Wissenschaftsrat

Empfehlungen zu Aufgaben, Organisation und Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten

Verabschiedet am 9. Juli 1976

Herausgegeben vom Wissenschaftsrat, Marienburger Straße 8, 5000 Köln 51

Inhalt

	Seite
Vorbemerkung	11
Einleitung	13
1. Aufgaben der Hochschulen in der Ausbildung, der Weiterbildung und der Fortbildung	13
2. Ärztliche Tätigkeitsfelder	14
3. Bedeutung der Allgemeinmedizin	14
4. Ausbildung für nichtärztliche Berufe im Gesundheitswesen	15
5. Organisation von Forschung, Lehre und Krankenversorgung	15
6. Konsequenzen der Kostenentwicklung	16
7. Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten und Ärztebedarf	17
8. Medizinische Forschung und Ausbildung und allgemeine gesundheitspolitische Überlegungen	18
A. Ausbildung von Ärzten und nichtärztlichem Personal	19
I. Ausbildung der Ärzte bis zur Approbation	19
1. Ziel und Inhalt der medizinischen Ausbildung	20
a) Ausbildungsziel	21
b) Inhalt und Fortschreibung der Gegenstandskataloge	22
c) Verbindung von naturwissenschaftlich-theoretischen und klinischen Fächern	24
d) Entwicklung und Institutionalisierung neuer Stoffgebiete	24
e) Praxisbezug der Ausbildung	25
f) Vertiefungsfach	27
2. Durchführung der Lehre bis zum Abschluß des zweiten klinischen Ausbildungsabschnittes	28
a) Lehrveranstaltungen in kleinen Gruppen, Seminare, Vorlesungen	28

b) Einsatz audio-visueller Medien 30
c) Organisatorische Probleme; Studienkommission und Studienkoordinator 32
3. Famulatur 33
4. Ausbildung im dritten klinischen Studienabschnitt (Praktisches Jahr) 35
a) Ausbildungsorte 35
b) In die Ausbildung einzubeziehende Fächer 37
c) Durchführung der Ausbildung 37
d) Ausstattung der Lehrkrankenhäuser 40
e) Zusammenwirken zwischen Hochschulen und Lehrkrankenhäusern 41
f) Besondere Probleme der Studenten 42
5. Prüfungen 42
a) Prüfungsverfahren 43
b) Erarbeitung und Auswahl der Prüfungsfragen 44
c) Bewertung der Prüfungsergebnisse 45
d) Abstimmung von Lehr- und Prüfungsstoff 45
e) Formen der Erfolgskontrolle bei den praktischen Übungen 46
6. Vorschlag für einen medizinischen Studienplan 46

II. Ärztliche Weiter- und Fortbildung 49
1. Facharztweiterbildung 50
a) Beteiligung der Hochschulen an der Facharztweiterbildung 50
b) Stellen- und Personalplanung für die Facharztweiterbildung 51
c) Facharztprüfungen 51
2. Ärztliche Fortbildung 52

III. Ausbildung nichtärztlichen Personals 52

B. Zulassung zum Medizinstudium 57

I. Derzeitige Situation 57

II. Regelungsansätze aufgrund des Hochschulrahmengesetzes 58

III. Elemente eines künftigen Zulassungsverfahrens 59
1. Abitur 60
2. Probestudienjahr 61

3. Praktische Tätigkeiten 62
4. Testverfahren 63
5. Interviews 66
6. Studienfachbezogene Prüfungen 66

IV. Stellungnahme des Wissenschaftsrates 67
1. Längerfristige Lösungen 67
2. Übergangsregelungen 68

C. Forschung in der Medizin 69

I. Träger der Forschung und Mittelaufwand 69

II. Forschungsziele 71

III. Strukturelle Verbesserungen der Forschungsbedingungen 72
1. Konzentration auf Forschung 72
2. Schwerpunktbildung und Verbundplanung 73
3. Zentrum für klinische Grundlagenforschung 74
4. Einzelne Einrichtungen zur Unterstützung der Forschung 75
a) Zentralregister 75
b) Dienstleistungseinrichtungen 76

IV. Verbesserung der personellen Bedingungen der Forschung 76
1. Aufbaustudium 76
2. Förderung der personellen Mobilität und des internationalen Austausches 78
3. Probleme des Personaleinsatzes 78

V. Transferprobleme und ethische Gesichtspunkte 80
1. Transferprobleme 80
2. Ethische Gesichtspunkte 81

D. Organisation und fachliche Gliederung des medizinischen Bereichs 83

I. Forschung, Lehre und Krankenversorgung als Organisationsziele 83
1. Der medizinische Bereich als Teil der Hochschule 83

2. Prinzipien der Organisation 85
a) Ärztliche Verantwortung 85
b) Kooperation und Koordination 86
c) Verbindung von vorklinischer, klinisch-theoretischer und klinischer Medizin 86
d) Funktionsgerechte Entscheidungsträger 87
3. Grundschema der Organisation des medizinischen Bereichs 87

II. Organisationseinheiten und Organe der unteren und mittleren Organisationsebene 88
1. Untere Organisationsebene: Abteilungen 88
2. Mittlere Organisationsebene: Zentren 89
a) Aufgaben der Zentren 89
b) Organe der Zentren 91
3. Zuordnung der einzelnen Einrichtungen zu den Zentren und Abteilungen 91
a) Bettenbereiche 91
b) Polikliniken 93
c) Einrichtungen der Intensivpflege 93
d) Einrichtungen der Nachsorge 95
e) Notaufnahme 96
f) Spezielle Dienstleistungseinrichtungen 96
g) Dezentral angesiedelte Arbeitsgruppen 97
h) Elektronische Datenverarbeitung 97

III. Leitungsorgane und Aufgaben auf der Ebene des Gesamtbereichs, Verwaltung und Haushalt 98
1. Organe für Entscheidungen in Angelegenheiten von Forschung und Lehre 98
2. Organe für Entscheidungen in Angelegenheiten der Krankenversorgung 99
a) Zweistufiges Modell der Leitungsstruktur 101
b) Einstufiges Modell der Leitungsstruktur 103
c) Sonderregelung bei Zuordnung zweier Klinika zu einer Hochschule 103
3. Regelungen des Zusammenwirkens 104
4. Verwaltung des medizinischen Bereichs 104
5. Haushalt 106

IV. Vorschläge für die Gliederung in Zentren und Abteilungen 108

E. Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen 125

I. Kritik am gegenwärtigen Organisationsmodell 125

II. Möglichkeiten der besseren Nutzung bestehender Einrichtungen 127

1. Stärkere Einbeziehung der Polikliniken 127

2. Einbeziehung von Einrichtungen außerhalb der Hochschulen 128

III. Ansätze für längerfristige Umstrukturierungen 129

F. Personalstruktur in der Medizin 133

I. Grundsätze für Regelungen zur Personalstruktur 133

1. Verbindung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung 133

2. Qualifikationsziele 134

3. Funktionsgliederung im Krankenhaus und ärztliche Verantwortung 134

II. Qualifikationsphasen 135

1. Erwerb und Nachweis der wissenschaftlichen Qualifikation 135

a) Promotion 135

b) Habilitation 136

c) Berufung 137

2. Ärztliche Qualifikation 137

III. Ausfüllung der Regelungen des Hochschulrahmengesetzes 137

1. Durchgangsstellen 139

a) Assistenzärzte 139

b) Oberärzte 142

2. Dauerstellen 143

a) Leitende Ärzte 143

b) Funktionsärzte 143

IV. Regelung der Lehrverpflichtung des wissenschaftlichen Personals 144

1. Berücksichtigung von Aufgaben in der Krankenversorgung 144

2. Handhabung der Lehrverpflichtung 145

3. Berücksichtigung der Doktorandenbetreuung 146

G. Ärztliche Nebentätigkeit 147

I. Grundsätze für eine Regelung der Nebentätigkeit 148

II. Vorschläge für künftige Regelungen 149

1. Gegenstand der Nebentätigkeit 149

2. Zur Nebentätigkeit berechtigter Personenkreis 151

3. Quantitative Begrenzung der Nebentätigkeit 151

4. Inanspruchnahme von Personal und Einrichtungen der Hochschule 152

a) Sachleistungen des Klinikums 152

b) Vorteilsausgleich 153

5. Verteilung der Einkünfte aus der Nebentätigkeit 153

a) Beteiligung der Mitarbeiter 154

b) Poolbildung 154

6. Auskunftspflicht und Inkasso 155

III. Übergangsregelungen 156

H. Weiterer Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten 157

I. Derzeitiger Ausbaustand 158

II. Patienten- und Personalbedarf 160

1. Aussagegehalt von Annahmen zum Patienten- und Personalbedarf 160

2. Patientenbedarf 162

a) Anzahl der für die Lehre erforderlichen Patienten 163

b) Bedarf an Betten und poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen 164

c) Ergebnisse der Berechnungen 165

3. Personalbedarf 167

a) Personalbedarf für die Krankenversorgung 168

b) Personalbedarf für die Lehre 169

c) Abstimmung des Personalbedarfs für Forschung, Lehre und Krankenversorgung 170

4. Die gegenwärtigen Verhältnisse an den Hochschulen 171

III. Überlegungen zum Ärztebedarf 173

1. Grenzen des Aussagewertes von Bedarfsprognosen 174

2. Voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs an Ärzten 175

a) Ersatzbedarf und Zusatzbedarf 175

b) Faktoren, die die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen beeinflussen 176

c) Neuere Untersuchungen zum Ärztebedarf 178

IV. Folgerungen für den weiteren Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten 179

I. Einzelne Fächer und Stoffgebiete 183

I. Grundlagen der Medizin 183

1. Physik, Chemie, Biologie 183

a) Ziele des naturwissenschaftlichen Unterrichts 183

b) Unterricht durch Naturwissenschaftler und durch Ärzte 183

c) Beschränkung und Aktualisierung des Lehrstoffes 184

2. Anatomie, Physiologie, Biochemie 185

3. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie 186

a) Medizinische Psychologie 186

b) Medizinische Soziologie 187

II. Chirurgie 188

1. Bedeutung der Chirurgie in der Ausbildung 188

2. Personalsituation in der Chirurgie 189

III. Psychologische Medizin 190

1. Struktur- und Kapazitätsmängel 190

2. Aufgaben der Hochschulen in der Versorgung psychisch Kranker 191

3. Fachliche Untergliederung der psychologischen Medizin 192

a) Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie 192

b) Spezialgebiete der Psychiatrie 193

c) Psychotherapie und Psychosomatik 194

4. Größe und Ausstattung der Einrichtungen der psychologischen Medizin 195

IV. Neurologie 196

V. Allgemeinmedizin 198

1. Ausbildungsziel 198

2. Stellung der Allgemeinmedizin im Studienplan 199

3. Institutionalisierung der Allgemeinmedizin 200

VI. Geriatrie und Rehabilitation 201

Anhang 1: Quantitative Darstellungen zur Hochschulmedizin und zum Gesundheitswesen 203

Anhang 2: Rechenmodell zur Ermittlung des Bedarfs an Betten und poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen 339

Verzeichnis der Texttabellen

1. Lehrveranstaltungen nach Studienabschnitten 48

2. Kurzübersicht zur fachlichen Gliederung 121

3. Schematische Darstellung der Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Personalstruktur der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten 138

4. Berücksichtigung der unterschiedlichen Beteiligung der Fächer an der Krankenversorgung bei Festsetzung der Lehrverpflichtung 145

5. Bedarf an Betten und poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen für Zwecke der Lehre 166

6. Betten sowie poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfälle je Studienanfänger und Jahr nach den Planungsvorschlägen des Wissenschaftsrates und nach den tatsächlichen Verhältnissen an den Hochschulkliniken im Jahre 1974 172

Mitglieder des Wissenschaftsrates im Jahre 1976 345

Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates im Jahre 1976 355

Veröffentlichungen des Wissenschaftsrates 356

Vorbemerkung

Der Wissenschaftsrat hat zuletzt 1968 in seinen Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten [1]) umfassender zu Problemen der medizinischen Forschung und Ausbildung Stellung genommen. Diese Empfehlungen wurden in der Zwischenzeit teilweise ergänzt und konkretisiert durch Berichte über Besuche verschiedener medizinischer Ausbildungsstätten (1971) [2]), Empfehlungen zum Ausbau der zahnmedizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten (1973) [3]), die Stellungnahme zur Finanzierung von Ausbaumaßnahmen an Lehrkrankenhäusern nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (1973) [4]), Empfehlungen zu Bauvorhaben der Medizin in den Rahmenplänen für den Hochschulbau [5]) sowie durch die Vorschläge für Modellversuche mit dreijährigen Studiengängen im Gesundheitswesen (1973) [6]).

Die vorliegenden Empfehlungen befassen sich erneut grundsätzlich mit Aufgaben, Organisation und Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten. Die besonderen Probleme der Zahnmedizin sind — von einigen Einzelfragen abgesehen — nicht Gegenstand dieser Empfehlungen.

Wie in fast allen Wissenschaftsgebieten haben sich in den vergangenen Jahren auch in der Medizin an den Hochschulen erhebliche Veränderungen ergeben. Zu ihnen gehören wissenschaftsimmanente Entwicklungen ebenso wie die beträchtliche Ausweitung des Personalbestandes, des Investitionsvolumens und der fortdauernden Ausgaben für die Hochschulkliniken und medizinischen Institute. Diese Entwicklungen sind zum Teil durch die früheren Empfehlungen des Wissenschaftsrates eingeleitet oder beeinflußt worden, zum Teil haben sie sich unabhängig davon ergeben. Sie machen es insgesamt notwendig

---

1) Wissenschaftsrat, Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, 1968, im folgenden Medizinempfehlungen von 1968.

2) Wissenschaftsrat, Bericht über die Hochschulbesuche im Sommersemester 1971, in Empfehlungen und Stellungnahmen 1972, S. 69 ff.

3) Wissenschaftsrat, Empfehlungen zum Ausbau der zahnmedizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, in Empfehlungen und Stellungnahmen 1973, S. 117 ff.

4) Wissenschaftsrat, Zweite Stellungnahme zur Finanzierung von Ausbaumaßnahmen an Lehrkrankenhäusern nach dem Hochschulbauförderungsgesetz, in Empfehlungen und Stellungnahmen 1973, S. 31 ff.

5) Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Bauvorhaben der Klinischen Medizin im ersten Rahmenplan, unveröffentlichte Drucksache 1979/71, vom 13. November 1971; Empfehlungen zu Bauvorhaben der Medizin im zweiten Rahmenplan nach dem Hochschulbauförderungsgesetz, in Empfehlungen und Stellungnahmen 1973, S. 13 ff.; Empfehlungen zum dritten Rahmenplan nach dem Hochschulbauförderungsgesetz, in Empfehlungen und Stellungnahmen 1973, S. 109; Erste bis Dritte Empfehlung zu Bauvorhaben der Medizin im vierten Rahmenplan nach dem Hochschulbauförderungsgesetz, in Empfehlungen und Stellungnahmen 1974, S. 153 ff.; Empfehlungen zum fünften Rahmenplan für den Hochschulbau, Bd. 1—4, 1975; Empfehlungen zum sechsten Rahmenplan für den Hochschulbau, 1976, Bd. 1, S. 114.

6) Wissenschaftsrat, Dreijährige Studiengänge im Gesundheitswesen, Vorschläge für Modellversuche, 1973.

zu prüfen, ob die den Medizinempfehlungen von 1968 zugrundeliegende Konzeption der gegenwärtigen Situation noch gerecht wird, welche spezifischen Schwierigkeiten in der Realisierung jener Empfehlungen sich ergeben haben und welche weiterführenden Überlegungen notwendig sind.

Die Situation zum Zeitpunkt der Verabschiedung der vorliegenden Empfehlungen ist gekennzeichnet durch

— die Ende 1970 erlassene Approbationsordnung für Ärzte [1]), deren schrittweise Einführung und inhaltliche Ausgestaltung noch nicht abgeschlossen ist;

— das Mitte der sechziger Jahre eingeleitete umfangreiche Sanierungs- und Neubauprogramm, im Zuge dessen etwa die Hälfte aller medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten nach weitgehend übereinstimmenden Grundvorstellungen erneuert wird;

— das im Januar 1976 in Kraft getretene Hochschulrahmengesetz [2]) mit seinen Bestimmungen für die Organisation und Verwaltung der Hochschulen, die künftige Personalstruktur und die künftige Ausgestaltung des Zulassungsverfahrens.

Hiermit sind für die Hochschulmedizin grundlegende Entwicklungen bezeichnet, die eingeleitet, aber noch nicht abgeschlossen sind und deren Durchführung im Einzelfall noch vielfältige Schwierigkeiten aufwirft. Ihre Ausgestaltung und kontinuierliche Fortführung mußte daher im Vordergrund der Überlegungen des Wissenschaftsrates stehen. Dies schließt freilich nicht aus, daß in den vorliegenden Empfehlungen auch in grundsätzlich bedeutsamen Fragen alternative Konzepte entwickelt und Möglichkeiten von „Kurskorrekturen" aufgezeigt werden. Wo die Empfehlungen den Rahmen der bestehenden Strukturen verlassen — vielleicht sogar über gesetzliche Regelungen hinausgehen — geschieht das mit dem Ziel, einen Anstoß für weiterführende Diskussionen, gegebenenfalls für Novellierungsüberlegungen zu geben. Wie bei vielen Empfehlungen des Wissenschaftsrates versteht es sich von selbst, daß ein Teil der Empfehlungen (z. B. zur Organisation der Hochschulkliniken) nicht immer und überall kurzfristig verwirklicht, sondern nur schrittweise umgesetzt werden kann.

Die Empfehlungen wurden im Ausschuß Medizin des Wissenschaftsrates und in zwei Arbeitsgruppen vorbereitet. Bei ihrer Erarbeitung haben zahlreiche Sachverständige mitgewirkt, die dem Wissenschaftsrat nicht angehören. Der Wissenschaftsrat spricht ihnen für ihre Mitarbeit seinen besonderen Dank aus.

Nach Beratung in der Wissenschaftlichen Kommission und in der Verwaltungskommission wurden die Empfehlungen von der Vollversammlung des Wissenschaftsrates am 9. Juli 1976 verabschiedet.

---

[1]) Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970, BGBl I S. 1458, zuletzt geändert durch die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 21. Mai 1975, BGBl I S. 1257.

[2]) Hochschulrahmengesetz vom 26. Januar 1976, BGBl I S. 185.

Einleitung

Die medizinische Wissenschaft erschließt stets neue und verbesserte Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie. Die Ausschöpfung dieser Möglichkeiten erfordert einen immer komplizierter und aufwendiger arbeitenden Apparat. Dies bringt spezifische Probleme mit sich, deren Beherrschung Voraussetzung dafür ist, daß die in dieser Entwicklung angelegten Möglichkeiten auch wirklich zur Entfaltung kommen können und nicht in Gefährdungen umschlagen.

1. Aufgaben der Hochschulen in der Ausbildung, der Weiterbildung und der Fortbildung

Der gegenwärtig erreichte Stand der medizinischen Wissenschaft macht eine Spezialisierung des Arztes in bestimmten Teilbereichen unerläßlich. Gerade deshalb muß die Ausbildung zum Arzt das Gemeinsame der ärztlichen Tätigkeit betonen. Damit die Zusammenarbeit der Ärzte über die Grenzen der einzelnen Spezialdisziplinen hinweg bei der Behandlung der Kranken möglich bleibt, müssen die Voraussetzungen der Kommunikation geschaffen und die Bereitschaft zur Kooperation geweckt werden.

Der Wissenschaftsrat geht davon aus, daß die Vermittlung des erforderlichen Spezialwissens in erster Linie Aufgabe der Facharztweiterbildung ist. Die medizinische Ausbildung an der Hochschule muß demgegenüber die für jedes ärztliche Handeln notwendige Grundlage an Kenntnissen und Fertigkeiten schaffen und bewirken, daß der Arzt aus selbstkritischer Einsicht in die Grenzen der eigenen Kompetenz bereit ist, kollegialen Rat zu suchen und anzunehmen.

Die Ausbildungsaufgabe der Hochschulen kann sich gleichwohl nicht auf die Vermittlung dieser ärztlichen Grundlagenkenntnisse beschränken. Der rasche Fortschritt in der Medizin und seine Bedeutung für die allgemeine gesundheitspolitische Entwicklung weisen den Universitätskliniken vielmehr bedeutungsvolle Aufgaben auch in der Facharztweiterbildung und der ärztlichen Fortbildung zu. Wegen ihrer Verantwortung für die Forschung haben die medizinischen Fakultäten und Fachbereiche in besonderer Weise für die Systematisierung und die Weitergabe der neugewonnenen Erkenntnisse Sorge zu tragen. Dies verlangt eine systematische Erweiterung des Angebots an Fortbildungsveranstaltungen. Die Facharztweiterbildung und die ärztliche Fortbildung dürfen trotz des verschärften Numerus clausus nicht vernachlässigt werden, selbst wenn hierdurch Ausbildungskapazitäten gebunden werden, die sonst der studentischen Ausbildung zugute kämen.

2. Ärztliche Tätigkeitsfelder

Fortschritte in Diagnostik und Therapie zeigen sich besonders augenfällig in den Kliniken. Hier können die Voraussetzungen für eine arbeitsteilige Organisation und den Einsatz aufwendiger apparativer Einrichtungen am leichtesten geschaffen werden. Dies darf aber nicht dazu führen, daß Ziel und Inhalt der medizinischen Ausbildung und Forschung einseitig an den Möglichkeiten des Krankenhauses orientiert und die Berufserwartungen der künftigen Ärzte ausschließlich durch diese Möglichkeiten geprägt werden. Es ist vielmehr notwendig, in Ausbildung und Forschung auch die Möglichkeiten und Probleme der ambulanten Behandlung in angemessener Weise zu berücksichtigen. Gleiches gilt für den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Selbst im Hinblick auf die Ausbildung von Ärzten, die in Krankenhäusern tätig sein werden, fragt es sich im übrigen, ob die aus Gründen der Forschung gewünschte Patientenauswahl in den Universitätskliniken den Bedürfnissen der Lehre in vollem Umfang gerecht zu werden vermag. Sie führt nicht selten zu einer Auswahl von Patienten, die nur sehr begrenzt das allgemeine Morbiditätsspektrum der Bevölkerung repräsentiert, während sich die Lehre stärker mit dem „Durchschnittspatienten" auseinandersetzen müßte.

3. Bedeutung der Allgemeinmedizin

Die zunehmende Spezialisierung in der Medizin, die damit verbundene arbeitsteilige Organisation und die notwendige Schwerpunktbildung als Folge des wachsenden apparativen Aufwandes führen zunehmend zu Schwierigkeiten, die für den Patienten jeweils geeigneten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten aufzufinden. Aufgrund geänderter Erwartungen wird zudem ein immer höherer Leistungsaufwand der Medizin und der Einsatz von Spezialisten auch dort als selbstverständlich vorausgesetzt, wo er ärztlich im Grunde nicht geboten ist.

Von besonderer Bedeutung ist deshalb ein Arzt, der aufgrund seines Überblicks und seiner Erfahrung die primäre ärztliche Versorgung der Bevölkerung übernehmen kann. Hierzu gehören sowohl die allgemeine Betreuung der Patienten als auch die Aufgabe, als eine erste Anlaufstelle Orientierungs- und Steuerungsfunktionen im System der Gesundheitsversorgung wahrzunehmen. Hier liegt die wichtige Aufgabe eines Arztes für Allgemeinmedizin. Er muß aufgrund seiner Ausbildung in der Lage sein, zu entscheiden, wann und in welchem Umfange die Möglichkeiten der Allgemeinpraxis zur Diagnose und Therapie von Krankheiten ausreichen und wo die Möglichkeiten des Spezialisten oder die Einrichtungen stationärer Behandlung zum Einsatz kommen müssen. Er muß das Vertrauen der Patienten rechtfertigen, „Problemfälle" rechtzeitig zu erkennen und die gebotenen Maßnahmen ohne Verzögerung einzuleiten.

Der Wissenschaftsrat unterstreicht damit die Bedeutung der Allgemeinmedizin als ärztliches Tätigkeitsfeld sowie als notwendigen Aspekt der medizinischen Ausbildung. Um die für eine Tätigkeit als Allgemeinarzt erforderlichen Erfahrungen zu gewinnen, wird auch für ihn vielfach über das Studium hinaus eine Phase der Einübung in ärztliches Handeln unter kollegialer Anleitung und Kooperation notwendig sein.

4. Ausbildung für nichtärztliche Berufe im Gesundheitswesen

Die zunehmende Spezialisierung von Tätigkeiten in der Krankenversorgung bedingt die Notwendigkeit einer stärkeren Arbeitsteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichem Personal sowie eine engere Kooperation mit Naturwissenschaftlern. Die ärztliche Tätigkeit benötigt zunehmend Hilfsfunktionen und qualifizierte Zuarbeit. Es ist deshalb erforderlich, hierfür — auch durch die Hochschulen — geeignetes Personal auszubilden, die Weiterbildung dieses Personals zu verbessern und die Arbeitsabläufe im Krankenhaus ebenso wie in der ärztlichen Praxis unter diesem Aspekt funktionsgerecht zu organisieren. Die Reform herkömmlicher Ausbildungsgänge und ein verbessertes Weiterbildungsangebot für deren Absolventen erscheinen dem Wissenschaftsrat hierbei ebenso bedeutsam wie die Entwicklung neuer Ausbildungswege (z. B. Curricula für medizinische Physik).

5. Organisation von Forschung, Lehre und Krankenversorgung

Wie alle Einrichtungen der Hochschulen dienen auch die Universitätskliniken primär der Forschung und Lehre. Um der Erfüllung dieser Aufgaben willen betreiben sie Krankenversorgung, deren Umfang dadurch mitbestimmt wird, daß sie in der Regel auch die Funktion überregionaler Krankenhäuser der Maximalversorgung [1]) wahrzunehmen haben. Umfang und Ausstattung eines Universitätsklinikums sollen allerdings in erster Linie durch die hochschulspezifischen Aufgaben bestimmt sein. Aus dem Wechselspiel der damit bezeichneten Funktionen ergeben sich die besonderen Schwierigkeiten von Organisationsempfehlungen für die Hochschulmedizin.

Die Bedürfnisse der Krankenversorgung erfordern die Einbindung aller Organisationseinheiten eines Klinikums in ein eindeutiges Organisationsschema, das klare Zuständigkeiten und möglichst reibungslose, regelhaft geordnete Funktionsabläufe garantiert. Innovation in Forschung und Lehre entspringt jedoch häufig aus einer Durchbre-

---

1) Unter dem Begriff „Maximalversorgung" wird die Versorgung von Kranken verstanden, bei denen hochdifferenzierte Verfahren in Diagnostik und Therapie eingesetzt werden müssen. Ein Krankenhaus der Maximalversorgung muß mit den entsprechenden medizinisch-technischen Einrichtungen ausgestattet sein; alle Fachrichtungen mit ihren wichtigsten Teil- und Spezialgebieten sollten vertreten sein. Ein solches Krankenhaus nimmt gewöhnlich überlokale Versorgungsaufgaben für einen größeren Einzugsbereich wahr. Es verfügt in der Regel über mehr als 1 000 Betten.

chung dieser Betriebsabläufe und der Zusammenführung von Methoden und Erkenntnissen bestimmter Teildisziplinen, deren Verbindung bisher noch nicht gesehen worden war. Es besteht insoweit ein Spannungsfeld zwischen der auf gesicherte Erkenntnisse und eingeübte Praxis angewiesenen Krankenversorgung und der Erprobung stets neuer Kooperationsformen als einem wesentlichen Element der Forschung.

Die notwendige Einbeziehung der Krankenversorgung in die Aufgabenstellung der Universitätskliniken wirft zugleich die Frage auf, ob die Universitätskliniken hinsichtlich der Planungs- und Verwaltungsaufgaben und der darauf bezogenen Entscheidungszuständigkeiten im Bereich Hochschule/Kultusressort richtig angesiedelt sind oder ob sie nicht als Einrichtungen, die zugleich einen erheblichen Teil Krankenversorgung zu erfüllen haben, in viel stärkerem Maße einem auf das Gesundheitswesen insgesamt bezogenen Planungsverbund zugeordnet sein sollten.

Die Spezialisierung der ärztlichen Tätigkeit findet ihren Ausdruck in der Organisationsstruktur eines Universitätsklinikums. Die in den Medizinempfehlungen von 1968 empfohlene Auflösung der Großkliniken herkömmlicher Prägung und die Schaffung kleinerer Fachabteilungen für bestimmte Gebiete der ärztlichen Tätigkeit [1]) ist Folge der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Voraussetzung ihres weiteren Fortschreitens. Sie kann aber auch in eine übersteigerte Tendenz zur Spezialisierung umschlagen und die Gefahr einer zu starken Abschottung einzelner Teilgebiete gegeneinander begründen, die die notwendige übergreifende Bearbeitung des wissenschaftlichen Stoffes verhindert, das zum Wohl des Kranken erforderliche Zusammenwirken erschwert und eine wirtschaftliche Nutzung der vorhandenen Einrichtungen beeinträchtigt. Es kommt deshalb darauf an, Organisationsstrukturen zu entwickeln, die dieser Gefahr entgegenwirken können. Von besonderem Gewicht ist in diesem Zusammenhang die Förderung der Zusammenarbeit zwischen theoretischer, experimenteller und klinischer Medizin.

6. Konsequenzen der Kostenentwicklung

Als Großbetriebe mit einem beträchtlichen Etat benötigen Universitätskliniken eine auch betriebswirtschaftlich effiziente Organisations- und Verwaltungsstruktur. Sie stehen unter der immer nachdrücklicher erhobenen Forderung, Forschung, Lehre und Krankenversorgung möglichst kostengünstig und rationell zu organisieren.

Die Konsequenzen der gegenwärtigen Kostenentwicklung in der Medizin beschränken sich indessen nicht auf die Regelung der Betriebsabläufe. Sie reichen weit darüber hinaus und betreffen die Struktur des Hochschulklinikums insgesamt. So wird zu prüfen sein, ob Hoch-

[1]) Vgl. a. a. O., S. 33 ff.

schulklinika weiterhin nur als Großkrankenhäuser der Maximalversorgung organisiert sein müssen. Um derartige Überlegungen zur Grundlage der allgemeinen Planung machen zu können, bedürfen sie intensiver Diskussion. Eines der Anliegen der vorliegenden Empfehlungen ist es, den für die Entwicklung von Planungsalternativen notwendigen Prozeß der Meinungsbildung einzuleiten.

Die Kostenentwicklung hat eine ihrer Ursachen freilich auch in der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft selbst, die immer verfeinertere, damit häufig zugleich aufwendigere diagnostische und therapeutische Verfahren bereitstellt und zwangsläufig auch einen Anspruch der Patienten auf ihren vollen Einsatz begründet, dem durch Kostenerwägungen nur schwer begegnet werden kann. Auch nur entfernte Möglichkeiten, durch Einsatz zusätzlicher Mittel Krankheiten rechtzeitig zu erkennen und die Sicherheit des diagnostischen Urteils oder die Chance der Heilung von Krankheiten zu erhöhen, müssen ausgeschöpft werden. Dies gilt in gleicher Weise für die Aufgabe der Vorsorgeuntersuchungen und der Gesundheitsberatung. Negative Folgen des unterbliebenen Einsatzes bestimmter Mittel werden zunehmend nicht mehr als Schicksal hingenommen.

Die Forderung, die derzeitigen Möglichkeiten von Vorsorge, Diagnostik und Therapie voll auszuschöpfen, führt indessen zu eigenen Problemen. Sie liegen sowohl in der vielfach die Grenze der Zumutbarkeit erreichenden physischen und psychischen Belastung der Patienten. Sie stellen sich aber auch in der Frage, bis zu welcher Grenze die Gesellschaft bereit ist, die hierdurch bedingten Kosten zu tragen und damit in bestimmtem Umfang auf die Befriedigung anderer Bedürfnisse und Interessen zu verzichten. An der weiteren Klärung dieser Fragen mitzuwirken, ist auch Aufgabe der Hochschulen.

7. Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten und Ärztebedarf

Ferner stellt sich die Frage, welche Konsequenzen sich für die Universitäten und Medizinischen Hochschulen aus der gegenwärtig beträchtlichen Diskrepanz zwischen den für die medizinische Ausbildung zur Verfügung stehenden Studienplätzen und der Zahl der Bewerber um diese Studienplätze ergeben. Dies führt einerseits zu dem Problem, bis zu welchem Grade die Ausbildungskapazität unter dem Aspekt der gegenwärtigen „Notsituation" ausgelastet und zeitweilig überlastet werden kann (Nutzung der Hochschulkapazitäten).

Auf der anderen Seite stellt sich die Frage des weiteren Ausbaus der Ausbildungskapazitäten. Sie kann nicht allein aus hochschulpolitischen Erwägungen heraus entschieden werden, sondern muß auch Überlegungen zum Ärztebedarf einbeziehen. Die Schaffung zusätzlicher Studienplätze in der Medizin ist mit einem besonderen finanziellen Aufwand verbunden, so daß eine spürbare Entschärfung der allgemeinen

Numerus-clausus-Situation durch Investitionen im Bereich der Medizin kaum zu erwarten ist. Dieser Investitionsaufwand wäre aber gerechtfertigt, wenn festgestellt werden müßte, daß die derzeit vorhandene Ausbildungskapazität die Deckung des im Hinblick auf bestimmte gesundheitspolitische Zielsetzungen bestehenden Bedarfs an ärztlichem Personal nicht erlaubte.

8. Medizinische Forschung und Ausbildung und allgemeine gesundheitspolitische Überlegungen

Empfehlungen zu den inhaltlichen Zielen und zur Organisation von medizinischer Forschung und Lehre können sich im übrigen nicht ausschließlich an wissenschaftsimmanenten Anforderungen orientieren. Sie müssen vielmehr auch Anforderungen berücksichtigen, die aus gesundheitspolitischen Zielsetzungen heraus wissenschaftsextern vorgegeben sind, selbst wenn diese Zielsetzungen ihrerseits noch in der Diskussion sind. So haben etwa in letzter Zeit auch die Grenzen der Leistungsfähigkeit und der Leistungsbereitschaft der Gesellschaft für die Gesundheitsversorgung sowie die negativen Konsequenzen, bis hin zu spezifischen Gefahren, die aus den Fortschritten der Medizin erwachsen, Eingang in die gesundheitspolitische Diskussion gefunden. Die Fülle neuer Erkenntnisse und die rasche Abfolge, in der diese gewonnen werden, werfen z. B. die Frage auf, ob und unter welchen Bedingungen das System der Gesundheitsversorgung überhaupt in der Lage ist, diese aufzunehmen. Die medizinische Wissenschaft darf sich der Auseinandersetzung mit diesen, für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens insgesamt entscheidenden Fragen nicht entziehen. Sie kann allerdings bei der Bewältigung gesundheitspolitischer Probleme immer nur einen Teilbeitrag leisten. Aus diesem Grunde kann auch in den vorliegenden Empfehlungen die gegenwärtig geführte gesundheitspolitische Diskussion nur in einzelnen, für die Inhalte und die Organisation von medizinischer Lehre, Forschung und Krankenversorgung an den Hochschulen besonders bedeutungsvollen Aspekten aufgenommen werden.

A.

Ausbildung von Ärzten und nichtärztlichem Personal

Bei der Ausbildung von Ärzten ist zu unterscheiden zwischen der Ausbildung bis zur Approbation (Studium einschließlich des Praktischen Jahrs), der Weiterbildung zum Facharzt und der ärztlichen Fortbildung. Für die Ausbildung bis zur Approbation haben die beiden letztgenannten Phasen insofern Bedeutung, als die Aufgabenverteilung zwischen der ersten Ausbildungsphase und der Facharztweiterbildung die Bestimmung des Studienziels für das medizinische Studium an der Hochschule beeinflußt. Ferner kommt den von nichtärztlichem Personal wahrzunehmenden Funktionen im Gesundheitswesen zunehmend Bedeutung zu. Eine qualifizierte Ausbildung für diese Aufgaben ist ebenso notwendig wie die qualifizierte Ausbildung der Ärzte.

A. I. Ausbildung der Ärzte bis zur Approbation

Grundlage der medizinischen Ausbildung bis zur Approbation ist die Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970[1]), die die bis dahin geltende Bestallungsordnung für Ärzte[2]) abgelöst hat. Die Approbationsordnung hat für die medizinische Ausbildung einen einheitlichen Rahmen geschaffen. Sie brachte dabei inhaltliche Änderungen insbesondere durch eine Ergänzung des naturwissenschaftlichen Wissensstoffes um psychologische und sozialwissenschaftliche Aspekte und zielte auf die stärkere Hinführung des Studenten zum Patienten. Ferner wurde das Prüfungswesen im Bemühen um eine stärkere Objektivierung zentralisiert.

Die Approbationsordnung hat mit diesen Zielsetzungen Überlegungen aufgenommen, die Inhalt der Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Neuordnung des medizinischen Studiums an den Hochschulen aus dem Jahre 1966[3]) sowie der Medizinempfehlungen von 1968 waren.

Gegenwärtig befinden sich die ersten Studenten, die ihr Studium nach der neuen Approbationsordnung aufgenommen haben, im siebten

1) Vgl. oben S. 12, Fußnote 1.

2) Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953, BGBl. I S. 1334, zuletzt geändert durch die Verordnung über die Neugliederung der Medizinalassistentenzeit und über die Approbationsurkunde vom 24. Februar 1970, BGBl. I S. 214.

3) Wissenschaftsrat, Empfehlungen zur Neuordnung des Studiums an den wissenschaftlichen Hochschulen, 1966.

Semester. Die ärztliche Vorprüfung und der erste Abschnitt der ärztlichen Prüfung wurden erstmals nach dem Sommersemester 1974 in der von der Approbationsordnung vorgeschriebenen Form abgehalten.

Da mit der Realisierung der Approbationsordnung erst begonnen wurde, ist gegenwärtig der Zeitpunkt für eine auf umfassenden Erfahrungen basierende Kritik noch nicht gekommen. Gleichwohl lassen sich bereits jetzt bestimmte, mit der Einführung der Approbationsordnung verbundene, Probleme deutlicher als bisher abschätzen. Zu ihnen gehören nicht zuletzt die Schwierigkeiten, die aus dem zeitlichen Zusammentreffen der notwendigen Umstellung auf den personalintensiveren Unterricht in kleinen Gruppen mit dem ungewöhnlich starken Andrang zum Medizinstudium und den allgemeinen Sparmaßnahmen in den öffentlichen Haushalten resultieren. Zu nennen sind ferner die Schwierigkeiten, die erforderlichen Famulaturplätze in ärztlichen Praxen und im öffentlichen Gesundheitsdienst bereitzustellen, und schließlich auch die Probleme, die Ausbildung im dritten klinischen Studienabschnitt, dem Praktischen Jahr, zu organisieren.

Diese Probleme nötigen nach Auffassung des Wissenschaftsrates nicht zu einer grundsätzlichen Revision der Zielvorstellungen der Approbationsordnung. Sie machen es aber erforderlich, die Approbationsordnung in ihren interpretationsbedürftigen Teilen zu konkretisieren, sie aufgrund der bisherigen Erfahrungen in Einzelpunkten zu ändern und sicherlich auch in manchen Bereichen Erwartungen und Ansprüche zu revidieren, die sich an ihre Einführung geknüpft haben mögen.

I. 1. Ziel und Inhalt der medizinischen Ausbildung

Die Approbationsordnung stand vor der Notwendigkeit, eine Reihe von Ansprüchen auf inhaltliche Änderungen der medizinischen Ausbildung einzulösen. Der Fächerkanon sollte zugunsten der Berücksichtigung bestimmter Bereiche der Psychologie, der Sozialwissenschaften und des ökologischen Stoffgebietes ergänzt, der Ausbildungsstoff sollte gestrafft und die Bedürfnisse der medizinischen Praxis — nicht nur der Praxis des Krankenhauses — sollten besser als bisher berücksichtigt werden.

Zur Realisierung dieser Forderungen konnte die Approbationsordnung nur den allgemeinen Rahmen abstecken, die Ausbildungsinhalte im einzelnen jedoch nicht bestimmen. Indessen führen die Zentralisierung des Prüfungswesens und die dadurch bedingte Notwendigkeit einer stärkeren Vereinheitlichung der Lehrinhalte im Rahmen von „Gegenstandskatalogen" zwar nicht rechtlich, aber faktisch zu einer weitgehenden Normierung des Lehrstoffes.

Die Medizin steht damit unter dem Zwang, den gesamten Stoff ihrer Ausbildung in einer für alle Hochschulen gültigen Weise zu systematisieren und einen Konsens über die Inhalte des medizinischen Studiums herbeizuführen. Dies gewährleistet die Vergleichbarkeit der

Ausbildungsanforderungen zwischen den verschiedenen Hochschulen und ermöglicht die Rückkopplung zur Überprüfung des Lehrerfolges, wie dies derzeit mit Ausnahme der Pharmazie für kein anderes Fach in ähnlicher Weise vorgesehen ist.

Die Ausbildungsinhalte in allen Teildisziplinen der Medizin zu behandeln, ist nicht Aufgabe der vorliegenden Empfehlungen. Der Wissenschaftsrat nimmt deshalb nur zu Problemen einzelner Fächer und Stoffgebiete [1]), sowie zur Gestaltung der Ausbildung im Praktischen Jahr [2]) und zur Famulatur [3]) detaillierter Stellung. Auf die dortigen Ausführungen wird verwiesen. Im folgenden wird darüber hinaus auf einige grundsätzliche Aspekte der Bestimmung der Inhalte der medizinischen Ausbildung eingegangen.

a) Ausbildungsziel

Eine Beschreibung der Lehrinhalte im Rahmen von Gegenstandskatalogen kann nur gelingen, wenn zuvor eine Verständigung über das Ziel, dem die Ausbildung dienen soll, in einer für alle beteiligten Teildisziplinen verbindlichen Form herbeigeführt wird. Eine Definition des Ausbildungsziels kann dabei naturgemäß nur relativ allgemeine Aussagen enthalten. Sie ist dennoch notwendig, um die Aufgabe des medizinischen Studiums gegenüber der einer späteren Ausbildungsphase vorbehaltenen Facharztweiterbildung zu bestimmen und auf dieser Grundlage zu einer generellen Strukturierung des Ausbildungsstoffes und zu einer angemessenen Gewichtung des Anteils der einzelnen Stoffgebiete und Problembereiche an der ärztlichen Ausbildung zu gelangen.

Die Approbationsordnung selbst enthält keine Definition eines Ausbildungszieles. Formulierungen, die in den Entwürfen enthalten waren [4]), wurden in die endgültige Fassung nicht aufgenommen. Allerdings ist in der amtlichen Begründung zur Approbationsordnung ausgeführt, daß „Umfang und Inhalt der Ausbildung auf das Maß gebracht werden müssen, das den Arzt zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs allgemein befähigt" [5]).

In Konkretisierung der Zielsetzungen, die zum Erlaß der Approbationsordnung geführt haben, ist das Ausbildungsziel nach Auffassung des Wissenschaftsrates folgendermaßen zu bestimmen:

> Die Ausbildung muß die zur Diagnose und Therapie der bedeutungsvollen Krankheiten erforderlichen grundlegenden wissen-

---

1) Vgl. unten S. 183 ff.

2) Vgl. unten S. 35 ff.

3) Vgl. unten S. 33 ff.

4) Vgl. unveröffentlichten Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheitswesen vom 20. September 1969: „Ziel der ärztlichen Ausbildung ist die wissenschaftliche Heranbildung zu einem Arzt, der mit den Grundlagen und den Methoden des ärztlichen Denkens, Wissens und Handelns soweit vertraut ist, daß er zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs im Dienste der Gesellschaft befähigt ist."

5) Amtliche Begründung zur Approbationsordnung, Bundesratsdrucksache 437/70.

schaftlichen Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln. Bedeutungsvoll sind diejenigen Krankheiten, die besonders häufig oder für das Verständnis der wesentlichen pathogenetischen Zusammenhänge beispielhaft sind oder bei denen ein unverzügliches ärztliches Handeln notwendig ist.

Zum Zeitpunkt der Approbation muß der Arzt das Maß an Wissen, Verständnis und Selbstkritik gewonnen haben, das es ihm erlaubt, die den Umständen entsprechenden ärztlichen Maßnahmen selbständig vorzunehmen bzw. verantwortlich zu entscheiden, wann und in welcher Form er sich im Interesse der Kranken der Hilfe erfahrener bzw. fachlich speziell weitergebildeter Ärzte bedienen muß.

Der approbierte Arzt soll durch seine Ausbildung die Fähigkeit und Bereitschaft erworben haben, sich in ein bestimmtes Praxisfeld einzuarbeiten und fachlich weiter- bzw. fortzubilden.

Im Sinne dieses Ausbildungszieles soll die medizinische Ausbildung einerseits die Befähigung zur Berufsausübung und damit aktuell verwendbare Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln, andererseits aber den Arzt auch in die Lage versetzen, den notwendigen Zusammenhang der einzelnen Disziplinen in der Medizin zu verstehen, sich im Rahmen seiner Facharztweiterbildung in bestimmte Spezialgebiete einzuarbeiten und die weitere Entwicklung der medizinischen Wissenschaft in den für seine eigene Praxis relevanten Aspekten nachzuvollziehen. Hierfür ist das Verständnis wissenschaftlicher Verfahrensweisen und die naturwissenschaftlich-theoretische Fundierung des Studiums in einer gewissen Breite unerläßlich.

b) Inhalt und Fortschreibung der Gegenstandskataloge

Die Definition des Ausbildungsziels ist notwendige Voraussetzung für die inhaltliche Bestimmung der Gegenstandskataloge. Diese konnten im ersten Versuch ihrer Erstellung den durch das Ausbildungsziel beschriebenen Anforderungen noch nicht genügen. Einerseits haben die Sachverständigen vielfach die Bedeutung des jeweils eigenen Faches im Gesamtrahmen der medizinischen Ausbildung überschätzt. Andererseits ist eine Reihe der für die ärztliche Praxis besonders bedeutsamen Problemstellungen noch nicht hinreichend berücksichtigt. So wurden teilweise Anforderungen gestellt, die in den naturwissenschaftlich-theoretischen Grundlagenfächern dem Vordiplom naturwissenschaftlicher Studienrichtungen, in den klinischen Fächern dem Standard eines Facharztes der betreffenden Disziplin genügen könnten. Dagegen fehlt für die praktische Ausbildung, für die eine erhebliche Zahl von Kursen und ein ganzes Studienjahr vorgesehen sind, eine deutliche Beschreibung der in diesen Studienteilen zu vermittelnden Kenntnisse und Fertigkeiten.

Es ist weitgehend unbestritten, daß insoweit eine Straffung und Harmonisierung der Gegenstandskataloge dringend erforderlich ist. Der

Wissenschaftsrat begrüßt es, daß an dem Verfahren der Überarbeitung der Gegenstandskataloge auch niedergelassene Ärzte, insbesondere auch Ärzte für Allgemeinmedizin, beteiligt werden. Es ist zu erwarten, daß hierdurch der starke Theorieüberhang in Zukunft auf ein dem Ausbildungsziel entsprechendes Maß reduziert werden kann.

Bei allen Vorteilen einer bundeseinheitlichen Beschreibung der Ausbildungsinhalte dürfen allerdings bestimmte Gefahren nicht übersehen werden, die mit einer weitgehenden Vereinheitlichung der Lehrinhalte verbunden sind. Angesprochen ist damit vor allem, wie die Gegenstandskataloge auch künftig hinreichend rasch der wissenschaftlichen Entwicklung angepaßt werden können und wie die Freiheit der Lehrenden gesichert werden kann, den Lehrstoff ihrer wissenschaftlichen Verantwortung entsprechend anzubieten.

Bei der Weiterentwicklung der Gegenstandskataloge bedarf es besonderer Sorgfalt, um zu verhindern, daß Schwierigkeit und Dauer der Konsensbildung über die Bewertung neuer Forschungsergebnisse zu einer „Versteinerung" der Ausbildungsinhalte oder doch zu einem nicht mehr zu tolerierenden „Nachhinken" der Gegenstandskataloge gegenüber dem aktuellen Wissensstand führen. Andererseits bringt es die Aktualisierung der Gegenstandskataloge mit sich, daß die Anpassung der Ausbildungsinhalte an die wissenschaftliche Entwicklung in manchen Bereichen schneller vollzogen werden muß, als dies bisher der Fall war.

Die Aufgabe der kontinuierlichen Aktualisierung des Lehrstoffes kann auf Dauer nur erfüllt werden, wenn geregelte Formen der Kooperation zwischen dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, den medizinischen Fachbereichen und den medizinischen Fachgesellschaften gefunden werden. Insbesondere den letzteren kommt aus fachlicher Sicht eine bedeutende Rolle zu.

Im übrigen darf die Bestimmung von Ausbildungsinhalten im Rahmen von Gegenstandskatalogen nicht zu einer so weitgehenden Reglementierung der Lehre führen, daß wissenschaftliche Entwicklungen behindert werden. Gegenstandskataloge und das zentralisierte Prüfungsverfahren müssen Freiräume lassen, die es den Hochschullehrern ermöglichen, unmittelbar Forschungsergebnisse zur Darstellung zu bringen und Akzentsetzungen in der Darbietung des Lehrstoffes vorzunehmen, die sich noch nicht an allen Stellen durchgesetzt haben. Auch dürfen die Studenten nicht veranlaßt werden, die Gegenstandskataloge als das zentrale Lehrbuch der Medizin mißzuverstehen und ihr Studium ausschließlich an diesen auszurichten. Dies bedeutet für die Abfassung der Gegenstandskataloge, daß die Detaillierung ihres Inhaltes ein gewisses Maß nicht überschreiten darf. Zudem hebt die Publikation von Gegenstandskatalogen die Verpflichtung der Hochschullehrer nicht auf, die Studenten bei der Darlegung des Stoffes zur kritischen Wertung anzuleiten und sie — nicht zuletzt im Hinblick auf die Notwendigkeit späterer Fortbildung — in den selbständigen Um-

gang mit wissenschaftlicher Literatur einzuführen. Besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang die Überlegungen zur Einführung eines sogenannten „Vertiefungsfaches", auf die unten eingegangen wird [1]).

c) Verbindung von naturwissenschaftlich-theoretischen und klinischen Fächern

Die hergebrachte Teilung des Medizinstudium in einen vorklinischen und einen klinischen Teil ist von der Approbationsordnung übernommen worden. Diese Teilung führt dazu, daß die Bedeutung der vorklinisch-theoretischen Fächer für die ärztliche Tätigkeit den Studenten vielfach nur mit Mühe deutlich gemacht werden kann. Die Lehrinhalte dieser Fächer werden daher in der Regel nur widerstrebend und mit schlechter Lernökonomie von den Studenten aufgenommen.

Es ist deshalb notwendig, die Beziehung zwischen den einzelnen Teildisziplinen der Medizin in der Ausbildung deutlicher zu machen. Insbesondere ist es erforderlich, den Inhalt der naturwissenschaftlichen Grundlagenausbildung in den Fächern Physik, Chemie und Biologie stärker auf die Bedürfnisse der ärztlichen Tätigkeit auszurichten und die Ausbildungsinhalte in Vorklinik und Klinik stärker aufeinander zu beziehen. Dabei soll nicht verkannt werden, daß Bemühungen um eine derartige Verzahnung an vielen Stellen bereits eingeleitet sind. Die hierbei erreichten Erfolge, z. B. bei dem Versuch einer Integration der topographischen Anatomie in die Chirurgie, Neurologie und Orthopädie, sind aber noch nicht ausreichend. Hier sollten die Bemühungen verstärkt und insbesondere auch durch eine entsprechende Formulierung der Gegenstandskataloge gefördert werden. Zu diesen Problemen ist im übrigen weiter unten breiter Stellung genommen [2]).

d) Entwicklung und Institutionalisierung neuer Stoffgebiete

Durch die Approbationsordnung wurden als Stoffgebiete neu eingeführt die Medizinische Psychologie und die Medizinische Soziologie, die Biomathematik, Teile des ökologischen Stoffgebietes, der Psychosomatik und der Psychotherapie. Die Problematik der Institutionalisierung und des Ausbaus neuer Stoffgebiete wird deutlich, wenn man berücksichtigt, daß selbst der in den Medizinempfehlungen von 1968 angeregte Ausbau verschiedener Fachrichtungen — trotz allgemein anerkannter Bedeutung dieser Gebiete in Forschung und Lehre — bis heute nicht überall realisiert ist. So sind an einigen Hochschulen Humangenetik, Mikrobiologie, Neuropathologie oder jeweils eigene Lehrstühle für Pharmakologie und Toxikologie noch nicht vertreten, obwohl jedes dieser Fächer im Prüfungskatalog der Approbationsordnung genannt ist.

[1]) Vgl. unten S. 27 f.
[2]) Vgl. unten S. 183 ff.

Die Medizinische Psychologie und die Medizinische Soziologie sind wie die übrigen Fächer zu Recht in den Lehr- und Prüfungsstoff der Approbationsordnung aufgenommen worden. Definition und Auswahl ihrer für die ärztlichen Tätigkeitsfelder wesentlichen Gegenstände und deren Abgrenzung von benachbarten Stoffgebieten sind jedoch noch nicht abgeschlossen. Die curricularen Vorstellungen sind noch uneinheitlich, und für die Art der Durchführung der Lehre in diesen Gebieten gilt es, Erfahrungen zu sammeln. Von Nachteil ist ferner, daß gegenwärtig der für die breite Einbeziehung dieser Fächer in die Lehre erforderliche qualifizierte wissenschaftliche Nachwuchs noch nicht ausreichend zur Verfügung steht.

Die neuen Fächer können den an sie gestellten Anforderungen in der Lehre in vollem Umfang erst dann genügen, wenn der hierfür erforderliche Nachwuchs herangebildet ist und die Berufungen auf die zu schaffenden Hochschullehrerstellen unter Zugrundelegung der notwendigen Qualifikationsanforderungen durchgeführt werden können. Deshalb sollten für die neuen Fächer, insbesondere auch für die Medizinische Psychologie und die Medizinische Soziologie, im Rahmen der Hochschulplanung von Bund und Ländern zunächst Schwerpunkte mit einer entsprechenden Konzentration des Personals und der Sachmittel geschaffen werden, statt an allen Hochschulen einzelne Fachvertreter mit einer minimalen Ausstattung zu berufen, die die notwendige Entwicklung nicht bewirken könnten. Dies bedeutet zugleich, daß die genannten Gebiete in der Lehre im Durchschnitt zunächst nur in einem vergleichsweise geringen Umfang vertreten sein können, wobei sich die Notwendigkeit ergibt, daß die in den Schwerpunkten tätigen Hochschullehrer in der Lehre auch Aufgaben an anderen Universitäten zu übernehmen haben. Die Prüfungsanforderungen müssen dem jeweiligen Entwicklungsstand des Faches Rechnung tragen.

Diese Schwierigkeiten heben freilich die Verpflichtung der Hochschulen nicht auf, um die Entwicklung dieser neuen Fächer und um ihre den jeweiligen Möglichkeiten entsprechende Einbeziehung in die Lehre mit Nachdruck bemüht zu sein.

e) Praxisbezug der Ausbildung

Eine der Zielsetzungen der Approbationsordnung ist es, den Praxisbezug der Ausbildung zu verstärken. Aus dieser Zielsetzung wird zunächst allgemein die Forderung abgeleitet, den Unterricht der Studenten stärker als bisher patientenbezogen durchzuführen. Die Berechtigung dieser Forderung ist unbestritten, wenngleich im einzelnen zu prüfen ist, in welchem Umfang ihr in sinnvoller Weise Rechnung getragen werden kann.

Allerdings darf sich eine praxisbezogene Ausbildung nicht allein auf die Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus beschränken. Ziel der praxisbezogenen Ausbildung muß es vielmehr sein, dem Medizinstudenten

Kenntnisse von den Möglichkeiten und Problemen sowohl der Tätigkeit des niedergelassenen Arztes als auch der des Krankenhausarztes oder des Arztes in der öffentlichen Gesundheitsverwaltung zu vermitteln. Nur so kann die notwendige Arbeitsteilung und Kooperation zwischen den verschiedenen Bereichen ärztlicher Tätigkeit sichergestellt werden. Um einen stärker auf Patienten- und Praxisnähe ausgerichteten Unterricht haben sich alle Vertreter der verschiedenen Fächer zu bemühen.

(1) Vorbereitung auf die Tätigkeit als niedergelassener Arzt

In den vergangenen Jahren war eine zunehmende Tendenz der jüngeren Ärzte zu beobachten, am Krankenhaus und nicht in freier Praxis tätig zu sein [1]). Es kann jedoch kein Zweifel bestehen, daß die Erhaltung und weitere Verbesserung der Möglichkeiten ambulanter Behandlung von Patienten, und zwar insbesondere im Rahmen von Allgemeinpraxen, von entscheidender Bedeutung für die künftige Versorgung der Bevölkerung ist. Hierfür sprechen sowohl Kostengesichtspunkte als auch die Notwendigkeit, für die Patienten rasch erreichbare Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen.

Für die Bestimmung der Ausbildungsinhalte bedeutet das, daß die Probleme der ambulanten Behandlung der Patienten sehr viel stärker in die Ausbildung einbezogen werden müssen. Schon während seines Studiums muß der angehende Arzt Einblicke in die spezifischen diagnostischen und therapeutischen Aufgaben und Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes erhalten. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den Aufgaben des Arztes für Allgemeinmedizin zu. Hierzu bedarf es einer eigenen Lehrveranstaltung, wenn möglich im Zusammenhang mit Praxishospitationen und Hausbesuchsprogrammen. Der Allgemeinmedizin sind in Teil I besondere Ausführungen gewidmet, auf die verwiesen wird [2]).

Die stärkere Ausrichtung der Ausbildung auf die ambulante Behandlung von Patienten führt dazu, den poliklinischen Einrichtungen [3]) des Universitätsklinikums größeres Gewicht in der Lehre beizumessen. Dieses kann einmal dadurch geschehen, daß Patienten der Poliklinik für den systematischen Unterricht nach der Approbationsordnung herangezogen werden. Eine große Poliklinik, in der alle wichtigen Krankheitsbilder der ärztlichen Praxis vertreten sind, bietet auf diese Weise die Möglichkeit, auch solche Krankheiten im Unterricht zu demonstrieren, die in der Regel keine stationäre Aufnahme erfordern, die daher aber gerade für die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes von besonderer Bedeutung sind. Darüber hinaus können in poliklinischen Lehrveranstaltungen die Methoden zur Darstellung gebracht

[1]) Vgl. Anhang 1, S. 235 ff.
[2]) Vgl. unten S. 198 ff.
[3]) Zum hier verwandten Begriff „Poliklinik" vgl. unten S. 93.

werden, die in der Praxis des niedergelassenen Arztes eingesetzt werden müssen, um für unspezifische Krankheitsbilder und vor allem auch für die Klärung der weitgehend unspezifischen Initialstadien von Krankheiten ein sicheres diagnostisches Urteil gewinnen zu können. Hierfür sollte angestrebt werden, Teile der nach Anlage 2 und 3 zur Approbationsordnung vorgesehenen Lehrveranstaltungen als Blockunterricht in der Poliklinik durchzuführen. Gegebenenfalls wäre auch daran zu denken, die Studenten im Rahmen der Famulatur zeitweilig halb- und ganztägig am Betrieb der Poliklinik teilnehmen zu lassen.

Allerdings liegen die Gründe der eingangs beschriebenen Entwicklungen nicht allein in Defiziten der bisherigen Ausbildung. Sie sind vielschichtiger Natur und verweisen auf Strukturprobleme ebenso wie auf die Frage der allgemeinen Einstellung gegenüber freiberuflicher Tätigkeit (Probleme der Arbeitszeit, der sozialen Sicherung etc.).

(2) Vorbereitung auf eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen

Die Ausbildung muß den Medizinstudenten auch auf eine eventuelle spätere Tätigkeit in der öffentlichen Gesundheitsverwaltung vorbereiten. Insoweit ist auf die stärkere Gewichtung des ökologischen Stoffgebiets in der Approbationsordnung zu verweisen. Sie ist geeignet, den Studenten einen deutlichen Eindruck von den Problemstellungen der öffentlichen Gesundheitsverwaltung zu bieten, wenngleich die Nachwuchsschwierigkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die stärkere Einbeziehung der genannten Fächer in die medizinische Ausbildung allein gewiß nicht gelöst werden können.

f) Vertiefungsfach

Eine Ausbildung, die auf einen selbstkritischen, verantwortungsbewußten Arzt zielt, muß bei der Festlegung des Lehrstoffes besonders berücksichtigen, daß sich der Student nicht nur den ihm angebotenen Stoff aneignen, sondern sich kritisch mit ihm auseinandersetzen soll. Hier liegt eine besondere Gefahr der Ausrichtung der Studieninhalte an bestimmten Gegenstandskatalogen, die ein gedankenloses Lernen mit einem „Abhaken" des erlernten Stoffes begünstigen und dazu führen können, daß eine Auseinandersetzung mit der Problematik verschiedener Lehrmeinungen und ihre kritische Würdigung nicht mehr stattfinden.

Der Wissenschaftsrat hält es deshalb für erforderlich, die Möglichkeit zu eröffnen, daß sich der Student bereits vor dem Praktischen Jahr einem freigewählten Vertiefungsfach zuwenden kann, um sich mit dessen Problemen exemplarisch vertieft zu befassen. Hier finden insbesondere Spezialveranstaltungen, die nicht zu den nach der Approbationsordnung vorzusehenden Pflichtlehrveranstaltungen gehören,

ihren Sinn. Fertigkeiten und Kenntnisse, die der Student dabei erwirbt, sollten Gegenstand der mündlichen Abschlußprüfung werden können, indem der Student seine Fähigkeit demonstriert, ein besonderes theoretisches Wissen — auch in vorklinischen Fächern — in seiner Bedeutung für die ärztliche Praxis darzulegen.

Das Angebot in einem Vertiefungsfach wird dabei in der Regel in stärkerem Maße aus der eigenen Forschungsarbeit der Lehrenden schöpfen und aktuelle wissenschaftliche Entwicklungen darstellen. Es bietet sich damit nicht nur die Möglichkeit, den Studenten in die selbständige und vertiefte Auseinandersetzung mit bestimmten Problembereichen einzuführen. Vielmehr ergibt sich auch die Chance einer stärkeren Individualisierung des Lehrangebots, ohne das notwendige Maß an Vereinheitlichung der Lehrinhalte zu zerstören. Damit könnte auch ein wesentlicher Beitrag zur Durchsetzung neuer wissenschaftlicher Entwicklungen in der medizinischen Lehre geleistet werden, auf deren mögliche Schwierigkeiten im Zusammenhang mit den Überlegungen zur Aktualisierung der Gegenstandskataloge bereits hingewiesen wurde.

I. 2. Durchführung der Lehre bis zum Abschluß des zweiten klinischen Ausbildungsabschnittes

a) Lehrveranstaltungen in kleinen Gruppen, Seminare, Vorlesungen

Ziel der Approbationsordnung ist es, durch die Herstellung eines stärkeren unmittelbaren Kontaktes zu den Patienten die Anschaulichkeit des Unterrichts zu verbessern, bestimmte Fertigkeiten bereits im Studium, nicht erst in einer späteren Phase ärztlicher Tätigkeit praktisch zu vermitteln und insgesamt bereits in den ersten Phasen der klinischen Ausbildung den entscheidenden Schritt von der passiv-rezeptiven Aufnahme eines bestimmten Wissensstoffes zur Aktivierung dieses Wissens in der unmittelbaren Begegnung mit dem Patienten vorzubereiten. Um dieser Zielsetzung willen ist der von der Approbationsordnung geforderte Unterricht in kleinen Gruppen ein unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Ausbildung. Allerdings kann nicht der gesamte Ausbildungsstoff unmittelbar am Patienten dargestellt werden. Deshalb kommt dem Seminar und insbesondere auch der Vorlesung mit größerer Teilnehmerzahl eine — in der Diskussion der vergangenen Jahre vielfach nicht hinreichend gewürdigte — Bedeutung zu.

(1) Lehrveranstaltungen in kleinen Gruppen

Gegenstand des patientennahen Unterrichts in kleinen Gruppen sollte es in erster Linie sein, den Studenten Gelegenheit zu geben, die wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Methoden innerhalb der einzelnen Stoffgebiete in ihrer unmittelbaren Anwendung und die

besonderen Probleme des Umgangs mit Patienten einschließlich der Anamnese kennenzulernen. Neben diesem generellen methodischen Aspekt sollen die Studenten im patientennahen Unterricht die im Sinne des Ausbildungsziels wesentlichen Krankheitsbilder aus unmittelbarer Anschauung kennenlernen. Mit Rücksicht auf den Patienten muß der patientenbezogene Unterricht unter ärztlicher Leitung erfolgen.

Allerdings wird es nicht möglich sein, alle wesentlichen Krankheitsbilder innerhalb des einzelnen Gebietes in dem jeweiligen Kurs auch unmittelbar am Patienten zu demonstrieren. Dies dürfte schon daran scheitern, daß es nicht gelingen kann, die Belegung der Betten sowie den Patientenzugang in der Poliklinik so zu steuern, daß die hierfür jeweils notwendigen Patienten auch tatsächlich immer zu dem erforderlichen Zeitpunkt zur Verfügung stehen. Insoweit ist der Einsatz von Anschauungsmaterial einschließlich audiovisueller Unterrichtshilfen auch im Unterricht in kleinen Gruppen notwendig. Ferner müssen die Ergebnisse der patientenbezogenen Aktivitäten in seminarähnlichen Veranstaltungen aufgearbeitet und besprochen werden.

(2) Seminare

Für die theoretische Behandlung bestimmter Fragestellungen sowie für die vertiefte Auseinandersetzung mit einzelnen Problemen ist ferner das Seminar mit bis zu 30 Teilnehmern eine geeignete Lehrform. Auch Grundkenntnisse empirischer Forschung, die Angemessenheit und Anwendbarkeit diagnostischer und therapeutischer Methoden sowie die kritische Beurteilung von Ergebnissen als Voraussetzung der wissenschaftlichen Arbeit lassen sich am besten in Seminaren vermitteln. Insbesondere aber ist es im Seminar wie auch in Lehrveranstaltungen in kleinen Gruppen möglich, die Studenten zu einer aktiven Aufarbeitung und Darstellung bestimmter Problembereiche zu bringen.

(3) Vorlesungen

Die Bedeutung der Vorlesung liegt demgegenüber in der Möglichkeit, bestimmte Problembereiche systematisch darzustellen und pathogenetische Zusammenhänge verständlich zu machen. In den naturwissenschaftlich-vorklinischen Fächern ist sie unentbehrlich, um in Einführungsveranstaltungen den von der Schule her sehr unterschiedlichen Kenntnisstand auszugleichen. Unverzichtbar ist die Vorlesung ferner für die Abhaltung integrierter Lehrveranstaltungen, bei denen Vertreter verschiedener Fächer neben- bzw. nacheinander zu einem bestimmten Rahmenthema sprechen. Die Medizinische Hochschule Hannover hat mit einem derartigen Modell seit Jahren gute Erfahrungen gemacht. Die integrierte Lehrveranstaltung fordert allerdings einen erheblichen Aufwand an organisatorischer Vorarbeit sowie an Zeit und Verständigungsbereitschaft der beteiligten Hochschullehrer.

Im übrigen gilt auch innerhalb eines Fachgebietes, daß dieses vielfach nur schwer von einem Hochschullehrer dargestellt werden kann, so daß in der Darstellung der verschiedenen Teilaspekte eines Faches mehrere Wissenschaftler zusammenwirken müssen. Jedoch darf eine solche Gemeinschaftsvorlesung nicht zu einer unverbundenen Addition von hochspezialisierten Einzelbeiträgen werden.

b) Einsatz audio-visueller Medien

Der Wissenschaftsrat mißt der Entwicklung von Medienbausteinen für den medizinischen Unterricht aus verschiedenen Gründen große Bedeutung zu. Der Einsatz audio-visueller Medien bietet den Vorteil, daß

— die Abfolge der zu behandelnden Themen von den Zufälligkeiten des jeweiligen Patientenbestandes unabhängiger gemacht und damit auch unter didaktischen Gesichtspunkten besser geplant werden kann;

— die Anschaulichkeit in der Darstellung des jeweiligen Themas wesentlich verstärkt werden kann;

— Lernvorgänge — z. B. in ihrem zeitlichen Ablauf — stärker systematisiert und individualisiert werden können;

— die seelische und körperliche Belastung der Patienten, die andernfalls wesentlich häufiger für Zwecke der Lehre herangezogen werden müßten, vermindert werden kann;

— bestimmte Problembereiche an einzelnen Orten anhand der jeweils neuesten Forschungsergebnisse exemplarisch aufgearbeitet werden und damit zur Anregung von Forschung und Lehre auch an anderer Stelle führen können;

— insgesamt eine wesentlich stärkere Berücksichtigung didaktischer Gesichtspunkte erfolgt, als dies bei herkömmlichen Unterrichtsmethoden der Fall ist.

Aus diesen Gründen kann der stärkere Einsatz von Medien über die aktuellen Probleme des Patientenmangels hinaus wesentlich zur Steigerung der Effizienz der Lehre beitragen. Medien ergänzen und entlasten den personalen Unterricht und das Eigenstudium anhand der Literatur. Allerdings sollten ihre Verwendungsmöglichkeiten nicht überschätzt werden. Sie können den direkten Kontakt der Studenten mit dem Patienten und die praktische Einübung in ärztliches Handeln nicht ersetzen.

(1) Realisierung des Einsatzes audio-visueller Medien

An fast allen medizinischen Ausbildungsstätten in der Bundesrepublik Deutschland werden audio-visuelle Medien — meist mit sehr unter-

schiedlichen technischen Voraussetzungen — in Teilbereichen des Medizinunterrichts eingesetzt. Die Initiativen gingen vornehmlich von einzelnen Hochschullehrern aus. Eine kontinuierliche, zielgerichtete Abstimmung dieser Einzelbemühungen findet bisher nicht in ausreichendem Maße statt; eine Koordinierungsinstanz fehlt.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß ein Einsatz von Medien im Unterricht nur dann Erfolg verspricht, wenn die Herstellung des Lehrmaterials fachlich gut vorbereitet und auch technisch und didaktisch sorgfältig geplant und von erfahrenen Kräften durchgeführt wird. Ohne ein derartiges Material ist die Beschaffung aufwendiger Ausstattungen für Medieneinsatz weitgehend nutzlos. Die Herstellung des Lehrmaterials sollte deshalb zunächst auf eine Reihe von Schwerpunkten konzentriert werden, bei denen die personellen und apparativen Voraussetzungen für eine sachgerechte, auch didaktisch wirkungsvolle Ausarbeitung der Lehrmaterialien gegeben sind.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt deshalb die Einrichtung von Zentralstellen für audio-visuelle Medien im Medizinunterricht. Als ein erster Schritt hierzu sollte eine Modelleinrichtung mit folgenden Aufgaben geschaffen werden:

— Sammlung der in den bereits laufenden Projekten im In- und Ausland gewonnenen Erfahrungen und vergleichende Untersuchung dieser Projekte auf ihre Unterrichtseffizienz und Kosten;

— Koordination neuer Projekte zur Entwicklung von Medienbausteinen für den Medizinunterricht;

— Information der medizinischen Unterrichtsstätten über die bereits abgeschlossenen und die laufenden Projekte und Beratung bei der Übernahme von Medienbausteinen;

— Erarbeitung von weiteren Vorschlägen zur Einrichtung regionaler Medienzentren und zu ihrer apparativen und personellen Ausstattung.

Die zu schaffende Modelleinrichtung sollte zur Kooperation mit anderen überregionalen Stellen, die auf dem Gebiet des Medieneinsatzes im akademischen Unterricht tätig sind, verpflichtet sein (z. B. Institut für Film und Bild in Wissenschaft und Unterricht GmbH, München; Institut für den wissenschaftlichen Film; Göttingen; Deutsches Institut für Fernstudien an der Universität Tübingen).

Zu gegebener Zeit sollten dann weitere medizinische Medienzentren errichtet werden, die jeweils für größere Regionen zuständig wären. Sie haben folgende Aufgaben:

— Beratung der medizinischen Ausbildungsstätten bei der Erstellung der für den Medienunterricht notwendigen Einrichtungen und Übernahme entsprechender Begutachtungsaufgaben für die Länder;

— Mitwirkung bei der Herstellung der Medienbausteine durch Bereit-

stellung der für diese Aufgaben notwendigen Aufnahmeteams und der sonstigen apparativen und räumlichen Einrichtungen;

— Beratung der Hochschulen und sonstigen Stellen bei der inhaltlichen Gestaltung der Medienbausteine unter technischen und mediendidaktischen Gesichtspunkten und Koordination der Initiativen der Hochschulen;

— Dokumentation und fortlaufende Überprüfung der Verwendbarkeit vorhandener audio-visueller Unterrichtshilfen;

— Erarbeitung von Themenvorschlägen für die Herstellung neuer audio-visueller Unterrichtshilfen.

Um Doppelarbeit zu vermeiden, sollten sich die verschiedenen Medienzentren über die Schwerpunkte ihrer Arbeit abstimmen.

(2) Motivation der Hochschullehrer für den Einsatz der Medien

Auch nach der Einrichtung von Medienzentren müssen die wesentlichen Initiativen für die Herstellung von Medienbausteinen, soweit es um deren fachlichen Inhalt geht, von den Wissenschaftlern an den Hochschulen ausgehen. Ebenso bleibt die Verantwortung für die Gestaltung des Unterrichts und damit die Entscheidung über Zeit und Umfang des Medieneinsatzes in der Lehre Sache der für die Lehre verantwortlichen Hochschullehrer. Entscheidend wird es daher darauf ankommen, eine größere Anzahl von Hochschullehrern mit den Möglichkeiten audio-visueller Medien in der Lehre vertraut zu machen und sie so für den Einsatz dieser Unterrichtshilfen zu gewinnen.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, die Erfahrungen zu nutzen, die im Ausland mit dem Einsatz von Medien im medizinischen Unterricht vielfach bereits gemacht worden sind. Hierzu sollte ein Stipendienprogramm entwickelt werden, das einer hinreichenden Zahl von Hochschullehrern eine entsprechende mediendidaktische Fortbildung ermöglicht. Ferner sollte angestrebt werden, die jeweils entwickelten Medienbausteine auf den Kongressen der einzelnen Fächer regelmäßig zu demonstrieren, um auch so einen Erfahrungsaustausch einzuleiten. Im übrigen liegt hier nicht zuletzt eine wesentliche Aufgabe der im folgenden zu behandelnden Studienkommissionen und Studienkoordinatoren.

c) Organisatorische Probleme; Studienkommissionen und Studienkoordinator

Die große Nachfrage nach Studienplätzen in der Medizin verlangt eine besonders sorgfältige Ausschöpfung der Ausbildungskapazitäten der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, die den Studenten dennoch einen möglichst guten Unterricht gewährleistet, den Patienten

keine unnötige Belastung zumutet und den Hochschullehrern und ihren Mitarbeitern genügend Zeit für die Aufgaben in Krankenversorgung und Forschung läßt. Dies ist nur durch eine gründliche Studienplanung zu erreichen. Dabei sehen sich die medizinischen Fachbereiche insbesondere durch die Vielzahl der mit dem Kleingruppenunterricht erforderlich werdenden Parallelveranstaltungen, aber auch durch die Einbeziehung von Einrichtungen außerhalb der Hochschulen in die Ausbildung vor erhebliche organisatorische Probleme gestellt, die gerade in der Anlaufphase der Approbationsordnung nur schwer bewältigt werden können.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, Studienkommissionen für die Lehrplanung einzusetzen. Die Studienkommissionen sollten von einem Hochschullehrer — dem Studienkoordinator (Studienbeauftragten) — verantwortlich geleitet werden, dessen Amtszeit, um Kontinuität zu sichern, drei Jahre nicht unterschreiten sollte. Ihm sollte eine qualifizierte Verwaltungskraft zur Unterstützung zugeteilt sein. Der Studienkoordinator sollte sich über den Vollzug des Studienplans orientieren und bei auftretenden Schwierigkeiten vermitteln sowie gegebenenfalls Vorschläge für die Beseitigung von Engpässen oder organisatorischen Unzulänglichkeiten machen. Er sollte die Durchführung der Approbationsordnung sicherstellen und darüber hinaus Initiativen zur Organisation problemorientierter und fächerübergreifender Unterrichtsveranstaltungen ergreifen und die Einführung audiovisueller Medien in die Lehre fördern. Außerdem sollte er die Statistik des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen auf mögliche Folgerungen für den Studienplan seines Fachbereiches auswerten und die Hochschullehrer entsprechend informieren.

I. 3. Famulatur

Angesichts der Schwierigkeiten, die praktische Einübung in ärztliches Handeln im Rahmen des patientenbezogen Unterrichts in den Universitätskliniken mit der notwendigen Intensität durchzuführen, kommt der Famulatur eine besondere Bedeutung zu. Allerdings genügt die Famulatur selbst in der durch die Approbationsordnung vorgesehenen modifizierten Form diesen Anforderungen derzeit nicht.

Nach der Bestallungsordnung von 1953 sollte die Famulatur die Studenten in die Probleme der stationären Krankenversorgung einführen und ihnen die Möglichkeit zum Kennenlernen von Krankheiten und Beobachten von Krankheitsverläufen geben. Der Student lernte ärztliches Handeln und Verhalten im Krankenhausbereich durch Beobachten. Somit kam er bereits während der Ausbildung mit dem Tätigkeitsbereich des Krankenhausarztes in Berührung. Andere berufsspezifische Tätigkeitsfelder blieben dem Studenten allerdings unbekannt, in der Regel wurden sie während des Medizinstudiums nicht einmal erwähnt.

Die Approbationsordnung fordert ebenfalls eine (achtwöchige) Famulatur; sie schließt deren Ableistung im Krankenhaus aber aus. Diese Neuregelung ging von der Erwartung aus, daß der Student durch den verstärkten Unterricht am Krankenbett und im Praktischen Jahr in intensiverer Weise als bis dahin Gelegenheit finden würde, unmittelbare Erfahrung im Umgang mit Patienten zu sammeln. Diese Erfahrungen sollten durch die Tätigkeiten in anderen Bereichen des Gesundheitswesens während der Famulatur ergänzt werden.

Besondere Bedeutung wurde zunächst der Famulatur in der Praxis des niedergelassenen Arztes zugemessen. Von einzelnen Ärztekammern wurden in Zusammenarbeit mit den Hochschulen (z. B. Frankfurt) Regelanforderungen für „Lehrpraxen" festgelegt. Allerdings ergaben sich erhebliche Schwierigkeiten, eine ausreichende Anzahl von praktischen Ärzten für die Famulatur zu gewinnen. Durch die inzwischen vorgenommene Erweiterung der Famulaturmöglichkeiten nicht nur bei praktischen Ärzten, sondern auch bei niedergelassenen Fachärzten, ist jedoch eine Verbesserung der Situation zu erwarten.

Ebenfalls knapp sind die Famulaturplätze in den anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Die Famulatur in einer truppenärztlichen Einrichtung der Bundeswehr bleibt zur Zeit fast ausschließlich den Stipendiaten der Bundeswehr vorbehalten. Von den augenblicklich rund 760 hauptberuflichen Betriebsärzten in der Bundesrepublik haben sich bisher nur wenige bereit erklärt, einen Famulus aufzunehmen. Die Famulaturplätze in den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens sind knapp, und es ist zu befürchten, daß die Aufnahme von Studenten die Arbeitsüberlastung der Amtsstellen noch weiter erhöht.

Hinzu kommt, daß bei der Umsetzung der Konzeption der Approbationsordnung deutlicher als bisher erkennbar wird, daß der patientennahe Unterricht in kleinen Gruppen die tägliche Praxis der Krankenversorgung und die unmittelbare Einführung in die ärztliche Berufssituation nur begrenzt vermitteln kann. Dabei spielen sicher die aus Kapazitätsüberlegungen hinzunehmenden Gruppengrößen eine Rolle. Entscheidend ist jedoch, daß der Student auch im Unterricht am Krankenbett dem Patienten letztlich immer nur in der besonderen Situation einer Lehrveranstaltung begegnet.

Eine dem Ausbildungsziel entsprechende praxisbezogene Ausbildung läßt sich daher nur erreichen, wenn den Studenten wieder Gelegenheit geboten wird, die Famulatur auch an den Krankenhäusern abzuleisten. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, die Zeit der Famulatur auf vier Monate zu verlängern und innerhalb dieser Zeit eine achtwöchige Tätigkeit an einem nichtuniversitären Krankenhaus bzw. an einer Poliklinik der Universität anrechenbar zu machen.

Soweit die Famulatur in der Praxis eines niedergelassenen Arztes abgeleistet wird, sollte sie auf der Vorlesung Allgemeinmedizin aufbauen, die durch ein Hausbesuchsprogramm im Rahmen dieser Lehr-

veranstaltung ergänzt werden könnte. Sie ermöglicht es insbesondere, Erfahrungen mit Bagatellfällen, mit den Frühsymptomen oder Spätverläufen von Krankheiten und mit der sozialen Umwelt des Patienten, mit Maßnahmen der Früherkennung und der Vorsorgeuntersuchung, der Familienplanung und der Gesundheitspflege zu sammeln sowie Einblicke in die Praxisorganisation zu gewinnen. Im Rahmen der beschränkten Möglichkeiten der Praxis sollte der Student das Erlernte anzuwenden gezwungen sein (Untersuchungstechniken, Differentialdiagnose, Laboruntersuchungen) und die Kommunikationsweisen und -schwierigkeiten zwischen Arzt und Patienten erfahren.

I. 4. Ausbildung im dritten klinischen Studienabschnitt (Praktisches Jahr)

Eine der wesentlichen Neuerungen der Approbationsordnung ist die Einführung der praktischen Ausbildung in der Krankenanstalt während des letzten Abschnittes des Medizinstudiums. Sie soll nach der amtlichen Begründung „eine frühzeitige intensive Unterrichtung am Krankenbett gewährleisten, die den Studenten zur Kritik und zur Kontrolle des theoretisch Erlernten, zum Entscheiden und Handeln aufgrund eigener Einsicht und schließlich zur schrittweisen Übernahme der ärztlichen Verantwortung erzieht" [1]). Von den Inhalten der Ausbildung im Praktischen Jahr und der Organisation der Ausbildung in diesem Abschnitt hängt es vor allem ab, ob der Arzt am Ende seines Studiums tatsächlich — wie von der Approbationsordnung intendiert — in der Lage ist, Verantwortung für selbständiges ärztliches Handeln zu übernehmen. Die Realisierung dieser Zielsetzung ist einer der entscheidenden Prüfsteine für den Erfolg des Konzepts der Approbationsordnung überhaupt. Sie hängt einerseits davon ab, daß die erforderlichen baulichen und personellen Voraussetzungen hierfür unverzüglich geschaffen werden, andererseits aber auch davon, daß eine Unterrichtsgestaltung entwickelt wird, die dem Studenten in der Tat intensive praktische Erfahrungen ermöglicht. Insbesondere hier ist daher eine kritische Beobachtung der Erfahrungen mit der Durchführung der Approbationsordnung notwendig.

a) Ausbildungsorte

(1) Universitätskliniken und Einrichtungen außerhalb der Hochschulen
Die Einbeziehung von Krankenanstalten außerhalb der Hochschulen in die klinische Ausbildung der Medizinstudenten ist vom Wissenschaftsrat schon in den Empfehlungen zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen von 1960 [2]) und in den Medizinempfehlungen von 1968 [3]) vorgeschlagen worden. Dabei wurde sowohl auf die mögliche

1) Vgl. Amtliche Begründung zur Approbationsordnung für Ärzte, Bundesratsdrucksache 437/70.
2) Wissenschaftsrat, Empfehlungen zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen, Teil I, 1960, Seite 430 f.
3) Vgl. a. a. O., S. 109 ff.

Erweiterung der Ausbildungskapazität als auch auf die Chance hingewiesen, durch die Zusammenarbeit der Hochschulen mit großen allgemeinen Krankenhäusern Forschung und Lehre insgesamt zu befruchten.

Das durch die Approbationsordnung eingeführte Praktische Jahr erfordert eine erhebliche Zahl von Ausbildungsplätzen in den Krankenhäusern. Diese können von den Universitätskliniken allein nicht mehr bereitgestellt werden, sofern man nicht in Kauf nehmen will, daß die Ausbildungskapazität für den ersten und zweiten klinischen Studienabschnitt erheblich gesenkt wird. Der Wissenschaftsrat geht deshalb trotz der erheblichen Schwierigkeiten, eine entsprechende Anzahl geeigneter Krankenhäuser zu gewinnen, davon aus, daß die Ausbildung im Praktischen Jahr in ihrem Schwerpunkt in Krankenanstalten außerhalb der Hochschulen durchgeführt werden sollte.

Die verstärkte Einbeziehung außeruniversitärer Krankenhäuser hebt freilich die Verantwortung der Hochschulen auch für diesen Teil der medizinischen Ausbildung nicht auf. Die Inhalte der Ausbildung im Praktischen Jahr müssen — wie im übrigen auch in den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaften zur gegenseitigen Anerkennung der Approbationen [1]) vorgesehen — im einzelnen von den Hochschulen — unter Beteiligung der außeruniversitären Krankenhäuser — erarbeitet und in Form von „Ausbildungsrichtlinien" so rechtzeitig festgelegt werden, daß sich die außeruniversitären Krankenhäuser hierauf einstellen können. Auf die Probleme des Zusammenwirkens zwischen Hochschulen und Lehrkrankenhäusern wird im übrigen unten näher eingegangen.

(2) Die Ausbildungsaufgabe im Praktischen Jahr kann nur dann angemessen erfüllt werden, wenn die einbezogenen Krankenhäuser über ein breites Diagnosespektrum unter ihren Patienten verfügen. In den Universitätskliniken stehen insoweit neben den stationären Patienten die Patienten der Polikliniken zur Verfügung, wobei die poliklinische Kapazität gegebenenfalls ausgeweitet werden muß. Gerade im Hinblick auf eine spätere berufliche Tätigkeit als niedergelassener Arzt kann die Ausbildung der Studenten in der Poliklinik von erheblichem Wert sein [2]). Aus der Sicht der Lehre und dem Erfordernis der Gleichwertigkeit der Ausbildung an den Lehrkrankenhäusern und an den Hochschulkliniken sollten deshalb Polikliniken — unter der Voraussetzung, daß es sich nicht um reine Spezialambulanzen handelt — auch an den Lehrkrankenhäusern eingerichtet werden.

Der Errichtung von Polikliniken an Lehrkrankenhäusern stellen sich jedoch derzeit rechtliche und finanzielle Schwierigkeiten entgegen. Sie

---

[1]) Vgl. hierzu die Richtlinie Nr. 75/363 der Europäischen Gemeinschaften vom 16. Juni 1975, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 167/15 vom 30. Juni 1975.

[2]) Vgl. oben S. 26.

würde erhebliche Investitionen und zusätzliche Personalstellen erfordern, für die die erforderlichen Mittel gegenwärtig nicht in dem notwendigen Umfang bereitgestellt werden können.

Unter diesen Umständen sieht der Wissenschaftsrat davon ab, konkrete Empfehlungen zur Einführung von Polikliniken an allen Lehrkrankenhäusern abzugeben. Er empfiehlt vielmehr, hierfür längerfristig ein Konzept zu entwickeln und zunächst die Voraussetzungen zu schaffen, die es ermöglichen, Erfahrungen mit der Einrichtung von Polikliniken an einigen dafür besonders geeigneten Lehrkrankenhäusern zu gewinnen.

b) In die Ausbildung einzubeziehende Fächer

Die Approbationsordnung sieht vor, daß die Ausbildung im Praktischen Jahr in den Fächern Innere Medizin, Chirurgie und in einem Wahlfach der übrigen klinisch-praktischen Fachgebiete stattzufinden hat. Sie erfordert dabei die Teilnahme am regelmäßigen Krankenhausbetrieb ebenso wie die Abhaltung besonderer Lehrveranstaltungen.

Unter den Ausbildungsfächern kommt der Inneren Medizin besonderes Gewicht zu. Für die Ausbildung in der Chirurgie ergeben sich indessen spezifische Schwierigkeiten, zu denen im Abschnitt I näher Stellung genommen ist[1]). Es sollte geprüft werden, ob nicht auf längere Sicht eine Reduzierung des auf die Chirurgie entfallenden Zeitanteils erforderlich ist.

Für die Ausbildung in einem „der übrigen klinisch-praktischen Fachgebiete“ [2]) kommen in erster Linie die unmittelbar patientenbezogenen Abteilungen in Betracht (Augenheilkunde, Dermato-Venerologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinderheilkunde, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, Urologie). Fachgebiete wie die Pathologie, die Röntgenologie etc. sollten in die Ausbildung der zuvor genannten Fachgebiete einbezogen sein.

Besondere Bedeutung mißt der Wissenschaftsrat einer Tätigkeit an psychiatrischen Kliniken mit Polikliniken, an psychiatrischen Abteilungen von allgemeinen Krankenhäusern und an psychiatrischen Behandlungszentren zu. Soweit eine eigene Ausbildung in der Psychiatrie nicht möglich ist, sollten die Lehrkrankenhäuser zumindest bemüht sein, psychiatrische Aspekte durch die Hinzuziehung entsprechender Konsiliarii darzustellen.

c) Durchführung der Ausbildung

Die Ausbildung im Praktischen Jahr vollzieht sich in der Teilnahme am regelmäßigen Krankenhausbetrieb sowie in besonderen Veran-

---

1) Vgl. unten S. 188 ff.

2) Vgl. § 3 Abs. 1 Nr. 3 der Approbationsordnung.

staltungen. Letztere sollten dabei nach Möglichkeit nicht als „akademische" Lehrveranstaltungen durchgeführt werden, sondern ihren Ausgangspunkt ebenfalls von den praktischen Problemstellungen des jeweiligen Krankenhausbetriebs nehmen. Neben der Beteiligung am Krankenhausbetrieb und an besonderen Veranstaltungen muß den Studenten auch im Praktischen Jahr hinreichend Zeit für das Eigenstudium und die Vorbereitung auf die Prüfung verbleiben. Die im folgenden gemachten Vorschläge für den zeitlichen Umfang der einzelnen Tätigkeitsarten versuchen, dieser Notwendigkeit Rechnung zu tragen.

(1) Teilnahme am regelmäßigen Krankenhausbetrieb

Zum regelmäßigen Krankenhausbetrieb gehört die Teilnahme an Visiten, Operationen, an der Funktionsdiagnostik und am Aufnahmedienst ebenso wie die Beteiligung an regelmäßig stattfindenden Ärztebesprechungen (Klinikkonferenzen). Der Wissenschaftsrat geht davon aus, daß diese Tätigkeiten die Studenten nicht länger als 18 bis 20 Stunden pro Woche in Anspruch nehmen sollten. Dabei sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden, sich auch im Abfassen von Krankengeschichten zu üben.

Notwendig ist ferner die Teilnahme am Bereitschafts- und Wochenenddienst. Die Studenten sollten in der Regel einmal alle 14 Tage zu Nachtdiensten und einmal im Monat zu Wochenenddiensten herangezogen werden. Während dieser Dienste begleiten und unterstützen sie den diensthabenden Arzt. Sie sind dabei nicht als Hilfspersonal ausbildungsfremd im Krankenhaus einzusetzen und dürfen nicht eigenverantwortlich in der Krankenversorgung tätig sein.

Die Ausbildung im Praktischen Jahr kann dabei ihr Ziel insgesamt nur dann erreichen, wenn sich die Teilnahme der Studenten am Krankenhausbetrieb nicht auf eine passive Rezeption und auf begleitende Paralleltätigkeiten in der Anamnese- und Untersuchungstechnik beschränkt. Deshalb muß mit dem erfolgreichen Ablegen der Prüfung nach dem zweiten klinischen Ausbildungsabschnitt die rechtliche und tatsächliche Möglichkeit eröffnet sein, daß die Studenten — dem Ausbildungsziel und der amtlichen Begründung zu §§ 3 und 4 der Approbationsordnung entsprechend — unter der Verantwortung und Anleitung des unterweisenden Arztes auch aktiv an ärztlichen Aufgaben mitwirken (z. B. Injektionen, Punktionen, operative Assistenz). Der Wissenschaftsrat setzt die Klärung der hiermit verbundenen haftungsrechtlichen Probleme vor der ersten Aufnahme von Studenten in das Praktische Jahr voraus.

(2) Besondere Veranstaltungen

Die Notwendigkeit, im Praktischen Jahr besondere Lehrveranstaltungen abzuhalten, läßt die Heranziehung eines Krankenhauses als

Lehrkrankenhaus nur dann als sinnvoll erscheinen, wenn an ihm eine bestimmte Mindestzahl von Studenten ausgebildet werden kann. Der Wissenschaftsrat geht davon aus, daß die Zahl von 16 Ausbildungsplätzen nicht unterschritten werden sollte.

Die besonderen Veranstaltungen sollten nach Auffassung des Wissenschaftsrates im Durchschnitt etwa sechs Stunden pro Woche umfassen. Je nach Zahl der Studenten bieten sich hierbei zwei Organisationsmodelle an. In kleinen Krankenhäusern mit geringen Studentenzahlen wird es zur Auslastung der Kapazitäten sinnvoll sein, die Studenten in der Inneren Medizin, der Chirurgie und in den weiteren klinisch-praktischen Stoffgebieten in der Weise zu unterrichten, daß fortlaufend über das ganze Jahr in jeder Woche zwei Stunden pro Stoffgebiet angeboten werden; bei größeren Krankenhäusern dagegen empfiehlt es sich, die drei Stoffgebiete in Blöcke von je 16 Wochen aufzuteilen. In jedem Fachgebiet sollten etwa ein Drittel der Veranstaltungsstunden als Kolloquium und zwei Drittel als Fallbesprechungen durchgeführt werden. Die Kolloquien und Fallbesprechungen aus dem Gebiet der Inneren Medizin sollten auch Probleme der physikalischen Therapie, der Diätetik und der akut lebensbedrohlichen Fälle berücksichtigen; in der Chirurgie sollte der Schwerpunkt des Unterrichts auf der sogenannten kleinen Chirurgie, der speziellen chirurgischen Diagnostik und Indikationsstellung sowie auf der physikalischen Medizin und Rehabilitation, der Anästhesie und der Pflege liegen.

Außerhalb der üblichen Röntgenbesprechungen, an denen die Studenten im Rahmen des Routinebetriebs teilnehmen, sollte im Rahmen der Fallbesprechungen etwa eine Stunde pro Woche der Erörterung besonderer Röntgenaufnahmen oder ähnlicher Verfahren vorbehalten bleiben.

Desgleichen sollte während der Fallbesprechungen zumindest eine Stunde pro Woche den klinisch-pathologischen Problemen unter besonderer Berücksichtigung der Pathogenese und der Ätiologie der Krankheiten gewidmet sein. Dabei ist unter Verwendung entsprechender zytologischer und histologischer Präparate vor allem auf deren Bedeutung für die Intravitaldiagnostik einzugehen.

Dem Unterricht der Studenten im Labor kommt mit Rücksicht auf die Bedeutung der Labormedizin erhebliches Gewicht zu. Zu unterscheiden ist zwischen einem Unterricht durch den Laborarzt und der eigenen Arbeit, die der Student unter Mithilfe einer medizinisch-technischen Assistentin im Rahmen der Versorgung der von ihm mitbetreuten Fälle im Labor durchführt. Die Unterweisung im Labor sollte in einem Blockunterricht von 14 Tagen oder studienbegleitend durchgeführt werden. Insgesamt sollten dafür 60 Stunden angesetzt werden. Die hierfür erforderliche Zeit sollte auf alle drei Stoffgebiete angerechnet werden.

d) Ausstattung der Lehrkrankenhäuser

Die Ausbildungsbedingungen in den Universitätskliniken und in den Lehrkrankenhäusern müssen gleichwertig sein. Zur Frage der Ausstattung der Lehrkrankenhäuser hat sich der Wissenschaftsrat bereits im November 1970 [1]) und dann insbesondere in der Zweiten Stellungnahme zur Finanzierung von Ausbaumaßnahmen an Lehrkrankenhäusern nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vom Januar 1973 [2]) geäußert. Auf diese Stellungnahmen, die im folgenden ergänzt und präzisiert werden, wird Bezug genommen.

(1) Personelle Ausstattung

Hinsichtlich des Personals geht der Wissenschaftsrat davon aus, daß für acht im Praktischen Jahr auszubildende Studenten eine zusätzliche Arztstelle hinzukommt, um die für die Übernahme von Lehraufgaben notwendige Entlastung der Ärzte sicherzustellen. Dabei ist nicht an besondere Stellen für Lehrassistenten gedacht, sondern an eine angemessene Ergänzung des Personalbestandes, die den Ärzten die notwendige Entlastung bringt, um die zusätzlichen Aufgaben in der Lehre wahrnehmen zu können.

An nichtärztlichem Personal sollte eine medizinisch-technische Assistentin für bis zu 40 Studenten, mindestens aber eine medizinisch-technische Assistentin pro Lehrkrankenhaus für die Erfordernisse der Ausbildung zur Verfügung stehen. Es wird im übrigen auf die Zweite Stellungnahme des Wissenschaftsrates zur Finanzierung von Ausbaumaßnahmen in Lehrkrankenhäusern verwiesen [3]). Die dort genannte Sekretärin muß in der Lage sein, Verwaltungsaufgaben zu übernehmen.

(2) Apparative Ausstattung und Sachmittel

In apparativer Hinsicht muß das durch die Approbationsordnung vorgeschriebene Labor mindestens so gut wie das einer guten ärztlichen Praxis ausgestattet sein. Dem Studenten müssen Arbeitsmöglichkeiten im klinisch-chemischen Labor zur Verfügung stehen, die ihn in die Lage versetzen, diejenigen Analysen kennen- und in ihrem Validitätsgrad einschätzen zu lernen, die er nach der Approbation als niedergelassener Arzt eigenverantwortlich durchführen muß.

Während der klinischen Ausbildung kommt der ständigen theoretischen Begleitung des in der Praxis Gelernten eine wesentliche Bedeutung zu. Demnach muß auch der an einem Lehrkrankenhaus tätige Student die Möglichkeit haben, auf der Station angetroffene Krankheitsbilder

[1]) Stellungnahme des Wissenschaftsrates zur Finanzierung von Ausbaumaßnahmen an Lehrkrankenhäusern nach dem Hochschulbauförderungsgesetz, unveröffentlichte Drucksache 1757/70.

[2]) Empfehlungen und Stellungnahmen 1973, S. 31 ff.

[3]) Vgl. a. a. O., S. 35.

in den medizinischen Standardwerken theoretisch aufzuarbeiten und neuere Entwicklungen in der Medizin anhand der einschlägigen Fachzeitschriften zu verfolgen. Für eine ausreichend ausgestattete Präsenzbibliothek sind an Lehrbüchern und Nachschlagwerken ca. 150 Titel erforderlich. Da verschiedene Titel mehrfach vorhanden sein müssen, sind für den Aufbau einer solchen Bibliothek an einem Lehrkrankenhaus mit ca. 40 Studenten etwa 20 000 DM (Preisbasis 1975) erforderlich. Hinzu kommen Zeitschriften und andere Periodika, für deren Beschaffung derzeit ein jährlicher Etat von 2 000 DM erforderlich, aber auch ausreichend erscheint.

e) Zusammenwirken zwischen Hochschulen und Lehrkrankenhäusern

In der Zweiten Stellungnahme zur Finanzierung von Ausbaumaßnahmen an Lehrkrankenhäusern nach dem Hochschulbauförderungsgesetz hat der Wissenschaftsrat die Forderung aufgestellt, daß die Zusammenarbeit zwischen dem Land und der Hochschule einerseits und dem Krankenhausträger bzw. den leitenden Ärzten des Lehrkrankenhauses andererseits durch einen langfristigen Vertrag abzusichern ist [1]). Die zwischen der Kultusministerkonferenz und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgearbeiteten Mustervereinbarungen für eine solche vertragliche Regelung tragen dieser Forderung Rechnung.

Für die Zusammenarbeit von Universitäten und Lehrkrankenhäusern ist ein Instrumentarium zu entwickeln, das es den Universitäten erlaubt, bei Wahrung der notwendigen Unabhängigkeit und Eigenständigkeit der Lehrkrankenhäuser ihrer Verantwortung auch für diesen Teil der Ausbildung gerecht zu werden. Ansatzpunkte hierfür bilden die Mitwirkung der Hochschulen bei der Personalauswahl in den Lehrkrankenhäusern und eine angemessene Beteiligung der in der Lehre tätigen leitenden Ärzte der Lehrkrankenhäuser in den Hochschulgremien. Diese Mitwirkung ist insbesondere bei der Festlegung der Stundenzahlen und der Themenkataloge für die Lehrveranstaltungen in den einzelnen Lehrfächern durch den Fachbereich von Bedeutung.

Die Studienkommissionen der medizinischen Fachbereiche sollten sich der Ausbildung an den Lehrkrankenhäusern besonders annehmen. In ihnen sollten Studenten des Praktischen Jahres vertreten sein. Dabei muß ein Verfahren gefunden werden, das sicherstellt, daß das einzelne Lehrkrankenhaus mit seinen besonderen Gegebenheiten auch dann hinreichend repräsentiert ist, wenn einer Universität eine größere Anzahl von Lehrkrankenhäusern zugeordnet ist.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt in diesem Zusammenhang außerdem, in jedem Lehrkrankenhaus einen Unterrichtsbeauftragten zu benennen, der als Kontaktmann zwischen dem Lehrkrankenhaus und der Hochschule tätig wird und auch als Gesprächspartner für die Studenten und

1) Vgl. a. a. O., S. 32.

die Lehrkräfte des Lehrkrankenhauses zur Verfügung steht. Ob darüber hinausgehende Regelungen, z. B. zur Lösung von möglichen Konflikten zwischen der Hochschule und dem Lehrkrankenhaus, notwendig und möglich sind, wird sich erst nach einer Erprobungsphase festlegen lassen.

Schließlich muß die Übernahme von Lehraufgaben durch das Lehrkrankenhaus rechtlich gesichert sein. Die von der Kultusministerkonferenz und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgearbeitete Mustervereinbarung sieht insoweit die Erteilung von Lehraufträgen an die in der Lehre eingesetzten Ärzte der Lehrkrankenhäuser vor. Da die Lehraufträge personengebunden sind und ihre Übernahme grundsätzlich im Belieben der Ärzte steht, können Ausfälle in der Lehre nicht ausgeschlossen werden. Längerfristig ist daher anzustreben, die Lehrverpflichtung in den Anstellungsverträgen der Ärzte an Lehrkrankenhäusern festzulegen und besondere Lehraufträge für diejenigen Fälle vorzubehalten, in denen eine vertraglich verankerte Lehrverpflichtung nicht besteht oder in denen über die vertragliche Lehrverpflichtung hinausgehende Leistungen in der Lehre erbracht werden sollen.

f) Besondere Probleme der Studenten

Da die Ausbildung während des Praktischen Jahres nicht als Praktikumszeit gelten kann, sondern schon wegen der Anerkennung der Approbationen innerhalb der Europäischen Gemeinschaften [1]), die eine sechsjährige Ausbildung oder 5 500 Ausbildungsstunden für Mediziner fordern, dem medizinischen Studium zuzurechnen ist, müssen die Studenten auch im Praktischen Jahr den Studentenstatus beibehalten, will man nicht die ohnehin starke Lernbelastung in den vorausgehenden Semestern unzumutbar steigern. Medizinstudenten im Praktischen Jahr sind somit weder Praktikanten noch Angestellte des Krankenhauses.

Für die Medizinstudenten besteht im Praktischen Jahr eine ganztägige Präsenzpflicht in der Ausbildungsstätte. Die Lehrveranstaltungen laufen über das ganze Jahr fort. Ein großer Teil der Studenten wird gezwungen sein, den Wohnort an den Sitz des Lehrkrankenhauses zu verlegen. Es sollte versucht werden, Sonderbelastungen, die sich hieraus insbesondere für verheiratete Studenten ergeben können, z. B. durch die Berücksichtigung sozialer Gesichtspunkte bei der Ortszuweisung soweit wie möglich zu vermeiden.

I. 5. Prüfungen

Der Wissenschaftsrat hatte 1966 empfohlen [2]), schriftliche Prüfungen auch in der Medizin zum Bestandteil jeder Prüfung zu machen. Über

[1]) Vgl. oben S. 36, Fußnote 1).

[2]) Vgl. Empfehlungen zur Neuordnung des Studiums an den wissenschaftlichen Hochschulen, S. 69.

diese Empfehlung hinausgehend hat die Approbationsordnung den schriftlichen Prüfungen ein ganz überwiegendes Gewicht beigelegt und die Durchführung der Prüfungen bundeseinheitlich nach dem „multiple choice"-Verfahren geregelt. Die Prüfungsfragen werden von Fachvertretern formuliert, die als Sachverständige vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen berufen werden.

a) Prüfungsverfahren

In der Unabhängigkeit des Geprüften von den subjektiven Einflüssen der Prüfer und der Prüfungssituation liegt ein Vorteil, ferner in der hiermit gegebenen Gleichartigkeit der Prüfungsanforderungen. Hinzu kommt, daß das einheitliche Verfahren Vergleich und Rückkoppelung ermöglicht, die für die Hochschullehrer bei der Überprüfung des Lehrerfolges von Bedeutung sein werden.

Bei allen Vorteilen des neuen Prüfungsverfahrens bleibt jedoch die Frage, ob damit nicht einseitig theoretisches Wissen und die spezifische Fähigkeit, dieses in der besonderen Form des „multiple choice"-Verfahrens wiederzugeben, geprüft werden. Zweifellos berühren die so geforderten Leistungen nur Teilaspekte des späteren ärztlichen Handelns, das neben theoretischen Kenntnissen die rasche Bewältigung komplexer Situationen mit konsekutiven Entscheidungsprozessen, ein adäquates Umgehen mit dem Patienten und seinen Angehörigen und die Fähigkeit zur kollegialen Beratung verlangt. Es fragt sich deshalb, ob diese Art der Prüfung den Anforderungen des ärztlichen Berufs tatsächlich Rechnung zu tragen vermag. Wegen der unvermeidbaren Ausrichtung der Ausbildungsinhalte und des Lernverhaltens auf die Prüfungen besteht somit die Gefahr, daß bestimmte, für die ärztliche Berufsausübung notwendige Fähigkeiten in der Ausbildung auf Dauer nicht mehr hinreichend entwickelt und gefördert werden.

Der Wissenschaftsrat ist gleichwohl der Auffassung, daß eine grundsätzliche Änderung dieses Prüfungssystems erst dann in Angriff genommen werden sollte, wenn über das derzeitige Verfahren mehr Erfahrungen vorliegen. In die Überlegungen sollten dann aber auch Erfahrungen, die an anderer Stelle mit anderen Verfahren gemacht wurden, einbezogen werden. So wird z. B. in der Schweiz derzeit ein Prüfungsverfahren erwogen, bei dem in jedem Abschnitt der Prüfung neben dem schriftlichen Teil auch eine mündliche Prüfung stattfindet, und bei dem im Interesse einer besseren Abstimmung von Lehrinhalten und Prüfungsanforderungen nur ein Teil der Fragen für die schriftliche Prüfung (z. B. 80 %) von dem zentralen Prüfungsinstitut vergeben wird, während die übrigen Fragen von der einzelnen Hochschule selbst zu formulieren sind.

Unabhängig von diesen längerfristigen Überlegungen empfiehlt der Wissenschaftsrat bereits jetzt, den dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung ausschließlich als mündlich-praktische Prüfung durchzuführen.

Die Komplexität der pathogenetischen Faktoren und der differentialdiagnostischen Zusammenhänge bedingen es, daß die am Abschluß des Studiums nachzuweisende Kenntnis der Untersuchungstechniken, der diagnostischen Methoden, der therapeutischen Grundzüge sowie das pathogenetische Verständnis durch eine mündliche Prüfung während und im Anschluß an die praktische Untersuchung eines Patienten weit besser geprüft werden können als mit Hilfe eines schriftlichen Verfahrens [1]).

b) Erarbeitung und Auswahl der Prüfungsfragen

Die Fragen für die schriftliche Prüfung werden derzeit in einem zweistufigen Verfahren festgelegt: Zunächst werden von Sachverständigen für die einzelnen Gebiete Fragen erarbeitet, aus denen dann das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen die in die konkrete Prüfung jeweils eingehenden Fragen auswählt.

Dieses Verfahren bietet den Vorteil einer stärkeren Vereinheitlichung des Prüfungsniveaus, bedingt aber zugleich in besonderem Maße die Gefahr einer durch einseitige Überlegungen gesteuerten Einflußnahme auf die jeweiligen Prüfungsanforderungen, wie sie bei der Beteiligung einer Vielzahl von Prüfern bisher faktisch nicht gegeben war. Deshalb kommt dem Verfahren der Erstellung der Fragenkataloge und der Auswahl der jeweiligen Fragen für die Prüfung — bisher ist nicht sichergestellt, daß auch jedes der Fachgebiete bei der Auswahl der Prüfungsfragen angemessen berücksichtigt wird — besondere Bedeutung zu. Vor allem muß das Verfahren für die Fachöffentlichkeit durchsichtig sein, damit Fehlentwicklungen gegebenenfalls rasch gegengesteuert werden kann.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, folgende Regelungen zu treffen:

— Die Formulierung der Prüfungsfragen obliegt den Sachverständigen, die vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen auf Vorschlag der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu berufen sind.

— Die Sachverständigen bilden die Sachverständigenkonferenz des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. Diese legt die Zusammensetzung der Harmonisierungskommissionen fest, in denen die Vorschläge der Sachverständigen der jeweiligen Fächer eines Stoffgebietes geprüft und gegenseitig abgestimmt werden. Hierbei wirken insbesondere auch Vertreter der Allgemeinmedizin mit.

— Die Sachverständigen geben bei den von ihnen formulierten Fragen den jeweiligen Schwierigkeitsgrad an. Das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen wählt aus dem Pool der Prüfungsfragen für die Prüfungen in den einzelnen Stoffgebieten

[1]) Vgl. auch unten S. 45.

jeweils gleiche Prozentanteile von Fragen der verschiedenen Schwierigkeitsgrade aus.

— Im Abstand bestimmter Jahre wird festgelegt, wieviele der nach der Approbationsordnung in den verschiedenen Stoffgebieten zu stellenden Fragen auf die einzelnen dazu gehörenden Fächer entfallen. Der dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen von seiner Sachverständigenkonferenz hierzu vorzulegende Vorschlag wird von dieser mit dem Vorstand des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages abgestimmt.

c) Bewertung der Prüfungsergebnisse

Die Prüfungsergebnisse werden nach der Approbationsordnung bei den schriftlichen Prüfungen nicht mehr wie bisher nach Noten bewertet. Es wird vielmehr lediglich das Bestehen oder Nichtbestehen der Prüfung festgestellt. Der Prüfling wird vom Gesamtergebnis seiner Prüfung unter Mitteilung der durchschnittlichen allgemeinen Prüfungsleistungen unterrichtet. Über seine Leistungen in den einzelnen Stoffgebieten kann er sich derzeit nicht informieren.

Der Wissenschaftsrat hält es für erforderlich, die Information über die Prüfungsleistungen zu verbessern. Er empfiehlt daher, für die erreichten Ergebnisse in den einzelnen Fachgebieten Leistungsklassen zu bilden und diese Bewertung in die Bescheinigung über den Erfolg der Prüfungen aufzunehmen. Zudem sollte sichergestellt werden, daß eine Prüfung nur dann als bestanden gewertet werden kann, wenn aus zu bestimmenden Fächergruppen ein festzulegender Mindestanteil an Fragen richtig beantwortet wird.

d) Abstimmung von Lehr- und Prüfungsstoff

Bei dem nach verschiedenen Studienabschnitten und Zwischenprüfungen gegliederten Aufbau des Medizinstudiums muß sichergestellt sein, daß der Lehrstoff der einzelnen Studienabschnitte mit dem Prüfungsstoff der jeweils daran anschließenden Prüfung abgestimmt ist. Dies ist derzeit nicht in vollem Umfang der Fall. So wird der Stoff des zweiten klinischen Studienabschnitts zum Teil erst nach dem Praktischen Jahr geprüft. Es ist zu befürchten, daß sich die Studenten nicht in dem gebotenen Umfange der praktischen Ausbildung widmen, sondern sich auch während des dritten klinischen Studienabschnittes in zu starkem Maße mit der Aneignung eines theoretischen Examensstoffes befassen, der in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit im Krankenhaus steht. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, den Lehrstoff des zweiten klinischen Ausbildungsabschnitts nach dessen Beendigung schriftlich zu prüfen und — wie oben ausgeführt — an das Praktische Jahr lediglich eine mündlich-praktische Prüfung anzuschließen.

Ebenso sollten bestimmte theoretische Stoffgebiete erst dann in die Prüfung einbezogen werden, wenn die entsprechenden klinischen Lehrveranstaltungen durchgeführt worden sind. Dies gilt z. B. für die spezielle pathologische Anatomie oder die Neuropathologie.

Um die Informationsquelle auch tatsächlich auszuschöpfen, die in der Möglichkeit liegt, mit Hilfe eines standardisierten Verfahrens die Ergebnisse der Prüfungen in den einzelnen Fächern zwischen den verschiedenen Ausbildungsstätten zu vergleichen, sollten die Prüfungsergebnisse stärker fachbezogen aufgeschlüsselt und die Hochschullehrer durch das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen in Fortführung und Ergänzung des bisherigen Verfahrens entsprechend unterrichtet werden. Erst dann wird der einzelne Hochschullehrer — wie dies bei den mündlichen Prüfungen früher möglich war — aus den Prüfungsergebnissen Rückschlüsse ziehen können, die eine Korrektur seiner bisherigen Stoffgewichtung erlauben.

e) Formen der Erfolgskontrolle bei den praktischen Übungen

Die Durchführung der abschließenden Prüfung nach einem objektivierten schriftlichen Verfahren setzt voraus, daß der Student während seines Studiums Gelegenheit erhält, sich mit diesem Verfahren vertraut zu machen. Dies darf allerdings nicht dazu führen, „multiple-choice"-Prüfung für sämtliche Leistungskontrollen während des Studiums anzuwenden.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt jedenfalls, die Bestätigung der „regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme" an den nach der Approbationsordnung vorgeschriebenen Unterrichtsveranstaltungen nicht im Rahmen eines „multiple-choice"-Verfahrens zu vergeben. Vielmehr sollten die Leistungen der Studenten während des Kurses selbst, gegebenenfalls ergänzt durch Abschlußgespräche etc., zur Grundlage der Beurteilung gemacht werden.

I. 6. Vorschlag für einen medizinischen Studienplan

Die Einteilung des Studiums in Studienabschnitte, die Festlegung der praktischen Übungen und der auf sie innerhalb des jeweiligen Studienabschnittes entfallenden Mindeststundenzahlen geben für den Ablauf des Medizinstudiums einen zeitlichen Rahmen vor. Innerhalb dieses Gesamtrahmens besteht jedoch die Möglichkeit, die verschiedenen Stoffgebiete entsprechend ihrer Bedeutung für die Erreichung des Studienziels mit unterschiedlichen Zeitanteilen zu versehen und dabei auch die Ausbildung an den einzelnen Hochschulen unterschiedlich zu gestalten. In diesem Sinne sind die in Tabelle 1 ausgewiesenen Zahlen lediglich als ein Vorschlag zu verstehen, der deutlich machen soll, von welcher Gewichtung der verschiedenen Stoffgebiete und Lehrveranstaltungsarten nach Auffassung des Wissenschaftsrates ausgegangen werden könnte.

Der Studienplan trägt der Tatsache Rechnung, daß die Studenten über eine bestimmte zeitliche Grenze hinaus den ihnen in Lehrveranstaltungen angebotenen Stoff nicht mehr verarbeiten können. Er führt zu einer Lernbelastung der Studenten von 22,7 Stunden pro Woche im ersten Studienabschnitt (erstes bis viertes Semester), von 26 Stunden im zweiten Studienabschnitt (fünftes und sechstes Semester) und von 24 Stunden im dritten Studienabschnitt (siebtes bis zehntes Semester). Derartige Werte liegen — bezieht man die auch für Studenten notwendige Vor- und Nachbereitungszeit ein — an der oberen Grenze dessen, was sinnvollerweise im Rahmen des Zeitbudgets eines Studenten für Veranstaltungen der hier vorgesehenen Art angesetzt werden sollte.

Die auf die einzelnen Stoffgebiete entfallenden Zeitanteile sind insgesamt so bemessen, daß sie mit den in der Approbationsordnung vorgesehenen 1 272 Stunden für Praktika in den ersten drei Studienabschnitten, den hinzu kommenden „förderlichen Veranstaltungen" außerhalb des Unterrichts in kleinen Gruppen, dem Praktischen Jahr, der Famulatur, dem Krankenpflegedienst und der Ausbildung in Erster Hilfe dem durch die Europäischen Gemeinschaften vorgegebenen Gesamtrahmen von mindestens 5 500 Stunden für ein Medizinstudium als Voraussetzung der gegenseitigen Anerkennung der Approbation Rechnung tragen [1]).

Generell geht der Wissenschaftsrat davon aus, daß die praktischen Übungen nach den Anlagen 1 bis 3 zur Approbationsordnung als Lehrveranstaltungen in kleinen Gruppen durchzuführen sind. Von den weiteren Lehrveranstaltungen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 der Approbationsordnung sollte der überwiegende Teil als Vorlesungen durchgeführt werden. Hinzu kommen Seminare, die in erster Linie der theoretischen Fundierung der praktischen Übungen dienen. Für Zwecke der Kapazitätsberechnungen und für die Handhabung von Lehrverpflichtungsregelungen sind auch die förderlichen Veranstaltungen gemäß § 2 Abs. 1 Satz 2 der Approbationsordnung als Pflichtveranstaltungen zu behandeln.

---

1) Vgl. oben S. 36, Fußnote 1).

Tabelle 1

Lehrveranstaltungen nach Studienabschnitten

Stoffgebiet	Semesterwochenstunden insgesamt	davon	
		Praktische Übungen gem. Anlagen 1 bis 3 zur Approbationsordnung	Seminare und Vorlesungen gem. § 2 Abs. 1 Satz 2 der Approbationsordnung
(1) Studienabschnitt bis zur ärztlichen Vorprüfung (1. bis 4. Semester)			
Physik	8	4	4
Chemie	8	4	4
Biologie	8	4	4
Physiologie	18	7	11
Physiologische Chemie	18	7	11
Anatomie	23	11 [1])	12
Medizinische Psychologie	5	3	2
Medizinische Soziologie	2	—	2
Medizinische Terminologie	1	1	—
1. bis 4. Semester insgesamt	91	41 [2])	50
(2) Studienabschnitt bis zum ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (5. und 6. Semester)			
Klinische Chemie	3	2 [3])	1
Radiologie	4	2 [4])	2
Pharmakologie u. Toxikologie	6	3	3
Anästhesiologie	1	1 [5])	—
Pathologie u. Neuropathologie	13	5 [6])	8
Mikrobiologie	8	4 [7])	4
Biomathematik	2	2	—
Innere Medizin und Pathophysiologie [8])	7	3 [9])	4
Chirurgie	2	1 [9])	1
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1	1 [9])	—
Augenheilkunde	1	1 [9])	—
Humangenetik	2	—	2
Geschichte der Medizin	2	—	2
5. und 6. Semester insgesamt	52	25 [10])	27
(3) Studienabschnitt bis zum zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (7. bis 10. Semester)			
Pathologie u. Neuropathologie	4	2	2
Pharmakologie u. Toxikologie	2	2	—
Innere Medizin	13	6	7
Kinderheilkunde	8,5	2,5	6
Dermato-Venerologie	4	2	2

noch: Tabelle 1

Stoffgebiet	Semesterwochenstunden insgesamt	davon	
		Praktische Übungen gem. Anlagen 1 bis 3 zur Approbationsordnung	Seminare und Vorlesungen gem. § 2 Abs. 1 Satz 2 der Approbationsordnung
Urologie	2	1	1
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	8,5	3,5 [11])	5
Chirurgie	8	4	4
Orthopädie u. Rehabilitation	5	3 [12])	2
Augenheilkunde	3	1	2
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3	1	2
Neurologie	5	2	3
Psychiatrie	8	4	4
Psychomatik u. Psychotherapie	5	2	3
Ökologisches Stoffgebiet			
— Hygiene	3	1	2
— Sozialmedizin	3	1	2
— Arbeitsmedizin	3	1	2
— Rechtsmedizin	3	1	2
Allgemeinmedizin	3	—	3
Geriatrie	1	—	1
Zahnheilkunde	1	—	1
7. bis 10. Semester insgesamt	96	40 [13])	56
1. bis 10. Semester insgesamt	239	106	133

[1]) Darunter drei Semesterwochenstunden für mikroskop. Anatomie. — [2]) Das entspricht, bei der Umrechnung auf 12 Semesterwochen, den 492 Std., von denen Anl. 1 zur AO ausgeht. — [3]) Praktikum der klinisch. Chemie u. Hämatologie. — [4]) Einschl. Strahlenschutzkurs. — [5]) Praktische Übungen für akute Notfälle u. Erste ärztl. Hilfe. — [6]) Kursus d. allg. Pathologie, davon drei Semesterwochenstunden Makroskopie und zwei Semesterwochenstunden Mikroskopie. — [7]) Einschl. eine Semesterwochenstunde Impfkurs. — [8]) Die Pathophysiologie kann auch von Physiologen oder von Vertretern anderer Fachgebiete angeboten werden. — [9]) Im Rahmen des Kurses der allg. klinischen Untersuchungen. — [10]) Dies entspricht den 300 Stunden der Anl. 2 zur AO. — [11]) Darunter zwei Semesterwochenstunden Geburtshilfe. — [12]) Darunter eine Semesterwochenstunde Rehabilitation. — [13]) Das entspricht den 480 Stunden der Anl. 3 zur AO.

A. II. Ärztliche Weiter- und Fortbildung

Die Entwicklung der Medizin macht es unvermeidlich, daß sich die ärztlichen Tätigkeiten zunehmend spezialisieren und daß für bestimmte Bereiche der ärztlichen Tätigkeit eine Weiterbildung über den mit der Approbation erreichten Stand an Kenntnissen und Fertigkeiten hinaus notwendig ist. Die Ausbildung bis zur Approbation vermittelt vielfach noch nicht dasjenige Maß an Sicherheit in der Beherrschung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren, das Voraussetzung für eine gänzlich auf sich allein gestellte Ausübung des ärztlichen Berufs ist. Phasen einer ärztlichen Tätigkeit, in denen kollegiale Anleitung und Kooperation — sei es im Krankenhaus, sei es in einer entsprechend ausgestatteten Praxis eines niedergelassenen Arztes — die

schrittweise Übernahme einer zunehmenden Verantwortung durch den jungen Arzt ermöglichen, sind daher in der Regel ein notwendiger Schritt auf dem ärztlichen Berufsweg. Schließlich ist auch für die bereits als Fachärzte tätigen Ärzte ein Angebot zu schaffen, das es ihnen ermöglicht, die Entwicklungen der medizinischen Wissenschaft systematisch nachzuvollziehen, um sie für ihre eigene Tätigkeit einsetzen zu können.

Aus diesen Gründen werden die Weiterbildung und die Fortbildung auch bei optimaler Organisation des medizinischen Studiums eine ständig zunehmende Bedeutung erhalten. Unter Weiterbildung wird in der Medizin die sich an die Approbation anschließende Phase der Kenntniserweiterung verstanden, die mit der Anerkennung als Facharzt ihren Abschluß findet. Eine außerhalb der Facharztweiterbildung erfolgende Erweiterung des ärztlichen Kenntnisstandes ist dagegen dem Begriff der ärztlichen Fortbildung zuzurechnen.

II. 1. Facharztweiterbildung

Die Regelung der Facharztweiterbildung obliegt den zuständigen staatlichen Stellen und den Ärztekammern. Die Anerkennung als Facharzt ist bisher abhängig von dem Nachweis einer ärztlichen Tätigkeit an einer von der Ärztekammer anerkannten Weiterbildungsstätte innerhalb einer bestimmten — fachspezifisch zwischen vier und sechs Jahren variierenden — Weiterbildungszeit. Eine bestimmte Bettenzahl, die Ausstattung des Krankenhauses und die Qualifikation seines leitenden Arztes waren Kriterien für die Anerkennung als Weiterbildungsstätte. In operativen Fächern war der Nachweis eines bestimmten Operationskataloges Voraussetzung für die Anerkennung als Facharzt. Geregelte Weiterbildungsgänge mit Katalogen der einzelnen, zur fachärztlichen Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten liegen nicht für alle Fächer vor. Die Anerkennung durch einen Weiterbildungsausschuß der Ärztekammer war bisher — im Gegensatz zur Praxis in zahlreichen anderen Staaten — nicht von einer Leistungsprüfung abhängig.

Zu diesen Regelungen kann im vorliegenden Zusammenhang im einzelnen nicht Stellung genommen werden. Es soll deshalb lediglich auf einzelne Aspekte hingewiesen werden.

a) Beteiligung der Hochschulen an der Facharztweiterbildung

Die notwendigerweise besonders enge Verbindung der Weiterbildung zur Entwicklung der medizinischen Forschung legt es nahe, daß auch die Hochschulkliniken wesentliche Aufgaben der Weiterbildung übernehmen müssen. Um den Hochschulen die Möglichkeit einer Wahrnehmung dieser Ausgaben zu eröffnen, muß hierauf bei den Regelungen der Personalstruktur und der Bestimmung der Dienstaufgaben

des wissenschaftlichen Personals ebenso wie bei der Planung der Fächerstruktur im einzelnen Rücksicht genommen werden.

b) Stellen- und Personalplanung für die Facharztweiterbildung

Die medizinische Ausbildungskapazität in den Hochschulen ist in den Jahren seit 1960 beträchtlich gesteigert worden und die Zahl der Absolventen kontinuierlich gestiegen [1]). Da die Ärzte in der Regel nach der Approbation zumindest vorübergehend in einem Krankenhaus tätig sein werden — und für die Erlangung einer Facharztqualifikation auch sein müssen — führt die steigende Zahl von Absolventen zu einer zunehmenden Nachfrage nach Assistenzarztstellen in den Krankenhäusern. Trotz der rechtlichen Möglichkeit, sich unmittelbar nach der Approbation niederzulassen [2]), werden für viele Bereiche der ärztlichen Tätigkeit eine weitere Ausbildung in Form der Facharztweiterbildung oder zumindest praktische Erfahrung im Rahmen kollegialer Kooperation gesucht werden. Geht man gleichzeitig davon aus, daß der Stellenbestand in den Krankenhäusern aus finanziellen Gründen nicht beliebig ausgeweitet werden kann, so erweist es sich als notwendig, durch entsprechende Maßnahmen der Personalplanung — z. B. durch eine Begrenzung der Tätigkeit in den Krankenhäusern — die benötigten Stellen verfügbar zu halten. Gelänge dies nicht, würde — neben der Numerus-clausus-Schwelle vor Beginn des Studiums — ein weiterer Ausbildungsengpaß in der Medizin drohen.

c) Facharztprüfungen

Da der Facharztweiterbildung mit dem steten Fortschritt des medizinischen Wissens zunehmende Bedeutung für bestimmte spezialisierte Tätigkeiten zukommt, ist nach Auffassung des Wissenschaftsrates auch der Qualifikationskontrolle am Ende der Facharztweiterbildung größeres Gewicht als bisher beizumessen. Der Wissenschaftsrat begrüßt deshalb die allgemeine Einführung einer formalisierten Facharztprüfung am Ende der Facharztweiterbildung, wie sie z. B. in dem von der Konferenz der Gesundheitsminister der Länder 1974 veröffentlichten Entwurf eines Gesetzes über das Facharztwesen vorgesehen ist [3]) und inzwischen Eingang in verschiedene Landesgesetze gefunden hat [4]).

An der Feststellung der Prüfungsanforderungen in den einzelnen Fächern und bei der Durchführung der Prüfungen sollten nach näherer

---

1) Vgl. Anhang 1, S. 207 ff.

2) Allerdings setzt die Kassenzulassung eine 18monatige Vorbereitungszeit (15 Monate klinische Tätigkeit und drei Monate in der Praxis eines niedergelassenen Arztes) und die Absolvierung eines Einführungslehrganges voraus.

3) Konferenz der Gesundheitsminister der Länder, Entwurf eines Ländergesetzes über das Facharztwesen (Stand 1974), in Stendel, Medizinstudium und fachärztliche Weiterbildung, 2. Auflage, Stuttgart 1976, S. 195.

4) Vgl. z. B. für Nordrhein-Westfalen Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Kammern und Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Apotheker, Tierärzte und Zahnärzte vom 8. April 1975, GV. NW. 2122, S. 289.

Maßgabe der zu erlassenden Einzelregelungen auch Hochschullehrer beteiligt sein. Ihnen obliegt dabei nicht nur die Vermittlung der dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Entwicklung entsprechenden Anforderungen für den Prüfungsstandard. Vielmehr liegt in ihrer Beteiligung auch eine wesentliche Möglichkeit der Rückkoppelung von Forschung und Lehre zu den Bedürfnissen der medizinischen Praxis außerhalb der Universitätskliniken.

II. 2. Ärztliche Fortbildung

Den Universitätskliniken als Stätten medizinischer Forschung kommt für eine kontinuierliche ärztliche Fortbildung eine wesentliche Bedeutung zu. Deshalb sollten sich die Hochschulen in Zukunft noch stärker als bisher dieser für die Erhaltung des Leistungsstandards in der Krankenversorgung entscheidenden Aufgabe annehmen. Das Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten sollte planmäßig erweitert werden. Wesentliche Möglichkeiten zur Vermittlung liegen, neben besonderen Kontaktveranstaltungen, im Einsatz audio-visueller Medien, die nach ausländischer Erfahrung für die Fortbildung in besonderer Weise geeignet sind. In diesem Zusammenhang ist deshalb auf die Einrichtung der oben empfohlenen Medienzentren zu verweisen, die sich auch der Entwicklung von Fortbildungsmaterial mit Nachdruck annehmen sollten [1]).

Um die Bedeutung der Fortbildungsaufgabe in der Medizin zu unterstreichen, sei darauf hingewiesen, daß in den Vereinigten Staaten von Amerika zum Teil dazu übergegangen wurde, bereits praktizierende Ärzte einer wiederholten Prüfung des Leistungsstandards zu unterziehen.

A. III. Ausbildung nichtärztlichen Personals

Ein modernes Gesundheitswesen erfordert sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis des niedergelassenen Arztes — nicht zuletzt unter Kostengesichtspunkten — eine zunehmend arbeitsteilige Organisation. Dem muß die Ausbildung des nichtärztlichen Personals Rechnung tragen. Die Anforderungen an die Ausbildung dieses Personals dürfen dabei nicht allein unter dem Aspekt gesehen werden, daß bestimmte Tätigkeiten, z. B. im Bereich der Krankenpflege, der medizinischen Laboratoriums- oder Radiologieassistenz oder der Krankengymnastik, Kenntnisse und Fertigkeiten verlangen, die ein höheres Ausbildungsniveau voraussetzen. Es geht vielmehr auch darum, daß aus der Tätigkeit des Arztes zunehmend Hilfsfunktionen abgespalten werden, die sowohl zur Entlastung des Arztes wie auch im Interesse einer effizienten, auf eine spezielle Ausbildung gegründeten Erledigung von anderen Personen als den Ärzten selbst wahrgenommen werden müssen.

1) Vgl. oben S. 30 ff.

Aus dieser Erkenntnis heraus legte der Wissenschaftsrat 1973 Vorschläge für Modellversuche mit dreijährigen Studiengängen im Gesundheitswesen [1]) vor. Sie gehen u. a. davon aus, daß

— durch Mithilfe von qualifiziertem nichtärztlichen Personal im Gesundheitswesen die Effizienz der ärztlichen Arbeit — auch in der Praxis des niedergelassenen Arztes — wesentlich gesteigert werden kann;

— die Entwicklung der medizinischen Technik, der Laboratoriumsmedizin und bestimmter Tätigkeiten im Bereich der Pflege ein theoretisches Grundwissen erfordert, das es notwendig macht, die Ausbildung eines Teils des nichtärztlichen Personals auf dem Abitur oder einem vergleichbaren Wissensstand aufzubauen;

— unter den Abiturienten ein Interesse besteht, einen Beruf im sozialen Bereich und speziell im Gesundheitswesen auszuüben, auch wenn ihnen ein Studienplatz für ein ärztliches Studium nicht zur Verfügung gestellt werden kann.

Die Festlegung auf ein dreijähriges nichtärztliches Studium (unter Verzicht auf die Alternative einer Zusatzausbildung im Anschluß an bestehende Fachhochschul-Studiengänge) zielte auch auf die bildungspolitisch angestrebte Einführung kürzerer Studiengänge ab. Der Vorschlag eines gemeinsamen Basissemesters für drei Studiengänge (Pflege, medizinisch-technische Assistenz, medizinische Technik) sollte dem besseren gegenseitigen Verständnis und der Möglichkeit dienen, die spezielle Ausrichtung der Berufstätigkeit erst nach Kennenlernen des zukünftigen Tätigkeitsfeldes festzulegen. Durch ein einjähriges Ergänzungsstudium sollte im übrigen den Absolventen der herkömmlichen Ausbildungsstätten die Möglichkeit eröffnet werden, dieselbe Qualifikation zu erreichen.

Der Wissenschaftsrat sah keine sofortige allgemeine Einführung derartiger dreijähriger Studiengänge vor, hielt es aber für notwendig, zunächst anhand von Modellversuchen Erfahrungen zu sammeln. Schwierigkeiten waren, insbesondere im Bereich der Pflege, in den tariflichen Unterschieden zwischen Absolventen des Studienganges und älterem, herkömmlich ausgebildetem Personal zu erwarten. Weniger problematisch erschien dagegen die Einführung der Studiengänge in den Bereichen Technik und Laboratorium.

Bisher ist es nicht zur Realisierung eines Modellversuches gekommen. Dabei spielte möglicherweise die Bezeichnung Diplommediziner eine Rolle, die verschiedentlich zu dem Mißverständnis führte, der Vorschlag öffne den Weg zu einem Arzt zweiter Klasse, einem „Barfußarzt" oder „Feldscher". Ferner wurde geltend gemacht, daß die im Modellvorschlag genannten neuen Berufsbilder sich nicht klar genug von den herkömmlichen Berufen unterschieden und daß nicht aus-

[1]) Wissenschaftsrat, Dreijährige Studiengänge im Gesundheitswesen, Vorschläge für Modellversuche, 1973.

reichend begründet worden sei, daß ein Bedürfnis für derartig ausgebildete Kräfte bestehe. Von den Schwesternverbänden wurde außerdem die Sorge geäußert, daß der Studiengang „Pflege" zu wenig praktische Ausbildungsanteile enthalte, daß hier berufliche Sackgassen geschaffen würden und daß es zu Schwierigkeiten in der Abgrenzung der Tätigkeitsfelder und damit der tariflichen Einstufung im Verhältnis zu den herkömmlich Ausgebildeten kommen müsse.

Nur vereinzelt wurden konstruktive Vorschläge zur Realisierung der Empfehlungen des Wissenschaftsrates vorgelegt, wie z. B. durch eine Denkschrift der Universität Ulm [1]). Der Wissenschaftsrat begrüßt ausdrücklich diese Bemühungen und bedauert gleichzeitig die grundsätzlich ablehnende Stellungnahme der Gesundheitsministerkonferenz [2]) und des Bundesgesundheitsrates [3]), zumal dieser z. B. die Notwendigkeit eines neuen Berufes auf dem Gebiet der medizinischen Technik bestätigte, jedoch nicht ein dreijähriges Studium, sondern ein zusätzliches Aufbaustudium im Anschluß an eine ingenieurwissenschaftliche Ausbildung, d. h. ein insgesamt sehr viel längeres Studium empfahl.

Die Tatsache, daß die Vorschläge des Wissenschaftsrates bisher nicht verwirklicht wurden, berechtigt nicht zu der Auffassung, daß sie prinzipiell nicht realisierbar seien. Sie bestätigt lediglich, daß die Formulierung von Vorschlägen für die Inhalte bestimmter Studiengänge nicht ausreicht, um Veränderungen in Gang zu setzen, die in ihren Auswirkungen über die Ausbildungsinhalte hinaus auch bestimmte strukturelle Änderungen im Beschäftigungssystem erfordern. Erfolge sind deshalb nur dort zu erwarten, wo es gelingt, die Berufswelt selbst und die zuständigen staatlichen Stellen für neue Konzepte und deren Umsetzung zu gewinnen.

Der Wissenschaftsrat ist auch weiterhin der Auffassung, daß es aus gesundheits- wie bildungspolitischen Gründen notwendig ist, Modellversuche für kürzere Studiengänge im Gesundheitswesen einzurichten, um qualifiziertes Personal den Anforderungen bestimmter Tätigkeitsfelder entsprechend auszubilden und um Abiturienten und Absolventen mit Fachhochschulreife bzw. vergleichbarem Abschluß eine Alternative zum Medizinstudium zu bieten. Er hält es für erforderlich, daß ein derartiger Modellversuch gemeinsam von einem Universitätsklinikum, weiteren in der Region gelegenen Krankenhäusern, der zuständigen Ärztekammer, der zuständigen Gesundheitsverwaltung und den Berufsorganisationen getragen wird. Wenn sich nach ernsthafter Prüfung durch alle Beteiligten die Auffassung durchsetzen sollte, daß einige Tätigkeitsfelder, z. B. der Bereich „Pflege", für die Einführung dreijähriger Studiengänge nicht geeignet sind, so sollte doch das Grundkonzept des Wissenschaftsrates nicht aufgegeben werden. Ein Modellversuch kann allerdings nur gelingen, wenn er die

1) Über die an der Universität Ulm entwickelten Ansätze geben die Unterlagen für eine Klausurtagung über Studiengänge nichtärztlicher Medizinberufe am 1. bis 4. Juli 1974 auf Schloß Reisenburg (Internationales Institut für wissenschaftliche Zusammenarbeit) Auskunft.

2) Entschließung der 33. Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz vom 16./17. Mai 1974.

3) Beschluß der Vollversammlung des Bundesgesundheitsrates vom 25./26. November 1974.

entschiedene Unterstützung der zuständigen Ministerien findet. Soweit die Hochschulen allein die erforderlichen Initiativen nicht ergreifen oder nicht ergreifen können, sollten diese deshalb von den zuständigen Ministerien eingeleitet werden.

Im Interesse einer hochwertigen Gesundheitsversorgung kommt schließlich auch der Verbesserung der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für herkömmlich ausgebildetes nichtärztliches Personal erhebliche Bedeutung zu. Dabei sei insbesondere auf das vom Wissenschaftsrat in seinen Modellvorschlägen empfohlene einjährige Ergänzungsstudium verwiesen[1]), das herkömmlich ausgebildeten medizinisch-technischen Assistenten sowie Krankenschwestern und Krankenpflegern die Möglichkeit eröffnen soll, eine den dreijährigen Studiengängen entsprechende Qualifikation zu erreichen.

Der Wissenschaftsrat regt an, diese Möglichkeiten bereits in die erste Phase der Erprobung dreijähriger Studiengänge einzubeziehen. Er ist der Auffassung, daß im Rahmen der Investitionsplanung für medizinische Ausbildungsstätten die Schaffung von Ausbildungsmöglichkeiten für nichtärztliche Berufe im Gesundheitswesen im Interesse einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung einen erheblichen Rang beanspruchen kann. Auch die Verbesserung der Aus- und Weiterbildung der Lehrkräfte für die herkömmlichen nichtärztlichen Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen muß im Rahmen solcher Maßnahmen Berücksichtigung finden.

1) Vgl. a. a. O., S. 12 und 35 ff.

B.
Zulassung zum Medizinstudium

B. I. Derzeitige Situation

Für das Wintersemester 1975/76 und das Sommersemester 1976 belief sich die Zahl der Bewerber um einen Studienplatz in der Medizin auf insgesamt rund 48 000. Die tatsächliche Zahl der Anwärter auf einen Studienplatz liegt jedoch höher, da sich ein Teil der Studierwilligen erst dann um einen Studienplatz bewirbt, wenn er aufgrund der Wartezeit eine reelle Chance der Zulassung hat[1]).

Bei insgesamt rund 8 100 Zulassungen deutscher Bewerber zum Medizinstudium ist gegenwärtig (Wintersemester 1976/77) für die Zulassung über die sogenannte Leistungsliste, nach der — von Sonderquoten abgesehen — 60 % der Plätze vergeben werden, ein Abiturnotendurchschnitt von 1,6 erforderlich. Über die Warteliste werden Bewerber zugelassen, die ihre Hochschulberechtigung 1970 oder früher erworben haben. Für die Abiturzeugnisse von 1970 liegt die Grenznote bei 3,8.

Empirische Nachweise darüber, daß aufgrund der gegenwärtigen Zulassungsregelungen in nennenswerter Weise ungeeignete Studienbewerber zugelassen würden, liegen bisher nicht vor. So ist in der Medizin keine hohe Anzahl von Studienabbrechern zu verzeichnen. Auch die Durchfallquoten in den Abschlußprüfungen waren bisher gering. Allerdings bleibt abzuwarten, wie sich die Situation aufgrund des nunmehr eingeführten neuen Prüfungssystems entwickeln wird. Ebenso liegen bisher keine gesicherten Nachweise dafür vor, daß das derzeitige Auswahlverfahren zu einer gesundheitspolitisch unerwünschten Zusammensetzung der Ärzteschaft führt. Die traditionelle Unterversorgung gewisser ländlicher Gebiete oder die offenen Stellen im öffentlichen Gesundheitswesen sind jedenfalls auf komplexere Wirkungszusammenhänge zurückzuführen als nur auf die Auswahl der Medizinstudenten.

Dennoch gibt das derzeit geltende Zulassungsverfahren für das Medizinstudium Anlaß zur Kritik. Die diesem Verfahren zugrunde liegenden Kriterien — z. B. Intelligenz, Lernfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Bewerber im Rahmen der Abiturnoten, Gesichtspunkte wie etwa das andauernde Festhalten am Berufswunsch im Rahmen der

---

1) Im einzelnen vgl. Anhang 1, S. 210 f.

Warteliste — erscheinen zwar für ein Zulassungsverfahren nicht als grundsätzlich ungeeignet. Inzwischen sind jedoch die Grenznoten für die Zulassung nach „Leistung" unsinnig hoch und die Wartezeiten unzumutbar lang geworden.

Die gegenwärtig geltenden Regelungen werden für negative Auswirkungen auf die Lernsituation in der Schule verantwortlich gemacht. Zudem ist die Vergleichbarkeit der Abiturnoten als Voraussetzung eines auch individuell gerechten Zulassungsverfahrens ein bisher nicht befriedigend gelöstes Problem. Im Falle einer Bewerbung über die Warteliste verlieren die Bewerber wertvolle Jahre, die nicht immer durch sinnvolle Vorbereitungen auf den künftigen Beruf ausgefüllt werden können. Der Zeitpunkt ist absehbar, zu dem die Wartezeit acht Jahre betragen wird und ein Teil der Wartenden wegen des im Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen vom 20. Oktober 1972 [1]) vorgeschriebenen „Verfalls" ihrer Hochschulberechtigung nicht mehr zugelassen werden kann.

Die starke Nachfrage nach Studienplätzen in der Medizin ist nicht nur in der Bundesrepublik zu verzeichnen; in vielen anderen Ländern stellt sich die Situation ähnlich dar. Anzeichen dafür, daß diese Nachfrage in absehbarer Zeit in einer Weise zurückgehen könnte, daß die Zulassungsproblematik spürbar entschärft würde, sind nicht erkennbar. Ein beträchtlicher Nachfrageüberhang wird deshalb auch dann bestehen bleiben, wenn es gelingt, die Anzahl der Studienplätze in der Medizin weiter zu erhöhen.

B. II. Regelungsansätze aufgrund des Hochschulrahmengesetzes

Für Studiengänge, in denen die Anwendung des allgemeinen Auswahlverfahrens (nach Abiturleistungen bzw. Wartezeit) zu unvertretbar hohen Anforderungen an die Abiturleistungen oder für einen unverhältnismäßig großen Teil der Bewerber zu unangemessen langen Wartezeiten führen würde, hat das Hochschulrahmengesetz (§ 33) ein besonderes Auswahlverfahren vorgesehen. In ihm entfällt das Kriterium Wartezeit. Die Studienplätze sollen statt dessen in einem Verfahren vergeben werden, in dem sich der Rangplatz eines Bewerbers — von Sonderquoten (Härtefälle, Ausländer usw.) [2]) abgesehen — aus einer Kombination seiner Schulleistungen mit dem Ergebnis eines ergänzenden Feststellungsverfahrens ergibt. In dem Feststellungsverfahren soll den Bewerbern Gelegenheit gegeben werden, in den bisherigen Abschlüssen nicht ausgewiesene Fähigkeiten und Kenntnisse nachzuweisen, die für den Studienerfolg von Bedeu-

---

[1]) Vgl. z. B. Anlage zum Gesetz des Landes Nordrhein-Westfalen zum Staatsvertrag zwischen den Ländern über die Vergabe von Studienplätzen vom 18. April 1973, GV. NW. 223, S. 220.

[2]) Im Rahmen des Staatsvertrages gelten gegenwärtig z. B. in Nordrhein-Westfalen folgende Sonderquoten: 15 % für Härtefälle, 8 % für Ausländer, 1 % für Sanitätsoffizier-Anwärter, 2 % für Bewerber für den öffentlichen Gesundheitsdienst, vgl. Verordnung zur Durchführung des Staatsvertrages über die Vergabe von Studienplätzen in der Fassung vom 2. Juni 1975, GV. NW. 223, S. 456, § 6.

tung sein können und die an die Kenntnisse anknüpfen, die im Abitur oder in der sonstigen Hochschulzugangsberechtigung bewertet worden sind.

Die Ausgestaltung des Feststellungsverfahrens ist vom Hochschulrahmengesetz im einzelnen nicht vorgeschrieben. Neben Testverfahren kommen hierfür z. B. persönliche Gespräche mit Studienbewerbern (Interviews) oder auf das Studium ausgerichtete, mit Leistungsnachweisen verbundene praktische Tätigkeiten (z. B. Praktika) in Betracht. Die Bemühungen von Bund und Ländern zur Ausfüllung des durch § 33 HRG gegebenen Rahmens konzentrieren sich allerdings gegenwärtig vor allem auf die Entwicklung von Tests, insbesondere für die Medizin und die Zahnmedizin.

Solange und soweit ein besonderes Auswahlverfahren nach § 33 HRG nicht entwickelt ist, können Übergangsregelungen getroffen werden (§ 72 Abs. 2 Satz 2 HRG). Sie müssen sicherstellen, daß jeder Bewerber innerhalb einer bestimmten Frist eine Auswahlchance hat und diese mit dem Grad der im Abitur oder der sonstigen Hochschulzulassungsberechtigung nachgewiesenen Leistung wächst.

B. III. Elemente eines künftigen Zulassungsverfahrens

Der Wissenschaftsrat geht davon aus, daß die allgemeine Studierfähigkeit auch weiterhin durch das Abitur und die diesem gleichstehenden Berechtigungen nachgewiesen wird. Jedes Auswahlverfahren steht deshalb unter der Anforderung, unter prinzipiell Studienberechtigten die für ein Studienfach jeweils am besten Geeigneten auszuwählen.

Die Lösungsansätze, die gegenwärtig für die Gestaltung der besonderen Auswahlverfahren diskutiert werden, stehen in der Regel unter einer mehrfachen Zielsetzung. Sie sollen

- die negativen Rückwirkungen eines an die Schulleistungen geknüpften Zulassungsverfahrens auf die Lernsituation in der Schule vermindern;
- die Objektivität der Zulassungsentscheidung durch Gewährleistung gleicher Bewertungsmaßstäbe verbessern;
- die prognostische Zuverlässigkeit der Zulassungsentscheidung im Sinne der Erfolgswahrscheinlichkeit im Studium oder — weitergehend — im Beruf erhöhen;
- eine einseitige Bewerberauswahl durch übermäßige Betonung einzelner Fähigkeiten und Eigenschaften vermeiden;
- innerhalb eines vertretbaren Zeitraumes zu Entscheidungen über die Zulassung der Bewerber führen;

— die Entscheidungsbasis der einzelnen Bewerber dafür, in welchem Umfang der Studienwunsch auch tatsächlich seinen individuellen Neigungen und Fähigkeiten entspricht, verbreitern.

Daneben gilt für die Entscheidung über die Einführung eines bestimmten Auswahlverfahrens als Randbedingung, daß dieses

— nicht zu unvertretbar hohen Kosten führen darf;

— verfahrensmäßig praktikabel sein muß;

— zu rechtlich überprüfbaren Ergebnissen führen muß.

Nach der gesetzlichen Regelung (§§ 32, 33 HRG) muß auch das besondere Auswahlverfahren auf dem Abitur oder einer vergleichbaren Hochschulzugangsberechtigung aufbauen.

Im folgenden werden unter den erwähnten Zielsetzungen und Randbedingungen außer dem Abitur (1) Probestudienzeiten (2), praktische Tätigkeiten (3), Eignungstests (4), Interviews (5) und studienbezogene Leistungsprüfungen (6) als mögliche Elemente des besonderen Auswahlverfahrens erörtert. Ein reines Losverfahren scheidet hingegen nach Auffassung des Wissenschaftsrates als Lösung des Zulassungsproblems aus, da es — abgesehen von seiner mangelnden Vereinbarkeit mit § 33 HRG — die Eignung des jeweiligen Bewerbers für Studium und Beruf außer Betracht läßt.

III. 1. Abitur

Den Beurteilungen im Abitur liegt die Beobachtung der Bewerber während eines längeren Zeitraumes zugrunde. Sie beziehen ein weites Spektrum von Kenntnissen, Begabungen und Verhaltensweisen ein. Diesen, durch kein anderes Feststellungsverfahren ersetzbaren Vorzügen stehen Nachteile gegenüber, die sich vor allem auf die Rückwirkungen auf die Lernsituation in der Schule, auf die unbefriedigenden Vergleichsmaßstäbe, aber auch auf die Einseitigkeit einer primär an den Schulleistungen orientierten Bewerberauswahl beziehen. Eine Ergänzung der durch das Abitur und vergleichbare Abschlüsse nachgewiesenen allgemeinen Studierfähigkeit durch ein die besondere Studierfähigkeit in einem bestimmten Fach nachweisendes Feststellungsverfahren ist daher grundsätzlich sinnvoll.

Nach § 32 Abs. 3 Nr. 1 HRG sollen diejenigen Schulfächer, die über die Eignung für den jeweiligen Studiengang besonderen Aufschluß geben können, gewichtet werden. Ähnliches sieht § 33 Abs. 2 HRG für das besondere Auswahlverfahren vor. Allerdings ergibt sich die Schwierigkeit, die jeweils besonders aufschlußreichen Fächer zu bestimmen. Ein eigenes Problem ist es überdies, daß die Einführung einer solchen Lösung eines erheblichen zeitlichen Vorlaufs bedarf, damit die Betroffenen sich angemessen darauf einstellen können.

III. 2. Probestudienjahr

Ein Probestudienjahr soll dem Bewerber die Möglichkeit geben, Einblick in das gewählte Studium zu nehmen. Es soll ferner die Voraussetzung dafür schaffen, daß das Leistungsniveau der Bewerber an seinem Ende unabhängig von den jeweiligen schulischen Bedingungen aufgrund einer vergleichbaren Vorbildung und aufgrund vergleichbarer Bewertungsmaßstäbe festgestellt werden kann.

Ein Probestudienjahr wäre damit geeignet, die negativen Auswirkungen des derzeitigen Zulassungsverfahrens auf die Schule zu vermeiden oder doch zu vermindern. Es könnte auch die Objektivität der Zulassungsentscheidungen erhöhen, wofür allerdings — sofern eine bundesweite Rangliste der Bewerber aufgestellt werden soll — einheitliche Prüfungen (z. B. analog dem derzeit für die Medizin ohnehin geltenden Prüfungsverfahren) einzuführen wären.

Gegen die Einführung eines Probestudienjahres spricht jedoch, daß nach dem derzeitigen Gang des Medizinstudiums, wie er auch in den vorliegenden Empfehlungen zugrunde gelegt wird, im ersten Studienjahr vorwiegend Kenntnisse in den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern der Medizin vermittelt werden. Die stärker auf den ärztlichen Beruf ausgerichteten Lehrveranstaltungen beginnen in der Regel erst nach dem ersten Studienjahr. Zur Selbstprüfung des Bewerbers unter den besonderen Anforderungen des ärztlichen Berufs ist das erste Studienjahr daher nicht geeignet. Ebensowenig läßt sich aufgrund des Probestudienjahres die Berufseignung des jeweiligen Bewerbers voraussagen, da eine Aussage hierüber nicht auf den schmalen Bereich intellektueller und theoretisch ausgerichteter Befähigungen in den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern beschränkt werden kann.

Zu prüfen bliebe daher allenfalls, ob eine Auswahl nach dem ersten Studienjahr eine sichere Voraussage des Studienerfolgs, jedenfalls in dem eingeschränkten Sinne der relativ besseren Noten im Abschlußexamen, erlaubt. Allerdings würde die Aufnahme aller Bewerber in das erste Studienjahr mit Sicherheit zu erheblich ungünstigeren Studienbedingungen führen. Für die dann zu erwartenden großen Studentenzahlen wären zusätzliches Personal, Laborarbeitsplätze in Biologie, Chemie und Physik erforderlich, die auf absehbare Zeit in dem benötigten Umfang voraussichtlich nicht zur Verfügung gestellt werden könnten. Berücksichtigt man schließlich, daß der überwiegende Teil der Bewerber nach dem Probestudienjahr das Medizinstudium abbrechen müßte, in der Regel ohne die in dem ersten Jahr erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten verwenden zu können, so ist die Einführung eines Probestudienjahres wegen der dafür notwendigen Investitionen auch aus wirtschaftlicher Sicht abzulehnen.

III. 3. Praktische Tätigkeiten

Eine dem Studienbeginn vorgeschaltete und auf das Studienziel ausgerichtete praktische Tätigkeit brächte den Vorteil, daß der Studienbewerber sich vor Beginn des Studiums im künftigen Berufsfeld orientieren sowie seine Eignung und seine Bereitschaft zu einem helfenden Engagement bei Kranken selbst prüfen könnte. Gleichzeitig könnte er erste Erfahrungen sammeln, die ihm während seines späteren Studiums und seiner Berufstätigkeit von Nutzen wären. Infrage kommen hierfür eigens eingerichtete Praktika oder auf das Studium ausgerichtete mit Leistungsnachweisen versehene Tätigkeiten. Dauer und Inhalt des Praktikums müßten so geregelt werden, daß ein verständnisvolles Verhalten dem Kranken, Behinderten oder Gebrechlichen gegenüber, die Sorgfalt in der praktischen Arbeit, das Interesse und die Lernbereitschaft an medizinischen Problemen nicht nur in einer kurzen Zeit besonderer Motivation, sondern über einen längeren Zeitraum hinaus durchgehalten werden müssen. Insofern erscheint ein halbes Jahr praktischer Tätigkeit als Minimum erforderlich, eine Praktikumsdauer bis zu einem Jahr wünschenswert. Für die Durchführung des Praktikums kommen nur anerkannte Einrichtungen in Frage, d. h. in erster Linie Krankenhäuser und andere ärztlich geleitete Einrichtungen wie z. B. Rehabilitationszentren, Alters- und Pflegeheime.

Als ein Instrument der Selbstprüfung wären derartige praktische Tätigkeiten fraglos geeignet. Ihr Beitrag zur Entlastung der Lernsituation in der Schule wäre in Abhängigkeit von dem Gewicht zu messen, das ihnen im Rahmen der Zulassungsentscheidung zukäme. Die Realisierung wäre jedoch nur möglich, wenn es gelänge, eine hinreichende Zahl von Praktikumsplätzen zur Verfügung zu stellen. Dies ist nicht nur, aber entscheidend auch ein finanzielles Problem. Im Zusammenhang hiermit müßte auch die arbeits- und tarifrechtliche Stellung der Praktikanten bedacht werden, wobei Regelungen entsprechend dem freiwilligen sozialen Jahr oder entsprechend dem Bundesausbildungsförderungsgesetz in Frage kämen.

Ein besonderes Problem ist schließlich die Bewertung des Praktikums im Hinblick auf die Zulassungsentscheidung. Einerseits käme eine Bewertung der Praktikumsleistungen selbst durch den verantwortlichen Leiter des Praktikums in Betracht. Hierbei wäre es aber kaum möglich, vergleichbare Bewertungen zu gewährleisten, die die Herstellung einer zuverlässigen Rangfolge unter den Bewerbern erlauben. Alternativen wären studienfachbezogene formalisierte Prüfungen oder Beurteilungen durch Zulassungsausschüsse aufgrund persönlicher Gespräche (Interviews) mit den Bewerbern. Beide müßten auf den im Praktikum erworbenen Kenntnissen und Erfahrungen aufbauen, könnten aber nur dann taugliche Entscheidungsgrundlagen liefern, wenn es gelänge, die Beurteilungskriterien in einer Weise zu definieren, die zumindest für den Bereich einer Hochschule vergleichbare Bewertungen erlaubte. Zu fragen wäre ferner, in welchem Umfang der Ablauf des Praktikums in den Institutionen mit durchaus unterschied-

licher Aufgabenstellung normativ geregelt werden müßte, um vergleichbare Chancen für die anschließenden Bewertungsverfahren herzustellen.

Ist die Zahl der Bewerber im Einzelfall größer als die Zahl der Praktikumsplätze, bedürfte es wiederum eines Auswahlverfahrens für die Zulassung zum Praktikum.

III. 4. Testverfahren

Die Bemühungen von Bund und Ländern, Auswahlverfahren zu entwickeln, die über eine Bewertung der schulischen Leistung hinaus die Einbeziehung weiterer Gesichtspunkte in die Auswahlentscheidung ermöglichen, konzentrieren sich derzeit auf die Ausarbeitung von Testverfahren. Die hierfür bereits vergebenen Entwicklungsaufträge zielen darauf ab, auch Abiturienten ohne „Spitzennoten" die Chance zu eröffnen, Medizin ohne lange Wartezeit zu studieren, indem sie in einem Test ihre „bessere" Eignung für das angestrebte Studium nachweisen. Ferner soll den Bewerbern durch einen Test ein besseres Bild ihrer jeweiligen Leistungsschwerpunkte vermittelt werden, damit sie ihre Berufs- und Studienentscheidung auf eine breitere Grundlage stellen können.

Im Rahmen dieses Ansatzes sollen sich die zu entwickelnden Tests zunächst darauf beschränken, die jeweiligen Startbedingungen für das gewählte Studium als Indiz für den voraussichtlichen Studienerfolg festzustellen. So wird z. B. für einen Medizintest geplant, schlußfolgerndes Denken und Lernfähigkeit, naturwissenschaftliches Verständnis, Aufnahmefähigkeit für Informationen, Formengedächtnis, manuelle Geschicklichkeit, optisches Wahrnehmungsvermögen, Fähigkeit zu genauer Beobachtung, räumliches Vorstellungsvermögen, Arbeitsplanung etc. in den Test einzubeziehen. Auf charakterliche Merkmale, die für den Erfolg im Beruf häufig erhebliches Gewicht haben (z. B. ausgeprägte Vertrauenswürdigkeit, Kontaktfähigkeit, Verschwiegenheit), erstrecken sich die geplanten Tests nicht. Die Einbeziehung derartiger Persönlichkeitsmerkmale in ein Auswahlverfahren kann — abgesehen von sachlichen Schwierigkeiten — auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßen.

Die Arbeiten zur Entwicklung der Tests haben begonnen. Die Tests sollen nach den derzeitigen Planungen im Sommer 1977 vorliegen, wobei angestrebt wird, zum Wintersemester 1978/79 erstmalig ein Feststellungsverfahren im Sinne des § 33 HRG durchzuführen. Ob sich diese Zielsetzungen verwirklichen lassen, läßt sich derzeit allerdings nicht absehen.

Eine besondere Schwierigkeit der Testentwicklung in der Medizin liegt darin, daß der ärztliche Beruf ein sehr breites Spektrum von Fähigkeiten und Eigenschaften aufweist, die sich in der Person des einzelnen Arztes in unterschiedlicher Weise kombinieren und damit

zu spezifischen Leistungsprofilen führen. Dem entsprechen unterschiedliche Anforderungen der zahlreichen ärztlichen Tätigkeitsbereiche. So sind die Anforderungen an den Chirurgen anders als die an den Psychiater, die Anforderungen an den Arzt für Allgemeinmedizin anders als die an den Laborarzt im Großkrankenhaus oder gar an den künftigen Forscher.

Unter dem Aspekt dieser unterschiedlichen Anforderungen ist es folgerichtig, für die Testentwicklung von vornherein auf die Feststellung einer eben nicht zu definierenden Erfolgswahrscheinlichkeit im Beruf zu verzichten und sich auf den engeren Ansatz der Feststellung der Erfolgswahrscheinlichkeit im Studium zu beschränken. Indessen stellen sich hiermit eigene Probleme:

— Geht man davon aus, daß — entsprechend den Regelungen des Hochschulrahmengesetzes — in einem Test nicht erneut die Kenntnisse geprüft werden sollen, die bereits im Abitur oder dem entsprechenden Nachweis der Studienberechtigung bewertet worden sind, so stellen sich zwei Fragen: Einmal welche zusätzlichen Merkmale sind für den Studienerfolg im Fach Medizin von wesentlicher Bedeutung, und ferner welches Gewicht soll ihnen in der Zulassungsentscheidung zukommen. Berücksichtigt man, daß in jede Studienleistung in der Regel unterschiedliche Kenntnisse und Fähigkeiten eingehen, die sich zum Teil ergänzen, zum Teil aber auch wechselseitig kompensieren, so werden die Schwierigkeiten des Versuchs deutlich, diese unterschiedlichen Fähigkeiten und Kenntnisse durch quantitative Gewichtung in ein Verhältnis zueinander zu bringen, das es erlaubt, eine eindeutige Rangfolge der Bewerber als Grundlage einer Zulassungsentscheidung aufzustellen.

— Hinsichtlich der in den Test einzubeziehenden Fähigkeiten und Eigenschaften stellt sich ferner die Frage, ob sie im Vergleich der Bewerber untereinander mit einer solchen Trennschärfe festgestellt werden können, daß sie, zumal im Grenzbereich von Zulassung und Nichtzulassung, eine gesicherte Entscheidungsgrundlage ergeben.

— Von geringer Bedeutung für die Zulassungsentscheidung sind solche Eigenschaften und Kenntnisse, die ohnehin bei der ganz überwiegenden Mehrzahl der Bewerber in dem für die Ausübung des ärztlichen Berufs erforderlichen, aber auch ausreichenden Mindestmaß vorhanden sind. Dies ist für eine Reihe von Eigenschaften, deren Prüfung durch Tests diskutiert wird, z. B. für Eigenschaften wie das optische und akustische Wahrnehmungsvermögen oder das räumliche Vorstellungsvermögen, nicht auszuschließen. Diese Eigenschaften könnten daher nur als Negativkriterien dienen: Bewerber, die diese Eigenschaften nicht in dem notwendigen Mindestumfang aufweisen, sind auszuschließen.

— Die Fähigkeiten, die im Test festgestellt werden sollen, sind in unterschiedlichem Umfang erlernbar. Dies ist einer der Gründe,

weshalb Tests nicht innerhalb kurzer Zeit wiederholbar sind. Ein vorzeitiges Bekanntwerden der Testaufgaben, die wegen des Entwicklungs- und Standardisierungsverfahrens, das jede Einzelaufgabe erfordert, in absehbarer Zeit nicht wie Prüfungsaufgaben gepoolt und unter Geheimhaltung abgerufen werden können, könnte die Ergebnisse der Tests verzerren. Aber selbst wenn die zu prüfenden Fähigkeiten in der Vorbereitung auf einen Test kurzfristig nicht erlernbar wären, wäre doch zu fragen, ob sie der Student nicht innerhalb eines Studiums unschwer erwerben könnte. In diesem Falle könnte ihr Fehlen bei Aufnahme des Studiums eine negative Zulassungsentscheidung nicht oder nur sehr begrenzt rechtfertigen.

— Offen ist schließlich, ob psychologische Tests, die bisher vorwiegend zu diagnostischen und beratenden Zwecken entwickelt worden sind, in einer Situation, die mit schwerwiegenden Entscheidungen über die berufliche Zukunft der getesteten Personen verbunden ist, ohne eine wesentliche Verfälschung der Ergebnisse anwendbar sind.

— Gelänge es, trotz dieser Schwierigkeiten Tests mit hinreichendem Aussagewert im Hinblick auf den Studienerfolg in der Medizin zu entwickeln, so bliebe dennoch zu fragen, ob dies nicht zwangsläufig mit einer im Vergleich zu den vielfältigen Anforderungen an den Arzt in den verschiedenen Berufsbereichen zu einseitigen Gewichtung bestimmter, z. B. kognitiver Fähigkeiten verbunden wäre. Je enger das Spektrum der in einem Test über die Abiturleistungen hinaus zu erfassenden Fähigkeiten und Kenntnisse ist, desto geringer ist das Gewicht, das ihnen in der Zulassungsentscheidung zugemessen werden kann. Die Zulassung beruht dann im wesentlichen auf den im Abitur nachgewiesenen Kenntnissen und Fähigkeiten, mit der Gefahr einer einseitigen Bewerberauswahl. Das bisher geltende Zulassungsverfahren bietet demgegenüber den Vorteil, daß es neben den durch die hervorragenden Abiturleistungen nachgewiesenen intellektuellen Fähigkeiten einem sehr breiten Spektrum unterschiedlicher Begabungen den Zugang zum Arztberuf über die Warteliste eröffnet; allerdings mit schwerwiegenden sozialen Problemen, verursacht durch Wartezeiten von sechs bis acht Jahren.

Zu den angeschnittenen Fragen liegen wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse zum Teil noch nicht vor. Deshalb wird die Realisierbarkeit von Tests als Instrument der Zulassungsregelung, zumal auch die Möglichkeit ihrer raschen Bereitstellung, von Vertretern der betroffenen Wissenschaftsdisziplinen unterschiedlich eingeschätzt. Von der Art der in einem Test zu erfassenden Fähigkeiten und Kenntnisse und ihrem jeweiligen Gewicht innerhalb der Zulassungsentscheidung hängt es ab, in welchem Umfang Tests den einleitend beschriebenen Zielsetzungen genügen können.

III. 5. Interviews

Während sich ein als Grundlage von Zulassungsentscheidungen zuverlässiger Test auf einen vergleichsweise schmalen Bereich von Fähigkeiten und Kenntnissen beschränken muß, kann in einem Interview durch einen Zulassungsausschuß ein wesentlich breiteres Spektrum von Fähigkeiten, Motiven und Persönlichkeitsmerkmalen der Bewerber erfaßt werden. Durch die Vielzahl der Interviewer und ihre unterschiedlichen Beobachtungs- und Bewertungsweisen vermeidet das Interview eine Einseitigkeit in der Bewerberauswahl, die gerade für einen Beruf nachteilig wäre, der — wie derjenige des Arztes — sehr unterschiedliche Betätigungsfelder bietet.

Der Nachteil des Interviews liegt demgegenüber in einem relativ hohen Maß an Subjektivität, das in die Wertungen einfließt. Die Anwendbarkeit von Interviews könnte deshalb begrenzt sein, weil Interviews unter Umständen nicht in ausreichendem Maße justitiabel sind und nicht ohne weiteres zu einer klaren Rangfolge führen. Als Element von Zulassungsentscheidungen können Interviews deshalb nur Anwendung finden, wenn sie in Form eines strukturierten, an gemeinsamen Standards ausgerichteten Prüfungsgesprächs durchgeführt werden. Wegen des damit verbundenen Verwaltungsaufwandes, der begrenzten zeitlichen Belastbarkeit der Interviewer sowie ihrer notwendigen gleichartigen Vorbereitung kann das Interview im Zweifel nur für einen begrenzten Studienbewerberkreis in Betracht gezogen werden. Dabei ist insbesondere an den Bewerberkreis in einer Bandbreite um die Zulassungsgrenze zu denken.

III. 6. Studienfachbezogene Prüfungen

Außerhalb der Hochschulen werden in vielen Ausbildungseinrichtungen, die unter Bewerbern auswählen müssen, fachbezogene Prüfungen durchgeführt. Ihr Vorteil ist, daß die Prüfungsgegenstände auf der Basis der Lehrfächer ohne zeitraubende Validierungsverfahren bestimmt und daraus ein Pool entsprechender Prüfungsfragen entwikkelt werden könnte. Das macht einheitliche Prüfungs- und Auswertungsverfahren möglich. Der Bewerber könnte sich auf derartige Prüfungen vorbereiten und durch einen eigenen Leistungsbeitrag seine Erfolgschancen erhöhen. Die Prüfung wäre wiederholbar.

Indessen gelten diejenigen Einwände, die hinsichtlich der Bestimmung geeigneter, das Abitur ergänzender Kenntnisse und Fertigkeiten gegenüber der Entwicklung von Testverfahren geltend gemacht wurden, teilweise auch für ein solches Prüfungsverfahren. Insbesondere stellt sich auch hier die Frage nach einer möglichen Einseitigkeit der Bewerberauswahl. Zudem ist die Gewichtung derartiger „punktueller Prüfungen" im Verhältnis zu den Abiturleistungen, deren Beurteilung auf einen längeren Beobachtungszeitraum zurückgreifen kann, proble-

matisch. Das stärkste Argument gegenüber solchen „Hochschuleingangsprüfungen" ist gegenwärtig die Überlastung der Hochschulen, die eine Übernahme der Durchführung solcher Prüfungen nicht möglich erscheinen läßt. Allerdings würde ein solches Prüfungsverfahren, verglichen mit anderen, derzeit erwogenen Verfahren, wahrscheinlich den geringsten Aufwand erfordern und — bei entsprechender Ausgestaltung — gleichzeitig den Vorteil der Objektivität, Einheitlichkeit und Wiederholbarkeit bieten.

B. IV. Stellungnahme des Wissenschaftsrates

Für die Entscheidung über die letztlich einzuführenden Zulassungsregelungen ist zwischen längerfristigen Lösungen und kurzfristigen Übergangsregelungen zu unterscheiden.

IV. 1. Längerfristige Lösungen

Nach Erörterung der derzeit erkennbaren Möglichkeiten für alternative Zulassungsverfahren in der Medizin ist der Wissenschaftsrat der Auffassung, daß die Erkenntnisgrundlagen noch nicht so weit geklärt sind, daß bereits jetzt eine Entscheidung für die längerfristig optimale Lösung möglich wäre. Besonders gilt dies für die Frage, wie unterschiedliche Elemente innerhalb eines Feststellungsverfahrens, insbesondere auch im Verhältnis zu den Abiturnoten, gewertet werden sollen. Dies kann erst beurteilt werden, wenn die jeweiligen Verfahren anwendungsfähig entwickelt sind.

Diese Feststellung impliziert die Notwendigkeit, mit Nachdruck um die weitere Klärung der Erkenntnisgrundlagen bemüht zu sein. Dies bedeutet einerseits, daß sich die beteiligten Wissenschaftsdisziplinen, insbesondere die Medizin und die Psychologie, intensiv um die Klärung der mit dem Einsatz von Tests verbundenen Probleme bemühen sollten. Andererseits dürfen aber die Entwicklungsarbeiten nicht in Vorwegnahme der Ergebnisse einseitig auf einen einzigen Lösungsansatz konzentriert und damit Zwänge geschaffen werden könnten, diesen auch tatsächlich zu realisieren, selbst wenn er sich nach Abschluß der Entwicklungsarbeit als mit erheblichen Nachteilen verbunden erweisen sollte.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt deshalb, neben den Arbeiten zur Entwicklung von Tests auch die Möglichkeit und die rechtliche Zulässigkeit einer Einbeziehung von praktischer Tätigkeit und strukturierten Interviews in die Zulassungsentscheidungen weiter zu prüfen, insbesondere aber auch die Überlegungen fortzuführen, wie die Aussagefähigkeit des Abiturs, z. B. durch Gewichtung der für die Medizin relevanten Schulfächer, erhöht werden kann.

IV. 2. Übergangsregelungen

Bei den Schwierigkeiten, die mit der weiteren Klärung der Zulassungsproblematik in der Medizin verbunden sind, ist es zweifelhaft, ob endgültige Lösungen rasch zu erzielen sind. Deshalb kommt der Einführung tauglicher Übergangsregelungen besondere Bedeutung zu. Hierbei muß nicht nur ein möglichst schneller Abbau der derzeitigen Warteliste angestrebt, sondern vor allem auch ein weiterer Aufstau von Bewerbern vermieden werden.

Bei den weiteren Überlegungen für Übergangsregelungen sollte dabei insbesondere geprüft werden, ob der Versuch, alle Bewerber — sei es auch durch Kombination verschiedener Verfahren — in eine bundesweite einheitliche Rangfolge zu bringen, ein tauglicher Lösungsansatz für kurzfristig einführbare Verfahren sein kann. Die oben beschriebenen Zielsetzungen sind sämtlich relevante Gesichtspunkte für die Gestaltung eines Zulassungsverfahrens. Sie sind aber durch die einzelnen Lösungsansätze in unterschiedlichem Grade realisierbar. Der Versuch, die Vorteile aller denkbaren Verfahren zu kombinieren und dabei die Kombination ihrer Nachteile zu vermeiden, insbesondere aber willkürliche Gewichtungen einzelner Elemente zu umgehen, wirft eigene Probleme auf. Deshalb muß für eine Übergangsregelung — wie sie in § 72 HRG vorgesehen ist — vor allem die Möglichkeit erwogen werden, die verschiedenen Lösungsansätze zunächst nebeneinander in der Weise zu praktizieren, daß z. B. ein bestimmter Anteil der Bewerber weiterhin nur aufgrund der Abiturleistungen (gegebenenfalls unter besonderer Gewichtung einzelner Fächer), ein weiterer Anteil zusätzlich zu den Abiturleistungen aufgrund von Tests und der verbleibende Anteil zusätzlich zu den Abiturleistungen aufgrund eines Interviews mit einem vorhergegangenen Praktikum oder ohne ein solches zugelassen wird.

In einem solchen Verfahren wären bei einem Teil der Bewerber nach wie vor allein die im Abitur nachgewiesenen Leistungen für den Zugang zum Medizinstudium ausschlaggebend. Für einen anderen Teil der Bewerber würden Tests und Interviews in einer Erweiterung des Beurteilungsspektrums eine zusätzliche Zulassungschance eröffnen. Auf diese Weise könnten neue Elemente in das Zulassungsverfahren eingeführt werden, ohne daß das Abitur generell zugunsten dieser noch nicht vollständig abgesicherten Verfahren entwertet würde. Diese „partielle" Einführung weiterer Zulassungselemente böte ferner die Möglichkeit, Erfahrungen mit neuen Lösungsansätzen zu sammeln, deren systematische Auswertung die Grundlagen schaffen könnte, auf längere Sicht die Bedeutung zu bestimmen, die den neu eingeführten Verfahrensbestandteilen im Zulassungsverfahren zukommen kann. Nur falls sich diese Möglichkeiten in absehbarer Zeit nicht realisieren lassen, wäre — entsprechend § 72 HRG — ein gewichtetes Losverfahren in Betracht zu ziehen.

C.
Forschung in der Medizin

Forschung dient in der Medizin in erster Linie der Verbesserung der Methoden, Krankheiten zu erkennen, zu behandeln und geeignete Vorbeugungsmaßnahmen zu treffen. Sie begleitet das ärztliche Handeln mit dem Ziel einer ständigen Überprüfung und Objektivierung seiner Grundlagen und ist eine unabdingbare Voraussetzung wissenschaftlicher Lehre.

Zu Fragen der Forschung in der Medizin hat der Wissenschaftsrat unter anderem in seinen Anregungen zur Gestaltung neuer Hochschulen [1]), den Medizinempfehlungen von 1968 sowie in den Empfehlungen zur Organisation, Planung und Förderung der Forschung [2]) Stellung genommen. Im folgenden sollen einige Gesichtspunkte angesprochen werden, die als eine Orientierung für weitere Überlegungen dienen können. Eine umfassende Bestandsaufnahme und Bewertung der Forschung in der Medizin erschien dagegen im Rahmen dieser Empfehlungen nicht möglich.

C. I. Träger der Forschung und Mittelaufwand

Die öffentlich finanzierte medizinische Forschung stützt sich in der Bundesrepublik vorwiegend auf die Hochschulen. In der Grundlagenforschung bieten medizinisch ausgerichtete Max-Planck-Institute wertvolle Ergänzungen, ebenso einige in Verbindung mit Hochschulen stehende Institutionen, wie das Krebsforschungszentrum in Heidelberg oder das Diabetes-Forschungsinstitut in Düsseldorf [3]).

Neben der öffentlich geförderten Forschung ist die medizinische Forschung in der pharmazeutischen Industrie sowie in der mit der Herstellung von medizinischen Apparaturen befaßten Industrie ein beachtlicher Faktor.

Als Teil der Hochschulen hat auch die Medizin in den vergangenen 15 Jahren an der Expansion dieses Bereichs teilgenommen. Eine Abschätzung der für die medizinische Forschung aufgewendeten Mittel ist allerdings gegenwärtig nur in begrenztem Umfang möglich. Haus-

1) Wissenschaftsrat, Anregungen zur Gestalt neuer Hochschulen, 1962.
2) Wissenschaftsrat, Empfehlungen zu Organisation, Planung und Förderung der Forschung, 1975, im folgenden Forschungsempfehlungen.
3) Vgl. hierzu Forschungsempfehlungen, Verzeichnis der Forschungseinrichtungen außerhalb der Hochschulen, S. 277 ff.

haltsansätze und Stellenschlüssel lassen nur bedingt Rückschlüsse auf die Forschungssituation in der Medizin zu, da die Ausgaben für die Forschung — von Drittmitteln abgesehen — nicht eigens ausgebracht werden und z. B. in die Stellenvermehrung neben strukturellen Änderungen der Lehre, wie sie in anderen Fächern ähnlich erfolgt sind, vor allem auch Strukturverbesserungen im Bereich der Krankenversorgung, Arbeitszeitverkürzungen und ähnliche Faktoren eingegangen sind.

Trotz dieser Vorbehalte kann davon ausgegangen werden, daß sich das Forschungspotential der Hochschulen auch in der Medizin gegenüber 1960 insgesamt erhöht hat. Dies dokumentiert sich auch in dem beträchtlichen Anteil der Investitionsausgaben für die Medizin am Gesamtvolumen der Investitionen für die Hochschulen, der nach den Anmeldungen der Länder zu den Rahmenplänen für den Hochschulbau etwa 30 % beträgt [1]) und zu einer auch für die Forschung förderlichen Erneuerung von Einrichtungen in einem bemerkenswerten Umfang führt. Dabei sind im Rahmen der Gemeinschaftsfinanzierung für den Hochschulbau und im Rahmen anderer Finanzierungsverfahren nicht zuletzt auch erhebliche Geräteinvestitionen vorgenommen worden, die neben den Aufgaben der Krankenversorgung vor allem auch der Forschung dienen. Hinsichtlich des personellen Ausbaus ist darauf zu verweisen, daß in der Medizin — bei einem im Vergleich zu anderen Fächern insgesamt unterproportionalen Personalausbau — die Zahl der in der Regel forschungsintensiveren Stellen für Professoren und Dozenten von gut 600 im Jahre 1960 auf rund 3 300 im Jahre 1975 und damit deutlich überproportional vermehrt worden ist [2]). Allerdings hat gerade bei den Inhabern dieser Stellen — wie in anderen Bereichen der Hochschule auch — der Umfang der Verwaltungsaufgaben in ganz erheblichem Umfang zugenommen und zu einer Belastung des Zeitbudgets des einzelnen Hochschullehrers geführt, die zum Teil als nicht mehr zumutbar angesehen wird.

Die für Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Medizin von der Deutschen Forschungsgemeinschaft bewilligten Beträge lagen 1975 bei 100,4 Millionen DM. Sie betrugen damit knapp 20 % der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft 1975 bewilligten Mittel. Darunter waren rund 55 Millionen DM für die derzeit 30 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten medizinischen Sonderforschungsbereiche. Auf diese entfiel damit 1975 rund 30 % der im Rahmen des Sonderforschungsbereichsprogramms von der Deutschen Forschungsgemeinschaft vergebenen Mittel [3]).

Die Mittel für die öffentlich geförderten Forschungseinrichtungen der Medizin außerhalb der Hochschulen stiegen von 60 Millionen DM im

---

1) Vgl. Wissenschaftsrat, Empfehlungen zum fünften Rahmenplan für den Hochschulbau, in Empfehlungen und Stellungnahmen 1975, S. 89.

2) Vgl. Anhang 1, S. 216.

3) Vgl. Deutsche Forschungsgemeinschaft, Tätigkeitsbericht 1975, Jahresbericht Bd. I, Wiesbaden 1976, S. 59, 62, 98 f.

Jahre 1963 auf rund 260 Millionen DM im Jahre 1974 [1]). Sie erhöhten sich damit nominal auf mehr als das Vierfache und — berücksichtigt man die eingetretenen Preissteigerungen — auf etwa das Doppelte. Die Ausgaben für Forschungseinrichtungen außerhalb der Hochschulen erreichen in der Medizin einen im Vergleich zu den Ausgaben für die Hochschulkliniken, die 1973 insgesamt 3,2 Milliarden DM ausmachten, nur geringen Betrag. Zu berücksichtigen ist aber, daß die Mittel der Forschungseinrichtungen außerhalb der Hochschulen zu einem sehr viel höheren Anteil der Forschung selbst zugute kommen, da die Ausgaben für die Hochschulkliniken in erheblichem Umfange der Krankenversorgung und der Lehre dienen.

Der Aufwand für medizinische Forschung und Entwicklung in der Industrie läßt sich nur sehr grob abschätzen. Nach Auskunft des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, die sich auf eine Umfrage bei den 25 umsatzstärksten pharmazeutischen Firmen in der Bundesrepublik stützt, kann der Aufwand für Forschung und Entwicklung in diesem Bereich für 1975 auf knapp eine Milliarde DM geschätzt werden. Diese Zahl ist allerdings den Forschungsaufwendungen der Hochschulen wegen des hier erheblich ins Gewicht fallenden Anteils der Entwicklungskosten nicht ohne weiteres vergleichbar.

C. II. Forschungsziele

Der medizinischen Forschung in der Bundesrepublik stehen nach dem Gesagten zweifellos Mittel in einem beachtlichen Umfang zur Verfügung. Es sind jedoch Bereiche erkennbar, in denen in der Bundesrepublik Deutschland ein Forschungsrückstand oder zumindest ein Bedarf an einer wesentlich intensivierten Forschung besteht. Hierzu gehören neben der Grundlagenforschung, vor allem auf dem Gebiet der Krebsforschung [2]), auch die in die praktische Umsetzung von Forschungsergebnissen verweisende Problematik der erhöhten perinatalen Sterblichkeit sowie eine ganze Reihe von Forschungsbereichen, auf die der Graue Plan der Deutschen Forschungsgemeinschaft im einzelnen eingeht (z. B. Psychiatrie und Neurowissenschaften) [3]). Weitere relevante Bereiche der medizinischen Forschung sind die Verbesserung der Vorsorgeuntersuchungen und der Früherkennung von Krankheiten, die Schäden durch Umweltgefahren und die Berufskrankheiten sowie andere Schwerpunkte, die im Rahmenprogramm „Forschung und Technologie im Dienst der Gesundheit", dessen Diskussionsentwurf die Bundesministerien für Jugend, Familie und Gesundheit und für Forschung und Technologie unlängst vorgestellt haben, in ihrer Bedeutung hervorgehoben sind [4]).

---

1) Vgl. Forschungsempfehlungen, S. 383.

2) Vgl. Antwort der Bundesregierung auf eine große Anfrage zum Thema Krebsforschung, BT-Drucksache 7/4815 vom 9. Februar 1976.

3) Deutsche Forschungsgemeinschaft, Aufgaben und Finanzierung V 1976—1978, Boppard 1976.

4) Bundesministerium für Forschung und Technologie, Rahmenprogramm Forschung und Technologie im Dienst der Gesundheit, Entwurf, April 1976.

Der Wissenschaftsrat verweist in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die unbefriedigende Forschungssituation in der Zahnmedizin. Bereits in seinen Empfehlungen zum Ausbau der zahnmedizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten [1]) hat der Wissenschaftsrat auf die Dringlichkeit des verstärkten Ausbaues der wissenschaftlichen Einrichtungen im Bereich der Zahnmedizin hingewiesen. Die Situation hat sich inzwischen dadurch verschärft, daß sich die Konkurrenz zwischen der Praxis und der Hochschule zu Lasten der letzteren verschoben hat. Bereits jetzt bereitet es große Schwierigkeiten, den für Forschung und Lehre erforderlichen Personalbestand zu sichern. Die außergewöhnliche Belastung des in den zahnmedizinischen Hochschuleinrichtungen wirkenden wissenschaftlichen Personals durch Lehraufgaben und der rasche Wechsel im Personalbestand führen dazu, daß Forschungsaufgaben auf dem Gebiet der Zahnmedizin nur noch unter großen Schwierigkeiten in Angriff genommen und weitergeführt werden können. Auf einem für die Gesundheitsvorsorge besonders bedeutungsvollen Gebiet droht — zumal bei undifferenzierter Anwendung genereller Stellensperren und ähnlicher Maßnahmen — eine kaum wieder gutzumachende Unterbrechung der Forschungstätigkeit. Es bedarf hier rascher und wirksamer Maßnahmen, um schwerwiegende Folgen zu vermeiden.

C. III. Strukturelle Verbesserungen der Forschungsbedingungen

Eine Analyse der Forschungssituation der Medizin kann sich indessen nicht darauf beschränken, diejenigen Bereiche zu beschreiben, die derzeit noch nicht in hinreichendem Umfange bearbeitet werden und zu deren Entwicklung mithin ein verstärkter Mitteleinsatz und gezielte Anstrengungen der Forschungsförderung notwendig sind. Vielmehr muß die Frage gestellt werden, ob auch in denjenigen — insbesondere klinischen — Fachgebieten, die ihren gesicherten Platz im Fächerspektrum der Hochschulmedizin haben und vergleichsweise gut ausgestattet sind, die Bedingungen für erfolgversprechende Forschung erfüllt sind, die zu international beachtlichen Ergebnissen führen können. Hierzu ist eine verallgemeinernde Aussage ohne differenzierende Betrachtung der Situation in den einzelnen Fachgebieten sicherlich nicht möglich. Indessen ist unverkennbar, daß einige Länder auf manchen Gebieten der klinischen Forschung einen bedeutenden Vorsprung gegenüber dem Standard in der Bundesrepublik Deutschland haben.

III. 1. Konzentration auf Forschung

Die Gründe für die Defizite in der klinischen Forschung können an dieser Stelle nicht eingehend untersucht werden. Ein wichtiger Faktor liegt sicher in der stärkeren Konzentration von wissenschaftlichem

[1]) a. a. O., S. 117 ff.

Personal und Forschungsmitteln auf einige zentrale Forschungseinrichtungen, wie sie z. B. in den Vereinigten Staaten von Amerika gegeben ist. In diesen besonderen Einrichtungen ist die Zahl der je Bett zur Verfügung stehenden Stellen für wissenschaftliches Personal wesentlich höher als im Durchschnitt der Hochschulkliniken der Bundesrepublik. Das personelle Potential der jeweiligen Einrichtungen wird mithin in wesentlich geringerem Maße von der Aufgabe der Krankenversorgung absorbiert und kann sich dementsprechend stärker auf die Forschung konzentrieren.

Die Konsequenz aus dieser Erkenntnis ist nicht zwangsläufig die Forderung nach einer beträchtlichen Erhöhung der Stellen für wissenschaftliches Personal bei unveränderten Bettenzahlen in den Einrichtungen medizinischer Forschung. Vielmehr muß auch die Folgerung in Betracht gezogen werden, in einzelnen Bereichen zum Teil überhöhte Bettenzahlen bzw. den Umfang der Leistungen der medizinisch-theoretischen Institute auf das unter Lehr- und Forschungsgesichtspunkten notwendige Mindestmaß zu beschränken, um damit eine stärkere Entlastung der Wissenschaftler von Routineaufgaben der Krankenversorgung und einen konzentrierten Einsatz in der Forschung zu erreichen. Für den einzelnen Wissenschaftler wird eine derartige Konzentration der Aktivitäten einer Einrichtung auf die Forschung freilich häufig einen Verzicht auf die mit der Krankenversorgung verbundenen ideellen und materiellen Anreize bedeuten. Derzeit sind — z. B. durch die Möglichkeit der Überstundenvergütung für Dienstleistungen in der Krankenversorgung oder die Beteiligung an Nebeneinnahmen — auch für den jüngeren Arzt in den Kliniken und den klinisch-theoretischen Einrichtungen im Vergleich zu anderen Bereichen der Hochschulen überdurchschnittliche Einkommensmöglichkeiten geboten. Einrichtungen, bei denen die Krankenversorgung im Vordergrund steht, erscheinen deshalb nicht selten als besonders attraktiv und können die Neigung auch des qualifizierten Nachwuchses hemmen, sich auch nur zeitweilig in Einrichtungen der medizinischen Grundlagenforschung zu begeben. Dies führt einerseits dazu, daß diese letzteren Einrichtungen Schwierigkeiten haben, qualifiziertes Personal für die Erledigung ihrer Forschungsaufgaben zu bekommen. Andererseits nehmen in der Klinik tätige Wissenschaftler die Möglichkeiten nicht wahr, das auch für ihre Forschungsrichtungen unerläßliche methodische Rüstzeug an Grundlagenwissen zu erwerben. Um die dem Fortschritt der Medizin dienende Verbindung zwischen klinischer und theoretischer Medizin zu fördern, sollte daher für Ärzte, die an Universitäten tätig sind und die eine Habilitation anstreben, eine zeitweilige Tätigkeit in einem vorklinischen oder klinisch-theoretischen Institut obligatorisch eingeführt werden.

III. 2. Schwerpunktbildung und Verbundplanung

Auch bei einer deutlichen Verstärkung des relativen Gewichtes der Forschung im Gesamtspektrum der Aufgaben einer medizinisch-wis-

senschaftlichen Einrichtung darf freilich die Integration von Krankenversorgung und Forschung nicht aufgegeben werden. Dies bedeutet, daß beide Aufgaben — neben der Lehre — denselben Institutionen zugeordnet bleiben müssen und eine organisatorische Verselbständigung des Forschungsbereiches zur Ermöglichung eines konzentrierteren Mitteleinsatzes nicht angestrebt werden sollte. Vielmehr sollten die organisatorischen Regelungen sicherstellen, daß die Konzentration des Mitteleinsatzes durch eine flexible Bewirtschaftung im Rahmen der jeweiligen Institution erreicht werden kann. Hierzu gehört unter anderem auch die Zentralisierung bestimmter Einrichtungen innerhalb eines Universitätsklinikums.

Eine stärkere Akzentuierung der Forschungsaufgaben in der Hochschulmedizin kann freilich weitreichende strukturelle Konsequenzen haben. So stellt sich einerseits die Frage in welchem Umfange eine überregionale Verbundplanung notwendig ist, um die für eine Konzentration des Mitteleinsatzes notwendigen Schwerpunktbildungen zu erreichen. Ansätze hierfür sind im Programm der Sonderforschungsbereiche sowie in der Schaffung bestimmter Forschungseinrichtungen „an" einzelnen Hochschulen bereits vorhanden. Indessen wird man davon ausgehen müssen, daß die im Rahmen dieses Programms mögliche Mittelkonzentration nicht ausreicht, um die angestrebten Ziele zu erreichen.

Bei der weiteren Planung der medizinischen Forschung sollte deshalb die Frage geprüft werden, ob nicht auch in Deutschland an den Hochschulen einige stärker klinisch orientierte, fächerübergreifende Forschungszentren für bestimmte Gebiete (z. B. Kardiologie, Nephrologie, angeborene Stoffwechseldefekte oder ähnliches) geschaffen werden sollten, zu denen wissenschaftliche Mitarbeiter anderer Hochschulen auch vorübergehend als wissenschaftliche Gäste abgeordnet werden können. Diese strukturellen Konsequenzen verweisen nicht zuletzt auf Überlegungen, wie sie in Abschnitt E zu alternativen Strukturmodellen angestellt werden [1]).

III. 3. Zentrum für klinische Grundlagenforschung

Voraussetzung für den Fortschritt der medizinischen Forschung auch im klinischen Bereich ist die Anwendung von zum Teil technisch-apparativ sehr aufwendigen Methoden, die von der naturwissenschaftlich-theoretischen Forschung entwickelt wurden. Deshalb hat der Wissenschaftsrat in den Medizinempfehlungen von 1968 auf die Notwendigkeit hingewiesen, die auf dem Gebiet der klinischen Grundlagenforschung tätigen Wissenschaftler aus ihrer Isolierung in Laboratorien einzelner Kliniken herauszulösen und eine Einrichtung zu schaffen, die kontinuierliches experimentelles Arbeiten, Gruppenbildung, gegenseitige Kontrolle und Anregung ermöglicht. Diesem Ziel sollte die Einrichtung eines eigenen Zentrums für klinische Grundlagenforschung die-

[1]) Vgl. unten S. 125 ff.

nen, das überdies durch räumliche Zusammenfassung der Apparaturen und sonstiger Mittel deren bessere Ausnutzung ermöglichen sollte[1]).

Der Vorschlag, ein Zentrum für klinische Grundlagenforschung einzurichten, ist bisher in der Bundesrepublik Deutschland nicht realisiert worden. Offenbar überwog die Befürchtung, durch die Errichtung eines solchen Forschungszentrums einerseits in eine zu starke Isolierung gegenüber der klinischen Praxis, andererseits in eine zu starke Abhängigkeit von den „Methodenspezialisten", also des bei aufwendigen Großgeräten unentbehrlichen Stammpersonals, zu geraten. Dagegen haben sich an verschiedenen Universitäten Arbeitsgruppen gebildet, in denen in einer „Querstruktur" zu der durch die verwaltungsmäßige Gliederung in Abteilungen, Institute und Kliniken vorgegebenen Struktur naturwissenschaftlich-theoretische und klinisch orientierte Wissenschaftler zusammenarbeiten.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, solche Formen der Kooperation durch die Vergabepolitik der für die Bewilligung von Forschungsmitteln zuständigen Stellen nachhaltig zu fördern. Er geht hierbei davon aus, daß die Errichtung eigener Zentren für klinische Grundlagenforschung an allen medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten derzeit offenbar überwiegend als ein nicht erfolgversprechender Weg angesehen wird und deshalb kaum Realisierungschancen haben dürfte. Allerdings sollten an einigen Hochschulen, an denen nach den baulichen Gegebenheiten und der derzeit vorhandenen Fachgliederung die Schaffung angemessener Bedingungen für die Grundlagenforschung im Rahmen der bestehenden Abteilungen bzw. Zentren und Kliniken nicht möglich ist, derartige Einrichtungen modellhaft zur Intensivierung der Forschungsarbeit im Bereich der medizinischen Grundlagenforschung geschaffen werden.

III. 4. Einzelne Einrichtungen zur Unterstützung der Forschung

a) Zentralregister

In der medizinischen Forschung spielt die Gewinnung einer ausreichenden Zahl vergleichbarer Untersuchungsfälle eine besondere Rolle, da nur dann statistisch gesicherte Schlüsse gezogen werden können. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat deshalb auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie Zentralregister — so für Lymphknoten (Kiel) oder Nierenuntersuchungen (Tübingen) oder Pleuramesothelionie bei Asbeststaubbelastung (Dortmund) — bei jeweils besonders spezialisierten Forschergruppen angesiedelt und finanziert.

Derartige Register stehen allen Kliniken und Wissenschaftlern zur Verfügung, um fachlichen Rat einzuholen und um der das Register verwaltenden Forschergruppe, aber auch anderen Forschern Gelegenheit zu bieten, anhand eines größeren Materials Vergleichsuntersuchungen anzustellen und Spezialfragen zu beantworten.

1) Vgl. a. a. O., S. 66 ff.

Die bestehenden Register haben sich wissenschaftlich bereits außerordentlich bewährt und sollten weiterhin gefördert bzw. auf andere Gebiete ausgeweitet werden. Hierbei sollten allerdings Erfahrungen aus der Anfangsphase der bisherigen Register berücksichtigt werden. Die Einsendung von seiten der behandelnden Ärzte sollte über den örtlich zuständigen Fachwissenschaftler laufen und nicht unmittelbar an das Register gerichtet werden. Ferner muß durch die Ausstattung des Registers sichergestellt werden, daß die erhobenen Befunde dem jeweiligen Einsender auch rasch zugänglich gemacht werden können. Register können ihre Funktion schließlich nur dann entfalten, wenn sie nicht zu einer übertriebenen Monopolisierung bestimmter Kenntnisse und Erfahrungen führen. Deshalb müßte vor allem durch die Eröffnung von Gastarbeitsplätzen und die strikt zu handhabende Verpflichtung zu Fortbildungsveranstaltungen auf der Basis der Forschungsergebnisse des Zentralregisters für die Weitergabe der gewonnenen Erfahrungen und Kenntnisse Sorge getragen werden.

b) Dienstleistungseinrichtungen

Medizinische Forschung bedarf, auch wenn man von der Konzentration bestimmter apparativer Ausstattungen in einem klinischen Grundlagenforschungszentrum absieht, der Unterstützung durch bestimmte zentralisierte Serviceeinrichtungen. Hierzu gehört — nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt rationeller Nutzung — eine Konzentration aufwendiger Großgeräte (z. B. Massenspektographen, Elektronenmikroskope) auf Servicegrupppen mit eingearbeitetem, beratungswilligem Stammpersonal. Hierzu gehört weiterhin ein gemeinsames Tierversuchszentrum, da eine dezentrale Ansiedlung von Tierställen aus hygienischen wie aus Gründen einer rationellen Betriebsorganisation wenig zweckmäßig ist. Diese Zentraleinrichtungen sind zwar kostenaufwendig, bilden aber mit den nur dort streng durchführbaren Kontrollen auf Reinheit der Tierzuchten und auf Infektionsabwehr die Voraussetzung für qualifizierte tierexperimentelle Forschung. Die Laboratorien in der Bundesrepublik bleiben hier vielfach weit hinter dem internationalen Standard zurück. Hinsichtlich anderer für Forschung nutzbarer zentraler Einrichtungen (z. B. Einrichtungen für Dokumentation und Statistik, Zentrallabor) wird auf das Organisationskapitel verwiesen [1]).

C. IV. Verbesserung der personellen Bedingungen der Forschung

IV. 1. Aufbaustudium

Die Notwendigkeit, sich auch im Rahmen klinischer Forschung in verstärktem Maße mit den Methoden und Erkenntnissen der naturwissenschaftlich-theoretischen Grundlagenfächer vertraut zu machen, erfor-

[1]) Vgl. auch unten S. 96 ff.

dert, daß in verstärktem Maße die Möglichkeiten hierfür geschaffen werden. Hierzu ist insbesondere notwendig, für den wissenschaftlichen Nachwuchs ein Ausbildungsangebot im Rahmen entsprechender Aufbaustudien bereit zu stellen.

Das vom Wissenschaftsrat in diesen Empfehlungen formulierte Ausbildungsziel kann in einem wissenschaftlichen Studium von sechs Jahren Dauer erreicht werden. Der Erwerb weitergehender Kenntnisse, die Voraussetzung für eine erfolgreiche Forschungstätigkeit sind, setzt in der Regel erst nach dem Staatsexamen und damit zu einem relativ späten Zeitpunkt ein. Nicht zuletzt aus diesen Gründen hat der Wissenschaftsrat bereits 1966 in seinen Empfehlungen zur Neuordnung des Studiums an den wissenschaftlichen Hochschulen den Vorschlag gemacht, bereits nach dem ersten Teil des Staatsexamens — nach dem vierten Studienjahr — einen Parallelstudiengang mit ausgesprochen naturwissenschaftlicher Orientierung abzuzweigen. Ziel dieses Studiengangs, der nach den damaligen Vorstellungen nicht zur Approbation und insofern auch nicht zu einem Heilberuf führen sollte, war die Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses für die theoretischen Institute und Kliniken [1]).

Die Schwäche dieses Konzepts liegt in der Beschränkung auf eine theoretische Tätigkeit. Es müßte eine Lösung gefunden werden, die zur vollen Approbation führt, da nicht nur von seiten der Studenten, sondern auch vom Fach selbst her ein Interesse daran besteht, daß diese mit besonderer Akzentsetzung auf wissenschaftliche Betätigung ausgebildeten Kräfte auch in der Klinik wirken und zumindest vorübergehende Erfahrungen in der praktischen ärztlichen Tätigkeit haben.

Deshalb empfiehlt sich eher ein gezieltes Lehrangebot weiterführender theoretischer Grundlagenwissenschaften ab dem zweiten klinischen Ausbildungsabschnitt und ein sinnvoll gegliedertes, curricular durchdachtes zweijähriges Aufbaustudium nach dem Staatsexamen. Die Ableistung des Praktischen Jahres an den Universitätskliniken sollte bevorzugt den künftigen Aufbaustudenten vorbehalten werden.

Während des Aufbaustudiums sollte die Möglichkeit bestehen, mit einer anspruchsvollen Arbeit zu promovieren. Das theoretische Basiswissen würde dadurch verbreitert und der unmittelbare Einstieg in die wissenschaftliche Arbeit ermöglicht.

Das Ziel einer möglichst frühzeitigen Weichenstellung in Richtung einer wissenschaftlichen Betätigung wäre durch diesen Vorschlag nicht so gut erreichbar wie bei dem ursprünglich vom Wissenschaftsrat empfohlenen Zweigstudiengang. Dieser Nachteil würde aber aufgewogen durch die größere berufliche Beweglichkeit, die dadurch gesichert wird, daß die Absolventen des Aufbaustudiums die volle ärztliche Ausbildung erfahren haben. Ein eher forschungsbezogener Teil

---

1) Vgl. a. a. O., S. 70 ff.

der Lehrinhalte, der sich derzeit in den Gegenstandskatalogen, vor allem der medizinisch-theoretischen Fächer findet, könnte auf das Aufbaustudium verlagert, die ärztliche Grundausbildung davon entlastet und stärker auf das ärztliche Handeln ausgerichtet werden.

Der Vorschlag eines theoretisch-medizinischen Aufbaustudiums ergänzt insoweit unter dem Gesichtspunkt der Forschungsförderung die Empfehlungen zum Ausbildungsziel und des sich hieraus ergebenden Curriculums.

IV. 2. Förderung der personellen Mobilität und des internationalen Austausches

Zur Erweiterung ihres wissenschaftlichen Erfahrungshorizontes, ihrer Kritikfähigkeit, ihrer Methodenkenntnisse und zur Aufnahme von Anregungen zur Planung und Durchführung von Forschungsvorhaben auf international anerkanntem Niveau sollten junge Wissenschaftler ihre Ausbildung nicht nur an e i n e r Institution erhalten. Wünschenswert ist auch ein vorübergehender Aufenthalt an einer wissenschaftlich anerkannten Ausbildungsstätte im Ausland. Derzeit herrscht in dieser Hinsicht eine besorgniserregende Immobilität. Sie betrifft nicht nur die Studenten, die aufgrund des Numerus clausus und der Verfahren zur Vergabe von Studienplätzen nicht mehr den Studienort wie früher, u. U. sogar mehrfach, wechseln; sie betrifft auch die wissenschaftlichen Mitarbeiter während ihrer fachlichen Weiterbildungsphase. Ein Wechsel an andere Hochschulen oder gar ins Ausland gehört zu den Ausnahmen. Dadurch wird ein wissenschaftlicher Provinzialismus gefördert. Die Gewährung von Weiterbildungsstipendien, ausreichenden Reisekostenbeihilfen für junge Wissenschaftler und die Bereitstellung von Mitteln für ausländische Wissenschaftler sind Voraussetzungen dafür, daß das Niveau internationaler Forschung erreicht oder gehalten wird. Es wäre leichtfertig, dies als „Kongreßtourismus" abzutun. Eine Verminderung der Mittel auf diesem Sektor trifft die Forschung ähnlich stark wie eine Reduktion von Mitteln für die Ausstattung der wissenschaftlichen Bibliotheken, den Austausch wissenschaftlicher Sonderdrucke oder die Ausstattung von Dokumentationszentren.

IV. 3. Probleme des Personaleinsatzes

In den Universitätskliniken wird nicht nur der Hochschullehrernachwuchs, sondern auch ein Teil derjenigen Ärzte ausgebildet, die später leitende Positionen an außeruniversitären Krankenhäusern einnehmen. Die Habilitation ist in der Medizin zu einem wichtigen Qualifikationsnachweis für leitende ärztliche Tätigkeiten auch außerhalb der Hochschule geworden. Deshalb muß die Ausbildung und Förderung des Nachwuchses auf eine möglichst breite klinische Erfahrung hin angelegt werden. Dabei muß gleichzeitig die Möglichkeit zum Ein-

dringen in spezielle engere Themenbereiche als Voraussetzung zur medizinischen Forschung geboten werden.

Die Planung des Einsatzes der Nachwuchskräfte in den Universitätskliniken und medizinischen Instituten muß eine Personalrotation unter dem Aspekt des Erwerbs sowohl klinischer Erfahrungen, als auch des Erwerbs methodischer und theoretischer Kenntnisse in der Forschungsarbeit vorsehen. Lassen sich Literatur- und Materialsammlung als Teilaspekt wissenschaftlicher Arbeit allenfalls noch neben der Krankenversorgung durchführen, so braucht experimentelle Forschungsarbeit die volle Hinwendung und Arbeitskraft. Sie kann nicht neben einem vollen Einsatz in der Krankenversorgung bewältigt werden. Daraus folgt, daß ärztliche Mitarbeiter während bestimmter Teilabschnitte ihrer Ausbildung von der Krankenversorgung freigestellt werden müssen, um sich ganz der Bearbeitung von Forschungsaufgaben widmen zu können.

Ein ausreichender Grundbestand an Planstellen für wissenschaftliches Personal — als wissenschaftlicher Mitarbeiter oder als Hochschulassistent — ist Voraussetzung für effiziente Forschung. Die Zahl der Wissenschaftler sollte durch Bereitstellung von Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft für solche Forschungsvorhaben ergänzt werden, die durch Gutachterausschüsse für besonders förderungsbedürftig erklärt werden. Insofern gelten die oben angestellten Überlegungen zu einem konzentrierten Einsatz des Personals für Aufgaben in der Forschung auch außerhalb der dort genannten besonderen Forschungseinrichtungen.

Die Forschungstätigkeit des einzelnen Arztes soll sich grundsätzlich den thematischen Schwerpunkten der jeweiligen wissenschaftlichen Einrichtung einordnen. Diese Einordnung des jungen Forschers in ein schon bestehendes Arbeitsteam ist eine der Voraussetzungen erfolgreicher medizinischer, insbesondere experimenteller medizinischer Forschung. Sieht man von der Zusammenstellung kasuistischer Beiträge ab, so ist es für eine erfolgreiche Forschung in der Regel erforderlich, daß mehrere Forscher über mehrere Jahre an einem Themenkreis zusammenarbeiten.

In den Forschungsgruppen wird in der Regel ein habilitierter Hochschullehrer die längerfristige Forschungsplanung erstellen, den zu bearbeitenden Themenkreis bestimmen und enger begrenzte Themenabschnitte als Diplom- oder Doktorarbeiten vergeben. Zu seinen Aufgaben gehört auch, dafür zu sorgen, daß die jüngeren Wissenschaftler der Gruppe eine wissenschaftlich-methodische Ausbildung erhalten, die sie — im Interesse ihrer weiteren beruflichen Flexibilität — nicht zu eng auf das jeweilige Thema des Teams fixiert.

Die erfolgreiche Bearbeitung eines medizinischen Forschungsthemas erfordert selten weniger als drei bis fünf Jahre. Das Erlernen ergänzender Methoden setzt voraus, daß sich Mitarbeiter einer Forschungsgruppe an einem hierfür spezialisierten Institut fortbilden können, um

ihre neuen Kenntnisse in die eigene Forschungsgruppe einzubringen. Vorzeitiger oder zu rascher Personalwechsel verhindert die Weitergabe solcher Kenntnisse und damit den zügigen Fortgang der Forschungsarbeit.

C. V. Transferprobleme und ethische Gesichtspunkte

V. 1. Transferprobleme

Die Geschwindigkeit und die Breite, in der sich die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft vollzieht, macht die Weitergabe neu gewonnener Kenntnisse an die bereits in der Berufspraxis tätigen Ärzte zu einem besonderen Problem. Es wurde deshalb bereits oben auf die Bedeutung der Fortbildung hingewiesen [1]), die sicherstellen muß, daß sowohl der niedergelassene wie der am Krankenhaus tätige Arzt während aller Phasen seines Berufslebens die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Medizin nach ihrem jeweils aktuellen Stande zur Geltung bringen kann. Ein System der Gesundheitsversorgung, bei dem sich der jeweils aktuelle Kenntnisstand nur in einigen wenigen Einrichtungen realisiert und in dem für den einzelnen Patienten der Zufall, an welcher Stelle er das System der Gesundheitsversorgung in Anspruch nimmt, darüber entscheidet, welche Möglichkeiten für ihn eingesetzt werden, ist nicht akzeptabel.

Dies bedeutet, daß jeder Arzt sich verpflichtet sehen muß, die Möglichkeiten der Fortbildung in Anspruch zu nehmen. Er kann dies aber nicht dadurch tun, daß er die Fülle der Forschungsergebnisse in ihrer ganzen Breite und in allen Einzelheiten nachvollzieht. Es ergibt sich mithin insbesondere für die Universitätskliniken die Verpflichtung, für eine fortlaufende systematische Aufbereitung der Forschungsergebnisse und ihre Umsetzung in entsprechenden Veranstaltungen und Materialien für die Fortbildung Sorge zu tragen. Ergebnisse klinischer Forschung müssen in ihrer Bedeutung auch für Nachbardisziplinen dargestellt werden. Ebenso müssen die Voraussetzungen und Bedingungen der Anwendung bestimmter Forschungsergebnisse außerhalb des Verbundes eines Großklinikums mit spezialisierten Arbeitsrichtungen und aufwendiger apparativer Ausstattung Gegenstand der Forschung werden. Nicht zuletzt ergeben sich erhebliche Anforderungen an die Organisation des Gesundheitswesens selbst, die in der Regelung der Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Einrichtungen (Krankenhäuser, Praxen niedergelassener Ärzte etc.) und der Formen ihrer Kooperation die Voraussetzungen dafür schaffen muß, daß die Möglichkeiten, die die Medizin nach dem heutigen Stand der Erkenntnis bietet, auch tatsächlich ausgeschöpft werden können.

---

[1]) Vgl. oben S. 52.

V. 2. Ethische Gesichtspunkte

Ein besonderes Problem der medizinischen Forschung sind schließlich die ethischen Grenzsetzungen bei der Bearbeitung bestimmter Themen, so z. B. bei genetischen Untersuchungen mit Hilfe von Zellverschmelzungen, Enzymsubstitutionen oder bei Methoden zur Erhaltung von Leben bei Schwerverletzten, insbesondere solchen nach dem sogenannten Hirntod. Ähnliche Probleme stellen sich bei Organtransplantationen und bei manchen klinisch-pharmakologischen Untersuchungen. Grundsätzlich bedarf im übrigen die auf die ethische Verantwortung des Arztes ausgerichtete revidierte Deklaration von Helsinki [1]) des Weltärztebundes stärkerer Verbreitung und Beachtung.

Für Tierversuche hat das geltende Tierschutzgesetz bereits Regelungen getroffen [2]).

---

1) Vgl. Bundesanzeiger Nr. 152 vom 14. August 1976, S. 3.

2) Vgl. Tierschutzgesetz vom 24. Juli 1972, BGBl I S. 1277, zuletzt geändert durch Art. 37 Zuständigkeitsanpassungsgesetz vom 18. März 1975, BGBl I S. 705.

D.
Organisation und fachliche Gliederung des medizinischen Bereichs

D. I. Forschung, Lehre und Krankenversorgung als Organisationsziele

In der Organisation des medizinischen Bereichs müssen unterschiedliche, zum Teil miteinander konkurrierende Zielsetzungen zum Ausgleich gebracht werden: Kliniken und medizinisch-theoretische Institute sind Einrichtungen für Forschung, Lehre und Studium. Um dieser Aufgaben willen müssen sie Krankenversorgung betreiben. Die Organisation des medizinischen Bereichs muß deshalb der Forschung und der Ausbildung ebenso wie der Krankenversorgung gerecht werden. Eine sachgerechte Erfüllung dieser Aufgaben erfordert ein hohes Maß an Spezialisierung. Es sind deshalb Organisationsstrukturen zu schaffen, die die einzelnen Organisationseinheiten in effektiver Weise in einen Verbund von Kooperation und Koordination einbeziehen und das Umschlagen von Spezialisierung in Isolierung verhindern.

I. 1. Der medizinische Bereich als Teil der Hochschule

Als wissenschaftliches Fach unterliegt die Medizin denselben Strukturbedingungen wie andere Fächer. Sie ist auf Zusammenarbeit und Austausch mit anderen Fächern der Naturwissenschaften, aber auch der Geisteswissenschaften angewiesen. Umgekehrt können auch diese anderen Fächer auf die Beiträge der Medizin nicht verzichten. Dies erfordert eine abgestimmte Planung der Entwicklung in Forschung und Lehre — nicht zuletzt auch im Hinblick auf die überregionale Verbundplanung des Hochschulwesens insgesamt — und muß in der Berufungspolitik berücksichtigt werden. Eine korporative Selbstkontrolle, wie sie in den Entscheidungszuständigkeiten der zentralen akademischen Organe liegt, ist im Bereich von Forschung und Lehre für die Medizin ebenso notwendig wie für alle anderen Fächer. Dies spricht dafür, den medizinischen Bereich auch weiterhin in die Hochschule zu integrieren, wie es bisher, von Sonderfällen abgesehen, üblich war.

Gleichwohl wird nicht selten die Forderung erhoben, die Medizin organisatorisch zu verselbständigen. Als Argumente hierfür werden geltend gemacht, daß

— das Haushaltsvolumen des Klinikums häufig 50 % und mehr des gesamten Universitätshaushaltes ausmache und daß ein erheblicher

Teil dieses Volumens durch den Bedarf der Krankenversorgung und nicht durch die spezifischen Bedürfnisse von Forschung und Lehre bedingt sei;

— Planung und Haushaltsvollzug ebenso wie die sonstigen Entscheidungen in einem so erheblichen Maße durch die Belange der Krankenversorgung bestimmt würden, daß die für die Gesamtuniversität zuständigen Organe einschließlich der für die Personal- und Wirtschaftsangelegenheiten zuständigen hauptamtlichen Verwaltung mangels Sachkunde hieran nicht mitwirken könnten und daß deshalb eigene Organzuständigkeiten begründet und insbesondere auch eine eigene hauptamtliche Klinikumsverwaltung geschaffen werden müßte;

— die für die Fachaufsicht über ein Universitätsklinikum notwendige Sachkunde ebenso wie die Notwendigkeit, die Planungen für ein Universitätsklinikum mit den Planungen für das Gesundheitswesen im übrigen abzustimmen, eine Einbeziehung der Hochschulmedizin in die Zuständigkeit des jeweiligen Gesundheitsministeriums oder doch zumindest in einen auf die Entwicklung des Gesundheitswesens insgesamt ausgerichteten Planungsverbund erforderlich mache.

Als Folgerung aus dieser Argumentation werden unterschiedliche Modelle einer organisatorischen Verselbständigung der Hochschulmedizin zur Diskussion gestellt. Sie reichen von einer haushaltsmäßigen Trennung bei im übrigen unveränderten Entscheidungszuständigkeiten der akademischen Organe über das Modell einer stärker verselbständigten „Medical School" innerhalb eines nur noch lockeren Verbundes mit den übrigen Bereichen der Hochschule bis hin zur Bildung eigener medizinischer Hochschulen, gegebenenfalls sogar im Verantwortungsbereich der jeweiligen Gesundheitsministerien.

Gegenüber derartigen Vorschlägen weist der Wissenschaftsrat auf folgendes hin: Primäre Aufgaben der Hochschulmedizin sind Forschung und Lehre, für die die Krankenversorgung — ohne damit zum Selbstzweck zu werden — die Voraussetzungen schaffen soll. Die Einbeziehung der Medizin in einen dieser Aufgabenstellung entsprechenden Fächerverbund ist zweckmäßig. Die Medizin sollte daher, wie dies der überkommenen Struktur entspricht, auch weiterhin Teil der Hochschule sein. Eine Betrachtungsweise, die demgegenüber einseitig die Aspekte der Krankenversorgung und der Personal- und Wirtschaftsverwaltung in den Vordergrund rückt, würde den Entwicklungsbedingungen der Medizin als einer wissenschaftlichen Disziplin nicht gerecht. Sie würde durch die Erschwerung des Austausches mit anderen Disziplinen erhebliche Hindernisse für die Forschung schaffen. Auch für die Studenten ist der Kontakt zu anderen Fächern von wesentlicher Bedeutung. Er dient der Erweiterung des Horizontes und kommt damit letztlich auch der späteren Berufsausübung zugute.

Die Einbeziehung der Medizin in die Hochschule bedeutet indessen, daß für die Hochschulmedizin Organisationsregelungen gefunden

werden müssen, die — wie dies auch der grundsätzlichen Regelung des Hochschulrahmengesetzes (§ 66 Abs. 4) entspricht — den besonderen Gegebenheiten der Medizin in weitestmöglichem Umfang Rechnung tragen. Konsequenzen hieraus sind z. B. ein eigenes Haushaltskapitel für die Medizin — wobei innerhalb dieses Kapitels Forschung, Lehre und Krankenversorgung vereinigt bleiben —, eine Vereinheitlichung und damit in gewissem Umfange auch Verselbständigung der hauptamtlichen Verwaltung für den gesamten Bereich der Medizin und eine wesentlich stärkere Betonung des Planungsverbundes mit den für das allgemeine Gesundheitswesen zuständigen Instanzen, als dies bisher üblich war. Dieser Ausgangspunkt ist den folgenden Ausführungen zugrundegelegt.

I. 2. Prinzipien der Organisation

Ein funktionsfähiges, gut organisiertes Hochschulklinikum mit beispielhafter Krankenversorgung ist Voraussetzung für erfolgreiche Forschung und Lehre in der Medizin. Die Art und Weise, in der Forschung, Lehre und Krankenversorgung aufeinander angewiesen sind, schließt es aus, die Hochschulmedizin in zwei „Teilkörperschaften" aufzuspalten, etwa einen Fachbereich für die Aufgaben in Forschung und Lehre und ein Klinikum für die Krankenversorgung mit jeweils unterschiedlichem personellen und sächlichen Bestand. Die gesamte Hochschulmedizin ist grundsätzlich als eine organisatorische Einheit zu verstehen, innerhalb derer allerdings in Ansehung der unterschiedlichen Aufgaben — soweit dieses zu ihrer funktionsgerechten Wahrnehmung erforderlich ist — unterschiedliche Organe und Entscheidungszuständigkeiten gegeben sind. Der Willensbildungsprozeß muß so organisiert werden, daß möglichst keine sich widersprechenden Entscheidungen zustande kommen. Hierbei ist nach Auffassung des Wissenschaftsrates von den folgenden Prinzipien auszugehen.

a) Ärztliche Verantwortung

Die Organisation des medizinischen Bereichs ist insgesamt so anzulegen, daß sie nicht nur die sachgerechte Wahrnehmung der Aufgaben in Forschung und Lehre erlaubt. Unter dem Aspekt der Krankenversorgung müssen die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten innerhalb des Klinikums eindeutig ausgewiesen sein. Es muß jederzeit zweifelsfrei feststehen, welcher Arzt für die Behandlung eines bestimmten Patienten bzw. — bei den theoretisch-medizinischen Einrichtungen — für die sachgerechte Beurteilung von Untersuchungsgut zuständig und damit ärztlich verantwortlich ist. Aus diesem Grunde dürfen die Organisationseinheiten, denen die unmittelbare Durchführung der Krankenversorgung übertragen ist, nur so groß sein, daß eine verantwortliche Wahrnehmung dieser Aufgaben durch einen leitenden Arzt möglich ist.

Innerhalb dieser Organisationseinheiten muß der leitende Arzt in allen Fragen der Krankenversorgung Weisungsbefugnis gegenüber nachgeordneten Ärzten und dem sonstigen Personal haben, da er anders seine ärztliche Verantwortung nicht wahrnehmen kann. Zur Wahrnehmung dieser Verantwortung gehört auch, dafür Sorge zu tragen, daß die unmittelbare Versorgung der Patienten dem im jeweiligen Einzelfall fachkundigen Arzt der Organisationseinheit übertragen wird und in dem fachlich gebotenen Umfang auch Ärzte anderer Organisationseinheiten beigezogen werden.

b) Kooperation und Koordination

Die Aufgliederung in überschaubare Organisationseinheiten findet in der Regel ihre Entsprechung in einem hohen Maß an Spezialisierung als Voraussetzung für die Wahrnehmung der Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Gerade deshalb ist es notwendig, die Organisationsstruktur so zu gestalten, daß die Zusammenarbeit der verschiedenen Organisationseinheiten auf allen Organisationsebenen ermöglicht und gefördert wird. Eine zu starke Aufspaltung der einzelnen Disziplinen muß ebenso vermieden werden wie eine Isolierung und Abschottung der einzelnen Teilbereiche gegeneinander.

Aus diesem Grunde ist es notwendig, die Organisationseinheiten der unteren Organisationsebene in eine Struktur einzubinden, die die Elemente der Kooperation und der Kollegialität betont, das Zusammenwirken der Teildisziplinen fördert und die Bildung von Organen erlaubt, durch die gemeinsam wahrzunehmende Angelegenheiten in wirksamer Weise erledigt werden können. Dies setzt voraus, daß die organisatorische Zusammenfassung der Organisationseinheiten der unteren Ebene und die Aufgabenverteilung zwischen den Ebenen nicht auf einer schematischen Einteilung aufbaut, sondern die tatsächlichen Arbeitsbeziehungen zugrunde legt.

Der wirtschaftliche Betrieb eines modernen Krankenhauses verlangt darüber hinaus, daß Einrichtungen oder Gerät von verschiedenen Fachgebieten gemeinsam genutzt werden. Dies erfordert nicht nur die Einrichtung zentraler Servicebereiche für bestimmte Aufgaben, sondern insgesamt eine nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführte, fachlich kompetente und entsprechend ausgestattete Verwaltung des Universitätsklinikums.

c) Verbindung von vorklinischer, klinisch-theoretischer und klinischer Medizin

Auf die notwendige Zusammenarbeit von vorklinischer, klinisch-theoretischer und klinischer Medizin ist an anderer Stelle bereits hingewiesen worden [1]). Diese Bereiche müssen auch organisatorisch zu-

[1]) Vgl. oben S. 24.

sammengefaßt werden. Sie sind unter Aspekten der akademischen Selbstverwaltung zu einem Fachbereich bzw. einer Fakultät zu verbinden, deren Entscheidungsorgane allerdings von der Größe her funktionsfähig bleiben müssen. Sie bedürfen unter Aspekten des Verwaltungsvollzuges einer einheitlichen hauptamtlichen Verwaltung, während für die Haushaltsplanung ein gemeinsames Haushaltskapitel vorzusehen ist, das alle drei Bereiche einschließt. Die an verschiedenen Orten gegründeten separaten Fachbereiche für die vorklinische und die klinische Medizin bzw. eine noch weitergehende Aufspaltung haben bisher zu keinen signifikanten Verwaltungsvereinfachungen geführt, die Kooperation insgesamt jedoch eher behindert.

d) Funktionsgerechte Entscheidungsträger

Die Krankenversorgung ist ganz besonders auf rasche und sachkundige Entscheidung der anstehenden, nicht selten eilbedürftigen Fragen angewiesen. Deshalb sollten Entscheidungen in Angelegenheiten der Organisation der Krankenversorgung — soweit es sich nicht um patientenbezogene Entscheidungen handelt, die ohnehin dem behandelnden Arzt vorbehalten bleiben müssen — einzelnen Personen oder Kollegialorganen mit einer geringen Zahl von Mitgliedern übertragen werden. Ihre Entscheidungszuständigkeit schließt die für die Durchführung notwendigen Weisungsrechte ein.

Im Bereich von Forschung und Lehre werden Entscheidungen in stärkerem Maße auf Selbstverwaltungsgremien mit einer größeren Mitgliederzahl verlagert sein. Doch sollten auch hier alle Angelegenheiten, die der Beratung im größeren Kreis nicht bedürfen, auf einzelne Personen oder Kollegialorgane mit wenigen Mitgliedern übertragen werden [1]).

I. 3. Grundschema der Organisation des medizinischen Bereichs

Mit den vorangehenden Ausführungen sind die Prinzipien für die Organisation des medizinischen Bereichs, nämlich

— Überschaubarkeit des ärztlichen Verantwortungsbereichs;

— klare Entscheidungsstränge, insbesondere in der Krankenversorgung;

— Zusammenfassung kleinerer Organisationseinheiten in größere Bereiche zur Förderung der Zusammenarbeit;

— effektive Gesamtleitung bei Wahrung der besonderen Erfordernisse der akademischen Selbstverwaltung

dargestellt. Aus ihnen leitet der Wissenschaftsrat eine Gliederung des medizinischen Bereichs in Abteilungen, Zentren und die Ebene des

1) Vgl. auch § 61 Abs. 2 HRG.

Gesamtbereichs ab, ohne damit einen dreistufigen Verwaltungsaufbau vorzuschlagen. Er empfiehlt als Planungsziel eine Organisationsstruktur, deren Grundeinheit die Abteilung ist, die aber andererseits eine effektive Kooperation und Koordination der verschiedenen Teilbereiche ermöglicht.

Schon in den Medizinempfehlungen von 1968 hat der Wissenschaftsrat die Einrichtung von Abteilungen in Kliniken und Instituten vorgesehen [1]). Die vorliegenden Empfehlungen machen die Abteilung in noch deutlicherer Weise zum konstituierenden Element. Fachverwandte Abteilungen werden zu Zentren zusammengefaßt, deren auf Zeit gewählten Organen die Förderung der Kooperation und die Erledigung gemeinsamer Angelegenheiten obliegt. Wenn im folgenden von Zentren gesprochen wird, so besagt dies nicht, daß im Rahmen dieses organisatorischen Grundschemas die historisch gewachsenen Bezeichnungen „Klinik" bzw. „Institut" nicht weitergeführt werden könnten.

Weder auf der Abteilungsebene noch auf der Ebene der Zentren bedarf es einer Trennung zwischen Organen für Forschung und Lehre einerseits und Organen für Krankenversorgung andererseits. Auf der Zentrumsebene ist jedoch eine Aufgabenverteilung zwischen einem Leiter (geschäftsführendem Direktor) mit entsprechenden Verwaltungskompetenzen und einem kollegialen Beratungsorgan für Angelegenheiten grundsätzlicher Bedeutung vorzunehmen.

Auf der Ebene des Gesamtbereichs der Medizin ist es erforderlich, stärker zwischen den Organen für Forschung und Lehre (Fachbereichsrat/Fakultät) einerseits und für die Krankenversorgung (Leitung des Klinikums) andererseits zu differenzieren. Die notwendige Rückkoppelung der Angelegenheiten, die beide Bereiche berühren, muß durch entsprechende Verfahrensregelungen sichergestellt werden.

D. II. Organisationseinheiten und Organe der unteren und mittleren Organisationsebene

Im folgenden werden die allgemeinen Strukturen beschrieben, die nach Auffassung des Wissenschaftsrates für die Organisation des medizinischen Bereichs zugrunde gelegt werden sollten. Welche Zentren und Abteilungen dabei unter fachlichen Gesichtspunkten im einzelnen zu bilden sind, ist weiter unten dargestellt [2]).

II. 1. Untere Organisationsebene: Abteilungen

Die Abteilungen bilden die Grundeinheiten auf der unteren Organisationsebene. Sie sind für wissenschaftliche Gebiete der vorklinischen,

[1]) Vgl. a. a. O., S. 18 ff. und 33 ff.
[2]) Vgl. unten S. 108 ff.

der klinisch-theoretischen und der klinischen Medizin zu bilden, deren institutionelle Verselbständigung wegen der Besonderheiten ihrer Arbeitsbereiche und der darauf bezogenen Methoden erforderlich wird.

Die Einrichtungen und das Personal der Abteilung dienen der Forschung, der Lehre und der Krankenversorgung. Die Abteilung sollte nicht einem Kollegialorgan, sondern einem verantwortlichen Leiter unterstehen. Damit ist notwendigerweise in Angelegenheiten der Krankenversorgung ein direktes Weisungsrecht gegenüber allen wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Mitarbeitern der Abteilung verbunden. Dies gilt auch gegenüber den habilitierten Mitarbeitern der Abteilung, denen Aufgaben in der Krankenversorgung übertragen sind. Das Weisungsrecht erstreckt sich auch auf Entscheidungen über die Heranziehung von Patienten für Forschung und Lehre. Der leitende Arzt ist verpflichtet, Fachvertreter anderer Spezialgebiete für die Diagnose und die Therapie hinzuzuziehen, soweit dies nach der Sachlage erforderlich ist.

Im klinischen Bereich der Medizin wird die Größe der Abteilungen durch die Grenzen bestimmt, innerhalb derer ein leitender Arzt die Verantwortung für die Patienten wahrnehmen kann. Die Zahl von 80 bis 100 Betten pro Abteilung sollte deshalb nicht überschritten werden. Nicht jeder klinischen Abteilung muß allerdings ein eigener Bettenbereich zugewiesen sein [1]).

An Forschung und Lehre nehmen die Mitarbeiter der jeweiligen Abteilung nach Maßgabe ihrer dienst- und korporationsrechtlichen Stellung im Rahmen der von den zuständigen Organen hierfür getroffenen Regelungen teil. Die Betreuung der der Abteilung zugeordneten Assistenzärzte sowie der Einsatz der übrigen wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter der Abteilung für die auch im Rahmen von Forschung und Lehre notwendigen Dienstleistungen ist Aufgabe des Leiters der Abteilung. Er ist für die Weiter- und Fortbildung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals verantwortlich. Ferner hat er für den zweckmäßigen und wirtschaftlichen Einsatz der seiner Abteilung zugewiesenen Geräte Sorge zu tragen.

Der Abteilungsleiter wird im Wege eines Berufungsverfahrens bestellt.

II. 2. Mittlere Organisationsebene: Zentren

a) Aufgaben der Zentren

Die medizinischen Zentren entsprechen den Betriebseinheiten gem. § 66 Abs. 3 HRG. Sie sollen als mittlere Ebene fachlich verwandte Einheiten insoweit zusammenfassen, daß

— die fachliche und methodische Zusammenarbeit,

[1]) Vgl. unten S. 91 f.

— die Koordination des Personaleinsatzes,

— der gemeinsame Betrieb und die optimale Nutzung des Geräts bestimmter Einrichtungen

gewährleistet sind.

Soweit sich Abteilungen nach diesen Organisationsprinzipien nicht zu Zentren zusammenfassen lassen, sind sie organisatorisch unmittelbar der Klinikumsleitung zuzuordnen.

Im Rahmen dieser Aufgabenstellung obliegt dem Zentrum insbesondere die Koordination der Haushaltsanträge der Abteilungen und die Verteilung der ihm zugewiesenen Mittel auf die einzelnen Abteilungen. Ferner werden im Zentrum Anträge auf Einrichtung, Umwandlung oder Schließung von Abteilungen vorbereitet. Im einzelnen bieten sich für die Zuständigkeit der Zentren vor allem folgende Aufgaben an:

(1) Im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung

— Betreuung der Studenten und Sorge für die ordnungsgemäße Durchführung der Lehre einschließlich des Praktischen Jahres innerhalb des Zentrums nach Maßgabe der vom Fachbereich getroffenen Regelungen;

— Koordination von Lehrveranstaltungen mit Beteiligung von Wissenschaftlern aus verschiedenen Abteilungen des Zentrums;

— Regelungen der Rotation der Ärzte im Rahmen ihrer Weiterbildung innerhalb des Zentrums;

— Organisation und Durchführung gemeinsamer Fortbildungsveranstaltungen.

(2) Im Bereich der Forschung

— Koordination der Forschungsaufgaben;

— Erleichterung der gemeinsamen Nutzung von wissenschaftlichen Geräten.

(3) Im Bereich der Krankenversorgung

— Verteilung der dem Zentrum zugewiesenen Betten auf die einzelnen Abteilungen nach Maßgabe der hierfür bestehenden allgemeinen Regelungen und Sicherstellung ihrer Auslastung, gegebenenfalls durch Umverteilungen;

— Organisation der Aufnahme und Verteilung der Patienten;

— Organisation der Poliklinik [1]) und Regelung der Beteiligung der verschiedenen Abteilungen an ihr;

---

[1]) Zum Begriff „Poliklinik" vgl. unten S. 93.

— Organisation der Bereitschaftsdienste;

— Organisation des Konsiliardienstes und des Zusammenwirkens mit anderen Zentren;

— Regelungen für die gemeinsame Nutzung von Geräten und sonstigen Einrichtungen durch die Abteilungen des Zentrums.

b) Organe der Zentren

Die Koordinations- und Verwaltungsaufgaben des Zentrums werden von einem geschäftsführenden Direktor wahrgenommen, der aus dem Kreis der Abteilungsleiter auf Zeit gewählt und bei der Erledigung seiner Aufgaben von einem beratenden Kollegialorgan — dem Zentrumsvorstand — unterstützt wird, das nicht aus Gruppenrepräsentanten, sondern aus Funktionsträgern zusammengesetzt ist. Folgende Zusammensetzung des Zentrumsvorstands hält der Wissenschaftsrat für ein geeignetes Modell:

— die Leiter der das Zentrum bildenden Abteilungen;

— die Leiter der dem Zentrum gegebenenfalls zugeordneten Dienstleistungseinrichtungen.

Ferner können hinzugezogen werden:

— ein Oberarzt,

— ein Assistenzarzt,

— der zuständige Vertreter des Pflegedienstes bzw. — in theoretisch orientierten Abteilungen — des technischen Personals.

Der Klinikumsverwaltung sollte Gelegenheit gegeben sein, den geschäftsführenden Direktor und den Zentrumsvorstand zu beraten. Sie ist zuständig für den Vollzug der Verwaltungsaufgaben des Zentrums.

Den Organen des Zentrums obliegt die Beratung bzw. Entscheidung in den obengenannten Angelegenheiten. Gleichwohl werden sich Kooperation und Koordination im Zentrum nur zum geringeren Teil über formelle Regelungen, sondern primär durch die gemeinsame Aufgabenerledigung (gemeinsamer Betrieb der Poliklinik, Zuordnung der Bettenbereiche, Konsiliartätigkeiten, wissenschaftliche Veranstaltungen innerhalb des Zentrums, gemeinsame Durchführung der Lehre etc.) ergeben.

II. 3. Zuordnung der einzelnen Einrichtungen zu den Zentren und Abteilungen

a) Bettenbereiche

Jeder Bettenbereich muß unter einer verantwortlichen ärztlichen Leitung stehen. Er ist einem bestimmten Abteilungsleiter zuzuordnen.

Die Zahl der Betten innerhalb des jeweiligen Bereichs ist nicht auf Dauer festgelegt, sondern kann nach funktionellen Erfordernissen verändert werden. Nicht alle Abteilungen der unmittelbaren Krankenversorgung verfügen notwendigerweise über einen eigenen Bettenbereich. Vielmehr gibt es sowohl Abteilungen, die ausschließlich Konsiliarfunktion ausüben, als auch Abteilungen, die mit einem Belegrecht an einem Bettenbereich auskommen. Letzteres setzt allerdings voraus, daß durch verbindliche Organisationsentscheidungen geregelt ist, welcher leitende Arzt für welche Patienten zuständig und verantwortlich ist.

Für die Belegung der Bettenbereiche sind grundsätzlich zwei Varianten denkbar, die bereits in den Medizinempfehlungen von 1968 beschrieben sind[1]):

(1) Die Bettenbereiche werden für Organkrankheiten eingerichtet und entsprechend der besonderen fachlichen Ausrichtung der jeweiligen Abteilung belegt.

(2) Die Bettenbereiche sind gemischt belegt, d. h. innerhalb des fachlichen Verbands eines Zentrums sind die Bettenbereiche nicht nach spezifischen Organkrankheiten aufgeteilt. Die leitenden Ärzte sind in ihrem jeweiligen Bereich für die Grundversorgung aller Patienten verantwortlich und werden entsprechend ihrer besonderen Spezialisierung in Forschung, Lehre, Diagnostik und Therapie in den anderen Bettenbereichen konsiliarisch tätig.

Variante (1) findet da Anwendung, wo die Spezialisierung innerhalb eines Faches — wie z. B. in der Chirurgie — zu einer stark organbezogenen Aufgliederung geführt hat. Dagegen verlangt Variante (2), daß die fachliche Zusammengehörigkeit besonders eng ist. Sie setzt ein breites klinisches Grundwissen voraus, das die jeweiligen Spezialrichtungen lediglich als Schwerpunkte einer gemeinsamen fachlichen Ausrichtung erscheinen läßt. Beispiele für Fachgebiete, in denen Bettenbereiche mit gemischter Belegung möglich sind, sind z. B. das Zentrum Innere Medizin oder das Zentrum Dermatologie.

Die zweite Variante erfordert eine enge Kooperation unter den Abteilungen und wirkt so der nicht zuletzt auch für die Forschung ungünstigen Abschottung unter den einzelnen Spezialabteilungen entgegen. Deshalb ist ihr grundsätzlich der Vorzug zu geben. Die erste Variante birgt dagegen die Gefahr einer Aufteilung der Betten in kleine, weitgehend spezialisierte Einheiten. Dies führt zu einem stark verengten Krankheitsspektrum und zu einer ungünstigen Bettenausnutzung, erschwert — mit Rücksicht auf das nicht repräsentative Krankheitsspektrum — sowohl die studentische Ausbildung als auch die fachärztliche Weiterbildung und wirkt sich negativ auf die Kosten aus.

---

[1]) Vgl. a. a. O., S. 35 f.

b) Polikliniken

Den Polikliniken kommt sowohl unter Kostengesichtspunkten als auch im Hinblick auf das in ihnen vertretene Patientenspektrum und die damit verbundene Betonung der Probleme der ambulanten Behandlung in Forschung und Lehre erhebliche Bedeutung zu. Hierauf wurde bereits hingewiesen [1]).

Unter Polikliniken sind in diesem Zusammenhang alle Einrichtungen der ambulanten Krankenbehandlung einschließlich der sogenannten organ- oder krankheitsbezogenen Spezialambulanzen zu verstehen. Es handelt sich mithin nicht um mit Bettenabteilungen ausgestattete selbständige Einrichtungen, wie es sie an zahlreichen Hochschulklinika noch gibt.

Polikliniken sind jedem Zentrum mit Aufgaben in der unmittelbaren Krankenversorgung zuzuordnen. Sie bilden aber innerhalb des Zentrums keine eigene Abteilung, sondern eine „zentrumsunmittelbare" Einrichtung, die von allen Abteilungen im personellen und funktionellen Verbund gemeinsam betrieben wird. Dabei wirken die Ärzte der einzelnen Abteilungen bei der Betreuung der ambulanten Patienten des einzelnen Zentrums zusammen. Die in der Poliklinik tätigen Ärzte sind verpflichtet, die Ärzte der jeweils fachlich zuständigen Abteilungen, gegebenenfalls auch anderer Zentren, beizuziehen, sofern dieses fachlich geboten ist. Für die organisatorischen Regelungen ist die Leitung des Zentrums bzw. des Klinikums zuständig.

Im Rahmen der fachlichen Weiterbildung sollte eine zeitweilige Tätigkeit in der Poliklinik für die Ärzte aller Abteilungen des jeweiligen Zentrums Pflicht sein. Das wissenschaftliche Personal der Poliklinik nimmt an den Lehr- und Forschungsaufgaben ebenso teil wie das Personal der einzelnen Abteilungen. Patienten der Poliklinik stehen für die Lehre zur Verfügung, soweit dies ärztlich zu verantworten ist.

Ungeachtet der organisatorischen Zuordnung der Polikliniken zu den einzelnen Zentren sollten diese räumlich — soweit das baulich möglich ist — nicht nur auf der Ebene des einzelnen Zentrums, sondern auch darüber hinaus, im Idealfalle sogar zu einem einheitlichen poliklinischen Behandlungsbereich des Gesamtklinikums zusammengefaßt werden. Zumindest sollte für den operativen und den konservativen Bereich eine derartige räumliche Zusammenfassung angestrebt werden.

c) Einrichtungen der Intensivpflege

Ebenso wie die Polikliniken bilden auch die Einrichtungen der Intensivpflege keine eigenen Abteilungen innerhalb der dafür in Betracht kommenden Zentren. Sie sind vielmehr als gemeinsame Einrichtung eines Zentrums, in geeigneten Fällen auch als eine gemeinsame Ein-

[1]) vgl. oben S. 26 f.

richtung für mehrere Zentren bzw. als Dienstleistungseinrichtungen eines Zentrums für andere zu organisieren.

Auch die Intensivpflegebereiche bedürfen, trotz der besonderen Bedeutung der Konsiliartätigkeit in der Intensivtherapie (z. B. durch Beiziehung des Internisten bei kardiovaskulären Störungen im Rahmen der chirurgischen Intensivpflege), einer eindeutig geregelten ärztlichen Leitung und Verantwortung. Diese sollte — wegen der Notwendigkeit, qualifiziertes Personal an den Pflegebereich zu binden — nicht zu häufig wechseln.

Die Einheiten der Intensivpflege sollten je nach den örtlichen Bedingungen nach Möglichkeit baulich eng zusammenliegend in einem gemeinsamen oder in wenigen Intensivpflegebereichen zusammengefaßt werden. Nur dadurch ist eine optimale Nutzung der aufwendigen apparativen Einrichtungen und der erforderliche variable Einsatz der mobilen Geräte durch die verschiedenen Intensivpflegegruppen möglich. Bei Bedarf kann in gewissem Umfang auch ein Austausch des Personals stattfinden. Weiterhin ist durch die enge bauliche Verzahnung eine schnelle Konsiliartätigkeit der verschiedenen Spezialdisziplinen gewährleistet.

Die strukturelle Gliederung der Einrichtungen der Intensivmedizin sollte von den besonderen Erfordernissen der jeweiligen Spezialdisziplinen ausgehen. Für die Innere Medizin sollte eine Trennung in eine kardiologische und in eine allgemein-internistische Einheit erfolgen. Im operativen Bereich obliegt die Organisation der Intensivpflegeeinheiten dem Anästhesisten, während die Intensivpflegemaßnahmen selbst von dem zuständigen chirurgischen Fach verantwortlich durchgeführt werden müssen. Dabei hat der Anästhesist eine entscheidende Konsiliarfunktion bei allen Beatmungsproblemen. Für den Anästhesisten steht eine eigene Intensivpflegeeinheit für die Behandlung von Langzeitbeatmungsfällen zur Verfügung.

In räumlicher Hinsicht sollte die Neonatologie im Zusammenhang mit den geburtshilflichen Stationen untergebracht werden. Auch die neurologisch-psychiatrische Intensivpflege wird in der Regel gesondert im Nervenzentrum angesiedelt sein, jedoch sollten die jeweiligen örtlich gewachsenen Strukturen berücksichtigt werden [1]). Für die Behandlung des akuten Nierenversagens sind entsprechende Einrichtungen und Räume vorzusehen. Eine eigentliche Dialysestation zur Therapie der chronischen Niereninsuffizienz gehört dagegen nicht in den Bereich der Intensivmedizin und sollte u. a. auch wegen der Infektionsgefährdung (Hepatitis) räumlich getrennt angesiedelt werden.

Die Belegung von Intensivpflegeeinheiten ist großen Schwankungen unterworfen. Außerdem sind die Intensivbetten zum Teil als Funktionsbetten anzusehen, d. h. für den Kranken muß im Bereich der Normalpflege ein Bett freigehalten werden, damit er nach Beendigung der

---

[1]) Vgl. auch unten S. 112 und 195.

Intensivpflegemaßnahmen unverzüglich zurückübernommen werden kann. Aus diesen Gründen sollte die Belegung der Intensivpflegestationen statistisch gesondert geführt werden.

d) Einrichtungen der Nachsorge

Die für die klinische Nachsorge erforderlichen Einrichtungen dienen der Aufnahme von Kranken, die den hohen Aufwand einer Akutklinik an medizinischer Technik in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht nicht mehr benötigen, deren weitere Betreuung aber in der Hand der gleichen Ärztegruppe bleiben sollte. Aus diesem Grunde sind die Bettenhäuser für die klinische Nachsorge in räumlicher Nähe der Akutklinik zu errichten. Auf diese Notwendigkeit hat der Wissenschaftsrat bereits in den Medizinempfehlungen von 1968 hingewiesen [1]).

Die Verwendung von Gebäuden, die für die moderne Akutkrankenversorgung nicht mehr in Betracht kommen, setzt voraus, daß eine betriebs- (vor allem personal-)wirtschaftlich günstige Nutzung möglich ist.

Zur Aufnahme in die Nachsorgeeinrichtung kommen nur Patienten in Betracht, bei denen

— noch ein stationärer Aufenthalt von wenigstens fünf Tagen zu erwarten ist;

— keine Krankheit vorliegt, die mehr als die doppelte Liegezeit als in der Akutklinik erwarten läßt, während Patienten, bei denen letzteres der Fall ist, gegebenenfalls in Spezialabteilungen für chronisch Kranke und Langzeitkranke, in Rehabilitationskliniken, in geriatrische Abteilungen etc. verlegt werden sollten.

Für die klinische Nachsorge ist für alle Fächer eines Klinikums ein Bedarf von etwa 20 % der Akutbettenzahl anzusetzen. Einrichtungen für die physikalische und die Beschäftigungstherapie sind in einem Umfang bereitzustellen, daß erste Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden können. An einigen Hochschulklinika sollten die Nachsorgeeinrichtungen darüber hinaus als Forschungseinrichtungen für die speziellen Probleme der Rehabilitation geschaffen werden.

Eine Nachsorgeeinrichtung ist sinnvollerweise als eine zentrumsübergreifende Einrichtung der in Betracht kommenden Zentren ohne ein vorher quotiertes Belegrecht zu betreiben. Leitungsorgane und ärztliche Verantwortung bedürfen der Regelung im Einzelfall. Die Verweildauer im Akutkrankenteil kann durch Nachsorgeeinrichtungen spürbar gesenkt und dessen Aufnahmekapazität so auch ohne Erhöhung der Bettenzahlen gesteigert werden. Dabei muß sichergestellt werden, daß die Patienten für Lehrzwecke auch dann verfügbar blei-

[1]) Vgl. a. a. O., S. 55 f.

ben, wenn die Nachsorgeeinrichtung in anderer Trägerschaft steht. Bei bestimmten Fächern (z. B. Augenheilkunde) empfehlen sich, vor allem für Klinika, die zugleich größere Regionen versorgen, auch Klinikhotels mit nur geringem pflegerischen Betreuungsaufwand und ambulanter ärztlicher Versorgung und Nachsorge.

e) Notaufnahme

Solange die Polikliniken in Betrieb sind, kann in ihnen jeder Notfall untersucht und über die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme entschieden werden. Dies setzt allerdings voraus, daß die Konsiliardienste so organisiert werden können, daß die rasche und reibungslose Zusammenarbeit der verschiedenen Polikliniken in der Versorgung der Notfälle sichergestellt ist. Stößt dies z. B. aufgrund der baulichen Gegebenheiten auf Schwierigkeiten — auf jeden Fall aber für die Zeit, in der die Polikliniken nicht laufen —, ist die Errichtung einer gemeinsamen Notaufnahmestation erforderlich. In ihr können sämtliche Notfälle aller Disziplinen untersucht und — soweit nötig — aufgenommen und zunächst versorgt werden. Zur Vereinfachung der Konsiliartätigkeit muß eine solche Notaufnahmestation mit Personal der im wesentlichen betroffenen Disziplinen ausgestattet sein. Die Überprüfung der Aufnahmeindikationen wird in vielen Fällen eine stationäre Aufnahme überflüssig machen. Darüber hinaus führen erforderliche Aufnahmen nicht zu einer Störung im stationären Bereich. Patienten, bei denen Maßnahmen der Intensivpflege für erforderlich gehalten werden, können ihr unverzüglich zugeführt werden. Die Notaufnahmestation ist keine Aufnahmestation für sämtliche neu aufzunehmenden Patienten.

f) Spezielle Dienstleistungseinrichtungen

In vielen Fächern gibt es Sondergebiete, die in Form von Arbeitsgruppen oder Sektionen innerhalb eines Zentrums methodische Dienstleistungen für mehrere Abteilungen, manchmal auch zentrumsübergreifend, erbringen und die wegen der besonderen Kompliziertheit ihrer Verfahren kontinuierlich von einem Fachmann geleitet werden müssen. Nur in wenigen Hochschulen wird es sich rechtfertigen, hierfür eigene Abteilungen mit verstärkten Forschungsaufgaben zu schaffen, die dann die wissenschaftliche Entwicklung dieses Sondergebietes weiterführen (z. B. Elektronenmikroskopie, Elektroenzephalographie, Immunpathologie). Derartige Aufgaben sollten deshalb — soweit sie einem Zentrum zugeordnet werden können — zentrumsunmittelbar organisierten Arbeitsgruppen übertragen werden, wobei darauf zu achten ist, daß das dort beschäftigte Personal Gelegenheit zur fachlichen Weiterbildung erhält und nicht zu sehr auf sein Sondergebiet beschränkt bleibt. Soweit diese Einrichtungen den Rahmen eines Zentrums überschreiten, sind sie unmittelbar der Gesamtleitung des Klinikums zu unterstellen.

g) Dezentral angesiedelte Arbeitsgruppen

Für eine Reihe von Fächern — insbesondere für die Radiologie und die Anästhesie — gilt die Besonderheit, daß sie Dienstleistungen für eine große Zahl anderer Fächer zu erbringen haben. Einzelne Arbeitsgruppen dieser Fächer müssen daher in enger räumlicher Verbindung mit den dienstleistungsmäßig zu versorgenden Fächern untergebracht werden. Ungeachtet dieser dezentralen Ansiedlung erfordern jedoch Gemeinsamkeiten der wissenschaftlichen Methoden und die darauf aufbauende Notwendigkeit des Austausches und der Personalrotation im Hinblick auf die fachärztliche Weiterbildung die Zusammenfassung dieser Arbeitsgruppen in einem Zentrum bzw. in einer Abteilung. Dies bedeutet, daß die dezentral angesiedelten Arbeitsgruppen einerseits unmittelbar in die Arbeitsabläufe des zu versorgenden Zentrums eingebunden sind, daß aber im übrigen die fachliche Anleitung und Koordination, die Regelung der Weiterbildungsaufgaben etc. bei dem fachlich zuständigen Zentrum bzw. der fachlich zuständigen Abteilung verbleiben.

Analoges sollte bei Fächern angestrebt werden, in denen sich — wie z. B. bei der Pathologie — in verschiedenen anderen Zentren (z. B. an Haut- oder Augenkliniken) Speziallaboratorien entwickelt haben. Bei diesen Speziallaboratorien, die mit dem „Stammzentrum" keine organisatorische Verbindung und vielfach keine wissenschaftlichen Kontakte mehr besitzen, droht sonst die wissenschaftliche Kritik des Stammfaches verloren zu gehen. Ebenso ist ein „Auswandern" bestimmter Spezialkenntnisse zu befürchten, die für die Weiterbildung im Stammfach nicht entbehrt werden können.

h) Elektronische Datenverarbeitung

Die Entwicklung der klinischen Medizin in den letzten Jahrzehnten hat eine laufende Zunahme der für routinemäßige und wissenschaftliche Auswertung benötigten Daten ausgelöst. Die Auswertung läßt sich an einem Universitätsklinikum heute nicht mehr mit konventionellen Mitteln, sondern nur noch mit Unterstützung durch Elektronische Datenverarbeitung (EDV) durchführen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß eine getrennte Verarbeitung von medizinischen und administrativen Daten aus funktionellen und wirtschaftlichen Überlegungen nicht sinnvoll ist. Daher, aber auch aus Gründen des mit der ärztlichen Schweigepflicht verknüpften Datenschutzes, der hohen Priorität des Einsatzes und der laufenden Adaptierbarkeit ist es zweckmäßig, für ein Universitätsklinikum eine eigene Rechenanlage mittlerer Größe vorzusehen.

Aufgaben dieser Anlage sind zumindest

— die Erfassung der Stammdaten bei der Patientenaufnahme;

— die medizinische Basisdokumentation;

— die Leistungserfassung und -abrechnung.

Der Anlage können Subsysteme angeschlossen werden. Dabei muß eine Koordinierung mit den anderen Rechenanlagen der Hochschule, z. B. hinsichtlich der Kapazitätsauslastung, der Gerätebeschaffung und Wartung gewährleistet sein.

Eine Abgabe von EDV-Aufgaben an Rechenzentren außerhalb des medizinischen Fachbereichs sollte nur dann erfolgen, wenn es sich um Daten ohne Beziehungen zu Patienten handelt. In Betracht kommen z. B. Gehalts- und Lohnabrechnungen, Lagerbuchhaltung für Wirtschaftsbetriebe und personalwirtschaftliche Maßnahmen. Der Leitung des Universitätsklinikums als eines wirtschaftlichen Großbetriebes muß das für die Betriebssteuerung benötigte EDV-Material regelmäßig und gegebenenfalls auch kurzfristig zur Verfügung stehen. Auch aus diesem Grunde sind EDV-Fremdleistungen für den Bereich der Krankenversorgung in Grenzen zu halten.

Bereits bewährte EDV-Subsysteme (z. B. für den Einsatz in klinisch-chemischen Zentrallaboratorien) sollten bevorzugt übernommen werden. Die Entwicklung neuer Standardverfahren sollte schwerpunktmäßig erfolgen. Die Adaptierbarkeit solcher Systeme an individuelle Notwendigkeiten der Krankenversorgung, der Lehre und der Forschung ist dabei zu berücksichtigen. Die Maßnahmen der Datenerfassung in den klinischen Bereichen sind darauf auszurichten, Ärzte und Krankenpflegepersonal zu entlasten, das Verständnis für die erforderlichen Umstellungen von Betriebsabläufen zu wecken und eine weitgehende Koordination mit Verwaltungsvorgängen zu erreichen.

Um sicherzustellen, daß die für den Einsatz der EDV wesentlichen Prioritätsentscheidungen getroffen werden, sollte die Leitung des Rechenzentrums für das Klinikum einem Hochschullehrer für medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Dokumentation unterstellt werden, der hinsichtlich der Bedürfnisse für die Krankenversorgung der Leitung des Klinikums verantwortlich ist, bezüglich der Lehre und Forschung dem Fachbereichsrat.

D. III. Leitungsorgane und Aufgaben auf der Ebene des Gesamtbereichs, Verwaltung und Haushalt

III. 1. Organe für Entscheidungen in Angelegenheiten von Forschung und Lehre

Hinsichtlich der Organisation von Forschung und Lehre — also im Bereich der akademischen Selbstverwaltung — unterscheidet sich die Medizin nicht von den anderen Disziplinen der Hochschule. Das nach den verschiedenen Ländergesetzen bzw. Grundordnungen der Hoch-

schulen konstituierte Organ des Fachbereichs bzw. der Fakultät ist z. B. zuständig für

— die Ordnung des Studienablaufs,

— die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses,

— Haushalts- und Personalangelegenheiten unter dem Aspekt von Forschung und Lehre,

— Koordination und Planung der Forschung,

— die Aufstellung von Berufungslisten.

Die eingehende Kommunikation insbesondere mit den Zentren im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten wird dabei als selbstverständlich vorausgesetzt. Das Entscheidungsgremium ist der — in der Regel unter Beteiligung aller an der Hochschule tätigen Personalgruppen zusammengesetzte — Fachbereichsrat, dessen Vorsitzender (Dekan, Fachbereichssprecher) die laufenden Geschäfte führt. Dabei geht der Wissenschaftsrat — wie oben ausgeführt [1]) — davon aus, daß für die Medizin nur ein einheitlicher Fachbereich geschaffen werden sollte. Die Repräsentanzverhältnisse sind dabei so zu gestalten, daß für das Entscheidungsorgan des Fachbereichs eine Größe gewahrt bleibt, die ein rationelles Arbeiten erlaubt.

Als Fachbereich der Hochschule ist die Medizin wie die übrigen Fachbereiche in den Aufbau der akademischen Selbstverwaltung einbezogen. Die Medizin entsendet entsprechend den jeweiligen gesetzlichen Vorschriften Vertreter in die zentralen Gremien. Berufungslisten, Anträge auf Änderungen der Organisationsstruktur bzw. auf Schaffung neuer wissenschaftlicher Einrichtungen und ähnliches werden vom Fachbereichsrat Medizin über das zentrale Hochschulgremium an das zuständige Ministerium weitergeleitet.

III. 2. Organe für Entscheidungen in Angelegenheiten der Krankenversorgung

Während in der Vergangenheit die einzelnen Kliniken in der Erfüllung ihrer Aufgaben in der Krankenversorgung weitgehend selbständig waren und die Verwaltung des Klinikums lediglich die technischen und allgemeinen Verwaltungsaufgaben erledigte, kann ein modernes Klinikum nicht mehr ohne eine mit ärztlichem Sachverstand ausgestattete Gesamtleitung betrieben werden.

Die Aufgaben der Klinikumsleitung liegen in der Organisation und Verwaltung des Klinikums und in der übergreifenden Planung und Organisation der Zentren und Abteilungen, soweit Belange der Krankenversorgung berührt sind. Zu ihren wesentlichen Aufgaben gehören

1) Vgl. oben S. 86 f.

— Planung, Organisation und Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Krankenhausbetriebes,

— Koordination der ärztlichen Versorgung, der Krankenpflege sowie der Personal- und Wirtschaftsverwaltung,

— Mitwirkung an der Aufstellung des Haushaltsvoranschlages unter dem Aspekt der Krankenversorgung,

— Verteilung der für die Erfüllung der Aufgaben in der Krankenversorgung bereitgestellten sachlichen und personellen Mittel und Zuweisung der Betten im Rahmen der Bestimmungen der Haushaltspläne,

— Verantwortung für die wirtschaftliche Betriebsführung, z. B. Kontrolle des Arzneimittelverbrauchs,

— Sicherstellung der Hygiene im Klinikum,

— Ausführung der gesetzlichen Vorschriften und der Anordnungen der aufsichtsführenden Behörden des öffentlichen Gesundheitswesens,

— Leitung der zentralen Dienstleistungseinrichtungen, die weder eigenständige Zentren bilden, noch einem Zentrum zugeordnet werden können.

Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben bedarf es einer effizienten Leitungsstruktur. Dies bedeutet, daß das Entscheidungsorgan klein genug sein muß, um schnelle Entscheidungen sicherzustellen. Andererseits bedarf es einer Informationsbasis, die breit genug ist, um den Besonderheiten der verschiedenen Bereiche innerhalb der Krankenversorgung hinreichend Rechnung tragen zu können.

Für die Erfüllung dieser Anforderungen sind unterschiedliche Organisationsregelungen denkbar. So kann einerseits daran gedacht werden, ein relativ kleines Entscheidungsorgan einzurichten, dem ein Beratungsorgan beigegeben wird, in dem die unterschiedlichen Bereiche der Krankenversorgung und ihre jeweils spezifischen Bedürfnisse repräsentiert sind. Letzteres müßte dabei so organisiert sein, daß es seine Funktionen kontinuierlich und entscheidungsbezogen wahrnehmen kann. Als Alternative ist denkbar, bereits in das Entscheidungsorgan Repräsentanten der verschiedenen Bereiche der Krankenversorgung aufzunehmen und dieses damit insgesamt auf eine breitere Basis zu stellen. Damit erübrigt sich die kontinuierliche Beiziehung eines eigenen Beratungsorgans. Letzteres wäre noch in Form einer gelegentlich zusammentretenden Klinikumskonferenz unter Beteiligung aller Abteilungsleiter z. B. zur Mitwirkung bei der Bestellung des Entscheidungsorgans und zur breiteren Diskussion allgemein berührender Fragen sinnvoll. Der Wissenschaftsrat hält beide Modelle für realisierbar.

a) Zweistufiges Modell der Leitungsstruktur

Dieses Modell sieht als Entscheidungsorgan das Direktorium (1) und als Beratungsorgan den Klinikumsvorstand (2) vor. Rasche Entscheidungen auch in Einzelfällen sind hierbei gesichert und eine klare Verantwortlichkeit ist gegeben.

(1) Direktorium

Dem Direktorium gehören der Ärztliche Direktor als Vorsitzender, der Verwaltungsdirektor sowie in der Regel der stellvertretende Ärztliche Direktor an. Der Sachverstand des Ärztlichen Direktors auf dem Gebiet der Organisation der Krankenversorgung und die Erfahrungen des Verwaltungsdirektors in verwaltungsmäßiger und wirtschaftlicher Hinsicht ergänzen sich im Direktorium.

Das Direktorium entscheidet in allen Angelegenheiten der Krankenversorgung im Rahmen des einleitend beschriebenen Aufgabenkatalogs. Innerhalb des Direktoriums führt der Ärztliche Direktor die laufenden Geschäfte. Er hat das Recht, an den Sitzungen aller Organe des Klinikums teilzunehmen und kann von diesen Beratung und Entscheidung bestimmter Angelegenheiten der Krankenversorgung unter Berücksichtigung der Richtlinien des Direktoriums verlangen. Der Verwaltungsdirektor ist im Direktorium für den Vollzug des Haushalts bzw. der Personal- und Wirtschaftsverwaltung zuständig.

Im Hinblick auf die Aufgaben der Mitglieder des Direktoriums im öffentlichen Gesundheitswesen erfolgt ihre Bestellung durch das zuständige Ministerium. Dieses entscheidet auf Vorschlag des zur Klinikumskonferenz erweiterten Klinikumsvorstandes [1]). Wegen der Bedeutung der auf die Krankenversorgung bezogenen Entscheidungen auch für die Erfüllung der Aufgaben in Forschung und Lehre sollte dem Fachbereichsrat und dem Akademischen Senat die Möglichkeit einer Stellungnahme, wenn nicht sogar die Möglichkeit eines Vetos, eingeräumt werden.

Der Ärztliche Direktor muß sich gegenüber den Abteilungsleitern durchsetzen können sowie ein kompetenter Verhandlungspartner aller zuständigen Stellen außerhalb des medizinischen Bereichs sein. Für die Wahrnehmung dieses Amtes ist eine umfassende Erfahrung in der Organisation der Krankenversorgung Voraussetzung. Der Umfang der Aufgaben und die daraus resultierende zeitliche Belastung des Ärztlichen Direktors legen die hauptamtliche Wahrnehmung dieses Amtes nahe. Dies setzt voraus, daß die Position des Ärztlichen Direktors entsprechend dotiert ist.

Gelingt es nicht, für die hauptamtliche Wahrnehmung des Amtes eines Ärztlichen Direktors eine kompetente Persönlichkeit zu gewinnen, ist die nebenamtliche Wahrnehmung dieses Amtes unumgänglich.

---

1) Vgl. unten S. 102.

In diesem Falle ist zumindest eine weitgehende Freistellung des Betreffenden von seinen Aufgaben als Hochschullehrer erforderlich.

Im Hinblick auf die Kontinuität der Arbeit ist für den Ärztlichen Direktor eine Amtszeit von mindestens vier Jahren vorzusehen. Die vertretungsweise Wahrnehmung der Aufgaben des Ärztlichen Direktors in der Abteilung, aus der er stammt, und die Möglichkeit der Rückkehr dorthin sind zu regeln. Nach Ablauf der Amtszeit ist dem Ärztlichen Direktor hinreichend Zeit zu geben, sich wieder auf den neuesten Stand der Entwicklung in dem von ihm vertretenen Fach zu bringen. Die Amtszeit des Stellvertreters des Ärztlichen Direktors sollte eine Periode von zwei Jahren nicht überschreiten.

Der Verwaltungsdirektor muß über Erfahrungen auf dem Gebiet der öffentlichen Verwaltung und insbesondere auf dem Gebiet der Krankenhausverwaltung verfügen.

(2) Klinikumsvorstand

Die sehr unterschiedlichen Anforderungen in der Krankenversorgung machen es notwendig, daß das Direktorium durch ein Beratungsorgan unterstützt wird, in dem alle wesentlichen Bereiche der Krankenversorgung hinreichend repräsentiert sind. Der Wissenschaftsrat empfiehlt für dieses Beratungsorgan — den Klinikumsvorstand — folgende Zusammensetzung:

1. die Mitglieder des Direktoriums,
2. die geschäftsführenden Direktoren der Zentren,
3. den Leiter des Pflegebereichs,
4. den Technischen Betriebsdirektor.

In den sie besonders betreffenden Angelegenheiten ist die Anhörung der Oberärzte bzw. der Assistenzärzte durch das Direktorium oder den Klinikumsvorstand sicherzustellen.

Der Klinikumsvorstand berät das Direktorium in allen Fragen der Krankenversorgung, soweit dies im Hinblick auf die besondere Bedeutung der jeweiligen Angelegenheiten notwendig ist. Er tritt regelmäßig unter Vorsitz des Ärztlichen Direktors zusammen.

Um den nicht dem Klinikumsvorstand angehörenden Abteilungsleitern die Möglichkeit zu geben, unmittelbar informiert zu werden und um Angelegenheiten zur Sprache zu bringen, die ihrer Meinung nach vom Klinikumsvorstand nicht ausreichend geklärt wurden, kann der Klinikumsvorstand durch Zuziehung aller Abteilungsleiter zu einer Klinikumskonferenz erweitert werden. Diese ist vom Ärztlichen Direktor bei Bedarf oder auf Wunsch von mindestens zehn Abteilungsleitern einzuberufen.

b) Einstufiges Modell der Leitungsstruktur

Das vorgeschlagene zweistufige Modell, bei dem die wesentlichen Exekutivfunktionen bei einem Direktorium mit nur drei Mitgliedern liegen, könnte bei seiner Realisierung auf Schwierigkeiten stoßen. Ein erfahrener Klinikleiter mit entsprechender Durchsetzungskraft wird als Ärztlicher Direktor möglicherweise deshalb nicht zu gewinnen sein, weil er während einer Amtszeit von mindestens vier Jahren auf die Leitung einer Abteilung oder eines Zentrums aus Gründen seiner Unabhängigkeit und der Arbeitsbelastung verzichten müßte. Daher ist auch an eine einstufige Lösung in Form eines Klinikumsvorstands mittlerer Größe zu denken, für den folgende Zusammensetzung vorgeschlagen wird:

1. ein leitender Arzt aus dem Bereich der operativen Medizin,
2. ein leitender Arzt aus dem Bereich der konservativen Medizin,
3. ein leitender Arzt aus dem Bereich der Medizin mit zentraler Dienstleistungsfunktion,
4. ein leitender Arzt aus dem Bereich der theoretischen Medizin,
5. der Verwaltungsdirektor,
6. der Leiter des Pflegebereichs.

Von den vier leitenden Ärzten ist einer zum Ärztlichen Direktor zu bestellen. In Eil- und Notfällen kann der Ärztliche Direktor mit dem Verwaltungsdirektor auch anstelle des Klinikumsvorstandes Entscheidungen treffen.

Auch im einstufigen Modell ist den Oberärzten und Assistenzärzten in sie betreffenden Fragen Gelegenheit zur Stellungnahme im Klinikumsvorstand zu geben.

Ein solcher Vorstand ist noch klein genug, um effizient arbeiten und in der Regel schnell entscheiden zu können. Andererseits gewährleistet seine Zusammensetzung, daß bei den Beratungen genügend verschiedene Aspekte aus dem ärztlichen Dienst, der Verwaltung und dem Pflegebereich einfließen und daß einmal gefaßte, auch unpopuläre Entscheidungen gegenüber allen Gruppierungen im Gesamtklinikum durchgesetzt werden können. Im übrigen können den verschiedenen Mitgliedern des Vorstandes ressortmäßig Aufgabenschwerpunkte zugewiesen werden .

c) Sonderregelungen bei Zuordnung zweier Klinika zu einer Hochschule

Wenn innerhalb eines medizinischen Fachbereichs zwei Klinika bestehen, die räumlich, technisch und versorgungsmäßig getrennt betrieben werden (z. B. fortbestehende ältere Klinikkomplexe neben einem neu errichteten Klinikum), können getrennte Leitungsorgane vorge-

sehen werden. Die Koordinierung der beiden Klinika muß durch ein übergeordnetes Gremium gewährleistet sein.

III. 3. Regelungen des Zusammenwirkens

Auf die enge Verflechtung der Aufgaben in Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits wurde bereits mehrfach hingewiesen. Die Verteilung der Zuständigkeiten für diese Aufgabenbereiche auf zwei verschiedene Entscheidungsträger erfordert daher eine institutionell abgesicherte Zusammenarbeit zwischen dem Fachbereichsrat und den für die Krankenversorgung zuständigen Leitungsgremien. Dafür bieten sich grundsätzlich zwei Möglichkeiten an, die in den Gesetzgebungen der Länder mit Modifikationen realisiert wurden. Einerseits ist es denkbar, das Amt des Vorsitzenden des Fachbereichsrates (Dekan, Fachbereichssprecher) und dasjenige des Ärztlichen Direktors von verschiedenen Personen wahrnehmen zu lassen und die Koordination dadurch sicherzustellen, daß der Dekan Mitglied des Klinikumsvorstandes und der Ärztliche Direktor Mitglied des Fachbereichsrates ist. Dabei ist entweder eine gegenseitige Mitgliedschaft mit beratender Stimme oder mit vollem Stimmrecht möglich. Bei diesen Konstruktionen handelt es sich um eine verhältnismäßig lose Kooperationsform, bei der der Akzent im wesentlichen auf gegenseitiger Information liegt.

Als Alternative ist denkbar, das Amt des Ärztlichen Direktors und dasjenige des Dekans in Personalunion wahrnehmen zu lassen. Diese stärker institutionalisierte Verflechtung von Fachbereichsrat und Klinikumsleitung setzt freilich voraus, daß die Amtszeit des Dekans und diejenige des Ärztlichen Direktors einander angepaßt werden, was gegenüber dem in der akademischen Selbstverwaltung Üblichen eine erhebliche Verlängerung der Amtszeit des Dekans bedeutet.

III. 4. Verwaltung des medizinischen Bereichs

Der Gesamtbereich der Medizin bedarf einer kompetenten Verwaltung für alle Personal- und Wirtschaftsangelegenheiten. Aus der engen Verflechtung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung folgt, daß diese Verwaltung nur eine einheitliche sein kann. Eine Trennung in einen Verwaltungskörper, der nur für die Personal- und Wirtschaftsangelegenheiten im Bereich von Forschung und Lehre und einen solchen, der nur für die Angelegenheiten der Krankenversorgung zuständig ist, ist nicht zweckmäßig. Eine solche Trennung würde vielfältige Probleme der Kompetenzabgrenzung und Doppelarbeit bringen. Hinzu kommt, daß Verwaltungsentscheidungen in der Medizin, auch soweit sie Angelegenheiten von Forschung und Lehre betreffen, häufig nicht ohne Rückwirkung auf die Krankenversorgung sind. Fachliche Kompetenz auch in Angelegenheiten der Krankenversorgung sowie sachliche und räumliche Nähe zu den Einrichtungen des Klini-

kums sind damit auch für diesen Teil der hauptamtlichen Verwaltung unerläßlich.

Aus diesen Gründen empfiehlt der Wissenschaftsrat für die Medizin eine einheitliche Verwaltung für die Erledigung aller Personal- und Wirtschaftsangelegenheiten im Bereich von Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Diese Verwaltung sollte für die vorklinischen Einrichtungen ebenso zuständig sein wie für die klinisch-theoretischen und die klinischen. Ihr sollten aus Gründen einer einfachen Organisation auch jene Verwaltungsangelegenheiten übertragen werden, die nicht im strengen Sinne Angelegenheiten der Personal- und Wirtschaftsverwaltung sind (Sekretariatsarbeiten für den Fachbereichsrat, verwaltungsmäßige Betreuung der Habilitations- und Promotionsangelegenheiten, Unterstützung des Studienkoordinators bei der Erledigung seiner Aufgaben etc.).

Die hauptamtliche Klinikumsverwaltung bereitet die Entscheidungen des Direktoriums bzw. des Vorstandes vor und führt sie aus. Sie unterstützt in gleicher Weise auch den Fachbereichsrat in der Erledigung seiner Aufgaben.

Leiter der hauptamtlichen Verwaltung des Klinikums ist dessen Verwaltungsdirektor. Er ist insbesondere zuständig für den Vollzug des Haushalts und die Personal- und Wirtschaftsverwaltung.

Die besondere Problematik der Einordnung der hauptamtlichen Verwaltung in das allgemeine Kompetenzgefüge der Hochschulorgane resultiert daraus, daß Forschung, Lehre und Krankenhausversorgung als Zwecksetzungen, unter denen die Personal- und Wirtschaftsverwaltung durchzuführen ist, in einer wechselseitigen Abhängigkeit, aber auch in Konkurrenz zueinander stehen. Formal eindeutige Lösungen der Einordnung der Klinikumsverwaltung in dieses Kompetenzgefüge lassen sich deshalb im Grunde nur erreichen, wenn die Entscheidungen über die Zweckverwirklichung im Einzelfall, die die wesentlichen Vorgaben für die Personal- und Wirtschaftsverwaltung darstellen, in einem Organ gebündelt werden.

Dies könnte die Leitung der Universität sein, sofern ihr Zuständigkeiten auch für die Krankenversorgung übertragen werden und ihr die Leitung des Klinikums zumindest formal nachgeordnet wäre. Dies könnte aber auch das Direktorium bzw. der Vorstand des Klinikums sein, soweit man ihm durch Delegation nach Maßgabe des § 66 Abs. 2 HRG die Wahrnehmung der Aufgaben der Universitätsleitung im Bereich der Personal- und Wirtschaftsverwaltung für die Medizin übertrüge. Als Kompromißlösung wäre schließlich denkbar, den Verwaltungsdirektor in einer Doppelstellung („Zwei-Bänder-Mann") einzusetzen, d. h. ihn in Angelegenheiten der Krankenversorgung den Weisungen des Ärztlichen Direktors, in Angelegenheiten, in denen sich die Zuständigkeit der hauptamtlichen Klinikumsverwaltung aus der Kompetenz des Universitätspräsidenten bzw. — in der Rektoratsverfassung — der des Kanzlers herleitet, den Weisungen des Präsi-

denten bzw. des Kanzlers zu unterstellen. Im Falle eines Kompetenzkonfliktes zwischen Direktorium bzw. Vorstand und Universitätspräsident bzw. Kanzler und daraus resultierenden widersprüchlichen Weisungen müßte der Verwaltungsdirektor auf eine einheitliche Entscheidung drängen und gegebenenfalls die Entscheidung der zuständigen Behörde herbeiführen.

Der Wissenschaftsrat geht davon aus, daß alle diese Modelle praktizierbar sind. Konflikte und Spannungen, die sich in jedem Falle ergeben werden, sind in der Regel in der Sache selbst begründet und lassen sich durch formale Kompetenzregelungen allein nicht lösen. Um langwierige Kompetenzkonflikte zu vermeiden, ist es deshalb notwendig, Verfahrensregelungen zu treffen, die sicherstellen, daß alle konkurrierenden Gesichtspunkte bei den jeweiligen Entscheidungen von vornherein zur Geltung gebracht werden.

Die eigene einheitliche Verwaltung für den Bereich der Medizin schließt nicht aus, bestimmte Aufgaben auch weiterhin durch die für die Universität im übrigen zuständige Verwaltung erledigen zu lassen, soweit dies aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung geboten ist (z. B. hinsichtlich der Aufgaben des Studentensekretariats). Ebenso wird es möglich sein, bei der automatisierten Bearbeitung bestimmter Verwaltungsvorgänge die Medizin einzubeziehen. Allerdings ist im letzteren Falle mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, daß der Patientendatenschutz gewährleistet ist und daß bei der Regelung der diesbezüglichen Verwaltungsabläufe den Bedürfnissen der datenliefernden Stellen — insbesondere also der Abteilungen und Zentren — Rechnung getragen wird. Die automatisierte Regelung des Abrechnungsverfahrens wird — von technischen Problemen abgesehen — ohnehin in der Regie der Klinikumsverwaltung erledigt werden müssen [1]).

III. 5. Haushalt

Der Haushalt des medizinischen Bereichs muß den Bedürfnissen von Forschung und Lehre ebenso Rechnung tragen wie den Bedürfnissen der Krankenversorgung. Dabei ist davon auszugehen, daß im Prinzip alle Ausgaben, auch soweit sie primär der Krankenversorgung dienen, letztlich zumindest mittelbar Forschung und Lehre zugute kommen. Eine Trennung der Ausgabepositionen in solche, die unmittelbar für Forschung und Lehre bestimmt sind, und solche, die der Krankenversorgung in dem Sinne zuzuordnen sind, daß sie den Regelkosten der Krankenversorgung in einem vergleichbar ausgestatteten außeruniversitären Krankenhaus entsprechen, ist daher nur mittels Pauschalierungen möglich.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt deshalb, für den gesamten Bereich der Medizin ein einheitliches Haushaltskapitel vorzusehen, innerhalb dieses Kapitels aber — soweit möglich — in der Zweckbestimmung

[1]) Vgl. oben S. 97 f.

der einzelnen Titel eine Ausweisung für Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits vorzunehmen. Vielfach, z. B. hinsichtlich der Stellen für das wissenschaftliche Personal oder bestimmter Investitionsvorhaben, wird eine derartige Zuordnung allerdings nicht möglich sein.

Die Verbindung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung in einem Haushaltskapitel ist deswegen notwendig, weil — ungeachtet der Trennung der Positionen bei der Veranschlagung und insbesondere bei der Abrechnung — in der Entscheidung über den Gesamthaushalt die wechselseitigen Beziehungen berücksichtigt werden müssen. Deshalb ist eine Trennung in zwei Haushalte — wie sie sich im Saarland aufgrund historischer Gegebenheiten und pragmatischer Handhabung eingespielt hat — mit der Möglichkeit, daß der auf die Krankenversorgung entfallende Teil insgesamt aus dem Haushalt der Hochschule und des Kultusressorts herausgelöst und dem Gesundheitsressort zugeordnet wird, als prinzipielle Lösung nicht geeignet. Eine Trennung in der Zweckbestimmung der einzelnen Positionen ist andererseits notwendig, weil auf ihr die Berechnung der Pflegesätze aufbauen muß, wenngleich — wie ausgeführt — Pauschalierungen bestimmter Kostenanteile unvermeidbar sind.

Ein einheitliches Haushaltskapitel für die Medizin als Teil des Hochschulhaushaltes bzw. des Kultusetats zieht allerdings die Notwendigkeit nach sich, daß die Haushaltsplanungen für die Hochschulmedizin mit den Planungen für den Gesundheitsetat abgestimmt werden. Eine Intensivierung dieses Abstimmungsprozesses ist jedenfalls bei der Planung der jeweiligen Bettenkapazität im Rahmen der Landeskrankenhauspläne unerläßlich. Hierauf wird auch im Zusammenhang mit den Überlegungen zum weiteren Ausbau der Hochschulkliniken einzugehen sein [1]).

Ausgehend von dieser Haushaltsstruktur ist das Verfahren der Aufstellung des Haushalts so zu regeln, daß die Abteilungen und Zentren, von denen die Haushaltsanträge in der Regel ausgehen, bei der Beantragung jeweils deutlich machen, welcher Zweckbestimmung die Mittel dienen. Auf dieser Grundlage stellt die Verwaltung den Haushaltsantrag für den Gesamtbereich der Medizin auf und legt ihn dem Direktorium bzw. dem Vorstand und dem Fachbereichsrat vor.

Das Direktorium bzw. im einstufigen Modell der Vorstand nimmt zu dem Antrag nur aus der Sicht der Krankenversorgung Stellung. Sie können dabei ihrerseits Haushaltsanträge einbringen, wenn ihrer Auffassung nach die Belange der Krankenversorgung zusätzliche Ausgaben über die Anträge der Abteilungen und Zentren hinaus erforderlich machen. Im zweistufigen Modell der Klinikumsleitung beteiligt das Direktorium den Klinikumsvorstand.

Der Fachbereichsrat nimmt zu dem Haushaltsantrag aus der Sicht von Forschung und Lehre Stellung. Er kann unter diesem Aspekt ebenfalls

1) Vgl. unten S. 157 ff.

zusätzliche Anträge einbringen (z. B. hinsichtlich der Einrichtung neuer Abteilungen, soweit dies im Hinblick auf Forschung und Lehre notwendig ist). Der Akademische Senat bzw. das verantwortliche Organ der Hochschule beurteilt den Haushaltsantrag wie bei den übrigen Fachbereichen unter dem Aspekt von Forschung und Lehre.

Wie bei dem Verfahren der Erstellung des Haushaltsantrages sind auch bei der Vergabe der Haushaltsmittel unterschiedliche Zuständigkeiten gegeben, soweit es sich um die Mittel für Forschung und Lehre einerseits und für Krankenversorgung andererseits handelt. Obliegt die Verwaltung der zugewiesenen Haushaltsmittel insgesamt der Verwaltung des medizinischen Bereichs, so ist an der Vergabe — im Rahmen der bindenden Zweckbestimmungen des Haushalts — bei den Mitteln für Forschung und Lehre der Fachbereich beratend zu beteiligen, während für die Krankenversorgung die Zuständigkeit der Leitungsgremien des Klinikums gegeben ist.

D. IV. Vorschläge für die Gliederung in Zentren und Abteilungen

Während im vorhergehenden Abschnitt die Prinzipien des organisatorischen Aufbaus des medizinischen Bereichs, seiner Gliederung in Abteilungen und Zentren sowie des Zusammenwirkens der Abteilungen und Zentren in der Organisation gemeinsamer Einrichtungen und Dienste beschrieben wurde, werden im folgenden Vorschläge für die fachliche Gliederung im einzelnen dargestellt.

Diese Vorschläge gehen von folgenden Voraussetzungen aus:

— Das Fächerspektrum und die vorgeschlagenen Bettenzahlen beschränken sich auf das, was unter Annahme optimaler organisatorischer Verhältnisse zur Erfüllung der hochschulspezifischen Aufgaben erforderlich ist. Anforderungen, die sich darüber hinaus durch die Einbindung der Universitätskliniken in die regionale Krankenversorgung oder aufgrund besonderer Forschungsaufgaben (z. B. Sonderforschungsbereiche) ergeben, müssen im Einzelfall zusätzlich berücksichtigt werden.

— Die angegebenen Bettenzahlen beziehen sich auf Planbetten ohne Berücksichtigung von Intensivbetten und von anderen Funktionsbetten. Eine mögliche Reduzierung der Zahl der Planbetten im Hinblick auf Nachsorgeeinrichtungen ist nicht berücksichtigt.

Die Vorschläge unterscheiden zwischen

— fachlichen Bereichen, die zur Erfüllung der Aufgaben eines Universitätsklinikums in Aus-, Fort- und Weiterbildung, in Forschung und Krankenversorgung unabdingbar sind, und die daher an jedem Universitätsklinikum in der Regel als Abteilung vertreten sein sollten;

— Spezialgebieten, die — zumindest als eigenständige Abteilungen — nicht notwendigerweise zum Bestand jedes Universitätsklinikums gehören, die jedoch nach Ansicht des Wissenschaftsrates zu Abteilungen ausgebaut werden können, wenn ein entsprechender Schwerpunkt der Hochschule in Forschung und Krankenversorgung dieses rechtfertigt. Dem tragen Bandbreiten bei der Angabe der Bettenzahlen Rechnung.

Ein möglicher regionaler Verbund des Universitätsklinikums mit anderen Krankenanstalten wurde bei diesen Vorschlägen nicht berücksichtigt. Ein Universitätsklinikum in der hier vorgeschlagenen Größe kann daher nur dann als Mindestbetriebsgröße verstanden werden, wenn es sich um eine regional isolierte Hochschule handelt. Wo — wie z. B. bei mehreren Kliniken einer Großstadt — ein lokaler Fächerausgleich möglich ist, kann das Universitätsklinikum auch entsprechend kleiner dimensioniert sein.

Das im folgenden entwickelte Organisationsschema kann — ausgehend von den wesentlichen fachlichen Anknüpfungspunkten — nur eine regelhafte Gruppierung der verschiedenen Organisationseinheiten des Universitätsklinikums in Abteilungen und Zentren darstellen. Daneben gibt es im Konsiliardienst und insbesondere in der Zusammenarbeit in der Forschung eine Vielzahl von Verbindungen, die die einzelnen Organisationseinheiten überschreiten und die sowohl für die Krankenversorgung als auch für die Innovation in der Forschung unerläßlich sind. Diese Verbindungen können eine solche Bedeutung haben, daß sie eine Grundorganisation erfordern, die von den hier gemachten Vorschlägen abweicht. Auf einige dieser „alternativen Zuordnungsmöglichkeiten" ist im folgenden bereits hingewiesen. Die Besonderheiten der einzelnen Hochschulen können durchaus weitere rechtfertigen.

(1) Zentrum Innere Medizin

An jedem Zentrum für Innere Medizin sollten vier etwa gleich ausgestattete Abteilungen für Innere Medizin vertreten sein, darunter regelmäßig die Schwerpunkte

— Kardiologie und Angiologie,

— Gastroenterologie und Stoffwechselkrankheiten,

— Hämatologie und Onkologie.

Als mögliche weitere Abteilungen kommen

— Endokrinologie,

— Pulmologie,

— Nephrologie,

— Rheumatologie

in Betracht. Wenn eine Abteilung für Endokrinologie eingerichtet ist, sollte dieser der Schwerpunkt Stoffwechselkrankheiten zugeordnet sein.

Über die zuvor genannten Abteilungen hinaus sollte zu jedem Zentrum für Innere Medizin eine Abteilung für

— Klinische Chemie und Labordiagnostik

gehören, die als Zentrallaboratorium Dienstleistungen auch für andere Zentren übernimmt. Vielfach wird es allerdings zweckmäßig sein, das Zentrallaboratorium als klinikumsunmittelbare Abteilung einzurichten.

Als mögliche weitere Abteilung kommt eine Abteilung für

— Klinische Immunologie

in Betracht, die in der Regel im Zentrum für Innere Medizin einzugliedern sein wird und dann auch für die Rheumatologie zuständig wäre.

Das Zentrum verfügt je nach Aufgaben in der regionalen Krankenversorgung und nach der Anzahl der Schwerpunkte über 240 bis 400 Betten. Hinzu kommen 25 Intensivbetten, von denen zehn für akute kardiologische Fälle bereitgehalten werden müssen. Das Zentrum benötigt ferner die zur Behandlung von Infektionskrankheiten erforderlichen Einrichtungen.

Trotz der notwendigen fachlichen Differenzierung steht in der Inneren Medizin — stärker als in anderen Bereichen — die Einheit des Faches im Vordergrund. Die internistischen Abteilungen sind in gleicher Weise in der Grundversorgung tätig. Sie vertreten das Fach in der gesamten Breite und stellen in ihrer besonderen Ausrichtung lediglich Schwerpunkte der Inneren Medizin dar. Dementsprechend ist eine Ausstattung der Abteilungen mit etwa gleicher Bettenzahl gerechtfertigt. Bettenbereiche mit gemischter Belegung sind einzurichten.

(2) Zentrum für Chirurgie

An jedem Universitätsklinikum sollten Abteilungen mit folgenden fachlichen Schwerpunkten vertreten sein:

— Allgemein- und Abdominalchirurgie,

— Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie,

— Extremitäten- und Wiederherstellungs-(Unfall-)chirurgie,

— zwei Abteilungen für Orthopädie, davon eine mit dem Schwerpunkt chirurgische Orthopädie,

— Urologie,

— Neurochirurgie,

— Anästhesiologie.

Bei der neurochirurgischen Abteilung kann die Zentrumszuordnung je nach besonderer fachlicher Ausrichtung unterschiedlich sein: Eine im wesentlichen traumatologisch ausgerichtete Neurochirurgie wird zweckmäßigerweise im engen Verbund mit der Chirurgie dem Chirurgischen Zentrum angehören, während die auf die Operation von Tumoren spezialisierte Neurochirurgie auch mit der Neurologie zusammenarbeitet und daher im Nervenzentrum angesiedelt sein kann. Gegebenenfalls kann die Neurochirurgie auch mit der Augen-, der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und der Neurologie in einem Kopfzentrum zusammengefaßt sein.

Als mögliche weitere Abteilungen des Chirurgischen Zentrums, die jedoch nicht an allen medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten vertreten zu sein brauchen, kommen Abteilungen für

— Kinderchirurgie,

— Technische Orthopädie,

— Soziale und präventive Orthopädie und Rehabilitation,

— Physikalische und funktionelle Orthopädie,

— Physikalische Medizin,

— Experimentelle Chirurgie

in Betracht. Die Abteilung für Kinderchirurgie kann je nach örtlichen Verhältnissen auch dem Zentrum Kinderheilkunde zugeordnet sein. Die Einbeziehung der orthopädischen Abteilungen in das Chirurgische Zentrum trägt in erster Linie der Versorgung polytraumatisierter Patienten Rechnung. Bei besonderem Schwerpunkt können die Orthopädie, die Physikalische Medizin und die Rehabilitation zu einem eigenen Zentrum zusammengefaßt werden.

Eine Einrichtung für Physikalische Medizin, wenn auch nicht unbedingt als voll ausgebaute Abteilung, muß an jedem Klinikum vorhanden sein. Sie kann auch als zentrumsübergreifende Dienstleistungseinrichtung unmittelbar der Klinikumsleitung unterstellt, alternativ auch der Inneren Medizin zugeordnet sein.

Bei entsprechendem Schwerpunkt ist auch ein eigenes Zentrum für Urologie möglich.

Das Zentrum Chirurgie (einschließlich Orthopädie und Urologie) verfügt über 380 bis 460 Betten. Hinzu kommen 50 Intensivbetten. Wegen der sehr unterschiedlichen Anforderungen an die Betreuung der Patienten können im Chirurgischen Zentrum Bettenbereiche mit gemischter Belegung nicht eingerichtet werden. Vielmehr müssen hier

den verschiedenen Abteilungen die Betten fachspezifisch zugeordnet werden, mit Ausnahme der orthopädischen Betten, die in einem einheitlichen Bettenbereich zusammengefaßt werden können.

Für die einzelnen Abteilungen ist von folgenden Bettenzahlen auszugehen:

— Allgemeine und Abdominalchirurgie	80 Betten,
— Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie	40—60 Betten,
— Extremitäten- und Wiederherstellungs-(Unfall-)chirurgie	40—60 Betten,
— Orthopädie	100—120 Betten,
— Urologie	60—80 Betten,
— Neurochirurgie	60 Betten.

Falls eine Abteilung für Kinderchirurgie vorhanden ist, sollte sie über 20 Betten verfügen.

(3) Zentrum Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Das Zentrum Frauenheilkunde und Geburtshilfe sollte an jeder Universität aus drei Abteilungen bestehen, die folgende Schwerpunkte abdecken:

— Gynäkologie mit Onkologie,

— Geburtshilfe mit Perinatologie,

— Endokrinologie.

Bei örtlichen Schwerpunkten kann ferner eine Abteilung für

— Familienplanung

eingeführt werden.

Eine aufwendige Ausstattung für Perinatologie setzt mindestens 6 000 Geburten pro Jahr voraus. Die Neonatologie verlangt wegen der häufigen Transportunfähigkeit der Neugeborenen einen Dauerkonsiliarius im Zentrum für Frauenheilkunde, dessen Stelle jedoch im Zentrum für Kinderheilkunde angesiedelt sein sollte.

Das Zentrum für Frauenheilkunde sollte insgesamt über 120 Betten verfügen. Bettenbereiche mit gemischter Belegung können innerhalb der Frauenklinik nicht geschaffen werden, so daß die Betten entsprechend den jeweils vertretenen Spezialgebieten aufgeteilt werden müssen.

(4) Zentrum Kinderheilkunde

Das Pädiatrische Zentrum sollte neben einer Abteilung für

— Allgemeine Pädiatrie

über mindestens zwei weitere Spezialabteilungen verfügen, für die sich als Schwerpunkte

— Kinderkardiologie,

— Kinderendokrinologie,

— Kinderneurologie,

— Neonatologie,

— Psychosomatik oder Psychotherapie des Kindesalters

anbieten. Ferner sollte im Zentrum Kinderheilkunde die an jedem Klinikum einzurichtende Abteilung für

— Anthropologie und Humangenetik

angesiedelt werden.

Hinsichtlich der Kinderchirurgie wird auf die Ausführungen zum Zentrum Chirurgie verwiesen.

Jedes Klinikum sollte über eine kinderradiologische Einheit verfügen, die dem Zentrum Radiologie zugeordnet ist und bei entsprechendem Schwerpunkt auch als Abteilung dieses Zentrums ausgewiesen sein kann.

Insgesamt sollte das Zentrum mit 160 Betten ausgestattet sein, für die ein Pflegebereich mit gemischter Belegung geschaffen werden kann.

Soweit es aus medizinischer Indikation zweckmäßig erscheint, auch einzelne Angehörige kranker Kinder in deren Nähe unterzubringen, sollten die Voraussetzungen hierfür durch entsprechende organisatorische Maßnahmen und durch Raumplanungen geschaffen werden. Soweit hierfür Funktionsbetten eingerichtet werden, sind diese nicht zum Bestand der Klinikbetten zu zählen.

(5) Zentrum Augenheilkunde

Im Zentrum Augenheilkunde sollten an jeder Hochschule mindestens zwei Abteilungen eingerichtet werden. Bei besonderer Schwerpunktbildung sind an einigen Universitäten auch drei Abteilungen möglich.

Als Abteilungen im Bereich der Augenheilkunde kommen

— Erkrankungen der hinteren Augenabschnitte, Netzhautforschung,

— Erkrankung der vorderen Augenabschnitte, Glaukomforschung,

— Motilitätsstörungen und Strabismus,

— Pathophysiologie des Sehens, Neuroophtalmologie und Elektrophysiologie

in Betracht. Die Augenheilkunde kann auch zusammen mit der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, der Neurologie und der Neurochirurgie ein Kopfzentrum bilden.

Das Zentrum sollte insgesamt über 80 Betten verfügen; ein Bettenbereich mit gemischter Belegung ist möglich.

(6) Zentrum Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Das Zentrum Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sollte an allen Hochschulen über eine Abteilung

— Allgemeine Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

sowie über eine weitere Abteilung verfügen. Dafür kommen

— Phoniatrie und Pädaudiologie,

— Neuro-Otologie,

— Audiologie

in Betracht.

Die Bildung eines Kopfzentrums, bestehend aus Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde, Neurologie und Neurochirurgie, ist möglich.

Das Zentrum verfügt über 80 Betten. Ein Bettenbereich mit gemischter Belegung kann eingerichtet werden.

(7) Zentrum Dermatologie-Venerologie

Das Zentrum sollte über eine Abteilung für

— Allgemeine Dermatologie

verfügen. An einigen Hochschulen können darüber hinaus Abteilungen für

— Andrologie,

— Mykologie,

— Phlebologie,

— Allergologie

eingerichtet werden. Insgesamt sollten es jedoch nicht mehr als drei Abteilungen sein.

Das Zentrum sollte mit 60 Betten ausgestattet sein. Soweit im Zentrum Dermatologie ein arbeitsmedizinischer Schwerpunkt vertreten ist, sollte hier die bei der Arbeitsmedizin erwähnte Bettenstation angesiedelt sein [1]). Damit würde sich die Bettenzahl des Zentrums Dermato-Venerologie entsprechend erhöhen. Die Bildung eines Bettenbereichs mit gemischter Belegung ist möglich. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zentrum der Poliklinik zu.

(8) Nervenzentrum

Dem Nervenzentrum sind Abteilungen für

— Allgemeine Psychiatrie,

— Kinder- und Jugendpsychiatrie,

— Psychotherapie und Psychosomatik,

— Neurologie,

— Klinische bzw. Medizinische Psychologie

zugeordnet. An einigen Hochschulen können darüber hinaus bei besonderem Schwerpunkt Abteilungen für

— Sozialpsychiatrie,

— Forensische Psychiatrie,

— Gerontopsychiatrie,

— Neurophysiologie

eingerichtet werden. Die Psychosomatik und die Klinische bzw. Medizinische Psychologie können auch dem Zentrum Innere Medizin zugeordnet werden. Für die Neurologie kommt auch die Zuordnung zu einem Kopfzentrum oder — allerdings nicht im Regelfall — die Bildung eines eigenen Zentrums in Betracht.

Das Zentrum verfügt über 220 bis 280 Betten, die sich auf die einzelnen Abteilungen wie folgt verteilen:

— Allgemeine Psychiatrie	100—160 Betten,
— Kinder- und Jugendpsychiatrie	40 Betten,
— Neurologie	80 Betten.

Hinzu kommen zehn Intensivbetten.

Bei wesentlich mehr als 100 Betten für Allgemeine Psychiatrie ist die Errichtung von zwei Abteilungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten vorzusehen.

Im einzelnen wird auf die Ausführungen in Teil I verwiesen [2]).

[1]) Vgl. unten S. 117.
[2]) Vgl. unten S. 195 f.

(9) Zentrum Radiologie

Mit der weiteren Verfeinerung der radiologischen Methoden und der immer aufwendiger werdenden apparativen Ausstattung ist eine zentralisierte Radiologie im Verhältnis zu den Empfehlungen von 1968 [1]) noch dringender erforderlich. An jedem Klinikum sollten Abteilungen für

— Strahlendiagnostik,

— Strahlentherapie,

— Nuklearmedizin,

— Strahlenphysik, Strahlentechnik, Strahlenbiologie

eingerichtet werden. Ferner müssen an jedem Klinikum die

— Neuroradiologie,

— Kinderradiologie

abgedeckt sein, die jedoch nur bei besonderer Schwerpunktbildung zu eigenen Abteilungen ausgebaut werden sollten.

Schon wegen der räumlichen Gegebenheiten wird sich die Radiologie nicht überall vollständig zentralisieren lassen. In jedem Fall sollten aber die radiologischen Abteilungen organisatorisch in einem eigenständigen Zentrum für Radiologie zusammengefaßt sein. Wo räumlich ausgegliederte Arbeitsgruppen oder Abteilungen aus örtlichen Gegebenheiten heraus unvermeidbar sind, sollten diese dennoch dem Radiologischen Zentrum zugeordnet bleiben [2]).

Das Radiologische Zentrum sollte mit 60 Betten ausgestattet sein, die in einem Pflegebereich mit gemischter Belegung zusammengefaßt werden können.

(10) Zentrum Hygiene

Im Zentrum Hygiene sind Abteilungen für

— Allgemeine Hygiene,

— Mikrobiologie,

— Virologie,

— Immunologie und Transfusionswesen

zusammengefaßt. Als möglicher weiterer Schwerpunkt kommt

— Parasitologie

in Betracht.

---

[1]) Vgl. a. a. O., S. 60 ff.

[2]) Vgl. oben S. 97.

Alternativ ist auch eine Eingliederung der Allgemeinen Hygiene in das Zentrum Sozial-, Arbeits- und Rechtsmedizin in einzelnen Fällen möglich.

(11) Zentrum Sozial-, Arbeits- und Rechtsmedizin

Dem Zentrum sollten an jedem Klinikum Abteilungen für

— Sozialmedizin,

— Medizinische Soziologie,

— Arbeitsmedizin,

— Rechtsmedizin

zugeordnet sein.

Als mögliche weitere Abteilungen kommen bei entsprechendem Schwerpunkt

— Sportmedizin,

— Verkehrsmedizin

in Betracht.

Die Rechtsmedizin kann auch im Zentrum Pathomorphologie angesiedelt sein.

Ein besonderes Problem stellt die Anbindung der Arbeitsmedizin dar, die entsprechend der Spezialisierung der jeweiligen Fachvertreter oftmals eine besondere fachliche Ausrichtung (z. B. Dermatologie) erfährt. Die Arbeitsmedizin sollte jedoch über die Diagnose und Therapie typischer organischer Erkrankungen hinaus auch die Arbeitswelt in ihrem gesamten sozialen Gefüge erfassen. Bei entsprechender Schwerpunktbildung kann die Bereitstellung einer Bettenstation infrage kommen, gegebenenfalls unter Inanspruchnahme von anderen Zentren zugeordneten Betten, so z. B. im Zentrum Dermatologie-Venerologie oder bei der Silikoseforschung der Pulmologie.

(12) Zentrum Pathomorphologie

Das Zentrum sollte die auf dem Gebiet der allgemeinen Pathologie sowie der allgemeinen und speziellen pathologischen Anatomie wirkenden Arbeitsrichtungen zusammenfassen. Es verfügt über vier obligatorische Abteilungen, darunter

— Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie,

— Neuropathologie.

Die beiden anderen obligatorischen Abteilungen sollten je nach örtlicher Schwerpunktbildung aus dem Gebiet der speziellen pathologischen Anatomie gebildet werden. Hierfür kommen z. B.

— Paidopathologie,

— Zytopathologie,

— Experimentelle Pathologie,

— Gynäkopathologie,

— Orale Pathologie,

— Pathochemie bzw. Neurochemie

in Betracht.

Die Neurochemie und die Neuropathologie können bei besonderer klinischer Ausrichtung auch dem Nervenzentrum zugeordnet sein.

Allen Abteilungen sollten als Dienstleistungseinrichtungen methodisch orientierte Arbeitsgruppen für Elektronenmikroskopie, Immunpathologie und dergleichen zur Verfügung stehen, die aber nur im Ausnahmefall bei besonders breit angelegter Grundlagenforschung den Rang eigener Abteilungen erhalten sollten.

(13) Zentrum Anatomie

An jedem Klinikum sollten in der Regel drei Abteilungen für Anatomie eingerichtet sein. Die Anzahl der Abteilungen ist in erster Linie durch die Aufgaben in der Lehre bedingt, in der der Unterricht in Makroanatomie und Histologie sichergestellt sein muß. Die Abteilungen haben unterschiedliche Forschungsschwerpunkte. Hierfür kommen unter anderem

— Topographische Anatomie,

— Feinstrukturforschung,

— Neuroanatomie,

— Embryologie,

— Biomechanik,

— Morphologische Endokrinologie

in Frage.

(14) Zentrum Physiologie und Physiologische Chemie

An jedem Klinikum sollten je zwei Abteilungen für

— Physiologie,

— Physiologische Chemie (Biochemie)

eingerichtet sein.

Die Anzahl der Abteilungen ist in erster Linie durch die Aufgaben in der Lehre bedingt. Die Abteilungen haben unterschiedliche Forschungsschwerpunkte. Hierfür kommen

— Kreislaufphysiologie,

— Neurophysiologie,

— Regulationsphysiologie,

— Physikalische Biochemie,

— Enzymologie,

— Molekularbiochemie

in Betracht.

(15) Zentrum Pharmakologie

An jedem Klinikum sollten die Abteilungen

— Allgemeine Pharmakologie,

— Toxikologie

eingerichtet sein. Als mögliche weitere Abteilungen kommen

— Biochemische Pharmakologie,

— Molekulare Pharmakologie

in Betracht.

(16) Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Jedes Zentrum muß den Stoffgebieten der Prüfungsordnung für Zahnärzte entsprechend über eine Abteilung für

— Kieferchirurgie,

— Zahnerhaltung,

— Zahnärztliche Prothetik,

— Kieferorthopädie

verfügen.

Die enge Verknüpfung der zahnärztlichen Propädeutik mit dem klinischen Teil des Studiums der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde läßt es wünschenswert erscheinen, beide Ausbildungsabschnitte räumlich in enger Nachbarschaft anzusiedeln.

Das Zentrum verfügt über 40 bis 60 kieferchirurgische Betten, die aus Gründen der Lehre in der Regel im Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde untergebracht sind. Eine räumliche Zusammenfassung mit dem Chirurgischen Zentrum ist nur im Fall eines gemeinsamen Bettenhauses des Klinikums zweckmäßig und setzt eine nahe Nachbarschaft des Zentrums Chirurgie und des Zentrums Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde voraus.

In Sonderfällen, wenn das Bettenhaus des Klinikums und das Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde räumlich sehr weit voneinander getrennt sind, werden besondere Regelungen erforderlich, um die Mitwirkung der Kieferchirurgie im Rahmen der Traumatologie bei der Behandlung mehrfach verletzter Patienten sicherzustellen.

(17) Eine Sonderstellung nehmen die Fachgebiete

— Dokumentation und Statistik,

— Geschichte der Medizin

ein. Sie lassen sich wegen ihres den Gesamtbereich der Medizin umfassenden Aufgabengebietes in der Regel keinem der Zentren zuordnen, sind auf der anderen Seite aber zu kleine Einheiten, um eigene Zentren zu bilden. Beide Einrichtungen sollten als eigenständige Abteilungen in unmittelbarer Anbindung an das Direktorium bzw. den Fachbereichsrat in jedem Hochschulklinikum vertreten sein.

Tabelle 2

Kurzübersicht zur fachlichen Gliederung

Zentrum	Anzahl der Planbetten (ohne Intensiv- und Funktionsbetten)	Notwendige Abteilungen	Spezialgebiete, die bei besonderem Schwerpunkt Abteilungen sein können	Alternative Zuordnungsmöglichkeiten
Innere Medizin	240—400	– Kardiologie und Angiologie – Gastroenterologie und Stoffwechselkrankheiten – Hämatologie und Onkologie – eine weitere Abteilung für Innere Medizin – Klinische Chemie und Labordiagnostik	– Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten – Pulmologie – Nephrologie – Rheumatologie – Klinische Immunologie	– Klinische Chemie und Labordiagnostik als klinikumsunmittelbare Abteilung – Klinische Immunologie auch in einem anderen Zentrum
Chirurgie	380—460 davon:			
	80	– Allgemein- und Abdominalchirurgie	– Kinderchirurgie – Technische Orthopädie – Soziale und präventive Orthopädie und Rehabilitation – Physikalische und funktionelle Orthopädie – Physikalische Medizin – Experimentelle Chirurgie	– Neurochirurgie im Nervenzentrum oder mit Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Neurologie in einem Kopfzentrum – Kinderchirurgie im Zentrum Kinderheilkunde – Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation als eigenes Zentrum – Urologie als eigenes Zentrum – Physikalische Medizin bei der Inneren Medizin oder als klinikumsunmittelbare Einrichtung
	40— 60	– Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie		
	40— 60	– Extremitäten- und Wiederherstellungs-(Unfall-)chirurgie		
	100—120	– Chirurgische Orthopädie – eine weitere orthopädische Abteilung		
	60— 80	– Urologie		
	60	– Neurochirurgie		
		– Anästhesiologie		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	120	– Gynäkologie mit Onkologie – Geburtshilfe mit Perinatologie – Endokrinologie	– Familienplanung	
Kinderheilkunde	160	– Allgemeine Pädiatrie – zwei weitere pädiatrische Abteilungen – Anthropologie und Humangenetik	– Kinderkardiologie – Kinderendokrinologie – Kinderneurologie – Neonatologie – Psychosomatik oder Psychotherapie des Kindesalters	
Augenheilkunde	80	– zwei Abteilungen für Augenheilkunde	– Erkrankungen der hinteren Augenabschnitte, Netzhautforschung – Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte, Glaukomforschung	– Augenheilkunde mit Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neurologie und Neurochirurgie in einem Kopfzentrum

noch: Tabelle 2

Zentrum	Anzahl der Planbetten (ohne Intensiv- und Funktionsbetten)	Notwendige Abteilungen	Spezialgebiete, die bei besonderem Schwerpunkt Abteilungen sein können	Alternative Zuordnungsmöglichkeiten
			– Motilitätsstörungen und Strabismus – Pathophysiologie des Sehens, Neuroophtalmologie und Elektrophysiologie	
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	80	– Allgemeine Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – eine weitere Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	– Phoniatrie und Pädaudiologie – Neuro-Otologie – Audiologie	– Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit Augenheilkunde, Neurologie und Neurochirurgie in einem Kopfzentrum
Dermatologie-Venerologie	60	– Allgemeine Dermatologie	– Andrologie – Mykologie – Phlebologie – Allergologie	
Nervenzentrum	220—280 davon:			
	100—160	– eine bzw. zwei Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie	– Sozialpsychiatrie – Forensische Psychiatrie – Gerontopsychiatrie – Neurophysiologie	– Psychosomatik im Zentrum Innere Medizin
	40	– Kinder- und Jugendpsychiatrie – Psychotherapie und Psychosomatik		– Neurologie mit Augen-, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Neurochirurgie in einem Kopfzentrum oder Neurologie als eigenes Zentrum
	80	– Neurologie – Klinische bzw. Medizinische Psychologie		– Klinische bzw. Medizinische Psychologie im Zentrum Innere Medizin
Radiologie	60	– Strahlendiagnostik – Strahlentherapie – Nuklearmedizin – Strahlenphysik, Strahlentechnik, Strahlenbiologie	– Neuroradiologie – Kinderradiologie	
Hygiene	—	– Allgemeine Hygiene – Mikrobiologie – Virologie – Immunologie und Transfusionswesen	– Parasitologie	– Allgemeine Hygiene auch im Zentrum Sozial-, Arbeits- und Rechtsmedizin
Sozial-, Arbeits- und Rechtsmedizin	—	– Sozialmedizin – Medizinische Soziologie – Arbeitsmedizin – Rechtsmedizin	– Sportmedizin – Verkehrsmedizin	– Rechtsmedizin im Zentrum Pathomorphologie
Pathomorphologie	—	– Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie – Neuropathologie	– Paidopathologie – Zytopathologie – Experimentelle Pathologie	– Neurochemie im Nervenzentrum – Neuropathologie im Nervenzentrum

noch: Tabelle 2

Zentrum	Anzahl der Planbetten (ohne Intensiv- und Funktionsbetten)	Notwendige Abteilungen	Spezialgebiete, die bei besonderem Schwerpunkt Abteilungen sein können	Alternative Zuordnungsmöglichkeiten
		– zwei Abteilungen für spezielle pathologische Anatomie	– Gynäkopathologie – Orale Pathologie – Pathochemie bzw. Neurochemie – Elektronenmikroskopie – Immunpathologie	
Anatomie	—	– drei Abteilungen für Anatomie	– Topographische Anatomie – Feinstrukturforschung – Neuroanatomie – Embryologie – Biomechanik – Morphologische Endokrinologie	
Physiologie und Physiologische Chemie	—	– zwei Abteilungen für Physiologie – zwei Abteilungen für Physiologische Chemie (Biochemie)	– Kreislaufphysiologie – Neurophysiologie – Regulationsphysiologie – Physikalische Biochemie – Enzymologie – Molekularbiochemie	
Pharmakologie	—	– Allgemeine Pharmakologie – Toxikologie	– Biochemische Pharmakologie – Molekulare Pharmakologie	
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	40—60	– Kieferchirurgie – Zahnerhaltung – Zahnärztliche Prothetik – Kieferorthopädie		– Kieferchirurgie im Zentrum Chirurgie
Keinem Zentrum zugeordnet	—	– Dokumentation und Statistik – Geschichte der Medizin		

E.

Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen

Die rasche Entwicklung der Medizin insbesondere in den letzten beiden Jahrzehnten, verbunden mit einem aufgestauten Investitionsbedarf für die in ihrer baulichen Substanz zum Teil sehr überalterten Universitätskliniken, haben seit Ende der sechziger Jahre zu einer umfänglichen Investitionstätigkeit für die Hochschulmedizin geführt. Sie ist in den Anmeldungen der Länder zu den Rahmenplänen für den Hochschulbau im einzelnen dokumentiert. Zu einem erheblichen Teil sind die Vorhaben bereits im Bau, wenn nicht gar abgeschlossen [1]).

Notwendigerweise orientierte sich diese Bautätigkeit an den seit Mitte der sechziger Jahre entwickelten — von den Medizinempfehlungen von 1968 maßgeblich beeinflußten — Organisationsmodellen. Diese gehen im Grundsatz davon aus, daß innerhalb ein und derselben Institution die verschiedenen Funktionen der Hochschulmedizin — Forschung, Lehre und Krankenversorgung — integriert wahrzunehmen sind und daß auch baulich und organisatorisch die Voraussetzungen geschaffen werden müssen, die eine Erledigung dieser Aufgaben in einem einheitlichen Rahmen erlauben.

Grundsätzlich hat sich dieses Organisationsmodell bewährt. Es liegt auch den vorliegenden Empfehlungen weitgehend zugrunde. Dennoch haben die Erfahrungen der letzten Jahre die Notwendigkeit einer Fortentwicklung dieses Konzepts aufgezeigt.

E. I. Kritik am gegenwärtigen Organisationsmodell

Die Kritik am gegenwärtigen Organisationsmodell setzt im wesentlichen bei der Schwierigkeit an, die von den Hochschulklinika in einer institutionell verankerten Verflechtung wahrgenommenen Aufgaben in Forschung und Lehre mit ihren Aufgaben in der Krankenversorgung in Deckung zu bringen, wie sie sich nicht zuletzt aus der Stellung der Hochschulklinika im allgemeinen System der Gesundheitsversorgung ergeben. Derzeit erfüllen die Hochschulklinika als Stätten der Krankenversorgung in der Regel Aufgaben der Maximalversorgung [2]). Sie sind damit auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet, die einen besonderen personellen und apparativen Aufwand erfordern,

1) Zum sechsten Rahmenplan haben die Länder Bauvorhaben der Medizin mit Gesamtkosten von rund 13,6 Milliarden DM angemeldet. Bei Vorhaben mit Kosten von insgesamt etwa 9,9 Milliarden DM ist für den Baubeginn das Jahr 1977 oder früher angemeldet.

2) Zu diesem Begriff, vgl. oben S. 15 Fußnote.

der die Möglichkeiten eines Krankenhauses der Regelversorgung übersteigt. In vielen Fällen befassen sie sich mit der Diagnose und Therapie von vergleichsweise seltenen Krankheiten, für die spezielle Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich sind, wie sie dem Personal an Krankenhäusern der Regelversorgung nicht zur Verfügung stehen. Diese spezialisierte Ausrichtung der Universitätsklinika in der Krankenversorgung führt zu Schwierigkeiten.

Für die Ausbildung der Studenten wird ein breit gestreutes, dem „Durchschnitt" entsprechendes Krankheitsspektrum benötigt, hinsichtlich dessen jedoch nicht überall in ausreichendem Maße sichergestellt ist, daß es durchgängig vertreten ist. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, daß die aufwendige Krankenversorgung im Universitätsklinikum überdurchschnittlich hohe Kosten pro Patient und Pflegetag erfordert. Selbst bei freien Kapazitäten werden daher für Lehrzwecke interessante Patienten häufig nur dann in die Universitätskliniken eingewiesen, wenn ein geeignetes anderes Krankenhaus (mit niedrigeren Pflegesätzen) nicht zur Verfügung steht. Die Kostenentwicklung zwingt ferner dazu, die Aufenthaltsdauer des einzelnen Kranken in einem Krankenhaus der Maximalversorgung auf das ärztlich gebotene Mindestmaß zu beschränken und die Maßnahmen der Nachsorge soweit möglich in weniger kostenaufwendige Einrichtungen zu verlagern. Auch dadurch wird die Möglichkeit, geeignete Patienten für den Unterricht in ausreichender Anzahl zur Verfügung zu haben, stark beeinträchtigt.

Eine Verbesserung dieser Situation könnte zweifellos durch eine Regelung der Pflegesätze für die Universitätsklinika erreicht werden, die den „Abschreckungseffekt" der bisher geltenden zumeist sehr hohen Pflegesätze vermeidet. So würde eine angemessene Bewertung des Aufwandes für Forschung und Lehre und die Übernahme der dadurch entstehenden Kosten durch den „Kultusetat" zu einer Reduzierung der Pflegesätze und damit zu einer Erweiterung des Patientenspektrums beitragen.

Allerdings wäre es auch nicht zweckmäßig, nur über eine Reduzierung der Pflegesätze die Hochschulkliniken für solche Patienten zugänglich zu machen, die nach der Art ihrer Erkrankung einer Einrichtung der höchsten Versorgungsstufe nicht bedürfen. Soweit Universitätsklinika Einrichtungen der Maximalversorgung sind, werden sie schon unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten normalerweise für die Behandlung von Patienten zur Verfügung gestellt werden müssen, für die ein besonderer Aufwand in der Krankenversorgung und dementsprechend hohe Kosten erforderlich sind. Das Spannungsverhältnis, das sich somit zwischen der Erfüllung der Aufgaben in Forschung und Lehre einerseits und in der Krankenversorgung andererseits ergibt, kann daher nicht allein über eine Regelung der Pflegesätze aufgelöst werden, sondern verlangt weiterreichende strukturelle Konsequenzen.

Ein Spannungsverhältnis besteht im übrigen nicht nur zwischen Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits. Es

kann auch zwischen der Forschung und der Lehre bestehen, insofern erstere wegen ihrer notwendigen Spezialisierung eine einseitige Patientenauswahl erfordert, die für Lehrzwecke häufig nur begrenzt tauglich ist. Schließlich stellt auch die Abstimmung von Aufgaben in der Krankenversorgung einerseits mit denjenigen in der Forschung andererseits erhebliche Probleme. Neue Diagnose- und Behandlungsmethoden, auch wenn sie als forschungsmäßig gesichert gelten, können nicht beliebig rasch von allen anderen Krankenhäusern übernommen werden, da hier die personellen und apparativen Voraussetzungen erst geschaffen werden müssen. Deshalb nehmen die Universitätsklinika in vielen Fällen zwangsläufig die Funktion von Schwerpunktkrankenhäusern wahr. Dieses führt häufig zu einem Aufwand in der Krankenversorgung, der im strengen Sinne weder durch die Bedürfnisse der Forschung noch durch diejenigen der Lehre begründet werden kann.

Neben diesen qualitativen Argumenten, die differenzierte Überlegungen zur weiteren strukturellen Entwicklung notwendig machen, gibt es auch quantitative Argumente, die in diesem Zusammenhang nicht außer Betracht bleiben können. Die Einbindung der Universitätsklinika in das allgemeine System der Gesundheitsversorgung wirkt sich auch darin aus, daß zusätzliche Betten und Einrichtungen ambulanter Behandlung, deren Schaffung aus einer sachlich notwendigen Ausweiterung der Kapazitäten für Lehre und Forschung heraus geboten sein mag, nicht ohne Rücksicht auf den jeweils regional bereits erreichten Ausbaustand eingerichtet werden können.

Diese Situation zwingt einerseits zu Überlegungen, wie die internen Strukturen des Universitätsklinikums den spezifischen Aufgaben in Forschung und Lehre besser als bisher angepaßt werden können. Hier kommt der Poliklinik eine besondere Bedeutung zu. Zum anderen werden die Universitätsklinika und die Krankenhäuser außerhalb der Universitäten noch stärker als bisher in einem Verbund zu sehen sein. Dieser betrifft die Investitionsplanung mit dem Ziel einer integrierten Bettenbedarfsplanung und soll dabei sicherstellen, daß die für die Erfüllung der Aufgaben in Forschung und Lehre benötigten und geeigneten Einrichtungen auch tatsächlich zur Verfügung stehen und unabhängig von ihrer institutionellen Zuordnung herangezogen werden können. Die hierbei vorzunehmende Regelung der Beziehungen der Universitätskliniken zu außeruniversitären Trägern der Krankenversorgung ist dabei nicht zuletzt auch für die Weitergabe der durch die Forschung gewonnenen neuen Erkenntnisse von Bedeutung.

E. II. Möglichkeiten der besseren Nutzung bestehender Einrichtungen

II. 1. Stärkere Einbeziehung der Polikliniken

Eine stärkere Einbeziehung der Polikliniken in den akademischen Unterricht trägt dazu bei, die negativen Konsequenzen einer zu ein-

seitigen Patientenauswahl in den stationären Einrichtungen zu vermeiden. Sie kommt materiell insofern den Zielsetzungen der Approbationsordnung entgegen, als sie eine stärkere Berücksichtigung der Probleme im Zusammenhang mit der Behandlung ambulanter Patienten in der Ausbildung sicherstellt [1]). Auch in der Forschung bedürfen die nicht immer eine stationäre Behandlung erfordernden Erkrankungen sowie die besonderen Probleme der ambulanten Behandlung der verstärkten Beachtung. Insgesamt sollte deshalb eine stärkere Berücksichtigung der Polikliniken in der medizinischen Forschung und Lehre angestrebt und hierfür die baulichen und personellen Voraussetzungen geschaffen werden. In bestimmten Bereichen (z. B. Psychiatrie, Dermato-Venerologie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde) ist ferner daran zu denken, Einrichtungen für eine Teilhospitalisierung zu schaffen.

Ein Sonderproblem sind in diesem Zusammenhang die Vergütungen, die aufgrund von Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen den Hochschulen für die Behandlung poliklinisch untersuchter Patienten gezahlt werden. Durch entsprechende Vertragsgestaltungen — gegebenenfalls nach Änderung der Reichsversicherungsordnung — muß sichergestellt werden, daß die Leistungen der Universitätspolikliniken angemessen vergütet werden, damit nicht finanzielle Erwägungen zu einer Einschränkung der poliklinischen Leistungen und als Folge dessen zu einer Beschränkung der für die Lehre zur Verfügung stehenden Zahl von Patienten führen.

II. 2. Einbeziehung von Einrichtungen außerhalb der Hochschulen

Stehen am Sitz der Hochschule neben den Universitätskliniken noch weitere größere Krankenhäuser zur Verfügung, so war es bisher schon üblich, Lehrveranstaltungen der Universität auch dort durchzuführen. Dies führte zu einer Entlastung der Universitätskliniken, insbesondere der Patienten, aber auch des wissenschaftlichen Personals. Eine stärkere Einbeziehung nichtuniversitärer Krankenhäuser in den klinischen Unterricht war deshalb vom Wissenschaftsrat schon in seinen Empfehlungen zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen von 1960 [2]) wie auch in den Medizinempfehlungen von 1968 [3]) befürwortet worden. Diese Empfehlungen behalten grundsätzlich auch weiterhin ihre Bedeutung. Die Verantwortung für den Standard der Lehre bleibt dabei — auch mit Rücksicht auf die Richtlinien der Europäischen Gemeinschaften [4]) — bei der Universität, die durch entsprechende Regelungen die Vergleichbarkeit der Ausbildung an universitären und nichtuniversitären Krankenhäusern sicherstellen muß.

Als praktisches Problem ergibt sich jedoch, daß die für die Lehre zur Verfügung zu stellenden Kapazitäten der nichtuniversitären Kranken-

1) Vgl. oben S. 26.
2) Vgl. a. a. O., S. 430 ff.
3) Vgl. a. a. O., S. 107 ff.
4) Vgl. oben S. 36 Fußnote 1).

häuser bereits durch die Ausbildung im dritten klinischen Studienabschnitt (Praktisches Jahr) in Anspruch genommen werden. Der Wissenschaftsrat geht — wie im einzelnen ausgeführt [1]) — davon aus, daß die Ausbildung im Praktischen Jahr in einem möglichst weiten Umfang von nichtuniversitären Krankenhäusern durchgeführt werden muß. Es ist zu vermuten, daß darüber hinaus freie Kapazitäten für die Übernahme weiterer Lehraufgaben in einem nennenswerten Umfang jedenfalls vorerst nicht zur Verfügung stehen.

E. III. Ansätze für längerfristige Umstrukturierungen

Die unbefriedigende Abstimmung der Aufgaben in Forschung und Lehre mit den den Hochschulklinika zugewiesenen Aufgaben in der Krankenversorgung zwingt dazu, über alternative Konzeptionen für künftige Planungsphasen nachzudenken. Sie zielen in ihrem Kern darauf ab, die Funktionen Forschung, Lehre und Krankenversorgung baulich und organisatorisch stärker zu entflechten und ihr notwendiges Zusammenwirken auch mit Einrichtungen außerhalb der Hochschule über einen Funktionsverbund herzustellen. In einem solchen Funktionsverbund könnten die einzelnen Aufgaben jeweils dort wahrgenommen werden, wo sie am kostengünstigsten und sachlich zweckmäßigsten erledigt werden können. Allerdings muß durch institutionelle Regelungen sichergestellt werden, daß ihr sachlich notwendiger Zusammenhang gewahrt bleibt. Ein Funktionsverbund dieser Art läßt dabei letztlich eine umfassende Wahrnehmung der Aufgaben in der Ausbildung — einschließlich der Ausbildung nichtärztlichen Personals — in der Fort- und Weiterbildung, in der Forschung und Umsetzung der Forschungsergebnisse sowie in der Krankenversorgung im Zusammenwirken unterschiedlicher Einrichtungen möglich erscheinen.

Als Modelle für alternative Planungskonzeptionen lassen sich folgende Lösungen diskutieren:

(1) Eine Aufgliederung der bisherigen Fachkliniken in einen jeweils hochinstallierten Zentralbereich mit entsprechend hohen Pflegesätzen und in einen Behandlungs- und Nachsorgebereich mit wesentlich weniger kostenaufwendiger Ausstattung und entsprechend niedrigeren Pflegesätzen, wobei beide Bereiche zur gleichen Klinik bzw. Abteilung gehören.

(2) Die Beschränkung auf ein 600-Betten-Zentralkrankenhaus der Hochschule mit starker Spezialisierung und aufwendiger Installation als Ort der Maximalversorgung und der Konzentration von Forschungspersonal, verbunden mit vertraglichen Vereinbarungen zwischen Hochschule und benachbarten Krankenhäusern anderer Träger, die für das spezielle Krankengut des zentralen Krankenhauses eine Ergänzung mit „Durchschnittskrankengut" im Interesse von Ausbildung und Weiterbildung bieten.

---

1) Vgl. oben S. 35 f.

(3) Der Verzicht auf ein eigenes Universitätsklinikum durch die Verbindung eines Lehr- und Forschungszentrums mit einem oder mehreren Großkrankenhäusern anderer Trägerschaft, in denen die praktische Ausbildung der Studenten erfolgen müßte.

Für jedes der genannten Modelle gibt es bereits Beispiele in anderen Staaten. Am ehesten erscheint unter deutschen Verhältnissen das Modell (1) realisierbar, weil hierbei die Personalunion von Forscher und Lehrer beibehalten werden könnte, eine gemeinsame Ausbildungsstätte erhalten bliebe, trotzdem aber sowohl die Baukosten als auch die Höhe der Gesamtpflegesätze deutlich gesenkt werden könnten. Die vorangehenden Überlegungen zur Organisation der Universitätsklinika zeigen bereits erste Ansätze (Nachsorgeeinrichtungen) in dieser Richtung [1]), die bei Neuplanungen in verstärktem Maße berücksichtigt werden sollten.

Geht man davon aus, daß einige nichtuniversitäre Krankenhäuser der Maximalversorgung besser ausgestattet sind als manche Hochschulkliniken und daß sie von Ärzten geleitet werden, die sich als Wissenschaftler qualifiziert haben, also über Forschungs- und Lehrerfahrungen verfügen, so erscheint die Frage berechtigt, warum solche Krankenhäuser nicht — entsprechend dem Modell (3) — als medizinische Ausbildungsstätten herangezogen werden.

Dies wäre nicht nur durch Übernahme in Landeseigentum, sondern auch über entsprechende Nutzungsverträge zwischen Land und Krankenhausträgern und durch zusätzliche Einrichtungen von Forschungszentren und ergänzende theoretisch-medizinische Einrichtungen möglich. Sollten politische Entscheidungen zugunsten einer Vermehrung der medizinischen Studienplätze durch Schaffung zusätzlicher medizinischer Ausbildungsstätten erfolgen, so wäre jedenfalls sorgfältig zu prüfen, ob nicht die Nutzung derartiger vorhandener Kliniken junger Bausubstanz — unter Berücksichtigung der Landeskrankenhauspläne und entsprechender regionaler Schwerpunkte — dem Neubau eines Universitätsklinikums vorzuziehen wären. Erfahrungen zeigen allerdings, daß Krankenhäuser mit älterer Bausubstanz hierfür nicht infrage kommen, da die Verbesserungen der Bausubstanz und die Schaffung von Ersatz- und Ergänzungsbauten langfristig selten kostengünstiger sind als Neubauten.

Modell (2) vereint in gewisser Weise die Vorteile von Modell (1) und (3), indem es einmal den besonders aufwendigen Bereich für die aus Forschungsgesichtspunkten hochspezialisierte Medizin beschränkt und zum anderen die Zusammenarbeit mit vorhandenen außeruniversitären Einrichtungen betont. Auch für die Realisierung dieses Modells wird es entscheidend auf die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten ankommen.

---

[1]) Vgl. oben S. 95 f.

Mit der Heranziehung von Lehrkrankenhäusern im letzten Ausbildungsabschnitt wurde im übrigen die Lehre zumindest zum Teil an Ärzte nichtuniversitärer Krankenhäuser übertragen. Wenn auch bei diesen nicht immer davon ausgegangen werden kann, daß sie über eigene Forschungserfahrungen verfügen, so erschien dies unbedenklich, da es gegen Ende des Studiums während des Praktischen Jahres vor allem auf die Vermittlung praktischer Kenntnisse und ärztlicher Erfahrungen ankommt. Allerdings stellt sich die Frage, inwieweit Ärzte in der Ausbildung eingesetzt werden können, die nicht selbst in der Forschung tätig sind bzw. über Forschungserfahrung verfügen, viel dringender, wenn ihnen im Rahmen der zuvor beschriebenen Modelle (2) und (3) Ausbildungsaufgaben auch im ersten und zweiten klinischen Studienabschnitt übertragen werden sollen.

Von Interesse sind schließlich die Überlegungen der OECD zur Gründung „regionaler Gesundheitsuniversitäten" [1]), die nicht nur für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung verantwortlich sind, sondern auch für die gesamte Ausbildung der nichtärztlichen Berufe des Gesundheitswesens. Nach den Plänen der OECD bzw. den Erfahrungsberichten aus verschiedenen Staaten mit derartigen Einrichtungen kann in solchen „Gesundheitsuniversitäten" eine umfassende, zum Teil auch integrierte Ausbildung betrieben werden. Die Lehrkräfte übernehmen hierbei auch die regionalen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Allerdings ist darauf hinzuweisen, daß diese Konzeption zunächst für Länder entwickelt worden ist, deren Bedingungen denen der Bundesrepublik nicht vergleichbar sind. Dennoch sollte aber ihre Anwendungsmöglichkeit für die Bundesrepublik eingehend geprüft werden. Insbesondere erscheint eine stärkere Konzentration der Aus-, Weiter- und Fortbildung der nichtärztlichen Berufe des Gesundheitswesens im Bereich der Hochschulmedizin bedenkenswert. Der Wissenschaftsrat ist der Auffassung, daß hier — auch unabhängig von derartigen weitergreifenden Plänen — eine Aufgabe für die Hochschulen bzw. die Kultus- und Gesundheitsverwaltungen liegt, die derzeit nicht in ausreichender Weise wahrgenommen wird [2]).

Insgesamt ist für die Realisierung der hier dargestellten alternativen Strukturmodelle eine Fülle von Problemen zu klären, die derzeit noch nicht im einzelnen übersehen werden können. Deswegen ist es auch nicht möglich, die Planungen für künftige Investitionen bereits jetzt auf derartige neue Planungsgrundlagen abzustellen. Dem Wissenschaftsrat geht es vielmehr darum, die Diskussion über derartige Alternativmodelle anzuregen, um das Auffinden und die Lösung der damit verbundenen Probleme voranzutreiben. Im übrigen ist hervorzuheben, daß die Realisierung derartiger Modelle nicht nur für ein

---

1) Vgl. insbesondere folgende Veröffentlichungen der Organisation for Economic Co-operation and Development, Centre for Educational Research and Innovation:
The University of the Health Sciences: Some Notes on a Conceptual Modell for Optimizing Education in the Health Professions, CERI/CR/75 08; Conference on the Regional Health University, Conclusion and Proposals for Further Work, CERI/CD (76) 5.

2) Vgl. in diesem Zusammenhang auch die Ausführungen zur Ausbildung des nichtärztlichen Personals, oben S. 52 ff.

neu zu konstruierendes Klinikum in Betracht kommt, sondern auch in Teilbereichen denkbar ist und im Ansatz bereits verwirklicht wurde. Der Wissenschaftsrat sieht hier eine Möglichkeit, in solchen Fächern, in denen ein regional ausreichendes Bettenangebot bereits in außeruniversitären Krankenhäusern zur Verfügung steht (Pädiatrie, Psychiatrie etc.) bei der Neuplanung von Kliniken partielle Kooperationsmodelle verstärkt zu realisieren.

F.
Personalstruktur in der Medizin

In der Medizin gibt es noch beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern in der Regelung der Personalstruktur, die sich in unterschiedlichen Amtsbezeichnungen, Funktionszuordnungen, Aufstiegschancen und Besoldungseinstufungen äußern. Nunmehr hat das Hochschulrahmengesetz in seinen §§ 42 ff. die Voraussetzungen für einheitliche Regelungen geschaffen. Sie enthalten einige Sonderbestimmungen für den medizinischen Bereich (§§ 47, 53, 54) und bedürfen insgesamt einer Handhabung, die den besonderen Bedingungen der Medizin gerecht zu werden vermag. Hierzu werden im folgenden Vorschläge entwickelt.

F. I. Grundsätze für Regelungen zur Personalstruktur

I. 1. Verbindung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung

Die Übernahme von Aufgaben in der medizinischen Forschung und Lehre setzt Erfahrung in der unmittelbaren oder mittelbaren Krankenversorgung voraus. Die dauerhafte Verbindung dieser Tätigkeiten im Rahmen der jeweiligen Funktionsbeschreibungen vor allem in der Qualifikationsphase ist — unbeschadet der Möglichkeit bestimmter Akzentverlagerungen im zeitlichen Ablauf — jedenfalls im Regelfalle unerläßlich.

Im Bereich der vorklinischen Medizin ist eine solche Verbindung der Aufgaben nicht in gleicher Weise gegeben. Der in einer vorklinischen Abteilung tätige Wissenschaftler wird in der Regel nicht an der unmittelbaren oder mittelbaren Krankenversorgung beteiligt sein, sollte aber — soweit Arzt — über klinische Erfahrungen verfügen. Nur dadurch kann sichergestellt werden, daß Lehre und Forschung in dem notwendigen Umfang an den Problemen und Fragestellungen der Krankenversorgung orientiert sind. Die Erfüllung dieser Zielsetzung ist gegenwärtig nicht zuletzt dadurch gefährdet, daß es zunehmend schwieriger wird, qualifizierte Ärzte an der Tätigkeit in einem der Stoffgebiete der Vorklinik zu interessieren. Für Klinik und Vorklinik ist daher eine einheitliche Personalstruktur erforderlich.

I. 2. Qualifikationsziele

Die Ausbildungsaufgaben der Hochschulmedizin beschränken sich — sieht man einmal von der Ausbildung der Studenten ab — nicht darauf, den eigenen wissenschaftlichen Nachwuchs auszubilden, dessen Berufsziel die Hochschullehrerlaufbahn ist. Den Hochschulkliniken obliegt — neben anderen Krankenhäusern — vielmehr auch in erheblichem Umfang die Aufgabe der Facharztweiterbildung, auf deren steigende Bedeutung und notwendig enge Verbindung zur Forschung oben bereits hingewiesen wurde [1]).

Nur ein Teil der Ärzte wird die Hochschule unmittelbar nach Erwerb der Facharztanerkennung verlassen, um in einem außeruniversitären Krankenhaus tätig zu sein oder sich niederzulassen. Ein anderer Teil bleibt auch weiterhin an der Hochschule, ohne das Berufsziel des Hochschullehrers auf Dauer zu haben. Dies sind vor allem die Oberärzte, die in der Regel durch die Habilitation den Nachweis besonderer wissenschaftlicher Befähigung erbringen und so lange an der Hochschulklinik tätig sind, bis sie diejenige ärztliche Erfahrung gesammelt haben, die erforderlich ist, um eine Stelle als leitender Arzt außerhalb der Hochschule übernehmen zu können. Traditionsgemäß sind die meisten leitenden Ärzte der außeruniversitären Krankenhäuser ehemalige Oberärzte der Universitätskliniken. Dies ist sinnvoll, da sie dadurch über eine breite und in Spezialgebieten vertiefte klinische Erfahrung verfügen und so in der Lage sind, sich mit der wissenschaftlichen Entwicklung auch dann kritisch auseinanderzusetzen, wenn sie nicht mehr selbst in der Forschung tätig sind. In einer Zeit, in der sich die medizinische Ausbildung — zumindest während des Praktischen Jahres — zunehmend auf außeruniversitäre Krankenhäuser verlagert, muß diese Verknüpfung eher noch enger gestaltet werden.

Die Personalstruktur muß auf Funktionsbeschreibungen aufbauen, die diesen unterschiedlichen Qualifikationszielen Rechnung tragen. Sie hat ferner zu berücksichtigen, daß die wissenschaftliche Qualifikation die ärztliche Qualifikation einschließen muß.

I. 3. Funktionsgliederung im Krankenhaus und ärztliche Verantwortung

Die Aufgabenbestimmungen, die Regelungen der Verantwortlichkeiten und der Weisungsbefugnisse müssen in der Medizin klar und eindeutig sein. Die Funktionsbeschreibungen haben dieser Forderung Rechnung zu tragen. Die Personalstruktur muß funktionsgerecht sein. Der Wissenschaftsrat geht daher von folgenden vier Funktionsgruppen aus:

— leitende Ärzte,

— Oberärzte,

---

[1]) Vgl. oben S. 50 ff.

— Assistenzärzte,

— Funktionsärzte.

Weisungsbefugnisse aufgrund dieser Funktionsgliederung gehen in Angelegenheiten der Krankenversorgung abweichenden Regelungen vor, die sich aus den Aufgabenverteilungen in Forschung und Lehre und darauf gegründeten korporationsrechtlichen Zuordnungen ergeben. Ein Oberarzt, der — soweit er habilitiert ist — seine Befähigung zu selbständiger Forschung und Lehre nachgewiesen hat, bleibt daher in Angelegenheiten der Krankenversorgung an die Weisungen des leitenden Arztes gebunden.

F. II. Qualifikationsphasen

Wie einleitend bereits ausgeführt, lassen sich der Erwerb wissenschaftlicher Qualifikation und der Erwerb ärztlicher Qualifikation kaum voneinander trennen. Die ärztliche Qualifikation für leitende Tätigkeiten in der Krankenversorgung ist ohne eine enge Verbindung zur Forschung nicht zu erwerben; eine verantwortliche Tätigkeit in der medizinischen Forschung und Lehre setzt eine nachgewiesene ärztliche Qualifikation voraus. Soweit daher im folgenden zwischen dem Erwerb wissenschaftlicher und ärztlicher Qualifikation unterschieden wird, geschieht dies lediglich aus Gründen einer übersichtlicheren Darstellung.

II. 1. Erwerb und Nachweis der wissenschaftlichen Qualifikation

a) Promotion

Die Promotion ist in der Medizin eine Regelleistung, deren Schwierigkeitsgrad vielfach noch nicht mit demjenigen anderer Fächer vergleichbar ist. In der neueren Zeit deutet sich ein Rückgang in der Anzahl der Promotionen im Verhältnis zu den Approbationen an [1]). Diese Entwicklung kann sich noch verstärken, da die größere zeitliche Belastung der Studenten seit Einführung der Approbationsordnung die Anfertigung der Promotionsarbeit während des Studiums erschwert. In Zukunft wird sich dabei besonders hemmend auswirken, daß die Voraussetzungen für eine wissenschaftlich-theoretische Arbeit während des Praktischen Jahres wegen der angestrebten Integration der Studenten in die Krankenversorgung ungünstig sind. Dies gilt zumal, wenn das Praktische Jahr an einem vom Hochschulort entfernt gelegenen Lehrkrankenhaus absolviert wird. Daher ist zu erwarten, daß sich künftig weniger und in der Regel nur wissenschaftlich besonders interessierte Ärzte dem Promotionsverfahren unterziehen werden.

---

1) Vgl. Anhang 1, S. 213 f.

Der Wissenschaftsrat unterstützt die Tendenz, die Anforderungen an die Promotion in der Medizin entsprechend dem Standard in den naturwissenschaftlichen Fächern anzuheben. Auf die Notwendigkeit, zur besseren Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses mit Nachdruck um die Entwicklung von Aufbaustudiengängen bemüht zu sein, wurde im übrigen bereits oben hingewiesen [1]).

b) Habilitation

Als allgemein anerkanntes Kriterium wissenschaftlicher Qualifikation hat sich die Habilitation bewährt. Diese Feststellung widerspricht nicht früheren Stellungnahmen des Wissenschaftsrates über die Verbesserungsbedürftigkeit des Habilitationsverfahrens. Entsprechende Verfahrensänderungen, z. B. die Ermöglichung einer kumulativen Habilitation, wurden in der Zwischenzeit in den meisten Bundesländern eingeführt.

In der Medizin muß es möglich bleiben, daß Ärzte, die nicht in einem Dienstverhältnis zur Hochschule stehen, ihre besondere wissenschaftliche Befähigung durch die Habilitation nachweisen. Es erscheint durchaus funktionsgerecht, einen solchen Nachweis — wie dies in einigen Bundesländern bereits möglich ist — mit der Verleihung des akademischen Grades eines „Doktor med. habil." zu verbinden.

Die Habilitation ist Regelvoraussetzung für die Einstufung als Hochschullehrer. Sie ist für die korporationsrechtliche Stellung von Bedeutung. Mit der Habilitation allein sind jedoch weder dienst- noch besoldungsrechtliche Konsequenzen verbunden, d. h. insbesondere auch, daß die Habilitation einen rechtlichen Anspruch auf Ernennung zum Oberarzt nicht nach sich zieht. In der Krankenversorgung verleiht die Habilitation keine Sonderrechte. Hier gilt die oben erwähnte Abstufung der Verantwortlichkeitsbereiche unabhängig von der wissenschaftlichen Qualifikation.

Ebenso wie die Promotion dient die Habilitation in der Medizin bisher nicht allein der Qualifikation für die spätere Laufbahn eines Hochschullehrers. Vielmehr wird die Habilitation in erheblichem Umfang auch zu dem Zweck angestrebt, die Chancen für die spätere Berufung auf den Posten eines leitenden Arztes in einem außeruniversitären Krankenhaus zu verbessern. Die darin liegende Möglichkeit, ein relativ breites Reservoir von Bewerbern für die Bearbeitung von Forschungsthemen im Rahmen von Habilitationsarbeiten zu aktivieren, darf allerdings nicht dazu führen, daß die Forschungsmittel mehr als notwendig zersplittert und die Qualifikationskriterien nicht mit der Strenge gehandhabt werden, die einer Habilitation angemessen ist. Gezielte Bemühungen zur Wahrung des notwendigen Qualifikationsstandards sind erforderlich.

---

1) Vgl. oben S. 76 ff.

c) Berufung

Das Berufungsverfahren zum Professor ist als weitere formalisierte Prüfung besonderer wissenschaftlicher Qualifikation anzusehen. Es ist Voraussetzung für die Bestellung zum leitenden Arzt einer Abteilung, aber auch für die Bestellung der Oberärzte, die als Professoren — wie im folgenden vorgeschlagen — nach § 45 HRG einem Berufungsverfahren unterzogen werden. Zu den verfahrensmäßigen Anforderungen an die Durchführung eines Berufungsverfahrens hat der Wissenschaftsrat zuletzt in seinen Empfehlungen zum fünften Rahmenplan für den Hochschulbau Stellung genommen [1]).

II. 2. Ärztliche Qualifikation

Die medizinische Ausbildung schließt mit der staatlichen Approbation als Arzt ab. Ihr folgt in vielen Fällen, aber nicht regelmäßig, eine Weiterbildungsphase, deren Inhalt und Dauer durch öffentlich-rechtliche Regelung festgelegt sind und die mit der Anerkennung zum Facharzt abschließt. Während in den übrigen Fächern der Hochschule die Entscheidung, ob eine Berufstätigkeit außerhalb der Hochschule oder eine wissenschaftliche Tätigkeit an der Hochschule angestrebt wird, relativ frühzeitig getroffen wird, bleibt derjenige Arzt, der sich an einer Hochschulklinik zum Facharzt weiterbilden läßt, in der Regel mindestens sieben Jahre an der Hochschule, auch wenn er nicht Hochschullehrer werden will.

Dieser fachlichen Weiterbildung bis zur Facharztanerkennung wird in Zukunft vermehrt Rechnung zu tragen sein, da von den am Ende ihrer Weiterbildungszeit stehenden Fachärzten künftig ein Leistungsnachweis gefordert werden wird, wie dies in zahlreichen anderen Ländern bereits seit jeher der Fall ist.

Der Wissenschaftsrat unterstützt die Einführung solcher Qualifikationsnachweise [2]), die sich nicht nur auf formale Bescheinigungen über abgeleistete Zeiten bzw. zahlenmäßig erfaßte Leistungskataloge beschränken. Die hiermit verbundene Notwendigkeit, in den einzelnen Fächern Regelungen für den Gang der Weiterbildung zu treffen, verpflichtet auch die Hochschulkliniken. Hinzu kommt, daß in Zukunft die Weiterbildungsstätte während der Weiterbildungszeit zum Facharzt gewechselt werden muß. An den Hochschulen müssen daher für diese Ärzte entsprechende Durchgangsstellen für kürzere Fristen vorhanden sein.

F. III. Ausfüllung der Regelungen des Hochschulrahmengesetzes

Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates gehen davon aus, daß mit Rücksicht auf die enge gegenseitige Verflechtung von theoretischer

1) Vgl. Empfehlungen und Stellungnahmen 1975, S. 138 f.
2) Vgl. oben S. 51 f.

Tabelle 3

Schematische Darstellung der Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Personalstruktur der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten

Bezeichnung	Personalgruppe des Hochschulrahmenges.	Stellenart	Eingangsvoraussetzungen	Funktionen	Beschäftigungsdauer
Assistenzarzt	Wissenschaftlicher Mitarbeiter (§§ 53, 54 HRG)	Durchgangsstelle	– Promotion (ggf. innerhalb des ersten Anstellungsjahres) – Approbation	Unterstützung der leitenden Ärzte und der Oberärzte: – Dienstleistung in der Krankenversorgung auch mit dem Ziel der Weiterbildung zum Facharzt – Dienstleistung in der Lehre (nach dem ersten Anstellungsjahr) – Dienstleistung in der Forschung	Bis zu einem Jahr über die fachspezifische Weiterbildungszeit hinaus; in der Regel bis zu 7 Jahren
Assistenzarzt	Hochschulassistent (§ 47 HRG)	Durchgangsstelle	– Promotion – Facharztanerkennung	– Tätigkeit in der Forschung mit dem Ziel der Habilitation – Durchführung von Lehrveranstaltungen – Dienstleistung in der Krankenversorgung mit dem Ziel des Erwerbs weiterer klinischer Erfahrung	Bis zu 3 Jahren
Oberarzt	Professor auf Zeit (§§ 43, 46 HRG) [1]	Durchgangsstelle [1]	Berufung zum Professor – Habilitation – Facharztanerkennung	– Tätigkeit in Forschung Lehre Krankenversorgung – Vertretung des Abteilungsleiters	Bis zu 6 Jahren; in begründeten Fällen Verlängerung möglich [1]
Leitender Arzt	Professor auf Lebenszeit (§§ 43, 46 HRG)	Dauerstelle	Berufung zum Professor auf Lebenszeit – über die Habilitation hinausgehende besondere wissenschaftliche Leistung – breite ärztliche Erfahrung nach d. Facharztanerkennung	Tätigkeit in Forschung Lehre Krankenversorgung – Verantwortliche Leitung einer Abteilung	Unbefristet
Funktionsarzt	Wissenschaftlicher Mitarbeiter (§§ 53, 54 HRG)	Dauerstelle	In der Regel Promotion	– Besondere Dienstleistung für eine oder mehrere Abteilungen – Leitung einer besonderen Funktionseinheit, z. B. Labor	Unbefristet

1) In Sonderfällen leitende Oberärzte als Professoren auf Lebenszeit.

und klinischer Medizin eine einheitliche, funktionsgerechte Personalstruktur für die gesamte Medizin zu entwickeln ist. Sie sehen Durchgangs- und Dauerstellen vor und berücksichtigen die für die Krankenversorgung unentbehrlichen Funktionen des Assistenzarztes, Oberarztes und leitenden Arztes, ergänzt durch Funktionsärzte.

Den Empfehlungen ist zur besseren Übersichtlichkeit in Tabelle 3 eine schematische Darstellung vorausgestellt, die auf die Personalstruktur des Hochschulrahmengesetzes Bezug nimmt.

III. 1. Durchgangsstellen

Für alle Durchgangsstellen gilt, daß im Prinzip jederzeit ein Übergang in die Berufspraxis als niedergelassener Arzt oder als Krankenhausarzt möglich ist und daß auch ein Zugang von dort im Interesse einer engeren Verknüpfung von Berufspraxis und Hochschulmedizin nicht nur möglich, sondern erwünscht ist.

a) Assistenzärzte

(1) Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung

Zu den Dienstaufgaben der Assistenzärzte gehört die Unterstützung der leitenden Ärzte und der Oberärzte bei der Wahrnehmung der den Abteilungen übertragenen Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung. In der Regel befinden sich die Assistenzärzte an den medizinischen Hochschuleinrichtungen in der Weiterbildung zum Facharzt bzw. — wo keine Facharztkategorien bestehen — in der ärztlichen und wissenschaftlichen Fortbildung. Die leitenden Ärzte übernehmen mit der Anstellung der Assistenzärzte die Verpflichtung zur Weiterbildung. Im Interesse des ärztlichen Nachwuchses müssen die für die Assistenzärzte vorgesehenen Stellen innerhalb eines angemessenen Zeitraums nach Abschluß der Weiterbildung wieder geräumt werden. Die Anstellungsverträge sind daher zu befristen.

In der Krankenversorgung arbeiten die an der Abteilung beschäftigten Assistenzärzte — ihrer Approbation und dem jeweiligen Stand der Weiterbildung entsprechend — als verantwortliche Ärzte, deren Wirken aber — soweit es sich um ärztliches Handeln im Rahmen der Fachausrichtung der Abteilung handelt — an Weisungen des für die Pflegeeinheit verantwortlichen Facharztes bzw. an Weisungen und Richtlinien des leitenden Arztes gebunden ist. Trägt ein Arzt dem leitenden Arzt Bedenken gegen eine ihm übertragene ärztliche Maßnahme vor, so wird der leitende Arzt eine Übereinstimmung der Auffassungen herbeizuführen suchen. In jedem Falle bleibt der leitende Arzt für die von ihm veranlaßte bzw. gebilligte Maßnahme verantwortlich.

Zur Mitwirkung an Lehrveranstaltungen können Assistenzärzte erst herangezogen werden, wenn sie Erfahrungen in der Krankenversorgung — in der Regel während eines Jahres — gesammelt haben. Ferner wird es schwierig sein, solche Assistenzärzte an der Lehre zu beteiligen, die im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung nur sehr kurzfristig an einer Hochschuleinrichtung tätig sind. Mit dieser Einschränkung geht der Wissenschaftsrat davon aus, daß jeder Assistenzarzt, zumindest in bestimmten Phasen seiner Tätigkeit, für Aufgaben in der Lehre herangezogen werden kann. Die von den Assistenzärzten im Zusammenhang mit der Lehre zu übernehmenden Aufgaben beziehen sich dabei in erster Linie auf die Vermittlung von Fachwissen und praktischen Fertigkeiten sowie die Unterweisung in der Anwendung wissenschaftlicher Methoden im Rahmen der Lehrveranstaltungen gemäß den Anlagen 1 bis 3 zur Approbationsordnung. Besonders qualifizierten Assistenzärzten können insbesondere gegen Ende ihrer Assistenzzeit auch weitergehende Aufgaben in der Lehre übertragen werden. Wissenschaftlich erfolgreich tätigen Assistenzärzten ist die Möglichkeit weiterer wissenschaftlicher Qualifikation mit dem Ziel der Habilitation zu eröffnen.

(2) Dienst- und korporationsrechtliche Stellung

Die bisher übliche dienstrechtliche Trennung von wissenschaftlichen Angestellten und wissenschaftlichen Assistenten war zwar theoretisch mit unterschiedlichen Dienstaufgaben und Korporationsrechten verbunden, doch ergaben sich bei der praktischen Tätigkeit in den medizinischen Hochschuleinrichtungen keine Unterschiede. Der wissenschaftliche Nachwuchs kam aus beiden Stellenkategorien.

Das Hochschulrahmengesetz hat in seinen §§ 42 bis 54 neue Stellenkategorien geschaffen, die für den hier zu behandelnden Bereich der Nachwuchskräfte von einer stärkeren „Entmischung" von Dienstleistungsaufgaben einerseits und Tätigkeiten, die auf eine wissenschaftliche Qualifikation abzielen, andererseits ausgehen. Es stellt sich die Frage, wie diese generellen Regelungen für die Medizin sachgerecht zu konkretisieren sind.

Auszugehen ist von der Tatsache, daß alle Assistenzärzte, auch soweit sie eine wissenschaftliche Qualifikation in Form der Habilitation anstreben, ihre fachärztliche Weiterbildung zu betreiben haben. Die meisten Habilitationsordnungen machen deshalb zu Recht die Erlangung der Facharztanerkennung — soweit für das betreffende Gebiet vorhanden — zur Voraussetzung der Habilitation. Dies erfordert, daß die Bedingungen der Weiterbildung auch für den wissenschaftlichen Nachwuchs nicht erschwert werden, insbesondere nicht in den operativen Fächern, in denen bestimmte Operationskataloge nachzuweisen sind. Im Hinblick hierauf bietet sich für alle Assistenzärzte für die gesamte Dauer ihrer Weiterbildung zum Facharzt eine Anstellung als wissenschaftlicher Mitarbeiter gem. §§ 53, 54 HRG an.

Nach dem in § 53 HRG definierten Aufgabenkatalog gehört zu den Aufgaben der wissenschaftlichen Mitarbeiter auch die Dienstleistung in der Forschung. Entsprechend den Aufgaben der einzelnen wissenschaftlichen Einrichtungen können für die Wahrnehmung dieser Aufgaben individuell unterschiedliche Zeitanteile vorgesehen werden.

Die Tätigkeit der wissenschaftlichen Mitarbeiter in der Stellung eines Assistenzarztes sollte wegen des Bedarfs an erfahrenen Ärzten mindestens ein Jahr über den Zeitpunkt des Erwerbs der Facharztqualifikation andauern, sofern nicht nach der Facharztanerkennung eine Überführung in die Stellenkategorie der Hochschulassistenten in Betracht kommt. Die Tätigkeitsdauer dieser wissenschaftlichen Mitarbeiter nach §§ 53, 54 HRG an den Hochschulkliniken beträgt damit in der Regel sechs bis sieben Jahre.

Für diejenigen wissenschaftlichen Mitarbeiter, die sich aufgrund ihrer Leistungen als wissenschaftlich besonders qualifiziert erwiesen haben, ist die Möglichkeit weiterer wissenschaftlicher Qualifikation mit dem Ziel der Habilitation in einer Stelle als Hochschulassistent zu eröffnen. Die hierfür notwendige intensivierte Forschungsarbeit wird in der Regel auf den bereits als wissenschaftlicher Mitarbeiter wahrgenommenen Aufgaben in der Forschung aufbauen. Sie sollte in die schwerpunktmäßige Forschungsrichtung der jeweiligen Einrichtung eingeordnet bleiben.

Die Überführung in die Stelle eines Hochschulassistenten ist in der Regel erst nach Erwerb der Facharztanerkennung möglich. Eine frühere Überführung bereits während der Facharztweiterbildung, etwa nach dem dritten Dienstjahr, würde zu einer Aufsplitterung der Assistenzärzte nach unterschiedlichen Stellenkategorien führen, die angesichts der im wesentlichen gleichartigen, insbesondere durch die Erfordernisse der Facharztweiterbildung bestimmten Tätigkeiten aller Assistenzärzte in dieser Ausbildungsphase nicht gerechtfertigt wäre. Sie sollte daher im Prinzip nur in Ausnahmefällen erfolgen.

Für die Bestimmung der notwendigen Zahl von Hochschulassistentenstellen ist zu berücksichtigen, daß — wie mehrfach erwähnt — eine wissenschaftliche Qualifikation in Form der Habilitation in der Medizin ihre besondere Bedeutung auch für die Ausbildung von leitenden Ärzten an außeruniversitären Krankenhäusern hat. Die Angemessenheit beruflicher Chancen für die habilitierten Ärzte darf deshalb nicht allein unter dem Aspekt einer Berufung zum Hochschullehrer in Dauerstelle gesehen werden. Insoweit wird § 47 Abs. 5 HRG den Gegebenheiten der Medizin erst dann gerecht, wenn die Stellenzahl für Hochschulassistenten so festgelegt wird, daß auch die Chance, leitende Aufgaben in der Krankenversorgung außerhalb der Hochschulen zu übernehmen, als Kriterium der Beurteilung der Angemessenheit angesehen wird. Sollte die hierfür erforderliche Zahl von Stellen für Hochschulassistenten nicht zur Verfügung stehen, so sollten Habilitanden und Habilitierte auch auf Stellen für wissenschaftliche

Mitarbeiter belassen und die für das Qualifikationsziel notwendige Forschungstätigkeit zum Inhalt ihrer Dienstaufgaben gemacht werden können. Im übrigen sollte es selbstverständlich sein, daß jeder wissenschaftliche Mitarbeiter Leistungen, die er im Rahmen seines Dienstverhältnisses erbringt, zur Grundlage einer Habilitation machen kann.

Für Hochschulassistenten erscheint angesichts der vorausgehenden Phase der Weiterbildung, die es in anderen Fächern nicht gibt, die in § 48 HRG vorgesehene Dienstzeit von drei Jahren für die Erlangung der Habilitation im allgemeinen als ausreichend. Soweit eine Habilitation auf der Stelle eines wissenschaftlichen Mitarbeiters erfolgen muß, sollte eine dreijährige Weiterbeschäftigung nach der Facharztanerkennung möglich sein.

(3) Einstellungsvoraussetzungen

Bei jedem wissenschaftlichen Mitarbeiter der Hochschule kann ein besonderes Interesse für wissenschaftliche Betätigung vorausgesetzt werden, so daß für die Assistenzärzte an den Hochschulen in der Regel die Promotion verlangt werden kann. Zur Erstellung der Promotion sollten die Möglichkeiten der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, z. B. durch Promotionsstipendien, genutzt werden. Bei Erstanstellungen sollte es allerdings möglich sein, den Abschluß der Promotion erst nach Ablauf des ersten Anstellungsjahres nachzuweisen. Dies besagt nicht, daß während dieses Jahres die üblichen Dienstaufgaben zugunsten der Erstellung der Promotion nennenswert zu reduzieren sind.

b) Oberärzte

(1) Aufgaben

Die Funktion eines Oberarztes ist für die Krankenversorgung unentbehrlich. Oberärzten kann aufgrund ihrer längeren ärztlichen Erfahrung ein höheres Maß von Verantwortlichkeit zugemessen werden. Sie vertreten den leitenden Arzt.

An Hochschulkliniken kann gefordert werden, daß die Oberärzte sich auch durch besondere wissenschaftliche Qualifikation und nicht nur durch längere ärztliche Erfahrung auszeichnen. Der Erwerb der Facharztanerkennung und der Nachweis der besonderen wissenschaftlichen Qualifikation — in der Regel Habilitation — sollten daher Voraussetzungen für die Bestellung zum Oberarzt sein. Die Habilitation kann allerdings keinen Anspruch auf Ernennung zum Oberarzt begründen. Vielmehr kann ein habilitierter Wissenschaftler weiterhin die Aufgaben eines Assistenzarztes wahrnehmen. Entsprechend ihrer durch Habilitation nachgewiesenen Qualifikation für eine selbständige wissenschaftliche Arbeit nehmen die Oberärzte an Forschung und Lehre in eigener Verantwortung teil.

(2) Dienst- und korporationsrechtliche Stellung, Beschäftigungsdauer

Auch die Stellen für Oberärzte sind in der Regel Durchgangsstellen, da davon ausgegangen wird, daß sich Oberärzte nach einer mehrjährigen Bewährung für die Übernahme der Stelle eines leitenden Arztes einer Abteilung eines Hochschulklinikums oder an einem außeruniversitären Krankenhaus qualifiziert haben werden. Für die Tätigkeit des Oberarztes ist eine sechsjährige Beschäftigungsdauer vorzusehen, die auf Antrag in begründeten Fällen verlängert werden kann. Die Oberärzte sollten als Professoren auf Zeit gemäß § 46 HRG eingestellt werden. In besonders gelagerten Fällen kommt für leitende Oberärzte an Hochschuleinrichtungen, an denen die hier vorgeschlagenen Strukturreformen noch nicht zu einer Verkleinerung der Abteilungen geführt haben, auch eine Einstellung als Professor auf Lebenszeit in Frage. Gemäß § 45 HRG sind die Oberärzte als Professoren in jedem Falle aufgrund eines Berufungsverfahrens zu bestellen. Werden Oberärzte als Professoren auf Lebenszeit eingestellt, kommt der Feststellung der Qualifikation besondere Bedeutung zu.

III. 2. Dauerstellen

a) Leitende Ärzte

Leitender Arzt ist der zum Leiter einer Abteilung bestellte Arzt. Unabhängig von der für die Berufung maßgebenden wissenschaftlichen Qualifikation können im klinischen Bereich nur erfahrene Fachärzte zu leitenden Ärzten bestellt werden. Der leitende Arzt ist für die ärztliche, pflegerische und medizinisch-technische Betreuung der durch die Abteilung stationär, ambulant oder konsiliarisch zu versorgenden Patienten sowie — in der theoretischen Medizin — für die sachgemäße Verarbeitung und Bewertung des Untersuchungsgutes verantwortlich. Er hat die Aufsichtspflicht über das Personal der Abteilung und bestimmt die ärztlichen Grundsätze für Diagnostik und Therapie. Er ist verpflichtet, sich um die fachliche Weiterbildung der unter seiner Verantwortung arbeitenden Ärzte zu kümmern und hat sich als Konsiliarius zur Verfügung zu stellen.

Die Ernennung zum leitenden Arzt einer Abteilung ist gekoppelt mit der Berufung zum Professor auf Lebenszeit (§ 46 HRG). Hierfür sind die Habilitation, eine darüber hinausgehende besondere wissenschaftliche Leistung in der Zeit nach der Habilitation sowie eine breite ärztliche Erfahrung Voraussetzung.

b) Funktionsärzte

Zu dieser Personalkategorie gehören Ärzte, die in einem speziellen Gebiet über besondere methodische Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen und damit Dienstleistungen erbringen, die zur Erfüllung der einer Abteilung gestellten Aufgaben erforderlich sind. Je nach Ein-

stellungsvertrag kann ihnen die volle Verantwortung für den ihnen übertragenen Bereich — z. B. als Leiter von Speziallaboratorien oder besonderen Arbeitsgruppen — auferlegt werden. Soweit die von ihnen verantwortete Leistung in das Gesamtspektrum der fachlichen Versorgung des Patienten einzuordnen ist, unterliegt diese der Verantwortung und der Weisungsbefugnis des leitenden Arztes.

Der Wissenschaftsrat sieht für die Positionen der Funktionsärzte keine regelhaft festgelegten Qualifikationsschritte vor, hält aber die Promotion für eine Regelvoraussetzung. Funktionsärzte üben ihren ärztlichen Beruf in Dauerstellung aus, ohne sich in der ärztlichen Weiterbildung zu befinden und ohne zum wissenschaftlichen Nachwuchs zu zählen. Dies schließt nicht aus, daß auch Funktionsärzte eine entsprechende wissenschaftliche Qualifikation erwerben, um in Positionen der Oberärzte bzw. leitenden Ärzte überwechseln zu können. Sie sind nach §§ 53, 54 HRG als wissenschaftliche Mitarbeiter bzw. als Personal mit ärztlichen Aufgaben anzustellen.

Zu selbständigen Lehraufgaben sind Funktionsärzte nur aufgrund besonderer Lehraufträge heranzuziehen. Die Beteiligung an der Forschung kann zur Dienstaufgabe gemacht werden.

F. IV. Regelung der Lehrverpflichtung des wissenschaftlichen Personals

Nach den Vorschlägen unter III. haben Lehraufgaben die

— leitenden Ärzte,

— Oberärzte,

— Assistenzärzte.

Die Funktionsärzte sollen dagegen nach der hier zugrundegelegten Aufgabenbeschreibung (besondere Dienstleistungen z. B. in der Form der Leitung eines Speziallabors) in der Regel nicht, es sei denn im Rahmen der §§ 53, 54 HRG — bzw. bei selbständigen Lehraufgaben nur aufgrund eines besonderen Lehrauftrages — für besondere Lehraufgaben herangezogen werden.

Die Regelung der Lehrverpflichtungen im einzelnen ist Gegenstand eines derzeit diskutierten Entwurfs der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder. Zu seinen Einzelregelungen nimmt der Wissenschaftsrat im vorliegenden Zusammenhang nicht Stellung, da dies nicht aus der fachlichen Sicht der Medizin allein geschehen könnte. Es soll deshalb hier nur auf einige Besonderheiten der Medizin hingewiesen werden.

IV. 1. Berücksichtigung von Aufgaben in der Krankenversorgung

Aufgaben in der Krankenversorgung müssen zu einer Reduzierung der Regellehrverpflichtung führen. Diese kann — wenn ein kompli-

ziertes Kontrollsystem vermieden werden soll — nicht individuell, sondern nur einheitlich für alle an der Lehre beteiligten leitenden Ärzte, Oberärzte und Assistenzärzte einer Abteilung oder einer Gruppe fachlich gleich ausgerichteter Abteilungen vorgenommen werden. Welche Fächer nur ausnahmsweise, welche Fächer eingeschränkt und welche Fächer voll an der Krankenversorgung beteiligt sind, ergibt Tabelle 4.

Tabelle 4

Berücksichtigung der unterschiedlichen Beteiligung der Fächer an der Krankenversorgung bei Festsetzung der Lehrverpflichtung

Fächer		
grundsätzlich ohne Beteiligung an der Krankenversorgung	mit eingeschränkter Beteiligg. an der Krankenversorgung	mit voller Beteiligung an der Krankenversorgung
Anatomie Physiologie Physiologische Chemie Geschichte der Medizin	Dokumentation und Statistik, Biomathematik Medizinische Soziologie Medizinische Psychologie Arbeitsmedizin und Sozialmedizin Pharmakologie und Toxikologie Humangenetik Rechtsmedizin	alle übrigen Fächer

In den Fächern mit eingeschränkter Beteiligung an der Krankenversorgung sollte die Lehrverpflichtung der Professoren, Oberärzte und Assistenzärzte um 25 %, in den Fächern mit voller Beteiligung um 50 % bis 60 % reduziert werden. Die Reduktion um 60 % sollte für Fächer gelten, die praktisch nur an den Hochschulen vertreten sind und daher einen besonderen Schwerpunkt in der Krankenversorgung bilden.

IV. 2. Handhabung der Lehrverpflichtung

Nach dem derzeitigen Entwurf der Lehrverpflichtungsverordnung finden für die Erfüllung der Regellehrverpflichtung nur die Lehrveranstaltungen Berücksichtigung, die in dem jeweiligen Studienplan ausgewiesen sind. Dies sind in der Medizin nicht nur die Kurse gemäß Anlagen 1 bis 3 zur Approbationsordnung, sondern auch die „förderlichen Veranstaltungen" im Sinne von § 2 Abs. 1 der Approbations-

ordnung, die demgemäß auch in dem oben dargestellten Vorschlag eines Studienplans aufgeführt sind [1]).

Diese Regelung bezweckt, in der derzeitigen Situation vor allem das kapazitätsbestimmende Lehrangebot sicherzustellen. Dieses Vorgehen, dessen prinzipielle Berechtigung hier nicht bestritten werden soll, setzt insgesamt den Akzent der Aufgaben der Hochschulen sehr stark auf die Lehre und kann damit auch zu beträchtlichen Gefahren für die wissenschaftliche Entwicklung führen. Insbesondere wenn parallel dazu die Personal- und Entwicklungsplanung auf die studienplanrelevanten Fachgebiete beschränkt wird, kann das in einem Fach wie der Medizin, dessen Studienplan bundesweit normiert ist, dazu führen, daß die Einrichtung von Abteilungen außerhalb des derzeit bestehenden Fächerkanons der Approbationsordnung nicht mehr möglich ist.

In jedem Universitätsklinikum gibt es notwendigerweise Einrichtungen, die — wie z. B. die Radiologie — für die Erfüllung der Aufgaben des Klinikums unverzichtbar sind, deren Personalbestand wegen seiner starken Spezialisierung aber nur beschränkt im Rahmen der Pflichtlehrveranstaltungen eingesetzt werden kann. Die vollständige Einbeziehung dieses Personals in Durchschnittsberechnungen zur Kapazitätsermittlung wäre ebensowenig sinnvoll wie die Konsequenz einer Stellenreduktion dort, wo sich ergibt, daß das von den jeweiligen Einheiten zu erbringende Lehrangebot im Rahmen des Studienplans der Approbationsordnung nicht abgenommen werden kann.

Generell wirft die Abstimmung des Personalbedarfs aus Gesichtspunkten der Lehre mit dem für die Krankenversorgung und für die Forschung erforderlichen Personal eine Reihe von Problemen auf, auf die unten in Teil H näher eingegangen wird [2]).

IV. 3. Berücksichtigung der Doktorandenbetreuung

Der Entwurf der Lehrverpflichtungsverordnung sieht bisher eine Berücksichtigung der Doktorandenbetreuung als eine auf das Lehrdeputat anrechenbare Tätigkeit nicht vor. Der Wissenschaftsrat hat Bedenken, ob dies der Bedeutung der Aufgabe der Doktorandenbetreuung und dem damit verbundenen Zeitaufwand gerecht wird. Der Wissenschaftsrat schlägt deshalb vor zu prüfen, ob und in welchem Umfang die Doktorandenbetreuung auf die Lehrverpflichtung angerechnet werden kann. Er unterstellt dabei, daß eine erhebliche Steigerung der Betreuungsintensität für Dissertationen auch in der Medizin im Interesse einer Sicherung und Verbesserung des Forschungsstandards unerläßlich ist.

---

1) Vgl. oben S. 48 f.
2) Vgl. unten S. 167 ff.

G.
Ärztliche Nebentätigkeit

Der Wissenschaftsrat hat sich bereits in den Medizinempfehlungen von 1968 mit Fragen der ärztlichen Nebentätigkeit auseinandergesetzt [1]). Er bezeichnete es als notwendig, das Ausmaß der Nebentätigkeit sowie den Umfang, in dem für sie Mitarbeiter herangezogen werden können, zu regeln und dabei die Konkurrenzsituation der Hochschulen zu den Einrichtungen außerhalb der Hochschulen und den dort gegebenen Einkommenschancen zwar zu berücksichtigen, aber auch nicht zu überschätzen. Er schlug vor,

— dem zur Nebentätigkeit Berechtigten ein erhöhtes Gehalt oder eine Ablösung der entgehenden Privateinnahmen in Gestalt eines Pauschales zu gewähren,

— die ärztliche Nebentätigkeit auf höchstens 10 % der Bettenzahl — jedoch nicht mehr als 20 Betten — der betreffenden Klinik bzw. selbständigen Abteilung zu begrenzen und entsprechende Regelungen für die private Ambulanz zu treffen,

— eine gemeinsame Kasse zu bilden, in die alle Einnahmen aus der ärztlichen Nebentätigkeit fließen und aus der den ärztlichen Mitarbeitern der Klinik oder der Fakultät zusätzliche Einnahmen nach einem bestimmten, von allen Beteiligten festzulegenden Schlüssel gewährt werden sollten.

Seither haben einige Länder das Recht der Hochschullehrernebentätigkeit durch entsprechende Rechtsverordnungen geregelt [2]). Ferner ist in einzelnen Landeskrankenhausgesetzen, die zum Teil auch für Universitätskliniken anwendbar sind, die Beteiligung von Mitarbeitern an den Einnahmen aus der Nebentätigkeit zur Pflicht gemacht worden [3]). Eine Ablösung der Einnahmen aus Nebentätigkeit durch ein erhöhtes Gehalt oder ein Pauschale erwies sich als bisher nicht realisierbar.

Die Nebentätigkeit von Hochschullehrern (nicht nur in der Medizin) ist gegenwärtig erneut in die Diskussion geraten. Ursache dieser Dis-

---

1) Vgl. a. a. O., S. 75 ff.

2) Vgl. z. B. Saarland, Erste besondere Nebentätigkeitsverordnung vom 18. Juni 1975, Amtsbl. S. 829; Schleswig-Holstein, Nebentätigkeitsverordnung für Hochschullehrer vom 22. April 1975, GV., S. 85.

3) Vgl. z. B. Hessisches Krankenhausgesetz vom 4. April 1973, GV. I S. 145, § 17 i. V. m. § 15; Landesgesetz zur Reform des Krankenhauswesen in Rheinland-Pfalz vom 29. Juni 1973, GV. S. 199, § 20 i. V. m. § 5.

kussion ist nicht zuletzt die Tatsache, daß die bestehenden Regelungen wie auch die Praxis ihrer Durchführung für die Betroffenen selbst und Außenstehende noch immer weitgehend undurchsichtig sind, so daß die Gefahr einer Urteilsbildung aufgrund von Vermutungen und nicht generalisierbaren Einzelbeobachtungen naheliegt.

Der Wissenschaftsrat hält es deshalb für geboten, das Thema der Nebentätigkeit erneut aufzugreifen. Er geht bei seinen Überlegungen von einer Untergliederung der ursprünglichen Großkliniken und Institute in Abteilungen sowie von einer dieser Organisationsstruktur entsprechenden Personalstruktur aus. Manche Probleme der Nebentätigkeit verlieren schon durch diese Strukturveränderungen an Gewicht.

G. I. Grundsätze für eine Regelung der Nebentätigkeit

Regelungen für die Nebentätigkeit müssen sicherstellen, daß diese nicht zu Lasten des Staates und seiner Einrichtungen ausgeübt wird. Sie sollen andererseits Leistungsanreize belassen, die sowohl dem Nebentätigkeitsberechtigten als auch der Institution Vorteile bringen.

Nach den geltenden Regelungen darf die ärztliche Nebentätigkeit nicht in freier Praxis oder an einem Krankenhaus außerhalb der Hochschule ausgeübt werden. Damit ist sichergestellt, daß die vom nebentätigkeitsberechtigten Hochschullehrer behandelten Patienten und das Untersuchungsgut der medizinisch-theoretischen Institute für Zwecke von Forschung und Lehre zur Verfügung stehen. Auf seiten des Nebentätigkeitsberechtigten liegt ein Vorteil darin, daß er bei Inanspruchnahme staatlicher Einrichtungen nicht mit den Belastungen und den unternehmerischen Risiken, insbesondere der Personaleinstellung und Materialbeschaffung zu rechnen hat, die allerdings in die Sachkostentarife einkalkuliert sind und für die der Krankenhausträger insoweit einen Ausgleich erfährt. Der Wissenschaftsrat sieht mit Besorgnis, daß in einer Reihe von Fächern, z. B. in der Zahnmedizin und in einigen medizinisch-theoretischen Fächern, die Gewinnung qualifizierten Nachwuchses gegenwärtig angesichts der außerhalb der Hochschulen gegebenen Verdienstmöglichkeiten auch von der Möglichkeit abhängt, Nebeneinkünfte zu erzielen.

Im einzelnen ist davon auszugehen, daß

— das Hauptamt eines Hochschullehrers durch einen Organisationsakt des Hochschulträgers festgelegt und die Nebentätigkeit davon in einer nachvollziehbaren Weise abgegrenzt ist;

— der zulässige Umfang der Nebentätigkeit so geregelt wird, daß die Wahrnehmung des Hauptamtes durch die Nebentätigkeit nicht beeinträchtigt wird;

— dort, wo eine Nebentätigkeit unter Inanspruchnahme von Einrichtungen und Personal der Hochschule erfolgt, ein entsprechendes Entgelt abzuführen ist;

— die Nebentätigkeit dem Hochschulträger in einer Weise angezeigt wird, die eine Kontrolle des Umfangs der Nebentätigkeit und der von ihm zu beanspruchenden Beträge erlaubt;

— ärztliche Mitarbeiter, die an der Erbringung von Leistungen aus Nebentätigkeit beteiligt sind, an dem hieraus erzielten Erlös angemessen beteiligt werden;

— die Haftung bei dem nebentätigkeitsberechtigten Hochschullehrer liegt, soweit es sich um die von ihm zu verantwortende ärztliche Tätigkeit handelt.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, das Recht der Nebentätigkeit in den Ländern in seinen Grundsätzen einheitlich zu regeln, damit eine Verzerrung der Konkurrenzsituation der Hochschulen in ihrer Berufungspolitik sowie die Gefahr einer Intransparenz der Verhältnisse aufgrund unterschiedlicher Regelungen möglichst weitgehend ausgeschlossen wird.

G. II. Vorschläge für künftige Regelungen

II. 1. Gegenstand der Nebentätigkeit

Um die Nebentätigkeit gegenüber dem Hauptamt eines Hochschullehrers abgrenzen zu können, muß zunächst das Hauptamt definiert werden. Was Gegenstand des Hauptamtes ist, ergibt sich aus den allgemeinen hochschulrechtlichen Regelungen, die durch einen Organisationsakt des Trägers der jeweiligen Hochschule (z. B. im Rahmen von Stellenbeschreibungen) konkretisiert werden.

Dienstaufgabe eines Hochschullehrers der Medizin ist, — neben der Verpflichtung zur Vertretung seines Faches in Forschung und Lehre — die unmittelbare und mittelbare ärztliche Versorgung der Kranken der allgemeinen Pflegeklasse des Universitätsklinikums, auch soweit es sich dabei um konsiliarische Leistungen zugunsten von Patienten anderer Abteilungen innerhalb desselben Klinikums handelt. Werden einer Hochschule aus öffentlichen Mitteln zusätzliche Einrichtungen und Personal zur Erfüllung bestimmter Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes über die unmittelbare oder mittelbare Versorgung der Patienten des betreffenden Klinikums hinaus zur Verfügung gestellt (z. B. Wahrnehmung von Aufgaben der Medizinaluntersuchungsämter durch hygienische Institute), so gehört die Erledigung der in diesem Rahmen anfallenden Aufgaben ebenfalls zum Hauptamt des Hochschullehrers. Eine derartige Aufgabenübertragung kommt aber grundsätzlich nur insoweit in Betracht, als sie mit der Erfüllung der

primären Aufgaben der Hochschule in Forschung und Lehre vereinbar ist.

In der Medizin gehört zur anzeigepflichtigen, wegen der wissenschaftlichen Verbindung mit dem Hauptamt aber grundsätzlich nicht genehmigungspflichtigen Nebentätigkeit der Hochschullehrer

— die private Behandlung innerhalb des Universitätsklinikums stationär aufgenommener oder ambulant die Sprechstunde aufsuchender oder konsiliarisch zu betreuender Patienten aufgrund eines entsprechenden persönlichen Behandlungsvertrages;

— die selbständige Erstattung von Gutachten, die als persönliche Leistung erbeten wurden und für die der Nebentätigkeitsberechtigte die persönliche Verantwortung trägt, auch wenn er ärztliche Mitarbeiter an der Erbringung der gutachtlichen Leistung beteiligt. Hierfür kommen in Betracht Gutachten für Gerichte, Versorgungsämter, Berufsgenossenschaften sowie Gutachten als konsiliarische Leistungen der mittelbaren Krankenversorgung zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken, soweit sie nicht zum Hauptamt gehören.

Gegenstand der Nebentätigkeit sind demnach jene Leistungen eines Hochschullehrers, die aufgrund seiner besonderen persönlichen Qualifikation nachgefragt worden sind. Selbständig ist die Gutachtertätigkeit, wenn das Gutachten von dem beauftragten Hochschullehrer in wesentlichen Teilen selbst erarbeitet wird und dieser die Verantwortung durch Unterzeichnung übernimmt. Soweit eine Unterstützung durch ärztliche Mitarbeiter notwendig ist, muß diese unter der Verantwortung des Nebentätigkeitsberechtigten stattfinden.

Keine selbständige Gutachtertätigkeit liegt vor, wenn es sich nur um sogenannte Befundberichte handelt. Die Erstellung eines Befundberichtes ist grundsätzlich als Aufgabe der Einrichtungen des Universitätsklinikums selbst anzusehen. Als Befundbericht gilt dabei — entsprechend den geltenden Regelungen — die Wiedergabe eines Untersuchungsergebnisses, das mit Hilfe technischer Methoden oder durch Leistungen nichtärztlicher Mitarbeiter erbracht wurde und bei denen sich der ärztliche Anteil auf die ständige Überprüfung des Untersuchungsganges und die Validität der Ergebnisse beschränkt, ohne daß diagnostische Interpretationen gegeben werden. Diese sind Sache des behandelnden Arztes, der die im Befundbericht niedergelegten Ergebnisse in sein diagnostisches und therapeutisches Beurteilungsspektrum einzufügen hat. Die Abgabe eines Befundberichtes in diesem Sinne ist nicht das Ergebnis einer speziell nachgefragten individuellen Leistung des zur Nebentätigkeit berechtigten Arztes, sondern Leistung der jeweiligen Abteilung bzw. der Klinik oder des Institutes, dessen Leitung zu den Dienstaufgaben des Hochschullehrers gehört und die daher auch nur zugunsten des Trägers der jeweiligen Einrichtung in Rechnung gestellt werden kann.

II. 2. Zur Nebentätigkeit berechtigter Personenkreis

Nach den geltenden Regelungen sind zur Nebentätigkeit in der Regel nur die leitenden Ärzte berechtigt. In einigen Fällen wurde das Recht zur Nebentätigkeit auch auf Oberärzte ausgedehnt. Der Wissenschaftsrat empfiehlt indessen, grundsätzlich an der Beschränkung des Rechts zur Nebentätigkeit auf die leitenden Ärzte festzuhalten. Es muß verhindert werden, daß die Erfüllung der den jeweiligen Einrichtungen übertragenen Dienstaufgaben durch schwer koordinierbare, privatnützige Tätigkeiten der einzelnen Bediensteten mit daraus resultierenden widerstreitenden Interessen überlagert wird. Dies erfordert, daß die Verantwortung für die geregelte Durchführung aller Aufgaben im Rahmen der Krankenversorgung in der Person des leitenden Arztes konzentriert bleibt. Entsprechend diesem Grundsatz regelt sich die zivilrechtliche Verantwortung des zur Nebentätigkeit berechtigten Arztes für die im Rahmen der Nebentätigkeit getroffenen Maßnahmen.

Die Frage der Beschränkung des Rechtes auf ärztliche Nebentätigkeit auf den leitenden Arzt einer Abteilung ist im übrigen zu trennen von der Frage, in welchem Umfang ärztliche Mitarbeiter der Abteilung, die an der Nebentätigkeit mitwirken, ihrerseits eine Genehmigungspflichtige Nebentätigkeit ausüben und an den Einnahmen aus Nebentätigkeit zu beteiligen sind.

Der Regelung bedarf schließlich die Vertretung des zur Nebentätigkeit berechtigten leitenden Arztes bei Urlaub, dienstlicher Verhinderung und ähnlichen Anlässen, bei denen ein Amtsvertreter die Aufgabe auch im Rahmen der Nebentätigkeit vorübergehend und auf den Vertretungsfall beschränkt übernimmt [1]).

II. 3. Quantitative Begrenzung der Nebentätigkeit

Unter der Prämisse, daß Nebentätigkeit nur in einem Umfang ausgeübt werden darf, der die Wahrnehmung des Hauptamtes nicht beeinträchtigt, empfiehlt der Wissenschaftsrat, die Privatpraxis im klinischen Bereich auf höchstens 10 % der Betten, jedoch nicht mehr als 10 Betten einer Abteilung zu beschränken.

Auch für die ambulante Behandlung von Patienten, die private Konsiliartätigkeit und die Erstattung von Gutachten insbesondere im Rahmen der theoretisch-medizinischen Einrichtungen bedarf es analoger Anhaltswerte für die Bestimmung eines angemessenen Anteils der Nebentätigkeit. Diese können sich nur an einem bestimmten Zeitanteil im Tätigkeitsspektrum des jeweiligen Hochschullehrers orientieren. Der Wissenschaftsrat geht insoweit davon aus, daß eine Beeinträchtigung des Hauptamtes naheliegt, wenn die Nebentätigkeit einen Um-

1) Vgl. hierzu z. B. Nebentätigkeitsverordnung für Hochschullehrer des Landes Schleswig-Holstein vom 22. April 1975, GV., S. 85.

fang annimmt, der einen individuellen Arbeitstag je Woche überschreitet.

Eine Begrenzung des Umfangs der Nebentätigkeit dergestalt, daß Einnahmen, die über eine bestimmte Höhe hinausgehen, schlechthin an den Träger der Hochschule abzuführen sind, hält der Wissenschaftsrat dagegen nicht für zweckmäßig. Die gebührenordnungsmäßig sehr unterschiedlich gelagerten Verhältnisse in den einzelnen Teildisziplinen der Medizin erlauben es nicht, für alle Fächer geltende Höchstbeträge festzusetzen.

II. 4. Inanspruchnahme von Personal und Einrichtungen der Hochschule

Die Zulassung ärztlicher Nebentätigkeit unter gleichzeitigem Verbot ärztlicher Nebentätigkeit außerhalb der Hochschuleinrichtungen impliziert, daß für die im Rahmen der Nebentätigkeit erbrachten Leistungen von dem Nebentätigkeitsberechtigten auch Einrichtungen und Personal der Hochschule herangezogen werden. Moderne diagnostische und therapeutische Verfahren und — daraus abgeleitet — geänderte Formen der Organisations- und Personalstruktur schließen es aus, daß der zur Nebentätigkeit berechtigte Arzt alle Leistungen im Rahmen seiner Nebentätigkeit persönlich erbringt. Er ist — in fachspezifisch unterschiedlichem Ausmaß — vielfach auf Mitarbeit anderer Personen angewiesen, auch wenn er verantwortlich für die Leistung bleibt, für die als Nebentätigkeit liquidiert wird. In Konsequenz dessen ist ein angemessener Anteil der Einnahmen als Entschädigung für die Inanspruchnahme der Einrichtungen, von Personal und Material an die Hochschule abzuführen, soweit die entsprechenden Beträge nicht bereits unmittelbar vom Klinikum eingezogen worden sind. Dabei sind Sachkosten des Klinikums, die im Rahmen der Nebentätigkeit anfallen, und die Gebühren für die ärztliche Leistung zu unterscheiden.

a) Sachleistungen des Klinikums

Hinsichtlich der stationären Behandlung von Patienten ist zu berücksichtigen, daß die Pflegekosten als solche sowie die Sachkosten dem Patienten in aller Regel vom Träger des Klinikums unmittelbar in Rechnung gestellt werden. Eine ähnliche Regelung sollte für die Inanspruchnahme der Einrichtungen eines Klinikums im Rahmen der ambulanten Behandlung von Patienten und einer gutachtlichen Konsiliartätigkeit getroffen werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung der hier erbrachten Sachleistungen vorsehen. Ist dies nicht der Fall, bedarf es der Festsetzung von angemessenen Pauschalbeträgen, die von dem Nebentätigkeitsberechtigten hierfür abzuführen sind.

b) Vorteilsausgleich

Die zuvor genannten Gebührenanteile beziehen sich nicht auf die im Rahmen der Nebentätigkeit erbrachten ärztlichen Leistungen. Von den hieraus erzielten Einnahmen ist ein Teil an den Träger des Krankenhauses zum Ausgleich des Vorteils abzuführen, den der Arzt genießt, indem er Einrichtungen, Material und Personal des Krankenhauses ohne eigenes wirtschaftliches Risiko in Anspruch nehmen kann. Zur Regelung dieser Abgabepflicht erscheint ein pauschaler Ausgleich die einfachste Lösung zu sein. Der Wissenschaftsrat empfiehlt deshalb, einen bestimmten Prozentsatz der Einnahmen aus der Nebentätigkeit als Entgelt für die Inanspruchnahme der Einrichtungen des Klinikums anzusetzen. Ein Bettengeld (fester Betrag pro Bett und Pflegetag) sollte demgegenüber nicht vorgesehen werden, da Zahl und Dauer der Inanspruchnahme von Betten kein geeignetes Maß für die Intensität der Inanspruchnahme der Einrichtungen des Universitätsklinikums darstellen.

Überschreiten die Einnahmen aus der Nebentätigkeit eine bestimmte Höhe, die — unter Berücksichtigung der fachlichen Besonderheiten — dem Regelumfang der Nebentätigkeit entspricht, so sollte der Vorteilsausgleich progressiv ausgestaltet werden unter der Voraussetzung, daß die aus der Progression anfallenden Mehreinnahmen dem jeweiligen Zentrum zweckgebunden für Forschungsaufgaben zur Verfügung gestellt werden.

Eine derzeit ebenfalls diskutierte Lösung, die Abgabepflicht mit der Höhe der Einnahmen progressiv zu gestalten, die erhöhten Abgaben jedoch an die Mitarbeiter auszuschütten, hält der Wissenschaftsrat nicht für zweckmäßig. Sie schafft für alle Beteiligten ein zusätzliches Anreizsystem, sich in ausgedehnter Weise der Krankenversorgung zu widmen, selbst wenn dies mit den Aufgaben der Forschung und Lehre nicht mehr vereinbar ist.

II. 5. Verteilung der Einkünfte aus der Nebentätigkeit

Die Verteilung der Einnahmen aus ärztlicher Nebentätigkeit wirft zwei Fragen auf. Einerseits ist zu klären, ob und inwieweit die in einem Klinikum oder in größeren Teilbereichen eines Klinikums erzielten Einnahmen aus Nebentätigkeit in einen Pool einzubringen sind, aus dem sie dann an die Nebentätigkeitsberechtigten — gegebenenfalls unter Einschluß der leitenden Ärzte ohne eigene Nebentätigkeitseinkünfte — nach einem bestimmten Schlüssel zu verteilen sind (Poolsystem im strengen Sinne). Zum anderen geht es darum, in welchem Umfang die Einnahmen eines nebentätigkeitsberechtigten Arztes an seine Mitarbeiter, die an der Behandlung der Privatpatienten oder an der Erstellung der Gutachten beteiligt waren, weitergeleitet werden sollen (Verteilungsproblem). Beide Ansätze sind theoretisch auseinanderzuhalten, wenngleich sie praktisch häufig zu-

sammenfallen werden, da ein Poolen der Einnahmen durchaus mit einer Regelung ihrer Verteilung auf weitere als nur die selbst nebentätigkeitsberechtigten Ärzte verbunden sein kann.

a) Beteiligung der Mitarbeiter

Die zunehmend arbeitsteilige Organisation der Krankenversorgung und das stärker partnerschaftliche Selbstverständnis der Ärzte machen es unumgänglich, die ärztlichen Mitarbeiter einer Klinik bzw. einer Abteilung innerhalb des Klinikums auch zur Behandlung privater Patienten heranzuziehen. Dementsprechend sind diese Mitarbeiter — soweit sie an der ärztlichen Nebentätigkeit mitgewirkt haben — auch finanziell zu beteiligen. Hierbei ist von folgenden Grundsätzen auszugehen.

Es ist zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Mitarbeit zu unterscheiden. Grundlage der Liquidation im Rahmen der Nebentätigkeit ist die Erbringung einer ärztlichen Leistung, während die pflegerischen, technischen und sonstigen Sachleistungen unmittelbar vom Träger des Krankenhauses zu liquidieren sind. Daraus ergibt sich, daß an Nebeneinkünften nur ärztliche Mitarbeiter zu beteiligen sind. Soweit andere Kräfte des Krankenhauses im Rahmen der Behandlung von Privatpatienten gegebenenfalls auch über die tarifrechtliche Arbeitszeit hinaus tätig sein müssen, erfolgt die Vergütung durch ihr Gehalt bzw. eine Überstundenvergütung. Den hierdurch bedingten Mehraufwendungen des Trägers des Klinikums stehen die Einnahmen gegenüber, die dieser seinerseits aus der Behandlung des Privatpatienten erhält.

Die Beteiligung der Mitarbeiter sollte aufgrund einheitlicher Richtlinien des Fachbereichs durch den zur Nebentätigkeit berechtigten Arzt erfolgen.

Zu Einzelheiten, insbesondere zur Höhe der Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Nebeneinkünften eines nebentätigkeitsberechtigten leitenden Arztes, soll hier nicht Stellung genommen werden. Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß ärztliche Mitarbeiter, soweit sie für zusätzliche Leistungen ein zusätzliches Entgelt in Form einer Beteiligung an den Nebeneinnahmen erhalten, nicht gleichzeitig durch eine Überstundenvergütung seitens des Trägers des Krankenhauses honoriert werden können.

b) Poolbildung

Das Vertrauen, das einem bestimmten Arzt entgegengebracht wird und das einen Patienten veranlaßt, sich von diesem behandeln zu lassen, geht nicht ausschließlich auf dessen individuelle Qualifikation zurück, sondern ist zum Teil auch durch das Ansehen bedingt, das ein Krankenhaus und seine Ärzteschaft insgesamt genießen. Aus diesem Grunde sowie aus dem Bestreben, zu große, vielfach nur aus der histo-

rischen Entwicklung ableitbare Einkommensdifferenzen zwischen den Hochschullehrern eines Klinikums zu verhindern, entstand der Vorschlag, die Einnahmen der nebentätigkeitsberechtigten Ärzte zu poolen und sie dann nach einem bestimmten Schlüssel wieder aufzuteilen. Die bisherigen Erfahrungen mit Poolsystemen sind nicht einheitlich gut. Eine Beteiligung der Mitarbeiter an einem Pool der Einnahmen aus Nebentätigkeit hat sich aber dort bewährt, wo klare Regelungen getroffen wurden, die einen persönlichen Leistungsanreiz bewahren sowie den Grad der Erfahrung und des Leistungsanteils berücksichtigen und wo der Pool sich auf einen überschaubaren Organisationsbereich beschränkt (z. B. Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart). Insofern befürwortet der Wissenschaftsrat die Bildung entsprechender Pools, wie sie auch in verschiedenen Landeskrankenhausgesetzen vorgeschlagen wurden, soweit der Pool nicht das ganze Klinikum umfaßt, sondern sich auf die Ärzte derjenigen Abteilungen beschränkt, die im Rahmen eines oder mehrerer Zentren fachlich eng zusammenarbeiten.

II. 6. Auskunftspflicht und Inkasso

Wer zur Nebentätigkeit berechtigt ist, ist zugleich verpflichtet, über das Ausmaß und die Art der Nebentätigkeit — soweit die Leistungsverzeichnisse der Universitätseinrichtungen dazu nicht ausreichen — Aufzeichnungen zu führen und diese dem Dienstherrn auf Anforderung zugänglich zu machen.

Um den Bereich der Nebentätigkeit durchschaubarer zu machen und dem Verdacht entgegenzuwirken, die Nebentätigkeitsmöglichkeit werde mißbräuchlich ausgedehnt, zugleich aber auch um Schwierigkeiten zu vermeiden, die aus der unterschiedlichen Handhabung der bestehenden, oft sehr diffizilen Regelungen erwachsen, regt der Wissenschaftsrat an zu prüfen und Erfahrungen darüber zu sammeln, ob der Einzug der Honorare der Verwaltung des Universitätsklinikums übertragen werden kann. Das Recht zur Erstellung einer Rechnung und zur Bestimmung der Höhe des Honorars verbleibt in jedem Fall im Rahmen der geltenden gebührenrechtlichen Regelungen Sache des zur Nebentätigkeit berechtigten Arztes.

Aufgabe der Klinikumsverwaltung ist es,

- die aus Nebentätigkeit entstehenden Sachkosten in Rechnung zu stellen und einzuziehen;
- das Nutzungsentgelt abzurechnen, wobei die sich aus dem Verhältnis von Nebentätigkeit und Dienstaufgabe eventuell ergebende Anhebung der Prozentsätze des Nutzungsentgelts zu berücksichtigen ist.

Die finanzielle Beteiligung der Mitarbeiter erfolgt — wie ausgeführt — durch den zur Nebentätigkeit berechtigten Arzt selbst nach Richtlinien des Fachbereichs.

G. III. Übergangsregelungen

Im Zusammenhang dieser Empfehlungen wird auf die besonderen Probleme der Übergangsregelungen nicht eingegangen. Hier ist unter rechtlichen Gesichtspunkten zunächst zu prüfen, inwieweit bestehende Regelungen durch eine Neuregelung entsprechend den zuvor genannten Grundsätzen überhaupt abänderbar sind. Gegebenenfalls ist eine schrittweise Ablösung des bisherigen Rechtszustandes vorzusehen.

H.

Weiterer Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten

Überlegungen zum weiteren Ausbau der klinischen und der medizinisch-theoretischen Einrichtungen der Hochschulen müssen sich im wesentlichen an dem durch Forschung und Lehre ausgelösten Bedarf an Personal, Patienten und Sachmitteln orientieren. Die hierauf gegründeten Planungen müssen aber in die allgemeinen Planungsüberlegungen zur weiteren Entwicklung des Gesundheitswesens einbezogen werden. Insbesondere gilt, daß eine für Forschung und Lehre notwendige Ausweitung der Bettenkapazität der einzelnen Hochschulen sorgfältig mit den jeweiligen Bettenbedarfsplänen der Länder abgestimmt sein muß, damit ein Überangebot an Betten in der jeweiligen Region — sei es auch nur in einzelnen Fächern — vermieden wird. Hierauf wird künftig insbesondere bei Investitionsentscheidungen im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau großes Gewicht zu legen sein. Daß Überlegungen dieser Art auch dazu führen können, eine insbesondere für Zwecke der Lehre gewünschte zusätzliche Bettenkapazität im Rahmen alternativer Strukturüberlegungen z. B. durch eine verstärkte Heranziehung außeruniversitärer Krankenhäuser für Ausbildungsaufgaben bereitzustellen, wurde bereits an anderer Stelle hervorgehoben [1]).

Globale Zielwerte für den weiteren Ausbau der Universitätskliniken und medizinisch-theoretischen Institute unter Aspekten der Forschung lassen sich nicht angeben. Hier hängt es im wesentlichen von der Situation der einzelnen Hochschule ab, welche zusätzlichen Investitionen zu einer Verbesserung der Forschungssituation notwendig sind. Insbesondere wird es darauf ankommen, bei Neubauten, aber auch bei der Sanierung vorhandener Einrichtungen für einen hinreichenden Anteil an Forschungseinrichtungen (Forschungslabors etc.) Sorge zu tragen. Bestimmte Notsituationen in der Vergangenheit haben dazu geführt, daß in einer großen Zahl von Kliniken die vorhandenen Einrichtungen in extensiver Weise für Zwecke der Krankenversorgung genutzt werden mußten. Der für die Unterbringung spezieller Forschungseinrichtungen, vor allem aber auch für die Unterbringung solchen Personals, das sich überwiegend der Forschung widmen soll, notwendige Raum stand häufig nicht zur Verfügung. Auf die in diesem

1) Vgl. oben S. 128 f.

Zusammenhang für eine Intensivierung der Forschung notwendige Veränderung der Relation der Zahl der Betten zur Zahl der Personalstellen zumindest in bestimmten Bereichen wurde bereits in Teil C hingewiesen [1]).

Die Statistik weist die Bundesrepublik als zu den Ländern mit der größten Arztdichte gehörend aus. Bei Fortsetzung des bisherigen Trends wird sich das Verhältnis Einwohner je Arzt in Zukunft noch erheblich verbessern. Mit Rücksicht auf die hohen Kosten, die ein Ausbildungsplatz in der Medizin erfordert, kann die Frage nach dem weiteren Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten daher nicht ohne eine Abschätzung des künftigen Ärztebedarfs beantwortet werden.

Unter den hiermit angedeuteten Zielsetzungen soll nach einer Darstellung des derzeitigen Ausbaustandes (I) im folgenden dazu Stellung genommen werden, welcher Betten- und Personalbedarf sich bei der Realisierung der hier zugrunde gelegten Konzeption für die Lehre ergibt (II), welche Folgerungen aus der derzeit erkennbaren Entwicklung der Nachfrage nach Ärzten gezogen werden können (III) und welche Kriterien für die Überlegungen zum weiteren Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten maßgebend sein müssen (IV). Ein Vergleich der so ermittelten Vorstellungen mit den derzeitigen Verhältnissen ergibt zugleich Anhaltspunkte dafür, in welcher Richtung Optimierungsprozesse eingeleitet werden müssen, um zu einer möglichst günstigen Nutzung der vorhandenen Ressourcen zu kommen.

H. I. Derzeitiger Ausbaustand

Der derzeit erreichte Ausbaustand der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten hinsichtlich des Personals und der Betten ist im einzelnen im Anhang dargestellt [2]). Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Zahl der Stellen für wissenschaftliches Personal in der Humanmedizin (einschließlich Zahnmedizin) 1960 rund 5 600 betrug und bis 1975 auf rund 17 000 gestiegen ist. Sie hat sich damit gegenüber 1960 etwa verdreifacht. Überproportional gestiegen ist die Zahl der Stellen für Professoren und Dozenten, die 1960 bei etwas mehr als 600 lag und 1975 rund 3 300 betrug.

Die Hochschulkliniken der Bundesrepublik verfügten im Jahr 1974 über insgesamt rund 41 500 Betten. Die Bettenzahl ist damit gegenüber dem Jahr 1967, für das Vergleichszahlen vorliegen, um ein Geringes zurückgegangen. Allerdings ist davon auszugehen, daß trotz der nahezu konstanten Bettenzahl die Zahl der aufgenommenen Patienten als Folge der zurückgehenden durchschnittlichen Verweildauer gestiegen ist.

---

[1]) Vgl. oben S. 72 f.

[2]) Vgl. Anhang 1, S. 203 ff.

Im Zeitraum von 1960 bis 1975 ist die Zahl der Studienanfänger der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) von rund 6 000 auf etwa 8 000 gestiegen, wobei die letztere Zahl die erteilten Zulassungen unter Einschluß der „Seiteneinsteiger" angibt. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Studenten der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) von etwa 26 000 (Wintersemester 1960/61) auf rund 44 000 (Wintersemester 1975/76).

Drückt man diese Entwicklungen in der jeweils erreichten Relation Studienanfänger je Stelle für wissenschaftliches Personal oder je Bett aus, so ergibt sich folgendes: Im Jahre 1960 wurden rund 1,36 Studienanfänger je Stelle für wissenschaftliches Personal in der Medizin aufgenommen. Diese Relation sank bis 1975 auf 0,47. Ferner wurde im Jahre 1967 durchschnittlich auf je 8,9 Betten in den Hochschulkliniken ein Studienanfänger aufgenommen. Die entsprechende Relation betrug im Jahre 1974 5,6 Betten pro Studienanfänger. Entsprechend änderte sich die Relation Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal, bzw. Betten je Student.

Hinter diesen geänderten Relationen verbergen sich beträchtliche Änderungen der Strukturen. So ist z. B. die Entwicklung der Relation Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal an den Hochschulkliniken wesentlich dadurch mitbestimmt, daß die als Voraussetzung von Forschung und Lehre zu betreibende Krankenversorgung der Sache nach, aber auch als Folge der Änderung äußerer Bedingungen (Arbeitszeitregelungen etc.), einen zunehmend größeren Personalaufwand erfordert. Ebenso haben geänderte Formen der Vermittlung (verstärkte Einbeziehung des Unterrichts in kleinen Gruppen etc.) dazu geführt, daß auch die Lehre selbst einen höheren Personalaufwand erfordert. Nimmt man demgegenüber die Relation Studienanfänger bzw. Studenten je Bett als Vergleichsmaßstab, so wird deutlich, daß 1975 je Bett etwa 40 % mehr Studienanfänger als 1967 aufgenommen werden.

Dennoch legen diese Zahlen bei einer globalen Betrachtung den Schluß nahe, daß sich sowohl die Situation in der Krankenversorgung als auch die Situation in der medizinischen Ausbildung erheblich verbessert haben. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, daß die genannten Zahlen Durchschnittszahlen sind, hinter denen sich recht unterschiedliche Verhältnisse in den einzelnen Universitätsklinika — z. B. hinsichtlich der Fächerstruktur und ihrer jeweiligen Bettenausstattung — verbergen.

Eine weitere Bezugsgröße für den derzeitigen Ausbaustand könnte der Flächenbestand der Hochschulklinika und der theoretischen Institute sein, der in der Rahmenplanung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz erfaßt wird. Die Flächenangaben für die medizinischen Einrichtungen an den deutschen Hochschulen liegen jedoch noch nicht vollständig vor, so daß die in den Rahmenplänen ausgewiesenen Flä-

chenbestände[1]) lückenhaft sind. Eine Bewertung dieses Flächenbestandes in Form von flächenbezogenen Studienplätzen anhand von Flächenrichtwerten, wie sie für andere Fächergruppen entwickelt worden sind, ist derzeit nicht möglich. Flächenrichtwerte, die eine Bemessung der flächenbezogenen Ausbildungskapazität in der Medizin ermöglichen würden, sind bisher noch nicht entwickelt worden. Die Arbeiten hierzu sind jedoch durch den Planungsausschuß für den Hochschulbau eingeleitet worden.

H. II. Patienten- und Personalbedarf

II. 1. Aussagegehalt von Annahmen zum Patienten- und Personalbedarf

Die Überlegungen zur strukturellen und fachlichen Gliederung eines Universitätsklinikums bzw. eines medizinischen Fachbereiches oder einer medizinischen Fakultät bedingen einen bestimmten Bestand an Personal, Patienten und sonstigen Mitteln, der benötigt wird, um eine in sich betriebsfähige Einheit zu schaffen. Im folgenden geht es darum, eine Aussage darüber zu gewinnen, wie viele Studenten in einem derartigen Universitätsklinikum ausgebildet werden können, wenn insbesondere die patientennahe Lehre entsprechend den oben angegebenen Zielsetzungen durchgeführt werden soll[2]).

Eine effektive Nutzung der jeweiligen Ressourcen setzt voraus, daß die Aufgaben des Klinikums in Forschung, Lehre und Krankenversorgung möglichst weitgehend aufeinander abgestimmt sind. Dieses wird sich freilich nie vollständig erreichen lassen. So kann aus Gründen der Krankenversorgung wie auch bei Schwerpunktbildungen in der Forschung in einigen Fächern ein Patienten- und Personalbestand erforderlich sein, der nicht vollständig für die Ausbildung herangezogen werden kann. Umgekehrt sind die für die Ausbildung in bestimmten Bereichen benötigten Patienten möglicherweise deswegen im Universitätsklinikum nicht verfügbar, weil im Rahmen der regionalen Planungen des Gesundheitswesens die Schaffung zusätzlicher Betten gerade für diese Gebiete in der jeweiligen Universitätsklinik nicht sinnvoll ist. Die Ausbildungskapazität eines Universitätsklinikums muß daher immer unter Berücksichtigung seiner besonderen strukturellen Gegebenheiten gesehen werden.

Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen ist der Patientenbestand der Universitätsklinika. Er begrenzt einerseits die Ausbildungskapazität, da die Lehre nach der Approbationsordnung in den klinischen Stoffgebieten weitgehend unter Einbeziehung von Patienten durchzuführen ist. Andererseits sind Patientenbestand und Ausbildungskapa-

---

1) Vgl. zuletzt Wissenschaftsrat, Empfehlungen zum sechsten Rahmenplan für den Hochschulbau, Band 1, Allgemeiner Teil, S. 28 f. und 91 f.

2) Vgl. oben S. 28 ff. und 47 ff.

zität die wesentlichen Größen für die Bestimmung des Personalbedarfs eines Klinikums, der sowohl die ärztliche Versorgung der Patienten als auch ein den Zielsetzungen der Approbationsordnung entsprechendes Lehrangebot sicherstellen muß. Im folgenden werden daher in erster Linie Anhaltswerte für die Ermittlung des Bedarfs an Patienten für die Durchführung der Lehre entwickelt. Zum Personalbedarf beschränken sich die Ausführungen hingegen auf einige grundsätzliche Erwägungen. Letzteres erscheint angesichts des allgemeinen Diskussionsstandes um die Ermittlung der personalbezogenen Ausbildungskapazität ausreichend.

Um zu Abschätzungen der für die Durchführung der Lehre benötigten Zahl von Patienten zu kommen, muß eine Reihe von Faktoren quantifiziert werden. Zu ihnen gehören z. B. Annahmen über die Größe der studentischen Arbeitsgruppen sowie über Eignungswahrscheinlichkeit und Belastbarkeit von Patienten. Annahmen hierzu müssen sich an den gegebenen Verhältnissen orientieren. Diese lassen sich derzeit jedoch vielfach nicht in einer für alle Universitätskliniken gleichermaßen gültigen und zudem empirisch abgesicherten Weise beschreiben. Ferner haben die genannten Faktoren zum Teil normativen Charakter. Sie führen über die gegenwärtig gegebenen Verhältnisse hinaus und unterstellen insoweit die Möglichkeit ihrer zielorientierten Veränderung. Ihre Festlegung bedeutet damit zugleich eine Aufforderung, die Lehre so zu organisieren, daß sie mit dem so beschriebenen Bestand an Mitteln durchführbar wird. Zugleich ergibt sich aus dem Charakter von „Anhaltszahlen", daß der Nachweis einer im Einzelfall notwendigen abweichenden Gestaltung der Verhältnisse möglich bleiben muß.

Die hier anzustellenden Überlegungen dienen in erster Linie dazu, einen Prozeß zur Ermittlung von Anhaltswerten für die künftige betten- und personalbezogene Ausbauplanung der Hochschulkliniken einzuleiten. Als Maß der Kapazitätsbestimmung können die im folgenden zugrunde gelegten Parameter noch nicht herangezogen werden. Dies ergibt sich schon daraus, daß die Planungsnormen prinzipiell eine möglichst günstige Organisation der faktischen Verhältnisse unterstellen, die vielfach nicht gegeben sein kann, jedenfalls noch nicht gegeben ist.

In dem zu überschauenden Planungszeitraum ist allerdings mit einer starken Belastung des gesamten Ausbildungssystems zu rechnen. In der Medizin wird die besonders starke Nachfrage nach Studienplätzen mit Sicherheit anhalten. Unter diesen Umständen können Anhaltswerte für die Planung der medizinischen Ausbildungsstätten nicht von optimalen Arbeitsbedingungen in Lehre und Forschung ausgehen. Andererseits dürfen solche Werte aber auch nicht allein von der Situation der augenblicklichen Überfüllungsphase und der in ihr notwendigen außergewöhnlichen Anspannung der Kräfte geprägt sein. Sie müssen vielmehr so angesetzt werden, daß sie auch längerfristig funktionsgerechte Arbeitsbedingungen in Lehre, Forschung und Kran-

kenversorgung sicherstellen. Hierzu gehört eine rationelle Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Personalstellen, Räume und Sachmittel ebenso wie eine Planung der Lehre, die die Belastung des einzelnen Patienten in zumutbaren Grenzen hält.

II. 2. Patientenbedarf

Wie viele Patienten jeweils für den Unterricht benötigt werden, hängt davon ab,

- wie viele Lehrveranstaltungen patientenbezogen durchzuführen sind;
- wie oft innerhalb des einzelnen Kurses bzw. der einzelnen praktischen Übung Patienten vorgestellt werden sollen;
- wie viele Studenten jeweils „am" Patienten arbeiten können („Arbeitsplatzeinheit").

Wie viele Betten bzw. poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfälle benötigt werden, um die hiernach für die Lehre erforderlichen Patienten zur Verfügung zu haben, hängt wiederum davon ab,

- welcher Anteil des patientenbezogenen Unterrichts jeweils am stationär aufgenommenen Patienten und am poliklinisch behandelten Patienten durchgeführt werden soll;
- welcher Anteil der Patienten jeweils zur Demonstration im Unterricht geeignet ist („Eignungswahrscheinlichkeit");
- wie oft jeder Patient vorgestellt werden kann („Patientenbelastbarkeit");
- in welchem Grade die Betten des Klinikums jeweils ausgelastet werden können („Auslastungsgrad").

Entsprechend dem Richtwertcharakter von Anhaltswerten, wie sie hier entwickelt werden, können im übrigen Annahmen zu diesen einzelnen Faktoren nicht als im Detail verbindliche Vorgaben angesehen werden. Sie sind Rechengrößen innerhalb eines komplexen Zusammenhangs, bei dem innerhalb des zu ermittelnden quantitativen Gesamtrahmens abweichende Gestaltungen in den Einzelheiten jederzeit möglich bleiben müssen.

Im folgenden werden die für die Ermittlung der Richtwerte maßgebenden Parameter erörtert und die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt. Hinsichtlich des Rechenmodells wird auf Anhang 2 hingewiesen [1]).

---

[1]) Vgl. Anhang 2, S. 339 ff.

a) Anzahl der für die Lehre erforderlichen Patienten

Den folgenden Überlegungen liegt der Vorschlag für einen medizinischen Studienplan zugrunde, wie er oben entwickelt wurde[1]). Er sieht neben den praktischen Übungen (Anlagen 1 bis 3 zur Approbationsordnung) das Studienziel fördernde Lehrveranstaltungen (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 2 der Approbationsordnung) vor, von denen etwa ein Drittel als Seminar und zwei Drittel als Vorlesungen durchgeführt werden sollten. Der Wissenschaftsrat geht davon aus, daß für alle diese Unterrichtsarten in den klinischen Stoffgebieten im Grundsatz für jede Veranstaltungsstunde ein Patient zur Verfügung stehen sollte.

Wie viele Patienten für die Lehre insgesamt benötigt werden, hängt somit wesentlich davon ob, in wie viele Arbeitsgruppen die Studenten den Anforderungen der konkreten Unterrichtsgestaltung entsprechend aufgeteilt werden müssen. Während für die Vorlesungen von einer grundsätzlich unbegrenzten Teilnehmerzahl ausgegangen werden kann, sind die Seminare mit einer Teilnehmerzahl von etwa 30 Studenten durchzuführen. Bei 180 Studenten je Semester macht das sechs Arbeitsgruppen, für die jeweils ein Patient pro Lehrveranstaltungsstunde erforderlich ist.

Die praktischen Übungen gemäß Anlagen 1 bis 3 zur Approbationsordnung sind generell als Veranstaltungen mit beschränkter Teilnehmerzahl durchzuführen, deren Größe von den jeweiligen Erfordernissen des Unterrichts bestimmt wird. Für die Durchführung des patientennahen Unterrichts sind diese Gruppen jedoch in noch kleinere Arbeitsplatzeinheiten aufzuteilen, da gewisse Untersuchungsmethoden am Patienten nur erlernt werden können, wenn ein Patient für wenige Studenten zur Verfügung steht. Für jede Arbeitsplatzeinheit wird pro Veranstaltungsstunde ein Patient benötigt, während in der Lehrveranstaltung als solcher mehrere Arbeitsplatzeinheiten zusammengefaßt und von einer Lehrperson betreut werden können. Für die Ermittlung des Patientenbedarfs ist somit die Größe der Arbeitsplatzeinheiten ausschlaggebend. Arbeitsplatzeinheiten im Sinne dieser Definition sind nicht identisch mit den Gruppengrößen, wie sie den Berechnungen der personalbezogenen Ausbildungskapazität zugrunde zu legen sind.

Die Größe der Arbeitsplatzeinheiten ist von Stoffgebiet zu Stoffgebiet unterschiedlich. Sie hängt insbesondere von der Eigenart der jeweiligen Untersuchungsmethoden ab. Allgemein verbindliche Werte lassen sich dabei nicht festlegen. Für die Abschätzung des Patientenbedarfs in den einzelnen Stoffgebieten geht der Wissenschaftsrat davon aus, daß im Regelfall durchschnittlich etwa fünf bis sechs Studenten eine Arbeitsplatzeinheit bilden, für die je Praktikumsstunde ein Patient zur Verfügung stehen muß. In einer Reihe von Fächern muß die Arbeitsplatzeinheit auf drei Studenten (Urologie und Frauenheilkunde ohne Geburtshilfe) oder höchstens vier Studenten (Kinder-

1) Vgl. oben S. 48 f.

heilkunde[1])) beschränkt werden. In einer Reihe anderer Fächer sind — soweit die Umstände es notwendig machen — auch Arbeitsplatzeinheiten mit bis zu acht Studenten tolerabel (Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Dermato-Venerologie).

Bei den hier getroffenen Annahmen ist davon ausgegangen worden, daß in den praktischen Übungen nicht der gesamte Unterricht unmittelbar am Krankenbett durchgeführt wird. Vielmehr muß ein bestimmter Zeitanteil auch für vorbereitende Diskussionen, für die Besprechung der Arbeitsergebnisse und zum Teil auch für die weitergehende Erörterung bestimmter Stoffgebiete sowie für die Arbeit mit anderen Hilfsmitteln (z. B. audio-visuellen Medien) vorgesehen werden.

b) Bedarf an Betten und poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen

Um die nach den vorstehenden Überlegungen notwendige Zahl von Patienten verfügbar zu haben, bedarf es eines bestimmten Bestandes an Betten und an poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen.

(1) Anteil des Unterrichts an stationären und an ambulanten Patienten

Der Wissenschaftsrat mißt der verstärkten Einbeziehung nichtstationärer Patienten in den patientenbezogenen Unterricht erhebliche Bedeutung zu[2]). Er schlägt deshalb vor, als Zielwert davon auszugehen, daß in der Chirurgie, der Orthopädie, der Urologie und der Neurologie etwa ein Viertel, in der Inneren Medizin, der Frauenheilkunde, der Kinderheilkunde und der Psychologie etwa ein Drittel und in der Augenheilkunde, der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, der Dermato-Venerologie und in der Psychomatik und Psychotherapie bis zur Hälfte des patientenbezogenen Unterrichts mit Hilfe poliklinischer Patienten durchgeführt wird.

Die Annahmen über den Anteil des poliklinischen Unterrichts in den einzelnen Stoffgebieten haben in besonderer Weise den Charakter normativer Setzungen. Sie lassen sich gegenwärtig in vollem Umfang nur dort erfüllen, wo die Poliklinik bereits entsprechend ausgebaut ist und nach Art ihrer Einrichtungen sowie der Zusammensetzung ihres Patientengutes die hier unterstellte Einbeziehung in den Unterricht schon jetzt erlaubt.

(2) Eignungswahrscheinlichkeit und Patientenbelastbarkeit

Exakte Aussagen zur wahrscheinlichen Eignung und der möglichen Belastbarkeit der Patienten für Zwecke der Lehre im Sinne einer für

[1]) Wobei es sich auch hier um einen Durchschnittswert zwischen der bei Säuglingen kleineren, bei Jugendlichen gegebenenfalls größeren Arbeitsplatzeinheit handelt.

[1]) Vgl. oben S. 26, 93, 127 f.

alle Universitätsklinika geltenden empirisch abgesicherten Norm sind nicht möglich. Vielmehr müssen erhebliche Schwankungsbreiten in Abhängigkeit vom Zeitverlauf und von der spezifischen Stellung des jeweiligen Klinikums im Rahmen der regionalen Krankenversorgung einkalkuliert werden. Ferner ist zu berücksichtigen, daß eine Reihe von Patienten von der Art der Erkrankung her zwar grundsätzlich für die Lehre geeignet ist, daß diese jedoch wegen fachlich bedingter kurzer Liegezeiten oder wegen der besonderen Schonbedürftigkeit nach operativen Eingriffen nur sehr bedingt für Lehrzwecke herangezogen werden können.

Um diesen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, wird für die folgenden Berechnungen hinsichtlich des Unterrichts an stationär aufgenommenen Patienten pauschal davon ausgegangen, daß im Durchschnitt jeweils ein Drittel der Patienten für Zwecke der Lehre geeignet ist und daß jeder geeignete Patient zweimal in der Woche einer studentischen Arbeitsgruppe vorgestellt werden kann. Hinsichtlich der poliklinischen Patienten wurde unterstellt, daß mindestens jeder fünfzehnte und höchstens jeder achte poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfall für Zwecke der Lehre geeignet ist.

(3) Bettenauslastung

Die Bettenauslastung der Universitätskliniken ist derzeit unterschiedlich, sie liegt an einigen Hochschulen unter 70 %, während andere Hochschulen einen Auslastungsgrad von bis zu 90 % erreichen [1]). Für die folgenden Berechnungen wird alternativ mit einer Bettenauslastung von 80 % und 85 % gerechnet.

c) Ergebnisse der Berechnungen

Berechnet man anhand der vorstehend dargelegten Annahmen den Bedarf an Betten und poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen, so ergibt sich das aus Tabelle 5 ersichtliche Bild. Hierbei wurde für die Berechnungen eine „Jahrgangsstärke" von 360 Studenten unterstellt.

Aus diesen Berechnungen ergibt sich, daß der bei den Überlegungen zur fachlichen Gliederung des Universitätsklinikums für notwendig gehaltene Bestand von 1 400 bis 1 700 Betten in seiner Größenordnung insgesamt ausreicht, um — sofern die in den Parametern jeweils enthaltenen Bedingungen realisiert sind — eine Jahrgangsstärke von 360 Studenten auszubilden. Dabei muß noch einmal hervorgehoben werden, daß dieses Ergebnis insbesondere nur bei der hier zugrunde gelegten stärkeren Einbeziehung der ambulanten Patienten in die Lehre möglich ist.

---

[1]) Vgl. Anhang 1, S. 219 ff.

Tabelle 5

Bedarf an Betten und poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen für Zwecke der Lehre [1])

Stoffgebiet	Bettenbestand eines Universitätsklinikums nach den Überlegungen zur fachlichen Gliederung	Bettenbedarf für die Lehre bei einer Auslastung von		Bedarf an poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen pro Jahr bei Eignung jeden ... Falles	
		80 %	85 %	achten	fünfzehnten
Innere Medizin	240—400	353 [2])	333 [2])	39 500	74 100
Chirurgie	220—260	261	246	19 100	35 900
Orthopädie	100—120	112	105	8 300	15 600
Urologie	60— 80	87	82	6 200	11 700
Frauenheilkunde	120	132	125	14 600	27 300
Kinderheilkunde	160	161	151	17 900	33 500
Augenheilkunde	80	76	71	16 200	30 400
Hals-Nasen-Ohrenheilk.	80	76	71	16 200	30 400
Dermato-Venerologie	60	53	50	11 200	21 100
Psychiatrie	140—200	161 [2])	151 [2])	14 600	27 300
Neurologie	80	79	75	5 800	10 900
Psychotherapie und Psychosomatik	. [2])	. [2])	. [2])	11 600	21 800
Radiologie	60	—	—	—	—
Insgesamt	1 400—1 700	1 551	1 460	181 200	340 000

[1]) Ohne den Patientenbedarf für den Unterricht im 3. klinischen Studienabschnitt (Prakt. Jahr). — [2]) Die für den Unterricht in der Psychotherapie und Psychosomatik benötigten Betten sind — da für dieses Stoffgebiet eine eigene bettenführende Abteilung nicht vorgesehen ist — jeweils zur Hälfte bei der Inneren Medizin und der Psychiatrie ausgewiesen.

Zwischen dem strukturell bedingten und dem für die Lehre erforderlichen Bestand an Betten in den einzelnen Stoffgebieten ergeben sich allerdings einige Abweichungen. Dies deutet zunächst darauf hin, daß es in einzelnen Stoffgebieten zusätzlicher Überlegungen und Mittel — z.B. technischer Hilfsmittel und eines zusätzlichen Medieneinsatzes —, möglicherweise aber auch der Einbeziehung weiterer Betten — z. B. in anderen Krankenhäusern — bedarf, um die patientenbezogene Lehre in der hier angenommenen Weise durchführen zu können. Soweit in anderen Fällen die Bestandszahlen aufgrund der strukturellen Überlegungen über dem in Tabelle 5 ausgewiesenen Bettenbedarf liegen, ist zu berücksichtigen, daß die jeweiligen Bettenzahlen notwendig sind, um betriebsfähige Einheiten für Zwecke der Forschung oder der Krankenversorgung zu schaffen.

Für Fächer wie die Augenheilkunde und die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ist ferner zu berücksichtigen, daß die Patienten während ihres stationären Aufenthalts nur sehr kurzfristig für Zwecke der Lehre vorstellbar sind. Für diese Fächer dürfte somit die pauschal mit 33 % angenommene Eignungswahrscheinlichkeit zu hoch angesetzt sein. Hinzu kommt, daß in beiden Fächern eine Vielzahl von Maßnahmen in Diagnose und Therapie nur mit dem Einsatz audio-visueller Medien im Unterricht darstellbar ist, so daß ohnehin die Bettenkapazität der Augen- und der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde nur beschränkt am Patientenbedarf für die Lehre orientiert werden kann. Aus den in Tabelle 5 ersichtlichen Abweichungen kann somit auf keinen Fall der Schluß gezogen werden, daß die Bettenzahlen, die in den Überlegunden zur fachlichen Gliederung angesetzt wurden, überhöht sind und entsprechend reduziert werden könnten.

Bei den hier angestellten Berechnungen zum Bedarf an Betten und poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen wurde im übrigen ein besonderer Bedarf an Patienten für die Durchführung des Unterrichts im dritten klinischen Studienabschnitt (Praktisches Jahr) nicht in Ansatz gebracht. Wie groß dieser Bedarf ist und ob er sich auf die Ausbildungskapazität des jeweiligen Universitätsklinikums auswirkt, hängt von zusätzlichen Faktoren ab. Von Bedeutung ist einmal, welcher Anteil des einzelnen Jahrgangs auch im Praktischen Jahr in den Universitätskliniken unterwiesen werden soll. Zum anderen kommt es darauf an, ob und in welchem Umfang für den Unterricht im ersten und im zweiten klinischen Studienabschnitt einerseits und im Praktischen Jahr andererseits die gleichen Patienten benötigt werden.

II. 3. Personalbedarf

Als wesentliches Kriterium im Kapazitätsfeststellungsverfahren nach der Kapazitätsverordnung ist der Personalbedarf für die Lehre in letzter Zeit Gegenstand vielfältiger Untersuchungen gewesen. Insbesondere in den Gremien der Zentralen Vergabestelle für Studienplätze

sind die die Personalkapazität bestimmenden Faktoren eingehend diskutiert worden. Der damit beschrittene Weg einer äußerst detaillierten Einzelregelung für die Kapazitätsermittlung ist allerdings unter dem Eindruck eines ständig wachsenden Verwaltungsaufwandes und immer spürbarer werdender Reglementierungen des Lehr- und Forschungsbetriebes auf zunehmende Kritik gestoßen. Allgemein wird nunmehr stattdessen ein Richtwertverfahren angestrebt, das zwar eine einheitliche Auslastung der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten gewährleistet, andererseits aber in der den örtlichen Verhältnissen anzupassenden Organisation der Lehre einen größeren Spielraum eröffnet.

Bei diesem Verfahrensstand hält es der Wissenschaftsrat zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht für angebracht, ein eigenes weiteres Modell für die Ermittlung des Personalbedarfs vorzulegen, von dem zu befürchten wäre, daß seine einzelnen Eingabegrößen einen mühsam erreichten Konsens in Frage stellen oder aber aus ihrem Zusammenhang herausgelöst und in einer ihren Zielsetzungen nicht entsprechenden Weise für Kapazitätsermittlungen herangezogen werden könnten. Mit Rücksicht darauf, daß sowohl die längerfristige Ausbauplanung als auch die Ausbildungskapazitäten in erster Linie durch den Patientenbedarf bestimmt werden, beschränkt sich der Wissenschaftsrat daher im Rahmen dieser Empfehlungen darauf, einige wesentliche Gesichtspunkte hervorzuheben, die bei der Ermittlung des Personalbedarfs zu berücksichtigen sind.

Ausgehend vom Patientenbestand eines Klinikums muß der Personalbestand so bemessen sein, daß

— die Patienten ärztlich versorgt werden können,

— einer nach dem Patientenbestand ausbildbaren Anzahl von Studenten ein Lehrangebot entsprechend den Zielsetzungen der Approbationsordnung gemacht werden kann,

— die Aufgaben in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung sowie in der Ausbildung des nichtärztlichen Personals durchgeführt werden können,

— die Forschungsaufgaben des Klinikums erfüllt werden können.

a) Personalbedarf für die Krankenversorgung

Während der Personalbedarf für die Lehre — wie ausgeführt — in letzter Zeit Gegenstand eingehender Untersuchungen war, liegen über den Personalbedarf für die Krankenversorgung in den Universitätsklinika kaum Anhaltswerte vor. Allgemein werden daher die Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, vielfach sogar in der Fassung von 1969, zugrunde gelegt [1]).

[1]) Das Krankenhaus, Heft 10/1969, S. 420 ff.; neueste Fassung vom 9. September 1974, Das Krankenhaus, Heft 10/1974, S. 421 ff.

Abgesehen davon, daß auch größere außeruniversitäre Krankenanstalten der Maximalversorgung in der Regel eine Arzt/Bettenrelation aufweisen, die erheblich günstiger ist als die Anhaltswerte der Krankenhausgesellschaft, weist der Wissenschaftsrat darauf hin, daß diese in den außeruniversitären Krankenanstalten ermittelten Anhaltswerte nur sehr bedingt tauglich sind, um den Personalbedarf der Universitätsklinika zu bemessen. Dieses liegt einmal daran, daß ganze Aufgabenbereiche — wie z. B. die Polikliniken — durch die Anhaltszahlen nicht erfaßt sind. Zum anderen kann die forschungsbezogene Krankenversorgung in den Universitätsklinika auch der Maximalversorgung in den außeruniversitären Krankenhäusern nicht ohne weiteres gleichgestellt werden. Der Wissenschaftsrat hält daher weitere Untersuchungen zur Bestimmung des patientenbezogenen Personalbedarfs (Ärzte, Krankenpflege- und medizinisch-technisches Personal) in den Universitätskliniken für dringend erforderlich.

b) Personalbedarf für die Lehre

Der aufgrund der Anhaltswerte der Deutschen Krankenhausgesellschaft generell zu niedrig bemessene Personalbedarf für die Krankenversorgung in den Universitätskliniken führt zu der Tendenz, den Personalbedarf für die Lehre — als komplementäre Größe bei der Bestimmung des Personalbedarfs insgesamt — entsprechend hoch anzusetzen. Dieses Vorgehen erscheint nicht unbedenklich, zumal auch in der Medizin, gerade in einer Zeit der extrem starken Nachfrage nach Studienplätzen, nicht von einer Betreuungsintensität in der Lehre ausgegangen werden kann, die erheblich günstiger ist als das, was in anderen Fächern hingenommen werden muß.

Unter diesen Voraussetzungen sollte nach Ansicht des Wissenschaftsrates bei den Überlegungen zum Personalbedarf in der Regel davon ausgegangen werden, daß für die praktischen Übungen gemäß Anlagen 1 bis 3 zur Approbationsordnung nicht mehr als eine Lehrperson für zehn Studenten benötigt wird. Ausnahmen davon bilden einzelne besonders betreuungsintensive klinisch-praktische Lehrveranstaltungen, bei denen teilweise nicht mehr als fünf Studenten von einer Lehrperson betreut werden können. Andererseits können einige der in der Approbationsordnung als praktische Übungen bezeichneten Lehrveranstaltungen, wie z. B. die Medizinische Psychologie, die Radiologie einschließlich Strahlenschutz, die Biomathematik und die Ökologischen Stoffgebiete in Seminarform mit etwa 20 bis 30 Studenten je Lehrperson, wenn nicht gar — wie die Medizinische Terminologie — mit unbegrenzter Teilnehmerzahl durchgeführt werden. Der lehrspezifische Personalbedarf und der Personaleinsatz im einzelnen hängen dabei von der näheren Ausgestaltung der Regelungen der Personalstruktur und der Lehrverpflichtung ab [1]).

1) Vgl. insoweit auch oben S. 133 ff. insbes. S. 144 ff.

Die weiteren Lehrveranstaltungen gemäß § 2 Abs. 1 Satz 2 der Approbationsordnung sind je nach den konkreten Erfordernissen des Faches als Lehrveranstaltung mit unbegrenzter Teilnehmerzahl oder in Seminarform mit bis zu 30 Teilnehmern durchzuführen. Im einzelnen sollte es der konkreten Lehrgestaltung der Hochschulen überlassen bleiben, für welche dieser Lehrveranstaltungen eine Beschränkung der Teilnehmerzahl notwendig ist. Unter Hinweis auf die Ausführungen zum eigenständigen Wert der Vorlesung geht der Wissenschaftsrat allerdings davon aus, daß nicht mehr als ein Drittel der Veranstaltungen gemäß § 2 Abs. 1 Satz 2 der Approbationsordnung in Seminarform durchgeführt wird. Die hier vorgeschlagenen Betreuungsrelationen gehen davon aus, daß bei der Durchführung der einzelnen Lehrveranstaltungen, entsprechend dem jeweiligen konkreten Lehrgegenstand, die Studenten in größeren oder kleineren Arbeitsgruppen zusammengefaßt werden.

Legt man diese Werte zugrunde, so müßte bei der tatsächlichen Stellenausstattung der Hochschulkliniken und einer aus dem Patientenbestand abgeleiteten Ausbildungskapazität in allen Universitätsklinika sichergestellt werden können, daß keine personellen Engpässe in der Lehre auftreten.

c) Abstimmung des Personalbedarfs für Forschung, Lehre und Krankenversorgung

Die wechselseitige Abstimmung des Personalbedarfs für die Erfüllung der jeweiligen Aufgaben in Lehre, Forschung und Krankenversorgung ist ein eigenes Problem. Die Erfüllung der Aufgaben in der unmittelbaren und mittelbaren Krankenversorgung macht in manchen Bereichen einen Personalbestand erforderlich, der den Personalbedarf für die Lehre übersteigen würde, sofern man unterstellen wollte, daß alle Mitglieder des wissenschaftlichen Personals nach Maßgabe der jeweiligen Deputatsregelungen zur Lehre in vollem Umfang verpflichtet sein sollen. Um hier keine „Überkapazitäten" in der Lehre zu schaffen, muß es möglich sein, einen Teil der Stellen — insbesondere solche für wissenschaftliche Mitarbeiter — mit ausschließlichen Aufgaben in der Krankenversorgung auszuweisen. Diese Möglichkeit ist in den Überlegungen zur Personalstruktur berücksichtigt.

Ebenso gilt für die Forschung, daß in bestimmten Bereichen — z. B. bei sehr spezialisierten Fachrichtungen oder für Stoffgebiete, denen in der Lehre nur ein vergleichsweise geringer Anteil zukommen kann — eine Personalkapazität geschaffen werden muß, die den Personalbedarf für die Lehre übersteigen würde bzw. nicht für die Lehre abgerufen werden könnte, wenn man alle hier tätigen Mitarbeiter nach Maßgabe der Deputatsregelungen zur Lehre verpflichten wollte. Auch insoweit müssen Regelungen zur Personalstruktur und zur Lehrverpflichtung einen entsprechenden Bewegungsspielraum eröffnen.

II. 4. Die gegenwärtigen Verhältnisse an den Hochschulen

Aus den oben entwickelten Annahmen ergibt sich, daß — sieht man vom Bettenbedarf für die Durchführung des Praktischen Jahres im Universitätsklinikum ab — in einem Klinikum mit etwa 1 400 bis 1 700 Betten als Planungsziel eine „Jahrgangsstärke" von 360 Studenten ausgebildet werden könnte. Dies bedeutet, daß im Durchschnitt etwa 4,3 Betten je Studienanfänger und Jahr zur Verfügung stehen sollten. Diese Relation liegt damit niedriger als derzeit an den meisten Universitätsklinika der Bundesrepublik [1]).

Bei einem Vergleich im einzelnen zeigt sich, daß in fast jedem Stoffgebiet eine oder mehrere Hochschulen vorhanden sind, bei der die Zahl der Betten je Studienanfänger niedriger liegt als sie in den Planungsvorschlägen des Wissenschaftsrates für notwendig angesehen werden. Dies kann jedoch nicht zu der Annahme führen, es ließe sich ein Planungsmodell verwirklichen, das in allen Fachgebieten von der jeweils niedrigsten Relation ausgeht, die an einem Klinikum tatsächlich erreicht ist. Häufig erklärt sich eine niedrige Relation in einem Stoffgebiet dadurch, daß es die konkrete Unterrichtsgestaltung erlaubt, dieses Fach im Verhältnis zu einem anderen mit einer günstigeren Betten/Student-Relation weniger intensiv in den patientenbezogenen Unterricht einzubeziehen. Allerdings wird es auch Fälle geben, in denen eine extrem niedrige Relation in einem Fach auf ein Patientendefizit hinweist, bei dem die Durchführung der Lehre entsprechend den Zielsetzungen der Approbationsordnung in Frage gestellt ist. Im einzelnen wird hierzu auf Tabelle 6 verwiesen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß nach den Überlegungen des Wissenschaftsrates zum Personal- und Patientenbedarf der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten die vorhandenen Ressourcen — unter der Voraussetzung, daß die Lehre entsprechend den Empfehlungen des Wissenschaftsrates organisiert werden kann — ausreichen, um bei den gegenwärtigen Studienanfängerzahlen die Ausbildung nach der Approbationsordnung — vom Praktischen Jahr abgesehen — durchführen zu können. Bei gewissen organisatorischen und strukturellen Verbesserungen wird auch mit den vorhandenen Mitteln eine begrenzte Ausweitung der Ausbildungskapazität erreicht werden können. Ließe sich die zuvor ermittelte mittlere Relation von etwa 4,3 Betten je Studienanfänger und Jahr im Durchschnitt aller medizinischen Fakultäten erreichen, so müßten bei den derzeitigen Beständen an Betten und poliklinischen Behandlungs- und Untersuchungsfällen in etwa 10 000 Studienanfänger pro Jahr ausgebildet werden können.

Letzteres erscheint — mit Rücksicht auf die erhebliche Vermehrung der Stellen für wissenschaftliches Personal in den letzten Jahren — insbesondere von personeller Seite her möglich. Voraussetzung ist allerdings, daß das sehr personalaufwendige Konzept des Unterrichts

1) Vgl. Anhang 1, S. 228 f.

Tabelle 6

Betten sowie poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfälle je Studienanfänger und Jahr nach den Planungsvorschlägen des Wissenschaftsrates und nach den tatsächlichen Verhältnissen an den Hochschulkliniken im Jahre 1974

Fachgebiet	Betten je Studienanfänger und Jahr				Poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfälle je Studienanfänger und Jahr			
	nach den Planungsvorschlägen des Wissenschaftsrates	1974 [2]			nach den Planungsvorschlägen des Wissenschaftsrates	1974 [2]		
		Durchschnitt aller Universitätskliniken	darunter			Durchschnitt aller Universitätskliniken	darunter	
			günstigste Relation	ungünstigste Relation			günstigste Relation	ungünstigste Relation
Innere Medizin	0,7 bis 1,1	1,1	2,3	0,6	110 bis 206	166	405	39
Chirurgie	0,6 bis 0,7	1,1	2,7	0,5	53 bis 100	190	275	87
Orthopädie	0,3	0,5	1,4	0,2	23 bis 43	66	146	22
Urologie	0,2	0,3	1,4	0,2	17 bis 33	33	168	5
Frauenheilkunde	0,3	0,7	1,1	0,3	41 bis 76	75	171	27
Kinderheilkunde	0,4	0,8	1,6	0,4	50 bis 93	61	134	20
Augenheilkunde	0,2	0,4	0,9	0,2	45 bis 84	88	382	53
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,2	0,4	0,8	0,2	45 bis 84	83	344	35
Dermato-Venerologie	0,2	0,4	1,1	0,1	31 bis 59	118	266	21
Psychiatrie	0,4 bis 0,6				41 bis 76			
Neurologie	0,2	0,7	1,6	0,4	16 bis 30	48	162	7
Psychotherapie und Psychosomatik	. [1]				32 bis 61			
Insgesamt	3,9 bis 4,7	5,8 [3]	10,2	3,2	503 bis 944	884 [3]	1961	441

[1] Für das Fachgebiet Psychotherapie und Psychosomatik sind keine Betten vorgesehen. Die für die Lehre erforderlichen stationären Patienten sind Patienten der Psychiatrie und der Inneren Medizin. — [2] Ohne die Universitätskliniken, die keine Angaben über die Zahl der Betten bzw. die poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfälle gemacht haben. — [3] Geht man davon aus, daß sich die Zahl der Betten und poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfälle seit 1974 nicht verändert hat, kommen 1975 auf einen Studienanfänger 5,5 Betten und 837 poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfälle, 1976 auf einen Studienanfänger 5,1 Betten und 757 poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfälle.

Abweichungen in den Summen erklären sich durch Runden der Zahlen.

in den kleinen Gruppen — entsprechend den oben ausgeführten Überlegungen zur Ausgestaltung der Lehre und zur erforderlichen Betreuungsintensität — nicht überbetont wird. Ferner kann eine Ausweitung der Ausbildungskapazität nicht bei einer gleichzeitigen Stellenreduzierung in erheblichem Umfang erreicht werden.

Schwieriger ist die Situation hinsichtlich des Bedarfs an Patienten für die Lehre. Wenn die Ausbildung nach der Approbationsordnung verwirklicht werden soll, wird bereits bei den gegenwärtigen Studentenzahlen eine so große Anzahl von Patienten für die Lehre erforderlich, daß in einigen Fächern Beeinträchtigungen in der Krankenversorgung zu befürchten sind. Hinzu kommt, daß die fortschreitende Verkürzung der Liegezeiten in den Universitätsklinika und die damit verbundene Konzentration der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen die Möglichkeiten für die Heranziehung der Patienten im Unterricht immer stärker einschränken.

In Zukunft wird es daher wesentlich darauf ankommen, die poliklinischen Patienten vermehrt für Lehrzwecke heranzuziehen. Engpässe in der patientenabhängigen Ausbildungskapazität sollten daher in erster Linie durch Patienten der Poliklinik überwunden werden. Daß die stärkere Einbeziehung der Poliklinik nicht nur unter Kapazitätsgesichtspunkten, sondern ganz wesentlich vom Inhalt der Lehre her gerechtfertigt ist, wurde bereits ausgeführt[1]). Hinzu kommt, daß durch eine stärkere Betonung der Poliklinik in der Ausbildung auch die Möglichkeit geschaffen würde, die Universitätskliniken — gegebenenfalls auch durch eine Reduzierung vorhandener Betten — besser in die Gesundheitsplanung ihrer jeweiligen Region einzubinden.

H. III. Überlegungen zum Ärztebedarf

Angesichts der unvermindert großen Attraktivität des Medizinstudiums[2]) einerseits und der extrem hohen Kosten eines medizinischen Ausbildungsplatzes mit allen Folgelasten hinsichtlich der Größe der Krankenhäuser, des Personalbedarfs und der Belastung der Patienten durch den Lehrbetrieb andererseits kommt auf absehbare Zeit ein der Nachfrage nach Studienplätzen entsprechender Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten nicht in Betracht. Es stellt sich vielmehr die Frage, ob Aufwendungen für den weiteren Ausbau in der Medizin volkswirtschaftlich und mit Rücksicht auf die regionale Krankenhausplanung, in die jede Ausweitung der Bettenkapazität eingepaßt sein muß, gesundheitspolitisch verantwortbar sind und ob ein begründbarer Zusatzbedarf an medizinischen Ausbildungsplätzen besteht. Trotz ihres beschränkten Aussagewertes sind Überlegungen zum Bedarf an Ärzten somit unverzichtbar.

---

1) Vgl. oben S. 26, 93, 127 f., 164.
2) Vgl. Anhang 1, S. 207 ff.

III. 1. Grenzen des Aussagewertes von Bedarfsprognosen

Bedarfsprognosen verlangen Aussagen über zukünftige Entwicklungen im wirtschaftlichen und sozialen Bereich, die nur in sehr beschränktem Umfang möglich sind. Bedarfsprognosen sind daher entweder mehr oder weniger verfeinerte Fortschreibungen der vergangenen Entwicklungen auf die Zukunft oder es werden Vorgaben gemacht, bei denen zum Teil sogar — gewollt oder ungewollt — das gewünschte Ergebnis der Prognose eine Rolle spielt. Hinzu kommt, daß in Bedarfsprognosen Wertvorstellungen oder nicht abgesicherte Vorstellungen vom „künftig Machbaren" eingehen und daß schließlich der Aussagewert von Bedarfsprognosen in dem Maße abnimmt, in dem der Prognosezeitraum vergrößert wird. Bei einer Planungs- und Bauzeit von mindestens fünf bis zehn Jahren, insbesondere für Bauvorhaben, die für die Kapazitäten von Bedeutung sind, werden heute in Angriff genommene Vorhaben kaum vor 1985 fertiggestellt werden können. Auswirkungen auf den Ärztebestand werden sich somit frühestens in den 90er Jahren ergeben. Bedarfsprognosen in der Medizin müssen daher auf einen Prognosezeitraum von 20 Jahren und mehr abstellen und sind schon deswegen hinsichtlich ihres Aussagewertes im einzelnen in Frage zu stellen.

Dennoch scheinen Prognosen über den künftigen Bedarf an Ärzten nach verbreiteter Meinung noch immer zuverlässiger als entsprechende Voraussagen für andere Berufsgruppen. Dieses Urteil gründet sich weitgehend darauf, daß in der Dichteziffer (Einwohner je Arzt) eine anschauliche und plausibel zu machende Bezugsgröße zur Verfügung steht. Die eindeutige Zuordnung von Studiengang und Beruf erleichtert außerdem die Verknüpfung von Bedarfszahlen mit Studienanfängerzahlen.

Bei näherer Betrachtung erweist sich jedoch, daß Bedarfsprognosen in der Medizin keinen höheren Zuverlässigkeitsgrad als vergleichbare Studien in anderen Gebieten haben. Die bei Bedarfsüberlegungen in der Medizin verwandten Dichteziffern sagen allein zu wenig über die Qualität bzw. über die Leistungsfähigkeit der ärztlichen Versorgung eines Landes aus. So zeigt die internationale Statistik, daß z. B. zwischen den einzelnen Ländern bestehende Unterschiede in der Mortalität — von Extremfällen abgesehen — nicht unmittelbar aus einer unterschiedlichen Arztdichte abgeleitet werden können. Globale Angaben wie die Arztdichte in der Bundesrepublik berücksichtigen weder den Bedarf an Ärzten in einzelnen Fachrichtungen noch die starken Unterschiede der Arztdichte in verschiedenen Regionen. Entscheidend hängt die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zudem nicht nur von der Anzahl der Ärzte je Einwohner, sondern auch von der Qualität der ärztlichen Ausbildung und den Möglichkeiten zu Fort- und Weiterbildung ab.

III. 2. Voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs an Ärzten

Bereits aus diesen Hinweisen ist erkennbar, daß auch der künftige Bedarf an Ärzten nur begrenzt auf streng objektive Faktoren zurückzuführen ist. Im Grunde handelt es sich um Vorausschätzungen einer künftigen Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, die einerseits von objektiven Möglichkeiten, nämlich der Entwicklung des Leistungsangebots in der Medizin selbst, andererseits aber auch in entscheidendem Maße von der Bereitschaft der Gesellschaft bestimmt wird, die dafür erforderlichen Kosten aufzubringen.

Im folgenden wird zu einzelnen Faktoren Stellung genommen, die für quantitative Entscheidungen über die Zahl der auszubildenden Ärzte von Bedeutung sind. Dies geschieht deswegen, weil trotz der dargelegten Vorbehalte und Bedenken gegenüber nur scheinbar objektiven Prognosen eines bestimmten „Bedarfs" an Ärzten gleichwohl politische Entscheidungen darüber notwendig sind, ob und in welchem Umfang eine Erweiterung der medizinischen Ausbildungskapazität durch zusätzliche Investitionen im Hinblick auf bestimmte — für wünschbar oder unabwendbar gehaltene — Entwicklungen des Gesundheitswesens für erforderlich angesehen werden.

a) Ersatzbedarf und Zusatzbedarf

Überlegungen zum künftigen Bedarf an berufstätigen Personen in bestimmten Bereichen haben sich einerseits mit dem Ersatzbedarf, andererseits mit dem Zusatzbedarf auseinanderzusetzen.

Ersatzbedarf bezeichnet diejenige Zahl von Personen, die jährlich ins Berufsleben eintreten muß, um die ausscheidenden Personen zu ersetzen. Als Bedarfsfaktor ist dieser Komplex in der Medizin wie auch in anderen Bereichen verhältnismäßig problemlos.

Die Schwierigkeiten ergeben sich hinsichtlich des Zusatzbedarfs; d. h. hinsichtlich des Bedarfs an Personen, der sich aus der Notwendigkeit der Deckung zusätzlicher Leistungsanforderungen ergibt. Dabei ist zwischen einem gegenwärtigen und einem künftigen Zusatzbedarf zu unterscheiden.

Der gegenwärtige Zusatzbedarf besteht darin, Defizite in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung auszugleichen, die sich daraus ergeben, daß bestimmte ärztliche Leistungen, die nach dem gegenwärtigen Stand der medizinischen Diagnostik und Therapie möglich sind und auch nachgefragt werden, aufgrund fehlenden Personals nicht erbracht werden können. Indizes für derartige gegenwärtige Defizite könnten die überfüllten Wartezimmer der Ärzte auch in Gebieten mit einer relativ großen Versorgungsdichte, das Fehlen von Ärzten in bestimmten Gebieten, insbesondere auf dem Lande und in den Kleinstädten, die Zahl unbesetzter Stellen im öffentlichen Gesundheitsdienst etc. sein. Ob und in welchem Umfang ein solches Defizit

tatsächlich besteht, läßt sich nur schwer abschätzen, weil derartige Mängel ihre Ursache sicherlich nur zum Teil im Fehlen einer hinreichenden Zahl von Ärzten haben, zum anderen aber auf organisatorische und strukturelle Defizite zurückzuführen sind.

Um den künftigen Zusatzbedarf an Ärzten feststellen zu können, müßte die zukünftige Entwicklung in der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen abgeschätzt und daraus ein zukünftiger Bedarf an ärztlich ausgebildetem Personal abgeleitet werden. Hier sind demographische und sozio-ökonomische Entwicklungen, wie die zu erwartende Altersstruktur der Bevölkerung, die zunehmende Verstädterung, der Lebensstandard, der Grad der Technisierung etc. von Bedeutung. Schließlich müssen aber vor allem auch die künftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen selbst abgeschätzt werden. Dieses ist in einem so dynamischen Bereich wie der Medizin besonders problematisch.

b) Faktoren, die die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen beeinflussen

Soweit derzeit erkennbar, können folgende Faktoren die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und damit die erforderliche Anzahl an Ärzten beeinflussen:

(1) Fortschritte der Medizin

Fortschritte der Medizin sind vor allem im Bereich der Rehabilitation, der Suchtbekämpfung und des Umweltschutzes sowie bei der allgemeinen Entwicklung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren zu erwarten. Hinzu kommt eine Ausweitung der Aufgaben in einem Bereich der Medizin, den man „protektive Medizin" nennen könnte, und der, wie z. B. die Dialyseverfahren, zur Erhaltung bestimmter Funktionsfähigkeiten eine kontinuierliche Behandlung über einen längeren Zeitraum erforderlich macht. Die Auswirkungen dieser Weiterentwicklungen ärztlicher Möglichkeiten auf den Personalbedarf sind nur schwer abzuschätzen. Sie können sowohl zu einer Verringerung als auch zu einer Vermehrung der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen führen. So kann beispielsweise die Entwicklung eines neuen Medikaments oder eines Impfserums zu einer erheblichen Abnahme, die Entwicklung neuer Rehabilitationsmöglichkeiten oder neuer Möglichkeiten der „protektiven Medizin" dagegen zu einer erheblichen Zunahme der Nachfrage führen.

(2) Strukturelle und organisatorische Maßnahmen

Hier wäre z. B. an

— eine Produktivitätssteigerung durch eine zunehmende Rationalisierung im Bereich der Praxen niedergelassener Ärzte und in den Krankenhäusern,

— einen verstärkten Einsatz von nichtärztlichem Personal,

— eine weitere Verkürzung der Verweildauer in den Krankenhäusern,

— sonstige Änderungen in der Struktur des Versorgungssystems

zu denken. Welche Rationalisierungsmaßnahmen im Krankenhausbetrieb oder in der Praxis niedergelassener Ärzte in Zukunft möglich sein werden, ist ebensowenig vorhersehbar wie der sich daraus ergebende Einfluß auf die erforderliche Anzahl an Ärzten. Dagegen kann mit einiger Sicherheit gesagt werden, daß eine Verkürzung der Verweilzeit im Krankenhaus zwar zu einer Reduzierung der Bettenzahlen führen kann. Damit ist jedoch nicht notwendigerweise eine Verringerung der Anzahl an ärztlichen Leistungen verbunden, vielmehr sind diese lediglich für den einzelnen Patienten auf einen kürzeren Zeitraum zusammengedrängt. Ebenso sind die Auswirkungen möglicher Änderungen im Versorgungssystem auf die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen nur schwer zu bestimmen. Hier können Rationalisierungsmaßnahmen, insofern sie eine Vereinfachung für die Benutzer mit sich bringen, die Nachfrage steigern, während z. B. die Einführung einer höheren Selbstbeteiligung der Patienten an den Gesundheitsleistungen die Nachfrage dämpfen könnte. Schließlich läßt sich auch nur schwer abschätzen, welchen Einfluß eine Entlastung der Ärzte durch nichtärztliches Personal auf den Bedarf an Ärzten haben wird.

(3) Gesundheitspolitische Maßnahmen

Bei den gesundheitspolitischen Maßnahmen ist insbesondere an

— Maßnahmen auf dem Gebiet der Vorsorge,

— Maßnahmen auf dem Gebiet der Früherkennung,

— Maßnahmen auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin, der Sozialmedizin und des öffentlichen Gesundheitswesens,

— mögliche Änderungen im Versicherungswesen, z. B. im Falle einer Kostenbeteiligung der Patienten

zu denken. Auch sie sind in ihren Auswirkungen auf den Bedarf an ärztlich ausgebildetem Personal über einen längeren Zeitraum kaum abzuschätzen.

(4) Änderungen im Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung

Aufklärung und Warnung können einen Einfluß auf das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung und damit beispielsweise auf den Mißbrauch von Alkohol, Tabak und Drogen haben. Ferner können allgemeine Entwicklungen im Verständnis des Begriffs Gesundheit für die Anzahl der zukünftig erforderlichen Ärzte von erheblicher Bedeutung sein. Ein Beispiel dafür ist die Tendenz, Straftäter in zunehmendem

Maße als „Kranke" zu verstehen und die einfache Verwahrung mehr und mehr durch eine ärztliche Behandlung zu ersetzen.

c) Neuere Untersuchungen zum Ärztebedarf

Nach den Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1968 [1]) hat sich in neuerer Zeit vor allem die im Auftrage der Bundesregierung von der Firma McKinsey erstellte Studie [2]) eingehender mit dem Bedarf an ärztlichem Personal bis zum Jahr 2000 befaßt. Die Studie untersucht zunächst die weitere Entwicklung der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und das Berufsverhalten der Ärzte. Sie kommt dabei zu dem Ergebnis, daß im Jahre 2000 rund 175 000 berufstätige Ärzte erforderlich sind, um diese Nachfrage zu decken. Nach den Ergebnissen der Studie kann diese Zahl bereits mit 7 500 Studienanfängern pro Jahr in der Medizin erreicht werden. Diese Studienanfängerzahl würde zu einer Steigerung der Arztdichte von 515 Einwohnern je Arzt im Jahr 1974 auf 350 Einwohner je Arzt im Jahre 2000 führen. Damit würde die Bundesrepublik auch langfristig zu den Ländern mit der höchsten Arztdichte gehören, ohne daß jedoch Versorgungsengpässe wegen einer möglichen Ungleichheit in der Verteilung des ärztlichen Leistungsangebots ausgeschlossen werden könnten.

Die Studie stellt in der Methode ihres Vorgehens sowie in der Vielfalt der untersuchten Einflußgrößen eine umsichtige Abschätzung des Ärztebedarfs aus der Sicht des Jahres 1974 dar. Dabei muß freilich klar sein, daß die Quantifizierung der einzelnen Einflußgrößen — wie ausgeführt — immer Probleme aufwirft und es sich folglich insbesondere bezogen auf das Jahr 2000 bei den Ergebnissen der Studie weitgehend um Voraussagen handelt, die so gut sind wie die Annahmen, auf denen sie beruhen. Dies gilt vor allem, soweit die Studie den Versuch unternimmt, sozio-ökonomische Entwicklungen in ihrem Einfluß auf die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen zu quantifizieren.

III. 3. Konsequenzen aus den Überlegungen zum Ärztebedarf

Die Auseinandersetzung mit der Problematik von Bedarfsprognosen zeigt, daß die Planung des zukünftigen Ausbaus der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten nicht allein auf Bedarfsprognosen gestützt werden kann. Eine verantwortliche Planung in einem so kostenintensiven Bereich wie der Medizinerausbildung darf andererseits Bedarfsüberlegungen — wie unvollkommen sie auch sein mögen — nicht außer acht lassen. Wer sich der Bedarfsprognosen bedient, muß sich darüber im klaren sein, daß trotz komplizierter Rechenmethoden und immer stärker verfeinerter Modellannahmen der zukünftige Bedarf von Angehörigen einer bestimmten Berufsrichtung

1) Vgl. a. a. O., S. 193 ff.

2) Bundesminister für Bildung und Wissenschaft (Hrsg.), Materialien zur Bildungsplanung Hochschulabsolventen im Beruf, Ausbildungsbedarf für Mediziner bis zum Jahr 2000, Koblenz 1974. Eine noch nicht veröffentlichte Bedarfsanalyse für Zahnärzte, die ebenfalls im Auftrag der Bundesregierung vom Institut für Soziologie der Universität Erlangen-Nürnberg erstellt wurde, bleibt hier außer Betracht.

nicht mit einer objektiven, wissenschaftlich gesicherten Methode exakt meßbar ist und daß es kein gesichertes Verfahren der Umrechnung des „Bedarfs" auf Studienanfängerzahlen gibt, das langfristig gültig wäre.

Bedarfsprognosen können deshalb nur eine Komponente in den äußerst komplexen Entscheidungen über Zielsetzungen im Bildungs- und Gesundheitsbereich sein. Diese Entscheidungen können zwar durch Bedarfsüberlegungen beeinflußt werden, dürfen aber nicht durch das Ergebnis von Bedarfsstudien ersetzt werden. Bedarfsprognosen allein können einschneidende Korrekturen nur in ganz offensichtlichen Extremfällen rechtfertigen. Dies wäre z. B. der Fall, wenn eindeutig erkennbar wäre, daß ein gesundheitspolitisch angestrebter Standard der Versorgung der Bevölkerung mit dem ausgebildeten ärztlichen Personal nicht sichergestellt werden könnte.

Geht man davon aus, daß die Entwicklung etwa in der von der McKinsey-Studie aufgezeichneten Richtung verläuft, so wird die Bundesrepublik weiterhin zu den Ländern gehören, die in der Versorgung mit Ärzten — soweit sie über Arztdichteziffern erfaßbar ist — an der Spitze der internationalen Skala stehen. Gravierende Anzeichen dafür, daß mit diesem Bestand die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, jedenfalls im Sinne einer globalen Betrachtung, nicht abgedeckt werden könnte, sind zur Zeit nicht erkennbar.

Umgekehrt kann bei der Unsicherheit von Bedarfsprognosen aus diesen Überlegungen aber auch nicht gefolgert werden, daß eine beschränkte Ausweitung der Aufnahmekapazitäten, insbesondere durch eine bessere Nutzung der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, zu einer nicht zu verantwortenden „Überproduktion" an Ärzten führen würde. Die guten Verdienstmöglichkeiten der Ärzte, die erheblichen Aufwendungen für Überstunden an den Krankenhäusern sowie erhebliche Defizite in der Versorgung verschiedener Regionen lassen vielmehr den Schluß zu, daß der Arbeitsmarkt für Ärzte noch keineswegs ausgelastet ist. Dasselbe gilt für traditionell unterversorgte Bereiche wie z. B. den öffentlichen Gesundheitsdienst.

H. IV. Folgerungen für den weiteren Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten

Nach den vorstehenden Überlegungen läßt sich die Ausgangssituation für den weiteren Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten wie folgt zusammenfassen:

— Die Nachfrage nach Studienplätzen in der Medizin wird auf absehbare Zeit das Angebot an Studienplätzen soweit übersteigen, daß ein nachfrageorientierter Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten nicht möglich ist.

— Überlegungen zum Ärztebedarf lassen keine gravierenden Anzeichen dafür erkennen, daß die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen bei den gegenwärtigen Studienanfängerzahlen in Zukunft nicht gedeckt werden kann; auf der anderen Seite sind aber auch keine Anzeichen dafür erkennbar, daß eine beschränkte Ausweitung der Ausbildungskapazität zu einer „Überproduktion" von Ärzten führen würde.

— Bei einer Organisation der Lehre entsprechend den Vorstellungen des Wissenschaftsrates reichen die derzeitigen Bestände an Personal, Patienten und Mitteln aus, um bei den gegenwärtigen Studentenzahlen eine Ausbildung nach der Approbationsordnung anbieten zu können. Organisatorische und strukturelle Verbesserungen — insbesondere die verstärkte Einbeziehung nicht stationärer Patienten in den Unterricht — lassen eine Ausweitung der Ausbildungskapazitäten ohne wesentliche Erweiterung der vorhandenen Ressourcen als möglich erscheinen.

Unter diesen Voraussetzungen kommt der Wissenschaftsrat für den weiteren Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten zu folgendem Ergebnis:

1. Der weitere Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten sollte in erster Linie auf Konsolidierung und Erhaltung sowie auf Maßnahmen der besseren Nutzung der vorhandenen Ressourcen ausgerichtet sein. Investitionen sollten daher grundsätzlich nur insoweit vorgenommen werden, als diese zu

   — der Vollendung eines bereits eingeleiteten Ausbaus;

   — einer im Einzelfall erforderlichen Abrundung der Einrichtungen (notwendige Ergänzungsbauten);

   — der notwendigen Erneuerung überalteter Einrichtungen (Ersatzbauten);

   — einer Anpassung der Strukturen an neuere Entwicklungen;

   — einer Verbesserung der Forschungsbedingungen

   erforderlich sind. Maßnahmen dieser Art — insbesondere Sanierungsvorhaben — sollten dabei zur strukturellen Verbesserung entsprechend den vorangegangenen Ausführungen genutzt werden.

2. Eine Erweiterung der Ausbildungskapazität rechtfertigt einen weiteren Ausbau nur dort, wo Engpaßsituationen zu beheben sind. Liegt der Engpaß bei den für die Lehre erforderlichen Patienten, so sollte zunächst die Ausschöpfung der Möglichkeiten der Poliklinik, gegebenenfalls auch eine Ausweitung der Poliklinik in Betracht gezogen und die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit außeruniversitären Krankenhäusern geprüft werden.

3. In jedem Fall sind die zum Erhalt oder die zur Ausweitung der Ressourcen notwendigen Ausbaumaßnahmen im einzelnen in die Gesundheitsplanung der Region, in der das jeweilige Universitätsklinikum liegt, einzupassen.

Unter Anlegung dieser Kriterien bei Berücksichtigung des Gesamtinhalts der vorliegenden Empfehlungen werden die Anmeldungen der Länder zum Rahmenplan für den Hochschulbau eingehend zu überprüfen sein.

I.
Einzelne Fächer und Stoffgebiete

I. I. Grundlagen der Medizin

Die Grundlagen der Medizin vermitteln einerseits die naturwissenschaftlichen Fächer (Physik, Chemie und Biologie), andererseits die spezifisch-medizinischen Grundlagenfächer (Anatomie, Physiologie und Biochemie). Seit Einführung der Approbationsordnung sind die Medizinische Psychologie und die Medizinische Soziologie hinzugekommen, deren besondere Probleme ebenfalls in diesem Zusammenhang darzustellen sind.

I. 1. Physik, Chemie, Biologie

a) Ziele des naturwissenschaftlichen Unterrichts

Der Unterricht in den Fächern Physik, Chemie und Biologie soll dazu dienen, für die ärztliche Tätigkeit wichtige Grundeinsichten dieser Fächer zu vermitteln und das Verständnis für naturwissenschaftliche Zusammenhänge zu wecken und zu schärfen. Es ist unumgänglich, daß sich der angehende Arzt mit bestimmten naturwissenschaftlichen Grundbegriffen vertraut macht. Darüber hinaus sollen in den Vorlesungen und Praktika dieses Studienabschnitts Fähigkeiten vermittelt werden, die für die praktischen Arbeiten des Mediziners unbedingt nötig sind (z. B. Beobachten und Beschreiben von experimentellen Abläufen, kritische Beurteilung der gefundenen Ergebnisse, Umgang mit Meßinstrumenten, Beurteilung der Gefahren beim Umgang mit Röntgenstrahlen).

b) Unterricht durch Naturwissenschaftler und durch Ärzte

In den meisten Hochschulen der Bundesrepublik wird der naturwissenschaftliche Unterricht für Medizinstudenten von Hochschullehrern der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fachbereiche, in der Regel also von Nichtmedizinern, durchgeführt. Er ist unterschiedlich stark auf die besonderen Anforderungen medizinischer Ausbildung ausgerichtet. Um die inhaltlichen Beziehungen stärker zu betonen, wurden an einigen Hochschulen Lehrstühle für naturwissenschaftlichen Unterricht innerhalb der medizinischen Fachbereiche eingerichtet. Herausgelöst

aus den naturwissenschaftlichen Fachbereichen besteht für diese Lehrstühle die Gefahr einer Isolierung gegenüber ihren Stammdisziplinen. Naturwissenschaftliche Lehrstühle im Fachbereich Medizin haben deshalb die Tendenz, das fachliche Spektrum durch Ansiedlung weiterer Lehrstühle zu erweitern und eigene naturwissenschaftliche Fachbereiche innerhalb des Gesamtkomplexes der Medizin zu bilden.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, den Unterricht der Medizinstudenten in den Fächern Physik, Chemie und Biologie in der Regel von Hochschullehrern aus den mathematisch-naturwissenschaftlichen Fachbereichen wahrnehmen zu lassen. Art und Umfang des Lehrstoffes sollten jedoch in den Studienkommissionen des medizinischen Fachbereichs unter Leitung des Studienkoordinators mit den Hochschullehrern der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fachbereiche abgestimmt und stärker auf die Bedürfnisse der ärztlichen Tätigkeit ausgerichtet werden.

c) Beschränkung und Aktualisierung des Lehrstoffes

Die Approbationsordnung hat eine Verkürzung des Studiums bis zur ärztlichen Vorprüfung (sog. Physikum) von bisher fünf auf vier Semester, den Wegfall der ersten Vorprüfung (sog. Vorphysikum) und die Erweiterung des in den vier Semestern zu bearbeitenden Stoffes um die Sachgebiete Medizinische Soziologie, Medizinische Psychologie und Medizinische Terminologie gebracht. Daraus folgt ein Zwang zur Reduktion des Lehr- und Prüfungsstoffes für die „klassischen Fächer" der ärztlichen Vorprüfung. Sowohl der in Anlage 10 zu § 23 Abs. 2 Satz 2 Approbationsordnung genannte Prüfungsstoff als auch der Gegenstandskatalog für die ärztliche Vorprüfung zeigen jedoch, daß der Wissensstoff bisher nicht nennenswert reduziert worden ist.

Angesichts der verkürzten vorklinischen Ausbildung lassen sich die Ziele des naturwissenschaftlichen Unterrichts nur erreichen, wenn die Medizinstudenten bereits gute naturwissenschaftliche Grundkenntnisse von der Schule mitbringen. Die Praxis sieht aber ganz anders aus. Man muß damit rechnen, daß ein großer Teil der Medizinstudenten während der Schulzeit so gut wie gar nicht mit naturwissenschaftlichem Denken in Berührung gekommen ist. Es ist eine trügerische Hoffnung zu glauben, diese könnten auch so „zurechtkommen" oder könnten die fehlenden Kenntnisse während des eigentlichen Medizinstudiums leicht nachholen. Das Einarbeiten in naturwissenschaftliche Gedankengänge erfordert viel Zeit und Mühe.

Bei dieser Situation muß sich der naturwissenschaftliche Unterricht in den ersten zwei Semestern des Medizinstudiums heute weitgehend darauf beschränken, aus der Schulzeit vorhandene Lücken zu schließen und eine einigermaßen gleichmäßige Vorbildung in allen drei Fächern nachzuholen. Dies ist für einen Teil der Lernenden und für die Lehrenden in gleicher Weise unbefriedigend. Die Situation würde sich

anders darstellen, wenn es gelänge, den naturwissenschaftlichen Unterricht in der gymnasialen Oberstufe stärker zu vereinheitlichen. Ein Mindestkenntnisstand in den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern, der auch durch eine Ergänzungsprüfung zum Abitur nachgewiesen werden kann, sollte nach Auffassung des Wissenschaftsrates Voraussetzung für die Zulassung zum Medizinstudium sein.

Geht man dagegen davon aus, daß ein nennenswerter Anteil des in den Schulbüchern dargestellten Stoffes zu Beginn des Studiums vorausgesetzt werden kann, so wird der Unterricht viel weniger auf die Vermittlung von Fakten als auf das Erarbeiten der Methodik der Naturwissenschaften und ihrer Denkansätze ausgerichtet werden können. Bei der Auswahl der Gegenstände innerhalb der einzelnen Fächer kann dann der Bezug zur Tätigkeit des Arztes stärker in den Vordergrund treten. Inhaltliche Überschneidungen können didaktisch besser genutzt werden.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere an eine stärkere gegenseitige Abstimmung des Unterrichts in den Fächern Physik und Physiologie, Chemie und Physiologische Chemie, Biologie und Anatomie zu denken. Bei einzelnen Themen könnte durch Blockunterricht das Zusammenarbeiten verschiedener Disziplinen an medizinisch relevanten Problemen unmittelbar demonstriert werden. Aber auch unter den „klassischen" naturwissenschaftlichen Fächern Physik, Chemie, Biologie könnte eine bessere Abstimmung des Lehrstoffes dazu beitragen, den Studenten auf innere Zusammenhänge hinzuweisen.

I. 2. Anatomie, Physiologie, Biochemie

Hinsichtlich der Schwierigkeiten, die sich für die Fächer Anatomie, Physiologie und Biochemie aus der — auch mit der Approbationsordnung nicht überwundenen — Trennung von Vorklinik und Klinik in Forschung und Lehre ergeben, kann auf die Ausführungen in Teil A und C verwiesen werden [1]).

Besonderer Beachtung bedürfen darüber hinaus die Nachwuchsfragen in diesen Fächern. Die Zahl der ärztlichen Bewerber um wissenschaftliche Nachwuchsstellen nimmt seit Jahren ab, so daß weniger Ärzte, dafür mehr Physiker, Chemiker und Zoologen die Nachwuchspositionen besetzen. Hierfür ist sicher nicht allein die sehr starke Lehrbelastung, die diese Fächer auf sich nehmen müssen, verantwortlich.

Die besondere Qualifikation spezifisch naturwissenschaftlich ausgebildeter Stelleninhaber bedeutet einen Gewinn für viele spezielle Forschungsvorhaben. Diese Wissenschaftler können jedoch in der Regel die im vorklinischen Studienabschnitt zur Lernmotivierung der Studenten dringend nötigen Bezüge zur ärztlichen Tätigkeit nicht herstellen. Sie sind deshalb in der Lehre nicht voll einsetzbar. Überdies

1) Vgl. oben S. 24 und S. 76 ff.

neigen sie verständlicherweise dazu, Forschungsprojekte zu verfolgen, die ihrem Ausbildungsfach näher liegen als der Medizin. Eine kritische Überprüfung der Forschungsprojekte in den Fächern Anatomie, Physiologie und Biochemie sollte unter dem Aspekt der Steigerung der Anziehungskraft dieser Fächer für junge Ärzte mit der Tendenz durchgeführt werden, neben der notwendigen „reinen" Grundlagenforschung vermehrt offensichtlich klinikrelevante Themen zu bearbeiten.

I. 3. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Die Approbationsordnung hat die Medizinische Psychologie und die Medizinische Soziologie als obligatorische Unterrichtsfächer in das medizinische Studium eingeführt. Dadurch soll, ähnlich wie durch die naturwissenschaftlichen Stoffgebiete, im vorklinischen Teil des Studiums auch im psychologischen und sozialwissenschaftlichen Bereich ein Grundlagenwissen für die klinischen Fächer vermittelt werden, das der wachsenden Einsicht in die psychologischen und sozialen Implikationen und Aufgaben ärztlichen Handelns gerecht wird.

Allerdings ist die Einbeziehung der beiden Fächer in den vorklinischen Ausbildungsabschnitt nicht unproblematisch. Zwar kommen diese Lehrveranstaltungen gerade dem Interesse des jungen Studenten an der Beschäftigung mit psychologischem und soziologischem Wissen als Instrument der Auseinandersetzung mit sich selbst und mit seiner Umwelt entgegen. Dieses lebensgeschichtlich verständliche Interesse ist jedoch nach den bisherigen Erfahrungen zu wenig auf das künftige ärztliche Handeln ausgerichtet. Eine intensive Beschäftigung mit den psychologischen und sozialen Problemen der Medizin zu einem Zeitpunkt, zu dem die Ausbildung noch keinen ausreichenden Einblick in die Anforderungen des ärztlichen Berufes bieten konnte und der Praxisbezug dieses Feldes also noch weitgehend fehlt, birgt die Gefahr der Unausgewogenheit in sich. Besonders unter einer ansprechenden, aber anspruchslosen Vermittlung dieses Stoffgebietes droht daher die Motivation zur Auseinandersetzung mit den „harten" Fächern des naturwissenschaftlichen Bereichs zu leiden.

a) Medizinische Psychologie

Eine klinische Psychologie, die in enger Beziehung zur klinischen Medizin steht, existiert in der Bundesrepublik nur an wenigen Stellen. Die psychologischen Institute, einschließlich der neu gegründeten Lehrstühle für Klinische Psychologie, haben die traditionelle Distanz zur Klinik noch nicht überwunden. So fehlt ihnen in der Regel der Erfahrungs- und Wissenshorizont für die adäquate Vermittlung der mit dem Fach Medizinische Psychologie verbundenen Lernziele.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, weshalb gegenwärtig der Unterricht in Medizinischer Psychologie von Hochschullehrern unter-

schiedlicher Herkunft erteilt wird: Psychiater, Psychotherapeuten, Psychologen usw. Aus den gleichen Gründen sind die an mehreren Universitäten bereits geschaffenen selbständigen Abteilungen für Medizinische Psychologie — einige tragen sogar die Bezeichnung Medizinische Psychologie und Soziologie — an sehr verschiedenartige Gebiete von der Psychotherapie bis zur Physiologie angelehnt worden. Für eine Übergangszeit wird man, besonders wegen der noch nicht ausreichenden Zahl von Hochschullehrern, die über Kenntnisse und Erfahrungen auf diesem Gebiet verfügen, eine gewisse Lösungsvielfalt zulassen. Auf längere Sicht ist jedoch für die einheitliche Entwicklung des Fachs, das auf ärztliche Aufgaben bezogen sein muß, Sorge zu tragen.

Die Ansiedlung der Medizinischen Psychologie an vorklinischen Instituten kann nicht empfohlen werden, obwohl der Unterricht in den vorklinischen Studienabschnitt fällt. Praktische Erfahrung und die notwendige wissenschaftliche Zusammenarbeit als Basis für eine sinnvolle Lehre können nur in Zusammenarbeit mit klinischen Instituten, z. B. in Form einer Abteilung für Klinische Psychologie im Nervenzentrum oder im Zentrum Innere Medizin, gewährleistet werden.

Die Leitung solcher Abteilungen und die Verantwortung für die Lehre in Medizinischer Psychologie sollte von hinreichend qualifizierten und erfahrenen klinischen Psychologen oder Ärzten, die zugleich Diplompsychologen sind, getragen werden.

b) Medizinische Soziologie

Ebenfalls im vorklinischen Studienabschnitt angesiedelt, hat dieses Fach vor allem Grundlagenwissen zu vermitteln, wobei der Bezug zu Wissen und Aufgaben des Arztes hier weniger an der ärztlichen Praxis orientiert werden kann als in der Medizinischen Psychologie.

Da zwischen den medizinischen Fakultäten und den soziologischen Instituten an deutschen Universitäten lange Zeit wenig Wechselbeziehungen bestanden haben und die Medizinsoziologie als verbindendes Fach nur an wenigen Stellen vertreten war, ist vorerst die Zahl geeigneter, von der Soziologie herkommender Hochschullehrer unzureichend. Deshalb müssen auch hier Übergangslösungen unter Verzicht auf voreilige Festschreibungen hingenommen werden.

Das Stoffgebiet der Medizinischen Soziologie überschneidet sich mit dem der Sozialmedizin, etwa was die Organisation der Heilberufe und Gesundheitsdienste, die Fragen der Epidemiologie, die sozialen und wirtschaftlichen Probleme von Gesundheit und Krankheit usw. anbelangt. Es bietet sich daher an, den Unterricht zunächst durch einen qualifizierten Sozialmediziner einer sozialmedizinischen Abteilung durchführen zu lassen. Langfristig gesehen sind aber Medizinsoziologen oder Ärzte mit abgeschlossenem Studium der Soziologie als Hochschullehrer dieses Faches erforderlich.

Um den unerläßlichen Praxis- und Wissensbezug zur Medizin zu gewährleisten, ist der Aufbau einer empirienahen Soziologie in der Medizin gegenüber der gegenwärtig an soziologischen Instituten der Bundesrepublik Deutschland bevorzugt betriebenen theorielastigen Soziologie der Medizin zu fördern. Die Medizinische Soziologie ist zusammen mit der Sozialmedizin, der Arbeitsmedizin und der Rechtsmedizin im Zentrum Sozial-, Rechts- und Arbeitsmedizin angesiedelt. Darüber hinaus bestehen — insbesondere im Bereich der Epidemiologie — enge Beziehungen zur allgemeinen Hygiene.

I. II. Chirurgie

Die Chirurgie gehört zu den Fächern, die sich in den letzten 20 Jahren am stärksten in Spezialrichtungen aufgespalten haben. Nachdem die Orthopädie schon längere Zeit eigene Institutionen gebildet hatte, sind inzwischen fast überall selbständige Abteilungen für Urologie, Neurochirurgie, Anästhesiologie usw. entstanden. Diese zunehmende Spezialisierung der chirurgischen Fächer führt zu wachsenden Schwierigkeiten für die Ausbildung.

II. 1. Bedeutung der Chirurgie in der Ausbildung

Entstehen schon bei der fachärztlichen Weiterbildung Schwierigkeiten, eine über Spezialbereiche hinausgreifende breite Basis in Allgemeinchirurgie zu gewinnen, so gilt dies in weit stärkerem Maße für die Ausbildung der Studenten. Die Erreichung des Ausbildungsziels im operativen Bereich scheint häufig nicht gewährleistet zu sein, weil in den Vorlesungen zu viel Spezialwissen und eine theoretische Darstellung der Eingriffstechniken der großen Chirurgie vermittelt werden, der Student aber keine ausreichende Gelegenheit mehr findet, sich mit der Indikationsstellung und Differentialdiagnose operativer Eingriffe und derjenigen kleinen Chirurgie einschließlich der ersten ärztlichen Hilfe bei Wiederbelebung auseinanderzusetzen, deren Kenntnis allein schon zur Beherrschung von Notfallsituationen vom approbierten Arzt erwartet werden muß.

Der vom Wissenschaftsrat vorgeschlagene Studienplan sieht eine geringfügige Reduzierung des Zeitanteils der Chirurgie vor. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Kenntnisse der zunehmend komplizierteren operativen Techniken für den Studenten weniger bedeutungsvoll ist, da es sich hierbei in immer stärkerem Maße um Weiterbildungsstoff handelt. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, das Hauptgewicht der chirurgischen Lehre — welcher chirurgische Spezialist bzw. welcher Anästhesiologe auch immer an der Ausbildung beteiligt ist — auf die dringliche Diagnostik zur Indikationsstellung operativer Eingriffe, auf die praxisbezogene kleine Chirurgie, auf die

sichere Beherrschung der Beatmungs- und Wiederbelebungstechnik und die Behandlung und Rehabilitation von Unfallverletzten einschließlich des Erwerbs gründlicher Kenntnisse der Verbands-, Lagerungs- und Pflegetechniken zu legen.

II. 2. Personalsituation in der Chirurgie

Die Chirurgie leidet derzeit in besonderer Weise unter Personalschwierigkeiten, die die Lehrkapazität in diesem Stoffgebiet beschränken. Diese Situation ist in erster Linie darauf zurückzuführen, daß die Berufsperspektive für einen spezialisierten Chirurgen im Vergleich zu anderen Fachgebieten relativ ungünstig ist, da die Niederlassung für ihn nur in seltenen Fällen sinnvoll ist. Es ist absehbar, daß sich in Zukunft die Tätigkeit des Chirurgen eher noch ausgeprägter als derzeit auf Krankenhäuser konzentriert. Langfristig wird man daher davon ausgehen müssen, daß die Ausübung der Chirurgie einer relativ kleinen, aber hochspezialisierten und über alle technischen Hilfsmittel verfügenden Zahl von Fachleuten vorbehalten sein wird.

Die schwierige Nachwuchslage in der Chirurgie läßt es als fraglich erscheinen, ob die chirurgischen Abteilungen der Lehrkrankenhäuser die auf sie zukommenden zusätzlichen Lehraufgaben im Praktischen Jahr tatsächlich erfüllen können. Abgesehen davon, daß sehr viele chirurgische Abteilungen die ihnen mit Einführung der Approbationsordnung zusätzlich zur Verfügung gestellten Planstellen gar nicht besetzen können, bringt die Zuweisung zusätzlicher Arztstellen insofern Probleme, als auch diese Ärzte zu Recht eine fachliche Weiterbildung erwarten. Dadurch droht bei gegebener Patientenzahl für alle in der chirurgischen Weiterbildung stehenden Ärzte eine Erschwerung bei der Erreichung des erforderlichen Operationskatalogs und damit eine Verlängerung der Weiterbildungszeit. Auch diese Situation zwingt zu einem Überdenken der derzeit in der Approbationsordnung festgelegten Zeiten der praktischen Ausbildung in der Chirurgie.

Der Wissenschaftsrat sieht in dieser Empfehlung zwar — der gegenwärtigen Regelung der Approbationsordnung entsprechend — noch vor, daß ein Drittel der Ausbildung im Praktischen Jahr auf die Chirurgie entfallen sollte. Der Schwerpunkt dieser Ausbildung sollte — entsprechend dem oben ausgeführten — auf der sogenannten kleinen Chirurgie sowie auf der speziellen chirurgischen Indikationsstellung und Diagnostik liegen. Für die weitere Entwicklung wird jedoch eine Fachdiskussion darüber angeregt, ob dieser Anteil nicht in Zukunft zugunsten anderer Stoffgebiete zu verringern ist. So kommt Fächern wie Psychiatrie, Dermatologie, Kinderheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe, soweit sich diese z. B. auf die Beratung bei endokrinologischen Problemen und auf die Schwangerenberatung bezieht, für die ärztliche Praxis mindestens dieselbe Bedeutung zu wie der Chirurgie.

I. III. Psychologische Medizin [1])

Der Wissenschaftsrat hat zuletzt in den Medizinempfehlungen von 1968 zu den Problemen der Psychiatrie Stellung genommen [2]). In der Zwischenzeit fand die quantitative und qualitative Mangelsituation der Versorgung psychisch Kranker zunehmend öffentliches Interesse [3]).

Als vordringliches Ziel wird allgemein die Integration der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in die allgemeine Medizin genannt. Alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Medizin sollen — soweit erforderlich — auch für den psychisch Kranken zur Verfügung stehen. Durch die Verbindung mit der naturwissenschaftlichen Medizin und der empirischen Psychologie soll die psychologische Medizin zugleich angeregt und gefördert werden.

III. 1. Struktur- und Kapazitätsmängel

Die Fächer der psychologischen Medizin haben einen umfangreicheren Anteil an Gesundheitsvorsorge und -fürsorge zu tragen, als sie derzeit nach Kapazität und Wissensstand zu leisten vermögen. Vor allem in der ärztlichen Allgemeinpraxis spielen psychiatrische Erkrankungen und Krisen eine herausragende Rolle.

Das psychiatrisch-psychotherapeutische Grundwissen des zukünftigen niedergelassenen Arztes muß durch praxisnahe und inhaltlich auf die künftigen ärztlichen Aufgaben bezogene Unterrichtsveranstaltungen soweit angehoben werden, daß es den niedergelassenen Arzt künftig in die Lage versetzt, auch bei psychisch Kranken die wichtigsten diagnostischen Entscheidungen, Notfallmaßnahmen und Behandlungen durchzuführen. Fort- und Weiterbildung sollen, wie in anderen medizinischen Fächern, auf ausreichenden Grundlagen aufbauen können.

Die Forschung in der psychologischen Medizin, die von großem Einfluß auf die Weiterentwicklung der therapeutischen und präventiven Möglichkeiten ist, bedarf aus besonderen Gründen nachhaltiger Förderung. Verschiedene Bereiche der psychologischen Medizin sind im Zuwachs an empirischem Wissen und in der Anzahl wissenschaftlich Tätiger erheblich hinter anderen medizinischen Fächern zurückgeblieben. Die Möglichkeit, durch das Sammeln persönlicher Erfahrungen oder auf spekulativem Wege zu verallgemeinerungsfähigen Erkenntnissen zu gelangen, wird hier immer noch überschätzt. Dieser Mangel wiegt besonders schwer, weil der psychologischen Medizin weithin

---

1) Unter dem Begriff psychologische Medizin sind die Psychiatrie einschließlich ihrer Teilgebiete, die Psychotherapie, die Psychosomatik und die Klinische bzw. Medizinische Psychologie zusammengefaßt. Die besondere Problematik der Medizinischen Psychologie wurde bereits im Zusammenhang mit der Erörterung der Grundlagenfächer der Medizin (vgl. oben S. 186 f.) dargestellt.

2) Vgl. a. a. O., S. 48 ff.

3) Vgl. insbesondere Enquête der Bundesregierung über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik, Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission vom Oktober 1973 (BT-Drucksache 7/1124), und Schlußbericht vom 25. November 1975 (BT-Drucksache 7/4200); Niederschriften über die Deutschen Ärztetage 1970, 1971 und 1974.

Objektivierung und natürliche Evaluation ihres therapeutischen Handelns fehlen, wie sie beispielsweise in chirurgischen Eingriffen oder in Obduktionen möglich sind. Die von subjektiven Urteilsverzerrungen besonders bedrohten psycho- und soziotherapeutischen Verfahrensweisen müssen durch verstärkten Einfluß objektivierender Methoden auf das alltägliche Handeln abgestützt werden. Dazu ist auch die Einbeziehung des in der Psychologie herangewachsenen Grundlagenwissens über Verhaltensstörungen, auf dem auch diagnostische und therapeutische Verfahren aufbauen, und eine verstärkte Zusammenarbeit mit klinischen Psychologen erforderlich.

Die Erhebungen der Sachverständigen-Kommission Psychiatrie zeigen einen überproportionalen Bedarf an breit ausgebildeten Psychiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten. Zum Abbau des bestehenden Personalmangels und in langfristiger Perspektive empfiehlt der Wissenschaftsrat daher in Übereinstimmung mit der Sachverständigen-Kommission die verstärkte Einbeziehung von Diplompsychologen mit qualifizierter klinischer Ausbildung in die psychotherapeutische Versorgung. Von der auf drei bis vier Jahre geplanten Ausbildung eines Diplompsychologen zum Fachpsychologen für Klinische Psychologie sollten mindestens eineinhalb Jahre in einem Nervenzentrum abzuleisten sein. Darauf könnte ein halbes Jahr Tätigkeit in der Praxis eines niedergelassenen Psychiaters angerechnet werden.

III. 2. Aufgaben der Hochschulen in der Versorgung psychisch Kranker

Die psychiatrische Lehre stützt sich auf Hochschulkliniken der Psychiatrie, die in der Regel integrierter Teil eines Universitätsklinikums sind. Die Kooperationsmöglichkeiten mit den Nachbarfächern werden jedoch nicht immer ausreichend genutzt. Nur an einigen Universitäten existiert eine gemeinsame Poliklinik oder ein psychiatrischer Dienst in der Notaufnahme des Universitätsklinikums, der eine sofortige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Akut- und Krisenfällen erlaubt. Die zunehmende Spezialisierung, etwa die Errichtung von Anfalls-, Diabetiker-, nephrologischen oder Infarktambulanzen, macht eine adäquate Versorgung der zugleich körperlich und psychisch Behandlungsbedürftigen immer schwieriger. Auf die Ausführungen zur Einrichtung allgemeiner interdisziplinär organisierter Notaufnahmen sowie zentralisierter Polikliniken kann unter Betonung der Notwendigkeit einer psychiatrisch-therapeutischen Beteiligung an diesen Einrichtungen verwiesen werden [1]).

Die stationäre Versorgung psychisch Kranker ist durch die geringe Zahl von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gekennzeichnet. Deshalb besteht ein großes Gefälle zwischen den durchschnittlich etwa 750 Betten zählenden psychiatrischen Fachkran-

1) Vgl. oben S. 93 und 96.

kenhäusern und den Universitätskliniken. Unter dem großen Aufnahmedruck, den der Mangel an gemeindenahen stationären Einrichtungen zur Folge hat, weisen letztere etwa zehnmal kürzere Liegezeiten als die Landeskrankenhäuser auf. In den meisten Universitätskliniken werden psychisch kranke alte Menschen und erwachsene Schwachsinnige nicht mehr aufgenommen. Sie werden zumeist in Landeskrankenhäuser eingewiesen, wodurch Teilbereiche dieser Häuser Heimcharakter annehmen.

Um dieser unbefriedigenden Verteilung der Patienten entgegenzuwirken, wurde teilweise gefordert, psychiatrische Krankenhäuser der Zukunft — anders als in der übrigen Medizin — nicht von der Grundversorgung bis zur Maximalversorgung zu stufen, sondern ihnen die Vollversorgung einer Region in allen Stufen aufzuerlegen. Diese Forderung, die für die Ausbildung der Medizinstudenten ausgezeichnete Voraussetzungen schaffen würde, ist derzeit finanziell und praktisch nicht realisierbar.

Der Wissenschaftsrat hält es jedoch für empfehlenswert, an wenigen Orten psychiatrischen Universitätskliniken Aufgaben regionaler Gesamtversorgung modellhaft zu übertragen. Eine Möglichkeit, ein solches Programm durchzuführen, wäre eine Vereinbarung zwischen der Universität und einem außeruniversitären Träger desjenigen psychiatrischen Krankenhauses, das die gleiche Region versorgt. Wo solche Modelle verwirklicht werden, sollten sie der wissenschaftlichen Evaluation dienen.

In der Regel — bei normaler Personal- und Bettenkapazität in jedem Falle — sollte die Psychiatrie als integrierter Teil des Universitätsklinikums auf denselben Versorgungsstufen wie die übrigen Einrichtungen des Klinikums tätig werden. Die volle Breite eines praxisbezogenen Unterrichts muß durch integrierte Polikliniken, Zusammenarbeit mit psychiatrischen Fachkrankenhäusern im Unterricht und deren stärkere Heranziehung als Lehrkrankenhäuser im Praktischen Jahr gewährleistet werden.

III. 3. Fachliche Untergliederung der psychologischen Medizin

a) Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie

Für die meisten chronisch verlaufenden psychischen Krankheiten hat sich der Nutzen kontinuierlicher Versorgung bis zur Wiedereingliederung oder zur Behindertenbetreuung durch die Ergänzung der Kliniken mit Nachsorgeambulanzen und Übergangseinrichtungen als wirksam und notwendig erwiesen (Tageskliniken, Übergangsheime, Behindertenwerkstätten etc.). Weite Bereiche der Allgemeinen Psychiatrie — dies gilt im übrigen auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für die Gerontopsychiatrie — bedürfen, wegen der Besonderheit

mancher seelischer Leiden, sozialer und erzieherischer Maßnahmen in Ergänzung der ärztlichen Therapie.

Allerdings wäre die wachsende Bedeutung der Sozialpsychiatrie mißverstanden, wenn ihre therapeutischen und rehabilitativen Aufgaben grundsätzlich selbständigen, neu zu schaffenden Abteilungen übertragen würden. Dies könnte zum unerwünschten Bruch zwischen stationärer Behandlung und Nachsorge führen. Praktische Sozialpsychiatrie ist vielmehr ein unersetzlicher Bestandteil der Allgemeinen Psychiatrie.

Die Errichtung selbständiger sozialpsychiatrischer Abteilungen kann nur schwerpunktmäßig an einigen Universitäten empfohlen werden, an denen die Erforschung sozialer Faktoren in Entstehung, Verlauf und Ausgang psychischer Erkrankungen besonders gefördert werden soll.

b) Spezialgebiete der Psychiatrie

(1) Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie soll als selbständige Abteilung in jedem Nervenzentrum vertreten sein. An einigen Universitäten sollten Schwerpunkte für psychisch kranke oder verhaltensgestörte Heranwachsende und solche für die Neurologie des Kindesalters eingerichtet und weiterentwickelt werden. Unabhängig davon können Abteilungen für Psychosomatik oder Psychotherapie des Kindesalters bei entsprechender Schwerpunktbildung auch im Zentrum für Kinderheilkunde eingerichtet werden.

(2) Gerontopsychiatrie

Hier besteht in der Versorgung ein der Kinder- und Jugendpsychiatrie vergleichbarer Nachholbedarf. Deshalb ist an einigen Universitäten, die diesem Fach zugleich einen Schwerpunkt in der Forschung zuweisen, die Einrichtung von gerontopsychiatrischen Abteilungen mit enger Verbindung zur Inneren Medizin und zur Allgemeinen Psychiatrie zu empfehlen. Im Regelfall soll die Behandlung und Wiedereingliederung psychisch kranker alter Menschen in Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie erfolgen. Diese müssen jedoch im Hinblick auf die häufige Multimorbidität dieser Kranken ihrer Aufgabenstellung entsprechend besonders ausgestattet sein, z. B. durch eine gemeinsame Station mit der Inneren Medizin, durch Pflegeeinrichtungen für Schwerkranke, durch Einrichtungen für Physiotherapie und Übergangseinrichtungen.

(3) Weitere Spezialgebiete

Bei besonderem Schwerpunkt kann an einigen Hochschulklinika eine eigenständige Abteilung für forensische Psychiatrie eingerichtet werden. Einrichtungen für Alkoholiker und Drogenabhängige, für Geistig- oder Mehrfachbehinderte sollten dagegen nur dort in größerem Umfang ausgebaut werden, wo die Zusammenarbeit mit hinreichend dimensionierten außeruniversitären Einrichtungen (z. B. Landeskrankenhäuser mit Fachabteilungen für psychisch kranke Rechtsbrecher, Suchtkrankenhäuser, Zentren für Mehrfachbehinderte etc.) gesichert werden kann. Als Schwerpunkt kommt ferner die Psychopharmakologie in Frage.

c) Psychotherapie und Psychosomatik

Während sich im Ausland die Psychotherapie durchweg als Teilgebiet der Allgemeinen Psychiatrie und der Klinischen Psychologie entwickelt hat, haben sich in der Bundesrepublik selbständige Abteilungen für Psychotherapie und Psychosomatik an vielen Universitäten durchgesetzt. Da sich ihr Lehr-, Forschungs- und Versorgungsauftrag mit der Allgemeinen Psychiatrie erheblich überlappt (Ärzte für Allgemeinmedizin, niedergelassene Psychiater und psychiatrische Kliniken versorgen derzeit den größten Teil der an Neurosen leidenden Kranken), ist auf die enge Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik größter Wert zu legen.

Der Vorteil der Entwicklung selbständiger Abteilungen für Psychotherapie und Psychosomatik liegt in der starken Förderung von Lehre, Forschung und Nachwuchs in einem Mangelfach. Die rasche Expansion dieses Faches, das in besonderem Maße auf praxis- und therapiebezogene Forschung angewiesen ist und lange Zeit fast nur über außeruniversitäre Ausbildungsstätten verfügte, hatte allerdings personelle Schwierigkeiten zur Folge. Mit den inzwischen entstandenen zahlreichen psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten an den Universitäten dürfte dem Fach der dringend benötigte qualifizierte Nachwuchs allmählich erwachsen [1]).

Psychosomatische Forschung und Praxis wird in der Bundesrepublik nur in unzureichendem Ausmaß und meist als Anhängsel der Psychotherapie betrieben. Hier ist eine verstärkte Förderung der Forschung und eine intensivierte Zusammenarbeit mit der Physiologie, insbesondere der Neuro- und Psychophysiologie, und mit den klinischen Fächern Innere Medizin, Kinderheilkunde und Gynäkologie erforderlich. Ebenso dringlich ist die enge Zusammenarbeit mit den psychologischen Instituten und den Abteilungen für Klinische Psychologie sowie die Beteiligung an der Weiterbildung von klinischen Psychologen. Hier kommt der Verhaltenstherapie und den ihr zugrundeliegenden Forschungsansätzen besonderer Wert zu.

[1]) Vgl. dazu auch oben S. 24 f.

Die wichtigsten Kooperationspartner psychotherapeutisch-psychosomatischer Abteilungen bleiben jedoch die Psychiatrie mit ihren Unterdisziplinen und die Innere Medizin. Deshalb ist zur psychiatrischen Tätigkeit eine breite psychotherapeutische Ausbildung ebenso unerläßlich, wie gründliche psychiatrische Kenntnisse und Erfahrungen für den Psychotherapeuten. Auch für den Patienten muß ein einheitlicher Zugang erhalten bleiben.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, grundsätzlich an einer engen Verbindung der Fächer Psychiatrie und Psychotherapie durch die organisatorische Anbindung der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik im Nervenzentrum festzuhalten. Alternativ kann es auch zweckmäßig sein, die Psychosomatik als selbständige Abteilung dem Zentrum Innere Medizin zuzuordnen.

III. 4. Größe und Ausstattung der Einrichtungen der psychologischen Medizin

Entsprechend den Empfehlungen von 1968[1]) hält der Wissenschaftsrat 100 bis 160 Betten für die Allgemeine Psychiatrie für erforderlich. Bei wesentlich mehr als 100 Betten ist an die Errichtung von zwei Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie mit unterschiedlichen Schwerpunkten zu denken.

Die begrenzte Belastbarkeit psychisch Kranker für psychiatrisch-psychotherapeutische Untersuchungen erfordert eine größere Zahl von Patienten für den Unterricht. Der unerläßliche Einsatz audio-visueller Medien kann die persönliche Untersuchung nur teilweise ersetzen.

Die notwendige Trennung bestimmter Patientenkategorien auf eigenen Stationen sowie die Bedeutung institutioneller Maßnahmen (geschlossene / halboffene / offene Abteilungen) und verhaltenstherapeutischer Verfahren erfordern eine extensivere Gliederung psychiatrischer Abteilungen. Diese ist nur bei ausreichender Kapazität möglich und wirtschaftlich vertretbar.

In der vorgeschlagenen Regelkapazität von 100 bis 160 Betten sollten etwa 15 bis 30 Tagesklinikplätze eingeschlossen sein. Ferner gehört zu einer psychiatrischen Klinik eine Intensivpflegeeinrichtung von ca. 10 Betten, die — soweit die Intensivpflege im Klinikum nicht weiter zentralisiert werden kann — im Nervenzentrum gemeinsam mit der Neurologie betrieben werden sollte. Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten über 30 bis 50 Betten verfügen und diese Grenze nur ausnahmsweise dann überschreiten, wenn ein Schwerpunkt ihrer Arbeit auf dem Behindertensektor liegt.

Abteilungen für Psychotherapie oder Psychotherapie und Psychosomatische Medizin müssen wegen ihrer bereits erwähnten engen Verflechtung mit der Psychiatrie in Lehre und Versorgung und wegen ihrer

[1]) Vgl. a. a. O., S. 74.

Bedeutung für die Weiterbildung im Fach Psychiatrie Bestandteil jedes Nervenzentrums sein. Zur Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrages und als Basis von Lehre und Forschung benötigen sie vor allem umfangreiche ambulante und konsiliarische Dienste in enger Zusammenarbeit mit dem Gesamtklinikum und nach Möglichkeit mit niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin.

Der stationäre Bereich spielt quantitativ dagegen eine geringere Rolle und sollte bei Anwendung psychotherapeutischer Maßnahmen nur der kurzfristigen Aufnahme bei Krisen oder bei akuten Zuspitzungen von Krankheiten dienen. In der Regel sollen dafür nicht mehr als 30 Betten vorgehalten werden, die aus Gründen der Wirtschaftlichkeit Bestandteil einer größeren Pflegeeinheit, am besten der psychiatrischen oder einer inneren Klinik bleiben sollen. Der Bettenbereich könnte dort gleichzeitig der Versorgung psychosomatisch zu behandelnder Patienten dienen. Zusätzlich sollte die psychotherapeutisch-konsiliarische Behandlung von psychosomatisch Kranken auf Stationen der Abteilung für Innere Medizin, Gynäkologie, Kinderheilkunde usw. wahrgenommen werden.

Da sich psychotherapeutische Patienten nicht immer für eine direkte oder durch audio-visuelle Medien vermittelte Demonstration bereiterklären, können Schwierigkeiten für die Lehre auftreten. Deshalb ist die Unterstützung im Unterricht durch die psychiatrische Klinik und insbesondere für den psychosomatischen Sektor durch andere Kliniken unerläßlich. Das vermittelnde Instrument ist hier die konsiliarische Tätigkeit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung.

Für das Nervenzentrum ist eine einheitliche psychiatrisch-psychotherapeutisch-neurologische Ambulanz zu schaffen. Bei einem stärker dezentralisierten Klinikum ist es zweckmäßig, psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkräfte an den poliklinischen Einrichtungen anderer Zentren (z. B. Innere Medizin) zu beteiligen.

I. IV. Neurologie

Seit dem Erscheinen der Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1968 sind an fast allen Hochschulen eigene neurologische Abteilungen gebildet worden. Dieser Prozeß ist — sowohl unter den Gesichtspunkten der Krankenversorgung als auch der Lehre und der Forschung — zu begrüßen und durch jeweils spezifische Aufgaben der Krankenversorgung sowie durch die Entwicklung eigenständiger und zum Teil apparativ aufwendiger Methoden begründet. Die Beherrschung dieser Methoden kann von dem vielfach weniger naturwissenschaftlich als sozial- und geisteswissenschaftlich orientierten Psychiater nicht mehr gefordert werden. Dementsprechend gibt es inzwischen auch eigene Weiterbildungsrichtlinien zu einem Facharzt für Neurologie neben einem Facharzt für Psychiatrie und einem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie.

Die neurologischen Abteilungen haben sich — zum Teil bedingt durch stärkere Widerstände gegen ihre Verselbständigungsbemühungen — zum Teil zur Inneren Medizin, zum Teil zur Neurochirurgie hin orientiert. Nachdem die Verselbständigung nunmehr weitgehend vollzogen ist, gilt es, die Zusammenarbeit der eng aufeinander angewiesenen Fächer Neurologie und Psychiatrie zu sichern. Wo nicht besondere räumliche Bedingungen eine Anbindung an die Neurochirurgie mit zentralisierter Neuroradiologie oder, in einem Kopfzentrum, an die Augen- und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde begründen, sollte die Neurologie in der Regel mit den psychiatrischen Abteilungen zu einem Nervenzentrum zusammengefaßt werden. Dafür spricht die gemeinsame Zuständigkeit für bestimmte Krankheiten, wie z. B. der sogenannten Systemdegenerationen oder der Epilepsie, dafür spricht ferner die Möglichkeit, neuroradiologische und neurophysiologische Einrichtungen sowie Laboratorien für die Liquordiagnostik für beide Kliniken gemeinsam nutzbar zu machen.

Bei besonderem Schwerpunkt neurologischer Forschung und entsprechender Ausstattung mit Spezialabteilungen kann auch die Bildung eines eigenen Zentrums Neurologie in Betracht kommen.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt für die neurologische Abteilung 80 Betten. Darin enthalten sind Pflegegruppen für die Regelversorgung und für die Versorgung der Akut- und Schwerkranken, dagegen nicht für die Intensivpflege. In der Regel sollte die Intensivpflege in einer gemeinsamen Intensivpflegeeinrichtung des Nervenzentrums zusammengefaßt oder — innerhalb eines integrierten Klinikums — noch weiter zentralisiert werden. Nur auf diese Weise wird gut ausgebildetes ärztliches und nichtärztliches Personal in ausreichender Zahl mit den erforderlichen Apparaturen bereitgestellt werden können. Die neurologische Abteilung sollte einen Arzt an die zentrale Intensivpflegeeinrichtung zur Versorgung der dort liegenden neurologischen Fälle abstellen und im Rahmen der Rotation der in der Weiterbildung befindlichen Ärzte die Möglichkeit anbieten, Erfahrungen in der Intensivpflege zu sammeln.

Die Beschränkung auf 80 Betten ist trotz der gestiegenen Nachfrage nach neurologischen Betten (steigende Zahl cerebraler Gefäßkrankheiten, bessere Diagnostik von Muskelkrankheiten, neurologische Komplikationen bei Dialyse-Patienten und anderen Patienten der Inneren Medizin) zu rechtfertigen, wenn die lokalen Krankenhauspläne Nachsorgeeinrichtungen vorsehen. Den verbesserten Möglichkeiten der Rehabilitation in der Neurologie sollte Rechnung getragen werden.

Die große Bedeutung der Neurophysiologie für die neurologische Diagnostik rechtfertigt — bei lokalem Forschungsschwerpunkt — die Einrichtung eigener neurophysiologischer Abteilungen, die im Nervenzentrum anzusiedeln sind und die Aufgaben für das gesamte Zentrum zu übernehmen haben. Jedes Universitätsklinikum benötigt Einrich-

tungen für die Neuroradiologie, die je nach ihrer lokalen Bedeutung in der Forschung als Arbeitsgruppe oder als voll ausgebaute Abteilung im radiologischen Zentrum angesiedelt werden sollte. Wo örtliche Gegebenheiten dezentrale Radiologien notwendig machen, ist die neuroradiologische Arbeitsgruppe bzw. Abteilung räumlich im Nervenzentrum anzusiedeln; organisatorisch und fachlich bleibt es jedoch auch in diesem Fall bei der Zuordnung zum Radiologischen Zentrum.

Eine enge Zusammenarbeit mit der Neurochirurgie ist selbstverständlich. Neurochirurgie wie Neurologie bedürfen für ihre bioptische Diagnostik einer neuropathologischen Abteilung. Diese wird in der Regel dem Zentrum für Pathomorphologie einzugliedern sein, kann aber auch alternativ im Nervenzentrum angesiedelt werden. Zumindest an einigen Kliniken sollte durch überregionale Absprache zwischen den Bundesländern eine den regionalen Bedürfnissen entsprechende Abteilung für Neurochemie eingerichtet werden, da die verbesserten Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik und der intravitalen Frühdiagnostik bei allen Stoffwechselkrankheiten bzw. Enzymopathien derartige Einrichtungen im Interesse der Krankenversorgung wie der Forschung — nicht zuletzt auch im Bereich der Psychosen — dringend erforderlich erscheinen lassen. Auch diese Abteilung kann sowohl dem Zentrum Pathomorphologie als auch dem Nervenzentrum zugeordnet werden.

I. V. Allgemeinmedizin

Die Approbationsordnung zielt zwar auf eine patientennähere Ausbildung, gibt aber von der Einteilung der Stoffgebiete und dem Inhalt der Prüfungskataloge her keine Impulse zu einer stärker auf die Tätigkeit als Allgemeinarzt hin orientierten Ausbildung. Da dieser Arzt auch in Zukunft einen wesentlichen Teil der Krankenversorgung zu tragen haben wird, ist eine stärkere Heranführung des Medizinstudenten an die besonderen Probleme der allgemeinärztlichen Tätigkeit der Praxis in Ergänzung der auf spezielle Stoffgebiete bezogenen Lehrinhalte notwendig.

V. 1. Ausbildungsziel

Die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes, insbesondere des Arztes für Allgemeinmedizin, unterscheidet sich — bei aller Übereinstimmung in den diagnostischen und therapeutischen Grundsätzen — erheblich von derjenigen des Krankenhausarztes. Dies gilt z. B. für eine große Zahl „normaler" Krankheiten, die in der Praxis häufig, im Krankenhaus aber selten sind. Die Lehre in der Allgemeinmedizin soll die Studenten mit diesen, dem Krankenhausarzt meist nicht aus eigener Erfahrung bekannten und daher durch ihn auch nicht vermittelbaren Seiten der Medizin vertraut machen. Hierzu gehört sowohl die Kennt-

nis der weitgehend unspezifischen Initialstadien der Krankheiten und der zu ihrer Klärung erforderlichen diagnostischen Methoden als auch das Verständnis für die große Bedeutung der psychologischen und sozialen Faktoren. Die in zeitlichem oder im Bedingungszusammenhang mit Erkrankungen auftretenden Störungen des Wohlbefindens durch persönliche, familiäre oder berufliche Belastungen müssen dabei ebenso zur Darstellung kommen wie die Fragen der Familienplanung. Ferner müssen die besonderen Risiken kritischer Lebensphasen, die Probleme der Vereinsamung im Alter und der Langzeitbetreuung schwerer chronischer Leiden des Körpers und der Psyche zum Lehrstoff gehören. Nicht zuletzt sollte der angehende Arzt mit den Besonderheiten der Diagnostik und Behandlung von Gastarbeitern vertraut sein.

Seine Aufgabe in der primären Versorgung und in der Beratung des Patienten beim Auffinden der jeweils geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten kann der Arzt für Allgemeinmedizin nur erfüllen, wenn er die verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens und ihr Zusammenwirken kennt. Schon die Studenten sollten daher — wenn möglich aus praktischer Anschauung heraus — etwas über die Aufgaben der Gemeindeschwester oder des Sozialhelfers erfahren und in die besonderen Probleme der Zusammenarbeit von niedergelassenem Arzt und Krankenhausarzt eingeführt werden.

Eine Ergänzung der bisherigen Ausbildung durch diese Lehrstoffe wird den Studenten besser auf die Praxis ärztlicher Tätigkeit außerhalb der Universität vorbereiten und sein Verständnis für die Probleme des niedergelassenen Arztes wecken.

V. 2. Stellung der Allgemeinmedizin im Studienplan

Die vielfachen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in der Allgemeinpraxis vermag der angehende Arzt erst dann zu verstehen, wenn er in allen wesentlichen Fächern ein gewisses Grundwissen erlangt hat. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, die zum obligatorischen Teil der Ausbildung zählende Lehrveranstaltung für Allgemeinmedizin in das Semester vor der zweiten ärztlichen Prüfung zu legen.

Fakultative Lehrveranstaltungen zur Einführung in das Stoffgebiet sollten dagegen — auch aus Gründen einer stärkeren Verbindung von Vorklinik und Klinik — bereits im ersten oder zweiten Studiensemester durchgeführt werden. Da es schwer sein wird, Lehrpersonen für die Allgemeinmedizin in ausreichender Anzahl zu gewinnen, der Lehrstoff andererseits ohnehin durch die Approbationsordnung schon sehr umfangreich ist, empfiehlt sich für diese fakultativen, einführenden Veranstaltungen eine Zusammenarbeit mit den Fachvertretern für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Dies könnte auch

dazu beitragen, daß die neueingeführten Fächer Praxisbezug gewinnen. Eine entsprechende Zusammenarbeit mit Fachvertretern bietet sich auch bei manchen der in höheren Semestern anzusiedelnden Lehrveranstaltungen mit dem Gynäkologen sowie — in sozial- und versicherungsrechtlichen Fragen — mit den entsprechenden Vertretern der ökologischen Stoffgebiete an.

V. 3. Institutionalisierung der Allgemeinmedizin

Die Aspekte allgemeinärztlicher Tätigkeit kamen in der Ausbildung bisher zu kurz, weil die Kenntnis der Arbeitsbedingungen in der ärztlichen Praxis bei ausschließlich im Krankenhaus arbeitenden und weitgehend auch nur in Krankenhausfachabteilungen weitergebildeten Hochschullehrern notwendigerweise nur begrenzt sein kann. Eine größere Zahl von Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin hat sich daher in den letzten Jahren, häufig unter großem persönlichen Einsatz, der Lehre in der Allgemeinmedizin angenommen. Es ist notwendig, aus diesem Pionierstadium in eine Dauerphase geregelter allgemeinmedizinischer Ausbildung überzugehen. Hierzu gehören regelmäßige Lehrveranstaltungen in Vorlesungs- oder Seminarform sowie — aus diesen sich entwickelnd — Praxishospitationen und ein Hausbesuchsprogramm wie sie z. B. in Hannover oder Ulm mit Erfolg angelaufen sind. Der Kontakt zwischen den Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin und dem Lehrkörper der jeweiligen medizinischen Ausbildungsstätten ist augenblicklich noch unbefriedigend, die Teilnahme der Studenten an derartigen Lehrveranstaltungen auf eine relativ kleine Zahl Interessierter beschränkt.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, die Zahl der Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin zu vermehren. Es sollten für jede Ausbildungsstätte mehrere Lehrbeauftragte gewonnen werden. Zur Koordination ihrer Arbeit und für die bessere Kooperation mit den Fachvertretern ist es notwendig, im Fachbereich Medizin eine Anlaufstelle für die Lehrbeauftragten zu bilden. Hier sollte mindestens eine Sekretärin für die erforderlichen Schreibarbeiten, die Vermittlung der Famulaturen und ähnliche organisatorische Aufgaben vorhanden sein, möglichst aber auch ein ärztlicher Mitarbeiter, der den Lehrbeauftragten für begrenzte Zeit zur Verfügung steht. Die Möglichkeiten, geeignete Lehrbeauftragte zu gewinnen, werden allerdings auch von einer Verbesserung der Lehrauftragsvergütungen abhängen.

Dagegen werden Vorschläge, für die Allgemeinmedizin generell eigene Abteilungen zu schaffen, vom Wissenschaftsrat nicht unterstützt, weil zu befürchten ist, daß mit einer derartigen Institutionalisierung auf längere Sicht der erstrebte unmittelbare Kontakt mit der ärztlichen Praxis abreißt. Auch die in erster Linie als Spezialambulanzen ausgestalteten Polikliniken der Hochschulen können diesen Kontakt nicht oder nur begrenzt vermitteln.

Da es durchaus auch Forschungsaufgaben innerhalb des Aufgabenbereichs des Allgemeinarztes gibt, wäre allerdings zu prüfen, ob nicht an der einen oder anderen Hochschule eine personell besser ausgestattete Abteilung für Allgemeinmedizin geschaffen wird, an die Lehr- und Forschungspraxen angeschlossen werden.

I. VI. Geriatrie und Rehabilitation

Geriatrie und Rehabilitation sind typische Gebiete, an deren Lehre praktisch jedes klinische Fach im Rahmen seiner speziellen Ausrichtung Anteil nimmt oder zumindest nehmen sollte. Die Altersentwicklung unserer Bevölkerung einerseits, die starke Zunahme von Behinderten als Folge von Unfallschäden oder Berufskrankheiten andererseits zwingen dazu, diesen Aspekten ärztlicher Tätigkeit auch in der Lehre eine stärkere Bedeutung zuzumessen. In der Geriatrie stellen sich spezielle pharmako- und physiotherapeutische Aufgaben, Probleme der Pflege sowie der Beratung bei den mannigfaltigen Schwierigkeiten im psychologischen und sozialen Bereich. Im Hinblick auf das Ausbildungsziel muß der Studienplan diesen geriatrischen Aufgaben ebenso Rechnung tragen wie den pflegerischen Problemen bei der Rehabilitation körperlich und geistig Behinderter.

Der Modellstudienplan [1]) sieht eine gesonderte geriatrische Vorlesung von einer Semester-Wochenstunde im zweiten klinischen Studienabschnitt vor. Gedacht ist dabei an eine integrierte Veranstaltung der an geriatrischen Fragen besonders interessierten Fächer, also z. B. der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin, der Psychiatrie, der Neurologie, der Pharmakologie, der Arbeits- und Sozialmedizin oder der Orthopädie. Auch während des Praktischen Jahres sollten die Lehrenden geriatrischen Fragen besondere Beachtung widmen, hier z. B. besonders unter ernährungsphysiologischem Aspekt. Famulatur und Praktisches Jahr erlauben es, den Studenten die Schwierigkeiten in der Pflege alter Menschen nahezubringen und ihnen Einblicke in die besonderen psychischen und sozialen Probleme dieser Altersgruppe zu eröffnen.

Für die Rehabilitation sieht der Modellstudienplan eine eigene Lehrveranstaltung nicht vor. Auch hier bietet sich aber eine Kooperation verschiedener Fächer — z. B. der Neurologie und der Orthopädie — mit dem Ziel gemeinsamer integrierter Lehrveranstaltungen an, in denen auch die Möglichkeiten audio-visueller Trainingsmethoden bei Behinderten und ähnliche moderne Hilfsmittel berücksichtigt werden sollen.

Die Schaffung eigener Abteilungen für Geriatrie oder Rehabilitation ist nach Auffassung des Wissenschaftsrates in der Regel nicht notwendig. An einzelnen Hochschulen sind jedoch Modelleinrichtungen

1) Vgl. Tabelle 1, S. 48 f.

mit Institutionalisierung dieser Fächer zu rechtfertigen. Dies gilt besonders im Hinblick auf breiter angelegte Forschungsprojekte [1]).

Die Schaffung eines eigenen Rehabilitationskrankenhauses wie in Heidelberg wird in der Regel an Hochschulklinika wegen der unterschiedlichen Aufgabenstellungen und der notwendigen Kombination des Rehabilitationskrankenhauses mit berufsbildenden und schulischen Einrichtungen kaum realisierbar sein [2]). In Abstimmung mit den Landeskrankenhausplänen sollte aber eine Zusammenarbeit zwischen Hochschulklinikum und Rehabilitationseinrichtungen der Landesversicherungsanstalten oder ähnlicher Kostenträger diskutiert und angestrebt werden. Ein eigenes Rehabilitationskrankenhaus mit Fachabteilungen für Orthopädie-Traumatologie, Neurologie, Sozialpsychiatrie, Querschnittlähmungen u. ä. in Verbindung mit Einrichtungen und Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Berufs- und Sprachtherapie wäre in besonderer Weise geeignet, die Studenten im Rahmen integrierter Lehrveranstaltungen und durch Stationspraktika an diese praktisch so wichtige Aufgabe heranzuführen.

Allerdings dürfen solche Rehabilitationseinrichtungen nicht zu voll ausgebauten Forschungs- und Therapiezentren werden. Eine solche Entwicklung zeichnet sich insbesondere im Bereich der Kardiologie ab. Sie ist wegen der einseitigen Ausrichtung solcher Einrichtungen bedenklich, ganz abgesehen davon, daß sie zu einer unwirtschaftlichen Verdoppelung bestehender Universitätseinrichtungen führen kann.

---

1) Vgl. von Bila, Bestandsaufnahme zur Situation der Altersforschung in der Bundesrepublik Deutschland, Stiftung Volkswagenwerk, Hannover 1974.

2) Vgl. hierzu auch oben S. 95 f.

Anhang 1

Quantitative Darstellungen zur Hochschulmedizin und zum Gesundheitswesen

Inhalt

	Seite
Vorbemerkung	207
A. Hochschulmedizin	207
I. Entwicklung der Studentenzahlen	207
1. Studienanfänger und Studienbewerber	207
2. Studenten	211
II. Prüfungen und Approbationen	213
1. Prüfungen	213
2. Approbationen	214
III. Ausstattung der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten	215
1. Personal	215
2. Betten und Patienten	219
3. Finanzen	222
IV. Vergleich der Daten über Studenten, Personal, Betten und Patienten	225
1. Studienanfänger und Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal	225
2. Betten und Patienten je Studienanfänger und Student	228
3. Betten und Patienten je Stelle für wissenschaftliches Personal	229
B. Gesundheitswesen	231
I. Bestand an Ärzten	232
1. Entwicklung des Ärztebestandes und der Wohnbevölkerung	232
2. Arztdichte in der Bundesrepublik Deutschland und in anderen Ländern	234
3. Ärzte nach der Berufsausübung	235
4. Ärzte nach der Facharzttätigkeit	237
II. Versorgung der Bevölkerung in Krankenhäusern	238
1. Planmäßige Betten und stationäre Patienten in Krankenhäusern	238
2. Ärzte und Pflegepersonal in Krankenhäusern	242
3. Pflegesätze	244
Tabellenteil (Verzeichnis der Tabellen)	245

Zeichenerklärung

— = nichts vorhanden

. = kein Nachweis vorhanden

0 = mehr als nichts, aber weniger als die Hälfte der kleinsten Einheit, die in der Tabelle zur Darstellung gebracht werden kann

Vorbemerkung

Im folgenden wird versucht, eine quantitative Darstellung der Hochschulmedizin und ihrer Entwicklung zu geben, damit die in den Empfehlungen behandelten Probleme quantitativ besser eingeschätzt werden können. Außerdem soll die Stellung der Hochschulmedizin innerhalb des allgemeinen Gesundheitswesens dargestellt werden. Zu vielen wichtigen Fragen liegen jedoch nur lückenhafte oder keine quantitativen Unterlagen vor.

A. Hochschulmedizin

Zur Darstellung der quantitativen Entwicklung der Ausbildungsaufgaben der Hochschulmedizin können Daten über die Entwicklung der Zahl der Studienanfänger, der Studenten und der Prüfungen herangezogen werden.

Anhaltspunkte über die Mittel, die der Hochschulmedizin für ihre Aufgaben zur Verfügung stehen, geben Daten über das Personal, über die Zahl der Betten und über die Finanzen der Hochschulkliniken. Daten über die Patienten der Hochschulkliniken geben Anhaltspunkte einerseits über den Umfang der Krankenversorgung, andererseits über die Ausbildungsmöglichkeiten.

A. I. Entwicklung der Studentenzahlen

Die vorliegenden Empfehlungen beschäftigen sich vor allem mit der Humanmedizin ohne die Zahnmedizin. Da die Ausbildung der Studenten der Zahnmedizin jedoch neben den eigentlichen zahnmedizinischen Einrichtungen auch die anderen medizinischen Einrichtungen belastet, insbesondere die Einrichtungen der theoretischen Medizin, wird im folgenden auch die Entwicklung der Zahl der Studienanfänger und Studenten der Zahnmedizin dargestellt.

I. 1. Studienanfänger und Studienbewerber

Um Aussagen über die Zahl der (deutschen) [1]) Studenten machen zu können, die ein Studium der Humanmedizin begannen, muß auf unterschiedliche statistische Daten zurückgegriffen werden, nämlich

— die Zahl der Studenten im ersten und zweiten Fachsemester (erstes Studienjahr) der Humanmedizin eines jeden Wintersemesters,

1) Zur Entwicklung der Zahl der ausländischen Studienanfänger siehe unten Seite 209.

— die Zahl der erstimmatrikulierten Studienanfänger der Humanmedizin eines Jahres (Sommer- und Wintersemester) und

— die Zahl der Zulassungen bzw. der im Zulassungsverfahren vergebenen Studienplätze (Höchstzahlen), die für die Jahre ab 1963 wegen der seither geltenden Zulassungsbeschränkungen für das Studium der Humanmedizin eine Rolle spielt.

Während die Zahl der Studenten im ersten und zweiten Fachsemester und die Zahl der erstimmatrikulierten Studienanfänger bis 1962 weitgehend identisch sind, ergeben sich ab 1963 immer deutlicher werdende Diskrepanzen zwischen ihnen. Dies ist darauf zurückzuführen, daß wegen der Zulassungsbeschränkungen immer mehr Studenten das Medizinstudium erst nach Absolvierung einiger Semester in einer anderen Fachrichtung aufnahmen. Seit 1963 liegen daher die Zahlen der erstimmatrikulierten Studienanfänger der Humanmedizin erheblich unter den Zahlen der Studenten der Humanmedizin im ersten Studienjahr. Die letztere Zahl liegt aber wiederum erheblich unter der Zahl der Zulassungen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, daß auch Studenten einen Studienplatz erhalten können, die durch ein Studium in einer anderen Fachrichtung (z. B. der Biologie) bereits so viele medizinische Kenntnisse erworben haben, daß sie unmittelbar zum dritten oder einem höheren Fachsemester der Humanmedizin zugelassen werden.

Die Zahlen der Studenten im ersten Studienjahr, der erstimmatrikulierten Studienanfänger und der Zulassungen bzw. der Studienplätze sind in Tabelle 1 ausgewiesen.

Bei der Interpretation der Zulassungs- bzw. Studienplatzzahlen ist zu berücksichtigen, daß hierin zwar die Härtefälle, aber nicht die örtlich aufgrund von Gerichtsbeschlüssen über die in das Vergabeverfahren einbezogenen Plätze hinaus vergebenen Plätze enthalten sind.

In der folgenden Tabelle 1 sind die Zahlen über die deutschen Studenten der Humanmedizin im ersten Studienjahr, die erstimmatrikulierten deutschen Studienanfänger der Humanmedizin und die Zulassungen bzw. Studienplätze für die Jahre 1952 bis 1975 in Fünfjahresabständen gegenübergestellt. Tabelle 2 des Tabellenteils[1]) enthält auch die Zahlen für die dazwischenliegenden Jahre.

Die Zahl der deutschen Studenten, die ein Studium der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) aufnahmen, ist von etwa 1 800 im Jahre 1952 auf rund 6 000 im Jahre 1962 gestiegen, somit auf mehr als das Dreifache. Für 1963 kann die Zahl auf rund 4 900 geschätzt werden, etwa 18 % weniger als 1962. In den folgenden Jahren stieg die Zahl wieder und betrug 1976 etwa 8 100, das Viereinhalbfache von 1952 und ein Drittel mehr als 1962[2]).

---

[1]) S. 248 ff.

[2]) Die Entwicklung der entsprechenden Zahlen der einzelnen Hochschulen 1970 bis 1975 gegenüber 1960 zeigt Tabelle 4 des Tabellenteils, S. 254 f. Die Zahlen der Tabelle 4 des Tabellenteils beruhen auf Meldungen der Hochschulen und weichen in der Summe etwas von den Zahlen der Tabelle 1 des Textes ab.

Tabelle 1

Deutsche Studenten im ersten Studienjahr, deutsche erstimmatrikulierte Studienanfänger, Zulassungen bzw. Studienplätze für deutsche Studenten der Humanmedizin 1952 bis 1976

Jahr	Humanmedizin ohne Zahnmedizin			Zahnmedizin		
	Studenten im ersten Studienjahr [1]	Erstimmatrikulierte Studienanfänger	Zulassungen bzw. Studienplätze [2]	Studenten im ersten Studienjahr [1]	Erstimmatrikulierte Studienanfänger	Zulassungen bzw. Studienplätze [2]
1952	1 625 [3]	1 777 [4]	—	508 [3]	494 [4]	—
1955	2 120 [3]	2 462 [4]	—	339 [3]	418 [4]	—
1960	5 713	5 084	—	740	649	—
1962	6 011	5 900	—	870	880	—
1963	4 881	4 421	.	816	833	.
1965	5 195	4 215	5 308	949	826	1 085
1970	5 039	3 416	4 893	1 093	702	1 114
1975	5 956 [5]	4 121	7 068	1 085 [5]	745	1 208
1976	.	.	8 119	.	.	1 326

[1] Studenten des 1. und 2. Fachsemesters im jeweiligen Wintersemester, z. B. für 1952 Wintersemester 1952/53. — [2] 1965 und 1970 Zulassungen nach Angaben der Zentralen Registrierstelle für Studienbewerber, 1975 und 1976 Studienplätze nach Angaben der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen. — [3] ohne Berlin (West) und Saarland. — [4] ohne Saarland. — [5] 1974.

Von den zu vergebenden Studienplätzen werden 8 % für ausländische Studienbewerber vorbehalten. Im Jahre 1976 entfielen somit von den insgesamt zu vergebenden 8 825 Studienplätzen der Humanmedizin ohne Zahnmedizin 706 auf Ausländer. Bei der Zahnmedizin waren es 115 von insgesamt 1 441 Studienplätzen. Soweit Studienplätze von Ausländern nicht in Anspruch genommen werden, werden sie deutschen Studienbewerbern zugewiesen.

Die Zahl der deutschen Studienanfänger insgesamt an den Universitäten und Gesamthochschulen ist von 1952 bis 1975 mit Ausnahme der Jahre 1963 bis 1965, in denen die Zahlen der deutschen Studienanfänger an den Universitäten und Gesamthochschulen rückläufig waren, kontinuierlich gestiegen [1]). Wie sich der Anteil der deutschen Studenten, die ein Studium der Humanmedizin aufgenommen haben, an der Gesamtzahl der deutschen Studienanfänger der Universitäten und Gesamthochschulen entwickelt hat, zeigt die folgende Tabelle 2.

Die wechselnden Anteile der Studienanfänger in der Medizin an der Gesamtzahl der Studienanfänger sind darauf zurückzuführen, daß einerseits die Studienplatznachfrage in der Medizin konstant blieb, und zwar auch in Zeiten insgesamt zurückgehender Studienplatznach-

[1]) Vgl. Tabelle 1 des Tabellenteils, S. 247.

frage, wie dies etwa 1963 bis 1965 der Fall war, und daß andererseits die Steigerung der Aufnahmekapazität in der Medizin in der Zeit nach 1970 nicht mit der in dieser Zeit besonders starken Steigerung der Studienanfängerzahlen insgesamt Schritt halten konnte.

Tabelle 2

Anteil der deutschen Studenten, die ein Studium der Humanmedizin aufgenommen haben, an der Gesamtzahl der deutschen Studienanfänger der Universitäten und Gesamthochschulen 1952 bis 1975

Jahr	Deutsche Studenten, die ein Studium der Humanmedizin aufgenommen haben		
	insgesamt	davon	
		ohne Zahnmedizin	Zahnmedizin
	in % der deutschen Studienanfänger der Universitäten und Gesamthochschulen		
1952	8,9	6,9	2,0
1955	9,4	8,0	1,4
1960	13,7	12,1	1,6
1965	13,7	11,4	2,3
1970	8,9	7,3	1,6
1975	8,3	7,1	1,2

In Tabelle 3 sind die Zahlen der deutschen Studienbewerber der Humanmedizin ohne Zahnmedizin und die Zulassungen bzw. Studienplätze für die Jahre 1968 bis 1975 dargestellt. Von den 11 943 deutschen Studienbewerbern des Jahres 1968 wurden 4 567 oder 38,2 % zum Studium zugelassen, von den 53 357 des Jahres 1976 8 119, somit nur noch 15,2 %.

Durch die zentrale Vergabe der Studienplätze läßt sich die Zahl der Bewerber für einen Studienplatz der Humanmedizin ohne Doppelzählungen feststellen. In der Zahl der Studienbewerber eines Jahres sind jedoch auch jene enthalten, die sich bereits in früheren Jahren um einen Studienplatz beworben haben und sich wiederbewerben. Da nur ein Teil der Studienbewerber zugelassen wurde, stieg ihre Zahl ständig. Es ist aber darauf hinzuweisen, daß sich nicht alle Studienwilligen in jedem Semester bewerben, sondern ein Teil wartet, bis nach einer bestimmten Wartezeit eine bessere Zulassungschance besteht.

Wie sich die Neigung der Studenten, Humanmedizin zu studieren, entwickeln wird, ist schwer abzuschätzen. Nach den Ergebnissen der sogenannten Abiturientenumfragen ging der Anteil der Studienwilligen, die Humanmedizin einschl. Zahnmedizin studieren wollten, an der Gesamtzahl der Studienwilligen von 8,7 % im Jahre 1971 auf 7,2 %

im Jahre 1974 zurück[1]). Im Jahre 1975 betrug dieser Anteil jedoch 9,8 %[2]).

Tabelle 3

Deutsche Studienbewerber der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) und Zulassungen bzw. Studienplätze 1968 bis 1976

Jahr	Deutsche Studienbewerber	Zulassungen von Deutschen bzw. Studienplätze für Deutsche	
	Anzahl		%[2])
1968	11 943	4 567	38,2
1969	13 985	4 521	32,3
1970	18 391	4 893	26,6
1971	24 452	5 405	22,1
1972	35 748	5 758	16,1
1973	41 993	6 429	15,3
1974	41 271	6 678	16,2
1975	47 844	7 068	14,8
1976	53 357	8 119	15,2

1) der deutschen Studienbewerber.

Quellen: Zentrale Registrierstelle für Studienbewerber (Sommersemester 1968 bis Sommersemester 1973); Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ab Wintersemester 1973/74).

I. 2. Studenten

Die Zahl der deutschen und ausländischen Studenten der Humanmedizin stieg von Anfang der fünfziger Jahre kontinuierlich an und ging lediglich Ende der sechziger Jahre infolge der Zulassungsbeschränkungen einmal leicht zurück. Vom Wintersemester 1952/53 bis Wintersemester 1975/76 stieg die Zahl der deutschen und ausländischen Studenten

- der Humanmedizin insgesamt von 12 631 um 37 545 oder 297 % auf 50 176,
- der Humanmedizin ohne Zahnmedizin von 10 166 um 33 094 oder 326 % auf 43 260,
- der Zahnmedizin von 2 465 um 4 451 oder 181 % auf 6 916.

Die Studentenzahlen sind in der folgenden Tabelle 4 in Fünfjahresabständen, in Tabelle 3 des Tabellenteils[3]) für alle Jahre von 1952 bis 1975, in Tabelle 4 des Tabellenteils[4]) für die einzelnen Hochschulen für die Jahre 1960, 1970 und 1973 bis 1975 dargestellt.

1) Statistisches Bundesamt, Studien- und Berufswünsche (Abiturienten) 1971, 1972, 1973, 1974, Sonderbeiträge aus dem Schul- und Fortbildungsbereich.
2) Studienwünsche der Abiturienten sowie der Schüler mit angestrebter Fachhochschulreife im Schuljahr 1975/76, Wirtschaft und Statistik, Heft 10/76, S. 616 ff.
3) S. 251 ff.
4) S. 254 f.

Tabelle 4

Deutsche und ausländische Studenten der Humanmedizin
Wintersemester 1952/53 bis 1975/76

Wintersemester	Deutsche und ausländische Studenten der Humanmedizin			Ausländische Studenten der Humanmedizin					
	insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		ohne Zahnmedizin	Zahnmedizin		ohne Zahnmedizin	Zahnmedizin		ohne Zahnmedizin	Zahnmedizin
	Anzahl						% der deutschen und ausländischen Studenten		
1952/53 [1]	12 631 [2]	10 166 [2]	2 465 [2]	.	.	.	.	.	.
1955/56 [1]	14 864	12 503	2 361	2 049	1 581	468	13,8	12,6	19,8
1960/61	29 469	26 026	3 443	6 010	5 163	847	20,4	19,8	24,6
1965/66	38 670	33 688	4 982	5 202	4 389	813	13,5	13,0	16,3
1970/71	39 137	33 099	6 038	3 094	2 787	307	7,9	8,4	5,1
1975/76	50 176	43 260	6 916	3 597	3 227	370	7,2	7,5	5,3

[1] Ohne Saarland. — [2] Ohne ausländische Studenten.

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Der Anteil der Frauen an den deutschen Studenten der Humanmedizin stieg von 1950 bis 1959, von 1960 bis 1970 ging er zurück und stieg dann erst wieder langsam an. Die folgende Tabelle 5 zeigt die Anteilsätze für die genannten Jahre [1]).

Tabelle 5

Anteil der Frauen an den deutschen Studenten der Humanmedizin Wintersemester 1950/51, 1959/60, 1970/71, 1975/76

Wintersemester	Anteil der Frauen an den deutschen Studenten der		
	Humanmedizin insgesamt	Humanmedizin ohne Zahnmedizin	Zahnmedizin
	%		
1950/51	24,5	25,1	22,0
1959/60	36,1	36,5	32,9 [1])
1970/71	22,7	23,9	15,8 [2])
1975/76	27,5	28,9	18,7

1) Wintersemester 1956/57, höchster Anteilsatz. — 2) Wintersemester 1971/72, niedrigster Anteilsatz.

A. II. Prüfungen und Approbationen

II. 1. Prüfungen

Die Zahl der von Deutschen mit Erfolg abgelegten Abschlußprüfungen ging von 2 484 im Jahre 1953 auf 1 297 im Jahre 1957 zurück, stieg dann in den Jahren bis 1968 wieder auf 4 402. In den Jahren 1969 bis 1973 lag sie zwischen 4 162 (1971) und 4 610 (1972).

Die Zahlen der von Deutschen mit Erfolg abgelegten Doktorprüfungen der Humanmedizin ohne Zahnmedizin lagen in den Jahren 1953 bis 1957 über den Zahlen der mit Erfolg abgelegten Abschlußprüfungen, in den folgenden Jahren darunter. Für die Jahre 1953 bis 1957 insgesamt betrug die Zahl der von Deutschen mit Erfolg abgelegten Abschlußprüfungen der Humanmedizin ohne Zahnmedizin 9 297 und die Zahl der Doktorprüfungen 11 329, d. h. 122 % der Abschlußprüfungen, in den Jahren 1958 bis 1973 dagegen die Zahl der Abschlußprüfungen 53 433 und die Zahl der Doktorprüfungen 40 640, somit nur noch 76 % der Abschlußprüfungen.

Die Situation bis 1957 könnte darauf zurückgeführt werden, daß ein Teil der Absolventen, die ihre Abschlußprüfung während der Kriegsjahre und der ersten Nachkriegsjahre ablegten, die Doktorprüfungen in den Jahren bis 1957 nachholte. Ob das deutliche Absinken der Zahl

1) Vgl. auch Tabelle 3 des Tabellenteils, S. 251 ff.

der Promotionen unter die Zahl der abgelegten Abschlußprüfungen in der Zeit nach 1957 bedeutet, daß Mediziner gegenwärtig und künftig in zunehmendem Maß auf ihre Promotion verzichten oder ob sich hier zunächst lediglich bestimmte zeitliche Verzögerungen auswirken, die angesichts der kontinuierlichen Steigerung der Absolventenzahlen besonders stark zu Buch schlagen würden, läßt sich derzeit nicht feststellen.

Die folgende Tabelle 6 enthält die Zahlen der von Deutschen und Ausländern mit Erfolg abgelegten Abschluß- und Doktorprüfungen in den Jahren 1954 bis 1973 in Fünfjahresgruppen, die Tabelle 5 des Tabellenteils [1]) die Zahlen für alle Jahre.

Tabelle 6

Mit Erfolg abgelegte Abschluß- und Doktorprüfungen der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) 1954 bis 1973

Jahre	Mit Erfolg abgelegte					
	Abschlußprüfungen			Doktorprüfungen		
	insgesamt	davon von		insgesamt	davon von	
		Deutschen	Ausländern		Deutschen	Ausländern
	Anzahl					
1954 bis 1958	8 943	8 436	507	10 361	9 930	431
1959 bis 1963	12 614	11 206	1 408	9 357	8 573	784
1964 bis 1968	21 440	18 985	2 455	14 613	13 447	1 166
1969 bis 1973	23 757	21 619	2 138	18 374	17 055	1 319

Quelle: Statistisches Bundesamt.

II. 2. Approbationen

Die Approbation als Arzt wird nach Ablegung der Abschlußprüfung und nach Ablauf einer befristeten Zeit der praktischen Ausbildung erteilt. Die Bestallungsordnung für Ärzte von 1953 schrieb eine zweijährige praktische Krankenhaustätigkeit als Medizinalassistent vor. Seit 1970 ist die Medizinalassistentenzeit auf ein Jahr verkürzt. Ab 1977 wird sie vom Praktischen Jahr im dritten klinischen Studienabschnitt ersetzt.

Die in den einzelnen Jahren von 1954 bis 1974 an Ärzte erteilten Approbationen sind in Tabelle 5 des Tabellenteils [2]) enthalten. Die Zahl der erteilten Approbationen ging von 2 248 im Jahre 1954 auf 490 im Jahre 1957 zurück. In den folgenden Jahren stieg sie ständig an,

[1]) S. 256.
[2]) S. 256.

und zwar bis auf 4923 im Jahre 1969. Im Jahre 1970 wurden 9752 Approbationen erteilt, da in diesem Jahr Approbationen an zwei Prüfungsjahrgänge erteilt wurden. In den Jahren 1971 bis 1974 lag die Zahl der Approbationen zwischen 4960 (1972) und 5433 (1973). Sie wird, legt man die Entwicklung der Studienanfängerzahlen seit 1970 und die bisherigen Erfolgsquoten im Studium zugrunde, weiter steigen.

A. III. Ausstattung der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten

III. 1. Personal

Der Hochschulmedizin standen 1960 insgesamt 28342 Stellen einschl. der Stellen für Pflegepersonal zur Verfügung, 1975 dagegen 64287; das waren 35945 Stellen oder 127 % mehr als 1960. Die Zahl der Stellen für wissenschaftliches Personal der Humanmedizin erhöhte sich von 5574 im Jahre 1960 um 11382 oder 204 % auf 16956 im Jahre 1975. Für die Universitäten und Gesamthochschulen wurde die Zahl der Stellen für wissenschaftliches Personal von 15281 im Jahre 1960 um 47838 oder 313 % auf 63119 im Jahre 1975 erhöht. Die Zuwachsrate für Stellen für wissenschaftliches Personal der Humanmedizin lag somit erheblich unter dem durchschnittlichen relativen Zuwachs an Stellen für wissenschaftliches Personal der Universitäten und Gesamthochschulen insgesamt. Eine niedrigere Zuwachsrate als die Humanmedizin hatten lediglich die Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften mit 121 %. Der Anteil der Humanmedizin an den Stellen für wissenschaftliches Personal der Universitäten und Gesamthochschulen ging von 36,5 % im Jahre 1960 auf 26,9 % im Jahre 1975 zurück [1]).

Die folgende Tabelle 7 zeigt die Entwicklung des Stellenbestandes für wissenschaftliches Personal der Humanmedizin nach drei Gruppen von Stellenarten von 1960 auf 1975. Die Tabelle zeigt, daß die Zahl der Stellen für sonstige wissenschaftliche Angestellte und Beamte am stärksten gestiegen ist, und zwar auf das Neunzehnfache. Die Zahl der Stellen für Professoren und Dozenten stieg auf das Fünffache, die Zahl der Stellen für wissenschaftliche Assistenten und Assistenzprofessoren hat sich dagegen nur verdoppelt. Infolgedessen veränderten sich auch die Anteilsätze der Stellenarten erheblich.

In Tabelle 7 des Tabellenteils [2]) ist die Entwicklung der Zahl der Stellen für wissenschaftliches Personal und für Pflegepersonal der Humanmedizin nach Hochschulen von 1960 bis 1975 dargestellt. Die in dieser Tabelle dargestellten Zahlen sind die Ergebnisse einer Erhebung des Wissenschaftsrates im Jahre 1976. Die Zahl der Stellen für wissenschaftliches Personal weicht 1960 mit 4398 erheblich von der in

1) Vgl. auch Tabelle 6 des Tabellenteils, S. 257 ff., in der die Zahlen der Stellen der Universitäten und Gesamthochschulen nach Fächergruppen und Stellenarten für die Jahre 1960, 1966, 1972 und 1975 dargestellt sind.

2) S. 262 ff.

Tabelle 7 dargestellten Zahl (5 574) ab, die Zahl für 1975 entspricht mit 17 050 der in Tabelle 7 genannten Zahl. Die Zahl der Stellen für Pflegepersonal ist nach der Erhebung des Wissenschaftsrates von 9 726 im Jahre 1960 um 15 644 oder 161 % auf 25 370 im Jahre 1975 gestiegen. Bei der Beurteilung dieser Zahlen ist zu beachten, daß die Hochschulen zum Teil das Personal von Kliniken, die von den Hochschulen benutzt werden, sich aber in anderer Trägerschaft befinden, nicht gemeldet haben.

Tabelle 7

Stellen für wissenschaftliches Personal an Universitäten und Gesamthochschulen der Fächergruppe Humanmedizin nach Stellenarten 1960 und 1975

Stellenart	Bestand				Zunahme 1975 gegenüber 1960	
	1960		1975			
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Professoren und Dozenten [1]	617	11,1	3 303	19,5	2 686	435,3
Wissenschaftliche Assistenten, Assistenzprofessoren [2]	4 750	85,2	9 618	56,7	4 868	102,5
Sonstige wissenschaftliche Angestellte und Beamte	207	3,7	4 035	23,8	3 828	.
Zusammen [3]	5 574	100	16 956	100	11 382	204,2

[1] Ordentliche und außerordentliche Professoren, Abteilungsvorsteher und Professoren, Wissenschaftliche Räte und Professoren, beamtete apl. Professoren und Universitätsdozenten. — [2] einschl. Oberassistenten und -ärzte, ohne Medizinalassistenten. — [3] ohne Medizinalassistenten.

Quellen: 1960 Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der Wissenschaftlichen Hochschulen bis 1970, 1967, S. 34 ff.; 1975 Statistisches Bundesamt, Personal an Hochschulen 1975.

Nach der Erhebung des Wissenschaftsrates lag die Zahl der Stellen für wissenschaftliches Personal je Hochschule — mit Ausnahme der Universitäten und Gesamthochschulen ohne vollausgebaute Humanmedizin — zwischen 418 (Technische Universität München) und 1 260 (Freie Universität Berlin), die Zahl der Stellen für Pflegepersonal je Hochschulklinikum zwischen 672 (Technische Hochschule Aachen) und 2 122 (Freie Universität Berlin).

Tabelle 8 zeigt die Verteilung der Stellung für wissenschaftliches Personal insgesamt, der H 4/H 3-Stellen und der Stellen für Assistenten und Assistenzärzte im Jahre 1974 auf die Fachgebiete. In dieser Tabelle ist die Zahl der Stellen für Assistenten und Assistenzärzte höher als die Zahl der Stellen für wissenschaftliche Assistenten und Assistenzprofessoren 1975 in Tabelle 7, da in Tabelle 8 in diese Gruppe auch Assistenzärzte im Angestelltenverhältnis einbezogen wurden.

Tabelle 8

Stellen für wissenschaftliches Personal der Humanmedizin nach Fachgebieten

1974

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal					
	insgesamt		darunter			
			H 4/H 3-Stellen		Stellen für Assistenten/Assistenzärzte	
	Anzahl	%	Anzahl	% [1]	Anzahl	% [1]
Vorklinische und klinisch-theoretische Fachgebiete [2]	3 730	22,7	847	22,7	1 993	53,4
davon:						
Klinische Chemie	99	0,6	20	20,2	59	59,6
Anatomie	396	2,4	108	27,3	208	52,5
Physiologie	542	3,3	127	23,4	303	55,9
Physiologische Chemie	419	2,6	82	19,6	239	57,0
Pharmakologie/Toxikologie	364	2,2	75	20,6	200	54,9
Hygiene einschl. Mikrobiologie	519	3,2	98	18,9	263	50,7
Humangenetik	97	0,6	25	25,8	49	50,5
Medizinische Soziologie	48	0,3	15	31,3	30	62,5
Arbeits-, Sozial- und Rechtsmedizin	265	1,6	49	18,5	143	54,0
Pathologie einschl. Neuropathologie	498	3,0	86	17,3	295	59,2
Geschichte der Medizin	72	0,4	24	33,3	29	40,3
Dokumentation und Statistik	167	1,0	32	19,2	89	53,3
Biophysik und Strahlenbiologie	30	0,2	7	23,3	13	43,3
Sonstige, nicht auf Fachgebiete aufgeteilt	214	1,3	99	46,3	73	34,1
Klinische Fachgebiete	12 689	77,3	1 443	11,4	8 650	68,2
davon:						
Innere Medizin	2 303	14,0	287	12,5	1 569	68,1
Chirurgie, Urologie, Neurochirurgie	2 270	13,8	222	9,8	1 604	70,7
Orthopädie	404	2,5	48	11,9	268	66,3
Anästhesie	771	4,7	45	5,8	604	78,3
Frauenheilkunde, Geburtshilfe	871	5,3	93	10,7	551	63,3
Kinderheilkunde	1 072	6,5	118	11,0	738	68,8
Augenheilkunde	592	3,6	56	9,5	428	72,3
HNO-Heilkunde	569	3,5	74	13,0	376	66,1
Dermatologie, Venerologie	578	3,5	74	12,8	370	64,0

noch: Tabelle 8

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal					
	insgesamt		darunter			
			H 4/H 3-Stellen		Stellen für Assistenten/Assistenzärzte	
	Anzahl	%	Anzahl	% 1)	Anzahl	% 1)
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, klinische bzw. medizinische Psychologie, Neurologie	1 490	9,1	204	13,7	960	64,4
Radiologie einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin	756	4,6	93	12,3	499	66,0
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	947	5,8	111	11,7	654	69,1
Sonstige, nicht auf Fachgebiete aufgeteilt	66	0,4	18	27,3	29	43,9
Insgesamt 2)	16 419	100	2 290	13,9	10 643	64,8

1) der Stellen für wissenschaftliches Personal insgesamt. — 2) ohne Stellen für Biologie, Chemie und Physik.

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Der Anteil der vorklinischen und der klinisch-theoretischen Fachgebiete an den Stellen für wissenschaftliches Personal insgesamt betrug 22,7 %, der Anteil der klinischen Fachgebiete 77,3 %.

Wegen der unterschiedlichen Stellenstruktur war der Anteil der H 4/H 3-Stellen und der Stellen für Assistenten und Assistenzärzte an der Gesamtzahl der Stellen für wissenschaftliches Personal bei den einzelnen Fachgebieten verschieden. Bei den vorklinischen und klinisch-theoretischen Fachgebieten waren im Durchschnitt 22,7 % der Stellen für wissenschaftliches Personal H 4/H 3-Stellen und 53,4 % Stellen für Assistenten und Assistenzärzte, bei den klinischen Fachgebieten dagegen 11,4 % H 4/H 3-Stellen und 68,2 % Stellen für Assistenten und Assistenzärzte.

Tabelle 8 des Tabellenteils [1]) enthält die Zahlen der Stellen für wissenschaftliches Personal insgesamt der H 4/H 3-Stellen sowie der Stellen für Assistenten und Assistenzärzte der einzelnen Hochschulen für die einzelnen vorklinischen und klinisch-theoretischen Fachgebiete, Tabelle 10 des Tabellenteils [2]) die entsprechenden Zahlen für die klinischen Fachgebiete.

1) S. 265 ff.
2) S. 278 ff.

III. 2. Betten und Patienten

Die Zahl der planmäßigen Betten der Hochschulkliniken ist mit 42 821 im Jahre 1967 [1]) und 41 520 im Jahre 1974 [2]) nahezu konstant geblieben. Damit ging der Anteil der Betten der Hochschulkliniken an der Gesamtzahl der Betten in den Krankenhäusern der Bundesrepublik von 6,6 % im Jahre 1967 auf 5,8 % im Jahre 1974 zurück. Dies ist darauf zurückzuführen, daß der Bettenbestand aller Krankenhäuser seit 1967 um gut zehn Prozent ausgebaut wurde, während die Bettenzahlen in den Hochschulkliniken leicht rückläufig waren. Allerdings ist hierbei wiederum zu berücksichtigen, daß die Hochschulen für die Durchführung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre zu einem Teil auch auf Betten in Krankenhäusern anderer Träger zurückgreifen, die in den genannten Zahlen für die Hochschulkliniken zum Teil nicht enthalten sind.

Die Zahl der planmäßigen Betten je Hochschulklinikum betrug 1974 im Durchschnitt 1 730. Bei den einzelnen Hochschulkliniken war sie sehr unterschiedlich. So betrug z. B. die Zahl der planmäßigen Betten 1974 der Hochschulkliniken der

Freien Universität Berlin	2 402,
Universität München	2 389,
Universität Tübingen	2 302,
Universität Freiburg	2 112,
Universität Hamburg	2 063,
Universität Heidelberg	2 063,

dagegen der Hochschulkliniken der

Medizinischen Hochschule Lübeck	1 029,
Medizinischen Hochschule Hannover	806 [3]).

Die Zahl der stationären Patienten der Hochschulkliniken betrug 1974 rund 794 700; das waren rund 8 % der 1974 in allen Krankenhäusern und rund 9 % der in den Krankenhäusern für Akut-Kranke stationär behandelten Patienten [4]). Im Durchschnitt betrug die Zahl der stationär behandelten Patienten je Hochschulklinikum rund 33 100. Bei den einzelnen Hochschulkliniken lag sie zwischen 17 126 (Medizinische Hochschule Hannover) und 50 204 (Universität Freiburg). Auf ein Bett kamen im Durchschnitt 19 stationäre Patienten. Die durchschnittliche Verweildauer der stationären Patienten betrug 14,9 Tage und lag bei den einzelnen Hochschulkliniken zwischen 11,8 Tagen (Universität Erlangen-Nürnberg) und 17,8 Tagen (Universität Gießen) [5]).

---

1) Quelle: Medizinempfehlungen, 1968, S. 155.

2) Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates. – Vgl. auch Tabelle 9 des Tabellenteils, S. 276 f., die die Zahl der planmäßigen Betten der einzelnen Hochschulkliniken enthält.

3) Ohne Betten in Kliniken, die von der Medizinischen Hochschule genutzt werden, sich aber in anderer Trägerschaft befinden.

4) Vgl. Tabelle 23, S. 241.

5) Vgl. auch Tabelle 9 des Tabellenteils, S. 276 f.

In Tabelle 9 sind die Zahlen der planmäßigen Betten und der stationären Patienten aller Hochschulkliniken nach Fachgebieten untergliedert [1]). Die Zahl der stationären Patienten je Bett lag — sieht man von den sonstigen Fachgebieten, in denen auch Intensivstationen erfaßt sind, ab — zwischen 11,7 (Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, klinische bzw. medizinische Psychologie, Neurologie) und 28,5 (HNO-Heilkunde), die durchschnittliche Verweildauer der stationären Patienten zwischen 9,7 Tagen (HNO-Heilkunde) und 27,0 Tagen (Radiologie einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin).

Aus den Zahlen in Tabelle 9 ergibt sich, daß die durchschnittliche Auslastung der Betten in den Hochschulkliniken 1974 bei etwas über 78 % lag [2]). Die durchschnittliche Bettenauslastung war dabei in den einzelnen Fächern unterschiedlich. Sie lag bei der Kinderheilkunde und in der Dermatologie/Venerologie bei 70 % oder knapp darüber, während Fächer wie die Augenheilkunde und die Frauenheilkunde eine Bettenauslastung zwischen 80 und 90 % aufwiesen. Eine Bettenauslastung von über 90 % ergab sich in Fächern wie der Radiologie und der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Auch bei einer Betrachtung der Situation in den einzelnen Universitätskliniken, wie sie anhand der Angaben in Tabelle 10 errechnet werden kann, zeigt sich, daß der Auslastungsgrad der einzelnen Hochschulkliniken sehr unterschiedlich war. Er lag in einer Reihe von Fällen zwischen 85 und 90 % (Universitäten Kiel, München, Münster und Würzburg). In anderen Fällen lag der durchschnittliche Auslastungsgrad unter 70 %. Um die Ursachen für diese unterschiedlichen Auslastungsgrade zu analysieren, müßte auf die unterschiedliche Fachstruktur dieser Hochschulkliniken, ihre unterschiedliche Stellung im System der regionalen Krankenversorgung usw. eingegangen werden. Die durchschnittliche Bettenauslastung in den Hochschulkliniken lag damit unter dem entsprechenden Wert für die Krankenhäuser allgemein (86 %) bzw. die Krankenhäuser für Akut-Kranke (84 %). Dabei ist aber auch zu berücksichtigen, daß die durchschnittliche Verweildauer an Universitätskliniken mit 14,9 Pflegetagen um ein Drittel unter der durchschnittlichen Verweildauer aller Krankenhäuser (22,7 Tage) und um 2,3 Pflegetage oder 13 % unter der Verweildauer in Krankenhäusern für Akut-Kranke (17,2 Tage) lag [3]).

---

[1]) Eine Untergliederung nach Fachgebieten für die einzelnen Hochschulkliniken enthält Tabelle 10 des Tabellenteils, S. 278 ff.

[2]) Die Bettenauslastung wurde nach folgender Formel errechnet:

$$\frac{\text{Anzahl der Patienten} \times \text{durchschnittliche Verweildauer} \times 100}{\text{Zahl der planmäßigen Betten} \times 365}$$

[3]) Vgl. Tabelle 23, S. 241.

Tabelle 9

Planmäßige Betten sowie stationäre Patienten der Hochschulkliniken nach Fachgebieten

1974

Fachgebiet	Planmäßige Betten		Stationäre Patienten		
			insgesamt	je Bett	Durchschnittliche Verweildauer
	Anzahl	%	Anzahl		Tage
Innere Medizin	7 758	18,7	161 322	20,8	13,6
Chirurgie, Urologie, Neurochirurgie	8 929	21,5	174 220	19,5	14,9
Orthopädie	1 701	4,1	21 835	12,8	22,1
Frauenheilkunde, Geburtshilfe	4 234	10,2	108 309	25,6	11,5
Kinderheilkunde	4 924	11,9	76 730	15,6	16,4
Augenheilkunde	2 436	5,9	54 482	22,4	14,3
HNO-Heilkunde	2 347	5,7	66 801	28,5	9,7
Dermatologie, Venerologie	2 364	5,7	31 602	13,4	19,6
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, klinische bzw. medizinische Psychologie, Neurologie	4 934	11,9	57 708	11,7	24,6
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	869	2,1	11 465	13,2	27,0
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunge	797	1,9	18 094	22,7	14,9
Sonstige (einschl. Anästhesie und Intensivstationen)	227	0,5	12 173	53,6	5,2
Insgesamt	41 520	100	794 737	19,1	14,9

Abweichungen gegenüber Tabelle 10 des Tabellenteils, S. 278 ff., durch Runden der Zahlen.

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Der Umfang der Tätigkeit der Polikliniken in der Krankenversorgung, aber auch ihre Ausbildungsmöglichkeiten, kommen in der Zahl der poliklinischen Neuzugänge und der Zahl der Untersuchungs- und Behandlungsfälle zum Ausdruck. Die Zahl der poliklinischen Neuzugänge aller Hochschulkliniken betrug 1974 rund drei Millionen, im Durchschnitt je Hochschulklinikum rund 118 200; bei den einzelnen Hochschulkliniken lag sie zwischen 40 067 (Technische Hochschule Aachen) und 222 917 (Universität München) [1]). Bei einer Gesamtzahl von rund 7,6 Millionen Untersuchungs- und Behandlungsfällen kamen auf einen poliklinischen Neuzugang 2,8 Untersuchungs- und Behandlungsfälle. Tabelle 10 zeigt die Verteilung der poliklinischen Neuzugänge und der Untersuchungs- und Behandlungsfälle aller Hochschulkliniken auf die Fachgebiete, Tabelle 10 des Tabellenteils [2]) die Verteilung bei den

1) s. Tabelle 9 des Tabellenteils, S. 276 f.

2) S. 278 ff.

einzelnen Hochschulkliniken. Bei den einzelnen Fachgebieten lag die Zahl der Untersuchungs- und Behandlungsfälle je poliklinischen Neuzugang zwischen 2,0 (Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, klinische bzw. medizinische Psychologie, Neurologie) und 5,3 (Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde).

Tabelle 10

Poliklinische Neuzugänge [1]) sowie Untersuchungs- und Behandlungsfälle der Hochschulkliniken nach Fachgebieten

1974

Fachgebiet	Poliklinische Neuzugänge [1])		Untersuchungs- und Behandlungsfälle	
			insgesamt	je poliklinischen Neuzugang
	Anzahl	%	Anzahl	
Innere Medizin	396 911	14,8	1 057 863	2,7
Chirurgie, Urologie, Neurochirurgie	462 882	17,2	1 352 384	2,9
Orthopädie	91 480	3,4	298 770	3,3
Frauenheilkunde, Geburtshilfe	223 313	8,3	464 190	2,1
Kinderheilkunde	162 896	6,1	363 119	2,2
Augenheilkunde	235 657	8,8	558 711	2,4
HNO-Heilkunde	220 657	8,2	527 420	2,4
Dermatologie, Venerologie	281 447	10,5	729 280	2,6
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, klinische bzw. medizinische Psychologie, Neurologie	152 396	5,7	303 860	2,0
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	221 087	8,2	706 236	3,2
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	234 802	8,7	1 243 681	5,3
Insgesamt [2])	2 683 528	100	7 605 514	2,8

[1]) nur poliklinische Neuzugänge, für die auch die Zahlen der Untersuchungs- und Behandlungsfälle angegeben waren. — [2]) ohne Anästhesie an der Universität Mainz.

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

III. 3. Finanzen

Die unmittelbaren Ausgaben [1]) der Hochschulkliniken sind von 520 Millionen DM im Jahre 1961 [2]) auf 4 093 Millionen DM im Jahre 1975 gestiegen, somit auf nahezu das Achtfache, die fortdauernden Ausgaben (Personalausgaben und Ausgaben für den Sachaufwand) von

[1]) d. h. die im Zuge der Aufgabenerfüllung von den einzelnen Verwaltungen bzw. Ebenen getätigten Ausgaben ohne Zahlungen an andere Verwaltungen.

[2]) 1960 kann nicht zum Vergleich herangezogen werden, da es ein Rumpfhaushaltsjahr von nur 9 Monaten war.

406 Millionen DM auf 3 499 Millionen DM, d. h. auf fast das Neunfache. Die Ausgaben für Sachinvestitionen stiegen in dieser Zeit von 114 Millionen DM auf 594 Millionen DM. In diesen Zahlen sind die Ausgaben für die vorklinischen Einrichtungen nicht enthalten. Es ist auch anzunehmen, daß die in der Finanzstatistik ausgewiesenen Sachinvestitionen zu niedrig sind und ein Teil der Sachinvestitionen der Hochschulkliniken, insbesondere die über Hochschulbaufinanzierungsgesellschaften getätigten, nicht als solche nachgewiesen werden.

Der Anteil der Personalausgaben an den fortdauernden Ausgaben erhöhte sich von 61,1 % im Jahre 1961 auf 69,4 % im Jahre 1974. Ein Teil dieser Erhöhung ist darauf zurückzuführen, daß in der Finanzstatistik die bei den Sachkonten nachgewiesenen Personalausgaben bis 1969 bei den Ausgaben für den Sachaufwand erfaßt wurden und ab 1970 bei den Personalausgaben erfaßt werden.

Tabelle 11

Unmittelbare Ausgaben [1]) der Hochschulkliniken 1961 [2]) bis 1975

Jahr	Unmittelbare Ausgaben					
	insgesamt	davon				
		fortdauernde Ausgaben				Sachinvestitionen [3])
		insgesamt	davon			
			Personalausgaben		Sachaufwand	
	Millionen DM			%	Millionen DM	
1961 [2])	520	406	248	61,1	158	114
1965	880	670	415	61,9	255	210
1970	1 857	1 446	942	65,1	504	411
1975	4 093	3 499	2 430	69,4	1 069	594

1) Unmittelbare Ausgaben sind die im Zug der Aufgabenerfüllung von den einzelnen Verwaltungen bzw. Ebenen getätigten Ausgaben ohne Zahlungen an andere Verwaltungen. — 2) 1960 kann nicht zum Vergleich herangezogen werden, da es sich um ein Rumpfhaushaltsjahr von neun Monaten handelt. — 3) einschl. übrige Ausgaben, bei denen es sich überwiegend um Ausgaben für Sachinvestitionen handelt.

Quellen: 1961—1970 Statistisches Bundesamt, Finanzstatistik; 1975 Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung.

Für einen Vergleich der fortdauernden Ausgaben mit der Zahl der Patienten sind die statistischen Angaben nicht ausreichend.

Die Ausgaben der Hochschulkliniken werden — von den Investitionszuschüssen des Bundes nach dem Hochschulbauförderungsgesetz abgesehen — überwiegend aus Landesmitteln finanziert. Etwa die Hälfte der Landesmittel stammt jedoch aus unmittelbaren Einnahmen der Kliniken, bei denen es sich überwiegend um Einnahmen aus der Be-

handlung von Kranken handelt. Der Anteil dieser unmittelbaren Einnahmen an den Nettoausgaben lag zwischen 41,1 % (1965) und 48,2 % (1973).

Tabelle 12

Nettoausgaben [1]) für die Hochschulkliniken nach Gebietskörperschaften 1961 [2]) bis 1973

Jahr	Nettoausgaben [1])								
	insgesamt	davon							
		Bund [3])		Länder					
				insgesamt		davon finanziert aus			
						Gesamtdeckungsmitteln [4])		unmittelbaren Einnahmen [5])	
	Mill. DM	Mill. DM	% [6])	Mill. DM	% [6])	Mill. DM	% [6])	Mill. DM	%
1961 [1])	516	33	6,4	483	93,6	239	46,3	244	47,3
1965	926	60	6,5	866	93,5	485	52,4	381	41,1
1970	1 907	183	9,6	1 724	90,4	931	48,8	793	41,6
1973	3 081	130	4,2	2 951	95,8	1 467	47,6	1 484	48,2

1) Nettoausgaben sind die Ausgaben der laufenden Rechnung und der Kapitalrechnung abzüglich der Zahlungen von Verwaltungen. Sie zeigen die Höhe der aus Gesamtdeckungsmitteln und aus unmittelbaren Einnahmen finanzierten Ausgaben. — 2) 1960 kann nicht zum Vergleich herangezogen werden, da das Haushaltsjahr 1960 ein Rumpfhaushaltsjahr von neun Monaten war. — 3) einschl. Lastenausgleichsfond und ERP-Sondervermögen. — 4) z. B. Steuern. — 5) Unmittelbare Einnahmen sind die bei dem jeweiligen Aufgabengebiet von den einzelnen Verwaltungen vereinnahmten Beträge ohne Zahlungen von Verwaltungen, z. B. Einnahmen aus stationärer und ambulanter Behandlung von Kranken, Einnahmen aus der Verpflegung des Personals. — 6) der Nettoausgaben insgesamt.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Finanzstatistik.

Die Höhe der unmittelbaren Einnahmen und ihr Anteil an den Nettoausgaben sind weitgehend von den Pflegesätzen abhängig. Nach einer Erhebung des Wissenschaftsrates ist der durchschnittliche Pflegesatz der Hochschulkliniken von rund 155 DM im Jahre 1974 auf 170 DM im Jahre 1975 und 192 DM im Jahre 1976 gestiegen. Er lag somit 1976 um 37 DM oder 24 % über dem Pflegesatz von 1974. In Tabelle 11 des Tabellenteils [1]) sind die Pflegesätze der einzelnen Hochschulkliniken für die Jahre 1974 bis 1976 dargestellt.

Zu Vergleichszwecken hat der Wissenschaftsrat auch die Pflegesätze bei fünf außeruniversitären Krankenhäusern der Maximalversorgung mit einer Bettenzahl zwischen rund 500 und rund 1 200 erhoben [2]). Der durchschnittliche Pflegesatz dieser Krankenhäuser betrug 170 DM im Jahre 1974 und 179 DM im Jahre 1975 und lag somit 1974 um rund 10 % und 1975 um rund 5 % über dem durchschnittlichen Pflegesatz der Hochschulkliniken.

1) S. 312 f.
2) siehe Tabelle 25 des Tabellenteils, S. 338.

A. IV. Vergleich der Daten über Studenten, Personal, Betten und Patienten

Die Situation der Hochschulmedizin insbesondere hinsichtlich der Ausbildung läßt sich charakterisieren, wenn man die Daten über die Studenten, das Personal, die Betten und die Patienten zueinander in Beziehung setzt. Daher werden die Relationen Studienanfänger und Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal (1), Betten und Patienten je Studienanfänger und je Student (2) sowie Betten und Patienten je Stelle für wissenschaftliches Personal (3) ermittelt. Diese Relationen ermöglichen einen zeitlichen Vergleich, einen Vergleich mit anderen Fächergruppen, einen Vergleich zwischen den einzelnen Hochschulen sowie einen Vergleich mit außeruniversitären Krankenhäusern.

Bei einem Vergleich der genannten Relationen ist zu berücksichtigen, daß sie Mittelwerte darstellen, deren Aussagewert beschränkt ist. So ist z. B. bei einem Vergleich der Humanmedizin mit anderen Fächergruppen zu berücksichtigen, daß die Fächergruppen sehr heterogen sind und bei der Bildung von Relationen zu den Studentenzahlen andere Aufgaben wie z. B. Forschung und Krankenversorgung nicht zum Ausdruck kommen. Ferner ist zu beachten, daß die Höhe der Studentenzahlen und damit auch ihre Relation zum Stellenbestand erheblich von der Verweildauer der Studenten im Hochschulbereich bestimmt sind.

Probleme stellen sich auch bei einem Vergleich der Relationen Betten je Stelle für wissenschaftliches Personal in den Universitätskliniken und in außeruniversitären Krankenhäusern. Auf diese Probleme wird weiter unten eingegangen.

IV. 1. Studienanfänger und Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal

Bei den Relationen Studienanfänger bzw. Studenten je Stelle wird der Aussagewert dadurch zusätzlich eingeschränkt, daß die Stellenstruktur an den einzelnen Hochschulen verschieden ist[1]), die Stellen teilweise nicht oder nicht ihrer Funktion entsprechend besetzt sind und die unterschiedlichen Regelungen bezüglich der Lehrverpflichtungen nicht berücksichtigt werden. Trotz dieser Einschränkungen geben die Relationen einen Anhaltspunkt über die personelle Ausstattung.

In Tabelle 12 des Tabellenteils[2]) sind die Zahlen der deutschen und ausländischen Studenten und Zahlen der Stellen für wissenschaftliches Personal der Universitäten und Gesamthochschulen nach Fächergruppen für die Jahre 1960, 1966 und 1975 gegenübergestellt. Die folgende

1) Vgl. hierzu auch im Tabellenteil die Tabellen 8, S. 265 ff., und 10, S. 278 ff.
2) S. 314 f.

Tabelle 13 enthält die Zahl der deutschen und ausländischen Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal der Universitäten und Gesamthochschulen nach Fächergruppen für die gleichen Jahre.

Tabelle 13

Deutsche und ausländische Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal der Universitäten und Gesamthochschulen nach Fächergruppen

1960, 1966 und 1975

Fächergruppe	Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal			
	1960	1966	1975	Zu- bzw. Abnahme (−) 1975 gegenüber 1960 in %
	Anzahl			
Sprach- u. Kulturwissenschaften [1]	19,5	13,3	16,5	−15,4
Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften	38,7	25,6	22,1	−42,9
Mathematik, Naturwissenschaften	11,4	7,0	8,9	−21,9
Humanmedizin einschl. Zahnmedizin	5,3	4,1	2,9	−45,3
Veterinärmedizin	9,0	4,2	5,1	−43,3
Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften	4,4	3,2	8,4	90,9
Ingenieurwissenschaften	21,1	10,5	10,9	−48,3
Insgesamt [2]	13,5	9,1	10,2	−24,4

[1] einschl. Kunst, Gestaltung, Musik sowie Sport, Leibeserziehung. — [2] ohne zentrale Einrichtungen.

Von 1960 bis 1966 ist die Zahl der Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal in allen Fächergruppen zurückgegangen, im Durchschnitt aller Fächergruppen von 13,5 auf 9,1, d. h. um rund ein Drittel. In den Jahren von 1966 bis 1975 ging sie nur noch in den Fächergruppen Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften und Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin) zurück, während sie sich bei allen anderen Fächergruppen wieder etwas erhöhte. Dennoch lag die Zahl der Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal bei allen Fächergruppen mit Ausnahme der Agrar- und Forstwissenschaften 1975 zwischen 15,4 % (Sprach- und Kulturwissenschaften) und 48,3 % (Ingenieurwissenschaften), die Durchschnittszahl für alle Fächergruppen um 24,4 % unter der entsprechenden Zahl von 1960.

Mit 2,9 Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal ergibt sich für die Humanmedizin einschl. der Zahnmedizin 1975 die niedrigste Zahl. Diese niedrige Studentenzahl je Stelle für wissenschaftliches Personal erklärt sich daraus, daß das wissenschaftliche Personal der

Humanmedizin neben den Aufgaben in Forschung und Lehre in erheblichem Umfang Dienstleistungsaufgaben in der Krankenversorgung zu erfüllen hat. Diese Relation ist daher mit der anderer Fächer nicht vergleichbar.

Tabelle 13 des Tabellenteils [1]) enthält die Zahl der deutschen und ausländischen Studienanfänger und Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal der Humanmedizin ohne Zahnmedizin der einzelnen Hochschulen für die Jahre 1960, 1970 sowie 1973 bis 1975. Für den Durchschnitt aller Hochschulen ergeben sich die in Tabelle 14 enthaltenen Relationen.

Tabelle 14

Deutsche und ausländische Studienanfänger und Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) 1960, 1970 und 1973 bis 1975

Jahr	Deutsche und ausländische	
	Studienanfänger	Studenten
	je Stelle für wissenschaftliches Personal	
	Anzahl	
1960	1,36	6,04
1970	0,47	3,04
1973	0,46	2,55
1974	0,44	2,48
1975	0,47	2,60

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Geht man davon aus, daß sich die Zahl der Stellen für wissenschaftliches Personal der Humanmedizin ohne Zahnmedizin 1976 gegenüber 1975 nicht geändert hat, so ergibt sich für 1976 bei 8 825 Studienanfängern (im Zulassungsverfahren vergebene Studienplätze) eine Relation von 0,52 Studienanfängern je Stelle, etwa 11 % mehr als 1975.

Im Jahre 1975 lag die Zahl der deutschen und ausländischen Studienanfänger je Stelle für wissenschaftliches Personal an den Hochschulen, die eine vorklinische und klinische Ausbildung anbieten, zwischen 0,26 (Medizinische Hochschule Hannover) und 0,57 (Universität Würzburg), die Zahl der deutschen und ausländischen Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal zwischen 1,17 (Medizinische Hochschule Hannover) und 3,63 (Universität Würzburg).

1) S. 315 f.

IV. 2. Betten und Patienten je Studienanfänger und Student

Die Zahl der deutschen und ausländischen Studienanfänger der Humanmedizin ohne Zahnmedizin [1]) ist von rund 4 800 im Jahre 1967 auf rund 7 400 im Jahre 1974 gestiegen, die Zahl der deutschen und ausländischen Studenten der Humanmedizin ohne Zahnmedizin stieg von 32 604 im Wintersemester 1967/68 auf 40 789 im Wintersemester 1974/75. Die Zahl der Betten der Hochschulkliniken ist dagegen mit 42 821 im Jahre 1967 und 41 520 im Jahre 1974 nahezu konstant geblieben. Infolgedessen ging die Zahl der Betten je Studienanfänger von 8,9 im Jahre 1967 auf 5,6 im Jahre 1974 und die Zahl der Betten je Student von 1,3 auf 1,0 zurück. Diese Zahlen bedeuten, daß die Hochschulkliniken ihre Ausbildungsleistungen, gemessen an der Bettenzahl, erheblich steigerten. Dies kann auch einer der Faktoren für den höheren Personalbedarf für die Lehre sein.

Tabelle 14 des Tabellenteils [2]) enthält die Zahl der Betten je Studienanfänger und Student im Jahre 1974 für die einzelnen Hochschulen. Die Zahl der Betten je Studienanfänger lag bei den Hochschulen, die eine vorklinische und eine klinische Ausbildung anbieten, zwischen 3,4 (Universität München) und 13,7 (Universität Gießen), die Zahl der Betten je Student zwischen 0,6 (Universität Münster) und 1,9 (Universität des Saarlandes).

Setzt man die Zahlen über die Patienten zu den Studienanfänger- und Studentenzahlen in Beziehung, so ergeben sich im Durchschnitt aller Hochschulen für 1974 folgende Relationen:

Stationäre Patienten	Poliklinische Neuzugänge	Poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfälle
je deutschen und ausländischen Studienanfänger		
108	399	1 031
je deutschen und ausländischen Studenten		
19	71	184

An den einzelnen Hochschulen [3]), die eine vorklinische und eine klinische Ausbildung anbieten, lagen die Zahlen der

— stationären Patienten je Studienanfänger zwischen 67,4 (Universität München) und 211,3 (Universität Gießen), je Student zwischen 10,7 (Universität Münster) und 28,1 (Universität Erlangen-Nürnberg),

— poliklinischen Neuzugänge je Studienanfänger zwischen 200,3 (Technische Hochschule Aachen) und 959,9 (Universität Gießen), je

[1]) Zur Problematik der Studienanfängerzahlen vgl. Abschnitt A. I. 1., S. 207 ff.
[2]) S. 317 f.
[3]) Vgl. Tabelle 14 des Tabellenteils, S. 317 f.

Student zwischen 37,8 (Technische Hochschule Aachen) und 124,1 (Universität Gießen),

— poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfälle je Studienanfänger zwischen 670,8 (Universität Ulm) und 2 582,3 (Universität Gießen), je Student zwischen 130,6 (Universität Köln) und 333,9 (Universität Gießen).

IV. 3. Betten und Patienten je Stelle für wissenschaftliches Personal

Anhaltspunkte über die Belastung des wissenschaftlichen Personals der Hochschulkliniken durch die Krankenversorgung erhält man, wenn man die Daten über die Betten und Patienten mit den Daten über das wissenschaftliche Personal in Beziehung setzt. Im Durchschnitt aller Hochschulkliniken kamen 1974 auf eine Stelle für wissenschaftliches Personal

— 3,3 planmäßige Betten,

— 62,6 stationäre Patienten und

— 231,8 poliklinische Neuzugänge.

Bei der Berechnung dieser Relationen wurde von den in Tabelle 10 des Tabellenteils [1]) dargestellten Daten ausgegangen. In den Stellen für wissenschaftliches Personal sind somit die Stellen für die vorklinischen und die klinisch-theoretischen Fachgebiete nicht enthalten.

An den einzelnen Hochschulkliniken kamen 1974 auf eine Stelle für wissenschaftliches Personal

— 1,3 (Medizinische Hochschule Hannover) bis 4,7 (Medizinische Hochschule Lübeck und Universität des Saarlandes) planmäßige Betten,

— 27,7 (Medizinische Hochschule Hannover) bis 100,7 (Medizinische Hochschule Lübeck) stationäre Patienten und

— 116,0 (Medizinische Hochschule Hannover) bis 327,2 (Universität Freiburg) poliklinische Neuzugänge.

Will man die Belastung des wissenschaftlichen Personals durch die Krankenversorgung beurteilen, muß man alle drei Relationen berücksichtigen. Bei der Beurteilung der Belastung des wissenschaftlichen Personals einer ganzen Hochschulklinik spielt dabei auch die Fachgebietsstruktur eine Rolle, da die genannten Relationen bei den einzelnen Fachgebieten sehr unterschiedlich sind.

Tabelle 15 enthält die entsprechenden Relationen für den Durchschnitt aller Hochschulkliniken nach Fachgebieten. Bei den einzelnen Fachgebieten [2]) entfielen auf eine Stelle für wissenschaftliches Personal

---

[1]) S. 278 ff.)

[2]) Ohne sonstige Fachgebiete, bei denen die Intensivstationen miterfaßt sind.

— 0,8 (Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) bis 4,9 (Frauenheilkunde, Geburtshilfe) planmäßige Betten,

— 15,2 (Radiologie einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin) bis 124,4 (Frauenheilkunde, Geburtshilfe) stationäre Patienten sowie

— 182,2 (Kinderheilkunde) bis 526,2 (Dermatologie, Venerologie) poliklinische Neuzugänge.

Tabelle 15

Planmäßige Betten, stationäre Patienten sowie poliklinische Neuzugänge je Stelle für wissenschaftliches Personal der Hochschulkliniken nach Fachgebieten

1974

Fachgebiete	Planmäßige Betten	Stationäre Patienten	Poliklinische Neuzugänge
	je Stelle für wissenschaftliches Personal		
	Anzahl		
Innere Medizin	3,4	70,0	185,8
Chirurgie, Urologie, Neurochirurgie	3,9	76,7	226,7
Orthopädie	4,2	54,0	285,9
Frauenheilkunde, Geburtshilfe	4,9	124,3	270,5
Kinderheilkunde	4,6	71,6	181,8
Augenheilkunde	4,1	92,0	440,7
HNO-Heilkunde	4,1	117,4	420,0
Dermatologie, Venerologie	4,1	54,7	525,1
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, klinische bzw. medizinische Psychologie, Neurologie	3,3	38,7	113,0
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	1,1	15,2	304,2
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	0,8	19,1	264,4
Sonstige (einschl. Intensivstationen)	3,0	175,6	—
Insgesamt	3,3	62,6	231,8

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Im Jahre 1974 kamen nach der Statistik der Krankenhäuser in den Universitätskrankenhäusern auf einen Krankenhausarzt 3,6 planmäßige Betten [1]) gegenüber einer Relation von 3,3 planmäßigen Betten je Stelle für wissenschaftliches Personal nach der Erhebung des Wissenschaftsrates. Die Differenz ist darauf zurückzuführen, daß bei der Erhebung des Wissenschaftsrates die nicht besetzten Stellen und die

[1]) Vgl. weiter unten Tabelle 25, S. 243.

Stellen für nichtärztliches wissenschaftliches Personal in die Berechnung einbezogen wurden.

Im Durchschnitt aller Krankenhäuser betrug 1974 die Zahl der planmäßigen Betten je Krankenhausarzt 12,3, und zwar

— bei den Sonderkrankenhäusern 31,8,

— bei den Krankenhäusern für Akut-Kranke 9,5,

— bei außeruniversitären Krankenhäusern der Maximalversorgung 6,0 [1]).

Bei einem Vergleich der genannten Relationen ist zu beachten, daß in diese Durchschnittswerte Krankenanstalten mit sehr unterschiedlichen Aufgabenstellungen eingegangen sind. Die niedrigen Relationen für die Universitätskrankenhäuser sind auch nicht ohne weiteres mit den Relationen der anderen Krankenhäuser zu vergleichen. Die Krankenversorgung in den Universitätskrankenhäusern ist als Maximalversorgung in der Regel besonders personalaufwendig und daher nur mit der in außeruniversitären Krankenhäusern der Maximalversorgung betriebenen Krankenversorgung zu vergleichen. Darüber hinaus obliegt den Universitätskliniken zusätzlich die Versorgung poliklinischer Patienten, deren Ausmaß sich daran ablesen läßt, daß im Jahre 1974 auf einen stationär behandelten Patienten fast vier poliklinische Neuzugänge kamen [2]). Nicht zuletzt aber hat das wissenschaftliche Personal der Universitätskliniken in erheblichem Umfang Aufgaben in Lehre und Forschung zu erfüllen, so daß es nur mit einem Teil seiner Arbeitszeit für die Krankenversorgung zur Verfügung steht. Die genannten Faktoren sind alle zu berücksichtigen, wenn man den Personaleinsatz in den Universitätskrankenhäusern mit dem in anderen Krankenanstalten beurteilen will.

B. Gesundheitswesen

Die Hochschulmedizin trägt mit ihren Kliniken und Polikliniken erheblich zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung bei und ist somit ein wesentlicher Bestandteil des Gesundheitswesens. Durch ihre Forschungs- und Ausbildungsfunktionen bestimmt sie aber auch den Stand der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Im folgenden wird die quantitative Entwicklung des Gesundheitswesens und der Beitrag der Hochschulmedizin hierzu aufgezeigt, soweit die statistischen Unterlagen dies erlauben. Hierfür können Daten über die Entwicklung der Zahl der Ärzte im Vergleich zur Bevölkerungsentwicklung, über die berufliche und fachliche Gliederung des Ärztebestandes sowie über die Zahl der Betten, der Ärzte und des Pflegepersonals in den Krankenhäusern herangezogen werden.

---

[1]) Vgl. Tabelle 25 des Tabellenteils, S. 338.

[2]) Vgl. weiter oben Tabelle 9, S. 221, und Tabelle 10, S. 222.

B. I. Bestand an Ärzten

I. 1. Entwicklung des Ärztebestandes und der Wohnbevölkerung

Im Deutschen Reich gab es im Jahre 1900 27 374 Ärzte. Der Bestand erhöhte sich in den folgenden Jahren auf 30 558 im Jahre 1909, auf 40 139 im Jahre 1924 und auf 47 527 im Jahre 1930. In den folgenden Jahren blieb der Ärztebestand nahezu konstant; 1939 betrug die Zahl der Ärzte 47 832. Insgesamt nahm der Bestand an Ärzten im Deutschen Reich von 1900 bis 1939 um 74,7 % zu.

Im Jahre 1900 betrug die Einwohnerzahl des Deutschen Reiches 56,4 Millionen. Bis 1909 erhöhte sie sich auf 63,7 Millionen. Infolge des ersten Weltkrieges reduzierte sich die Bevölkerungszahl bis 1924 auf 62,7 Millionen. In den folgenden Jahren nahm sie stetig zu und erreichte 1939 [1]) einen Stand von 69,3 Millionen; das waren 12,9 Millionen oder 23 % mehr als im Jahre 1900.

Tabelle 16

Wohnbevölkerung und Ärzte im Deutschen Reich [1])
1900, 1909, 1924, 1930 und 1939

Jahr	Wohnbevölkerung		Ärzte			
	1 000 Personen	1900=100	Anzahl	1900=100	Einwohner je Arzt	
					Anzahl	1900=100
1900	56 367	100	27 374	100	2 059	100
1909	63 717	113,0	30 558	111,6	2 085	101,3
1924	62 697	111,2	40 139	146,6	1 562	75,9
1930	65 084	115,5	47 527	173,6	1 369	66,5
1939	69 314	123,0	47 832	174,7	1 449	70,4

[1]) jeweiliger Gebietsstand, 1939 Gebietsstand 31. 12. 1937.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Bevölkerung und Wirtschaft, Langfristige Reihen 1871 bis 1957 für das Deutsche Reich und die Bundesrepublik Deutschland.

Wie Tabelle 16 zeigt, kamen im Jahre 1900 auf einen Arzt 2 059 Einwohner. Da die Zahl der Ärzte im Deutschen Reich bis 1939 erheblich stärker stieg als die Einwohnerzahl, ging die Zahl der Einwohner je Arzt bis 1939 auf 1 449 zurück, d. h. um rund 30 %. Diese Entwicklung hat hauptsächlich zwischen 1909 und 1924 stattgefunden.

In den Medizinempfehlungen von 1968 [2]) war bereits darauf hingewiesen worden, daß der zweite Weltkrieg eine völlig neue Situation mit sich brachte. Im Bundesgebiet kamen 1953 auf 51,6 Millionen Ein-

[1]) Gebietsstand 31. 12. 1937.
[2]) a. a. O., S. 213.

wohner 70 338 Ärzte, in der Deutschen Demokratischen Republik 1952 auf 18,3 Millionen Einwohner 13 740 Ärzte. Die Einwohnerzahl je Arzt betrug somit 1953 im Bundesgebiet 734, das sind 61 % der Einwohnerzahl je Arzt 1939 im Deutschen Reich, in der Deutschen Demokratischen Republik dagegen 1 332, d. h. 92 % der Zahl von 1939. Der Rückgang der Einwohnerzahl je Arzt 1952 bzw. 1953 gegenüber 1939 ist auf die hohen Studienanfängerzahlen der Jahre 1938 ff. im Deutschen Reich zurückzuführen.

Wie sich die Wohnbevölkerung und die Zahl der berufstätigen Ärzte im Bundesgebiet von 1953 bis 1974 entwickelt haben, zeigt die Tabelle 17.

Tabelle 17

Wohnbevölkerung und berufstätige Ärzte im Bundesgebiet 1953 bis 1974

Jahr	Wohnbevölkerung		Berufstätige Ärzte		Einwohner je berufstätigen Arzt	
	1 000 Personen	1953=100	Anzahl	1953=100	Anzahl	1953=100
1953	51 640	100	70 338	100	734	100
1955	52 698	102,0	73 014	103,8	722	98,4
1960	55 785	108,0	79 350	112,8	703	95,8
1965	59 297	114,8	85 801	122,0	691	94,1
1970	61 001	118,1	99 654	141,7	612	83,4
1974	61 991	120,0	114 661	163,0	541	73,7

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Von 1953 bis 1974 stieg im Bundesgebiet die Einwohnerzahl um 20 %, die Zahl der berufstätigen Ärzte dagegen um 63 %. Die Zahl der Einwohner je Arzt ging infolgedessen auf 541 zurück, d. h. um etwas mehr als ein Viertel. Bezieht man die 5 599 Medizinalassistenten in die Betrachtung ein, so kommen auf einen berufstätigen Arzt 515 Einwohner [1]).

Die Arztdichte ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Die niedrigste Einwohnerzahl je Arzt und damit die günstigste ärztliche Versorgung hatten 1974 die Stadtstaaten Berlin (312 Einwohner je Arzt, 57 % des Bundesdurchschnitts), Hamburg (344, 64 % des Durchschnitts) und Bremen (452, 85 % des Durchschnitts). Bei Hamburg und Bremen ist jedoch zu berücksichtigen, daß das Einzugsgebiet der Ärzte dieser Stadtstaaten über die Stadtgrenzen hinausgeht. In Tabelle 18 sind für alle Bundesländer die Wohnbevölkerung, die Zahl der berufstätigen Ärzte sowie die Einwohnerzahl je berufstätigen Arzt Ende 1974 dargestellt.

1) Vgl. auch Tabelle 19 des Tabellenteils, S. 327.

Tabelle 18

Wohnbevölkerung und berufstätige Ärzte nach Ländern am 31. Dezember 1974

Land	Wohnbevölkerung	Berufstätige Ärzte	Einwohner je berufstätigen Arzt	
	in 1 000	Anzahl		insgesamt = 100
Baden-Württemberg	9 226	17 289	534	98,7
Bayern	10 849	19 796	548	101,3
Berlin (West)	2 024	6 487	312	57,7
Bremen	724	1 602	452	83,5
Hamburg	1 734	5 039	344	63,6
Hessen	5 576	10 994	507	93,7
Niedersachsen	7 265	11 263	645	119,2
Nordrhein-Westfalen	17 218	29 995	574	106,1
Rheinland-Pfalz	3 688	5 783	638	117,9
Saarland	1 103	1 940	569	105,2
Schleswig-Holstein	2 584	4 473	578	106,8
Insgesamt	61 991	114 661	541	100

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Berufe des Gesundheitswesens.

I. 2. Arztdichte in der Bundesrepublik Deutschland und in anderen Ländern

Mit 541 Einwohnern je Arzt im Jahre 1974 steht die Bundesrepublik Deutschland hinsichtlich der Arztdichte im internationalen Vergleich sehr günstig da. Niedrigere Einwohnerzahlen je Arzt und damit eine höhere Arztdichte haben neben Israel (362 Einwohner je Arzt 1973) lediglich einige Ostblockstaaten:

Land	Jahr	Einwohner je Arzt
Sowjetunion	1973	348 [1]
Tschechoslowakei	1971	474
Ungarn	1971	476
Bulgarien	1971	528

[1] ohne Feldschers.

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Eine ähnliche Arztdichte wie die Bundesrepublik Deutschland haben die Deutsche Demokratische Republik mit 549 und Österreich mit 551 Einwohnern je Arzt im Jahre 1974.

Höhere Einwohnerzahlen je Arzt und damit eine niedrigere Arztdichte haben z. B.:

Land	Jahr	Einwohner je Arzt
Vereinigte Staaten von Amerika	1971	621
Schweden	1971	720
Frankreich	1971	721
Großbritannien und Nordirland	1972	751

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Wie im Bundesgebiet war auch in anderen Ländern die Einwohnerzahl je Arzt in früheren Jahren erheblich höher. So betrug sie im Jahre 1960

— in der Deutschen Demokratischen Republik 1 181 gegenüber 549 im Jahre 1974,

— in Frankreich 930 gegenüber 721 im Jahre 1971,

— in Großbritannien und Nordirland 1 017 gegenüber 751 im Jahre 1972.

In Tabelle 20 des Tabellenteils [1]) ist die Entwicklung der Einwohnerzahl, der Zahl der berufstätigen Ärzte sowie der Einwohnerzahl je Arzt ab 1960 für 24 Länder dargestellt.

Wegen der unterschiedlichen Verhältnisse in den einzelnen Ländern, insbesondere wegen der Verschiedenartigkeit der Sozialversicherungssysteme, geben die Unterschiede in den Einwohnerzahlen je Arzt nicht unbedingt die Unterschiede in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung wieder. Hierauf hat der Wissenschaftsrat schon in seinen Medizinempfehlungen von 1968 hingewiesen [2]).

I. 3. Ärzte nach der Berufsausübung

Die Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte stieg, wie bereits dargestellt, von 70 338 im Jahre 1953 bis 1974 um 44 323 oder 63 % auf 114 661. In den einzelnen Berufsbereichen war die Entwicklung sehr verschieden. So stieg in den Jahren 1953 bis 1974 die Zahl der berufstätigen Ärzte

— in freier Praxis von 44 195 um 9 678 oder 21,9 % auf 53 873,

— mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit von 21 438 um 28 903 oder 134,8 % auf 50 341 und

— im öffentlichen Gesundheitswesen, in Forschung und in Verwaltung von 4 705 um 5 742 oder 122 % auf 10 447.

1) S. 328 ff.
2) a. a. O., S. 94 ff.

Von der Zahl der zusätzlichen Ärzte 1974 gegenüber 1953 entfielen somit nahezu zwei Drittel auf die Ärzte mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit. Infolge dieser Entwicklung haben sich auch die Anteile der Berufsbereiche an der Zahl der berufstätigen Ärzte verändert. Der Anteil der berufstätigen Ärzte in freier Praxis ging von 62,8 % auf 47,0 % zurück, der Anteil der Ärzte mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit stieg dagegen von 30,5 % auf 43,9 % und erreichte damit fast den Anteilsatz der Ärzte in freier Praxis. Der Anteil der Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, in Forschung und in Verwaltung stieg von 6,7 % auf 9,1 %.

Die folgende Tabelle 19 zeigt die entsprechenden Zahlen in Fünfjahresabständen, Tabelle 15 des Tabellenteils [1]) die Zahlen für die einzelnen Jahre.

Tabelle 19

Berufstätige Ärzte nach der Berufsausübung
1953 bis 1974

Jahr	Berufstätige Ärzte						
	insgesamt	davon					
		in freier Praxis		mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit		im öffentlichen Gesundheitswesen, in Forschung, in Verwaltung	
	Anzahl		%	Anzahl	%	Anzahl	%
1953	70 338	44 195	62,8	21 438	30,5	4 705	6,7
1955	73 014	45 547	62,4	21 784	29,8	5 683	7,8
1960	79 350	49 225	62,0	22 646	28,5	7 479	9,4
1965	85 801	50 215	58,5	26 535	30,9	9 051	10,5
1970	99 654	50 731	50,9	38 655	37,8	10 268	10,3
1974	114 661	53 873	47,0	50 341	43,9	10 447	9,1

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Berufe des Gesundheitswesens.

Die in der Hochschulmedizin tätigen Ärzte sind bei den berufstätigen Ärzten mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit und im öffentlichen Gesundheitswesen, in Forschung und in Verwaltung erfaßt, dort jedoch nicht gesondert nachgewiesen. Im Jahre 1960 gab es in der Fächergruppe Theoretische Medizin 1 027, in der Fächergruppe Klinische Medizin 4 200, somit in der Humanmedizin zusammen 5 227 Stellen für wissenschaftliches Personal [2]). Nach der Erhebung des Personals an den Hochschulen [3]) betrug der Bestand der Universitäten an wissenschaftlichem Personal Ende 1974 in der Theoretischen Medizin 3 330, in der Klinischen Medizin 11 043, somit in der Humanmedizin ohne Zahnmedizin zusammen 14 373. Gemessen an der Gesamtzahl der berufs-

1) S. 319 f.
2) Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen bis 1970, S. 343.
3) Statistisches Bundesamt, Personal an Hochschulen 1974, S. 39.

tätigen Ärzte waren dies 1960 6,6 % und Ende 1974 12,5 %, gemessen an der Zahl der berufstätigen Ärzte mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit, im öffentlichen Gesundheitswesen sowie in Forschung und Verwaltung 17,4 % bzw. 23,6 %.

I. 4. Ärzte nach der Facharzttätigkeit

Die Zahl der berufstätigen Ärzte mit Facharzttätigkeit ist von 32 382 im Jahre 1960 bis 1974 um 18 142 oder 56 % auf 50 524 gestiegen, die Zahl der Ärzte ohne Facharzttätigkeit in den gleichen Jahren von 46 968 um 17 169 oder 37 % auf 64 137. Der Anteil der Ärzte mit einer Facharzttätigkeit an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte stieg von 40,8 % im Jahre 1960 auf 44,1 % im Jahre 1974.

Der Anstieg der Zahl der Fachärzte ist auf die starke Erhöhung der von den Ärztekammern ausgesprochenen Facharztanerkennungen zurückzuführen. Die Facharztanerkennungen stiegen von 1 590 im Jahre 1963 auf 4 854 im Jahre 1974, d. h. auf das Dreifache [1]).

Tabelle 20 enthält die Zahlen der berufstätigen Ärzte mit und ohne Facharzttätigkeit 1960 bis 1974 in Fünfjahresabständen sowie ihre Verteilung 1974 nach der Art ihrer Berufsausübung.

Tabelle 20

Berufstätige Ärzte mit und ohne Facharzttätigkeit 1960 bis 1974 sowie nach Berufsausübung 1974

Jahr — Berufsausübung	Berufstätige Ärzte				
	insgesamt	davon			
		mit Facharzttätigkeit		ohne Facharzttätigkeit	
	Anzahl		% 1)	Anzahl	% 1)
1960	79 350	32 382	40,8	46 968	59,2
1965	85 801	36 579	42,6	49 222	57,4
1970	99 654	41 647	41,8	58 007	58,2
1974	114 661	50 524	44,1	64 137	55,9
davon:					
in freier Praxis	53 873	26 336	48,9	27 537	51,1
darunter mit Krankenhaustätigkeit	4 502	3 912	86,9	590	13,1
mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit	50 341	20 549	40,8	29 792	59,2
im öffentlichen Gesundheitswesen, in Forschung, in Verwaltung	10 447	3 639	34,8	6 808	65,2

1) der ersten Zahlenspalte, d. h. der berufstätigen Ärzte insgesamt.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Berufe des Gesundheitswesens.

1) Vgl. Tabelle 18 des Tabellenteils, S. 325 f.

Der Anteil der Ärzte mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit, die keine Facharzttätigkeit ausüben, beträgt knapp 60 %. Dieser relativ hohe Anteil ist u. a. darauf zurückzuführen, daß hierin ein erheblicher Teil der Ärzte, die sich in Facharztausbildung befinden, enthalten ist, da die Facharztausbildung überwiegend in den Krankenhäusern stattfindet. Von den 50 524 Fachärzten des Jahres 1974 arbeiteten 26 336 oder 52,1 % in freier Praxis, 20 549 oder 40,7 % hatten eine hauptamtliche Krankenhaustätigkeit und 3 639 oder 7,2 % waren im öffentlichen Gesundheitswesen, in Forschung und Verwaltung tätig.

In Tabelle 16 des Tabellenteils [1]) ist die Zahl der berufstätigen Ärzte 1960 bis 1974 nach Fachgebieten untergliedert. Mehr als die Hälfte der Fachärzte entfielen 1974 auf die vier Fachgebiete Innere Medizin (13 559 oder 26,8 %), Chirurgie (5 896 oder 11,7 %), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (5 519 oder 10,9 %) sowie Kinderheilkunde (4 198 oder 8,3 %).

Wie sich die Fachärzte der einzelnen Fachgebiete 1974 auf die Berufsbereiche verteilten, ist in Tabelle 17 des Tabellenteils [2]) dargestellt. In freier Praxis tätig waren mit einem sehr hohen Anteil die Fachärzte für Augenheilkunde (86,5 %), für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (81,2 %), für Dermatologie und Venerologie (77,6 %), für Orthopädie (71,5 %), für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (61,8 %) sowie für Kinderheilkunde (59,4 %). Eine hauptamtliche Krankenhaustätigkeit hatten zu einem hohen Prozentsatz die Fachärzte für Anästhesie (90,2 %), für Neurochirurgie (89,6 %), für Kinder- und Jugendpsychiatrie (76,7 %) sowie für Chirurgie (68,5 %).

B. II. Versorgung der Bevölkerung in Krankenhäusern

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Krankenhäusern ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Von Bedeutung ist zunächst, welche Bettenzahl im Verhältnis zur Bevölkerungszahl zur Verfügung steht. Kennziffern für die Nutzung dieser Betten sind die durchschnittliche Verweildauer der stationär behandelten Patienten und die Bettenausnutzung. Relationen zwischen Bettenzahlen, Ärztezahlen und Zahlen des Pflegepersonals geben Anhaltspunkte über die Intensität der Versorgung der Patienten. Die Kosten der Versorgung der Bevölkerung in den Krankenhäusern spiegeln sich in den Pflegesätzen wider.

II. 1. Planmäßige Betten und stationäre Patienten in Krankenhäusern

Im Jahre 1960 waren in den Krankenhäusern 583 513 planmäßige Betten vorhanden; im Jahre 1974 waren es 716 530, das waren 133 017 oder 22,8 % mehr als 1960. In der gleichen Zeit erhöhte sich die Bevöl-

[1]) S. 321 f.
[2]) S. 323 f.

kerungszahl um 11,9 %[1]). 1960 kamen auf 100 000 Einwohner 1 053 planmäßige Betten, 1974 waren es 1 153, rund 10 % mehr als 1960.

Rund zwei Drittel der planmäßigen Betten waren Betten in Krankenhäusern für Akut-Kranke, das restliche Drittel Betten in Sonderkrankenhäusern. Von den rund 230 000 planmäßigen Betten der Sonderkrankenhäuser des Jahres 1974 befanden sich 49 % in Krankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie (einschl. der Heil- und Pflegeanstalten), 23 % in Kur-Krankenhäusern und 7 % in Tuberkulose-Krankenhäusern.

Tabelle 21 gibt die Entwicklung der Bettenzahlen 1960 bis 1974 in Fünfjahresabständen wieder.

Tabelle 21

Planmäßige Betten in Krankenhäusern
1960 bis 1974

Jahr	Planmäßige Betten in Krankenhäusern							
	insgesamt		davon				je 100 000 Einwohner	
			Krankenhäuser für Akut-Kranke		Sonderkrankenhäuser			
	Anzahl	1960=100	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	1960=100
1960	583 513	100	406 022	69,6	177 491	30,4	1 053	100
1965	631 447	105,7	423 219	67,0	208 228	33,0	1 077	102,3
1970	683 254	109,4	457 004	66,9	226 250	33,1	1 127	107,0
1974	716 530	111,9	486 326	67,9	230 204	32,1	1 155	109,7

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Krankenhäuser.

Nach der Trägerschaft der Krankenhäuser verteilen sich die planmäßigen Betten 1974 wie folgt:

Träger der Krankenhäuser	Planmäßige Betten	
	Anzahl	%
Öffentliche Krankenhäuser [1])	387 590	54,1
Freie gemeinnützige Krankenhäuser [2])	253 949	35,4
Private Krankenhäuser [3])	74 991	10,5
Insgesamt	716 530	100

1) Anstalten, die von Gebietskörperschaften, d. h. Bund, Land, Landschaftsverband, Gemeindeverband, Gemeinde, oder von Trägern der Sozialversicherung betrieben oder durch Hergabe von Geldmitteln überwiegend unterhalten werden. — 2) Anstalten, die von Stiftungen bzw. kirchlichen oder weltlichen Vereinigungen getragen werden. — 3) Anstalten, die aufgrund des § 30 der Reichsgewerbeordnung von einer höheren Verwaltungsbehörde konzessioniert sind.

1) Vgl. Tabelle 17, S. 233.

Tabelle 21 des Tabellenteils [1]) zeigt die Verteilung der planmäßigen Betten nach den Trägern der Krankenhäuser für die Jahre 1955 bis 1974.

In der Statistik der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes werden rund 42 500 planmäßige Betten in Hochschulkliniken ausgewiesen. Dies sind rund 1 000 oder mehr, als bei der Erhebung des Wissenschaftsrates erfaßt wurden [2]). Diese relativ kleine Abweichung ist auf Unterschiede in den Erhebungsverfahren und den Abgrenzungsmerkmalen zurückzuführen.

Nach der Statistik der Krankenhäuser betrug 1974 [3]) der Anteil der planmäßigen Betten in Hochschulkliniken an der Gesamtzahl der planmäßigen Betten rund 6 %. Die Hochschulkliniken waren überwiegend Krankenhäuser für Akut-Kranke (88 % der planmäßigen Betten der Hochschulkliniken). Der Anteil der Hochschulkliniken an den planmäßigen Betten betrug daher bei den Krankenhäusern für Akut-Kranke rund 8 % und bei den Sonderkrankenhäusern nur rund 2 %. Sehr hoch war allerdings der Anteil der Hochschulkliniken an den Sonderkrankenhäusern für Neurologie mit 13,6 %.

In den Krankenhäusern wurden im Jahre 1960 rund 7,4 Millionen Kranke stationär behandelt, im Jahre 1974 rund 10,3 Millionen, drei Millionen oder 40 % mehr als 1960. 1960 kamen auf ein planmäßiges Bett 12,6 stationär behandelte Kranke, 1974 dagegen 14,4, d. h. 14 % mehr als 1960. In den Krankenhäusern für Akut-Kranke betrug die Zahl der stationär behandelten Kranken je planmäßigem Bett 1960 16,3 und 1974 18,4, d. h. 13 % mehr als 1960, in den Sonderkrankenhäusern 1960 4,1 und 1974 5,8, d. h. 41 % mehr als 1960. In Tabelle 22 sind die Zahlen von 1960 bis 1974 in Fünfjahresabständen dargestellt. Nach der Erhebung des Wissenschaftsrates wurden 1974 in den Hochschulkliniken rund 795 000 Patienten stationär behandelt [4]). Das waren rund 8 % der in der Statistik der Krankenhäuser insgesamt erfaßten stationär behandelten Kranken und rund 9 % der in Krankenhäusern für Akut-Kranke stationär behandelten Kranken. Die Zahl der stationär behandelten Kranken je planmäßigem Bett betrug nach der Erhebung des Wissenschaftsrates in den Hochschulkliniken 19,1 gegenüber 18,4 bei allen Krankenhäusern für Akut-Kranke.

Die Zunahme der Zahl der stationär behandelten Kranken je Bett ist u. a. eine Folge der starken Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Kranken in den Krankenhäusern. Wie aus Tabelle 23 zu ersehen ist, ging die durchschnittliche Verweildauer von 1960 bis 1974 in den Krankenhäusern für Akut-Kranke um 20 %, in den Sonderkrankenhäusern um 41 % und im Durchschnitt aller Krankenhäuser um 21 % zurück. Mit 17,2 Tagen lag 1974 die durchschnittliche Ver-

---

1) S. 331.
2) Vgl. Tabelle 9, S. 221.
3) Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheitswesen 1974, S. 170.
4) Vgl. Tabelle 9, S. 221.

weildauer in allen Krankenhäusern für Akut-Kranke um 15 % über der durchschnittlichen Verweildauer der stationär behandelten Kranken in den Hochschulkliniken (14,9 Tage).

Tabelle 22

In den Krankenhäusern stationär behandelte Kranke insgesamt und je planmäßiges Bett

1960 bis 1974

Jahr	Stationär behandelte Kranke					
	insgesamt			je planmäßiges Bett		
	insgesamt	davon in		insgesamt	davon in	
		Krankenhäusern für Akut-Kranke	Sonderkrankenhäusern		Krankenhäusern für Akut-Kranke	Sonderkrankenhäusern
	1 000			Anzahl		
1960	7 350	6 620	730	12,6	16,3	4,1
1965	8 121	7 148	973	12,9	16,9	4,7
1970	9 337	8 190	1 147	13,7	17,9	5,1
1974	10 301	8 962	1 339	14,4	18,4	5,8

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Krankenhäuser.

Tabelle 23

Durchschnittliche Verweildauer der Kranken und durchschnittliche Bettenausnutzung in den Krankenhäusern

1960 bis 1974

Jahr	Durchschnittliche Verweildauer			Durchschnittliche Bettenausnutzung		
	Krankenhäuser					
	insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		Krankenhäuser für Akut-Kranke	Sonderkrankenhäuser		Krankenhäuser für Akut-Kranke	Sonderkrankenhäuser
	Tage			% 1)		
1960	28,7	21,6	106,6	93,2	92,2	95,7
1965	27,4	20,0	90,2	91,3	89,0	96,1
1970	24,9	18,3	77,8	88,5	86,8	92,0
1974	22,7	17,2	63,4	85,7	84,1	89,0

1) $\frac{\text{Pflegetage} \times 100}{\text{planmäßige Betten} \times 365}$

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Krankenhäuser.

Die im Verhältnis zur Bevölkerungsentwicklung überproportionale Zunahme der Zahl der planmäßigen Betten und der starke Rückgang der Verweildauer der Kranken führten zu einem Rückgang der Bettenausnutzung, wie Tabelle 23 zeigt, obwohl die Zahl der stationär behandelten Kranken je planmäßigem Bett gestiegen ist. Im Durchschnitt aller Krankenhäuser ging die Bettenausnutzung um rund 8 % zurück, bei den Krankenhäusern für Akut-Kranke um rund 9 % und bei den Sonderkrankenhäusern um rund 7 %.

II. 2. Ärzte und Pflegepersonal in Krankenhäusern

In den Jahren 1960 bis 1974 ist nach der Statistik der Berufe des Gesundheitswesens die Zahl der berufstätigen Ärzte mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit von 22 646 um 122 % auf 50 341 gestiegen und die Zahl der Ärzte in freier Praxis mit Krankenhaustätigkeit von 7 368 um 39 % auf 4 502 zurückgegangen; insgesamt erhöhte sich die Zahl der Ärzte in Krankenhäusern nach dieser Statistik von 30 014 um 83 % auf 54 843. Setzt man die Zahlen der berufstätigen Ärzte mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit nach der Statistik der Berufe des Gesundheitswesens mit den Zahlen der planmäßigen Betten in Krankenhäusern nach der Statistik der Krankenhäuser in Beziehung, so ergeben sich die in Tabelle 24 dargestellten Relationen. Hiernach ging die Zahl der planmäßigen Betten je Arzt mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit von 25,8 im Jahre 1960 auf 14,2 im Jahre 1974, d. h. um 45 %, und die Zahl der Betten je Arzt mit haupt- oder nebenamtlicher Tätigkeit in Krankenhäusern von 19,4 um 32 % auf 13,1 zurück.

Tabelle 24

Planmäßige Betten in Krankenhäusern und berufstätige Ärzte mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit

1960 bis 1974

Jahr	Planmäßige Betten in Krankenhäusern [1]		Berufstätige Ärzte mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit [2]		Planmäßige Betten je berufstätigen Arzt mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit	
	Anzahl	1960=100	Anzahl	1960=100	Anzahl	1960=100
1960	583 513	100	22 646	100	25,8	100
1965	631 447	108,2	26 535	117,2	23,8	92,2
1970	683 254	117,1	38 655	170,7	17,7	68,6
1974	716 530	122,8	50 341	222,3	14,2	55,0

[1] Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Krankenhäuser. — [2] Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Berufe des Gesundheitswesens.

In der Statistik der Krankenhäuser werden bei der Bildung der entsprechenden Relationen neben den hauptamtlichen Krankenhausärzten

die Belegärzte und die in den Krankenhäusern tätigen Zahnärzte einbezogen. Die sich dann ergebenden Relationen zeigt Tabelle 25.

Tabelle 25

Planmäßige Betten je Krankenhausarzt und je Pflegeperson 1960 bis 1974

Jahr	Planmäßige Betten je							
	Krankenhausarzt [1]				Pflegeperson			
	Krankenhäuser							
	insgesamt	und zwar in			insgesamt	und zwar in		
		Akut-	Sonder-	Universitäts-		Akut-	Sonder-	Universitäts-
		krankenhäusern				krankenhäusern		
	Anzahl							
1960	18,9	.	.	7,4	5,3	.	.	3,3
1965	18,2	13,9	48,5	8,4	4,7	4,7	7,7	2,8
1970	14,7	11,1	41,7	4,7	3,9	3,2	6,9	2,2
1974	12,3	9,5	31,8	3,6	3,0	2,5	5,8	1,7

1) einschl. Belegärzte und hauptamtliche Zahnärzte in Krankenhäusern.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Krankenhäuser.

Nach der Statistik der Krankenhäuser ging die Zahl der Betten je Krankenhausarzt in den Jahren 1960 bis 1974 von 18,9 um 35 % auf 12,3 zurück. In der gleichen Zeit wurde die Zahl der Betten je Pflegeperson von 5,3 um 43 % auf 3,0 reduziert. Außerdem ging in diesen Jahren, wie bereits erwähnt, die Bettenausnutzung in den Krankenhäusern im Durchschnitt um 8 % zurück.

In den Krankenhäusern für Akut-Kranke betrug 1974 die Zahl der Betten je Krankenhausarzt mit 9,5 nur etwas mehr als ein Drittel der Zahl bei den Sonderkrankenhäusern (31,8), in außeruniversitären Krankenhäusern der Maximalversorgung mit 6,0 [1]) knapp zwei Drittel der Zahl bei den Krankenhäusern für Akut-Kranke und an den Universitätskrankenhäusern wiederum mit 3,6 [2]) rund 60 % der Zahl an außeruniversitären Krankenhäusern der Maximalversorgung. Bei der Zahl der Betten je Pflegeperson waren die Differenzen nicht ganz so groß, wie Tabelle 25 zeigt.

1) Vgl. Tabelle 25 des Tabellenteils, S. 338.

2) Nach der Erhebung des Wissenschaftsrates kamen 1974 auf eine Stelle für wissenschaftliches Personal an den Hochschulkliniken 3,3 planmäßige Betten (vgl. Tabelle 15, S. 230). Diese Zahl ist etwas niedriger als die nach der Statistik der Krankenhäuser, da bei der Erhebung des Wissenschaftsrates die nicht besetzten Stellen und Stellen für nichtärztliches wissenschaftliches Personal in die Berechnung einbezogen wurden.

II. 3. Pflegesätze

Vom Wissenschaftsrat wurden bei fünf außeruniversitären Krankenhäusern der Maximalversorgung [1]) die Pflegesätze für die Jahre 1960, 1965 und 1970 bis 1975 erhoben. In Tabelle 26 sind sie den Pflegesätzen der Hochschulkliniken 1974 bis 1976 aus der Erhebung des Wissenschaftsrates bei den Hochschulkliniken gegenübergestellt [2]).

Tabelle 26

Pflegesätze außeruniversitärer Krankenhäuser der Maximalversorgung und der Hochschulkliniken

1960 bis 1976

Jahr	Pflegesätze			
	außeruniversitärer Krankenhäuser der Maximalversorgung		der Hochschulkliniken	
	DM	1960=100	DM	% 1)
1960	18,80	100	.	.
1965	33,16	176,4	.	.
1970	58,21	309,6	.	.
1971	70,79	376,5	.	.
1972	81,04	431,1	.	.
1973	106,04	537,4	.	.
1974	170,03	904,4	154,59	90,9
1975	179,25	953,5	170,29	95,0
1976	.	.	192,18	.

1) der Pflegesätze der außeruniversitären Krankenhäuser der Maximalversorgung.

Quelle: Erhebungen des Wissenschaftsrates.

Die Pflegesätze, Spiegelbild der Krankenhauskosten, sind an den befragten außeruniversitären Krankenhäusern der Maximalversorgung von 1960 bis 1974 auf das Zehnfache gestiegen. Die durchschnittlichen Pflegesätze der Hochschulkliniken lagen in den Jahren, in denen sie mit den Pflegesätzen der außeruniversitären Krankenhäuser der Maximalversorgung verglichen werden konnten, unter deren Pflegesätzen.

1) Mit einer Bettenzahl 1960 zwischen 360 und 995 sowie 1974 zwischen 472 und 1 159.

2) Vgl. auch Tabellen 11 und 25 des Tabellenteils, S. 312 f. und S. 338.

Tabellenteil

Seite

Verzeichnis der Tabellen:

Studienanfänger, Studenten, Prüfungen

1. Deutsche erstimmatrikulierte Studienanfänger sowie deutsche und ausländische Studenten der Universitäten und Gesamthochschulen 1952 bis 1975 247

2. Studenten im ersten Studienjahr, erstimmatrikulierte Studienanfänger sowie Zulassungen der Fächergruppe Humanmedizin 1950 bis 1976 248

3. Studenten der Humanmedizin Wintersemester 1950/51 bis Wintersemester 1975/76 251

4. Deutsche und ausländische Studienanfänger und Studenten der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) nach Hochschulen 1960, 1970 und 1973 bis 1975 254

5. Mit Erfolg abgelegte Abschlußprüfungen und Doktorprüfungen der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) sowie an Ärzte erteilte Approbationen 1953 bis 1973 bzw. 1974 256

Personal der Hochschulen

6. Stellen der Universitäten und Gesamthochschulen nach Fächergruppen und Stellenarten 1960, 1966, 1972 und 1975 257

7. Stellen für wissenschaftliches Personal und für Pflegepersonal der Humanmedizin nach Hochschulen 1960, 1970 und 1973 bis 1975 262

8. Stellen für wissenschaftliches Personal der vorklinischen und klinisch-theoretischen Fachgebiete nach Hochschulen und Fachgebieten 1974 265

Personal, Patienten, Betten und Pflegesätze der Hochschulkliniken

9. Stellen für wissenschaftliches Personal, Patienten sowie Betten der Hochschulkliniken nach Hochschulen 1974 276

10. Stellen für wissenschaftliches Personal der klinischen Fachgebiete, planmäßige Betten sowie Patienten der Hochschulkliniken nach Hochschulen und Fachgebieten 1974 278

11. Pflegesätze der Hochschulkliniken 1974 bis 1976 312

Vergleich der Zahlen über Studenten, Personal, Betten und Patienten — Seite

12. Deutsche und ausländische Studenten, Stellen für wissenschaftliches Personal sowie Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal der Universitäten und Gesamthochschulen nach Fächergruppen 1960, 1966 und 1975 — 314

13. Deutsche und ausländische Studienanfänger und Studenten der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) je Stelle für wissenschaftliches Personal der Humanmedizin nach Hochschulen 1960, 1970 und 1973 bis 1975 — 315

14. Planmäßige Betten, stationäre Patienten, poliklinische Neuzugänge sowie Untersuchungs- und Behandlungsfälle je deutschen und ausländischen Studienanfänger und Student der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) nach Hochschulen 1974 — 317

Berufstätige Ärzte

15. Berufstätige Ärzte und Medizinalassistenten 1953 bis 1974 — 319

16. Berufstätige Ärzte nach Fachgebieten 1960 bis 1974 — 321

17. Berufstätige Ärzte nach Fachgebieten und Berufsausübung 1974 — 323

18. Von den Ärztekammern ausgesprochene Facharztanerkennungen 1963 bis 1974 — 325

Wohnbevölkerung und berufstätige Ärzte

19. Wohnbevölkerung und Einwohner je berufstätigen Arzt 1953 bis 1974 — 327

20. Wohnbevölkerung, berufstätige Ärzte sowie Einwohner je Arzt ausgewählter Länder — 328

Krankenhäuser

21. Planmäßige Betten in Krankenhäusern 1955 bis 1974 — 331

22. Planmäßige Betten je Krankenhausarzt, Facharzt und Pflegeperson 1960 bis 1974 — 332

23. Durchschnittliche Verweildauer und durchschnittliche Bettenausnutzung an Akut- und Sonderkrankenhäusern nach dem Träger des Krankenhauses 1970 bis 1974 — 334

24. Durchschnittliche Verweildauer und durchschnittliche Bettenausnutzung an Akut- und Sonderkrankenhäusern nach Zweckbestimmung 1974 — 336

25. Ärzte, planmäßige Betten und Pflegesätze außeruniversitärer Krankenhäuser der Maximalversorgung 1960 bis 1975 — 338

Tabelle 1

Deutsche erstimmatrikulierte Studienanfänger sowie deutsche und ausländische Studenten der Universitäten und Gesamthochschulen[1])
1952 bis 1975

Jahr[2])	Deutsche erstimmatrikulierte Studienanfänger	Deutsche und ausländische Studenten[3])
	Anzahl	
1952	25 937	115 670
1953	25 171	117 445
1954	29 692	123 286
1955	30 702	129 691
1956	37 310	143 908
1957	36 683	160 137
1958	40 398	177 157
1959	42 083	191 323
1960	47 179	206 067
1961	51 276	220 716
1962	53.281	233 223
1963	50 961	242 520
1964	50 111	248 454
1965	46 433	253 201
1966	62 576	265 137
1967	55 824	270 787
1968	68 275	287 539
1969	69 479	305 386
1970	68 774	353 161
1971	71 008	396 833
1972	85 339	464 640
1973	88 495	512 065
1974	98 581	562 279
1975	100 129	600 994

[1]) einschl. Theologische Hochschulen.
[2]) Kalenderjahr, z.B. 1952 = Sommersemester 1952 und Wintersemester 1952/53.
[3]) jeweils Wintersemester, z.B. für 1952 Wintersemester 1952/53.

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Tabelle 2

Studenten im ersten Studienjahr, erstimmatrikulierte Studienanfänger sowie Zulassungen der Fächergruppe Humanmedizin 1950 bis 1976

Jahr[1]	Studenten im ersten Studienjahr[2]			Erstimmatrikulierte Studienanfänger[3]			Zulassungen bzw. Studienplätze[4]		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer
	Anzahl								
(1) Humanmedizin									
1950	2 206[5]	2 111	95	·	·	·	–	–	–
1951	2 253[5]	)2 086	167	·	·	·	–	–	–
1952	2 396[5]	2 133	263	2 271[6]	2 271[6]	·	–	–	–
1953	2 401[5]	2 083	318	2 214[6]	2 214[6]	·	–	–	–
1954	2 540[5]	2 540	·	2 758[6]	2 758[6]	·	–	–	–
1955	2 952[5]	2 459	493	3 384[6]	2 880[6]	504[6]	–	–	–
1956	·	·	·	4 246[7]	3 503	743[8]	–	–	–
1957	3 145[5]	3 145	·	4 500	3 400	1 100	–	–	–
1958	4 298	4 298	·	5 576	4 091	1 485	–	–	–
1959	5 364	5 364	·	6 357	5 085	1 272	–	–	–
1960	6 453	6 453	·	6 725	5 733	992	–	–	–
1961	6 779	6 779	·	7 510	6 567	943	–	–	–
1962	6 881	6 881	·	7 714	6 780	934	–	–	–
1963	5 697	5 697	·	6 133	5 254	879	–	–	–
1964	6 074	6 074	·	6 285	5 634	651	–	–	–
1965	6 144	6 144	·	5 549	5 041	508	·	6 393	·
1966	6 957	6 957	·	5 939	5 523	416	·	7 111	·
1967	5 980	5 559	421	4 753	4 449	304	·	5 503	·
1968	5 615	5 224	391	4 619	4 308	311	·	5 548	·
1969	5 406	5 043	363	3 893	3 675	218	·	5 458	·
1970	6 516	6 132	384	4 369	4 118	251	·	6 007	·
1971	6 900	6 471	429	4 204	3 949	255	·	6 368	·
1972	6 714	·	·	4 364	3 944	420	·	6 817	·
1973	·	·	·	4 691	4 185	506	·	7 592	·
1974	7 626	7 041	585	4 785	4 309	476	8 557	7 873	684
1975	·	·	·	5 270	4 866	404	8 996	8 276	720
1976	·	·	·	·	·	·	10 266	9 445	821
(2) Humanmedizin ohne Zahnmedizin									
1950	1 646[5]	1 567	79	·	·	–	–	–	–
1951	1 644[5]	1 496	148	·	·	·	–	–	–
1952	1 827[5]	1 625	202	1 777[6]	1 777[6]	·	–	–	–
1953	1 860[5]	1 663	197	1 791[6]	1 791[6]	·	–	–	–
1954	2 046[5]	2 046	·	2 271[6]	2 271[6]	·	–	–	–
1955	2 517[5]	2 120	397	2 857[6]	2 462[6]	395[6]	–	–	–
1956	·	·	·	3 632[7]	3 017	615[8]	–	–	–
1957	2 705[5]	2 705	·	3 812	2 931	881	–	–	–
1958	3 771	3 771	·	4 826	3 556	1 270	–	–	–

noch: Tabelle 2

Jahr[1])	Studenten im ersten Studienjahr[2])			Erstimmatrikulierte Studienanfänger[3])			Zulassungen bzw. Studienplätze[4])		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer
	Anzahl								
noch: (2) Humanmedizin ohne Zahnmedizin									
1959	4 759	4 759	·	5 561	4 491	1 070	–	–	–
1960	5 713	5 713	·	5 910	5 084	826	–	–	–
1961	6 010	6 010	·	6 583	5 812	771	–	–	–
1962	6 011	6 011	·	6 624	5 900	724	–	–	–
1963	4 881	4 881	·	5 025	4 421	604	–	–	–
1964	5 166	5 166	·	5 202	4 700	502	–	–	–
1965	5 195	5 195	·	4 631	4 215	416	·	5 308	·
1966	5 656	5 656	·	4 759	4 415	344	·	5 781	·
1967	4 830	4 461	369	3 780	3 522	258	·	4 458	·
1968	4 558	4 210	348	3 766	3 495	271	·	4 567	·
1969	4 426	4 098	328	3 222	3 029	193	·	4 521	·
1970	5 378	5 039	339	3 632	3 416	216	·	4 893	·
1971	5 859	5 479	380	3 567	3 341	226	·	5 405	·
1972	5 728	·	·	3 740	3 361	379	·	5 758	·
1973	·	·	·	3 986	3 534	452	·	6 429	·
1974	6 462	5 956	506	4 024	3 602	422	7 259	6 678	581
1975	·	·	·	4 472	4 121	351	7 682	7 068	614
1976	·	·	·	·	·	·	8 825	8 119	706
(3) Zahnmedizin									
1950	560[5])	544	16	·	·	·	–	–	–
1951	609[5])	590	19	·	·	·	–	–	–
1952	569[5])	508	61	494[6])	494[6])	·	–	–	–
1953	541[5])	420	121	423[6])	423[6])	·	–	–	–
1954	494[5])	494	·	487[6])	487[6])	·	–	–	–
1955	435[5])	339	96	527[6])	418[6])	109[6])	–	–	–
1956	·	·	·	614[7])	486	128[8])	–	–	–
1957	440[5])	440	·	688	469	219	–	–	–
1958	527	527	·	750	535	215	–	–	–
1959	605	605	·	796	594	202	–	–	–
1960	740	740	·	815	649	166	–	–	–
1961	769	769	·	927	755	172	–	–	–
1962	870	870	·	1 090	880	210	–	–	–
1963	816	816	·	1 108	833	275	–	–	–
1964	908	908	·	1 083	934	149	–	–	–
1965	949	949	·	918	826	92	–	1 085	–
1966	1 301	1 301	·	1 180	1 108	72	·	1 330	·
1967	1 150	1 098	52	973	927	46	·	1 045	·
1968	1 057	1 014	43	853	813	40	·	981	·
1969	980	945	35	671	646	25	·	937	·
1970	1 138	1 093	45	737	702	35	·	1 114	·
1971	1 041	992	49	637	608	29	·	963	·
1972	986	·	·	624	583	41	·	1 059	·

noch: Tabelle 2

Jahr[1]	Studenten im ersten Studienjahr[2]			Erstimmatrikulierte Studienanfänger[3]			Zulassungen bzw. Studienplätze[4]		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer
	Anzahl								
noch: (3) Zahnmedizin									
1973	·	·	·	705	651	54	·	1 163	·
1974	1 164	1 085	79	761	707	54	1 298	1 195	103
1975	·	·	·	798	745	53	1 314	1 208	106
1976	·	·	·	·	·	·	1 441	1 326	115

[1]) Kalenderjahr, z.B. 1950 = Sommersemester 1950 und Wintersemester 1950/51. – [2]) Studenten des 1. und 2. Fachsemesters im jeweiligen Wintersemester, z.B. 1950 = WS 1950/51; Quelle: Statistisches Bundesamt, Große Hochschulstatistik. – [3]) Quelle: Statistisches Bundesamt. – [4]) bis Sommersemester 1973 Zulassungen nach Angaben der Zentralen Registrierstelle für Studienbewerber, ab Wintersemester 1973/74 Studienplätze nach Angaben der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen. – [5]) ohne Saarland und ohne Berlin (West). – [6]) ohne Saarland. – [7]) ab WS 1956/57 einschl. Saarland. – [8]) ohne Berlin (West).

Tabelle 3

Studenten der Humanmedizin
Wintersemester 1950/51 bis Wintersemester 1975/76

Wintersemester	Studenten ohne Beurlaubte und Gasthörer							
	insgesamt	davon						
		deutsche Studenten					ausländische Studenten	
		insgesamt	davon					
			männlich	weiblich				
	Anzahl					%	Anzahl	%
(1) Humanmedizin								
1950/51[1])	15.877[2])	15 877	11 980	3.897		24,5	·	·
1951/52[1])	13 779[2])	13.779	10 210	3 569		25,9	·	·
1952/53[1])	12 631[2])	12 631	9.153	3 478		27,5	·	·
1953/54[1])	12 087[2])	12 087	8 560	3 527		29,2	·	·
1954/55[1])	13 773	12 219	8 449	3 770		30,9	1 554	11,3
1955/56[1])	14 864	12 815	8 592	4 223		33,0	2 049	13,8
1956/57	16 866	14 162	9 260	4 902		34,6	2 704	16,0
1957/58	19 241	15 591	10 144	5 447		34,9	3 650	19,0
1958/59	22 268	17 548	11 284	6 264		35,7	4 720	21,2
1959/60	25 854	20 271	12 958	7 313		36,1	5 583	21,6
1960/61	29 469	23 459	15 160	8 299		35,4	6 010	20,4
1961/62	33 099	26 791	17 559	9 232		34,5	6 308	19,1
1962/63	35 897	29 618	19 693	9 925		33,5	6 279	17,5
1963/64	37 281	31 125	20 897	10 228		32,9	6 156	16,5
1964/65	38 153	32 379	22 293	10 086		31,1	5 774	15,1
1965/66	38 670	33 468	23 815	9 653		28,8	5 202	13,5
1966/67	39 052	34 406	25 065	9 341		27,1	4 646	11,9
1967/68	38 330	34 160	25 213	8 947		26,2	4 170	10,9
1968/69	37 738	34 058	25 695	8 363		24,6	3 680	9,8
1969/70	37 550	34 251	26 385	7 866		23,0	3 299	8,8
1970/71	39 137	36 043	27 847	8 196		22,7	3 094	7,9
1971/72	40 990	37 949	29 195	8 754		23,1	3 041	7,4
1972/73	42 455	39 394	29 973	9 421		23,9	3 061	7,2
1973/74	45 204	41 934	31 412	10 522		25,1	3 270	7,2
1974/75	47 425	44 011	32 456	11 555		26,3	3 414	7,2
1975/76	50 176	46 579	33 770	12 809		27,5	3 597	7,2
(2) Humanmedizin ohne Zahnmedizin								
1950/51[1])	13 104[2])	13 104	9 816	3.288		25,1	·	·
1951/52[1])	11 011[2])	11 011	8 106	2 905		26,4	·	·
1952/53[1])	10 166[2])	10 166	7 295	2 871		28,2	·	·
1953/54[1])	9 883[2])	9 883	6 928	2 955		29,9	·	·
1954/55[1])	11 281	10 125	6 942	3 183		31,4	1 156	10,2
1955/56[1])	12 503	10 922	7 281	3 641		33,3	1 581	12,6
1956/57	14 491	12 321	8 024	4 297		34,9	2 170	15,0
1957/58	16 713	13 716	8 882	4 834		35,2	2 997	17,9
1958/59	19 587	15 606	9 973	5 633		36,1	3 981	20,3
1959/60	22 751	17 982	11 417	6 565		36,5	4 769	21,0

noch: Tabelle 3

Wintersemester	Studenten ohne Beurlaubte und Gasthörer						
	insgesamt	davon					
		deutsche Studenten				ausländische Studenten	
		insgesamt	davon				
			männlich	weiblich			
	Anzahl				%	Anzahl	%
noch: (2) Humanmedizin ohne Zahnmedizin							
1960/61	26 026	20 863	13 406	7 457	35,7	5 163	19,8
1961/62	29 247	23 831	15 529	8 302	34,8	5 416	18,5
1962/63	31 613	26 266	17 375	8 891	33,8	5 347	16,9
1963/64	32 679	27 479	18 349	9 130	33,2	5.200	15,9
1964/65	33 293	28 441	19 456	8 985	31,6	4 852	14,6
1965/66	33 688	29 299	20 681	8 618	29,4	4 389	13,0
1966/67	33 573	29 632	21 385	8 247	27,8	3 941	11,7
1967/68	32 604	29 026	21 174	7 852	27,1	3 578	11,0
1968/69	31 901	28 724	21 375	7 349	25,6	3 177	10,0
1969/70	31 668	28 756	21 822	6 934	24,1	2 912	9,2
1970/71	33 099	30 312	23 064	7 248	23,9	2 787	8,4
1971/72	34 764	31 991	24 179	7 812	24,4	2 773	8,0
1972/73	36 115	33 317	24 884	8 433	25,3	2 798	7,7
1973/74	38 698	35 703	26 211	9 492	26,6	2 995	7,7
1974/75	40 789	37 683	27 256	10 427	27,7	3 106	7,6
1975/76	43 260	40 033	28 445	11 588	28,9	3 227	7,5
(3) Zahnmedizin							
1950/51[1])	2 773[2])	2 773	2 164	609	22,0	.	.
1951/52[1])	2 768[2])	2 768	2 104	664	24,0	.	.
1952/53[1])	2 465[2])	2 465	1 858	607	24,6	.	.
1953/54[1])	2 204[2])	2 204	1 632	572	26,0	.	.
1954/55[1])	2 492	2 094	1.507	587	28,0	398	16,0
1955/56[1])	2 361	1 893	1 311	582	30,7	468	19,8
1956/57	2 375	1 841	1 236	605	32,9	534	22,5
1957/58	2 528	1 875	1 262	613	32,7	653	25,8
1958/59	2 681	1 942	1 311	631	32,5	739	27,6
1959/60	3 103	2 289	1 541	748	32,7	814	26,2
1960/61	3 443	2 596	1 754	842	32,4	847	24,6
1961/62	3 852	2 960	2 030	930	31,4	892	23,2
1962/63	4 284	3 352	2 318	1 034	30,8	932	21,8
1963/64	4 602	3 646	2 548	1 098	30,1	956	20,8
1964/65	4 860	3 938	2 837	1 101	28,0	922	19,0
1965/66	4 982	4 169	3 134	1 035	24,8	813	16,3
1966/67	5 479	4 774	3 680	1 094	22,9	705	12,9
1967/68	5 726	5 134	4 039	1 095	21,3	592	10,3
1968/69	5 837	5 334	4 320	1 014	19,0	503	8,6
1969/70	5 882	5 495	4 563	932	17,0	387	6,6
1970/71	6 038	5 731	4 783	948	16,5	307	5,1
1971/72	6 226	5 958	5 016	942	15,8	268	4,3

noch: Tabelle 3

Wintersemester	Studenten ohne Beurlaubte und Gasthörer						
	insgesamt	davon					
		deutsche Studenten				ausländische Studenten	
		insgesamt	davon				
			männlich	weiblich			
	Anzahl				%	Anzahl	%
noch: (3) Zahnmedizin							
1972/73	6 340	6 077	5 089	988	16,3	263	4,1
1973/74	6 506	6 231	5 201	1 030	16,5	275	4,2
1974/75	6 636	6 328	5 200	1 128	17,8	308	4,6
1975/76	6 916	6 546	5 325	1 221	18,7	370	5,3

[1]) ohne Saarland. - [2]) ohne ausländische Studenten.
Quelle: Statistisches Bundesamt, bis Wintersemester 1971/72 Kleine Hochschulstatistik; ab Wintersemester 1972/73: Hochschulbesuch, Ausgewählte Übersichten, Wintersemester 1975/76.

Tabelle 4

Deutsche und ausländische Studienanfänger und Studenten der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) nach Hochschulen
1960, 1970 und 1973 bis 1975

Hochschule	Deutsche und ausländische									
	Studienanfänger					Studenten				
	der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)									
	1960	1970	1973	1974	1975	1960	1970	1973	1974	1975
	Anzahl									
TH Aachen	–	66	200	200	240	–	403	855	1 061	1 287
FU Berlin	357	343	472	464	491	2 170	2 593	3 233	3 254	3 250
U Bochum	–	150	300	300	358	–	525	875	800	845
U Bonn	423	250	294	270	294	1 731	1 814	1 708	1 868	1 984
U Düsseldorf	–	160	301	350	377	562	856	1 245	1 314	1 631
U Erlangen-Nürnberg	403	220	260	268	315	1 682	1 392	1 379	1 507	1 617
GH Essen	–	–	–	–	75	–	150	346	482	720
U Frankfurt	333	255	360	360	360	1 081	1 368	1 752	1 828	1 931
U Freiburg	521	390	411	432	404	2 140	1 979	2 280	2 377	2 437
U Gießen	106	125	200	120	240	511	707	1 170	928	1 085
U Göttingen	129	163	240	227	254	884	1 218	1 384	1 404	1 476
U Hamburg	334	219	282	283	350	1 417	1 913	1 787	1 816	1 897
Medizinische Hochschule Hannover	–	144	200	200	241	–	518	866	976	1 095
U Heidelberg[1])	486	148	322	340	331	1 804	2 518	2 617	2 664	2 663
U Hohenheim	–	100	100	100	100	–	100	100	100	100
U Kiel	–	159	222	228	238	988	1 157	1 365	1 385	1 471
U Köln	531	331	323	345	343	1 581	1 706	1 967	2 096	2 179
Medizinische Hochschule Lübeck	–	47[2])	109[2])	64[2])	83[2])	–	272	291	267	298
U Mainz	208	277	347	411	336	1 088	1 346	1 845	2 038	2 206

noch: Tabelle 4

Hochschule	Deutsche und ausländische									
	Studienanfänger					Studenten				
	der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)									
	1960	1970	1973	1974	1975	1960	1970	1973	1974	1975
	Anzahl									
U Marburg	302	132	242	237	303	1 126	1 023	1 135	1 187	1 443
TU München	–	150	150	150	150	–	455	560	562	556
U München	418	289	419	700	700	2 749	2 934	3 489	3 672	3 755
U Münster	581	159	334	294	321	1 609	2 204	2 198	2 351	2 420
U Regensburg	–	70	120	150	180	–	70	215	274	349
U des Saarlandes	220	120	168	180	180	707	879	1 003	1 047	1 171
U Tübingen	270	360	240	240	240	1 402	1 458	1 583	1 640	1 657
U Ulm	–	60	144	144	144	–	112	554	625	684
U Würzburg	358	316	320	320	320	1 315	1 649	1 884	1 924	2 044
Insgesamt	5 980	5 203	7 080	7 377	7 968	26 547	33 306	39 699	41 447	44 251

[1]) einschl. Klinikum Mannheim der U Heidelberg. – [2]) Studenten des ersten klinischen Studienjahres.
Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Tabelle 5

Mit Erfolg abgelegte Abschlußprüfungen und Doktorprüfungen der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) sowie an Ärzte erteilte Approbationen 1953 bis 1973 bzw. 1974

Jahr	Mit Erfolg abgelegte								An Ärzte erteilte Approbationen
	Abschlußprüfungen				Doktorprüfungen				
	insgesamt	davon von			insgesamt	davon von			
		Deutschen	Ausländern			Deutschen	Ausländern		
	Anzahl			%	Anzahl			%	Anzahl
1953[1]	2 541	2 484	57	2,2	3 009	2 964	45	1,5	.
1954[1]	2 305	2 250	55	2,4	2 589	2 531	58	2,2	2 248
1955[1]	1 821	1 768	53	2,9	2 405	2 352	53	2,2	1 677
1956	1 590[1]	1 498	92	5,8	1 884[1]	1 813	71	3,8	1 038
1957	1 419[1]	1 297	122	8,6	1 758[1]	1 669	89	5,1	490
1958	1 808[1]	1 623	185	10,2	1 725[1]	1 565	160	9,3	585
1959	1 957	1 780	177	9,0	1 697	1 542	155	9,1	970
1960	2 231	2 023	208	9,3	1 649	1 491	158	9,6	1 183
1961	2 614	2 305	309	11,8	1 906	1 758	148	7,8	1 526
1962	2 890	2 565	325	11,2	2 060	1 900	160	7,8	1 969
1963	2 922	2 533	389	13,3	2 045	1 882	163	8,0	2 231
1964	3 539	3 049	490	13,8	2 328	2 141	187	8,0	2 413
1965	3 882[2]	3 368	514	13,2	2 470[2]	2 217	253	10,2	2 559
1966	4 262[2]	3 852	410	9,7	2 828[2]	2 610	218	7,7	2 768
1967	4 848[2]	4 314	534	11,0	3 239[2]	3 001	238	7,3	3 557
1968	4 909[2]	4 402	507	10,3	3 748[2]	3 478	270	7,2	4 353
1969	4 779[2]	4 263	516	10,8	3 928[2]	3 647	281	7,2	4 923
1970	4 695[2]	4 246	449	9,6	4 117[2]	3 794	323	7,8	9 752
1971	4 592[2]	4 162	430	9,4	3 740[2]	3 473	267	7,1	5 403
1972	4 979[2]	4 610	369	7,4	3 546[2]	3 315	231	6,5	4 960
1973	4 712[3]	4 338	374	7,9	3 043[3]	2 826	217	7,1	5 433
1974	.	.	.	.	.	.	.	.	5 173

[1] ohne Saarland. – [2] ohne Schleswig-Holstein. – [3] vorläufiges Ergebnis.
Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Hochschulprüfungen und Statistik der Berufe des Gesundheitswesens.

Tabelle 6

Stellen der Universitäten[1]) und Gesamthochschulen nach Fächergruppen und Stellenarten
1960, 1966, 1972 und 1975

Fächergruppe	Bestand				Zu- bzw. Abnahme (-)							
	1960	1966	1972	1975	1966 gegenüber 1960		1972 gegenüber 1966		1975 gegenüber 1972		1975 gegenüber 1960	
	Anzahl				Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
(1) Stellen insgesamt (2 und 6)												
Sprach- und Kulturwissenschaften	2 622	5 547	11 053	12 955	2 925	111,6	5 506	99,3	1 902	17,2	10 333	394,1
Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften	1 679	3 875	7 829	8 563	2 196	130,8	3 954	102,0	734	9,4	6 884	410,0
Mathematik, Naturwissenschaften	6 457	13 872	23 812	25 016	7 415	114,8	9 940	71,7	1 204	5,1	18 559	287,4
Humanmedizin	28 342	42 536	56 538	64 287	14 194	50,1	14 002	32,9	7 749	13,7	35 945	126,8
Veterinärmedizin	666	1 369	2 026	1 931	703	105,6	657	48,0	- 95	-4,7	1 265	189,9
Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften	1 767	2 762	3 187	3 337	995	56,3	425	15,4	150	4,7	1 570	88,9
Ingenieurwissenschaften	3 530	7 354	11 590	12 963	3 824	108,3	4 236	57,6	1 373	11,8	9 433	267,2
Kunst, Gestaltung, Musik	237	338	808	1 032	101	42,6	470	139,1	224	27,7	795	335,4
Sport, Leibeserziehung	183	304	812	1 119	121	66,1	508	167,1	307	37,8	936	511,5
Zentrale Einrichtungen und sonstige	329	3 165	30 037	45 142	2 836	·	26 872	·	15 105	50,3	44 813	13 621,0
Insgesamt	45 812	81 122	147 692	176 345	35 310	77,1	66 570	82,1	28 653	19,4	130 533	284,9
(2) Stellen für wissenschaftliches Personal (3 bis 5)												
Sprach- und Kulturwissenschaften	2 143	4 262	8 386	10 163	2 119	98,9	4 124	96,8	1 777	21,2	8 020	374,2
Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften	1 201	2 700	5 512	6 447	1 499	124,8	2 812	104,1	935	17,0	5 246	436,8

noch: Tabelle 6

Fächergruppe	Bestand				Zu- bzw. Abnahme (-)							
	1960	1966	1972	1975	1966 gegenüber 1960		1972 gegenüber 1966		1975 gegenüber			
									1972		1960	
	Anzahl				Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
noch: (2) Stellen für wissenschaftliches Personal (3 bis 5)												
Mathematik, Naturwissenschaften	3 132	6 772	11 879	13 579	3 640	116,2	5 107	75,4	1 700	14,3	10 447	333,6
Humanmedizin	5 574	9 460	14 546	16 956	3 886	69,7	5 086	53,8	2 410	16,6	11 382	204,2
Veterinärmedizin	181	496	695	680	315	174,0	199	40,1	- 15	-2,2	499	275,7
Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften	620	1 004	1 236	1 371	384	61,9	232	23,1	135	10,9	751	121,1
Ingenieurwissenschaften	1 941	3 845	5 831	7 165	1 904	98,1	1 986	51,7	1 334	22,9	5 224	269,1
Kunst, Gestaltung, Musik	172	243	567	748	71	41,3	324	133,3	181	31,9	576	334,9
Sport, Leibeserziehung	71	138	462	678	67	94,4	324	234,8	216	46,8	607	854,9
Zentrale Einrichtungen und sonstige	246	2 309	3 044	5 332	2 063	·	735	31,8	2 288	75,2	5 086	2 067,5
Insgesamt	15 281	31 229	52 158	63 119	15 948	104,4	20 929	67,0	10 961	21,0	47 838	313,1
(3) Stellen für Professoren und Dozenten[2])												
Sprach- und Kulturwissenschaften	1 047	1 384	2 703	3 672	337	32,2	1 319	95,3	969	35,8	2 625	250,7
Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften	570	869	1 653	2 253	299	52,5	784	90,2	600	36,3	1 683	295,3
Mathematik, Naturwissenschaften	1 021	1 802	3 519	4 296	781	76,5	1 717	95,3	777	22,1	3 275	320,8
Humanmedizin	617	1 234	2 747	3 303	617	100,0	1 513	122,6	556	20,2	2 686	435,3
Veterinärmedizin	66	117	210	216	51	77,3	93	79,5	6	2,9	150	227,3
Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften	192	288	415	472	96	50,0	127	44,1	57	13,7	280	145,8
Ingenieurwissenschaften	502	797	1 518	2 160	295	58,8	721	90,5	642	42,3	1 658	330,3
Kunst, Gestaltung, Musik	100	93	247	381	- 7	- 7,0	154	165,6	134	54,3	281	281,0

noch: Tabelle 6

Fächergruppe	Bestand				Zu- bzw. Abnahme (-)							
	1960	1966	1972	1975	1966 gegenüber 1960		1972 gegenüber 1966		1975 gegenüber			
									1972		1960	
	Anzahl				Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
noch: (3) Stellen für Professoren und Dozenten												
Sport, Leibeserziehung	1	1	108	165	–	–	107	·	57	52,8	164	16 400,0
Zentrale Einrichtungen und sonstige	157	1 128	383	938	971	·	– 745	-66,0	555	144,9	781	497,5
Insgesamt	4.273	7 713	13 503	17 856	3 440	80,5	5 790	75,1	4 353	32,2	13 583	317,9
(4) Stellen für wissenschaftliche Assistenten, Assistenzprofessoren[3])												
Sprach- und Kulturwissenschaften	754	1 801	2 953	3 281	1 047	138,9	1 152	64,0	328	11,1	2 527	335,1
Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften	591	1 670	2 571	2 987	1 079	182,6	901	54,0	416	16,2	2 396	405,4
Mathematik, Naturwissenschaften	1 834	4 010	5 445	5 927	2 176	118,6	1 435	35,8	482	8,9	4 093	223,2
Humanmedizin	4 750	7 575	9 812	9 618	2 825	59,5	2 237	29,5	– 194	– 2,0	4 868	102,5
Veterinärmedizin	108	331	417	324	223	206,5	86	26,0	– 93	-22,3	216	200,0
Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften	314	451	481	462	137	43,6	30	6,7	– 19	– 4,0	148	47,1
Ingenieurwissenschaften	1 242	2 552	3 124	3 554	1 310	105,5	572	22,4	430	13,8	2 312	186,2
Kunst, Gestaltung, Musik	60	107	150	168	47	78,3	43	40,2	18	12,0	108	180,0
Sport, Leibeserziehung	39	43	66	67	4	10,3	23	53,5	1	1,5	28	71,8
Zentrale Einrichtungen und sonstige	56	800	520	760	744	·	– 280	-35,0	240	46,2	704	1 257,1
Insgesamt	9 748	19 340	25 539	27 148	9 592	98,4	6 199	32,1	1 609	6,3	17 400	178,5
(5) Stellen für sonstige wissenschaftliche Beamte und Angestellte												
Sprach- und Kulturwissenschaften	342	1 077	2 730	3 210	735	214;9	1 653	153,5	480	17,6	2 868	838,6

noch: Tabelle 6

Fächergruppe	Bestand				Zu- bzw. Abnahme (-)							
	1960	1966	1972	1975	1966 gegenüber 1960		1972 gegenüber 1966		1975 gegenüber			
									1972		1960	
	Anzahl				Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
noch: (5) Stellen für sonstige wissenschaftliche Beamte und Angestellte												
Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften	40	161	1 288	1 207	121	302,5	1 127	700,0	- 81	- 6,3	1 167	2 917,5
Mathematik, Naturwissenschaften	277	960	2 915	3 356	683	246,6	1 955	203,6	441	15,1	3 079	1 111,6
Humanmedizin	207	651	1 987	4 035	444	214,5	1 336	205,2	2 048	103,1	3 828	1 849,3
Veterinärmedizin	7	48	68	140	41	585,7	20	41,7	72	105,9	133	1 900,0
Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften	114	265	340	437	151	132,5	75	28,3	97	28,5	323	283,3
Ingenieurwissenschaften	197	496	1 189	1 451	299	151,8	693	139,7	262	22,0	1 254	636,5
Kunst, Gestaltung, Musik	12	43	170	199	31	258,3	127	295,3	29	17,1	187	1 558,3
Sport, Leibeserziehung	31	94	288	446	63	203,2	194	206,4	158	54,9	415	1 338,7
Zentrale Einrichtungen und sonstige	33	381	2 141	3 634	348	·	1 760	461,9	1 493	69,7	3 601	10 912,1
Insgesamt	1 260	4 176	13 116	18 115	2 916	231,4	8 940	214,1	4 999	38,1	16 855	1 337,7
(6) Stellen für das übrige Personal[4])												
Sprach- und Kulturwissenschaften	479	1 285	2 667	2 792	806	168,3	1 382	107,5	125	4,7	2 313	482,9
Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften	478	1 175	2 317	2 116	697	145,8	1 142	97,2	- 201	- 8,7	1 638	342,7
Mathematik, Naturwissenschaften	3 325	7 100	11 933	11 437	3 775	113,5	4 833	68,1	- 496	- 4,2	8 112	244,0
Humanmedizin	22 768	33 076	41 992	47 331	10 308	45,3	8 916	27,0	5 339	12,7	24 563	107,9
Veterinärmedizin	485	873	1 331	1 251	388	80,0	458	52,5	- 80	- 6,0	766	157,9

noch: Tabelle 6

Fächergruppe	Bestand				Zu- bzw. Abnahme (-)							
	1960	1966	1972	1975	1966 gegenüber 1960		1972 gegenüber 1966		1975 gegenüber 1972		1975 gegenüber 1960	
	Anzahl				Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
noch: (6) Stellen für das übrige Personal[4])												
Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften	1 147	1 758	1 951	1 966	611	53,3	193	11,0	15	0,8	819	71,4
Ingenieurwissenschaften	1 589	3 509	5 759	5 798	1 920	120,8	2 250	64,1	39	0,7	4 209	264,9
Kunst, Gestaltung, Musik	65	95	241	284	30	46,2	146	153,7	43	17,8	219	336,9
Sport, Leibeserziehung	112	166	350	441	54	48,2	184	110,8	91	26,0	329	293,7
Zentrale Einrichtungen und sonstige	83	856	26 993	39 810	773	·	26 137	·	12 817	47,5	39 727	47 863,9
Insgesamt	30 531	49 893	95 534	113 226	19 362	63,4	45 641	91,5	17 692	18,5	82 695	270,9

[1]) einschl. Technische Hochschulen. – [2]) ordentliche und außerordentliche Professoren, Abteilungsvorsteher und Professoren, Wissenschaftliche Räte und Professoren, beamtete apl. Professoren und Universitätsdozenten. – [3]) einschl. Oberassistenten, -ärzte und -ingenieure; ohne Medizinalassistenten. – [4]) einschl. Medizinalassistenten.

Quellen: 1960 und 1966 Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen bis 1970, 1967, S. 341 ff.; 1972 und 1975 Statistisches Bundesamt, Personal an Hochschulen.

Tabelle 7

Stellen für wissenschaftliches Personal und für Pflegepersonal der Humanmedizin nach Hochschulen
1960, 1970 und 1973 bis 1975

Hochschule	1960	1970	1973	1974	1975
	Anzahl				
(1) Stellen für wissenschaftliches Personal und Pflegepersonal insgesamt (2 und 3)					
TH Aachen	-	675	970	1 100	1 129
FU Berlin	300[1]	797[1]	3 168	3 337	3 382
U Bochum	-	81	107	120	135
U Bonn	751	1 220	1 423	1 674	1 721
U Düsseldorf	·	·	1 652	1 676	1 726
U Erlangen-Nürnberg	606	1 127[2]	1 470	1 479	1 526
GH Essen	55[3]	566	748	756	768
U Frankfurt	1 037	1 630	1 864	1 913	1 912
U Freiburg	1 190	1 687	1 971	2 016	2 105
U Gießen	583	1 352	1 392	1 449	1 457
U Göttingen	599	1 042	1 336	1 503	1 524
U Hamburg	1 040	1 621	1 972	2 228	2 226
Medizinische Hochschule Hannover	-	1 027	1 616	1 786	1 866
U Heidelberg	1 202	1 651	1 934	1 946	2 026
Klinikum Mannheim der U Heidelberg	-	99	143	152	155
U Hohenheim	-	4	4	4	2
U Kiel	709	1 039	1 225	1 349	1 407
U Köln	868[4]	1 374[5]	1 603	1 796[6]	1 840
Medizinische Hochschule Lübeck	-	-	934	955	1 004
U Mainz	729	1 739	1 980	1 954	1 972
U Marburg	·	1 050	1 229	1 321	1 453
TU München	-	781	1 046	1 100	1 093
U München	1 313	1 766	2 406	2 668	2 820
U Münster	799	1 162	1 458	1 486	1 559
U Regensburg	-	57	57	55	55
U des Saarlandes	665	1 224	1 398	1 477	1 486
U Tübingen	919	1 366	1 748	1 804	1 970
U Ulm	-	267	480	573	603
U Würzburg	759	1 014	1 434	1 434	1 498
Insgesamt	14 124	27 418	38 768	41 111	42 420
(2) Stellen für wissenschaftliches Personal (ohne Verwaltungspersonal)					
TH Aachen	-	201	328	429	457
FU Berlin	300	797	1 106	1 227	1 260
U Bochum	-	81	107	120	135
U Bonn	228	458	576	763	778
U Düsseldorf	·	·	709	734	748
U Erlangen-Nürnberg	143	439[2]	617	620	638
GH Essen	-	451	525	533	545

noch: Tabelle 7

Hochschule	1960	1970	1973	1974	1975
	Anzahl				
noch: (2) Stellen für wissenschaftliches Personal (ohne Verwaltungspersonal)					
U Frankfurt	249	484	681	702	701
U Freiburg	393	632	799	821	838
U Gießen	142	501	564	582	586
U Göttingen	189	373	467	518	523
U Hamburg	311	612	713	794	794
Medizinische Hochschule Hannover	–	608	867	918	932
U Heidelberg	302	503	650	661	668
Klinikum Mannheim der U Heidelberg	–	91	135	144	147
U Hohenheim	–	4	4	4	2
U Kiel	172	311	396	424	459
U Köln	222[4]	436[5]	582	698[6]	702
Medizinische Hochschule Lübeck	–	–	270	283	298
U Mainz	157	465	715	695	713
U Marburg	·	347	491	572	585
TU München	–	252	399	421	418
U München	537	795	1 029	1 101	1 159
U Münster	288	505	709	721	720
U Regensburg	–	57	57	55	55
U des Saarlandes	235	447	506	536	533
U Tübingen	252	458	572	574	587
U Ulm	–	242	412	488	506
U Würzburg	278	406	554	554	563
Insgesamt	4 398	10 956	15 540	16 692	17 050
(3) Stellen für Pflegepersonal					
TH Aachen	–	474	642	671	672
FU Berlin	·	·	2 062	2 110	2 122
U Bonn	523	762	847	911	943
U Düsseldorf	·	·	943	942	978
U Erlangen-Nürnberg	463	688[2]	853	859	888
GH Essen	55	115	223	223	223
U Frankfurt	788	1 146	1 183	1 211	1 211
U Freiburg	797	1 055	1 172	1 195	1 267
U Gießen	441	851	828	867	871
U Göttingen	410	669	869	985	1 001
U Hamburg	729	1 009	1 259	1 434	1 432
Medizinische Hochschule Hannover	–	419	749	868	934
U Heidelberg	900	1 148	1 284	1 285	1 358
Klinikum Mannheim der U Heidelberg	–	8	8	8	8
U Kiel	537	728	829	925	948
U Köln	646	938	1 021	1 098	1 138

noch: Tabelle 7

Hochschule	1960	1970	1973	1974	1975
	Anzahl				
noch: (3) Stellen für Pflegepersonal					
Medizinische Hochschule Lübeck	-	-	664	672	706
U Mainz	572	1 274	1 265	1 259	1 259
U Marburg	·	703	738	749	868
TU München	-	529	647	679	675
U München	776	971	1 377	1 567	1 661
U Münster	511	657	749	765	839
U des Saarlandes	430	777	892	941	953
U Tübingen	667	908	1 176	1 230	1 383
U Ulm	-	25	68	85	97
U Würzburg	481	608	880	880	935
Insgesamt	9 726	16 462	23 228	24 419	25 370

[1]) Nur wissenschaftliches Personal. - [2]) 1969. - [3]) nur Pflegepersonal. - [4]) ohne Stellen für Professoren (H4, H3) und Akademische Räte. - [5]) ohne H3-Stellen und Stellen für Akademische Räte. - [6]) einschl. der Stellen in den medizinischen Instituten.

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Tabelle 8

Stellen für wissenschaftliches Personal[1]) der vorklinischen und klinisch-theoretischen Fachgebiete nach Hochschulen und Fachgebieten

1974

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal		
	insgesamt	darunter	
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte
	Anzahl		
(1) TH Aachen			
Anatomie	14	5	5
Physiologie	15	4	8
Physiologische Chemie	15	4	8
Pharmakologie/Toxikologie	10	2	6
Hygiene	8	2	3
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	11	2	6
Rechtsmedizin	8	1	3
Pathologie einschl. Neuropathologie	13	2	8
Dokumentation und Statistik	11	1	3
Zusammen	105	23	50
(2) FU Berlin			
Klinische Chemie	16	5	11
Anatomie	19	7	12
Physiologie	46	20	26
Physiologische Chemie	28	12	16
Pharmakologie/Toxikologie	37	9	28
Hygiene	26	12	14
Humangenetik	5	1	4
Medizinische Soziologie	6	2	4
Sozialmedizin	6	2	4
Rechtsmedizin	14	2	12
Pathologie einschl. Neuropathologie	41	8	33
Geschichte der Medizin	8	4	4
Dokumentation und Statistik	5	2	3
Zusammen	257	86	171
(3) U Bochum			
Anatomie	23	7	16
Physiologie	29	6	23
Physiologische Chemie	20	5	15
Pharmakologie/Toxikologie	7	2	5
Hygiene	4	1	3
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	14	4	10
Humangenetik	9	2	7
Arbeitsmedizin	1	1	-

noch: Tabelle 8

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal		
	insgesamt	darunter	
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte
	Anzahl		
noch: (3) U Bochum			
Sozialmedizin	3	1	2
Pathologie einschl. Neuropathologie	10	4	6
Sonstige Fachgebiete	3	1	2
Zusammen	123	34	89
(4) U Bonn			
Klinische Chemie	12	1	9
Anatomie	11	1	6
Physiologie	25	2	11
Physiologische Chemie	25	2	10
Pharmakologie/Toxikologie	17	1	5
Hygiene	28	3	11
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	13	1	5
Humangenetik	6	1	4
Rechtsmedizin	15	1	7
Pathologie einschl. Neuropathologie	31	3	15
Geschichte der Medizin	7	2	4
Dokumentation und Statistik	5	1	4
Zusammen	195	19	91
(5) U Düsseldorf			
Klinische Chemie	1	1	-
Anatomie	23	6	11
Physiologie	22	6	7
Physiologische Chemie	19	4	8
Pharmakologie/Toxikologie	19	3	8
Hygiene	10	2	4
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	16	3	8
Humangenetik	5	2	3
Arbeitsmedizin	2	1	-
Rechtsmedizin	11	3	6
Pathologie einschl. Neuropathologie	30	7	13
Geschichte der Medizin	3	1	2
Dokumentation und Statistik	3	1	1
Zusammen	164	40	71
(6) U Erlangen-Nürnberg			
Anatomie	8	·	5
Physiologie	15	·	9

noch: Tabelle 8

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal		
	insgesamt	darunter	
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte
	Anzahl		
noch: (6) U Erlangen-Nürnberg			
Physiologie Chemie	15	·	11
Pharmakologie/Toxikologie	6	·	4
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	19	·	13
Humangenetik	4	·	3
Sozialmedizin	5	·	4
Rechtsmedizin	10	·	6
Pathologie einschl. Neuropathologie	13	·	9
Geschichte der Medizin	2	·	2
Dokumentation und Statistik	5	·	4
Nicht auf Fachgebiete aufgeteilt	37	37	–
Zusammen	139	37	70
(7) GH Essen			
Anatomie	9	4	3
Physiologie	10	2	7
Physiologische Chemie	2	1	1
Pharmakologie	13	2	7
Hygiene[2])	9	2	4
Mikrobiologie[3]) (einschl. Virologie und Immunologie)	22	2	15
Rechtsmedizin	4	1	3
Pathologie einschl. Neuropathologie und Kinderpathologie	20	3	14
Medizinische Informatik und Biomathematik	1	1	·
Biophysik und Strahlenbiologie	2	2	·
Sonstige Fachgebiete	3	2	·
Zusammen	95	22	54
(8) U Frankfurt			
Anatomie	14	5	·
Physiologie	18	6	·
Physiologische Chemie	29	5	·
Pharmakologie/Toxikologie	16	4	·
Hygiene	7	2	·
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	14	2	·
Humangenetik	5	1	·
Medizinische Soziologie	2	1	·
Arbeitsmedizin	2	1	·

noch: Tabelle 8

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal		
	insgesamt	darunter	
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte
	Anzahl		
noch: (8) U Frankfurt			
Rechtsmedizin	13	4	.
Pathologie einschl. Neuropathologie	25	6	.
Geschichte der Medizin	5	2	.
Dokumentation und Statistik	9	3	.
Zusammen	159	42	.
(9) U Freiburg			
Anatomie	18	6	7
Physiologie	15	7	8
Physiologische Chemie	22	3	12
Pharmakologie/Toxikologie	10	2	6
Hygiene[4])	19	3	10
Humangenetik	9	1	3
Medizinische Soziologie	1	1	–
Rechtsmedizin	10	1	6
Pathologie einschl. Neuropathologie	26	5	14
Geschichte der Medizin	4	1	2
Dokumentation und Statistik	6	1	2
Biophysik	8	1	2
Sonstige Fachgebiete	5	1	1
Zusammen	153	33	73
(10) U Gießen			
Klinische Chemie[5])	19	3	3
Anatomie	15	3	2
Physiologie	18	4	.
Pharmakologie/Toxikologie	9	2	1
Hygiene	5	1	2
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	16	3	2
Sozialmedizin	3	1	2
Rechtsmedizin	6	1	3
Arbeitsmedizin	5	1	3
Pathologie einschl. Neuropathologie	14	2	.
Geschichte der Medizin	3	1	1
Dokumentation und Statistik	5	1	.
Zusammen	118	23	19
(11) U Göttingen			
Klinische Chemie	1	1	–
Anatomie	19	4	13
Physiologie	29	6	19

noch: Tabelle 8

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal		
	insgesamt	darunter	
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte
	Anzahl		
noch: (11) U Göttingen			
Physiologische Chemie	26	4	21
Pharmakologie/Toxikologie	20	4	14
Hygiene	4	1	3
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	13	3	8
Humangenetik	6	2	4
Medizinische Soziologie	3	1	2
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin	5	1	4
Rechtsmedizin	6	1	4
Pathologie einschl. Neuropathologie	16	4	12
Geschichte der Medizin	2	1	1
Dokumentation und Statistik	7	1	5
Zusammen	157	34	110
(12) U Hamburg			
Anatomie	20	5	12
Physiologie	17	5	9
Physiologische Chemie	28	3	12
Pharmakologie/Toxikologie	15	4	10
Hygiene	2	1	1
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	18	2	12
Humangenetik	8	1	3
Medizinische Soziologie	4	2	2
Arbeitsmedizin	3	2	1
Rechtsmedizin	10	2	5
Pathologie einschl. Neuropathologie	30	5	21
Geschichte der Medizin	2	1	·
Dokumentation und Statistik	11	2	·
Biophysik und Strahlenbiologie	6	1	3
Zusammen	174	36	91
(13) Medizinische Hochschule Hannover			
Klinische Chemie	15	2	11
Anatomie	22	5	16
Physiologie	23	6	15
Physiologische Chemie[6])	29	5	23
Pharmakologie/Toxikologie	19	4	14
Hygiene[4])	20	4	15
Humangenetik	5	1	3
Medizinische Soziologie, Sozialmedizin[7])	20	3	15

noch: Tabelle 8

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal		
	insgesamt	darunter	
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte
	Anzahl		
noch: (13) Medizinische Hochschule Hannover			
Rechtsmedizin	6	1	5
Pathologie einschl. Neuropathologie	32	4	25
Biometrie und medizinische Informatik	33	4	25
Sonstige Fachgebiete	27	3	19
Nicht auf Fachgebiete aufgeteilt	21	-	21
Zusammen	272	42	207
(14) U Heidelberg			
Hygiene	1	-	1
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	14	2	12
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin	12	2	10
Dokumentation und Statistik	2	-	2
Zusammen	29	4	25
(15) Klinikum Mannheim der U Heidelberg			
Anatomie	2	-	2
Pharmakologie/Toxikologie	4	1	3
Hygiene	8	3	5
Pathologie einschl. Neuropathologie	8	2	6
Dokumentation und Statistik	4	-	4
Zusammen	26	6	20
(16) U Hohenheim			
Anatomie (Histologie)	4	2	1
(17) U Kiel			
Anatomie	21	5	10
Physiologie	26	10	13
Pharmakologie/Toxikologie	12	2	7
Hygiene	16	3	10
Humangenetik	3	1	1
Arbeitsmedizin, Sozial-medizin, Rechtsmedizin	17	3	11
Pathologie einschl. Neuropathologie	21	4	10
Geschichte der Medizin	6	2	2
Dokumentation und Statistik	8	2	6
Zusammen	130	32	70

noch: Tabelle 8

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal		
	insgesamt	darunter	
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte
	Anzahl		
(18) U Köln			
Klinische Chemie	9	1	7
Anatomie	17	5	10
Physiologie	22	3	14
Physiologische Chemie	17	3	13
Pharmakologie/Toxikologie	9	3	3
Hygiene	8	1	4
Mikrobiologie (einschl. Virologie, Immunologie und Transfusionswesen)	7	–	6
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin	3	1	2
Rechtsmedizin	9	2	4
Pathologie einschl. Neuropathologie	23	6	14
Geschichte der Medizin	2	1	·
Dokumentation und Statistik	4	1	2
Zusammen	130	27	79
(19) Medizinische Hochschule Lübeck[8])			
Anatomie	3	1	·
Physiologie	5	1	·
Pharmakologie/Toxikologie	9	2	·
Hygiene	5	1	·
Mikrobiologie (einschl. Immunologie und Transfusionsmedizin)	12	2	·
Humangenetik	4	2	·
Rechtsmedizin	4	1	·
Pathologie	14	3	·
Dokumentation und Statistik	4	3	·
Sonstige Fachgebiete	1	–	·
Zusammen	61	16	·
(20) U Mainz			
Anatomie	17	4	6
Physiologie	20	4	10
Physiologische Chemie	29	4	12
Pharmakologie/Toxikologie	25	4	9
Hygiene	13,5	1	3
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	18	3	3
Arbeitsmedizin	2	1	·
Rechtsmedizin	11	2	4
Pathologie einschl. Neuropathologie	15	1	10
Geschichte der Medizin	3	1	1
Dokumentation und Statistik	9	1	5
Zusammen	162,5	26	63

noch: Tabelle 8

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal		
	insgesamt	darunter	
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte
	Anzahl		
(21) U Marburg			
Anatomie	15	4	5
Physiologie	18	7	10
Physiologische Chemie	26	6	17
Pharmakologie/Toxikologie	17	4	9
Hygiene	17	5	6
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	3	1	2
Humangenetik	5	1	2
Medizinische Soziologie	3	1	2
Arbeitsmedizin	4	1	2
Rechtsmedizin	5	1	2
Pathologie einschl. Neuropathologie	15	2	10
Geschichte der Medizin	3	1	·
Dokumentation und Statistik	5	1	4
Sonstige Fachgebiete	1	–	1
Zusammen	137	35	72
(22) TU München			
Klinische Chemie	12	3	9
Anatomie	8	2	6
Physiologie	6	2	4
Physiologische Chemie	7	2	5
Pharmakologie/Toxikologie	12	2	10
Hygiene[4])	11	1	10
Arbeitsmedizin	3	–	3
Rechtsmedizin	2	–	2
Geschichte der Medizin	5	3	2
Dokumentation und Statistik	7	1	6
Zusammen	73	16	57
(23) U München[9])			
Klinische Chemie	9	2	5
Anatomie	9	·	9
Physiologie[10])	69	·	52
Pharmakologie/Toxikologie	12	·	8
Hygiene[4])	12	·	7
Rechtsmedizin	6	·	4
Pathologie einschl. Neuropathologie	20	·	16
Geschichte der Medizin	5	·	2
Nicht auf Fachgebiete aufgeteilt	116	55	29
Zusammen	258	57	132

noch: Tabelle 8

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal		
	insgesamt	darunter	
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte
	Anzahl		
(24) U Münster			
Anatomie	21	6	15
Physiologie	22	5	13
Physiologische Chemie	17	4	11
Pharmakologie/Toxikologie	13	3	8
Hygiene	16	4	9
Humangenetik	11	3	7
Medizinische Soziologie	3	1	2
Sozialmedizin	10	2	4
Rechtsmedizin	10	1	5
Pathologie einschl. Neuropathologie	18	4	14
Geschichte der Medizin	7	2	2
Dokumentation und Statistik	13	2	6
Strahlenbiologie	14	3	8
Zusammen	175	40	104
(25) U Regensburg			
Anatomie	11	3	8
Physiologie	12	4	8
Physiologische Chemie	9	1	8
Zusammen	32	8	24
(26) U des Saarlandes			
Anatomie	12	5	1
Physiologie	16	6	4
Physiologische Chemie	12	5	2
Pharmakologie/Toxikologie	9	5	2
Hygiene[4])	10	4	·
Humangenetik	2	1	·
Arbeitsmedizin	3	1	·
Rechtsmedizin	5	1	1
Pathologie einschl. Neuropathologie	10	2	1
Zusammen	79	30	11
(27) U Tübingen			
Anatomie	11	4	7
Physiologie	17	3	14
Physiologische Chemie	20	4	16
Pharmakologie/Toxikologie	21	6	15
Hygiene	12	2	10
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	9	2	7
Humangenetik	6	3	3

noch: Tabelle 8

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal		
	insgesamt	darunter	
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte
	Anzahl		
noch: (27) U Tübingen			
Medizinische Soziologie	1	1	–
Arbeitsmedizin	4	1	3
Pathologie einschl. Neuropathologie	21	3	18
Geschichte der Medizin	3	1	2
Zusammen	125	30	95
(28) U Ulm			
Klinische Chemie	5	1	4
Anatomie	15	5	10
Physiologie	17	6	11
Physiologische Chemie	9	3	6
Pharmakologie/Toxikologie	6	2	4
Mikrobiologie (einschl. Virologie und Immunologie)	7	2	5
Humangenetik	4	2	2
Medizinische Soziologie	5	2	3
Pathologie einschl. Neuropathologie	18	5	13
Dokumentation und Statistik	10	3	7
Zusammen	96	31	65
(29) U Würzburg			
Anatomie	15	4	10
Physiologie	10	2	8
Physiologische Chemie	15	2	12
Pharmakologie/Toxikologie	17	2	14
Hygiene[4])	21	5	14
Rechtsmedizin	7	·	6
Pathologie einschl. Neuropathologie	14	1	13
Geschichte der Medizin	2	–	2
Zusammen	101	16	79
(30) Hochschulen insgesamt			
Klinische Chemie	99	20	59
Anatomie	396	108	208
Physiologie	542	127	303
Physiologische Chemie	419	82	239
Pharmakologie/Toxikologie	364	75	200
Hygiene[4])	518,5	98	263
Humangenetik	97	25	49
Medizinische Soziologie	48	15	30
Arbeits-, Sozial- und Rechtsmedizin	265	49	143
Pathologie einschl. Neuropathologie	498	86	295

noch: Tabelle 8

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal		
	insgesamt	darunter	
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte
	Anzahl		
noch: (30) Hochschulen insgesamt			
Geschichte der Medizin	72	24	29
Dokumentation und Statistik	167	32	89
Biophysik und Strahlenbiologie	30	7	13
Sonstige Fachgebiete	40	7	23
Nicht auf Fachgebiete aufgeteilt	174	92	50
Insgesamt	3 729,5	847	1 993

[1]) ohne Stellen für Biologie, Chemie und Physik. – [2]) einschl. Arbeitsmedizin. – [3]) einschl. Medizinische Untersuchungsstelle. – [4]) einschl. Mikrobiologie. – [5]) einschl. Immunologie und Humangenetik. – [6]) einschl. Klinische Biochemie. – [7]) einschl. Medizinische Psychologie. – [8]) 1975. – [9]) 1973. – [10]) einschl. Physiologische Chemie.

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Tabelle 9

Stellen für wissenschaftliches Personal, Patienten sowie Betten der Hochschulkliniken nach Hochschulen
1974

Hochschule	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Patienten			
		darunter			Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte		Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs und Behandlungsfälle
	Anzahl						Anzahl	
TH Aachen	324	26	199	1 170	25 170	12,5	40 067	·
FU Berlin	897	164	733	2 402	48 011	15,3	160 204	485 408
U Bochum	12[1])	5[1])	7[1])	–	–	–	·	·
U Bonn	554	24	401	1 754	31 381	16	127 984	332 787
U Düsseldorf	559	76	417	1 957	33 495	14,5	102 693	320 410
U Erlangen-Nürnberg	515	38	375	1 662	42 297[2])	11,8	115 425[2])	272 282[2])
GH Essen	432	52	312	1 713	32 871	12,6	84 184[3])	·
U Frankfurt	512	78	–	1 821	25 434[2])	17,1	144 066[2])	311 657[2])
U Freiburg	661	62	467	2 112	50 204	12,1	216 283	473 012
U Gießen	383	39	178	1 646	25 362	17,8	115 190	309 871
U Göttingen	419	48	371	1 387	28 891	12,8	96 511	299 056
U Hamburg	615	72	415	2 063	32 016	16,5	152 274	515 791
Medizinische Hochschule Hannover	618	48	534	806	17 126	9,6	71 704	224 750
U Heidelberg	632	83	549	2 063	41 412	13,4	219 337	611 786
Klinikum Mannheim der U Heidelberg	118	28	90					

noch: Tabelle 9

Hochschule	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Patienten			
		darunter			Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte		Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs und Behandlungsfälle
	Anzahl						Anzahl	
U Kiel	431[4]	43[4]	246[4]	1 552[4]	35 127	14,4	68 428	204 057
U Köln	549	56	423	1 882	29 933	16,9	116 600	273 708
Medizinische Hochschule Lübeck	221[2]	35[2]	·	1 029[2]	22 263[2]	14,2[2]	43 555[2]	·
U Mainz	553	29	357	1 850	37 252	·	116 529	340 921
U Marburg	402	57	238	1 390	27 192	12,6	125 051	383 339
TU München	331	42	299	1 311	28 845	13,4	88 770	313 197
U München	767[5]	62[5]	594[5]	2 389[5]	47 201	16,0	222 917	722 130
U Münster	530	73	422	1 401	25 058	17,6	107 796	363 751
U des Saarlandes	413	63	·	1 937	28 092	17,7	75 556	·
U Tübingen	586	62	524	2 302	38 717[2]	14,2	170 155[2]	436 794[2]
U Ulm	202	48	154	·	·	·	53 771	96 600
U Würzburg	453	30	345	1 921	41 387	14,8	105 737	317 469
Insgesamt	12 689	1 443	8 650	41 520	794 737	14,9	2 940 787	7 608 776

[1]) nur Zahnmedizin. – [2]) 1975. – [3]) je Quartal. – [4]) Februar 1975. – [5]) 1973.

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Tabelle 10

Stellen für wissenschaftliches Personal der klinischen Fachgebiete, planmäßige Betten sowie Patienten der Hochschulkliniken nach Hochschulen und Fachgebieten
1974

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
(1) TH Aachen								
Innere Medizin	60	4	38	214	5 892,5	10,3	3 599	·
Chirurgie	40	2	27	170	2 980	12,2	6 606	·
Urologie	14	1	8	60	1 309,5	14,0	2 123	·
Neurochirurgie	8	1	3	25	·	·	·	·
Orthopädie	13	1	10	70	1 056,5	17,5	3 497	·
Anästhesie	17	1	10	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	28	2	19	111	3 759,5	9,8	2 538	·
Kinderheilkunde	25	1	19	190	3 546	12,5	4 207	·
Augenheilkunde	10	2	5	42	712,5	14,6	3 708	·
HNO-Heilkunde	12	2	8	61	1 280,5	14,9	2 647	·
Dermatologie, Venerologie	13	1	10	87	2 029,5	6,6	2 048	·
Psychiatrie	20	2	12	70	669,5	25,3	1 305	·
Klinische bzw. medizinische Psychologie	4	1	–	–	–	–	–	–
Neurologie	23	1	12	51	1 366,5	10,3	2 024	·
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	25	3	15	19	567,5	6,9	878	·

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (1) TH Aachen								
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	12	1	3	–	–	–	4 887	·
Zusammen	324	26	199	1 170	25 170	12,5	40 067	·
(2) FU Berlin								
Innere Medizin	174	46	128	439	8 368	19,1	24 715[2])	81 047[3])
Chirurgie	77	8	69	307	4 899	18,3	15 158[2])	55 045[3])
Urologie	40	6	34	143	2 614	15,9	11 244[2])	33 594[3])
Neurochirurgie[1])	75	9	66	113	1 672	17,9	·	·
Orthopädie	12	3	9	·	·	·	9 447[2])	29 285[3])
Anästhesie	77	7	70	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	62	13	49	288	8 149	11,2	15 906[2])	34 170[3])
Kinderheilkunde	62	12	50	218	3 648	16,9	8 670[2])	26 817[3])
Augenheilkunde	43	4	39	147	3 205	15,3	12 991[2])	30 949[3])
HNO-Heilkunde	53	11	42	175	4 013	11,7	18 557[2])	68 827[3])
Dermatologie, Venerologie	47	11	36	60	676	27,6	23 365[2])	53 270[3])
Psychiatrie	71	16	55	187	993	64,3	3 911[2])	12 124[3])

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (2) FU Berlin								
Psychotherapie und Psychosomatik	8	3	5	.	.	.	.	.
Klinische bzw. medizinische Psychologie	9	2	7	.	.	.	.	.
Neurologie	.	.	.	80	841	26,2	10 952[2])	20 248[3])
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	87	13	74	85	1 093	17,3	5 288[2])	40 032[3])
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	.	.	.	46	862	14,0	.	.
Interdisziplinäre Stationen	.	.	.	114	6 978	5,0	.	.
Zusammen	897	164	733	2 402	48 011	15,3	160 204[2])	485 408[3])
(3) U Bochum								
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	12	5	7	–	–	–	–	–

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
(4) U Bonn								
Innere Medizin	99	4	75	345	5 722	17	13 686	34 662
Chirurgie	46	2	35	214	5 070	13	6 420	17 856
Urologie	9	1	7	50	766	16	2 536	5 460
Neurochirurgie	28	1	18	95	1 972	16	4 187	6 737
Orthopädie	16	1	11	80	962	27	5 281	37 962
Anästhesie	30	1	25	-	-	-	-	-
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	43	1	28	167	3 448	14	3 592	18 714
Kinderheilkunde	43	1	34	199	2 982	14	8 157	10 853
Augenheilkunde	42	2	29	141	2 596	17	24 205	33 425
HNO-Heilkunde	20	1	14	95	3 620	8	10 336	18 315
Dermatologie, Venerologie	27	1	21	140	1 501	24	7 336	18 792
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Klinische bzw. medizinische Psychologie, Neurologie	55	2	38	195	1 972	31	3 273	9 490
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	30	2	19	-	-	-	23 479	53 514
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	66	4	47	33	770	11	15 496	67 007
Zusammen	554	24	401	1 754	31 381	16	127 984	332 787

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
(5) U Düsseldorf								
Innere Medizin	130	21	97	456	9 046	13,7	17 462	26 822
Chirurgie	78	8	59	328	5 172	17,5	14 208	39 393
Urologie	16	1	12	70	1 638	12,8	2 503	4 138
Neurochirurgie	20	2	16	69	1 078	16,2	1 969	2 014
Orthopädie	26	3	19	119	1 060	29,4	3 269	7 680
Anästhesie	35	3	27	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	37	6	27	137	3 203	11,2	9 264	9 577
Kinderheilkunde	59	6	45	218	3 575	16,6	7 582	9 202
Augenheilkunde	18	2	15	101	2 517	11,9	7 079	24 563
HNO-Heilkunde	18	1	15	85	2 298	10,6	7 098	15 741
Dermatologie, Venerologie	27	3	20	87	1 229	20,4	9 195	23 195
Psychiatrie[5])	15	4	9	140	.	.	.	.
Klinische bzw. medizinische Psychologie	2	1	1	–	–	–	–	–
Neurologie	15	4	11	54	792	19,4	2 606	2 606
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	11	2	7	15	184	19,0	787	20 844

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (5) U Düsseldorf								
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	52	9	37	78	1 703	12,6	19 671	134 635
Zusammen	559	76	417	1 957	33 495	14,5	102 693	320 410
(6) U Erlangen-Nürnberg[6])								
Innere Medizin	73	4	57	286	8 024	9,81	16 964	40 934
Chirurgie	71	5	55	320[7])	11 148[7])	9,53[7])	30 224[7])	56 216[7])
Urologie	9	.	6	.	.	.	.	.
Neurochirurgie	12	1	9	45	1 015	14,96	1 694	2 456
Orthopädie	8	.	6	.	.	.	.	.
Anästhesie	34	.	28	-	-	-	-	-
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	44	2	33	220	6 035	10,48	13 693	17 913
Kinderheilkunde	45	4	35	245	4 740	14,68	4 108	17 883
Augenheilkunde	20	1	16	97	2 547	12,30	11 308	21 175
HNO-Heilkunde	29	2	21	120	4 274	9,86	15 089	20 229
Dermatologie, Venerologie	26	1	19	129	1 949	19,39	9 420	26 548

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (6) U Erlangen-Nürnberg[6])								
Psychiatrie	37	5	26	160[4])	1 720[4])	25,84[4])	4 018[4])	16 471[4])
Neurologie	35	4	24	.	.	.	.	.
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	9	.	4	–	–	–	.	.
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	48	4	31	40	845	13,42	8 907	52 457
Nicht auf Fachgebiete aufgeteilt	15	5	5	–	–	–	–	–
Zusammen	515	38	375	1 662	42 297	11,82	115 425	272 282
(7) GH Essen[8])								
Innere Medizin	81	10	59	357	10 273	8,8	11 380	.
Chirurgie	43	4	32	186	3 606	14,17	9 800	.
Urologie	15	2	12	70	1 402	13,77	4 350	.
Neurochirurgie	17	2	12	70	1 606	14,62	4 500	.
Orthopädie	17	2	13	36	522	18,44	5 650	.
Anästhesie	22	2	17	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	23	3	18	161	2 201	13,80	6 100	.

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (7) GH Essen[8])								
Kinderheilkunde	47	7	33	258	4 066	14,79	7 050	·
Augenheilkunde	30	3	23	121	2 818	12,49	6 050	·
HNO-Heilkunde	24	2	19	117	2 523	9,62	5 200	·
Dermatologie	24	3	17	114	1 763	19,72	8 150	·
Psychiatrie	30	3	20	54	·	·	·	·
Neurologie	22	1	14	66	663	30,83	2 400	·
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	33	7	21	86	1 428	11,98	8 000	·
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	4	1	2	17	·	·	5 554	·
Zusammen	432	52	312	1 713	32 871	12,65	84 184	·
(8) U Frankfurt[9])								
Innere Medizin	99	19	·	359	4 232	20,9	28 751	70 378
Chirurgie	45	6	·	245	2 620	22,7	14 660	47 180
Urologie	10	1	·	57	1 025	14,1	3 940	10 627
Neurochirurgie	15	3	·	72	595	23,9	1 010	2 169

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (8) U Frankfurt[9])								
Orthopädie	4	1	·	·	·	·	·	·
Anästhesie	42	3	·	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	44	7	·	179	3 500	12,9	19 867	38 693
Kinderheilkunde	51	5	·	255	1 836	21,9	12 560	27 015
Augenheilkunde	22	3	·	87	1 666	15,4	12 797	25 628
HNO-Heilkunde	21	6	·	90	2 031	9,9	9 689	16 439
Dermatologie, Venerologie	27	3	·	126	929	24,5	18 114	51 971
Psychiatrie	64	6	·	226	2 477	22,8	4 596	14 905
Klinische und medizinische Psychologie	2	1	·	–	–	–	–	–
Neurologie	14	1	·	73	788	22,9	3 670	6 652
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	41	7	·	52	393	22,8	14 412	·
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	11	6	·	·	236	6,1	·	·
Intensivstationen	–	–	–	·	3 106	5,7	–	–
Zusammen	512	78	·	1 821	25 434	17,1	144 066	311 657

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
(9) U Freiburg								
Innere Medizin	150	16	109	452	13 429	9,5	36 688	81 599
Chirurgie	93[10])	9[10])	61[10])	472[10])	11 249[10])	11,4[10])	30 910	100 018
Urologie	.	.	.	.	.	.	2 625	9 850
Neurochirurgie	21	3	13	48	1 088	14,4	1 500	2 686
Orthopädie	.	.	.	.	.	.	5 713	17 105
Anästhesie	41	2	32	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	47	4	31	237	6 253	11,9	10 056	16 247
Kinderheilkunde	54	3	41	245	5 322	14,1	13 500	.
Augenheilkunde	30	2	23	140	2 980	10,7	12 215	22 759
HNO-Heilkunde	28	3	21	140	3 396	11,6	14 594	25 672
Dermatologie, Venerologie	22	3	11	82	1 138	18,4	33 093	69 992
Psychiatrie	48[11])	5[11])	31[11])	148[12])	1 499[12])	32,3[12])	5 073	7 785
Psychotherapie	8	1	5	.	.	.	272	800
Neurologie	18	2	12	99	2 215	13,6	8 097	8 696
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Neklearmedizin)	16	1	12	.[13])	.[13])	.[13])	28 614	77 887
Zahn-, Mund- und Kinderheilkunde	76	7	58	49	1 635	9,1	13 333	31 916

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (9) U Freiburg								
Sonstige Fachgebiete	9	1	7	–	–	–	–	–
Zusammen	661	62	467	2 112	50 204	12,1	216 283	473 012
(10) U Gießen								
Innere Medizin	62	6	23	278	4 718	17,57	24 487	48 588
Chirurgie[14])	66[10])	5[10])	40[10])	244	4 557	15,37	17 881	41 863
Urologie	.	.	.	56	921	13,06	4 527	9 902
Neurochirurgie	16	1	7	52	957	13,73	2 811	3 614
Orthopädie	35	3	17	168	1 952	25,5	8 160	16 825
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22	1	11	116	2 875	10,33	8 694	14 884
Kinderheilkunde	35	4	18	195	2 437	19,73	4 440	13 558
Augenheilkunde	.	.	10	104	1 440	18,90	7 271	22 860
HNO-Heilkunde	32[15])	3[15])	8	72	1 808	8,35	6 929	14 082
Dermatologie, Venerologie	20	2	7	127	1 307	24,34	11 551	30 695
Psychiatrie	23	3	16	100	817	42,22	1 745	2 799
Psychotherapie und Psychosomatik	19	4	6	18	53	52,25	967	2 792

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch (10) U Gießen								
Neurologie	24	4	13	68	1 080	20,12	5 115	7 628
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	29	3	2	48	440	26,75	3 126	28 328
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	.	.	.	.	.	.	7 486	51 453
Zusammen	383	39	178	1 646	25 362	17,77	115 190	309 871
(11) U Göttingen								
Innere Medizin	58	7	51	143	4 228	10,1	8 150	29 813
Chirurgie	45	2	43	236	4 836	12,5	15 575[16])	53 659[16])
Urologie	7	1	6	57	640	13,9	.	.
Neurochirurgie	16	1	15	37	1 238	8,3	887	2 150
Orthopädie	11	2	9	40	657	22,1	.	.
Anästhesie	31	4	27	10	206	12,6	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	31	2	29	178	3 630	13,0	5 318	20 579

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (11) Göttingen								
Kinderheilkunde	38	4	34	194	3 887	11,1	14 284	23 538
Augenheilkunde	20	1	19	102	1 705	16,3	10 841	19 980
HNO-Heilkunde	15	2	13	67	2 074	8,3	9 313	23 485
Dermatologie, Venerologie	24	3	21	105	1 613	18,3	11 768	36 429
Psychiatrie	55	6	49	102	1 759	18,1	4 501	6 718
Klinische bzw. medizinische Psychologie	6	2	4	–	–	–	–	–
Neurologie	7	1	6	101	2 012	15,2	6 671	8 185
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	24	5	19	2	·	·	575	18 678
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	31	5	26	13	406	9,8	8 628	55 842
Zusammen	419	48	371	1 387	28 891	12,8	96 511	299 056
(12) U Hamburg								
Innere Medizin	75	11	54	366[17])	4 015[17])	17,5[17])	9 024[17])	90 831[17])
Chirurgie	75	9	48	247	3 570	13,5	14 322	52 225
Urologie	11	1	8	55	792	14,4	3 006	6 108

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (12) U Hamburg								
Neurochirurgie	14	2	9	60	733	17,0	–	–
Orthopädie	22	2	18	120	1 438	19,8	5 231	41 213
Anästhesie	32	3	25	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	47	5	30	185	5 910	9,1	12 129	13 822
Kinderheilkunde	45	8	32	226[17])	2 690[17])	15,8[17])	13 942[17])	16 324[17])
Augenheilkunde	32	2	20	110	2 510	12,7	8 856	26 704
HNO-Heilkunde	25	2	15	110	3 123	8,1	10 825	25 958
Dermatologie, Venerologie	27	3	19	147	1 725	20,1	12 596	23 773
Psychiatrie	53	5	27	203	1 516	41,7	2 433	5 297
Psychosomatik	10	2	4	–	–	–	–	–
Medizinische Psychologie	4	2	2	–	–	–	–	–
Neurologie	28	3	22	94	989	19,8	10 245	15 179
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	45	5	30	50	463	18,4	35 821	73 133
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	70	7	52	90	1 646	16,4	13844	125 224
Intensivstationen	.	.	.	.	896	.	–	–
Zusammen	615	72	415	2 063	32 016	16,5	152 274	515 791

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
(13) Medizinische Hochschule Hannover								
Innere Medizin	131	10	115	151	5 782	6,52	14 240	58 000
Chirurgie	107[7])	6[7])	97[7])	178	3 404	10,63	20 292	31 000
Urologie	.	.	.	36	481	10,30	2 427	9 000
Neurochirurgie	36	1	34	54	621	12,27	1 244	5 250
Orthopädie	7	2	5	.	.	.	.	.
Anästhesie	52	2	45	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	26	3	23	.	.	.	.	.
Kinderheilkunde	32	4	25	101	1 697	11,60	5 183	14 250
Augenheilkunde	23	2	20	36	568	11,59	4 593	12 500
HNO-Heilkunde	20	2	17	59	2 153	7,17	4 880	24 250
Dermatologie, Venerologie	7	1	5	.	.	.	.	.
Psychiatrie	.	.	.	.	693	23,80	1 079	7 500
Psychotherapie und Psychosomatik	44[18])	3[18])	39[18])	.	.	.	.	.
Neurologie	20	2	18	72	833	11,74	2 869	8 000
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	77	5	61	30	586	12,36	9 504	34 500

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: Medizinische Hochschule Hannover								
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	36	5	30	12	308	9,53	5 393	20 500
Interdisziplinäre Stationen	·	·	·	25	–	–	–	–
Intensivstationen	·	·	·	52	·	4,62	–	–
Zusammen	618	48	534	806	17 126	9,65	71 704	224 750
(14) U Heidelberg								
Innere Medizin	138	18	120	360	7 886	13,94	41 251	110 679
Chirurgie	91	9	82	403[19])	10 081[19])	11,62[19])	41 459[10])	166 685[19])
Urologie	12	1	11	·	·	·	·	·
Neurochirurgie	9	1	8	·	·	·	·	·
Orthopädie	5	3	2	·	·	·	·	·
Anästhesie	35	2	33	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	39	5	34	193	6 673	8,07	26 782	49 759
Kinderheilkunde	64	7	57	288	5 336	12,36	18 403	38 369
Augenheilkunde	26	3	23	111	2 507	11,66	13 464	29 330
HNO-Heilkunde	24	3	21	98	2 420	9,27	11 834	20 318
Dermatologie, Venerologie	28	5	23	147	1 915	17,73	20 601	64 488

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (14) U Heidelberg								
Psychiatrie[11])	51	7	44	188	1 268	35,85	1 521	6 164
Psychotherapie und Psychosomatik[11])	18	3	15	24	118	58,77	2 109	16 992
Neurologie	26	5	21	93	1 249	19,06	7 263	11 631
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	32	6	26	115	943	25,12	17 118	39 210
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	34	5	29	43	1 016	10,20	17 532	58 161
Zusammen	632	83	549	2 063	41 412	13,04	219 337	611 786
(15) Klinikum Mannheim der U Heidelberg[37])								
Innere Medizin	24	4	20	.	.	.	.	.
Chirurgie	16	4	12	.	.	.	.	.
Urologie	4	1	3	.	.	.	.	.
Orthopädie	8	1	7	.	.	.	.	.
Anästhesie	5	1	4	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	9	3	6	.	.	.	.	.

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (15) Klinikum Mannheim der U Heidelberg [37]								
Kinderheilkunde	10	1	9	·	·	·	·	·
Augenheilkunde	2	2	–	·	·	·	·	·
HNO-Heilkunde	6	2	4	·	·	·	·	·
Dermatologie, Venerologie	6	1	5	·	·	·	·	·
Psychiatrie	13	3	10	·	·	·	·	·
Psychotherapie und Psychosomatik	1	1	–	·	·	·	·	·
Neurologie	8	3	5	·	·	·	·	·
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	6	1	5	·	·	·	·	·
Zusammen	118	28	90	·	·	·	·	·
(16) U Kiel [20]								
Innere Medizin	54	5	35	220	5 669	12,85	4 507	8 901
Chirurgie	47	4	32	178	4 773	14,99	7 120	23 717
Urologie	8	·	·	42	·	·	1 582	5 848
Neurochirurgie	16	1	11	60	1 485	15,11	1 409	4 068

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (16) U Kiel[20])								
Orthopädie	19	2	12	100	1 696	19,15	5 653	15 399
Anästhesie	29	1	26	-	-	-	-	-
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	35	3	20	185	6 919	10,18	5 570	15 594
Kinderheilkunde	48	7	21	180	3 043	16,15	5 808	11 781
Augenheilkunde	23	2	13	100	3 231	11,54	10 912	20 600
HNO-Heilkunde	18	2	7	82	2 869	8,51	5 576	18 977
Dermatologie, Venerologie	17	2	6	120	1 340	26,61	6 098	12 644
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychomatik, Klinische bzw. medizinische Psychologie, Neurologie	42	7	24	185	2 126	28,34	2 092	3 546
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	27	2	15	60	1 198	15,67	3 419	13 775
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	48	5	24	40	778	15,00	8 682	49 207
Zusammen	431	43	246	1 552	35 127	14,43	68 428	204 057

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
				(17) U Köln				
Innere Medizin	85	10	64	295	3 017	18,2	11 667	22 909
Chirurgie	68	5	62	255	4 304	14,3	9 895	27 344
Urologie	6	1	5	·	722	13,5	1 064	1 709
Neurochirurgie	32	5	23	80	1 383	15,2	2 155	2 586
Orthopädie[21])	33	2	29	238	1 918	24,2	12 908	24 312
Anästhesie	32	1	27	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29	2	22	211	4 319	13,8	9 398	15 268
Kinderheilkunde	43	4	34	244	2 921	19,4	8 975	20 207
Augenheilkunde	26	3	20	120	2 334	15,8	13 248	26 597
HNO-Heilkunde	18	2	13	79	2 501	8,4	6 679	10 119
Dermatologie, Venerologie	29	5	21	95	1 559	18,3	17 687	49 299
Psychiatrie	·	·	·	·	260	46,1	83	999
Psychosomatik	6	1	4	–	–	–	–	–
Neurologie	57[18])	8[18])	44[18])	202[18])	3 417	16,8	3 871	4 858
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	27	2	21	23	355	10,5	7 168	14 034

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (17) U Köln								
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	58	5	34	40	923	12,4	11 802	53 467
Zusammen	549	56	423	1 882	29 933	16,9	116 600	273 708
(18) Medizinische Hochschule Lübeck[22])								
Innere Medizin	42	8	·	185	3 626	17,6	5 105	·
Chirurgie	35[7])	4[7])	·	177	3 538	14,8	9 935[19])	·
Urologie	·	·	·	34	660	14,8	·	·
Neurochirurgie	4	1	·	24	·	14,8	·	·
Orthopädie	7	2	·	29	818	9,7	3 879	·
Anästhesie	22	1	·	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21	3	·	140	5 284	9,7	3 628	·
Kinderheilkunde	32	4	·	175	2 640	14,5	7 169	·
Augenheilkunde	10	2	·	30	1 068	10,6	5 393	·
HNO-Heilkunde	8	2	·	40	1 119	8,2	3 548	·
Dermatologie, Venerologie	11	2	·	40	713	18,5	3 950	·

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (18) Medizinische Hochschule Lübeck [22]								
Psychiatrie	23 [4]	5 [4]	·	50	1 005	14,8	·	·
Psychosomatik	·	–	·	27	· [13]	·	·	·
Neurologie	·	·	·	55	666	23,6	948	·
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	6	1	·	15	515	11,2	·	·
Intensivstationen	·	–	·	8	611	2,8	·	·
Zusammen	221	35	·	1 029	22 263	14,2	43 555	·
(19) U Mainz								
Innere Medizin	98	6	50	331	7 367	13,75	17 122	32 132
Chirurgie	61	2	41	326	6 064	15,59	16 343	36 991
Urologie	15	1	11	65	2 259	8,70	1 371	6 480
Neuchirurgie	25	2	15	66	1 287	16,00	1 233	1 987
Orthopädie	17	1	12	78	1 312	20,65	1 916	6 095
Anästhesie	47	1	34	10	199	11,69	397	3 262
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27	2	20	123	3 695	10,13	13 103	27 881

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (19) U Mainz								
Kinderheilkunde	48	1	36	262	3 911	19,26	4 213	13 818
Augenheilkunde	20	1	12	96	2 336	11,07	8 580	24 531
HNO-Heilkunde	21	1	12	100	3 307	8,93	7 287	26 337
Dermatologie, Venerologie	26	1	14	102	1 383	22,25	7 615	19 133
Psychiatrie	29	1	23	131	1 768	23,27	684	918
Psychotherapie und Psychosomatik[23])	10	2	5	34	200	30,14	982	2 711
Neurologie	10	1	8	35	713	14,02	2 591	3 353
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	36	1	25	31	415	22,26	13 652	18 652
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	63	5	39	60	1 036	15,23	19 440	116 640
Zusammen	553	29	357	1 850	37 252	14,67	116 529	340 921
(20) U Marburg								
Innere Medizin	73	10	41	231	5 529	11,4	15 506	48 070
Chirurgie	38	5	27	170	4 495	9,5	17 470	49 300

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (20) U Marburg								
Urologie	11	2	5	53	1 334	9,4	4 049	11 698
Orthopädie	14	1	11	50	710	21,0	6 095	13 019
Anästhesie	21	1	17	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	25	2	10	160	4 178	11,3	10 311	21 878
Kinderheilkunde	21	2	13	170	1 313	15,2	3 615	7 620
Augenheilkunde	16	2	7	80	1 581	13,3	8 195	27 256
HNO-Heilkunde	16	4	9	82	2 232	7,3	9 964	27 037
Dermatologie, Venerologie	15	2	7	70	1 068	16,0	10 173	25 482
Psychiatrie	58	8	36	.	.	.	.	.
Psychotherapie und Psychosomatik	1	1	–	246[24)]	3 396[24)]	22,4[24)]	5 191[24)]	15 602[24)]
Klinische bzw. medizinische Psychologie	1	1	–	.	.	.	.	.
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	27	6	15	48	700	15,5	24 901	94 307
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	53	8	36	30	656	7,5	9 581	42 070
Nicht auf Fachgebiete aufgeteilt	12	2	4	–	–	–	–	–
Zusammen	402	57	238	1 390	27 192	12,6	125 051	383 339

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
(21) TU München								
Innere Medizin[25])	72	7	65	359	9 286	11,12	3 733	9 922
Chirurgie	54	5	49	373	7 423	15,08	24 940	113 554
Urologie	13	1	12	61	1 352	13,20	4 490	13 470
Neurochirurgie	9	–	9	36	1 525	8,48	3 520	5 376
Orthopädie[26])	19	4	15	70	881	22,81	953	3 812
Anästhesie	27	2	25	8	177	21,46	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16	2	14	129	2 835	11,15	4 288	6 337
Kinderheilkunde (nur Poliklinik)	11	3	8	–	–	–	3 158	11 053
Augenheilkunde	15	2	13	53	930	16,80	8 178	57 246
HNO-Heilkunde	8	3	15	79	2 335	10,46	14 500	29 000
Dermatologie, Venerologie	20	4	16	76	769	21,01	10 227	35 233
Psychiatrie (nur Poliklinik)	6	1	5	–	–	–	2 680	3 752
Neurologie	17	3	14	57	1 196	13,56	2 680	5 360
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	39	4	35	10	136	21,07	2 813	11 252
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	5	1	4	–	–	–	2 610	7 830
Zusammen	331	42	299	1 311	28 845	13,43	88 770	313 197

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
(22) U München[27])								
Innere Medizin	140	9	111	620	10 065	13,61	17 084	94 893
Chirurgie	115	9	93	230	4 507	16,43	29 333	108 192
Urologie	9	–	6	.	.	.	.	.
Neurochirurgie	26	1	21	89	1 494	12,97	4 760	12 033
Orthopädie	14	1	7	.	634	18,57	6 576	27 990
Anästhesie	41	–	74	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe[28])	77	6	21	442	11 421	14,53	22 431	53 612
Kinderheilkunde	82	8	62	290	6 329	12,57	18 903	38 459
Augenheilkunde	35	1	31	190	5 213	12,48	19 569	49 391
HNO-Heilkunde	37	4	28	132	2 460	13,89	18 086	45 193
Dermatologie, Venerologie (nur Poliklinik)	26	4	16	–	–	–	25 531	68 887
Psychiatrie	42	5	35	208	3 183[4])	27,04[4])	8 626[4])	12 157[4])
Neurologie	10	–	8	80	.	.	.	.
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	51	3	42	66	1 012	19,58	22 860	113 170
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	41	2	33	42	883	14,34	29 158	98 153

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (22) U München[27])								
Nicht auf Fachgebiete aufgeteilt	21	9	6	-	-	-	-	-
Zusammen	767	62	594	2 389	47 201	16,0	222 917	722 130
(23) U Münster								
Innere Medizin	79	14	65	234	3 756	20,00	13 432	40 090
Chirurgie	75	10	53	180	3 717	16,45	15 924	46 650
Orthopädie	55	7	42	230	2 607	28,35	12 175	42 249
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29	4	25	111	2 164	14,48	5 199	13 757
Kinderheilkunde	49	6	40	175	2 266	21,09	7 100	23 875
Augenheilkunde	36	4	29	85	2 430	12,59	12 401	28 548
HNO-Heilkunde	35	6	26	80	3 693	7,72	11 142	26 343
Dermatologie, Venerologie	36	5	30	130	1 814	20,18	13 789	53 011
Psychiatrie	44	5	37	144	.	.	.	.
Klinische bzw. medizinische Psychologie	5	1	2	.	.	.	.	.
Neurologie	.	.	.	.	1 643	28,09	4 926	9 441

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (23) U Münster								
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	15	3	12	·	·	·	·	·
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	72	8	61	32	968	10,83	11 708	79 787
Zusammen	530	73	422	1 401	25 058	17,63	107 796	363 751
(24) U des Saarlandes[29] [30]								
Innere Medizin	77	10	·	372	4 589	20,74	10 857	·
Chirurgie	52	8	·	226	3 929	16,85	8 281	·
Urologie	20	3	·	150	2 670	13,17	6 060	·
Neurochirurgie	21	5	·	72	941	24,22	–	–
Orthopädie	21	2	·	189[31]	2 169	17,49	10 980	·
Anästhesie	34	3	·	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15	3	·	83	2 276	10,34	·	·
Kinderheilkunde	19	3	·	118	1 852	20,78	·	·
Augenheilkunde	19	2	·	100	1 706	16,82	10 065	·
HNO-Heilkunde	21	3	·	150	3 033	13,55	6 909	·

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (24) U des Saarlandes[29)30)]								
Dermatologie, Venerologie	13	2	·	90	961	23,98	7 926	·
Psychiatrie (Kinder und Jugend)	5	–	·	–	–	–	·	·
Psychotherapie	6	2	·	187	·	·	·	·
Klinische bzw. medizinische Psychologie (forensische)	4	3	·	–	–	–	–	–
Neurologie	40	6	·	104	2 835[32)]	26,04[32)]	9 341[32)]	·
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	21	3	·	61	674	19,82	–	–
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	25	5	·	35	457	11,66	5 137	·
Zusammen	413	63	·	1 937	28 092	17,73	75 556	·
(25) U Tübingen[33)]								
Innere Medizin	104	9	95	356	6 182	17,1	54 331	72 480
Chirurgie	68	6	62	225[34)]	7 668[19)]	10,1[19)]	15 716[19)]	35 279[19)]
Urologie	7	1	6	328	·	·	·	·
Neurochirurgie	5	1	4	34[34)]	·	·	·	·

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersichungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (25) U Tübingen[33])								
Orthopädie	16	2	14	84	1 182	16,3	8 020	14 825
Anästhesie	42	1	41	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	42	3	39	266	4 649	11,5	3 490	15 281
Kinderheilkunde	51	6	45	198	3 072	14,6	4 809	19 614
Augenheilkunde	39	4	35	143	3 322	11,1	9 162	20 835
HNO-Heilkunde	24	2	22	105	4 342	6,7	15 535	24 857
Dermatologie, Venerologie	28	4	24	158	2 210	18,0	19 718	29 405
Psychiatrie, Psychotherapie	54	5	49	225	2 395	29,8	8 286	15 904
Neurologie	20	3	17	70	1 221	15,6	6 500	7 090
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	37	6	31	68	877	19,9	7 550	54 920
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	62	9	53	42	1 597	8,9	17 038	126 304
Zusammen	599	62	537	2 302	38 717	14,2	170 155	436 794

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
				(26) U Ulm				
Innere Medizin	43	12	31	·	·	·	13 306	21 300
Chirurgie	35	8	27	·	·	·	11 097	17 000
Neurochirurgie	1	–	1	–	–	–	–	–
Anästhesie	12	2	10	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20	5	15	·	·	·	12 366	22 300
Kinderheilkunde	20	5	15	·	·	·	5 176	12 400
Augenheilkunde	7	2	5	·	·	·	5 585	10 000
HNO-Heilkunde	7	1	6	·	·	·	2 246	5 000
Dermatologie, Venerologie	5	1	4	·	·	·	1 568	3 000
Psychiatrie	1	–	1	·	·	·	243	1 000
Psychotherapie und Psychosomatik	18	5	13	·	·	·	303	1 000
Klinische bzw. medizinische Psychologie	4	1	3	·	·	·	·	·
Neurologie	17	2	15	·	·	·	1 881	3 600
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	11	3	8	·	·	·	·	·
Interdisziplinäre Stationen	1	1	–	–	–	–	–	–
Zusammen	202	48	154	·	·	·	53 771	96 600

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
(27) U Würzburg[35])								
Innere Medizin	82	7	66	349	10 620	9,09	10 805	33 813
Chirurgie	46	4	37	311	6 826	14,27	18 929[7])	49 154[7])
Urologie	8	2	6	57	1 109	12,44	.	.
Neurochirurgie	13	2	9	83	1 399	15,73	1 263	3 053
Orthopädie	5	.	.	.	.	.	.	.
Anästhesie	24	1	20	–	–	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe[29])	33	1	27	212	4 932	12,37	11 856	37 924
Kinderheilkunde	38	2	32	280	3 621	22,42	3 810	6 483
Augenheilkunde	28	2	21	100	2 559	12,89	14 207	23 834
HNO-Heilkunde	29	2	20	129	3 896	9,98	10 498	41 241
Dermatologie, Venerologie	27	1	18	132	2 010	19,96	12 002	34 033
Psychiatrie	26	1	20	145	1 535	27,81	2 782	7 914
Klinische bzw. medizinische Psychologie	5	.	.	–	–	–	–	–
Neurologie	19	2	14	83	2 026	16,47	5 092	6 992
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	62	3	48	40	854	18,46	14 493	73 028
Nicht auf Fachgebiete aufgeteilt	8	–	7	–	–	–	–	–
Zusammen	453	30	345	1 921	41 387	14,76[36])	105 737	317 469

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
	(28) Hochschulen insgesamt							
Innere Medizin	2 303	287	1 569	7 758	161 321,5	13,6	427 852	1 057 863
Chirurgie, Urologie, Neurochirurgie	2 270	222	1 604	8 929	174 219,5	14,9	514 537	1 352 384
Orthopädie	404	48	268	1 701	21 834,5	22,1	115 486	298 770
Anästhesie	771	45	604	28	582	15,0	397	3 262
Frauenheilkunde, Geburtshilfe	871	93	551	4 234	108 308,5	11,5	235 579	464 190
Kinderheilkunde	1 071,5	118	737,5	4 924	76 730	16,4	194 822	363 119
Augenheilkunde	592	56	428	2 436	54 481,5	14,3	260 873	558 711
HNO-Heilkunde	569	74	376	2 347	66 800,5	9,7	238 961	527 420
Dermatologie, Venerologie	578	74	370	2 364	31 601,5	19,6	303 521	729 280
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, klinische bzw. medizinische Psychologie, Neurologie	1 490	204	960	4 934	57 708	24,6	168 414	303 860
Radiologie (einschl. Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	756	93	499	869	11 464,5	27,0	229 965	706 236
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	947	111	654	797	18 094	14,9	250 380	1 243 681

noch: Tabelle 10

Fachgebiet	Stellen für wissenschaftliches Personal			Planmäßige Betten	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	insgesamt	darunter			Anzahl	Durchschnittliche Verweildauer	Poliklinische Neuzugänge	Untersuchungs- und Behandlungsfälle
		H4/H3-Stellen	Stellen für Assistenten/ Assistenzärzte					
	Anzahl					Tage	Anzahl	
noch: (28) Hochschulen insgesamt								
Sonstige	10	2	7	199	11 591	4,7	-	-
Nicht auf Fachgebiete aufgeteilt	56	16	22	-	-	-	-	-
Insgesamt	12 688,5	1 443	8 649,5	41 520	794 737	14,9	2 940 787	7 608 776

In der Regel wurden die Betten und stationären Patienten der von den Universitätskliniken genutzten außeruniversitären Krankenhäuser nicht einbezogen.

[1]) einschl. Stellen für Neurologie. - [2]) abgerechnete Krankenscheine. - [3]) geschätzt. - [4]) einschl. Neurologie. - [5]) einschl. Psychotherapie. - [6]) Stellen für wissenschaftliches Personal 1973; stationäre Patienten, durchschnittliche Verweildauer, ambulante Patienten 1975. - [7]) einschl. Urologie. - [8]) poliklinische Neuzugänge pro Quartal. - [9]) stationäre Patienten, durchschnittliche Verweildauer, ambulante Patienten 1975. - [10]) einschl. Urologie, Orthopädie und Balneologie . - [11]) einschl. Klinische und Medizinische Psychologie. - [12]) einschl. Psychotherapie. - [13]) in der Inneren Medizin enthalten. - [14]) einschl. Anästhesie. - [15]) einschl. Augenheilkunde. - [16]) einschl. Urologie und Orthopädie. - [17]) einschl. Psychosomatik und Medizinische Psychologie. - [18]) einschl. Psychiatrie. - [19]) einschl. Urologie und Neurochirurgie. - [20]) Februar 1975. - [21]) einschl. Rehabilitation. - [22]) 1975. - [23]) einschl. Kommunikationsstörungen. - [24]) Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Klinische bzw. Medizinische Psychologie. - [25]) einschl. Toxikologische Abteilung. - [26]) einschl. Sporttraumatologie. - [27]) Stellen für wissenschaftliches Personal und planmäßige Betten 1973. - [28]) einschl. Hebammenschule. - [29]) Stellen für wissenschaftliches Personal 1974 bzw. 1975/76. - [30]) Angaben der H4/H3-Stellen nur für den Bereich der Universität. - [31]) einschl. 77 Plätze des Saarländischen Körperbehindertenheimes. - [32]) einschl. Psychotherapie. - [33]) stationäre Patienten, durchschnittliche Verweildauer, ambulante Patienten 1975. - [34]) 1976. - [35]) Stellen für wissenschaftliches Personal 1973. - [36]) ohne Zahnklinik. - [37]) nur Stellen für Lehre und Forschung.

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Tabelle 11

Pflegesätze der Hochschulkliniken
1974 bis 1976

Hochschule	Pflegesätze					
	1974		1975		1976	
	gültig ab	DM	gültig ab	DM	gültig ab	DM
TH Aachen	1. 1.	117,45	1.1.	175,35	1.1.	185,65
	1. 5.	174,35	1.5.	183,20	1.5.	189,25
FU Berlin	1. 1.	116,35	1.1.	187,10	1.1.	195,10
U Bonn	1. 1.	117,65	1.1.	183,50	1.1.	195,45
	1. 4.	172,-	1.5.	189,75	1.5.	199,25
U Düsseldorf	1. 1.	124,15	1.1.	172,-	1.1.	182,80
	1. 5.	172,-	1.5.	182,80		
U Erlangen-Nürnberg	1. 1.	139,-	1.1.	160,-	1.1.	173,-
GHS Essen	1. 1.	123,45	1.1.	183,50	1.1.	195,45
	1. 4.	183,50	1.5.	192,90	1.5.	199,25
U Frankfurt	1. 1.	190,-	1.1.	200,83	1.1.	217,57
			1.7.	217,57		
U Freiburg	1. 1.	179,50	1.1.	196,55	1.1.	206,38
U Gießen	1. 1.	185,-	1.1.	195,54	1.1.	212,86
U Göttingen	1. 1.	170,-	1.1.	204,-	1.1.	206,60
U Hamburg	1. 1.	123,-	1.1.	150,-	1.1.	163,-
	1. 5.	150,-	1.5.	163,-	1.6.	188,-
Medizinische Hochschule Hannover	1. 1.	180,-	1.7.	220,-	1.1.	211,-
U Heidelberg	1. 1.	179,80	1.1.	196,30	1.1.	206,43
U Kiel	1. 1.	160,-	1.1.	173,75	1.1.	189,75
	1.10.	164,50	1.4.	189,75	1.3.	200,30
					1.5.	211,70
U Köln	1. 1.	118,80	1.1.	183,50	1.1.	195,45
	1. 5.	183,50	1.5.	192,90	1.5.	199,25
Medizinische Hochschule Lübeck	1. 1.	142.-	1.1.	145,85	1.1.	167,-
	1.10.	145,85	1.3.	167,-	1.3.	182,50
U Mainz	1. 1.	180,-	1.1.	199,55	1.1.	208,55
	1.10.	181,80				

noch: Tabelle 11

Hochschule	Pflegesätze					
	1974		1975		1976	
	gültig ab	DM	gültig ab	DM	gültig ab	DM
U Marburg	1. 1.	180,-	1.1. 1.7.	190,26 208,14	1.1.	208,14
TU München	1. 1. 1. 4.	120,- 141,-	1.1.	163,50	1.1.	163,50
U München	1. 1.	141,-	1.1.	163,50	1.1.	175,-
U Münster	1. 1. 1. 3. 1. 7.	125,25 172,- 183,50	1.1. 1.5.	183,50 192,90	1.1. 1.5.	195,45 199,25
U des Saarlandes	1. 1.	171,55	1.1.	200,-	1.1.	210,-
U Tübingen	1. 1.	176,-	1.1.	192,70	1.1.	202,30
U Ulm	1. 1.	174,-	1.1.	193,-	1.1.	204,-
U Würzburg	1. 1. 1. 7.	94,50 122,-	1.1. 1.7.	135,- 139,-	1.1. 1.7.	139,- 148,-
Durchschnitt (ungewichtet)	·	154,59	·	170,29	·	192,18

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Tabelle 12

Deutsche und ausländische Studenten, Stellen für wissenschaftliches Personal sowie Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal der Universitäten und Gesamthochschulen nach Fächergruppen 1960, 1966 und 1975

Fächergruppe	Deutsche und ausländische Studenten, Wintersemester			Stellen für wissenschaftliches Personal			Studenten je Stelle für wissenschaftliches Personal		
	1960/61	1966/67	1975/76	1960	1966	1975	1960	1966	1975
Sprach- und Kulturwissenschaften[1]	46 428	61 607	189 199	2 386	4 643	11 466	19,5	13,3	16,5
Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften	46 496	69 073	136 775	1 201	2 700	6 202	38,7	25,6	22,1
Mathematik, Naturwissenschaften	35 626	47 418	124 106	3 132	6 772	13 882	11,4	7,0	8,9
Humanmedizin	29 469	39 052	50 171	5 574	9 460	17 527	5,3	4,1	2,9
Veterinärmedizin	1 624	2 096	3 252	181	496	642	9,0	4,2	5,1
Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften	2 743	3 208	11 676	620	1 004	1 388	4,4	3,2	8,4
Ingenieurwissenschaften	41 010	40 206	75 218	1 941	3 845	6 905	21,1	10,5	10,9
Insgesamt	203 396	262 660	590 397	15 035[2]	28 920[2]	58 012[2]	13,5	9,1	10,2

[1]) einschl. Kunst, Gestaltung, Musik sowie Sport, Leibeserziehung. – [2]) ohne zentrale Einrichtungen.

Quellen: Studenten Wintersemester 1960/61 und 1966/67 Statistisches Bundesamt, Kleine Hochschulstatistik; Stellen für wissenschaftliches Personal 1960 und 1966 Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen bis 1970, S. 341 ff.; Studenten Wintersemester 1975/76 und Stellen für wissenschaftliches Personal 1975 Wissenschaftsrat, Empehlungen zum sechsten Rahmenplan für den Hochschulbau 1977-1980, Band 1, S. 121 ff.

Tabelle 13

Deutsche und ausländische Studienanfänger und Studenten der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) je Stelle für wissenschaftliches Personal der Humanmedizin nach Hochschulen 1960, 1970 und 1973 bis 1975

Hochschule	Deutsche und ausländische									
	Studienanfänger					Studenten				
	der Humanmedizin je Stelle für wissenschaftliches Personal für Humanmedizin									
	1960	1970	1973	1974	1975	1960	1970	1973	1974	1975
	Anzahl									
TH Aachen	–	0,33	0,61	0,47	0,53	–	2,00	2,61	2,47	2,82
FU Berlin	1,19	0,43	0,43	0,38	0,39	7,23	3,28	2,92	2,65	2,58
U Bochum[1])	–	1,85	2,80	2,50	2,65	–	6,48	8,18	6,67	6,26
U Bonn	1,86	0,55	0,51	0,35	0,38	7,59	3,96	2,97	2,45	2,55
U Düsseldorf	–	·	0,42	0,48	0,50	·	·	1,76	1,79	2,18
U Erlangen-Nürnberg	2,82	0,50	0,42	0,43	0,49	11,76	3,14	2,26	2,43	2,53
GH Essen	–	–	–	–	0,14	–	0,33	0,66	0,90	1,32
U Frankfurt	1,34	0,53	0,53	0,51	0,51	4,34	2,83	2,57	2,60	2,75
U Freiburg	1,33	0,62	0,51	0,53	0,48	5,45	3,13	2,85	2,90	2,91
U Gießen	0,75	0,25	0,35	0,21	0,41	3,60	1,41	2,07	1,59	1,85
U Göttingen	0,68	0,44	0,51	0,44	0,49	4,68	3,27	2,96	2,71	2,82
U Hamburg	1,07	0,36	0,40	0,36	0,44	4,56	3,13	2,51	2,29	2,39
Medizinische Hochschule Hannover	–	0,24	0,23	0,22	0,26	–	0,85	1,00	1.06	1,17
U Heidelberg[2])	1,61	0,25	0,41	0,42	0,41	5,97	4,24	3,33	3,31	3,27
U Hohenheim[1])	–	25,00	25,00	25,00	50,00	–	25,00	25,00	25,00	50,00
U Kiel	–	0,51	0,56	0,54	0,52	5,74	3,72	3,45	3,27	3,20
U Köln	2,39[3])	0,76	0,55	0,49[4])	0,49	7,12	3,91[5])	3,38	3,00	3,10

noch: Tabelle 13

Hochschule	Deutsche und ausländische									
	Studienanfänger					Studenten				
	der Humanmedizin je Stelle für wissenschaftliches Personal für Humanmedizin									
	1960	1970	1973	1974	1975	1960	1970	1973	1974	1975
	Anzahl									
Medizinische Hochschule Lübeck	–	–	0,40[6])	0,23[6])	0,28[6])	–	–	1,08	0,94	1,00
U Mainz	1,32	0,60	0,49	0,59[7])	0,47	6,93	2,89	2,58	2,93	3,09
U Marburg	·	0,38	0,49	0,41	0,52	·	2,95	2,31	2,08	2,47
TU München	–	0,60	0,38	0,36	0,36	–	1,81	1,40	1,33	1,33
U München	0,78	0,36	0,41	0,64	0,60	5,12	3,69	3,39	3,34	3,24
U Münster	2,02	0,31[8])	0,47	0,41	0,45	5,59	4,36	3,10	3,26	3,36
U Regensburg[1])	–	1,23	2,11	2,73	3,27	–	1,23	3,77	4,98	6,35
U des Saarlandes	0,94	0,27	0,33	0,34	0,34	3,01	1,97	1,98	1,95	2,20
U Tübingen	1,07	0,79	0,42	0,42	0,41	5,56	3,18	2,77	2,86	2,82
U Ulm	–	0,25	0,35	0,30	0,28	–	0,46	1,34	1,28	1,35
U Würzburg	1,29	0,78	0,58	0,58	0,57	4,73	4,06	3,40	3,47	3,63
Insgesamt	1,36	0,47	0,46	0,44	0,47	6,04	3,04	2,55	2,48	2,60

[1]) nur vorklinische Ausbildung. – [2]) einschl. Klinikum Mannheim der U Heidelberg. – [3]) Stellen für wissenschaftliches Personal ohne H4, H3 und Akademische Räte. – [4]) einschl. Stellen für wissenschaftliches Personal der Institute.– [5]) nur deutsche Studenten und Stellen für wissenschaftliches Personal ohne H3 und Akademische Räte. – [6]) Statt der Studienanfängerzahl wurde die Zahl der Studenten im 1. Klinischen Fachsemester zugrunde gelegt. – [7]) ohne Studienanfänger im SS 1974. – [8]) ohne Studienanfänger im SS 1970.

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Tabelle 14

Planmäßige Betten, stationäre Patienten, poliklinische Neuzugänge sowie Untersuchungs- und Behandlungsfälle je deutschen und ausländischen Studienanfänger und Student der Humanmedizin (ohne Zahnmedizin) nach Hochschulen
1974

Hochschule	Planmäßige Betten[1]) je		Stationäre Patienten[1]) je		Poliklinische Neuzugänge je		Untersuchungs- und Behandlungsfälle je	
	Studienanfänger	Student	Studienanfänger	Student	Studienanfänger	Student	Studienanfänger	Student
	Anzahl							
TH Aachen	5,9	1,1	125,8	23,7	200,3	37,8	.	.
FU Berlin	5,2	0,7	103,5	14,8	375,9	53,6	1 046,1	149,2
U Bonn	6,5	0,9	116,2	16,8	474,0	68,5	1 232,5	178,2
U Düsseldorf	5,6	1,5	95,7	25,5	334,0	89,0	915,5	243,8
U Erlangen-Nürnberg	6,2	1,1	157,8	28,1	430,7	76,6	1 016,0	180,7
U Frankfurt	5,1	1,0	70,6	13,9	400,2	78,8	865,7	170,5
U Freiburg	4,9	0,9	116,2	21,1	500,7	91,0	1 094,9	199,0
U Gießen	13,7	1,8	211,3	27,3	959,9	124,1	2 582,3	333,9
U Göttingen	6,1	1,0	127,3	20,6	425,2	68,7	1 009,1	213,0
U Hamburg	7,3	1,1	113,1	17,6	538,1	83,9	1 822,6	284,0
Medizinische Hochschule Hannover	4,0	0,8	85,6	17,5	358,5	73,5	1 123,8	230,3
U Heidelberg	6,1	0,8	121,8	15,5	645,1	82,3	1 799,4	229,6
U Kiel	6,8	1,1	154,1	25,4	300,1	49,4	895,0	147,3
U Köln	5,5	0,9	86,8	14,3	338,0	55,6	793,4	130,6
U Mainz	4,5	0,9	90,6	18,3	283,5	57,2	829,5	167,3
U Marburg	5,9	1,2	114,7	22,9	531,0	106,0	1 617,5	322,9

noch: Tabelle 14

Hochschule	Planmäßige Betten[1] je		Stationäre Patienten[1] je		Poliklinische Neuzugänge je		Untersuchungs- und Behandlungsfälle je	
	Studien-anfänger	Student	Studien-anfänger	Student	Studien-anfänger	Student	Studien-anfänger	Student
	Anzahl							
TU München	8,7	2,3	192,3	51,3	591,8	158,0	2 088,0	557,3
U München	3,4	0,7	67,4	12,9	318,5	60,7	1 031,6	196,7
U Münster	4,8	0,6	85,2	10,7	366,7	45,9	1 237,2	154,7
U des Saarlandes	10,8	1,9	156,1	26,8	419,8	72,2	.	.
U Tübingen	9,6	1,4	161,3	23,6	709,0	103,8	1 820,0	266,3
U Ulm	.	.	.	.	373,4	86,0	670,8	154,6
U Würzburg	6,0	1,0	129,3	21,5	330,4	55,0	992,2	165,0
Insgesamt[2]	5,6	1,0	107,7	19,2	398,6	71,0	1 031,4	183,6

[1]) Bei der Ermittlung der Relationen wurden in der Regel die Betten und stationären Patienten der von den Universitäten genutzten außeruniversitären Krankenhäuser nicht einbezogen. – [2]) Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Relationen wurden auch die Universitäten Bochum, Hohenheim und Regensburg, in denen nur eine vorklinische Ausbildung durchgeführt wird, sowie die Gesamthochschule Essen und die Medizinische Hochschule Lübeck, in denen nur eine klinische Ausbildung 1974 durchgeführt wurde bzw. noch wird, berücksichtigt.

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates.

Tabelle 15

Berufstätige Ärzte und Medizinalassistenten
1953 bis 1974

Jahr[1])	Berufstätige Ärzte									Medizinal-assistenten	Berufstätige Ärzte und Medizinal-assistenten
	insgesamt	davon									
		in freier Praxis				mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit		im öffentl. Gesundheitswesen, in Forschung, in Verwaltung			
		insgesamt		darunter mit Krankenhaustätigkeit							
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	
1953	70 338	44 195	62,8	·	·	21 438	30,5	4 705	6,7	·	·
1954	71 923	45 020	62,6	·	·	21 883	30,4	5 020	7,0	·	·
1955	73 014	45 547	62,4	·	·	21 784	29,8	5 683	7,8	·	·
1956	73 843	46 002	62,3	7 251	15,8	21 799	29,5	6 042	8,2	·	·
1957	75 138	46 603	62,0	7 159	15,4	22 095	29,4	6 440	8,6	·	·
1958	75 717	47 300	62,5	·	·	21 876	28,9	6 541	8,6	·	·
1959	77 644	47 813	61,6	7 268	15,2	22 473	28,9	7 358	9,5	·	·
1960	79 350	49 225	62,0	7 368	15,0	22 646	28,5	7 479	9,4	3 283	82 633
1961	80 825	49 790	61,6	7 278	14,6	22 966	28,4	8 069	10,0	4 028	84 853
1962	82 097	50 476	61,5	7 292	14,4	23 336	28,4	8 285	10,1	4 597	86 694
1963	83 025	50 375	60,7	7 684	15,3	24 136	29,1	8 514	10,3	4 972	87 997
1964	84 203	50 060	59,5	7 443	14,9	25 324	30,1	8 819	10,5	5 888	90 091
1965	85 801	50 215	58,5	7 418	14,8	26 535	30,9	9 051	10,5	6 613	92 414
1966	86 700	49 945	57,6	7 344	14,7	27 622	31,9	9 133	10,5	7 893	94 593
1967	88 559	49 940	56,4	7 365	14,7	28 985	32,7	9 634	10,9	8 841	97 400
1968	90 882	50 178	55,2	7 119	14,2	30 916	34,0	9 788	10,8	9 643	100 525
1969	93 934	50 379	53,6	6 993	13,9	33 770	36,0	9 785	10,4	9 476	103 410
1970	99 654	50 731	50,9	6 855	13,5	38 655	37,8	10 268	10,3	6 322	105 976

noch: Tabelle 15

Jahr[1])	Berufstätige Ärzte									Medizinal-assistenten	Berufstätige Ärzte und Medizinal-assistenten
	insgesamt	davon									
		in freier Praxis				mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit		im öffentl. Gesundheitswesen, in Forschung, in Verwaltung			
		insgesamt		darunter mit Krankenhaustätigkeit							
	Anzahl		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	
1971	103 910	51 159	49,2	6 723	13,1	42 245	40,7	10 506	10,1	5 445	109 355
1972	107 403	51 778	48,2	4 860	9,4	45 138	42,0	10 487	9,8	6 158	113 561
1973	110 980	52 473	47,3	4 757	9,1	47 698	43,0	10 809	9,7	5 788	116 768
1974	114 661	53 873	47,0	4 502	8,4	50 341	43,9	10 447	9,1	5 599	120 260

[1]) jeweils am 31.12.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Berufe des Gesundheitswesens.

Tabelle 16

Berufstätige Ärzte nach Fachgebieten 1960 bis 1974

Fachgebiet	Berufstätige Ärzte														
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
	Anzahl														
Anästhesie	73[2])	143	188	236	275	338	408	477	603	730	892	1 090	1 214	1 465	1 797
Augenheilkunde	2 058	2 113	2 124	2 147	2 193	2 206	2 223	2 280	2 350	2 417	2 431	2 474	2 595	2 706	2 811
Chirurgie	4 619	4 627	4 794	4 826	4 728	4 859	5 029	5 183	5 227	5 169	5 328	5 408	5 631	5 707	5 896
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3 371	3 498	3 537	3 704	3 717	3 771	3 938	3 989	4 096	4 231	4 378	4 589	4 780	5 013	5 519
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	2 299	2 351	2 390	2 411	2 350	2 348	2 403	2 420	2 469	2 469	2 440	2 516	2 535	2 611	2 728
Dermatologie und Venerologie	1 787	1 820	1 809	1 796	1 745	1 766	1 755	1 778	1 766	1 756	1 795	1 801	1 871	1 915	1 946
Innere Medizin	7 550	8 176	8 545	8 825	9 073	9 333	9 713	10 022	10 453	10 715	11 001	11 688	12 276	12 889	13 559
Kinderheilkunde	2 621	2 780	2 899	2 936	2 974	3 079	3 158	3 214	3 293	3 336	3 426	3 540	3 725	3 909	4 198
Kinder- und Jugendpsychiatrie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	84	124	112	107
Laboratoriumsmedizin	173[3])	276	304	295	324	348	348	362	392	422	440	457	505	550	598
Lungenkrankheiten	1 740	1 832	1 797	1 839	1 820	1 857	1 788	1 780	1 722	1 707	1 633	1 436	1 349	1 298	1 182

noch: Tabelle 16

Fachgebiet	Berufstätige Ärzte														
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
	Anzahl														
Mund- und Kieferheilkunde	393	466	451	432	371	374	419	429	418	438	368	360	319	313	306
Neurologie und Psychiatrie	2 214	2 374	2 443	2 473	2 536	2 593	2 652	2 688	2 842	2 885	3 009	3 096	3 155	3 295	3 518
Neurochirurgie	51[3]	93	98	74	95	86	101	108	111	108	130	155	149	174	193
Orthopädie	1 151	1 238	1 295	1 313	1 364	1 432	1 461	1 489	1 550	1 626	1 675	1 704	1 841	1 915	2 098
Pathologie[1]	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	291	308	363	399
Pharmakologie[1]	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	80	99	130	143
Radiologie	1 259	1 300	1 390	1 447	1 447	1 509	1 558	1 657	1 705	1 716	1 771	1 864	1 885	2 028	2 192
Urologie	508	560	595	640	655	680	736	769	807	851	930	1 020	1 087	1 195	1 334
Sonstige	515	369	287	326	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zusammen	32 382	34 016	34 946	35 720	35 667	36 579	37 690	38 645	39 804	40 576	41 647	43 653	45 448	47 588	50 524
Ärzte ohne Facharzttätigkeit einschl. Allgem.-Ärzte	46 968	46 809	47 080	47 305	48 536	49 222	49 010	49 914	51 078	53 358	58 007	60 257	61 955	63 392	64 137
Insgesamt	79 350	80 825	82 026[2]	83 025	84 203	85 801	86 700	88 559	90 882	93 934	99 654	103 910	107 403	110 980	114 661

[1]) ohne Bayern; bis 1970 bei „Ärzte ohne Facharzttätigkeit". – [2]) ohne Nordrhein-Westfalen. – [3]) ohne Saarland.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Berufe des Gesundheitswesens.

Tabelle 17

Berufstätige Ärzte nach Fachgebieten und Berufsausübung
1974

Fachgebiet	Berufstätige Ärzte								
	insgesamt	davon							
		in freier Praxis				mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit		im öffentlichen Gesundheitswesen, in Verwaltung und Forschung	
		insgesamt		darunter mit Krankenhaustätigkeit					
	Anzahl		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anästhesie	1 797	140	7,8	59	42,1	1 620	90,2	37	2,0
Augenheilkunde	2 811	2 433	86,5	528	21,7	348	12,4	30	1,1
Chirurgie	5 896	1 590	27,0	354	22,3	4 036	68,5	270	4,5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5 519	3 408	61,8	830	24,4	2 017	36,5	94	1,7
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	2 728	2 214	81,2	1 050	47,4	468	17,1	46	1,7
Dermatologie und Venerologie	1 946	1 509	77,6	95	6,3	318	16,3	119	6,1
Innere Medizin	13 559	6 995	51,6	300	4,3	5 278	38,9	1 286	9,5
Kinderheilkunde	4 198	2 492	59,4	124	5,0	1 295	30,8	411	9,8
Kinder- und Jugendpsychiatrie[1])	107	10	9,3	2	20,0	82	76,7	15	14,0
Laboratoriumsmedizin	598	209	34,9	1	0,5	207	34,6	182	30,5
Lungen- und Bronchialheilkunde	1 182	497	42,1	14	2,8	309	26,1	376	31,8
Mund- und Kieferchirurgie	306	168	54,9	58	34,5	130	42,5	8	2,6
Neurologie und Psychiatrie	3 518	1 387	39,4	75	5,4	1 837	52,2	294	8,4
Neurochirurgie	193	10	5,2	4	40,0	173	89,6	10	5,2
Orthopädie	2 098	1 501	71,5	199	13,3	484	23,1	113	5,4
Pathologische Anatomie	399	32	8,0	2	6,3	231	57,9	136	34,1

noch: Tabelle 17

Fachgebiet	Berufstätige Ärzte								
	insgesamt	davon							
		in freier Praxis				mit hauptamtlicher Krankenhaustätigkeit		im öffentlichen Gesundheitswesen, in Verwaltung und Forschung	
		insgesamt		darunter mit Krankenhaustätigkeit					
	Anzahl		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pharmakologie	143	2	1,4	–	·	61	42,7	80	55,9
Radiologie	2 192	970	44,3	36	3,7	1 105	50,4	117	5,3
Urologie	1 334	769	57,7	181	23,5	550	41,2	15	1,1
Fachärzte zusammen	50 524	26 336	52,1	3 912	14,9	20 549	40,7	3 639	7,2
Ärzte ohne Facharzttätigkeit	64 137	27 537	42,9	590	2,1	29 792	46,5	6 808	10,6
Insgesamt	114 661	53 873	47,0	4 502	8,4	50 341	43,9	10 447	9,1

[1]) ohne Bayern.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Berufe des Gesundheitswesens.

Tabelle 18

Von den Ärztekammern ausgesprochene Facharztanerkennungen
1963 bis 1974

Fachgebiet	Von den Ärztekammern ausgesprochene Facharztanerkennungen											
	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
	Anzahl											
Anästhesie	42	60	81	92	90	122	147	160	193	189	295	492
Augenheilkunde	62	81	78	85	74	106	102	94	128	155	209	153
Chirurgie	229	237	264	251	293	316	370	341	343	400	437	532
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	130	167	190	180	184	242	241	248	309	352	446	654
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	63	59	77	77	66	53	71	90	109	116	155	149
Dermatologie und Venerologie	50	46	38	39	57	66	65	92	91	111	102	132
Innere Medizin	484	428	465	479	518	550	678	766	797	881	934	1 067
Kinderheilkunde	137	164	152	174	194	188	234	225	239	302	345	427
Kinder- und Jugend-psychiatrie	–	–	–	–	–	–	–	54	60	24	17	18
Laboratoriumsmedizin	11	26	52	16	28	35	30	53	47	53	55	62
Lungen- und Bronchial-heilkunde	54	37	44	35	39	26	35	44	29	45	51	46
Mund- und Kiefer-chirurgie	10	5	13	10	8	8	13	8	11	18	28	16
Neurologie und Psychiatrie	96	112	107	107	141	135	174	152	185	188	250	335
Neurochirurgie	11	6	12	7	5	13	7	25	13	17	20	23
Orthopädie	64	72	65	70	64	87	98	76	120	117	159	250
Pathologische Anatomie	–	–	–	–	–	–	–	110	82	40	40	44

noch: Tabelle 18

Fachgebiet	Von den Ärztekammern ausgesprochene Facharztanerkennungen											
	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
	Anzahl											
Pharmakologie	–	–	–	–	–	–	–	62	103	20	12	21
Radiologie	79	111	73	72	92	85	101	110	136	149	174	250
Urologie	64	50	32	49	61	49	82	73	74	101	153	183
Sonstige	4	1	1	–	–	–	42	1	2	–	–	–
Insgesamt	1 590	1 662	1 744	1 743	1 914	2 081	2 490	2 784	3 071	3 278	3 882	4 854

Quelle: Bundesärztekammer.

Tabelle 19

Wohnbevölkerung und Einwohner je berufstätigen Arzt
1953 bis 1974[1])

Jahr	Wohnbevölkerung		Einwohner je Arzt			
			ohne Medizinalassistenten		einschl. Medizinalassistenten	
	1 000 Personen	1953 = 100	Anzahl	1953 = 100	Anzahl	1960 = 100
1953	51 640	100,0	734	100,0	·	·
1954	52 127	100,9	725	98,8	·	·
1955	52 698	102,0	722	98,4	·	·
1956	53 319	103,3	722	98,4	·	·
1957	53 994	104,6	719	98,0	·	·
1958	54 606	105,7	721	98,2	·	·
1959	55 123	106,7	710	96,7	·	·
1960	55 785	108,0	703	95,8	675	100,0
1961	56 589	109,6	700	95,4	667	98,8
1962	57 247	110,9	697	95,0	660	97,8
1963	57 865	112,1	697	95,0	658	97,5
1964	58 587	113,5	696	94,8	650	96,3
1965	59 297	114,8	691	94,1	642	95,1
1966	59 793	115,8	690	94,0	632	93,6
1967	59 949	116,1	677	92,2	615	91,1
1968	60 463	117,1	665	90,6	601	89,0
1969	61 195	118,5	651	88,7	592	87,7
1970	61 001	118,1	612	83,4	577	85,5
1971	61 503	119,1	592	80,7	562	83,3
1972	61 809	119,7	575	78,3	544	80,6
1973	62 101	120,3	560	76,3	532	78,8
1974	61 991	120,0	541	73,7	515	76,3

[1]) jeweils am 31.12.

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Tabelle 20

Wohnbevölkerung, berufstätige Ärzte sowie Einwohner je Arzt ausgewählter Länder

Land	Jahr	Wohnbevölkerung	Berufstätige Ärzte	Einwohner je Arzt
		1 000 Personen	Anzahl	
Argentinien	1960	20 014	30 295[2])	660
	1963	21 584	31 800[2])	679
	1969	22 850	45 340	504
	1972	23 920	49 950	479
Australien	1960	10 281	12 000	857
	1965	11 360	15 739	722
	1971	12 760	16 107	792
Belgien	1960	9 178[1])	11 380	807
	1965	9 464	13 473	702
	1971	9 670	15 500	624
Bulgarien	1960	7 867	11 051	712
	1965	8 228	13 593	605
	1970	8 515	15 819	538
	1971	8 540	16 183	528
Budesrepublik Deutschland	1960	55 785	79 350	703
	1965	59 297	85 801	691
	1970	61 001	99 654	612
	1974	61 991	114 661	541
Dänemark	1960	4 585	5 910	776
	1965	4 768	6 439	740
	1970	4 938	7 100	695
	1971	4 966	7 500	662
Deutsche Demokratische Republik	1960	17 189	14 555	1 181
	1965	17 048	19 528	873
	1971	17 041	27 925	610
	1974	16 920	30 798	549
Frankreich	1960	45 730	49 194	930
	1965	48 920	60 298	811
	1970	50 784	67 830	749
	1971	51 250	71 039	721

noch: Tabelle 20

Land	Jahr	Wohnbevölkerung	Berufstätige Ärzte	Einwohner je Arzt
		1 000 Personen	Anzahl	
Großbritannien und Nordirland	1960	52 383	51 489	1 017
	1965	54 436	62 943	865
	1970	55 711	70 784	787
	1972	55 790	74 309	751
Israel	1960	2 150	5 225	411
	1965	2 598	6 075	428
	1970	3 001	7 281	412
	1973	3 307	9 143	362
Italien	1960	50 698	66 200[3])	766
	1965	52 688	87 516[3])	602
	1970	53 660	97 003[3])	550
	1971	54 010	99 341[3])	544
Kanada	1960	17 930	19 700	910
	1965	19 604	24 847	789
	1970	21 324	29 659	719
	1971	21 569	31 166	692
Niederlande	1960	11 462	12 629	908
	1965	12 212	12 904	878
	1970	13 030	15 644	833
	1974	13 491	19 328	698
Norwegen	1960	3 591	4 046	888
	1965	3 723	4 681	795
	1970	3 883	5 665	685
	1971	3 905	6 014	649
Österreich	1960	7 074[5])	12 890	549
	1965	7 255	12 387[4])	586
	1970	7 391	13 390[4])	552
	1974	7 548	13 696	551
Polen	1960	29 776	28 708	1 037
	1965	31 496	39 613	795
	1970	32 589	49 283	661
	1973	33 361	55 500	601
Rumänien	1960	18 403	23 358	788
	1965	19 027	25 875	735
	1970	20 253	25 906	782
	1971	20 470	24 720	828

noch: Tabelle 20

Land	Jahr	Wohnbevölkerung	Berufstätige Ärzte	Einwohner je Arzt
		1 000 Personen	Anzahl	
Schweden	1960	7 495	7 130	1 051
	1965	7 766	8 520	912
	1970	8 040	10 950	730
	1971	8 100	11 250	720
Schweiz	1960	5 429	7 227	751
	1965	5 945	7 449	798
	1970	6 270	8 426	744
	1973	6 431	9 728	661
Spanien	1960	30 431	35 685	853
	1965	31 604	39 709	796
	1970	33 824	45 335	746
	1972	34 365	49 256	698
Sowjetunion	1960	214 400	401 600	534
	1965	229 198	510 500	449
	1970	241 748	616 900	390
	1973	248 625	714 000	348
Tschechoslowakei	1960	13 649	21 694	629
	1965	14 159	26 252	539
	1970	14 362	29 409	488
	1971	14 407	30 426	474
Ungarn	1960	9 961	14 259	699
	1965	10 146	17 831	569
	1970	10 322	21 030	491
	1971	10 354	21 759	476
USA	1960	179 300	275 000	652
	1965	194 500	305 000	638
	1971	207 050	333 299	621

[1])1961. – [2]) Registrierte, die nicht alle im Lande wohnhaft und tätig waren. – [3]) Ärzte und Zahnärzte. – [4]) einschl. Ärzte ohne Berufsausübung. – [6]) Bevölkerungszahl vom März 1961.

Quelle: Statistisches Bundesamt; Statistische Jahrbücher für die Bundesrepublik Deutschland, Länderberichte.

Tabelle 21

Planmäßige Betten in Krankenhäusern
1955 bis 1974

Jahr	Planmäßige Betten			
	insgesamt	davon in		
		öffentlichen	freien gemeinnützigen	privaten
		Krankenhäusern		
	Anzahl			
1955	567 494	316 458	217 486	33 550
1956	575 311	320 974	218 461	35 876
1957	582 871	322 682	222 286	37 903
1958	.	.	.	.
1959	597 148	330 151	225 794	41 203
1960	583 513	326 413	215 120	41 980
1961	594 642	330 473	220 033	44 136
1962	613 641	338 804	227 810	47 027
1963	615 685	340 631	227 257	47 797
1964	619 388	341 708	227 890	49 790
1965	631 447	348 364	230 787	52 296
1966	640 372	352 603	233 651	54 118
1967	649 590	355 915	238 097	55 578
1968	665 546	365 058	243 230	57 258
1969	677 695	370 541	248 779	58 375
1970	683 254	373 137	249 357	60 760
1971	690 236	377 477	251 780	60 979
1972	701 263	381 315	255 002	64 946
1973	707 460	386 489	253 252	67 719
1974	716 530	387 590	253 949	74 991

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Krankenhäuser.

Tabelle 22

Planmäßige Betten je Krankenhausarzt, Facharzt und Pflegeperson
1960 bis 1974

Jahres-ende	insgesamt	und zwar in						
		Akut-	Sonder-	öffentlichen			freien gemeinnützigen	privaten
				zusammen	Universitäts-	übrigen öffentl.		
		Krankenhäusern						
		je Krankenhausarzt						
1960	18,9	·	·	18,5	7,4	22,0	20,5	15,4
1965	18,2	13,9	48,5	16,9	8,4	19,0	20,7	17,7
1970	14,7	11,1	41,7	13,1	4,7	16,6	16,9	18,2
1971	13,8	10,5	38,3	12,0	4,2	15,5	16,3	18,2
1972	13,3	10,2	37,0	11,5	4,1	14,8	15,7	18,5
1973	12,7	9,9	32,5	11,0	3,8	14,4	14,9	18,6
1974	12,3	9,5	31,8	10,6	3,6	13,8	14,2	19,2
		je Facharzt						
1960	31,5	·	·	34,7	16,7	39,3	30,8	19,7
1965	31,6	24,6	75,1	33,5	·	·	31,7	22,5
1970	31,0	24,1	73,1	31,8	14,1	37,4	31,8	24,4
1971	29,5	23,0	70,6	29,5	12,4	35,5	31,0	24,4
1972	28,9	22,6	69,2	28,6	11,9	34,4	30,5	25,4
1973	27,7	21,9	63,7	27,2	11,5	32,7	29,0	26,2
1974	26,7	21,1	61,0	25,9	10,7	31,4	27,8	27,3

noch: Tabelle 22

Jahres-ende	insgesamt	und zwar in						
		Akut-	Sonder-	öffentlichen			freien gemeinnützigen	privaten
				zusammen	Universitäts-	übrigen öffentl.		
		Krankenhäusern						
		je Pflegeperson						
1960	5,3	·		4,7	3,3	4,9	6,0	8,5
1965	4,7	4,7	7,7	4,2	2,8	4,4	5,3	9,1
1970	3,9	3,2	6,9	3,4	2,2	3,7	4,2	8,3
1971	3,6	3,0	6,4	3,2	2,0	3,4	3,9	8,0
1972	3,4	2,8	6,2	3,0	2,0	3,2	3,6	7,7
1973	3,2	2,7	5,8	2,9	1,9	3,1	3,3	7,9
1974	3,0	2,5	5,8	2,7	1,7	2,8	3,1	7,7

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Krankenhäuser.

Tabelle 23

Durchschnittliche Verweildauer und durchschnittliche Bettenausnutzung an Akut- und Sonderkrankenhäusern nach dem Träger des Krankenhauses 1970 bis 1974

Zweckbestimmung – Träger der Krankenhäuser	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliche Bettenausnutzung
	Tage	%
1970		
Krankenhäuser für Akut-Kranke	18,3	86,8
davon:		
Öffentliche Krankenhäuser	17,9	86,1
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	19,3	88,0
Private Krankenhäuser	14,8	84,6
Sonderkrankenhäuser	77,8	92,0
davon:		
Öffentliche Krankenhäuser	99,6	95,4
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	107,9	91,9
Private Krankenhäuser	34,9	81,4
1971		
Krankenhäuser für Akut-Kranke	17,9	86,2
davon:		
Öffentliche Krankenhäuser	17,4	85,0
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	19,0	88,0
Private Krankenhäuser	14,5	83,4
Sonderkrankenhäuser	75,4	93,2
davon:		
Öffentliche Krankenhäuser	96,2	96,6
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	103,0	91,8
Private Krankenhäuser	35,2	84,6
1972		
Krankenhäuser für Akut-Kranke	17,8	85,1
davon:		
Öffentliche Krankenhäuser	17,3	83,9
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	19,0	86,6
Private Krankenhäuser	14,9	84,6

noch: Tabelle 23

Zweckbestimmung – Träger der Krankenhäuser	Durchschnittliche Verweildauer Tage	Durchschnittliche Bettenausnutzung %
noch: 1972		
Sonderkrankenhäuser	71,5	92,2
davon:		
Öffentliche Krankenhäuser	90,8	95,3
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	98,9	90,5
Private Krankenhäuser	35,3	85,3
1973		
Krankenhäuser für Akut-Kranke	17,6	84,7
davon:		
Öffentliche Krankenhäuser	17,1	83,7
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	18,7	86,0
Private Krankenhäuser	14,6	84,5
Sonderkrankenhäuser	66,9	90,5
davon:		
Öffentliche Krankenhäuser	85,7	93,4
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	88,1	90,7
Private Krankenhäuser	34,7	82,5
1974		
Krankenhäuser für Akut-Kranke	17,2	84,1
davon:		
Öffentliche Krankenhäuser	16,5	82,9
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	18,4	85,9
Private Krankenhäuser	14,7	82,0
Sonderkrankenhäuser	63,4	89.0
davon:		
Öffentliche Krankenhäuser	82,6	91,6
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	84,4	90,7
Private Krankenhäuser	34,2	81,6

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Krankenhäuser.

Tabelle 24

Durchschnittliche Verweildauer und durchschnittliche Bettenausnutzung an Akut- und Sonderkrankenhäusern nach Zweckbestimmung 1974

Zweckbestimmung	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Durchschnittliche Bettenausnutzung %
Krankenhäuser für Akut-Kranke		
Allgemeine Krankenhäuser ohne abgegrenzte Fachabteilungen	19,4	83,0
Allgemeine Krankenhäuser mit abgegrenzter Fachabteilungen	17,0	84,3
Krankenhäuser für innere Krankheiten	23,2	84,0
Krankenhäuser für Infektionskrankheiten	–	–
Säuglings- und Kinderkrankenhäuser	17,8	77,9
Krankenhäuser für Chirurgie, Urologie, Neurochirurgie sowie Zahn- und Kieferkrankheiten	14,9	83,9
Unfallkrankenhäuser	26,8	90,3
Orthopädische Krankenhäuser	35,1	88,2
Gynäkologisch-geburtshilfliche Krankenhäuser	11,1	82,0
Entbindungsheime	9,7	44,9
Krankenhäuser für HNO-Krankheiten	8,4	83,5
Krankenhäuser für Augenkrankheiten	16,1	78,1
Krankenhäuser für Haut- und Geschlechtskrankheiten	23,2	78,7
Krankenhäuser für Röntgen- und Strahlenheilkunde	25,9	86,9
Sonstige Fachkrankenhäuser	39,8	82,3
Zusammen	17,2	84,1
Sonderkrankenhäuser		
Tuberkulose-Krankenhäuser	83,9	85,6
darunter:		
vorwiegend für Kinder	116,8	80,1
Krankenhäuser für Psychiatrie (einschl. Heil- und Pflegeanstalten)	252,0	97,1
Krankenhäuser für Neurologie	38,4	93,7
Krankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie	147,9	89,8
Krankenhäuser für Suchtkranke	119,2	93,6
Rheuma-Krankenhäuser	29,9	94,2
Rehabilitationskrankenhäuser	36,9	85,6

noch: Tabelle 24

Zweckbestimmung	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Durchschnittliche Bettenausnutzung %
Krankenhäuser für Chronisch-Kranke sowie geriatrische Kliniken	262,3	96,0
Kur-Krankenhäuser	30,4	82,6
Krankenhäuser bzw. Krankenabteilungen in den Justizvollzugsanstalten	30,0	59,6
Sonstige Fachkrankenhäuser	32,1	83,3
Zusammen	63,4	89,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Krankenhäuser.

Tabelle 25

Ärzte, planmäßige Betten und Pflegesätze außeruniversitärer Krankenhäuser der Maximalversorgung 1960 bis 1975

Jahr	Ärzte je Krankenhaus		Planmäßige Betten je Krankenhaus		Anzahl der planmäßigen Betten je Arzt	Pflegesätze[1])	
	Anzahl	1960 = 100	Anzahl	1960 = 100		DM	1960 = 100
1960	46	100	594	100	12,3	18,80	100
1965	74	160,9	639	107,6	8,7	33,16	176,4
1970	107	232,6	747	125,8	7,2	58,21	309,6
1971	113	245,6	764	128,6	6,8	70,79	376,5
1972	117	254,3	773	130,1	6,7	81,04	431,1
1973	128	278,3	807	135,9	6,2	106,04	537,4
1974	132	287,0	807	135,9	6,0	170,03	904,4
1975			906	152,5		179,25	953,5

[1]) Die Pflegesätze der einzelnen Krankenhäuser sind nicht immer für alle Jahre vergleichbar, da die Leistungen, die durch sie abgedeckt werden, sich zum Teil geändert haben. So wurden z.B. bei drei Krankenhäusern die Nebenkosten bis 1973 gesondert berechnet, seit 1974 sind sie im Pflegesatz enthalten.

Quelle: Erhebung des Wissenschaftsrates bei vier bzw. fünf (Pflegesätze) außeruniversitären Krankenhäusern der Maximalversorgung mit einer Bettenzahl 1960 zwischen 360 und 995, 1974 zwischen 472 und 1 159.

Anhang 2

Rechenmodell zur Ermittlung des Bedarfs an Betten
und poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen

Die Ermittlung der patientenbezogenen Ausbildungskapazität verlangt zweierlei Annahmen: Einmal ist aus den Erfordernissen der Lehre abzuleiten, wieviel stationäre und ambulante Patienten für Lehrzwecke benötigt werden (1). Zum anderen sind Annahmen dazu erforderlich, wieviele Betten bzw. ambulante Untersuchungs- und Behandlungsfälle in einem Klinikum erforderlich sind, damit die für die Lehre benötigten Patienten zur Verfügung stehen (2).

1. Für die Lehre erforderliche Patienten

Bei der Ermittlung der für die Lehre je Woche erforderlichen Patienten sind in der Modellrechnung Annahmen zu folgenden Faktoren erforderlich:

— Anzahl der Studienanfänger pro Semester,

— Semesterwochenstunden je Lehrveranstaltung, für die Patienten benötigt werden,

— Anzahl der Studenten, für die je Veranstaltungsstunde ein Patient benötigt wird (Arbeitsplatzeinheit).

In der Modellrechnung wurde von 180 Studienanfängern pro Semester ausgegangen. Die Eingabegrößen sind im einzelnen den Spalten 3 bis 8 der folgenden Übersicht 1 zu entnehmen.

Die für die Lehre erforderlichen Patienten sind teils stationäre, teils ambulante Patienten. Von welcher Verteilung in stationäre und ambulante Patienten in der Modellrechnung für die verschiedenen klinischen Stoffgebiete ausgegangen wurde, ist den Spalten 10 und 12 der folgenden Übersicht 1 zu entnehmen.

Die für die Lehre erforderlichen stationären Patienten berechnen sich nach der Formel

$$Ps = \frac{s \cdot x}{100} \sum_{i=1}^{n} \frac{zi}{gi}$$

und für die für die Lehre erforderlichen ambulanten Patienten nach der Formel

$$Pa = \frac{s \cdot x'}{100} \sum_{i=1}^{n} \frac{zi}{gi}$$

Dabei sind:

Ps = in einem Stoffgebiet für die Lehre erforderliche stationäre Patienten

Pa = in einem Stoffgebiet für die Lehre erforderliche ambulante Patienten

s = Studienanfänger pro Semester = 180

Übersicht 1

Modellrechnung der für die Lehre erforderlichen Patienten

Stoffgebiet	Semesterwochenstunden (SWS) sowie Studenten je Patient und Lehrveranstaltungsstunde (Arbeitsplatzeinheiten)							Anzahl der erforderlichen Patienten pro Semesterwochen				
	Praktische Übungen			Seminare		Vorlesungen		insgesamt	davon			
									stationär		ambulant	
	Bezeichnung	SWS	Studenten je Patient und Lehrveranstaltungsstd. (Arbeitsplatzeinheit)	SWS	Studenten je Patient und Lehrveranstaltungsstd. (Arbeitsplatzeinheit)	SWS	Studenten je Patient und Lehrveranstaltungsstd. (Arbeitsplatzeinheit)		%	Anzahl	%	Anzahl
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Innere Medizin [1]	Praktikum	6	7—8	3	30	8	180	282 (260+22) [1]	66	187 (173+14) [1]	33	95 (87+8) [1]
	Klinische Untersuchungen	3	6									
Chirurgie	Praktikum	4	5	1	30	4	180	184	75	138	25	46
	Klinische Untersuchungen	1	6									
Orthopädie ohne Rehabilitation	Praktikum	2	5	1	30	1	180	79	75	59	25	20
Urologie	Praktikum	1	3	—	—	1	180	61	75	46	20	15
Frauenheilkunde ohne Geburtshilfe	Praktikum	1,5	3	2	30	3	180	105	66	70	33	35
Kinderheilkunde	Praktikum	2,5	4	2	30	4	180	128	66	85	33	43
Augenheilkunde	Praktikum	1	5	1	30	1	180	79	50	40	50	39
	Klinische Untersuchungen	1	5									
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Praktikum	1	5	1	30	1	180	79	50	40	50	39
	Klinische Untersuchungen	1	5									
Dermato-Venerologie	Praktikum	2	7—8	1	30	1	180	55	50	28	50	27
Psychiatrie [1]	Praktikum	4	7—8	1	30	3	180	120 (105+15) [2]	66	85 (70+15) [2]	33	35
Neurologie	Praktikum	2	7—8	1	30	2	180	56	75	42	25	14
Psychotherapie und Psychosomatik [1]	Praktikum	2	7—8	1	30	2	180	56	50	(28) [3]	50	28
Allg. Medizin [1]	—	—	—	1	30	2	180	8	—	—	100	(8) [4]
Geriatrie [1]	—	—	—	—	—	1	180	1	100	(1) [5]	—	—

[1] Zuzüglich 14 stationäre Patienten für Psychotherapie und Psychosomatik und 8 ambulante Patienten für Allgemeinmedizin. — [2] Zuzüglich 14 stationäre Patienten für Psychotherapie und Psychosomatik und einem stationären Patienten für Geriatrie. — [3] Je zur Hälfte bei der Inneren Medizin und bei der Psychiatrie. — [4] Bei der Inneren Medizin. — [5] Bei der Psychiatrie.

g_i = Studenten je Patient, Lehrveranstaltungen und Lehrveranstaltungsstunden eines Stoffgebietes

z_i = Zeitanteile der Lehrveranstaltungen eines Stoffgebietes in Semesterwochenstunden

x = Faktor Anteil stationäre Patienten

x' = Faktor Anteil ambulante Patienten

Die Ergebnisse der Rechnung sind in den Spalten 11 und 13 der Übersicht 1 ausgewiesen.

2. Erforderliche Betten und poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfälle

a) Betten

Ausgehend von den für die Lehre erforderlichen stationären Patienten wurden für die Berechnung der erforderlichen Betten pauschal folgende Annahmen zugrundegelegt:

— Eignungswahrscheinlichkeit der stationären Patienten: 33 %;

— Belastbarkeit der stationären Patienten: Jeder stationäre Patient kann zweimal pro Woche vorgestellt werden;

— Bettenauslastung: Alternativ 80 % oder 85 %.

Die Anzahl der für die Lehre erforderlichen Betten berechnet sich nach der Formel:

$$B = Ps \cdot \frac{100}{e} \cdot \frac{1}{b} \cdot \frac{100}{y}$$

Dabei sind:

B = Erforderliche Betten

P_s = Für die Lehre erforderliche stationäre Patienten

e = Eignungswahrscheinlichkeitsfaktor

b = Patientenbelastbarkeitsfaktor

y = Bettenauslastungsfaktor

b) Poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfälle

Ausgehend von den für die Lehre erforderlichen ambulanten Patienten wurde für die Berechnung der poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfälle alternativ davon ausgegangen, daß 6,6 % (jeder fünfzehnte) bzw. 12,5 % (jeder achte) der poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfälle für die Lehre geeignet sind.

Die Anzahl der pro Jahr benötigten poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfälle berechnet sich nach der Formel:

$$A = Pa \cdot \frac{100}{e'} \cdot W$$

Dabei sind:

A = Erforderliche poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfälle

P_a = Für die Lehre erforderliche ambulante Patienten

e' = Eignungswahrscheinlichkeitsfaktor

W = Wochen pro Jahr = 52

Bei Anwendung dieser Formeln ergibt sich für eine Aufnahmekapazität von 360 Studienanfängern pro Jahr der aus der folgenden Übersicht 2 zu entnehmende Bedarf an Betten und poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen.

Übersicht 2

Bedarf an Betten und poliklinischen Untersuchungs- und Behandlungsfällen

Stoffgebiet	stationäre Patienten	Betten bei einer Auslastung von		ambulante Patienten	poliklinische Untersuchungs- und Behandlungsfälle pro Jahr bei Eignung von ... Patienten	
		80 %	85 %		6,6 %	12,5 %
Innere Medizin	187	353	333	95	39 500	74 100
Chirurgie	138	261	246	46	19 100	35 900
Orthopädie ohne Rehabilitation	59	112	105	20	8 300	15 600
Urologie	46	87	82	15	6 200	11 700
Frauenheilkunde ohne Geburtshilfe	70	132	125	35	14 600	27 300
Kinderheilkunde	85	161	151	43	17 900	33 500
Augenheilkunde	40	76	71	39	16 200	30 400
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	40	76	71	39	16 200	30 400
Dermato-Venerologie	28	53	50	27	11 200	21 100
Psychiatrie	85	161	151	35	14 600	27 300
Neurologie	42	79	75	14	5 800	10 900
Psychotherapie und Psychosomatik	—	—	—	28	11 600	21 800

Mitglieder des Wissenschaftsrates im Jahre 1976

(Stand Dezember 1976)

I. Vom Bundespräsidenten berufene Mitglieder

1. Auf gemeinsamen Vorschlag der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der Max-Planck-Gesellschaft, der Westdeutschen Rektorenkonferenz und der Arbeitsgemeinschaft der Großforschungseinrichtungen

Dr. rer. pol. Dr. oec. h. c. Dr. oec. h. c. Horst Albach
Ordentlicher Professor für Betriebswirtschaftslehre an der Universität Bonn
Seit Januar 1974

Dr.-Ing. Horst Böhm
Mitglied des Vorstandes der Gesellschaft für Kernforschung Karlsruhe
Honorarprofessor für Metallkunde und Metallphysik an der Universität Heidelberg
Seit Januar 1975

Dr.-Ing. Dr. h. c. Heinz Draheim
Ordentlicher Professor für Geodäsie an der Universität Karlsruhe
Seit Januar 1971

Dr. rer. pol. Herbert Gülicher
Ordentlicher Professor für Statistik und Ökonometrie an der Universität Münster
Seit Januar 1976

Dr. phil. Theodor Heidhues
Ordentlicher Professor für Agrarökonomie an der Universität Göttingen
Bis Januar 1976

Dr. iur. Andreas Heldrich
Ordentlicher Professor für Bürgerliches Recht, Internationales Privatrecht, Rechtsvergleichung und Europarecht an der Universität München
Seit Januar 1976

Dr. iur. Wilhelm A. Kewenig, LL.M. (Harvard)
Ordentlicher Professor für Öffentliches Recht an der Universität Kiel
Seit Juli 1975

Dr. phil. Dipl.-Psych. Hans-Joachim Kornadt
Ordentlicher Professor für Erziehungswissenschaft und Pädagogische Psychologie an der Universität des Saarlandes
Seit Januar 1975

Dr.-Ing. Oskar Mahrenholtz
Ordentlicher Professor für Mechanik an der
Technischen Universität Hannover
Seit Januar 1973

Dr. rer. nat. Werner Martienssen
Professor für Experimentalphysik an der
Universität Frankfurt
Seit Januar 1974

Dr. iur. Hans Meyer
Professor für Öffentliches Recht an der
Universität Frankfurt
Bis Januar 1976

Dr. med. Jürgen Peiffer
Ordentlicher Professor für Neuropathologie an der
Universität Tübingen
Seit Januar 1972

Dr. phil. Klaus Pinkau
Geschäftsführender Direktor des Max-Planck-Instituts
für Physik und Astrophysik und des Instituts
für Extraterrestrische Physik
Außerplanmäßiger Professor für Experimentalphysik an der
Technischen Universität München
Seit Juli 1975

Dr. phil. Eike von Savigny
Außerplanmäßiger Professor für Philosophie an der
Universität München
Seit Januar 1975

Dr. rer. nat. Hansjörg Sinn
Ordentlicher Professor für Angewandte Chemie an der
Universität Hamburg
Bis Januar 1976

Dr. rer. nat. Dr. med. Heinz A. Staab
Ordentlicher Professor für Organische Chemie an der
Universität Heidelberg
Seit Januar 1976

Dr. phil. Rudolf Vierhaus
Direktor am Max-Planck-Institut für Geschichte
Honorarprofessor für Geschichte an der Universität Bochum
und an der Universität Göttingen
Bis Januar 1976

Dr. med. Christoph Weiss, Ph. D. (Lond.)
Ordentlicher Professor für Physiologie an der
Universität Kiel
Seit Januar 1975

Dr.-Ing. Dr.-Ing. E. h. Wolfgang Zerna
Ordentlicher Professor für Konstruktiven Ingenieurbau an der Universität Bochum
Seit Januar 1975

2. Auf gemeinsamen Vorschlag der Bundesregierung und der Länderregierungen

Gerhard Brandes
Senator a. D.
Seit August 1970

Dr. phil. Heinz Markmann
Leiter des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts des Deutschen Gewerkschaftsbundes GmbH
Seit Juni 1971

Dr. phil. h. c. Hans L. Merkle
Vorsitzender der Geschäftsführung der Robert Bosch GmbH
Professor
Seit Januar 1965

Dietrich Ranft
Staatsrat a. D.
Generalsekretär
der Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e. V.
Seit Januar 1975

Werner Schulz
Mitglied des Vorstandes der Bank für Gemeinwirtschaft
Seit Januar 1975

Dr. phil. nat. Dr. rer. nat. h. c. Dr.-Ing. E. h. Bernhard Timm
Vorsitzender des Aufsichtsrates der Badischen Anilin- und Soda-Fabrik
Honorarprofessor für Chemische Technologie an der Universität Heidelberg
Seit August 1973

II. Von den Regierungen des Bundes und der Länder entsandte Mitglieder

1. Bundesregierung

Dr. rer. pol. Reimut Jochimsen
Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft
Ordentlicher Professor für Wirtschaftliche Staatswissenschaften an der Universität Kiel
Seit Februar 1973

Ständiger Stellvertreter:
Dr. iur. Eberhard Böning
Ministerialdirektor im Bundesministerium für
Bildung und Wissenschaft
Seit Juli 1971

Hans-Hilger Haunschild
Staatssekretär im Bundesministerium für Forschung
und Technologie
Seit Februar 1973

Ständiger Vertreter:
Dr. phil. Günter Lehr
Ministerialdirektor im Bundesministerium für
Forschung und Technologie
Seit April 1976

Dr. iur. Joachim Hiehle
Staatssekretär im Bundesministerium der Finanzen
Seit Oktober 1974

Ständiger Stellvertreter:
Hugo Eick-Kerssenbrock
Ministerialdirigent im Bundesministerium der Finanzen
Seit Oktober 1974

Gerhart Rudolph Baum
Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium
des Innern
Seit Dezember 1974

Ständiger Stellvertreter:
Dr. iur. Sieghardt von Köckritz
Ministerialdirektor im Bundesministerium
des Innern
Seit Dezember 1974

Hans-Jürgen Rohr
Staatssekretär im Bundesministerium für Ernährung,
Landwirtschaft und Forsten
Seit Februar 1973

Ständiger Stellvertreter:
Georg Cordts
Ministerialdirektor im Bundesministerium
für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten
Seit April 1973

Dr. rer. pol. Otto Schlecht
Staatssekretär im Bundesministerium für Wirtschaft
Seit April 1973

Ständiger Stellvertreter:
Dr. rer. nat. Wolfgang Strathmann
Ministerialdirigent im Bundesministerium der Verteidigung
Seit Februar 1973

2. Baden-Württemberg

D. theol. Dr. theol. h. c. Wilhelm Hahn
Kultusminister
Ordentlicher Professor für Praktische Theologie an der Universität Heidelberg
Seit Juli 1964

Ständiger Stellvertreter:
Paul Harro Piazolo
Ministerialdirektor im Kultusministerium
Seit Juli 1972

3. Bayern

Dr. iur. Mathilde Berghofer-Weichner
Staatssekretärin im Staatsministerium für Unterricht und Kultus
Seit Januar 1975

Ständiger Stellvertreter:
Albert Meyer
Staatssekretär im Staatsministerium der Finanzen
Seit Januar 1975

4. Berlin

Gerd Löffler
Senator für Wissenschaft und Kunst
Seit Juni 1975

Ständiger Stellvertreter:
Walter Rasch
Senator für Schulwesen
Seit Juni 1975

5. Bremen

Horst-Werner Franke
Senator für Wissenschaft und Kunst
Seit November 1975

Ständiger Stellvertreter:
Moritz Thape
Senator für Bildung
Seit November 1975

6. Hamburg

Dr. iur. Hans-Joachim Seeler
Senator und Präses der Finanzbehörde
Seit Juni 1974

Ständiger Stellvertreter:
Dr. iur. Gerhard Schattschneider
Staatsrat der Finanzbehörde
Seit Mai 1976

7. Hessen

Hans Krollmann
Kultusminister
Seit Januar 1975

Ständiger Stellvertreter:
Dr. iur. Gerhard Bengeser
Ministerialdirigent im Hessischen Kultusministerium
Seit Juni 1976

8. Niedersachsen

Dr. iur. Axel Freiherr von Campenhausen
Staatssekretär im Ministerium für Wissenschaft und Kunst
Ordentlicher Professor für Politik und Öffentliches Recht, Kirchenrecht an der Universität München
Seit Mai 1976

Ständiger Stellvertreter:
Adolf Elvers
Staatssekretär im Ministerium der Finanzen
Seit November 1974

9. Nordrhein-Westfalen

Johannes Rau
Minister für Wissenschaft und Forschung
Seit September 1970

Ständiger Stellvertreter:
Dr. iur. Friedrich Halstenberg
Finanzminister
Honorarprofessor für Planungs- und Baurecht an der Technischen Universität Hannover
Seit November 1976

10. Rheinland-Pfalz

Dr. phil. Hanna-Renate Laurien
Kultusminister
Seit Dezember 1976

Ständiger Stellvertreter:
Horst Langes
Staatssekretär im Kultusministerium
Seit Mai 1974

11. Saarland

Werner Scherer
Minister für Kultus, Bildung und Sport
Seit November 1965

Ständiger Stellvertreter:
Dr. rer. pol. Clemens Bellmann
Ministerialdirigent im Ministerium für Kultus, Bildung und Sport
Seit September 1975

12. Schleswig-Holstein

Dr. rer. pol. Walter Braun
Kultusminister
Professor für Betriebswirtschaftslehre an der Universität Kiel
Seit November 1969

Ständiger Stellvertreter:
Gerd Lausen
Finanzminister
Seit Juli 1973

Vorsitzender des Wissenschaftsrates:

Professor Dr. phil. Heidhues
Januar 1972 bis Januar 1976

Professor Dr. iur. Kewenig
Seit Januar 1976

Vorsitzender der Wissenschaftlichen Kommission
des Wissenschaftsrates:

Professor Dr. rer. nat. Sinn
Januar 1973 bis Januar 1976

Professor Dr. med. Peiffer
Seit Januar 1976

Stellvertretender Vorsitzender
der Wissenschaftlichen Kommission des Wissenschaftsrates:

Professor Dr. iur. Meyer
Januar 1973 bis Januar 1976

Professor Dr. rer. pol. Albach
Seit Januar 1976

Vorsitzende der Verwaltungskommission
des Wissenschaftsrates:

Kultusminister Scherer
Seit November 1969

Staatssekretär Professor Dr. rer. pol. Jochimsen
Seit Februar 1973

Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates im Jahre 1976

Ministerialdirektor Dr. iur. Joachim Peter Kreyenberg
Generalsekretär
Seit Oktober 1971

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

Diplom-Volkswirt Alfred W. Heim
Seit April 1959

Dedo Graf Schwerin von Krosigk
Seit Januar 1963

Dr. phil. Alexander Busch
Seit Mai 1963

Diplom-Soziologe Gerhard Holler
Januar 1971 bis Juni 1976

Dr. phil. Klaus Fleischmann
März 1971 bis Februar 1976

Dr. phil. Rolf Reinert
Seit Mai 1972

Dr. rer. pol. Friedrich Tegelbekkers
Seit April 1973

Regierungsrätin Diplom-Volkswirt Heidi Wallenfang
Seit Juli 1973

Regierungsdirektor Hermann Lange
Seit Oktober 1973

Regierungsrat Roland Thierfelder
Seit Dezember 1973

Dr. phil. Roswitha Rothlach, M.A.
Januar 1976 bis November 1976

Diplom-Soziologe Ludger Viehoff
Seit April 1976

Michael Mauer
Seit September 1976

Anschrift der Geschäftsstelle:

Marienburger Straße 8
5000 Köln 51
Telefon: (02 21) 38 60 02

Veröffentlichungen des Wissenschaftsrates:

— Empfehlungen zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen, Teil I: Wissenschaftliche Hochschulen, 1960 (vergriffen).
— Anregungen zur Gestalt neuer Hochschulen, 1962 (vergriffen).
— Empfehlungen zur Aufstellung von Raumprogrammen für Bauvorhaben der wissenschaftlichen Hochschulen, 1963.
— Empfehlungen zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen, Teil II: Wissenschaftliche Bibliotheken, 1964.
— Abiturienten und Studenten. Entwicklung und Vorschätzung der Zahlen 1950 bis 1980, 1964.
— Empfehlungen zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen, Teil III: Forschungseinrichtungen außerhalb der wissenschaftlichen Hochschulen, Akademien der Wissenschaften, Museen und wissenschaftliche Sammlungen (3 Bände), 1965.
— Empfehlungen zur Neugliederung des Lehrkörpers an den wissenschaftlichen Hochschulen, 1965.
— Empfehlungen für die Ausbildung im Fach Pharmazie, 1965.
— Bericht des Vorsitzenden über die Arbeit des Wissenschaftsrates 1961 bis 1964, 1965.
— Empfehlungen zur Neuordnung des Studiums an den wissenschaftlichen Hochschulen, 1966 (vergriffen).
— Empfehlungen zum Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen bis 1970, 1967.
— Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, 1968.
— Wissenschaftsrat 1957—1967, 1968.
— Verzeichnis 1968 im Sinne der Verfahrensordnung für die Einrichtung und Finanzierung von Sonderforschungsbereichen, 1968.
— Empfehlungen zur Struktur und Verwaltungsorganisation der Universitäten, 1968.
— Empfehlungen zur Neuordnung von Forschung und Ausbildung im Bereich der Agrarwissenschaften, 1969.
— Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau des Bildungswesens im Hochschulbereich nach 1970 (3 Bände), 1970.
— Empfehlungen und Stellungnahmen des Wissenschaftsrates 1972, 1973.
— Dreijährige Studiengänge im Gesundheitswesen — Vorschläge für Modellversuche, 1973.
— Empfehlungen und Stellungnahmen des Wissenschaftsrates 1973, 1974.
— Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu Organisation, Planung und Förderung der Forschung, 1975.
— Empfehlungen und Stellungnahmen des Wissenschaftsrates 1974, 1975.
— Empfehlungen und Stellungnahmen des Wissenschaftsrates 1975, 1976.
— Empfehlungen zu Umfang und Struktur des Tertiären Bereichs, 1976.

Verlag: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck) Tübingen.