

Wachsende Aufgaben und knappere Mittel: Der Bereich Humanmedizin an der JLU

Interview mit dem Dekan, Prof. Dr. Dieter Ringleb

(Ms). Der Bereich Humanmedizin ist größer als die anderen Fachbereiche der Justus Liebig-Universität. Circa 4000 Menschen — ein Zwanzigstel der Einwohner Gießens — finden allein im Klinikum ihre berufliche Existenz. Das Haushaltsvolumen von 160 Millionen Mark reicht freilich nicht aus, um die vielfältigen Aufgaben in Krankenversorgung, Lehre und Forschung immer zufriedenstellend zu erfüllen. Der Mangel an Investitionsmitteln, Forschungsgeldern und Personalstellen behindert oft die Arbeit. Er ist eine — nicht die einzige — Ursache dafür, daß die steigenden Kosten der Krankenbehandlung nicht aufgefangen werden können. Daran hat auch die neue Struktur, die durch das Hessische Universitätsgesetz von 1970 geschaffen wurde, nichts geändert. Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes sind 5 Jahre vergangen. Wo steht der Bereich Humanmedizin heute? Wir haben den Dekan, Prof. Dr. Dieter Ringleb, gebeten, den Lesern der Gießener Universitätsblätter Auskunft zu geben über Aufgaben, Struktur und Probleme eines Großunternehmens, dessen Bedeutung für das gesundheitliche Wohlergehen der Bürger in Gießen und Umgebung evident ist: Im Jahr 1974 wurden allein 115 000 poliklinische Patienten behandelt.

REDAKTION: Welche Arbeitsgebiete umfaßt der Bereich Humanmedizin im Vergleich zur früheren Medizinischen Fakultät?

RINGLEB: Der Bereich Humanmedizin umfaßt die frühere Medizinische Fakultät mit Ausnahme der beiden Institute für Ernährungswissenschaften und des Instituts für Sportmedizin. Er ist als Fachbereich der JLU zuständig für Lehre und Forschung in Humanmedizin und Zahnmedizin, aber auch für die fachliche Weiterbildung seiner Ärzte und Zahnärzte, für die Ausbildung in nichtärztlichen Heilberufen und für die Fortbildung Berufstätiger aus dem ganzen medizinischen Sektor. Die Einrichtungen des Bereichs Humanmedizin mit den darin Beschäftigten einschließlich Verwaltung und Hilfsbetrieben für Bewirtschaftung und Versorgung bilden das Klinikum der JLU. Dieses wiederum ist verantwortlich für die Versorgung der Kranken, die sich ihm anvertrauen.

REDAKTION: Was sind eigentlich Medizinische Zentren?

RINGLEB: Das Klinikum faßt die früheren, bis 1970 selbständigen Kliniken und Institute als Dienstleistungseinrichtungen zusammen. Der Bereich



Blick über die neue Kinderklinik auf den Altbau der Hals-Nasen-Ohren-Klinik. Im Hintergrund Heuchelheim.

Humanmedizin steht neben dem Klinikum so wie früher die Medizinische Fakultät neben vielen Kliniken und Instituten stand. Bereich Humanmedizin und Klinikum sind neu gegliedert worden. Diese neuen Gliederungen heißen Medizinische Zentren. Sie entsprechen entweder einer früheren Klinik oder fassen mehrere frühere Kliniken bzw. mehrere frühere Institute zusammen, wobei Richtlinie für solche Zusammenschlüsse im Bereich

der klinischen Medizin die Krankenversorgung war. In den Medizinischen Zentren sind für Forschung und Lehre die Direktorien zuständig, die aus allen Hochschullehrern und gewählten Vertretern der anderen Gruppen von Universitätsmitgliedern bestehen. Ein Medizinisches Zentrum als Krankenanstalt wird von einem Geschäftsführenden Vorstand, bestehend aus drei Hochschullehrern, geleitet. Beiden Gremien sitzt der Geschäftsführende Direktor vor.

REDAKTION: Wie groß sind der Bereich Humanmedizin und des Klinikum der JLU, groß im Sinne von Zahl der behandelten Kranken, Zahl der Studenten, Personalstellen, Haushaltsvolumen, Gebäuden?

RINGLEB: Lassen Sie mich mit den Personalstellen beginnen. Der Bereich Humanmedizin verfügt über 178 Hochschullehrerstellen; das ist etwa ein Viertel aller Hochschullehrerstellen der Universität. Davon sind 83 Professuren H 4 und H 3, acht Dozenturen und die übrigen Professuren H 2. 2260 weitere Planstellen stehen direkt für Forschung, Krankenversorgung und Lehre zur Verfügung, und zwar 1820 in Kliniken und Röntgenabteilungen und 440 in Instituten der theoretischen Medizin. Dabei ist zu vermerken, daß in Instituten auch erhebliche Aufgaben indirekter Krankenversorgung anstehen, etwa in Klinischer Chemie, Immunologie (Blutbank), Mikrobiologie, Pathologie, Arbeits- und Rechtsmedizin. Von den 2260 Stellen sind 65 für Akademische Räte, 350 für Wissenschaftliche Angestellte und 890 für Schwestern und Pfleger. In Verwaltung und Versorgung (Apotheke, Küche, Waschanstalt, Werkstätten, Fahrbereitschaft etc.) sind 525 Bedienstete des Klinikums tätig, und zwar 35 Beamte, 70 Angestellte und 420 Arbeiter. $178 + 2260 + 525 + 22$ Stellen für Auszubildende = 2985 Planstellen im Bereich Humanmedizin und Klinikum! Dazu kommen 80 Ersatzdienstleistende und eine Anzahl von wissenschaftlichen Hilfskräften, Tutoren, Medizinalassistenten und Praktikanten verschiedener nichtärztlicher Heilberufe, aus Vertretungsmitteln vorübergehend etwa für Urlaubsvertretungen oder Sonderwachen eingestellte Personen. Somit haben etwa 4000 Personen ihre wirtschaftliche Existenz im Klinikum!

REDAKTION: Was leisten diese 4000?

RINGLEB: Sie unterrichten 1300 Studenten, 1000 Mediziner und 300 Zahnmediziner, die bei einer Aufnahmequote von jährlich 300 Studienanfängern in drei Jahren auf 1750 angewachsen sein werden, und 750 Schüler der Gesamtschule für nichtärztliche Heilberufe.

Sie betreuen stationäre Kranke in 1665 Betten, die 1974 zu 74% belegt waren. Dazu haben uns 1974 115 000 Patienten poliklinisch aufgesucht, die insgesamt 310 000 Beratungen und Bekandlungen erfahren haben.

Unsere 4000 Beschäftigten erwirtschaften nach dem Haushaltsplan 1975 99,6 Millionen DM. Allerdings ist ein Landeszuschuß von 62,6 Millionen DM notwendig, da die Ausgaben des Klinikums sich auf über 160 Millionen DM belaufen. Mehr als das Klinikum erwirtschaftet, nämlich 105 Millionen DM, entstehen für Personalausgaben, 57,2 Millionen DM für Sachausgaben. Von letzteren lauten große und interessante Einzelposten in Millionen DM: Gebäudebewirtschaftung (Heizung, Licht etc.) 13,4; Gebäudeunterhaltung (Dachdecker, Maler etc.) 2,4; Umbauten 0,18; Arzneimittel 11,7; Lebensmittel 4,6; Großgeräte im Einzelwert über Zweitausend DM 2,8; Röntgenfilme und Nuklide 2,7; Laborbedarf für die Krankenversorgung 2,2; Lehre und Forschung 1,7.

REDAKTION: Fast 3000 Planstellen, 4000 wirtschaftliche Existenzen im Klinikum, 160 Millionen DM Haushaltsvolumen, davon zwei Fünftel als Landeszuschuß — das sind imponierende Zahlen. Stellen sie auch das Klinikum zufrieden?

RINGLEB: Das können sie leider nicht, auch wenn man die inzwischen eingetretene Verknappung der Finanzen der öffentlichen Hand und die allgemein diskutierte explosionsartige Steigerung der Krankenhauskosten bedenkt. Lassen Sie mich nur wenige Beispiele von den vielen Fakten, die mich bedrücken, anführen:

Gerechnet nach den Lehraufgaben und den Lehrdeputaten des einzelnen Hochschullehrers müßten etwa 250 Hochschullehrerstellen im Bereich vorhanden sein. Davon haben wir aber nur etwa 70 %. Das bedeutet, daß die meines Erachtens vollgerechtfertigte Forderung der Approbationsordnung für Ärzte nach Kleingruppenunterricht in allen Kursen und Praktika nicht erfüllbar ist. Wir sind derzeit gezwungen zu überlegen, ob wir nicht die Kurse in zahlreichen Fächern wieder in der Form der früher üblichen großen klinischen Vorlesung gestalten müssen. 250 Hochschullehrer, das ist keineswegs eine Milchmädchenrechnung — andere Medizinische Fachbereiche Hessens sind wesentlich besser gestellt. So hat etwa ein Hochschullehrer unserer Nachbarfakultät in Marburg 23 % weniger Lehraufgaben!

Nur 47 % unserer Hochschullehrerstellen sind in den als befriedigend dotiert geltenden Besoldungsgruppen ausgewiesen. 53 % unserer Hochschullehrer erhalten die Besoldung von Oberräten, einen Dienstgrad, den jeder nichtpromovierte beamtete Akademiker binnen kurzer Zeit ganz selbstverständlich erreicht, ohne die besondere Qualifikation aufzuweisen, die das Universitätsgesetz von Medizinprofessoren verlangt: Facharzt mit hervorragenden wissenschaftlichen Leistungen.

Acht Stellen für Dozenten auf 170 Professoren sind entschieden zu wenig. Dozenturen als gehobene Stellen für den wissenschaftlichen Nachwuchs und Professuren müßten etwa ein Verhältnis von 1 : 5 aufweisen.

REDAKTION: Was sind die Gründe, die Sie veranlassen, im Senat immer wieder für Hausberufungen von Professoren im Bereich Humanmedizin zu plädieren?

RINGLEB: Ich plädiere lediglich dafür, sehr häufig die Besetzung von Professuren H 2 des Bereichs Humanmedizin in Gießen durch Hausberufungen vorzunehmen. Ansonsten halte ich die Regelungen des Universitätsgesetzes und die dementsprechenden Bestrebungen des Kultusministers, Hausberufungen nur ausnahmsweise zuzulassen, für vollkommen richtig. Professoren H 2 der Medizin unterscheiden sich von Professoren H 2 außermedizinischer Fächer nämlich wesentlich dadurch, daß sie in der Krankenversorgung einer Professur H 4/3 nachgeordnet tätig sind. In der Medizin ist zur Erreichung einer Professur auch in Gießen noch die Habilitation die Regel. Ein Universitätsmediziner, der sich der Habilitation nähert, ist zu einem Spezialisten in einem Teilgebiet seines Faches geworden, das in der betreffenden Klinik unbedingt vertreten sein muß, wenn diese eine breite Zuständigkeit für ihr Fach haben soll. Wenn nun ein Professor H 2 von auswärts, der nicht besser qualifiziert ist, als ein Gießener Mitbewerber, diese Position einnimmt, kommt es zu drei mißlichen Ergebnissen: Dem nachgeordneten Professor wird es erst nach langer Zeit gelingen, sich in der Klinik einzuarbeiten; der Bereich wird ihm größere Mittel zur Verfügung stellen müssen, da er wissenschaftlich nur selten genau in die Fußstapfen des Kollegen eintreten kann, der ihm seine Gießener Position vorbereitet hat; der Gießener Habilitierte wird gezwungen sein, die Hochschullehrerlaufbahn zumeist binnen kurzem aufzugeben, da anderenorts derartige Professuren eines Faches mit Schwerpunkt auf einem bestimmten Spezialgebiet normalerweise in loco vergeben werden. Habilitierte außerhessischer medizinischer Fachbereiche können damit rechnen, im Lauf weniger Jahre Professor H 3 in loco geworden zu sein. In Hessen müssen sie sich, nachdem sie die Vorarbeit zur Einrichtung eines Spezialgebietes geleistet haben, und wenn dafür eine Professur H 2 zur Verfügung gestellt werden kann, um diese bewerben. Allerdings: Ist ein auswärtiger Bewerber dann qualifizierter als der Gießener, würde ich selbstverständlich alles daransetzen, daß es nicht zu einer Hausberufung kommt.

REDAKTION: Da wir gerade bei Berufungsangelegenheiten sind: Hat das Hessische Universitätsgesetz von 1970 die Berufungschancen der Bereiche Humanmedizin in Hessen verschlechtert?

RINGLEB: Bisher hatte ich dafür keinen Anhalt, und zwar weil bezüglich der Professuren H 4 und der meisten Professuren H 3 in der Medizin gilt, daß ihre Inhaber zu Abteilungsleitern werden, damit eine Position bekleiden, die aus dem Universitätsgesetz nicht ersichtlich ist, sondern nur aus dem Hessischen Krankenhausgesetz, nämlich die Position des leitenden Arztes mit aller ärztlichen Verantwortung, aber auch allen Leitungsrechten in ihrem fachlich umschriebenen Sektor. Daß mit derartigen Positionen nicht mehr die Verwaltungsaufgabe der Leitung einer großen Klinik zeit lebens verbunden ist, haben mir in ihren Berufungsgesprächen schon mehrfach auf Professuren H 4 oder H 3 berufene Kollegen als Vorzug des Hessischen Universitätsgesetzes zum Ausdruck gebracht.

Aber ich glaube, wir haben jetzt genug über Angelegenheiten der Hochschullehrer der Medizin gesprochen!

REDAKTION: Wie steht es denn mit den Ärzten, die nicht Hochschullehrer sind, und besonders dem nicht-akademischen Personal. Kann der Landeshaushalt da zufriedenstellen?

RINGLEB: Leider auch nicht. Für die Zuteilung von akademischem wie nichtakademischem Personal an seine drei Universitätsklinika hat das Land Hessen einen Personalschlüssel amtlich verkündet, der auf Studentenzahlen und Zahlen der stationär und poliklinisch behandelten Kranken beruht. Die uns danach zustehenden Stellen haben wir längst nicht. So fehlen dem Klinikum der JLU 91 Stellen für Schwestern oder Pfleger. Von Gleichbehandlung seiner Universitätsklinika durch das Land Hessen kann auch hier nicht die Rede sein. Eine Gießener Schwester muß, gemessen an der Zahl der belegten Betten, 16% mehr arbeiten als eine Marburger Schwester. Die personellen Schwierigkeiten im Pflegebereich sind besonders deutlich, stellenweise geradezu grotesk geworden, nachdem die 40-Stunden-Woche für den gesamten öffentlichen Dienst eingeführt worden ist. Für unsere Pflegekräfte ist sie größtenteils Theorie; sie müssen angeordnete Überstunden machen. Die 40-Stunden-Woche bringt für jedes Krankenhaus, nicht nur unserem Klinikum, auf dem pflegerischen und ärztlichen Sektor große Schwierigkeiten. Bedenken Sie: Die Woche hat 168 Stunden; man müßte also mehr als vier Pflegekräfte und mehr als vier Ärzte in der Woche an jeden Patienten herankommen lassen. Das ist schwer vorstellbar und muß durch spezielle Organisationsformen wettgemacht werden, die jedoch ganz bestimmte Bettenzahlen auf den Stationen verlangen, um zu einer optimalen Auslastung — da 70% der Krankenhauskosten Personalkosten sind, muß man in solchen Kategorien denken! — von Ärzten, Schwestern und Pflegern zu gelangen. Unsere Kliniken, die zum großen Teil noch von Großherzog Ludwig gebaut worden sind, lassen solche modernen Organisationsformen kaum zu.

REDAKTION: Das reizt zu einer Reihe von Zwischenfragen. Die erste: Haben Sie den Eindruck, daß das Land Hessen wenigstens bemüht ist, dem Klinikum Gießen Personalstellen entsprechend seinen eigenen Personalschlüsseln zuzuteilen?

RINGLEB: Ich habe den Eindruck, daß der Kultusminister das durchaus möchte, daß er jedoch am Widerstand des Finanzministers scheitert, der wiederum vor leerer Kasse steht. Neuerdings sind Verordnungen ergangen, die gerade das Gegenteil dessen bewirken, was wir erhoffen müssen. Zunächst sollten 25% der am 1. April dieses Jahres freien Stellen nicht mehr besetzt werden; dann sollte jede freiwerdende Stelle drei Monate unbesetzt bleiben; dann kam ein unbeschränkter Einstellungsstopp. Was das für das Klinikum bedeutet, mögen folgende Zahlen erhellen: 1974 haben 33% unserer wissenschaftlichen Mitarbeiter und 32% unserer medizinisch-technischen Bediensteten, 21% unserer Pfleger und Schwestern und 22% unserer klinischen Schreibkräfte gekündigt. Bei einer Einstellungssperre von nur wenigen Monaten wäre das Klinikum gezwungen, in allen seinen Funktionsbereichen seine Leistungen einzuschränken, und zwar sowohl bezüglich der zur Verfügung gestellten Krankenbetten, als auch der Zahl der Patienten, die poliklinisch untersucht und behandelt werden können, als auch der Qualität und Quantität des akademischen Unterrichts wie des Unterrichts für zukünftige Angehörige nichtärztlicher Heilberufe.

REDAKTION: Ist eine Minderung der Bettenzahl des Klinikums denn für die Bevölkerung Gießens und seiner Umgebung zumutbar?

RINGLEB: Ich müßte lügen, wenn ich diese Frage mit dem erwarteten Nein beantwortete. Ich berichtete bereits, daß die Planbetten des Klinikums 1974 zu 74% ausgelastet waren. Für einen wirtschaftlich vertretbaren Betrieb eines Krankenhauses muß man mit 85% mittlerer Bettenbelegung rechnen. Erst seit ganz wenigen Jahren hat das Land Hessen die gesetzliche Möglichkeit, den Krankenhausbau zu steuern. Dadurch sind gerade im Raum Weilburg—Dillenburg—Wetzlar—Gießen zu viele Krankenhausbetten für Akutkranke entstanden. So gesehen wäre es möglich, das Gießener Klinikum wesentlich zu verkleinern. Jedoch könnte es dann den Anforderungen, die Lehre und Forschung stellen, nicht mehr sachgerecht nachkommen.

REDAKTION: Man hört manchmal, das Gießener Klinikum sei besonders teuer, und müsse schon deswegen verkleinert werden. Stimmt das?

RINGLEB: Das stimmt nicht. Das Benutzerentgelt des Klinikums Gießen rangiert sowohl in Hessen, als auch bei Betrachtung aller bundesdeutschen Universitätsklinikum auf einem mittleren Platz. Es beträgt derzeit 250 DM

pro Patient und Pfllegetag. Es wird nach der Bundespflegesatzverordnung berechnet, wobei diejenigen Beträge, die allein Forschung und Lehre dienen, bei den laufenden Kosten des Klinikums nicht in Ansatz gebracht, und von dem Restbetrag noch 20% abgezogen werden. Forschung, Krankenversorgung und Lehre sind aber nicht genau auseinander zu dividieren, auch kaum für die Buchhaltung. Die Bundespflegesatzverordnung schreibt einige Merkwürdigkeiten vor, die die Benutzerentgelte von Universitätsklinikum automatisch über denen allgemeiner Krankenhäuser liegen lassen. So gilt ein großer Teil der Unkosten für die Ausbildung von Angehörigen nichtärztlicher Heilberufe als laufende Krankenhauskosten, die in das Benutzerentgelt eingehen, ebenso die Unkosten der Ambulanz. Für jeden unserer 115 000 poliklinischen Patienten des Jahres 1974 mußten wir etwa 60 DM zulegen, die über das Benutzerentgelt wieder hereingeholt werden. Polikliniken dergleichen Umfangs haben allgemeine Krankenhäuser bekanntlich nicht. Die Reichsversicherungsordnung läßt an ihnen nur Ambulanzen zu, die die Chefarzte persönlich versehen. Die Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Entgeltung poliklinischer Fälle führt für uns das Kultusministerium. Daß wir für poliklinische Fälle nur einen Bruchteil unserer tatsächlichen Aufwendungen erlösen dürfen, hat wahrscheinlich politische Gründe, die den Universitätsbereich nicht direkt betreffen. Zur Aufrechterhaltung unserer Funktionen in Forschung und Lehre bedürften wir übrigens etwa ein Drittel unserer poliklinischen Fälle!

REDAKTION: Die laufenden Kosten des Klinikums kommen demnach durch das Benutzerentgelt größtenteils wieder herein. Wie ist es nun mit den Investitionsmitteln, wie mit Neubauten von Kliniken?

RINGLEB: Diese Fragen bringen uns unseren wunden Stellen näher. Ich will wiederum nur einige Beispiele erläutern:

Das Klinikum besitzt Großgeräte im Anschaffungswert von mindestens 45 Millionen DM. Man rechnet, daß medizinische Apparaturen eine mittlere Lebensdauer von acht Jahren haben. 12,5% von mindestens 45 Millionen DM = 5,6 Millionen DM sollten demnach allein für die Ersatzbeschaffung von Großgeräten zur Verfügung stehen. Der entsprechende Haushaltsartikel weist aber nur 2,8 Millionen DM auf, und zwar für Ersatzbeschaffung und für Neubeschaffung im Sinne der Beschaffung apparativer Grundlagen des medizinischen Fortschritts. Die Folge ist, daß unser Gerätebestand in weiten Bereichen erheblich überaltert ist, und wir überaltertes Gerät mit betriebswirtschaftlich im Grunde unverantwortbar eingesetzten Beträgen immer wieder reparieren müssen. Wie wenig 2,8 Millionen DM für die Beschaffung von Großgeräten für ein großes Klinikum bedeuten, können Sie ermessen, wenn Sie erfahren, daß wir allein für die Ersatzbeschaffung eines

zehn Jahre alten Gammatrons unserer Röntgen-Klinik weit mehr als eine Million DM aufbringen müssen.

REDAKTION: Als Laie glaubt man, das Universitätsklinikum würde auch in der technischen Ausstattung an der Spitze marschieren. Ist das nicht der Fall?

RINGLEB: Meine Antwort darauf muß vielschichtig sein. Die Ausrüstung einer Reihe unserer Kliniken, etwa der neuen Kinderklinik, ist vorzüglich; das bekannte etatistische Problem: Wer einen Neubau bekommt, bekommt diesen auch neu eingerichtet. Eine ganze Reihe unserer älteren Kliniken hatten jedoch Mühe, mit den fachentsprechenden Abteilungen neuerer Krankenhäuser in unserer Umgebung bezüglich ihrer apparativen Einrichtung mitzuhalten. Auf jeden Fall hatten die kommunalen Körperschaften in der Gießener Region in den letzten Jahren die Möglichkeit, gegenüber den von ihnen betreuten Krankenanstalten großzügiger zu sein als der Hessische Landtag gegenüber den Universitätsklinika.

REDAKTION: Halten Sie weitere Neubauten im Klinikum für dringend, für so dringend, daß sie auch in Zeiten der Rezession durchgeführt werden müßten?

RINGLEB: Da kann ich ganz klar antworten: Ja!

Es ist zwar sicher nicht so, daß für das Klinikum Gießen in den letzten Jahren keine Neubauten erstellt worden wären. Denken Sie an unsere neue Anatomie oder Physiologie, an das Mehrzweckgebäude in der Schubertstraße für Pharmakologie, Mikrobiologie und Virologie gemeinsam mit den entsprechenden Veterinärmedizinischen Instituten, denken Sie an unsere Zentralküche, die Zentralwaschanstalt oder die Zentralwerkstätten, an unsere Kinderklinik oder Zahnklinik, an die erhebliche bauliche Erweiterung unserer Orthopädie, an den Um- und Erweiterungsbau von Frauenklinik und Röntgenklinik. Im Frühjahr 1975 hat das Land Hessen, im wesentlichen Dank des Drängens meines Vorgängers im Amt, Herrn Professor Staudinger, eine Krankenhausplanungsfirma beauftragt, bis zum Oktober 1975 einen baulichen und organisatorischen Entwicklungsplan für das Klinikum Gießen vorzulegen. Die ersten Feststellungen der Firma sind: Nur die eben genannten Gebäude und die Medizinische Poliklinik sowie der Operationstrakt der Chirurgie sind auf Dauer oder wenigstens mittelfristig erhaltenswert; alles andere müßte kurzfristig ersetzt werden! Von der Nervenklinik an der Schubertstraße bis zur Augenklinik an der Friedrichstraße stehen durchgehend Altbauten, die eine zeitgemäße Krankenbehandlung, eine moderne klinische Forschung und einen klinischen Unterricht, der diese Bezeichnung verdient, nicht mehr gestatten! Wenn Sie einmal mit wachem

Auge besonders durch unsere Nervenklinik oder die Medizinische Klinik gegangen sind, werden Sie diesen Eindruck auch bekommen haben.

REDAKTION: Wie ist denn in dieser Hinsicht Gießen im Vergleich zu den benachbarten hessischen Universitäten Frankfurt und Marburg gestellt?

RINGLEB: Gießen steht im Vergleich zu den beiden anderen hessischen Klinika deutlich schlechter da. Frankfurt hat seinen sog. Zentralbau bezogen, ein Hochhaus mitten im Klinikum, das einen ganz wesentlichen Teil der bis dahin vegetierenden klinischen Einrichtungen aufgenommen hat. In Marburg entsteht auf den Lahnbergen der Rohbau einer 650-Betten-Klinik für Innere Medizin, Chirurgie und Radiologie.

REDAKTION: Wer oder was trägt die Schuld an dieser Benachteiligung Gießens?

RINGLEB: Politischer Wille! Unsere alte Medizinische Fakultät hat schon in den 50er Jahren der Landesregierung einen Ausbauplan für das Gießener Klinikum vorgelegt, und es ist alles Erdenkliche unternommen worden, um dessen Realisierung zu bewirken. Einer hat sich in dieser Beziehung besondere Verdienste um uns alle erworben: Der im Vorjahr auf so tragische Weise ums Leben gekommene Friedrich Erbslöh als langjähriger Vorsitzender der Baukommission der früheren Fakultät.

REDAKTION: Bevor wir das Thema Personalstellen, Haushaltstitel und bauliche Misere verlassen: Möchten Sie dazu noch etwas Wichtiges ergänzen?

RINGLEB: Ich halte es für notwendig, darauf hinzuweisen, daß in 50 oder 60 Jahre alten Gebäuden die Krankenbehandlung nicht so organisiert werden kann, daß sie ein Minimum an personellen Kosten verursacht.

Ich halte es auch für dringend, darauf hinzuweisen, daß unser Haushaltstitel für Lehre und Forschung von 1,7 Millionen DM seit mehr als fünf Jahren trotz erheblicher Zunahme der Studierenden nicht mehr erhöht worden ist. Er reicht eben noch zur Ausstattung der studentischen Kurse, wenn keine besonderen Ansprüche an die Modernität der Lehrmittel gestellt werden, für die Ergänzung des Bestandes unserer Bibliotheken auf minimalem und für den laufenden Betrieb der theoretischen Institute auf kärglichem Niveau. Für Forschungsarbeiten seiner Mitglieder kann der Bereich praktisch nichts mehr erübrigen!

Unsere bauliche Misere darf ich noch an zwei Zahlen illustrieren: Wir haben 58 000 qm Hauptnutzfläche. Die Planungsfirma, die die bauliche Entwicklung unseres Klinikums vorplant, ist der Ansicht, wir bräuchten bei etwas reduzierter Patienten- und gleichbleibender Studentenzahl 90 000 qm. Die

Differenz geht nicht nur zu Lasten einer zeitgemäßen Unterbringung von Patienten, zeitgemäßer Lehre und moderner Forschung, sondern auch, und dies nicht zuletzt, zu Lasten zeitgemäßer Arbeitsbedingungen des Personals. Trotz aller personellen, finanziellen und baulichen Mängel funktioniert das Klinikum nämlich doch noch, und zwar in erster Linie wegen der großen Kooperationswilligkeit der darin Beschäftigten, besonders der Schwestern und Pfleger!

Eine Sondergruppe möchte ich schließlich noch hervorheben: Unsere Ersatzdienstleistenden. Diese jungen Männer, schlecht untergebracht und schlecht bezahlt, leisten tagaus tagein für das Klinikum wertvolle Arbeit, die besonderes Mitgefühl für den Mitmenschen erfordert und Reibungspunkte der Organisation ausgleicht.

REDAKTION: Nun zu einem anderen Gebiet: Hat der Bereich Humanmedizin eigene Forschungsschwerpunkte?

RINGLEB: Im Bereich Humanmedizin arbeiten zwei Sonderforschungsbereiche der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der SFB Virologie und der SFB Vergleichende Forschung in der Nervenheilkunde und Psychosomatik. Es laufen zwei weitere Anträge auf Einrichtung von Sonderforschungsbereichen, nämlich für Schock und für Geriatrie. Letzterer scheint so gut wie abgelehnt zu sein, was ich persönlich sehr bedauere, denn er hätte die Möglichkeit eröffnet, daß zahlreiche Fächer des Bereichs einen Teil ihrer Forschungsaktivitäten an einer ähnlichen Fragestellung orientiert hätten. Auf diese Weise hätte sich vielleicht die Mehrzahl der medizinischen Hochschullehrer Gießens an einem Großobjekt der Forschung beteiligen können. Dies wäre geradezu ideal gewesen! Denn an sich ist ein Bereich Humanmedizin die Summe aus mehreren Dutzend größerer Fachgebiete und vermag Forschungsschwerpunkte schlecht von seinen zentralen Gremien aus einzuleiten.

Natürlich gibt es einige zufällige, nicht von den Gremien des Bereichs sehr beeinflusste Schwerpunkte der Forschung, in denen sich jeweils viele Mitglieder des Bereichs betätigen. Bitte, erlassen Sie es mir, Beispiele anzuführen. Die Nichtangeführten wären mit Recht betroffen.

REDAKTION: Zum Numerus clausus in der Medizin: Sehen Sie eine Gefahr, daß die ethische Verantwortung, die als notwendiger Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit gilt, als Auswahlkriterium an Bedeutung verliert?

RINGLEB: Ihre Frage gilt wohl dem Zusammenhang zwischen ärztlicher Haltung einerseits, ärztlichem Wissen und Abiturnoten andererseits. Nach den Feststellungen, die das Institut für medizinische Prüfungsfragen in Mainz gemacht hat, korrelieren die Noten der schriftlichen ärztlichen Exa-

mina mit den Abiturnoten. Die schriftlichen Examina prüfen aber nur ärztliches Wissen. Wir haben also, wenn nur noch recht gute Abiturienten zum Studium der Medizin kommen, die Chance, daß zukünftige Ärzte über mehr ärztliches Wissen verfügen. Daß diese mehrwissenden Ärzte auch eine bessere ärztliche Haltung haben, läßt sich nicht ohne weiteres folgern. Nun kann man aus gutem und schlechtem ärztlichen Wissen und guter und fehlender ärztlicher Haltung vier Kombinationen bilden. Gutes Wissen und gute Haltung, das ist das, was jeder Kranke sich wünscht. Schlechtes Wissen und die Möglichkeit, in den Augen des Patienten dennoch als vertrauenswürdiger Arzt zu erscheinen, ist das, was gefährlich ist. Wenn der Numerus clausus den ärztlichen Wissensstandard der Zukunft verbessert, sollte dies für die Gesellschaft nützlich sein. Wer anderes predigt, müßte erst beweisen, daß bessere Abiturienten dazu neigen, später eine schlechtere ärztliche Haltung zu haben, was ich für gänzlich unbewiesen halte. Ich möchte noch hinzufügen, daß der Wissensstoff, den Medizinstudenten heutzutage aufnehmen müssen, wesentlich größer ist als der, der ihren Vätern zugemutet wurde. Es kann kein großer Nachteil für die medizinischen Fachbereiche sein, wenn durch das Auswahlssystem nach Abiturnoten der Prozentsatz derjenigen Studierenden ansteigt, die diesen Wissensstoff wahrscheinlich besser bewältigen können.

REDAKTION: Sie haben vor zwei Jahren für das Amt des Dekans des Bereichs Humanmedizin kandidiert, das Sie vier Jahre lang auszufüllen haben. Wie groß sind die Ansprüche, die das Amt an Sie stellt? Fühlen Sie sich durch die Aufgaben Ihres Amtes gefordert? Oder gar überfordert?

RINGLEB: Noch fühle ich mich gefordert, nicht überfordert. Ich möchte den sehen, der sich durch das Amt eines Dekans eines Bereichs Humanmedizin und Klinikums nach dem Hessischen Universitätsgesetz nicht gefordert im Sinne von höchst beansprucht sieht. Das Amt ist formal die einzige Klammer zwischen dem Bereich Humanmedizin als Fachbereich der JLU und dem Klinikum der JLU als Stätte der Krankenversorgung, in der die meisten Mitglieder des Bereichs tätig sind. Verantwortliches Organ des Bereichs Humanmedizin ist der Fachbereichsrat, des Klinikums der Vorstand des Klinikums. Der Dekan ist Vorsitzender von beiden. Selbst für den Haushaltsexperten sind Krankenversorgung, klinische Forschung und klinische Lehre nicht exakt auseinander zu dividieren. Im allgemeinen stellen die Aufgaben, die sich in Bereich Humanmedizin und Klinikum ergeben, nicht rein solche von Lehre und Forschung und damit des Fachbereichsrates oder rein solche der Krankenversorgung und damit des Vorstandes des Klinikums dar. Vielmehr sind die meisten Probleme übergreifend und erfordern Beschlüsse des hochschulpolitischen Gremiums (Fachbereichsrat) und Entschlüsse des Krankenhausführungsorgans (Vorstand des Klinikums). Daß

dieses organisatorische Modell mit seinen Tücken in Gießen bislang funktioniert hat, ist der Vernunft der in Fachbereichsrat und Vorstand des Klinikums Mitwirkenden zu verdanken.

Ich war unter meinem Amtsvorgänger als Prodekan Vorsitzender des Lehr- und Studienausschusses. Das hat mir Freude gemacht, und ich glaube, ich konnte in dieser Funktion auch einiges leisten. Jetzt bin ich durch die Kleinarbeit in meiner Funktion als Vorsitzender des Vorstands des Klinikums viel zu sehr zeitlich beansprucht, als daß ich mich etwa um Lehr- und Studienangelegenheiten noch so kümmern könnte, wie ich es möchte. Diese Freude muß ich einem meiner Prodekane, Herrn Prof. Oehmke, überlassen.

REDAKTION: Sind Sie also primär Chef der Verwaltung?

RINGLEB: Ich fühle mich nicht als Leiter der Verwaltung und als Chef von Küche und Fahrbereitschaft. Das ist Aufgabe des Verwaltungsdirektors. Die Verwaltung des Klinikums arbeitete früher neben den einzelnen Kliniken und Instituten her. Jetzt ist sie Teil des Klinikums und arbeitet auch nach Anweisungen des Vorstandes des Klinikums, was als wesentliche organisatorische Verbesserung gegenüber dem Zustand vor 1970 anzusehen ist.

Als Vorsitzender des Vorstands des Klinikums bin ich etwa das, was in üblicherer Ausdrucksweise Ärztlicher Direktor heißt. Das bedeutet nicht, daß ich den einzelnen Abteilungsleitern oder Ärzten Vorschriften in ihrem ärztlichen Handeln zu machen hätte, sondern daß ich mich um die Organisation des Krankenhausbetriebes wie die Koordination der Bedürfnisse von Krankenbehandlung und Verwaltung zu kümmern habe. Dieses Geschäft ist nicht immer erfreulich. Der Dekan eines Bereichs Humanmedizin ist als Vorsitzender des Vorstandes des Klinikums viel mehr Weisungen des Kultusministers unterworfen als jeder andere Dekan. Auf der anderen Seite reagieren die Mitglieder des Bereichs Humanmedizin natürlich so wie andere Universitätsmitglieder; sie möchten in ihrer Selbstverwaltung nicht beeinträchtigt werden. Das hat zur Folge, daß der Dekan von vielen Mitgliedern des Bereichs häufig als verlängerter Arm des Ministeriums angesehen wird, nicht, wie es mir eigentlich vorschwebt, als *primus inter pares*.

REDAKTION: Herr Professor Ringleb, wir danken Ihnen, daß Sie uns Ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben.