



**Association of Clinical Research Centers
of German Universities**

Zur Zukunft der Klinischen Forschung an Medizinischen Fakultäten

Arbeitskreis der Sprecher der
Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung

ACRC
Association of Clinical Research Centers
Von-Esmarch-Straße 58
48149 Münster

Tel: 0251 8352661
Fax: 0251 8357226

E-mail: acrc.gu@uni-muenster.de
URL: <http://www.acrc-gu.de>

Vorsitzender:
Prof. Dr. Dr. Joachim R. Kalden

Generalsekretär:
Prof. Dr. Clemens Sorg

Geschäftsführerin:
Dr. Ursula Schlichter

Die Stellungnahme "Zur Zukunft der Klinischen
Forschung an Medizinischen Fakultäten"
wurde von folgenden Sprechern der
Interdisziplinären Zentren für Klinische
Forschung erarbeitet:

~~Prof. Dr. Ingo Autenrieth
IZKF Tübingen~~

Prof. Dr. Rolf Bräuer
IZKF Jena

Prof. Dr. Frank Emmrich
IZKF Leipzig

Prof. Dr. Dr. Joachim R. Kalden
IZKF Erlangen

Prof. Dr. Friedrich Lampert
IZKF BIOMAT. Aachen

Prof. Dr. Hans Konrad Müller-Hermelink
IZKF Würzburg

Prof. Dr. Clemens Sorg
IZKF Münster

Prof. Dr. Thomas Wirth
IZKF Ulm

ACRC Oktober 2003

Inhalt

I. Ausgangssituation	6
II. Probleme der Klinischen Forschung und Vorschläge zu ihrer Lösung	8
1. Leitungsstrukturen	8
2. Vertragslösung für Professoren in der Medizinischen Fakultät	9
3. Personalvergütung	10
4. Lehre	10
5. Promotion in der Medizin	11
6. MD/PhD – Programme	11
7. Nachwuchsförderung und Förderung des Mittelbaus	12
8. Integration von Naturwissenschaftlern	13
9. Berufungsverfahren	13
10. Neustrukturierung der Krankenversorgung	14
11. Trennungsrechnung	15
12. Hochschulambulanzen	15
13. Strategische Planung	16
14. Zukunftsbild der Medizinischen Fakultät (Zielvorstellung)	16
15. Wissenschaftspolitische Vertretung der Klinischen Forschung	17
 Kontaktadressen	 18

I. Ausgangssituation

Seit über 30 Jahren nehmen der Wissenschaftsrat und die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) wiederholt Stellung zu den Problemen der Klinischen Forschung in Deutschland. Neben kleineren Maßnahmen wie der Einrichtung von klinischen Forschergruppen, früher durch die Max-Planck-Gesellschaft und später durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft sind keine spezifischen Programme zur Verbesserung der Klinischen Forschung aufgelegt worden. Erst durch Initiativen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) wurden in den 80er und 90er Jahren durch finanzielle Anreize Strukturveränderungen induziert, die inzwischen eine breite Wirkung entfaltet haben.

Neben den vor wenigen Jahren etablierten Kompetenznetzwerken in verschiedenen Bereichen der Medizin war es eine 1993 vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMBF) initiierte Maßnahme mit der Zielsetzung, an einigen Medizinischen Fakultäten durch finanzielle Anreize über "Interdisziplinäre Zentren für Klinische Forschung (IZKF)" tief greifende Strukturveränderungen zu erwirken.

Ziele waren:

- Der Aufbau von effizienten Strukturen für die Klinische Forschung auf fachübergreifender Ebene,
- Die Entwicklung eines hochschulspezifischen Forschungsprofils,
- Ein gezieltes Nachwuchstraining,
- Der Einsatz der Forschungsmittel von Bund und Land nach Qualitätsgesichtspunkten und
- Die Transparente Finanzierung von Forschung und Versorgung.

Im Jahr 1996 erhielten acht Zentren nach einem nationalen Wettbewerb den Zuschlag. Die Zentren, mittlerweile um das IZKF Jena vermehrt, haben die Zielsetzungen weitgehend umgesetzt.

Die Einrichtung der IZKFs wie auch der Kompetenznetzwerke haben ohne jeden Zweifel entscheidende Impulse zur Verbesserung der Klinischen Forschung an deutschen Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten gesetzt. Weitere Langzeitmassnahmen scheinen jedoch notwendig, um eine nachhaltige Verbesserung der Klinischen Forschung zu sichern.

Parallel hierzu wurde auf Länderebene mit dem "Meinholdpapier"¹ eine Initiative in die Kultusministerkonferenz eingebracht mit dem Ziel, die Krankenversorgung rechtlich aus den Medizinischen Fakultäten (Universitäten) auszugliedern, um somit eine komplette wirtschaftliche Trennung der Krankenversorgung von Forschung und Lehre zu erreichen. Die Absicht war einerseits dem ständig wachsenden Kostendruck in der Krankenversorgung zu begegnen, andererseits die für Forschung und Lehre bestimmten Mittel, die zu einem erheblichen Teil in die Krankenversorgung fließen, ausschließlich ihrer Zweckbestimmung zuzuführen. Die meisten Bundesländer haben inzwischen eine rechtliche Trennung der Krankenversorgung durchgeführt. Noch ist aber nicht klar, wie sich diese Trennung mittelfristig auf die Qualität der Klinischen Forschung und der Lehre auswirkt.

Gemäß einer Erhebung, die vom BMBF in Auftrag gegeben und 2002 veröffentlicht wurde², ist die Biomedizinische, speziell die Klinische Forschung in Deutschland noch nicht auf dem Stand, den sie international einnehmen müsste. Optimistisch darf stimmen, dass die Biomedizinische Forschung in Deutschland in einer Aufwärtsentwicklung ist, und sollte sich dieser Trend bestätigen bzw. verstärken, könnte es möglich sein, dass

Deutschland andere Nachbarländer in Europa einholt oder gar überholt. Dies ist ein ehrgeiziges Ziel, da eine ähnliche Entwicklung, d.h. die Klinische Forschung zu verstärken, ebenfalls in einigen europäischen Ländern eingesetzt hat, mit einer zum Teil steileren Wachstumskurve als in Deutschland. Besonders gravierend sind die Defizite im Bereich der klinischen Studien, wie kürzlich in einer Untersuchung der Boston Consulting Group vom November 2001³ festgestellt wurde. In Kenntnis dieser Tatsache hat das BMBF eine weitere Maßnahme umgesetzt und über ein Dutzend "Koordinierungszentren für Klinische Studien (KKS)" etabliert. Damit besteht eine gute Chance, dass sich der Standard der klinischen Studien in Deutschland deutlich heben wird, was auch die Entwicklung industrieunabhängiger Studienprotokolle beinhaltet. Nicht nur wünschenswert, sondern erforderlich erscheint die Erstellung von Studienprotokollen für so genannte Orphan-Krankheiten zur Entwicklung neuer diagnostischer und neuer therapeutischer Prinzipien.

¹ Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 29. September 1995

² Tijssen, van Leeuwen, van Raan. Mapping the Scientific Performance of German Medical Research. Schattauer GmbH 2002

³ The Boston Consulting Group. Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands als Standort für Arzneimittelforschung und -entwicklung. November 2001

Laut Denkschrift der DFG (1999)⁴ umfasst die Klinische Forschung die grundlagen-, die krankheits- und die patienten-orientierte Forschung. Die drei Bereiche sind in Deutschland sehr unterschiedlich entwickelt.

Alle Bereiche müssen sich aber verbessern, um international wettbewerbsfähig zu sein. Dies gilt für die Grundlagenforschung im experimentellen Bereich und für die patientenbezogene Forschung mit krankheitsrelevanten Ansätzen.

Die Frage ist nun, welche Probleme der Klinischen Forschung derzeit noch immer an den Medizinischen Fakultäten existieren und welche Probleme erst jetzt nach Umsetzung der oben genannten Rechtsreformen offenkundig geworden oder neu hinzugekommen sind.

Im folgenden, zweiten Kapitel wird auf eine Vielzahl solcher Probleme eingegangen. Mögliche Lösungsansätze werden aufgezeigt.

⁴ Deutsche Forschungsgemeinschaft.
Klinische Forschung – Denkschrift. Wiley-VCH Verlag GmbH 1999

II. Probleme der klinischen Forschung und Vorschläge zu ihrer Lösung

Lösungen für die Probleme der Klinischen Forschung scheinen nur möglich mit eingreifenden Strukturveränderungen der Medizinischen Fakultäten sowie der Universitätsklinik und des Medizinstudiums. Nur über neue und veränderte Strukturen scheint eine länger anhaltende positive Entwicklung der Klinischen Forschung an Deutschen Universitäten möglich.

Der Arbeitskreis der Zentrumsprecher gibt am Ende eines jeden Abschnittes eine Empfehlung, wie ein Lösungsansatz prinzipiell aussehen könnte.

1. Leitungsstrukturen

Die derzeitigen Leitungsstrukturen der Medizinischen Fakultäten stellen ein grundsätzliches Problem dar, da sie ungeeignet sind für ein konzeptionell strategisches Management von Forschung und Lehre mit mittelfristiger Zielorientierung. Die Aufgaben, die aus diesen neuen Verantwortlichkeiten erwachsen, können von einem Dekan nicht mehr neben seinen Aufgaben als Lehrstuhlinhaber und als Leiter einer klinischen Einrichtung angemessen bewältigt werden. Wie bereits an manchen Fakultäten in Ansätzen sichtbar, wird an die

Einführung eines professionellen Dekans gedacht, der entsprechende Zielvorgaben mit der nötigen Kompetenz umsetzt. Gleiches gilt für die Bestellung des Ärztlichen Direktors. Auch hier ist nur durch die hauptamtliche Einstellung ein zeitgemäßes, professionelles Management zu erwarten.

Die Frage ist, wie ein professioneller Dekan ernannt wird. Ihn über basisdemokratische Mechanismen zu wählen, scheint nicht mehr angemessen zu sein. Das Dekanat sollte entsprechend der neuen und direkten Verantwortung für den Landeszuschuss entsprechend organisiert sein. Dies schließt den Aufbau einer effizienten Finanzverwaltung mit einem kaufmännischen Leiter ein.

Empfehlung

Die Leitung der Fakultät (Dekan) und des Klinikums (Ärztlicher Direktor) sollte hauptamtlich eingestellt und angemessen honoriert werden. Die Ernennung des Dekans sollte nicht über basisdemokratische Mechanismen erfolgen, sondern das Amt sollte ausgeschrieben und über ein dem Aufsichtsrat des Klinikums analoges Gremium in der Besetzung entschieden werden. Die Umsetzung von wissenschaftlichen Inhalten und Strukturen sollte ausschließlich in der Verantwortlichkeit der Fakultät liegen.

2. Vertragslösung für Professoren in der Medizinischen Fakultät

Wie von der Kultusministerkonferenz⁵ vorgeschlagen, sollen Klinikdirektoren ihr Amt als Chefarzt im Rahmen eines Angestelltenvertrages mit dem Klinikum ausführen. Das Professorenamt in der Fakultät (Universität) soll ebenfalls im Angestelltenverhältnis ausgeübt werden (Vertragslösung). Die Wahrnehmung des Professorenamtes als Beamter (C4) scheint nicht konsequent und sinnvoll zu sein. Es engt die Möglichkeiten einer flexiblen und effizienten Personalpolitik ein. Es wird daher diskutiert, den Chefarztvertrag an den für das Professorenamt zu koppeln, d.h. bei Kündigung des Chefarztvertrages wird automatisch auch der Vertrag für das Professorenamt gekündigt. Folgerichtig sollten auch alle anderen Professoren der Medizinischen Fakultät, auch die, die keine Aufgaben in der Krankenversorgung haben, künftig über einen Angestelltenvertrag vergütet werden, da hierüber auch die Vergütung leistungsgerecht zu gestalten wäre. Es muss damit den Fakultäten die Möglichkeit eröffnet werden, besonders herausragende Wissenschaftler "einzukaufen", indem leistungsgerechte Löhne bezahlt werden können. Bei der

⁵ Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 19. November 1999

Gestaltung dieser Verträge ist eine Grundvergütung und eine leistungsabhängige Komponente zu diskutieren.

Empfehlung

Die von der Kultusministerkonferenz empfohlene "Vertragslösung", d.h. Chefarztstätigkeit und Professorenamt im Angestelltenverhältnis auszuüben, sollte der Regelfall werden.

Eine leistungsorientierte Vergütung ist zwingend erforderlich. Beide Verträge sollten miteinander gekoppelt sein, d.h. die Kündigung des einen Vertrages führt automatisch zur Kündigung des anderen. Konsequenterweise sollten auch Professoren ohne Aufgaben in der Krankenversorgung einen Angestelltenvertrag erhalten. Dies würde zu mehr Flexibilität in der Vergütung und damit zu einer Vergleichbarkeit der Einkommensstruktur national wie international führen.

3. Personalvergütung

Im Zusammenhang mit einer Neuregelung der Besoldung (siehe Abschnitt 2) ist auch darüber zu diskutieren, ob die Vergütung der Wissenschaftler an einer Fakultät nicht an den erbrachten Leistungen ausgerichtet werden sollte. Z.B. wäre denkbar, dass die Fakultät 10% der eingeworbenen qualifizierten Drittmittel zum Grundgehalt hinzu gibt. Dies

würde bedeuten, dass in einer Fakultät, in der z.B. ca. 20 Mio. € an qualifizierten Drittmitteln eingeworben werden, ca. 2 Mio. € aufgewandt werden müssten.

Empfehlung

Die Vergütung von Wissenschaftlern des Mittelbaus sollte sich ebenfalls aus einer angemessenen Grundvergütung und einer Leistungskomponente (z.B. Drittmittel oder Klinikeinnahmen) zusammensetzen. Nur so ist die Rückführung von hoch qualifizierten Wissenschaftlern z.B. aus den USA künftig möglich.

4. Lehre

Das Medizinstudium ist dringend reformbedürftig. Die Lehrinhalte sind derzeit reine Propädeutik. Eine Berührung mit moderner Biomedizinischer Wissenschaft in Methoden und Inhalt findet nicht statt. Versuche, problemorientiertes Lernen (POL) gemäß dem "Harvard-München-Modell"⁶ des Gruppenlernens in der Medizin einzuführen, erfahren vor allem bei den Studierenden großen Anklang. Die Belastung der Lehrenden stößt allerdings

⁶ Die medizinische Fakultät der LMU München und die Harvard Medical School haben 1996 eine Allianz zur Förderung der Medizinischen Ausbildung gegründet. Informationen unter: <http://www.harvardkurs.de/de/index.htm>

rasch an Grenzen, solange nicht die bisherigen Curricula reduziert werden. Die Frage ist auch, inwieweit moderne Medien besser für die Wissensvermittlung genutzt werden können und die Lehrenden sich auf Kontrolle und Vertiefung des Wissens beschränken sollten. Es scheint auch wichtig über entsprechende Lehrveranstaltungen bereits frühzeitig begabten und motivierten wissenschaftlichen Nachwuchs zu identifizieren.

Empfehlung

Das Medizinstudium sollte neu strukturiert werden im Sinne eines modularen Aufbaus. Es sollte möglich sein, frühzeitig die Studierenden mit Wissenschaft und ihrer Methodik in Kontakt zu bringen, um Begabungen frühzeitig eine Chance zu geben.

5. Promotion in der Medizin

Der Dr. med. und die in Deutschland üblichen Anforderungen an eine medizinische Dissertation sind vielfach kritisiert worden. Die Vorschläge reichen von Abschaffung der Promotion und Verleihung des Dokortitels mit der Approbationsurkunde (Modell Österreich) bis zur Verschärfung der Anforderung. Es ist festzustellen, dass die Medizin die Promotion beibehalten muss. Die Anforderungen sollten jedoch so angehoben werden, dass die

Standards einer naturwissenschaftlichen Diplomarbeit erreicht werden. Dies bedeutet, dass vor Beginn der Promotion erst das Grundstudium abgeschlossen werden muss. Somit könnte auch bei den Naturwissenschaftlern erreicht werden, diesen Grad als Eingangsleistung für Graduiertenprogramme (z.B. MD/PhD-Programme etc.) anzuerkennen. Hier könnte der Zusammenschluss von Fakultäten in einem Initiativkreis etwas bewegen, indem diese ihre Promotionsordnungen entsprechend angleichen und harmonisieren. Eventuell könnten hierzu auch entsprechende Anreize von Bund und Ländern gesetzt werden.

Empfehlung

Einführung eines zusätzlichen naturwissenschaftlich orientierten Promotionsverfahrens für den examinierten Mediziner wird empfohlen.

6. MD/PhD - Programme

Im Hinblick auf die Defizite der Mediziner-ausbildung (siehe oben) haben eine Reihe von Fakultäten einen Studiengang, das so genannte MD/PhD-Studium für Graduierte eingeführt. In der Regel beinhaltet dieses ein dreijähriges Zusatzstudium, während dessen auch eine Dissertation angefertigt wird. Die

Resultate dieser Programme können derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden. MD/PhD-Programme sind derzeit Instrumente, die erprobt werden zum Ausgleich von Defiziten in der wissenschaftlich orientierten Medizinerbildung. Ob sich diese Programme bewähren, bleibt der weiteren Beobachtung der noch sehr kurzen Laufzeit vorbehalten. Zusätzlich scheinen jedoch weitere Reformen notwendig, z.B. die Möglichkeit für Medizinstudenten nach Abschluss ihres Examens eine Kombination eines MD/PhD zu erlangen, d.h. eine Doktorarbeit in der Medizinischen Fakultät mit einem Tutor aus der Naturwissenschaftlichen Fakultät anzufertigen, die als Promotionsleistung von der Medizinischen Fakultät anerkannt wird.

Empfehlung

Die MD/PhD-Programme an verschiedenen Fakultäten sollten gefördert werden. In wenigen Jahren sollte jedoch eine Evaluierung bezüglich der Nachhaltigkeit der Programme durchgeführt werden.

7. Nachwuchsförderung und Förderung des Mittelbaus

Die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses ist ein Thema von größter

Bedeutung. Aufgrund der Erfahrungen mit den bereits vorhandenen Instrumenten (Postdoc-Stipendien, Rotationsstellen, Nachwuchsgruppen etc.) ist festzustellen, dass das Instrumentarium Lücken aufweist. Aufgrund einer Analyse des Arbeitskreises der IZKF Sprecher ist klar geworden, dass in Deutschland kaum Fördermöglichkeiten für Wissenschaftler, die älter als 35 Jahre sind, existieren. Die Folge ist, dass gerade die Medizinische Forschung sehr viele Wissenschaftler verliert, da diese alters- oder strukturbedingt noch keine längerfristige Position einnehmen können (z.B. als Klinikdirektor). Eine klinische C3-Professur ist meistens mit ausgehnter Oberarztstätigkeit verbunden und für forschungsorientierte Mediziner nicht sehr attraktiv. Die Fördermöglichkeiten in Großbritannien oder den Niederlanden sind demgegenüber nicht altersbegrenzt. In den Niederlanden werden Altersbegrenzungen sogar als Diskriminierung gewertet⁷. Ein "Career Development Award" für bis zu acht Jahren würde zu einer deutlichen Verbesserung der Situation beitragen und stünde auch nicht in Konkurrenz zu der für Mediziner wenig attraktiven Juniorprofessur.

⁷ in: F.H. Falcone und C. Sorg. Förderung des Wissenschaftlichen Nachwuchses an den IZKF. Konzeptpapier im Frühjahr 2003 beim BMBF eingereicht.

Empfehlung

Die Förderinstrumente für Nachwuchswissenschaftler haben Lücken. Insbesondere lassen Sie den Wissenschaftler ab 35 Jahre weitgehend unberücksichtigt. Es wird daher die Einführung eines "Career Development Award" vorgeschlagen. Ein entsprechendes "Career Development Award Programm" wurde von den Sprechern der IZKF entwickelt und dem BMBF vorgelegt. Dieses Förderinstrument erlaubt besonders Wissenschaftlern ab 35 Jahren über die erfolgreiche Erlangung eines "Career Development Award" in einer Gesamtlaufzeit von bis zu acht Jahren wissenschaftlich tätig zu sein.

8. Integration von Naturwissenschaftlern

Die Medizin kommt heute sowohl in der Forschung als auch in der Krankenversorgung nicht mehr ohne Naturwissenschaftler aus. Die Frage ist, wie deren Integration künftig verbessert werden kann. Dies ist auch verknüpft mit der künftigen Mediziner Ausbildung (siehe oben). In allen Medizinischen Fakultäten sind heute Naturwissenschaftler tätig und leiten Institute in der Theoretischen und Vorklinischen Medizin. Zum Teil nehmen sie auch bereits Tätigkeiten in der Krankenversorgung wahr, die früher strikt an eine Facharztweiterbildung gebunden waren (z.B. Medizinische

Mikrobiologie, Virologie, Hygiene, Anatomie etc.). Damit werden Medizinische Fakultäten zunehmend zu "Life Science" - Zentren. Die Abgrenzungen zu den klassischen Naturwissenschaften verwischen mehr und mehr. Die Frage muss daher aufgeworfen werden, ob der Zuschnitt der Fachbereiche Medizin, Biologie und Chemie noch der aktuellen Entwicklung entspricht und nicht einer Neudefinition bedarf.

Empfehlung

Die Integration der Naturwissenschaftler in die Medizin sollte mit Nachdruck vorangetrieben werden. Die einschlägigen Fachbereiche sollten neu definiert und als integrative Zentren zusammengefasst werden, in denen die Mediziner Ausbildung ebenso wie bestimmte Studiengänge für Naturwissenschaftler durchgeführt würden. Die Organisation von Forschung (Verfügungszentren, Promotionen, Forschungsverbünde etc.) und Lehre, ebenso wie die Angleichung an neueste Entwicklungen (z.B. Nanotechnologie) wäre deutlich erleichtert.

9. Berufungsverfahren

An manchen Fakultäten dauert ein Berufungsverfahren mindestens zwei Jahre. Die Zeiten akkumulieren, weil eine Vielzahl

von fachfremden Gremien und Instanzen durchlaufen werden müssen. Die Leitung der Fakultät (siehe oben) muss in der Lage sein, rasch und im Sinne der Zielvorgaben seine Personalpolitik umzusetzen.

Empfehlung

Die Berufungsverfahren müssen gestrafft und damit wettbewerbsfähiger gemacht werden. Ein Lösungsweg könnte die Reduzierung von Universitätsgremien und eine größere Autonomie der Fakultät sein. Das strikte Hausberufungsverbot muss aufgehoben werden.

10. Neustrukturierung der Krankenversorgung

Die Organisation der Krankenversorgung folgt in der Regel weniger einem Konzept als reaktiv auf die täglichen Notwendigkeiten. Unter dem steigenden Kostendruck, insbesondere aber unter dem Kostendruck, der durch die Einführung der Fallpauschalen entsteht, muss die Krankenversorgung neu organisiert werden. Ansätze sind hier in den Bemühungen einiger weniger Fakultäten zu sehen, die Krankenversorgung entsprechend den funktionellen Abläufen zu organisieren (z.B. Funktionszentren Onkologie). Da es in den zurückliegenden Jahren nicht gelungen ist, ein Departmentsystem nach amerikanischem

Muster in Deutschland zu etablieren, muss intensiv über eine Neuorganisation der Krankenversorgung und ihrer Leitungsstrukturen nachgedacht werden. Ziel sollte es sein, eine den deutschen Gegebenheiten angepasste Organisationsstruktur, die modernen Anforderungen gerecht wird, zu etablieren. Angedacht wurde eine Abkehr vom Ordinarius, der Generalist und auf Lebenszeit Leiter einer Klinik ist. Vielmehr ist an die Position des Leiters eines Departments gedacht, der die Organisation und Umsetzung von Zielen in Forschung, Lehre und Krankenversorgung in größeren Funktionsbereichen mit der nötigen Entscheidungskompetenz verwirklicht. Ob der Leiter eines Departments diese Funktionen im Hauptamt oder Nebenamt ausübt, ist nachrangig. Wichtig ist vielmehr, ein klar definiertes Anforderungsprofil und eine Rechenschaftspflicht und Verantwortung gegenüber dem Klinikumsvorstand. Eine Befristung der Amtszeit ist unabdingbar.

Empfehlung

1. Rückführung der Universitätsklinika wieder zu ihrer eigentlichen Bestimmung, d.h. neben der Krankenversorgung intensiv klinische Forschung zu betreiben. (Empfehlung des Wissenschaftsrates: Soviel Krankenversorgung wie für Forschung und Lehre

notwendig). Keine Übernahme von Funktionen eines städtischen bzw. kommunalen Krankenhauses.

2. Abkehr vom Ordinariensystem hin zu einer kollegialen Leitung. Einsetzung eines Chairman (auf Zeit ernannt) mit weitreichenden Befugnissen im Rahmen eines größeren Funktionsbereichs im Sinne eines Departments bzw. eines Querschnittsbereiches.
3. Abschaffung der zeitlich limitierten Anstellung des Mittelbaus. Entwicklung von Karrieremöglichkeiten für qualifizierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die einen Verbleib über die derzeitigen 12 Jahre an einer Universität zulassen.
4. Abbau der erheblichen administrativen Aufgaben der Mediziner im Rahmen der Krankenversorgung.

11. Trennungsrechnung

Die neuen Rechtsformen machen zur Auflage, eine Trennungsrechnung durchzuführen (Trennung der Finanzkreisläufe von Forschung und Lehre und der Krankenversorgung). Dies ist machbar, fordert aber eine konsequente Analyse der Krankenversorgung und ihrer Leistung für die Lehre. Umgekehrt muss die Forschung und Lehre definieren, welche Leistungen sie benötigt, um ihre Aufgaben

wahrnehmen zu können. Bisher sind nur wenig ernsthafte Ansätze sichtbar, die Trennungsrechnung konsequent durchzuführen. Ein großes Problem stellt die in vielen Bundesländern ausgeübte Praxis dar, den Zubehörsbetrag an die Klinik zu überweisen, die dann die Mittel an die Fakultät weiterleitet, die für die Krankenversorgung nicht benötigt werden.

Empfehlung

Der Landeszuschuss muss den Fakultäten direkt zugewiesen werden. Die nachgewiesenen Aufwendungen des Klinikums für Forschung und Lehre werden vom Dekanat vergütet.

12. Hochschulambulanzen

Nur wenige Fakultäten haben versucht, die Kosten der Ambulanzen zu berechnen. Die Resultate sind sehr unterschiedlich. Sicher ist, dass die Ambulanzen defizitär sind und erhebliche Summen aus dem Landeszuschuss in die Ambulanzen fließen. Eine leistungsgerechte Vergütung durch die Kassen findet derzeit nicht statt. Aufgrund dieser Situation ist es logisch und auch rechtlich klar, dass die Budgets der Ambulanzen von der Fakultät zu definieren sind. Im Sinne einer leistungsorientierten Mittelvergabe ist festzustellen, worin der Beitrag der Ambulanzen für Forschung

und Lehre liegt. Ferner ist anzustreben, dass klinische Studien, die im Rahmen von ambulanter Patientenversorgung durchgeführt werden, wie Forschungsprojekte zu werten und einer wissenschaftlichen Begutachtung zu unterwerfen sind. In diesem Kontext wären Überschüsse aus ambulanter Behandlung auch wieder der Fakultät zuzuführen. Weiter sollen die Ambulanzen gemäß der neuen Approbationsordnung verstärkt in die Lehre eingebunden werden.

Empfehlung

Die Krankenversorgung im Rahmen der Ambulanzen wird aus dem Landeszuschuss finanziert und ist dementsprechend der Forschung und Lehre zuzuordnen. Die zu erbringenden Leistungen sind daher von der Fakultät nach Qualitätsgesichtspunkten zu definieren. Eine leistungsgerechte Vergütung durch die Kassen ist überfällig und muss durchgesetzt werden.

13. Strategische Planung

Die meisten Fakultäten streben eine Verfügbarkeit (leistungsorientierte Vergabe) ihrer Mittel von bis zu 30% des Landeszuschusses an. Dies sind zum Teil erhebliche Summen, die eine strategische Planung obligatorisch machen. Eine Verteilung der Mittel

nach Leistungskriterien allein ist nicht ausreichend. Da die meisten Länderministerien inzwischen von ihren Fakultäten eine strategische Planung im Sinne einer Profil- und Schwerpunktbildung verlangen, wird dieser Aspekt künftig mehr Bedeutung erhalten, dies vor allem auch im Hinblick auf den sich verschärfenden nationalen und internationalen Wettbewerb. Strategische Planung ist keine Stärke deutscher Universitäten im allgemeinen bzw. der Medizinischen Fakultäten im besonderen. Die Frage ist, welche Instrumente an Fakultäten einzeln oder in Gemeinschaft einzurichten und zu nutzen wären, um Indikatoren zu identifizieren, die eine neue Entwicklung frühzeitig erkennen lassen.

Empfehlung

An den Fakultäten sollten Instrumente und Methoden entwickelt werden, die eine strategische Planung in Forschung und Lehre ermöglichen.

14. Zukunftsbild der Medizinischen Fakultät (Zielvorstellung)

Bisher gibt es keine ausformulierte Zielvorstellung über die Medizinischen Fakultät der Zukunft. Die Konzeption der Medizinischen Fakultäten stammt aus den 60iger Jahren und

definiert die Universitätsklinik als Krankenhäuser der Maximalversorgung. Als solche sind sie in die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit eingebunden. Das Übermaß an Versorgungsaufgaben ist eine wesentliche Ursache für die Probleme der klinischen Forschung in Deutschland. Eine Neukonzeption der Medizinischen Fakultäten im Sinne ihres Primärauftrages, nämlich Forschung und Lehre zu erbringen, ist erforderlich. Die Kopie von angelsächsischen Vorbildern und deren Umsetzung in Deutschland scheint wenig sinnvoll. Im Hinblick auf die Besonderheiten des deutschen Universitätssystems sind eigene Modellvorstellungen zu entwickeln. Es wäre hilfreich, wenn ein Idealbild entworfen und nach Wegen gesucht würde, diesem Idealbild so nahe wie möglich zu kommen.

Empfehlung

Entwurf eines Idealbildes einer deutschen Medizinischen Fakultät der Zukunft und Möglichkeiten zu deren Realisierung.

15. Wissenschaftspolitische Vertretung der klinischen Forschung

Die Klinische Forschung in Deutschland ist politisch nicht organisiert. Vielmehr versuchen nichtuniversitäre Einrichtungen diese Vertretung an sich zu ziehen. Da die Medizinischen Fakultäten sowohl das Ausbildungsmonopol als auch den alleinigen Zugang zu Patienten haben, sollten sie diese Rolle der Vertretung als unverzichtbar wahrnehmen. Die universitäre Medizin hatte bisher keine Möglichkeit auf nationale oder europäische Programme Einfluss zu nehmen, da sie sich nicht artikuliert hat.

Empfehlung

Es wird die Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft zur Vertretung der Klinischen Forschung empfohlen. Dabei bietet sich der Arbeitskreis der Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung mit ihrer gemeinsamen Geschäftsstelle an, aufgrund ihres einmaligen Wissens und ihrer Erfahrung in der Organisationsstrukturierung der Klinischen Forschung.

Kontaktadressen

Prof. Dr. Ingo Autenrieth
Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Institut für Mikrobiologie und
Krankenhaushygiene
Elfriede-Aulhorn-Straße 6 · 72076 Tübingen
Tel: 07071 2982351 · Fax: 07071 295440
E-mail: ingo.autenrieth@med.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Rolf Bräuer
Klinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Institut für Pathologie
Ziegelmühlenweg 1 · 07743 Jena
Tel: 03641 933113 · Fax: 03641 934692
E-mail: rolf.braeuer@med.uni-jena.de

Prof. Dr. Frank Emmrich
Universität Leipzig
Institut für Klinische Immunologie &
Transfusionsmedizin
Johannisallee 30a · 04103 Leipzig
Tel: 0341 9725500 · Fax: 0341 9715949
E-mail: emmf@server3.medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. Dr. Joachim R. Kalden
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen
Medizinische Klinik III und Poliklinik
Krankenhausstraße 12 · 91054 Erlangen
Tel: 09131 8533363 · Fax: 09131 8534770
E-mail: joachim.kalden@med3.imed.uni-erlangen.de

IZKF Tübingen
Geissweg 5/1 · 72076 Tübingen
Tel: 07071 2977980 · Fax: 07071 295814
E-mail: izkf@med.uni-tuebingen.de
URL: <http://www.medizin.uni-tuebingen.de/izkf/>

IZKF Jena
Sammelweisstraße 12 · 07743 Jena
Tel: 03641 935210 · Fax: 03641 936499
E-mail: izkf.jena@med.uni-jena.de/izkf
URL: <http://www.med.uni-jena.de/izkf>

IZKF Leipzig
Inselstraße 22 · 04103 Leipzig
Tel: 0341 9715941 · Fax: 0341 9715949
E-mail: izkf@rz.uni-leipzig.de
URL: <http://www.uni-leipzig.de/~izkf>

IZKF Erlangen
Maximiliansplatz 2 · 91054 Erlangen
Tel: 09131 8535902 · Fax: 09131 8535903
E-mail: izkf@kv.imed.uni-erlangen.de
URL: <http://www.izkf.med.uni-erlangen.de>

Prof. Dr. Friedrich Lampert
RWTH-Aachen
Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie
und Präventive Zahnheilkunde
Pauwelsstraße 30 · 52074 Aachen
Tel: 0241 80 88111 · Fax: 0241 8082468
E-mail: izkf@rwth-aachen.de

Prof. Dr. Hans Konrad Müller-Hermelink
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Pathologisches Institut/Bau 21
Josef-Schneider-Straße 2 · 97080 Würzburg
Tel: 0931 2013776 · Fax: 0931 20147440
E-mail: path062@mail.uni-wuerzburg.de

Prof. Dr. Clemens Sorg
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Institut für Experimentelle Dermatologie
Röntgenstraße 21 · 48149 Münster
Tel: 0251 83 56577 · Fax: 0251 83 56549
E-mail: sorg@uni-muenster.de

Prof. Dr. Thomas Wirth
Universität Ulm
Abteilung Physiologische Chemie
Albert-Einstein-Allee 11 · 89081 Ulm
Tel: 0731 50 2327071 · Fax: 0731 5022043
E-mail: thomas.wirth@medizin.uni-ulm.de

IZKF BIOMAT. Aachen
Pauwelsstraße 30 · 52057 Aachen
Tel: 0241 8080034 · Fax: 0241 8082497
E-mail: izkf@rwth-aachen.de
URL: <http://www.izkf.ukaachen.de>

IZKF Würzburg
Josef-Schneider-Straße 2 · 97080 Würzburg
Tel: 0931 20147794 · Fax: 0931 20147505
E-mail: izkf@mail.uni-wuerzburg.de
URL: <http://www.uni-wuerzburg.de/izkf>

IZKF Münster
Domagkstraße 3 · 48149 Münster
Tel: 0251 8358695 · Fax: 0251 8352946
E-mail: izkf.muenster@uni-muenster.de
URL: <http://www.izkf.uni-muenster.de>

IZKF Ulm
Albert-Einstein-Allee 29 · 89081 Ulm
Tel: 0731 50050390 · Fax: 0731 50050392
E-mail: izkf@medizin.uni-ulm.de
URL: <http://www.uni-ulm.de/izkf>



Notizen



Notizen



Notizen



**Association of Clinical Research Centers
of German Universities**