

**UniReport:** Herr Prof. Graf, Sie sind seit fast einem Jahr in Frankfurt. Wie haben Sie sich eingelebt?

**Jürgen Graf:** Einleben musste ich mich eigentlich kaum, weil Frankfurt mir vertraut ist. Ich fühle mich in der Stadt und der Region wohl, lebe in Gießen. Das heißt, ich habe die Zeit zum Einarbeiten genutzt. Das war eine spannende Zeit.

*Was war daran so spannend?*

Das Ganze lebt ja von den Menschen, die eine Organisation gestalten und tragen. Und die Menschen, mit denen ich vor allem viel Kontakt habe – das sind die leitenden Ärzte, die Wissenschaftler, Dezernenten, der Vorstandsbereich, der Fachbereich – das sind einfach interessante Charaktere, ein spannendes Umfeld.

*Wie empfinden Sie die Rückkehr nach Frankfurt, in eine Stadt, die sich möglicherweise auch ein bisschen verändert hat?*

Ja, das ist schon ein bisschen nachhause kommen. Ich hab meine Kindheit in der Gegend verbracht und seit 2005 wohnen wir in Gießen. Von 2009 bis 2013 habe ich in Frankfurt bei der Lufthansa gearbeitet. Wie sich Kunst, Kultur, das Städtebauliche, aber auch der Campus der Goethe-Universität entwickelt haben, ist wirklich grandios. Dafür nimmt man auch das eine oder andere, was vielleicht verkehrstechnisch nicht immer optimal ist, gerne in Kauf.

*Wie halten Sie sich für Ihren Beruf, Ihren Job fit, der ja sehr fordernd ist?*

Ich gehe morgens laufen am Main. Und ansonsten Sorge ich dafür, dass in meinem Umfeld alle immer gut gelaunt sind und wir viel miteinander lachen. Dann klappt das auch mit den manchmal nicht ganz so freudvollen Themen.

*Laufen heißt laufen oder gehen?*

Laufen. Ich bin ein ungeduldiger Mensch. Gehen wäre mir zu langsam (lacht).

*Wie haben Sie das Klinikum hier vorgefunden, als Sie gekommen sind?*

Groß und in Bewegung. Die Besonderheit des Universitätsklinikums Frankfurt ist ja schon auch die Liegenschaft, das Raumgreifende. Der Campus hier hat 460.000 Quadratmeter, das ist schon gewaltig groß. Und auch einige der Strukturen funktionieren dezentral. Unsere Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie und Neuroonkologie sind zum Beispiel anderthalb Kilometer Luftlinie von hier entfernt. Das sind natürlich Besonderheiten und Herausforderungen für die klinische Versorgung, die man bedenken muss. Es heißt ja immer wieder, dass die universitär Tätigen kapriziös und schwierig seien. Das hab ich gar nicht so erlebt. Da sind viele, die sehr für ihren Bereich und für ihr Fach leben und auch kämpfen und das in einer gemeinschaftlichen Weise tun.

*Wie sehen Sie das Zusammenspiel zwischen der Patientenversorgung auf der einen und Forschung und Lehre auf der anderen Seite, harmonisiert das im Alltag?*

Also ganz wichtig ist, dass ein Universitätsklinikum kein gewöhnliches Krankenhaus ist. Und das sagen wir nicht aus einer Hybris heraus, sondern das hat etwas mit der Aufgabenbeschreibung zu tun. Das Landesgesetz sieht vor, dass wir mit dem Klinikum die Lehre und die Forschung unterstützen und für Aus-, Fort- und Weiterbildung zuständig sind. Eine weitere Aufgabe liegt aber vor allem in der Krankenversorgung, da geht es um Patienten, um Linderung, Heilung, bisweilen auch um Leben und Tod. Ein möglicher Konflikt wird natürlich dadurch komplizierter, dass wir den gesetzlichen Auftrag haben, eine sogenannte Trennungsbuchung zu machen. Das heißt, die krankenversorgende Leistung wird nach Sozialgesetzbuch V über die Kostenträger, die Krankenkassen finanziert. Und alles, was wir in Lehre und Forschung machen, darf nicht von diesen Kostenträgern finanziert werden. Das heißt, einerseits leben wir in der Philosophie, dass Lehre, Forschung und Krankenversorgung untrennbar miteinander verbunden sind. Andererseits werden wir per Gesetz dazu gezwungen, die Bereiche auseinanderzurechnen. Prof. Pfeilschifter, Dekan des Fachbereichs Medizin, und ich sind in den letzten Monaten einen sehr guten Weg gegangen, so dass wir potenzielle Konflikte möglichst eindämmen, bevor sie richtig entstehen.

*Wie gestalten sich die Ziele, die Sie sich hier vorgenommen haben, für die Weiterentwicklung des Uniklinikums?*

Wir haben im letzten Herbst im Klinikum mit einem Strategieprozess begonnen, und zwar gemeinsam mit allen. Dafür

hat uns der Aufsichtsrat den Auftrag erteilt. Wir haben einen externen Begleiter in diesem Prozess, der unglaublich smart und gründlich mit uns zusammenarbeitet. Der Prozess soll zum Ende dieses Jahres abgeschlossen sein. Und daraus werden sich dann eine Reihe von wichtigen Handlungsfeldern und wesentliche Ziele für die nächsten Jahre ergeben. Wir wollen in der Forschung international sichtbar sein, wir wollen eine Lehre machen, sodass die klügsten Köpfe Lust haben, bei uns zu studieren und auch hier zu bleiben. Und wir wollen in der Krankenversorgung Alleinstellungsmerkmale hier in Frankfurt und über die Region hinaus präsentieren können, die auch komplementär zu unserem Forschungsfeld sind.

*Kliniken stehen in Konkurrenz zueinander, ein Schlagwort ist dann immer Spezialisierung. Könnten Sie auf Antriebe ein paar Bereiche nennen, in denen das Uniklinikum an der Spitze steht?*

Also wir haben einige Bereiche, da sind wir international sichtbar. Das sind die Neurowissenschaften und die Neurofächer, also Neurochirurgie, Neurologie, Neuroonkologie, Neuroradiologie, und dort sind wir auch wissenschaftlich sehr, sehr gut positioniert. Das Gleiche gilt für die Pharmakologie, die auch wichtig ist für unseren translationalen Ansatz, d.h. Substanzen von der Entdeckung bis hin zur klinischen Verwendung zu entwickeln. Wir haben einen weiteren Schwerpunkt in der Herz-Kreislauf-Medizin. Der strahlt wissenschaftlich exorbitant nach außen, was wir leider klinisch noch nicht vollständig erreichen. Und wir haben die Onkologie als ein Feld, wo wir sehr stark und sichtbar sind, auch über die LOEWE-Projekte oder als Partnerstandort des Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung (DKTK). Auch in Kooperation mit dem Georg-Speyer-Haus werden wir hier eine translationale Forschungslandschaft für die nächsten Jahre mit neuen Gebäuden und Wissenschaftlern entwickeln. Konkurrenz ist in der Universitätsmedizin nicht wirklich das Problem. Es ist sicherlich klug, an der einen oder anderen Stelle zu schauen, was die Mainzer oder Gießener machen. Wir müssen nicht all das machen, was die auch tun.

*Da könnte ja der Verbund Rhein-Main-Universitäten helfen, dieses Bewusstsein vielleicht noch zu stärken?*

Das ist auch eine Hoffnung, die ich in diesen Verbund setze. Einmal, dass man eine konkrete Form der Abstimmung findet über die Grenzen des Bundeslandes hinaus. Und zum zweiten auch, dass wir über die TU Darmstadt die Ingenieurwissenschaften ein bisschen näher an uns heranbekommen, weil die natürlich für die Zukunft der Medizin von exorbitanter Bedeutung sind.

*Zum Beispiel für die Medizintechnik?*

Zum einen im Hinblick auf die Medizintechnik, zum anderen aber auch auf Technologien im Bereich der Mind-Control, mit denen sich die Darmstädter beschäftigen. Und das ist für die Medizin von unglaublichem Interesse: Jemand hat zum Beispiel eine Extremität verloren und kann intelligente Prothesen über Gedanken in ihrer Funktionalität steuern. Und dann geht's noch um implantierbare Technik, sei es im Herzschrittmacher- oder auch im Hirnschrittmacherbereich oder Ähnlichem. Und wenn wir an die ganzen „Omics“-Technologien (wie z.B. die Genomik oder Proteomik) denken, dann brauchen Sie Informatiker und Bioinformatiker, die Ihnen überhaupt eine Clusterung von diesen unglaublichen Datenmengen ermöglichen. Für den Krankenhausbetrieb brauchen Sie Logistiker und Informatiker, die Ihnen eine Steuerungssoftware geben, damit die Ressourcen, die wir haben, auch tatsächlich optimal genutzt werden können.

*Hat insgesamt der ökonomische Druck zugenommen?*

Mit Sicherheit! Wir sind dem Land Hessen sehr dankbar, dass es uns als Träger hier ermöglicht, in großem Umfang zu bauen. Aus den Mitteln, die wir über die Krankenversorgung refinanzieren, wäre das überhaupt nicht möglich. Für das, was wir an Ideen und Vorhaben haben, reichen die Investitionsmittel nicht immer aus. In Bereichen wie der Pädiatrie oder der pädiatrischen Onkologie wird vieles über Drittmittel, Stiftungen und Spenden generiert. Aber natürlich bleibt eine Wunschliste übrig. Man könnte sich das natürlich auch anders vorstellen, wir arbeiten auch gerne daran mit, das System insgesamt aus einer gesellschaftspolitischen Perspektive zumindest mal für die Universitätsmedizin etwas umzugestalten. Das ist aber ein langer Weg.

# »Kein gewöhnliches Krankenhaus!«

**Prof. Jürgen Graf, seit Juli 2016  
Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Frankfurt, über Gegenwart und Zukunft seiner Organisation.**

*Hier auf dem Campus drehen sich weiter die Baukräne. Was wird denn hier noch entstehen?*

Im Rahmen des zweiten Bauabschnittes werden im Jahre 2019 die ganzen Neurofächer zu uns hier in die Mitte des Campus nach Sachsenhausen ziehen. Damit schaffen wir eine Konzentrierung der klinischen Versorgung und von Forschungsflächen. Wir haben ja im letzten Jahr respektive diesem Jahr das Audimax in Betrieb genommen, mit 550 Plätzen der größte Hörsaal hier am Standort, ebenso das Medicum als neuen Sitz des Fachbereichs. 2018 werden wir ein neues Wirtschaftsgebäude mit dann auch eigenem Casino und qualitativ wesentlich höherwertigerer Mensa für die Studierenden haben.

*Frankfurt ist ein teurer und teurer werdender Standort. Führt das zu Problemen, Pflegekräfte zu bekommen?*

Das ist wohl eine der größten Herausforderungen für uns. Das Leben in den Metropolregionen ist zumindest für die nicht so hoch dotierten Einkommensklassen extrem schwierig. Wir bilden hier in Frankfurt viele Pflegekräfte aus. Und dann, wenn sie ein Qualifikations- und Kompetenzniveau haben, auf dem sie für uns richtig wertvoll und sinnvoll werden, dann verlassen sie uns wieder. In der Natur der Sache liegt, dass freigemeinnützige Träger und andere einfach bessere Löhne zahlen als nach dem Tarifvertrag. Das ist kein Vorwurf, nur eine Feststellung. Das betrifft nicht nur, wie man meinen könnte, Pflegekräfte oder Physiotherapeuten – das geht jetzt schon weiter in den ärztlichen Bereich und trifft natürlich auch auf die Studierenden zu. Und wenn wir die Besten haben wollen und nicht lediglich die wirtschaftlich am besten Ausgestatteten, dann müssen wir Rahmenbedingungen schaffen, die für diese Menschen von Interesse sind.

*Haben Sie eine Idee, wie Sie dieses Problem lösen können? Gibt's da bereits Ansätze?*

Ja, die einfache Idee ist ja erst mal: Wir schaffen Wohnraum für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, gerade auch die, die in der Ausbildung sind, und für die Studierenden. Aber ich glaube, viel entscheidender ist der Schritt danach, nämlich eine Bindung zu schaffen zu denen, die hier sind, aber auch zu jenen, die bei uns eine Weiterbildung gemacht haben. Wenn eine Pflegekraft sich entscheidet, Intensivfachpflegekraft zu



Über den Dächern des  
Universitätsklinikums:  
Prof. Jürgen Graf, fotografiert  
von Frank Blümner.

## JÜRGEN GRAF ZUM THEMA »MULTIRESISTENTE KEIME«

Die weltweite Öffentlichkeit kennt sie: Antibiotikaresistenzen von Krankheitserregern. Deshalb widmen sich Ärzte und Forscher des Universitätsklinikums u.a. der Antibiotic Stewardship: dem durchdachten Einsatz von Antibiotika. Kommt es zu Keimausbrüchen in Krankenhäusern, unterstützen die Frankfurter Experten national die Verantwortlichen vor Ort. Sie treiben zudem vorbildliche Initiativen zur Krankenhaushygiene voran und unterhalten Referenzlabore für spezifische Erreger. Doch all das ist kein Garant für ein erregerefreies Krankenhaus. Im April kam es auch am Universitätsklinikum zu einem Übertragungsgeschehen mit dem Bakterium *Klebsiella Pneumoniae 4MRGN*. Aber der Leistungswille und die unprätentiöse Kooperation aller Beteiligten – Ärzte, Pflegekräfte, Reinigungs- und Hygienemitarbeiter – haben dafür gesorgt, dass die Lage schnell und professionell wieder im Griff war. Es gab keine weiteren Erregernachweise, weder bei Menschen, noch an der Einrichtung. Die Station ist wieder im Betrieb.

werden, dann haben wir drei Jahre Zeit, ihr zu zeigen, was für ein großartiger Arbeitgeber das ist, auch wenn sie 200 Euro netto weniger hat als bei einem anderen Arbeitgeber in Frankfurt. Und heute sprechen wir noch über Pflegekräfte, Physiotherapeuten, vielleicht auch im administrativen Bereich über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, für die das attraktiver sein kann, anderswo zu arbeiten, in naher Zukunft vielleicht auch über Ärzte und Wissenschaftler. Und das Feld wird kompetitiver, wenn wir heute die Ausschreibungen sehen in der Medizin: Heute bewerben sich auf Lehrstühle deutlich weniger, als das vor 15 Jahren der Fall gewesen ist.

*Stichwort Corporate Identity: Wie kann die Kooperation zwischen Universität und Klinikum noch verbessert werden? Wie erleben Sie überhaupt das Zusammenspiel derzeit?*

Ich bin ja noch nicht so lange auch in diesem Zusammenspiel, als dass ich es mir jetzt anmaßen würde, zu sagen, dieses und jenes müsste man verbessern. Meine feste Überzeugung ist, dass wir sehr voneinander profitieren können, weil wir an unterschiedlichen Enden Sichtbarkeit für eine gemeinsame Sache erzeugen können. Das ist einmal dieses akademische Setting, was die Universität originär bedienen kann. Und das ist bei uns natürlich die Bevölkerung, weil wir natürlich mit dem Teil der Krankenversorgung überall andocken und nicht auf bestimmte akademische Zirkel begrenzt sind. Und wenn wir da sichtbar machen, dass das, was wir hier tun, nur geht, weil wir eine starke Universität an unserer Seite haben, und wenn die Universität sagt, Teile unserer Entwicklung sind nur möglich, weil wir sichtbar auch an anderen Stellen sind, dann glaube ich, dass beide den Kuchen deutlich größer machen können und dann wird auch das einzelne Stück größer. Wir sind bisher in der Medizin im Bereich der Prävention sehr schwach, das Feld wird eigentlich nicht bearbeitet. Und das könnte eine gemeinsame Aufgabe sein.

*Sehen Sie darüber hinaus noch bestimmte gesellschaftspolitische Themen, die aus der Medizin heraus mal in die Gesellschaft hineingetragen werden sollten?*

Beispielsweise der Aspekt einer Verteilungsethik: Das, was wir an Ressourcen haben, ist offensichtlich begrenzt, selbst in einer sehr reichen Volkswirtschaft: Nach welchen Kriterien verteilen wir das? Ein weiteres Thema: die Möglichkeiten, aber auch Risiken von Fortschritt in der Biotechnologie. Da können Sie über die Gentechnik genauso reden wie über die Reproduktionsmedizin und auch das Themenfeld Tierversuche adressieren. Thema Mittelzuweisung: Nach welchen Kriterien entscheiden wir, oder entscheidet die Gesellschaft, auch durch politische Mandate, wie viel Geld wir im Haushalt für was ausgeben möchten? Es gibt im europäischen Kontext durchaus Länder, die sich zumindest dem Versuch schon mal gestellt haben, eine politisch-gesellschaftliche Willensbildung in Bezug auf Kosten- und Mittelzuweisung zu durchlaufen. Und wenn sie das Thema Demografie ansprechen, dann trifft das in Zukunft die immer älter werdenden Menschen und die wenigen jüngeren, die mehr Last tragen müssen. Und auch darüber wird man diskutieren müssen, damit das die Gesellschaft

nicht auseinandertreibt. Und das sind Themenfelder, die unglaublich gut zum Klinikum und zur Uni passen und zum Beispiel im Hinblick auf die Bürgeruniversität gemeinsam realisiert werden könnten.

*Beim Thema Versorgungsforschung wird beispielsweise über den Landärztemangel diskutiert.*

Bisher ist der ärztliche Beruf in Deutschland ein freier Beruf. Das heißt, ob ich mich irgendwo niederlasse oder nicht, kann ich nach gewissen Planvorgaben selber entscheiden, aber es gibt keinen Niederlassungszwang. Es gibt ja durchaus Länder, da sind die Sitze von klassischen Hausärzten gesetzlich festgelegt. Da haben wir in unserem Land ein anderes System gewählt. Ich sage nicht, dass das System des Zwangs und der Zuweisung das bessere ist, aber wir werden uns natürlich schon fragen müssen, warum ist es an der einen Stelle attraktiver zu arbeiten als an der anderen. Und wenn wir glauben, dass das nach selbst verantworteten Kriterien derer, die die Leistung dann erbringen, entschieden werden soll, dann müsste man sich um das Thema kümmern. Im Falle von dünn bevölkerten Landstrichen kann man sich auch die Frage stellen: Wofür braucht es da noch einen Hausarzt? Gibt es da nicht auch noch klügere Versorgungsmodelle, beispielsweise eine telemedizinische Versorgung in medizinischen Schwerpunktzentren, wo mehrere Facharztentitäten zusammensitzen? Früher wurden die Praxen vornehmlich von einzelnen Ärztinnen und Ärzten besetzt, heute geht der Trend schon eher dahin, dass man in Gemeinschaftspraxen oder in Zentren zusammenarbeitet, weil man dort die Verantwortung teilen, Kompetenzen bündeln kann und es mehr Flexibilität hinsichtlich Urlaub oder Freizeitgestaltung gibt.

*So eine Art Poliklinik?*

Ich fand das Poliklinikmodell, so wie ich es wahrgenommen habe, nicht schlecht. Und es gibt ja Länder wie die Niederlande, die sicherlich ein recht stark reguliertes Gesundheitswesen haben, die damit nicht schlecht fahren. Aber klar ist, alle diese Systeme haben Vor- und Nachteile. Wenn Sie das zu stark steuern, dann begrenzen Sie den Zugang für den einzelnen Bürger, und das muss man sich dann auch fragen, ob es das ist, was wir wollen.

*Die Fragen stellten Olaf Kaltenborn und Dirk Frank.*