bestellt werden können. Ihnen sollte dann entsprechend der bisherigen Empfehlungen des Wissenschaftsrates[68] auch das alleinige Vertretungsrecht nach innen und außen zukommen. Die Bestimmung, dass der Leitende Ärztliche Direktor sowie sein Stellvertreter approbierte Ärzte und Professoren der Medizin sein müssen, hält der Wissenschaftsrat für sachgerecht. Eine bereits bestehende Mitgliedschaft des Leitenden Ärztlichen Direktors in der jeweiligen Medizinischen Fakultät sollte jedoch nicht zwingend für die Berufungen sein. Geeignete Führungspersönlichkeiten müssen auch von außen bestellt werden können. Der Wissenschaftsrat verkennt nicht, dass es derzeit auf dem Arbeitsmarkt nur wenige Anwärter für hauptamtliche Leitende Ärztliche Direktoren gibt. Er geht jedoch davon aus, dass sich dies mittelfristig ändern wird, sobald entsprechende Positionen geschaffen werden.

Der **Dekan** als Mitglied des Klinikumsvorstandes und Vorsitzenden des Fakultätsvorstandes muss auf gleicher Augenhöhe mit dem Leitenden Ärztlichen Direktor und dem Verwaltungsdirektor des Universitätsklinikums verhandeln können. Die wirtschaftlichen Erfordernisse des Universitätsklinikums verlangen auch vom Dekan die

[68] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Wiederaufnahme des rechtlich verselbstständigten Universitätsklinikums des Saarlandes (UKS) in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes (Drs. 5841/03), Frankfurt (Oder) 2003.

Einarbeitung in komplexe ökonomische, rechtliche und organisatorische Sachverhalte, um die Anforderungen von Forschung und Lehre ausreichend zur Geltung bringen zu können. Als Beispiele sind hier die fakultätsinterne leistungsorientierte Mittelzuweisung und die Trennung der Budgets (Trennungsrechnung) zu nennen. Gerade die besondere Verpflichtung der Universitätsklinika, durch ihre Krankenversorgung Forschung und Lehre zu dienen, lässt es auf Dauer als nicht vertretbar erscheinen, dass der Dekan diesen Anspruch im Nebenamt verteidigen muss. Auch wenn zurzeit noch nicht genügend geeignete Personen zur Verfügung stehen, hält es der Wissenschaftsrat für erforderlich, entsprechend hauptamtliche Dekane vorzusehen, um langfristig ein entsprechendes Berufsbild zu etablieren. Auch hier sollte eine Berufung von Personen außerhalb der Medizinischen Fakultät möglich werden. Kurz- bis mittelfristig sieht der Wissenschaftsrat jedoch auch in der **Professionalisierung des Dekanates** eine gangbare Alternative. Bei dieser Lösung müssen die nebenamtlichen Dekane auf professionelle Geschäftsstellen zurückgreifen können, die den Dekan nicht nur bei der Organisation des Studien- und Forschungsbetriebs unterstützen, sondern über eigenen, profunden betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Sachverstand und eine entsprechende Stellenausstattung verfügen (siehe auch Seite 78, Punkt 7). Nur hierdurch kann eine transparente Wirtschaftsführung aller universitätsmedizinischen Einrichtungen gewährleistet werden. Ein **freier Zugriff auf alle Wirtschaftsdaten** des Universitätsklinikums ist hierfür eine weitere zwingende Voraussetzung (siehe Abschnitt C.V.2, S. 74 ff.). Grundsätzlich sollten Fakultätsvorstände und Klinikumsvorstände nur befristet bestellt werden. Eine gesetzlich festgeschriebene Mitgliedschaft des **Pflegedirektors** im Klinikumsvorstand ist nicht erforderlich. Hierüber sollten die jeweiligen Aufsichtsräte im Rahmen ihres Satzungsrechtes entscheiden können.

Der Wissenschaftsrat regt darüber hinaus an, **Anreize** zu implementieren, die das Interesse des Klinikumsvorstandes an Leistungsverbesserungen in Forschung und Lehre erhöhen. Hierfür sind verschiedene Möglichkeiten denkbar:

a) Alle Vorstandsmitglieder erhalten eine an den Forschungsleistungen orientierte Zulage.

b) Nur die Kaufmännischen Direktoren erhalten entsprechende Leistungszulagen für Forschungsleistungen.

c) Die Kaufmännischen Direktoren beziehen einen Teil ihres Grundgehaltes von den Medizinischen Fakultäten.

Zu den Organen von Fakultät und Klinikum:

Die Aufgabenabgrenzung zwischen **Fakultätsvorstand** und dem engeren Fakultätsrat (§ 25 d UG) sowie zwischen engerem und erweitertem (nach § 25 Abs. 3) **Fakultätsrat** hat sich in der Praxis nur bedingt bewährt: Durch die Feststellung des Wirtschaftsplanes und des Jahresabschlusses soll der engere Fakultätsrat einerseits Aufsichtsfunktionen gegenüber dem Fakultätsvorstand wahrnehmen. Durch seine Zustimmungsrechte zu den Grundsätzen für die Verteilung des Landeszuführungsbetrags, zur Bildung, Veränderung und Aufhebung von Einrichtungen der Fakultät und zu den Struktur- und Entwicklungsplänen - die dabei unmittelbar auch die Mitglieder des Fakultätsrates betreffen - nimmt er andererseits eine legitimierende Funktion für Vorstandsentscheidungen wahr, sodass von einer echten Aufsicht nicht gesprochen werden kann. Gleichzeitig gewährleistet der engere Fakultätsrat mit seinen insgesamt 28 Mitgliedern eine direkte Vertretung der Forschungs- und Lehrerfordernisse aller Fächer und bildet den Angelpunkt der Zusammenarbeit mit dem Rektorat und dem Hochschulrat.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, lediglich den **engeren Fakultätsrat** beizubehalten. Angesichts der Tatsache, dass eine Aufsichtsfunktion nicht immer wahrgenommen wird, sollten Größe und Zusammensetzung des Fakultätsrates überdacht werden mit dem Ziel, schlankere Entscheidungsstrukturen zu schaffen. Auch eine Einbeziehung externen Sachverstands sollte nicht a priori ausgeschlossen sein.

Die Zusammensetzung der **Aufsichtsräte** der öffentlich-rechtlichen Universitätsklinika hat sich bewährt und sollte nicht grundlegend verändert werden. Insbesondere die Mitgliedschaft von zwei bis vier externen Sachverständigen aus Medizin und Wirtschaft hat sich als Bereicherung erwiesen.

Besondere Bedeutung kommt einer konsequenten Einhaltung der jeweiligen Zuständigkeiten von Aufsichtsrat und Klinikumsvorstand zu. Eine strikte Trennung der Aufsichtsfunktionen (Überwachung der Geschäftsführung und strategische Entscheidungen) von der operativen Geschäftsführung ist eine wichtige Voraussetzung, um die Handlungsfähigkeit der rechtlich selbstständigen Universitätsklinika sicherzustellen. Dies scheint nach Ansicht des Wissenschaftsrates in Baden-Württemberg bisher gelungen zu sein.

Zu den Abstimmungserfordernissen:

Die Mitglieder in den Leitungsgremien der Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten beklagen gleichermaßen eine deutliche Zunahme der Abstimmungserfordernisse. Erwartungsgemäß haben sich insbesondere die Abstimmungen zwischen Fakultät und Universitätsklinikum als zeitaufwendig erwiesen. Um die Transparenz und Akzeptanz von Entscheidungen zu verbessern, wurden regelmäßige Informationsveranstaltungen durchgeführt und teilweise zusätzliche Kommissionen in den Satzungen der Klinika festgelegt. Beispiele sind die Etablierung eines Klinikumsrates aus den Abteilungsdirektoren der Kliniken in Ulm oder die Einrichtung gemeinsamer Kommissionen von Klinikum und Fakultät (Struktur-, Finanz-, Bau-, Medizintechnik-, Technologietransfer-Kommissionen) in Freiburg und Tübingen. Umfangreiche Abstimmungserfordernisse sind das systemimmanente Kennzeichen des Kooperationsmodells und zugleich seine größte Schwäche. Ob sich die hierdurch ergebenden Reibungs- und Zeitverluste zum Nachteil der ökonomischen Behauptung der Universitätsklinika und zum Schaden von Forschung und Lehre auswirken werden, wird die Praxis der kommenden Jahre zeigen. Auch zwischen Universitäten und Medizinischen Fakultäten sind bisher noch eine Vielzahl von Zustimmungs- und Beschlussfassungserfordernissen festgelegt, die ein gewisses Straffungspotenzial beinhalten und einer kritischen Überprüfung hinsichtlich ihrer Notwendigkeit unterzogen werden sollten.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt zur Stärkung der Verknüpfung zwischen Medizinischer Fakultät und Universität, dass ein Mitglied des Fakultätsvorstandes im **Vorstand der Universität** vertreten ist.

Übersicht 18: Abstimmungserfordernisse zwischen den Gremien der Universität in Fragen der Universitätsmedizin nach dem Universitätsgesetz in Baden-Württemberg

Fakultätsvorstand (Medizin)	Fakultätsrat (Medizin)	Erweiterter Fakultätsrat (Medizin)	Senat	Hochschulrat
Aufstellung des Entwurfs des Haushaltsvoranschlags	Feststellung		Stellungnahme	Zustimmung
Aufstellung des Wirtschaftsplans	Feststellung (AR)		Stellungnahme	
Aufstellung des Jahresabschlusses (med)	Feststellung (med) (AR)			Feststellung
Aufstellung des Lageberichts	Feststellung			
Aufstellung von Grundsätzen für die Verteilung und Verwendung des Landeszuschusses für die	Zustimmung (med)			Festlegung der Grundsätze für die nicht-med. Fakultäten
Entscheidungen über die Verwendung und Zuweisung der Stellen und Mittel				
Bildung, Veränderung und Aufhebung von Einrichtungen der Fakultät	Zustimmung		Beschlussfassung	Zustimmung
Regelungen der Verwaltung und der Benutzung der Einrichtung der Fakultät				
Aufstellung von Entwicklungsplänen für die Fakultät	Zustimmung		Stellungnahme (im Einvernehmen mit dem Uniklinikum)	Beschlussfassung (im Einvernehmen mit dem Uniklinikum)
Funktionsbeschreibungen von Professuren			Stellungnahme (im Einvernehmen mit dem Uniklinikum)	Beschlussfassung (im Einvernehmen mit dem Uniklinikum)
Vorlage von Berufungsvorschlägen an den Fak. Rat		Beschlussfassung über Berufungsvorschläge	Beschlussfassung über Berufungsvorschläge und	
		Bildung der Berufungskommissionen		
		Beschlussfassung über Studien- und Prüfungsordnungen		Stellungnahme
		Beschlussfassungen über das Lehrangebot		
		Beschlussfassung über Evaluationsergebnisse und den Lehrbericht		

med: Sonderregelung - nur für die Medizin
AR: wie der Aufsichtrat beim Klinikum/Klinikumsvorstand

Quelle: Wissenschaftsrat nach dem UG und Angaben des Landes, ohne Berücksichtigung der Abstimmungserfordernisse mit den Universitätsklinika

b.) Bauherrenfunktion:

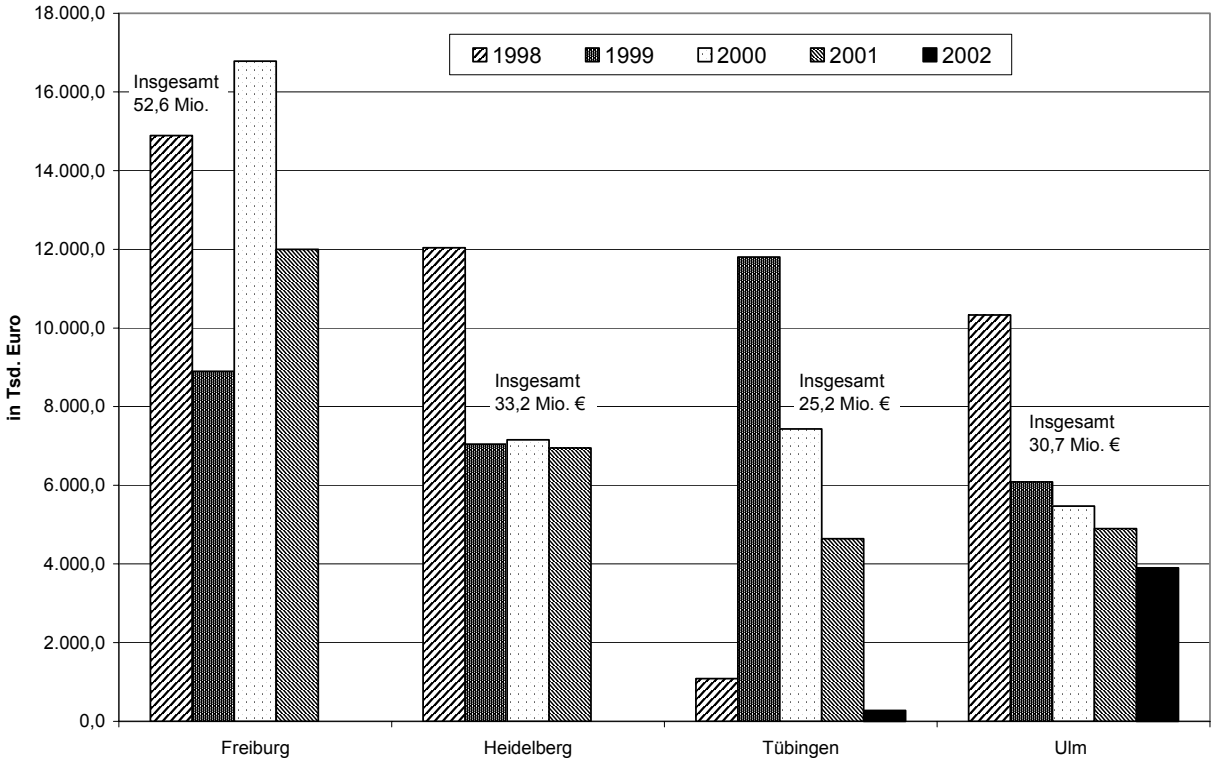
Bei größeren Baumaßnahmen, die aus Kapiteln des Ministeriums finanziert werden - hierzu zählen auch Baumaßnahmen im Rahmen des HBFG – liegen die Bauherrenfunktionen wie bisher bei den staatlichen Bauämtern. Für kleinere Baumaßnahmen mit einer Kostenobergrenze von 4 Mio. Euro können die Universitätsklinika jedoch als eigenständige Bauherren mit rechtlicher und wirtschaftlicher Verantwortung agieren. Diese Bauherrenfunktionen leiteten sich dabei nicht unmittelbar aus dem HMG ab, sondern sind Bestandteil der Staatshaushaltspläne, in denen auch der Kostenrahmen jährlich neu festgeschrieben wird. Im Verbund mit der im UKG verankerten Möglichkeit zur Kreditaufnahme[69] für Investitionsmaßnahmen (§ 6 Abs. 4 UKG) könnten die Universitätsklinika nunmehr Bauvorhaben auch in eigener Regie planen, ausschreiben, durchführen und finanzieren.

Die Grundstücke blieben Eigentum des Landes und wurden den Universitätsklinika unentgeltlich zur Nutzung überlassen. Gleichzeitig erhielten die Universitätsklinika die Möglichkeit, Rücklagen und Erträge zu reinvestieren, um strukturverbessernde Maßnahmen durchzuführen, Einsparpotenziale zu heben oder neue Geschäftsfelder zu erschließen. Dies hat zu einer Beschleunigung zahlreicher Bauvorhaben geführt (z.B. Bettenhaus in Tübingen, Forschungsverfügungsgebäude bei der Kinderklinik und Endoskopie in der Chirurgie in Heidelberg, Pathologieneubau in Freiburg).

Bei den meisten der genannten Bauvorhaben handelte es sich um Maßnahmen im Rahmen des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFG), bei denen die Universitätsklinika Teile oder den gesamten Landesanteil der Finanzierung übernommen haben (siehe nachfolgende Abbildung 11).

[69] Den Kreditrahmen legen Wissenschaft- und Finanzministerium fest. Er liegt derzeit bei 50 Mio. Euro. Bislang haben die Universitätsklinika hiervon jedoch noch keinen Gebrauch gemacht.

Abbildung 11: Aufwendungen der Universitätsklinika für Bau, Ausstattung und Instandhaltung aus den Jahresüberschüssen



Quelle: Landtag von Baden-Württemberg, Antwort des Landes auf die Große Anfrage der CDU, Drucksache 13/2748; Eingang 17.12.2004, Ausgabe 08.03.2004.

Empfehlungen:

Der Wissenschaftsrat begrüßt die Übertragung der Bauherrenfunktionen auf die Universitätsklinika, allerdings hält er die Begrenzung auf Maßnahmen mit Kosten von bis zu 4 Mio. Euro für nicht ausreichend. Um den Bauunterhalt im notwendigen Umfang eigenverantwortlich durchzuführen zu können, müssten auch die derzeitigen investiven Anteile des Landeszuführungsbetrags erheblich erhöht werden. Eine zwingende Einbindung der staatlichen Bauämter für größere Baumaßnahmen ist nicht erforderlich. Er empfiehlt eine maximale Deregulierung, sodass die Klinika selber bauen oder aber das Land oder einen Dritten damit beauftragen können.

c.) Dienstherreneigenschaft und Personalzuordnung:

Durch § 11 UKG wurde den Universitätsklinika die Dienstherreneigenschaft[70] für das nicht-wissenschaftliche Personal übertragen, sodass beamtetes Personal beim Klinikum beschäftigt werden kann. Außerdem wurden - mit Ausnahme des wissenschaftlichen Personals - alle Arbeitnehmer und die zu ihrer Ausbildung Beschäftigten beim Universitätsklinikum Arbeitnehmer des rechtlich verselbstständigten Universitätsklinikums (§ 12 UKG). Damit erhielten die Universitätsklinika die Möglichkeit, unabhängig von Land Arbeitsverträge abzuschließen. Gleichzeitig wurden die Universitätsklinika aber verpflichtet, die Tarifbindung an das Tarifrecht des Öffentlichen Dienstes herbeizuführen. Diese Bindung wurde mittlerweile mit Wirkung vom 30.1.2004 durch das Haushaltsstrukturgesetz[71] aufgehoben. Entfallen ist damit auch die Verpflichtung zur Beteiligung bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL). Durch die Übertragung der Personalverantwortung an die Universitätsklinika ist infolge einer Unabhängigkeit von den Stellenplänen des Landes für die Beamten und den Stellenübersichten für die Angestellten und im Zusammenhang mit den Globalhaushalten der Universitätsklinika nicht nur eine Flexibilisierung bei der Einstellung neuen Personals erreicht worden, sondern auch die Gewährung leistungsabhängiger Gehaltsbestandteile im Rahmen des BAT vereinfacht worden, da eine Genehmigung durch das Ministerium entfällt (Wegfall der Fachaufsicht). Das wissenschaftliche Personal (hierzu zählen auch alle Ärzte) blieb jedoch bei der Universität beschäftigt. Das Gesetz regelt allerdings ausschließlich die Überleitung des zum Zeitpunkt seines In-Kraft-Tretens vorhandenen Personals. Dementsprechend ist nicht ausdrücklich festgelegt, dass später eingestellte Ärzte grundsätzlich ebenfalls Beschäftigte der Universität sein müssen.

Empfehlungen:

Der Verbleib allen Personals, das Aufgaben in Forschung und Lehre wahrnimmt, bei der Universität ist erforderlich, um einer Gefährdung der Freiheit von Forschung und Lehre durch das Übergewicht der Anforderungen aus der Krankenversorgung entgegen zu wirken. Dies hat der Wissenschaftsrat auch in seinen Stellungnahmen zur rechtlichen Verselbstständigung der Universitätsklinika immer wieder betont.[72]

---

[70] Die Arbeitgeberfunktion für den Klinikumsvorstand nimmt der Aufsichtsrat wahr.
[71] Gestrichen wurden hier § 12 Abs. 2 und 4 des UKG.
[72] Vgl. u.a.: Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 33. Rahmenplan für den Hochschulbau 2004-2007, Bd. 5, S. MV 31 ff.

Diese Grundposition fußt auf dem Paradigma, dass die Universitätsklinika originär Einrichtungen der Wissenschaft, Forschung und Lehre sind. Sie ist auch Grundlage der derzeitigen Investitionsfinanzierung der Universitätsklinika, die überwiegend aus den Etats der Wissenschaftsministerien erfolgt und im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau im Grundgesetz verankert ist (Art. 91 a GG). Die an den Universitätsklinika geleistete Krankenversorgung dient Forschung und Lehre. Umgekehrt stellt die enge Verbindung der Krankenversorgung zur Forschung sicher, dass die Universitätsklinika unmittelbar an der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Medizin teilhaben und dieser Fortschritt an künftige Ärzte im Rahmen der Lehre vermittelt wird. Auf diese Weise sind sie nicht nur Orte der höchsten Versorgungsstufe (Maximalversorgung), an denen Patienten versorgt werden, die an anderen Krankenhäusern nicht behandelt werden könnten, sondern sie erbringen oftmals Versorgungsleistungen, die weit über den aktuellen Standard hinaus gehen. Damit tragen sie entscheidend zum Fortschritt der Medizin und des Gesundheitssystems im Ganzen bei. Auch wenn die Universitätsklinika große Dienstleistungsunternehmen der Krankenversorgung darstellen, sind die hier erbrachten ärztlichen Leistungen zumeist untrennbar - wenn auch mit unterschiedlichen und variablen Anteilen - mit Forschung und Lehre verbunden. Hieraus leitet sich ab, dass das ärztliche Personal partiell immer auch akademische Aufgaben wahrnimmt, sodass es zur Wahrung der akademischen Belange zwingend bei der Universität anzusiedeln ist.

Der Wissenschaftsrat begrüßt daher die Regelung des UKG (§ 12), wonach das ärztliche Personal der Universitätsklinika rechtlich der Universität zugeordnet bleibt, unabhängig davon, ob der einzelne Arzt in der Forschung, der Lehre oder gar überwiegend in der Krankenversorgung tätig ist. Das HMG schließt allerdings nicht aus, dass neu eingestelltes ärztliches Personal auch bei den Universitätsklinika beschäftigt wird. Diese Möglichkeit scheint in Einzelfällen genutzt worden zu sein, um Ärzte am Universitätsklinikum weiter zu beschäftigen, deren Stellen an der Universität infolge der Befristungsregelungen im Hochschulrahmengesetz nicht verlängert werden konnten oder um den Weggang qualifizierten Personals zu vermeiden und ihm am Universitätsklinikum attraktivere Verträge anbieten zu können. Hierin sieht der Wissenschaftsrat die grundsätzliche Gefahr, dass gerade die besten Ärzte der Universität verloren gehen und die Fakultäten in eine inakzeptable Abhängigkeit von den Klinika geraten. Wenngleich solche Sonderverträge in Einzelfällen hilfreich sein können, soll-

ten sie auf keinen Fall zum Regelfall werden. Notwendig ist vielmehr, das zu enge Korsett des BAT durch wissenschaftsadäquate Tarifvereinbarungen, die echte Leistungsanreize bieten, zu ersetzten. Die Aufgabe der Bindung an den BAT für die Beschäftigten des Universitätsklinikums wird daher im Prinzip begrüßt. Entsprechende Regelungen für das wissenschaftliche Personal der Universitäten sind aber dringend geboten, um die Gleichheit der Arbeitsbedingungen zu wahren.[73]

Die im Zusammenhang mit dem Entwurf für eine neues Landeshochschulgesetz geplante Änderung im Universitätsklinikagesetz, mit der künftig Personal- und Wirtschaftsverwaltung für die Medizinischen Fakultäten verbindlich durch die Universitätsklinika zu erfolgen haben, hält der Wissenschaftsrat für problematisch. Er spricht sich hier für eine geringere Regelungstiefe aus, die es den Medizinischen Fakultäten im Einzelfall überlässt, wem sie die Verwaltung ihrer Personal- und Finanzressourcen übertragen will.

d.) Wirtschaftsführung:

Die Wirtschaftsführung und das Rechnungswesen der Universitätsklinika wurden den gleichen Anforderungen unterworfen, die auch für privatwirtschaftliche Unternehmen vergleichbarer Größenordnung gelten. Budgetvereinbarungen, Kostenträgerrechnung sowie zentrales und dezentrales Controlling wurden an allen Universitätsklinika in Baden-Württemberg ausgebaut und präzisiert. Verbunden mit der Budgetierung wurden Sanktions- und Anreizsysteme etabliert, um Budgetüberschreitungen zu ahnden bzw. Budgeteinhaltung zu belohnen. Mit dem verbesserten Controlling und der gesetzlichen Verpflichtung zur Erstellung von Struktur- und Entwicklungsplanungen erfolgt eine zunehmend strategisch ausgerichtete Unternehmensplanung. So haben die Universitätsklinika begonnen, zusätzliche Einnahmequellen zu erschließen. Beispielsweise will sich das Universitätsklinikum Heidelberg an einem Hotelbau und einem Internationalen Therapiezentrum (ITZ) jeweils ohne staatliche Förderung beteiligen. Die zu schaffenden Hotelkapazitäten sollen dabei den Ausbau teilstationärer Behandlungen mit gleichzeitigem Bettenabbau ermöglichen. Das ITZ richtet sich insbesondere an Patienten aus dem europäischen Ausland. Ähnliche Beispiele gibt es

[73] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 40 f. und Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu einem Wissenschaftstarifvertrag und zur Beschäftigung wissenschaftlicher Mitarbeiter, Drs. 5923/04, Berlin 30.Januar 2004.

in Freiburg, Tübingen und Ulm. In Freiburg erfolgten zahlreiche Unternehmensbeteiligungen. Das Universitätsklinikum Tübingen hat Beteiligung an regionalen Krankenhäusern erworben, um Versorgungsnetzwerke zu etablieren. Das Universitätsklinikum Ulm hat einzelne Fächer in Fremdträgerschaft durch Unternehmensbeteiligungen gesichert, den Klinikverbund um fehlende Fächer ergänzt und Netzwerke im Akut- und Nachsorgebereich aufgebaut. Generell wird eine stärkere Vernetzung mit anderen Anbietern des Gesundheitswesens angestrebt, um Versorgungsketten aufzubauen und neue Geschäftsfelder zu erschließen. Beispiele sind die Etablierung von Joint Ventures zum Betrieb von GMP-(Good Manufacturing Pratice)-Labors im Klinikum sowie die konkrete Vorbereitung zum Betrieb einer Schwerionentherapie-Einrichtung in Heidelberg, Unternehmensbeteiligungen in Ulm (Rehabilitationseinrichtungen) und Freiburg (klinisches Labor, Beratungszentrum für Krankenhaushygiene) sowie Ausgründungen (Koordinierungszentrum für klinische Studien, Biotechnologieunternehmen) in Tübingen. Der Stärkung der unternehmerischen Eigenständigkeit steht auf der anderen Seite eine Zunahme der Prüfungsaktivität des Landesrechnungshofes gegenüber.

Zentrale Bedeutung hat in diesem Zusammenhang § 6 des UKG, der die Finanzierung der Universitätsklinika regelt. So wurden die Universitätsklinika dazu verpflichtet, die laufenden Kosten der Krankenversorgung mit den Vergütungen insbesondere der Krankenkassen zu decken. Dies markiert eine grundsätzliche Abkehr von den Finanzierungsmodalitäten der Vergangenheit, als der Landeszuführungsbetrag den Universitätsklinika auf der Basis von § 26 LHO als Fehlbetragsfinanzierung (Defizitdeckung) gewährt wurde. § 6 Abs. 1 UKG wendet somit das Prinzip, dass jeder Aufgabenträger die auf seine Aufgaben entfallenden Kosten selber tragen muss, auf den Teilbereich der Krankenversorgung an. Zur Deckung der eigentlichen Kosten von Forschung und Lehre wird im Gegenzug jetzt der Landeszuführungsbetrag nur noch den Medizinischen Fakultäten (siehe auch folgenden Abschnitt e) „Landeszuführungsbetrag“) zugewiesen. Im Zusammenspiel mit § 6 Abs. 2 und § 7 Abs. 2 UKG, in denen Universitäten und Universitätsklinika dazu verpflichtet werden, einander die Kosten der erbrachten Leistungen zu erstatten, wird die Zielsetzung des Landes erkennbar, einer möglichen Zweckentfremdung des für Forschung und Lehre gewährten Landeszuführungsbetrags entgegenzuwirken und hierfür einen rechtlichen Rah-

men zu schaffen. Die §§ 6 und 7 sind somit auch die gesetzliche Grundlage für eine Trennungsrechnung.

Tatsächlich wird der Begriff der “Trennungsrechnung” aber weder im HMG noch in dessen Begründung verwendet, obwohl eine Trennung der Finanzmittel und der Ressourcenverantwortung zu den zentralen Anliegen des HMG gehören. Vielmehr ergibt sich eine Trennung der Finanzströme als Konsequenz mehrerer gesetzlicher Vorgaben. Wie bereits oben dargestellt, wird im UKG das Prinzip der gegenseitigen Kostenerstattung begründet.

Durch diese Konstruktion übertrug der Landesgesetzgeber letztlich die Verantwortung für die Trennung der Finanzströme den Akteuren in den Klinika und Fakultäten, wobei die Kosten erbrachter Leistungen sowie die Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material nach Maßgabe getroffener Vereinbarungen zu erstatten sind (§ 7 Abs. 2, UKG). In der Begründung des HMG[74] wird erkennbar, dass eine stringentere Trennungsrechnung nicht beabsichtigt war. Vielmehr wurden hier „angemessene Pauschalen auf der Grundlage wirklichkeitsnaher Schätzungen” für sinnvoll gehalten.

Empfehlungen:

Die Wirtschaftsführung beinhaltet ein erhebliches Konfliktpotenzial zwischen Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten. Auch sechs Jahre nach Einführung des Gesetzes ist allerdings die dafür notwendige Trennungsrechnung aus vielfältigen Gründen noch nicht befriedigend gelöst. Der Budgethoheit für die einzelnen Bereiche Krankenversorgung, Forschung und Lehre kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Gleichwohl hält der Wissenschaftsrat eine fundierte und kontinuierlich verbesserte Trennungsrechnung für unverzichtbar (siehe Abschnitt C.V.2, S. 74 ff.). Der Wissenschaftsrat empfiehlt, die Durchführung und realitätsnahe Weiterentwicklung der Trennungsrechnung künftig im Universitätsklinikagesetz (UKG) festzuschreiben.

[74] Landtag von Baden-Württemberg - 12. Wahlperiode, Drucksache 12/1740 vom 15.7.1997, S. 31.

e.) Landeszuführungsbetrag

Eine unmittelbare **Zuweisung** des Landeszuführungsbetrags an die Medizinischen Fakultäten ergibt sich nicht zwingend aus dem Wortlaut des HMG/UG, sondern nur indirekt: Zunächst wird der Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre nicht mehr treuhänderisch den Universitätsklinika zugewiesen. Stattdessen legt § 25 b UG fest, dass die Wirtschaftsführung der Medizinischen Fakultät nach den Grundsätzen des § 26 Landeshaushaltsordnung (LHO) erfolgen soll. Damit werden die Medizinischen Fakultäten wie eigene, rechtlich unselbstständige Landesbetriebe geführt, mit der Konsequenz, dass der Staatshaushaltsgesetzgeber hierfür auch finanzielle Mittel zur Verfügung stellen muss. In § 25 c des UG wird schließlich die sachgerechte Verwendung der für Forschung und Lehre zugewiesenen Mittel in die Verantwortung des Fakultätsvorstandes gelegt, der somit der Anlage des HMG entsprechend als gleichberechtigter Verhandlungspartner mit eigenen Haushaltrechten dem Klinikumsvorstand gegenübergestellt wird. Die Begründung des Gesetzes stellt dazu fest, dass „[…] die Entscheidung über die Verwendung der Mittel [...] nur durch die Institution erfolgen [kann], die auch inhaltlich für die Aufgaben von Forschung und Lehre zuständig ist. Dies ist die Fakultät." [75] Dementsprechend ist der Haushaltsbeauftragte für diese Mittel nicht zwangsläufig der Kanzler der jeweiligen Universität, sondern er wird vielmehr gesondert vom Ministerium bestellt (§ 17 Abs. 1 UG). In der Vergangenheit waren es die Dekane der Medizinischen Fakultäten. Der Gesetzestext schließt hierbei jedoch die Bestellung anderer Personen, beispielsweise des Prodekans oder des Geschäftsführers der Medizinischen Fakultät, nicht aus.

Parallel zur Ausgestaltung der Wirtschaftsführung des Universitätsklinikums wurde dem Fakultätsvorstand zusätzlich zur Mittelverantwortung die Vorlage von Wirtschaftsplan, Jahresabschluss und Lagebericht sowie des Entwurfs des Haushaltsvoranschlags auferlegt. Hierdurch sollte einerseits sichergestellt werden, dass Wirtschaftsführung von Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät möglichst reibungslos miteinander verbunden werden können und andererseits der Fakultätsvorstand Planungs- und Kontrollinstrumente erhält. Trotz dieser partiellen Geschäftsführungskompetenz unterliegen die Medizinischen Fakultäten nach wie vor der Fachaufsicht des Ministeriums, das somit grundsätzlich im Rahmen der Haushaltsvollzugser-

[75] Ebd. S. 35

lasse die Möglichkeit hätte, auch die fakultätsinternen Finanzströme zu steuern. Hiervon hat das Land aber keinen unmittelbaren Gebrauch gemacht.

Der leistungsbezogene Einsatz der Mittel für medizinische Forschung und Lehre durch den Fakultätsvorstand wurde im Gesetzentwurf zum HMG vom 15.7.1997 als wesentlicher Inhalt der Reform zur Hochschulmedizin bezeichnet. Dennoch kommt die leistungsorientierte Verteilung des Landeszuführungsbetrags innerhalb der Fakultäten als Aufgabe des Fakultätsvorstandes nur andeutungsweise im Gesetzestext (§ 25 c UG) zum Ausdruck: So wird ihm neben Dienstaufsicht und sachgerechter Mittelverwendung u.a. die Vorlage eines Lageberichts auferlegt, der über zugewiesene Stellen und Mittel, deren Verwendung und die Leistungen in Forschung und Lehre Auskunft gibt. Zudem soll der Vorstand Grundsätze der Mittelverteilung aufstellen und über die Verwendung und Zuweisung der Ressourcen entscheiden. Der Gesetzgeber gewährte somit den Fakultätsvorständen weitgehende Autonomie bei der Ausgestaltung der Mittelverteilung. Die Begründung zum Gesetzentwurf stellte hier deutlicher als der Gesetzestext klar, dass dafür **leistungsbezogene** Entscheidungen auch gegen erheblichen Widerstand erforderlich sind und dass für den Fall, dass der Grundausstattung keine angemessenen Leistungen in Forschung und Lehre gegenüberstehen, hieraus Folgerungen gezogen werden müssen.

Empfehlungen:

Die enge Verknüpfung zwischen Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum erfordert, dass die Fakultät eigenverantwortlich über ihre Haushaltsmittel bestimmen kann, da beispielsweise die Überprüfung der Trennungsrechnung nicht kompetent von der Universität aus geleistet werden kann.

Um einer dabei dennoch gebotenen engen Verknüpfung mit der Universität besser entsprechen zu können, begrüßt es der Wissenschaftsrat, wenn – wie im Entwurf zum neuen LHG vorgesehen – der Wirtschaftsplan der Medizinischen Fakultäten Mittel für fakultätsübergreifende Vorhaben ausweist, die in Abstimmung mit dem Vorstand der Universität einzusetzen sind. Das Erfordernis einer fakultätsinternen leistungsorientierten Mittelvergabe sollte im neuen Landeshochschulgesetz festgeschrieben werden. Die Beschlussfassung über deren Grundsätze sollte im Fall von Konflikten zwischen dem Fakultätsvorstand und dem Fakultätsrat beim Hochschulrat

liegen. Die konkrete Ausgestaltung der Instrumente sollte Aufgabe der Fakultätsvorstände sein.

f.) 7-Jahresevaluation:

Eine weitere Neuerung, die mit der Hochschulmedizinreform etabliert wurde, war die Festschreibung einer Selbstevaluation der Medizinischen Fakultäten unter Beteiligung externer Sachverständiger im Abstand von bis zu sieben Jahren (§ 25 c UG).

Empfehlungen:

Die Selbstevaluation unter Beteiligung externer Sachverständiger hat sich trotz des damit verbundenen Aufwandes zu einem maßgeblichen Instrument der Budgetanpassung und leistungsbasierter interner Umstrukturierungen entwickelt. Sie sollte daher beibehalten werden. Laufende und geplante Evaluationsaktivitäten sollten landesweit zentral erfasst werden, um Mehrfacherhebungen zu vermeiden. Zudem sollte die 7-Jahresevaluation ihrerseits landesweit einer Analyse (Meta-Evaluation) unterzogen werden und ggf. angepasst werden. Die Erfahrungen der fünf Standorte mit der 7-Jahresevaluation sollten in die Etablierung eines möglichst einheitlichen Evaluationsstandards münden, um den Aufwand sowie Planung, Durchführung und Auswertung der Evaluationen zu vereinfachen und zu beschleunigen.

E. Zusammenfassung

Mit den vorliegenden Empfehlungen hat der Wissenschaftsrat erstmals eine standortübergreifende Stellungnahme zu den universitätsmedizinischen Einrichtungen eines großen Bundeslandes erarbeitet. Schwerpunkte der Analysen bilden die Effekte der Hochschulmedizinreform in Baden-Württemberg und daraus ableitbare Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Strukturen, Verfahren der Ressourcenzuweisung des Landes, Forschungsförderung und der internen Mittelverteilung der Fakultäten sowie der Trennungsrechnung. Damit werden Themen diskutiert, die auch für die Universitätsmedizin in Deutschland insgesamt von Bedeutung sind.

Der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg wird eine hohe Leistungsfähigkeit in Lehre und Forschung bescheinigt. Die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen sind insgesamt günstig ausgestaltet, sodass an den meisten Standorten eine ausgeprägte Forschungsorientierung entstanden ist. Somit bestehen gute Voraussetzungen für den Erhalt und den Ausbau einer nationalen wie internationalen Konkurrenzfähigkeit der Universitätsmedizin dieses Bundeslandes.

Besondere Bedeutung misst der Wissenschaftsrat einer umfangreichen Einbindung von Naturwissenschaftlern bei, da hierdurch das Innovationspotenzial der Universitätsmedizin entscheidend verstärkt wird. In der Universitätsmedizin sollten daher beispielsweise durch die Etablierung neuer Leitungsstrukturen in den Kliniken entsprechende Führungspositionen geschaffen werden, um leistungsstarken Naturwissenschaftlern langfristige Karriereperspektiven zu eröffnen.

Die erreichte Profilbildung kann nicht an allen Standorten überzeugen, da die etablierten Schwerpunkte noch zu häufig an der Krankenversorgung ausgerichtet sind und nicht an der wissenschaftlichen Exzellenz. Der Wissenschaftsrat hat daher Kriterien aufgestellt, an denen sich künftig die Benennung wissenschaftlicher Schwerpunkte in der Universitätsmedizin orientieren sollte. Schwerpunkte müssen akademisch begründet sein und sich anhand ihrer Input- und Outputgrößen messen lassen können. Zudem sollten sie von mehreren Institutionen getragen werden, die sich auf eine thematische Fokussierung verständigt und Gruppenförderinstrumente eingeworben haben.

Die Forschungsförderungspolitik des Landes sollte insbesondere die Kooperation der Medizinischen Fakultäten mit anderen Fakultäten fördern, um Dissoziationstendenzen zwischen den Medizinischen Fakultäten und ihren Universitäten zu minimieren. Die Bemühungen zur Abstimmung der in Freiburg, Heidelberg und Tübingen bestehenden und vom BMBF geförderten Koordinierungszentren für Klinische Studien (KKS) sollten fortgeführt werden. Der Wissenschaftsrat hält es für notwendig, klinische Studien bundesweit besser zu koordinieren und spricht sich für die Etablierung eines nationalen Studienregisters unter intensiver Mitwirkung der baden-württembergischen Standorte aus.

Die Etablierung fakultätsinterner Instrumente der Forschungsförderung wird begrüßt. Der Wissenschaftsrat empfiehlt aus systematischen Gründen, zwischen einer antragsbezogenen Forschungsförderung (ex ante) und einer parametergesteuerten leistungsbezogenen Forschungsförderung (ex post) zu unterscheiden. Erstere ist besonders geeignet, neue Forschungsvorhaben anzustoßen und Schwerpunkte zu generieren, während letztere in Form einer leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) primär die wissenschaftlichen Leistungsträger einer Fakultät belohnt sowie Anreize zur Leistungssteigerung bieten sollte. Insbesondere die fakultätsinterne leistungsorientierte Mittelvergabe ist an allen Standorten sowohl vom Umfang der umverteilten Mittel als auch von den dabei zugrunde gelegten Verfahren verbesserungsbedürftig. Für deren Weiterentwicklung werden Leitlinien vorgegeben. So sollten mindestens 40 % des Landeszuführungsbetrags fakultätsintern nach Leistungskriterien zugewiesen werden, wobei Lehre und Forschung als getrennte Leistungsbereiche aufzufassen sind. Die Verfahren müssen eine Nivellierung der Leistungsunterschiede ausschließen.

Mit der Einführung einer kompetitiven Zuweisung steigender Anteile des Landeszuführungsbetrags an die Medizinischen Fakultäten hat das Land eine Vorreiterposition in Deutschland eingenommen. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, das Umverteilungsvolumen zu erhöhen.

Besondere Bedeutung wird der Weiterentwicklung der Lehrevaluation beigemessen. Sie muss zu einem echten Instrument der Qualitätssicherung ausgebaut und dazu

mit der leistungsorientierten fakultätsinternen Mittelzuweisung verknüpft werden. Der Wissenschaftsrat regt außerdem an, die Aufgabenteilung innerhalb der Universitätsmedizin mit Blick auf die Lehre weiterzuentwickeln. In diesem Sinne sollte es grundsätzlich möglich werden, dass hervorragende Hochschullehrer Lehrdeputate von Kollegen übernehmen können. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, entsprechende Möglichkeiten im Landeshochschulgesetz zu eröffnen.

Die Strukturierung der Standorte mit vielen kleineren selbstständigen Einheiten wird als nicht mehr sinnvoll bewertet. Der Wissenschaftsrat empfiehlt stattdessen die Einrichtung von krankheits- bzw. organ- und aufgabenorientierten Zentren innerhalb eines Universitätsklinikums, in denen alle notwendigen Subdisziplinen zusammengeführt werden.

Die Führung eines Universitätsklinikums unter rein ökonomischen Gesichtspunkten wird dem gesellschaftlichen Auftrag an die Universitätsmedizin nicht gerecht. Der Wissenschaftsrat ist sich bewusst, dass in den Universitätsklinika Forschung, Lehre und Krankenversorgung als miteinander gekoppelte Leistungen erbracht werden und daher eine Kostentrennung schwierig ist. Dennoch ist eine kontinuierliche Verbesserung der Kostenzuordnung („Trennungsrechnung“) unverzichtbar. Hierfür hat der Wissenschaftsrat Leitlinien vorgegeben. Auf der Grundlage eines klar strukturierten Rechnungswesens muss vor Beginn des Wirtschaftsjahres festgelegt werden, welche Budgets jede Abteilung für Leistungen in der Krankenversorgung, der Forschung und der Lehre erhält. Es muss sichergestellt werden, dass Mittel für Forschung und Lehre aus dem Landeszuführungsbetrag nicht für Aufgaben in der Krankenversorgung zweckentfremdet werden. Zudem ist das Rechnungs- und Berichtswesen so auszugestalten, dass vergleichende Analysen für die universitätsmedizinischen Einrichtungen des Landes möglich werden.

Die 1998 in Baden-Württemberg eingeleitet Hochschulmedizinreform hat sich im Rückblick weitgehend bewährt. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, die leitenden Organe der Medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinika weiter zu professionalisieren. Er spricht sich daher für hauptamtliche Dekane und Leitende Ärztliche Direktoren aus. Die Fakultäten sollten über Fakultätsgeschäftsführer und betriebswirtschaftlichen Sachverstand verfügen. Ein freier Zugriff der Dekanate auf alle Wirtschaftsda-

ten der Universitätsklinika ist hierfür unverzichtbar. Die Zuordnung des wissenschaftlichen/ärztlichen Personals an die Universitäten wird nachdrücklich begrüßt und sollte nicht ausgehöhlt werden.

Grundsätzliche Verbesserungen erwartet der Wissenschaftsrat für die Universität Heidelberg mit ihren beiden Medizinischen Fakultäten in Heidelberg und Mannheim. Die **Leitungsstrukturen des Mannheimer Klinikums** werden vor dem Hintergrund der Herausforderungen an die Universitätsmedizin für nicht zukunftsfähig gehalten, da den akademischen Anforderungen nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Gleichwohl würdigt der Wissenschaftsrat die Fortschritte der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim, die unter den gegebenen Bedingungen anerkennenswerte Leistungen erbracht hat. Da es jedoch auch an den anderen Fakultäten des Landes in den letzten Jahren zu deutlichen Leistungssteigerungen in der Forschung gekommen ist, bleibt Mannheim im Vergleich mit den übrigen Fakultäten Baden-Württembergs zurück. Der Wissenschaftsrat ist überzeugt, dass engagierte Mitglieder der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim künftig in einem anders strukturierten Umfeld noch weit mehr leisten könnten. Er empfiehlt daher, die Zusammenarbeit mit der Klinikum Mannheim gGmbH auf eine grundlegend neue vertragliche Basis zu stellen. Ziel ist die Sicherstellung des Primates von Forschung und Lehre durch geeignete Leitungsstrukturen.

F. Anhang

F.I. Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

ÄAppO	Ärztliche Approbationsordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BeMA	Kommission zur Bewertung der Medizinischen Ausbildung an den baden-württembergischen Universitäten
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CCC	Comprehensive Cancer Center (siehe auch NCT)
CNW	Curricularnormwert
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DFZA	Deutsches Zentrum für Alternsforschung
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg
DRG	Diagnosis Related Groups – Fallpauschalensystem
DZFA	Deutsches Zentrum für Alternsforschung
EMBL	European Molecular Biology Laboratory (in Heidelberg)
ESVG	Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen
FP	Forschungspool
FSP	Forschungsschwerpunktprogramm des Landes Baden-Württemberg
FuE	Forschung und Entwicklung
GCP	Good Clinical Practice
GMP	Good Manufacturing Practice
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz von 1993
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
HMG	Hochschulmedizinreformgesetz
HRG	Hochschulrahmengesetz
HNO	Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde
IMPP	Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen
IZKF	Interdisziplinäres Zentrum für klinische Forschung
ITZ	Internationales Therapiezentrum (in Heidelberg)
ISI	Institute for Scientifc Information
IZN	Interdisziplinäres Zentrum für Neurowissenschaften
KapVO	Kapazitätsverordnung
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Klinik-Informations-System
KKS	Koordinierungszentrum für klinische Studien
LHG	Landeshochschulgesetz
LHO	Landeshaushaltsordnung
LOM	Leistungsorientierte Mittelvergabe
LZB	Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre
KMK	Kultusministerkonferenz
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

NCT	Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PACS	Picture Archiving and Communication Systems
PJ	Praktisches Jahr
POL	Problemorientiertes Lernen
RIS	Radiologie-Informations-System
SFB	Sonderforschungsbereich
SCI	Science Citation Index
TLB	Technologie-Lizenzbüro der baden-württembergischen Hochschulen GmbH
UG	Universitätsgesetz -Baden-Württemberg
UKG	Universitätsklinikagesetz- Baden-Württemberg
VBL	Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder
ZBSA	Zentrum für Biosystemanalyse
ZI	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim
ZKF	Zentrum für Klinische Forschung (in Freiburg)
ZMBH	Zentrum für Molekulare Biologie Heidelberg
ZVS	Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen

F.II. Tabellen

Übersicht der Tabellen des Anhangs

Tabelle 1	Personalausstattung der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg im Jahr 2000
Tabelle 2	Forschungsschwerpunkte und Forschungsstrukturen 2004
Tabelle 3	Institute und Kliniken 2004
Tabelle 4a	Übergreifende Verbundstrukturen - 2004
Tabelle 4b	Fakultäts- und klinikumsinterne Verbundstrukturen 2004
Tabelle 5	Organe der Klinikum Mannheim gGmbH im Vergleich
Tabelle 6	Zuweisung des Landeszuführungsbetrags für Forschung und Lehre in der Universitätsmedizin
Tabelle 7	Flussdiagramm zur Aufteilung der Landeszuführungsbeträge im Rahmen der internen Budgetierung der Medizinischen Fakultäten 2001

Tabelle 1:
Personalausstattung der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg im Jahr 2000

Angaben in Vollkräften			Freiburg	Heidelberg [2]	Mannheim [3]	Tübingen	Ulm
Personal aus den Budgets [1]			**6.154**	**5.878**	**2.597**	**5.748**	**3.952**
davon	Nicht-Wiss. Vollkräfte		5.009	4.701	2.053	4.672	3.142
	darunter	Verwaltung	468	416	206	418	245
davon	Wissenschftl.* Vollkräfte		1.145	1.177	544	1.076	809
	davon	C4	44	49	21	54	38
	davon	C3	46	29	8	28	43
	davon	übrige Wissenschaftler	1.055	1.099	515	994	728
	darunter	Naturwissen-schaftler	233	208	24	209	216
Personal aus Drittmitteln			**575**	**450**	**94**	**480**	**330**
	darunter	C4	0	1	3	3	0
	darunter	C3	0	0	0	2	0
	darunter	Wissenschaftler *	331	193	34	312	107
	darunter	Naturwissen-schaftler	146	227	k.A.	k.A.	104
Personal insgesamt			**6.729**	**6.328**	**2.691**	**6.228**	**4.282**
dar.: Wissenschafliche* Vollkräfte			1.476	1.371	581	1.393	916
dar.: Naturwissemschaftler			379	435	k.A.	k.A.	320
dar.: Professoren (C3 + C4)			90	79	32	87	81
Ausgewählte Relationen							
Frauenanteil unter den Wissenschaftlern*			32,4%	37,2%	28,9%	32,0%	34,4%
Frauenanteil unter den Professoren			5,6%	6,3%	0%	5,7%	6,4%
Anteil der befristet beschäftigten Wissenschaftler* (ohne Drittmittelkräfte)			78,6%	73,9%	69,5% [4]	74,1%	81,4% [5]
Abgeleitete Größen							
Anteil der Wissenschaftler* am Gesamtpersonal			21,9%	21,7%	21,6%	22,4%	21,4%
Anteil der Professoren am Gesamtpersonal			1,3%	1,2%	1,2%	1,4%	1,9%
Wissenschaftler* pro Professor			15,4	16,4	17,2	15,0	10,3
Wissenschaftler* je Mio. € Landes-zuschuss [7] (ohne Drittmittelpersonal)			12,5	11,3	14,3 [6]	12,0	10,2
Wissenschaftler* je Mio. € Landes-zuschuss [7] (mit Drittmittelpersonal)			16,1	13,1	15,3 [6]	15,5	11,6
Wissenschaftler* (mit Drittmittelperonal) insgesamt je Planbett			0,85	0,81	0,39	0,88	0,85
Studierende insg. je Wissenschaftler* (mit Drittmittelpersonal)			2,05	1,46	1,83	2,07	2,61
Wissenschaftler* (mit Drittmittelpersonal) je Studienanfänger			3,82	4,04	3,50	3,70	2,50
Anteil der Naturwissenschaftler an den wiss.* Vollkräften insgesamt (jeweils mit Drittmittelpersonal)			25,7%	31,7%	- [8]	- [8]	34,9%

* Die in der Tabelle verwendete Bezeichnung "Wissenschaftler" oder "Wissenschaftl. Vollkraft" beeinhaltet alle Ärzte, auch wenn bisweilen ein unterschiedlicher hoher Anteil der Ärzte nicht forschend tätig ist, sondern ausschließlich Aufgaben in der Krankenversorgung wahrnimmt.
1) Budgets für Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung.
2) **Ohne** das Personal der Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg mit rund 817 Vollkräften, darunter 112 Vollkräfte als Ärzte und Wissenschaftler.
3) Angaben beinhalten das Personals der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim und der Klinikum Mannheim gGmbH jedoch **nicht** das Personal des Zentralinstituts (ZI) für Seelische Gesundheit Mannheim. Am ZI waren 516 Vollkräfte beschäftigt, darunter 183 Vollkräfte als Ärzte/Wissenschaftler.
4) Der relativ niedrige Anteil der befristet beschäftigten Wissenschaftler in Mannheim ergibt sich vor allem durch eine größere Anzahl fest bei der Klinikum Mannheim gGmbH angestellter Ärzte.
5) Die Angaben zu Ulm beinhalten auch das Drittmittelpersonal.
6) Der relativ hohe Anteil der Wissenschaftler pro Landeszuschuss in Mannheim ergibt sich aus der Tatsache, dass auch die bei der Klinikum Mannheim gGmbH angestellten Ärzte als Wissenschaftler gezählt werden, obwohl sie überwiegend Aufgaben in der Krankenversorgung wahrnehmen.
7) Bezugsgröße ist der gesamte Landeszuführungsbetrag im Jahr 2000 einschließlich ohne Investitionen außerhalb des HBFG.
8) Berechnung nicht möglich, da Angaben zur Anzahl der Naturwissenschaftler unter dem Drittmittelpersonal nicht vorlagen.
Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten und der Universitästklinika

Tabelle 2
Forschungschwerpunkte und Forschungsstrukturen nach Angaben der Standorte - Stand Mai 2004

	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm
Etablierte Forschungsschwerpunkte					
Anzahl der Forschungsschwerpunkte	7	7	4	6	9
Fachgebiet					
Kardiologie		Kardiovaskuläre Erkrankungen	Vaskuläre Medizin	Vaskuläre Medizin	Kardiologie (SFB 451)
Neurologie	Neurowissenschaften	Neurologie und Neurowissenschaften	Neuronale Plastizität (zusammen mit dem ZI)	Neurowissenschaften	Neurowissenschaften
Onkologie	Onkologie / Funktionelle Genetik	Onkologie	Onkologie	Onkologie	Onkologie
Infektiologie	Immunologie / Infektionskrankheiten / Umweltforschung	Infektionsforschung		Infektiologie	Infektionsforschung/Resistenzforschung
Transplantation	Bioengineering / Transplantationsmedizin	Transplantation		Immunologie	
Andere	Medizintechnik / Molekulares Imaging / Mikrosensorik / Nanotechnologie	Modelsysteme von Bildgebung und -verabeitung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	Medizintechnik	Medizintechnik	Biomaterialien
	Molekulare Zellforschung	Genetik und Genomik			Rehabilitationswissenschaften
	Klinische Epidemiologie / Evidenz-basierte Medizin				Funktionelle Nanoskopie
					Fehlregulation von Apoptose
					Stamzellbiologie: Forschungsnetz ZytoOrganopoese
Forschungsstrukturen					
Anzahl SFB	5	4	(1)	3	3
Thema des SFB	SFB 364 „Molekulare und zelluläre Grundlagen der Tumortherapie“ (seit 1993) Dezember 2002 ausgelaufen.	SFB 405 "Immuntoleranz und ihre Störungen" (seit 1997)	SFB 636 "Lernen, Gedächtnis und Plastizität: Implikationen für die Psychopathologie" am ZI (seit 2004)	SFB 510 "Stammzellbiologie und Antigenprozessierung" (seit 1997)	SFB 451 "Läsionen und Reparation am kardiovaskulären System" (seit 1999)
	SFB 388 „Zelluläre Funktionen dynamischer Proteinwechselwirkungen“ (seit 1995)	SFB 544 "Kontrolle tropischer Infektionskrankheiten" (seit 1999)	Transregio "Biomedical Optics" unter Mannheimer Koordination in Vorbereitung	SFB 550 "Erkennen, Lokalisieren, Handeln: Neurokognitive Mechanismen und ihre Flexibilität" (seit 2000)	SFB 497 "Signale und Signalverarbeitung bei der zellulären Differenzierung" (seit 2000)
	SFB 505 „Neuronale Differenzierung und Neurotransmission“ (seit 1995)	SFB 414 "Rechner- und sensorgestützte Chirurgie" (seit 1996)		SFB-TR 7019 "Inflammatorische Kardiomyopathie"	SFB 518 "Entzündung, Regeneration, Transformation im Pankreas" (seit 1999)
	Transregionaler SFB-TR 7003 „Mesiale Temporallappen-Epilepsien“ (seit 2001)	SFB 488 "Molekulare und zelluläre Grundlagen neuronaler Entwicklungsprozesse (seit 2000)			
	SFB 620 "Immundefizienz: Klinik und Tiermodelle" (seit 2002)	SFB 320 (Kardiologie) und SFB 601 Gastroenterologie) [3)] sind 2001 ausgelaufen.			
	SFB-TR 6045 "Vascular Differentiation and Remodeling" pos. Beratungsgespräch 2/2004				

	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm
Beteiligung an weiteren SFB (themat. Ausrichtung)	1 SFB 592 - (Entwicklungsbiologie)	4 SFB 352 - (Zellbiologie) SFB 636 - (Psychologie), s. Mannheim SFB 638 (Biochemie) SFB-TR 7013 (Molekulare Zellbiologie)	2 SFB 405 - (Immunologie), s. Heidelberg SFB 636 - (Psychologie), s.o.	0	0
KKS	ja	ja	nein	ja	nein
IZKF	nein, aber analog zum IZKF wurden 3 eigenfinanzierte Zentren für klinische Forschung etabliert	nein	nein, aber ZMF (Zentrum für Medizinische Forschung)	ja	ja
Beteiligung an Kompentenznetzen (KN) Kompetenzzentren (KZ) des BMBF	• KN Akute und Chronische Leukämien • KN Angeborene Herzfehler • KN Demenzen • KN Depression, Suizidalität • KN Entzündlich-rheumatische Systemerkrankungen • KN Hepatitis (HEPNET) • KN Herzinsuffienz • KN HIV/AIDS • KN Pädiatrische Onkologie und Hämatologie • KN Parkinson • KN Schizophrenie • KN Schlaganfall • KN Seltene Erkrankungen: KZ für HIV KZ für Rheuma KZ für Sklerodermie	• KN Vorhofflimmern • KN Herzinsuffizienz • KN Seltene Erkrankungen	• KN-Demenz (am ZI) • KN "Virhofflimmern" • KN "Akute und Chronische Leukämien"	keine Angaben	• KN Ambulant erworbene Pneumonien (Koordination) • KN Maligne Lymphome • KN Schizophrenie

	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm
andere Kompetenznetzwerke und -zentren	• Projekt SAR im Verbund SIR (SARI = Surveillance of Antimicrobial Use and Bacterial Resistance in Intense Care Units) Finanziert von BMBF. • EU "network of excellence: "Testing anti-viral drug resistance and understanding resistance development" (VIRGIL) seit 2004 • EU (QLK2-1999-00356) "Hepatitis C virus: prevention and treatment" (2000-2003) • EU (QLK2-CT-2002-01329) "Unraveling HCV pathogenicity for the preclinical development" seit 2002	• KN Resistenzentwicklung humanpathogener Erreger (Landesstiftung B-W)	• Leukemia Net (im 6. EU Rahmenprogramm als "Network of Excellence")		• KN für Biomaterialien (Landesstiftung B-W) • KN Resistenzentwicklung humanpathogener Erreger (Landesstiftung B-W)
	• Mehrere Projekte im Rahmen des 5. und 6. EU-Rahmenprogramms • NIH Program Project Grant: Myeloproliferative Diseases - Research Consortium • Kompetenznetz Biomaterialien Baden-Württemberg: • Suchtforschungsverbund Baden-Württembergauf dem Gebiet abhängigen Verhaltens • Nationales Genomforschungsnetz (NGFN2)				

	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm
Graduiertenkollegs (GK) Anzahl	2	3	2	5	2
themat. Ausrichtung	• Biochemie [1)] • Neurowissenschaften [2)]	• Onkologie [4)] • Virologie • Neurologie • beteiligung am GK "Epidemiologie" zusammen mit DKFZ u. DZFA	• Europ. Graduierten Kolleg "Vascular Medicine" • Bildgebende Verfahren zur Expressionsanalytik	• Onkologie • Neurobiologie • Infektionsbiologie • Zellbiologie - Immunologie • Sozialmedizin	• Molek. Medizin, Onkologie; Neurologie, Immunologie • Molekulare Diabetologie
DFG Forschergruppe	• Epidemiologie "Statistical modeling und data analysis in clinical epidemiology" Januar 2004				
Klinische Forschergruppen (DFG) - Anzahl	1	3	2	1	1
Thema	• Rheumatologie	• Neurologie • Nephrologie • Fokale Hirnischämie und Reperfusion	• Nephrologie (zusammen mit der Heidelberger Med. Fakultät) • Neuronale Plastizität und Lernprozesse bei der Schmerzchronifizierung	• Diabetes	• Selektive interne Radiotherapie
Forschergruppe (BMBF) - Anzahl	2	0	0		0
themat. Ausrichtung	• Klinische Infektiologie • allergische Entzündung				

SFB: Sonderforschungsbereich, KKS: Koordinierungszentrum für Klinische Studien gefördert durch das BMBF, IZKF: Interdisziplinäres Zentrum für Klinische Forschung gefördert vom BMBF

ZI: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

1) fakultätsübergreifendes Graduiertenkolleg

2) europäisches Graduiertenkolleg

3) In Vorbereitung ist eine neue SFB-Initiative im Bereich Kardiologie

4) Der DFG wird in Kürze eine Antrag für eine Graduiertenkolleg aus der Chirurgie zur Informationstechnologie aus dem SFB 414 vorgelegt.

Quelle: Angaben der Medzinischen Fakultäten, Stand Mai 2004

Tabelle 3
Institute und Kliniken der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg 2004

Fachgebiete	Hochschulstandorte				
	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm
Vorklinische und Klinisch-Theoretische Institute für					
Allgemeinmedizin	Sondervertrag	s. Innere Med.		Lehrbereich	b
Anatomie	a	a		●	a
Arbeits- und Sozialmedizin		d	(●)	●	l
Biochemie u. Molekularbiologie	●	BZH		PCl u. IZZ	●
Epidemiologie			(●)	b	b
Ethik der Medizin	b		(●)	d	
Experimentelle Medizin			●		
Geschichte der Medizin	b	●	(●)	d	
Hirnforschung		s. Neurologie		●	
Humangenetik	i	●	entfällt	●	●
Hygiene/Krankenhaushygiene	●	b	a	b	d
Immunologie		c	c	IZZ	d
Klinische Chemie		s. Innere Med.	●	s. Innere Med.	●
Klinische Sozialmedizin		d			
Biometrie / Med. Informatik	●	●	(●)	●	b
Mikrobiologie	g	b	a	b	d
Med. Soziologie	●				
Med. Psychologie	●	s. Psychosom.		●	
Medizintechnik			●	a (s. Chirurgie)	
Molekulare Medizin und Zellforschung	●				
Molekulare Virologie		b			
Molekulare Pathologie	d	i			
Naturheilkunde		in Frauenheilk.			e
Neuroanatomie	a	a			
Neuropathologie	d	e			
Pathologie	d	e	●	●	c
Pharmakologie	c	● + Innere	b	c	e
Physiologie	●	●		●	●
Rechtsmedizin	●	●		●	c
Toxikologie	c		b	c	e
Transfusionsmedizin	●	c	c	s. Transfus.med.	s. Innere Med.
Tropenmedizin		b		●	s. Innere Med.
Umweltmedizin	i				l
Versuchstierkunde		●			
Virologie	g	b	a	●	d
Zellbiologie	a	a		IZZ	a
Kliniken für					
Anästhesiologie	●	●	●	l	●
Augenheilkunde	●	●	●	●	●
Chirurgie	●	●	●	● mit Med. Technik	●
Allg. Chirurgie	● (Abtlg.)	k (Abtlg.)	d (Abtlg.)	k	●
Gefäßchirurgie	e (Abtlg.)	● (Abtlg.)	d (Abtlg.)	e	k
Herzchirurgie	e (Abtlg.)	● (Abtlg.)		e	●
Kinderherzchirurgie		in Koop. mit Kinderheilk.			
Kinderchirurgie		● (Abtlg.)	●		
Lungen/Thoraxchirurgie	● (Abtlg.)		● (Abtlg.)	e	k
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	s. ZMK	s. ZMK		s. ZMK	s. ZMK
Neurochirurgie	s. Neurochir.	s. Neurochir.	s. Neurochir.	s. Neurochir.	s. Neurochir.
Orthopädie	● Dep.	s. Orthop.	g	s. Orthop.	s. Orthop.
Plastische Chir. (Hand-, Wiederherstellungschir.)	● (Abtlg.)			BG	i
Transplantationschirurgie				k	
Unfallchirurgie	h Dep.	k (Abtlg.)	g	BG	i
Urologie	● (Abtlg.)	● (Abtlg.)	s. Urologie	s. Urologie	s. Urologie

	Hochschulstandorte				
Fachgebiete	**Freiburg**	**Heidelberg**	**Mannheim**	**Tübingen**	**Ulm**
Kliniken für (Fortsetzung)					
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	●	●	●	●	●
Innere Medizin	●	●	●	● Dep.	●
Allgemeinmedizin	Abtlg. IV	Sektion		s. Allg.med	s. Institute
Angiologie	Abtlg. III	Abtlg. III			f
Endokrinologie	Abtlg. II	Abtlg. I + Frauenheilk.	f	i	g
Gastroenterologie / Hepatologie	Abtlg. II	Abtlg. IV	●	f	g
Geriatrie			●	s. Psychiatrie	
Hämatologie	Abtlg. I	Abtlg. V	e	g	h
Immunologie	f	s. Immunol.		g	h
Infektiologie	Abtlg. II	Abtlg. IV		f	h
Kardiologie	Abtlg. III	Abtlg. III	●	h	f
Klinische Chemie	● Abtlg.		s. Institute	i	s. Institute
Nephrologie	Abtlg. IV	Sektion im RZCN	f	h	f
Onkologie	Abtlg. I	Abtlg. V + Kinderheilk.	e	g	h
Pharmakologie (klin.)		Abtlg. VI	●	s. Pharmakologie	s. Institute
Pulmologie/Pulmonologie/Pneumologie	● Abtlg.	Abtlg. III		h	f
Psychosomat. Medizin u. Psychotherapie		Abtlg. II		●	
Rheumatologie	● Abtlg. + f	Abtlg. V	(f)	g	h
Stoffwechsel und Ernährung		Abtlg. I		i	g
Transfusionsmedizin				s. Transfus.med.	●
Sport- und Rehabilitationsmedizin	● Abtlg.	Abtlg. VII		●	f
Kinderheilkunde	BZ	●	●	● Dep.	●
Neurochirurgie	●	●	●	●	●
Neurologie	●	●	●	●	●
Orthopädie	h Dep.	Stiftg.		●	●
Psychiatrie	●	●	ZI	●	●
Radiologie	●	● + Neurolog.	●	●	●
Transfusionsmedizin		s. Immunol.	s. Immunol.	I	s. Innere Med.
Urologie	s. Chirurgie	s. Chirurgie	●	●	●
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK)	AZ	AZ		AZ	AZ
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	AZ	AZ		AZ	AZ

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinika, Stand Mai 2004

● = Fachgebiet mit eigenem Insitut bzw. eigener Klinik vertreten

Dep.: als Department organisiert

a, b, c....: "gleicher Buchstabe" = Zusammenfassung der Fachgebiete in einem Institut bzw. einer Klinik am jeweiligen Standort;

(a), (b), (c) ... oder (●) = derzeit nicht besetzt

AZ; BZ; CZ … "gleicher Großbuchstabe+Z" = Zusammenfassung der Kliniken zu einem Zentrum wie z.B in der Zahnmedizin

Stiftg.: Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg-Schlierbach

BG: Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik

BZH: Biochemiezentrum-Heidelberg - Es vereinigt die Aktivitäten in biochemischer Forschung und Lehre der Fakultäten Biologie, Chemie und Medizin an der Universität Heidelberg.

ZI: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim - als eigenständige rechtsfähige Landesstiftung des öffentlichen Rechts

PCI: Physiologisch-Chemisches Institut, Teilbereich Biochemie, Fakultät für Chemie und Pharmazie an der Universität Tübingen

IZZ: Interfakultäres Zentrum für Zellbiologie (Tüübingen)

RZCN: Rehabilitationszentrum für Chronisch Nierenkranke eV

Tabelle 4a:
Übergreifende Verbundstrukturen 2004

Freiburg		Heidelberg		Mannheim		Tübingen		Ulm	
Zentrum Klinische Studien (ZKS) mit KKS	hü	Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim	fü ex	Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim	fü ex	Zentrum für Klinische Pharmakologie	fü	Neurowissenschaftliches Zentrum	fü
Tumorzentrum	fü ex	Herzzentrum Rhein-Neckar	fü ex	Herzzentrum Rhein-Neckar	fü ex	Deutsches Zentrum für Biomaterialien und Organersatz	hü d	Kompetenzzentrum für Biomaterialien im Knochenkontakt	fü
Zentralstelle f. Forschungsförderung u. Technologietransfer (ZTF)	fü	Interdisziplinäres Zentrum für Neurowissenschaften (IZN)	fü	Kooperationsvereinbarung Strahlentherapie		IZKF - "Zellbiologie ... bei Erkrankungen von Organsystemen"	fü	Epilepsiezentrum	fü ex
Freiburger Zentrenverbund Life Sciences	fü	Zentrum für Infektionsforschung	fü ex	Kooperationsvereinbarung Kinderchirurgie		Interfakultäres Zentrum für Zellbiologie	fü	Funktionelle Nanoskopie in den Lebenswissenschaften FuN in Life	fü
Zentrum f. Ethik u. Recht i. d. Medizin (ZERM)	ex	Deutsches Zentrum für Alternsforschung (DZFA) an der Universität Heidelberg	fü			Interfakultäres Zentrum f. Ethik in den Wissen-schaften	fü d		
Deutsches Cochrane Zentrum (DCZ)	d	Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen (NCT) (auch bezeichnet als CCC: Comprehensive Cancer Center Heidelberg)	ex			Zentrum zur interdiszipli-nären Erforschung der Lebenswelten behinderter Menschen	hü		
Zentrum für Biochemie und Molekulare Zellforschung (ZBMZ)	fü	Aufbau des "Heidelberger Ionenstrahl-Therapie Centrums (HIT)"	fü ex			Interdisziplinäres Zentrum für Infektionsmedizin	fü		
Zentrum für Neurowissenschaften	fü					Kompetenzzentrum für minimalinvasive Medizin und Technik	fü		
Zentrum für Molkulare Klinische Forschung	hü								
Zentrum für Angewandte Biowissenschaften (ZAB)	hü								
Zentrum für Biosystemanalyse (ZBSA)	hü d					Patent- und Verwertungsagentur	hü	Patent- und Verwertungsagentur	hü
Kompetenzzentrum Lehrevaluation*	fü ex hü	Aufbau des Kompetenzzentrums für med. Prüfungen*	fü ex hü	Aufbau des Kompetenzzentrums für Lehr- und Lernziele in der Medizin*	fü ex hü	Kompetenzzentrum für med. Hochschuldidaktik* (zusm. mit Freiburg u. Ulm)	fü ex hü	Aufbau des Kompetenzzentrums für E-Learning in der Medizin*	fü ex hü
Außeruniversitäre Kooperationspartner in der Forschung (ohne Industrie)									
MPI für Immunbiologie MPI für Ausländisches und Internationales Strafrecht		EMBL DKFZ Forschungszentum Karlsruhe MPI für med. Forschung MPI für Zellbiologie ZI: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Thoraxklinik HD-Rohrbach		EMBL DKFZ MPI f. Medizinische Forschung ZI: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Thoraxklinik HD-Rohrbach FH Mannheim		MPI für Biologische Kybernetik MPI für Entwicklungsbiologie MPI für Biologie Bundesforschungsanstalt für Viruskrankheiten der Tiere (BFAV) NMI		Institut für Laseranwendungen in der Medizin und Messtechnik	

* Das Land fördert die Etablierung von fünf auf die Lehre fokussierten standortübergreifenden Kompetenzzentren, um hierdurch Kooperationen zwischen den Med. Fakultäten zu verstärken.
fü: fakultätsübergreifend
hü: hochschulübergreifend
d: deutschlandweit
ex: externe Beteiligung = Beteiligte außerhalb der Medizinischen Fakultät
DKFZ: Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg; Einrichtung der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Großforschungseinrichtungen (HGF)
EMBL: Eupopean Molecular Biology Laboratory
IZKF: Interdisziplinäres Zentrum für Klinische Studien mit Förderung durch das BMBF
KKS: Koordinierungszentrum für Klinische Studien mit Förderung durch das BMBF
MPI: Max-Planck-Institut
NMI: Naturwissenschaftliches und Medizinisches Institut an der universität Tübingen
Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinika - Stand Mai 2004

Tabelle 4b:
Fakultäts- und klinikumsinterne Verbundstrukturen 2004

Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm
Herz-Kreislauf-Zentrum (HKZ)	Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS)	Zentrum für Therapieforschung	Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS)	IZKF - "Molekulare Pathomechanismen..."
Zentrum f. Geriatrie und Gerontologie Freiburg (ZGGF)	Zentrum für psychosoziale Medizin	Zentrum für Unfallchirurgie, Orthopädische Chirurgie und Orthopädie	Interdisziplinäres Tumorzentrum (ITZ)	Tumorzentrum
Zentrum f. Thorakale Tumore	Transplantationszentrum für Leber und Nieren	Kurzzeittherapie-Zentrum	Zentrum für Neurologie	Schmerzzentrum
Dokumentationszentrum schwerer Hautkrankheiten (dZH)	im Aufbau: Zentrum für Klinische Neurowissen-schaften	Zentrum für Medizinische Forschung (ZMF)	Interdisziplinäres Zentrum für Infektionsmedizin	Muskelzentrum
Implant-Zentrum Freiburg	im Aufbau: Zentrum für Psychiatrische Forschung	LASIK-Zentrum		Geriatrisches Zentrum
Brustzentrum		Dienstleistungszentrum OP (DC-OP)		

Quelle: Angaben der Medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinika - Stand Mai 2004

Tabelle 5:
Organe der Klinikum Mannheim gGmbH im Vergleich zu den Organen der übrigen Universitätsklinika in Baden-Württemberg (nach UKG und Satzung der Klinikum Mannheim gGmbH)

Organe des Klinikums	**gemäß Landesgesetzgebung (UKG [1])**	**gemäß Satzung der Klinikum Mannheim gGmbH**
Aufsichtsrat (§ 9 UKG)	• 1 Vertreter des Wissenschaftsministeriums (Vorsitz) • 1 Vertreter des Finanzministeriums • Rektor der Universität • Prorektor der Universität • 2 – 4 externe Sachverständige aus der Wirtschaft und der medizinischen Wissenschaft • Vertreter des Personals (mit beratender Stimme, jedoch mit Stimmrecht bei "Personalangelegenheiten")	• Oberbürgermeister der Stadt Mannheim (Vorsitz) • Fachdezernent/in für Gesundheit/Soziales der Stadt Mannheim • 10 gewählte Mitglieder der Gesellschafterversammlung (Gemeinderat Mannheim) • 6 Arbeitnehmervertreter
Geschäftsführung	durch den Klinikumsvorstand (s.u.)	• Alleiniger Geschäftsführer (GF)
Gesellschafterversammlung	entfällt	• Gemeinderat der Stadt Mannheim
Klinikumsvorstand (§ 10 UKG) (in Mannheim als **Krankenhausbetriebsleitung** bezeichnet)	• Leitender Ärztlicher Direktor (Vorsitz) • stellv. Leitender Ärztlicher Direktor • Kaufmännischer Direktor • Dekan der Medizinischen Fakultät • Pflegedirektor	**nur mit Beratungsfunktion** • Geschäftsführer (GF) des Klinikums MA (Vorsitz) • Geschäftsbereichsleiter Finanzen des Klinikums MA (Vertreter GF) • Verwaltungsdirektor des Klinikums MA * • Ärztlicher Direktor * • Pflegedirektor * • Dekan (kraft Amtes) • Geschäftsführer der Fakultät[+]
weitere Gremien des Klinikums Mannheim		
Strukturkommission (auch Baukommission)	• Geschäftsführer des Klinikums MA • Geschäftsbereichsleiter Finanzen des Klinikums MA (Vertreter GF) • Ärztlicher Direktor • Stellvertreter des Ärztlichen Direktors • Dekan und Prodekan der Fakultät	
Erweiterte Strukturkommission	• Krankenhausbetriebsleitung (s.o.) • Fakultätsvorstand (s. Tabelle: Organe der Fakultät)	

[+] Der Fakultätsgeschäftsführer unterstützt den Dekan der Mannheimer Fakultät in organisatorischen Angelegenheiten.

* Der Verwaltungsdirektor, der Ärztliche Direktor und der Pflegedirektor bilden das **Krankenhausdirektorium** und beraten den Geschäftsführer in allen wesentlichen Fragen der Führung und Weiterentwicklung der Gesellschaft, u.a. in Grundsatzfragen der Planung und Organisation des Betriebs, in Bau- und Budgetangelegenheiten aber auch in Fragen der Zusammenarbeit mit der Fakultät einschließlich der vertraglichen Beziehungen zum Land.

1) Universitätsklinikagesetz (UKG) in der Fassung vom 24. November 1997, geändert durch Art. 8 HochschulrechtsÄndG vom 6. Dezember 1999.

Tabelle 6: Zuweisung des Landeszuführungsbetrags für Forschung und Lehre in der Universitätsmedizin

Bundesland	Empfänger	Kompetition zw. den Med. Fakultäten	seit/ab	Prozentsatz des LZB* 2004	Gewicht** der zugrunde gelegten Leistungsparameter	Anmerkungen
in Bundesländern mit mehreren Medizinischen Fakultäten						
Baden-Württemberg	Medizinische Fakultäten [1)]	ja	1998	20 [2)]	6,25 % Drittmittel 6,25 % Publikationen 7,50 % Lehrleistungen	1) + 2)
Bayern	Fakultät (nur TU München) ansontsten Universitätsklinikum [3)]	ja	1999	9	3,60 % Drittmittel 1,80 % Publikationen 2,25 % Examensergebnisse 0,45 % Promot. u. Habilit. 0,90 % Gleichstellung	3) + 4)
Hessen	Universitäten	ja [5)]	2003	> 15 [6)]	ca. 9 % Drittmittel ca. 1 % SFB u. Forschergruppen ca. 1 % Promotionen und Frauenquote ca. 1 % Absolventen/tinnen ca. 3 % Prämien für Promotionen von Frauen in Natur- und Ingenieurwissenschaften, Graduiertenkollges, Absolventen in der Regelstudienzeit, Bildungsausländer	5) + 6)
Mecklenburg-Vorpommern	Medizinische Fakultäten	nein/geplant	-	-	- -	-
Niedersachsen	Bereich Humanmedizin bzw. Med. Hochschule Hannover	geplant [7)]	2006	geplant 10	4,50 % Forschung 4,50 % Lehre 0,60 % Internationalität 0,40 % Gleichstellung	7)
Nordrhein-Westfalen	Universitätsklinikum [8)]	ja	1999	10	2,86 % Drittmittel 4,28 % Publikationen 2,38 % Lehrleistungen 0,47 % Gleichstellung	8)
Sachsen	zu rd. 68 % Med. Fakultäten zu rd. 32 % Universitäts-klinika	nein	-	-	- -	9)
Sachsen-Anhalt	Medizinische Fakultäten	geplant [10)]	2004	geplant 30	- Drittmittel Publikationen	10)
Schleswig-Holstein	Medizinische Fakultäten	nein [11)]	-	-	- -	11)

Bundesland	Empfänger	leistungs-orientierte Mittel zuweisung	seit/ab	Prozentsatz des LZB* 2004	Gewicht** der zugrunde gelegten Leistungsparameter	Anmer-kungen
in Bundesländern mit nur einer Medizinischen Fakultät						
Berlin	Charité UMB [12)]	nein	bis 2003 [13)]	-	- Zielvereinbarungen [12)]	[12) + 13)]
Hamburg	Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) [14)]	geplant	2005	>13 [15)]	[15)] Drittmittel, Studierende in der Regelstudienzeit, Gleichstellung, Internationalisierung	[14) + 15)]
Rheinland-Pfalz	Universität	ja [16)]	1994 [17)]	> 30 [17)]	[17)] Drittmittel, Studierende in der Regelstudienzeit, Lehrbelastung (CNW), Promotionen u. Habilitationen	[16) + 17)]
Saarland	Universität Universitätsklinikum	ja nein	2004	k.A.	k.A.	[18)]
Thüringen	Universitätsklinikum	nein	-	-	- -	

Quelle: Angaben der Länder, Stand April 2004

* Prozentsatz des Landeszuführungsbetrags (LZB), der im Jahr 2004 leistungsbasiert zugewiesen wird

** Das Gewicht der Leistungsparamter ist als deren prozentualer Anteil am Landeszuführungsbetrag ausgewiesen: Ein Gewicht von 5 % bedeutet demnach, dass 5 % des Landeszuführungsbetrags nach diesem Leistungsparameter zugewiesen werden.

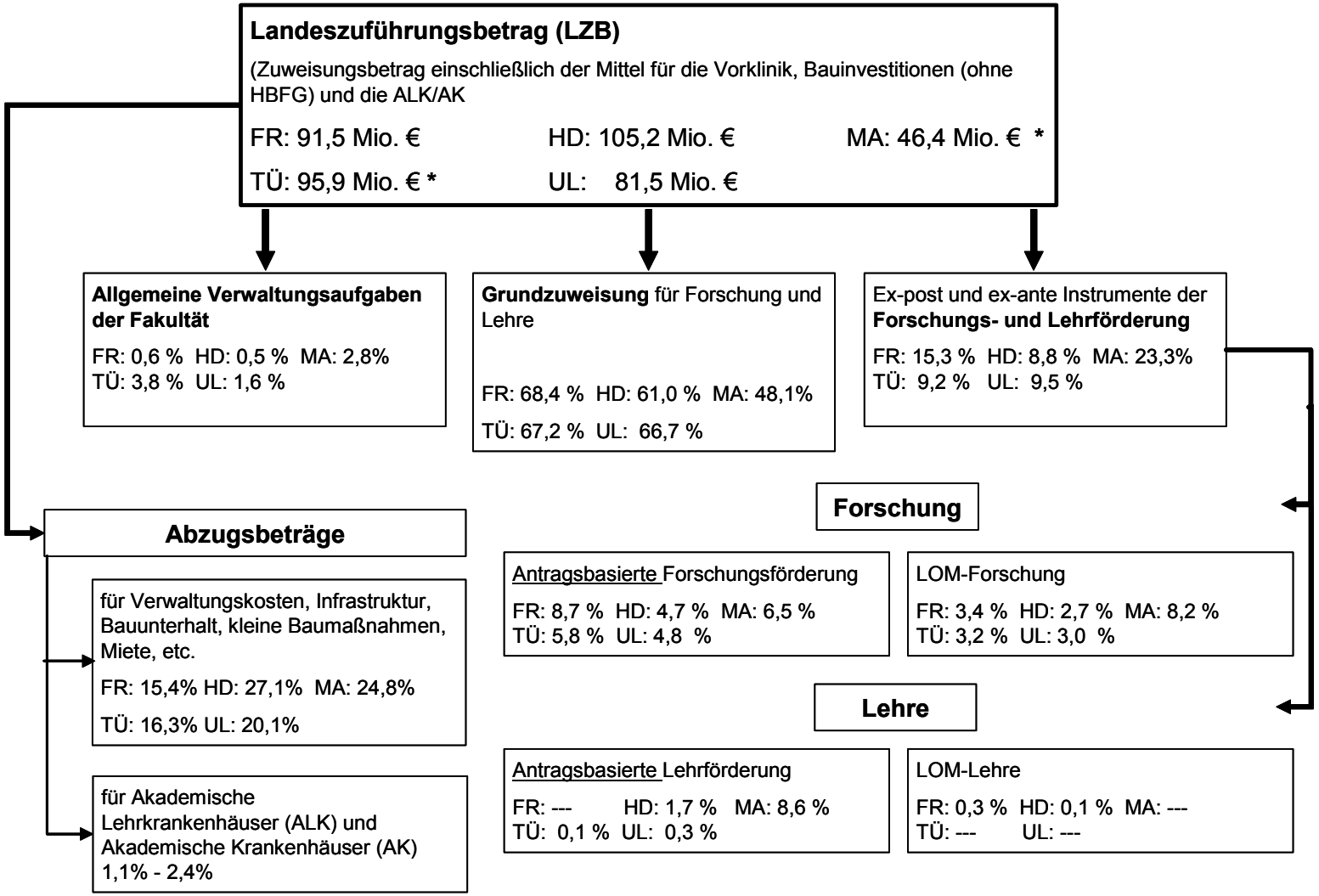
Anmerkungen:

1) Haushaltsbeauftragter ist der Dekan der Med. Fakultät
2) Ab 2004 soll schrittweise ein Teil des LZB (Ergänzungsausstattung) auf der Basis des Kostennormwertverfahrens zugewiesen werden (siehe auch Abschnitt C.V.1 "Leistungsorientierte Mittelvergabe des Landes" im Text.
3) In Bayern wurde bisher nur das Klinikum der TU München rechtlich verselbstständigt (Kooperationsmodell), hier erhält die Med. Fakultät den LZB. An den übrigen Standorten, deren Universitätsklinika rechtlich unselbstständige Einrichtungen der Universität sind, wird der LZB dem jeweiligen Universitätsklinikum zugewiesen.
4) Gesetzliche Vorgaben für eine leistungs- und belastungsbezogene Mittelverteilung gemäß Art. 7 des Bayerischen Hochschulgesetzes; 10% Vergabe nach Fortschritten beim Gleichstellungsauftrag entsp. Landtagsbeschluss.
5) Eine Kompetition besteht nicht nur zwischen den Medizinischen Fakultäten des Landes Hessen, sondern zwischen allen Fakultäten der jeweiligen Hochschule.
6) Etwa 15 % des Budgets der Universitäten werden als "Erfolgsbudget" in den Leistungsbereichen Forschung, Föderung des wiss. Nachwuchses, Frauenanteile, Ausbildungserfolg und Internationalität zugewiesen (siehe Leistungsparameter in d. vorletzten Spalte). Darüber hinaus werden ca. 5 % des LZB für Sondertatbestände zur Finanzierung "... spezifischer kostenwirksamer Leistungen der Hochschulen, die innerhalb der übrigen leistungsorientierten Budgetierung nicht hinreichend abgegolten werden", eingesetzt. Weitere 1,5 % dienen als sogn. "Innovationsbudget" auf der Basis von Projektanträgen der Finanzierung von Vorhaben zur Weiterentwicklung und Profilbildung der Hochschule. 78 % des LZB für die Universitäten werden als Grundbudget, orientiert an den Studierenden in der Regelstudienzeit zugewiesen. Die Höhe des Betrags hängt vom zugehörigen Fächercluster ab; für die Humanmedizin gibt es ein eigenes Cluster.
7) Derzeit Steuerung über Zielvereinbarungen, noch keine formelgebundene Mittelzuweisung, eine Einführung ist für alle Hochschulen ab 2006 geplant.
8) Nach den Errichtungsverordnungen (§ 9 VO) erhält das Universitätsklinikum die aus dem Landeshaushalt gewährten Mittel für Lehre und Forschung als Festbetrag. § 15 Abs. 2 VO legt fest, dass über die Verwendung dieser Mittel allein der Fachbereich Medizin im Rahmen der allgemeinen Vorgaben des Rektorats entsprechend § 20 Abs. 1 Satz 4, § 103 Abs. 1 und 4 HG-NRW entscheidet. Die Folge dieses Regelungszusammenhangs ist, dass keine steuerrechtlich relevanten Leistungsaustausche zwischen Fachbereich und Universitätsklinikum bewirkt werden; das Universitätsklinikum ist jedoch bei der Verwendung der Mittel an die Festlegungen des Fachbereichs Medizin gebunden.
9) Höhe des jeweiligen LZB orientiert sich am Kostennormwertverfahren
10) Die Einführung des Kooperationsmodells ist ab 2005 vorgesehen. Die Fakultäten sollen 70 % des LZB als Grundausstattung erhalten. Die restlichen 30% sollen als Ergänzungsausstattung nach Leistungsparametern zugewiesen werden. Die Scharfstellung des Leistungsbezugs bei der Ergänzungausstattung soll in drei aufeinanderfolgenden Jahren zu je 1/3 erfolgen.

11) Das Land gibt an, vor dem Hintergrund der besonderen Konstruktion der Universitätsmedizin in S-H (zwei Fakultäten ein Klinikum) die Ergebnisse aus der Trennungrechnung abwarten zu wollen, um anschließend den Aufbau einer leistungsorientierten Mittelverteilung durch das Land anzugehen.
12) Gliedkörperschaft (Intergrationsmodell) "Charité - Universitätsmedizin Berlin" von Freier Universität und Humboldt-Universität nach der rechtlichen Verselbstständigung und Fusion der Berliner Hochschulmedizin. Zuweisung als Globalsumme mit Festlegung in mehrjährigen Hochschulverträgen mit ggf. Vereinbarung von Leistungszielen.
13) Bis Juni 2003 wurde eine leistungsbezogene Verteilung eines Teils der Landeszuschüsse zwischen den bis dahin getrennten Medizinischen Fakultäten vorgenommen.
14) In Hamburg wurde das Integrationsmodell verwirklicht: Universitätsklinikum und Med. Fakultät bilden eine gemeinsame Gliedkörperschaft des öffentl. Rechts und wurden aus der Universität ausgegliedert.
15) 13 % des LZB sollen nach den genannten Leistungsparametern vergeben werden, wobei deren jeweilige Gewichtung noch nicht festgelegt ist. Weitere 85 % des LZB sollen als "Grundleistungsbudget" im Wesentlich nach der Absolventenzahl und somit ebenfalls "leistungsbezogen" zugewiesen werden. Schließlich sollen 2 % als "Innovationsbudget" projektbezogen vergeben werden.
16) Zuweisung der Mittel (einschließlich Beschaffungsmittel des Landes) nach Leistungskriterien erfolgt nur für die vorklinischen und klinisch-theoretischen Institute, nicht jedoch für die Kliniken.

17) Seit 1994 auf der Basis eines "Mittelbemessungsmodells": 20 % Grundausstattung (nach Personalbestand), 45% Zusatzausstattung Lehre (Studierende in der Regelstudienzeit und Absolventen), 30% Zusatzausstattung Forschung (nach Drittmitteleinwerbungen), 5 % Wissenschaftlicher Nachwuchs (Promotionen und Habilitationen). Seit 1998 "Personalbemessungskonzept": prinzipiell ein nach oben offenes Bemessungsverfahren - 80 % der Stellen nach Studierenden in der Regelstudienzeit jeweils gewichtet mit fachspezifischen Curricularnormwert (CNW), 11 % der Stellen nach Drittmitteleinwerbungen und Sonderforschungsbereichen, 6 % nach Promotions- und Habilitationszahlen und 2 % nach Weiterbildungseinnahmen.
18) Da das Saarland nur über eine Universität verfügt und somit keine Konkurrenzsituation besteht, macht das Land geltend, dass formelgestützte LOM-Modelle nicht möglich sind. In den Ziel- und Leistungsvereinbarungen 2004-2006 zwischen Ministerium und Universität wurde jedoch festgelegt, dass die Universität einen Zentralfonds zur Forschungsförderung einrichtet, die Med. Fakultät einen eigenen Forschungsfonds etabliert und ein Teil der Universitätsmittel nach Leistungsindikatoren, an die verschiedenen Fakultäten/Institute vergeben werden. Ein entsprechendes System wird derzeit aufgebaut.

Tabelle 7: Flussdiagramm zur Aufteilung der Landeszuführungsbeträge im Rahmen der internen Budgetierung der Medizinischen Fakultäten im Jahr 2001



* Einschließlich einmalig eingesetzter Rückstellungen aus den Vorjahren; Prozentzahlen geben den Anteil des jeweiligen Budgets am Landeszuführungsbetrag an den Standorten Freiburg (FB); Heidelberg (HD), Mannheim (MA), Tübingen (TÜ) und Ulm (UL) wieder; LOM (Leistungsorientierte Mittelzuweisung)

Quelle: Angaben der Med. Fakultäten