



UNIVERSITÄTS-
BIBLIOTHEK
PADERBORN

Universitätsbibliothek Paderborn

Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen

Wissenschaftliche Hochschulen

Wissenschaftsrat

Tübingen, 1960

1. Die Struktur der Universitätskliniken

urn:nbn:de:hbz:466:1-8275

Die Struktur der Universitätskliniken

I.

Die Wissenschaftliche Kommission des Wissenschaftsrates hatte zur Ausarbeitung von Vorschlägen über die Struktur und Größe von Universitätskliniken einen Ausschuß eingesetzt, der zu einzelnen Fragen weitere Sachverständige um ihre gutachtliche Stellungnahme gebeten hat. Die Vorschläge des Ausschusses, die er in der Zeit zwischen Oktober 1958 und Januar 1960 in zahlreichen Sitzungen ausgearbeitet hat, wurden von der Wissenschaftlichen Kommission gutgeheißen und sodann der Verwaltungskommission vorgelegt. Diese hat Änderungsvorschläge vorgebracht, die zu einem großen Teil von der Wissenschaftlichen Kommission angenommen werden konnten. Dort, wo voneinander abweichende Meinungen bestehen geblieben sind, ist es im Bericht zum Ausdruck gebracht.

Der Bericht ist vom Wissenschaftsrat beraten und stellt in der vorliegenden Fassung einen Bestandteil seiner Empfehlungen für den Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen dar.

Die Vorschläge, die ausgearbeitet wurden, werden bei den bereits bestehenden Kliniken in absehbarer Zeit nicht in vollem Umfang realisiert werden können. Sie gelten daher vorwiegend für die Planung und den Bau von neuen Kliniken und Ersatzkliniken. Auch bei den bestehenden Kliniken sollte ihre Verwirklichung jedoch angestrebt werden.

Im Einzelfall können die Vorschläge geringe Änderungen erfahren. Sie sollen nicht zu einer starren, schematischen Lösung aller Größen- und Strukturprobleme der Universitätskliniken führen, sondern Richtlinien darstellen, die eine elastische Handhabung zulassen.

II.

Die den Vorschlägen zugrunde liegenden Gedanken

1. Wahrung der Einheit von Forschung und Lehre in den Universitätskliniken

Jede Überlegung über die optimale Größe und die Struktur der Universitätskliniken muß davon ausgehen, daß in der Medizin, wie in allen anderen Disziplinen, die Einheit von Forschung und Lehre das wesentliche und heute ebenso wie früher bewährte Merkmal der deutschen Hochschulen ist. Die Kliniken müssen

daher so strukturiert sein, daß die Einheit von Forschung und Lehre aufrechterhalten bleibt und dort, wo sie bedroht ist, gesichert werden kann.

2. Die medizinische Ausbildung im besonderen

Die Größe und die Struktur der Universitätskliniken müssen die Erfordernisse der Forschung berücksichtigen und außerdem in besonderem Maße bestimmt sein von der Verpflichtung, den Medizinstudenten und den jungen Ärzten ein Höchstmaß medizinischer Ausbildung zu gewähren. Dies setzt voraus, daß der akademische Lehrer in der Lage ist, Kontakt mit seinen Schülern zu halten und daß diesen viel und vielfache Gelegenheit gegeben wird, das erworbene theoretische Wissen durch intensive praktische Übung und durch das Sammeln von Erfahrungen am Krankenbett zu ergänzen. Auf der einen Seite muß also der Lehrkörper groß genug und die Studentenzahl klein genug sein, um die medizinische Ausbildung nicht zu einem anonymen Massenstudium werden zu lassen bzw. um sie aus diesem Zustand wieder zu befreien; auf der anderen Seite muß die Zahl der Krankbetten groß genug sein, um allen Studenten eine regelmäßige Ausbildung am Krankenbett zu ermöglichen.

3. Die Versorgung der Kranken

Die Universitätskliniken sollen in der Versorgung der Kranken vorbildlich sein. Dies erfordert eine hinreichende Ausstattung mit Personal. Außerdem muß der Klinikdirektor in der Lage sein, den Überblick über die ihm anvertrauten Patienten zu wahren.

4. Der Klinikdirektor

Die Leitung der einzelnen Klinik und damit die Verantwortung für die Behandlung der Patienten soll auch in Zukunft in der Hand eines Klinikdirektors liegen. Trotz der sich hieraus ergebenden Belastung muß er sich außerdem in hohem Maße Lehre und Forschung widmen können. Größe und Struktur der Klinik müssen daher darauf ausgerichtet sein, daß der Klinikdirektor die ihm zufallende Verantwortung tragen kann. Der Größe der Kliniken wird schon hierdurch eine obere Grenze gesetzt.

III.

Die gegenwärtigen Verhältnisse in den Universitätskliniken

Die gegenwärtigen Verhältnisse sind gekennzeichnet durch:

- a) den Massenandrang der Studenten,
- b) die unzulängliche Ausstattung der Kliniken mit wissenschaftlichem, technischen und Pflegepersonal,

- c) die Übergröße einiger Kliniken einerseits, den insgesamt bestehenden Mangel an für Forschung und Lehre zur Verfügung stehenden Betten und Räumen andererseits,
- d) die Überbelastung der Klinikdirektoren.

Diese Mängel verursachen schon jetzt erhebliche Schäden in der medizinischen Forschung und Lehre. Insbesondere ist hinzuweisen auf

1. die fast überall unzureichenden praktischen Ausbildungsmöglichkeiten für die gegenwärtig vorhandene und auch in Zukunft zu erwartende Zahl der Studenten,
2. die schlechten Berufsaussichten für den wissenschaftlichen Nachwuchs in Forschung und Lehre,
3. die Vernachlässigung wichtiger Forschungsgebiete an den Universitätskliniken.

Zu 1. Die Ausbildungsmöglichkeiten unter besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses Bettenzahl zu Studentenzahl

Die Ausbildungsmöglichkeiten in einer Klinik (im folgenden auch Ausbildungskapazität genannt) sind sowohl von der Qualität und Quantität des Lehrkörpers als auch von der Zahl der für die Lehre zur Verfügung stehenden Krankenbetten im Verhältnis zur Studentenzahl abhängig.

Dabei sind für die Kapazität des Gesamtklinikums die Ausbildungsmöglichkeiten in den Kliniken maßgebend, in denen die Belastung durch den Unterricht am stärksten ist, also in der Medizinischen, der Chirurgischen und der Frauenklinik. Bei der Berechnung des Verhältnisses von Bettenzahl zu Studentenzahl ist davon auszugehen, daß die Studenten nach der Bestallungsordnung für Ärzte sowohl die Medizinische als auch die Chirurgische Klinik zwei Semester als Praktikant besuchen müssen. Gleiches gilt für die Frauenklinik, jedoch ist hier für die Berechnung die Belastung der Klinik durch den einsemestrigen gynäkologischen Unterrichtskurs entscheidend. Es ist daher zu berücksichtigen, daß jeweils zwei Semester gleichzeitig ihre klinische Ausbildung in der Medizinischen und der Chirurgischen Klinik erhalten und daß ein Semester in der Frauenklinik im gynäkologischen Untersuchungskurs unterrichtet wird. Unter Zugrundelegung der Studentenzahlen des Wintersemesters 1959/60 (ohne Zahnmedizin, mit Ausländern) und der z. Z. in den Universitätskliniken zur Verfügung stehenden Krankenbetten ergibt sich für einige Fakultäten folgendes Bild:

Tabelle 1

Ort	durchschnittl. Semesterfrequenz ¹⁾	Mediz. Klinik		Chirurg. Klinik		Frauenklinik	
		Betten	Betten je Student ²⁾	Betten	Betten je Student ²⁾	Betten	Betten je Student ³⁾
a	b	c	d	e	f	g	h
Bonn	116	331	1.4	240	1.0	160	1.4
Düsseldorf	76	527	3.5	419	2.8	162	2.1
Freiburg	167	514	1.6	489	1.5	235	1.4
Gießen	43	260	3.0	330	3.9	136	3.2
Hamburg	124	355	1.5	252	1.0	193	1.5

¹⁾ Da die Angaben über die Stärke der einzelnen Semester unvollständig sind, ist hier ein Durchschnittswert angenommen, der sich aus der Division der Studentenzahl durch 11 (Zahl der Studiensemester) ergibt.

²⁾ Ergibt sich aus Spalte c bzw. e dividiert durch Spalte (b mal 2).

³⁾ Spalte g dividiert durch Spalte b.

Die sich in diesen Verhältniszahlen spiegelnden Ausbildungsmöglichkeiten in den Universitätskliniken sind mit geringen Ausnahmen unzureichend.

Bei der mittleren Verweildauer der Patienten und der für die Ausbildung notwendigen Zahl und Verschiedenartigkeit der Krankheitsbilder sollten nach Ansicht der Verwaltungskommission in den großen Kliniken (Medizinische Klinik, Chirurgische Klinik, Frauenklinik) für die Ausbildung etwa 3 Betten je Student zur Verfügung stehen. Die Wissenschaftliche Kommission sieht die Ausbildungsverhältnisse erst dann als gut an, wenn das Verhältnis 3,5 bis 4 Betten je Student beträgt. Nach ihrer Auffassung wird erst dann das anzustrebende Ziel erreicht werden, die Studenten intensiv unmittelbar am Krankenbett zu unterweisen und ihnen die Möglichkeit zu geben, die in der Vorlesung demonstrierten und diskutierten Fälle weiter zu verfolgen. Die folgenden Berechnungen würden sich bei dieser Verhältniszahl ändern, und die Zahl der fehlenden Betten würde sich noch erhöhen.

Zur Verdeutlichung der Dringlichkeit einer Erweiterung der Ausbildungskapazität ist in den folgenden Übersichten die Richtzahl 3 : 1 auf die gegenwärtigen Verhältnisse umgerechnet. Es läßt sich einmal ermitteln, wieviel Studenten in den Medizinischen Fakultäten bei den gegenwärtig vorhandenen Klinikbetten und der Richtzahl ausgebildet werden könnten, verglichen mit der Zahl der tatsächlich vorhandenen Studenten (Tabelle 2); zum anderen läßt sich feststellen,

Tabelle 2 Kapazität der Medizinischen Fakultäten [ohne Berlin¹⁾] auf Grund der Ausbildungsmöglichkeiten in der Medizinischen Klinik, der Chirurgischen Klinik und der Frauenklinik bei einem Schlüssel von 3 Betten je Student.

	Medizin. Klinik(en) einschl. Polikliniken			Chirurg. Klinik(en)			Frauenklinik(en)			Zahl der Medizinstudenten ⁸⁾ WS 1959/60					
	Betten ²⁾	Sem. Kap. ³⁾	Kap. Klin. ⁴⁾	Kap. Fak. ⁵⁾	Betten ²⁾	Sem. Kap. ³⁾	Kap. Klin. ⁴⁾	Kap. Fak. ⁵⁾	Betten ²⁾	Sem. Kap. ⁷⁾	Kap. Klin. ⁴⁾	Kap. Fak. ⁵⁾	Inländer	Ausländer	insgesamt
Bonn	331	55	331	660	240	40	240	480	160	53	320	640	943	337	1 280
Düsseldorf	527	88	527	530	419	70	419	420	162	54	330	330	371	86	457
Erlangen	405	68	405	810	340	57	340	680	260	87	530	1 060	791	310	1 101
Frankfurt	558	93	558	1 120	329	55	329	660	273	91	550	1 100	816	130	946
Freiburg	514	86	514	1 030	489	81	489	980	255	85	510	1 020	1 589	249	1 838
Gießen	260	43	260	520	330	55	330	660	136	45	270	540	422	56	478
Göttingen	210	35	210	420	280	47	280	560	205	68	410	820	656	168	824
Hamburg	355	59	355	710	252	42	252	500	193	64	390	780	1 084	280	1 364
Heidelberg	503	84	503	1 010	430	72	430	860	212	71	430	860	993	516	1 509
Kiel	226	38	226	460	300 ⁹⁾	50	300	600	200	67	410	820	652	227	879
Köln	442	74	442	880	353	59	353	700	213	71	430	860	905	377	1 282
Mainz	404	67	404	810	230 ⁹⁾	38	230	460	122	41	250	500	555	436	991
Marburg	250	42	250	500	273	45	273	550	145	48	290	580	905	185	1 090
München	500	83	500	1 000	588	98	588	1 180	492	164	990	1 980	2 265	642	2 907
Münster	250	42	250	500	180	30	180	360	115	38	230	460	1 104	178	1 282
Saarbrücken	404	67	404	810	282	47	282	560	74	25	150	300	339	104	443
Tübingen	310	52	310	620	330	55	330	660	218	73	440	880	1 105	143	1 248
Würzburg	365	61	365	730	400	67	400	800	210	70	420	840	881	153	1 034
Insgesamt	6 814	1 137	6 814	13 120	6 045	1 008	6 045	11 670	3 645	1 215	7 350	14 370	16 376	4 577	20 953

Tabelle 3

a	Mediz.-Student. ⁸⁾ WS 1959/60		Vorhandene Betten in der			Nach der Studentenzahl theoret. optimale Betten	
	zus.	dav. Klinik ¹⁰⁾ (geschätzt)	Mediz. Klinik ²⁾	Chirurg. Klinik ²⁾	Frauen- Klinik ^{2) 6)}	je Mediz. u. Chirurg. Klinik ¹¹⁾	Frauen- Klinik ¹²⁾
	b	c	d	e	f	g	h
Bonn	1 280	614	331	240	160	614	307
Düsseldorf	457	457	527	419	162	457	229
Erlangen	1 101	429	405	340	260	429	215
Frankfurt	946	528	558	329	273	528	264
Freiburg	1 838	882	514	489	255	882	441
Gießen	478	229	260	330	136	229	115
Göttingen	824	396	210	280	205	396	198
Hamburg	1 364	655	355	252	193	655	328
Heidelberg	1 509	724	503	430	212	724	362
Kiel	879	422	226	300 ⁹⁾	200	422	211
Köln	1 282	615	442	353	213	615	308
Mainz	991	476	404	230 ⁹⁾	122	476	238
Marburg	1 090	523	250	273	145	523	262
München	2 907	1 424	500	588	492	1 424	712
Münster	1 282	615	250	180	115	615	308
Saarbrücken	443	213	404	282	74	213	107
Tübingen	1 248	599	310	330	218	599	300
Würzburg	1 034	496	365	400	210	496	248
Insgesamt	20 953	10 297	6 814	6 045	3 645	10 297	5 153

Erläuterungen zu den Tabellen 2 und 3:

- ¹⁾ Berlin wurde nicht aufgenommen, weil sich ein Verhältnis Bettenzahl : Studentenzahl z. Z. nicht berechnen läßt (Benutzung Städtischer Krankenanstalten für die Fakultät).
- ²⁾ Die Bettenzahlen schließen die Betten 1. und 2. Klasse ein. Berücksichtigt sind alle Medizinischen und Chirurgischen Kliniken, sowie die durch Vertrag unmittelbar mit der Universität verbundenen und somit als Universitätskliniken anzusehenden Krankenanstalten, ferner bei der Chirurgie auch die urologischen Betten bzw. Kliniken. Nicht berücksichtigt sind die für Vorlesungen und Kurse in anderen Krankenanstalten genutzten Betten.

(Angaben auf Grund von Mitteilungen der Kultusverwaltungen nach dem Stand vom Sommer 1960.)

- 3) Die Ausbildungsmöglichkeiten in einer Klinik pro Semester (Sem.Kap.) ergeben sich aus der Division der Bettenzahl durch 6 (2 mal 3), da immer zwei Studiensemester gleichzeitig in der Medizinischen bzw. Chirurgischen Klinik tätig sind.
- 4) Die Kapazität des Klinikums (Kap. Klin.) unter Zugrundelegung der Kapazität der einzelnen Klinik ergibt sich aus der Multiplikation der Semesterkapazität mit 6 (Zahl der klinischen Semester), entspricht daher in der Medizinischen und Chirurgischen Klinik der Zahl der Betten (vgl. Erläuterung 3).
- 5) Die Kapazität der Fakultät, ebenfalls unter Zugrundelegung der Kapazität der einzelnen Klinik, ergibt sich aus der Verdoppelung der Kapazität der Kliniken (ausgenommen Düsseldorf, da dort nur klinische Ausbildung möglich). Die Verdoppelung folgt daraus, daß bei etwa gleichmäßiger Semesterstärke die Zahl der Studenten in der vorklinischen Ausbildung der in der klinischen Ausbildung stehenden etwa entspricht. (Der Verlust durch Physikum usw. wird zahlenmäßig durch das längere klinische Studium ausgeglichen.)
- 6) Ohne Säuglingsbetten.
- 7) Bei der Frauenklinik ist die Bettenzahl durch 3 zu dividieren, weil hier der nur ein Semester zu belegende gynäkologische Unterrichtskurs wesentlich ist.
- 8) Ohne Zahnmediziner.
- 9) Einschließlich Orthopädie.
- 10) Die genaue Zahl der in der klinischen Ausbildung stehenden Studenten läßt sich für die einzelne Hochschule nicht ermitteln. Die Zahl konnte daher nur geschätzt werden. Nach dem Bundesdurchschnitt waren 1959 48 % der Medizinstudenten in den klinischen Semestern. Dementsprechend sind in Spalte c 48 % von Spalte b angesetzt (ausgenommen Düsseldorf), was für die einzelne Hochschule nicht zuzutreffen braucht.
- 11) Die nach der Studentenzahl notwendige Bettenzahl ergibt sich aus folgender Berechnung: Spalte c multipliziert mit 3 (Betten je Student), dividiert durch 3 (da ein Drittel der klinischen Studenten gleichzeitig in der Medizinischen bzw. Chirurgischen Klinik unterrichtet wird). Studentenzahl also gleich Bettenzahl.
- 12) Spalte c multipliziert mit 3 (Betten je Student) dividiert durch 6 (da ein Sechstel der Studenten ein klinisches Semester an dem gynäkologischen Untersuchungskurs teilnimmt).

wieviele Betten in den drei Hauptkliniken der einzelnen Fakultäten vorhanden sein müßten, wenn man den gegenwärtigen Studentenzahlen gerecht werden wollte (Tabelle 3).

Es ist zu betonen, daß diese schematischen Aufstellungen die Notwendigkeit zusätzlicher Ausbildungskapazitäten erklären sollen. Sie sollen nicht dazu führen, in den einzelnen Fakultäten die Studentenzahl auf die nach den vorhandenen Klinikbetten als optimal zu bezeichnende Zahl zu beschränken, oder die Bettenzahl der einzelnen Kliniken auf die gemäß Tabelle 3 theoretisch erforderliche Zahl zu erhöhen.

Ein Vergleich der nach der Studentenzahl anzustrebenden Bettenzahl mit den vorhandenen Betten ergibt folgendes Bild:

Tabelle 4

Klinik	anzustrebende Bettenzahl	Vorhandene Betten lt. Tab. 2	Fehlende Betten
Medizinische	10 300	6 814	3 486
Chirurgische	10 300	6 045	4 255
Frauen	5 150	3 645	1 505
Insgesamt	25 750	16 504	9 246

Wollte man diesen Bedarf in vollem Umfang in der Weise befriedigen, daß man für die rd. 9300 fehlenden Betten neue Kliniken errichtet, so wären dafür allein in den drei Hauptfächern bei Bau- und Einrichtungskosten von 60 000 bis 80 000 DM je Bett rd. 0,56 bis 0,75 Milliarden DM aufzuwenden. Eine derartige und so kostspielige Erweiterung der Kliniken ist undurchführbar. Es müssen daher neben dem Bau neuer Kliniken andere Möglichkeiten zur Erweiterung der Ausbildungskapazität erschlossen werden.

Zu berücksichtigen ist, daß auch nach der Wiedervereinigung mit einer Entlastung der Ausbildungsstätten in der Bundesrepublik nicht gerechnet werden kann.

Zu 2. Die Berufsaussichten für den wissenschaftlichen Nachwuchs der Kliniken

Die Berufsaussichten für den wissenschaftlichen Nachwuchs sind bei den derzeitigen Verhältnissen ungünstig. An den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik und West-Berlins bestanden im Jahre 1960 471 Lehrstühle, davon in den Kliniken 277. Mit der Berufung auf einen Lehrstuhl kann daher z. Z. nur ein kleiner Teil des wissen-

schaftlichen Nachwuchses rechnen. Dies hält viele qualifizierte Kräfte von der wissenschaftlichen Laufbahn fern, andere verlassen sie in einem frühen Stadium. Hierzu trägt auch bei, daß der Weg bis zur Berufung auf einen Lehrstuhl nicht nur durch die an den wissenschaftlichen Nachwuchs zu stellenden Anforderungen erschwert wird. Dem wissenschaftlichen Nachwuchs steht bei den heutigen Verhältnissen zu wenig Zeit für die eigene wissenschaftliche Arbeit zur Verfügung. Auch wenn er sich schließlich qualifizieren konnte, ist ihm häufig noch keine Gelegenheit gegeben, frei zu forschen, da die Struktur unserer Universitätskliniken ihm nicht die notwendige Selbständigkeit garantiert und dem Nachwuchs in vielen Fällen auch keine eigenen Forschungsmittel gegeben werden. In besonderem Maße gilt dies für Nachwuchskräfte, die sich jüngeren Fächern in den Anfängen ihrer Entwicklung widmen wollen. Es gilt ferner für Spezialisten, die zwar dringend benötigt werden, denen aber unter den gegenwärtigen Verhältnissen nur unzulängliche Entwicklungsmöglichkeiten geboten werden können.

Zu 3. Der Verlust von Forschungsgebieten in den Universitätskliniken

In den Universitätskliniken kann die Forschung unter den heutigen Bedingungen nicht auf allen Gebieten so betrieben werden, wie es erforderlich wäre. Dies liegt nicht nur daran, daß die finanziellen Mittel häufig nicht ausreichen. Vielmehr fehlt es an wissenschaftlich voll ausgebildetem Personal, was zu einer Überbelastung der vorhandenen Mitarbeiter führt. Infolgedessen sind wichtige Gebiete, z. B. die Tuberkuloseforschung, an zahlreichen Kliniken so gut wie nicht vertreten. Diese Mängel müssen sich auch auf die Lehre nachteilig auswirken.

Die aufgezeigten Mängel führen weiter dazu, daß neue Gebiete oder Methoden, die in anderen Staaten mit großem Nachdruck bearbeitet werden, vernachlässigt sind. So wird die deutsche medizinische Forschung beispielsweise durch die völlig unzulängliche und vielfach ganz fehlende Pflege der medizinischen Statistik und der dazu gehörenden Dokumentation erheblich beeinträchtigt.

IV.

Die äußere Gliederung des Klinikums

1. Selbständige Kliniken

Bei der Erörterung der äußeren Gliederung des Klinikums ist von der wissenschaftlichen Entwicklung der einzelnen medizinischen Fächer auszugehen und zu überlegen, in welchen Fällen selbst-

ständige Kliniken dort erforderlich sind, wo derzeit einige selbständig gewordene Fächer noch Teile anderer Kliniken sind.

In dieser Frage vertritt der Wissenschaftsrat folgende Ansicht:

- a) Soweit wie möglich ist die Einheit der Kliniken zu wahren, da dies die beste Gewähr für die Einheit von Forschung und Lehre in den Hauptfächern bietet. Die „große Vorlesung“ soll — in moderner Gestalt — auch in Zukunft ein wesentlicher Bestandteil des Unterrichts bleiben.
- b) Die Errichtung neuer Kliniken für Spezialgebiete muß dort erfolgen, wo eigenständige Entwicklungen des Wissenschaftsgebietes vollzogen sind.
- c) Die Errichtung von Spezialkliniken ist nicht gerechtfertigt, um spezialisierte Forscher wirtschaftlich zu sichern und ihnen Entwicklungsmöglichkeiten zu verschaffen. Die als notwendig anerkannte Sicherung und Entwicklungsmöglichkeit der Spezialisten muß auf anderem Wege erreicht werden.

Von diesen Grundsätzen ausgehend nimmt der Wissenschaftsrat zu der Vertretung einzelner Fächer wie folgt Stellung:

- a) Innere Medizin: Grundsätzlich ist die Einheit der Inneren Medizin in der Medizinischen Klinik zu wahren.

Neben den Medizinischen Kliniken muß eine selbständige Poliklinik bestehen, da diese allein die Gewähr für die notwendige poliklinische Ausbildung des Nachwuchses bietet. Die Poliklinik soll Arbeitsmöglichkeiten für Konsiliarier der anderen Kliniken bieten. Durch entsprechende Vereinbarungen mit den kassenärztlichen Vereinigungen muß sichergestellt werden, daß die teilweise bestehenden Schwierigkeiten, den Polikliniken didaktisch wichtige Krankheitsfälle zuzuführen, beseitigt werden.

- b) Chirurgie

Sofern noch nicht vorhanden, sollten selbständige Kliniken für Orthopädie und Neurochirurgie geschaffen werden, da diese beiden Fachrichtungen bereits eine eigenständige Entwicklung vollzogen haben.

Andererseits sollten Unfallchirurgie, Urologie, Herz- und Lungenchirurgie sowie Kinderchirurgie im allgemeinen weiterhin in der Chirurgischen Klinik verbleiben.

- c) Gynäkologie und Geburtshilfe
Beide Gebiete sollten in der Frauenklinik zusammengefaßt bleiben.
- d) Neurologie und Psychiatrie
Die Errichtung eigener neurologischer Kliniken kommt zusätzlich zu den vorhandenen psychiatrisch-neurologischen Kliniken in Frage.
Soweit die Neurologie auch in Medizinische Kliniken eingeordnet ist, sollte für sie eine eigene Abteilung bestehen.
Für Kinderpsychiatrie sollten eigene Abteilungen geschaffen werden.
Zur psychiatrisch-neurologischen Klinik gehört ein hauptamtlicher Psychologe.
- e) Zahnmedizin
Wo die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Interesse der Ausbildung weiterhin in einer einheitlichen Klinik betrieben wird, soll mit Rücksicht auf die Forschung der Auffächerung des Gesamtgebietes durch die Einsetzung selbständiger Abteilungsleiter Rechnung getragen werden. Im Interesse der Forschung sollte außerdem die Verselbständigung einzelner Abteilungen schwerpunktmäßig gefördert werden.

2. Zentrale und gemeinsame Raum- und Personalgruppen

Bei der Planung neuer Kliniken muß besonders sorgfältig geprüft werden, inwieweit zentrale Einrichtungen für das gesamte Klinikum und gemeinsame Einrichtungen für mehrere Kliniken geschaffen werden müssen und können. Hierzu zwingt die Notwendigkeit, die Arbeitsweise eines Klinikums so wirtschaftlich wie möglich zu gestalten. Als zu begrüßende Folge zentraler und gemeinsamer Einrichtungen kann sich eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen ergeben.

Nach dem derzeitigen Stand der Entwicklung werden neben den bisher schon bestehenden selbstverständlichen Institutionen als zentrale oder gemeinsame Einrichtungen vorgeschlagen:

- a) Eine allen Kliniken dienende Nachsorgeklinik, die für solche Patienten bestimmt ist, die nach der eigentlichen klinischen Behandlung noch einer Nachbehandlung bedürfen. Auf sie kann im Interesse der Patienten häufig nicht verzichtet werden; sie ist aber auch für Forschung und Lehre wichtig. Zu der Funktion und Organisation im einzelnen ist in der Anlage Stellung genommen.

- b) Ein Strahleninstitut mit einer Bettenzahl von 3 bis 5 % der Betten des Gesamtklinikums.

Das Strahleninstitut soll die röntgenologische Tätigkeit im Gesamtklinikum integrieren, die röntgenologische Ausbildung übernehmen und die aufwendigen Großgeräte für das Gesamtklinikum aufnehmen. Der Direktor des Strahleninstituts soll im Einvernehmen mit den Direktoren der Kliniken die allgemeine fachliche Betreuung der Röntgenabteilungen der einzelnen Kliniken übernehmen, wobei ihm auch die Aufgabe zufällt, die Ausbildungsbreite der röntgenologischen Assistenten zu sichern.

Der Klinikdirektor behält das Weisungsrecht für die Kranken der Klinik in dem Sinne, daß ohne sein Einverständnis keine diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen ergriffen werden dürfen („dezentralisierte Zentralisation“).

- c) Die physikalische Therapie für jeweils mehrere Kliniken gemeinsam. Voraussetzung hierfür ist aber, daß die entsprechenden Einrichtungen in unmittelbarer Nähe der Kliniken liegen.
- d) Eine Anästhesisten-Gruppe zur Betreuung aller operativen Kliniken.
- e) Eine Forschungsstelle für klinische Statistik und die zugehörige Dokumentation.
- f) Eine Blutbank, sofern die Versorgung mit Blutkonserven nicht in anderer Form geregelt werden kann.
- g) Eine Apotheke.
- h) Eine zentrale Bibliothek (medizinische Abteilung der Universitätsbibliothek) möglichst in der Nähe des Klinikums; es bleiben jedoch Handbibliotheken für die einzelnen Kliniken erforderlich. Unter Umständen ist daneben die Schaffung von Gruppenbibliotheken (z. B. für gewisse theoretische und operative Fächer gemeinsam) in Betracht zu ziehen.
- i) Werkstätten, in denen Personal für dem gesamten Klinikum zur Verfügung stehende Apparaturen vorhanden ist. Daneben werden einzelne Kliniken eigene Werkstätten mit qualifizierten Mechanikern für wissenschaftliche Apparaturen haben müssen.
- k) Tierhaus mit Operationsmöglichkeiten. Einzelne Kliniken sollten daneben über Räume für Tiere (besonders für Kleintiere) verfügen, die im Versuch stehen.

- l) Bei Neubauten wird zu überlegen sein, in welchem Umfang Laboratorien für benachbarte Kliniken gemeinsam betrieben werden können.
- m) Krankenpflegeschule und Kinderkrankenpflegeschule, gegebenenfalls auch Schwesternvorschule.

V.

Die optimale Größe der einzelnen Kliniken

1. Grundsätzliches

Bei der Bestimmung der optimalen Größe der Kliniken ist auszugehen von

- a) den Bedürfnissen des Unterrichts und der Ausbildung der jungen Ärzte,
- b) den Bedürfnissen der Forschung,
- c) der Versorgung der Patienten und der Grenze ihrer Belastbarkeit,
- d) der Verantwortung und Belastung des Klinikdirektors,
- e) den Kosten.

Für die Bestimmung der optimalen Größe ist außerdem zu berücksichtigen, ob und in welchem Umfang den Universitätskliniken auch die Funktion eines allgemeinen Krankenhauses zufällt. Grundsätzlich ist im Interesse der Lehre und mehr noch der Forschung zu fordern, daß den Universitätskliniken die Möglichkeit gegeben wird, die Auswahl ihrer Patienten zu treffen. Sie dürfen deshalb weder gehalten sein, mehr sogenannte „Bagatellfälle“ aufzunehmen, als für den Unterricht nötig sind, noch sollte man ihnen nur die schwersten Fälle zuweisen. Es wird sich jedoch nicht vermeiden lassen, daß manchen Universitätskliniken auch die Funktionen von Allgemeinkrankenhäusern zufallen können. Ein Zusammenfallen beider Funktionen wird sich in Zukunft dann ergeben, wenn Krankenanstalten für die Ausbildungsaufgaben von Universitätskliniken gewonnen werden.

Einige der genannten Faktoren bedingen eine Beschränkung der Bettenzahl, während andere ein gewisses Minimum der Gesamtbettenzahl einer Klinik erforderlich machen.

Forschung und Lehre verlangen im Hinblick auf die notwendige Unterschiedlichkeit und Häufigkeit der einzelnen Krankheitsbilder, daß die Zahl der Betten eines Klinikums nicht zu gering ist. Gleiches ergibt sich aus der Notwendigkeit, dem einzelnen Patienten eine zu große Belastung zu ersparen. Andererseits wird die

Größe der Kliniken nach oben begrenzt durch die Verantwortlichkeit des Klinikdirektors, die — soll sie nicht ein theoretisches Postulat bleiben — nur dann zu wahren ist, wenn der Klinikdirektor die Gesamtübersicht über die Patienten und über Forschung und Lehre behält. Die Zahl der wissenschaftlichen Mitarbeiter, auf die er einen Teil der Verantwortung delegieren kann, läßt sich nicht beliebig vermehren, da er dann nicht mehr in der Lage ist, die Entwicklung des wissenschaftlichen Nachwuchses selbst zu überwachen. Der Wissenschaftsrat ist unter sorgfältiger Erwägung aller genannten Faktoren zu der Überzeugung gekommen, daß in der Medizinischen Klinik, der Chirurgischen Klinik, der Frauenklinik, der Psychiatrisch-neurologischen Klinik und der Kinderklinik das Optimum der Bettenzahl bei 200 allgemeinen Betten liegt. Er stellt darüber hinaus fest, daß bei diesen Kliniken zwischen Optimum und Maximum ein kaum nennenswerter Unterschied besteht, so daß bei einer spürbaren Überschreitung der genannten Bettenzahl Nachteile entstehen.

2. Vorschläge für die Bettenzahl in den einzelnen Kliniken

Der Wissenschaftsrat sieht die folgenden Bettenzahlen¹⁾ als optimal für die einzelnen Kliniken an:

- | | |
|--|--|
| 1. Medizinische Klinik | 200 Betten
zuzüglich 40 Infektionsbetten,
zuzüglich Haus für Tbc-Kranke
mit mindestens 30 Betten, |
| 2. Medizinische Poliklinik | Bettenstation mit 40—50 Betten, |
| 3. Chirurgische Klinik | 200 Betten
zuzüglich Unfallabteilung, deren
Größe je nach Einzugsgebiet
verschieden sein kann, |
| 4. Orthopädie | 100—150 Betten, |
| 5. Neurochirurgie | 60— 80 Betten, |
| 6. Frauenklinik | 200 Betten, |
| 7. Psychiatrisch-neurologische
Klinik | 200 Betten. |

Besteht eine selbständige neurologische Abteilung, so soll die Bettenzahl für die Psychiatrisch-neurologische Klinik trotzdem nicht unter 160 Betten sinken.

Eine zusätzliche selbständige neurologische Klinik soll in der Regel nicht mehr als 80 Betten haben.

¹⁾ einschließlich ca. 10 % Privatbetten

8. Augenklinik	100 Betten,
9. Hautklinik	100—150 Betten,
10. HNO-Klinik	80—100 Betten,
11. Kinderklinik	200 Betten zusätzlich eine Infektionsabteilung mit ca. 50 Betten,
12. Zahnklinik (Ausnahmen Düsseldorf und Hamburg)	25— 30 Betten,
13. Bettenabteilung des Strahleninstituts	3 0/0 bis 5 0/0 der Bettenzahl des Gesamtklinikums,
14. Nachsorgeklinik	200 Betten.

VI.

Optimale Größe der Kliniken und Ausbildungskapazität

1. Die sich aus den genannten Gründen ergebende Notwendigkeit, die Bettenzahl der Medizinischen, der Chirurgischen und der Frauenklinik auf 200 allgemeine Betten zu beschränken, darf nicht zu einer Verminderung der gegenwärtig vorhandenen, den Studentenzahlen ohnehin nicht mehr entsprechenden Ausbildungskapazität der Medizinischen Fakultäten führen. Im Gegenteil hat der an anderer Stelle wiedergegebene Vergleich zwischen der bei einem Schlüssel von 3 Betten je Student vorhandenen Ausbildungskapazität und den gegenwärtigen Studentenzahlen (s. Tabellen 2 und 3) gezeigt, daß die Ausbildungskapazität der Fakultäten und damit die Zahl der zur Verfügung stehenden Betten beträchtlich erhöht werden muß. Dabei ist davon auszugehen, daß die Zahl der Medizinstudenten auch in Zukunft nicht wesentlich hinter der gegenwärtigen Zahl zurückbleiben, sondern bei einer etwa gleichbleibenden Verteilung der Studenten auf die einzelnen Fakultäten sogar vorübergehend noch steigen und dann etwa auf der gegenwärtigen Höhe verharren wird. Selbstverständlich ist diese Voraussage nur aus der augenblicklichen Sicht möglich. Es ist aber zu betonen, daß auch unter dem Gesichtspunkt des Ärztebedarfs jedenfalls kein wesentliches Absinken der Studentenzahl erwünscht wäre. Die allgemeine Versorgung der Bevölkerung, der zusätzliche Bedarf der Krankenanstalten an angestellten Ärzten, die Bedürfnisse der Verwaltung und der Bundeswehr werden voraussichtlich eine steigende Zahl von ärztlichem Nachwuchs verlangen.

Die gegenwärtige Zahl der Studenten darf auch deshalb nicht zu dem Schluß führen, daß das Medizinstudium überfüllt sei, weil ein wesentlicher Anteil von ausländischen Studierenden mitent-

halten ist, und da ein beträchtlicher Teil der Studenten wegen des Nichtbestehens der Examina oder aus anderen Gründen den ärztlichen Beruf nicht ausüben wird. Ausländische Studenten werden die Medizinischen Fakultäten auch in Zukunft in großer Zahl aufzunehmen haben.

Diese Umstände bedingen, daß die Planung eine Ausbildungskapazität erstrebt, die etwa der gegenwärtigen Zahl der Medizinstudenten gerecht wird.

Dabei zwingen die hohen Kosten, die durch die Errichtung weiterer Kliniken entstehen, zu der Frage, ob zusätzliche Ausbildungskapazitäten auch durch die bessere Ausnutzung der vorhandenen Kliniken gewonnen werden können. Insbesondere ist angesichts des derzeitigen Ausbildungsnotstandes zu prüfen, ob und inwieweit es möglich ist, bis zur Durchführung der vorgeschlagenen Ausbaumaßnahmen die vorhandene Kapazität der Universitätskliniken durch die Einführung von der Patientenzahl besonders abhängiger Kurse in den Semesterferien besser auszunutzen. Auch ist zu erwägen, ob in Einzelfällen, z. B. in der Frauenklinik, durch die Einführung von Internaten die Ausbildungsverhältnisse verbessert werden können. Durch solche Internate von etwa einer Woche Dauer in der Frauenklinik würden die Studenten bei geringerer Patientenzahl mindestens die gleichen praktischen Erfahrungen gewinnen können, wie bei dem augenblicklich vorherrschenden System.

2. Folgende Möglichkeiten für die Erhöhung der Zahl der für die Ausbildung zur Verfügung stehenden Betten sind zu nennen:
 - a) die Hinzuziehung anderer Krankenanstalten in Universitätsnähe zu Forschungs- und Lehrzwecken,
 - b) der Bau zweiter Kliniken in den Hauptfächern
(Medizinische Klinik, Chirurgische Klinik und Frauenklinik),
 - c) die Errichtung Medizinischer Akademien.

Im einzelnen ist zu diesen Möglichkeiten zu sagen:

ad a): An mehreren Universitätsorten oder in deren Nachbarschaft bestehen große, gut geleitete und gut ausgestattete Krankenanstalten, die der praktischen Ausbildung der Studenten nutzbar gemacht und gleichzeitig in intensiverer Weise für Forschung und Lehre herangezogen werden können. Dabei brauchen nicht die gesamten Krankenanstalten, müssen aber die für die Ausbildung besonders wesentlichen Abteilungen den Unterrichtszwecken erschlossen werden. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist, daß der Medizinischen Fakultät wegen ihrer Verantwortung für die Ausbildung ein Mitwirkungsrecht bei der Anstellung der Chefarzte der leitenden Abteilungen eingeräumt wird. Außerdem wird

eine ständige personelle Verbindung mit der Fakultät geschaffen werden müssen; ferner muß die Krankenanstalt zusätzliche Mittel für Forschung und Lehre erhalten.

Es wird empfohlen, mit solchen Krankenanstalten bzw. deren Trägern möglichst bald in Verhandlungen einzutreten, um diese zusätzlichen Ausbildungskapazitäten nutzbar zu machen. Ansatzpunkte hierfür sind bereits insofern gegeben, als an mehreren Orten schon jetzt wichtige Vorlesungen und Kurse in Krankenanstalten außerhalb der Universitätskliniken abgehalten bzw. gelesen werden.

ad b): Die Möglichkeit, die Ausbildungskapazität durch den Bau zweier Medizinischer und Chirurgischer Kliniken zu erweitern, ist demgegenüber zwar die kostspieligere, aber auch die vom wissenschaftlichen Standpunkt her vorzuziehende Lösung. Sie sollte vornehmlich bei größeren Neuplanungen und in den Fällen erwogen werden, in denen die bessere Ausnutzung der vorhandenen Kapazität keine hinreichende Besserung der Ausbildungsverhältnisse schafft und in denen auch keine zusätzliche Krankenanstalten am Universitätsort gewonnen werden können.

ad c): Es wird ferner geprüft werden müssen, ob durch Ausbau von außerhalb von Universitätsstädten gelegenen großen Krankenanstalten mit den für eine klinische Ausbildung erforderlichen Einrichtungen, Theoretischen Instituten, Hörsälen, Kurssälen, Laboratorien usw. neue Medizinische Akademien nach dem Beispiel von Düsseldorf entwickelt werden können. Der gegen die Gründung solcher Akademien geltend gemachte Einwand, die Studenten würden an ihnen nur in ihrem Spezialfach unterrichtet und hätten nicht, wie an einer Universität, die Möglichkeit, auch Vorlesungen ergänzenden und allgemeinbildenden Charakters zu hören, wird nicht übersehen. Jedoch ist darauf hinzuweisen, daß den Studenten zuvor in ihren vorklinischen Semestern an einer Universität Gelegenheit geboten wird, sich für eine selbständigere geistige Weiterbildung vorzubereiten.

Es kommt hinzu, daß in den für die Errichtung Medizinischer Akademien in Frage kommenden Städten die Möglichkeit bestehen wird, den klinischen Studenten die sonst von der Universität ausgehenden geistigen Anregungen in anderer Weise zu vermitteln.

Die Eignung der Krankenanstalt als hochschulmäßige Einrichtung muß im Einzelfall besonders sorgfältig geprüft werden.

3. Die vorgeschlagene Bettengröße der Hauptkliniken erlaubt nach dem Schlüssel 3 Betten je Student eine Semesterfrequenz von 35 Studenten, da jeweils 2 Semester gleichzeitig die Innere und

die Chirurgische Klinik hören. Aus verschiedenen Gründen würde eine Medizinische Fakultät mit einer Zahl von 200 medizinischen und chirurgischen Betten auf die Dauer nicht sinnvoll arbeiten können. Dies einmal deswegen, weil es unmöglich wäre, auch nur die wichtigsten Gebiete der Forschung bei dieser Bettenzahl zu betreiben, zum anderen, weil für die Demonstration in der Vorlesung nicht genügend verschiedenartige Krankheitsbilder zur Verfügung stehen würden. Abgesehen davon ist es auch unrationell, ein Klinikum so zu gestalten, daß nur 35 Studenten pro Semester neu aufgenommen werden können. Es wird daher vorgeschlagen, zunächst in allen Medizinischen Fakultäten je 400 Betten — zusätzlich Infektions-, Tbc- und Unfallbetten — für die Innere Medizin und die Chirurgie zu schaffen, entweder durch die Hinzuziehung von Krankenanstalten am Universitätsort oder durch den Bau zweier Kliniken. Zu prüfen ist, ob die Empfehlung, daß zwar einerseits die einzelne Klinik nicht mehr als 200 allgemeine Betten umfassen sollte, andererseits aber je 400 medizinische und chirurgische Betten zur Verfügung stehen sollten, in einigen Fällen durch die Teilung und den Umbau großer bestehender Kliniken realisiert werden kann.

Bei 400 Betten in der Medizinischen und Chirurgischen Klinik bzw. entsprechenden Krankenabteilungen könnten die Medizinischen Fakultäten 70 Studenten je Semester aufnehmen. Die Gesamtkapazität der Medizinischen Fakultäten (ausgenommen Berlin) würde sich danach wie folgt darstellen:

a) vorklinische Semester

Nach den Vorschlägen der Arbeitsgruppe für Theoretische Medizin sollen die Fakultäten nach ihrem Ausbau je 100 Studenten (einschl. Zahnmedizinern) pro Semester aufnehmen können; bei 17 Fakultäten ergibt dies 1700 Studenten je Semester, und bei 5semestrigem vorklinischen Studium eine Gesamtzahl von 8500 Studenten.

b) klinische Semester

Bei einem Zugang von zunächst 70 Studenten je Semester und Fakultät (zuzüglich Zahnmedizinern) beträgt die Gesamtkapazität der 17 Fakultäten und der Medizinischen Akademie Düsseldorf 1260 Studenten je Semester, d. h. bei 6semestrigem klinischen Studium insgesamt 7560 Studenten.

Insgesamt können daher bei Zugrundelegung dieser Kapazität (ohne klinische Zahnmediziner) rd. 16 000 Studenten an den Medizinischen Fakultäten des Bundesgebietes sachgerecht ausgebildet werden.

Da die gegenwärtige und auch in Zukunft zu erwartende Studentenzahl noch über dieser Zahl liegt, müssen an mehreren Universitätsorten durch die Hinzuziehung weiterer Krankenanstalten mehr als 400 Betten geschaffen werden, um die Kapazität über 70 Studenten pro Semester zu erhöhen, oder es müssen Medizinische Akademien gegründet werden.

4. Im Zusammenhang mit der Kapazität der einzelnen Fakultäten und den gegenwärtigen Studentenzahlen wird auch geprüft werden müssen, ob eine gleichmäßigere Verteilung der Studenten auf die Medizinischen Fakultäten zu erzielen ist.

VII.

Die Struktur der Universitätskliniken

Hinsichtlich der inneren Struktur der Universitätskliniken beschränkt sich der Wissenschaftsrat auf einige grundsätzliche Bemerkungen, wobei es sich auf detaillierte Stellungnahmen der Mitglieder des Klinikausschusses und weiterer Sachverständiger zur Frage der inneren Struktur der einzelnen Kliniken stützt. Er nimmt insbesondere zu den Funktionen der wissenschaftlichen Mitarbeiter und des anderen Personals Stellung.

Bei der empfohlenen Beschränkung der Bettenzahlen auf 200 allgemeine Betten in der Medizinischen und der Chirurgischen Klinik ist es unmöglich, alle Gebiete in besonderen Abteilungen in einer Klinik zu pflegen. Dies ist selbst bei heute vorhandenen wesentlich größeren Kliniken kaum durchführbar. Soweit Parallelkliniken bestehen oder errichtet werden, werden sie sich daher in die Schwerpunkte teilen müssen, wobei die Tradition der bereits bestehenden Kliniken eine wesentliche Rolle spielen wird. Einige Sonderabteilungen können als gemeinsame Einrichtung beider Medizinischen Kliniken bestehen. Dies gilt insbesondere für die röntgen-radiologische Abteilung, für die Abteilung für Dokumentation und Statistik und das chemische Zentrallaboratorium. Mindestens einer der chirurgischen Kliniken muß eine Ambulanz angegliedert sein, mindestens eine muß neben den allgemeinen Betten eine Unfallabteilung haben.

Zu der personellen Gliederung der Universitätskliniken ist folgendes festzustellen:

1. Direktor

Zur Bewahrung der Einheit im Notwendigen ist die Direktorialverfassung auch in Zukunft unentbehrlich. In Forschungsfragen ist der Direktor gegenüber den Abteilungsleitern primus inter pares.

2. Abteilungsvorsteher und Oberärzte

- a) Die Oberärzte unterstützen den Klinikdirektor in der Verwaltung der Kliniken, in der Betreuung der Kranken, in der Überwachung der Forschungsarbeiten und als Dozenten in der Lehrtätigkeit. Dabei wird ihnen im besonderen Maße die Verantwortung für die Ausbildung der Studenten durch die wissenschaftlichen Assistenten zufallen, gleichviel, ob diese Dozenten sind oder nicht. Zu den eigentlichen klinischen Oberärzten kommen die Oberärzte für Zentraleinrichtungen der Klinik.
- b) Besteht in einer Klinik ein Bedürfnis für eine kontinuierliche selbständige Vertretung eines größeren Gebietes in Forschung und Lehre (z. B. Urologie in der Chirurgie, klinische Chemie), so sollten hierfür Abteilungsvorsteherstellen geschaffen werden. Zur näheren Bestimmung der Stellung der Abteilungsvorsteher wird auf die Empfehlung über die Eingliederung neuer Dauerstellen in die Lehrkörper der wissenschaftlichen Hochschulen (Anlage Nr. 2) verwiesen.

3. Assistenten

- a) Die Zahl der wissenschaftlichen Assistenten sollte 1 : 15 (ein Assistent auf 15 Betten) betragen, in der psychiatrisch-neurologischen und der neurochirurgischen Klinik 1 : 10. Mit dieser Zahl wird jedoch nur der Bedarf an Assistenten für die eigentliche stationäre Krankenversorgung der Klinik gedeckt.
- b) Hinzu kommen Assistentenstellen für die Polikliniken und für die Ambulanzen der Kliniken.
- c) Ferner sind weitere Assistentenstellen für die verschiedenartigen Funktionen innerhalb von Kliniken, wie z. B. Röntgenabteilung, Blutbank, EEG, künstliche Niere, Anästhesie, Statistik und andere Sonderabteilungen, in Anschlag zu bringen.
- d) Es müssen etwas mehr Assistentenstellen, als nach den Buchstaben a), b) und c) für den eigentlichen Klinikbetrieb erforderlich, zur Verfügung stehen, damit die Assistenten Gelegenheit für die eigene wissenschaftliche Arbeit haben. Unbeschadet dessen soll die Besoldung von wissenschaftlichen Mitarbeitern für spezielle Forschungsvorhaben auch in Zukunft aus Forschungsmitteln (Beiträgen Dritter) erfolgen.
- e) Eigens hinzuzurechnen sind die für den Klinikbetrieb nicht zur Verfügung stehenden naturwissenschaftlichen Assistenten (evtl. auch TO.A-Stellen).
- f) Die Entwicklung kann dazu führen, daß neben den wissenschaftlichen Assistenten in verstärktem Maße wissenschaftliche Angestellte für Daueraufgaben auch in der Forschung eingesetzt werden müssen.

Die Zahl der zusätzlichen Assistenten nach c), d) und e) wird im Durchschnitt der nach dem Bettenschlüssel notwendigen Assistentenzahl entsprechen. Die Gesamtzahl der Assistenten findet eine obere Begrenzung dadurch, daß der Klinikdirektor die Verantwortung für die Entwicklung des wissenschaftlichen Nachwuchses trägt.

Die sich aus diesen Vorschlägen für die einzelnen Kliniken ergebenden Assistentenzahlen würden der dringenden Notwendigkeit entsprechen, daß Assistenten als Tutoren die Beratung der Studenten und einen Teil ihrer praktischen Ausbildung in größerem Maße übernehmen. Ihre Mühe wird dabei nicht nur den Studenten der ersten Semester gewidmet sein müssen, sondern ebenso denen der letzten Semester. Besonders gilt dies dann, wenn eine Studienreform die praktische Ausbildung verstärkt.

4. Medizinische Statistik einschließlich zugehöriger Dokumentation
Statistik und Dokumentation stellen wichtige Forschungsmethoden der medizinischen, insbesondere auch der klinischen, und zwar sowohl der therapeutischen als auch der diagnostischen Forschung dar. Aus der Eigenart des klinischen Forschungsgebietes (diagnostische und therapeutische Forschung) ergibt sich, daß medizinische Dokumentation und medizinische Statistik nur in allerengster räumlicher und personeller Zusammenarbeit mit einer Klinik bearbeitet werden können. Ein enges Zusammenwirken mit den Lehrstühlen und Instituten für sozialwissenschaftliche Statistik und angewandte Mathematik soll mit allen Mitteln gefördert werden. Das Forschungsgebiet wird, soweit es die Kliniken angeht, als eigene Abteilung an eine Klinik anzuschließen sein. Zur Förderung des Gebietes, insbesondere auch zur Heranbildung des erforderlichen Nachwuchses, wird die alsbaldige Schaffung einiger Lehrstühle empfohlen.

5. Medizinisch-technische Assistentinnen

Die Zahl der erforderlichen medizinisch-technischen Assistentinnen ist in den einzelnen Kliniken so unterschiedlich, daß Normen nicht aufgestellt werden können. Es wird aber darauf hingewiesen, daß alle für den Lehrbetrieb und ein Teil der für die Forschung benötigten medizinisch-technischen Assistenten aus dem ordentlichen Haushalt, ein Teil der für die Forschung benötigten Assistentinnen aber aus zusätzlichen Forschungsmitteln besoldet werden sollte.

6. Auch der Bedarf an Bibliothekarinnen, Archivarinnen, Krankengymnastinnen, Kindergärtnerinnen, Bademeistern, Sozialfürsorge-rinnen, Personal für den Labordienst, Tierpflegern, Präparatoren, Fotografen, an Handwerkern usw. ist zu unterschiedlich, als daß hierzu Musterstellenpläne aufgestellt werden könnten.

7. Pflegepersonal

Die Besetzung der Kliniken mit Pflegepersonal (Schwestern und Pfleger) bedarf einer beträchtlichen Verbesserung. Die Gesamtzahl der Schwestern und Pfleger in einem Klinikum müßte zur Zahl der Betten in einem durchschnittlichen Verhältnis von 1 : 3 stehen. In dieser Anhaltszahl sind Urlaubs- und Krankheitsvertretungen mit 15 % bereits berücksichtigt. Zuschläge sind erforderlich für Funktionsschwestern und für Nachtschwestern. Voraussetzung ist, daß das Klinikum mit Haus-, Hilfs- und technischem Personal ausreichend versorgt ist; dazu gehören auch die Stationssekretärinnen. Es ist bekannt, daß die gegenwärtige Arbeitsmarktlage eine Erfüllung dieser optimalen Bedingungen in absehbarer Zeit nicht erlauben wird.

8. Sekretärinnen und Schreibkräfte

Alle deutschen Kliniken leiden unter dem Mangel an Sekretärinnen und Schreibkräften. Die vorhandenen Schreibkräfte reichen meistens gerade dazu aus, die notwendigste Korrespondenz zu erledigen. Die Folge davon ist, daß wissenschaftliches Personal weitgehend Schreibarbeiten verrichten muß und damit unrentabel arbeitet. Eine weitere Folge sind Mängel in der Ordnung und Führung der Krankengeschichten. Es können keine zuverlässigen klinisch wissenschaftlichen Arbeiten vorgelegt werden, wenn keine Möglichkeit bestand, die wissenschaftlichen Unterlagen von vornherein konsequent übersichtlich geordnet zu halten. Ein Teil der gegenwärtigen Mißstände kann durch den stärkeren Einsatz von Diktiergeräten beseitigt werden. Wegen der Eigenart des Klinikberichtes reichen technische Hilfsmittel allein jedoch nicht aus. Es bedarf darüber hinaus einer wesentlichen Erhöhung der Zahl der Sekretärinnen und Schreibkräfte, wobei insbesondere auch die Erfordernisse der Sonderabteilungen mit berücksichtigt werden müssen. Ein Schlüssel, bezogen etwa auf die Zahl der Ärzte oder der Patienten, läßt sich wegen der sehr unterschiedlichen Verhältnisse nicht festlegen.

Bemerkungen zur Nachsorgeklinik
(200 Betten)

1. Begründung der Notwendigkeit

Die Nachsorgeklinik soll die Universitätskliniken dadurch entlasten, daß sie Patienten übernimmt, welche weiterer Überwachung und Behandlung bedürfen, deren vorzeitige Entlassung in andere Obhut jedoch nicht gewünscht wird. Sie nimmt ausschließlich Kranke auf, welche von den Kliniken überwiesen werden. Die Gründe für die Aufnahme von Patienten können verschieden sein:

- a) wissenschaftliches und didaktisches Interesse am weiteren Verlauf und an langdauernder Beobachtung, insbesondere zur Beurteilung langfristiger Behandlungsweisen,
- b) Rehabilitation (Wiederherstellung gestörter Funktionen),
- c) Behandlung und Zusammenfassung chronisch Kranker, welche im Krankengut des praktischen und Krankenhausarztes zunehmend überwiegen (z. B. chronisches Polyarthritis, Arteriosklerose),
- d) geriatrische Forschung: notwendig wegen der Verlängerung der Lebenserwartung und der heute schon großen Bedeutung der Gerontologie als Forschungsaufgabe,
- e) prophylaktische Therapie (z. B. Verhütung von Rezidiven des rheumatischen Fiebers, der Glomerulonephritis, Immunopathiden u. a.).

2. Hinsichtlich der Organisation, die möglichst wirtschaftlich zu gestalten ist, wird zu beachten sein, daß

- a) die Nachsorgeklinik nur eine Durchleuchtungseinrichtung, keine speziellen wissenschaftlichen Laboratorien, keine Unterrichtsräume (Hörsaal) außer einigen Untersuchungsräumen für den Unterricht am Krankenbett haben soll. Sie muß deshalb in erreichbarer Nähe der Universitätskliniken liegen, um deren Einrichtungen im Bedarfsfall mit nutzen zu können.
- b) Es müssen reichlich 1- und 2-Bettenzimmer vorgesehen werden, sowie Räume für die Krankengymnastik.
- c) Es muß eine enge Verbindung mit der physikalischen Therapie hergestellt werden (Physiotherapie).
- d) Wenn die Einrichtungen für die physikalische Therapie nicht in erreichbarer Nähe der Nachsorgeklinik liegen, muß diese eine eigene Badeabteilung haben.

h. 7-3.
Med.
Klinik

3. Personal

I. Ärztliche Stellen:

- a) Zahl der Assistenzärzte (Stationsärzte) nach dem Schlüssel der allgemeinen Krankenhäuser. Die Assistentenstellen sollen im Etat der beteiligten Kliniken ($\frac{1}{2}$ Innere Klinik und Poliklinik, $\frac{1}{2}$ Chirurgische und Orthopädische und Nervenkl.) geführt werden, welche geeignete Ärzte aus ihrem Stab jeweils für je ein Jahr in die Nachsorgeklinik abordnen.
- b) Es werden 2 Abteilungen mit je einem Oberarzt eingerichtet, von denen mindestens einer Internist sein soll. Die beiden Oberärzte wechseln sich halbjährlich in der ärztlichen Leitung der Gesamtklinik ab. Wie lange jeweils die Abstellung der Oberärzte von ihren Kliniken dauern soll, wird vorerst offen gelassen, jedoch sollen diese Stellen grundsätzlich nur auf Zeit und im Turnus besetzt werden.
- c) Den Oberärzten soll ein Direktorium zur Seite stehen, welches aus den Direktoren der beteiligten Universitätskliniken besteht. Seine Aufgaben werden sich im einzelnen aus der Erfahrung ergeben.

II. Nichtärztliches Personal

Die Nachsorgeklinik muß mit Pflegepersonal ausreichend ausgestattet werden. Neben einer Oberin und ihrer Vertreterin müssen Stationsschwestern, nachgeordnete Schwestern und die erforderlichen Nachtschwestern zur Verfügung stehen. Bei der Zahl der männlichen Pfleger muß berücksichtigt werden, daß mehr schwer bewegliche Kranke (Pflegefälle) als in anderen Kliniken vorhanden sein werden. Auch bei der Zahl der Krankengymnastinnen ist zu bedenken, daß die Patienten der Nachsorgeklinik hier in größerem Maße versorgt werden müssen als die anderer Kliniken. Es sollten ferner Sozialfürsorgerinnen und Beschäftigungstherapeutinnen zur Verfügung stehen.

4. Belegung

Für die Belegung der Nachsorgeklinik durch die einzelnen Universitätskliniken soll kein schematischer Schlüssel festgelegt werden. Spezialstationen für bestimmte chronische oder Alterskrankheiten sind eventuell zu schaffen.

Die Einrichtung der Nachsorgeklinik darf nicht indirekt dazu führen, daß die für die einzelnen Kliniken zur Verfügung stehenden Krankenbetten durch die Inanspruchnahme der Betten in der Nachsorgeklinik vermehrt werden. Entscheidend für die Aufnahme in die Nachsorgeklinik ist allein der Gesichtspunkt, daß eine weitere Versorgung in der eigentlichen Klinik nicht mehr zweckmäßig oder erforderlich ist.