

## Operationskabinen

den Operationstisch und das Chirurgenteam und verläßt die Kabine durch seitlich angebrachte Absaugöffnungen.

Alle Verunreinigungen werden somit sofort und direkt abgeschwemmt, so daß das Kontaminationsrisiko im Wundbereich auf ein Mindestmaß reduziert wird. Um zusätzlich noch die Keimausbreitung durch Menschen zu verringern, trägt das Operationsteam eine spezielle Schutzkleidung mit integrierter Atemluftabsaugung. Die Kabine ist so konstruiert, daß sich alle Begrenzungsflächen leicht desinfizieren lassen.

In die Seitenwände sind Scheinwerfer eingebaut. Sie sorgen für eine gute Grundbeleuchtung des Operationsfeldes. Fest installierte oder fahrbare Röntgengeräte und sonstige medizinische Hilfsapparaturen können in die Kabine integriert werden.

Bisher wurden in der St. Galler Operationskabine mehr als 450 aseptische Eingriffe durchgeführt, zum größten Teil Implantationen von Hüftgelenk-Totalprothesen. Es ist verfrüht, Zahlenangaben über den Wundinfekt zu machen; Spätinfektionen können die Ergebnisse noch verschieben. Zwei Aussagen sind jedoch auch heute schon möglich:

▷ In unmittelbarer Nähe des Operationsfeldes beträgt die Bakterienkonzentration etwa ein Keim pro Kubikmeter Luft;

▷ Wundabstriche zeigen, daß nur noch drei Prozent der Wunden kontaminiert sind.

Gebrüder Sulzer AG,  
Konzerngruppe Heizungs-  
und Klimatechnik,  
CH-8401 Winterthur  
(Schweiz)

## FORUM

# Berlin: Medizinische Fachbereiche in der Krise

Zu dem Bericht in Heft 41/1972, Seite 2591

In einem Artikel mit dem Titel: „Berlin: Medizinische Fachbereiche in der Krise“ in Heft 41/1972 des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES wurde – gestützt vor allem auf den Bericht einer Expertenkommission – über die Lage des medizinischen Bereichs an der Freien Universität Berlin berichtet. Dazu gingen zwei Stellungnahmen ein: von Prof. Dr. Herbert Lax, Vizepräsident der Freien Universität, und von Prof. Dr. Eckard Gerstenberg, Ärztlicher Direktor des Klinikums Steglitz. In diesem Heft veröffentlichen wir zunächst die Zuschrift von Prof. Lax; folgen werden die Stellungnahme von Prof. Gerstenberg und ein Schlußwort des Verfassers.

### Reform – nicht Krise in der Berliner Universitätsmedizin

Diskussionen über Struktur- und Organisationsreformen, nicht nur in der Universitätsmedizin, sondern auch im Bereich der kommunalen Krankenhäuser, sind seit Jahren überall im Gang und keineswegs abgeschlossen. Dabei geht es um die Konzeption von Grundsatzperspektiven, d. h.: was will man im sozial- und gesellschaftspolitischen Rahmen für die Zukunft der „Medizin“ entwickeln; zweitens um die Organisationsformen der zweckentsprechenden Realisation einer funktionsgerechten ambulanten und stationären Krankenversorgung und drittens um die Strukturen, die diese Organisation tragen müssen.

In dem Artikel „Berlin: Medizinische Fachbereiche in der Krise“ in DEUTSCHES ÄRZTEBLATT, Heft 41/1972, werden direkt oder indirekt alle drei unmittelbar zusammenhängenden Fragenkomplexe angesprochen. Nur auf der Basis der Zustimmung zu den nachfolgenden Grundsatzprinzipien hat es Sinn, über Struktur- und Organisationsfragen konstruktiv zu disku-

tieren, im Falle der Ablehnung ist es verlorene Zeit.

Zweifellos hat „die Medizin“ eine Reihe wesentlicher spezifischer Eigenheiten. Trotzdem sollte man bereit sein, die Problematik auf dem Hintergrund der gesamten gesellschaftspolitischen Entwicklung zu sehen.

Generell wird Mitsprache und Mitbestimmung ein konsequenter und selbstverständlich zu realisierender Anspruch sein – in dem Maße, wie Bildung und Ausbildung, Weiter- und Fortbildung immer größere Bevölkerungskreise umfassen. Der Bildungsplan der Zukunft bedeutet gleichzeitig einen der erregendsten Strukturwandel der menschlichen Gesellschaft in diesem Jahrhundert. Seine Auswirkung ist nicht abzusehen. Erkennen kann man aber die Größe und Schwierigkeit der Aufgaben für alle nichtautoritären Staaten. In dieser Entwicklung machen wir die ersten unsicheren Schritte. Versuchung des Mißbrauches und Chance der Emanzipation sind vermutlich gleich groß. Die Medizin, der gerade so umwälzende Struktur- und Organisationswandel bevorstehen, davon auszunehmen wird niemand

erwarten. Man müßte grenzenlos naiv sein und ohne jede Information leben, wollte man erhoffen, daß ein derartiger Strukturwandel ohne Konflikte zu erreichen sei. Der Abschied von in der Vergangenheit Bewährtem, von lieb gewordenen Ordnungen und Gewohnheiten, ist für viele schmerzlich, weil er gleichzeitig dazu zwingt, die eigene Position in Frage zu stellen und neu zu bestimmen. Insofern hat die Medizin keine Möglichkeit der Isolation, sondern steht mittendrin.

Die Umwandlung traditionell verhärteter Strukturen in ein aufgelockertes, liberales, zeitentsprechendes und trotzdem funktionsfähiges System ist ein schwieriges und langwieriges Vorhaben. Nur wer der Meinung ist, daß für dieses Vorhaben kein Grund bestünde, wird mit den derzeitigen Bemühungen in einen unauflösbaren Konflikt geraten. Für Variationen der Realisation muß und wird auch in Zukunft Platz und Zeit sein.

Die Prinzipien der Neugestaltung sind: Herstellung der Homogenität des Betriebs- und Arbeitsablaufes durch Mitsprache und Mitbestimmung aller in einer Klinik oder einem Institut Tätigen. Bei der Verzahnung der Funktionsabläufe mit den ständig steigenden Anforderungen in der Medizintechnik, der Erarbeitung neuer Verwaltungsstrukturen, des sachgerechten Einbaus von Statistik und Dokumentation, der Studienreform und der „Planung“ von Forschung bietet sich der Bereich Medizin in einer Universität förmlich an. Ziel dabei ist, den individuellen Entfaltungsspielraum so weit wie möglich zu öffnen — mit der kontrollierbaren Verpflichtung, die dadurch freiwerdende Intention auf die Verbesserung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre zu richten.

Diese Grundprinzipien entsprechen den Entwicklungsforderungen einer modernen Industriegesellschaft. Das Berliner Universitätsgesetz hat die Möglichkeiten der Verwirklichung durch die Institutionalisierung

der Mitbeteiligung der verschiedenen Gruppen — bei durchaus unterschiedlichen Paritäten — geschaffen und damit die gelegentlich schon früher geübte individuelle Handhabung überholt.

Dieses Prinzip hat unausweichlich eine Kompetenzeinschränkung der ehemaligen Ordinarien in dem Maße zur Folge, wie die Kompetenzzunahme anderer Gruppen entstanden ist und allmählich Wirklichkeit wird.

Mit Sicherheit ist ebenso falsch, zu meinen, es sei früher alles schlecht gewesen und heute alles gut — wie umgekehrt. Es ist heute noch keineswegs alles gut, aber es sind die Voraussetzungen vorhanden, daß es besser wird, als es war. Dieses Ziel zu erreichen wird lange dauern, denn es ist nicht durch den bürokratischen Akt einer Gesetzgebung bereits gesichert, sondern nur durch eine dynamische Entwicklung der neuen Strukturen und deren Ausfüllung in einem sehr mühevollen Lernprozeß aller Gruppen. Auf diesem Wege sind Fehler unvermeidbar, und die Kritik — von welcher Seite auch immer — wird dann aufgenommen werden, wenn sie sich unter Anerkennung der Grundprinzipien an konkreten Beispielen orientiert und konstruktive Alternativen einbringt.

Die beiden neuralgischen Punkte in der übergeordneten Ebene der Diskussion scheinen mir mit „Sachverstand“ und „Politisierung“ angesprochen. Sachverstand hat, wer von einer Sache etwas versteht. Das muß er nachweisen durch Kenntnisse. Je nach Wissen wird man ihm einen unterschiedlichen Grad von Sachkompetenz zubilligen oder schließlich als Sachautorität anerkennen. Das ist im Bereich medizinischer Diagnostik und Therapie und vielen anderen naturwissenschaftlichen und technischen Fachbereichen noch relativ leicht einzugrenzen. Fehleinschätzungen sind trotzdem möglich. Dort, wo es sich um Struktur- und Organisationsprobleme der Kliniken sowie der ambulanten und

stationären Krankenversorgung handelt, ist Sachverstand sicher nicht an eine fachspezifische oder auch nur besondere ärztliche Leistung gebunden, sondern an intensive Beschäftigung mit Reformplänen und Modellen, die neben den Vorstellungen über die optimale Realisation ärztlicher Leistung soziologische sowie individuelle und gruppenspezifische psychologische Aspekte einschließen müssen. Eine Diskussion wird sehr schnell erkennen lassen, ob Wissen und Erfahrung in dem Maße vorhanden sind, um die überzeugenden Argumente zu liefern. Das mag im Einzelfall nicht zutreffen, kann aber sicher nicht als Argument dienen, bestimmte Gruppen von vornherein auszuschließen.

Sofern man Politik als das Denken und Handeln für Gesellschaft und Staat definiert, sind jede Art von Reformen politische Entscheidungen. Je nach der Vorstellung, welche Reformen inhaltlich der Verbesserung, d. h. einer funktionsgerechten Aufgabenteilung dienen und auf welche Weise (Struktur- und Organisationsanalyse) dieses Ziel zu erreichen ist, wird der politische Standpunkt definiert. Je enger das Blickfeld ist, um so schwieriger wird eine Diskussion, die heute eine perspektivische Konzeption im größeren Rahmen anpeilen muß und sich bemüht, zukünftige Entwicklungen zu erfassen. Insofern ist eine politische Konfrontierung die unabdingbare Konsequenz einer evolutionären Entwicklung, die nicht mit einer konformen Intention rechnen kann und auch nicht sollte. Entwicklung — weshalb, wohin und wie? Durchsetzung humanitärer Prinzipien bedeutet nicht nur soziale Gerechtigkeit, sondern auch die Öffnung der Selbstverwirklichung über den bereits genannten individuellen Entfaltungsspielraum, der überall dort kontrollierbar sein muß, wo die übergeordneten Bedürfnisse und Interessen der Gesellschaft tangiert werden. Erst aus dem Spannungsfeld einander gegenüberstehender Argumentation kann sich das „besser“ für Krankenversor-

gung, Forschung und Lehre herauskristalisieren. Hier kann die Universitätsmedizin keine Insel sein. Die Ausbildung geschieht dort, und die Kernfrage, was der junge Arzt *wie* und an welcher Stelle zu leisten hat, ist die Basis der Gesundheitspolitik. Genau an dieser Stelle vermag ich dem Gutachten der Expertenkommission nicht zu folgen – insofern, als sie sehr wohl die Motivation für das Ziel der Auseinandersetzung (Verbesserung von Struktur und Organisation der Krankenversorgung) anspricht, jedoch nicht berücksichtigt, daß die Triebfeder der politische Wille sein muß und immer sein wird.

Sowohl in diesem Bereich der Grundsatzüberlegungen als auch in dem der individuellen Kommunikation sind in der Tat durch das Universitätsgesetz latente und verdeckte Konflikte evident geworden – einfach, weil dadurch erst die wirkungsvolle Artikulation möglich wurde. Es ist aber sicher falsch, anzunehmen, daß diese Auseinandersetzungen ohne dieses oder ein verändertes Universitätsgesetz jetzt und in Zukunft vermeidbar wären, wie die breite Diskussion in Publizistik und den Organen der Ärztekammer beweist.

Das Ringen um die beste Lösung der Probleme in bezug auf die Krankenversorgung im weitesten Sinne hat erst begonnen: Die wissenschaftliche Entwicklung der Medizin mit dem Einbruch der Medizintechnik einerseits und dem Anspruch der Integration sozialmedizinischer Aspekte andererseits zwingt zu Überlegungen adäquater, funktionsbezogener, praktisch wirkungsvoller und ökonomischer Aufgabenteilung. In diesem Prozeß haben ausschließlich subjektive oder individuen- und gruppenbezogene Wertvorstellungen keinen Platz, d. h., daß auch die völlig legitime Diskussion über eine Organisation der wirtschaftlichen Sicherstellung unabdingbar eingeschlossen ist. Das alles ist im Kontext mit der bereits eingetretenen und zu erwartenden Veränderung

sozialer Strukturen mit den entsprechend veränderten Anforderungen der Bevölkerung auf der Basis labiler psychologischer Reaktionen zu sehen: Familie, Generationsproblem, Freizeit, Alter, Arbeitsmotivation, Medienberieselung mit der oftmals hilflosen individuellen, epochengebundenen Verhaltensweise – um nur einige Bezugspunkte zu nennen.

Wie aber wollen wir alle diese grob skizzierten und wohl inzwischen auch allgemein bekannten Probleme einer sinnvollen Lösung zuführen, wenn wir uns weiterhin auf einem Niveau der Auseinandersetzung bewegen wie ein Teil der allgemeinen Journalistik und leider seit Monaten das DEUTSCHE ÄRZTEBLATT. Haben wir nicht immer dem Arzt Nüchternheit in seiner diagnostischen Tätigkeit, Klarheit im ärztlichen Handeln und auf den Kranken bezogenes Engagement zugeordnet, und haben wir nicht gleichzeitig daraus die Souveränität seiner Persönlichkeit erwartet – und meist zu Recht.

Können wir nicht fordern, daß sich dies auch in einer qualifizierten Argumentation „unserer Presse“ niederschlägt, statt in einer peinlichen und fruchtlosen Polemik?

Man kann, ohne sich selbst und nahezu alle übrigen medizinischen Hochschullehrer und ihre Funktionsbereiche völlig ungerechtfertigt und objektiv nicht belegbar zu disqualifizieren, keinesfalls von einem desolaten Zustand der Medizin in Berlin sprechen. Das sollte auch den Verfassern dieser oder ähnlicher Formulierungen spätestens jetzt klarwerden – schließlich auch im Hinblick auf ihre eigenen Berufschancen. Wenn das Ansehen der Berliner Medizin in der letzten Zeit Schaden erlitten hat, so ist dies auch auf Kollegen zurückzuführen, die bei jeder nur möglichen Gelegenheit nicht nur in der Bundesrepublik, sondern auch im Ausland aus einer sehr einseitigen und stark überzogenen Kritik an der noch immer nicht abgeschlossenen Berliner Reform-

struktur mit ihren unvermeidbaren und vermeidbaren Schwierigkeiten ein solches Bild gezeichnet haben. Mir ist keine Medizinische Fakultät bekannt, an der die Arbeitsbedingungen für Kliniker und Wissenschaftler der Medizin wesentlich günstiger wären. Der besseren Ausnutzung gelten die Bemühungen der Reform, und ich bin sicher, daß diese bei Bereitwilligkeit aller in absehbarer Zeit auch Erfolg haben wird.

Und nun noch einige punktuelle Bemerkungen, wobei es fast aussichtslos ist, ohne ausführliche Darstellung des Universitätsgesetzes sowie der ergänzenden Satzungen eine Klarstellung zu erreichen.

Man kann dem Berliner Universitätsgesetz mit Sicherheit nicht den Vorwurf einer „technokratischen“ Reform machen, wenn die skizzierten Absichten und Auswirkungen als Kriterien anerkannt werden.

Daß die beiden zitierten Schweizer Hochschullehrer abgesagt haben, ist zu bedauern, zumal gerade ihre Position durch das Universitätsgesetz am geringsten berührt worden wäre. Da jedoch zumindest Herr Bischoff in den Grundprinzipien der neuen Universitätsstruktur keinen Fortschritt erkennen kann, muß diese Entscheidung zur Kenntnis genommen werden. Sowohl die ärztliche Verantwortung als Abteilungsleiter ist durch die Satzung klar festgelegt als auch die freie Entfaltung als Wissenschaftler durch das Universitätsgesetz garantiert.

Zu der Aufteilung der Fakultät in sieben Fachbereiche wurde in Heft 40/1971 des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES Stellung genommen. Maßgebend war im wesentlichen der Repräsentationswunsch aller Fachvertreter im Fachbereichsrat. Noch vor dem Eintreffen der Expertenkommission sind auf Grund der Erfahrungen Überlegungen über die Zusammenlegung einiger Fachbereiche angestellt worden. Das Präsidialamt, gemeinsam mit der Entwicklungs- und Planungskom-

mission, hat einen Diskussionsentwurf ausgearbeitet, der in den Fachbereichen beraten wird.

Die Forschungsförderung erfolgt nachweislich unverändert. Im Sinne der Schwerpunktbildung ist bisher wenig geleistet worden. Die Kooperation zwischen theoretischen Instituten und Kliniken findet durchaus statt (Sonderforschungsbereich Embryonalpharmakologie, Psychopharmakologie, Geriatrie usw.), jedoch bisher nicht stärker als früher. Das hat nichts mit dem Universitätsgesetz zu tun.

Das Lehrangebot ist ungemein reichhaltig (siehe Vorlesungsverzeichnis). Unbefriedigend ist die Koordination. Wegen der Verweigerung vieler Hochschullehrer und der mangelnden Beteiligung von Studenten ist bisher eine breite Basis der Ausbildungskommission ausgeblieben. Die Einrichtung einer gemeinsamen, alle medizinischen Fachbereiche umfassenden Ausbildungskommission ist die Forderung der Universität seit Inkrafttreten des Gesetzes und vermutlich ein Punkt der Novellierung.

Die Aufgaben des Fachbereichsrates sind zweifellos umfangreich und vielseitig. Im Vordergrund sollte die Entwicklungsplanung des Bereiches stehen. In der bisherigen Funktion sind die oft mangelhafte Vorbereitung von Entscheidungsgrundlagen sowie die zu seltene Delegation von Aufträgen an die Verwaltung zu kritisieren. Das muß erst erlernt werden und sich einspielen. Es könnten zum Beispiel auch die besonderen Probleme der Krankenversorgung durch einen Ausschuß oder eine beratende Kommission entscheidungsreif vorbereitet werden. Gegen eine neben dem Fachbereichsrat amtierende Krankenhauskonferenz mit Entscheidungsbefugnis für die Krankenversorgung sind wegen der unvermeidbaren Kompetenzüberschneidung grundsätzlich Bedenken anzumelden.

Die Unterkommission Medizin ist Bestandteil der Entwicklungs- und

Planungskommission der Universität. Sie hat beratende und empfehlende Funktion für den Präsidenten und den Akademischen Senat. Für jede Empfehlung wird – bei wichtigen Anlässen nach Anhörung – eine Begründung ausgearbeitet, die gleichzeitig den Fachbereichen zugestellt wird.

Was die Fachbereichsgliederung mit dem Zeitablauf der studentischen Ausbildung zu tun haben soll, bleibt unerfindlich. Die Einschreibung erfolgt zentral. Schwierigkeiten gibt es ausschließlich durch die Zahl der Teilnehmer in bestimmten Kursen bzw. Praktika. Pädiatrie, Psychiatrie und Orthopädie sind in der Berliner Universität im Gegensatz zu allen anderen klinischen Fächern nur einmal vertreten. Infolgedessen sind sie formal keinem Klinikum zugeordnet. Es mußte jedoch der Eindruck entstehen, als wäre Pädiatrie überhaupt nicht vorhanden. Man sollte die Anstrengungen aller Beteiligten anerkennen, trotzdem die Ausbildung zu bewältigen. Die Erstellung weiterer Parallelkliniken ist vorgesehen, jedoch von der Finanzierung und der Bettenbedarfsplanung abhängig.

Eine pauschale „Überleitung“ von Ärzten in die Gruppe der Hochschullehrer ist nicht erfolgt. Lehrbefähigung und -verpflichtung sowie der Nachweis wissenschaftlicher Leistung sind im Universitätsgesetz festgelegt und werden als Kriterien auch angewendet. Die Maßstäbe sind bekanntlich schwer objektivierbar. Zu allen Zeiten gab es Unterschiede. Mißbrauch ist mit Sicherheit nicht im Spiel gewesen.

Die Auswahl der Klinik- und Abteilungsleiter, soweit sie bereits vorhanden sind, erfolgte noch durch die Fakultät (1969). Neue Abteilungsleiter werden erst nach Festlegung der zukünftigen Abteilungen auf Vorschlag des Direktoriums mit ausführlicher Begründung von den Fachbereichen dem Präsidenten zur Bestätigung vorgelegt. Für Zweifelsfälle ist eine Gutachterkommission vorgesehen. Daß die

prinzipielle Ausschreibung besser wäre, ist stets und von allen Mitgliedern der Universität anerkannt worden. Nur scheitert dies an der Finanzierung. Da genügend qualifizierter Nachwuchs zur Verfügung steht, dürfte es zu keinen Fehlbesetzungen kommen.

Die gestufte ärztliche Verantwortung besteht unverändert und wird durch die Konsiliarverpflichtungen nicht aufgehoben. Im allgemeinen nehmen Hochschullehrer die Oberarztfunktionen wahr. Ob man diesen Personenkreis mit klar definierter Kompetenzabgrenzung unbedingt Oberarzt *nennen* muß, halte ich für ziemlich belanglos. Ich würde die Abschaffung dieser Bezeichnung für vorteilhaft halten.

Die Bildung von Abteilungen in der klinischen Medizin ist ein internationales Problem. Es gibt mehrere Vorstellungen (siehe Wissenschaftsrat-Empfehlungen 1968). Die Vorzüge und Nachteile der einzelnen Modelle können in diesem Zusammenhang nicht diskutiert werden.

Menschen anderer Meinung und Überzeugung nicht nur die persönliche Anerkennung zu versagen, sondern sie als außerhalb der Gemeinschaft stehend zu deklassieren, scheint eine spezifische deutsche Verhaltensweise zu sein, die das nicht vorhandene oder gestörte Verhältnis zu der Praxis der Demokratie aufdeckt. Die Humorlosigkeit der radikalen Extremisten, welcher Couleur auch immer, ist für das Zusammenleben deletär, denn sie löscht die zwischenmenschliche Kommunikation aus. Ärzte sollten aus der Tätigkeit ihrer Praxis die Fähigkeit mitbringen, gewichtige Dinge mit leichter Hand und nicht ohne Humor zu bewältigen. Darunter braucht die Ernsthaftigkeit des Engagements durchaus nicht zu leiden.

Prof. Dr. Herbert Lax  
1 Berlin 19  
Universitäts-Frauenklinik  
Pulsstraße 4–14