

Thesen der AWMF zu Aufgaben von Universitätskliniken

Vorbemerkung

Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen haben sich in den letzten Jahren massiv geändert. Davon wurden auch die Hochschulkliniken betroffen. Dies hat zu sehr unterschiedlichen Strukturüberlegungen geführt, die geeignet sein können, die bisherigen akademischen Aufgaben zu gefährden.

In ihrer satzungsgemäßen Intention, die wissenschaftliche Medizin in der Bundesrepublik Deutschland zu fördern, verfolgt die AWMF mit steigender Sorge strukturelle Entwicklungen an den Medizinischen Fakultäten, die nicht durch ein akademisches Konzept gekennzeichnet sind, sondern sich gelegentlich an zufälligen lokalen Gegebenheiten orientieren, sich aber vor allem ganz überwiegend ökonomischer Überlegungen bei der Schaffung oder Anpassung akademischer Strukturen an unterschiedliche Situationen bedienen.

Die AWMF ist sich der Bedeutung ökonomischer Faktoren in jeder Hinsicht bewusst und hat stets die Beachtung solcher Sachzwänge unterstützt. Sie ist aber der Auffassung, dass wirtschaftliche Gründe allein kein ausreichendes Motiv für die Strukturierung von Universitätskliniken sein können. Die Anerkennung ökonomischer Notwendigkeiten darf nicht deren Priorisierung bedeuten.

Die akademische Medizin in der Bundesrepublik Deutschland muss sich primär an den wissenschaftlichen Zielen und Grundlagen der Medizin ausrichten.

Aus der Sicht der AWMF sind solche Ziele u.a.:

A. Die Sicherstellung der Möglichkeiten zu hochrangiger Klinischer Forschung mit dem Ziel einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Im Unterschied zu Versorgungskrankenhäusern begründet die Klinische Forschung das Primat der akademischen Struktur der Universitätskliniken inklusive deren Schwerpunktbildungen.

B. Eine qualifizierte studentische Lehre und hochrangige strukturierte Weiterbildung graduierter Ärzte als zukünftigem Führungspersonal im Gesundheitswesen, die eine breitgestreute Auswahl von Kranken in den Kliniken erfordern.

C. Eine medizinische Spitzenversorgung, die bei komplizierten und bisher nur ungenügend behandelbaren Krankheitsbildern die Entwicklung, Erprobung und Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren (Innovationen) erlaubt.

Die unabdingbare Verknüpfung von Forschung und Lehre auf der einen und der Krankenversorgung auf der anderen Seite erfordert von den Universitätskliniken die Integration bzw. die enge Kooperation von Medizinischer Fakultät, inklusive deren theoretisch-medizinischen Instituten, und Klinikumsvorstand, insbesondere von Dekan, Ärztlichem Direktor und Kaufmännischem Direktor. Hierbei ist die Rolle des Ärztlichen Direktors als der eines Anwaltes der akademischen Belange des Universitätsklinikums zu sehen, der unter Beachtung der wirtschaftlichen Ansprüche die akademischen Ziele der Universität befördert.

Die AWMF betrachtet es aus solchen Überlegungen heraus als notwendig, grundsätzliche Anforderungen an die Strukturen und Aufgabenstellungen von Universitätskliniken zu formulieren und Entscheidungsträgern und Gremien in Universitäten und Behörden gegenüber zu begründen.

Thesen

1.

Eine Universitätsklinik muss über Ressourcen für die Klinische Forschung im Sinne der Denkschrift der DFG verfügen. Dies bedeutet sowohl einen ausreichenden Zugang zu Patienten als auch eine zureichende wissenschaftliche Grundausstattung. Die dafür notwendige wirtschaftliche Basis muss durch den Zuführungsbetrag der Länder, durch selbst eingeworbene Drittmittel und eine wirtschaftlich ausgeglichene Krankenversorgung bereitgestellt werden. Da die Zuführungsbeträge der Länder für Forschung und Lehre und möglicherweise auch die Investitionsleistungen des Bundes (HBFG-Verfahren) in ihrer zukünftigen Bereitstellung nur schwer prognostiziert werden können, kommt einer wirtschaftlichen Krankenversorgung auch unter den Aspekten von Forschung und Lehre eine besondere Bedeutung zu. Dies darf aber nicht dazu führen, dass Strukturüberlegungen zu Universitätsklinika insgesamt und zu einzelnen Universitätskliniken ganz vorrangig durch wirtschaftliche Faktoren bestimmt werden. **Die akademische Medizin hat nur eine Berechtigung, wenn sie durch Ziele geleitet wird, die sich an der medizinischen Wissenschaft ausrichten.** Für die einzelne Universitätsklinik gilt: Krankenversorgung ohne Forschung ist nicht gerechtfertigt, andererseits muss die Forschung die Notwendigkeit einer budgetgerechten Krankenversorgung anerkennen und berücksichtigen (s. *Anmerkung 1*).

2.

Eine Konzentration auf inter- und intrauniversitäre Schwerpunktbildungen ist erforderlich, um eine global konkurrenzfähige Forschung und eine Versorgung der Patienten auf höchstem Niveau in der Medizin zu erreichen.

Trotz notwendiger Schwerpunktbildungen wird wegen der Komplexität der wissenschaftlichen und ggf. auch klinischen Problemstellungen eine Berücksichtigung des gesamten klinischen Spektrums des jeweiligen medizinischen Faches die wissenschaftliche Produktivität erleichtern. Eine für das jeweilige Forschungsprojekt repräsentative Gruppe von Kranken ist eine der Voraussetzungen für eine patientenbezogene Klinische Forschung, ebenso wie eine der klinischen Aufgabenstellung entsprechende Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, wenn Universitätskliniken ihren Aufgaben in Forschung, Krankenversorgung, Lehre und Weiterbildung gerecht werden wollen.

Eine Beschränkung auf wenige Krankheitsbilder aus ökonomischen oder selektiven wissenschaftlichen Gründen in Universitätskliniken kann nur dann erwogen werden, wenn durch institutionalisierte Kooperationen ein Ausgleich im oben genannten Sinne erreicht werden kann. Eine Neubestimmung der Rolle der Lehrkrankenhäuser könnte für solche Kooperationen hilfreich sein, und durch erweiterte Rotationsmöglichkeiten die Möglichkeiten der Weiterbildung an den Universitätskliniken ebenso erweitern wie die Einbindung dieser Einrichtungen in die Forschung, insbesondere bezüglich klinischer Studien, fördern.

3.

Die studentische Lehre stellt ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal der Universitätsklinika dar, und die Verbesserung der Lehre ist ein weiter bestehendes wichtiges Ziel der Medizinischen Fakultäten. **Die Verantwortung für die Qualität der studentischen Lehre liegt bei der Medizinischen Fakultät. Sie benötigt dazu, um die jeweiligen Fächer in Breite und Tiefe vermitteln zu können, die volle Breite des stationären und des ambulanten Krankengutes,** ggf. durch Vernetzung mit externen Institutionen wie Lehrkrankenhäusern oder Lehrpraxen. Solche Kooperationen mit externen Institutionen sind sinnvoll, wenn die Verantwortung für die Qualität der Lehre bei der Medizinischen Fakultät bleibt.

In den Berufungsverfahren ist der Lehrbefähigung und dem Engagement in der Lehre größte Beachtung zu schenken. Ebenso ist den Personalführungsqualitäten im Hinblick auf den Erhalt eines wissenschaftlich produktiven Mitarbeiterstabes viel mehr Beachtung als in der Vergangenheit zu widmen.

4.

Die Struktur der einzelnen Universitätskliniken muss eine wissenschaftsbezogene Weiterentwicklung der jeweiligen Fächer ermöglichen. Diese benötigen mithin einen Freiraum, der nicht durch versorgungsmedizinische oder ökonomische Vorgaben eingeengt werden darf, sondern sich ausschließlich an den akademischen Erfordernissen orientiert.

Das Verhältnis von stationärer zu ambulanter Krankenversorgung ist in den einzelnen Fächern der Medizin unterschiedlich, ebenso wie der Bedarf an Bettenkapazitäten. Diese müssen sich an den wissen-

schaftlichen und klinischen Erfordernissen orientieren. **Den Hochschulambulanzen kommt für die wissenschaftsbezogene Weiterentwicklung der Fächer eine bedeutsame Rolle zu.**

5.

Die Klinikstrukturen müssen aus den wissenschaftlichen Erfordernissen der Medizin erwachsen.

Die Auflösung bestehender Strukturen, z.B. durch eine sog. Modulare Klinikstruktur oder die bloße Fusion mehr oder weniger benachbarter Universitätsklinika, stellen keine befriedigende Lösung des Problems der Anpassung der Universitätsklinika an wirtschaftliche Erfordernisse dar. Ebenso wenig erfüllen nur nach organisatorischen Gesichtspunkten gebildete Einheiten wie z.B. Abteilungen für „interdisziplinäre“ Onkologie oder Intensivmedizin das Erfordernis eines fachlich-wissenschaftlichen Qualitätsanspruches oder einer wissenschaftlichen Zukunftsperspektive. Die horizontale fachübergreifende Arbeitsteilung (Beispiel: Chirurgie und Anästhesie) bedarf keiner Auflösung bisheriger Klinikstrukturen. Horizontale fachübergreifende Arbeitsteilungen ohne Weisungsbefugnis, und hierarchische, auf der größeren Erfahrung und Expertise beruhende vertikale Arbeitsteilung mit Weisungsbefugnis gründen rechtlich auf dem Vertrauensgrundsatz. Bei der Änderung von Klinikstrukturen müssen haftungsrechtliche Aspekte entsprechende Beachtung finden.

6.

Die Krankenversorgung in einer Universitätsklinik muss auf höchstem Niveau gewährleistet sein, wobei gemäß den Aufgaben in Lehre und Weiterbildung ein möglichst großes Krankheitsspektrum des jeweiligen Fachgebietes zur Verfügung stehen sollte. Die inhaltliche Ausrichtung der jeweiligen „Fächer“ kann aus lokalen Erfordernissen oder Abgrenzungen und unter Beachtung der Notwendigkeiten für Lehre und Forschung im Universitätsbereich variabel gestaltet werden (s. *Anmerkung 2*).

7.

Die Strukturen von Universitätsklinika und einzelnen Kliniken müssen dem qualifizierten wissenschaftlichen Nachwuchs die notwendigen Entfaltungsmöglichkeiten zu selbstständiger, inhaltlich und finanziell unabhängiger Forschung bieten. Etatmäßige Stellenvorgaben, z.B. in Form von Juniorprofessuren, erscheinen hier äußerst hinderlich. Die (kumulative) Habilitation muss deshalb als gleichwertiger akademischer Karriereweg unabdingbar erhalten bleiben. **Die Leiter der Klinischen Einrichtungen müssen die Bedingungen für Forschung des Nachwuchses schaffen und erleichtern. Naturwissenschaftlern sind vermehrt Möglichkeiten in der Klinischen Forschung durch die Einbindung in die Klinik und die Integration von modernen Basiswissenschaften in die Klinische Forschung (Translationsforschung) zu eröffnen** (s. *Anmerkung 3*).

8.

Wenn Institutionen oder Abteilungen über räumlich entfernte Standorte verteilt sind, muss deren Struktur nicht nur eine wirtschaftlich getriebene Schwerpunktbildung berücksichtigen, sondern unabdingbar auch ein gemeinsames akademisches Konzept erarbeiten und umsetzen. Wenn Träger von Universitäten der Auffassung sind, dass nicht alle im Lande vorhandenen Medizinischen Fakultäten für Lehre und Forschung erforderlich oder nicht finanzierbar sind, erscheint es sinnvoller, einzelne Standorte komplett zu schließen, als alle unterzufinanzieren oder im Rahmen von erzwungenen Fusionen und durch kurzfristige Umlagerungen Kosten einsparen zu wollen. **Ohne akademisch bestimmte Leitziele und Konzepte sind Universitätskliniken in Zukunft weder in Forschung und Lehre noch in der klinischen Spitzenversorgung konkurrenzfähig.**

Anmerkungen:

Anmerkung 1

Der entscheidende Unterschied von Klinischer Forschung und reiner naturwissenschaftlicher Grundlagenforschung ist die wissenschaftliche Fragestellung, die in der klinischen Forschung stets einen medizinischen Hintergrund hat. In ihrer Methodik ist die Klinische Forschung frei, alle Verfahren einzusetzen, derer sich auch die Grundlagenforschung bedient, bei Untersuchungen am Menschen selbstverständlich unter Beachtung der entsprechenden ethischen Grundsätze. Organisationsformen der Klinischen Forschung sind problemorientiert variabel und reichen von der Konzentration der Fragestellung in einer Klinik bis hin zu verschiedenen Institutionen übergreifenden Strukturen (Sonderforschungsbereiche, Klinische Forschergruppen). Zur Ermöglichung einer qualifizierten Forschung gehören in erster Linie personelle Ressourcen. Die gegenwärtige Reduktion der Zuführungsbeträge für Forschung und Lehre durch die Länder führt zu einer zunehmenden Abwälzung der wissenschaftlichen Aufgaben einer Universitätsklinik

auf eine Drittmittelfinanzierung und übersieht damit die Verpflichtung des Universitätsträgers (Bund, Land, Stiftung) zur Förderung des wissenschaftlichen Fortschritts als Grundlage einer Verbesserung der Gesundheitsbedingungen der Bevölkerung.

Entsprechend diesen Zielvorstellungen ist es unerlässlich, dass in den einzelnen Kliniken der Universitäten die wissenschafts- und forschungsbezogenen Ideen und Aktivitäten nach wie vor strukturleitend sind, und nicht ökonomische Überlegungen Entscheidungspriorität haben. Die Anerkennung ökonomischer Notwendigkeiten bedeutet nicht deren Priorisierung. Mit einer abschließlichen Verfügung der Fakultät über die Zuführungsbeträge und einer primären Gestaltungsmacht in Strukturfragen könnte ein solcher Ansatz realisiert werden. **Die Universitätskliniken definieren sich mithin über Lehre und Forschung.**

Anmerkung 2

Die Berücksichtigung der Breite des jeweiligen Fachgebietes ist auch deswegen notwendig, weil in Universitätskliniken das Führungspersonal für das Gesundheitswesen insgesamt ausgebildet wird. Eine einseitige und unzureichende Aus- und Weiterbildung dieses Personals führt zu Qualitätsverlusten in der späteren Tätigkeit. Dieses Ziel begrenzt nicht die Notwendigkeit einer Spezialisierung in der Forschung oder der komplexen Krankenversorgung; es legt nur offen, dass eine ausschließliche Spezialisierung auf Ausschnittsgebiete eines Faches an Universitätskliniken dem Bedarf der Bevölkerung an einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung nur teilweise oder gar nicht gerecht werden kann. Trotz notwendiger und wünschenswerter Spezialisierung auf besondere Aufgaben (z.B. Transplantation, Onkologie) müssen Universitätskliniken so strukturiert sein, dass das jeweilige Fachgebiet zur Gänze Berücksichtigung findet. Die Beschränkung auf wenige Krankheitsbilder (z.B. bes. Op-Verfahren), ggf. mit hohen Patientenzahlen, entspricht einem versorgungsmedizinischen und nicht einem akademischen Ansatz. Da das DRG-System eine solche Entwicklung fördert, bestehen auch von daher Gefahren für die akademische Medizin, denen entsprechend Rechnung getragen werden muss, um negative Auswirkungen auf das Gesundheitssystem zu verhindern.

Anmerkung 3

Innerhalb einer Klinik wird es immer mehr klinisch und mehr wissenschaftlich orientierte ärztliche Mitarbeiter geben, die allerdings allesamt dem akademisch-wissenschaftlichen Grundanliegen der Universität zuarbeiten. Der Leiter der Institution muss den wissenschaftlichen Kurs in Absprache mit seinen Mitarbeitern eigenständig verantworten. Eine sog. „Doppelspitze“ (WR2004) kann diese Aufgaben nicht lösen. Die Einheitlichkeit des wissenschaftlichen Ansatzes im Verein mit Lehre und Krankenversorgung ist eine Vorbedingung für eine konzeptionelle Weiterentwicklung der Fächer.

Durch die zunehmende Spezialisierung und die damit verbundene Fokussierung der wissenschaftlichen Arbeit ist diese Einheit auch in Zukunft zu erreichen. **Die Berufung des Führungspersonals in Universitätskliniken muss sicherstellen, dass diese Personen neben Management-Aufgaben auch das akademische Konzept in einer Leitungsfunktion vertreten können. Hierzu gehört auch die verantwortungsvolle, den wissenschaftlichen Interessen des Nachwuchses gegenüber aufgeschlossenen Haltung des Vorgesetzten. Der Nachweis qualifizierter wissenschaftlicher Arbeit ist dafür Vorbedingung, aber allein nicht ausreichend.** Diese für die Zukunft einer qualifizierten Medizin fundamentale Aufgabe muss von den Fakultäten mit mehr Verständnis für die Wichtigkeit solcher Entscheidungen und für die Bedeutung einer qualifizierten Führung einer Klinik sowie deren Mitarbeiter wahrgenommen werden.

Trotz notwendiger Beachtung finanzieller Vorgaben der Klinikumsvorstände müssen die Leiter der einzelnen Universitätskliniken und -institute in ihren Entscheidungen frei sein, im Rahmen der wissenschaftlichen Schwerpunkte der Fakultät und der zur Verfügung stehenden Mittel wissenschaftsgetriebene Aspekte durchzusetzen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A. Encke, Präsident

Prof. Dr. P. v. Wichert, Vizepräsident

c/o AWMF

Moorenstr. 5, Geb. 15.12

40225 Düsseldorf

Die Autoren danken zahlreichen Kollegen, u.a. G. Adler, Ulm, W.J. Bock, Düsseldorf, G. von Jagow, Frankfurt/M. und J. Schölmerich, Regensburg, für wertvolle Ratschläge.

Stand: 2. 6. 05