

Alfons Labisch (Dekan)

Aktuelle Perspektiven der universitären Medizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf – die Sicht der Medizinischen Fakultät¹

Ein „unmögliches“ Szenario? Zur aktuellen Lage

Die Neuordnung der Hochschulmedizin

Am 27. Dezember 1999 trat das „Gesetz zur Neuordnung der Hochschulmedizin“, am 1. Januar 2001 die „Rechtsverordnung über die Errichtung des Universitätsklinikums Düsseldorf“ in Kraft. Durch diese Vorschriften wurden die bisherigen Medizinischen Einrichtungen aus dem Verband der Universität herausgelöst und als „Universitätsklinikum Düsseldorf“ (UKD) in einer „Rechtsfähigen Anstalt öffentlichen Rechts“ neu geordnet. Lediglich die Professoren und wissenschaftlichen Mitarbeiter bleiben als eine Art virtuelle Fakultät im Verbund der Universität. Daraus folgen erhebliche organisatorische und administrative Probleme. Betroffen sind keinesfalls nur die Medizinische Fakultät und das UKD, sondern – wie zu zeigen sein wird – die gesamte Universität.

„Fallpauschale“ und „Kopfpauschale“

Wenn hier erneut über die Lage der Medizinischen Fakultät berichtet wird,² kann ein bestimmtes Szenario verdeutlichen, um was es in der Zukunft gehen könnte. Die Kosten der Krankenversicherung sind ein geläufiges Thema. Entsprechende und stets unbefriedigende Reformbemühungen begleiten uns seit dem „Kranken-Versicherungs-Kosten-Dämpfungsgesetz“ (KVKG) vom 1. Juli 1977. Gemäß dem „Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung“ (DRG-Systemzuschlagsgesetz) vom 27. April 2001 sowie dem „Gesetz zur Einführung des Diagnose orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser“ (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23. April 2002 wird zum Januar 2004 die Finanzierung der Krankenhäuser nach so genannten „Fallpauschalen“ – oder auf angloamerikanisch: Diagnosis Related Groups (DRGs) – gestaltet. Das heißt, für dieselbe medizinische Leistung, wie etwa eine bestimmte Operation, wird bundesweit derselbe Kostensatz erstattet, gleich ob diese Maßnahme in einem entlegenen Krankenhaus in der Peripherie oder in einem kostenintensiven Universitätsklinikum durchgeführt wird. Die Universitätskliniken sind als Krankenhäuser der Supra-Maximalversorgung in die Krankenhauspläne der Länder integriert und damit Teil der gesundheitlichen

¹ Das vorliegende Konzeptpapier ist eine Gemeinschaftsarbeit des Dekanats der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Ich danke – in alphabetischer Reihenfolge – Christoph auf der Horst, Ulrich Mödder, Wolfgang Raab, Sibylle Soboll und Gerhard Thore. Mein bleibender Dank gilt Dieter Häussinger, der als Dekan der Jahre 1998 bis 2002 entscheidende Weichenstellungen herbeiführte.

² Diese Situationsberichte sind im *Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2001* von Dieter Häussinger, dem Dekan der Medizinischen Fakultät, und von Rolf Ackermann, dem Ärztlichen Direktor des UKD, ausführlich und gründlich gegeben worden: vgl. Häussinger (2002a), (2002b) und Ackermann (2002).

Versorgung. Durch die gesundheitspolitischen Vorgaben geraten die Universitätskliniken unter enormen Kostendruck. Für das UKD bedeutet das von 2004 bis 2006 voraussichtlich eine Kürzung um ca. 9 Mio. € pro Jahr, insgesamt also einen Betrag zwischen 25 bis 30 Mio. € in den nächsten drei Jahren. Zwischen 70 und 80 Prozent der Kosten eines Klinikums sind Personalausgaben. Wirksame Sparmaßnahmen sind nur durch entsprechende Kürzungen möglich. Dass sich dies auf die Leistungsfähigkeit eines Klinikums auswirken kann, leuchtet unmittelbar ein.

Nach der aktuellen hochschulpolitischen Diskussion werden die Medizinischen Fakultäten möglicherweise mit einem vergleichbaren Problem konfrontiert werden. Derzeit gibt es einen pauschalierten, teils historisch gewachsenen, teils nach Leistungsparametern berechneten Zuführungsbetrag des Landes für die Lehre und Forschung an den Medizinischen Fakultäten. Anstelle dieses Betrages wird von einigen Ländern eine Art Pauschale pro Studierenden erwogen. Die Medizinischen Fakultäten würden dann – durchaus vergleichbar der Fallpauschale im Universitätsklinikum – eine „Kopfpauschale“ für ihre Studierenden bekommen. Nach allem, was an Zahlen gehandelt wird, liegt die Summe dieser Pauschale erheblich unter dem bisherigen Zuführungsbetrag. Wie auf dem Medizinischen Fakultätentag im Juni 2003 berichtet wurde, scheint diese Option inzwischen aufgegeben worden zu sein. Gleichwohl ist diese politische Option geeignet zu zeigen, wohin die öffentliche Finanzierung von Medizinischen Fakultäten möglicherweise gehen wird.

Von anderer Seite droht Ähnliches. Der Zuführungsbetrag des Landes Nordrhein-Westfalen für Lehre und Forschung an den Medizinischen Fakultäten wird seit einigen Jahren zu einem gewissen Prozentsatz nach leistungsbezogenen Kriterien vergeben. Derzeit werden zehn Prozent, das bedeutet 50 Mio. € pro Jahr, nach den Leistungen in der Lehre, in der Forschung und in der Frauenförderung unter den sieben Fakultäten des Landes aufgeteilt. Die Drittmittelinwerbung und der Output an Forschungsleistungen – gemessen in der Zahl der Publikationen und ihrer Zitationsrate im internationalen medizinischen Schrifttum – sind die Parameter. Dieser Leistungsbezug hat einige Fakultäten, die bislang einen traditionell begründet hohen Zuführungsbetrag hatten, mangels entsprechender Leistungen nach und nach ins Hintertreffen gebracht. Man könnte auch sagen: Die sechstbeste Fakultät bleibt die Sechstbeste, gleich welche Parameter und welche Divisoren auch immer bemüht werden. Jedenfalls kämpfen diese Fakultäten nun mit erheblichem Aufwand darum, das gesamte System der leistungsbezogenen Mittelvergabe so zu justieren, dass alle Fakultäten nach einem leistungsfernen Pauschalssystem „gleich“ behandelt werden. Da der zu verteilende Betrag – wenn es hochkommt – auch „gleich“ bleibt, drohen den großen und forschungsintensiven Medizinischen Fakultäten des Landes Einbußen, die bis zu fünf Prozent des Zuführungsbetrages erreichen können. Dies würde für die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf bedeuten, dass bis zu hundert Stellen im wissenschaftlichen Dienst – das wären etwa zehn Prozent – gestrichen werden müssten.

„Medizinische Hochschule Düsseldorf“?

In unserem Szenario kämen also sowohl auf die Medizinische Fakultät als auch auf das UKD erhebliche Einnahmekürzungen zu. Sie lägen zwischen zehn bis zwanzig Prozent der jeweiligen Budgets von Fakultät und UKD. Aus dieser an sich bereits Besorgnis erregenden Entwicklung könnten für die deutsche Universitätsmedizin gänzlich neue Pro-

bleme erwachsen. Denn der Verselbstständigungsprozess der Universitätskliniken könnte durchaus noch weiter geführt werden, als dies durch die Rechtsformänderungen der Jahre 1999 bis 2001 bereits geschehen ist. Denkbar ist, dass Universitätskliniken gänzlich in ein privatrechtliches Modell überführt werden. Hierfür gibt es zumindest für Teilbereiche bereits Beispiele (Herzzentrum Leipzig GmbH; HELIOS Klinikum Berlin Buch des Max-Delbrück-Centrums Berlin). Auch im Lande Nordrhein-Westfalen hat es bereits Pläne gegeben, einzelne oder gar sämtliche Universitätskliniken zu privatisieren. Mit Blick auf die öffentlichen Haushalte werden diese Gedanken mit Sicherheit – und zwar eher früher als später – wieder in die hochschulpolitische Debatte geworfen werden. Die Wissenschaftsministerin des Landes Nordrhein-Westfalen hat dies auf einer Pressekonferenz am 14. Juli 2003 getan.

Was könnte eine solche Entwicklung für die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf bedeuten?

Medizinische Grundlagenforschung, klinische Forschung und Klinik sind engstens aufeinander bezogen. Die Versuche sowohl von Hochschul- als auch von Gesundheitspolitikern, die Finanzierungsströme staatlicher Lehr- und Forschungsinvestitionen einerseits und der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits zu trennen, gehen an der Sachlage vorbei. Die so genannte „Trennungsrechnung“ zwischen Fakultät und Klinik ist in keinem Bundesland bisher überzeugend gelöst worden. Die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf würde daher mit Sicherheit danach streben, die unmittelbare Verbindung zu ihrer Praxis und damit zum UKD aufrechtzuerhalten. Aus der Sicht des UKD gilt das Gleiche. Das würde nur zu dem Preis gelingen, dass sich Medizinische Fakultät und UKD aus dem Verband der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf herauslösen. Auch dies ist übrigens keine ungedachte Variante. Der Vorschlag des Ausschusses Medizin des Wissenschaftsrates vom Winter 2002/2003 zur Reorganisation der Universitätskliniken in Berlin lief auf dieses Modell hinaus: Herauslösen der beiden Medizinischen Fakultäten aus der Freien Universität und der Humboldt-Universität und – im Verbund mit den drei zu einem Universitätsklinikum vereinigten Kliniken (Benjamin Franklin, Rudolf Virchow, Charité) – Gründung einer selbstständigen Medizinischen Hochschule Berlin – wohl unter dem traditionsreichen Namen „Charité“.

Dies wäre also das Szenario, das als äußerste und bitterste Möglichkeit auch für Düsseldorf ins Auge zu fassen wäre: eine „neue“ Medizinische Hochschule Düsseldorf, bestehend aus dem UKD und der ehemaligen Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität, sowie eine „alte“ Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, bestehend aus den vier verbleibenden Fakultäten. Die „MHD“ hätte sicher einen schweren Weg vor sich. Aber sie hätte in allen relevanten Bereichen – Lehre, Forschung und Klinik – auch ein großes Potential vorzuweisen. Aber: Wäre eine „Rest-HHÜD“ mit einer Mathematisch-Naturwissenschaftlichen, einer Philosophischen, einer Wirtschaftswissenschaftlichen und einer Juristischen Fakultät ohne formale Anbindung an die Medizin auf Dauer lebensfähig?

Was ist zu tun?

Das hier vorgestellte Szenario beträfe also die gesamte Universität. Der häufig – und nicht immer gern – gehörte Satz „Die Medizinische Fakultät bildet den Kern der Heinrich-

Heine-Universität Düsseldorf“ ist nach wie vor keineswegs nur ein historisches Argument. Über die hier vorgeführten strukturellen Argumente hinaus ist auch auf aktuelle Kennzahlen zu verweisen. Der Medizinischen Fakultät kommt im Rahmen der gesamten Universität nach wie vor eine Leitfunktion zu: Vier, bzw. drei Sonderforschungsbereiche (SFB 194 (bis 31. Dezember 2002); SFB 503, SFB 575, SFB 612), europäische und nationale Graduiertenkollegs sowie ein Drittmittelaufkommen von annähernd 25 Mio. € pro Jahr sind in die Waagschale zu werfen. Die „Refinanzierung“ der Forschung aus Drittmitteln erreicht damit über 25 Prozent des Zuführungsbetrages für Forschung und Lehre. Diese Zahlen verweisen auf eine klare strategische Orientierung und eine entsprechende Politik, die seit Jahren konsequent verfolgt wird. Eine derartige strategische Aufgabe war bislang in der inner- und außerfakultären Politik eines Dekanats oder einer Fakultät eher unüblich. Allerdings zwingt die Politik auf Bundes- und auf Landesebene dazu, sich rasch und gezielt neu auszurichten. Es geht darum, den absehbaren Verdrängungswettbewerb der Fakultäten und Universitäten nicht nur zu überleben, sondern gestärkt aus ihm hervorzugehen.

Hier sind alle gefragt. Seitens der Medizinischen Fakultät sowie seitens des UKD sind alle Kräfte darauf gerichtet, ein Szenario, in dem zunächst das Klinikum und dann die Medizinische Fakultät eigene Wege gehen, auszuschließen. Das implizite strategische Ziel heißt: Es gilt, die ‚universitas‘ zu wahren; es gilt, die gesamte Medizin im Verband der Universität zu erhalten.

Die Konsequenzen für das Tagesgeschäft sind klar:

- im Binnenverhältnis der Medizin muss die Kooperation zwischen Medizinischer Fakultät und Universitätsklinik so eng wie möglich gestaltet werden;
- im Binnenverhältnis der Universität muss die Kooperation zwischen der Medizin – Fakultät und Klinik – und den anderen Fakultäten so eng wie möglich gestaltet werden;
- diese Kooperation muss nach innen unmittelbar gelebt und nach außen hin unmittelbar sichtbar werden.

Tatsächlich werden diese Forderungen in Düsseldorf derzeit bereits in hohem Maße erfüllt. So hat beispielsweise die enge Kooperation zwischen der Medizinischen Fakultät und UKD einerseits und der Universität andererseits bei der Begehung der Universität durch den Expertenrat im Wintersemester 1999/2000 eine durchaus bedeutende Rolle gespielt.³

Was aber bleibt zu tun, um diese Kooperation zu vertiefen? An zwei Beispielen, nämlich zunächst am Beispiel der akademischen Lehre, anschließend am Beispiel der Forschung, sei dargestellt, wie die Medizinische Fakultät auf die aktuellen Herausforderungen reagiert und zugleich die Kooperation innerhalb der Fakultät, zwischen Fakultät und Klinik und mit den anderen Fakultäten stärkt.

Kooperation in der akademischen Lehre

Die akademische Lehre hat in der Medizin eine fachstrategische Komponente. Es gehört zu den Kennzeichen einer klassischen Profession, dass sie ihren Nachwuchs – wengleich unter öffentlicher Aufsicht – selbst ausbildet. Das bedeutet: Herausragende Forschungsleistungen und gute klinische Leistungen sind nur auf der Grundlage einer herausragenden

³ Vgl. Heinrich Heine Universität Düsseldorf (1999).

akademischen Lehre möglich. Deshalb entwickelt die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf in der akademischen Lehre das integrative Konzept von Forschung und Lehre fort. Dieses Modell hat in der Mitte des vorigen Jahrhunderts das internationale Spezifikum der deutschen Medizin in der Grundlagenforschung und in der Klinik begründet. Deshalb werden die Studierenden der Medizinischen Fakultät gleichermaßen in die angewandte medizinisch-klinische Forschung wie in die aktuellen Probleme praktischen ärztlichen Handelns eingeführt. Gleichzeitig ist sich die Medizinische Fakultät darüber im Klaren, dass das Humboldtsche Ideal der Einheit von Lehre und Forschung (und dies schließt in einer modernen universitären Medizin notwendigerweise die Krankenversorgung mit ein) heute nur noch in Ausnahmefällen auf der Ebene der Einzelperson realisierbar ist. Aber auf der Ebene der Institution ist es als Ziel unverändert gültig.

In der Ausbildung ist es das Ziel, die Studierenden gleichermaßen mit der Forschung wie mit ärztlichen Grundhaltungen und Fertigkeiten vertraut zu machen. Deshalb wird die Lehre in der Vorklinik und in der Klinik verschränkt. Hier zeigt sich wiederum eine der wesentlichen Verknüpfungen zwischen der Medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum: Die akademische Lehre ist einerseits Anlass und Urgrund für die Existenz von Universitätskliniken. Andererseits versetzen die akademische Lehre und ein optimales wissenschaftliches Umfeld ein Universitätsklinikum in die Lage, die besten Ärzte, Wissenschaftler und Forscher für sich zu gewinnen. Dies ist wiederum die Grundlage für eine herausragende klinische Versorgung.

Im Rahmen dieser generellen strategischen Orientierung sind auch die Zielvorgaben in der akademischen Lehre klar festzulegen. So müssen die Leistungsparameter in der Lehre verbessert werden. Zwar ist die Frage berechtigt, ob die Ergebnisse der zentralen schriftlichen Prüfungen des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP/Mainz) ein getreues Abbild der Lehrqualität an einer Medizinischen Fakultät widerspiegeln. Trotzdem zeigen bestimmte Ergebnisse, dass der Aufwand in der Lehre und die entsprechenden, zentral erhobenen Leistungszahlen korrelieren und somit nicht gänzlich irrelevant sind. Folgerichtig hat das Medizinische Dekanat der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf in der jüngeren Vergangenheit das Evaluationsinstrumentarium verfeinert und praktikabler gestaltet. Dies geschah einmal durch die Einführung einer Teilstudiengangsevaluation. Im Sommersemester 2002 wurde die gesamte Vorklinik evaluiert, so dass diese Ergebnisse mit den Evaluationsergebnissen des reformierten Curriculums der Vorklinik im Sommersemester 2004 verglichen werden können. Weiterhin wurde an der Medizinischen Fakultät – gerade auch in Hinblick auf die Einführung der neuen Approbationsordnung für Ärzte – ein zentral gesteuertes Online-Evaluationsverfahren eingeführt. Dieses Verfahren kommt ohne den personal- und materialintensiven Aufwand der „paper & pencil-Verfahren“ aus, ist nicht abhängig vom „Goodwill“ der Dozierenden, kann den Fragenkatalog jeweilig zeitnah und unaufwändig aktualisieren und lässt sich flächendeckend einsetzen. Dieses Verfahren wurde erstmalig im Wintersemester 2002/2003 eingesetzt und hatte eine Rücklaufquote von ca. 70 Prozent. Die Online-Fragebögen können nicht nur für die Studiengangsevaluation herangezogen werden; vielmehr können die Dozenten diese Fragebögen auch für die Evaluation einzelner Lehrveranstaltungen einsetzen. So strittig die verschiedenen Verfahren in der Theorie auch sein mögen, Evaluationsverfahren haben in jedem Fall einen bedeutenden Nebeneffekt – der vielleicht sogar ihr Haupteffekt ist: Die Lehre gewinnt enorm an Stellenwert. Und dies soll schließlich

erreicht werden.⁴ Zu einem späteren Zeitpunkt ist daran gedacht, die Lehre im Rahmen der leistungsbezogenen Budgetierung der Institute mit einem eigenen Faktor zu bewerten. Die Qualität der Lehre wird sich dann unmittelbar im Haushalt einer Abteilung bemerkbar machen.

Umstrukturierung der Akademischen Lehre in Vorklinik und Klinik

Mit Beginn des Wintersemesters 1998/1999 wurde die Lehre in der Vorklinik in einer gemeinsamen Aktion von Studierenden und Lehrenden durchleuchtet. Denn den allgemeinen Leistungsdaten – hier: den Prüfungsergebnissen des IMPP/Mainz – war zu entnehmen, dass die Studierenden in Düsseldorf im Schnitt ein Semester mehr als vorgesehen benötigten, um das Physikum zu bestehen. Darüber hinaus rangierten die Studierenden aus Düsseldorf immer auf den hinteren Plätzen der Notenskala. Auch der durchaus kritisch zu bewertende, aber gleichwohl aussagekräftige „Zufriedenheitsfaktor“ der Studierenden war bedenklich. Daraus folgte, dass die Struktur des Medizinstudiums in der Vorklinik zu überdenken war.

Diese Analyse führte ab dem Wintersemester 2001/2002 zu folgenden Änderungen: Die naturwissenschaftlichen und die medizinischen Grundlagenfächer werden in der Lehrpraxis inhaltlich unmittelbar aufeinander bezogen und darüber hinaus systematisch aufeinander aufgebaut: Biologie, Medizinische Terminologie und Anatomie werden im ersten Semester, Chemie und Biochemie/Molekularbiologie bzw. Physik und Physiologie werden im zweiten und dritten Semester gelehrt. So kann das vierte Semester für die humanwissenschaftlichen Fächer (Medizinische Psychologie, fakultativ: Medizinische Soziologie) und vertiefende Seminare (Anatomie, Biochemie, Physiologie) und Kurse wie etwa „Einführung in die klinische Medizin“, „Berufsfelderkundung“ usw. freigehalten werden. Das vierte Semester ist damit so angelegt, dass die maßgeblichen Leistungsnachweise bereits vorliegen und ausgewählte Wissensgebiete vertieft werden können. So wird es den Studierenden eher möglich sein, gut vorbereitet und rechtzeitig nach dem vierten Semester in das Physikum zu gehen. Gleichzeitig wurde auf die Jahreszulassung zum jeweiligen Wintersemester umgestellt. Der Studienplan wurde auch didaktisch völlig neu strukturiert. Blockpraktika mit einer engen Verzahnung der naturwissenschaftlichen Grundlagenfächer mit den medizinspezifischen Fächern sind die Regel. Dies wurde in enger Kooperation mit der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät durchgeführt. Beispielhaft ist hier das Physikpraktikum für Mediziner. Ferner werden gemeinsame Lehrveranstaltungen von Klinikern und Vorklinikern abgehalten. Damit wird endlich die gänzlich künstliche Trennung von Vorklinik und Klinik in der ärztlichen Ausbildung teilweise überwunden und zugleich die Kooperation von Medizinischer Fakultät und UKD gestärkt. Und schließlich: Auch die Kooperation zwischen Medizinischer Fakultät und Mathematisch-Naturwissenschaftlicher Fakultät gewinnt dadurch.

Diese gemeinsame Anstrengung war nur möglich, weil sich die Lehrenden der Vorklinik dazu bereit erklärten, mit einem großen Aufwand ihre Curricula grundlegend zu überarbeiten und unmittelbar auf die Ausbildungsbedürfnisse künftiger Ärztinnen und Ärzte zuzuschneiden. Das erste Physikum nach dem neuen Curriculum wird im August 2003 durchgeführt. Wegen der Umstellungsphase wird diese Prüfung allerdings noch nicht aus-

⁴ Vgl. hierzu den jüngsten Lehrbericht der Fakultät: Studiendekanat der Medizinischen Fakultät (2003).

sagefähig sein. Dies dürfte erst beim Physikum im August 2004 der Fall sein. Um den Erfolg dieser großen Anstrengung messen zu können, wurde seinerzeit mit einem eigenen Gutachten die Lehre evaluiert, bevor die entsprechenden Änderungen durchgeführt wurden. Auf der Grundlage dieses Gutachtens wird 2004 eine erneute Evaluation stattfinden, um die Maßnahme insgesamt würdigen und gegebenenfalls auch nachjustieren zu können.

Eine grundlegende Reform des Klinischen Studienabschnittes im Sinne der ab 1. Oktober 2003 in Kraft tretenden neuen Approbationsordnung für Ärzte wird unmittelbar zum Wintersemester 2003/2004 erfolgen. Blockpraktika und Unterricht am Krankenbett werden die zentralen Unterrichtsformen sein. Von ebenso großer Bedeutung wird die Orientierung des zukünftigen zweiten klinischen Studienjahres an einem Leitsymptomkatalog sein, die den Unterricht nicht länger an der klassischen Fächer- bzw. Organaufteilung, sondern fächerinterdisziplinär ausrichtet. Dazu gehört auch die Einrichtung einer Vorlesung „Klinische Medizin“, die von allen beteiligten Fächern gemeinsam gelesen wird. Im Zuge der Realisierung der neuen Approbationsordnung sollen die Lehrkrankenhäuser noch mehr als bisher in die Lehre im klinischen Studienabschnitt eingebunden werden. Eine immer größere Bedeutung für die praxisgerechte Ausbildung der Studierenden werden in Zukunft auch multimediale didaktische Angebote gewinnen – ein Feld, auf dem die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf seit vielen Jahren richtungsweisend tätig ist.⁵

Entsprechend ihrer strategischen Ausrichtung hat sich die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vor dem Hintergrund einer primär forschungsorientierten Lehre in besonderer Weise darum bemüht, auch eine praxisnahe Ausbildung der Studierenden zu gewährleisten. Es sei daher wiederholt, dass der Bedarf an primärärztlichen Kenntnissen durch das „Düsseldorfer Ausbildungsmodell“ der Allgemeinmedizin aufgegriffen wird. Im Rahmen von „Hausarztpraktika“ werden hier die Studierenden durch eine beachtliche Zahl niedergelassener Ärzte mit betreut. Nach wie vor hat die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf den einzigen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Nordrhein-Westfalen.

Überdies wurde seit dem Wintersemester 2001/2002 an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität ein Modellstudiengang Zahnmedizin eingerichtet. Ziel ist, die Zahnmedizin weitestgehend in den Studiengang der Humanmedizin zu integrieren. Dabei sollen sich die Studierenden frühzeitig auf ihren Beruf hin orientieren können. Die Parallelisierung der Lehrveranstaltungen von Human- und Zahnmedizin eröffnet den Studierenden der Zahnmedizin die Möglichkeit, das Physikum auch in der Humanmedizin zu absolvieren. Auch im ersten klinischen Abschnitt sind die beiden Studiengänge weitgehend parallelisiert. Strategisches Ziel ist, die Zahnmedizin endgültig als Teilgebiet der Humanmedizin zu etablieren. Die – auch neuerdings – immer wieder aufkommenden Ideen, die Zahnmedizin als Fachhochschulstudium einzurichten, gehen an der Komplexität einer modernen Zahnmedizin völlig vorbei. Beispiele unter vielen wären etwa die moderne Implantologie samt dem Knochenersatz durch Bio-Engineering – ein Gebiet, das mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung auch eine gesundheitspolitische Bedeutung erhält.

⁵ Vgl. Studiendekanat der Medizinischen Fakultät (2003: 9-11).

Aktuelle Perspektiven

Unter dem Gesichtspunkt sowohl der Qualität der Lehre als auch der inner- und interfakultären Kooperation bleibt zu hoffen, dass sich die Zusammenarbeit zwischen den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern und den vorklinischen Fächern einerseits und die Verschränkung von vorklinischen und klinischen Fächern andererseits positiv auf das Lehrergebnis und demzufolge auch auf den Ausbildungsstand der jungen Ärztinnen und Ärzte auswirken werden.

Hier sei eine Nebenbemerkung zu einem „skandalisierten“ Thema erlaubt: In dem Moment, in dem Studiengebühren eingeführt werden, muss notwendigerweise auch der „Markt“ für die akademische Ausbildung freigegeben werden. Das heißt: Die Fakultäten werden sich zwar ihre Studierenden selbst auswählen dürfen, gleichzeitig werden sich aber auch die Studierenden aussuchen, wo sie auch unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Faktors die beste Lehre erhalten. Wer das Argument „Studiengebühren“ in die Debatte wirft, um lediglich den finanziellen Spielraum zu erweitern, ohne grundsätzlich die Frage nach der Qualität der Lehre zu stellen, geht in die Irre. Denn diejenigen Universitäten, die nachweislich nicht für gute Lehrleistungen stehen, werden rasch ins Hintertreffen geraten. Die Qualität der Lehre wird in jedem Fall ein Feld werden, auf dem sich das Schicksal einer Fakultät und einer Universität entscheiden kann. Die Studiendekanate der Fakultäten bzw. die Prorektorate für Lehre und Studium werden entsprechend an Bedeutung gewinnen.

Neben dieser allgemeinen Problematik gibt es in der medizinischen Ausbildung eine Reihe weiterer Probleme. Genannt seien hier zunächst die Weiter- und Fortbildung der zahlreichen wissenschaftlichen Disziplinen, die notwendig in der Medizin wirken: Naturwissenschaften, Biowissenschaften, Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und andere mehr. Wie also kann ein Physiker oder eine Mathematikerin, ein Biologe, eine Soziologin, ein Wissenschaftstheoretiker, eine Philosophin oder ein Historiker sich in und für die Medizin qualifizieren? Für diese Berufsgruppen wird die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf demnächst einen eigenen Studiengang mit einer eigenen Promotionsordnung entwerfen. Diese spezifische Qualifikation ist an anderen Medizinischen Fakultäten – etwa unter dem Titel des „Doctor rerum medicinalium“ (Dr. rer. medic.) – bereits seit langem üblich. Es ist selbstverständlich dieses Gebiet, auf dem die Kooperation zwischen den verschiedenen Fakultäten in der Lehre besonders deutlich wird.

Das Medizinstudium ist darauf ausgerichtet, Ärztinnen und Ärzte zwischen medizinischem Grundlagenwissen einerseits und ärztlicher Erfahrung andererseits auszubilden.⁶

Es ist unmittelbar einsichtig, dass in dieser Zielsetzung die Qualifikation für eine wissenschaftliche Laufbahn zu kurz kommt. Aus diesem Grund wird die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf einen Aufbaustudiengang für Studierende einrichten, die in die medizinische Forschung gehen wollen. Ziel dieses Studienganges wird es sein, interessierte und ausgewiesene Studierende in das wissenschaftliche Arbeiten einzuführen und ihnen damit die akademische Laufbahn in der Medizin auf einer qua-

⁶ In der Approbationsordnung für Ärzte vom 26. April 2002 heißt es in § 1 (1): „Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt.“

lizierten Grundlage zu eröffnen. Dieses Aufbaustudium könnte mit einem „Doctor of Science“ oder – in internationaler Nomenklatur – mit einem „Ph. D.“ abgeschlossen werden.

Darüber hinaus ist geplant, diese Zusatzqualifikation in einem Modellprojekt mit einer geschlechterspezifischen Variante zu versehen. Eine Erhebung an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf hat erbracht, dass zwar die Hälfte aller Promovenden weiblich ist. Aber bei den Habilitationen sinkt dieser Satz bereits auf 15 Prozent, auf der Ebene der Hochschullehrer dann auf fünf Prozent. Der entscheidende Einbruch in der wissenschaftlichen Karriere von Frauen in der Medizin liegt also in der Zeit nach der Promotion. Die Förderung auf der Ebene der Berufungen – wie sie jetzt gelegentlich seitens des Ministeriums für Wissenschaft und Forschung mit massiven Eingriffen in die Autonomie von Hochschule und Fakultäten geschieht – setzt daher viel zu spät ein. Es gilt, die Kohorte der Wissenschaftlerinnen ähnlich zu qualifizieren wie die der Wissenschaftler – und geschlechtsspezifische Nachteile von Anfang an auszugleichen. Die Medizinische Fakultät plant daher, denjenigen weiblichen Studierenden, die einen „Ph. D.“ besonders qualifiziert ablegen, eine eigene Nachwuchsgruppe einzurichten, die neben ihrer eigenen Stelle eine Hilfskraft und eigene Forschungsmittel umfasst. Es bleibt zu hoffen, dass sich die Gleichstellungsbeauftragte des Landes an einem solchen Projekt beteiligt.

Kooperation in der Forschung

Es ist das erklärte Ziel der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, innerhalb der Medizinischen Fakultäten Deutschlands einen Spitzenplatz zu erringen. Die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf strebt Forschungsleistungen an, die sich an nationalem und internationalem Niveau ausrichten. Innerhalb der nächsten Jahre – das heißt bis ca. 2006 – gilt es, in allen Leistungsparametern auf Dauer einen Platz unter den ersten zehn Medizinischen Fakultäten Deutschlands zu sichern. Dafür liegen in einigen Bereichen bereits entsprechende Leistungsdaten vor. So belegt die Fakultät in der kompetitiven Mittelvergabe beim Zuschuss für Lehre und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen stets einen Spitzenplatz. Die kompetitive Drittmittelwerbung je Planstelle liegt – so ein Ergebnis des Besuches des Wissenschaftsrates im Februar 1999 – erheblich über dem Bundesdurchschnitt.⁷

In Forschung und Lehre sind die Medizinische Fakultät und das UKD eng aufeinander bezogen. Ein Universitätsklinikum unterscheidet sich gegenüber anderen Kliniken durch alles, was „Universität“ ausmacht. Lehre und Forschung stellen diese entscheidende Differenz dar. Lehre und Forschung sind deshalb wesentliche Produktiv- und Identitätsfaktoren eines Universitätsklinikums. Ein Universitätsklinikum bietet ein Spitzenspektrum medizinischer Leistungen. Ein Universitätsklinikum stellt über den Landeskrankenhausplan die Supra-Maximal-Versorgung einer Region dar. Damit sind entsprechende Patienten und Patientenzahlen für die klinische Forschung gegeben. In dieser Orientierung auf Lehre, Forschung und Krankenversorgung besteht traditionell Einvernehmen zwischen Fakultät, Klinik und Verwaltung.

⁷ Vgl. Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (1998).

Die Forschungsschwerpunkte der Fakultät bilden sich im großen Umfang im UKD ab. Dies gilt in Sonderheit für die Kooperation von Grundlagenwissenschaften und Klinik. Beispielfähig können hier traditionell die Neurowissenschaften, die Kardiologie, die Toxikologie und Umweltmedizin sowie die Gastroenterologie genannt werden. Es ist selbstverständlich, dass die enge Kooperation von Grundlagenforschung und Klinik unmittelbar auch den Patienten des Universitätsklinikums dient. Hier seien lediglich Beispiele aus dem Bereich der molekularbiologisch ausgerichteten Neurologie (Beseitigung von Narbengewebe nach der Schädigung von Nerven), der Umweltmedizin (DNA-Repair-Salbe) oder der modernsten bildgebenden Verfahren in der Radiologie (virtuelle Koloskopie) genannt. Zur interdisziplinären Zusammenarbeit: Die letztgenannten Arbeiten finden in enger Kooperation mit der Bioinformatik (Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät; Beseitigung informationellen „Hintergrundrauschens“) sowie der Gastroenterologie (Kontrolle durch konventionelle Koloskopie) statt.

Molekulare Medizin – ein neues Konzept der Medizin

Derzeit und in Zukunft sollen die grundlagenwissenschaftliche und die klinische Kooperation durch die Molekulare Medizin gefördert werden. Die Molekulare Medizin löst das naturwissenschaftliche „iatrotechnische“ Konzept der Medizin ab.⁸ Das Konzept der iatrotechnischen Medizin gründete auf generellen, in „Gesetzen“ geronnenen physikalischen oder chemischen Aussagen. Das neue Konzept einer molekularen Medizin gründet hingegen auf biologischen Datenspeichern (Genom; Genotyp) und ihrer jeweiligen biologischen Ausprägung (Proteom; Phänotyp). Durch die molekulare Medizin werden sich die Physiologie, die Nosologie und die Therapie künftighin auf das Wechselspiel von Genotyp und Phänotyp konzentrieren. An der weiteren Entwicklung der molekularen Medizin wird daher eine ständig wachsende Zahl von Forschungsrichtungen und klinischen Anwendungen beteiligt sein. Den physiologischen und pathophysiologischen Prozessen auf zellulärer und molekularer Ebene liegen dabei häufig ähnliche Mechanismen zugrunde. Es ist daher nicht nur notwendig, sondern sinnvoll, die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Grundlagenfächer und der klinischen Fächer zu fördern. Wegweisend soll die Untersuchung von Krankheitsphänomenen sein, bei denen moderne medizinische Forschung im Verband mit molekularbiologischen und zellbiologischen Methoden betrieben wird.

Dieses neue Konzept führt zu einem Wandel der klassischen medizinischen Fächer weg vom Organ hin zu Symptomgruppen. Die Kooperation erfasst über die bereits genannten klinischen Bereiche hinaus beispielsweise degenerative Erkrankungen (z. B. Neurologie, Stoffwechselkrankheiten, Stütz- und Bewegungsapparat), den Bereich der Onkologie/Tumorbiologie oder auch den Bereich bislang nicht hinreichend verstandener biologischer Prozesse – wie etwa den Prozess des Alterns. Von vielen bislang unbemerkt, wird der Konzeptwandel der Medizin sich auch nachhaltig auf die Struktur der Klinik auswirken: An die Stelle des klassischen Organbezuges treten Symptome und Funktionen. Als Beispiel seien die Probleme von Degeneration und Regeneration, spezifiziert etwa am Problem des Alterns, genannt. Eine solche Fragestellung verteilt sich über viele der klassischen Kliniken.

⁸ Zum Begriff und zur grundlegenden Bedeutung von Konzepten in der Medizin vgl. nach wie vor Rothschild (1978).

Die Medizinische Fakultät fördert die Entwicklung der molekularen Medizin durch ein eigenes Zentrum. Es ist das Ziel dieses Zentrums für Molekulare Medizin, eine Brückenfunktion zwischen medizinischer Grundlagenforschung und angewandter klinischer Forschung zu schaffen und durch diesen Verbund sowohl die Forschung als auch die Krankenversorgung zu fördern. Thematisch werden Struktur, Funktion und Wechselwirkung von pathophysiologisch relevanten Genen und Proteinen sowie die Steuerungsmechanismen ihrer Expression erforscht. Hierzu zählen auch die Vektorentwicklung im Rahmen der Gentherapie, die Analyse von krankheitsverwandten transgenen Tiermodellen sowie die Etablierung der Proteomanalyse und der Bioinformatik. Durch Analyse von Targetmolekülen werden die Bereiche „molekulare Diagnostik“ und „molekulare Therapie“ bearbeitet. Ein Beispiel, dass sich diese Entwicklungen auch in bislang als klassisch naturwissenschaftlich, hier physikalisch, orientierten Fächern durchsetzt, ist die Radiologie. Hier ist inzwischen ein molekulares Imaging mit Einsatz neuartiger Kontrastmittel (USPIOS) und magnetresonanztomographischer Bildgebung sowie die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) möglich. Klinische Anwendungen liegen etwa in der Erforschung der postakuten Phase des Schlaganfalls. Das Konzept eines Zentrums für Molekulare Medizin wird es ermöglichen, eine innovative und zukunftsorientierte Forschung auf molekularbiologisch-klinischen Arbeitsfeldern auszubauen. Die Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses ist dabei ein besonderes Anliegen. Die gemeinsame Beschaffung und Nutzung von Großgeräten wird gefördert. Zentrale Bereiche (*core facilities*) für aufwändige Technologien werden eingerichtet bzw. weiter ausgebaut. Auf diese Weise wird das Forschungspotential des Zentrums und der Fakultät erhöht und gleichzeitig das Einwerben von Fördermitteln unterstützt.

Eine besondere Aufgabe des Zentrums wird die Nachwuchsförderung, und hier wiederum die interdisziplinäre Ausbildung von Forschern, sein. Besondere Ausbildungsprogramme sollen molekularbiologisch interessierten Diplomanden und Doktoranden der Medizinischen und der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät die notwendigen Voraussetzungen in Kursen und Vorlesungen vermitteln, die für eine moderne biomedizinische Forschung notwendig sind. Die Kooperation beider Fakultäten ist auf diesem Gebiet längst Tagesgeschäft. In weiterer Perspektive kann ein Diplomstudiengang „Molekulare Medizin“ etabliert werden, der aktuelle Inhalte und Fragestellungen der Medizin mit der Methodik der Molekularbiologie, Zellbiologie und Genomik verbindet. Damit soll nicht nur der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die traditionellen Grenzen zwischen den biomedizinischen Gebieten verschwinden. Vielmehr soll auch ein zukunftsorientierter Studiengang für Biowissenschaftler angeboten werden, die im Bereich der medizinischen Forschung tätig werden wollen.

Der Forschungsschwerpunkt „Gesundheitswissenschaften/Public Health“

Die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf hat „Gesundheitswissenschaften/Public Health“ als humanwissenschaftlichen Kontrapunkt zu ihren naturwissenschaftlichen bzw. lebenswissenschaftlichen Forschungsschwerpunkten gewählt. Im Strategiebericht der Medizinischen Fakultät vom 11. November 1999 heißt es u. a., dass der Forschungsschwerpunkt „Public Health/Gesundheitswissenschaften“ durch die Gründung eines „Interfakultären Zentrums für Gesundheitswissenschaften/Public Health“ der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf unterstützt werden soll.

Das spezifische Kennzeichen dieses Forschungsschwerpunktes der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ist die enge Verbindung der humanwissenschaftlichen mit naturwissenschaftlichen bzw. lebenswissenschaftlichen Forschungen, Fragestellungen und Ergebnissen. Ziel ist, medizinische Forschung, Krankenversorgung und ihre Wirkungen in der Gesellschaft durch jeweils angemessene Methoden miteinander zu verbinden. Durch diesen Verbund sollen gleichermaßen Forschung und Krankenversorgung gefördert werden. Es ist die Aufgabe des Forschungsschwerpunktes, die Interaktion zwischen den Instituten und Kliniken auf dem Gebiet von Gesundheitswissenschaften/Public Health sicherzustellen und zu fördern. Zu den Aufgaben des Forschungsverbundes gehören die Durchführung und gemeinsame Beantragung von Forschungsvorhaben sowie die Beratung von in der Forschung aktiven Fakultätsmitgliedern bezüglich epidemiologischer, sozial- und verhaltenswissenschaftlicher sowie gesundheitsökonomischer Fragestellungen.

Der Forschungsschwerpunkt wird sich im Rahmen der Nachwuchsförderung der Medizinischen Fakultät (Dr. rer. medic., Ph. D.-Studiengang, Graduiertenkollegs) an der interdisziplinären Forschungsausbildung beteiligen. In Sonderheit wird der Forschungsschwerpunkt interessierten Studierenden der Medizinischen und der Philosophischen Fakultät die notwendigen Voraussetzungen vermitteln, die für eine moderne Gesundheitsforschung notwendig sind. Zu den Aufgaben des Forschungsverbundes gehört die Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses (in Form von Kolloquien und Forschungsseminaren, zum Teil in Verbindung mit Promotionsstudiengängen). Ferner sollen Erkenntnisse aus dem Forschungsverbund in geeigneter Form in der Ausbildung von Medizinstudierenden vermittelt werden. Auch auf diesem Gebiet wird die Kooperation sowohl in der Fakultät als auch zwischen den Fakultäten unmittelbar gelebt.

Zusammenfassung und Ausblick

Strategische Ziele und operative Implementierung – eine Zusammenfassung

Die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf strebt Forschungsleistungen an, die sich an nationalem und internationalem Niveau ausrichten. Es ist das erklärte Ziel der Medizinischen Fakultät, innerhalb der Medizinischen Fakultäten Deutschlands einen Spitzenplatz zu erringen. Herausragende Forschungsleistungen sind langfristig nur auf der Grundlage einer herausragenden akademischen Lehre möglich. Die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf entwickelt in der akademischen Lehre das integrative Konzept von Forschung und Lehre fort. Die Ausbildung in der Vor- und der klinischen Unter- und Weiterbildung werden vernetzt.

Die Medizinische Fakultät fördert ihre Ziele in Forschung und Lehre durch

- Konzentration auf definierte Schwerpunkte,
- Neuordnung der Fächerstruktur,
- interdisziplinäre Kooperation,
- Etablierung von und Beteiligung an Forschungsverbänden,
- leistungsbezogene interne Mittelvergabe,
- Neuordnung der administrativen Hilfestellung (Budgetierung der Institute und Kliniken: Finanzen, Personal, Facilities; interne Leistungsverrechnung),

- Bildung bzw. Einsatz von strategischen Reserven (Finanzen, Personal, Räume) und
- Einsatz geeigneter Instrumente der Qualitätssicherung.

Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung innerhalb der Fakultät und der Heinrich-Heine-Universität

Die Medizinische Fakultät ist in Wissenschaft, Forschung und Lehre eng mit den anderen Fakultäten der Universität vernetzt. Hervorzuheben ist das Biologisch-Medizinische Forschungszentrum (BMFZ) als Brückenglied zwischen Medizin und Naturwissenschaften. Für die Zukunft ist geplant, auch das humanwissenschaftliche Potential der Universität in ein überfakultäres Forschungszentrum einzubringen: Das Humanwissenschaftlich-Medizinische Forschungszentrum (HMFZ) würde verdeutlichen, dass sich die Universität im Voraus und aus eigener Kraft den humanitären Voraussetzungen, Begleiterscheinungen und Folgen der wissenschaftlichen und technischen Entwicklung in allen Fakultäten, darunter in Sonderheit der Medizin, stellt. In weiterer Sicht sollte das HMFZ zu einer Institution werden, die den angemessenen humanwissenschaftlichen Dialog nicht nur innerhalb der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, sondern auch mit der Öffentlichkeit führt.

Darüber hinaus gilt es, in der akademischen Lehre sowie in der Weiter- und Fortbildung zu einer intensiven und möglichst formalisierten Zusammenarbeit zu kommen. Hier bietet die molekulare Medizin einen Fokus: Biologische Grundlagenfächer, Bioinformatik und vergleichbare Fächer sind unmittelbar gemeint. Ähnliches gilt für den Bereich von Gesundheitswissenschaften/Public Health im weiteren Sinne. Hier ist die Kooperation mit der Philosophischen Fakultät vorgegeben. Die Wirtschaftswissenschaftliche und die Juristische Fakultät sind einzubeziehen.

Entwicklungsmöglichkeiten der universitären Medizin in Deutschland – ein Ausblick

Die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf betrachtet die eingangs skizzierten Probleme als Herausforderung. Es gilt, den Status quo in Forschung, Lehre und Versorgung selbstkritisch zu analysieren, zu bewerten und auf dieser Grundlage die überkommenen Strukturen rechtzeitig künftigen Entwicklungen anzupassen. Tatsächlich befand sich die Medizinische Fakultät bereits weit in diesem Prozess, bevor das Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen mit entsprechenden Zielvereinbarungen begann, politische Leitlinien vorzugeben. Die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf wird den einmal eingeschlagenen Weg in jedem Fall konsequent weitergehen.

Die Eile der Fakultät hat ihren Grund. In der universitären Medizin werden tatsächlich wesentlich weiter gehende Perspektiven deutlich: In der deutschen Hochschulmedizin wird es in absehbarer Zeit zu einer klaren Trennung in mindestens drei unterschiedliche „Klassen“ kommen. Um es in der Fußballersprache auszudrücken: Es wird eine „internationale Liga“ derjenigen Fakultäten bzw. Medizinstandorte geben, die international bedeutend sind. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass für mögliche Forschungsleistungen immer auch die Umgebung mit An-Instituten, Max-Planck-Instituten, Großforschungseinrichtungen usw. zu berücksichtigen ist. Unterhalb dieser Ebene wird es die „nationale Liga“ derjenigen Fakultäten geben, die in einzelnen Fachgebieten internationales Niveau erreichen, in ihrer gesamten Breite aber vornehmlich auf nationaler Ebene konkurrenzfähig sind. Hier

werden also künftighin weitere klare Entscheidungen folgen. Dass es ein Nord-Süd-Gefälle in den oberen Klassen gibt, dürfte keineswegs nur für die Medizin gelten. Die Hälfte bis zwei Drittel der Medizinischen Fakultäten wird lediglich eine regionale Bedeutung haben. Auch hier ist die Entwicklung abzusehen. Diese Fakultäten werden als „regionale Liga“ künftig *Medical Schools*, d. h. reine medizinische Ausbildungsstätten ohne nennenswerte Forschungsleistung, werden.

Wie dieser Herausforderung zu begegnen ist, ist klar: gute Lehre, gute Forschung und gute Kooperation in der Fakultät sowie in und mit dem Universitätsklinikum. Der sicherste Garant für eine enge Zusammenarbeit von Fakultät und Klinikum ist die Tatsache, dass der Erfolg des einen Bereiches jeweils vom Erfolg des anderen Bereiches abhängt. Universitätskliniken beziehen ihre Spitzenposition maßgeblich daraus, dass wissenschaftliche Erkenntnisse frühzeitig in der Klinik genutzt und in der klinischen Medizin umgesetzt werden. Die Universitätsklinik kann ihrerseits die besten Ärzte gewinnen. Innovationen, wissenschaftlicher Fortschritt und Intelligenz können nur durch eine Fakultät mit leistungsfähigem Forschungsprofil und tragfähigen Ausbildungsstrukturen gewährleistet werden. Umgekehrt kann eine Fakultät ihre Aufgaben in Forschung und Lehre nur dann erfolgreich wahrnehmen, wenn die enge Anbindung an ein renommiertes Klinikum sichergestellt ist. Da all dies bei begrenzten Ressourcen zu erfolgen hat, ist nicht nur das geschickte Zusammenwirken beider Institutionen erforderlich. Vielmehr ist es auch wichtig, neue Finanzierungsmöglichkeiten zu erschließen. Hier sind Ausbau der Stiftungskultur, Patentierungen, Firmenausgründungen sowie medizinische Dienstleistungen auf internationaler Ebene zu nennen. Insgesamt muss diese auch wechselseitige Abhängigkeit der Qualität von Lehre, Forschung und Krankenversorgung in ein Qualitätsmanagement eingebunden sein, das den eigenen Status quo an Qualitätsstandards kontrolliert und aus dem Impulse für eine moderne Lehre, für Spitzenforschung und für eine optimale Krankenversorgung resultieren. Die Anfänge hierzu sind gemacht.

Die enge Kooperation zwischen den Fakultäten der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf hat sich bewährt. Sie ist für die anderen Universitäten des Landes als Beispiel herangezogen worden. Im vorliegenden Konzeptpapier sind Wege aufgezeigt worden, um die Kooperation zwischen den Fakultäten zu stärken. Naturwissenschaften, Lebenswissenschaften und die Medizin arbeiten ebenso zusammen wie die Geistes-/Kulturwissenschaften und die Medizin. Dies gilt gleichermaßen für die Forschung wie für die Lehre. Diese Entwicklungen gilt es systematisch auszubauen.

Bibliographie

- ACKERMANN, Rolf. „Reform der Medizinischen Einrichtungen – Neue Rechtsform und strukturelle Fragen“, in: Gert KAISER (Hrsg.). *Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2001*. Düsseldorf 2002, 47-57.
- HÄUSSINGER, Dieter. „Wohin steuert die Medizinische Fakultät?“, in: Gert KAISER (Hrsg.). *Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2001*. Düsseldorf 2002a, 31-37.
- HÄUSSINGER, Dieter. „Die Sonderforschungsbereiche der Medizinischen Fakultät“, in: Gert KAISER (Hrsg.). *Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2001*. Düsseldorf 2002b, 38-46.
- HEINRICH HEINE UNIVERSITÄT DÜSSELDORF (Hrsg.). *Strukturpläne*; Bd. I: *Juristische Fakultät, Philosophische Fakultät, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät, Wirtschaftswissen-*

schaftliche Fakultät, Medizinische Fakultät: Wissenschaftliche Vernetzung der Fakultäten; Bd. II: Medizinische Fakultät; Bd. III: Anhang zu den Strukturplänen der Heinrich-Heine-Universität. Düsseldorf 1999.

MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER HEINRICH-HEINE-UNIVERSITÄT DÜSSELDORF (Hrsg.). *Bericht der Fakultät anlässlich der Begehung durch den Wissenschaftsrat am 9. Februar 1999. 4 Bde. Düsseldorf 1998.*

ROTHSCHUH, Karl E. *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart 1978.*

STUDIENDEKANAT DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT (Hrsg.). *Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Medizinische Fakultät. Lehre und Ausbildung. Bericht von 1999-2002. Düsseldorf 2003.*