

Tagungsbericht

83. Ordentlicher Medizinischer Fakultätentag

**am 16. und 17. Juni 2022
in Essen**

Der Bericht ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die über die engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes hinausgeht, ist ohne schriftliche Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Speicherung in elektronischen Systemen.

Soweit in diesem Werk direkt oder indirekt auf Gesetze, Vorschriften oder Richtlinien Bezug genommen oder aus ihnen zitiert worden ist, kann der Herausgeber keine Gewähr für Richtigkeit, Vollständigkeit oder Aktualität übernehmen.

ISBN 978-3-9825004-0-9

Herausgeber: Prof. Dr. Matthias Frosch

Schriftführer: Prof. Dr. Frank Richter

MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V.

Geschäftsstelle

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

Telefon: +49-(0)30/6449 8559-0

Telefax: +49-(0)30/6449 8559-11

E-Mail: berlin@mft-online.de

Homepage: www.mft-online.de

alle Rechte vorbehalten

1. Auflage

Berlin, Dezember 2022

Fotos: Regina Sablotny, Berlin

Inhalt

	Seite
Begrüßung Prof. Dr. Matthias Frosch, Würzburg	7
Grußwort des 1. Vorsitzenden des Verbandes der Universitätsklinika Prof. Dr. Jens Scholz, Kiel und Lübeck	11
Grußwort der Rektorin der Universität Duisburg-Essen Prof. Dr. Barbara Albert	15
Grußwort des Bundesministers für Gesundheit Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB	19
Gespräch des Präsidenten des Medizinischen Fakultätentages und des 1. Vorsitzenden des Verbandes der Universitätsklinika Prof. Dr. Matthias Frosch, Würzburg, Prof. Dr. Jens Scholz, Kiel und Lübeck	21
Tagungsimpressionen I	27
Podiumsgespräch: Systemische Rolle der Universitätsmedizin – Strukturen im Wandel Prof. Dr. Ingo Autenrieth, Heidelberg Matthias Mohrmann, Hamburg Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB, Bonn Moderation: Armin Himmelrath	29
Tagungsimpressionen II	47
Impulsvortrag: MFT-Positionspapier zu Interessenkonflikten in der Wissenschaft Prof. Dr. Christopher Baum, Berlin	51
Forschungskooperationen von Pharmaindustrie und akademischen Einrichtungen - wichtig, nach strengen Regeln und transparent Han Steutel, Berlin	57
Forschung fördern, Kooperation ermöglichen Prof. Dr. Axel Brakhage, Bonn	65
Tagungsimpressionen III	75

Festveranstaltung: Grußwort des Geschäftsführers der Medizinischen Fakultät Essen Dr. Alexander Hanspach	79
Festveranstaltung: Grußwort des Ärztlichen Direktors des Universitätsklinikums Essen Prof. Dr. Jochen A. Werner	83
Verleihung des Ars legendi-Fakultätenpreises für exzellente Lehre in der Medizin Prof. Dr. Martina Kadmon Prof. Dr. Susanne Gerhardt-Szép, Frankfurt/Main, Dr. Gunther Hempel, Leipzig	87
Tagungsimpressionen IV	95
Interprofessionelle Lehre für digitale Kompetenzen in der Gesundheitsforschung und -versorgung Prof. Dr. Dagmar Krefting, Göttingen	99
Digitalisierung in der Pflegewissenschaft: Auswirkungen auf Studieninhalte und Lehrformate Prof. Dr. Gabriele Meyer, Halle/Saale	109
Heute für Übermorgen lernen – Wie kann das Studium auf den digitalen Wandel vorbereiten? Katharina Freitag, Leipzig	121
Übergabe der Urkunden zum Master of Medical Education (MME) Prof. Dr. Sabine Herpertz, Heidelberg, Prof. Dr. Stefan Uhlig, München	129
Tagungsimpressionen V	131
Wissenschaft kommunizieren: Qualität statt Quantität Jan-Martin Wiarda, Teltow	135
Schlussworte und Ankündigung des oMFT 2023 Prof. Dr. Matthias Frosch, Würzburg Prof. Dr. Thomas Kamradt, Jena	149 151
Mitgliederversammlung des 83. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages	153
Anhang – Liste der Teilnehmenden	155



Eröffnung des Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages 2022

Prof. Dr. Matthias Frosch
Präsident des MFT, Würzburg

Sehr verehrte Frau Rektorin Albert,
meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Gäste!

Ich darf Sie alle zum 83. Medizinischen Fakultätentag 2022 hier in Essen ganz herzlich willkommen heißen und freue mich, dass es möglich ist, nach einer zweijährigen Unterbrechung mit ausschließlich virtuellen Veranstaltungen den Medizinischen Fakultätentag nun wieder *in persona* abhalten zu können und damit auch den Raum für persönliche Begegnungen und den Austausch zu haben.

Begrüßen möchte ich alle Dekaninnen und Dekane der Medizinischen Fakultäten, Prodekaninnen und Prodekane, Studiendekaninnen und Studiendekane, Mitglieder des Deutschen Bundestages und der Landtage, Vertreterinnen und Vertreter sowie Persönlichkeiten der Bundes- und der Landesministerien und der Gremien und Organisationen, mit denen der MFT in einem regelmäßigen und konstruktiven Austausch steht und nicht zuletzt auch die Vertreterinnen und Vertreter der Presse.

Auch in den virtuellen Raum möchte ich meine Grußworte senden und all jene willkommen heißen, die den oMFT im Livestream verfolgen. Ein Wort des Dankes geht an unseren Gastgeber, Conspectabilis Jan Buer. Er ist krankheitsbedingt heute leider nicht unter uns. Umso wichtiger ist es, dass wir ihm unsere besten Grüße und Genesungswünsche über das Internet übermitteln.

Die Anwesenden spenden langanhaltenden Beifall.

Uns ist allen bewusst, dass der Standort Essen genauso wie alle anderen Standorte in Nordrhein-Westfalen aktuell durch den Streik sehr belastet ist. Das hat nicht nur Auswirkungen auf die Krankenversorgung und die ökonomische Situation, sondern Auswirkungen auf die Universitätsmedizin insgesamt. Weniger Patienten erzeugen auch weniger Unterricht am Krankenbett. Wenn man das Ganze als ein dauerhaftes Problem fortdenkt und fortschreibt, dann bedeuten weniger Betten und weniger Patienten

am Ende auch weniger Studienplätze – und das gerade in einer Zeit, in der allenthalben über mehr Studienplätze und die Gründung neuer Fakultäten nachgedacht wird. Das ist ein bemerkenswerter Widerspruch. Zu befürchten ist darüber hinaus auch langfristig eine Einschränkung in der klinischen Forschung, nicht nur hier in Essen, wo wir heute zu Gast sind, sondern auch an allen anderen Standorten in Nordrhein-Westfalen.

Die Pandemie ist noch nicht vorbei. Wenn wir nach zweieinhalb Jahren Bilanz ziehen, können wir festhalten, dass es nach wie vor offene Themen gibt, die wir schon vor der Pandemie bemerkt haben. Hier verweise ich auf die Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung oder die insuffiziente IT-Infrastruktur in Deutschland, nicht nur, aber gerade eben auch in der Medizin. Die Pandemie hat aber auch in sehr einzigartiger Weise die Universitätsmedizin als den Leistungsträger des Gesundheitssystems und als das Innovationszentrum erkennbar gemacht, deren Aufgaben weit über die Trias von Versorgung, Forschung und Lehre hinausgehen. Nicht zuletzt in der Pandemie hat die Universitätsmedizin an den meisten Standorten Steuerungs- und Profilierungsaufgaben, die Beratung von Behörden und Politik übernommen, dort ihre Kompetenz bewiesen und damit auch einen ganz wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Herausforderungen der Pandemie geleistet.

Der Wissenschaftsrat hat vor einem Jahr auch auf Grundlage der Erfahrungen während der Pandemie, seine „Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem“ veröffentlicht. Heute wollen wir in einem ersten Themenblock diese Frage nach der systemischen Rolle der Universitätsmedizin weiter vertiefen. Wir freuen uns, dass wir für diese Diskussion als Gäste Herrn Professor Autenrieth, den Leitenden Ärztlichen Direktor des Universitätsklinikums Heidelberg, Herrn Matthias Mohrmann als Mitglied des Vorstands der AOK Rheinland/Hamburg und als Mitglied des Deutschen Bundestages, Herrn Professor Andrew Ullmann, Obmann und Sprecher der FDP-Fraktion im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, zu Gast haben werden.

In einem zweiten Themenblock beschäftigen wir uns dann mit der Herausforderung von divergierenden Interessen in der Wissenschaft und der Frage, wie die Grenzen zwischen Kooperation und Einflussnahme klar definiert werden und wie Wissenschaft und Industrie zum beiderseitigen Nutzen interagieren können. Welche Rahmenbedingungen muss die Politik für solche Partnerschaften vorgeben? Welche Regeln, welche Kodizes müssen sich die Beteiligten geben? Der MFT hat zu diesem Thema in seiner Mitgliederversammlung am Vormittag ein Positionspapier verabschiedet, das Herr Professor Baum, Vorsitzender des Direktoriums des Berlin Institute of Health (BHI) in der Charité, Vorstand des Translationsforschungsbereiches der Charité und Mitglied des MFT-Präsidiums vorstellen wird. Die Sicht der forschenden pharmazeutischen Industrie auf dieses Thema wird uns dann Herr Steutel, Präsident des Verbands der For-

schenden Pharmaunternehmen (vfa) erläutern. Herr Professor Brakhage, wird die Position der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) in der Rolle als Vizepräsident derselben darstellen.

Die Pandemie hat wie in einem Brennglas das Potential eines digitalen Gesundheitswesens, aber auch die gravierenden Defizite in diesem Bereich offengelegt. Weder in der elektronischen Patientenakte noch im medizinischen Versorgungsangebot sind nennenswerte Fortschritte zu verzeichnen. Allerdings können wir auch festhalten, dass die Medizinischen Fakultäten in der Lehre auf die Bedingungen der Pandemie sehr schnell reagiert und mit innovativen, digitalen Formaten den Lehrbetrieb aufrechterhalten haben. Sie haben damit auch gewährleistet, dass das Medizinstudium ohne Abweichungen von der Regelstudienzeit absolviert werden konnte. Mit den hierbei gemachten Erfahrungen sind wir auf die neue Ärztliche Approbationsordnung sehr gut vorbereitet, in der die Nutzung digitaler Lehrformate und die Verknüpfung digitaler Kompetenzen verankert sind.

Die Bedeutung der Digitalisierung und die Vermittlung digitaler Kompetenzen in der Lehre wird in einem dritten Themenblock am morgigen Vormittag behandelt werden. Hierzu haben wir Frau Professorin Krefting, Direktorin des Instituts für Medizinische Informatik der Universitätsmedizin Göttingen, Frau Professorin Meyer, Leiterin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft des Universitätsklinikums Halle/Saale und Frau Freitag, Bundeskoordinatorin für Medizinische Ausbildung bei der Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschlands als Rednerinnen eingeladen.

Last but not least gibt es ein Thema, welches in der Pandemie besonders aktuell geworden ist: das Pflegen einer qualitativ hochwertigen Wissenschaftskommunikation. COVID-19 hat uns mit der Frage nach der Bedeutung von Impfungen die gesellschaftspolitische Relevanz der Vermittlung von Informationen eindrücklich vor Augen geführt und auch die Spielregeln aufgezeigt, die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie auch Medienvertreterinnen und Medienvertreter beachten müssen. Der Wissenschaftsjournalist Jan-Martin Wiarda wird dazu morgen den Abschlussvortrag halten.

Sie sehen, wir haben ein interessantes Programm mit aktuellen Themen aus unserer Spitzenmedizin zusammengestellt, und ich wünsche uns allen hierzu einen interessanten und wohlgelungenen Austausch.

Damit erkläre ich den 83. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag für eröffnet.



Grußwort des 1. Vorsitzenden des Verbandes der Universitätsklinika

Prof. Dr. Dr. h.c. Jens Scholz, Kiel und Lübeck

Liebe Frau Professorin Albert,
lieber Matthias Frosch,
lieber Herr Kollege Werner,
sehr geehrte Ehrengäste,
meine Damen und Herren!

Herzlichen Dank im Namen des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) für die Einladung des MFT, auf dem ich zum ersten Mal als Vorsitzender des VUD sprechen darf – und für die Essener Gastfreundschaft.

Ich freue mich sehr, dass Sie die Gelegenheit wahrnehmen, „leibhaftig“ am Veranstaltungsprogramm teilzunehmen und uns mit Ihrer persönlichen Anwesenheit beehren. Der Austausch und die Vernetzung haben zwei Jahre lang gefehlt. Wir haben uns im Vorfeld überlegt, wie wir die Zusammenarbeit von MFT und VUD auch in Form von Tagungen noch enger verzahnen können. Deshalb haben wir ein neues Format gewählt und beschlossen, hier in Essen auch die VUD-Mitgliederversammlung abzuhalten.

Es war sehr schön, dass wir uns hier in Essen das Klinikum ansehen konnten. Herr Werner hat das wirklich ganz toll organisiert. Traditionell fanden die Mitgliederversammlungen immer in Berlin statt. Künftig wollen wir als VUD mit dem Medizinischen Fakultätentag mitziehen und eine der zwei jährlichen VUD-Mitgliederversammlungen rund um den oMFT abhalten. Die andere findet weiterhin in Berlin zum „Tag der Hochschulmedizin“ im November statt.

Der MFT-Präsident hat bereits hervorgehoben, dass wir trotz des Streiks den oMFT hier in Nordrhein-Westfalen abhalten konnten. Fronleichnam kennen wir in Norddeutschland nicht als Feiertag und haben uns über die Ruhe auf den Straßen und auch hier im Klinikum fast etwas gewundert. Gestern haben wir aber sehr emotional von den Ärztlichen Direktoren und von den Pflegedirektoren dargestellt bekommen, wie kritisch die Situation in Nordrhein-Westfalen für die Patientenversorgung durch den Streik geworden ist. Fast 2.000 universitäre Betten sind hier nicht belegbar. Das ist eine dramatische Situation. So tun, als ob dieser Streik die Patienten nicht schädigen würde,

kann man wirklich nicht. Ich habe gestern auch gelernt, dass es der nun 44. Streiktag war und der letzte Streik in Essen und Düsseldorf 2008 nach 44 Tagen beendet wurde. Jetzt ist noch kein Ende des aktuellen Streiks abzusehen.

Austausch und enge Zusammenarbeit, nicht nur zwischen dem VUD und dem MFT sind außerordentlich wichtig. Denn das Ineinandergreifen von Forschung, Lehre und Krankenversorgung auf höchstem Niveau macht uns als Universitätsmedizin aus. Daher sollten wir auch gemeinschaftlich auftreten. Wir haben die Gespräche mit der Politik immer gemeinsam geführt, wenn es um Themen der Krankenversorgung oder Approbationsordnung ging und die Universitätsmedizin unmittelbar betroffen war. Nur so können wir eine entscheidende Rolle für das Gesundheits- und Wissenschaftssystem spielen.

Diese Rolle wurde in der Pandemie noch einmal überdeutlich und dafür wurde die Hochschulmedizin von allen Politikern auch gelobt. Es war die Hochschulmedizin, die die besonders schwer Erkrankten versorgte. Wir wissen, dass die Hochschulmedizin 10 % aller stationären Patienten dauerhaft und darüber hinaus 25 % der Corona-Patienten und sogar 75 % aller ECMO-Patienten versorgte. Daneben hat die Hochschulmedizin mit ihrer Expertise andere Krankenhäuser unterstützt, Impf- und Wirkstoffe erforscht und dazu noch die Beratung von Politik und Behörden übernommen.

Es ist also nur folgerichtig und es freut uns sehr, dass der Koalitionsvertrag erstmals die Hochschulmedizin in besonderer Weise berücksichtigt und damit für das Gesundheits- und Wissenschaftssystem eine Veränderung darstellt. Viele Positionen im Vertrag betreffen die Hochschulmedizin unmittelbar und müssen nun zur Stärkung des gesamten Gesundheits- und Wissenschaftssystems umgesetzt werden. In der neu gebildeten Regierungskommission sind von den 16 Mitgliedern mit Frau Gürkan und Herrn Kroemer zwei Persönlichkeiten aus der Universitätsmedizin vertreten. Beide bringen damit eine große Expertise aus der Hochschulmedizin ein.

Wir sprechen im Koalitionsvertrag auch über Stichworte wie die Versorgungsstufen, die Notfallmedizin, Gynäkologie, Pädiatrie, aber auch über die Stellung von ambulanter und stationärer Versorgung. Diese Themen werden eine Rolle spielen und wir werden sehen, wie wir unseren Input in die Diskussion einbringen können, damit am Ende eine Krankenhausreform herauskommt, die diesen Namen wirklich verdient und die Belange der Hochschulmedizin adäquat berücksichtigt.

Es wird spannend!

Wir haben aber längst gelernt, dass die Politik in Legislaturperioden denkt. Wenn eine Regierungskommission nicht rechtzeitig zu Beschlüssen und Ergebnissen kommt, dass dann noch eine Beratung und ein Umsetzen in Gesetze oder Verordnungen stattfinden

muss, wird das Benennen von Themen im Koalitionsvertrag nicht zu Veränderungen führen.

Um die systemische Rolle der Universitätsmedizin geht es dann auch im ersten Podiumsgespräch zwischen Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Wissenschaft und Kostenträgern direkt im Anschluss an die Eröffnung. Ich freue mich auf viele konstruktive Beiträge!

Ich wünsche uns allen anderthalb erkenntnisreiche Tage, spannende Gespräche und Begegnungen und lade Sie heute schon zu unserem Tag der Hochschulmedizin am 24. November 2022 nach Berlin ein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Grußwort der Rektorin der Universität Duisburg-Essen

Prof. Dr. Barbara Albert

Sehr geehrter Herr Frosch,
sehr geehrter Herr Scholz,
sehr geehrter Herr DFG-Vizepräsident Brakhage,
sehr geehrter Herr Bundestagsabgeordneter Ullmann,
liebe Kolleginnen und Kollegen der Universitätsmedizin Essen,
sehr geehrte Damen und Herren!

Es ist mir eine besondere Freude, Sie heute hier zum 83. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag begrüßen zu dürfen. Ich danke Ihnen, dass Sie so zahlreich den Weg nach Essen gefunden haben und die Universitätsmedizin der Universität Duisburg-Essen besuchen.

Wir haben soeben gehört, wie uns die COVID-Pandemie in den vergangenen zweieinhalb Jahren geprägt hat. Sie hat uns aber auch in außergewöhnlichem Maße die Bedeutung medizinischer Forschung vor Augen geführt, denken wir nur an die Impfstoffe. Die rasche Bereitstellung neuer Impfstoffe wäre ohne eine stabile Wertschöpfungskette von der Grundlagenforschung über die angewandte Forschung, von der Invention über die Innovation bis hin zur Markteinführung nicht möglich gewesen.

Am Beispiel von BioNTech hat man gesehen, dass es in Deutschland funktionieren kann. Es funktionierte bezüglich der individuellen Exzellenz der Forschenden, ihrem Unternehmergeist, aber auch bezüglich der Forschungsbedingungen, die unsere Universitäten, Universitätsklinika und die Deutsche Forschungsgemeinschaft bieten. Es funktionierte auch bezüglich des Ökosystems forschender Unternehmen und durch die Unterstützer in Politik und Gesellschaft.

COVID hat uns natürlich auch gezeigt, dass die öffentliche Debatte rund um das Virus maßgeblich von forschenden Medizinerinnen und Medizinern, also von Ihnen, geprägt und inhaltlich gestaltet wurde. Ihre Expertise war gefragt. Sie brachten nicht nur das neue Wissen über den Erreger, Sie berieten auch die Politik und erklärten uns allen den Stand der Forschung in den verschiedenen medialen Formaten. Dadurch stehen Sie beispielhaft für die Wissenschaft und zeigen auf, was die Universitäten als wissen-

schaftliche Institutionen zu leisten imstande sind. Bei der Bewältigung der großen Herausforderungen unserer Zeit nehmen Sie eine zentrale Rolle ein und kommunizieren diese. Die Kommunikation ist immer wichtiger, das wurde bereits erwähnt und das wird in der morgigen Beratung Ihres MFT auch einen wesentlichen Punkt bilden.

Als Universitäten liefern wir die wissenschaftlichen Erkenntnisse. Wir liefern wissenschaftsbasierte Lösungen, wir sprechen über zukunftsgewandte Entwicklungen und Konzepte. Die moderne Universitätsmedizin versteht sich im Dreiklang aus Wissenschaft, Lehre und klinischer Versorgung. Am Standort Essen gelingt uns die enge Verzahnung der drei Bereiche durch die gemeinsame Anbindung von Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät Essen auf einem Campus.

Die hier geleistete Arbeit ist sehr beeindruckend. Wir betreuen mehr als 70.000 stationäre und mehr als 300.000 ambulante Patientinnen und Patienten pro Jahr, 10.000 Expertinnen und Experten sind hier tätig. Mit etwa 50 Mio. Euro Drittmitteln pro Jahr bringt die Universitätsmedizin Essen etwa 1/3 des Drittmittelvolumens der Universität Duisburg-Essen ein. Die Lehre wird konsequent durch Evaluationen begleitet. Hier studieren etwa 2.800 Studierende der Medizin in einem attraktiven Curriculum. Wir sind ein führender Standort für Krankenversorgung, Forschung und Lehre in der Metropolregion Ruhr und sind darauf sehr stolz.

Es ist uns immer bewusst, dass man den großen Fragestellungen, die gerade angesprochen wurden, nur im Team begegnen kann. Der Medizinische Fakultätentag ist ein großes Ereignis, auf dem die Möglichkeit der Vernetzung und des Austausches besteht. Für die Kooperation von Kolleginnen und Kollegen trägt ein gutes Berufsumfeld maßgeblich zur Innovationskraft und zum Erkenntnisfortschritt bei.

Ich komme noch einmal auf COVID zurück. Ein illustrierendes Essener Beispiel für die Nützlichkeit von Kooperation ist unser partnerschaftlicher Kontakt mit der Universität von Wuhan in China. In einer frühen Phase der Corona-Pandemie ist eine der weltweit wichtigsten Publikationen zu COVID-19 aus dieser Kooperation hervorgegangen. Aus dem seit 2017 bestehenden deutsch-chinesischen Forschungslabor „Wuhan-Essen Joint International Laboratory of Infection and Immunity“ erschien eine Publikation über wichtige Veränderungen des Immunsystems bei COVID-19-Patienten aus Wuhan im Fachmagazin „The Lancet EBiomedicine“.

Wenn wir hier über den Wert der Universitätsmedizin gesprochen haben und viele Dinge würdigen können, so können wir aber auch nicht verschweigen, dass wir in Forschung und Lehre auf verschiedenen Gebieten erheblich zu kämpfen haben, wenn wir zugleich die Patientenversorgung in unserem Universitätsklinikum wirtschaftlich führen müssen. Das Thema Streik ist bereits angesprochen worden. Gesellschaftlichen und politischen Forderungen, wie nach mehr Geld für die Pflege, sind nachzukommen,

gleichzeitig aber sollen wir mehr Medizinerinnen und Mediziner durch Studium und Wissenschaft qualifizieren.

Wir stehen in Nordrhein-Westfalen mit unseren Universitätsklinika in landesweiten Arbeitskämpfen vor einer Herausforderung, die es uns nicht erlaubt, unserer Verantwortung für Forschung, Lehre und Krankenversorgung in so angemessener Form nachzukommen, wie wir es tun sollten. Das lässt uns mit einiger Sorge in die Zukunft blicken. Es wurde bereits auf den Zusammenhang von Betten- und Patientenzahlen und den Studienplätzen in der Medizin hingewiesen. Eine Erhöhung der Studienplätze ist natürlich durch die Streiks betroffen. Wir sollten gemeinsam die Leistungsfähigkeit der Universitätsmedizin in Deutschland als ein hohes Gut pflegen.

Zurück von den Sorgen zum Optimismus!

Ich schließe mein Grußwort mit meinem Dank zum einen an den Medizinischen Fakultätentag, der als Sprecher der Medizinischen Fakultäten dazu beiträgt, die wichtige Rolle der universitären Medizin und Wissenschaft gegenüber der Politik und der Gesellschaft zu betonen. Des Weiteren danke ich allen Organisatorinnen und Organisatoren, den Referentinnen und Referenten, ohne die eine solche Veranstaltung nicht denkbar wäre und natürlich – zum Abschluss – geht mein Dank an Sie alle, die Sie teilnehmen. Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihr Engagement.

Grußwort des Bundesministers für Gesundheit

Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB

Das Grußwort wurde als Video eingespielt.

Es liegt kein zur Publikation freigegebener Text des Grußwortes vor.



Gespräch des Präsidenten des Medizinischen Fakultätentages und des 1. Vorsitzenden des Verbandes der Universitätsklinika

Prof. Dr. Matthias Frosch, Würzburg

Prof. Dr. Dr. h.c. Jens Scholz, Kiel und Lübeck

Frosch

Es muss wohl ein Missverständnis gegeben haben, dass Herr Lauterbach die Eröffnungsrede zu einem zusammenfassenden Grußwort verkürzt hat. Wichtig erscheint mir aber, dass Herr Lauterbach die wesentlichen und zentralen Punkte, die die Universitätsmedizin derzeit bewegen, angesprochen hat. Wir haben uns spontan überlegt, die Zeit, die uns im Programm bis zu unserem Podiumsgespräch bleibt, zu nutzen, um gemeinsam über die Herausforderungen, Aufgaben und Chancen der Universitätsmedizin zu sprechen.

Beginnen wir mit dem, was Herr Lauterbach zuletzt angesprochen hat, die Reform der Ärztlichen Approbationsordnung. Mit Freude habe ich in seinem Grußwort vernommen, dass es ihm ein persönliches Anliegen ist, dass diese neue Approbationsordnung nun auch schnell eingeführt wird. Herr Lauterbach hat auch darauf verwiesen, dass die Abstimmung mit den Bundesländern notwendig ist. Wir haben aber den Eindruck – und haben das auch in unserer Mitgliederversammlung heute Vormittag mit Sorgen diskutiert – dass ein gewisser Stillstand eingetreten ist und es nicht klar ist, wer den Aufschlag machen soll, damit die beiden Gesprächspartner wieder zusammenwirken.

Dieser Stillstand ist ganz sicher auch mit der offenen Finanzierung verbunden. Wir waren als MFT auch in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vertreten, die sich bis zum Regierungswechsel unter anderem mit der Finanzierungsfrage beschäftigt hat. Der MFT hat hier sehr fundierte Rechnungen über die Mehrkosten in einer Größenordnung von 400 bis 500 Mio. Euro pro Jahr vorgelegt, die die neue Approbationsordnung mit sich bringen wird. Der MFT und seine Mitgliedsfakultäten sind auch am ehesten dazu berufen, solche Berechnungen vorzulegen, denn sie haben den gesamten Überblick über die zu erbringende Lehre und klare Vorstellungen, was die Lehre in theoretischen oder in klinischen Einrichtungen kostet und welche Lehrformate dort am besten angewendet werden. Es ist überhaupt nicht hilfreich, wenn einzelne Fachgesellschaften glauben, aus ihrem eigenen, ganz engen Blickwinkel und nur auf das eigene Fach bezogen, separate Kostenberechnungen vorlegen zu können und diese sogar als die einzig

richtigen deklarieren. Die Fachgesellschaften haben offenkundig auch keine fundierten Kenntnisse über die Finanzierungszwänge, denen alle Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten unterliegen.

Für mich ist es dann sehr bedenklich, wenn den Fakultäten unterstellt wird, durch ein künstliches Hochrechnen des Kostenbedarfes die Einführung der neuen Approbationsordnung verhindern zu wollen. Das höre ich von verschiedenen Seiten, und wir werden dann von den Verbänden oder der Politik als Verhinderer dargestellt. Solchen Positionen treten wir ganz entschieden entgegen und betonen, dass die Fakultäten uneingeschränkt hinter einer neuen Approbationsordnung stehen.

Wir brauchen diese neue Ordnung und müssen die neue Generation der Ärztinnen und Ärzte auf die Herausforderungen des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert vorbereiten können. Hier nenne ich die Digitalisierung, den Erwerb digitaler Kompetenzen, die Interprofessionalität, die ambulante Versorgung, die nicht nur im hausärztlichen Bereich stattfinden wird – all das sind Themen, die mit einer neuen Approbationsordnung in die Ausbildung implementiert werden.

Minister Lauterbach hat auch den NKLM, den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin, angesprochen. Die Grundlage für die Lehre nach den Vorgaben der neuen Approbationsordnung wird nach dem NKLM von den Fakultäten selbst gemeinsam mit den Fachgesellschaften entwickelt. Über mehr als zwei Jahre hinweg haben mehr als 800 Vertreterinnen und Vertreter aus den Fakultäten und den medizinischen Fachgesellschaften diesen Katalog erarbeitet. Das war keine Arbeit zum Spaß und diente ganz sicher nicht der Verhinderung einer modernen medizinischen Ausbildung. Für mich sind der NKLM und die harte Arbeit, die hinter diesem Werk steht, Ausdruck des Willens des Medizinischen Fakultätentages und seiner Mitglieder, eine neue Ausbildungsordnung tatsächlich auch umzusetzen. Die Verbesserung der Qualität der Ausbildung muss Vorrang vor anderen Überlegungen, wie etwa der Schaffung neuer Studienplätze, haben.

Scholz

In seinem Grußwort hat Minister Lauterbach eine Themensammlung aufgezählt – aber uns nicht gesagt, was er eigentlich tun will. Mein persönlicher Eindruck ist der, dass die neue Approbationsordnung in dieser Legislaturperiode nicht kommen wird. Herr Lauterbach muss den Entwurf erst einmal Herrn Lindner geben, und der muss sehen, ob für eine neue Approbationsordnung nun noch einmal zusätzliches Geld vorhanden ist.

Das bedeutet, dass auch die Länder für den Bau neuer Lehrgebäude Gelder vorhalten müssen, denn die neuen Unterrichtsformen können in den alten Gebäuden nicht vernünftig umgesetzt werden. Ob das aber unter den Bedingungen der Corona-Pandemie

und ihrer Kosten möglich sein wird, sehe ich eher kritisch. Die Frage, wie viele Medizinstudierende wir eigentlich in den Kliniken ausbilden können, wird durch die Streiks, zum Beispiel jetzt in Nordrhein-Westfalen, noch verschärft. Wenn ein Entlastungstarifvertrag als Ergebnis der Streiks abgeschlossen wird, bedeutet das effektiv eine Vernichtung von Krankenhausbetten in einem drei- bis vierstelligen Bereich. Diese Betten sind dann für die Ausbildung der Studierenden an den Universitätsklinika weg – so reguliert die Bettenzahl die Studierendenausbildung. Wenn wir dann aus der Politik unter anderem von Herrn Lauterbach hören, dass in Deutschland 5.000 bis 6.000 neue Medizinstudienplätze eingerichtet werden sollen, dann wird das an anderen Orten als der Universitätsmedizin sein müssen.

Das ist alles so bitter, denn es wurde eine wahnsinnige Arbeit hineingesteckt. Nun existiert ein Programm, welches man umsetzen könnte – aber der politische Wille fehlt. Es wäre toll, wenn Herr Lauterbach jetzt hier wäre und uns erklären könnte, wie er die Umsetzung voranbringen will.

An dieser Stelle spenden die Tagungsteilnehmer Beifall.

Frosch

Ich sehe das mit der Approbationsordnung nicht so pessimistisch und habe daher auch in der Mitgliederversammlung heute Vormittag betont, dass wir an den vorbereiteten Arbeiten unbedingt festhalten und sie im Zeitplan fortführen sollten. Es ist für mich ein inhaltlicher Widerspruch, auf der einen Seite mit der Kostenfrage die Approbationsordnung aufzuhalten, auf der anderen Seite aber in vierstelliger Größenordnung neue Medizinstudienplätze einzufordern. Diese Zahl ist durch die Politik genannt worden, sie hat Eingang in die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages gefunden.

Betrachten wir die von uns prognostizierten Mehrkosten von 400 bis 500 Tsd. Euro pro Jahr für die neue Approbationsordnung bei aktuell etwa jährlich 12.000 Studienanfängerinnen und -anfängern im Fach Medizin sowie und die Kosten von etwa 240 Tsd. Euro für einen Medizinstudienplatz, so würde sich bei der geplanten Zahl neuer Studienplätze ein Mehrbedarf von etwa 1,3 Mrd. Euro ergeben. Das ist das Dreifache dessen, was die Einführung der neuen Approbationsordnung kosten würde. Sie wäre viel günstiger und schafft eine bessere Ausbildungsqualität. Für einen Aufwuchs von 50 % an Studierenden ist zudem überhaupt keine Infrastruktur vorhanden. Es fehlen geeignete Patienten, es fehlen Lehrkräfte.

Es sollte aber auch geprüft werden, ob denn überhaupt 6.000 zusätzliche Ärztinnen und Ärzte gebraucht werden. Der Sachverständigenrat hat bereits 2018 festgestellt, dass wir eigentlich keinen numerischen Mangel an Ärztinnen und Ärzten haben, es dafür aber eine große Fehlverteilung gibt. Hier sollten wir uns ebenso die Frage stellen, ob denn jedes Krankenhausbett in jedem Krankenhaus unbedingt bestehen bleiben

und jede frei werdende Arztpraxis in einer Großstadt wiederbesetzt werden muss. Hier erwarte ich mir etwas von der anstehenden Krankenhausreform und der Arbeit der Expertenkommission.

Scholz

Das kann man nur hoffen... Die Politik muss den Dreisatz beherrschen. Solange man aber im Bundestag $1+1=3$ rechnet, wird man nicht erwarten können, dass die Maßzahlen dann auch richtig bestimmt werden. Ich sehe eine Chance in der Krankenhausreform und hoffe auf den Sachverstand der Regierungskommission.

Wir haben als VUD klare Zahlen vorgelegt, ob es in Deutschland im Vergleich zum europäischen Ausland zu wenig Ärztinnen und Ärzte oder zu wenig Pflegekräfte bezogen auf die Bevölkerungszahl gibt. Es gibt sowohl genügend Ärztinnen und Ärzte als auch genügend viele Pflegekräfte bezogen auf 100.000 Einwohner. Es gibt keinen numerischen Mangel, aber eine ausgeprägte Fehlverteilung. Würde man nun in Deutschland etwa 800 Krankenhäuser schließen, hätte man eine Gleichverteilung in der Arbeit. Ein solches Vorgehen würde aber ein zentralistisches System in der Gesundheitspolitik voraussetzen. Das haben wir nicht, und am Ende muss ein Landrat die Vorgaben seines Landesgesundheitsministers umsetzen und ein Krankenhaus schließen oder mit einem anderen fusionieren. Mit Blick auf die kommende Wahl wird er das wahrscheinlich eher nicht tun wollen.

Wir haben Sorge, einen ähnlichen Prozess wie bei der Einführung der DRG 2003 zu erleben. Damals glaubte man, dass mit den DRG die unwirtschaftlichen Krankenhäuser aussterben würden. In der Realität wurde aber immer kurz vor der Schließung eines Krankenhauses ein Sondertatbestand oder Sonderpflegesatz erfunden oder es kam zu einer zusätzlichen Pufferung. So blieben die allermeisten Krankenhäuser erhalten. Das Pflegepersonal wird selbst bestimmen, wo es arbeiten will. Auch das ist keine gesteuerte Politik, sondern eine Abstimmung mit den Füßen.

Daher bauen wir auf die Arbeit der Regierungskommission, eine wirkliche Krankenhausreform umzusetzen. Im Koalitionsvertrag stehen die fünf Stufen der Krankenhausversorgung. Wir haben auf unserer Mitgliederversammlung beschlossen, einen Vorschlag zu erarbeiten, der nicht nur die Universitätsmedizin beschreibt. Am Ende muss die Politik alle Versorgungsstufen ausgestalten. Als Vorbild haben wir hier die Notfallversorgung herangezogen und wollen an diesem Beispiel unseren Vorschlag ausrichten.

Hier sollten wir als VUD mit dem MFT in einen Austausch treten und gemeinsam überlegen, was in der Krankenversorgung und was in Lehre und Forschung in den neuen Versorgungsstufen umgesetzt werden kann und soll. Es gibt auch Modelle aus den Niederlanden, so dass genügend Vorbilder vorhanden sind.

Auf dem Hauptstadtkongress in Berlin wollen wir die fünf Versorgungsstufen vorstellen. Dabei müssen wir die Qualitätskriterien ernst nehmen. Das bedeutet, dass nicht jeder Standort im ersten Schritt die höchste Versorgungsstufe und damit das meiste Geld erreichen wird. Die Leistungen müssen einer ehrlichen Überprüfung standhalten. Ich sehe das als einen Ansporn, in diesem System auch ankommen zu können. Dafür muss ich dann aber die notwendigen Investitionen tätigen und die erforderlichen Strukturen vorhalten.

Am Beispiel Niedersachsen müssen wir nach der Gründung der Fakultät in Oldenburg fragen, ob das Land auch so viel Geld nach Oldenburg gegeben hat, dass dort eine richtige Forschungs- und Lehrstruktur eingerichtet werden kann. Oder wurden nur Grundstücke für spätere Baumaßnahmen erworben? Wenn eine entsprechende Infrastruktur geschaffen ist, kann auch Oldenburg in die höchste Versorgungsstufe aufsteigen. Wir brauchen dazu aber eine ehrliche Analyse.

Unsere Befürchtung ist, dass die Politik, weil es so im Koalitionsvertrag steht, zuerst etwas für die Notfallmedizin, für die Pädiatrie und die Gynäkologie tut. Man würde dann Pauschalen festlegen, die sich nicht nach Versorgungsstufen richten und der Maximalversorger bekommt die gleiche Pauschale wie die Universitätsmedizin. Dann würden wir das, was die Universitätsmedizin ausmacht, nicht finanziert bekommen. Aus dieser Sorge heraus haben wir unseren eigenen Vorschlag formuliert.

Frosch

Ich will noch einmal auf das Grußwort von Herrn Lauterbach zurückkommen. Er hat das NUM, das Netzwerk Universitätsmedizin, sehr lobend erwähnt. Wie hat sich das NUM aus der Sicht des VUD bewährt?

Scholz

Das NUM arbeitet! Es war eine tolle Leistung, in so kurzer Zeit ein arbeitsfähiges System einzurichten, vor allem wenn wir die Zeiträume für die Einrichtung anderer vernetzter Großprojekte betrachten. Die Charité Berlin ging in die Vorfinanzierung und es sind sehr gute Projekte entstanden. Ich erinnere nur an das von Herrn Kroemer immer wieder zitierte RACOON zu Forschungsvorhaben der medizinischen Bildung, in dem in kürzester Zeit über 14.000 Datensätze gesammelt und analysiert werden konnten.

Inzwischen haben wir gelernt, dass das NUM auch in der Finanzpolitik vorkommen muss. Momentan warten wir auf den Haushaltsbeschluss des Bundes für 2022, der wahrscheinlich im Juli kommen wird. Wir brauchen aber eigentlich schon die Finanzplanung für 2023 und eine Prognose für 2024. Der Ablauf der Finanzplanung des Bundes macht uns das längerfristige Planen schwierig, so dass wir davon ausgehen, dass sich die Verstetigung des NUM etwas verzögern wird. Deswegen sind wir der Charité

Berlin für die Vorfinanzierung auch so dankbar, damit die Strukturen nicht verloren gehen.

Insgesamt finde ich das, was wir bisher mit dem NUM aufgebaut haben, ganz hervorragend und wir haben mit dem BMBF auch einen starken Fürsprecher. Das BMBF begrüßt, dass das NUM im Gegensatz zu den Studien in den USA über ungebiaste Datensätze verfügt, denn dort werden häufig nur Versicherte bestimmter Krankenversicherungssysteme in eine jeweilige Studie eingeschlossen.

Ich finde es sehr gut, dass das NUM gelungen ist und man Eitelkeiten oder Konkurrenzgedanken über Bord geworfen hat.

Frosch

Ich kann das nur unterstreichen. Mit dem NUM ist eine neue Form der erfolgreichen Zusammenarbeit entstanden. Das war auch deshalb so schnell möglich, weil wichtige Infrastrukturen wie die Biobanken oder die Medizininformatik-Initiative (MII) bereits vorhanden waren. Hier zeigt sich der große Vorteil, wenn bereits funktionierende Projekte zusammengeführt und institutionalisiert werden können. Aufgaben, die zunächst als eine Projektförderung durch das BMBF gestartet wurden, haben so eine für die gesamte Medizin in Deutschland nutzbringende Verstetigung erfahren.

Tagungsimpressionen I





Die Teilnehmer des Podiumsgesprächs auf dem oMFT 2022, v.l.n.r.: Prof. Dr. Andrew Ullmann, Prof. Dr. Ingo Autenrieth, Matthias Mohrmann, Armin Himmelrath

Podiumsgespräch: Systemische Rolle der Universitätsmedizin – Strukturen im Wandel

Prof. Dr. Ingo Autenrieth

Leitender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Heidelberg
Matthias Mohrmann

Mitglied des Vorstands der AOK Rheinland/Hamburg

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion

Moderation: Armin Himmelrath

Wissenschaftsjournalist, Köln

Himmelrath

„Systemische Rolle der Universitätsmedizin“ – das ist unser Thema. Dabei geht es um Strukturen im Wandel, einige Wandlungsfaktoren sind bereits mehrfach genannt worden. Wir wollen darauf aus unterschiedlicher Perspektive blicken. Ich möchte Ihnen die Diskutierenden kurz vorstellen: Herr Matthias Mohrmann ist Mitglied des Vorstands der AOK Rheinland/Hamburg, Herr Prof. Dr. Ingo Autenrieth ist Leitender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Heidelberg und Herr Prof. Dr. Andrew Ullmann ist Mitglied des Bundestages und gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag, der Ihnen aus der politischen Perspektive antworten kann. In diesen drei Perspektiven wollen wir miteinander in Verbindung treten, Inhalte vertiefen, aber auch aufzeigen, wo es Widersprüche, Brüche oder Sprünge gibt, über die in der anstehenden Strukturdebatte noch gesprochen werden muss.

Beginnen möchte ich mit einer Frage an Herrn Autenrieth: Wenn man über Strukturen nachdenken möchte, braucht man Zeit. Wir haben aber von den Herausforderungen des Streiks gehört, wir haben Covid-19 auf dem Plan, es gibt die Debatte über Studienplätze, die Diskussion um die neue Approbationsordnung. Wo nehmen Sie sich die Zeit her, nun auch noch über neue Strukturen nachzudenken?

Autenrieth

Der Tag wäre in meiner Tätigkeit tatsächlich schon mit den Kernaufgaben ausgefüllt: Wie gestaltet man die besten Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die besten Behandlungsbedingungen für die Patientinnen und Patienten – das sind die Abläufe und Prozesse, um die man sich kümmert. Der Alltag hat uns aber in

den letzten Jahren gezeigt, dass das zwar die Theorie ist, die Realität sich anders zeigt. Da denke ich an die Pandemie, die steigenden Energiekosten und viele andere Dinge, die den klinischen Alltag berühren. Hinzu kommt, dass sich die Krankenhausmedizin dramatisch selbst verändert. Damit werden die Strukturen, mit denen man arbeitet, zu Herausforderungen, die man gestalten muss. Im Rahmen der Pandemie konnten wir mit dem Heidelberger Modell die Krankenversorgung sicherstellen. Wir haben dafür beispielsweise einen Stab gegründet, der mit allen Heidelberger Kliniken und den Kliniken im Rhein-Neckar-Kreis zunächst täglich, dann zweitäglich und später einmal pro Woche traf, um die ganzen Standard Operating Procedures (SOP) und die Erkenntnisse, die aus der Wissenschaft kommen, zu erklären, sie in eine Umsetzung zu bringen, und mit den anderen Kolleginnen und Kollegen zu beraten, wie wir es genau machen. Es wurden weitere Beratungsstäbe eingerichtet, um zum Beispiel dem Wissenschaftsministerium oder dem Sozialministerium wissenschaftliche Informationen zu erklären. Es ging um die gezielte Verteilung der Patientinnen und Patienten in der Region, um die für den jeweiligen Fall bestmögliche Versorgung zu gewährleisten, aber auch die ein Stück weit bestehende Mangelsituation zu bewältigen.

Ein zweiter Punkt: Die Medizin ist durch die Innovationen im Wandel. Wir reden heute über die Digitalisierung, über die personalisierte Medizin, über Möglichkeiten der Erkennung und Therapie seltener Erkrankungen. Die frühere Kernaufgabe der kurativen Medizin im Krankenhaus hat sich in Richtung einer Frühdiagnose und frühen Therapie bis hin zu den Möglichkeiten der Prävention oder einer akuten Rehabilitation entwickelt. Wir sprechen von ganzheitlicher Medizin und auch der Betrachtung der Patientenperspektive.

Wenn ich das einmal mit der Musik vergleichen darf: Man hat also einen Arbeitsplan, den Tagesablauf, und am Ende geht es um dessen Ausgestaltung durch Improvisation. Dafür braucht man gute Teams, dafür hat man viele hochmotivierte Kolleginnen und Kollegen. Wir sind in der komfortablen Lage, mit unserer Personalstruktur ärztliche, wissenschaftliche, pflegerische, administrative und technische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu haben, die neben der hohen Fachexpertise auch ein großes Commitment für die Aufgaben der Arbeitsorganisation und des Managements mitbringt. Wir haben letztlich auch den Vorteil, eine Critical Comprehensiveness mitzubringen, die sich aus den verschiedenen Fachdisziplinen der universitären Medizin und Wissenschaft ergibt. Sie ermöglicht es, sich den unterschiedlichen Problemlagen in unterschiedlichen Gruppierungen zu stellen und so konkrete Problemlösungen zu erzielen.

Himmelrath

Das war ein ziemlich positiver Blick auf die Situation. Es gilt aber auch, einen Teil zu improvisieren. Um beim Musikbild zu bleiben – sind Sie schon beim Jazz angekommen?

Autenrieth

Im Jazz wird oft schlechter bezahlt als in Mainstreammusiksparten, insofern sind wir mit Jazz beim Thema Unterfinanzierung. Wir sehen als Häuser der Maximalversorgung und der maximalen Notfallstufe immer die komplexen Krankheitsfälle und übernehmen diese auch von anderen Einrichtungen. Wir müssen aber feststellen, dass die Säulen der Finanzierung, einerseits die Erlöse der Krankenversorgung, andererseits die Budgets für Forschung und Lehre für die Gesamtheit aller dieser Aufgaben nicht mehr ausreichen. Insofern brauchen wir, wie es auch der Wissenschaftsrat in seinem Papier empfohlen hat, die „vierte Säule“, die Anerkennung und Finanzierung der speziellen Versorgungsstufe und des speziellen Versorgungstyps Universitätsklinika. Durch diesen Rahmen können wir unser Potential festigen, wir könnten aber für die Patientinnen und Patienten noch besser sein. Für ein modernes, transsektorales Agieren brauchen wir eine ehrliche und angemessene Finanzierung. Sonst geraten wir in die Gefahr, dass das starke Commitment unseres Personals irgendwann nachlässt.

Himmelrath

Nun haben wir gehört, dass eine gut zusammenspielende Band im Klinikum eine Voraussetzung für funktionierende Strukturen ist. Einer der Mitspieler sitzt ganz sicher im Bereich der Kassen. Haben Sie, Herr Mohrmann, Lust, als Mitmusikant im Orchester der Universitätsmedizin zu spielen?

Mohrmann

Wir können das und wir sollten uns einbringen. Wir repräsentieren nicht nur die Erfahrungen unserer Versicherten, sondern nutzen auch selbst unser Versorgungssystem. Wir wissen, wie gut unsere Universitätsmedizin ist. Unsere Verantwortung als Krankenkassen besteht darin, dafür zu sorgen, dass alle Menschen in die für ihre spezielle Erkrankung optimalen Krankenhäuser kommen, dass ihnen im Bedarfsfall die besondere Expertise der Universitätsmedizin zugutekommt. Deswegen müssen wir die Universitätsmedizin stärken. Es wurde bereits vor 20 oder 30 Jahren mit Blick auf das deutsche Gesundheitssystem festgestellt, dass es an Kommunikation und vor allem an Koordination fehlt. Wir haben in der Corona-Zeit gesehen, dass Koordination erforderlich, aber auch möglich ist. Die Universitätsmedizin kann dabei eine wichtige Rolle spielen, denn sie kennt sich aus. Wenn wir über Gesundheits- oder Versorgungsregionen sprechen, müssen wir jemanden haben, der das organisiert. Das kann aus meiner Sicht nicht allein das Land sein, denn ihm fehlt ein Teil der dafür erforderlichen Kompetenz. Vielmehr benötigen wir zusätzlich tiefes medizinisches Wissen, welches die Universitätsmedizin hat. Wenn wir Strukturen umbauen, wird dabei die Universitätsmedizin sicherlich eine große Rolle spielen.

Himmelrath

Das sind zusätzliche Aufgaben – und zusätzliche Aufgaben ohne zusätzliche Ressourcen, das funktioniert irgendwo nicht.

Mohrmann

Das ist uns klar und das stellt auch ein großes Problem dar. Das hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach am vergangenen Montag auf einer Veranstaltung der Deutschen Krankenhausgesellschaft ebenfalls dargestellt. Er hat aber noch keinen konkreten Vorschlag gehabt, wie es denn gehen könnte. Er beschrieb das Dreieck aus bestehenden finanziellen Engpässen, welches wir kennen, bis hin zur Schuldenbremse. Wir müssen Prioritäten setzen, das ist schon klar. Hier ist die stationäre Versorgung sicher ganz vorn mit dabei. Man wird natürlich nicht jeden Wunsch erfüllen können. Es gibt sicher auch Unwirtschaftlichkeiten im System. Diese zu beseitigen, erfordert m. E. vor allem eine professionelle Krankenhausplanung.

Ich sehe es als ganz wichtig an, dass wir mit der Umstrukturierung beginnen, die Regierungskommission kann dabei helfen. Es besteht allerdings kein großes Evidenzproblem. Wir wissen, wie man Strukturen sinnvoll ausgestalten kann und kennen die unterschiedlichen Rollen der Beteiligten. Es fehlt aber an der Umsetzung, denn man hat sich in der Vergangenheit nicht wirklich getraut, aus der Evidenz Konsequenzen zu ziehen. Jeder Versuch einer Strukturänderung löst sofort eine Gegenbewegung aus. Wenn wir darüber sprechen, bestimmten Krankenhäusern bestimmte Versorgungsleistungen wegzunehmen, um diese medizinisch sinnvoll zu konzentrieren, haben wir sofort eine strukturkonservierende Gegenbewegung. Anzuerkennenden Einfluss hat das politische Intervall der Legislaturperioden im Bund, in den Ländern oder Kommunen. Es ist daher viel Mut erforderlich, eine strukturelle Veränderung, die tatsächlich zum medizinischen Vorteil der Patientinnen und Patienten ist, im Laufe einer Legislatur zu beginnen, denn sie ist medial und kommunikativ nur sehr schwer zu vermitteln. Wir brauchen Politiker mit entsprechender Courage.

Himmelrath

Wenn ich nun zu Ihnen komme, Herr Ullmann, müssen Sie mir beim Bild des Orchesters etwas helfen. Sind Sie der Komponist? Oder der Dirigent oder der Bandleader? Oder der Mäzen im Hintergrund?

Ullmann

Im Englischen würde ich antworten, von jedem etwas. Die Politik muss mit entsprechender Beratung Strukturreformen vorgeben, aber auch darüber nachdenken, wie etwas funktionieren wird. Das wird sehr interessant sein, aber auf Dauer auch sehr anstrengend.

So, wie es hier gesagt wurde, sind Kommunikation und Koordination ganz entscheidend, wenn es darum geht, Reformen auch durchführen zu wollen. Wenn man etwas ändern will, kann es sein, dass ein Krankenhaus mit 50 Betten geschlossen und in eine ambulante Gesundheitseinrichtung umgewandelt werden muss. Das wiederum kann dazu führen, dass die Bevölkerung in einer Region Panik entwickelt, denn die öffentli-

che Meinung „wenn ich einen Notfall habe, ist es gut, wenn ein Krankenhaus in meinem Dorf ist“ steht der Strukturänderung hin zu einer qualitativ hochwertigeren Gesundheitsversorgung entgegen. Das ist manchmal schwer zu erklären. Hier hat die Politik in der Vergangenheit zu wenig an Kommunikation geleistet. Man muss den Menschen erklären, dass im Notfall nicht das kleine Krankenhaus die lebensrettende Hilfe bietet, sondern das auf Notfälle spezialisierte Zentrum.

In den letzten Jahren ist versäumt worden, die Bevölkerung auf der Kommunikations-ebene mitzunehmen. Veränderungen müssen stattfinden, denn wir haben ein Gesundheitssystem auf dem Niveau der 1950er Jahre, brauchen aber eines, das den Anforderungen des 21. Jahrhunderts gerecht wird. Gleich, ob Bürokratie, ob Digitalisierung, oder intersektorale Versorgung, die Notfallversorgung, die Prävention und viele andere Gebiete, wir müssen weiterkommen. So ist es die Aufgabe der Politik, eine Partitur zu schreiben, aber auch ihrer Verantwortung als Mitspieler im Orchester gerecht zu werden.

Himmelrath

Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung hat die Medizin an einigen Stellen konkret benannt, an anderen Stellen ist er eher ungenau. Wo liegen die wichtigsten Stellschrauben?

Ullmann

Ich muss zunächst anmerken, dass ein Koalitionsvertrag nicht gleich in die Gesetzgebung mündet. Die Gesundheitspolitiker des Bundes und der Länder hätten für diesen Vertrag ein Papier von mehr als 100 Seiten schreiben können, waren aber auf nur 6 Seiten begrenzt. Tatsächlich haben wir dann sogar 9 Seiten beigetragen. Daher sind manche Aussagen etwas ungenau oder allgemein in der Formulierung geblieben. Was wir im Koalitionsvertrag auf gesundheitspolitischem Gebiet geschrieben haben, sind ganz dicke Bretter. Hier nenne ich, dass wir die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranbringen, die Notfallversorgung besser vernetzen, die intersektorale Versorgung ambulant und stationär bedarfsgerecht und innovativ gestalten wollen. Die Zukunft der Krankenhausversorgung stellen wir uns sehr konkret vor. Wir wollen neue ambulante Versorgungsstrukturen, wie die Community Health Nurse oder Gesundheitskioske schaffen und Vernetzung in den Gesundheitsregionen voranbringen. Wir brauchen dazu regionale Kompetenzen, die die Bedarfe richtig vorhersagen können, denn auch die Demographie ist in Deutschland sehr unterschiedlich ausgeprägt. Auch dort müssen wir Lösungen anbieten.

Das alles sind dicke Bretter, die wir bohren wollen. Wenn wir jetzt damit anfangen, sehe ich Chancen, dass wir das auch hinbekommen. Ich sehe das optimistisch, jemand muss beginnen.

Himmelrath

Herr Autenrieth, Herr Mohrmann, fühlen Sie sich mit diesen Ausführungen gehört und wahrgenommen?

Autenrieth

Es ist ein Novum, dass die Entität Universitätsmedizin in einem Koalitionsvertrag benannt wird. Ich setze dabei auf die Krankenhauskommission allergrößte Hoffnungen. Das ist ein wichtiger Schritt. Die zweite Stufe wird sein, dass die Entität Universitätsmedizin als solche anerkannt und entsprechend ausgestattet wird.

Wir stehen noch immer in Strukturen aus dem 20. Jahrhundert, befinden uns aber im 21. Jahrhundert und erleben eine ganz andere Wirklichkeit. Nun müssen wir an Themen herangehen, denen naturgemäß immer Beharrungskräfte entgegenstehen. Hier ist eine mutige Politik gefragt. Das bedeutet für uns, dass in einem nächsten Schritt auch die Ressourcenverteilung im Sinne einer Finanzierung der 4. Säule für System- und Zukunftsaufgaben der Universitätsmedizin als besondere Versorgungsstufe und Versorgungstyp durch bestimmte Aufschläge gewährleistet wird.

Ein weiterer Punkt, der gerade angesprochen wurde, ist der demographische Wandel. Wir erleben bereits heute einen Mangel an Fachkräften. Es erscheint daher nicht sinnvoll, Strukturen mit einer Gießkanne aufbauen zu wollen, die dann nicht die erwartete Qualität für die Patientinnen und Patienten erbringen, weil man schon jetzt absehen kann, wie in 10 oder 20 Jahren die Personalsituation aussehen wird. Jeder vierte Mitarbeitende wird nicht mehr da sein. Die Digitalisierung ist kein Zaubermittel. Sie wird zwar manches ermöglichen und wird Vorteile bringen, aber nicht die Aufgaben der Zentralisierung und der Ressourcenreallokation lösen. Die Menschen machen die Arbeit, behandeln und pflegen die Erkrankten.

Mohrmann

Der Koalitionsvertrag ist nun schon einige Monate alt. Es sind viele Baustellen zutreffend benannt. Kommissionen können aber unterschiedlich geführt werden: Sie können schnell Probleme benennen, Lösungsvorschläge erarbeiten und einer Lösung dann auch zuführen, oder sie können über eine ganze Legislaturperiode hinweg Probleme auflisten, ohne am Ende über die Auflistung hinauszukommen – am Ende wurde dann nichts umgesetzt. Für die Regierungskommission stellt sich für mich die Frage, wie sie arbeiten wird. Entscheidend ist die Konkretisierung der Umsetzung, die Praxisrelevanz der Vorschläge.

Ein großes Problem ist die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser. Die Länder können seit vielen Jahren das erforderliche Finanzvolumen offenbar nicht aufbringen; gelingt dies auch künftig nicht, wird der Bund einspringen müssen. Er wird dann aber ein Stück weit mitbestimmen wollen, was ich nicht für vollständig verkehrt halte. Da-

mit könnten Qualitätsvorgaben, vielleicht auch nur Vorgaben zur Durchführung einer professionellen Krankenhausplanung, eingehalten werden. Wir haben in Nordrhein-Westfalen einen guten Ansatz zur Krankenhausplanung mit einer deutlichen strukturellen Steuerung. Das NRW-Konzept zeigt, dass Krankenhausplanung eine Rolle spielen kann, sie aber wesentlich stärker professionalisiert werden muss. Im Moment ist sie häufig ein bloßes Nachvollziehen der Wünsche eines Krankenhauses.

Ein dritter Punkt ist die stärkere ambulante Orientierung. Wir werden künftig bisherige Krankenhausstandorte haben, die eine Versorgung anbieten, die mehr ambulant als stationär stattfinden wird. Vielleicht wird man sich stärker auf kurzstationäre Behandlungen ausrichten, aber es sollten einem Krankenhaus künftig auch besonders qualifizierte ambulante Leistungen vergütet werden, die – neue – Leistungsart „ambulant mit den Mitteln eines Krankenhauses“. Ich weiß nicht, ob wir gut damit beraten sind, diese Leistungen auch für alle niedergelassenen Ärzte zu öffnen. Es könnte besser sein, sie auf (bisherige) Kliniken zu konzentrieren; wenn diese Standorte erhalten werden sollen, brauchen sie zudem eine wirtschaftliche Perspektive, das ist klar. Die Integrierten Notfallzentren (INZ) sind ebenfalls ein guter, kooperativer Ansatz. Wir haben eine ganze Menge an Konzepten und Vorschlägen, müssen aber endlich in die Umsetzung kommen. Ich vermisste aktuell seitens der Politik, dass die Umsetzung losgeht – der Koalitionsvertrag beinhaltet ja durchaus Impulse.

Himmelrath

Ich habe bei Herrn Ullmann großes Kopfschütteln gesehen.

Ullmann

Wir müssen beachten, dass die Verantwortungslinien durch das Grundgesetz vorgegeben werden. Hier sind ganz klar die Bundesländer in der Verantwortung. Es ist von Länderseite manchmal zu einfach gedacht, dass sie nach Bundesmitteln rufen, wenn sie allein Dinge nicht finanzieren konnten oder wollen. Da springen die Kolleginnen und Kollegen zu kurz. Auch die Art und Weise, in der manchmal Politik betrieben wird, ist bei den Kosten für das Gesundheitswesen einfach Schade. Es ist nötig, im Gesundheitswesen zu sparen. Die Strukturwandlungen und Strukturreformen werden Übergangsregularien erfordern. Die Finanzierung muss auskömmlich sein – wenn eine Leistung erbracht wird, muss sie auch bezahlt werden. Es gibt aber ein Einsparpotential durch Investitionen in die Digitalisierung, durch den Abbau der Bürokratie. Wenn wir das gemeinsam angehen – wieder im Bild eines harmonischen Orchesters – gemeinsam mit den Krankenversicherungen, den Leistungsvertretern und aus der Politik können wir viel erreichen. Wir können Geld nur einmal ausgeben und müssen das System im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung effektiver machen. Dann wird die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten nicht nur durch Hightechmedizin, sondern auch mit einer besser bezahlten Zuwendungsmedizin steigen und genauso wichtig wird die Zufriedenheit der Mitarbeitenden im Gesundheitssystem steigen.

Denn sie erleben dann, dass ihre Arbeit wirklich Sinn macht und sie nicht wie in einem Hamsterrad täglich mit vielen unnötigen Arbeiten abseits der Patientinnen- und Patientenbetreuung belastet werden. Damit schaffen wir es auch, wieder mehr Nachwuchs in die Pflegeberufe zu bringen.

Deshalb müssen wir jetzt entgegensteuern, mutig sein und uns nicht gegenseitig Schuld oder Versäumnisse vorwerfen, sondern gemeinsam als Bund und Länder zusammenarbeiten. Andernfalls wird es nicht gelingen.

Himmelrath

Nun haben schon drei Sprecher in großer Einigkeit eine mutige Politik gefordert. Herr Mohrmann hat aber ein schnelleres Tempo angemahnt.

Ullmann

Wir nennen uns Fortschrittskoalition, haben aber einen schwierigen Start mit gleich drei weiterbestehenden Krisen: die Corona-Krise, der russische Aggressionskrieg in der Ukraine kombiniert mit unterbrochenen Lieferketten und Versorgungs- und Energieengpässen. Das sind sehr große Herausforderungen, die an eine erstmals in dieser Form bestehende Dreierkoalition in Deutschland gestellt werden. Deshalb hat es um den Bundeshaushalt viele Diskussionen gegeben. Damit sind die gestalterischen Möglichkeiten und Reserven, die normalerweise vorhanden wären, sehr limitiert. Wir wollen, dass die Politik noch mehr tun muss. Es muss Gesundheitspolitik über die Corona-Problematik hinausgehen. Wir haben uns dort noch nicht final abgestimmt, wollen aber die dicken Bretter bohren. Ich bin sehr froh, dass wir die Krankenhauskommission jetzt gegründet haben und bin überzeugt, dass es keine Kommission sein wird, die nur über vier Jahre hinweg tagt, ohne dass ein wirklicher Nutzen entsteht. Es wird dann rasch Gesetzgebungsinitiativen geben, damit wir tatsächlich in die Puschen kommen. Wir wollen als Koalition so agieren.

Himmelrath

An welchem der dicken Bretter soll man zuerst bohren?

Autenrieth

In Baden-Württemberg sollte es nun zügig vorangehen. Es wurde mehrfach vorgeschlagen, Modellregionen um die Universitätsklinika zu gründen. Hier gilt es Ideen, wie die Digitalisierung und die transsektorale Versorgung umzusetzen. Dabei soll die Rollenverteilung der Versorgung mit den Universitätsklinika, den Grund- und Regelversorgern, den ambulanten Zentren, Pflegeeinrichtungen, den Kassen und anderen Partnern unter gemeinsamen Vorgaben, wie Digitalisierungsstrukturen, einem Bürokratienabbau und Deregulierungen verhandelt und besser organisiert werden. Dazu gehört ein gestaltender Datenschutz, der wiederum auf die politische Agenda gehört. Diese Dinge werden wahrscheinlich nicht schnell zustande kommen, wenn man sie

national organisieren will, können aber in Modellregionen relativ schnell gelingen. Damit wird es uns auch gelingen, Fachkräfte zu generieren, sie aus- und weiterzubilden. Wir glauben, dass damit auch die von den Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten gewollte Translation und der Transfer einen Strukturwandel in Richtung einer Gesundheitswirtschaft ermöglichen. Es geht uns dabei nicht um das bloße Einsparen, sondern um einen wirtschaftlichen und zukunftsgerichteten Wandel und die Schaffung neuer Erlösmöglichkeiten, die es bisher in Deutschland für die Universitätsklinika nicht in relevantem Umfang gibt. Solche Modellregionen können agil und flexibel agieren und zugleich Druck ausüben, solche Modelle auch in anderen Bundesländern einzuführen. Wenn wir das nicht schaffen, werden die Mitarbeitenden mit den Füßen abstimmen und sich andere Tätigkeitsfelder suchen und am Ende sind die Patientinnen und Patienten die Leidtragenden.

Mohrmann

Es gibt eine ganze Reihe von Themen, die rasch umgesetzt werden können. Ich habe großes Verständnis für die Situation, in der sich Politik und die Gesellschaft gerade befinden und diese Situation wird sich in den kommenden Monaten sicherlich nicht groß ändern. Trotzdem kann man eine Menge tun. Als Beispiel nenne ich das Thema ambulante Versorgung. Ich sehe z. B. kein Hindernis, die Integrierten Notfallzentren (INZ), von denen es schon einige gibt, flächendeckend auf- und auszubauen.

Ich glaube auch, dass wir mit dem Strukturwandel von stationär zu ambulant beginnen können. Vor Beginn der Pandemie haben wir bereits mit einigen Kliniken diskutiert, was wir künftig mit den Patienten machen, die nicht typisch stationär, aber mit den Mitteln eines Krankenhauses behandelt werden müssen. Hier denke ich an die Augenheilkunde, die Dermatologie und andere Fachgebiete, in denen Patientinnen und Patienten stationäre Betten belegen, weil man sonst bei weitem nicht die erforderlichen Erlöse erzielen kann. Das ist wirtschaftlich verständlich, aber nicht mehr zeitgemäß, denn hier bewirkt das DRG-System medizinisch eine Fehlsteuerung.

Auch den DRG-Katalog kann man aus meiner Sicht entschlacken, denn das ist keine so große Baustelle. Wir streiten uns zwischen Krankenkassen und Kliniken darüber, ob ein Patient drei oder vier Tage im Krankenhaus behandelt werden muss – nur aus Fragen der Vergütungshöhe, ohne medizinische Relevanz. So etwas würde ich unter dem Punkt der Entbürokratisierung summieren, dies kann bereits heute angegangen werden. Ich wünsche mir, dass die Krankenhauskommission konkrete Impulse dazu setzt, wie der notwendige Strukturwandel erfolgen soll.

Ullmann

Sie sprachen gerade etwas an, was nicht nur für die Augenheilkunde, sondern für viele Fachbereiche gilt, die Fehlanreize im DRG-System. Das DRG-System schafft Anreize, Patientinnen und Patienten stationär aufzunehmen, auch wenn die Erkrankung oder

Therapie das nicht unbedingt stationär erfordern würden. Diese Erkenntnis ist nicht neu. Das Problem liegt in der Triggerung dieser Fehlanreize. Ich will nicht vom Bund ablenken, jedoch liegt diese Fehlanreiztriggerung bei den Ländern, die mit den Investitionskosten nicht nachkommen. Es findet eine Quersubventionierung der Krankenhausfinanzierung statt, die schnellstens unterbrochen werden müsste. Die Politik weiß das und wir haben in den Koalitionsvertrag wegen der Fehlanreizstrukturen, der fehlenden Finanzierung und der Finanzierungsnöte, die die Krankenhäuser in den ländlichen Regionen teilweise haben, die Vorhaltepauschalen in die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung aufgenommen. Wir wissen, dass damit nicht alle Probleme bestehender Krankenhäuser gelöst werden können, sehen aber die neue Kommission als Maßnahme, Wege zur Lösung dieser Probleme aufzuzeigen. Die Lösungen werden sicher nicht schmerzlos oder geräuschlos ablaufen. Erkenntnisse haben wir eigentlich genug, das Schwierige ist die Durchführung und Umsetzung in der Praxis. Das ist die Herausforderung für die Politik und alle übrigen Beteiligten.

Autenrieth

Der Fehler liegt im System. Die stationäre Behandlung richtet sich oftmals nach der Vergütung und nicht umgekehrt. Wir haben aktuell Regelmechanismen, die sich ungünstig beeinflussen. Das wird deutlich, wenn man sich nationale Benchmarks anschaut, die in Deutschland eine Fehlentwicklung vor Augen führen. Grundsätzlich müssten die Krankenhäuser für den Betrieb der Krankenhausbetten besser bezahlt werden. Ein weiteres Problem ist die mangelnde Investitionsverfügbarkeit. Wir haben riesige Investitionsvolumina für Wissenschaftsaufgaben, für Medizintechnik oder Medizin-Technologieaufgaben für die nächsten Jahre zu tätigen, bei denen die Länder nicht nachkommen, sie zu tätigen. Diese Gelder müssen immer mehr aus der Krankenversorgung erwirtschaftet werden, das funktioniert aber so nachweisbar nicht und ist vom Gesetzgeber auch so nicht vorgesehen.

Wenn wir diese Punkte verbessern könnten, hätten wir eine verlässlichere und bessere Medizin.

Himmelrath

Warum funktioniert das nicht? Ist es der Leidensdruck noch nicht groß genug? Oder gibt es noch genug Profiteure an diesen beschriebenen Baustellen?

Autenrieth

Die Probleme selbst sind ausreichend an Bund und Ländervertreter kommuniziert. Es bedarf nun der politischen Willensbildung, sie lösen zu wollen.

Ullmann

Die Probleme sind komplex und es ist nicht trivial, hier eine simple Lösung zu finden. Ich höre bei diesen Diskussionen auch immer die Sorgen der Kommunalpolitiker, dass

nun das regionale Krankenhaus abgeschafft werden könnte. Wir müssen die verschiedenen politischen Ebenen sehen. Es wird die Sorge geäußert, dass bei einer Strukturreform der Krankenhäuser nur die Stärksten überleben könnten. Auf kommunaler Ebene werden Gelder, die eigentlich für den Kindergarten bestimmt waren, dann in das Krankenhaus gesteckt. Das ist eine Umverteilung, die wir nicht wollen.

Ich halte die Idee, durch ein einfaches Schließen von Krankenhäusern Einsparungen zu erzielen, für falsch. Der Weg mit den Krankenhausstrukturreformen, den man in Nordrhein-Westfalen angedacht hat, geht in die richtige Richtung. Dort wird man nicht nur auf die Zahl der Betten, sondern auf die Qualität der Versorgung schauen. Das kann man dann auch nicht auf kommunaler Ebene ausbremsen. Hier sollten wir auch auf bundespolitischer Ebene versuchen, Vorgaben zu definieren, dass Reformen auf Landesebene nach solchen Kriterien gestaltet werden.

Wir könnten wahrscheinlich noch ein längeres Seminar abhalten, warum das in der Vergangenheit nicht funktioniert hat. Begründungen wird es gerade auf emotionaler Ebene in genügender Zahl geben.

Autenrieth

Wir haben in Baden-Württemberg vor zwei Wochen mit unserer Landesspitze dieses Problem diskutiert. Die Lesart dort war dann, dass das finanzielle Problem so groß sei, dass es gar nicht gelöst werden könne. Wir haben entgegnet, dass das Problem tatsächlich so groß ist, also der Finanzbedarf so groß sei. Man müsse dies nun anerkennen, konkret benennen und die Investitionsfinanzierung aus den Doppelhaushalten in eine Daueraufgabe überführen und diese Daueraufgabe zum Beispiel als ein Sondervermögen dann auch festschreiben. Es bedarf also zunächst der schonungslosen Analyse und Anerkennung, dass das Problem als solches so existiert. Dann ist der Lösungsweg: weg von der zwei-Jahre-Politik. So wie es jetzt ist, geht es nicht weiter.

Mohrmann

Wir sind eine relativ reiche Gesellschaft, sind aber nun an die Stelle gekommen, an der wir unsere Krankenhausstrukturen reformieren müssen. Wir haben in der Vergangenheit die Krankenhausstruktur einschließlich der für die Versorgung nicht erforderlichen Kliniken immer wieder subventioniert, sie belassen und nicht verändert, auch, weil wir eine Scheu vor Veränderungen hatten. Wir haben das im Vorfeld der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen gesehen, als Vertreter der Opposition sofort mit der Parole „Mit uns bleibt alles, wie es ist, und jedes Krankenhaus wird genauso weiterbestehen“ nach Sympathie heischten. Solche Argumentationen kamen in der Vergangenheit öffentlich meist gut an. Ich sehe das als eine Art negativen Oppositionsreflex, mit dem alleinigen Ziel, sich auf Kosten des Anderen zu profilieren. Die zukunftsgerichtete Entwicklung der Versorgungsstrukturen ist ein so wichtiges Thema, es sollte parteiübergreifend und gesamtgesellschaftlich angegangen werden. Wir müssen zusammen-

stehen, wenn wir strukturelle Probleme lösen wollen, uns eben nicht gegeneinander ausspielen. Das ist auch eine Bitte, die ich Herrn Ullmann für die politischen Diskussionen mitgeben möchte.

Die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen ist aus meiner Sicht ein hervorragender Ansatz. Das Problem ist noch, dass Absprachen zwischen Kliniken nach einer aktuellen Stellungnahme der Monopolkommission so nicht umzusetzen sind. Sie sind aber essenziell für den Prozess. Wenn wir eine strukturierte Krankenhausplanung wollen – und ich sehe das als überaus sinnvoll an – brauchen wir auch einen entsprechenden rechtlichen Rahmen, inklusive des Wettbewerbsrechts.

Himmelrath

Ich wende mich nun an das Plenum und kann mir vorstellen, dass Sie zu dem einen oder anderen Punkt Widerspruch anmelden wollen. Ich bitte um Wortmeldungen.

Schuler

Als Onkologe möchte ich das Ambulantisierungsthema noch einmal aufgreifen. Ich sehe ein komplettes Versagen bei der Versorgung hochbetagter pflegebedürftiger Menschen außerhalb des Krankenhauses. Wir haben das ethische Dilemma, dass wir diese Patientinnen und Patienten nicht abgeben können, denn wir wissen nicht, wohin. Wir behalten sie in stationärer Betreuung und werden dafür mit Abschlügen bestraft. Das ist wirtschaftlich sicher verständlich, kann so aber auf Dauer nicht bleiben. Wir dürfen nicht nur die reine technische Krankenversorgung betrachten, sondern müssen die gesamtgesellschaftliche Versorgung dieser Menschen sehen.

Ullmann

Das meinte ich, als ich den demographischen Wandel ansprach. Die neuen Gesundheitskioske, die Community Health Nurse und andere zentrale Einrichtungen werden nicht nur den Allgemeinmediziner oder andere Fachärzte wie Internisten dort angesiedelt haben, sondern idealer Weise auch einen Fahrdienst, denn den betagten Patientinnen und Patienten kann nicht zugemutet werden, auf einen in ländlichen Regionen vielleicht nur dreimal am Tag verkehrenden Bus zu warten. Wir wollen in eine neue Welt ambulanter Medizin eintreten. Gerade auch in der Onkologie können wir auf halb- oder teilstationäre bzw. tagesklinische Versorgung ausweichen. Das kann in ambulanten Zentren geschehen, die dort angesiedelt sind, wo früher vielleicht einmal ein Krankenhaus existiert hat. Dann wird die Versorgung qualitativ deutlich besser als jetzt werden. Dorthin wollen wir. Das wird neben der klinischen Versorgung auch die pflegerische Versorgung beinhalten. Wir müssen deshalb in der Medizin mehr ganzheitlich denken.

Autenrieth

Ich bin für diese Frage sehr dankbar. Wir hatten in der Hochzeit der Corona-Pandemie immer wieder die Frage, wer welchen Patienten aufnimmt. Es war teilweise eine geradezu unwürdige Situation, dass jedes Klinikum in der Region sich weigerte, Patienten aufzunehmen, dass solle die Uniklinik doch tun. Manchmal half dann der Hinweis, man möge sich vorstellen, jetzt vor einer Kamera eine Begründung für das Nichtaufnehmen geben zu müssen und dies würde dann in den Nachrichten gesendet. Die Klinika arbeiten jetzt allerdings etwas besser zusammen, doch es bedurfte der ständigen Übung, damit dies auch gelingt. Unser aktuelles Vergütungssystem wird zu einer Obstruktion, das Zusammenarbeit erschwert und das den Patientinnen und Patienten nicht nützt, wenn sie in einer heimatnahen Einrichtung behandelt werden wollen. Wir brauchen hier mehr Flexibilität.

Mohrmann

Bezüglich der Patienten, die im Krankenhaus verbleiben, weil keine Pflegeeinrichtung zur Verfügung steht, ist eine rechtliche Regelung vonnöten, die auch praktikabel ist. Das Krankenhaus muss prüfen, ob es keine andere Einrichtung gibt, die noch aufnahmefähig ist. Wenn die Patientin oder der Patient dann im Krankenhaus verbleibt, werden die entstehenden Kosten bezahlt; das aktuell vorgesehene Prozedere ist aber hochkompliziert und m. E. nicht praxistauglich.

Eine zweite Frage ist die unnötige Aufnahme von Pflegeheimbewohnern in das Krankenhaus. Wir haben dazu z. B. in Euskirchen ein Modellprojekt unter Nutzung der Telemedizin etabliert. Dort spricht die qualifizierte Pflegekraft am Patientenbett mit dem Arzt, der per Video zugeschaltet ist, und es wird gemeinsam entschieden, ob eine Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich ist. Dieses Projekt beinhaltet auch eine Aufwertung der Tätigkeit der Pflegekraft, denn sie hat nun zusätzliche Aufgaben, die über „klassische“ Pflege weit hinausgehen. Wir beabsichtigen, dieses Modell über Euskirchen hinaus in einer größeren Region zu erproben.

Friedrich

Die Weiterbildung der ärztlichen Nachwuchskräfte wurde bisher nicht angesprochen. Warum sollten nicht gezielt regionale Weiterbildungsverbünde geschaffen werden? Das würde doch in das Konzept der Strukturreformen gut passen. Als Vorbild könnte die Finanzierung von Weiterbildungsverbünden in Nachbarländern dienen.

Autenrieth

Die Universitätsmedizin hat an der Facharztausbildung einen sehr großen Anteil. In der Vergütung wird dieser Ausbildungsaufwand aber überhaupt nicht berücksichtigt. Es spielt dort keine Rolle, ob jemand im OP mit einem erfahrenen Facharztteam steht oder dabei den ärztlichen Nachwuchs weiterbildet und daher mehr Zeit für eine OP benötigt. In den Niederlanden ist das durch eine Zusatzvergütung abgedeckt, die den

Universitätsklinika dort zweistellige Millionenbeträge pro Jahr zuweist. Die Universitätsklinika erfüllen auch die regulatorischen Voraussetzungen des Ausbildenkönnens. Es bestehen hier Möglichkeiten der Kooperation, so dass Mitarbeitende anderer Einrichtungen an den Universitätsklinika ihre Weiterbildung erfahren können. Das bedarf dann auch entsprechender finanzieller Regelungen. Es wäre eine wichtige Aufgabe, dieses System strukturell zu implementieren. Damit würden wir sowohl die Ausbildung als auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden fördern, denn es wird ein unterschiedliches Spektrum und unterschiedliche Arten der Medizin auf unterschiedlichen Versorgungsstufen abgebildet. Wenn weiterzubildende Ärzte an der Uniklinik für eine gewisse Zeit an ein Haus der Grund- und Regelversorgung rotieren, ist das für sie fachlich interessant und umgekehrt auch.

Ullmann

Ich möchte ergänzen, dass die Weiterbildung nicht aus der Politik, sondern aus der Ärzteschaft heraus organisiert wird. Wir haben aber im Koalitionsvertrag festgeschrieben, dass Krankenhäuser, die nicht weiterbilden, einen Abschlag in der Vergütung erfahren werden. Das wird die Universitätsklinika nicht betreffen, wohl aber die klassischen Versorgungskrankenhäuser.

Gekle

Jetzt streiken in Nordrhein-Westfalen die Pflegekräfte. Herr Ullmann hat uns etwas vom Konzept der Community Health Nurse berichtet, Herr Mohrmann von der Aufwertung des Pflegeberufs durch die Telemedizin. Wir haben gleichzeitig eine kontroverse Diskussion über die Akademisierung der Pflege in Richtung einer Delegation und Substitution von Aufgaben. Wie muss man die Chancen und Möglichkeiten sehen, im Rahmen einer Interprofessionalisierung auch durch eine Verschiebung von Kompetenzbereichen eine systemische Lösung des Strukturproblems anzugehen?

Mohrmann

In Deutschland sind die Rollen der Pflegekraft auf der einen Seite und die des Arztes auf der anderen Seite sehr traditionell geprägt. Wir sind mit einigen unserer Projekte dort schon „kooperativer“ unterwegs, sehen aber noch große Reserven. Das hat wohl auch ein wenig mit der Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte zu tun. In dem von mir geschilderten Pflegeprojekt in Euskirchen äußerten sich die qualifizierten Pflegekräfte sehr zufrieden mit der neuen Aufgabe und den sich damit ergebenden neuen Anforderungen. Das funktioniert im Miteinander von Pflegekraft und Arzt sehr gut. Wir müssen aber sehen, dass die Medizin in Deutschland nach wie vor sehr hierarchisch geprägt ist. In den Bereichen Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an qualifizierte nichtärztliche Kräfte bestehen große Potenziale.

Autenrieth

Die Interprofessionalität hat neue Rollen und neue Aufgaben für die Pflegekräfte hervorgebracht. Das beobachten wir auch in den Universitätskliniken. Als Beispiel nenne ich hier die Zentrale Notaufnahme, wo die Ersteinschätzung durch entsprechend qualifizierte Pflegekräfte vorgenommen wird. Die akademisch qualifizierten Pflegekräfte arbeiten oftmals hauptsächlich im Management und nicht mehr auf den Stationen. Das unterscheidet sie von den ärztlichen Mitarbeitenden. Sie arbeiten in den unterschiedlichen Leitungsfunktionen, als Facharzt, Oberarzt, Chefarzt, stehen aber auch als Chefarzt als Operateure stets am OP-Tisch. Ich glaube, dass es zur Akademisierung der Pflegeberufe auch gehören wird, neue Pflegeberufsbilder analog zur Facharztweiterbildung zu schaffen und die Hierarchie bzw. Akademisierung nicht automatisch nur zur theoretischen Pflege werden zu lassen. Die Leitungsfunktion und die akademischen Aufgaben in der Pflege müssen auch praktisch-klinische Pflegetätigkeit beinhalten und dürfen nicht nur auf eine andere Vergütung ausgerichtet sein.

Ullmann

Ich stimme Herrn Mohrmann mit seiner Sicht auf die traditionellen Berufsbilder zu. Wir wollen keine Vollakademisierung in der Pflege, die Pflege muss auch geleistet und nicht nur theoretisch erklärt oder verwaltet werden. Das Berufsbild der Pflegekräfte hat sich gewandelt. Dem muss die Ausbildung Rechnung tragen, denn die künftigen Pflegekräfte werden mit den ärztlichen und den übrigen am Patienten tätigen Kräften auf Augenhöhe kommunizieren und diskutieren können. Die ärztliche Ausbildung wiederum reicht nicht aus, um pflegerische Kompetenzen zu übernehmen. Hier werden sich neue Berufsbilder gestalten, um die Medizin des 21. Jahrhunderts umzusetzen und die verschiedenen Säulen der Berufsbilder miteinander zu verknüpfen. Wir haben in den Koalitionsvertrag daher die Community Health Nurse aufgenommen, mit der wir eine neue Form von Aufgaben, zu einem späteren Zeitpunkt aber auch eine neue Stufe medizinischer Verantwortung verbinden. Dazu müssen wir jedoch auch die Ärzteschaft aus ihren alten Vorstellungen von Rollen und Zuständigkeiten ein Stück weit herausheben. Damit verbindet sich dann auch, die übrigen Gesundheitsberufe ernster zu nehmen und ihre Rollen und Aufgaben in der Patientinnen- und Patientenversorgung neu zu denken.

Schmidt-Rumposch

Als Pflegedirektorin hier in Essen teile ich die Einschätzung, dass akademisch qualifizierte Pflegekräfte auch in der Krankenversorgung tätig sein sollen. Wir qualifizieren ganz bewusst, um zu entscheiden, wie wir eine bessere Patientenversorgung realisieren können und um zu wissen, wer was mit welcher Qualifikation tut oder tun sollte. Das ist nicht nur in der klinischen Versorgung wichtig, sondern ganz besonders in den hochkomplexen Pflegesituationen, die es in den Universitätskliniken gibt. Dort können wir anteilig die akademisch qualifizierten Pflegekräfte einsetzen. Also nicht im Büro, sondern auf den Stationen. Man muss das deutschlandweit betrachten.

Wir sind im internationalen Vergleich in den Strukturen sehr rückschrittlich, das gilt auch für die Pflege. Wir müssen sehen, wo intersektorale Verbesserungen möglich sind. Das gilt nicht nur für die hausärztliche Versorgung, sondern gerade für den ländlichen Bereich. Hier erinnere ich an das Gesundheitswesen in der früheren DDR, wo der Erstkontakt mit den Patienten durch gut ausgebildete Pflegekräfte realisiert wurde. Dieses Verfahren hat gut funktioniert.

Wir tun uns heute sehr schwer damit, Curricula in der Pflege so zu ändern, dass sie tatsächlich fortschrittlich sind. In jüngster Zeit hat man die Generalistik etabliert und dafür das Curriculum und die Ausbildungsziele geändert. War das aber der große Wurf? Ich glaube nicht. Das Krankenpflegegesetz von 1985 fand ich schon sehr schlimm. Als ich mit der Wiedervereinigung 1990 dieses Gesetz las, fragte ich mich, warum verschlechtern wir uns nun? Meine Ausbildung habe ich an der Charité Berlin in einem Fachschulstudium mit ganz genau definierten Lernzielen für eigenständiges Arbeiten gemacht. Heute müssen wir die Ausbildung so gestalten, dass Pflegefachpersonen definierte erweiterte Tätigkeitsfelder haben, in denen sie eigenständig und interprofessionell arbeiten können. Wir versuchen hier in Essen bedarfsgerechte Ausbildungsstrukturen umzusetzen; von der Pflegefachassistenz bis zum Bachelor-/Master-Abschluss mit erweiterten Aufgabenprofilen in der direkten Patientenversorgung. Das wird auch gut angenommen. Diese Ansätze sollten wir deutschlandweit ausbauen. Das schafft pflegefachliche Entwicklungsmöglichkeiten in der direkten Patientenversorgung und ein aktives Mitgestalten.

Himmelrath

Mit Blick auf die Uhr stelle ich fest, dass unsere Zeit im Tagesprogramm abgelaufen ist. Als Radiomann ist für mich am Ende der Sendezeit immer Schluss. Daher bitte ich nun unsere drei Podiumsgäste um ein jeweils 30-sekündiges Statement, was sie aus der heutigen Diskussion mitnehmen werden.

Ullmann

Ich sehe die gleichen Herausforderungen, wie im letzten Diskussionsbeitrag dargestellt. Dorthin wollen wir mit einem modernen Gesundheitswesen in unserem Land. Wir sollen mutig genug sein, die noch bestehenden Grenzen zu durchbrechen.

Autenrieth

Die Fakten liegen auf dem Tisch, wir sollten an die Umsetzung gehen. Es geht um das Vergütungssystem, die Investitionen und die Krankenhausstruktur.

Mohrmann

Wir müssen aus den alten Rollenbildern heraus, die Kommunikation und Diskussion miteinander verbessern und vor allem: Umsetzen, was hinreichend diskutiert worden ist.

Himmelrath

Ich danke Ihnen für diese spannende systempolitische Diskussion. Mir ist deutlich geworden, um zum Abschluss noch einmal das Bild des musikalischen Orchesters aufzugreifen, dass wir dazu noch neues Notenmaterial und für die alten Noten neue Arrangements benötigen. Neue Instrumente gehören auch dazu – wie auch der eine oder andere neue Mitspielende.

Tagungsimpressionen II



**Vortragssession:
Interessen in der Wissenschaft –
zwischen Kooperation
und Einflussnahme**

Moderation: Prof. Dr. Gereon Fink



Impulsvortrag: MFT-Positionspapier zu Interessenkonflikten in der Wissenschaft

Prof. Dr. Christopher Baum, Berlin

Vorsitzender des Direktoriums des BIH in der Charité und Vorstand des Translationsforschungsbereiches der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Mitglied des MFT-Präsidiums

Meine Damen und Herren,

es freut mich, Ihnen heute das Positionspapier „Transparenz und Umgang mit Interessenkonflikten an den Medizinischen Fakultäten“ vorzustellen. Lieb et al. haben es in einer Schreibgruppe des MFT auf Basis des internationalen Wissensstandes zum Thema erarbeitet und die Fakultäten haben es heute auf der Mitgliederversammlung einstimmig angenommen. Mit diesem Papier bringt sich der MFT in den aktuellen Diskurs um Interessenkonflikte ein. Ein offener Umgang mit dem Thema ist förderlich für die Kultur der Lehre, der Forschung und der Interaktion mit der Industrie und anderen Formen der Wirtschaft.

Das Papier enthält zwölf Empfehlungen für Studium, Weiter- und Fortbildung, Forschung sowie die forschungsnahe Krankenversorgung. Es soll helfen, die bereits vorhandenen Instrumente zur Transparenz von und zum Umgang mit Interessenkonflikten kontinuierlich weiterzuentwickeln. Auf diesem Wege wird künftig der Diskurs innerhalb der Fakultäten vorangebracht. Die Empfehlungen sollen alle drei Jahre überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Dazu werden wir uns regelmäßig mit anderen Stakeholdern, unter anderem dem Verband der forschenden Arzneimittellindustrie (vfa), aber auch mit Vertretern der Studierenden zusammensetzen. Der MFT wird die Umsetzung der Empfehlungen monitorieren.

An einem Beispiel möchte ich den Konkretisierungsgrad unserer Empfehlungen aufzeigen. In Anlage 2 unserer Empfehlungen wird dargestellt, wie man Transparenz erzeugen kann (Abbildung 1). Hier ist aufgelistet, was alles berichtet werden sollte. Wir haben uns dabei nach dem üblichen Procedere gerichtet, das unter anderem von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft empfohlen wird.

Für die Offenlegung von Interessen und Interessenkonflikten gibt es eine Vielzahl von Vorschlägen. Der MFT empfiehlt, sich bei der Offenlegung von Interessenkonflikten an den Vorschlägen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ; Lieb et al., 2011) zu orientieren, die auch den Stand der internationalen Diskussion abbilden. Demnach sollte eine Offenlegung von Interessenkonflikten die letzten drei Jahre und das laufende Jahr umfassen und folgende Dimensionen abbilden:

1. Beschäftigungsverhältnis (Arbeitgeber/ggf. Nebentätigkeiten),
2. Beratungsverhältnisse (z.B. Advisory Boards, Data Monitoring Committees),
3. Honorare für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Vorträgen, Stellungnahmen, Gutachten, Publikationen o.ä.,
4. Unterstützung für Forschungsaktivitäten (z.B. Auftragsstudien, Nicht-interventionelle Studien, Geräte, Sachmittel), andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen,
5. Besitz von Aktien, Optionsscheinen oder sonstigen Geschäftsanteilen,
6. Honorare für die Autoren- oder Ko-Autorenschaft bei Publikationen,
7. Aktivitäten in Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzte- und Apothekerkammern, Patientenselbsthilfegruppen o. ä.

Abb. 1: Transparenz von Interessenkonflikten (Anlage 2 des MFT-Positionspapiers)

Solche Transparenzdeklarationen sind im Ausland Standard, in Deutschland jedoch außerhalb von Publikationen und Tagungspräsentationen noch recht unüblich. Unsere Idee ist es, eine solche Erklärung bei Tagungen oder Weiterbildungen abzugeben, um Transparenz zu erzeugen.

Interessen sind per se nicht schlecht, auch wenn sie Partikularinteressen sind. Sie sind teilweise sogar notwendig, um wirklich voranzukommen. Die Frage ist nur, wie man damit umgeht. Daher sehen wir es als notwendig an, Regelungen zu schaffen.

Wir haben in unserem Papier eine Reihe von Beispielen für Regelungen aufgeführt, die zu einer größeren Unabhängigkeit in der Lehre (Abbildung 2), etwa durch eine Verbesserung der Grundkenntnisse, oder zu einer größeren Unabhängigkeit bei Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen (Abbildung 3) beitragen können.

- Transparenz und Reduktion von Interessenkonflikten bei Lehrenden,
- Integration des Themas Unabhängigkeit und Interessenkonflikte in Lehrveranstaltungen als longitudinaler Strang für alle Studierenden und explizite Thematisierung im Vertiefungsbereich Wissenschaftlichkeit gemäß den Lernzielkatalogen des MFT (www.nklm.de; www.nklz.de),
- Integration des Themas Unabhängigkeit und Interessenkonflikte in die Didaktikschulungen für Lehrende (z.B. Medizindidaktiknetz-MDN, Master of Medical Education-MME).

Abb. 2: Beispiele für Regelungen, die zu einer größeren Unabhängigkeit in der Lehre beitragen können

- Unabhängige Finanzierung von Fortbildungsveranstaltungen,
- Auswahl qualifizierter, unabhängiger Referent:innen,
- Einordnung der präsentierten Inhalte durch Darstellung von wirksamen medikamentösen und nicht-medikamentösen Alternativen,
- Einbezug von kritischen Reviews/Metaanalysen in die Darstellung der Inhalte,
- Kritische Reflexion der Grenzen der Aussagen (z.B. durch Hinweis auf methodische Schwächen der Studien).

Abb. 3: Beispiele für Regelungen, die zu einer größeren Unabhängigkeit bei Weiterbildungs- und Fortbildungsveranstaltungen beitragen können (modifiziert nach Lo und Ott, 2013)

Bei Fortbildungsveranstaltungen geht es uns darum, dass auch die Pharmaindustrie auf dem Gelände der Universitätsmedizin fort- oder weiterbilden kann, aber sich die Medizinischen Fakultäten und/oder Universitätsklinika noch stärker in die Gestaltung der Veranstaltungen einbringen. Das kann zum Beispiel durch das Einladen weiterer Expertinnen oder Experten, die von dem Pharmaunternehmen unabhängig sind, realisiert werden, so dass eine multiperspektivische Sicht gewährleistet wird (Abbildung 3).

Wir haben unser Papier sehr konkret formuliert. Das darin häufig genutzte Wort „soll“ appelliert an die notwendige Verbesserung der Kultur. Wir wollen hier sensibilisieren, Transparenz schaffen. Transparenz allein wird aber das Problem nicht lösen. Daher wollen wir mit dem Papier geeignete Werkzeuge bereitstellen. Der zu führende Diskurs soll dabei kritisch reflektieren, ohne die Offenlegenden an den Pranger zu stellen. Damit soll es uns gelingen, die Objektivität strukturell zu verankern. Die Partikularinteressen führen als Triebfedern in der Wissenschaft zu einer gesteigerten Motivation und können auch die Wertschöpfung fördern. Wir müssen allerdings lernen, damit richtig umzugehen.

Die Wirksamkeit und die Zeitpunkte, an denen diese Maßnahmen eingesetzt werden, möchte ich an einem Schaubild erklären, welches den Weg von einer wissenschaftlichen Erkenntnis bis hin zu ihrer Anwendung zeigt (Abbildung 4).

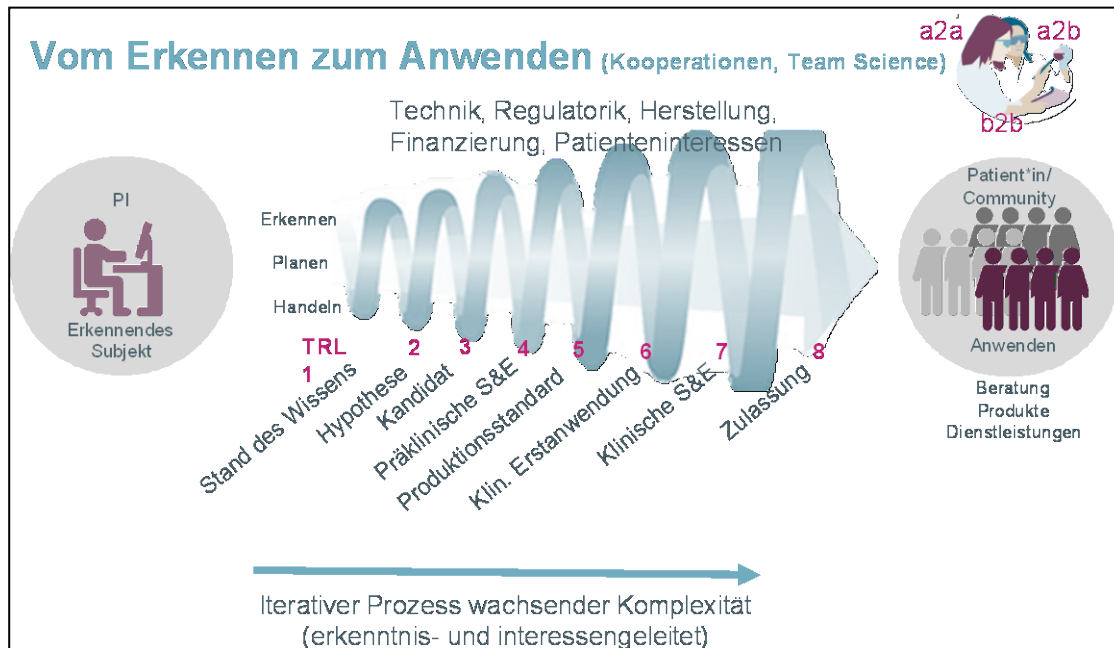


Abb. 4: Der iterative Prozess von einer wissenschaftlichen Erkenntnis eines Forschenden bis hin zu ihrer Anwendung

Hier wird das erkennende Subjekt bis etwa zur Stufe 3, der Erkennung eines Kandidaten, alleine arbeiten, spätestens aber ab Stufe 4, der präklinischen Studie und Erprobung, in wissenschaftlichen Teams tätig sein. Die Anwendenden oder Patientinnen und Patienten auf der rechten Seite dieses Schemas dürfen nur zugelassene Produkte erhalten, die alle diese Prüf- und Kontrollschritte durchlaufen haben. Klinische Studien und Zulassungsverfahren sind dabei sehr aufwendig und können nur in einem iterativen Prozess mit wachsender Komplexität durchgeführt werden. Dieser iterative Prozess ist nicht nur erkenntnisgeleitet, sondern ab einer bestimmten Stufe auch interessengeleitet, denn ein Produkt soll sich auf dem Markt behaupten können, die Finanzierung seiner Produktion muss gewährleistet sein etc. Auch für diese Schritte muss eine ausreichende Transparenz gegeben sein. Schließlich müssen in diesem Prozess auch die Interessen Dritter, in unserem Falle also die der Patientinnen und Patienten, berücksichtigt werden.

Wir müssen lernen, nicht nur kooperative Strukturen zwischen Akademie und Akademie (a2a), sondern auch zwischen Akademie und Business (a2b) zu betrachten, die dann wieder die Basis für Kooperationen zwischen Business und Business (b2b) sein können. Ein solcher Kreislauf ist essentiell, um schnelle Innovationen zu ermöglichen. Er wird aber nicht ohne bestimmte Interessen ablaufen, die wir transparent deklarieren müssen. Dann sind die Sicherheit und Effizienz jederzeit belegbar und regulatorische Interaktionen proaktiv möglich. Wir müssen zu den Beratungen, Produkten und Dienstleistungen auf der rechten Seite des Schemas in Abbildung 4 kommen und be-

nötigen hierfür eine neue Kultur des Umgangs. Soweit unser Impuls aus der MFT-AG Wissenschaft.

Vielen Dank!



Forschungskooperationen von Pharmaindustrie und akademischen Einrichtungen – wichtig, nach strengen Regeln und transparent

Han Steutel, Berlin
Präsident des Verbands der Forschenden
Arzneimittelhersteller e.V. (vfa)

Sehr geehrter Herr Professor Frosch,
sehr geehrter Herr Fink,
meine Damen und Herren!

Herzlichen Dank für die Einladung. Nachdem ich Ihre Position zur Wahrung von Transparenz hören durfte, möchte ich hier einige Überlegungen aus der Sicht der forschenden Pharmaindustrie zu Forschungskooperation und Transparenz vorstellen. Der Grundgedanke dabei ist, dass die Pharmaindustrie eine globale Industrie darstellt, für die die Kooperation mit den Universitäten nicht nur wichtig, sondern essenziell ist. Es geht um den Erhalt des wissenschaftlichen Austausches und den Wissenstransfer. Wir werden wahrscheinlich sogar noch härter als in der Vergangenheit kämpfen müssen, damit wir die Notwendigkeit des wissenschaftlichen Austausches erklären und den Austausch auch in Deutschland erhalten können, und ich werde versuchen, mit meinen Ausführungen in diese Richtung zu argumentieren.

Ich werde unseren Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller e.V. (vfa) ein wenig näher vorstellen und dann über die Transparenz sprechen. Ich bin mir sehr bewusst, dass Transparenz in der Pharmaindustrie sehr wichtig – die Integrität aber noch viel wichtiger ist.

Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa) ist der Wirtschaftsverband der forschenden Pharma-Unternehmen in Deutschland. Er ist im Vergleich mit anderen Industrie-Verbänden, was die Mitgliederzahl betrifft, vielleicht ein eher kleiner Verband. In ihm sind allerdings 48 weltweit führende forschende Pharma-Unternehmen zusammengeschlossen. Dazu kommen noch über 100 Tochter- und Schwesterfirmen. Die Mitgliedsunternehmen des vfa repräsentieren über zwei Drittel des gesamten deutschen Arzneimittelmarktes und beschäftigen in Deutschland mehr als 90.000 Mitarbeiter. Sie gewährleisten den therapeutischen Fortschritt bei Arzneimitteln und sichern das hohe Niveau der Arzneimitteltherapie in Deutschland. Der vfa

ist Ansprechpartner der Politik und der Marktpartner, wenn es um die Belange und Themen der forschenden Pharma-Unternehmen in Deutschland geht. Der vfa repräsentiert eine High-Tech-Branche aus Deutschland, die international konkurrenzfähig ist. Allein in Deutschland sind fast 20.000 Forscherinnen und Forscher an der Entwicklung neuer Arzneimittel beteiligt. Die forschenden Pharma-Unternehmen investieren jährlich rund 7,8 Mrd. Euro in die Arzneimittelforschung für neue und bessere Medikamente.

Die forschende Pharma-Industrie ist eine sehr wichtige Industrie für Deutschland. Das hat sich nicht nur am Beispiel von BioNTech mit seinem Corona-Impfstoff Comirnaty gezeigt, mit dem das Land Rheinland-Pfalz von einem Geldempfänger zu einem Nettozahler wurde, dies lässt sich auch mit einer Reihe anderer Zahlen belegen (Abbildung 1). Dabei wird deutlich, dass die forschende Pharmaindustrie in Deutschland einen nicht unwesentlichen Anteil an der Wertschöpfung in der Volkswirtschaft hat.

	Neu eingeführt: davon Gentech: davon Orphans: 32 bzw. 46 Wirkstoffe 10 bzw. 16 Wirkstoffe 14 bzw. 11 Wirkstoffe
	Umsatz^{1,2}: Investitionen¹: F&E-Ausgaben¹: 56,1 Mrd. € 1,6 Mrd. € 7,8 Mrd. €
	Mitarbeiter¹: davon F&E¹: 92.600 19.750

¹ der vfa-Mitgliedsunternehmen

² Wert der in Deutschland für In- und Ausland produzierten Arzneimittel

Abb. 1: Der Pharmastandort Deutschland in Zahlen der Jahre 2020 und 2021

Wir sollten diesen Faktor wertschätzen. Stärken liegen in der Entwicklung von small molecule oder biotechnologischen Arzneimitteln. Wenn wir uns in Europa umsehen, hat z.B. Frankreich keine mit Deutschland vergleichbare biotechnologische Industrie.

Natürlich muss man immer über Kosten reden. Arzneimittelentwicklung ist teuer. Die 7,8 Mrd. Euro an Ausgaben für Forschung und Entwicklung allein in Deutschland aus Abbildung 1 belegen das. Dennoch kann man konstatieren, dass Deutschland durch die forschende Pharmaindustrie in jedem Jahr reicher geworden ist. Auch die Investitionen sind sehr wichtig. Hier verweise ich auf den Standort Freiburg, wo eine neue Produktionsanlage für Paxlovid eingerichtet wurde. Es wird ein Umsatz von 20 Mrd. US-\$ erwartet, und die Produktion dieses Medikaments für den Weltmarkt wird in Deutschland stattfinden. Ähnliches gilt für den Impfstoff Comirnaty.

Andererseits muss man auch sehen, dass selbst renommierte Unternehmen dann, wenn das Geld für Forschung und Entwicklung nicht mehr ausreicht, ganz schnell von anderen übernommen werden. Aber auch ein einst sehr erfolgreiches Medikament allein kann für den Fortbestand des Unternehmens nicht garantieren. Umgekehrt können auch recht kleine und unbedeutend erscheinende Unternehmen als Produktionsstandorte neuester Präparate, wie z.B. die Vakzine gegen Corona, ganz schnell an Bedeutung gewinnen. Darin liegt dann auch die Bedeutung der forschenden Pharmaindustrie, solche Prozesse durch ihre Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten überhaupt erst möglich zu machen.

Die Pharmaindustrie ist von Forschung und Entwicklung abhängig. Hier ist Deutschland ein wichtiger Standort. Etwa 10 % der Ausgaben für Forschung und Entwicklung kommen aus der Pharmaindustrie, das ist ein erheblicher Anteil. Die Schwerpunkte der Laborforschung in Deutschland liegen auf den Gebieten Alzheimer, Krebs, Schmerzen, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In mehr als 19 der 48 Mitgliedsunternehmen des vfa werden Labore für die Entwicklung neuer Medikamente betrieben. Mehr als 33 der 48 Mitgliedsunternehmen des vfa haben eigene Abteilungen für klinische Forschung in Deutschland und 87 % der Entwicklungsprogramme für neue Medikamente sind deutsche Kliniken und Praxen beteiligt. So kann man ohne Übertreibung sagen, dass fast jedes Medikament, welches aktuell in Deutschland auf den Markt kommt, auch hier erprobt wurde (Abbildung 2).

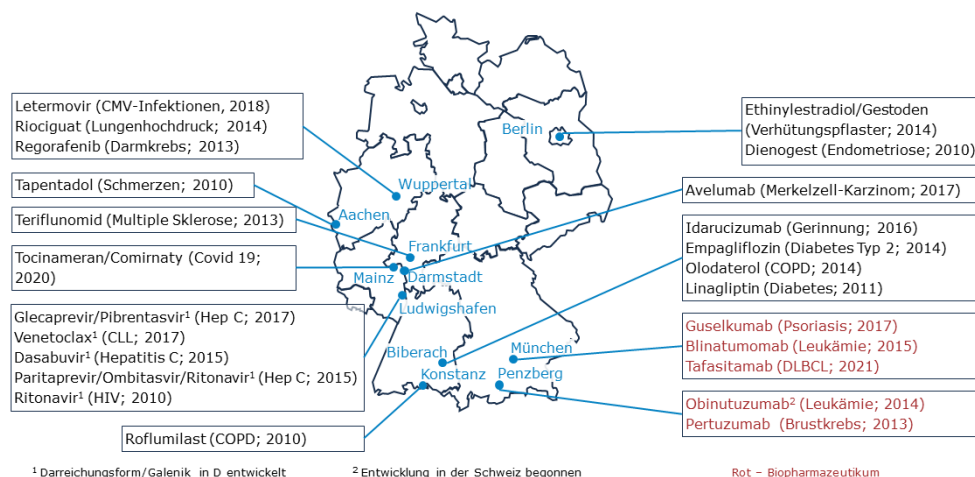


Abb. 2: Wichtige Medikamente aus Deutschland ab 2010, ihre Einsatzgebiete und die Standorte ihrer Entwicklung

Die Infrastruktur und der Stand der Wissenschaft in Deutschland sind für die Forschung und Entwicklung in der Pharmaindustrie hervorragend. Wir sind aber im Vergleich mit dem Rest der Welt viel zu langsam, Forschungsprozesse sind zu bürokratisch geworden. Hier müssen wir nachbessern, denn z.B. die Zahl der klinischen Studien ist rückläufig. Für eine global aufgestellte Industrie ist das kein Thema, sehr wohl

aber für die Pharmaindustrie. Die deutsche Pharmaindustrie war einst führend in der Welt, doch der Konkurrenzkampf ist immer stärker geworden. Unser Ziel muss sein, wieder „first in class“ oder „best in class“ zu werden. Dass das möglich ist, hat das Beispiel von BioNTech gezeigt.

Ich habe schon über die Kooperation von forschender Pharmaindustrie und der Universitätsmedizin in Deutschland kurz gesprochen und will das noch etwas weiter ausführen. Insbesondere die klinische Forschung ist das Gebiet, in dem wir als Industrie kooperieren müssen. Aber auch auf den anderen Stationen von der Fokussetzung bis hin zur Überwachung des Arzneimittels auf dem Markt ist die Kooperation mit anderen Partnern und dabei besonders mit der Wissenschaft in Universitätsmedizin von großer Bedeutung (Abbildung 3).

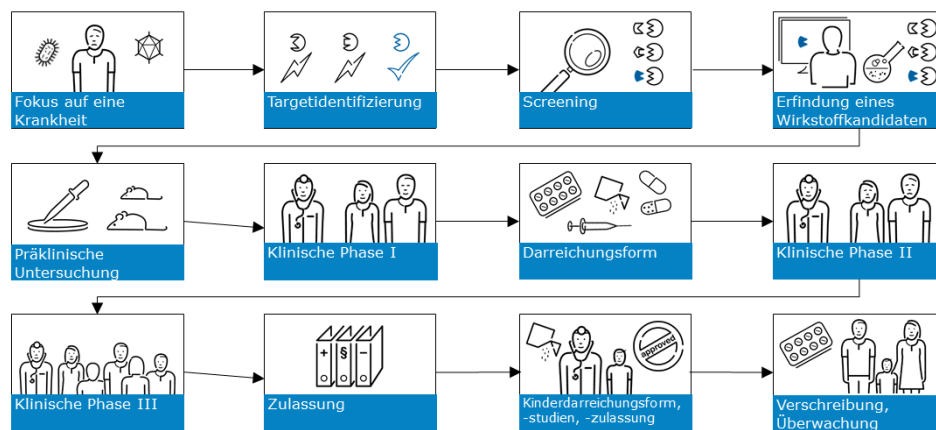


Abb. 3: Kooperationen entlang der gesamten Wertschöpfungskette in der Arzneimittelforschung und -entwicklung

Das betrifft am Anfang die Grundlagenforschung, die in Deutschland auf einem sehr hohen Niveau steht. In der Translation sehe ich aber noch Verbesserungsbedarf. Die Kooperation ist unverzichtbar, die Infrastrukturen sind vorhanden, wir müssen aber noch besser und vor allem schneller zusammenarbeiten.

Die Hersteller von Arzneimitteln sind auf eine Neu- und stete Weiterentwicklung von Therapien angewiesen. Ohne eine enge Kooperation zwischen Unternehmen und auch mit akademischen Einrichtungen in Bereichen der Forschung und Entwicklung sowie der klinischen Erprobung von Arzneimitteln ist medizinischer Fortschritt nicht vorstellbar.

Daher ist es wichtig, dass in Deutschland Industrie und Wirtschaft eng vernetzt zusammenarbeiten und einen intensiven Austausch pflegen, um die Forschung voranzutreiben. Das zahlt sich aus: So rangiert Deutschland dem „Bundesbericht Forschung und Innovation 2020“ zufolge weltweit auf Rang vier der forschungsintensivsten

Volkswirtschaften. Wie sehr sich diese hohen Ausgaben nicht nur für die Unternehmen, sondern auch für die Gesellschaft auszahlen, zeigt sich immer dann, wenn die Unternehmen dank des engen Austauschs mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern von Hochschulen und Forschungsinstituten zu wegweisenden Ergebnissen kommen.

Sachgerechte Therapie- und Verordnungsentscheidungen sowie die richtige Anwendung von Arzneimitteln hängen aber auch entscheidend davon ab, dass Ärztinnen und Ärzte Anschluss an den aktuellen Forschungs- und Wissensstand halten. Daher sind klinische Prüfungen am Standort Deutschland wichtig. „Kooperation ist gesundheitspolitisch gewollt und im Interesse des Patienten“, so führt es auch die Bundestags-Drucksache 18/6446, S. 18 f. in der Gesetzesbegründung zum „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ aus.

Über Transparenz ist in der Vergangenheit schon viel diskutiert worden und es gibt eine ganze Reihe von Regeln, nach denen sich die Kooperationen der Pharmaindustrie zu richten haben (Abbildung 4).



Abb. 4: Die Kooperation folgt strengen Regeln

In diesen Regeln sind nicht nur staatliche gesetzliche Regelungen und Vorschriften enthalten, wie das Strafrecht, das Heilmittelwerbegezet (HWG), das Arzneimittelgezet (AMG) oder das Gezet gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG), sondern auch das jeweilige Berufsrecht und schließlich die Compliance-Vorgaben und Eigenverpflichtungen der Unternehmen. Wahrscheinlich sind die Compliance-Vorgaben in den Unternehmen noch strenger als die Transparenz-Regeln, die Sie sich heute gegeben haben.

Die Compliance-Regeln und die Selbstregulierung der forschenden Pharmaunternehmen gelten nicht nur für Deutschland, sondern auch in Europa und weltweit (Abbildung 5).

Internationale Ebene

- [IFPMA - Code of Practice](#)

Europäische Ebene

- [efpia - Code of Practice](#)

Nationale Ebene

- Im Jahr 2004 haben die Mitgliedsunternehmen des vfa den Verein „**Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V. (FSA)**“ gegründet (www.fsa-pharma.de)



Abb. 5: Compliance und Selbstregulierung der forschenden Pharmaunternehmen gilt weltweit

Transparenz schafft Nachvollziehbarkeit. Seit 2016 gibt es die Transparenzinitiative der forschenden Pharmaunternehmen in Europa. Damit gewährt die Branche der Öffentlichkeit und den Patienten einen Einblick in die Zusammenarbeit mit den healthcare professionals (HCP), den healthcare organizations (HCO, Fachgesellschaften) und den Patientenorganisationen (PO) und hat damit als erste Branche überhaupt Nachvollziehbarkeit geschaffen.

Die Transparenzinitiative funktioniert am besten, wenn viele mitmachen! Eine tendenziöse Darstellung in den Medien ist hier abträglich. Transparenz ist eine gesellschaftliche Erwartung und ist allgegenwärtig (Lobbyregister, Transparenzregister, Parteien- und Abgeordnetentransparenz, Vergaberegister, etc.). Der Fortgang der gesundheitspolitischen Diskussion ist abzuwarten.

Vielen Dank!

Diskussion

In der Diskussion wird auf die offenen Fragen in der aktuellen Transparenzdebatte um die Freigabe von Patenten für Medikamente eingegangen. Es wird angemerkt, dass hohe Preise für Medikamente nicht ausschließlich aus einem Gewinninteresse der Pharmaindustrie, sondern auch durch hohe Steuern und Abgaben entstehen. Die Pharmaindustrie reinvestiert einen nicht unerheblichen Teil ihrer Gewinne wieder in die Forschung. Daten aus der Grundlagenforschung werden umfangreich publiziert, dagegen sind Daten aus der klinischen Forschung Teil des kommerziellen Betriebes der Pharmaunternehmen und unterliegen dann Restriktionen. Diese Aspekte kommen in den öffentlichen Diskussionen jedoch zu wenig zum Tragen.



Forschung fördern, Kooperation ermöglichen

Prof. Dr. Axel Brakhage
Friedrich-Schiller-Universität, Jena
Vizepräsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrter Präsident Frosch, lieber Matthias,
sehr geschätzte Rektorin, liebe Frau Albert,
sehr geehrter Dekan der gastgebenden Medizinischen Fakultät hier in Duisburg-Essen,
lieber Jan Buer,
verehrte Kolleginnen und Kollegen,
werte Gäste,

es ist mir eine große Freude und eine ganz besondere Ehre, hier auf dem Medizinischen Fakultätentag sprechen zu dürfen. Gerne möchte ich die Gelegenheit nutzen, um aus Perspektive der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), einerseits über die Förderprinzipien der erkenntnisgeleiteten Spitzenforschung zu sprechen, und, um andererseits der Frage nachzugehen, inwiefern diese Förderung spätere Anwendungen und Translationen auf höchstem Niveau ermöglicht. Dabei möchte ich in meinem Vortrag zu vier Punkten Stellung nehmen:

Grundlagenforschung als Krisenprävention

Die vergangenen zwei Jahre, 2020 und 2021, verdeutlichen, weshalb sich die Investition in Grundlagenforschung, in die Suche nach reiner Erkenntnis so sehr lohnt. Nehmen wir das Verfahren der mRNA-Vakzinierung. Dieses Verfahren hat – wie Sie wissen – seine Ursprünge in der Krebsforschung und bietet ein Beispiel dafür, dass spätere Anwendungszusammenhänge eines Forschungsprojekts zum Zeitpunkt seiner Förderung noch gar nicht absehbar sind. Beste Forschung, wie die des späteren BioNTech-Gründers Uğur Şahin birgt Antworten auf Fragen, die sich oft erst sehr viel später stellen. Es ist daher kein Zufall, dass Şahins grundlegende Arbeiten zur mRNA-Vakzinierung bereits vor über zehn Jahren im Rahmen von Einzelprojekten und Sonderforschungsbereichen an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz durch die DFG gefördert wurden. Diese Arbeiten betrachtet Şahin selbst als gewichtige Beiträge zu den wissenschaftlichen Voraussetzungen des heutigen Impfstoffs.

Dieses Beispiel beleuchtet anschaulich, inwiefern das Suchen nach Erkenntnis in der Wissenschaft und die intrinsische Motivation von Forschenden Gründe für Zuversicht und Optimismus liefern, auch und gerade in Krisenzeiten. Über 30.000 Projekte der Grundlagenforschung fördert die DFG jährlich in allen Wissenschaftsbereichen – von der Archäologie bis zur künstlichen Intelligenz, von den Rechtswissenschaften bis zur Atmosphärenforschung. Jedes einzelne dieser Projekte kann für die Gesellschaft über Nacht bedeutsam werden.

Ein weiteres aktuelles Beispiel dafür ist die Forschung an SARS-Viren. Sie war zwar über viele Jahre interessant und auf hohem Niveau, was sich in Förderungen der DFG widerspiegelte, aber bei Weitem nicht im Fokus der Wissenschaftswelt. So finden Sie für die Jahre 2011 bis 2018 in PubMed etwa 230 bis 360 Artikel zu SARS-Viren weltweit pro Jahr. Durch das Auftreten von SARS-CoV-2 und dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie wuchs diese Zahl rasant auf 15.300 Einträge im Jahr 2021. Daraus lässt sich schließen, dass der DFG auch eine bedeutende Funktion als Wissensspeicher zukommt. Sie ermöglicht, Wissen in den verschiedensten Gebieten weiterzuentwickeln, auch wenn diese aktuell nicht im Fokus stehen. Im Fall von Krisen wird dieses Wissen und auch die vorhandene Expertise z.B. zu SARS-Viren plötzlich von großer gesellschaftlicher Bedeutung und ist zur Bewältigung etwa von Pandemien essentiell.

Erfolge wie bei der Entwicklung des Corona-Impfstoffs hängen allerdings davon ab, wie Politik und Gesellschaft, Wissenschaft und Forschungsförderung zusammenarbeiten. Für eine erfolgreiche Pandemiebewältigung müssen wissenschaftliche Erkenntnisse daher in eine Vielfalt anderer gesellschaftlicher Bereiche umsetzbar sein, was eine je eigene Vermittlungsarbeit erfordert.

Denken Sie nur an die Darstellung und Rezeption wissenschaftlicher Ergebnisse in Politik und öffentlichen Medien – und daran, welche indirekten Effekte diese Rezeptionsmuster wiederum auf die Forschung selbst haben. Und denken Sie hier alleine an das Stichwort der Preprints: Unter der Erwartung schnellster Resultate wird gelegentlich vergessen, dass Forschungsergebnisse nur unter bestimmten Voraussetzungen gesellschaftlich informativ und politisch beratend wirken können. Dann nämlich, wenn diese Ergebnisse den Kriterien wissenschaftlicher Integrität und guter wissenschaftlicher Praxis verpflichtet bleiben. Dass mitunter auch die Veröffentlichung früher Ergebnisse Erkenntnisprozesse befördern kann, ist davon unbenommen. Doch müsste gegenüber den Preprints dann eben auch eine besondere, öffentliche Sorgfaltspflicht gelten. Leider hat sich in den Jahren der Pandemie jedoch gezeigt, dass mit immer früheren Veröffentlichungen keineswegs behutsamer umgegangen wurde. Zunehmend wurden und werden wissenschaftliche Erkenntnisse politisch und medial umkämpft. Zu oft wird polarisiert und personalisiert. Umso wichtiger ist es daher – ich erwähne es am Rande – eine sachorientierte und zugleich anschauliche Wissenschaftskommunika-

tion zu fördern. Auch deswegen haben wir Christian Drosten mit dem Communicator-Sonderpreis für Wissenschaftskommunikation ausgezeichnet.

Wie schnell, so wird man nun fragen wollen, aber kann die Wissenschaft überhaupt auf solch akute Krisen reagieren? Welche Prozesse, welche Schritte des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns lassen sich beschleunigen, ohne dabei an Solidität und Seriosität zu verlieren?

Nun, gerade im Bereich der Pandemieforschung hat die DFG in den vergangenen zwei Jahren neuartige und flexible Akzente gesetzt - unter Einhaltung höchster Qualitätsstandards der Forschungsförderung. So haben wir die Förderung der Pandemieforschung selbst aktiv vorangetrieben, beginnend im März 2020 mit einer strategischen Ausschreibung zur fächerübergreifenden Erforschung von Pandemien. Ergänzend haben wir eine interdisziplinäre Kommission für Pandemieforschung eingerichtet, um Forschungsdesiderate schnell zu identifizieren, internationale Abstimmungen zu koordinieren und Synergien zu verbessern. Diese Kommission verfügt dabei über eine außergewöhnliche Fördermöglichkeit, die wir Fokus-Förderung genannt haben. Die Fokus-Förderung berücksichtigt zum Beispiel das Sammeln von Daten, die nur zu Beginn einer Pandemie verfügbar sind.

Die Arbeit der Pandemie-Kommission ist inzwischen bis Ende 2023 verlängert worden. Zunehmend geht es dieser darum, auch mittel- bis langfristige Herausforderungen unter dem Stichwort „pandemic preparedness“ in den Blick zu nehmen. Über 300 Corona-Projekte werden inzwischen in allen Disziplinen gefördert. Sie reichen von der Echtzeitevaluation diagnostischer Tests über die Entschlüsselung epigenetischer Veränderungen im Zusammenhang mit der Pandemie bis zu Aspekten sozioökonomischer Ungleichheit oder den Auswirkungen von COVID-19 auf die regionale Resilienz in Deutschland und China bis hin zu Aspekten der Politikberatung.

Daneben wurde eine eigene Senats-AG eingerichtet, die übrigens von unserer Kollegin, Frau Professorin Britta Siegmund, ebenfalls Vizepräsidentin der DFG, geleitet wird und die sich mit den Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie auf Forschungstätigkeiten, auf individuelle Karriereverläufe und auf das Förderhandeln befasst.

Kooperation ermöglichen

Nun zum zweiten Punkt: Die spezifische und primäre Funktion der DFG im deutschen Wissenschaftssystem liegt in der Förderung erkenntnisgeleiteter Forschung. DFG-geförderte Projekte sind deshalb in der Regel nicht unmittelbar auf einen konkreten Anwendungskontext ausgerichtet. Als wichtigster Drittmittelgeber, insbesondere für die Hochschulforschung, nimmt die DFG damit eine wichtige Rolle im hiesigen Innovationssystem ein. Sie trägt aber auch eine Mitverantwortung dafür, den Übergang von

den durch sie geförderten Projekten hin zu deren Nutzbarmachung stetig zu verbessern und konstruktiv zu gestalten, gerade dann, wenn Forschungsergebnisse großes Anwendungspotential aufweisen.

Dieser Übergang ist jedoch eine größere Herausforderung als man im ersten Moment annehmen könnte, wie ich am Beispiel der Erforschung von SARS-Viren ausgeführt habe: So ist es Gegenstand vieler Diskussionen, wie bestimmte Erkenntnisse als Bausteine in einem komplexen Wechselspiel unterschiedlicher Disziplinen überhaupt genutzt werden, und wie diese in Form neuer Technologien zu marktfähigen Innovationen oder zu effektiven Arzneimitteln und Behandlungsmethoden führen können. Umso wichtiger ist es daher, aus Sicht der DFG, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler für die Möglichkeiten des Erkenntnistransfers zu sensibilisieren und ihnen hierfür geeignete Instrumente zur Verfügung zu stellen.

Grundsätzlich werden im hiesigen Wissenschaftssystem acht sogenannte Transferpfade unterschieden¹: Vertragsforschung, Ausgründungen, Lizenzierungen, Normung und Standardisierung, Transfer über Köpfe, Infrastrukturdienstleistungen, wissenschaftliche Beratungsleistungen und aktive Bürgereinbeziehung. Diese Pfade werden von verschiedenen Akteuren unterschiedlich operationalisiert.

Erwähnenswert ist jedoch eine weitere Kategorie, der sich insbesondere die DFG annimmt, und bei der es sich um die Schaffung von Voraussetzungen für Transfer handelt. Diese umfasst zum Beispiel Fördermöglichkeiten für Transferprojekte und Ergebnisse, die entweder Voraussetzung für einen erfolgreichen Transfer sind oder sich begünstigend auf diesen auswirken.

Um die Entwicklung von Transferprojekten aus geförderten Projekten zu stärken, hat die DFG die Beantragung von Transferprojekten in allen wissenschaftlichen Disziplinen, auf allen wissenschaftlichen Karrierestufen und in Verbindung mit den meisten Förderprogrammen ermöglicht. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass die Transferprojekte auf Ergebnissen beruhen, die in DFG-geförderten Projekten entstanden sind oder in engem Zusammenhang mit laufenden Projekten stehen. Die Vorhaben müssen gemeinsam von Partnern aus der Forschung und aus der Anwendung auf Basis eines Kooperationsvertrags bearbeitet werden. Je nach wissenschaftlicher Fragestellung und Zielsetzung der am Projekt beteiligten Partner können sich vielfältige Formen des Transfers ergeben. Eine DFG-Förderung erhalten dabei allein die wissenschaftlichen Partner des Projekts. Im Zeitraum von 2016 bis 2020 wurden auf diese Weise insgesamt 440 Transferprojekte beantragt, von denen 265 mit einer Förderung von insgesamt 58,8 Millionen Euro bewilligt wurden.

¹ Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK): Pakt für Forschung und Innovation. Monitoring-Bericht 2021, Bd. III, S. 74.

Weil DFG-Transferprojekte auf DFG-finanzierten Vorprojekten aufbauen, können sich Kooperationspartner aus Wirtschaft und Industrie bei deren Beantragung auf die hohe wissenschaftliche Qualität ihrer akademischen Partner verlassen. Dieses Gütesiegel, das von vielen Partnern gewünscht ist, limitiert im Gegenzug gleichwohl die quantitative Auslastung des Programms, das vonseiten der Wissenschaft vergleichsweise hohe Eigen- und Vorleistungen voraussetzt.

Auch in einer weiteren Hinsicht bemüht sich die DFG um stetig bessere Kooperationsbedingungen. Potentiale hierfür bieten die Abschlussberichte, die im Rahmen einer DFG-Förderung als Beleg eines Projektabschlusses eingereicht werden. In ihnen wird in transparenter Weise über den Projektverlauf und seine Ergebnisse, über wissenschaftliche Erfolge und Misserfolge, Qualifizierungen und Veröffentlichungen und vieles andere mehr berichtet. Sie erleichtern auch die Suche potenzieller Industriepartner nach Kooperationsmöglichkeiten in der Wissenschaft. Seit 2012 stellt die DFG über die öffentlich zugängliche Datenbank GEPRIS (Geförderte Projekte Informationssystem) zentrale Informationen über die abgeschlossenen Forschungsprojekte im Internet bereit und referenziert inzwischen auch über den Digital Object Identifier (DOI) auf die Abschlussberichte.

Medizinische Forschung mit großer Anwendungsnähe findet sich zunehmend auch an Fachhochschulen (FH) und Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (HAW), sei es im Bereich Medizintechnik, sei es im Bereich Public Health oder Gesundheitsmanagement. Auch die sich abzeichnende Akademisierung der Pflege wird voraussichtlich hier ihren Ort haben. Um die Forschungs-, Anwendungs- und Kooperationspotentiale der mit diesem Hochschultyp verbundenen Themen bestmöglich zu entfalten, hat die DFG ein ganzes Maßnahmenbündel auf den Weg gebracht.

Lassen Sie mich einzelne Maßnahmen des Bündels kurz vorstellen. Ein Teil der Maßnahmen zielt darauf ab, Ausschreibungstexte der DFG auf Institutionenoffenheit zu überprüfen und die spezifischen Bedingungen der Forschenden an HAW im Begutachtungsprozess besser einbeziehen zu können. Weitere Maßnahmen zielen auf konkrete Förderung ab: die Maßnahme „Transfer HAW/FH PLUS“ ermöglicht es HAW, Erkenntnistransferprojekte ohne vorherige DFG-Förderung zu beantragen, solange qualitativ vergleichbare grundlagenwissenschaftliche Vorarbeiten vorliegen. In der Maßnahme „Internationalisierung“ werden HAW mit interessierten Partnerorganisationen im Ausland in Kontakt gebracht, um neue Projektideen zu entwickeln. Die Maßnahme „Forschungsimpulse“ soll HAW in ihrer erkenntnisgeleiteten Forschung weiter stärken und dabei helfen, ihr wissenschaftliches Profil zu schärfen, indem Forschungsverbünde mit selbst gewähltem thematischem Zuschnitt beantragt werden können. Zuletzt zielen zwei Maßnahmen auf die Infrastrukturausstattung an HAW ab, um die an vielen HAW vorhandene Geräteinfrastruktur für erkenntnisgeleitete Forschung zu erschließen.

Voraussetzung: Governance

Lassen Sie mich nun zu meinem 3. Punkt kommen: Meine Damen und Herren, Sie sehen, dass sich die DFG aktiv und auf verschiedenen Ebenen für Kooperationen einsetzt. Ihre wichtigste Aufgabe bei diesem Einsatz bleibt jedoch dafür Sorge zu tragen, dass sich die Partner aus Wirtschaft und Industrie bei DFG-geförderter Forschung auf höchste wissenschaftliche Qualität verlassen können. Ich möchte daher noch einige Worte zur Governance und der Förderentscheidungsarchitektur der DFG sagen, denn erst diese garantieren eine Qualität, die in grundsätzlicher Weise über subjektive Meinungen und Partikularinteressen hinausgeht und die wir alle so schätzen und an der wir uns orientieren.

Formell ist die DFG ein Verein; ihre Mitglieder sind die forschungsstärksten wissenschaftlichen Einrichtungen des Landes (derzeit 97). Ich möchte aber weitergehen und Sie daran erinnern, dass wir alle die DFG sind, was ich im Folgenden belegen möchte.

Wie bereits eingangs erwähnt, fördert die DFG jährlich über 30.000 Forschungsprojekte in allen wissenschaftlichen Bereichen von der Archäologie bis zur Astrophysik. Dabei reichen die Projekte von der Förderung eines Nachwuchswissenschaftlers oder einer Nachwuchswissenschaftlerin bis zu großen, auch internationalen Forschungsverbünden und Forschungsinfrastrukturen.

Forscherinnen und Forscher können zu jeder Zeit zu jedem beliebigen Thema einen Antrag stellen. Bei der Begutachtung der Anträge spielt allein das Kriterium wissenschaftlicher Qualität eine Rolle. Dabei wird der Vielfalt wissenschaftlicher Disziplinen in besonderer Weise Rechnung getragen: Denn ob ein Antrag tatsächlich gute Forschung verspricht, kann nur von Forscherinnen und Forschern desselben Gebiets entschieden werden. Diesem Gedanken des Peer-Review entsprechend, werden eingehende Anträge zunächst auf eines von 49 Fachkollegien verteilt – wiederum: von den Rechtswissenschaften bis zur Theoretischen Chemie. In diesen Fachkollegien sitzen von den jeweiligen wissenschaftlichen Communitys, also von uns Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, gewählte Vertreter, die auf Grundlage extern eingeholter schriftlicher Gutachten – wiederum von entsprechenden Fachvertretern – über die Förderung entscheiden.

Über größere Forschungsverbünde wie Sonderforschungsbereiche wird in interdisziplinären Gremien wie dem Senat beraten und unter Beteiligung von Bundes- und Landesvertretern im Hauptausschuss entschieden.

Wir haben in der DFG also eine strikte Gewaltenteilung zwischen Begutachtung, Bewertung und Entscheidung und somit höchste Transparenz in Bezug auf die Prozesse bei gleichzeitig höchstmöglicher Vertraulichkeit, was Antragstellende, Gutachtende

und Inhalte anbelangt. Und dazu tragen Sie alle wesentlich bei: durch Ihr ehrenamtliches Engagement in den DFG-Gremien, als Gutachtende für die DFG oder als gewählte Fachkollegiatinnen und Fachkollegiaten. Diese Tätigkeiten nehmen oftmals viel Zeit in Anspruch. Und dennoch ist es für uns alle häufig sehr befriedigend, zu sehen, dass Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler über wissenschaftliche Projekte, unsere Projekte, entscheiden. Diese Erfahrung konnte ich selbst als langjähriges Mitglied eines Fachkollegiums und dessen Sprecher machen. Sie sind aber auch als Ideen- und Ratgeber für die Antragstellenden in Ihren Instituten und Kliniken gefragt. Oder auch als Antragstellende selbst. Sie machen die DFG aus! Sie sind die DFG!

Zugleich verfolgt die DFG, Ihre DFG, mit ihrer Förderung aber auch strukturbildende Ziele und Effekte, etwa durch Empfehlungen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis. Welche Standards braucht es, damit gute, methodisch korrekte und integre Forschung mit reproduzierbaren Ergebnissen durchgeführt wird?

Diese Fragen betrachtet die DFG nicht als abgeschlossen, sondern als beständig einzuholende Ansprüche an Forschung und Forschungsförderung. Ihr Kodex zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis ist daher in Teilen ein offenes Dokument, das auf neue Methoden auch mit neuen Standards antwortet.

Ausblick

Lassen Sie mich in meinem vierten und letzten Punkt einen kurzen Ausblick wagen: Die DFG verfolgt in ihrer Förderpraxis also in rigoroser Weise das Prinzip der Exzellenz. Und diese Förderpraxis ist im Falle der DFG eingebettet in eine mehr als einhundert Jahre alte Tradition institutioneller Forschungsförderung, aus der sich historische Verantwortungen und bleibende ethische Verpflichtungen ergeben. Das hat viele indirekte Auswirkungen, die weder vollständig formalisiert werden können noch formalisiert werden müssen. Sie dürften den meisten von uns auch so vertraut sein. Forschung mit militärischer Nutzbarkeit beispielsweise kann gefördert werden, doch gelten dafür aus guten Gründen hohe Hürden. In Anbetracht des russischen Angriffs auf die Ukraine gewinnen Fragen nach der Normierung von Forschung und ihrer Förderung an zusätzlicher Aktualität.

So besteht das Mindeste, was die Wissenschaft tun kann, um den Zynismus von Krieg und Gewalt einzudämmen, darin, Waffen und Technologien, aber auch wissenschaftliches Wissen generell, vor Missbrauch zu schützen. Für die Organisation einer sich als wertegebunden verstehenden Wissenschaft bedeutet dies, sich selbst klare Regeln zu geben. Diese Regeln finden unter dem Stichwort Dual-Use längst Eingang in allgemeine Fragen der Wissenschaftsorganisation; diese und weitere Fragen einer friedensorientierten Forschungsförderung dürften in Zukunft vermutlich noch sorgfältiger diskutiert werden.

Zugleich verdeutlicht der Krieg einmal mehr, dass ein verantwortungsvoller Umgang mit den Anwendungen moderner Forschung nicht selbstverständlich ist. Auch vor diesem Hintergrund ist die Frage, was die Wissenschaft und ihre Verwaltung tun können, um das Maß natürlicher und menschengemachter Katastrophen zu mindern, von aktueller Relevanz. Aus Sicht der wissenschaftlichen Selbstverwaltung lautet die Antwort, beste Forschung zu fördern, ihre Anwendung zu befördern, aber auch auf Standards zu beharren. Sinn und Zweck dieses Dreiklangs ist bereits im Zuge der Pandemie deutlich geworden. Er darf uns eine Blaupause sein zur Abmilderung gegenwärtiger und kommender Krisen.

Herzlichen Dank!

Diskussion

Ein Punkt der Diskussion ist das Monitoring der durch die DFG geförderten Projekte und die damit wachsende Bedeutung der Abschlussberichte. Weiterhin wird dargestellt, dass Interessenskonflikte bei der Entscheidung über die Förderung eines Projektes durch die Zusammensetzung der Fachkollegien vermieden werden können, denn die Entscheidung über die personelle Zusammensetzung dieser Kollegien wird durch demokratische Wahlen getroffen. Die wissenschaftliche Qualität eines Forschungsprojektes selbst ist schwierig zu messen und gesammelte Impakt-Faktoren spiegeln nicht zwingend die Leistung einer wissenschaftlichen Arbeitsgruppe wider. Hier zieht die DFG immer mehr internationale Gutachterinnen und Gutachter heran, und wahrt durch eine Mehrheit der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in allen ihren Entscheidungsgremien das Primat der Wissenschaft. So sollen Partikularinteressen ausgeschlossen und Interessenkonflikte vermieden werden.

Tagungsimpressionen III





Festveranstaltung



Grußwort des Geschäftsführers der Medizinischen Fakultät Essen

Dr. Alexander Hanspach

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Ich möchte Sie ganz herzlich zu unserem Festabend anlässlich des 83. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages hier im UNESCO-Weltkulturerbe Zeche Zollverein begrüßen. Als allererstes möchte ich die herzlichsten Grüße unseres Dekans, Professor Jan Buer, überbringen, der sich drei Jahre lang auf diesen Fakultätentag vorbereitet und gefreut hat und nun heute krankheitsbedingt selbst nicht teilnehmen kann.

Wir sind hier auf der Kohlenwäsche, quasi auf dem Dach der Zeche Zollverein. Neben unserem Gebäude sehen Sie den Förderturm von Schacht XII, der sozusagen das Wahrzeichen der Stadt Essen darstellt. Die Kamine auf der anderen Gebäudeseite gehören zur Kokerei, also ebenfalls noch zum Zechengelände. Die Zeche Zollverein steht exemplarisch für den Strukturwandel im Ruhrgebiet. Bis 1986 wurde hier tatsächlich Kohle gefördert. Heute sehen Sie hier nicht nur viel Grün, wir sind hier nicht nur auf einem industriegeschichtlichen Denkmal, sondern haben auf dem Gelände mehrere Museen untergebracht. Es befinden sich hier über 100 Kleinbetriebe und auch diverse Kultur- und Veranstaltungslokationen.

Der Medizinische Fakultätentag ist zum zweiten Mal in Essen. Das erste Mal tagte er hier 1968. Damals waren wir das junge Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum. Seitdem hat sich einiges geändert. Zum einen sind wir von einem sehr kleinen hochschulmedizinischen Standort, dessen Existenzberechtigung als eigenständige Medizinische Fakultät noch vor rund 20 Jahren von einer Expertenkommission der damaligen Landesregierung ernsthaft angezweifelt wurde, zu einem mittelgroßen Standort geworden, in dem jährlich etwa 250 Ärztinnen und Ärzte approbiert werden. Auch in anderen Bereichen sind wir sehr gewachsen.

Was uns ganz besonders wichtig ist, ist die Einheit von Krankenversorgung, Forschung und Lehre, etwas, was uns als Universitätsmedizin fundamental von anderen Krankenhäusern unterscheidet, aber auch von anderen universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen.

Eine große Stärke unseres Standortes hier in Essen ist die konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern des Vorstands. Hierzu möchte ich Ihnen ein Beispiel nennen, das vor vier Jahren gegründete Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin, welches das Uniklinikum und Medizinische Fakultät gemeinsam aus der Taufe gehoben und gegründet haben. Dieses Institut war innerhalb kürzester Zeit sehr erfolgreich, denn hier wurden während der Corona-Pandemie unzählige Daten aus der Virologie und der Infektiologie analysiert, was zu zahlreichen hochrangigen Publikationen führte.

Ich möchte aber heute nicht über die Pandemie reden, sondern Dank sagen. Mein ganz besonderer Dank gilt der Stiftung Universitätsmedizin Essen und der Kulturstiftung Essen, die uns diesen Abend in dem besonderen Ambiente hier ermöglicht haben.

Langanhaltender Beifall

Damit bleibt mir, uns allen einen schönen und unterhaltsamen Abend zu wünschen.

Vielen Dank!



Grußwort des Ärztlichen Direktors des Universitätsklinikums Essen

Prof. Dr. Jochen A. Werner

Lieber Herr Frosch,
lieber Herr Scholz,
lieber Herr Hanspach,
meine sehr verehrten Damen und Herren!

Ich will gern ein paar Worte anschließen. Zuallererst – und doppelt hält besser – möchte auch ich Ihnen die allerbesten Wünsche von unserem Dekan, Professor Jan Buer, übermitteln. Heutzutage weiß niemand mehr, wie sicher man sein kann, wenn es um die Teilnahme an einer Veranstaltung geht. Nun hat es Herrn Buer getroffen, was auch mir sehr leid tut, hatte er sich doch so sehr auf diesen Fakultätentag gefreut, der nun nach dreimaliger Verschiebung endlich stattfinden kann. Professor Buer ist nicht nur unser Dekan, sondern auch Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie. Er bildet mit seinem wissenschaftlichen Schwerpunkt eine wichtige Brücke zwischen Onkologie und Transplantationsmedizin, zwei Bereiche, die Patientinnen und Patienten mit einem deutlich geschwächten Immunsystem versorgen. Und genau da setzt diese erwähnte Brücke, oder eigentlich besser ausgedrückt die Basis an, Infektiologie und Immunologie. Auch deswegen ist Professor Buer für unseren Standort von ganz besonderer Wichtigkeit.

Sie alle kommen aus Einrichtungen mit einer exzellenten Lehre, Forschung und Krankenversorgung, die alle ihre bestimmten Schwerpunkte und Erfolge haben. Deshalb will ich Sie am heutigen Festabend nicht mit einem Zahlenwerk zur Essener Universitätsmedizin langweilen. Stattdessen möchte ich Ihnen ein paar auch persönliche Eindrücke zum Ruhrgebiet vermitteln.

Wie war es, als ich 2015 von Hessen nach Essen kam? In dem Auswahlverfahren um die Position als Ärztlicher Direktor rückte irgendwann einmal die Möglichkeit näher, gewählt zu werden. Aber Sie wissen, wie es mit solchen Verfahren ist. Hoffnung und Enttäuschung liegen nicht selten ganz dicht beieinander. So entschied ich mich, das „Projekt Essen“ zu Hause vorerst nicht weiter zu thematisieren, erzeugt doch eine solche Ankündigung in der Familie meist ein totales Durcheinander. Dann bekam ich an einem Samstagvormittag einen Anruf, in dem man mir mitteilte, dass sich der Auf-

sichtsrat für mich entschieden habe. Ich dachte, dass das nun der richtige Zeitpunkt wäre, auch meiner Frau von der anstehenden Chance zu erzählen und sagte: „So, wir können jetzt nach Essen gehen!“ Für mich war sehr beeindruckend, als die Reaktion hieß: „Das ist sehr in Ordnung, da freue ich mich drauf!“ Aus dem Umfeld aber kamen ganz andere Reaktionen, wie „Ach – ins Ruhrgebiet, nach Essen??!! Das tut uns aber leid!“ oder „Nun - man kann ja auch zurückkommen!“

Die positive Einstellung, mit der wir nach Essen wechselten, trafen wir auch bei der hiesigen Bevölkerung an. Ein herzlicher und offener Menschenschlag. Hier Anschluss zu finden, gestaltete sich leicht. Wir haben inzwischen eine Vielzahl sehr netter, offener Leute getroffen, die auch einmal unverhohlen sagen, was sie denken und nicht hinten herum für schlechte Stimmung sorgen. Damit können wir bestens umgehen. Sollte es also Sie selbst, Ihre Familie oder Ihre Mitarbeitenden ereilen, ins Ruhrgebiet wechseln zu dürfen, freuen Sie sich und bekräftigen Sie dieses Vorhaben.

Spricht man vom Zusammenleben verschiedener Bevölkerungen, darf, nein, muss das Ruhrgebiet als Modellregion gelten. Hier lebte und lebt die Wirtschaft von den vielen Menschen, die hergezogen sind. Das waren vor vielen Jahren die Gastarbeiter beispielsweise aus der Türkei, dem damaligen Jugoslawien oder aus Polen. Sie haben im Bergbau zusammengearbeitet und hatten unter Tage keine Zeit für kulturelle Auseinandersetzungen. Sie mussten zusammenarbeiten. Die Differenzen wurden stattdessen auf dem Fußballplatz ausgetragen. Der Fußball, das dürfte den meisten von Ihnen bekannt sein, hat hier eine ganz besondere Bedeutung. Die Region hat drei Vereine in der 1. Bundesliga: Bochum, Schalke 04 und Dortmund. Zwei Vereine spielen in der 3. Liga: Duisburg und nun wieder Essen. Und schließlich hat das Ruhrgebiet einen Verein in der 1. Fußballbundesliga der Frauen, die SGS Essen.

Wenn ich das ein wenig zusammenfasse, hoffe ich, Ihnen vielleicht einen anderen als den erwarteten Eindruck zum Ruhrgebiet gegeben zu haben. Und dann noch eines. Wenn Sie rausschauen, sehen Sie sofort, wie viel Grün in Essen zu finden ist, in der grünen Hauptstadt Europas. Es lohnt sich also auf jeden Fall, sich diese Region einmal genauer anzusehen und noch einmal wieder nach Essen zu kommen. Vielleicht habe ich Sie auch darauf ein wenig neugierig gemacht?!

Ich wünsche Ihnen und uns allen einen schönen Festabend.
Genießen Sie ihn an einem der schönsten Plätze unserer Region.

Vielen Dank!

**Ars legendi-Fakultätenpreis
für exzellente Lehre
in der Medizin**



Laudatio

Prof. Dr. Martina Kadmon
Vizepräsidentin des Medizinischen Fakultätentages
und Vorsitzende der Jury, Berlin/Augsburg

Lieber Herr Frosch,
lieber Herr Scholz,
liebe Preisträger,
meine Damen und Herren!

Bevor wir zum gemütlichen Teil des Abends übergehen, wollen wir noch den Ars legendi-Fakultätenpreis Medizin an unsere beiden Preisträger verleihen. Es ist mir eine besondere Freude, dass ich in diesem Jahr die Ars legendi-Fakultätenpreise übergeben darf.

Lassen Sie mich mit einem Zitat von Sokrates, dem Lehrmeister Platos beginnen: „Alles in dieser Welt hat einen Wert. Dem Wert eines Lehrers kann man keinen Wert beimessen.“ Heute, also etwa 2600 Jahre nach Sokrates, haben seine Worte noch immer Bestand. Auch im 21. Jahrhundert kommt der Lehre große Bedeutung zu, und es wird immer deutlicher, dass ihr Wert unermesslich ist. Ich freue mich sehr, dass wir mit der heutigen Verleihung des nunmehr 13. Ars legendi-Fakultätenpreises Medizin in der Tradition dieser Ehrung stehen.

Der Ars legendi-Preis wird seit 2010 vergeben. Er hat zur Sichtbarkeit und der besonderen Bedeutung der Hochschullehre in hohem Maße beigetragen. Einige Preisträgerinnen und Preisträger der vergangenen Jahre weilen heute unter uns. Für sie war der Preis ein Motor für ein weiteres Engagement in der Lehre, und das vor allem über den eigenen Bereich und den eigenen Standort hinaus. Gleichzeitig, und das war auch ein Ziel dieses Preises, hat er die Qualität der Lehre gefördert, was für unsere Fakultäten von ganz zentraler Bedeutung war.

Der Preis wird an herausragende, innovative Lehrpersönlichkeiten verliehen, und er ist ein besonderer Preis in der Lehre. Damit wird eine Leistung in der Lehre gewürdigt, die heraussticht, die außergewöhnlich ist, die in der curricularen Entwicklung oder in der persönlichen Beratung von Studierenden, in der Generierung von Lehrmaterialien oder der innovativen Entwicklung von Prüfungsmethoden bestehen kann.

Der Medizinische Fakultätentag vergibt diesen Preis gemeinsam mit dem Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft e.V., der heute durch Frau Jorzik vertreten wird. Ich freue mich, dass Frau Jorzik nun einige Worte zur Bedeutung dieses Preises aus der Sicht des Stifterverbands sprechen wird.

Ansprache von Frau Jorzik

Vielen Dank, Frau Professorin Kadmon,
meine Damen und Herren!

Auch ich möchte mit einem Zitat beginnen, welches ein früherer Vorsitzender des Wissenschaftsrates, Herr Professor Marquardt, formulierte: „Die Lehre an den Hochschulen leidet darunter, dass sie einerseits allgegenwärtig ist, andererseits aber auch unsichtbar.“ Der Ars legendi-Preis soll dazu beitragen, dass besonders gute, herausragende und engagierte Lehre besser sichtbar gemacht wird. Der Stifterverband hat seinen Sitz in Essen. Herr Professor Werner hat vorhin in seinem Grußwort erklärt, dass wir uns hier in der Kohlenwäsche der Zeche befinden, dem Ort, in dem das schwarze Gold, welches unter Tage gefördert wurde, ans Tageslicht kommt und verteilt wird. Ähnlich soll der Ars legendi-Preis den Stellenwert der Lehre in Deutschland sichtbar machen und würdigen.

Wir verleihen den Ars legendi-Preis seit 2006 und haben ihn in den ersten sechs Jahren jeweils einer Fächergruppe gewidmet. Als wir ihn das allererste Mal verliehen, haben wir ihn für die Medizin ausgelobt. Unser damaliger Präsident, Herr Oetker, hatte dem Medizinischen Fakultätentag ein Angebot gemacht, wonach eine gemeinsame Initiative der Medizinischen Fakultäten zur Vergabe eines Ars legendi-Fakultätenpreises für Medizin mit einer Beteiligung des Stifterverbandes an diesem Preis beantwortet werden würde. Dies fiel zu meiner großen Freude in der Medizin auf einen sehr fruchtbaren Boden, und dieser Preis hat bis heute Bestand.

Ich darf meine Ausführungen mit meinen Glückwünschen an die beiden diesjährigen Preisträger beenden.

Vielen Dank!

Frau Professorin Kadmon setzt fort:

Ich darf nun unsere beiden Preisträger, Frau Professorin Susanne Gerhardt-Szép aus Frankfurt am Main und Herrn Doktor Gunther Hempel aus Leipzig nach vorne bitten.

Was ist das eigentlich, exzellente Lehre? Das ist gar nicht so einfach zu beantworten, weil die Konzepte und Ansätze für gute Lehre vielfältig sind. Eines haben sie aber alle

gemeinsam – sie schaffen es, Studierende zu wecken, sie zu motivieren, sie neugierig auf Neues zu machen. Das ist es, was eine exzellente Lehre tun sollte – die Studierenden für die Zeit danach, nach dem Studium, zu gewinnen.

Man darf sich nun die Frage stellen: Lernen die Studierenden nicht sowieso? Das tun sie wahrscheinlich, weil sie Medizinstudierende sind, die mit einem festen Berufsziel studieren. Aber es kommt dennoch auf die Lehrenden an, und um sie zu motivieren für Eigeninitiative in der Lehre und mehr als das normale Engagement ist dieser Preis so wichtig.

Unsere beiden Preisträger, Frau Susanne Gerhardt-Szép und Herr Gunther Hempel, haben bewiesen, dass sie sich dieser besonderen Bedeutung der Lehre bewusst sind. Sie haben ganz unterschiedliche Lehrformate verfolgt, und – das konnten wir aus den Anträgen ersehen – die engagierten Studierenden begeistert und neugierig gemacht.

Susanne, Du hast als Oberärztin der Poliklinik für Zahnheilkunde sehr stark am zahnmedizinischen Curriculum gearbeitet. Du hast Dich in der Weiterentwicklung der Lehre verdient gemacht und hast ganz neue digitale und simulationsbasierte Formate eingeführt. Du hast damit in der Zahnmedizin ganz neue Impulse gesetzt, die weit über Frankfurt am Main hinaus wirken. Genau das soll mit dem Ars legendi-Fakultätenpreis gewürdigt werden. Dazu meinen herzlichen Glückwunsch.

Die Anwesenden spenden Beifall.

Gunther, Du hast es als Oberarzt für Anästhesie und Intensivmedizin und Lehrbeauftragter in den letzten beiden Jahren gar nicht so einfach gehabt. Du warst gefordert, in sehr kurzer Zeit Dinge zu schaffen und umzusetzen, die über die Intensivmedizin hinaus auch in anderen Fächern der Universitätsmedizin Leipzig wirksam werden mussten. Dabei hast Du Dich ungewöhnlich stark, ganz im Sinne des Preises, für die Studierenden eingesetzt. Im Curriculum hast Du die wissenschaftliche Kompetenzverankerung vorangebracht und hast Dich auch um die Professionalisierung der Lehrenden und die Qualitätssicherung in der Lehre bemüht. Damit hast Du gezeigt, dass man auch in diesen besonders schwierigen Zeiten in der Lehre etwas neugestalten kann. Auch Dir meinen herzlichen Glückwunsch.

Die Anwesenden spenden Beifall.

Nun möchten wir auch von unseren beiden Preisträgern etwas hören und wollen das heute nicht in Form einer Danksagung, sondern als eine kleine Diskussion gestalten, in der unsere Preisträger ihre Perspektive darstellen.

Kadmon

Gunther, eine Frage an Dich: Lohnt sich das überhaupt und warum lohnt es sich für Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, Ärztinnen und Ärzte an Universitätsklinik, sich für den Nachwuchs zu engagieren?

Hempel

Es lohnt sich definitiv. Man kann extrem viel bewegen und es ist extrem erfüllend. Bewegen meine ich dabei auch direkt im medizinischen Sinne. Wir betreiben Forschung, entwickeln neue Therapien, machen Grundlagenforschung. Es ist aber auch die Aufgabe der Didaktik, die Studierenden zu befähigen, Krankheiten als solche zu erkennen und dann die Therapien korrekt anzuwenden. Damit kann man dann auch in der Patientenversorgung große Erfolge erzielen.

Ich finde es extrem erfüllend, wenn ich Studierende im Verlauf ihres Studiums begleite und dann Jahre später sehe, wie sie selbst Oberärztin, Fachärztin, Oberarzt oder Facharzt geworden sind. Erfüllend aber auch, weil es nicht nur um das eigene Fachgebiet geht, sondern auch um die Anleitung zum lebenslangen Lernen, die unsere Studierenden befähigt, nicht nur für die nächste Klausur oder praktische Übung zu lernen, sondern Ihnen beibringt, dass sie sich lebenslang weiterbilden müssen. Dieses Feuer zu entfachen, befriedigt mich sehr.

Kadmon

Eine gute Lehre kann die Patientenversorgung verbessern. Das ist ein wichtiger Satz, den unsere Ärztlichen Direktoren sicher gern mitnehmen werden.

Susanne, in der Zahnmedizin kommen nun auch viele Neuerungen mit der simulationsbasierten Lehre zum Tragen. Wie wird das in der Zukunft aussehen, wohin wird sich das möglicherweise entwickeln?

Gerhardt-Szép

Eine exakte Zukunftsprognose ist schwierig. Die Pandemie hat uns aber gezeigt, dass Neuerungen nicht nur in der Zahnmedizin eintreten. In unheimlich kurzer Zeit mussten wir sehr viel Neues entwickeln. Das betraf die Digitalisierung oder die Schaffung neuer Formate wie Simulationskurse. Ich hoffe, dass diese Dinge auch nach der Pandemie weiter Bestand haben werden. Wichtig erscheint mir dabei, dass diese Formate nicht flächendeckend eingesetzt werden, sondern dort, wo sie sinnvoll sind und die Lehre wirklich verbessern.

Gerade in der Zahnmedizin sehe ich für die Zukunft den Kleingruppenunterricht und das kollaborative Lernen. Ich sehe aber auch die Vorlesungen, dann aber eher in einem blended learning oder inverted classroom-Format, in dem sich die Studierenden im Vorfeld mit KI-Unterstützung, Feedback und individualisierten Lernprogrammen sich

Grundlagen erarbeiten, die dann später in den Präsenzformaten weiterverarbeitet und offene Fragen geklärt werden. Auch die 3-D-Drucktechnik kann helfen, sich auf die orale Situation der zu Behandelnden vorher individuell einzustellen, denn eine Besonderheit der Zahnmedizin-Ausbildung ist es, dass schon während des Studiums die Patientinnen und Patienten sehr intensiv durch die Studierenden behandelt werden. Sie führen bereits Füllungen, Endo-Behandlungen oder auch Zahnextraktionen durch, was ganz andere Herausforderungen mit sich bringt als in der Humanmedizin. Wir haben ganz tolle Tools entwickelt, und ich freue mich, diese auch zukünftig einzusetzen. Wichtig ist es dabei, die Beziehungsebene zwischen den Patientinnen und Patienten und den Studierenden als einen ganz wesentlichen Teil der Behandlung in die Ausbildung zu integrieren.

Kadmon

Du hast einen ganz wichtigen Punkt erwähnt, nämlich die Frage, was von dem, was in den letzten beiden Jahren neu entwickelt wurde, auch nach Corona noch im Unterricht weiterverwendet werden wird. Die Aufgabe zu entscheiden, was Bestand haben soll, besteht nicht nur für die Zahnmedizin, sondern auch für alle anderen Fächer.

Kommen wir noch einmal zu Dir, Gunther. Hier ist nun eine große Gruppe von Menschen versammelt, die an ihren Universitätsklinika etwas bewegen können. Daher die Frage an Dich: Hast Du eigentlich wirklich gute Rahmenbedingungen für Deine Arbeit? Oder anders gesagt, wenn Du Dir etwas wünschen dürftest, hättest Du nun die Gelegenheit, den hier Anwesenden etwas mit auf den Weg zu geben. Was wäre das?

Hempel

Vielen Dank für die Frage. Ich glaube, das Wichtigste besteht darin, innerhalb der Klinik oder des Instituts eine positive Lehrkultur zu schaffen. Es sollte vermittelt werden, dass es ein Privileg ist, lehren zu dürfen. Diese Anschauung sollte von der Klinikleitung bis zu den jüngsten Assistenten auch so vermittelt werden. Wenn man das schafft, steigert man automatisch die Wertschätzung. Wenn man mehr Lehrveranstaltungen machen darf, steigert das auch die Qualität.

Natürlich müssen die Rahmenbedingungen stimmen. Das bedeutet, dass die neuen innovativen Lehrverfahren Räumlichkeiten benötigen. Ein inverted classroom geht nur bedingt in einem Hörsaal, dazu braucht man andere Raumstrukturen. Für die Simulationen braucht es entsprechende Simulationszentren. Da gibt es gerade an den Universitätsklinika gute Konzepte, wie man das dann auch mit der ärztlichen Weiterbildung verknüpfen kann und sollte. Die Ausbildung der Studierenden schult auch die Lehrenden.

Das kostet natürlich auch Geld, doch, und da komme ich wieder auf meine erste Aussage zurück, das outcome lohnt Investitionen in Räumlichkeiten, in Geräte und Perso-

nal in jedem Fall. Dazu gehört aber auch, dass man die Lehre und die didaktische Ausbildung immer mehr professionalisiert. Man muss dafür sorgen, dass flächendeckend Medizindidaktik-Professuren eingerichtet werden und auch in den klinischen Fächern vermehrt Professuren mit einem Schwerpunkt Lehre entstehen.

Kadmon

Vielen Dank, das ist eine Aufgabe für uns.

Ich will Dir, Susanne, zum Schluss noch einmal die Frage nach der Bedeutung dieses Preises stellen. Als wir Dir mitteilten, dass Du die eine Preisträgerin sein wirst, warst Du wahnsinnig begeistert. Was bedeutet nun dieser Preis für Dich?

Gerhardt-Szép

Ich konnte es erst gar nicht fassen, denn ich hatte nicht mit einem solchen Preis gerechnet. Dann war ich erst einmal sprachlos. Für mich bedeutet der Preis eine riesige Wertschätzung meiner Arbeit. Ich danke allen, die mich auf diesem Weg begleitet haben, und kann sie alle gar nicht namentlich erwähnen, denn es sind zu viele.

Der Preis bedeutet für mich als Zahnmedizinerin noch etwas ganz Besonderes, denn ich hoffe, damit auch jüngeren Kolleginnen und Kollegen zeigen zu können, dass ein Engagement in der Lehre sich sehr wohl lohnt. Es lohnt sich, sich für die Lehre einzusetzen. Die Lehre ist weder ein Nebenprodukt noch ein Massenerzeugnis. Die Lehre ist gut und das ist richtig und wichtig. Ich hoffe, dass das auch von meinen Zahnmedizinerinnen und Zahnmedizinern so wahrgenommen wird.

Für die Zukunft würde ich mir wünschen, dass die Lehre insgesamt mehr an Bedeutung gewinnt, denn zahlreiche Berufungskommissionen haben mir gezeigt, dass dort die Lehre oder die Lehrforschung nicht immer den Platz einnimmt, den sie einnehmen sollte. Es wäre sehr schön, wenn sich das künftig ändern würde und wenn wir alle an den Universitäten mehr Möglichkeiten hätten, Projekte zur Lehre einzuwerben. Dabei denke ich an die DFG oder Förderungen durch das BMBF. Und wir brauchen Zeit für die Lehre. Schließlich würde ich mir wünschen, dass die Ars legendi-Preisträgerinnen und Preisträger in der Zukunft so etwas wie ein Kristallisationskern sein könnten, der die Lehre insgesamt weiterentwickeln hilft. Vielleicht würde man dann auch herausbekommen, wie groß der Wert der Lehre tatsächlich ist und so Platos Frage beantworten können.

Kadmon

Ich darf nun den Preis überreichen und verlese die Urkunden:

Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und der Medizinische Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland verleihen den Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2022 an Frau Prof. Dr. Susanne Gerhardt-Szép in

Würdigung ihrer hervorragenden Leistungen in Lehre, Prüfung, Beratung und Betreuung in der Medizin.

Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und der Medizinische Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland verleihen den Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2022 an Herrn Dr. Gunther Hempel in Würdigung seiner hervorragenden Leistungen in Lehre, Prüfung, Beratung und Betreuung in der Medizin.

Wir dürfen Ihnen diese Auszeichnung mit großer Freude überreichen.



Die beiden Preisträger des Ars legendi-Fakultätenpreises für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2022, Frau Prof. Dr. med. dent. Susanne Gerhardt-Szép und Herr Dr. med. Gunther Hempel.

Tagungsimpressionen IV



Vortragssession:
Digitale Medizin – Herausforderungen
in Aus- und Weiterbildung
Moderation: Prof. Dr. Stefan Uhlig



Interprofessionelle Lehre für digitale Kompetenzen in der Gesundheitsforschung und -versorgung

Prof. Dr. Dagmar Krefting
Direktorin des Instituts für Medizinische Informatik,
Universitätsmedizin Göttingen
Taskforce Lehre der Medizininformatikinitiative

Vielen Dank, Herr Uhlig, für die freundliche Einführung,
werte Anwesende!

Ich freue mich sehr, heute einige Gedanken zum Thema interprofessionelle Lehre für digitale Kompetenzen mit Ihnen zu teilen. Ich stehe hier auch als Sprecherin der Taskforce Lehre in der Medizininformatik.

Es ist Ihnen sicher bekannt, dass Deutschland bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen keinen Spitzenplatz einnimmt, sondern in einer Übersicht des Digital Health Index 2018 an vorletzter Stelle steht (Abbildung 1).

Inzwischen sind vier Jahre vergangen. Die Corona-Pandemie hat einiges an Digitalisierung vorangebracht. Dennoch sind Kennzahlen und Forschungsdaten zur Corona-Pandemie aus den Krankenhäusern nur mit erheblichem manuellem Aufwand erhältlich. Ähnliches gilt für die eHealth-Gesetze, die auch nur sehr schleppend umgesetzt werden. So steht die elektronische Patientenakte (ePA) seit 2021 flächendeckend zur Verfügung, sie wird aber bisher kaum genutzt.

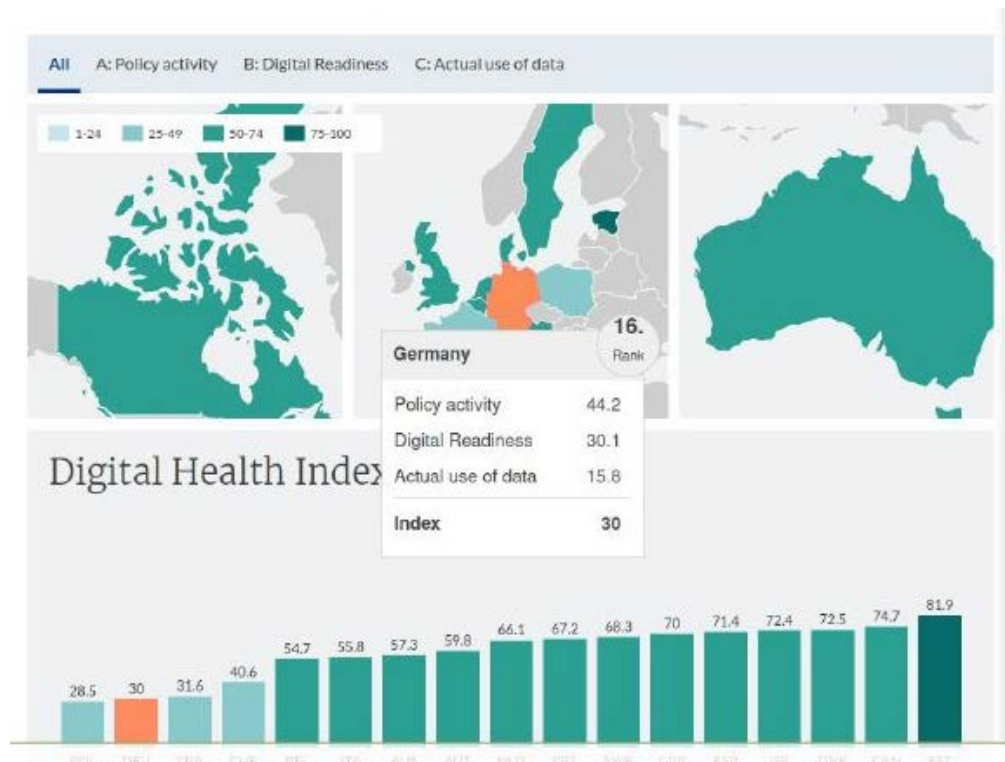


Abb. 1: Deutschland steht im Digital Health Index 2018 auf einem der letzten Plätze in Europa.

Europa macht sich für die Digitalisierung fit. Im Mai wurde die „Verordnung zur Schaffung eines europäischen Raumes für Gesundheitsdaten“ veröffentlicht. Das ist eigentlich das, was wir uns für die Digitalisierung wünschten, dass Patienten künftig ihre Daten nutzen und sie im innereuropäischen Raum mitnehmen können. Aber auch, dass diese Daten für die Forschung genutzt werden dürfen. Nun könnte man bei einem solch großen Werk annehmen, dass es auch in Deutschland vorangeht, jedoch ist die Praxis eine andere und von einer Aufbruchsstimmung ist oft nur wenig zu spüren (Abbildung 2).

„Ein Arzt aus der Region Osnabrück resignierte bereits:

Soll die TI gegen die Wand fahren. Ich wurde nie gefragt, was ich will, was sinnvoll wäre. Die Politik hat nur Mehraufwand und Mehrkosten bei mir abgeladen. Also mache ich bei der TI nur noch Dienst nach Vorschrift, gehe Fehlern nicht mehr nach und warte ab.“

<https://www.heise.de/hintergrund/Ueberlastete-Digitalisierung-gefaehrdet-das-Gesundheitssystem-6278428.html?seite=2>

Positionspapier Bündnis junger Ärzte:

Wir sind offen für diesen Wandel – er soll und muss allerdings durch uns Ärzte mitgestaltet werden und daher fordern wir eine frühe Einbindung der Ärzteschaft und insbesondere der jungen Ärzte in die Entwicklung von digitalen Produkten.

Positionspapier des Bündnis Junge Ärzte (BJÄ) zu Digitalisierung, Applikationen (Apps) und Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen <https://doi.org/10.1007/s00104-020-01120-y>

Abb. 2: Digitalisierung aktiv gestalten – zwei exemplarische Positionen aus Deutschland.

Glücklicherweise gibt es auch Gruppen wie das Bündnis Junge Ärzte (BJÄ), die in der Digitalisierung große Chancen und Fortschritte sehen und diese aktiv voranbringen und dabei mitgestalten wollen. Die Mitnahme ist dabei ein ganz entscheidender Punkt, denn nur dann wird dieses Projekt auch gelingen können.

Wie erreichen wir eine frühe Einbindung und Mitnahme der Ärzteschaft bei der Digitalisierung? Wir müssen digitale Kompetenzen entwickeln und damit bei den Studierenden beginnen. Der Kompetenzbegriff zieht sich durch die neuen Lernzielkataloge. Er umfasst Wissen und Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten, Haltungen und Werte. Auch die digitalen Kompetenzen sind sehr unterschiedlich formuliert, und es gibt wahrscheinlich sehr viele verschiedene Definitionen dafür. Ein Beispiel ist hier der Beschluss der Kultusministerkonferenz von 2016 (Abbildung 3). Die dort niedergelegten Kompetenzen sind zum größten Teil Fertigkeiten.



Abb. 3: Kompetenzen in der digitalen Welt nach dem Beschluss der Kultusministerkonferenz im Dezember 2016.

Die Taskforce hat sich mit diesem Thema beschäftigt und Daten aus der Schweiz analysiert, die bei Mitarbeitenden einer anderen Branche erhoben wurden. Dort wird in viel größerem Maße auf Haltungen und Fähigkeiten Wert gelegt (Abbildung 4).

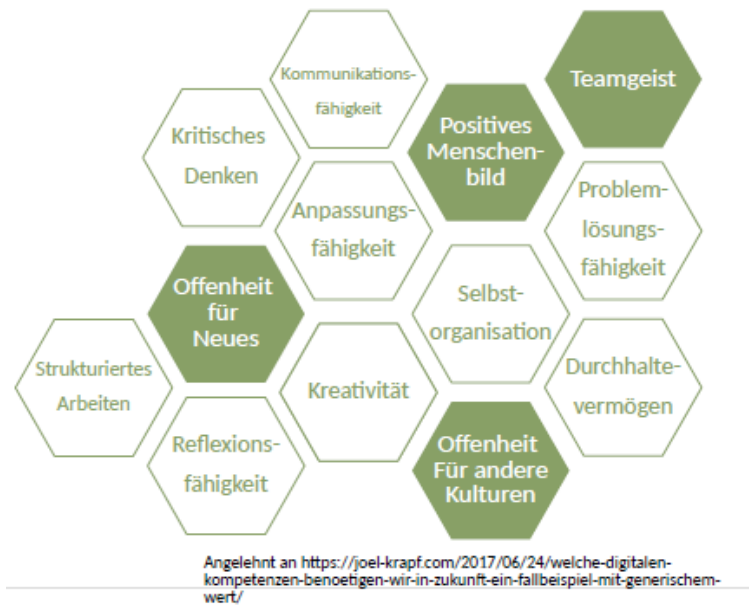


Abb. 4: Digitale Kompetenzen aus Sicht der Mitarbeitenden in einer Schweizer Studie.

Wir haben in der Taskforce das Modell der KMK als „Kompetent sein mit digitalen Tools“ benannt – wie gehe ich mit den digitalen Tools um? –, und die meisten Ärztinnen und Ärzte haben diese Kompetenz und legen dabei eine erstaunliche Kreativität an den Tag, um auch mit schlechten Tools ihren Alltag zu gestalten und eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten. Das Konzept aus der Schweiz lässt sich dagegen als „Erfolgreich sein in der digitalen Welt“ beschreiben. Hier wird die Interprofessionalität eine ganz große Bedeutung haben.

Die Digitalisierung in der Medizin und im Medizinstudium ist seit längerer Zeit auch ein Thema des Wissenschaftsrates. Er führte in seinen Empfehlungen zum Masterplan Medizin 2020 aus „Bei der Weiterentwicklung des Medizinstudiums muss dem digitalen Wandel in der Medizin [...] zügig ein hoher Stellenwert eingeräumt werden, auch mit Blick auf die absehbaren finanziellen Herausforderungen für die Universitätsmedizin.“

Ich weiß nicht, worauf sich die hier genannten Herausforderungen genau beziehen. Der Wissenschaftsrat hat mich aber auf ein Thema gebracht, welches uns in der Medizininformatik sehr umtreibt, Digitalisierung und Interoperabilität. Auch das ist kein grundsätzlich neues Thema, denn es ist bekannt, dass mangelnde Interoperabilität die Digitalisierung bremst, wie zum Beispiel ein Artikel im „Deutschen Ärzteblatt“ vom 20. Mai 2022 belegt. Der finanzielle Aspekt ist dabei erheblich. Eine Studie von McKinsey & Co. beziffert das Einsparpotential durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen auf 34 Mrd. Euro, wobei 16 Mrd. Euro an Einsparungen auf die Krankenhäuser entfallen würden. Eine einheitliche elektronische Patientenakte würde allein

etwa 6,4 Mrd. Euro einsparen können. Infolge der mangelnden Kompatibilität der IT-Systeme werden aber diese Innovationen massiv gebremst.

Man sollte nun erwarten, dass sich die Krankenhäuser für eine Verbesserung dieser Situation stark machen würden. Allerdings stellt ein Gutachten des Bundesverbands Managed Care (BMC) fest, dass es nicht an den ökonomischen Voraussetzungen oder den finanziellen Mitteln fehlt, sondern an der Haltung. Für viele Akteure sei der Status quo besser als eine Veränderung durch die Digitalisierung. Wir können also feststellen, dass es keine Frage des fehlenden Geldes ist, dass es mit der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen nicht so recht vorangeht.

Nun sollten wir erwarten, dass die Universitätsklinika nicht die Akteure sind, für die der Status quo besser ist, sondern dass sie an der Spitze der Veränderungen stehen sollten. Wenn aber die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit bei der Digitalisierung eher passiv bis sogar bremsend wirkt, kann sich nur wenig und das auch nur ganz langsam verändern.

Ein interprofessionelles Team könnte die Lösung für dieses Problem darstellen. Üblicherweise wird im Moment unter einem interprofessionellen Team in der Medizin ein Team aus ärztlichem Personal, Pflegepersonal, medizinisch-technischen Fachangestellten, den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und aus Mitarbeitenden aus anderen Gesundheitsberufen verstanden, welches für die fächer- und berufsübergreifende Zusammenarbeit in der Medizin unabdingbar ist.

Sind die Mitarbeitenden der Medizininformatik und Krankenhaus-IT aber zurzeit Mitglieder dieses Teams?

Herr Wissing hat gestern bereits darauf hingewiesen, dass sie in bestimmten Bereichen schon Teil dieses Teams sind. Umgekehrt ist aber auch für die Softwareentwicklung – wie z.B. ein Dokumentationssystem oder ein klinisches Entscheidungs-Unterstützungssystem – ein interprofessionelles Team notwendig (Abbildung 5).

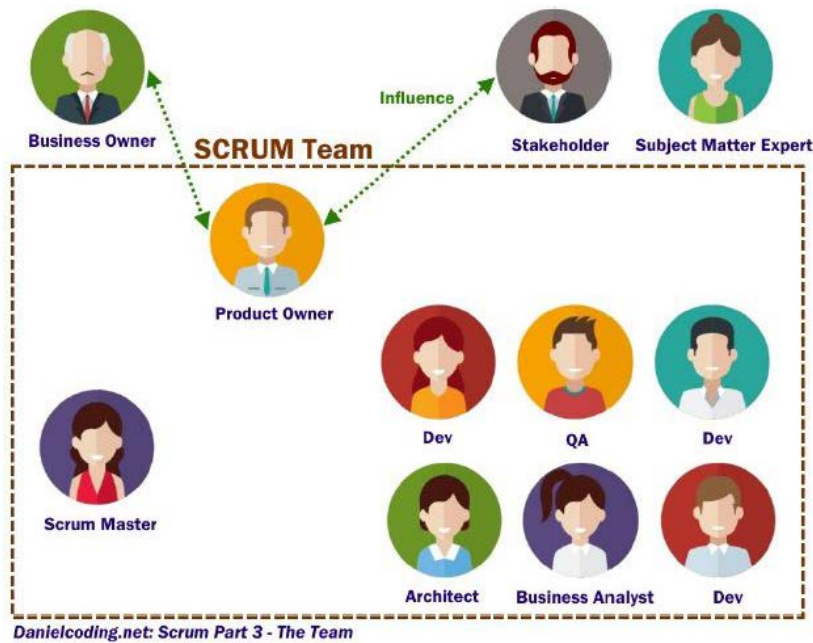


Abb. 5: Beispiel der Zusammensetzung eines interprofessionellen Teams in der Informatik.

In einem solchen Team arbeiten Software-Architektinnen und -Architekten, Programmierende, Designerinnen und Designer, Qualitäts- und Geschäftsanalytistinnen und -analysten gemeinsam an der Weiterentwicklung von Software.

In der Gesundheits-IT müssten eigentlich die Mitglieder des interprofessionellen medizinischen Teams hier als Stakeholder und Domänenexpertinnen und -experten Teil des Teams sein. Grundsätzlich ist die Rolle im Team also vorgesehen, allerdings muss man sich fragen, ob dies wirklich zurzeit so gelebt wird.

Deshalb sind wir in der Taskforce überzeugt, dass Informatikerinnen und Informatiker Teil des Teams Medizin sind, denn sie leisten ihren Beitrag zur Patientenversorgung und Forschung durch Entwicklung und Betrieb von klinischen Arbeitsplätzen, digitalen Assistenten, bei der Entscheidungsunterstützung, bei digitalen Gesundheitsanwendungen und bei der Schaffung und Ausgestaltung von Forschungsinfrastrukturen.

Umgekehrt sind die Medizinerinnen und Mediziner Teil des Teams Digitalisierung, denn sie leisten ihren Beitrag zur Entwicklung von digitalen Systemen in der Medizin durch ihre aktive Beteiligung als Domainexpertin oder Domainexperte, als Endnutzende, als Geschäftskundin oder Geschäftskunde und als Patientenberaterin oder Patientenberater bei digitalen Themen.

Ich vertrete die These, dass digitale Medizin nur dann möglich wird, wenn wir diese beiden Teams zusammenbringen. Erst dann werden auch die Vorteile, die eine digitale

Medizin mit sich bringen kann, tatsächlich für die Patientenbetreuung wirksam werden.

Am Beispiel der Künstlichen Intelligenz (KI) will ich diese Überlegungen noch weiter verdeutlichen. Die Medizinerinnen und Mediziner tragen bei der KI in der Medizin eine ganz wichtige Verantwortung in der KI-Entwicklung und dann auch beim praktischen Einsatz der KI.

Bei der Entwicklung geht es um die klinische Relevanz, aber auch um die Qualität und Repräsentativität von Trainingsdaten und Annotationen. So gut, wie die Daten erfasst und eingegeben werden, wird das KI-System lernen. Wenn wir im Rahmen der Medizininformatik-Initiative Patientendaten nutzbar machen wollen, müssen sie nicht nur den klassischen Dokumentationsanforderungen genügen, sondern auch den Standards für die Nutzung in der KI. Das erfordert ein hohes Maß an Strukturierung und an Datenqualität, um eine entsprechende Güte des Systems zu erhalten.

Beim praktischen Einsatz hört die Verantwortung der Medizinerinnen und Mediziner nicht auf. Hier geht es um die Relevanz in der Entscheidung, die Transparenz und Erklärbarkeit, die Erweiterbarkeit um neues medizinisches Wissen und die Integration der KI in dynamische Infrastrukturen. Das sind Domänen, die für die Medizin spezifisch sind und von der Informatik nicht in dieser Form abgedeckt werden können.

Wie können wir ein interprofessionelles Lehren an dieser Schnittstelle erreichen? Hier geht es sowohl um ein miteinander Lernen als auch um ein voneinander Lernen (Abbildung 6).

Miteinander Lernen

- Gemeinsames Grundverständnis von
- Gesundheitssystem und Gesetzen
 - Health-IT-Systemen und TI
 - Interoperabilität, Standards und Terminologien
 - Klinischer Entscheidungsunterstützung
 - Künstlicher Intelligenz
 - Gesundheitsapps
 - Informationssicherheit
 - Forschungsinfrastrukturen

Voneinander Lernen

- Gegenseitiges Verständnis von
- Klinischen Prozessen und Prozessmodellierung
 - Informationsflüssen in Patientenversorgung und in IT-Systemen
 - Ärztlichem und maschinellern Lernen
 - Ärztlichen und informatischen Problemlösestrategien
 - medizinischem und informatischem Wissensmanagement
 - Gründen für die Wahl des Studienfachs

Abb. 6: Inhalte und Zielstellungen der interprofessionellen Lehre.

Gerade das Finden eines gemeinsamen Grundverständnisses erscheint mir für die erfolgreiche Digitalisierung in der Medizin von ganz entscheidender Bedeutung. Hier können beide Seiten sehr fruchtbar zusammenarbeiten.

Noch wichtiger ist der Aspekt des voneinander Lernens. Dort liegen die größten Differenzen in den Kulturen der Informatik und der Medizin. Die Sichtweisen sind sehr unterschiedlich, und das ist auch gut so, denn die Aufgaben sind unterschiedlich. Beide Gruppen sollen sich nicht gegenseitig ersetzen können, sie müssen aber Verständnis für die jeweils andere Gruppe und die von ihr zu bewältigenden Prozesse entwickeln, die jeweiligen Informationsflüsse verstehen und begreifen, wie ärztliches oder maschinelles Lernen funktioniert.

Schließlich braucht das interprofessionelle Lernen auch eine Neugierde auf die jeweils andere Kultur, auf die zugrundeliegenden Motivationen, den jeweiligen Berufsweg zu ergreifen. Dabei werden sich ganz viele Gemeinsamkeiten auftun.

Abschließend will ich einige Herausforderungen und Lösungsansätze für die interprofessionelle Lehre vorstellen. Viele der in Abbildung 7 aufgelisteten Herausforderungen sind nicht allein für die Lehre in der Informatik spezifisch.

Herausforderungen

- heterogene Kompetenzlevel
- heterogene Curricula, Prüfungsordnungen, Fakultäten, Hochschulen
- dynamische Entwicklungen der Fächer
- nur punktuelle Teamarbeit im Alltag
- Bisher oft eher Dienstleistungs- oder Kundenverhältnis

Lösungsansätze

- Gemeinsame Einführungsveranstaltungen Medizininformatik, Medical Data Science
- Modularer Kursaufbau, Baukastenprinzip, Mikrolearning
- Studentische Entwicklungsprojekte
- Interprofessionelle Workshops und Hackathons



Abb. 7: Herausforderungen und Lösungsansätze für eine interprofessionelle Lehre in der Medizininformatik.

Viele dieser Lösungsansätze sind in der Praxis bereits erfolgreich erprobt. Sie stellen aber immer nur punktuelle Aktivitäten dar, und es kommt nun darauf an, nicht unbedingt noch viele weitere Pilot-Projekte zu entwickeln, sondern vielmehr die vorhandenen Ansätze in einen breiten Einsatz zu überführen. Hier kann ich leider keine fertigen Lösungen anbieten, sondern muss an die Aktivitäten in den Fakultäten appellieren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Diskussion

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, dass bei der Umsetzung der interprofessionellen Lehre Nachholbedarf besteht. Es muss überlegt werden, welche Maßnahmen bereits in das Medizinstudium und welche später in die Weiterbildung implementiert werden müssen. Bereits im Studium sollten Fähigkeiten und das Einnehmen von Haltungen vermittelt werden, damit die anderen Kulturen ein Stück weit verstanden und auch respektiert werden. Dies betrifft Themen der Medizintechnik, Datenanalytik und viele andere Inhalte in Pflege und Patientenversorgung. Es wäre zu spät, wenn die Digitalisierung erst in der Weiterbildung angesiedelt würde. Probleme bei der Ausgestaltung interprofessioneller gemeinsamer Veranstaltungen bereitet das veraltete und rigide Kapazitätsrecht.

Von der Arbeitsgruppe Medizininformatik wurde ein Material mit Inhalten für den Lernzielkatalog erarbeitet und 2020 noch einmal erweitert. Es hat Eingang in den NKLM gefunden. Die Erstellung eines analogen Katalogs für die Informatik ist Anliegen dieser Arbeitsgruppe.



Digitalisierung in der Pflegewissenschaft: Auswirkungen auf Studieninhalte und Lehrformate

Prof. Dr. Phil. Gabriele Meyer

Leiterin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft,
Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
Halle (Saale)

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Herzlichen Dank für die freundlichen einführenden Worte. Ich bin hier zu meinem Vortrag eingeladen worden, um die Sicht der Pflegewissenschaft zur Digitalisierung im Gesundheitswesen darzustellen und welche Auswirkungen sie auf die Studieninhalte und Lehrformate hat.

Um eine Orientierung zu geben: Nach den Daten eines Surveys des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) haben im Jahre 2021 den Beginn der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann an einer Fachschule 61.458 Personen angetreten, dagegen nur 1.091 Personen ein Studium an einer Hochschule oder Universität für einen Bachelorabschluss in der Pflege. Das sind gerade einmal 1,7 % der Ausbildungsanfänger und das ist von der Empfehlung des Wissenschaftsrates 2012 weit entfernt, der seinerzeit eine Rate von 10 bis 20 % empfahl.

Wenn wir uns die Rechtsvorschriften für die Ausbildung ansehen und dort nach dem Thema „Digitalisierung“ suchen, finden wir nur spärliche Angaben. Im Pflegeberufegesetz (BGBI. [2017] I, 2581-2614), in dem die früheren verschiedenen Ausbildungen der Alten-, der Kinder- und der klassischen Krankenpflege in die generalistische Ausbildung überführt wurden, gibt es eine solitäre Erwähnung in Bezug auf hochschulische Ausbildung. Diese Erwähnung beschränkt sich auf den Hinweis zur Kompetenz „neue Technologien in das berufliche Handeln zu integrieren und dahingehende Fort- und Weiterbildungsbedarfe erkennen zu können (§37 Abs. 3)“.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (BGBI. [2018] I, 1572-1621) gibt an wenigen Stellen in den Anlagen zu den geforderten Kompetenzen für die Zwischen- und Abschlussprüfung Hinweise auf digitale Dokumentationssysteme oder technische Assistenzsysteme.

Auch die Rahmenlehrpläne und Rahmenausbildungspläne im Auftrag des BMG und des BMFSFJ sind dort nicht viel detaillierter. An unterschiedlichen Stellen werden Formen einer digitalen Unterstützung im Kontext des Pflegeprozesses genannt, sie wirken oft punktuell und optional, sie sind nicht querschnittlich angelegt und erscheinen eher als eine Art „Anhängsel“. Es gibt keine Agenda dahinter, wie z.B. die curriculare Ausbildung an die Fachpersonen gebracht werden soll.

International sieht das anders aus. Im angloamerikanischen Raum, in Australien und anderen Ländern gibt es Curricula und es gibt einen rechtlichen Diskurs, welche Rolle der Pflege – und damit meint man dort immer ein Studium – und der Continuous Nursing Education zukommt. Im Gegensatz zu Deutschland, wo man mit dem Berufsabschluss in der Pflege lebenslang ohne eine weitere Qualifikation tätig sein kann, wird dort wie vom ärztlichen Personal eine berufszeitlange Fortbildung verlangt. Dieser Diskurs wird auch in der Fachliteratur geführt. Als Beispiel zeige ich eine Publikation aus dem British Medical Journal von 2021 (Abbildung 1).

FUTURE OF NURSING

How the nursing profession should adapt for a digital future

Transformation into a digitally enabled profession will maximize the benefits to patient care, write
Richard Booth and colleagues

Richard G Booth,¹ Gillian Strudwick,² Susan McBride,³ Siobhán O'Connor,⁴ Ana Laura Solano López⁵

Abb. 1: Booth et al., Future of Nursing, BMJ 2021, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n1190>

Die Herausforderungen, die in der Publikation von Booth et al. benannt werden, dürften Ihnen allen bekannt sein. Die Digitalisierung hat bereits zu einer veränderten Organisation der Arbeitsabläufe geführt. Sie hat ein großes Potential, eine Entlastung bei zeitaufwendigen, körperlich anstrengenden Tätigkeiten, bei Kontroll- und Überwachungsaufgaben zu schaffen. Als wesentliches Argument wird immer wieder dargestellt, dass die Digitalisierung zu einem veränderten Austausch mit anderen Gesundheitsprofessionen, ganz besonders mit den Ärztinnen und Ärzten führt. Hier sollten wir nicht übersehen, dass dieser Austausch auch in der umgekehrten Richtung geführt werden muss.

Von der Digitalisierung in der Pflege werden als Wirkung erhofft:

- Steigerung von Qualität, Effizienz, interprofessioneller Kommunikation
- Substitution und Delegation (Anamnese, Datensichtung, Datenübermittlung, Datenbewertung)
- Technikkompetenz, Einrichtung und Kontrolle von telemedizinischen Geräten

- Schulung, Training, Weiterqualifizierung durch Tele-Coaching und Supervision

In der Publikation von Booth et al. werden alle Optionen aufgeführt, wo die Pflege durch digitale Technologien ergänzt und verbessert werden kann. Das beinhaltet digitale Assistenzsysteme in den verschiedensten Bereichen der Pflege (Abbildung 2).

Digital technologies	Examples of potential benefit	Examples of current challenges	Future implications
Artificial intelligence/big data	Use in decision support systems can improve the identification of infection ¹³ Pandemic/outbreak response using big data analytics to help in contact tracing and population health response ¹⁴	Biases in current datasets can become ingrained in artificial intelligence (AI) algorithms ¹⁵ Techniques are complex and may unintentionally reduce nursing involvement in the development of these systems ¹⁶ Ethics and accountability of decisions generated by these systems, including transparency and privacy concerns ¹⁷	AI based nursing in acute and primary care needs research Policies needed on professional accountability Educational and leadership competencies and opportunities related to AI and data analytics
Automation technologies (eg, robotics, drones)	Robots can support people with cognitive, sensory, and motor impairments; help those who are ill or injured; support caregivers; and aid the clinical workforce ¹⁸	Technologists, researchers, providers, and users must collaborate to ensure success ¹⁸	Emerging innovations coupling AI and robotics will have intended and unintended changes to nursing practice and its professional culture Nursing must assist in co-designing and developing these solutions to be complementary to practice Cost-benefit analysis of developing complex health technologies that use planetary resources is needed
Assisted living technologies or "smart homes" technology	Motion monitoring system in homes can help tailor care decisions for older adults with memory problems ¹⁹	Privacy implications Variety and turnover of different technologies makes identifying suitable devices challenging ²⁰ Technical and expense barriers ²¹	Nurses should be involved in the design, development, and implementation of systems in collaboration with patients and carers
Clinical decision support systems	Systems can detect infectious disease and trigger appropriate actions ²²	Over alerting clinicians results in alert fatigue and workarounds ²³ Owing to lack of research rigor, the impact and effectiveness in some clinical environments (eg, emergency departments) is unclear ²⁴	Nurses should be involved in design, development, and implementation Consider usability when designing systems that improve rather than disrupt decision making and workflow
Electronic health records (EHRs)	Nursing documentation is superior to paper based records in aspects of data completeness and structure, including legibility ²⁵	Weaknesses in documentation quality and quantity due to factors such as the time required or poor system or interface design ²⁵	Nurses need dedicated time and equipment and a supportive digital work culture AI driven clinical decision support integrated into the EHRs to facilitate decision making will be important to look for intended and unintended consequences Nursing leadership should redesign EHRs to reduce burden of documentation
Mobile health	Coaching patients via applications can improve short term outcomes ²⁶	Perceived lack of affordability and reliability of mobile applications for clinical decision support ²⁷ Concerns over the professional image of nursing when using mHealth, particularly in hospital settings ²⁸	Need to develop policies and a professional culture that supports use of mobile devices in clinical practice. Where relevant, these should be integrated with EHRs and other related technologies
Telehealth/ telemedicine	Beneficial in nursing homes during outbreaks of infectious disease—eg, during the covid-19 pandemic to reduce isolation and keep residents and nursing staff safe ²⁹	Nurses' technical skills and negative attitudes towards telemedicine can be a barrier, as can their concerns around data privacy and confidentiality ³⁰	Nurses should support the co-design of telehealth systems and emerging virtual models of care with patients and carers
Personalized/ precision healthcare	Treatment tailored to individual patients enables nurses to deliver more personalized care ³¹	Pace of technological change and equity issues related to technology access could undermine precision health developments ³²	Nurses should advocate for patients and families to have equitable access to their genomic health data for use in personalized and precision healthcare solutions
Social media and online information (internet)	Diverse pools of health information facilitate nursing processes and support patient and student education ³³	Quality and reliability of online health information, particularly on social media, varies, and it can be risky or unsafe ³⁴	Nurses should be educated about appropriate use of social media and online health information and support patients' use of these technologies to improve their self-management
Virtual and augmented reality	Virtual reality training can improve knowledge in nursing education ³⁵ and be used in pediatric and adult populations as a treatment tool or clinical intervention ^{36, 37}	Can cause simulation sickness, including dizziness and visual disturbances ³⁸	Low cost devices and software should be developed by nurses and educators that can integrate with existing mobile, internet, and other digital technologies

Abb. 2: Einsatzmöglichkeiten für digitale Assistenzsysteme in der Pflege, aus Booth et al., Future of Nursing, BMJ 2021, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n1190>

Die Message dieser langen Liste besteht darin, dass die Pflegekräfte nicht nur in der Anwendung, Entwicklung und Nutzung digitaler Assistenzsysteme in der Krankenpflege, sondern auch in der Forschung involviert sein sollen. Teilweise gab es solche Aktivitäten auch schon in Deutschland. Verschiedene Aktivitäten des BMBF haben in

den vergangenen Jahren versucht, die Pflege zu digitalisieren oder bei Digitalisierungsprojekten eine Beteiligung der Pflege als Fördervoraussetzung zu definieren. Dennoch sind solche Ansätze eher punktuell geblieben.

Noch einmal zurück zur Ausbildung: Der Bachelorstudiengang Evidenzbasierte Pflege an der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg vermittelt zahlreiche verschiedene Kompetenzen:

- wissenschaftlich fundiertes Verstehen eines Falles und daran angepasstes professionelles Handeln
- bedarfsgerechtes Gestalten von pflegerischen Maßnahmen im stationären und im ambulanten Bereich
- Literaturrecherche und Bewertung wissenschaftlicher Publikationen zu pflege-relevanten Assessments und Interventionen sowie Einschätzung der Studienlage hinsichtlich Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit
- Anleitung von kranken oder hilfsbedürftigen Menschen für die Bewältigung ihres Alltages unter Berücksichtigung ihrer gesundheitsbezogenen Selbstbestimmung
- Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten im Bereich der Beratung, Anleitung und Schulung sowie in der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation von Patienten und Patientinnen und ihren Angehörigen
- Kompetenzen zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialsystems sowie zum Schnittstellenmanagement und zur sektorenübergreifenden Steuerung der Versorgung
- Formulieren von pflegerelevanten Problemstellungen und darauf aufbauend Entwickeln von wissenschaftlich begründeten Lösungsansätzen, die im Team, vor einem Fachpublikum oder für Laien verständlich präsentiert und diskutiert werden
- kritisch-analytische Auseinandersetzung mit sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Theorien
- Reflexion von gesetzlichen Grundlagen, ethischen Prinzipien und pflegerisch-therapeutischen Methoden

In diese Kompetenzen ordnet sich die Digitalisierung mit all ihren Konflikten gesellschaftlicher Art, ethischer und juristischer Art auf jeder benannten Ebene ein. Damit wird die Digitalisierung zu einer querschnittlichen Aufgabe. Das belässt sich nicht bei einer einmaligen Beschäftigung mit den verschiedenen Systemen, die bereits in der Benutzung sind, wie in der Pflegepräsenzrobotik oder den Überwachungsfunktionen von Pepper, den Assistenzsystemen bei der Zubereitung von Speisen, dem Service bei Behandlungen oder der Sozialrobotik.

Diese Dinge dürfen nicht nur passiv, als Lernstoff oder im Hinblick auf die Erhaltung der Wissenschaftlichkeit vermittelt werden, sondern unter der Maßgabe der Umset-

zung unserer Ziele, d.h. kritisch-reflexiv in der Beschäftigung mit der Literatur, mit empirischen Studien, mit ethischen Konflikten sowie rechtlichen und gesellschaftlichen Implikationen.

Wir müssen uns aber in der Pflege und der Pflegewissenschaft positionieren, ob wir neue Szenarien, die heute schon z.B. in China umgesetzt sind, zulassen möchten. Es sind ethische und professionstheoretische Fragen, ob wir es wollen, dass ein betagter Mensch in seinem Wohnraum durch Sensoren beobachtet wird, die dann, wenn beispielsweise über längere Zeit keine Wasserspülung benutzt wird, einen Alarm auslösen.

Sollen solche digitalen Hilfsmittel in der Regelversorgung eingesetzt werden? Ist die Zukunft der Pflege vielleicht ein Szenario, bei dem Disponenten in einer Zentrale sitzen und einem Menschen mit einer Drohne eine Suppe zuschicken? Das sind Fragen, mit denen wir uns in Diskursen und Studien auseinandersetzen müssen und zu denen wir unserem pflegewissenschaftlichen Nachwuchs eine Haltung ermöglichen müssen. Dort überall ergeben sich Reflexionsmöglichkeiten.

Wir müssen uns auch positionieren, wenn andere Menschen, die nicht selbst in der Pflege tätig sind, uns erklären, wie Pflege funktionieren soll. Ich nehme hier das Beispiel einer Talkshow im Fernsehen mit Markus Lanz, in der Richard David Precht den Einsatz von Sozialrobotern in der Pflege von Menschen mit Demenz als eine Katastrophe bezeichnete, dafür aber den Robotereinsatz bei der Lagerung betagter oder bewusstloser Menschen sehr befürwortete. Wie kommt dieser Mann zu solch einer Einstellung? Ich will zugutehalten, dass er vielleicht an die Entlastung der Pflegekräfte bei schwerer körperlicher Arbeit gedacht hat. Aus pflegerischer Sicht ist aber gerade die Lagerung eines Patienten eine hochkomplexe Angelegenheit, in der eine große Zahl an Informationen über den aktuellen körperlichen Zustand gewonnen werden, in der Zuspruch und Ermutigung durch die Pflegefachperson gegeben werden kann. Wir müssen uns mit solchen Meinungen, die sehr schnell öffentlichkeitswirksam werden können, auseinandersetzen, und unserem Pflegenachwuchs helfen, eine eigene Position zu entwickeln. So etwas fehlt in unserer heutigen Ausbildung, aber auch im Pflegestudium.

Wir haben uns bereits vor einigen Jahren gegen eine populäre Meinung gewandt, mit Robotern Pflegeengpässe überwinden zu können (Abbildung 3).

Roboter gegen Personalengpässe in der Pflege?

Angelika Zegelin, Gabriele Meyer

Abb. 3: Titel eines Editorials von Zegelin und Meyer, Pflege (2018), 31(2),61-62.

Dort haben wir ausgeführt, dass die Pflegewissenschaft nicht die definitorische Hoheit hat, wie der Goldstandard in der Pflege und die Ausgestaltung des beruflichen Tätigkeitsfeldes auszusehen hat. Wann ist Robotik einzusetzen, wann ist sie ein „case helper“? Die Technologienentwicklung basiert auf ganz naiven Vorstellungen, welche Bedürfnisse in der Pflege überhaupt bestehen würden. Die Pflegewissenschaft muss hier die Führung übernehmen, damit digitale Lösungen und robotische Systeme so entwickelt und evaluiert werden, dass die möglichen komplexen Auswirkungen auf allen Ebenen – der direkten Patientenversorgung, der Organisation, in der Leistungen erbracht werden, auf gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Ebene – angemessen reflektiert werden. Wenn Entscheidungen nur „vorgesetzt“ werden, wird das nicht zu einer Akzeptanz oder Verbesserung der Pflegesituation führen, sondern Ressourcen verschwenden.

Ich sehe unsere Pflegestudierenden auch als eine Art Apostel für gute digitale Lösungen. Die elektronische Patientenakte ePA bietet zahlreiche Chancen für eine substantielle Verbesserung in der Pflege (Abbildung 4).



Abb. 4: Chancen einer ePA als Informationsmittelpunkt in der Pflege

Das gilt nicht nur für Deutschland, sondern kann auch grenzübergreifend in ganz Europa funktionieren. Hier können Daten sektorenübergreifend und disziplinübergreifend mitgebracht, ausgetauscht und ergänzt werden. Auch hat der Sachverständigenrat Gesundheit die Nutzung der ePA für die Forschung vorgeschlagen („Daten teilen – besser heilen“), auch dafür sollen die Daten geteilt werden können.

Wenn wir die Verantwortung für das Zusammenhalten der Daten von jedem medizinisch am Patienten Tätigen in die Hand der Patientinnen und Patienten legen, entstehen zahlreiche neue Chancen, die wiederum für die Wissenschaft von Nutzen sein können. Wir müssen uns natürlich auch mit den Bedenken auseinandersetzen. Der Datenschutz sowie Zugriffsrechte und -beschränkungen müssen bei solch sensiblen Daten natürlich gewährleistet sein.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) ermöglichen, mit Patientinnen und Patienten ins Gespräch zu kommen. In der Pflegeausbildung muss vermittelt werden, wie DiGA bewertet werden und ein aktueller Diskurs geführt werden, welche DiGA tatsächlich sinnvoll und für die konkrete Pflegesituation nutzbringend sind. Es geht dabei auch um Standardisierungen und wiederum um den Datenschutz.

Wir haben die Tools, die wir auch in der Pflegewissenschaft dazu einsetzen können, wir haben Frameworks entwickelt, auf welchen Ebenen beispielsweise digitale Assistenzsysteme evaluiert werden sollen und mit welchen Outcomes. Dazu braucht es eine entsprechende Literaturkenntnis, um die Wertigkeit eines Ergebnis-Parameters, die Reflexion welcher Ebene, und die Frage, ob diese Arbeit eine praktische Relevanz hat, sachgerecht beantworten zu können (Abbildung 5). Dabei geht es nicht allein um die technische Bewertung eines digitalen Systems, sondern um die kritische Reflexion, wie mit Hilfe eines digitalen Assistenzsystems die Pflege tatsächlich verbessert werden kann.

Der Sachverständigenrat Gesundheit hat sich mit dieser Frage sehr ausführlich beschäftigt und Empfehlungen erstellt, die die digitale Gesundheitskompetenz als eine nationale Entwicklungsaufgabe ausweisen. Er führt zur digitalen Gesundheitskompetenz weiter aus: „Die Fähigkeit, das Wissen und die Motivation, digitale Technologien selbstbestimmt in den Bereichen der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung zu nutzen. Hierzu gehört auch, mögliche gesundheitliche Gefahren durch die Nutzung digitaler Angebote erkennen und abwägen zu können. Die digitale Gesundheitskompetenz befähigt (...), digitale Gesundheitsinformationen und -anwendungen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um informierte Entscheidungen zu treffen.“

Solche Entscheidungen sollen dann gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten getroffen werden – das ist eine hehre Aufgabe!

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Measuring the effectiveness of digital nursing technologies: development of a comprehensive digital nursing technology outcome framework based on a scoping review



Tobias Krick^{1,2*}, Kai Huter^{1,2}, Kathrin Seibert^{2,3}, Dominik Domhoff^{2,3} and Karin Wolf-Ostermann^{2,3}

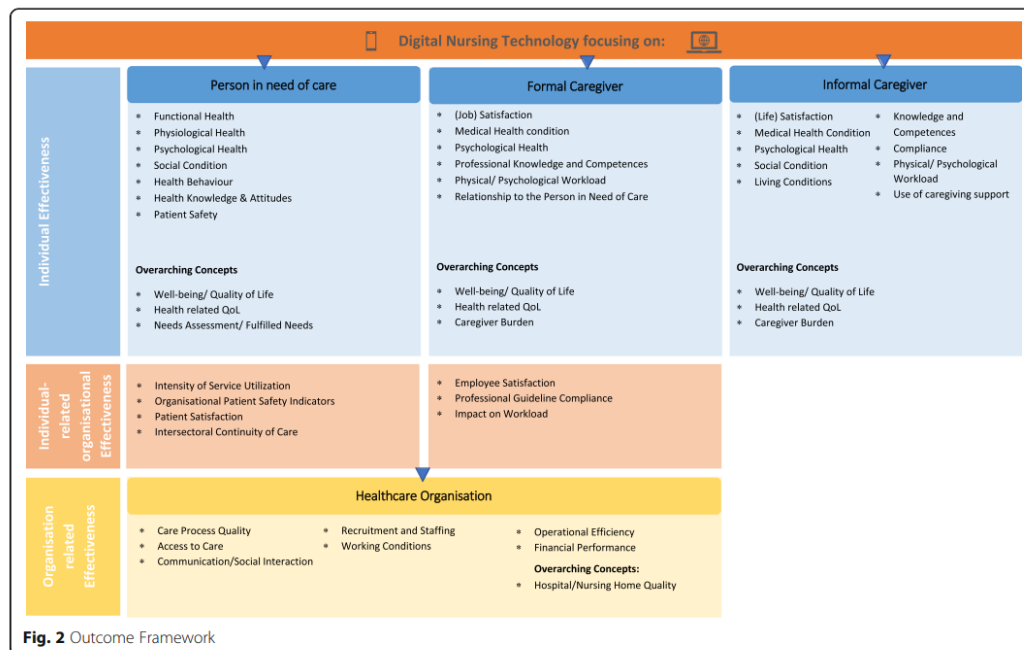


Fig. 2 Outcome Framework

Abb. 5: Beispiel einer Publikation über die Wirksamkeit digitaler Pflegetechnologien (Krick et al., BMC Health Services Research (2020), 20, 243.)

Für die Umsetzung dieser Aufgaben benötigen wir Lernumwelten und Lernprozesse:

- Skills Lab
- Simulationsräume
- Digitale Lehr- und Lernformate
- Methoden der EbM
- Agile Curricula
- Aus-, Fort- Weiterbildungscurricula
- Qualifizierung der Multiplikatoren/Lehrenden
- Kooperation der Heilberufe/multiprofessionelle Curricula
- Digitale Infrastruktur

Gerade die EbM ist sehr bedeutsam, denn es reicht nicht aus, nur zu faszinieren und staunende Studierende zu generieren, die glauben, dass technischer Fortschritt allein schon die Lösung sein würde. Sie müssen vielmehr eine kritische Haltung (critical appraisal) dazu entwickeln.

Es gibt schon konzeptionelle Rahmenmodelle und es muss nichts neu erfunden werden (Abbildung 6). Sie umfassen die Ebenen der Lernenden, der Unterrichtenden, der Infrastruktur und der kontextuellen Aspekte, um diese in einem Querschnitt in die Curricula einzufügen. Daraus werden dann sowohl Forschungsgebiete als auch Qualitätssicherungsprogramme abgeleitet.

Figure 3. Conceptual framework of digital health education for healthcare professionals. CME: continuing medical education; CPD: continuing professional development; IT: information technology.

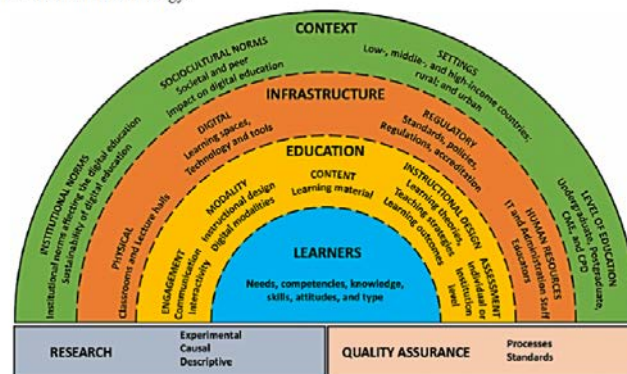


Abb. 6: Konzeptionelles Rahmenprogramm einer digitalen Pflegeausbildung, aus Tudor Car et al., Digital Education for Health Professionals: An Evidence Map, Conceptual Framework, and Research Agenda. J Med Internet Res. 2022 Mar 17;24(3): e31977. doi: 10.2196/31977.

Ich habe mit meinem Vortrag versucht aufzuzeigen, wohin die Fahrt geht, jedoch sind wir von unserem Ziel noch weit entfernt. Es werden an den einzelnen Standorten Konzepte gefunden und nach Lösungen gesucht. Auch an unserem Standort haben wir erste Ansätze und Module entwickelt, sind aber noch weit davon entfernt, einen Querschnitt implementiert zu haben. Für die Weiterentwicklung müssen wir den Querschnitt im Auge behalten, die kritisch-reflexiven Elemente, die wissenschaftlichen Elemente. So wird es uns gelingen, aus der Faszinationsschiene herauszukommen und zu einem kritischen Grundverständnis zu gelangen. Das ist die Aufgabe unseres Studiums.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit!

Diskussion

In der Diskussion wird zur Bedeutung der Medizininformatik im Medizinstudium Stellung genommen. Es wird angemerkt, dass Studierende Grundlagen erlernen sollen, um die Probleme verstehen zu können. Noch wichtiger erscheint es aber, dass sie lernen, Möglichkeiten der Digitalisierung kritisch zu reflektieren. Damit können sie dann Anwendungsbezüge prüfen und umsetzen.

Die Implementierung solcher Inhalte ist nicht einfach, denn das Curriculum ist schon heute sehr voll und das Medizinstudium wird von immer mehr Wissen und immer mehr Skills geprägt. Es wäre daher sinnvoll, einen Rahmen und entsprechende Zielvorgaben zu definieren, damit Digitalisierungsaspekte von Beginn des Studiums als ein Querschnittsbereich implementiert werden und die Studierenden sich in einem longitudinalen Diskurs diesen Inhalten widmen können.



Heute für Übermorgen lernen – Wie kann das Studium auf den digitalen Wandel vorbereiten?

Katharina Freitag

Bundeskoordinatorin für Medizinische Ausbildung,
Bundesvertretung der Medizinstudierenden (bvmd e.V.)

Werte Anwesende!

Nachdem zu den Vorträgen von Frau Professorin Krefting und Frau Professorin Meyer bereits eine intensive Diskussion geführt wurde, freue ich mich, hier nun die Perspektive der Studierenden einbringen zu können.

Mein Vortrag trägt den Titel „Heute für Übermorgen lernen“ – aber warum spreche ich von übermorgen?

Denn allein in diesem Jahrtausend schauen wir auf die erste transkontinentale Operation im Jahr 2001, 2013 wurde die erste EKG-App von der FDA anerkannt, 2015 folgte das E-Health-Gesetz, der Gesundheitsassistent „Ada“ 2016, und beim oMFT vor drei Jahren sprachen schon Frau Schmitz und Herr Schmidt als meine Vorgängerin und Vorgänger über die Digitalisierung im Medizinstudium und Digitale Kompetenzen. In den vergangenen zwei Jahren, während der Pandemie, erlebten wir vielleicht weniger Entwicklung in der Digitalisierung als erhofft, aber mit Video-Sprechstunden, der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und der Corona-Warn-App ist die Verknüpfung zwischen Digitalisierung und Gesundheit in meinen Augen stärker im Bewusstsein der Bevölkerung angekommen.

Manche sprechen gar von einem Ende von „Digital Health“ (Abbildung 1). Nicht, weil die Digitalisierung aus dem Gesundheitssystem verschwindet, sondern weil die Digitalisierung alle Elemente des Gesundheitswesens durchdringt und die Trennung zwischen digitaler und analoger Medizin kaum noch möglich sein wird.



The End of Digital Health

„Over the following years we will see as healthcare becomes inseparable from digital health, becoming one and the same.“

Abb. 1: The end of digital health? <https://medium.com/heal-capital/the-end-of-digital-health-47561743b058>.

Das ist auch das Gesundheitssystem, in dem ich später arbeiten werde. Ich werde wahrscheinlich nicht alle Patientinnen und Patienten physisch vor mir haben, werde Videosprechstunden anbieten, werde in der Diagnostik durch Künstliche Intelligenz unterstützt, werde digitale Gesundheitsanwendungen und E-Rezepte verschreiben. Vielleicht kommen Patientinnen und Patienten zu mir, weil ihre Smartwatch sagt, mit ihrem Herzen sei etwas nicht in Ordnung und sie wissen möchten, was nun zu tun ist. Als Gesundheitsberaterin muss ich wissen, wie ich damit umgehe.

Natürlich werden wir nicht die Informatikerinnen oder Informatiker im Kittel sein, wir werden nicht selbst programmieren, wenn wir das nicht unbedingt möchten. Wenn wir uns aber die neuen Diagnosetools im Vergleich zu den etablierten ansehen, bemerken wir: Wir lernen im Studium beispielsweise, wie eine Röntgenröhre funktioniert. Und das nicht, damit wir selbst Röntgenröhren herstellen oder warten können, sondern damit wir die Anwendungsbereiche und Limitationen der Technik kennen.

Im Bereich der Digitalen Medizin wird, insbesondere bei Künstlicher Intelligenz, häufig von einer Black Box gesprochen. Ich gebe Daten herein und erhalte einen Output, weiß aber nicht, was im System passiert. Die Anwendungen der Digitalen Medizin als Ganzes sollten für uns als künftige Ärztinnen und Ärzte keine solche Blackbox sein, deshalb müssen wir dazu ausgebildet werden.

Gleichzeitig ist zu bemerken, dass die Medizinstudierenden, laut Daten des Berufsmonitorings von 2018, sich im Bereich der Digitalisierung nicht besonders gut informiert fühlen. 2018 fühlten sich nur etwas mehr als 10 % der Befragten gut oder sehr gut informiert (Abbildung 2).

"Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung?"



Abb. 2: Angaben im Berufsmonitoring 2018 zur Informiertheit über die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung; https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf

Warum ist das so? 2020 ermittelten Aulenkamp et al., an wie vielen Fakultäten digitale Kompetenzen in der Lehre verankert sind. Im Wahlbereich gibt es bereits viele Angebote. Im Pflichtcurriculum, welches alle Studierenden erreicht, haben nur sieben Fakultäten digitale Kompetenzen in die Lehre integriert (<https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2021-38/zma001476.shtml>).

Wir als bvmd halten Digitalisierung in der Lehre immer noch für ausbaufähig. Daher haben wir im vergangenen Jahr hierzu ein Positionspapier verabschiedet (Abbildung 3).

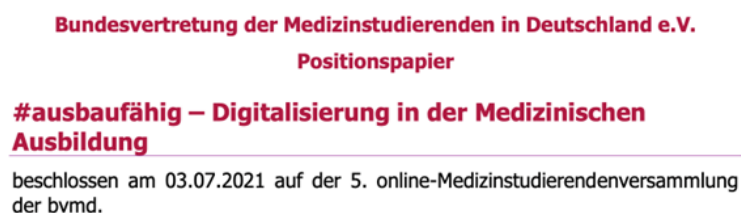


Abb. 3: Das Positionspapier der bvmd zur Digitalisierung in der Medizinischen Ausbildung

Im Bereich der Digitalen Kompetenzen fordern wir Folgendes:

Inhalte zu Digitalen Kompetenzen müssen im Kerncurriculum enthalten sein. Der NKLM bietet hier eine gute Grundlage, dies flächendeckend zu integrieren. Eine longitudinale Umsetzung ist wichtig. Zusätzlich sollten die schon existierenden Konzepte für Wahlcurricula weiter umgesetzt werden, um eine neigungsorientierte Vertiefung zu ermöglichen. Zu interprofessioneller Lehre haben wir schon viel gehört, aber natürlich verändert die digitale Transformation die interprofessionelle Zusammenarbeit im

Team inklusive neuer Berufsgruppen wie Data Scientists und Medizininformatikerinnen und -informatiker. Auch das muss in der Lehre abgebildet werden.

Zuletzt brauchen wir ein geeignetes Lernumfeld. Es hilft nicht, wenn in der Vorlesung inspirierende Inhalte zur Digitalisierung vermittelt werden, Studierende aber im Praktischen Jahr dann nicht einmal einen Zugang zum Managementsystem der Patientinnen und Patienten erhalten (Abbildung 4).



Abb. 4: Anforderungen und Ansprüche der Studierenden an eine künftige Ausbildung zu digitalen Kompetenzen in der Medizin

In der bvmd gibt es seit 2020 ein Projekt zur Digitalen Medizin. Zusammen mit Studierenden der Medizininformatik dient das Projekt dem Austausch zur Lehre im Themengebiet und mit Startups der Digitalen Medizin (Abbildung 5).



Abb. 5: Das interprofessionelle Projekt „Digitale Medizin“ der bvmd

Wenn wir zurück zum Medizinstudium kommen, verändert die Digitalisierung die Arbeit in allen ärztlichen Rollen. Doch nicht nur die Digitalisierung hat Auswirkungen auf unsere Arbeit. Pandemien, Klimawandel und Kriege werden uns vor immer neue

Herausforderungen stellen. Damit wir lernen, wie wir in einem solchen sich ständig verändernden System gut arbeiten und das System mitgestalten können, gibt es im NKLM eine ärztliche Rolle, die nicht über das CanMeds Modell definiert ist: Den Visionär (Abbildung 6). Mit Lernzielen zum Visionär können auch Sie in Ihrem Curriculum die Studierenden auf das Gesundheitssystem von Übermorgen vorbereiten.

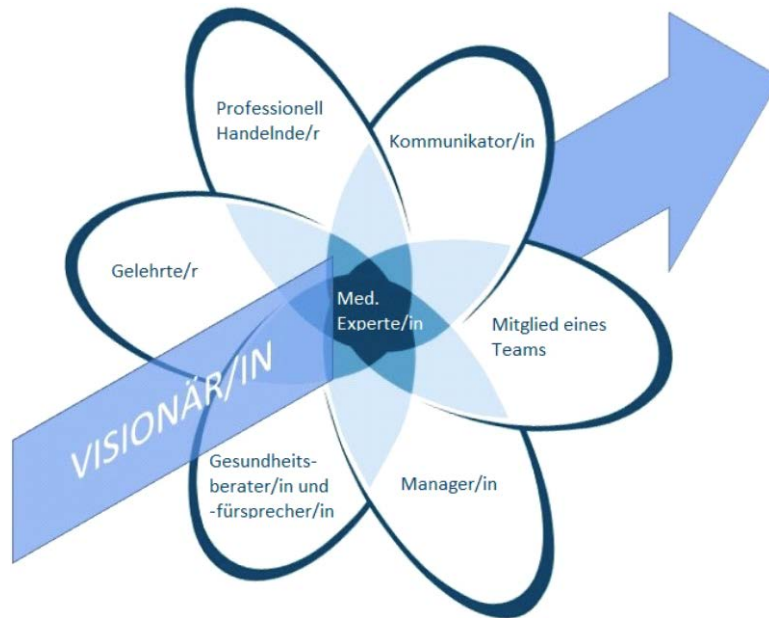


Abb. 6: Die neue Rolle ärztlicher Visionärinnen und Visionäre im Modell der CanMEDs als ein Ergebnis und ein Erfordernis der Digitalisierung

Diskussion

In der Diskussion wird von den Studierenden kritisch angemerkt, dass der Querschnittsbereich 1 (QB1) mit seinen heutigen Inhalten zur Digitalisierung nicht ausreicht, um den künftigen Aufgaben digitaler Anwendungen in der Medizin gerecht zu werden. Eine mögliche Vermittlung von Digitalisierung im Medizinstudium kann über gemeinsame Einführungsveranstaltungen mit Studierenden der Informatik, die Einbeziehung von Startups aus der Medizininformatik und die Nutzung der bereits jetzt bestehenden Wissenschaftsmodule realisiert werden.

Der Vorschlag, das gegenwärtige Rollenmodell im Medizinstudium durch die Rolle einer Visionärin oder eines Visionärs zu erweitern, findet allgemeinen Beifall. Auch wenn nicht alle Studierenden in diese Rolle eintreten werden, sollte die richtige Einstellung zu einer sich künftig weiterentwickelnden Medizin vermittelt und ein entsprechendes Bewusstsein bei allen Studierenden geweckt werden. Der akademische Ansatz einer Universität muss es sein, über heutige Grenzen und Inhalte hinaus weiterzudenken und neue Visionen und Vorstellungen zu entwickeln.

Urkundenverleihung Master of Medical Education



Übergabe der Urkunden zum Master of Medical Education (MME)

Prof. Dr. Sabine Herpertz
Studiengangsleiterin, Heidelberg
Prof. Dr. Stefan Uhlig
Vorsitzender der Akademie für Ausbildung in der
Hochschulmedizin (AHM)

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
liebe Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs,

es ist uns eine besondere Ehre und Freude, gemeinsam die Urkunden zum erfolgreichen Abschluss des Studiengangs Master of Medical Education (MME) überreichen zu dürfen.

Es haben auch in diesem Jahr wieder 18 Absolventinnen und Absolventen den Studiengang erfolgreich abgeschlossen. Leider können wir nur einer Absolventin die Urkunde hier überreichen und bitten die Anwesenden um einen Beifall, wenn wir die Liste aller Absolventinnen und Absolventen verlesen werden.

Wir übergeben die Urkunden mit unseren herzlichsten Glückwünschen zum erfolgreichen Abschluss dieses Postgradualstudiums und tun das auch im Namen der Leitung des MME-Studiengangs und des Präsidiums des MFT.

Heute bitten wir nach vorn

Dr. Zornitsa Shomanova, Universitätsklinikum Münster.

Die weiteren Absolventinnen und Absolventen des Jahres 2022 sind

Tim Becker, Göttingen
Prof. Dr. Sven Benson, Universitätsklinikum Essen
Dr. Anne-Sophie Biesalski, Ruhr-Universität Bochum
Dr. Julian Brätz, Hamburg
Dipl.-Biol. Karolin Dospil, München
Dr. Hendrik Eismann, Hannover

Dr. Daniel Forstner, Sanitätslehrregiment Feldkirchen
PD. Dr. Anna Frey, Würzburg
PD. Dr. Imke Galazky, Magdeburg
PD Dr. Heide Götze, Leipzig
Prof. Dr. Andrea Heinzmann, Freiburg
PD Dr. André Kidszun, Bern
Dr. Mirjam Kissling-Rauch, Zürich
Prof. Dr. André Mihaljevic, Heidelberg
PD Dr. Tania Pastrana, Aachen
Dr. Florian Recker, Bonn
Dr. Peter Simon, Gießen.



Frau Dr. Zornitsa Shomanova nimmt stellvertretend für die Absolventinnen und Absolventen des MME-Studiengangs 2022 die Masterurkunde entgegen (v.l.n.r. Dr. Zornitsa Shomanova, Prof. Dr. Sabine Herpertz, Prof. Dr. Stefan Uhlig).

Tagungsimpressionen V



Abschlussvortrag mit Diskussion

Moderation: Prof. Dr. Michael Gekle



Wissenschaft kommunizieren: Qualität statt Quantität - Besonderheiten in der öffentlichen Kommunikation medizinischer Themen

Jan-Martin Wiarda
Wissenschaftsjournalist, Teltow

Meine Damen und Herren,

ich freue mich sehr, heute hier zu sein.

Ich bin der Einladung, vor Ihnen über die Bedeutung von Wissenschaftskommunikation und dabei über die Besonderheiten der Vermittlung medizinischer Themen zu sprechen, gern gefolgt, und das aus dreierlei Gründen.

Weil ich erstens als Journalist von guter Wissenschaftskommunikation sehr eigennützig profitiere – in Form spannender Impulse für neue Artikel. Weil ich – zweitens – umgekehrt aber auch immer wieder über Fälle berichten muss, in denen die Kommunikation wissenschaftlicher oder medizinischer Themen verunglückt ist. Und weil ich drittens eine qualitativ hochwertige und professionelle Wissenschaftskommunikation ganz grundsätzlich für eine zentrale Aufgabe moderner Wissenschaft halte.

In meine Betrachtungen einsteigen möchte ich, indem ich wiederum zuerst drei Ausgangspunkte nenne und beschreibe, die für meine weiteren Überlegungen zu den Besonderheiten der öffentlichen Kommunikation medizinischer Themen Grundlage sein werden – drei Ausgangspunkte, die viel miteinander zu tun haben.

Dabei komme ich vom Allgemeinen der Wissenschaftskommunikation und nähere mich den Besonderheiten der Medizin an.

Ausgangspunkt 1:

Die zunehmende Bedeutung von Wissenschaftskommunikation

Wissenschaftskommunikation spielt aus mehreren Gründen heute eine andere Rolle als vor Jahren oder gar Jahrzehnten.

Da ist die immer schon große und noch wachsende Rolle wissenschaftlicher Themen in den öffentlichen Debatten einer hochtechnisierten und – für medizinische Themen besonders wichtig – alternden Gesellschaft. Das galt vor Corona, zuletzt besonders stark in der Klimadebatte, ist durch die Pandemie aber extrem akzentuiert worden. Mit der Folge enormer (meist über klassische wie soziale Medien transportierten) Heilserwartungen und persönlicher Überhöhung von Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftlern als Helden oder Schurken.

Damit verwandt, aber doch unabhängig davon zu betrachten: Die großen und steigenden Erwartungen der Politik an die Wissenschaft in Bezug auf ihre Transferleistung. Das betrifft Technologie und Kommunikation und folgt einem Input (Steuergelder)-Output (Transfer)-Denken. Die Politik, vor allem die Wissenschaftsminister von Bund und Ländern, wollen den gesellschaftlichen Austausch über Wissenschaft und die Ergebnisse von Forschung fördern. Sie wollen damit zeigen, dass sich die Investition von Steuergeldern in Forschung „lohnt“. Wobei Sie „sich lohnt“ in Anführungszeichen denken müssen, die in aller Kürze die Unterkomplexität einer solchen Betrachtungsweise kennzeichnen sollen.

Hinzu kommen schließlich die Eigeninteressen der Wissenschaft als Institution und der einzelnen Wissenschaftler an einer auskömmlichen Finanzierung. Zugleich geht es darum, die gesellschaftliche Akzeptanz von Forschung zu erhöhen – im Zweifel auch von Methoden, die traditionell umstrittener sind. In der Genforschung, um ein Beispiel zu nennen. Oder beim Einsatz von Tierversuchen. Und natürlich geht es auch um Eitelkeiten.

So unterschiedlich die Gründe, so einheitlich ist die Folge: Wissenschaft sucht die Öffentlichkeit. Oder die Öffentlichkeit sucht die Wissenschaft. In jedem Fall entstehen mehr Interaktion, mehr Austausch, mehr Dynamik und neue Formen der Kommunikation. Das sage ich an dieser Stelle (noch) ganz wertfrei. Doch schon an dieser Stelle wird es kompliziert. Denn schon hier geraten wir hinein in zahlreiche Spannungsfelder, von denen ich als Ausgangspunkt zwei meiner Überlegungen aber nur eines genauer betrachten möchte.

Ausgangspunkt 2:

Das Spannungsfeld zwischen Wissenschaftsmarketing, Wissenschaftlermarketing und Wissenschaftskommunikation

Die Frage, die sich nach der Feststellung der zunehmenden Bedeutung von Wissenschaftskommunikation sofort stellt: Wer will kommunizieren, und zu welchem Zweck?

Zu nennen sind hier zunächst die Institutionen, in der Medizin angefangen mit den Universitätskliniken, deren Interessen in diesem Fall vor allem gleichgesetzt werden

mit denen der Vorstände und weiterer Führungsebenen. Diese haben im Wesentlichen ein Ziel: die Markenpflege. Gemeint sind damit die Marke und die Reputation der eigenen Einrichtung. Denn je besser die Einrichtung in der Öffentlichkeit erscheint, desto stärker wird davon natürlich auf die Leitung zurückgeschlossen. Das bestimmt den Umgang vieler Chefetagen mit den Presse- und PR-Leuten und grenzt den Freiraum ein, den diese bekommen.

Es geht hier um die Stärkung des Narrativs der Unverzichtbarkeit und Besonderheit der eigenen Einrichtung. Nicht um Kommunikation im Sinne von Dialog oder Aufklärung, sondern um Kommunikation im Sinne von Werbung und Lobbyarbeit. Wenn unter diesen Voraussetzungen kommunikative Dialogformate stattfinden, dienen diese oft vor allem dazu, die eigene Einrichtung am Ende in einem positiven Licht da stehen zu lassen. Wiederum im Sinne der Markenpflege.

Andere Motivationslagen in Bezug auf die Wissenschaftskommunikation bestehen bei den einzelnen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Hier lassen sich mindestens drei Gruppen mit wiederum unterschiedlichen Zielen unterscheiden.

Erstens: Die Selbstdarsteller/-vermarkter. Sie haben als Ziel die Darstellung der eigenen Forschung, um mehr Ressourcen und/oder mehr Aufmerksamkeit zu erhalten. Sie erzeugen oft einen besonders hohen Erwartungsdruck an die Kommunikationsabteilungen – oder beschäftigen dafür sogar eigene Leute/Agenturen. Hier ordnen sich übrigens auch manche Chefs und Vorstände ein. Solche, die gern persönlich in die Medien wollen. Die gehört werden wollen als Experten, als Lenker und Visionäre. Und das sollen die PR- und Wissenschaftskommunikatoren bitte auch ermöglichen. Ein Interview oder Gastbeitrag in der FAZ oder in der ZEIT sollte dann schon ab und zu sein.

Zweitens: Die Überzeugungstäter, die wirklich aufklären und die Debatte zwischen Wissenschaft und Gesellschaft fördern wollen und selbst inhaltlich davon profitieren, die Spaß am Kommunizieren haben und Wissenschaftskommunikation als essentiellen Teil ihrer Aufgabe als Wissenschaftler sehen.

Drittens: Eine große Gruppe, die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die eigentlich nicht Wissenschaftskommunikation betreiben wollen, weil sie diese gar nicht als Kern ihrer Aufgabe begreifen. Ich weiß, das ändert sich gerade, aber aktuell bleibe ich dabei: Die Mehrzahl der Wissenschaftler zählt die Kommunikation über ihre Arbeit mit der Öffentlichkeit bislang nicht zu ihren Prioritäten. Viele sind der Auffassung, das können „die Presseleute“ oder die „PR-Leute“ für sie und ihre Institution erledigen. Am besten in einer Art und Weise, die sie selbst als Wissenschaftler möglichst wenig behelligt. Nicht wenige Wissenschaftler empfinden es insofern eher als lästig, wenn die Kommunikations-Abteilung sich an sie wendet, sei es wegen institutionengetriebener Kommunikationsprojekte oder weil es Anfragen aus der Presse gibt. Viele

helfen auch gern, natürlich, aber viele auch nicht. Und betreiben Wissenschaftskommunikation nur dann, wenn sie sich persönlich für ihre Arbeit davon etwas versprechen. Womit der Zirkelschluss zur Gruppe eins gemacht ist.

Oft ist es natürlich so, dass die unterschiedlichen Interessenlagen/Motive über die Zeit bei denselben Personen auftauchen und sich mitunter auch vermischen können.

Nehmen wir nun noch einen dritten Ausgangspunkt für meine heutige Diskussion über Wissenschaftskommunikation und die öffentliche Kommunikation medizinischer Themen hinzu, und die hat genau damit zu tun, mit den besonderen Strukturen in der Universitätsmedizin. Die nochmal verstärkend wirkt in den eben beschriebenen Spannungsfeldern.

Ausgangspunkt 3:

Die besonderen Strukturen in der Universitätsmedizin

Es kann sein, dass ich mich in den nächsten paar Minuten ein wenig unbeliebt mache, aber dieses Risiko muss ich eingehen. Ich beginne mit der Feststellung: In der Medizin geht es auch um außerordentlich viel Geld. Und um Macht. Die Hochschulen in Deutschland hatten 2017 Einnahmen in Höhe von 54 Milliarden Euro. 18 Milliarden, ein Drittel davon, ging auf das Konto der Universitätskliniken. 2018 haben die Deutschen laut Statistischem Bundesamt mehr als eine Milliarde Euro für ihre Gesundheit ausgegeben, pro Tag. Und wir alle wissen: Geld ist in unserer Gesellschaft eng mit Macht verbunden.

Nun wird niemand behaupten, dass man in der medizinischen Forschung, selbst wenn man ganz oben in der Hierarchie steht, automatisch außerordentlich viel Geld verdient. Aber die Budgets, die das Führungspersonal verantwortet, sind oft sehr groß. Und Chefärzte in Kliniken können durchaus exorbitante Gehälter erreichen, wenn sie gezielt darauf hinarbeiten. Dazu müssen sie sich habilitieren und zumeist zweckgebundene Forschung betreiben. Anders als in der freien Wirtschaft führt der Weg zum Spitzegehalt also über eine wissenschaftliche Karriere.

Und noch etwas kommt hinzu: Während Ingenieure an Autos arbeiten, behandeln Mediziner Menschen. Oder sie legen mit ihrer Forschung potenziell die Grundlagen für Therapiedurchbrüche von morgen. Die Ängste und Hoffnungen der Kranken und ihrer Angehörigen begleiten sie. Das stattet Mediziner mit einer besonderen Macht aus und begründet darüber hinaus eine Reputation, die selbst in unserer modernen Welt mitunter ins Mystische reicht.

Damit sind die Besonderheiten noch nicht zu Ende. Ich hoffe, ich trete einigen hier heute nicht zu nahe, wenn ich sage: Die Medizin ist bis heute geprägt von einem Ordi-

nariensystem, obwohl das ihm zugrundeliegende Lehrstuhlprinzip offiziell fast überall längst abgeschafft wurde. An der Spitze: der Professor und Lehrstuhlinhaber, der oftmals zugleich Klinikdirektor ist, mit einer Schar von Privatdozenten und „außerplanmäßigen Professoren“, die zugleich seine Oberärzte sind, dazu Doktoranden und Habilitanden, Postdocs, Assistenzärzte.

Auch das fördert und fordert Abhängigkeiten und verhindert oftmals Widerspruch. Und dann sind da die Reste eines bis ins 19. Jahrhundert und davor zurückreichenden Geniekults, die den Mediziner zu mehr machen als zu einem besonders hochqualifizierten Handwerker. Der wiederum, Sie erinnern sich, ziemlich gut zur medialen Hochstilisierung einzelner Wissenschaftler passt.

Kurzum: Medizinprofessoren, Klinikdirektoren und medizinischen Forschern fehlt in einem extrem kompetitiven Umfeld manchmal das Korrektiv, weil sie kein Gegenüber haben, das ihnen beizeiten sagt: So geht das nicht.

Und ich habe mich jetzt erstmal ausreichend unbeliebt gemacht – eventuell.

Warum aber führe ich dann all das im Zusammenhang mit einem Vortrag über die Wissenschaftskommunikation und die Besonderheiten in der öffentlichen Kommunikation medizinischer Themen überhaupt aus? Ganz einfach: Bedenkt man die drei Ausgangspunkte, wenn man so möchte: die Rahmenbedingungen, unter denen Wissenschaftskommunikation in der Medizin und von medizinischen Themen stattfindet, wird klar, wie essentiell in diesem Zusammenhang professionelle Standards, Verfahrensweisen und Selbstreflexion sind. Denn wenn sie fehlen, kann es hierzu kommen.

Zum Heidelberger Krebstest-Skandal.

Ein Thema, das mich als Journalist nach Februar/März 2019 über eine lange Zeit extrem beschäftigt hat. So, wie viele von Ihnen die Ereignisse sicherlich ausführlich verfolgt haben. Ich will hier jetzt nicht erneut in die Details der Geschichte einsteigen, nur so viel: Hier fügten sich all die Erwartungen an Wissenschaftskommunikation, das Spannungsfeld zwischen Wissenschaftsmarketing, Wissenschaftlermarketing und Wissenschaftskommunikation und die besonderen Strukturen der Universitätsmedizin zu einem aus meiner Sicht unrühmlichen Ganzen zusammen. Und führten zur reklameartigen und vorzeitigen Überhöhung eines nicht ausgereiften Krebstests – unter zumindest Billigung der Leitung von Universitätsklinikum, Dekan, aber interessanterweise, wie sich herausstellte, GEGEN das ausdrückliche Votum der Pressestelle des Uniklinikums.

Natürlich war das ein Extremfall. Aber er verdeutlicht meines Erachtens sehr gut, worum es mir heute und im Rest meines Vortrags geht. Denn ich möchte im Folgenden

sechs Thesen formulieren, die wir gern im Anschluss an meinen Vortrag diskutieren können. Sechs Thesen, wie und welche medizinischen Themen nicht nur erfolgreich, das heißt: medienwirksam, sondern auch wissenschaftlich korrekt und vor allem gemeinwohlorientiert kommuniziert werden können. Und durch wen.

These 1: Die Kommunikation von Universitätsklinika muss sich vom Paradigma einer Unternehmenskommunikation trennen. Und weil das aus Sicht des Vorstands kaum möglich sein wird, muss die Kommunikation inhaltlicher, also medizinischer Themen und Forschungsergebnisse, auch von translationalen Forschungsergebnissen, in der Verantwortung der Fakultät und allein der Fakultät liegen.

These 2: Für die Veröffentlichung und Kommunikation medizinischer Themen müssen überall im Land im Austausch zwischen Fakultätsmitgliedern und professionellen Kommunikatoren Standards, Kriterien und Kodizes entwickelt werden. Auf der Grundlage dieser Standards und Kriterien müssen Pressestellen und Kommunikationsabteilungen eigenverantwortlich über Veröffentlichungen entscheiden können auf der Grundlage ihrer professionellen Erfahrung und Abwägung. Hier darf es keinen Druck „von oben“ oder „von der Seite“ geben. Dabei sollten öffentliches Interesse, tatsächliche wissenschaftliche Bedeutung und Nachrichtenwert im Vordergrund stehen – immer auch mit dem Ziel, keine ungerechtfertigten Erwartungen von betroffenen Patienten und ihren Familien an medizinischen Fortschritt zu wecken. Für die Autonomie der Kommunikationsabteilung muss die Fakultätsleitung eintreten.

These 3: Fast automatisch folgt aus These 2 ein Weniger an Quantität und ein Mehr an Qualität. Dazu ist aber auch ein Auf- oder Ausbau der Presse- und Kommunikationsstellen in den Universitätsfakultäten nötig. Gern auf Kosten der Ressourcen der Unternehmenskommunikation.

These 4: Neben der klassischen Presse- und Medienarbeit, die allzu oft noch im Sinne einseitiger Kommunikation gedacht wird, geht es um die Entwicklung stärker interaktiver und partizipativer Formate, die das Nachdenken über Wissenschaft und wissenschaftliche Methoden der Erkenntnisgewinnung stimulieren und Neugier zum Nachfragen wecken. Beispiele sind hier Science Slams, Workshops und Werkstattformate, aber auch Podcasts oder Citizen-Science-Projekte.

These 5: Ob für die Kommunikation medizinischer Themen oder wissenschaftlicher Erkenntnismethoden: Authentisch wird dies nur mit einer stärkeren Beteiligung der medizinisch Forschenden gelingen. Hierzu muss die Wissenschaft insgesamt, aber gerade auch die Medizin über neue Anreizformen nachdenken, gerade wenn Wissenschaftskommunikation einen gesellschaftlichen Auftrag erfüllen soll. Die Frage ist: Wie kann Wissenschaftskommunikation karriereförderlich für Forscherinnen und For-

scher sein, wenn sie eben nicht in mehr oder minder plumpem Selbstmarketing bestehen soll?

These 6: Ein Teil der Antwort liegt für mich in der wissenschaftlichen Ausbildung selbst. Nein, nicht jeder und nicht jede Wissenschaftlerin muss künftig eine begnadete Kommunikatorin sein, aber jeder und jede Wissenschaftlerin muss in ihrer Ausbildung die Gelegenheit bekommen, für sich herauszufinden, ob sie eine zumindest passable Kommunikatorin werden könnte. Ob sie Freude daran hat. Und wie sie die dafür nötigen handwerklichen Fähigkeiten erwirbt.

Soweit meine Thesen, die ich alle gern auf Nachfrage später noch weiter ausführen kann. Ich hoffe aber, dass sie sich auf der Grundlage der drei von mir genannten Ausgangspunkte schon ein Stückweit von selbst erschlossen haben zum jetzigen Zeitpunkt.

Doch möchte ich an dieser Stelle auf ein weiteres Phänomen der Wissenschaftskommunikation speziell in der Medizin zu sprechen kommen, das man vor allem in der Pandemie beobachten konnte.

Medien, soziale vor allem, aber auch die klassischen Massenmedien, neigen zur Personalisierung. Zur Fokussierung auf wenige Personen. Eine Tendenz, die verwandt ist mit der anfangs von mir erwähnten Dichotomie der Einordnung von Akteuren als Helden oder Schurken in der öffentlichen Debatte.

Gegen Personalisierung spricht erstmal gar nichts. Personalisierung zählt zu den klassischen Nachrichtenwerten, die laut der sogenannten Nachrichtenwerttheorie für uns Menschen bestimmte Ereignisse spannender machen. Andere Nachrichtenwerte sind Negativität, Aktualität, geografische oder soziale Nähe, gesellschaftlicher Impact, um nur einige zu nennen.

Gute Wissenschaftskommunikation wird genauso wie guter Journalismus das Potenzial eines Themas oder einer Nachricht für die öffentliche Debatte mit diesen und weiteren Nachrichtenwerten abgleichen. Und dann eine professionelle Entscheidung treffen, die auch in Rechnung stellt, dass nicht jede Nachricht, die potenziell für Aufsehen sorgen könnte, unter Aspekten ethischer und/oder gesellschaftlicher Verantwortung vertretbar ist.

Positiv gewendet können Nachrichtenwerte indes helfen, für die Gesellschaft wichtige Botschaften und Themen so zu vermitteln, dass sie ihre Adressaten auch erreichen.

Und hier kann Personalisierung eine große Rolle spielen. Wenn wir über die Coronapandemie sprechen, wissen Sie sofort, auf wen ich hinauswill.

Der Erfolg des Podcasts von Christian Drosten war ein großer Glücksfall für die Wissenschaftskommunikation und die Kommunikation medizinischer Themen – und hätte nicht funktioniert ohne die Person von Christian Drosten. Anders gesagt: Es ging nicht nur darum, was in den Podcasts gesagt wurde, sondern auch von wem. Und wie.

Indes ging meines Erachtens mit diesem großen Erfolg der Wissenschaftskommunikation nicht nur ein großer gesellschaftlicher Nutzen einher, sondern es entstand auch ein Problem, das vor allem in der Frühphase der Pandemie virulent war.

Gesellschaft und Politik engten ihre Wahrnehmung der medizinischen Forschung zu einem großen, meines Erachtens einem zu großen Teil auf ein einzelnes Fach, die Virologie, und nochmal zugespitzt, besonders auf einen Virologen aus. Dafür konnte Christian Drosten nichts, der im Laufe der Zeit auch zunehmend sichtbar mit dieser Rolle fremdelte.

So dass die gerade erst auf wünschenswerte Weise auch durch die Personalisierung erreichte Weitung der öffentlichen Debatte über Wissenschaft schon wieder auf ungute Weise verengte. Weil die Perspektiven anderer medizinischer wie nichtmedizinischer Fächer, die meines Erachtens für die Bewältigung der Coronakrise genauso grundlegend gewesen wären, in den Hintergrund traten oder sogar nahezu unsichtbar waren.

Das hatte Folgen für die journalistische Berichterstattung genauso wie für die politische Entscheidungsfindung. Wenn etwa die Beiträge von Epidemiologen, von Infektionsmedizinern und Pädiatern, von Psychologen oder, um als Journalist für Bildung und Wissenschaft einmal in den nichtmedizinischen Bereich zu gehen, Sozialpädagogen und Bildungswissenschaftlern zunächst kaum eine Rolle zu spielen schienen.

Hier hat aber auch der Journalismus versagt. Der politische wie der Wissenschaftsjournalismus. Weil er selbst die Verengung mitgemacht hat und sich nicht genug bemüht hat, andere medizinische und nichtmedizinische wissenschaftliche Perspektiven in die öffentliche Debatte zu bringen.

Das ist die eine Stelle, an der ich sagen würde, dass in der Wissenschaftskommunikation mehr Quantität, mehr Vielfalt der Stimmen, auch zu mehr Qualität der gesellschaftlichen Debatte geführt hätte. Wie gesagt, kein Vorwurf an Christian Drosten oder die wenigen anderen Protagonisten der ersten langen Phase der Pandemie, aber doch eine Lektion für die Zukunft.

Und mit dieser Lektion will ich auch enden für heute. Ich hoffe, ich habe Ihnen ein paar Punkte zum Weiterdenken und gern auch zum Widerspruch präsentiert. Ich würde mich freuen, wenn wir die Debatte über meine Thesen jetzt noch weiter vertiefen könnten.

Denn auch wenn derzeit die Pandemie und damit auch die medizinischen Themen ein klein wenig stärker aus dem Fokus geraten sind, wissen Sie so gut wie ich: Das kann und wird sich vermutlich sehr schnell wieder ändern. Und ich würde mir wünschen, dass die Medizin ihre Verantwortung für eine informierte gesellschaftliche Debatte dann noch etwas besser wahrnehmen können. Mit vielfältigen Beiträgen und Stimmen, aber immer in hoher Qualität.

Herzlichen Dank!

Diskussion

Ein erster Schwerpunkt der Diskussion richtet sich auf die vorgestellte Überlegung, dass eine Kommunikation mit der Öffentlichkeit ausschließlich in der Verantwortung einer professionellen Abteilung liegen soll. Die Fachkräfte für Wissenschaftskommunikation sollen sinnvolle Vernetzungen mit anderen Disziplinen schaffen, sie sind dann aber auch die Verantwortlichen.

Herr Wiarda präzisiert dazu, dass sich dieser Punkt auf die Kommunikation mit Vertretern der Medien, der Politik oder auf mediale Auftritte selbst bezog. Ein Fakultätsrat sollte mit den PR-Expertinnen und -Experten Grundlagen und Kodizes erarbeiten, nach denen vorgegangen wird. Das bedeutet keinesfalls eine Zensur, sondern dient einer klaren Trennung der Unternehmenskommunikation eines Klinikums z.B. über Bilanzen, die Zahl der Transferprojekte oder gewonnene Preise von der Kommunikation wissenschaftlicher Inhalte.

Natürlich müssen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ihren fachlichen Austausch in Form von Originalarbeiten oder Tagungsbeiträgen mit Fachkolleginnen und -kollegen selbst durchführen, denn nur sie sind in der Lage, ihre Daten und Ergebnisse richtig darzustellen und zu interpretieren. Ähnliches gilt für das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten, für das nicht die Regeln einer Öffentlichkeitskommunikation gelten können.

Die Wissenschaftsfreiheit müsste aber enden, sobald die Forschenden Kommunikationskanäle ihrer Einrichtung nutzen. Diese Kommunikation über große Verteiler sollte in die Hände der Pressestelle gehören und sollte auch nur von dieser bestimmt werden. Weder von Seiten des Vorstandes noch von Seiten der Wissenschaft dürfte dann Druck ausgeübt werden, um einen bestimmten Sachverhalt zu publizieren.

Ein zweiter Punkt ist die Frage der Perspektivenvielfalt. Hier stellt sich aus Sicht von Herrn Wiarda ein überaus kompliziertes Journalismus-ethisches Problem dar, entweder Meinungen außerhalb des Mainstreams nicht zu berücksichtigen und so zu tun, als gäbe es keinen Widerspruch, oder einer widersprechenden Minderheit eine zu große Bedeutung zuzuweisen. Auch die Wissenschaft ist in ihren Positionen nicht unfehlbar, sondern unterliegt in ihren Erkenntnissen und Schlussfolgerungen einem Entwicklungsprozess. Dies sollte in der öffentlichen Diskussion bedacht werden, wenn einfache oder sehr eindeutige Aussagen zu einer Zeit gefordert werden, in der die Erkenntnisse diese aber noch nicht zulassen.

Ein weiterer Aspekt in der Diskussion ist die Frage des Umgangs der Wissenschaft mit dem Journalismus und umgekehrt. Nicht erst in der Corona-Pandemie hat sich eine Subkultur entwickelt, die sich mit Fake News oder Verschwörungstheorien u.a. in den

sozialen Medien einer sachlichen Diskussion entzieht. In solchen Kreisen sammelt sich ein nicht kleiner Teil der Gesellschaft. Dort hat die Kommunikation versagt oder man hat versucht, komplizierte Sachverhalte zu vereinfachen und damit unrichtig oder unvollständig zu erklären. Das Aufdecken solcher „Fehler“ fördert das Entstehen von Verschwörungstheorien. Die große Zahl von Talkshows mit Teilnehmern, denen die Fachkompetenz fehlt, von denen aber bekannt ist, was und wie sie bestimmte Dinge ansprechen, führt zu einer Verengung und Verarmung der Debatten und zu einem geringen Erkenntnisgewinn vieler Formate.

Die im Referat angesprochenen positiven Ausnahmen der Medienauftritte von Expertinnen und Experten aus dem Fach haben dabei weniger die breite Öffentlichkeit, sondern mehr die Gruppe der akademisch Gebildeten erreicht. Insofern erscheint auch diese Form der Wissenschaftskommunikation in Deutschland unbedingt verbesserungswürdig.

Die Erkenntnis dieser Probleme führt zur Überlegung, bereits die Studierenden für solche Kommunikationen zu trainieren. Hier ist aber auch die Individualität eines jeden Einzelnen zu berücksichtigen, denn nicht jeder möchte in der Öffentlichkeit auftreten. Solche Trainings könnten den Forschenden helfen, deren Selbstverständnis es ist, zentrale Forschungsergebnisse an die Öffentlichkeit zu bringen, die dafür aber wenig Erfahrungen haben und denen dies mehr schlecht als recht gelingt. Dort sollten regionale und überregionale Dienstleistungsstellen den Forschenden Hilfen anbieten.

Auch auf die unterschiedlichen Journalismuskulturen in Europa und den USA wird eingegangen. Während es in den USA eine Trennung zwischen Faktenbericht und Meinungskommentar gab, erscheint der europäische Journalismus als eine Art Haltungsjournalismus stärker essayistisch geprägt, was durch die modernen Medien noch verstärkt wird. Heute erzeugen Meinungen, die nicht genehm sind oder nicht im Mainstream liegen, ganz schnell Shitstorms im Netz, die dann zu journalistischen Berichten führen, die den Shitstorm noch vergrößern. Herr Wiarda betont dazu, dass es die Aufgabe des guten Journalismus ist, mit Informationen zu versorgen, ohne sofort in eine Missionierung zu verfallen.

In der Diskussion herrscht Einverständnis, dass der Wissenschaftsjournalismus ein Korrektiv für die nach immer neuen und möglichst spektakulären Nachrichten suchenden Medien sein muss, weil er sich in der gebotenen Tiefe mit den Sachverhalten beschäftigen kann. Dabei bleibt der Einwand bestehen, dass den Journalistinnen und Journalisten die dafür nötige Zeit und die wirtschaftlichen Grundlagen fehlen, um diesen wirklich freien Journalismus betreiben zu können.

Es besteht Einigkeit, dass viele Kompetenzen aus der Kommunikation in der Lehre helfen, jedoch die derzeitigen Anreizsysteme in der Lehre genau so wenig ausreichend

sind wie die Anreizsysteme für die gesellschaftsorientierte Wissenschaftskommunikation. Die Qualitätsdiskussion in der Hochschulwissenschaft hat teilweise bereits zu einem Umdenken über den Stellenwert der Lehre geführt. Wie in der Lehre gibt es eine Qualitätsdiskussion inzwischen auch in der Wissenschaftskommunikation. Es ist jedoch schwierig, die bestehenden Anreizsysteme zu ändern und die richtigen Wege zu finden.



Schlussworte und Ankündigung des oMFT 2023

Prof. Dr. Martina Kadmon

Vizepräsidentin des MFT, Berlin und Augsburg

Meine Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich vertrete heute Herrn Frosch, der einen kurzfristigen Termin in Würzburg wahrnehmen musste.

Der Ordentliche Medizinische Fakultätentag 2022 ist zu Ende. Wir haben die letzten eineinhalb Tage bis zur letzten Minute mit wichtigen Themen und spannenden Diskussionen zu Forschung, Lehre und Versorgung gefüllt. Das Besondere für mich war dabei, dass wir uns endlich einmal wieder in Präsenz treffen und miteinander reden konnten. Ich habe den Eindruck, dass das alle Teilnehmenden sehr genossen haben. So war es möglich, Diskussionen in einer anderen Art zu führen, als das über Video-Konferenzen zu realisieren ist.

Ich möchte mich noch einmal im Namen von Herrn Frosch an erster Stelle bei Herrn Hanspach und seinem Team des Dekanats bedanken, die diesen oMFT hervorragend organisiert haben und uns mit dem Festabend einen wunderschönen Abend in einer ganz besonderen Location hier in Essen ermöglichten.

Ich danke auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MFT für die Vorbereitung dieses oMFT, für die umsichtige und stets unterstützende Organisation im Vorfeld.

Mein Dank gilt aber auch den Referentinnen und Referenten und allen Diskussions-
teilnehmern.

Ich wünsche Ihnen allen eine gute Rückreise und schließe, indem ich das Wort an den Dekan der Medizinischen Fakultät Jena übergebe, der die Einladung zum oMFT 2023 nach Jena aussprechen wird.



Prof. Dr. Thomas Kamradt
Dekan der Medizinischen Fakultät Jena

Meine Damen und Herren,
ich möchte Sie ganz herzlich zum nächsten oMFT 2023 nach Jena einladen.

Es war für uns eine freudige Überraschung, als Herr Wissing anrief und vorschlug, nach 2005 den Medizinischen Fakultätentag zum zweiten Mal in Jena abzuhalten. Ich habe als neu gewählter Dekan nun einen oMFT besucht und werde gleich den folgenden ausrichten. Das ist eine Aufgabe, der wir uns gerne stellen.

Wir freuen uns, Sie im nächsten Jahr in Jena zu sehen und werden uns große Mühe geben, dem guten Beispiel hier in Essen zu folgen.

Herzlichen Dank!

Die Einladung wird von den Anwesenden mit Beifall angenommen.

Damit ist der Ordentliche Medizinische Fakultätentag 2022 beendet.



Prof. Dr. Matthias Frosch
Präsident des MFT



Prof. Dr. Frank Richter
Schriftführer des 83. oMFT

Mitgliederversammlung des 83. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages*

In der Mitgliederversammlung waren 34 Medizinische Fakultäten und Fachbereiche der Bundesrepublik Deutschland vertreten. Die Medizinischen Fakultäten Dresden, Kiel, Marburg und Regensburg nahmen nicht teil.

Der Präsident des MFT legte den Rechenschaftsbericht vor und informierte über die Aktivitäten des MFT in der vergangenen Tätigkeitsperiode sowie über Planungen und Vorhaben für das neue Geschäftsjahr.

Der Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer für das abgelaufene Geschäftsjahr wurden entgegengenommen. Das Präsidium wurde für die vergangene Geschäftsperiode entlastet.

Der Haushaltsplan des MFT für das Geschäftsjahr 2022, der Wirtschaftsplan des MFT für 2023 und der Finanzplan des MME-Studiengangs 2022 wurden vorgestellt und beschlossen.

Die Mitgliederversammlung beschloss eine Satzungsänderung, die die Durchführung von Mitgliederversammlungen und außerordentlichen Medizinischen Fakultätentagen als rein virtuelle Veranstaltungen oder auch als hybride Veranstaltungen zulässt.

Die Teilnehmer der Mitgliederversammlung diskutierten die Themen:

- Fortgang der neuen Approbationsordnung Medizin
- Positionspapier des MFT zur Leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM)
- Positionspapier des MFT „Transparenz und Umgang mit Interessenkonflikten an den Medizinischen Fakultäten“ (siehe auch dieser Tagungsbericht, Seite 53 ff.)

In der Mitgliederversammlung wurden der Präsident des MFT, der Schatzmeister des MFT, Mitglieder des MFT-Präsidiums und die Kassenprüfer gewählt.

Satzungsgemäß endete die Amtszeit von Prof. Dr. Matthias Frosch (Würzburg) als Präsident des Medizinischen Fakultätentages. Prof. Dr. Matthias Frosch wurde als Präsident des Medizinischen Fakultätentages wiedergewählt.

* Das Protokoll der Mitgliederversammlung wird den Mitgliedsfakultäten als gesonderter Text übersandt.

Die Mitgliedschaften im MFT-Präsidium von Frau Prof. Dr. Martina Kadmon (Augsburg), Prof. Dr. Christopher Baum (Lübeck), Prof. Dr. Ronald Frankenberger (Marburg), Prof. Dr. Michael Gekle (Halle/Saale) und Prof. Dr. Dr. Jürgen Schüttler (Erlangen) endeten satzungsgemäß.

Frau Prof. Dr. Martina Kadmon, Prof. Dr. Christopher Baum, Prof. Dr. Ronald Frankenberger, Prof. Dr. Michael Gekle und Prof. Dr. Dr. Jürgen Schüttler wurden für die Dauer von drei Jahren erneut zum Mitglied des MFT-Präsidiums gewählt. Frau Prof. Dr. Blanche Schwappach-Pignataro (Hamburg) wurde als neues Mitglied des MFT-Präsidiums gewählt.

Herr Prof. Dr. Dr. Schüttler kandidierte nicht erneut und schied auch aus der Funktion des MFT-Schatzmeisters aus. Als neuen Schatzmeister des MFT wählte die Mitgliederversammlung Herrn Prof. Dr. Thomas Wirth (Ulm). Der Präsident des MFT dankte dem ausscheidenden Schatzmeister für seine verdienstvolle Tätigkeit für den MFT über drei Wahlperioden seit 2015.

Gemäß der Satzung endete die dreijährige Tätigkeit der beiden Kassenprüfer. Frau Dr. Werner schied aus dieser Funktion aus, Prof. Thiery stellte sich der Wiederwahl. Die Mitgliederversammlung wählte als Kassenprüfer Prof. Dr. Joachim Thiery (Kiel) und Herrn Prof. Dr. Bernd Weber (Bonn).

Teilnehmende des 83. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages

Präsidium des Medizinischen Fakultätentages

Prof. Dr. Matthias **Frosch**

MFT-Präsident, Dekan der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Prof. Dr. Martina **Kadmon**

MFT-Vizepräsidentin und Gründungsdekanin der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg

Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen **Schüttler**

MFT-Schatzmeister und Prodekan für den Medizincampus Oberfranken der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Dr. Frank **Wissing**

MFT-Generalsekretär

Prof. Dr. Christopher **Baum**

Vorstandsvorsitzender des Berlin Institute of Health

Prof. Dr. Gereon **Fink**

Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Prof. Dr. Michael **Gekle**

Dekan der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Stefan **Uhlig**

Dekan der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

Prof. Dr. Thomas **Wirth**

Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität, Ulm

Teilnehmende der Fakultäten und Gäste

Bettina **Abels**, Stellvertretende Fakultätsgeschäftsführung, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

Prof. Dr. Barbara **Albert**, Rektorin, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Essen

Anne **Asschenfeldt**, Wissenschaftsförderung, Else Kröner-Fresenius-Stiftung, Hornburg

Prof. Dr. Ingo **Autenrieth**, Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, Medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg

Katrin **Beck**, Referentin, Verband der Universitätsklinika, Berlin

Prof. Dr. Pascal **Berberat**, Studiendekan, Technische Universität, München

Prof. Dr. Tobias **Böckers**, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Ulm

Prof. Dr. Axel **Brakhage**, Vizepräsident, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Bonn

Dr. Peter **Brand**, Geschäftsführer im Studiendekanat, Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität, Jena

Prof. Dr. Wolfgang **Brück**, Dekan, Vorstand Forschung und Lehre und Sprecher des Vorstands, Medizinische Fakultät der Georg-August-Universität, Göttingen

Michael **Bungarten**, Kaufmännischer Direktor, Medizinische Fakultät der Universität, Augsburg

Dipl.-Kfm. Jens **Bussmann**, Generalsekretär, Verband der Universitätsklinika, Berlin

Prof. Dr. Ingolf **Cascorbi**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität, Kiel

Prof. Dr. Svenja **Caspers**, Studiendekanin, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Burkhard **Danz**, GB-Leiter für Studium und Bildung, Charité - Universitätsmedizin, Berlin

Prof. Dr. Daniela C. **Dieterich**, Dekanin, Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg

Dr. Corinne **Dölling**, Referentin und Veranstaltungsleitung, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Sebastian **Draeger**, Stv. Leiter der Geschäftsstelle, Verband der Universitätsklinika, Berlin

Monika **Duderstadt**, Studiendekanatsleitung, Johann Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Dr. Roman **Duelli**, Leiter Studiendekanat, Medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg

Prof. Dr. Karlhans **Endlich**, Dekan und Wissenschaftlicher Vorstand, Universitätsmedizin, Greifswald

Prof. Dr. Joachim **Fandrey**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Essen

Prof. Dr. Martin **Fischer**, Studiendekan, Medizinische Fakultät LMU, München

Dr. Katharina **Flemming**, Geschäftsbereichsleitung Forschungsservice, Charité - Universitätsmedizin, Berlin

Anja **Flender**, Geschäftsführerin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie & Beatmungsmedizin, Berlin

Prof. Dr. Ulrich **Förstermann**, Dekan und Wissenschaftlicher Vorstand, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

Katharina **Freitag**, Bundeskoordinatorin für Medizinische Ausbildung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, Leipzig

Prof. Dr. Alex W. **Friedrich**, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster

Julia **Fürwitt**, Referentin, Wissenschaftsrat, Köln

Prof. Dr. Susanne **Gerhardt-Szep**, Curriculumsentwicklerin, Johann Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Dr. Gabriele **Gerlach**, Referentin, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Dr. Anne **Gieseler**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg

Prof. Dr. Matthias **Girndt**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle

Dr. Insa **Großkraumbach**, Stellvertretende Abteilungsleiterin Medizin, Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats, Köln

Prof. Dr. Thomas **Gudermann**, Dekan, Medizinische Fakultät LMU, München

Prof. Dr. Andreas H. **Guse**, Prodekan für Lehre, Medizinische Fakultät der Universität, Hamburg

Prof. Dr. Christian **Hagemeier**, Prodekan für Forschung, Charité – Universitätsmedizin, Berlin

Prof. Dr. Petra **Hahn**, Leitung Studiendekanat, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

Dr. Alexander **Hanspach**, Geschäftsführer, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Essen

Prof. Dr. Lutz **Hein**, Dekan, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

Dr. Gunther **Hempel**, Oberarzt und Lehrbeauftragter, Medizinische Fakultät der Universität, Leipzig

Dr. Rolf **Hennighausen**, Delegierter der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin, AWMF, Hornberg

Susanna **Henschke**, Leiterin des Studiendekanats, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle

Prof. Dr. Sabine **Herpertz**, Studiendekanin, Medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg

Ralf **Heyder**, Leitung Stabsstelle Externe Vernetzung und Strategische Kooperationen, Charité - Universitätsmedizin, Berlin

Armin **Himmelrath**, Journalist, Medienbüro, Köln

Prof. Dr. Anke **Hinney**, Prodekanin für wissenschaftlichen Nachwuchs und Diversität, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Essen

Dr. Petra **Hintze**, Gruppenleiterin Medizin, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Bonn

Renate **Höchstetter**, Ärztliche Referentin, Verband der Universitätskliniken, Berlin

Prof. Dr. Marzellus **Hofmann**, Prodekan Lehre, Universität und Fakultät für Gesundheit, Witten

Prof. Dr. Claudia **Hornberg**, Dekanin, Medizinische Fakultät OWL, Bielefeld

Dr. Nathalie **Huber**, Leitung (komm.) Biomedical Innovation Academy, Leitung Clinician Scientist Geschäftsstelle, Berlin Institute of Health, Berlin

Astrid **Ilgenstein**, Leitung Referat Lehre, Medizinische Fakultät der Universität, Leipzig

Dr. Robert **Jacob**, Kaufmännischer Vorstand, Medizinische Fakultät der Universität, Leipzig

Dr. Jacqueline **Jennebach**, Leiterin Lehre und Ausbildung, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Bettina **Jorzik**, Leiterin Programmbereich „Lehre und Akademischer Nachwuchs“, Stifterverband, Essen

Prof. Dr. Christoph **Josten**, Medizinischer Vorstand, Medizinische Fakultät der Universität, Leipzig

Prof. Dr. Jana **Jünger**, MME-Studiengangsleitung, MME-Studiengang, Heidelberg

Prof. Dr. Dr. Ingo **Just**, Studiendekan, Medizinische Hochschule, Hannover

Dr. Heike **Kaasch**, Referentin für Forschung, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Thorsten **Kaatze**, Kaufmännischer Direktor und stellv. Vorstandsvorsitzender, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Essen

Philipp **Kammermeier**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Prof. Dr. Thomas **Kamradt**, Dekan und Wissenschaftlicher Vorstand, Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität, Jena

Lars **Kandsperger**, Referent im Studiendekanat, Philipps-Universität, Marburg

Dr. Miriam **Kip**, Projektleitung Inzentivierung und Indikatoren, Berliner Institut für Gesundheitsforschung an der Charité - QUEST Center for Responsible Research, Berlin

Dr. Annette **Klepper**, Fakultätsgeschäftsführerin, Eberhard Karls Universität, Tübingen

Prof. Dr. Katja **Kölkebeck**, Oberärztin und Lehrbeauftragte, LVR-Klinik, Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen, Essen

Heike **Koll**, Geschäftsführerin, Medizinische Fakultät der Universität, Hamburg

Philipp **Konhäuser**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Prof. Dr. Sarah **König**, Studiendekanin, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Katharina **Korda-Raiser**, Mitarbeiterin in der Studienkoordination des vorklinischen medizinischen Studienabschnittes, Medizinische Fakultät der Universität, Köln

Prof. Dr. Dagmar **Krefting**, Medizinische Fakultät der Georg-August-Universität, Göttingen

Dr. Britta **Lang**, Vorsitzende, KKS Netzwerk, Berlin

Prof. Dr. Frank **Lammert**, Vorstand für Krankenversorgung, Medizinische Hochschule, Hannover

Susanne **Lentz**, Referentin, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Prof. Dr. Dr. Bernd **Lethaus**, Studiendekan Zahnmedizin, Medizinische Fakultät der Universität, Leipzig

Dr. Frank **Lohkamp**, Geschäftsführer Medizinische Fakultät OWL, Universität Bielefeld

Dr. André **Lottmann**, Leiter der Geschäftsstelle Stiftung Charité, Berlin

Eva **Lück-Roeder**, Gruppenleiterin Hochschulmedizin, Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Prof. Dr. Michael P. **Manns**, Präsident, Medizinische Hochschule, Hannover

Prof. Dr. Bernhard **Marschall**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms- Universität, Münster

Dr. Inga **Melzer**, Koordination Nachwuchsförderung / MSNZ, UKE / Mildred-Scheel-Nachwuchszentrum, Hamburg

Luisa **Meyer**, Teamassistentin, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Dr. Matthias **Mohrmann**, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg

Dr. Horst **Moog**, Stabsreferent, Medizinische Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Dr. Eileen **Moritz**, Leiterin des Studiendekanats, Universitätsmedizin, Greifswald

Prof. Dr. Frank **Müller**, Dekan, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster

Annett **Müller**, Leiterin Studiendekanat, Universitätsmedizin, Rostock

Prof. Dr. Thomas **Münste**, Vizepräsident Medizin (Dekansfunktion), Universität Lübeck

Prof. Dr. Hans Gerd **Nothwang**, Dekan, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg

Martina **Oppermann**, Referat Hochschulmedizin, Wissenschaftsministerium Schleswig-Holstein, Kiel

Anna-Liesa **Otto**, Studiengangskoordinatorin Zahnmedizin, Medizinische Hochschule, Hannover

Julian **Özkaya**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Dr. Barbara **Pardon**, Dekanatsleitung, Johann Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Dr. Martina **Peter-Kern**, Mitarbeiterin Studiendekanat, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Vicky **Pfirsig**, Referentin, Verband der Universitätsklinika, Berlin

Prof. Dr. Bernd **Pichler**, Dekan, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen

Cornelia **Rabeneck**, Bereichsdezernentin Medizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Dresden

Ina **Reiber**, Leiterin Referat Medizinstudium und Weiterbildung, Hartmannbund e.V., Berlin

Prof. Dr. Emil C. **Reisinger**, Dekan und Wissenschaftlicher Vorstand, Universitätsmedizin, Rostock

Prof. Dr. Frank **Richter**, MFT-Schriftführer, Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität, Jena

Prof. Dr. Ingo **Röder**, Studiendekan, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Dresden

Moritz **Roloff**, Vorstand Medizinstudierende und Univertreter, Hartmannbund e.V., Berlin

Dr. Magnus **Rüde**, Geschäftsführer Vorstand, Charité - Universitätsmedizin, Berlin

Regina **Sablotny**, Fotografin, Berlin

Martina **Saurin**, Vorstand Wirtschaftsführung und Administration, Medizinische Hochschule, Hannover

Prof. Dr. Thorsten **Schäfer**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität, Bochum

Erik **Schiller**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Wiebke **Schlenso**, Referentin der Fakultätsleitung, Universitätsmedizin, Rostock

Prof. Dr. Heinz **Schmidberger**, Prodekan für Studium und Lehre, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

Andrea **Schmidt-Rumposch**, Pflegedirektorin und Vorstand, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Essen

Prof. Dr. Jens **Scholz**, CEO, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Dr. Tim **Schöne**, Leitung Bereich Studium und Lehre, Eberhard Karls Universität, Tübingen

Dr. Fides **Schreur**, Referentin, Bundesärztekammer, Berlin

Prof. Dr. Martin **Schuler**, Direktor für Innere Klinik, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Essen

Dr. Beatrix **Schwörer**, Abteilungsleiterin, Wissenschaftsrat, Köln

Mona **Sebald**, Leitung Studiendekanat, Medizinische Fakultät der Universität, Würzburg

Melissa **Seitz**, Vizepräsidentin für Externes, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., München

Annette **Seitz-Fix**, Fakultätsgeschäftsführung, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

Dr. Zornitsa **Shomanova**, Fachärztin, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster

Dr. Eva-Maria **Silies**, Fakultätsgeschäftsführerin, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg

Anja **Simon**, Kaufmännische Direktorin, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

Philip **Simon**, Vorstand Medizinstudierende und Univertreter, Hartmannbund e.V., Berlin

Dr. Andreas **Söhnle**, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Dr. Siegfried **Stangl**, Referatsleiter, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Wien

Han **Steutel**, Präsident, Verband der forschenden Pharmaunternehmen, Berlin

Joerg **Strate**, Leiter Wissenschaft und Akad. Medizin, Universitätsklinikum in Ostwestfalen-Lippe, Detmold

Stephanie **Strehl-Dohmen**, Presse und Öffentlichkeitsarbeit, Verband der Universitätsklinika, Berlin

Dr. Andrea **Thelen-Frölich**, Geschäftsbereichsleiterin Forschungsförderung und Drittmittelmanagement, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Prof. Dr. Oliver **Thews**, Kapazitätsbeauftragter, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle

Klaus **Tischler**, Pflegedirektor, Eberhard Karls Universität, Tübingen

Prof. Dr. Rolf-Detlef **Treede**, Lehrstuhl für Neurophysiologie, Medizinische Fakultät, Mannheim

Prof. Dr. Mladen V. **Tzvetkov**, Studiendekan, Universitätsmedizin, Greifswald

Prof. Dr. Klaus **Überla**, Prodekan, Medizinische Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Prof. Dr. Andrew **Ullmann**, MdB, Deutscher Bundestag, Berlin

Dr. Anke **Väth**, Leitung Bereich Struktur und Berufungen, Eberhard Karls Universität, Tübingen

Prof. Dr. Marcel A. **Verhoff**, Prodekan, Johann Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Prof. Dr. Bernd **Weber**, Dekan, Medizinische Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms- Universität, Bonn

Dr. Christiane **Weidenfeld**, Leiterin der Kommunikation, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Prof. Dr. Wolfgang **Weidner**, Dekan, Justus-Liebig-Universität, Gießen

Dr. Gunther K. **Weiß**, Vorsitzender der Geschäftsführung und Vorstand RHÖN-KLINIKUM AG, Universitätsklinikum Gießen, Marburg

Prof. Dr. Jochen A. **Werner**, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Essen

Dr. Jan-Martin **Wiarda**, Journalist für Bildung und Wissenschaft, Köln

Prof. Dr. Marjo **Wijnen-Meijer**, Teamleitung Entwicklung, Technische Universität/ Medical Education Center, München

Brigitte **Wingen**, Geschäftsführung und Referentin des Dekans, Medizinische Fakultät der Universität, Köln