

Tagungsbericht

84. Ordentlicher Medizinischer Fakultätentag

**am 8. und 9. Juni 2023
in Jena**

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: 978-3-9825004-1-6

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, Oktober 2023

Fotos: Christoph Worsch, Jena

Inhalt

	Seite
Begrüßung Prof. Dr. Matthias Frosch, Würzburg	7
Grußwort des 1. Vorsitzenden des Verbandes der Universitätsklinika Prof. Dr. Jens Scholz, Kiel und Lübeck	13
Grußwort des Dekans der Medizinischen Fakultät Jena Prof. Dr. Thomas Kamradt	19
Eröffnungsvortrag des Thüringer Ministers für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitale Gesellschaft Wolfgang Tiefensee	23
Tagungsimpressionen I	29
Impuls und Podiumsgespräch: Kooperative und wettbewerbliche Förderinstrumente im Bereich der Gesundheitsforschung	
Impulsvortrag Prof. Dr. Katja Becker, Bonn	33
Impulsvortrag MinDir Prof. Dr. Veronika von Messling, Berlin	39
Podiumsgespräch Prof. Dr. Katja Becker, Bonn MinDir Prof. Dr. Veronika von Messling, Berlin Prof. Dr. Matthias Frosch, Würzburg Moderation: Armin Himmelrath, Köln	45
Tagungsimpressionen II	53
Impulsvortrag: Vor welchem Wandel stehen das Gesundheitssystem und die Universitätsmedizin Irmtraut Gürkan, Göttingen	57
Podiumsgespräch: Reformen im Gesundheitssystem und potentielle Auswirkungen auf die universitäre Lehre Irmtraut Gürkan, Berlin Prof. Dr. Dr. Svenja Caspers, Düsseldorf Alexander Schmidt, Berlin Moderation: Armin Himmelrath, Köln	71
Tagungsimpressionen III	79

Festveranstaltung: Grußwort des Dekans der Medizinischen Fakultät Jena Prof. Dr. Thomas Kamradt	83
Festveranstaltung: Grußwort des Präsidenten der Friedrich-Schiller-Universität Jena Prof. Dr. Walter Rosenthal	89
Verleihung des Ars legendi-Fakultätenpreises für exzellente Lehre in der Medizin Prof. Dr. Martina Kadmon, Augsburg Prof. Dr. Sandra Steffens, Hannover	93
Tagungsimpressionen IV	101
Einführung in den Themenkomplex - Weiterentwicklung des Medizinstudiums Prof. Dr. Martina Kadmon, Augsburg	105
Entrustable Professional Activities (EPA) – Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung von EPA in die medizinische Aus- und Weiterbildung in der Schweiz PD Dr. Jan Breckwoldt, Zürich	109
Gutes bewahren und Neues aufnehmen: Weiterentwicklung von Inhalten und Formaten für das Medizinstudium MinDirig Markus Algermissen, Berlin	123
Übergabe der Urkunden zum Master of Medical Education (MME) Prof. Dr. Sabine Herpertz, Heidelberg, Prof. Dr. Stefan Uhlig, München	135
Podiumsgespräch: Private Träger in der Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner Ilona Renken-Olthoff, Hamburg Prof. Dr. Martin Sternberg, Bochum Prof. Dr. Bernd Weber, Bonn Moderation: Armin Himmelrath, Köln	139
Schlussworte und Ankündigung des oMFT 2024 Prof. Dr. Matthias Frosch, Würzburg Prof. Dr. Bernd Weber, Bonn	153 155
Mitgliederversammlung des 84. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages	157
Anhang – Liste der Teilnehmenden	159



Begrüßung durch den Präsidenten des Medizinischen Fakultätentages

Prof. Dr. Matthias Frosch

Sehr geehrter Herr Minister Tiefensee,
Conspectabiles,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
verehrte Gäste, meine Damen und Herren.

Ich freue mich, den 84. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag in Jena eröffnen zu dürfen und Sie alle hierzu sehr herzlich willkommen zu heißen. Vor rund einem Jahr haben uns die Epidemiologen prognostiziert, dass die Pandemie in eine endemische Phase eintreten wird – dass wir heute alle *in persona* hier sind, beweist, dass die Prognosen richtig waren. Ich freue mich sehr, Sie alle auch in diesem Jahr wieder „live“ zu sehen und damit die Möglichkeit zu persönlichem Austausch und Gespräch zu haben.

Ganz besonders begrüßen möchte ich den Thüringer Minister für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitale Gesellschaft. Es ist uns eine Ehre, verehrter Herr Minister Tiefensee, dass Sie am traditionsreichen oMFT teilnehmen, und wir sind sehr gespannt auf Ihren Vortrag zur Verantwortung der Länder für die Hochschulmedizin.

Ich freue mich auch sehr, Sie, liebe Frau Becker, als Präsidentin der DFG, heute in Jena begrüßen zu dürfen und später mit Ihnen und Frau von Messling vom BMBF gemeinsam das Spannungsfeld zwischen Kooperation und Wettbewerb in der biomedizinischen Forschung ausleuchten zu dürfen.

Begrüßen möchte ich ebenfalls die Dekaninnen und Dekane der Medizinischen Fakultäten, alle Prodekaninnen und Prodekane, Studiendekaninnen und Studiendekane, Fakultätsmitglieder, Mitglieder des Deutschen Bundestages und der Landtage, Persönlichkeiten aus den Bundes- und Landesministerien, aus Verbänden und Organisationen, mit denen der MFT seit langem eng und konstruktiv zusammenarbeitet, sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Presse und alle hier anwesenden Studierenden.

Wir freuen uns sehr, mit dem oMFT heute in der alten Universitätsstadt Jena sein zu dürfen und ich möchte unserem Gastgeber, der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität und ihrem Dekan, Herrn Prof. Dr. Thomas Kamradt, herzlich für die Gastfreundschaft danken. Es ist schön, dass wir an diesem traditionsreichen Ort sein dürfen. Vor langer Zeit hat ja schon einmal ein weltbekannter Mediziner den Weg nach

Jena gefunden und eine berühmt gewordene Antrittsvorlesung zur Universalgeschichte gehalten. Die Rede ist natürlich von Friedrich Schiller, der allerdings „Regimentsmedikus“ wider Willen war und sich letztlich der ärztlichen Tätigkeit zugunsten philosophischer und literarischer Arbeiten durch Flucht entzog. Hoffen wir, dass ihm das die quotierten Landärztinnen und Landärzte von morgen nicht nachmachen!

Bei einem Blick zurück auf die letzten Jahre fällt auf, dass viele Themen auch heute noch auf der hochschul- und gesundheitspolitischen Agenda stehen: allen voran das kompetenzorientierte Medizinstudium und damit verknüpft die Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung. Oder die nur mühsam voranschreitenden, aber dringend erforderlichen Reformen im Gesundheitssystem, allen voran die Digitalisierung und die Krankenhausstrukturreform, die ja in vielfältiger Weise inhaltlich und strukturell mit Forschung und Lehre in der Medizin verknüpft sind. Wir arbeiten intensiv an diesen Themen mit dem VUD und bringen unsere Vorschläge und Forderungen gemeinsam in den politischen Diskurs ein. Ich freue mich, dass der Vorsitzende des VUD, Prof. Jens Scholz, als Ausdruck unserer vielen Gemeinsamkeiten heute hier ist und ein Grußwort sprechen wird.

Die diesjährige Agenda des oMFT greift auf einige dieser bekannten Themen zurück, stellt natürlich aber auch Neues zur Diskussion.

So möchten wir in einem ersten Themenblock die Frage aufwerfen, in welchem Maß Kooperation und Wettbewerb in der Gesundheitsforschung einander befruchten, vielleicht aber auch im Widerspruch zueinander stehen. Kooperation und Wettbewerb sind seit jeher prägende Elemente des Wissenschaftssystems. Best practice-Beispiele für kooperative Infrastrukturen in der Gesundheitsforschung sind etwa die BMBF geförderten Projekte Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) und Medizininformatik-Initiative (MII). Gleichzeitig treten natürlich auch Ideen, Projekte und Initiativen Einzelner in den Wettbewerb um Anerkennung und Fördermittel – ganz deutlich zum Beispiel im Rahmen der laufenden Antragsrunde der Exzellenzstrategie.

Wieviel Wettbewerb und Kooperation braucht Innovation? Ist Kooperationsfähigkeit als Wettbewerbskriterium ein Widerspruch? Wie macht sich wissenschaftspolitischer Wettbewerb zwischen den Ländern bzw. Wettbewerb zwischen Land und Bund bemerkbar? Gerade auch für kooperative Infrastrukturen wie die MII oder das NUM ist es essentiell, dass neu geschaffene Infrastrukturen partizipativ und integrativ sind, für alle Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler offen sind und diese einbinden. Deren dauerhaftes Engagement kann aber nur erwartet werden, wenn diese Strukturen langfristig verlässlich zur Verfügung stehen. Ich will aber der Diskussion mit Ihnen, Frau Becker und Frau von Messling nicht zu sehr vorweggreifen und freue mich auf die Perspektiven des BMBF und der DFG als Förderer und Fürsprecher für die Forschung.

In einem zweiten Themenblock möchten wir uns dem Wandel der Krankenhauslandschaft und der derzeit diskutierten Reform der Krankenhausfinanzierung widmen. Welche Veränderungen werden das Gesundheitssystem - und damit in ihrer zentralen Rolle natürlich auch die Universitätsmedizin - in Zukunft prägen? Nicht nur die Krankenversorgung, auch die Lehre wird zukünftig noch stärker von diversen Akteuren in regionalen, stationären wie ambulanten Netzwerken getragen. Die Universitätsmedizin muss hier eine starke koordinierende Rolle einnehmen und neben der Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität und -sicherheit trotz der Dezentralisierung und Ambulantisierung weiterhin auch ein Medizinstudium auf universitärem Niveau gewährleisten.

Denn nach der EU-Anerkennungsrichtlinie muss das Medizinstudium an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität stattfinden. Das müssen wir in zukünftig mutmaßlich dezentraleren Strukturen weiterhin gewährleisten und können zu Lasten der Qualität des Studiums keine Einschränkungen hinnehmen. Wir möchten daher die Reformen im Gesundheitssystem im Kontext der potentiellen Auswirkungen auf die universitäre Lehre erörtern – sowohl inhaltlich wie organisatorisch. Wir freuen uns auf die Beiträge von Irmtraud Gürkan, Mitglied der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausfinanzierung, Prof. Dr. Dr. Svenja Caspers, Prodekanin für Lehre und Studienqualität der Düsseldorfer Medizinischen Fakultät und Alexander Schmidt, von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland.

In einem dritten Block beschäftigt uns ein Thema, das traditionell auf der Agenda des MFT steht: die Weiterentwicklung des Medizinstudiums. Es hat mich sehr gefreut, dass das BMG einen neuen Entwurf für die geplante Reform der ÄApprO an die Länder geschickt hat und der 2017 begonnene Reformprozess „Masterplan Medizinstudium 2020“ wieder in Bewegung kommt. Wir müssen nun aufpassen, dass aus dem „Masterplan Medizinstudium 2020“ nicht der „Masterplan Medizinstudium 2030 plus x“ wird, und einmal mehr mahne ich die Verabschiedung der neuen Approbationsordnung an. Wichtig ist dabei die Umsetzbarkeit eines neuen Curriculums für die medizinischen Fakultäten. Die Implementierung wird nicht ohne zusätzliche Ressourcen und ausreichende Handlungsspielräume zu leisten sein. So muss die ÄApprO den Fakultäten auch Freiräume für Weiterentwicklungen im Medizinstudium lassen.

Ein wesentliches Ziel des Masterplans Medizinstudium 2020 ist die explizite Ausrichtung des Studiums auf die ärztlichen Kompetenzen, sowohl mit Blick auf den ersten Tag auf Station als auch auf eine über 40jährige ärztliche Tätigkeit in all ihren, heute zum Teil noch gar nicht absehbaren Facetten. Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten, oder im Englischen die Entrustable Professional Activities (EPAs), wie sie zum Beispiel auch im Absolventenprofil des NKLM ausgearbeitet wurden, spielen dabei eine wichtige Rolle. Über die Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung von EPAs in die medizinische Aus- und Weiterbildung in der Schweiz werden wir von PD Dr. med. Jan Breckwoldt vom Institut für Anästhesiologie des Universitätsspitals Zürich hören.

Und natürlich steht das Medizinstudium vor der steten Herausforderung, immer wieder entsprechend dem medizinischen Fortschritt inhaltlich angepasst zu werden. Dafür steht der MFT mit der Weiterentwicklung und Pflege des NKLM in der Verantwortung, so wie das BMG in der Verantwortung steht für die Ärztliche und Zahnärztliche Approbationsordnung. Um hier voneinander zu lernen, freuen wir uns, dass Herr Ministerialdirigent Markus Algermissen, Leiter der Unterabteilung Medizin- und Berufsrecht im Bundesministerium für Gesundheit, uns Einsichten gibt, wie das BMG mit den vielfältigen Wünschen, Anregungen und Forderungen vieler Interessensgruppen umgeht, wenn es darum geht, neue Themen ins Medizinstudium zu bringen – und vielleicht, lieber Herr Algermissen, mögen Sie uns bei der Gelegenheit ja auch noch was zum aktuellen Stand der Reform der Approbationsordnung verraten.

Last but not least, möchten wir unsere Aufmerksamkeit auf die privaten Träger in der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern richten. Die Anzahl privater Ausbildungsstätten in Deutschland, die ein Medizinstudium anbieten, ist in den letzten Jahren gestiegen. Hier in Thüringen wird die Health and Medical University in Erfurt im Sommer die Türen für ein Studium der Humanmedizin mit NC-freiem Zugang öffnen. Ich bin gespannt auf die Diskussionen zwischen den Vertreterinnen und Vertretern staatlicher und privater Träger für die Ausbildung der künftigen Generation von Ärztinnen und Ärzten.

Wie gestalten private Träger die unabdingbare Trias von Forschung, Lehre und Krankenversorgung? Wie wird die Qualität neuer und bestehender privater und staatlicher Studiengänge in Deutschland auch unter den Rahmenbedingungen einer neuen ÄApprO sichergestellt? Diese und weitere Fragen möchten wir mit Frau Renken-Olthoff, Hochschulunternehmerin und Geschäftsführerin privater Ausbildungsstätten, mit Prof. Dr. Martin Sternberg, Vorsitzender des Akkreditierungsausschusses im Wissenschaftsrat sowie mit Prof. Dr. Bernd Weber, Dekan der Bonner Medizinischen Fakultät diskutieren.

Sie sehen, wir haben ein Programm für den diesjährigen oMFT zusammengestellt, das hochaktuelle Themen der Universitätsmedizin aufgreift und sicherlich Grundlage für einen regen Austausch und intensive Diskussionen sein wird.

Ich darf nun überleiten zu den Grußworten von Herrn Prof. Jens Scholz, dem ersten Vorsitzenden des Verbands der Universitätsklinika und Conspectabilis Kamradt, der kurzfristig in Vertretung von Herrn Prof. Dr. Walter Rosenthal, dem Präsidenten der Friedrich-Schiller-Universität Jena, sprechen wird.



Grußwort des 1. Vorsitzenden des Verbandes der Universitätsklinika

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz, Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Festgäste,

herzlichen Dank, lieber Prof. Dr. Frosch, für die Möglichkeit, wieder ein Grußwort zum ordentlichen Medizinischen Fakultätentag (oMFT) sprechen zu dürfen. Dies ist schon fast zu einer Tradition geworden, denn zum zweiten Mal in ihrer Geschichte tagen der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) 2023 gemeinsam. Dem Vorstand des Universitätsklinikums Jena – sehr geehrte Frau Dr. Seidel-Kwem, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Witte und sehr geehrter Herr Prof. Dr. Kamradt – besten Dank, dass wir hier zu Gast sein dürfen.

Bei unserer gemeinsamen Tagung im vergangenen Jahr in Essen begleitete uns ein großer Streik – umso schöner ist es nun, dass wir uns ohne Streik und Corona-Einschränkungen hier zusammenfinden können.

Auch Ihnen, sehr geehrter Herr Minister Tiefensee, möchte ich stellvertretend für alle Wissenschaftsministerinnen und Wissenschaftsminister der Länder danken, dass Sie sich in der aktuellen Krankenhausreform für die Universitätsklinika stark gemacht und entsprechend positive Beschlüsse gefasst haben. Ein 16:0:0-Beschluss einer Kultusministerkonferenz wirkt ganz besonders – vor allem dann, wenn er von einem 16:0:0-Beschluss der Finanzministerien begleitet wird. Allerdings werden die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister wohl keinen so einvernehmlichen Beschluss erreichen, doch daran werden wir alle gemeinsam arbeiten. Ich hoffe und appelliere daran, dass die Ministerien sich alle im Sinne der Universitätsmedizin weiter einbringen und wir einen spürbar positiven Effekt für die Universitätsmedizin erzielen werden.

Der VUD, dem alle 36 deutschen Universitätsklinika angehören, arbeitet eng mit dem MFT im Dachverband der Deutschen Hochschulmedizin zusammen. Diese Zusammenarbeit gelingt uns immer besser. Dass der VUD nun zum zweiten Mal seine Mitgliederversammlung am Ort des oMFT abhält, ist nur ein Beispiel für diese gute Zusammenarbeit. Und davon legen zahlreiche gemeinsame Papiere Zeugnis ab. Ich erwähne hier als

Beispiel ein gemeinsames „Mission-Paper“ zum Selbstverständnis der Hochschulmedizin oder eine gemeinsame Leitbild-Diskussion, die belegen, dass wir uns auf einem sehr guten Weg befinden.

Wir tagen immer abwechselnd. Mitte des Jahres folgen wir dem MFT an einen Standort der MFT-Mitglieder und im Herbst veranstalten wir in Berlin gemeinsam den Tag der Deutschen Hochschulmedizin und gestalten gemeinschaftlich das Programm. Diese Kooperation ist aus meiner Sicht auch notwendig, um den Erfolg des einzigartigen Zusammenspiels von Forschung, Lehre und Krankenversorgung, welches die Hochschulmedizin auszeichnet, auch in Zukunft zu sichern.

In der Diskussion um die Krankenhausreform avisiert das Bundesgesundheitsministerium neben Leistungsgruppen und Qualitätskriterien die Etablierung von Versorgungsstufen bzw. Levels. Das höchste IIIU-Level gilt nur für die Universitätsklinika. Damit wäre die universitäre Spitzenmedizin endlich auch nach dem Gesetz eine Klasse für sich – so wie es auch sonst in Europa selbstverständlich ist. Niemand behandelt seine Universitätsklinika in der Finanzierung der Gesundheitsleistungen so schlecht wie es Deutschland tut. Bis also die Differenzierung von Versorgungsstufen im Gesetz steht, liegt noch viel Arbeit vor uns. Wir als Vorstand des VUD werden gemeinsam mit dem MFT für diese Reform und die Etablierung des eigenen Levels werben, damit Spitzenmedizin für alle möglich wird.

Auch wenn sich die Krankenhausreform an Aspekten der Krankenversorgung orientiert, kann man für die Herleitung eines Levels IIIU die anderen Aspekte der Hochschulmedizin nicht außer Acht lassen. Dass an unseren Standorten auch Forschung und Lehre stattfinden, hat letztendlich erheblichen Einfluss auf die Krankenversorgung. Wissenschaftliche Expertise, die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden und Anwendung neuer Arzneimittel, die breite interdisziplinäre Zusammenarbeit – all dies hat unmittelbar positiven Einfluss auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten und gewährleistet Spitzenversorgung.

Auch das Projekt der Einführung der neuen Approbationsordnung wird von den Universitätsklinika gemeinsam mit den Fakultäten verantwortet. Wann sie kommen wird, hängt nun von den Finanzierungsvorbehalten der Länderfinanzministerien ab. Lieber Matthias Frosch, ich teile die Ansicht, dass eine Entscheidung nicht weiter hinausgeschoben werden darf.

Und der MFT und der VUD übernehmen gemeinsam Verantwortung für das gesamte zukünftige Gesundheitssystem. Die Universitätsklinika heben sich auch damit zweifellos als eine eigene Kategorie ab. Wir Vorstände aus der Universitätsmedizin möchten die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in die Pflicht nehmen, die Reform der Approbationsordnung zu beschließen. Ein Umbruch in der Krankenhauslandschaft wird ohnehin kommen. Denn viele Krankenhäuser stehen wirtschaftlich mit dem

Rücken zur Wand. Das liegt zum einen am Fallzahlrückgang im Zuge der Pandemie. Das liegt zum anderen aber auch daran, dass wir die Auswirkungen des Fachkräftemangels zu spüren bekommen. Die demographische Entwicklung ist ein fundamentaler Faktor für die Zukunft unseres Gesundheitssystems, der von vielen ausgeblendet oder dem mit der einfältigen Forderung nach mehr Personal begegnet wird. Mehr Personal wird es aber nicht geben, weil es die Menschen einfach nicht gibt. Auch mehr Geld bringt keine Menschen, die diese Arbeit machen können und wollen. Deswegen brauchen wir die Krankenhausreform.

Die Krankenhausreform führt zu besserer Medizin als heute. Sie wird für die Patientinnen und Patienten ein echter Gewinn an Versorgungsqualität. Gute Medizin ist heute interdisziplinär und bringt je nach Krankheitsbild die geeigneten Expertinnen und Experten zusammen. Das geht auf regionaler Ebene nur durch die Zusammenarbeit in Netzwerken. Durch diese werden nicht nur Kapazitäten effizienter verteilt, es können gleichzeitig auch Behandlungen zielgenauer erfolgen und Innovationen in die Fläche getragen werden.

Unser gemeinsames Ziel ist es, dass alle von der universitätsmedizinischen Spitzenversorgung profitieren. Es ist nicht Ziel der Universitätsmedizin, alle Patientinnen und Patienten zu behandeln; wir geben gern ab, sollten dies aber auch gern dirigieren. Daher ist eine Krankenhausreform, bei der in der Versorgung stärker konzentriert wird, unumgänglich.

In größeren Strukturen kann man viel effizienter und flexibler mit dem vorhandenen Personal agieren. Wer sich aber auf die Fahnen schreibt, jedes Krankenhaus retten zu wollen, muss damit rechnen, dass gerade diejenigen vom Netz gehen, die man am meisten braucht – zum Beispiel die Häuser auf dem flachen Land. Um auch in ländlichen Regionen unter schwierigen demographischen Bedingungen die Versorgung zu sichern, brauchen gerade die Häuser dort eine gute telemedizinische Anbindung an die Universitätsmedizin. Daher ist ein eigenes Level für die Universitätsmedizin auch mit dem Gedanken verbunden, regional die Versorgung zu koordinieren.

Die Pandemie hat par excellence gezeigt, dass Universitätsklinika am besten in der Lage und geeignet sind, Kapazitäten zu steuern und Patientenströme zu lenken. Die Versorgung in Netzwerken muss daher in der Zukunft dominieren. So können wir trotz aller Widrigkeiten auch Spitzenversorgung für alle etablieren. Daher appelliere ich heute noch einmal an alle: Unterstützen Sie die Krankenhausreform, wo Sie nur können! Wir müssen die letzte Strecke noch meistern und dürfen in unserer gemeinsamen Anstrengung nicht nachlassen – denn Sie wissen: Bei 1.900 Krankenhäusern gibt es nur 36 Universitätsklinika. Wir sind so etwas wie die „Champions League“ – alle blicken auf uns, und das soll für die Universitätsmedizin auch so bleiben.

Ich wünsche Ihnen nun einen anregenden Austausch und danke für Ihre Aufmerksamkeit!



Grußwort des Dekans der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Prof. Dr. Thomas Kamradt

Liebe Gäste,

im Namen unseres Universitätspräsidenten, Herrn Professor Rosenthal, ein herzliches Willkommen. Er ist kurzfristig verhindert. Ich darf ihn entschuldigen und gleichzeitig den Versuch machen, ihn zu vertreten.

Ich bin sicher, Herr Rosenthal hätte sein Grußwort damit begonnen, dass er dem Medizinischen Fakultätentag ganz besonders verbunden ist, denn er ist Mediziner und war Professor für Signaltransduktion. Er wäre sicher sehr gern hier gewesen, und ich gehe davon aus, dass er sein Grußwort heute Abend auf unserem Festabend nachholen wird.

Seine Aufgabe wäre es gewesen, unsere Universität in dieser Aula, in der wir uns befinden, vorzustellen und darauf hinzuweisen, dass wir in Jena eine der ältesten Universitäten in Deutschland sind, denn wir wurden 1558 gegründet. Die Jenaer Universität hat eine wechselvolle Geschichte. Schiller wurde schon erwähnt. Zu Zeiten des Napoleonischen Krieges zogen die Jenaer Studenten, wie es das Gemälde von Ferdinand Hodler hier zeigt, in den Krieg gegen Napoleon. In dieser Zeit gab es hier einen berühmten Professor der praktischen Philosophie, Georg Friedrich Wilhelm Hegel, der auf die Invasion Napoleons ganz anders reagierte, denn er floh mit wichtigen Papieren über die Dächer Jenas, um sich und seine Arbeiten in Sicherheit zu bringen.

Heute hat die Friedrich-Schiller-Universität Jena mehr als 17.000 Studierende. Das macht fast 20 % der Bevölkerung Jenas aus und ist ein wichtiger Faktor im Stadtbild. Wer heute zu Fuß zur Tagung gekommen ist, hat gesehen, dass Jena zu Semesterzeiten eine junge Stadt ist.

Weiterhin will ich die enge Verbundenheit der Friedrich-Schiller-Universität, der Kernuniversität, wie wir sie nennen, mit dem Universitätsklinikum Jena ansprechen. Wir sind ein Integrationsmodell, und das spiegelt sich auf den verschiedenen Ebenen wider. Die Friedrich-Schiller-Universität hat sich drei Schwerpunkte gegeben: Life – Light – Liberty. Dabei gibt es erhebliche Überschneidungen mit unseren Schwerpunkten, denn wir finden uns natürlich in Life wieder. Im Schwerpunkt Light spiegeln sich unsere photonischen Technologien wider und auch dort gibt es enge Anknüpfungspunkte. Life –

Light – Liberty beinhaltet aber auch das aus Jena gesteuerte Exzellenzcluster „Balance of the Microverse“ unter der Beteiligung verschiedener Fakultäten einschließlich der Medizinischen Fakultät.

Ich bin sicher, dass unser Präsident heute Abend auf die enge Verbundenheit zwischen der Kernuniversität und der Medizinischen Fakultät hinweisen wird. Daher will ich diese Ausführungen jetzt nicht zu lange ausdehnen, sondern Sie nicht nur im Namen von Herrn Rosenthal, sondern auch im Namen unserer Fakultät hier herzlich willkommen heißen.

Ich darf nun Sie, Herr Minister Tiefensee, zu Ihrem Eröffnungsvortrag bitten.
Vielen herzlichen Dank!



Eröffnungsvortrag: Verantwortung der Länder für die Hochschulmedizin

Wolfgang Tiefensee
Thüringer Minister für Wirtschaft, Wissenschaft und
Digitale Gesellschaft

In freier Rede gehalten

Sehr geehrter Herr Professor Frosch,
sehr geehrter Herr Professor Scholz,
sehr geehrter Herr Professor Kamradt,
sehr geehrte Frau von Messling,
sehr geehrte Frau Professorin Becker,
liebe Abgeordnete aus den unterschiedlichen Parlamenten,
liebe Vertreter der assoziierten Gastfakultäten in Österreich und in der Schweiz,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

es ist der 84. Ordentliche Medizinische Fakultätentag, und Sie sind seit 2005 das erste Mal wieder in Jena – ein so langer Zeitraum hat viele Veränderungen mit sich gebracht. Damit schließe ich an Professor Kamradt an, denn es hat sich vieles nicht nur in Jena, sondern in ganz Thüringen verändert.

Wenn man durch die Stadt geht, begegnen einem auf Schritt und Tritt Menschen, die wissenschaftlich gebildet sind. Statistisch hat jeder 4. Einwohner Jenas eine wissenschaftlich fundierte Ausbildung. Das ist im Schnitt der Städte einsame Spitze. Vielleicht haben Sie auch die Baukräne gesehen: Das Unternehmen Carl Zeiss stemmt hier eine Rieseninvestition und darüber hinaus gibt es eine Fülle von Bauvorhaben, auf die ich später noch eingehen werde, wenn es um die weitere Entwicklung der Universität und des Universitätsklinikums gehen wird.

Die Stadt entwickelt sich. Der Beutenberg ist ein Forschungszentrum aller erster Güte. Wir streiten uns mit Erlangen, wenn es um die Zahl der Patente pro Einwohner geht. Mal sind wir in den Rankings an erster Stelle, mal ist es Erlangen. Ich mag es nicht, wenn heute – lange nach 1989/90 – noch immer ein Vergleich von Ost gegen West gezogen wird. Ich wünschte mir, dass es einmal einen Nord-Süd-Vergleich geben würde, vielleicht kommen dann ähnliche Dinge heraus. Wir sollten den Fokus vielmehr auf die Kriterien außerhalb des Bruttoinlandsproduktes oder der Lohnstückkosten richten, und

uns anschauen, wie es mit der Zahl der Innovationen in der Region ist, oder wie hoch die Arbeitslosigkeit hier ist. Wussten Sie, dass wir im Ranking der Bundesländer in der Anzahl der Industriearbeitsplätze je 1.000 Einwohner klassische Industrie-Bundesländer, wie Hessen, Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen überholt haben? So etwas taucht in den Statistiken nicht auf, und so wird den Bürgerinnen und Bürgern suggeriert, dass der Osten weit hinter dem Westen zurücksteht und es etwa 400 Jahre brauchen wird, um den gleichen Stand zu erreichen. Dabei wird oft vergessen, dass ein solcher Vergleich mit jemandem geführt wird, der sich auch mit der Entwicklung seiner Wirtschaft vorwärts bewegt.

Gehen Sie bitte offenen Auges durch diese Stadt. Vielleicht haben Sie nach den Beratungen noch ein wenig Zeit oder bleiben Sie doch noch über das Wochenende hier, denn der Besuch lohnt sich. Es gibt hier Abgeordnete der unterschiedlichen Ebenen, die Ihnen gern zeigen werden, was sich hier entwickelt hat.

Ich bin sehr froh und stolz, dass Sie hierher kommen und sich neben den allgemeinen Entwicklungen auch mit der gesellschaftspolitischen Situation auseinandersetzen. Das Stichwort Corona ist bereits gefallen. Ich könnte nun Herrn Professor Kamradt zitieren, was beispielsweise das Universitätsklinikum Jena in dieser schwierigen Zeit sowohl auf dem Feld der Versorgung, aber auch auf dem Feld der Forschung geleistet hat. Hier findet eine extrem wichtige Forschung zu Long-Covid statt. Daraus wird hervorgehen, wie wir uns in der Zukunft zu verhalten haben und welche Lehren wir aus der Pandemie ziehen müssen. Das ist aber nicht so sehr mein Punkt.

Mein Punkt ist vielmehr, dass Sie alle, die Sie in der medizinischen Wissenschaft auf unterschiedlichster Weise tätig sind, erfahren mussten, dass die Wissenschaft in Relation zur Politik oder auch zu dem, was die Bevölkerung erwartet, ein neues Schwerkgewicht bekommen hat. In Deutschland hat man das Recht, seine Meinung zu äußern. Man hat aber nicht das Recht auf seine eigenen Fakten. Und die Diskussion ist zum Teil extrem abgedriftet, weil die Fakten eine untergeordnete oder überhaupt keine Rolle mehr gespielt haben. Es ging um Vorurteile, um vorgefasste Meinungen und darum, dass die anderen sowieso Unrecht haben. So steht vor ihnen, genauso wie vor den Politikern, die immense Aufgabe, die Akzeptanz dessen, was wir tun, noch besser zu erzeugen.

Wir müssen als Politiker deutlich machen, dass wir nicht zu entscheiden haben, was wahr ist. Wir entscheiden nicht, was richtig ist – sondern die Politik entscheidet, was gilt. Das ist ein großer Unterschied, denn es beinhaltet, dass die Politik nach drei Jahren feststellen kann, dass eine Entscheidung falsch oder nicht ganz richtig war. Die Bevölkerung mitzunehmen und ihr deutlich zu machen, dass das, was die Experten uns Politikern raten, das Ergebnis eines Prozesses ist, in dem auch unterschiedliche Meinungen in einen Diskurs eingehen. Am Ende kommt dann in einer Demokratie etwas heraus, was gilt. Ich kann mit dem Anlegen eines Sicherheitsgurtes zufrieden sein oder auch

nicht – Sie erinnern sich an die Diskussionen zur Einführung der Gurtpflicht im PKW – die Politik sagt aber, was gilt und spricht die entsprechenden Sanktionen aus. Es unser aller Aufgabe, deutlich zu machen, wie dieser Prozess in der Demokratie funktioniert.

Ich sage das mit diesem großen Nachdruck, denn Sie lesen die Umfragewerte für die Thüringer Landtagswahl 2024. Dann wissen Sie, wovon ich spreche. Das bedeutet, wieder auf den Boden der Tatsachen zurückzukehren, zu diskutieren, sich auch zu tolerieren, sich mit der Meinung des Anderen auseinander zu setzen, die man, auch wenn man sie nicht teilt, doch zu verstehen versucht und dabei anstrebt, eine gemeinsame Basis zu finden. Am Ende muss etwas stehen, das in einer Gemeinschaft gilt und an das sich alle, auch die, die anderer Meinung sind, halten müssen.

Wolf Biermann hat einmal in einem Interview den schönen Satz geprägt „Ich sollte ab und zu mal nicht meiner Meinung sein“. Diese Offenheit in den unterschiedlichen Lagen zu lernen, das brauchen wir für den Diskurs zwischen Wissenschaft, Politik und der Bevölkerung. Das ist eine der Lehren, die ich einmal mehr aus der Corona-Zeit, aus den Bürgergesprächen ziehe. Ich glaube, die hier anwesenden Damen und Herren Abgeordnete werden das noch viel deutlicher belegen können.

Sie haben mir als Landespolitiker die Aufgabe gestellt, etwas zu den Medizinischen Fakultäten und zur Universitätsmedizin zu sagen. Sie haben die Ausführungen von Herrn Professor Scholz gehört, der aufgezeigt hat, was auf der Tagesordnung steht.

Der erste Punkt ist mit dem Stichwort Demographie bereits angeklungen. Finden wir noch genug Studierende, die sich auf den Weg geben, um Medizin, Zahnmedizin oder Pharmazie zu studieren? Was kann das Land dabei tun?

Das Land kann zunächst einmal Studienplätze zur Verfügung stellen. Wie Sie wissen, haben wir die Zahl der Studienplätze um 10 % aufgestockt. Der Landtag, der hier mit Abgeordneten vertreten ist, muss, wenn es keinen Aufwuchs im Haushalt gibt, genau entscheiden, wo die Prioritäten und wo die Posterioritäten liegen. Es ist einfach zu sagen, dass dieses oder jenes wichtig ist. Es ist schwieriger zu entscheiden, was weniger wichtig ist. Wir haben uns in Thüringen ganz bewusst für die Aufstockung auf 268 Studienplätze Medizin und 57 Studienplätze Zahnmedizin pro Jahr entschieden.

Der zweite Punkt ist die Schaffung von Studienbedingungen, die für junge Menschen attraktiv sind. Wie gut ist dafür die Friedrich-Schiller-Universität Jena aufgestellt? Wenn Sie zum Inselplatz gehen, werden Sie die Baustelle sehen, auf der ein ganz neuer Campus der Universität errichtet wird. Er kostet ziemlich viel Geld. Ich habe unlängst den letzten Teilabschnitt des Neubaus des Universitätsklinikums eröffnen können und weiß, dass die Mitarbeitenden uns für diese Baumaßnahmen sehr dankbar sind. Ich weiß aber auch, dass der Dekan Professor Kamradt bei allem Dank stets ein „aber, wir benötigen auch noch...“ anfügt.

Die Studierenden sollen gut wohnen können. Wussten Sie, dass Thüringen im Schnitt in der Quote der Anzahl der Studierendenwohnheimplätze zur Zahl der Studierenden bei weitem den ersten Rang einnimmt? 16 % der Studierenden können Wohnheimplätze nutzen. Das reicht immer noch nicht. Wir haben bereits 2014 ein 15 Mio. Euro starkes Programm aufgelegt und in die Hochschulstandorte Jena, Erfurt und Ilmenau extrem investiert. Das Studierendenwerk ist hoch anerkannt und hoch angesehen.

Schließlich gibt es die Verschränkung mit dem Universitätsklinikum Jena, die bereits angeklungen ist. Dieser Supramaximalversorger weist eine Patientenversorgung allerhöchster Güte vor und ist mit seinem Angebot für Lehre und Forschung verbunden. Auch hier gilt es, moderne Bedingungen zu schaffen. Das Land ist gefordert, dafür zu sorgen, dass das Universitätsklinikum Jena diese Bedingungen bekommt. Wir haben im Jahr 2012 mit dem 2. Bauabschnitt begonnen und einen Scheck über 232 Mio. Euro übergeben. 2013 war die Grundsteinlegung, 2014 dann das Richtfest und 2016 die Eröffnung. Im Jahr 2018 gab es den letzten Teilabschnitt des 2. Bauabschnittes. In diesen sind noch einmal etwa 37 Mio. Euro geflossen. In der Summe waren das schließlich über 300 Mio. Euro, von denen das Land etwa 260 Mio. Euro getragen hat.

Auch das war für das Land eine Priorität, die Posterioritäten nach sich zieht. Wir haben den Wissenschaftsstandort am Beutenberg ausgebaut, in dem das Universitätsklinikum hervorragende Forschungsbedingungen findet. Der 2. Bauabschnitt am Klinikumstandort Lobeda wird dann alle somatischen Kliniken an einen Ort zusammenführen. Das wird der Lehre und der Forschung guttun.

Auch die Friedrich-Schiller-Universität braucht Geld. Ich weiß nicht, wie viele Bundesländer es gibt, die Verträge, sogenannte Rahmenvereinbarungen mit den Hochschulen abgeschlossen haben, die festlegen, dass in jedem Jahr ein Aufwuchs des Budgets um 4 % stattfindet. Das hat unser Landtag im Juni 2020 verabschiedet. Damals war die Pandemie gerade im Anrollen, und wir alle wussten nicht, wie wir im Haushalt mit diesem Problem klarkommen würden. Dennoch haben wir damals die 4 % Aufwuchs unterschrieben. Gleichzeitig wurde auch für das Universitätsklinikum der Aufwuchs um jährlich 4 % übernommen. Ich bin mir bewusst, dass diese Steigerungen in Bezug auf die Energiekosten, die durch die Inflation gestiegenen Materialkosten und auch die Tarifverträge für das Land extrem herausfordernd sind. Im morgigen Chefgespräch mit der Finanzministerin über den Haushalt 2024 werde ich noch einmal deutlich sagen, dass die 3 % eigentlich der Inflationsausgleich sein sollten. Sie alle wissen, wo wir momentan liegen. Auch dabei setzen wir einen Schwerpunkt und schaffen eine Priorität.

Darüber hinaus gilt es, die Lehre, die Forschung und die Patientenversorgung noch besser zusammenbringen. Die Schwerpunkte des Universitätsklinikums Jena in der Forschung liegen in der Optik und medizinischen Optronik, in der Altersforschung, in der Sepsisforschung und in der Immunologie. Das Exzellenzcluster „Balance of the Micro-

verse“ wurde angesprochen. Das ist für uns der Ankerpunkt, in der neuen Exzellenzinitiative weitere Cluster mit dem Ziel anzumelden, 2025 eine Exzellenzuniversität zu werden. Das Land unterstützt diese Bestrebungen mit Geldmitteln, aber natürlich auch mit Argumentationen.

Dies alles zusammengekommen ist extrem wichtig. Es gilt, die Forschung zu verbessern, der Lehre die entsprechenden Möglichkeiten zu geben, neue Studierende heranzuziehen und die Patientenversorgung zu verbessern. Forschungsergebnisse können direkt in die Patientenversorgung übergehen. Das ist der große Vorteil der Universitätskliniken.

Wie wird es in der Zukunft sein?

Der Bau am Universitätsklinikum, und dabei spreche ich die Abgeordneten des Landtages an, liegt als Plan vor und umfasst für die nächsten 10 Jahre mit etwa 250 Mio. Euro eine erhebliche Summe. Ich kämpfe darum, das alles in einem 3. Bauabschnitt zusammenzufassen, den wir genauso wie den 2. Bauabschnitt behandeln und dabei Schritt für Schritt vorankommen. Dabei geht es um die neue Notaufnahme, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, den Aufbau des Deutschen Psychologischen Zentrums. Wir sind in der Sepsisforschung und in der Krebsforschung stark. All das soll seinen Niederschlag auch in den neuen Gebäuden finden. Dort werden wir weiter investieren müssen.

Sie haben die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung und die Verhandlungen zur neuen Approbationsordnung angesprochen. Dort sind Sie die Experten. Ich habe das Positionspapier der KMK, des MFT und des VUD gelesen. Wir kennen in der Politik das Konnexitätsprinzip. Es darf nicht sein, dass auf der Bundesebene eine Reform beschlossen wird und am Ende zahlen dafür die Länder und die Hochschulen. Das ist ein Wort in die Richtung des Bundes. Wir müssen die Balance in der Finanzierung schaffen und die besondere Herausforderung der Universitätsklinika berücksichtigen. Deshalb ist es gut, dass von einem eigenen Level gesprochen wird. Wir haben nicht erst in der Corona-Zeit gemerkt, dass es einer spezifischen Regelung für die Universitätsklinika bedarf, denn sie können nicht mit allen übrigen Krankenhäusern gleichgestellt werden.

Meine Damen und Herren!

Noch einmal ein herzliches Willkommen! Die Themen sind weit aufgespannt. Ich erwarte Impulse, interessante Diskussionen und ich werde mir berichten lassen. Fühlen Sie sich in Jena wohl und schauen sich diese schöne Stadt an. Schauen Sie, wie es hier in Thüringen vorangeht.

Vielen Dank!

Tagungsimpressionen I





Kooperation und Wettbewerb in der Gesundheitsforschung

Moderation: Armin Himmelrath



Impulsvorträge: Kooperative und wettbewerbliche Förderinstrumente im Bereich der Gesundheitsforschung

Prof. Dr. Katja Becker
Präsidentin der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), Bonn

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrter Herr Minister Tiefensee,
lieber Herr Frosch,
liebe Frau von Messling,
lieber Herr Himmelrath,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, nach den Zeiten der Pandemie wieder bei Ihnen sein zu dürfen. Wann immer die Frage nach dem Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz gestellt wird, kommen wir in die Verlegenheit, uns vermeintlich für das eine oder andere entscheiden zu müssen. Aber ist das richtig und warum sollten wir das tun? Schließlich erfahren wir Konkurrenz und Kooperation doch immer wieder als zwei grundlegende Triebkräfte unseres alltäglichen Zusammenseins und Zusammenwirkens, die sich viel häufiger gegenseitig bedingen als sie sich gegenseitig ausschließen. Das gilt insbesondere für die Wissenschaft: Kooperation ist seit je her ein unverzichtbarer *modus operandi* des Erkenntnisprozesses. Und die wissenschaftliche Kooperation öffnet einen Raum, in dem sich experimentelle Befunde, methodische Annahmen, Theorien und Hypothesen in einem freien Spiel entfalten können.

Zum Spiel gehört aber auch der Wettbewerb. Denn der „zwanglose Zwang“ (Habermas) wissenschaftlicher Argumente erzielt seine überzeugende Wirkung erst im fortlaufenden Vergleich, im fortlaufenden fachlichen Zwiegespräch, im Ringen, im freudigen Austausch um die differenziertere Analyse, um die treffendere Beschreibung oder die tragfähigste Schlussfolgerung.

Das heißt dann aber: Der vermeintliche Widerspruch zwischen Kooperation und Konkurrenz ist in Wirklichkeit ein Spannungsverhältnis zwischen zwei Polen, deren Anziehungskräfte mal gegeneinander und mal miteinander wirken. Es geht also immer um beides zugleich, und es geht darum, die Spannung von Konkurrenz und Kooperation in

produktive Energie zu wandeln. Es geht darum, einen Rahmen zu schaffen, in dem sich beide Kräfte gegenseitig verstärken und den wissenschaftlichen Dialog in Schwung bringen und halten.

Genau das ist eine zentrale Aufgabe der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Unser Förderhandeln reagiert mit einem ausdifferenzierten Portfolio auf die unterschiedlichsten Bedarfe und hält somit wettbewerbliche und kollaborative Grundlagen der Forschung in einem möglichst ausgewogenen Verhältnis. Und diese Balance zeigt sich auf allen Ebenen des Forschungsprozesses.

Sie betrifft etwa die Arbeits- und Motivationsbedingungen der einzelnen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und der Arbeitsgruppen, wie man gut am Beispiel der kooperativen Nutzung von Gesundheitsdaten sehen kann. Die Pandemie hat uns nicht nur gezeigt, dass wir in Deutschland durchaus Nachholbedarf bei der Digitalisierung von Forschung und Wissenschaft haben, sondern auch, dass gelungene Kooperation auch eine Frage informationstechnologischer Infrastrukturen ist.

Forschungsförderorganisationen haben diese Notwendigkeiten erkannt und entsprechende Förderlinien initiiert. Ich denke etwa an das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) oder die bereits vor der Pandemie gestarteten Initiativen zur Medizininformatik (MII) und zur Nationalen Forschungsdateninfrastruktur (NFDI). Diese Programme sind extrem wichtig, weil sie notwendige infrastrukturelle Impulse geben für mehr Kooperation in den Lebenswissenschaften und darüber hinaus. Denn es gibt viele andere Disziplinen, mit denen es sich lohnt, sich zu vernetzen.

Datenplattformen allein werden aber keine Antworten auf viele Fragen geben, die sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler stellen:

- Wie kann ich selbst meine Daten am besten nutzen, nachnutzen und verknüpfen?
- Wie können andere meine Daten nutzen?
- Inwieweit kann ich Daten anderer nutzen und ihnen vertrauen?
- Wem gehören eigentlich all die Daten?
- Lohnt sich überhaupt all die Mühe, die Daten zur Verfügung zu stellen?
- In welcher Detailtiefe sollte dies geschehen?

Hier befinden wir uns inmitten des Spannungsfeldes zwischen Kooperation und Konkurrenz – und in der Regel geschieht dies unter Zeitdruck und unter Erfolgsdruck. Die immense Leistung des professionellen Erhebens und Teilens von Daten muss daher besonders gewürdigt werden. Sie ist in ihrer Komplexität und rasanten Entwicklung eine Höchstleistung. Daher müssen wir neben infrastrukturellen Lösungen auch flankierende Maßnahmen ergreifen, um Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bei dieser Arbeit zu unterstützen und die positiven Kräfte von Kooperation und Wettbewerb zur Geltung zu bringen.

An diesem Punkt treffen sich individuelle und strukturelle Perspektiven, und an diesem Punkt stehen Forschungsförderorganisationen in einer besonderen Verantwortung. Schließlich nehmen sie mit ihren Angeboten und Programmen Einfluss auf das Zusammenspiel von kooperativen und wettbewerblichen Elementen – insbesondere im Rahmen von Förderinstrumenten, die explizit auf Kooperation zielen: zum Zweck der Schwerpunktbildung und mit der Folge eines Standortwettbewerbs.

Zu diesen Instrumenten gehören unter anderem die Sonderforschungsbereiche und Transregios, die Forschungsgruppen sowie die Klinischen Forschungsgruppen. Sie setzen genau dort an, wo die Möglichkeiten der Einzelförderung an ihre Grenzen stoßen. Und wie Sie wissen, bietet das gemeinsame Forschen unschlagbare Vorteile: vor allem den engen intellektuellen Austausch, aber auch den Austausch von Methoden und Modellen sowie die gemeinsame Technologienutzung. Und außerdem macht die Zusammenarbeit auch einfach Spaß und kann enorm motivieren. Verbundprojekte zeigen darüber hinaus, dass Kooperation immer auch Brücken schlägt: im Fall der Klinischen Forschungsgruppen vor allem zwischen klinischem Anwendungsbezug und grundlegenden Erkenntnissen, häufig aber auch zwischen Disziplinen und regional verstreuten Kompetenzen.

Dies gilt insbesondere für große Verbundvorhaben wie Exzellenzcluster oder Sonderforschungsbereiche und Transregios, die hochschulübergreifende Gemeinschaftsanträge sowie die integrierte Zusammenarbeit mit außeruniversitären Institutionen erlauben und begünstigen. Kooperation wird im Rahmen dieser koordinierten Programme nicht lediglich gefördert, sondern wird selbst zum Programmziel und Begutachtungskriterium. Denn die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen und den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie der daraus resultierende interdisziplinäre Mehrwert sind wichtige Aspekte für die Beurteilung solcher Verbünde.

Und es ist nicht überraschend, dass diese Angebote besonders in den Lebenswissenschaften und der Medizin intensiv nachgefragt werden, wo die Zusammenarbeit einen ebenso prominenten wie selbstverständlichen Platz im Forschungsalltag einnimmt. Dass momentan fast die Hälfte aller SFBs aus den Lebenswissenschaften bzw. der Medizin kommen, bezeugt die herausragende Forschungsleistung, die an Ihren Einrichtungen erbracht wird – auch wenn angesichts begrenzter Fördermittel leider meist nicht alle positiv begutachteten Anträge letztlich auch gefördert werden können.

Eben weil der Konkurrenzdruck in diesen Spitzenbereichen so hoch ist, sollte der Wettbewerb so offen und dynamisch gestaltet werden, dass er nicht einfach die momentan einflussreichsten Teilnehmer bevorzugt und die herrschenden Verhältnisse fortschreibt. Ganz im Gegenteil: Größenvorteile besonders forschungstarker Einrichtungen müssen kollaborativ genutzt werden können und sollten eben nicht zu Eintrittsbarrieren für neue oder kleinere Wettbewerber werden.

Auch in dieser Hinsicht hält unser Förderhandeln die Balance zwischen wettbewerblchen und kooperativen Elementen und Effekten, weil deren Verhältnis immer auch die Beziehungen zwischen Standorten, Regionen und Bundesländern betrifft. Wie eingangs erwähnt, ist das Zusammenspiel von Kooperation und Konkurrenz ein Grundmotiv der Wissenschaft. Es prägt dementsprechend auch unser föderales Wissenschaftssystem. Es prägt darüber hinaus aber auch die internationalen Wissenschaftsbeziehungen.

Denn Fragen der öffentlichen Gesundheit – das hat die Pandemie ja eindrücklich gezeigt – sind das Beispiel par excellence für die Notwendigkeit bilateraler und multilateraler Kooperationen. Angesichts der Ausbreitung von Infektionskrankheiten im Zuge des Klimawandels und der immer dichteren globalen Vernetzung können wir den Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit nur im solidarischen Schulterschluss der internationalen wissenschaftlichen Communities begegnen.

Und auch hier sorgt die produktive Spannung zwischen Kooperation und Wettbewerb für die nötige Dynamik – wenngleich sich die Komplexitätsgrade in der internationalen Zusammenarbeit erhöhen. Diese produktive Spannung entfaltet ihr Potenzial also zwischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, zwischen Institutionen, zwischen Bundesländern und zwischen nationalen Wissenschaftssystemen. Und genau diese Spannung ist ein maßgeblicher Antrieb für unsere wissenschaftliche Neugier und Innovationskraft.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



MinDir Prof. Dr. Veronika von Messling
Ministerialdirektorin und Leiterin der Abt. Lebenswissenschaften,
Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin

Sehr geehrter Herr Professor Frosch,
sehr geehrter Herr Professor Scholz,
sehr geehrte Frau Professorin Becker,
sehr geehrte Damen und Herren,

es ist mir eine große Freude, hier sprechen zu dürfen. Vor einigen Wochen hat die WHO den globalen Corona-Gesundheitsnotstand offiziell beendet. Die Herausforderungen für unser Gesundheitssystem und die Erwartungen an die medizinische Forschung werden damit aber nicht weniger werden. Die zentralen Fragen lauten daher: Wie können wir die Gesundheitsforschung für die Zukunft bestmöglich aufstellen? Und was ist dabei die Rolle der Universitätsmedizin?

Während der Pandemie-Jahre haben wir eindrücklich erlebt, welche zentrale Bedeutung der Universitätsmedizin in unserem Gesundheitssystem zukommt. Sie liegt genau an der Schnittstelle zwischen patientenorientierter klinischer Forschung und hochwertiger Patientenversorgung, genau dort, wo die Erkenntnisse aus der Forschung uns allen zugute kommen. Ihre langfristige Stärkung und Etablierung als ein starker Partner in den zentralen Bereichen der deutschen Gesundheitsforschung ist daher ein wichtiges strategisches Ziel des BMBF.

Kooperation und Koordination der universitätsmedizinischen Zentren

Die Corona-Pandemie hat die Gesundheitsforschung in Deutschland deutlich verändert: Innerhalb kürzester Zeit wurde eine Vielzahl struktureller Veränderungen umgesetzt, die in Teilen seit Jahren angedacht und eingefordert wurden, aber deren Realisierung bis dahin schwierig war. Diese Dynamik gilt es zu erhalten, denn die Zukunftsfähigkeit und die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Universitätsmedizin hängt wesentlich davon ab, dass die Kompetenzen der verschiedenen Standorte künftig noch besser vernetzt und gebündelt werden. Wir müssen hier die Besonderheit Deutschlands beachten, dass wir viele Universitäten haben, diese aber im Vergleich mit internationalen Zentren deutlich kleiner sind. Nur durch die Kooperation und enge Vernetzung der universitätsmedizinischen Zentren können wir erreichen, dass entscheidende Forschungsinfrastrukturen und Ressourcen überall verfügbar und von allen Standorten genutzt werden können und wir so das Potential der deutschen Gesundheitsforschung in vollem Umfang heben.

Ein offensichtliches Beispiel ist die Nutzung von Behandlungs- und Diagnosedaten. Hier zeigt sich der herausragende Mehrwert kooperativer Strukturen. Zum einen ist hier die Medizininformatik-Initiative (MII) zu nennen: Als zentraler Impulsgeber für Innovationen auf dem Gebiet der datengetriebenen Gesundheitsforschung schafft sie die Grundlagen für den Austausch und die standortübergreifende Nutzung medizinischer Daten. Dies treibt auch die personalisierte Medizin voran. Denn personalisierte Medizin wird es ohne Zugang zu Patientendaten nicht geben. Im Kontext von Use-Cases entwickeln mehrere Universitätskliniken gemeinsame IT-Lösungen für die konkrete Anwendung im Klinikalltag. So wird beispielsweise die Verordnung von Arzneimitteln durch digitale Unterstützung sicherer. Zudem hat die MII das Forschungsdatenportal Gesundheit aufgebaut. Hierhin können sich bereits jetzt alle Forschenden wenden, wenn sie Daten oder Bioproben der Unikliniken für Forschungszwecke nutzen möchten. Seien Sie neugierig, schauen Sie sich das an, und leisten Sie einen Beitrag zu Verbesserung, wenn die Daten nicht dem genügen, was Sie für Ihre Forschung benötigen.

Weit über Daten hinaus geht das als langfristige kooperative Forschungsstruktur angelegte Netzwerk Universitätsmedizin (NUM), in dem sich alle Universitätskliniken in Deutschland zusammengeschlossen haben. Das NUM hat die Zusammenarbeit der deutschen Universitätskliniken grundlegend verändert, indem es – über die Grenzen von Fächern, Standorten und Ländern hinweg – Forschungsaktivitäten, Ressourcen und Kompetenzen gebündelt und kooperative, übergreifende Infrastrukturen etabliert hat.

Komplementär dazu arbeiten die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung. Dort werden Forschungsergebnisse indikationsspezifisch in Innovationen für die Patientenversorgung überführt. In den kommenden Jahren wird es darum gehen, Synergien der verschiedenen Initiativen zu nutzen und Alleinstellungsmerkmale auszubauen. Nur dann wird es uns gelingen, das vorhandene Translationspotential der Gesundheitsforschung in Deutschland bestmöglich zu erschließen.

Engere Verbindung zwischen Forschung und Versorgung

Damit neue Erkenntnisse schneller zu den Patientinnen und Patienten gelangen, müssen Forschung und Versorgung noch enger – und damit schlagkräftiger – miteinander verbunden werden. Diese Aufgabe übernehmen vielerorts hochqualifizierte Forschende, die sich sowohl in der Wissenschaft als auch in der Versorgung engagieren. Um bessere Voraussetzungen für forschende Fachärztinnen und Fachärzte sowie langfristige Karriereperspektiven zu schaffen, hat das BMBF auf Grundlage intensiver Diskussionen mit vielen von Ihnen und mit der Forschungsgemeinschaft insgesamt Programme für diese Advanced Clinician Scientists (ACS) an universitätsmedizinischen Standorten etabliert. Diese Fördermaßnahme unterstützt auch die strukturelle Weiterentwicklung der Universitätsmedizin. Denn sie setzt einen Anreiz, die Advanced-Clinician-Scientist-Programme in die Gesamtstrategie der Universitäten einzubetten und so nachhaltige gute Rahmenbedingungen für die exzellenten klinischen Forscherinnen und Forscher zu

schaffen. Die Fördermaßnahmen des BMBF und der Deutschen Forschungsgemeinschaft ergänzen sich hier optimal, da die DFG eine frühere Karrierestufe von Ärztinnen und Ärzten während der Facharztausbildung fördert, und die Förderung des BMBF daran anschließend sich an Fachärztinnen und Fachärzte richtet.

Kooperative und kompetitive Förderinstrumente ergänzen sich – sie sind komplementäre Elemente der Förderstrategie des BMBF

Um Innovationen durch Forschung zu schaffen, brauchen wir auch Wettbewerb. Hier möchte ich kurz auf die Maßnahmen zur Förderung von klinischen und frühen klinischen Studien eingehen. In einem hochkompetitiven Begutachtungsverfahren werden hier in jeder Ausschreibungsrunde Studien ausgewählt, die für die Patientenversorgung sehr relevant sind und gleichzeitig den höchsten wissenschaftlichen und methodischen Qualitätsansprüchen gerecht werden. Diese Fördermaßnahmen tragen dazu bei, dass Hürden in der Translationskette überwunden oder zumindest niedriger werden und wissenschaftliche Erkenntnisse die Patientinnen und Patienten möglichst schnell erreichen. Partizipation von Patientinnen und Patienten ist dem BMBF dabei sehr wichtig: Sowohl bei der Auswahl als auch bei der Durchführung der Projekte werden Betroffene und ihre Vertretungen aktiv eingebunden – und somit eine hohe Relevanz sichergestellt.

Kooperation und Konkurrenz schließen sich also in der Wissenschaft nicht aus. Vielmehr lassen sich viele komplexe Fragestellungen nur gemeinsam in größeren über mehrere Standorte verteilten Teams, aber gleichzeitig auch im Wettstreit der besten Ideen lösen. Hier setzt die Verbundforschung des BMBF an. Ein innovatives Beispiel hierfür ist die im März bekanntgegebene Förderung von Forschungsverbünden zu großen ungelösten Fragen der Krebsforschung, die „Grand Challenge“. Hier werden kreative Forschende aus unterschiedlichen Disziplinen gesucht, die ihre Kompetenzen und Ressourcen bündeln, um Antworten auf bislang ungelöste Fragen der Krebsforschung zu finden. Erstmals stehen dabei nicht nur die Teams im Wettbewerb zueinander, sondern auch ihre Forschungsfragen. Das ist auch für uns Neuland.

Am konsequentesten wird Kooperation im NUM umgesetzt. Die etablierten Forschungsinfrastrukturen sowie die Forschungsprojekte sind im Konsens entstanden. Gemeinsam hat die Universitätsmedizin entschieden, welche Vorhaben in der Pandemie prioritär umgesetzt werden sollen.

Dank der erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen NUM und MII sind bereits großartige Fortschritte in der Zusammenführung von Daten aus Versorgung und Forschung sowie deren Nutzbarmachung für kooperative Forschung erzielt worden. Durch die Integration der Datenintegrationszentren (DIZ) aus der MII in das NUM wird diese wichtige Infrastruktur auch über das Ende der Projektförderung der MII, deren letzte Förderphase gerade begonnen hat, hinaus erhalten bleiben. Zudem wird die Zusammenarbeit des NUM auch mit weiteren Organisationen und Netzwerken der datengestützten Gesundheitsforschung – wie der NFDI oder der NAKO – intensiviert. Wir setzen uns

dafür ein, dass diese Strukturen bei den anstehenden Gesetzesinitiativen – der Verordnung zum European Health Data Space und dem nationalen Gesundheitsdatennutzungsgesetz – von Anfang an einbezogen und ihre Lösungen aufgegriffen werden.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal kurz zusammenfassen: Um zukünftigen Herausforderungen gewachsen zu sein, brauchen wir beides – starke kooperative Strukturen ebenso wie innovative Forschungsideen, die sich im Wettbewerb erfolgreich durchsetzen können. Die Förderstrategie des BMBF umfasst daher sowohl kooperative als auch kompetitive Elemente. Die Balance dieser komplementären Förderinstrumente bildet die Basis für eine erfolgreiche und dynamische Gesundheitsforschung in Deutschland, bei der die Universitätsmedizin eine zentrale Rolle spielt.

Jeder und jede Einzelne von Ihnen und die Institutionen, für die Sie stehen, werden sich der Dynamik in diesem Forschungsfeld stellen und künftigen Herausforderungen in einem gestärkten Umfeld begegnen. Ich danke Ihnen für Ihr großes und gesellschaftlich sehr bedeutsames Engagement! Das BMBF setzt einen Teil des Rahmens, und wir versuchen, mit den Förderinstrumenten Sie in die Lage zu setzen, kompetitiv und komplementär gemeinsam diese großen Herausforderungen anzugehen.

Vielen Dank – ich freue mich auf die nachfolgende Diskussion!



Die Teilnehmenden des Podiumsgesprächs zu Förderinstrumenten im Bereich der Gesundheitsforschung auf dem oMFT 2023, v.l.n.r.: Prof. Dr. Matthias Frosch, MinDir Prof. Dr. Veronika von Messling, Prof. Dr. Katja Becker, Armin Himmelrath

Podiumsgespräch: Kooperative und wettbewerbliche Förderinstrumente im Bereich der Gesundheitsforschung

Prof. Dr. Katja Becker

Präsidentin der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), Bonn

MinDir Prof. Dr. Veronika von Messling

Ministerialdirektorin und Leiterin der Abt. Lebenswissenschaften,
Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin

Prof. Dr. Matthias Frosch

Präsident des Medizinischen Fakultätentages, Würzburg

Moderation: Armin Himmelrath

Wissenschaftsjournalist, Köln

Es gilt das gesprochene Wort!

Himmelrath

Wir haben gerade zwei Vorträge gehört, die beides, die Kooperation und den Wettbewerb betonen. Ich möchte als erstes Herrn Frosch fragen, ob es bei den Impulsvorträgen Aspekte gab, denen er sofort zustimmen würde, oder auch Inhalte, zu denen er Widerspruch anmelden möchte.

Frosch

Die Themen Wettbewerb und Kooperation sind Themen in den Dekanaten. Wettbewerb gibt es, wenn unsere Bundesländer von den Fakultäten Profilbildung erwarten. Es gibt Bundesländer, die an der Leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) als einem Landeswettbewerb festhalten. Das ist ein Wettbewerb, genauso, wie es an einem Standort einen Wettbewerb der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gibt, wenn sie sich um knappe Ressourcen unserer Geldgeber bewerben.

Auf der anderen Seite gewinnt das Thema Kooperation zunehmend an Bedeutung, was auch in den beiden Impulsvorträgen deutlich herausgestellt wurde. Kooperation und Wettbewerb stellen aber keinen unauflösbaren Widerspruch dar. Kooperationsfähigkeit kann auch eine Voraussetzung sein, um im Wettbewerb bestehen zu können. Die angesprochenen Programme bringen einen harten Wettbewerb mit sich, um darin mitwir-

ken zu können. Sie verlangen aber auch den Willen zur Kooperation und die Bereitschaft, in einer solchen Kooperation auch Anteile des eigenen Profils aufzugeben, um sich in einer größeren Gesamthematik einzubringen.

Himmelrath

Diese Rahmenbedingungen bilden ein unwahrscheinlich fragiles Gefüge, in dem sich die medizinische Forschung bewegen muss. Wo sehen Sie die größten Bedrohungen für dieses Gefüge?

Frosch

Es ist für die Fakultäten nicht immer einfach, eigene Ressourcen einzubringen. Wenn von Förderorganisationen neue Strukturen geschaffen wurden und nach 5 oder mehr Jahren die Förderung endet, die Strukturen sich aber bewährt haben und die Forschenden gute Arbeit leisten, soll im Anschluss an die Förderphase die Finanzierung weitergehen. Wo kommt das Geld dann dafür her? Der notwendige Aufwuchs kommt oftmals nicht von den Ländern. Dann sind die Fakultäten in einer finanziell schwierigen Situation und stehen vor der Frage, wo sie in Zukunft Prioritäten setzen sollen. Der Wettbewerb wird in solchen Fällen zeigen, welche Fakultät am besten mit dieser komplexen Lage fertig wird.

Himmelrath

Ich gebe die Frage an Frau Becker weiter.

Becker

Sowohl Kooperationen als auch Wettbewerb können mit Risiken einhergehen. Bei der Kooperation liegt ein Risiko beispielsweise in der Komplexität, denn man kann nicht mit jedem und mit allen kooperieren, und man braucht für das Gelingen einer Kooperation ausgereifte Konzepte. Ein gutes Beispiel dafür ist die Exzellenzinitiative, in der bislang maximal drei Standorte für die Kooperation in einem Cluster vorgesehen waren. Es gab dann aus einigen Bundesländern die Bitte, diese strenge Regelung zu öffnen, um mehr Standorten die Chance zur Kooperation in einem Cluster zu geben. Der Bitte wurde stattgegeben, doch die eingegangenen 143 Skizzen binden nach wie vor jeweils nur maximal drei Standorte in die Kooperation ein. Wir haben daher den Eindruck, dass an dieser Stelle das System ausgereizt ist und sich die systematische Kooperation im Rahmen eines solchen Programms nicht unendlich erweitern lässt.

Auf der anderen Seite kann auch Konkurrenz zu Problemen führen, wenn der Wettbewerbsgedanke zu einseitig betont wird. Wenn nahezu jede Leistung bewertet und in Rankings verglichen wird, wenn jeder seine eigene Position ständig vor Augen hat, erhöht das nicht nur die individuelle Belastung, sondern auch das Risiko psychischer Erkrankungen. Zudem muss man sich um den Verlust wissenschaftlicher Kreativität sorgen, weil das freie Denken bei einem permanenten maximalen Wettbewerb leidet.

Himmelrath

An Frau von Messling gerichtet, will ich eine weitere Konkurrenzebene in die Diskussion einbringen, die Konkurrenz der Länder. Es gibt Finanzprogramme des Bundes, die eine Anschubfinanzierung für mehrere Jahre gewährleisten, doch dann müssen Verstetigungen nachfolgen. Ist das auch ein Risikofaktor?

von Messling

Der Bund ist in Deutschland nicht für die Hochschulen zuständig. Die Programme sind eine Ergänzung, denn die Hoheit der Länder gewährleistet die dauerhafte und stetige Finanzierung der Hochschulen. Der Bund dagegen fördert – sehr abstrakt dargestellt – bestimmte konkrete Maßnahmen oder strukturelle Initiativen und schiebt damit etwas an. Diese enden aber nach einer gewissen Zeit und das ist in den Programmen auch so vorgesehen.

Der Wunsch nach einer Verstetigung wird in Deutschland immer wieder vorgebracht. Damit wäre es aber unmöglich, neue Programme aufzulegen, denn die verfügbaren Finanzmittel des Bundes sind endlich. Wenn eine Initiative greift, werden die Elemente, die sich bewährt haben, in den Strukturen, die dauerhaft erhalten bleiben, weiterleben können. Das ist dann aber nicht mehr die Aufgabe der Bundesförderung. Mir ist bewusst, dass diese Darstellung sehr abstrakt ist und Sie alle Beispiele nennen können, bei denen eine Verstetigung unbedingt sinnvoll erscheint. Mit jeder Dauerhaftigkeit verringern sich jedoch die Möglichkeiten, neue Dinge zu beginnen und auf aktuelle Entwicklungen zu reagieren. Das ist aber eine essentielle Voraussetzung für die Innovation.

Himmelrath

Wir werden gleich Frau Becker dazu hören, aber dann erwarte ich eine Menge an Widersprüchen, denn jede Dekanin, jeder Präsident möchte nach einer Anschubfinanzierung doch die Projekte verstetigt sehen.

Becker

Wir müssen das differenziert betrachten. Sehen wir auf die nationale Forschungslandschaft, müssen wir natürlich einige Initiativen verstetigen. Das Clinician Scientist-Programm etwa sollte an den engagierten Standorten dauerhaft verstetigt werden. Dort müssen die DFG, der Bund und die Länder entsprechende Unterstützung anbieten. Bei der Exzellenzinitiative hingegen müssen wir Vor- und Nachteile einer Verstetigung genau abwägen. Es gibt natürlich einige Standorte, die sich eine Dauereinrichtung ihrer Cluster wünschen. Und das ist auch nachvollziehbar. Die DFG ist an dieser Stelle etwas zurückhaltend, weil wir die Gefahr sehen, dass derartige Verstetigungen die systemische Dynamik und die damit verbundenen Innovationsanreize schwächen könnten. Denn der Exzellenzwettbewerb lebt von der Konkurrenz. Und absolute Spitzenforschung braucht Innovation. Jeder Standort sollte daher individuell und frühzeitig prüfen, welche Aspekte eines Clusters nach Auslaufen der offiziellen Förderung erhalten bleiben sollen oder in anderer Weise fortgeführt werden können und wie dies finanziert werden

kann. Der Wissenschaftsrat befasst sich daher ja derzeit auch intensiv mit der Frage der längerfristigen Perspektiven von Exzellenzclustern.

Frosch

Ich unterstütze die Position von Frau von Messling, denn wir brauchen Freiräume, in denen wir, dem Stand der Forschung entsprechend, neue Dinge anstoßen können. Wir brauchen aber auch die Verstetigung, denn, wenn wir beispielsweise über fünf Jahre eine Biobank aufbauen, sollen die dort gelagerten Proben auf Jahre oder gar Jahrzehnte genutzt werden können. Es sind nicht nur die Personen, die diese Bank betreuen, sondern auch die anfallenden Kosten für den Betrieb, die Wartung und gegebenenfalls auch den Ersatz verschleißender Technik. Das kann die Fakultät allein nicht tragen. Für diese Problematik ist das NUM ganz wichtig, denn dieses Netzwerk ist langfristig angelegt und soll langfristig finanziert werden. Damit besteht die Chance auf eine verstetigte Finanzierung von Forschungsinfrastruktur, wie den Datenintegrationszentren der Medizininformatik-Initiative, die in das NUM integriert werden sollen.

von Messling

Das BMBF muss die Gegebenheiten der deutschen Forschungslandschaft berücksichtigen. Es ist eine Chance der deutschen Universitätsmedizin, ihre 36 Standorte auf der Ebene der Daten, der Proben und der Patienten so zu vernetzen, dass die Forschenden auf das gesamte Spektrum zugreifen können. Dieses Ziel hat eine unglaubliche Attraktivität und macht uns international wettbewerbsfähig. Die Patientenstratifizierung führt dazu, dass am Einzelstandort immer weniger Patientinnen und Patienten für eine bestimmte Studie verfügbar sind oder immer weniger Proben anfallen. Die Vernetzung ist eine Antwort darauf.

Im Spannungsfeld zwischen Vision und Mission muss jeder seinen Teil beitragen und vielleicht auch liebgewordene Dinge abgeben. Als Beispiel nenne ich die Datenintegrationszentren (DIZ), die an jedem Standort eingerichtet worden sind und nun in das NUM überführt werden. Damit wird die Idee der Datenbanken verstetigt und eine stabile Infrastruktur geschaffen. Wenn nun eine Fakultät in einem Antrag wie gewohnt eine eigene Dateninfrastruktur und eigene Datenspeicher finanziert bekommen möchte, werden wir auf die Nutzung der zentralisierten Infrastrukturen verweisen, wenn das möglich und sinnvoll ist. Nicht bei jedem Antrag wird eine eigene Biobank eingerichtet werden, die genau den Wünschen und Spezifikationen des Antragstellers entspricht.

Frosch

Wer entscheidet am Ende, welche lieb gewonnenen Strukturen oder Elemente abgeschafft und zentralisiert werden sollen, wenn wir über zu verstetigende Infrastrukturen sprechen? Wer entscheidet, wo zukünftige Entwicklungen hingehen und wohin die verfügbaren Ressourcen dann gelenkt werden?

Nach meiner Auffassung müssen dies Strukturen sein, in denen die Wissenschaft das Primat bei der Governance besitzt. Fachfernere Vorstandsebenen sollten solche Entscheidungen nicht treffen. Für mich liegt die Kunst darin, die Infrastruktur so zu verstetigen, dass ein zu erwartender Mehrwert dann auch wieder der Wissenschaft zugute kommt.

Himmelrath

Wer kann das leiten und lenken? Die DFG, der Wissenschaftsrat oder ein gemeinsames Gremium?

Becker

Das sehe ich als die Aufgabe der DFG, sofern diese Prozesse hochkarätige Forschung beinhalten. Die Wissenschaft muss an dieser Stelle entscheiden oder zumindest beratend mitwirken.

Himmelrath

Ich möchte nun auch aus dem Gremium hier um Meinungsäußerungen bitten und frage nach Wortmeldungen aus den Reihen der Beratungsteilnehmenden.

Pichler

Die Neufassung des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes wird zu einer Verstetigung beitragen. Ich verstehe, dass wir nicht alles fördern können und sehe die Kooperation als einen notwendigen Schritt zur Nutzung der Ressourcen. Dabei bemerke ich mit gewisser Sorge, dass durch die wachsende Bürokratie Kreativität bei den Forschenden verloren geht, sie frustriert sind, wenn die Bearbeitung von Anträgen für Tierversuche oder für Forschungsprojekte sehr lange dauert und Aspekte z.B. der Diversität oder Gleichstellung einen höheren Stellenwert als die wissenschaftliche Fragestellung zu haben scheinen.

Becker

Die Mai-Sitzung im SFB-Ausschuss war sehr hart, denn aufgrund der knappen Ressourcen konnten auch gute Anträge nicht gefördert werden. Aber das Gremium hat bis zum Ende gerungen und es hat nach meiner Ansicht gute Entscheidungen getroffen. Im Zentrum dieser Förderentscheidungen steht für die DFG stets die wissenschaftliche Qualität eines Projektes. Diese bezieht sich insbesondere auf den zu erwartenden Erkenntnisgewinn, die Ausgewiesenheit der PIs sowie die Durchführbarkeit der geplanten Arbeiten und Kooperationen.

Zugleich ist es inzwischen selbstverständlich, dass auch Aspekte der Gleichstellung und Diversität bei den Anträgen zu betrachten sind sowie Konzepte für die Einbindung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen erwartet werden. Die Berücksichtigung der Diversität ist übrigens eine Erwartung, die nicht nur innerhalb unserer Gesellschaft besteht, sondern insbesondere auch im Ausland. Schließlich nutzt

die DFG die Expertise international höchstangerechter Gutachtender aus Institutionen, in denen Diversitätskonzepte inzwischen zum gelebten Standard gehören.

Die DFG setzt sich für eine Harmonisierung der Vorschriften für Tierversuche oder die Nutzung von Organpräparaten ein. Hier müssen Anträge schneller und besser bearbeitet werden, damit den Forschenden keine Nachteile durch lange Bearbeitungsfristen entstehen.

von Messling

Die Erwartungen an eine Harmonisierung sind hoch, müssen sich aber an den gegebenen politischen Strukturen von Bund und Ländern ausrichten. Die Frage, wie wir angesichts dieser Komplexität in der Lage sind, schnell zu entscheiden und für die Antragstellenden eine Berechenbarkeit herzustellen, hat in dieser Legislaturperiode eine hohe Bedeutung. Ich denke dabei auch an die Pharmabranche. Wir sehen als Forschungsministerium dort die gleichen Punkte – was muss vorgelegt werden, wie lange dauert die Bearbeitung, wann kann mit der Forschung begonnen werden? Das sind berechnete Erwartungen, die in Problembeschreibungen einmünden. Jedoch sind die Lösungsvorschläge relativ rar. Hier sind Best Practice-Beispiele nötig, um in Deutschland gute Lösungen zu finden, denn auch bei unseren Nachbarn werden Tierversuche zunehmend kritisch gesehen und Fragen des Datenschutzes erlangen einen immer höheren Stellenwert. Diese Themen sind in der Politik angekommen und finden unter anderem ihren Niederschlag im Gesundheitsforschungsdatennutzungsgesetz oder dem Gesundheitsdatenschutzgesetz. Wir arbeiten intensiv daran, wie man dem Datenschutzaspekt so Rechnung trägt, dass dennoch eine konkurrenzfähige medizinische Forschung möglich bleibt.

Wissing

Ich möchte noch einmal auf das Verhältnis von Kooperation und Wettbewerb zurückkommen. Sie haben die Vision einer breiten Plattform skizziert, in die viele ihren Beitrag einzahlen, aber viele auch daraus Nutzen entnehmen können. Welche Kriterien gibt es, um greifbare Beiträge zu identifizieren, wie kann das in einem Netzwerk gemessen werden?

von Messling

Üblicherweise befinden sich die Einzahler und die Nutzer einer solchen Plattform in einem Austauschprozess. Wir als Ministerium wollen dabei nichts von außen vorgeben.

Becker

Als Ergänzung merke ich an, dass wir beides – Konkurrenz und Wettbewerb –in unserem Wissenschaftssystem benötigen. Nur wenn wir innerhalb und außerhalb Deutschland mit den besten Partnern zusammenarbeiten, können wir im internationalen Wettbewerb bestehen. Der Austausch von Daten bietet hierbei sehr große Chancen.

von Messling

Es kann nur das vorhandene Geld ausgeschüttet werden. Die Förderansätze des BMBF richten sich nicht auf die Breite, denn das muss nach dem Föderalismusprinzip als struktureller Ansatz durch die Länder finanziert werden. Jede Universität, jede Fakultät plant, wie sie sich ausstatten und welche Profile sie entwickeln und welche Schwerpunkte sie setzen will. Der Bund kann nur Anregungen geben und durch seine Förderung einen Beitrag leisten. Wenn eine solche Fördermaßnahme etwas bringt, dann muss sie auf systemischem Wege in die Breite getragen werden. Es kann keine Bundesförderung sein, ein Advanced Clinician Scientist Programm für jede Fachrichtung zu etablieren.

Frosch

Es wäre auch nicht sinnvoll, solche Maßnahmen bundesweit auszurollen, denn damit wäre der Wettbewerb beendet. Auch das Advanced Clinician Scientist Programm war wettbewerblich ausgestaltet, und es wurden die Standorte ausgewählt, an denen die Rahmenbedingungen für den Nachwuchs gut ausgebaut waren und Chancen eines erfolgreichen Anknüpfens boten.

Weber

Die Konkurrenz ist eher international zu sehen und nicht zwischen benachbarten Standorten. Beim Wettbewerb innerhalb des wissenschaftlichen Nachwuchses sehe ich Hindernisse, wenn zum Beispiel durch Kooperationen die Möglichkeiten einer eigenen Profilbildung kleiner werden. Wie kann ermöglicht werden, dass eigene Anteile an Verbundprojekten sichtbar werden?

Becker

Die Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in den frühen Karrierestadien muss in der Tat sehr ernst genommen werden und ist übrigens auch ein Satzungsziel der DFG. So arbeiten wir ständig an der Feinjustierung der vielfältigen Angebote und Programme, die sich auf die Förderung früher Karrierephasen beziehen. Vor etwa drei Jahren haben wir beispielsweise die Grundsätze für gute Promotionsbetreuung veröffentlicht. Das Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG) übrigens enthält in seinem aktuellen Referentenentwurf die Möglichkeit zur Befristung von 4+2 Jahren und gibt damit zumindest ein Minimum an Zeit für wissenschaftliches Arbeiten und eine gewisse Profilbildung. Bei einer Befristung von maximal 2 Jahren nach der Promotion, wie es von anderen gefordert wurde, wäre das deutsche Wissenschaftssystem an seine

Grenzen gekommen. Auch dass keine Obergrenze für die Befristung von Drittmittelverträgen aufgenommen wurde, ermöglicht die für die wissenschaftliche Arbeit unbedingt notwendige Flexibilität.

Himmelrath

Ich danke den Beteiligten an dieser Podiumsdiskussion und nehme die Ausführungen von Frau Becker als ein Schlusswort.

Tagungsimpressionen II



**Die Krankenhauslandschaft wandelt
sich und Sektorengrenzen
verschwimmen:
Wie organisieren wir die universitäre
Lehre der Zukunft?**

Moderation: Armin Himmelrath



Impulsvortrag: Vor welchem Wandel stehen das Gesundheitssystem und die Universitätsmedizin?

Irmtraut Gürkan

Mitglied der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausfinanzierung, Berlin

Meine Damen und Herren,

herzlichen Dank an Sie, Herr Professor Frosch und Herr Dekan Kamradt, für die Einladung. Sie hatten mich im Januar angesprochen, auf dem oMFT im Sommer etwas über die Ergebnisse der Arbeit der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausfinanzierung zu berichten. Ich hatte freudig zugestimmt, denn ich nahm an, dass ich Ihnen hier viel Gutes berichten könnte – die Realität kennen Sie alle.

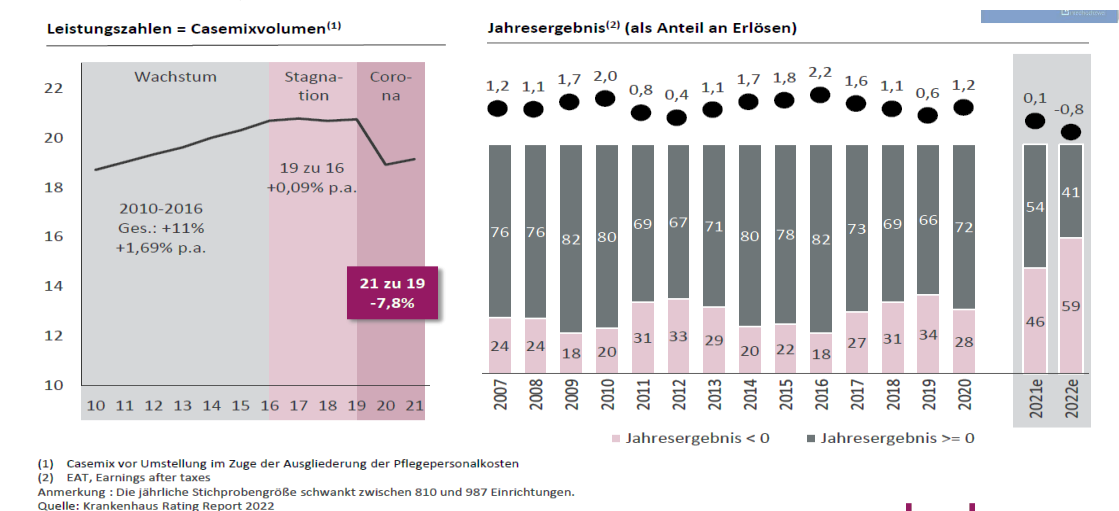


Abb. 1: Überblick über die Leistungszahlen (Casemixvolumen) und die Jahresergebnisse deutscher Krankenhäuser (Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022)

Die Lage der Krankenhäuser in Deutschland ist nicht robust, die Leistungszahlen sind niedrig, der wirtschaftliche Ausblick eher düster. Die von vielen Ärztinnen und Ärzten als durch Corona bedingte passagäre Erscheinung angesehene Abnahme der Fallzahlen hat sich verstetigt, die Finanzierung der Kliniken insgesamt ist katastrophal, das betrifft auch die Universitätsklinika, und man kann jeden Tag in den Medien über eine neue Insolvenz hören oder lesen (Abbildung 1).

Auf der anderen Seite sehen wir nach wie vor sehr hohe stationäre Fallzahlen in Deutschland. Je nachdem, welche Statistik man bemüht, stehen wir ziemlich an der Spitze im OECD-Vergleich (Abbildung 2). Das korreliert in etwa auch mit dem großen Ambulantisierungspotential, welches den deutschen Krankenhäusern zugeschrieben wird (Abbildung 3). Auch dort stehen wir wieder an der Spitze, was nicht unbedingt wünschenswert ist. Wir haben uns in der letzten Zeit immer wieder mit Dänemark verglichen – auch hier hinkt der Vergleich, denn wir stehen kurz vor Österreich an der Spitze des Diagramms.

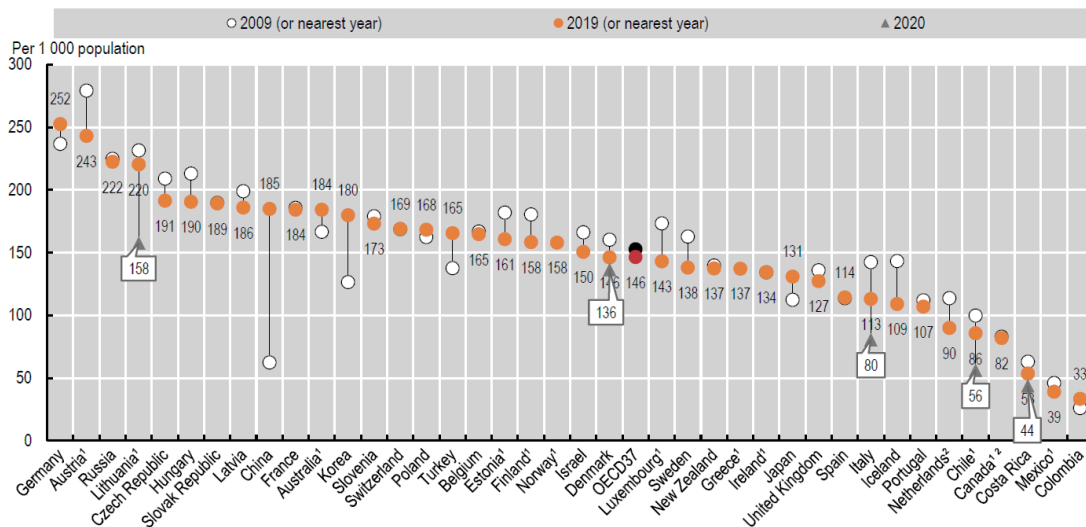


Abb. 2: Stationäre Fallzahlen als Krankenhausentlassungen je 1.000 Einwohner

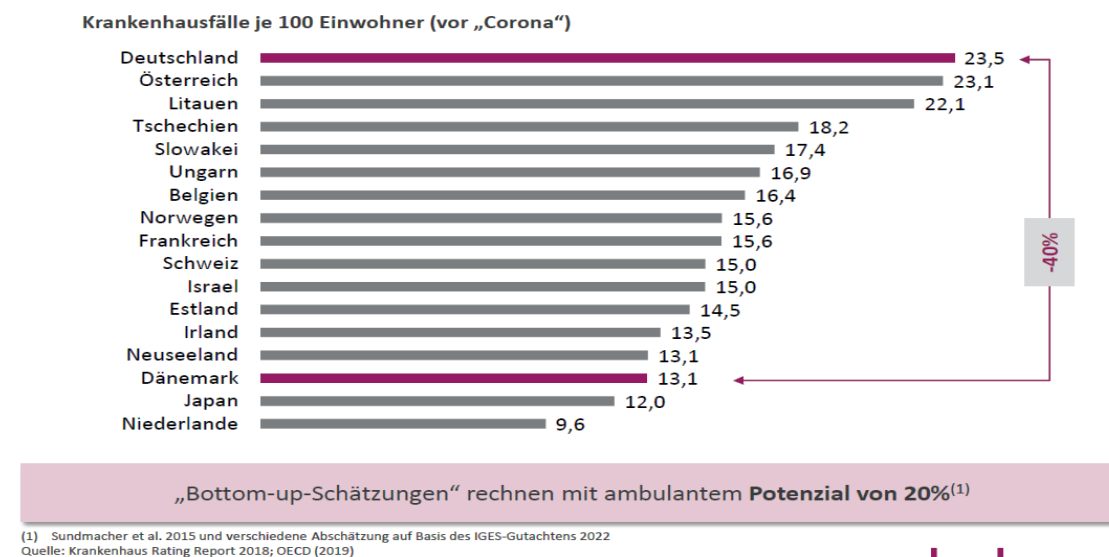


Abb. 3: Die Ambulantisierung hat ein großes Potential in Deutschland

Vor uns liegen ganz gravierende Einschneidungen, unabhängig davon, ob eine Regierungskommission Vorschläge oder Empfehlungen unterbreitet (Abbildung 4). Seit Jah-

ren stellen wir einen dauerhaften Fachkräftemangel fest, der im Moment besonders kräftig aufschlägt. Nach der Corona-Phase ist in allen Branchen der Fachkräftemangel deutschlandweit zu beklagen. Wir versuchen, über das Anwerben ausländischen Personals, über Maßnahmen der Pflegepersonalassistenten (PPA) diese Lage zu verbessern. Inwieweit das dann alles wirken wird, wird sich noch zeigen müssen.

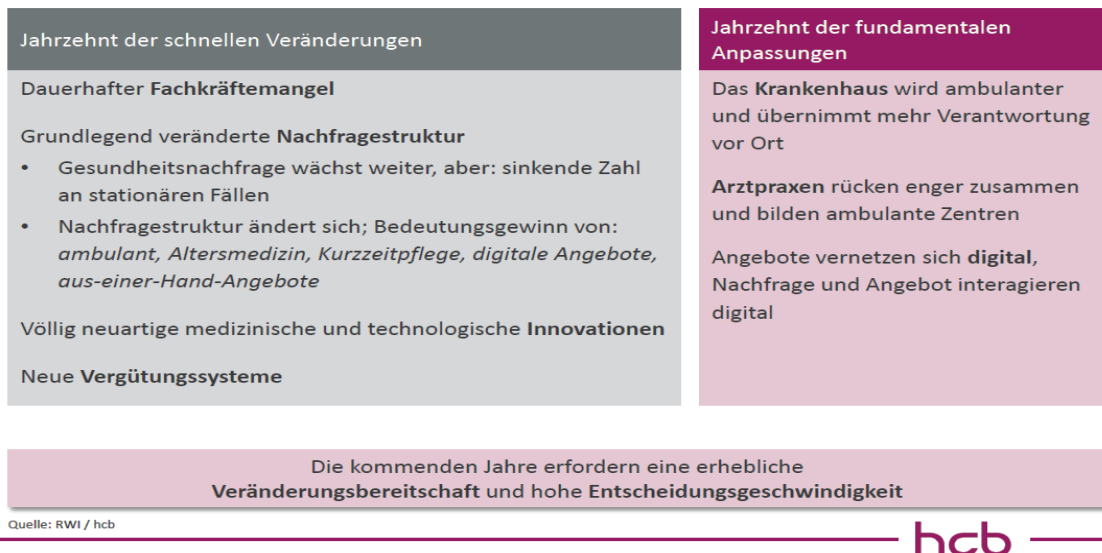


Abb. 4: Vor den deutschen Krankenhäusern liegt ein Jahrzehnt mit großen Veränderungen

Die grundlegend veränderte Nachfragestruktur wird bleiben. Die Patientinnen und Patienten wollen, wenn die Qualität stimmt, ambulant behandelt werden. Daneben gibt es viele neue medizinische Innovationen, die gerade in den Universitätsklinika entwickelt und eingesetzt werden.

Auf der anderen Seite müssen wir uns mit den Strukturen auseinandersetzen. Wir werden als Universitätsklinika mehr ambulant tätig sein müssen, so, wie es die anderen Krankenhäuser auch tun müssen. Doch der ambulante Bereich verändert sich ebenfalls. Investoren haben die MVZ als mögliche Profit Center entdeckt, das stimmt viele, darunter auch mich, sehr skeptisch.

Ein kurzer Blick zurück:

Die LEOPOLDINA hatte bereits 2016 ein Papier über die bessere Verteilung von Ressourcen herausgebracht („Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem“). Darin empfahl sie neben der besseren Ressourcenverteilung auch eine Reduzierung der Klinikstandorte. Leider wurde dieses – aus meiner Sicht – sehr gute Papier damals nicht beachtet.

Die Bertelsmann Stiftung hat dieses Thema 2019 noch einmal vertieft und es auch noch griffiger gefasst, denn sie nannte in ihrer Arbeit „Zukunftsfähige Krankenhausversorgung – Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen“ viele Zahlen. Damals haben wir uns mit diesen Zahlen auseinandergesetzt, denn man schlug vor, 600 Krankenhäuser zu schließen. Nach der Diskussion war dann dieses Thema wieder erledigt.

Auch forderte der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn 2020 die Krankenhäuser auf, in der Diskussion um die Schließung von Standorten etwas mutiger zu sein. Aus seiner Amtszeit stammt allerdings kein Gesetz, was diesem Anliegen Rechnung tragen würde.

Schließlich wurde auf der Basis der Koalitionsvereinbarungen der neuen Regierungskoalition 2021 die Regierungskommission gebildet, die das Thema Krankenhausfinanzierung grundsätzlich aufgegriffen hat. Nicht nur die drei Parteien waren guten Mutes, dass es hier nun endlich vorwärts geht: die Notwendigkeit einer grundlegenden Strukturreform der deutschen Krankenhauslandschaft ist von allen Stakeholdern akzeptiert worden. Auch für die inhaltlichen Aspekte gibt es einen hohen Grad der Übereinstimmung:

- Abkehr von der ausschließlichen Finanzierung über Fallpauschalen
- erlösunabhängige Vorhaltepauschalen
- dafür einheitliche Vorgaben zu Krankenhausstufen und Leistungsbereiche in den Ländern
- Zentralisierung, insbesondere bei hochspezialisierten Leistungen
- Ambulantisierung
- Qualitätsorientierung
- neue Angebote der integrierten, sektorübergreifenden Versorgungszentren

Misstöne gab es nicht über die Inhalte, sondern über das Verfahren. In der Regierungskommission waren 16 Expertinnen und Experten tätig, darunter viele Juristinnen und Juristen. Einige rote Linien konnten nicht überschritten werden, denn sie sind durch das Grundgesetz und den darin festgeschriebenen Föderalismus vorgegeben. Auch die besondere Pflegepauschale war eine solche rote Linie. Die Gefahr von Blockadehaltungen durch die Länder entstand aber auch durch den Stil, mit dem man dieses Thema angegangen ist. Eine Vorgabe durch den Bund zu formulieren, die die Länder dann umzusetzen haben, war sicherlich nicht glücklich.

Es sind durch die Regierungskommission bislang vier Empfehlungen erarbeitet worden (Abbildung 5). Die erste Stellungnahme und Empfehlung zur Verbesserung der pädiatrischen und geburtshilflichen Versorgung war ein voller Konsens. Hier gibt der Bund mehr Geld in das System, welches dann die Länder auf die Einrichtungen verteilen.



Abb. 5: Die vier Stellungnahmen und Empfehlungen der Regierungskommission

Die zweite Empfehlung zur Tagesbehandlung im Krankenhaus wurde von manchen als ein Game-Changer angesehen. Sie wurde bereits zum 1.1. 2023 umgesetzt, jedoch wird das, was in der Empfehlung formuliert wurde, in der Praxis kaum angewandt. Ich bedaure das sehr.

Die dritte Empfehlung der Regierungskommission, das umfassende Papier von Anfang Dezember 2022 zur grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung und damit auch der Krankenhausstruktur hat in der Community und den Medien für sehr viel Trubel gesorgt.

Die vierte Empfehlung zur Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, zur Schaffung integrierter Notfallzentren mit integrierten Leitstellen wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern akzeptiert. Hier fehlt allerdings eine Konkretisierung der Finanzierung. Der Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat sehr optimistisch die Empfehlungen mit „raus aus dem Hamsterrad“ und „Klinikrevolte“ verkündet.

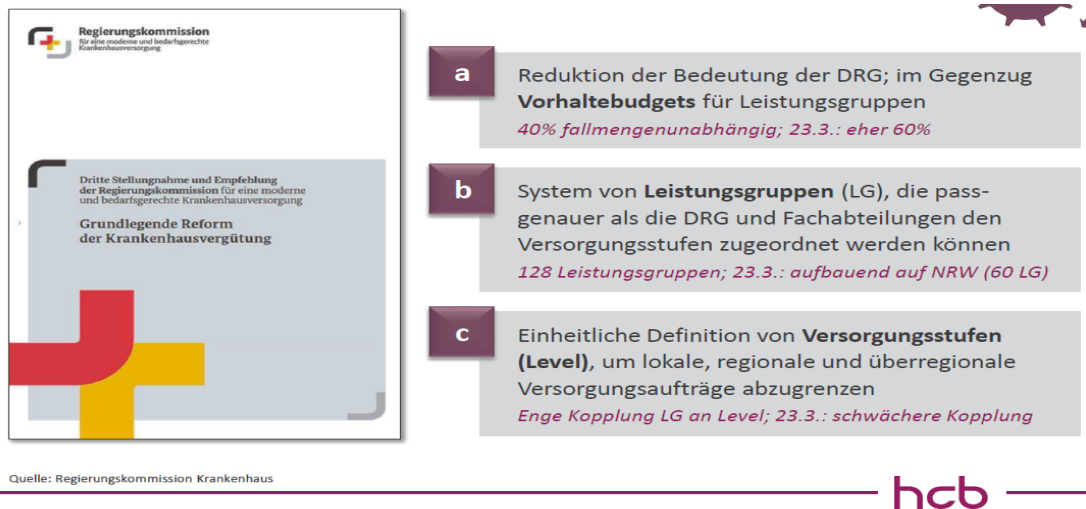
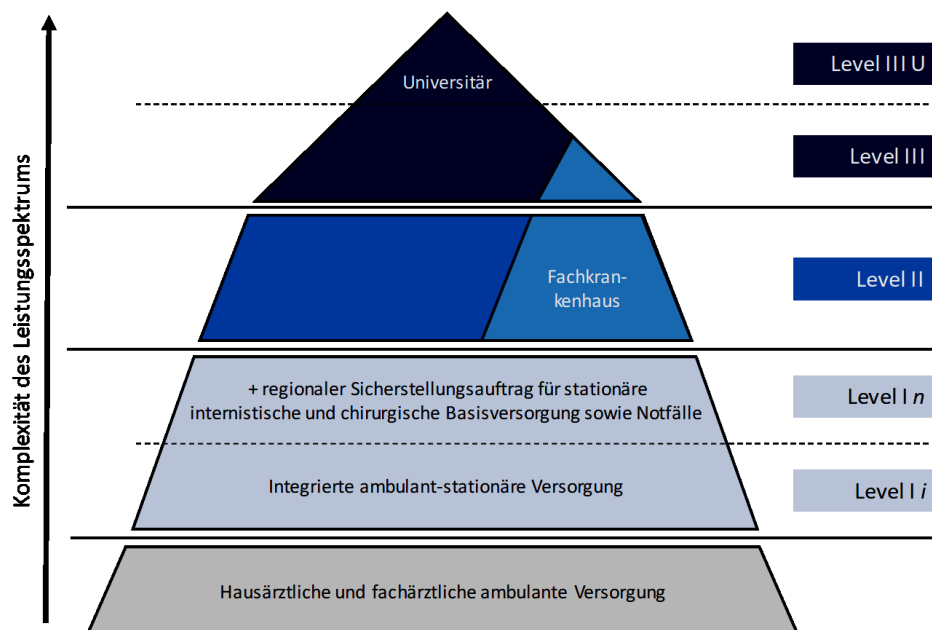


Abb. 6: Die drei Komponenten der Empfehlung zur grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung

Die Grundempfehlungen der dritten Komponente dieser Reform richten sich auf ein Zurückfahren der Fallpauschalen und die Einrichtung eines Vorhaltebudgets (Abbildung 6). Es war niemals die Rede davon, mehr Geld in das System zu stecken. Vielmehr soll eine Umverteilung vorgenommen werden. Die Schaffung von 128 Leistungsgruppen baut auf den Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen auf, wo es bereits 60 Leistungsgruppen gibt. Schließlich soll es eine einheitliche Definition der Versorgungsstufen (Level) über alle Bundesländer geben.

Vieles aus diesen Empfehlungen wurde in der Runde der Länder-Gesundheitsminister am 23. März 2023 schon kassiert. Ich sehe ein fallmengenunabhängiges Vorhaltebudget von 60 % eher problematisch. Dennoch haben all diese Modifikationen keinen Konsens eingebracht.

Die Versorgungsstufen mit 3 Grundstufen und 2 Unterstufen werden hoffentlich kommen. Möglicherweise wird es an den Formen noch Modifikationen geben – ich bin aber überzeugt, dass diese Level eingeführt werden (Abbildung 7).



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Abb. 7: Die Untergliederung in drei Versorgungslevel der Krankenhausversorgung mit den Substufen „universitär“ und „integriert ambulant-stationär“

Ganz besonders interessant ist Level Ii, denn die Kliniken dieses Levels stellen das Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dar. Man kann diese Einrichtungen bereits als eine Form von Gesundheitszentren ansehen (Abbildung 8). Hier bieten sich Möglichkeiten für Großkrankenhäuser, kleine, vorgelagerte Einrichtungen z.B. über die Telemedizin anzubinden und so sinnvolle Erweiterungen ihrer Versorgungsleistungen zu realisieren.

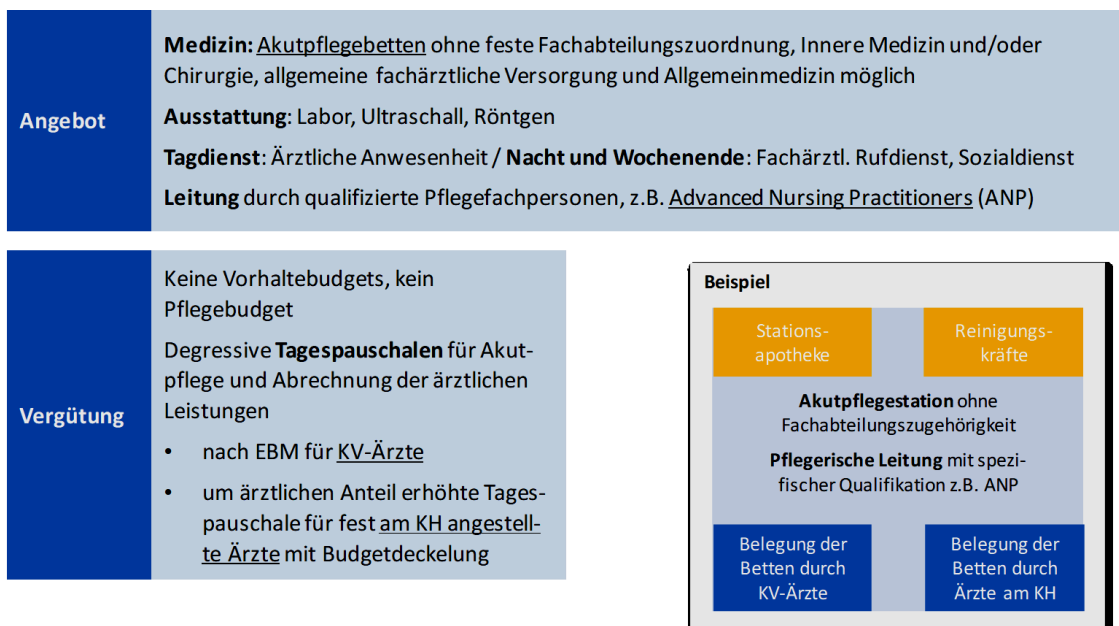


Abb. 8: Vorschlag zur Struktur des Level Ii-Krankenhauses

Ganz besonders wichtig erschien uns, dass die Universitätsklinik mit ihren Sonderaufgaben ein eigenes Level IIIU erhalten. Die Zusatzaufgaben der Universitätsklinik wurden noch einmal ausführlich beschrieben (Abbildung 9). Gerade die Corona-Zeit hat uns gezeigt, dass die Universitätsklinik in der überregionalen Koordination sehr gute Leistungen erbringen. Das kann man sich auch für Nicht-Pandemie-Zeiten sehr gut vorstellen, auch wenn die übrigen Krankenhäuser des Level III ebenfalls solche Ansprüche erheben könnten. In jedem Fall wäre ein solches Konkurrenzdenken schädlich. Ich empfehle daher den Universitätsklinik, dass sie ihre Kontakte in die Politik in dieser Richtung pflegen, auch unter dem Aspekt einer ausreichenden Finanzierung solcher Zusatzaufgaben, denn das wäre dann keine Finanzierung aus dem Vorhaltebudget, welches Zusatzaufgaben nicht abdeckt. Die Zusatzaufgaben passen auch nicht primär in das Konzept der Krankenkassen. Hier muss dafür gesorgt werden, dass zusätzliches Geld für die Erfüllung der Zusatzaufgaben bereit gestellt wird.

Angebot	Mindestens wie Stufe III Zusatzaufgaben • Überregionale Koordination und Steuerung • System- und Zukunftsaufgaben, z.B. Pandemic Preparedness-Infrastruktur für Krankenversorgung • Erhalt und Weiterentwicklung des Fächerspektrums, u.a. Weiterbildungsberechtigung auch in „kleinen Fächern“ • Entwicklung und Umsetzung von Translation und Innovation • Entwicklung, Evaluation und Implementierung regionaler Versorgungsnetze und präventiver Public-Health Konzepte • Vorhaltung für seltene Erkrankungen
Vergütung	Vorhaltebudgets nach Leistungsgruppen Residual-DRG Pflegebudget Vorhaltung für genannte Zusatzaufgaben, soweit nicht Teil von Forschung und Lehre

Abb. 9: Vorschlag zur Struktur eines Level IIIU-Krankenhauses

Die ursprünglich geplanten 128 Leistungsgruppen werden mit den Krankenhausleveln verknüpft. Das ist wohl nach dem derzeitigen Diskussionsstand „vom Tisch“. Eine Untergliederung in nur 60 Leistungsgruppen ist allerdings auch nach Meinung der GKV zu unspezifisch. Die Schweiz hat zum Vergleich 140 Leistungsgruppen. Sie wurden dort vor 10 Jahren mit sehr gutem Erfolg eingeführt, dienen aber nicht zur Abrechnung, sondern zur Krankenhausplanung. In der Schweiz wurde damit im Kanton Zürich begonnen, dann zeigte sich der Nutzen und alle anderen Kantone zogen nach.

Mit der Reform der Krankenhausfinanzierung war eine Optimierung der Krankenhausstruktur intendiert (Abbildung 10). Ich finde es bedauerlich, dass die Länder das nicht als eine Chance begreifen und sich gegen eine Konzentration der Kapazitäten wehren.

Neben Vorhaltefinanzierung ist das Ziel Strukturoptimierung



Quelle: hcb, Vebeto

hcb

Abb. 10: Vorhaltefinanzierung (wesentliches Element der künftigen Krankenhausfinanzierung) und Strukturoptimierung (Chance der Länder in der Krankenhausplanung) waren die avisierten Ziele der Reform

Ich will die wesentlichen Elemente der bislang veröffentlichten Empfehlungen noch einmal zusammenfassen:

- Es geht um den Aufbau ambulanter Behandlungsstrukturen im Krankenhaus. Dazu zählen tagesstationäre Behandlungen. Sie führen zu einer kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser, insbesondere des Pflegepersonals und wurden bereits zum 01.01.2023 umgesetzt. Auch private Klinikbetreiber, wie die HELIOS Kliniken GmbH, nutzen die tagesstationäre Behandlung. Eine tagesstationäre Behandlung entspricht hinsichtlich ihrer Inhalte und Komplexität einer vollstationären Behandlung, es kommt zu einem pauschalen Abzug von 0,04 BER/Nacht.
- Die Hybrid-DRGs waren in den Empfehlungen der Regierungskommission gar nicht enthalten. Dazu hat es bislang noch keine Einigung zwischen den Selbstverwaltungspartnern gegeben. Die Ersatzvornahme durch das BMG steht noch aus. Die Krankenhäuser sehen es – mit Recht – gemischt, denn z.B. bei großen kardiologischen Leistungen werden die hochspezialisierten Praxen künftig noch mehr abschöpfen.
- Das „Zukunftsmodell“ der Level Ii-Kliniken: Es sollen Krankenhäuser bleiben, die als stationäre Versorgungseinrichtungen mit Akutbetten oder Betten für die Kurzzeitpflege eine medizinische Basisbehandlung leisten. Sie können als umfassendes regionales Gesundheitszentrum ausgestattet werden und verfügen über vielfältige Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen Ärzten, mit der Überleitungspflege, der Kurzzeitpflege und den Rehakliniken. Wichtig ist hier die telemedizinische Anbindung an Level II- oder Level III-Krankenhäuser, um

den adäquaten medizinischen Standard zu gewährleisten. Es muss nach Meinung der Regierungskommission keine ärztliche Leitung für diese Einrichtung stehen, es könnte auch ein Nurse Practitioner sein – auch diese Vorstellung löste heftige Diskussionen aus.

Lassen Sie mich noch einige Worte zum Stand der Krankenhausreform und zu den Verhandlungen mit den Ländern anfügen. Bundesgesundheitsminister Lauterbach will bis zur Sommerpause einen mit den Ländern konsentierten Gesetzesentwurf zur Krankenhausreform vorlegen. Zwischenzeitlich wurde ein Rechtsgutachten zur Verfassungskonformität des Reformvorhabens von 3 Bundesländern in Auftrag gegeben. Das Gutachten sieht durch die Reform die Planungsbefugnisse der Länder verletzt.

Inzwischen finden monatliche Bund-Länder-Treffen statt. Es gab 2 Ministerrunden am 23. März und 01. Juni 2023, dabei wurden wesentliche Zugeständnisse von Minister Lauterbach zu den Leistungsgruppen und Leveln gemacht (weniger Leistungsgruppen, keine Zuordnung der Leistungsgruppen zu den Leveln). In der Presse wurde er dafür von allen Seiten einschließlich der SPD-geführten Bundesländer stark kritisiert. Die Länder wollen Öffnungsklauseln, längere Übergangsfristen. Sie lehnen die Versorgungstufen / Level ab und fordern mehr Geld für Strukturanpassungen oder den Inflationsausgleich. Die drängende Investitionskostenproblematik (Versagen der Länder) wurde bisher ausgeblendet. Ich wünsche mir, dass Minister Lauterbach bei seiner Linie bleibt und die Reform nicht verwässert, zumal auch die Länder wissen, dass es zu viele Krankenhäuser gibt.

Das Gesetz zur Krankenhausfinanzierungsreform wurde auf den Weg gebracht, um die Qualität der Krankenhausbehandlungen zu verbessern, die Belastungen des Personals zu reduzieren und Deutschland auf einen internationalen Stand zu bringen, was Struktur und Qualität der Behandlungen angeht. Die Länder üben einen zunehmenden Druck auf das BMG aus. Sie fordern ein Vorschaltgesetz zur Defizitfinanzierung aufgrund der hohen Inflation und der Energiekostensteigerung sowie der Ertragsausfälle der Krankenhäuser durch rückläufige Patientenzahlen.

Mit Recht kommt die Forderung nach einem neuen Strukturfonds für die Transformationsaktivitäten oder die Schließung von Krankenhäusern. Es wurde dort bereits über Summen von etwa 100 Mrd. Euro gesprochen, vielleicht ist ein Betrag von 30 Mrd. Euro über 10 Jahre die richtigere Größe für einen solchen Transformationsfonds.

Wir hoffen, dass der Bundesgesundheitsminister das Junktim der Freigabe zusätzlicher Gelder nur nach Zustimmung der Länder zur Finanzierungsreform (einschließlich der Planungselemente Levelzuordnung und Leistungsgruppen) nicht aufgeben wird.

Die Regierungskommission ist nach wie vor hochmotiviert, weiterzuarbeiten. Es fehlen die Empfehlungen zur Investitionskostenfinanzierung. Das betrifft die regelhafte Finanzierung für die Jahre und auch einen Fonds für Strukturmaßnahmen. Eine Unterarbeitsgruppe erarbeitet gerade Empfehlungen zur Qualitätssicherung und zum Bürokratieabbau. Wenn es die Leistungsgruppen geben wird, muss die zugrundeliegende Strukturqualität nachgewiesen werden, was zu mehr Bürokratie in Begutachtung und Prüfung führt. Für eine Reduktion der Bürokratie sollten die Anforderungen an die Strukturqualität der Leistungsgruppen die entsprechenden Dokumentationsverpflichtungen bei Budgetverhandlungen ersetzen. Ich hoffe, dass die Regierungskommission ein entsprechendes Papier noch formulieren wird.

Die Regierungskommission wird Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgung vorlegen. Dort wird dann auch das Level II-Krankenhaus mit beschrieben werden. Weiterhin werden wir differenzierte Ausarbeitungen und Handreichungen für das BMG zur Pädiatrie, den bereits erwähnten Level II-Kliniken und zur Notfallversorgung und den Rettungsdiensten verfassen.

Die Wichtigkeit der Aussagen zur Investitionskostenfinanzierung wird durch eine aktuelle Analyse des GKV-Spitzenverbandes unterstrichen (Abbildung 11). Hier wird für alle Bundesländer deutlich, dass die fehlenden Länderinvestitionen durch GKV-Betriebsmittel querfinanziert werden. Es ist aus meiner Sicht sehr bedauerlich, dass dieser nicht haltbare Zustand in den Länderrunden bislang nicht thematisiert wurde. Das Thema darf nicht unter den Tisch fallen, die Länder müssen ihrer Aufgabe nachkommen.

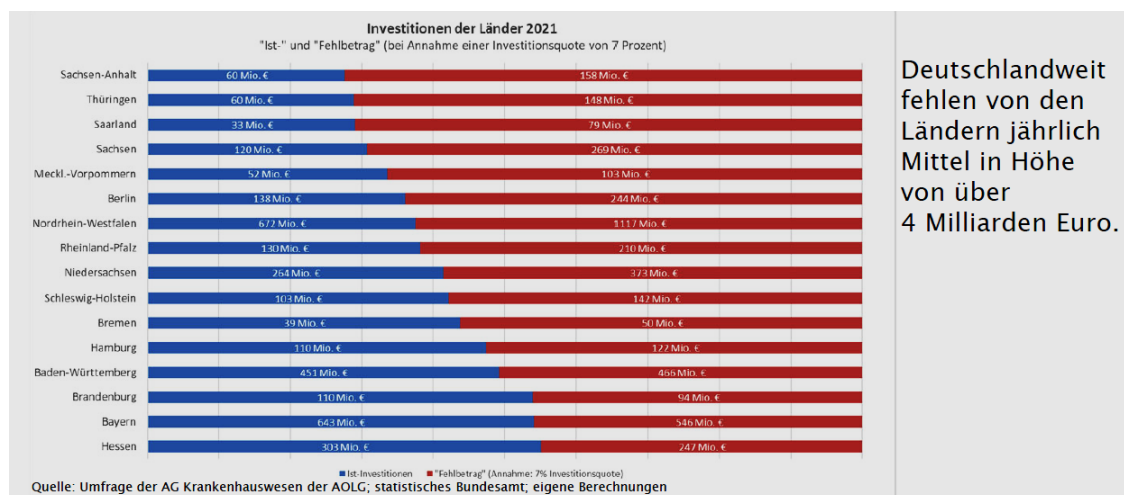


Abb. 11: Fehlende Länderinvestitionen werden durch GKV-Betriebsmittel querfinanziert

Wo liegen die Aktivitäten der Uniklinika?

Der Aufbau lokaler und regionaler Versorgungsnetzwerke der Krankenhäuser hat heute schon zu einer win-win Beziehung zwischen den Universitätsklinika und den kleineren Krankenhäusern der Region geführt. Ich kann das aus eigenem Erleben aus Heidelberg schildern. Ähnlich gut funktioniert es in Göttingen, wo eine Partnerschaft mit Bad

Gandersheim zum Erhalt eines sonst zu schließenden Krankenhauses führte. Level IIIU-Häuser intensivieren Kooperationsangebote in die Region für komplexe Fälle.

Das betrifft zum Beispiel auch die Weiterbildung der Fachärztinnen und Fachärzte kleinerer Krankenhäuser, die für eine bestimmte Zeit an den Universitätsklinika stattfindet. Umgekehrt erfolgt die Unterstützung kleinerer Häuser durch die Gestellung von Ärztinnen und Ärzten. Zu Netzwerkstrukturen zählen auch die Lehrkrankenhäuser, die von den Universitätsklinika profitieren und die umgekehrt einen Teil der Patientenversorgung der Universitätsklinika mit übernehmen. Das ist Entlastungsk Kooperation und dieser Ausbau sollte unbedingt intensiviert werden, denn er stärkt die Leistungen der kleinen Häuser, konzentriert ihre Leistungen auf die Gebiete, die sie gut beherrschen und führt den Universitätsklinika Patientinnen und Patienten zu.

Die Universitätsklinika sollten sich des Weiteren unbedingt mit dem Thema ambulanter Versorgungsleistungen auseinandersetzen. Dazu zählen der Erwerb von Praxen/MVZs in der Region mit dem Ziel der sinnvollen Steuerung der Patientinnen und Patienten zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor als sektorenverbindende Aktivitäten. Dieses Feld sollte nicht den privaten Investoren überlassen werden. Die ambulante Medizin erbringt zwar noch nicht das Geld, das die stationäre Versorgung erwirtschaftet, sie wird aber von den Patientinnen und Patienten eingefordert und ist in einigen Bereichen, wie der Augenheilkunde, schon fast zum Standard geworden. Ambulante Strukturen müssen separat von den stationären Strukturen aufgebaut werden, da sehr unterschiedliche Personal- und Kostenstrukturen, insbesondere bei den ambulanten Operationen oder den internistischen Interventionen die Abrechnung sonst sehr erschweren.

Ich will meinen Impulsvortrag mit einem Ausblick schließen:

Bundesgesundheitsminister Lauterbach versprach die „größte Reform im Krankenhaussektor seit 20 Jahren“. Ich wünsche ihm, dass er diese Reform auch wirklich durchbekommt, denn sie ist von den Inhalten her mehr als nötig.

Die aktuellen Rahmenbedingungen machen die Reform sehr dringend und wahrscheinlich, die größten Treiber sind der demografische Wandel und der heute schon bestehende und auch morgen noch bestehen bleibende Personalmangel. Die Reform soll notwendige Veränderungsprozesse beschleunigen - hoffentlich!

Es wird weniger und auch andere Krankenhäuser, wie z.B. die Level Ii-Kliniken geben. Wie viele Krankenhäuser wirklich geschlossen werden, wird sich zeigen. Am Krankenhaus wird mehr ambulant gearbeitet – das gilt auch für Universitätsklinika.

Die Kapazitäten werden stärker gebündelt und Schwerpunkte werden sich noch mehr herausbilden – das ist eine Chance für die Universitätsklinika und das wird auch für manches Fachkrankenhaus eine Chance bieten.

Notwendige Veränderungen in Lehrkonzepten und Weiterbildungscurricula sollten die Medizinischen Fakultäten zügig und proaktiv gestalten. Es gibt sicher Ärztekammern, mit denen man das gut besprechen kann und positive Beispiele sollten publik gemacht werden. Vielleicht hat dann ein Ordinarius auch nicht mehr die Weiterbildungsermächtigung für ein gesamtes Fach – auch solche Modelle sind denkbar.

Die Investitionsfinanzierung muss deutlich angehoben werden. Sie ist für mich einer der Gründe für die Defizitsituation der Krankenhäuser und auch Ursache für den „Hamsterradeffekt“ im DRG-System. Die Monistik der Finanzierung muss kommen. Der Anachronismus in Deutschland einer unterschiedlichen Finanzierung für Betriebskosten und für Investitionskosten muss überwunden werden. Ich sehe aber realistisch, dass wir das in dieser Regierungskommission wohl nicht schaffen werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Die Teilnehmenden des Podiumsgesprächs zu Reformen im Gesundheitssystem und ihren potentiellen Auswirkungen auf die universitäre Lehre auf dem oMFT 2023, v.l.n.r.: Irmtraut Gürkan, Prof. Dr. Svenja Caspers, Alexander Schmidt, Armin Himmelrath

Podiumsgespräch: Reformen im Gesundheitssystem und potentielle Auswirkungen auf die universitäre Lehre

Irmtraud Gürkan

Mitglied der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausfinanzierung, Berlin

Prof. Dr. Dr. Svenja Caspers

Prodekanin für Lehre und Studienqualität, Düsseldorf

Alexander Schmidt

Bundeskoordinator für Medizinische Ausbildung,

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, Berlin

Moderation: Armin Himmelrath

Wissenschaftsjournalist, Köln

Himmelrath

Das war ein unterhaltsamer, aber auch desillusionierender Einblick in die verschiedenen Bereiche unserer Gesundheitspolitik. Wir wollen das in unserer nun folgenden Podiumsdiskussion etwas einordnen und überlegen, welche Effekte dabei entstehen könnten, was vielleicht ausräumbar erscheint und wo Sorgen der Beteiligten liegen. Ich beginne mit unserem Studierendenvertreter und frage ihn, was ihm Sorgen bei der Vielzahl der noch offenen Fragen macht.

Schmidt

Wir stehen vor einem großen Wandel. Ich glaube nicht, dass es primär darum geht, 400 Krankenhäuser in Deutschland zu schließen. Vielmehr habe ich den Eindruck, dass die Universitätsklinika hier eine enorm koordinative Rolle einnehmen. Daher haben wir auch die Zuversicht, dass die Lehre trotz des Wandels weiterhin gut stattfinden wird. Dennoch sehe ich die Herausforderungen, die auf uns zukommen, wie die Digitalisierung, den demographischen Wandel, die auch neue Lehrinhalte mit sich bringen werden. Daher muss die neue Approbationsordnung möglichst bald kommen, um die Lehre diesen neuen Anforderungen anpassen zu können.

Himmelrath

Wäre es aus Ihrer Sicht nicht besser, mit der neuen Approbationsordnung zu warten, bis die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung und der Krankenhausstruktur als Gesetz geregelt ist, um dann für die Neugestaltung der Lehre mehr Sicherheit zu haben?

Schmidt

Die neue Approbationsordnung sieht auch neue Inhalte vor, daher sehe ich das etwas anders. Die Vernetzung von Vorklinik und Klinik im Z-Curriculum, die digitale Medizin oder die Telemedizin sind bisher in der Ausbildung nicht enthalten, sind aber jetzt schon ein Thema. Daher brauchen wir die neue Approbationsordnung jetzt.

Himmelrath

Bei Ihnen, Frau Caspers, ist die Ambivalenz zu dieser Problematik vielleicht noch größer, denn Sie müssen mehrere Rollen ausfüllen. Sie müssen die Lehre sichern, Sie vertreten aber auch ein Universitätsklinikum, welches am Laufen gehalten werden, welches neue Kooperationsformen entwickeln oder sich ambulante Behandlungsvarianten erarbeiten muss. Wie viel Sorge steckt für Sie in diesen Ideen?

Caspers

Ich schließe mich Herrn Schmidt an und spreche nicht von Sorgen, sondern einem Wandel, der uns herausfordert. Wir werden uns fragen, wie wir die mit der Krankenhausreform verbundenen Veränderungen im System inhaltlich und organisatorisch in der Lehre abbilden können. Dies betrifft die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten mit den unterschiedlichen Krankheitsbildern auf den verschiedenen Versorgungsstufen inklusive der ambulanten Seite für die Ausbildung verfügbar zu halten. Dies ist aber auch jetzt schon eine Fragestellung, mit der wir uns beschäftigen. Auf der organisatorischen Seite sehen wir als Lehrverantwortliche die Herausforderung der Qualitätssicherung der Lehre. Wenn andere Häuser in die Lehre eingebunden werden, müssen die Standards der Lehre, für die wir als Universitäten verantwortlich sind, auch dort umsetzbar sein und eingehalten werden.

Himmelrath

Wurde in der Regierungskommission auch über Ausbildungsaspekte diskutiert? Das war zwar sicherlich nicht die primäre Aufgabe, wirkt aber doch in diese Arbeit mit hinein.

Gürkan

Fragen der Studierendenausbildung wurden tatsächlich in die Kommissionsarbeit hineingetragen. Die Bundesärztekammer hat auf ihrem Deutschen Ärztetag im Mai darauf hingewiesen, dass Veränderungen in den Strukturen und Abläufen der Krankenhäuser Auswirkungen auf die Lehre und die Aus- und Weiterbildung haben und das berücksichtigt werden muss. Für die Weiterbildung sehe ich es als günstig an, wenn z.B. ein

eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt für Innere Medizin eines Universitätsklinikums auch einmal die Abläufe in einem kleineren Krankenhaus kennen lernt. Auch in der Chirurgie bereichert das Kennenlernen anderer Klinikulturen die eigene Arbeit. Insofern sehe ich die angesprochenen Kooperationen für die Weiterbildung als sehr nutzbringend. Ich sehe nicht, dass die vorgesehene Reform für die Lehre unüberwindbare Hürden aufbaut.

Himmelrath

Herr Schmidt, wie stark fühlen Sie sich gehört? Ich habe den Eindruck, in den politischen Diskussionen ist das alles schon angekommen.

Schmidt

Wir müssen die verschiedenen Ebenen sehen. Wir stehen im Austausch, sehen aber mit gewisser Sorge, dass wir für den Reformprozess unseres Studiums noch nicht ausreichend gehört wurden. Auf lokaler Ebene ist das Ganze sehr heterogen. Es gibt Lehrende, die uns sehr ermutigen, Konzepte zu erarbeiten. Ich höre aber auch von Studierenden, dass das an ihren Hochschulen nicht so gut funktioniert. Es ist unser Medizinstudium, und wir Studierenden sollten im ständigen Diskurs mit den Lehrenden sein, denn wir werden von allen strukturellen Veränderungen unmittelbar betroffen sein.

Caspers

Es ist für uns als Fakultät wichtig, dass die Balance zwischen praxisnaher und theorie-seitiger Ausbildung gewährleistet bleibt. Die Lehre der grundlegenden Theorie und Systematik wird sicherlich nicht von allen Kräften, die im Gesundheitssystem in den Häusern verschiedener Level tätig sind, in gleicher Weise erbracht werden können. Sie haben unterschiedliche Perspektiven, die sich aus ihren jeweiligen Tätigkeiten ergeben. Dies im Sinne einer umfassenden Lehre zu integrieren, wird eine Herausforderung bleiben. Hier sind auch die kleineren Fächer gesondert zu berücksichtigen.

Schmidt

Ich sehe ein strukturelles Defizit in Deutschland, denn hier tritt im Dreiklang von Krankenversorgung, Forschung und Lehre die Lehre meistens zurück. Im Vergleich zu anderen Ländern fehlt die Möglichkeit, einen Karriereweg „Lehre“ zu beschreiten. Solche Möglichkeiten sollten geschaffen werden, denn sie würden die Stellung der Lehre stärken und zu einer Professionalisierung beitragen.

Himmelrath

Woran liegt das? Ist das ein Strukturmangel oder eine Frage der Kulturen?

Schmidt

Ich kann aus meiner Erfahrung im Medizinstudium sagen, dass es sehr viele hochmotivierte Lehrende gibt. Die Realität stellt dies dann aber vor andere Zwänge und darunter

leidet dann die Lehre. Es ist aus meiner Sicht eher eine Wertschätzungsfrage, also dass die Lehre einen weniger hohen Wert zu haben scheint.

Caspers

Es gibt sicherlich einige strukturelle Rahmenbedingungen, von denen die ökonomischen ein Teil sind. Diese können den Dreiklang von Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu Lasten der Lehre beeinflussen. Diesen Dreiklang aber zu erhalten, ist ein wesentlicher Kern der Universitätsmedizin, da Erkenntnisse aus der Wissenschaft und Forschung unmittelbar in die Lehre eingebracht werden können.

Friedrich

Ich frage mich, wenn wir nun Leistungsgruppen bekommen, wie dann Qualitätskriterien aufgestellt werden, die für die Lehre und Weiterbildung, aber auch für die regionale Versorgung und Weiterbildung gelten. Werden in die Qualitätskriterien der Krankenhausreform auch Lehrkriterien aufgenommen?

Gürkan

Ich könnte diplomatisch antworten, dass das eine sehr gute Anregung ist. Aber ernsthaft: Es werden Leistungsgruppen kommen, die Strukturqualitätskriterien beinhalten, dort arbeitet die AWMF zu. Die Ergebnisqualität ist nicht so rechtssicher wie die Strukturqualität. Letztere (Vorhandensein von Geräten, Verfügbarkeit) ist relativ einfacher prüfbar als die Ergebnisqualität. Das ist bedauerlich, ist aber ein Fakt. Die Anregung, in diese Kriterien auch die Lehrqualität einzubringen, sollte unbedingt beachtet werden. Nach meinem Eindruck sind dabei manche Lehrkrankenhäuser sehr engagiert tätig.

Himmelrath

Wie groß schätzen Sie das Potential innerhalb der Regierungskommission ein, so etwas auf eigener Initiative voranzubringen?

Gürkan

Ich sage da 50:50. Die Mitglieder in der Kommission sind sehr offen für konstruktive Vorschläge. Wenn man aber den Spannungsbogen betrachtet, was an vernünftigen Empfehlungen inzwischen kassiert wurde, ist das für die Umsetzung der Empfehlungen schon sehr kritisch. Die AWMF arbeitet bezüglich der Leistungsgruppen sehr effizient zu. Die AWMF ist deshalb die Ebene, in die man diese Vorschläge einbringen muss. Das sollte nicht auf der Ebene der Regierungskommission, sondern auf Arbeitsgruppen-ebene geschehen.

Fandrey

Die Lehre bildet einen ganz entscheidenden Aspekt bei der Krankenhausplanung, denn jede Lehrstunde erzeugt Kosten. Das wurde bisher nicht flächendeckend beachtet. Die Inhalte der neuen Approbationsordnung können nicht durch Berufsanfängerinnen und

Berufsanfänger an die Studierenden vermittelt werden, dafür brauchen wir Fachpersonal. Diese Stunden der Lehre müssen gegenfinanziert werden, das sollte die Krankenhausplanung berücksichtigen. Kooperationen für die Ableistung des PJ an anderen Krankenhäusern bringen weitere Kosten für das Lehrpersonal.

Gürkan

Wir dürfen nicht zu viele Themen aufhäufen, wenn wir zu einer Lösung kommen wollen. Die studentische Lehre ist nicht von den Krankenkassen zu bezahlen. Wir können vielleicht über die Kosten der ärztlichen Weiterbildung reden. Auch dort besteht keine Einigkeit, denn nach Meinung der Krankenkassen sind diese Leistungen alle in der DRG-Finanzierung enthalten. Wenn wir die Gesamtkosten eines Krankenhauses betrachten, sind wir da in einem unbefriedigenden Zustand. Ein Bepreisen der Lehre wird uns hier nicht weiterhelfen. Dort müssen die Länder bei der Berechnung des Landeszuführungsbetrages tätig werden. Der MFT ist das Gremium, welches die einzelnen Standorte bei der Diskussion mit den jeweiligen Landesregierungen unterstützen kann.

Treede

Die AWMF hat eine Kommission Versorgungsstrukturen gegründet. In ihr tun sich die einzelnen Fächer zusammen, um die Regierungskommission zu beraten. Dort ist die Strukturqualität ein Thema, die studentische Lehre eher nicht, wohl aber die Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung. Es gab eine lebhaft Diskussions, inwieweit man Registerdaten auf Level I oder Level II einspeisen kann. Wir werden versuchen, Weiterbildung und Forschungsaktivität in die Qualitätskriterien einzubringen. Wir müssen beachten, dass wir es hier mit Bund-Länder-Politik zu tun haben.

Becker

Mir macht etwas Sorge, dass das Personal eines Universitätsklinikums nicht einfach in ein Level I-Krankenhaus verschoben werden kann. Mir ist klar, dass wir die Level I-Krankenhäuser infolge des demographischen Wandels unbedingt benötigen. Dort wird aber keine High-Tech-Versorgung nötig sein, wie sie eine Universitätsklinik anbietet. Wenn wir über Lehre reden, werden wir vor diesem Hintergrund die Gelder neu verteilen müssen. Wenn ich ambulante chirurgische Praxen einrichten soll, um die Lehre sichern zu können, muss ich sie bezahlen. Dafür muss ich die Geldmittel aus der stationären Versorgung abziehen. Eine einfache Lösung für dieses Problem sehe ich nicht.

Müller

Ich stimme diesem Beitrag zu. Es wird Lehre von Personen verlangt werden, die die Lehre nicht unbedingt machen wollen, sie vielleicht auch aufgrund ihrer Qualifikation nicht leisten können. Das erscheint mir als ein ungelöstes Problem. Wenn die Krankenkassen nicht die Lehre in nichtuniversitären Einrichtungen finanzieren können, wer zahlt dann für diese Lehre?

Gürkan

Ich versuche eine Antwort: Wir müssen Personen und Budgets auseinanderhalten. Wenn es in einem Universitätsklinikum ganz gut läuft, und Fakultät und Klinikum sehr gut zusammenarbeiten, weiß die einzelne Lehrperson nicht, ob sie aus dem Forschungsbudget oder dem Krankenversorgungsbudget bezahlt wird. Aus dem Landeszuführungsbetrag für Lehre und Forschung und aus dem Budget für die Betriebskosten werden dem Klinikum entsprechende Geldmittel zugewiesen. Die Kliniken können dann selbst entscheiden, wie hoch der Anteil für die Lehre und Forschung oder die Krankenversorgung sein soll. Es wäre eine Überforderung, wenn man alle Mitarbeitenden an einem Klinikum in die drei Teilbereiche einteilen wollte. Es ist tatsächlich eine Kuppelproduktion. Ein Grundkonsens auf der obersten Ebene ist wichtig, wie gesteuert wird und wie die verschiedenen Finanzströme gebündelt in die einzelnen Abteilungen, Kliniken oder Institute fließen.

Fischer

Das Thema Weiterbildung steht etwas außerhalb der Themen des MFT, dennoch muss die Weiterbildung strukturell und finanziell von den Universitätsklinika geleistet werden. Es ist überfällig, dass diese Leistung bei einer Finanzierungsreform nun auch abgebildet wird. Ich verweise auf das Beispiel der Niederlande, wo das realisiert ist. Wir stehen vor der Aufgabe, die Lehre unserer Studierenden mit der neuen Approbationsordnung neu und dabei besser als heute zu strukturieren. Ein vergleichbar großer Bedarf besteht für die Universitätsklinika auch in der Weiterbildung.

Gürkan

Das Thema ist nach wie vor virulent, aber noch nicht gelöst. Der VUD hat vor etwa 15 Jahren bereits versucht, den Lehraufwand für die ärztliche Weiterbildung zu berechnen und einen Adressaten zu finden, von dem man dieses Geld auch bekommt. Es ist ihm nicht gelungen. Es ist auf der anderen Seite offenkundig, dass bestimmte Fächer, wie die Pathologie oder die Strahlentherapie, überwiegend nur an den Universitätsklinika ihre Weiterbildung erfahren können. Dennoch werden diese Leistungen nicht finanziert. Ich halte das holländische Modell für richtig, dort werden 150.000 Euro pro Weiterbildungsstelle finanziert, es wird aber auch durch zuständigen Ministerien und Institutionen die Zahl der Weiterbildungsstellen festgelegt. Das ist sicherlich prospektiv auf den Bedarf ausgerichtet und limitiert. Wir haben in Deutschland dagegen eine maximale Flexibilität. Es ist aber kein Thema, welches in die DRGs oder die Finanzierungsreform gehört. Wir müssen aufpassen, nicht alle ungelösten Probleme in dieses Gesetz legen zu wollen.

Himmelrath

Ich muss aus Zeitgründen die weiteren Wortmeldungen streichen, denn ich möchte Frau Caspers und Herrn Schmidt die Möglichkeit einer Schlussbewertung geben. Wir haben viele Details gehört, die kritisch waren. Sind Sie immer noch so zuversichtlich, wie zu Beginn dieser Gesprächsrunde?

Caspers

Die Herausforderungen, die Lehre in den Rahmenbedingungen der Krankenhausreform abzubilden, sind da, und man kann sie nicht wegdiskutieren. Es müssen Lösungen gefunden werden – wie diese aussehen, wird die Zukunft zeigen.

Schmidt

Ich bleibe dabei, Vertrauen in die Universitätsklinika zu haben. Es ist natürlich eine Herausforderung, in das Studium die praktische Vorbereitung auf den ärztlichen Beruf zu integrieren. Unter den angesprochenen Aspekten des Wandels wird es eine noch größere Herausforderung, die unsere gemeinsame Anstrengung erfordert.

Gürkan

Noch gar nicht erwähnt wurde in unserer Diskussionsrunde die Allgemeinmedizin. Die Lehre allgemeinmedizinischer Inhalte ist eine ganz wichtige Aufgabe der Universitätsmedizin, die sich das nicht aus den Händen nehmen darf. Das kann durch die Einrichtung von Abteilungen zur Versorgungsforschung geschehen, aber auch durch die Schaffung von Curricula zur Weiterbildung, wie es sie seit mehr als 10 Jahren erfolgreich in Baden-Württemberg gibt. Das sehe ich aber auch als eine Aufgabe der künftigen Level Ii-Krankenhäuser, denn dort kann sehr viel Community Health-Arbeit geleistet werden. Das ist keine hochspezialisierte Grundlagenforschung, aber Versorgungsforschung, und auch das ist ein wichtiger Beitrag der Universitätsmedizin. Ich wünsche mir, dass dieser Bereich in der Zukunft einen höheren Stellenwert einnimmt. Er ließe sich dann nicht nur inhaltlich verbessern, sondern auch finanziell besser steuern.

Himmelrath

Es wird dazu noch viele Diskussionen geben, zumal Sie vorhin erwähnten, dass ein Level Ii-Krankenhaus nicht unbedingt einen ärztlichen Leiter haben muss und das doch einiges Raunen auslöste.

Ich danke Ihnen, Frau Gürkan, ganz herzlich für Ihren Impulsvortrag und die Beteiligung an der Podiumsdiskussion, so wie auch unseren beiden Podiumsgästen, Frau Caspers und Herrn Schmidt und allen Teilnehmenden an dieser Gesprächsrunde.

Tagungsimpressionen III





Festveranstaltung



Grußwort des Dekans der Medizinischen Fakultät Jena

Prof. Dr. Thomas Kamradt

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich darf Sie recht herzlich im Jenaer Planetarium begrüßen. Allen voran begrüße ich den Präsidenten des MFT, Conspetabilis Professor Frosch, und die Mitglieder des Präsidiums des MFT. Wir freuen uns sehr, dass wir Gastgeber dieser Festveranstaltung sein dürfen. Herzlichen Dank für Ihr Kommen!

Ich freue mich, auch die Gäste aus der Politik begrüßen zu dürfen, die Bundestagsabgeordneten Herrn Dr. Becker, Herrn Lenkert, Herrn Professor Ullmann, die Landtagsabgeordneten Herrn Kemmerich, Herrn Montag und Herrn Schaft, sowie Herrn Ministerialdirigent Algermisen aus dem Bundesgesundheitsministerium. Wir freuen uns über Ihr Interesse an und Ihr Engagement für die Universitätsmedizin.

Ein besonderer Gruß geht an den Präsidenten der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Herrn Professor Rosenthal. Er ist von Hause aus Mediziner, noch Präsident der Universität, schon Sprecher der Hochschulrektorenkonferenz mit einem übervollen Termin kalender. Wir freuen uns sehr, dass Sie es dennoch geschafft haben, heute zu uns zu kommen und gleich noch ein paar Worte an uns zu richten.

Ein herzliches Willkommen auch an die diesjährige Preisträgerin des Ars legendi-Fakultätenpreises, Frau Professorin Steffens aus Hannover. Wir können nicht oft genug betonen, wie wichtig eine gute und innovative Lehre ist und wie wichtig die Wertschätzung dieser guten und erfolgreichen Lehre ist. Einen Glückwunsch zu diesem Preis an dieser Stelle schon einmal vorab.

Liebe Dekanskolleginnen und -kollegen, es freut mich sehr, Sie und Euch heute hier gesehen zu haben. Wir sind stolz darauf, dass einige von Ihnen und Euch heute den Feiertag Fronleichnam eingesetzt haben, um hier an der Beratung teilzunehmen. Einige haben es sogar möglich gemacht, hierher zu kommen, obwohl sie oder er heute ihren Hochzeitstag haben.

Stellvertretend für unsere Partner aus Krankenkassen, Krankenhäusern, Verbänden, Gewerkschaften, den niedergelassenen Ärzten und der befreundeten Wissenschaft möchte ich hier Frau Gürkan, Mitglied der Regierungskommission für die Reform der

Krankenhausfinanzierung, Herrn Poniewaß, den Geschäftsführer der Thüringer Krankenhausgesellschaft und Herrn Bussmann als Generalsekretär des VUD begrüßen.

Ich möchte diese Worte auch für den Dank nutzen. Danken möchte ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MFT um Herrn Wissing, die gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am UKJ das organisatorische Gelingen dieser Veranstaltung sichergestellt haben. Vielen herzlichen Dank dafür, ich weiß, es war viel Arbeit!

Lassen Sie mich noch zwei Sätze zur Location unseres Festabends sagen: Wir befinden uns hier im Planetarium, einem Muss für jeden Jena-Besucher. Das Planetarium wurde 1926 von Walter Bauersfeld erbaut, dessen Namen auch das Lokal hier trägt. Bauträger war die Firma Carl Zeiss Jena. Es ist ein architektonisches Meisterstück und das dienstälteste Kuppelplanetarium weltweit. Die Kuppel hat einen Durchmesser von 25 Metern und dennoch ist der Beton nur 6 cm stark. Das ist eine architektonische und bauliche Besonderheit.

Ich darf auch noch einige wenige Sätze zur gastgebenden Einrichtung, dem Universitätsklinikum Jena sagen. Die Medizinische Fakultät Jena ist alt und blickt auf eine große Tradition zurück. Sie war 1558 eine der Gründungsfakultäten der Universität Jena. Wir überspringen nun 470 Jahre und gehen in die Gegenwart. Wir haben derzeit über 2.500 Studierende in fünf Studiengängen, der Humanmedizin, der Zahnmedizin und drei Masterstudiengängen. Wir immatrikulieren jedes Jahr 268 Studierende der Humanmedizin und 57 Studierende der Zahnmedizin.

Was bieten wir denen?

Ich will drei subjektiv ausgewählte Nuggets herausstellen: Das eine ist das sogenannte Jenaer Neigungsorientierte Studium JENOS. Das bedeutet, dass die Studierenden mittwochs den sogenannten Linientag haben, an dem sie ihren Neigungen nachgehen. Es gibt drei unterschiedliche Linien, die klinisch orientierte Medizin, die von der Mehrzahl der Studierenden zu etwa 80 % gewählt wird, die ambulant orientierte Medizin, in die sich etwa 10 % einschreiben und die forschungsorientierte Medizin mit ebenfalls etwa 10 %. Diese Linie ist die Kaderschmiede für die zukünftigen Clinician Scientists.

Als zweites – und da sind sich wahrscheinlich alle Fakultäten nicht erst seit Corona einig – investieren wir vermehrt in die Digitalisierung der Lehre. Wie wir gemeinsam vor und nach Corona erfahren haben, ist nicht alles digitalisierbar. In einigen Fällen ist der persönliche Kontakt absolut unverzichtbar. Die reine Wissensvermittlung ist aber sehr wohl digitalisierbar. Wir verfolgen viele Formate, wie das Blended Learning, um die reine Wissensvermittlung aus den Hörsälen herauszubekommen und uns auf die Praktika konzentrieren zu können. Wir sind nicht die einzigen, die die Erfahrung gemacht haben, dass die Digitalisierung weit mehr als ein technisches Problem ist. Genauso wichtig, oder sogar noch wichtiger ist die Schulung unserer Dozierenden. Wir haben ein umfangreiches hochschuldidaktisches Lehrangebot, um die Lehrenden mit den Möglichkeiten, die

sie durch die digitalen Lehrformate gewinnen, vertraut zu machen. Es wird, vor allem durch die jüngeren Semester, sehr gut angenommen.

Ein dritter, etwas kleinerer Punkt ist ganz aktuell: Wir haben vor zwei Wochen als erste Fakultät in Deutschland einen OSCE „Planetary Health“ durchgeführt. Dieses Thema wollen wir auch weiter in unserem Lehrplan verankern.

Nach der Lehre kommt die Weiterbildung. Auch da bieten wir unseren jungen Kolleginnen und Kollegen etwas an, denn wir haben ausgeprägte Clinician Scientist- und Advanced Clinician Scientist-Programme. Einige davon sind extern gefördert, andere wiederum verstetigt. Diese Programme sind gut evaluiert, sie werden gut nachgefragt, und, wir haben das heute schon mehrfach gehört, das ist die Entwicklung, die wir künftig brauchen. Die Ausbildung von Clinician Scientists ist eine Kernaufgabe der universitären Medizin. Diese Programme sind im AFT vernetzt und laufen auch an den meisten Fakultäten in ähnlicher Form ab.

Zu unserer Forschung will ich ebenfalls nur einige wenige Dinge sagen. Wir haben drei Forschungsschwerpunkte, die Sepsis und Infektionsmedizin, die medizinische Optik und Photonik und das Altern und alternsassozierte Erkrankungen.

Wir erwarten von unseren Schwerpunkten, dass sie ihr Gebiet von der Grundlagenforschung bis in die klinische Versorgung und der Anwendung am Patienten tragen. Exemplarisch möchte ich dafür den Schwerpunkt Sepsis und Infektionsmedizin nennen. Damit sind wir wesentlich am Exzellenzcluster „Balance of the Microverse“ beteiligt, und es geht daneben bis zur Patientenversorgung. Aus dieser Forschung ist eine Spin off-Firma entstanden, die eine Phase 1-Studie in Jena an Patienten basierend auf Erkenntnissen aus diesem Cluster durchführt. Es gibt weiterhin eine BMBF-geförderte klinische Phase 1-Studie, die aus Grundlagenversuchen in Tierexperimenten entstanden ist. Dabei wird Epirubicin bei Organversagen untersucht. Es existiert eine enge Verbindung von Grundlagenforschung, translationaler Forschung und patientennaher Forschung.

Wir versuchen, unsere Schwerpunkte miteinander zu verknüpfen und Synergien zu schaffen. Dazu möchte ich als Beispiel erwähnen, dass wir den Schwerpunkt Sepsis und Infektionsmedizin mit dem Optikscherpunkt dergestalt verbinden wollen, dass daraus ein Leibniz-Zentrum für photonische Technologien in der Infektionsmedizin geschaffen wird, das LPI. Das machen wir gemeinsam mit unseren Partnern, der Friedrich-Schiller-Universität und den Leibniz-Instituten für Infektionsforschung und für Optische Technologien. Es entstehen jetzt Basistechnologien. Für 2025 ist der Baubeginn für das LPI-Gebäude geplant, es soll 2030 eingeweiht werden und das BMBF fördert dieses Zentrum intensiv.

Es wird eine benutzeroffene Plattform entstehen, um nicht nur unseren Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die Forschung zu ermöglichen, sondern auch in Kooperation mit Firmen, mit Spin Offs die Cutting Edge-Technologien und diese moderne Infrastruktur zur Verfügung zu stellen, um photonische Technik in der Infektionsforschung von den Grundlagen bis zur Anwendung einschließlich ihrer wirtschaftlichen Ausnutzung einsetzen zu können. Auch hier stellen wir wieder das Ziel, von der Grundlagenforschung bis zur Anwendung zwei Forschungsschwerpunkte Infektionsforschung und Medizinische Optik und Photonik miteinander zu verknüpfen.

Wir lassen auch außerhalb der Schwerpunkte Pflanzen der Forschung gedeihen. Seit 2022 ist Jena Standort eines Deutschen Zentrums für Gesundheitsforschung, nämlich des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG). Das ist der erste Standort eines Deutschen Zentrums für Gesundheitsforschung in Thüringen. Wir sind stolz, dass dieses Zentrum hierher gekommen ist. Auch dieses Zentrum verknüpfen wir mit dem Forschungsschwerpunkt der Infektionsmedizin. Es soll untersuchen, wie sich Inflammation und Mikrobiom auf die psychische Gesundheit auswirken.

Als letztes Beispiel will ich das Comprehensive Cancer Center erwähnen, welches wir gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen aus Leipzig betreiben. Auch hier gibt es Schwerpunkte, wie optische Technologien zur verbesserten Diagnostik von Tumoren eingesetzt werden.

Jenas Medizinische Fakultät steht für eine Bündelung der Ressourcen, die Konzentration auf Schwerpunkte, die Möglichkeit von Entwicklungen auch außerhalb der Schwerpunkte und den Versuch, solche Entwicklungen in die bestehenden Schwerpunkte zu integrieren.

Das war ein knapper Überblick zu dem, was uns in Forschung und Lehre umtreibt. Wir machen aber nicht nur Forschung und Lehre, sondern übernehmen, so wie es im Thüringer Hochschulgesetz formuliert ist, ausgerichtet an Forschung und Lehre Leistungen in der Krankenversorgung.

Vielen Dank!



Grußwort des Präsidenten der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Prof. Dr. Walter Rosenthal

Sehr geehrter Herr Kollege Frosch,
sehr geehrter Herr Kollege Scholz,
lieber Herr Wissing,
liebe Vorstandsmitglieder des Universitätsklinikums Jena,
liebe Kolleginnen und Kollegen der Universitätsmedizin,
meine Damen und Herren,

ich freue mich, heute Abend hier zu sein. Ich bin zum zweiten Mal auf einem Fakultätentag. Das erste Mal war ich 2020 in Berlin dabei, als das Berlin Institute of Health vorgestellt wurde.

Ich weiß, dass ich hier später stehe, als vorgesehen. Trotzdem möchte ich Sie noch einmal herzlich in Jena begrüßen. Sie haben nun schon einiges von Jena gehört: Jena ist eine traditionsreiche Universitätsstadt, die Gründung der Universität erfolgte 1558 durch die Söhne des Kurfürsten Johann Friedrich von Sachsen. Dieser Friedrich hatte den Schmalkaldischen Krieg als Anführer der Protestanten verloren, die Universität Wittenberg gehörte nicht mehr zu seinem Herrschaftsgebiet, und er gründete eine neue Universität in Jena. Diese hat die Stadt sehr beflügelt und geprägt, denn sonst wäre Jena wohl eine thüringische Kleinstadt geblieben, die nicht viele Menschen kennen würden. Die Universität hat die Stadt wachsen lassen und die Verbindung zwischen beiden ist auch heute noch eine starke Achse. Ich habe mir vor meiner Zeit hier nicht vorstellen können, wie stark ein Standort durch seine Universität geprägt werden kann.

Friedrich der I. hat damals auch eine Medizinische Fakultät gegründet, wie ich annehme, ziemlich eigennützig. Auf jeden Fall gehört die Medizin dadurch zu den vier Gründungsfakultäten von 1558. Die Zusammenarbeit von Friedrich-Schiller-Universität und Universitätsklinikum ist eine enge und freundschaftliche. Es gibt viele Kontakte mit dem Vorstand, aber auch mit anderen Kolleginnen und Kollegen. Sie haben von meinen Vorrednern nun schon vieles gehört, was ich vertiefen möchte: Die Zusammenarbeit in den drei großen Bereichen wurde schon genannt. Das neue Leibniz-Zentrum für Photonik in der Infektionsforschung (LPI) ist eine interessante Struktur, denn es wird gemeinsam

von Universität, Universitätsklinikum und zwei Leibniz-Instituten betrieben. Eine solche strukturelle Verknüpfung von verschiedenen Organisationen und der verschiedenen Einrichtungen ist, so glaube ich, wegweisend.

Auch das Microverse-Cluster wurde bereits genannt. Es beginnt in der tiefsten Grundlagenforschung – Wie kommunizieren Mikroben? – und reicht über die Ökologie bis hin zur Medizin. Gerade dort ist das Universitätsklinikum ganz wichtig, um die klinische Flanke, z. B. die Sepsis, abzudecken.

Optik und Photonik sind wichtige verbindende Themen: Es ist ein Jenaer Spezifikum, Optik und Photonik mit der Medizin, mit der Biologie zu verknüpfen. Optik ist ein Kernthema der Lichtstadt Jena. Seit 150 Jahren, als Zeiss, Abbe und Schott sich zusammmentaten und die Firma Zeiss gründeten, ist Jena nicht nur Universitätsstadt, sondern auch ein High-Tech-Standort. Deshalb ist Jena heute auch die Stadt mit der größten Akademiker-Arbeitnehmerdichte. Es gibt neben den vielen Software-Firmen hier auch viele entwickelnde Firmen, deren Produkte weite Verbreitung finden: In jedem Satelliten steckt ein Stück Jena, in den Marssonden steckt ein Stück Jena drin, und wenn Sie das nächste Mal geblitzt werden sollten, denken Sie daran, dass auch in diesen Geräten Optik oder Spiegel aus Jena stecken. Dieses erfolgreiche Thema von Optik und Photonik werden wir mit Blick auf die Medizin weiter ausbauen, und das LPI wird dafür ein ganz wichtiger Schritt sein.

Ich möchte noch einige Worte zur Universitätsmedizin sagen und wechsle aus meiner Position als Universitätspräsident in meine neue Funktion als Präsident der Hochschulrektorenkonferenz (HRK). Die HRK ist heute Abend hier gut vertreten, denn auch Thimo von Stuckrad ist hier, der in der HRK für die Medizin zuständig ist. Auch die Vizepräsidentin der HRK, Kerstin Kriegelstein aus Freiburg, die ebenso für die Medizin zuständig ist, können wir heute hier begrüßen. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit in meinem neuen Amt und schließe mein Grußwort mit dem Angebot eines intensiven Austausches. Ich würde mich sehr freuen, wenn wir auch weiterhin im Gespräch bleiben könnten. Das Gespräch zwischen HRK und Fakultätentag ist mir wichtig und wir sollten die Tradition fortsetzen, vielleicht auch verstärken und uns über mögliche Gemeinsamkeiten austauschen.

Vielen Dank noch einmal, dass Sie nach Jena gekommen sind.

Mein Dank geht natürlich auch an das Jenaer Team und an die MFT-Gruppe, die das alles hier vorbereitet haben. Ich hoffe, dass Sie sich in Jena wohlfühlen, genießen Sie das Planetarium und die Stadt – einige Eindrücke haben Sie bereits sammeln können. Ich hoffe, dass das Programm es zulassen wird, dass Sie die Stadt noch weiter erkunden können, das Wetter spielt mit.

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

Liebe Sandra,
sehr geehrte Gäste des Festabends,

es ist mir wie in jedem Jahr eine große Freude, am Abend des Medizinischen Fakultätentages den Ars legendi Fakultätenpreis für Medizin zu überreichen. Wir haben heute schon sehr viel über Lehre gesprochen und auch gehört, dass Lehre gewürdigt werden muss. Die Verleihung des Ars legendi Fakultätenpreises ist eine der schönsten Formen, gute Lehre zu würdigen.

Ich möchte mit einem einfachen, aber inhaltsschweren Satz starten: „Es liegt im Wesen des Lehrenden, die Belange des Lernenden in den Mittelpunkt seines Wirkens zu stellen.“ Wenn ich jetzt hier herumlaufe und Sie fragen würde: Können Sie das so unterschreiben? – würde die Antwort sicherlich bei allen ein „Ja“ sein. Wenn man sich aber die Routine in einem Universitätsklinikum und den Klinikalltag einer lehrenden Ärztin oder eines Arztes ansieht, dann ist die Umsetzung dieses Satzes sehr wohl ein hehres Ziel. Unsere heutige Preisträgerin hat es geschafft, dieses hehre Ziel zu erreichen. Sie hat uns mit ihrer Bewerbung begeistert, und deshalb waren wir als Jury sehr froh, diesen 14. Ars legendi Fakultätenpreis für exzellente Hochschullehre in der Medizin an eine Lehrpersonlichkeit zu übergeben, die genau dieses Ziel verfolgt hat.

Lassen Sie mich ein paar Sätze zu dem Preis sagen: Seit 2010 hebt der Ars legendi Preis die besondere Bedeutung der Hochschullehre in der Medizin hervor. Für Preisträgerinnen und Preisträger ist er zunächst ein Anreiz (in der Bewerbungsphase), dann aber eine Verpflichtung, sich für und in der Hochschullehre zu engagieren. Das gilt für den eigenen Fachbereich und vor allem über den eigenen Fachbereich und den eigenen Standort hinaus. Gleichzeitig verfolgen der Stifterverband und der Medizinische Fakultätentag auch das Ziel, die Qualität der Lehre als ein zentrales Qualitäts- und Exzellenzkriterium an den Medizinischen Fakultäten zu etablieren – und auch darüber haben wir heute schon gesprochen und werden morgen weiteres dazu hören.

Der Preis wird nur an herausragende und innovative Lehrpersönlichkeiten verliehen, und es werden nur außergewöhnliche Lehrleistungen, wie die innovative oder kreative Weiterentwicklung von Curricula oder auch Prüfungen honoriert. Wichtig ist, dass die Studierenden immer im Zentrum stehen. Die Studierenden müssen auch eine Empfehlung und Beurteilung der auszuzeichnenden Lehrperson abgeben.

Der Medizinische Fakultätentag vergibt diesen Preis gemeinsam mit dem Stifterverband. Normalerweise steht hier auch noch ein Vertreter oder eine Vertreterin des Stifterverbands, so dass wir den Preis gemeinsam überreichen, doch das war heute nicht möglich. Der Stifterverband sendet aber gute Wünsche für den Abend und ganz besonders natürlich Glückwünsche an die diesjährige Preisträgerin.

Ich möchte nun auf unsere Preisträgerin eingehen. In diesem Jahr ehren wir eine Persönlichkeit, die ein Rollenmodell für Studierenden-zentrierte Lehre in der klinischen Ausbildung darstellt. Sie ist eine Ausbilderin mit einem unermüdlichen Einsatz, die immer daran arbeitet, zukunftsorientierte Ideen umzusetzen. „Wir dürfen nicht so viel konzipieren – wir müssen einfach mal tun!“ – das verkörpert unsere diesjährige Preisträgerin, und das ist uns in der Bewerbung aufgefallen. Ein paar Punkte möchte ich herausgreifen, die uns in der Jury besonders überzeugt haben.

Für den Ars legendi Fakultätenpreis sind die Empfehlung einer Fakultät und die Würdigung durch die Fachschaft entscheidend. Auch eine Selbstbewerbung ist grundsätzlich möglich, diese braucht dann aber ebenso die Empfehlung der Fachschaft. Die Empfehlungen der Fakultät und der Fachschaft wiesen im Falle unserer diesjährigen Preisträgerin auf eine frische, authentische, hoch engagierte und lebhafte Lehrpersönlichkeit hin, die über eine unglaublich begeisternde Eigeninitiative verfügt. Das war verbal so greifbar, dass wir als Jury genau auf dieser Basis unsere Entscheidung getroffen haben. Unsere Preisträgerin hat dabei nicht nur in ihrem Fach gearbeitet, sondern sich immer wieder auch allgemeinen sozialen und gesellschaftlichen Fragen gewidmet und diese in die Lehre integriert.

Ich möchte für das, was uns begeistert hat, einige Beispiele nennen: Ein Aspekt, der die Verantwortung auf der Studierenden Seite unterstützt, ist eine mobile Applikation für den Unterricht am Krankenbett. Wir wissen alle, dass der Unterricht am Krankenbett eine scheinbar einfache Lehrveranstaltung ist, in seiner praktischen Durchführung dann aber gar nicht so einfach wird, wenn geeignete Patientinnen und Patienten fehlen, geplante Untersuchungen abgesagt werden oder sich Termine überschneiden. Frau Stefens hat eine mobile Applikation entwickelt, die es den Dozierenden erlaubt, einen interessanten Fall, an dem z.B. wesentliche Prinzipien einer Erkrankung erklärt werden können, ganz flexibel über 365 Tage im Jahr anzubieten. Auf der anderen Seite können Studierende an diese App andocken, wenn sie gerade dafür Zeit haben und mit diesem konkreten klinischen Beispiel ihre Kompetenzen erweitern wollen. Diese Applikation hat

über den Standort hinaus Interesse ausgelöst, und andere Fakultäten überlegen, dies auch einzuführen.

Ein zweiter Punkt, der uns in der Bewerbung aufgefallen ist, war das Beschäftigen mit Wissenschaftlichkeit im Studium. Frau Steffens hat ein Wissenschaftsmodul für den Modellstudiengang HannibaL konzipiert und integriert und versucht, damit wissenschaftliches Denken, Arbeiten und die wissenschaftliche Reflexion bei den Studierenden zu unterstützen.

Soziale Themen, Themen der Zeit haben Frau Steffens immer interessiert. Dazu zwei Beispiele: Frau Steffens hat sich um Themen wie Diversity, Gender und Inklusion im Medizincurriculum verdient gemacht und hat auch eine Anti-Diskriminierungsplattform an der MHH implementiert. Dadurch hat sie das Bewusstsein für das Thema deutlich gestärkt. Auch diese Aspekte kamen sehr eindrucksvoll bei der Bewertung durch die Studierenden und durch die Fakultät zum Tragen.

Last but not least noch ein Beispiel für eine besondere Studierendenorientierung – Frau Steffens hat ein Förderprojekt für Studierendengesundheit initiiert. In diesem Projekt „Student Counselors“ haben Studierende in schwierigen Situationen Zugang zu einer Beratung durch Peers, etwa bei Stress vor Prüfungen oder auch in schwierigen persönlichen Situationen.

In der Jury wurde noch ein weiterer Begriff genannt: Frau Steffens ist eine Lehrperson mit einem hohen Maß an Verbindlichkeit. Auch das sollte nicht unterwähnt bleiben.

Ich bitte nun unsere Preisträgerin Frau Sandra Steffens nach vorn.

Die Anwesenden spenden Beifall.

Kadmon

Sandra, zunächst meinen herzlichen Glückwunsch. Wir haben abgesprochen, dass ich Dir ein paar Fragen stellen werde, so dass Du auch selbst noch einmal zu Deinen Projekten sprechen kannst. Du hast viel zum Thema „Diversity mit Bezug zu Gender und Inklusion“ beigetragen und vieles dazu im Curriculum eingeführt und umgesetzt. Du hast eine Anti-Diskriminierungsplattform eingerichtet. Vielleicht kannst Du aus Deiner Perspektive ein paar Erfahrungen schildern.

Steffens

Wer mich etwas kennt, weiß, dass ich nicht in Deutschland aufgewachsen bin. Meine Eltern sind mit mir viel gereist und das ist auch ein Thema für mich. Als ich als Ärztin tätig war, habe ich mir zunächst nicht viele Gedanken über Diskriminierung gemacht, doch dann kamen die Studierenden zu mir und fragten mich, ob ich mich nicht für diese

Themen einsetzen wollte. Ich habe mich dann mit einer Studierendengruppe und einigen Kolleginnen und Kollegen aus dem MME-Studiengang zusammengetan, und wir haben uns überlegt, dass diese Themen nicht nur in der Medizin sehr wichtig sind, sondern auch im Curriculum, bei den Forschungsprojekten und im Alltag.

Wenn wir wollen, dass die Studierenden bei uns und mit uns arbeiten, an der MHH bleiben und hier ihr PJ absolvieren, muss es ihnen gut gehen, sie müssen sich wohl fühlen, sich sicher fühlen, sich angenommen fühlen. Auch die Dozierenden, die Kolleginnen und Kollegen müssen sich an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlen.

Wir haben dann mit einer Kollegin aus Amsterdam begonnen, Workshops anzubieten. Das hat unglaublich viel Spaß gemacht. Das waren interprofessionelle Workshops mit Mitarbeitenden aus der Verwaltung, aus der Pflege und aus der Forschung, sowie auch mit Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern. Daraus entstand eine Art Selbstläufer, der bis heute, 4 bis 5 Jahre nach seiner Einführung noch immer regelmäßig stattfindet. Ich finde, diese Workshops haben uns alle näher zusammengebracht. Wenn wir über diese Themen reden, geht es immer um Haltungen. Das ist genau das, was wir den Studierenden vermitteln wollen und dazu müssen wir unsere Haltungen selbst kennen. Gleiches gilt für die Wissenschaftsmodule. Für ein „selbstkritisches Denken“ muss ich mich erst einmal selbst beobachten. Wir haben alle Vorurteile. Wenn ich beginne, darüber nachzudenken, warum ich mich so oder andere sich so verhalten, kann ich das reflektieren und mich künftig anders verhalten. Es geht darum, ein Bewusstsein zu schaffen, warum wir uns in welcher Situation wie verhalten.

Kadmon

Ich glaube, dass es als relevant wahrgenommen wird, denn die Workshops werden sehr gut besucht. Wir alle kennen die Belastungen im täglichen Beruf, wenn dann noch Zeit zur Teilnahme gefunden wird, ist das ein Ausdruck der Wichtigkeit.

Zur mobilen Applikation für den Unterricht am Krankenbett möchte ich Dich fragen, wo Du noch weitere Anwendungen solcher Apps siehst, die die Verantwortung ein wenig mehr auf die Studierenden übertragen.

Steffens

Das Tolle an der App liegt darin, dass jeder dabei Verantwortung übernehmen muss. Sie vergrößert die Selbstbestimmtheit und Freiheit der Studierenden und Dozierenden, denn man kann über die App eigenständig buchen und auswählen. Wir haben an der MHH inzwischen ein sehr großes Angebot und manchmal schon die Sorge, für alle Angebote nicht genug Studierende zu haben. Unsere App deckt bereits einen Teilbereich ab und funktioniert sehr gut.

Wenn man mit einem Thema beginnt und das erfolgreich ist, kommen die Leute mit weiteren Wünschen, so mit einem Ersatz für die Laufzettel oder für die Anwesenheitskontrollen. Auch diese können inzwischen mit der U-App erledigt werden. Es sind kleine Dinge, die sehr viel Zeit kosten und keinen Spaß machen, wie eben zu kontrollieren und Zettel zu unterschreiben, die wir mit unserer App vereinfachen.

Wir sind noch einen Schritt weitergegangen und haben die Feedback-Bögen der Arbeitsplatz-basierten Prüfungen auch durch eine App ersetzt. Wir reden mit der Pflegeschule und entwickeln gemeinsame Projekte, denn es geht um Veranstaltungen, an denen immer nur ein bis zwei Studierende teilnehmen. Diese App ist auch für kurzfristig angesetzte Themen in der Forschung nutzbar.

Wenn man mit solchen Dingen beginnt, ist es wie mit den umkippenden Domino-Steinen, die Aufgaben und Wünsche werden immer zahlreicher. Es ist wichtig, dass wir die Verantwortung zu uns als Dozierende selbst zurücknehmen und unseren Alltag möglichst konsistent machen und nicht mit zeitschluckenden Routinen wie Anwesenheitskontrollen füllen.

Die Anwesenden spenden Beifall.

Kadmon

Zum Abschluss noch einmal ein etwas breiterer Blick.

Sandra, Du hast in der Vergangenheit auch an der Curriculumentwicklung mitgearbeitet, das Medizinstudium weiterentwickelt und Dinge implementiert. Wie siehst Du in den nächsten Jahren Ansätze für Verbesserungen in der Lehre? Was kann die Hochschulpolitik dazu beitragen, dass das auch nachhaltig gelingt?

Steffens

Wir möchten keine weitere Erhöhung der Studierendenzahlen, denn sie ist auf der einen Seite eine Herausforderung, auf der anderen Seite fragen wir uns, ob durch eine höhere Attraktivität des Berufes der Ärztin oder des Arztes mehr Absolventinnen und Absolventen nach ihrem Studium im Beruf in Deutschland bleiben oder ob es strukturelle Lösungen geben könnte.

Mir fällt eine Antwort schwer, denn ich bin im Hier und Jetzt und sehe nicht so gern in die Zukunft. Wenn wir unser Medizinstudium jetzt ansehen, sollten wir insbesondere im PJ auf die Studierenden hören. Das PJ macht mit fast 2.000 Stunden einen großen Anteil des Medizinstudiums aus. Wir könnten uns mehr Mühe geben, diesen Teil zu verbessern, denn ich glaube, dass es wichtig ist, eine Verbundenheit mit seinem Beruf, mit seinem Krankenhaus und den dort Arbeitenden zu haben. Ich finde, dass es wichtig ist, daran zu arbeiten.

Prüfungen sind immer ein Thema. Und ich glaube, es gibt noch viele Dinge, die mir zu ändern einfallen.

Für mich ist es wichtig, dass mir die MHH ein gutes Umfeld bietet. Unser Studiendekan kennt sich perfekt mit allem aus und hält uns den Rücken frei. Unser Hochschul-Präsident setzt sich sehr für uns ein. Es ist ein schöner Arbeitsplatz. Wenn man will, dass sich die medizinische Lehre weiter verändert, muss man den Menschen vor Ort an den Universitäten ihre Individualitäten und Freiheiten lassen und sie nicht mit Regularien ersticken. Dann wird sich das von allein entwickeln.

Die Anwesenden spenden Beifall.

Kadmon

Wir haben das alles aufgenommen und ein paar Punkte benannt, die wir uns immer wieder anhören können. Vielen Dank, Sandra!

Lassen Sie mich noch einmal einige Begriffe hervorheben: Es geht um respektvolles Miteinander mit den Studierenden und untereinander im Kreis der Mitarbeitenden, die Chancengleichheit war ein Thema, es geht um Zusammenhalt, das Wahrnehmen von Verantwortung. Wenn wir uns überlegen, was das für große Worte sind, glaube ich, dass das auch die Erwartungen sind, die man an eine gute Ärztin, an einen guten Arzt hat. Wenn im Studium solche Aspekte auf die Studierenden einwirken, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass man sich später an solchen Rollenmodellen orientiert.

Ich darf Dir, Sandra, die Du diese Eigenschaften exemplarisch vertrittst, nun den Preis überreichen und verlese die Urkunde:

Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und der Medizinische Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland verleihen den Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2023 an Frau Professorin Dr. Sandra Steffens, MME, Medizinische Hochschule Hannover in Würdigung ihrer hervorragenden Leistungen in Lehre, Prüfung, Beratung und Betreuung in der Medizin.

Ganz herzlichen Glückwunsch!



Die Preisträgerin des Ars legendi-Fakultätenpreises für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2023, Frau Prof. Dr. med. Sandra Steffens, MME, Medizinische Hochschule Hannover (MHH).

Tagungsimpressionen IV



Vortragssession: Weiterentwicklung des Medizinstudiums

Moderation: Prof. Dr. Martina Kadmon



Einführung in den Themenkomplex

Prof. Dr. med. Martina Kadmon

Vizepräsidentin des Medizinischen Fakultätentages, Augsburg

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

herzlich willkommen zum zweiten Tag unseres Medizinischen Fakultätentages. Zunächst einmal vielen Dank für diesen wunderbaren Festabend in einer ganz besonderen Umgebung, dem Jenaer Planetarium. Vielen Dank an unsere Gastgeber, Herrn Kamradt, Herrn Witte und an den Präsidenten der Universität, Herrn Rosenthal.

Heute wird es noch stärker als gestern um die Lehre gehen, wenngleich bereits gestern die Begriffe „Lehre“ und „Ausbildung“ sehr häufig fielen. Das war in der Vergangenheit nicht immer so. Heute geht es um nichts Geringeres als die Zukunft der medizinischen Versorgung. Die Fakultäten haben, wie wir es gestern sehr prägnant gehört haben, die Aufgabe, die Studierenden auf den schnellen Wandel in der Gesundheitsversorgung vorzubereiten. Gestern ist ein kleiner Teil der Themen angeklungen, wie Krankenhausreform, Nachwuchsmangel – Dinge, mit denen Sie sich jeden Tag beschäftigen.

Unsere Studierenden müssen sich in diese Welt hineinfinden, sie werden ihr Berufsleben mit genau dieser Perspektive beginnen. Es ist unsere Aufgabe zu antizipieren, auf welche Strukturen sie treffen, um sie darauf vorzubereiten.

Es ist die Aufgabe von politischen Entscheidungsträgern, Grundlagen für genau diese Möglichkeit zu schaffen. Die Fakultäten müssen mit einer gewissen Flexibilität in der Lage sein, genau diese Vorbereitung der Studierenden auf das reale Berufsumfeld zu ermöglichen. Wir müssen in der Lage sein, unsere Studiengänge an aktuelle Anforderungen anzupassen, so dass sie diesen auch genügen und der Berufseinstieg unserer Absolventinnen und Absolventen erleichtert wird.

Das ist eine Herausforderung, aber auch ein Qualitätsmerkmal für den Standort Deutschland und für die einzelnen Fakultäten. Die letzten drei Jahre haben gezeigt, dass das grundsätzlich funktioniert, dass es einer hohen Anstrengung bedarf, und dass man auch die Voraussetzungen dafür schaffen muss, um im Bedarfsfall ganz schnell reagieren zu können.

Wir werden dazu zwei Beiträge hören und diskutieren. Der eine Beitrag geht mehr in die Richtung, was Medizinische Fakultäten tun können, um auf komplexe Tätigkeitsumfelder vorzubereiten, der zweite Beitrag geht dann in die Richtung, was die Politik für die Fakultäten tun kann, um die erforderlichen Bedingungen für ein zukunftsorientiertes Studium sicherzustellen.

Vielen Dank!



Entrustable Professional Activities (EPA) – Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung von EPA in die medizinische Aus- und Weiterbildung in der Schweiz

PD Dr. med. Jan Breckwoldt, MME
Institut für Anästhesiologie, Universitätsspital Zürich

Meine Damen und Herren,

vielen Dank für die ehrenvolle Einladung. Neben meiner klinischen Tätigkeit bin ich aktuell auch im Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung aktiv, sowohl in der Kommission für die Einführung von EPAs als auch als Co-Leitung eines nationalen Teach-the-Teacher-Programms, welches ich gemeinsam mit einer Kollegin aus Basel leite. Zwischen 2013 und 2017 leitete ich das Studiendekanat in Zürich und habe somit auch einen recht tiefen Einblick in die studentische Ausbildung. Als Mitglied der Projektsteuerungsgruppe war ich an der Konzeption des Modellstudiengangs in Berlin beteiligt. Daher kenne ich auch die deutsche Situation seitens der Innovationen. Mit meinem Vortrag will ich das Kontinuum zwischen der Aus- und Weiterbildung ausleuchten, komme dabei aber doch mehr aus der Perspektive der Weiterbildung.

Von der Kompetenzbasierung zum 'Entrustment'

Der Paradigmenwechsel in der medizinischen Bildung lässt sich nach Frenk (2010) in einem einfachen Schema zusammenfassen (Abbildung 1, oben).

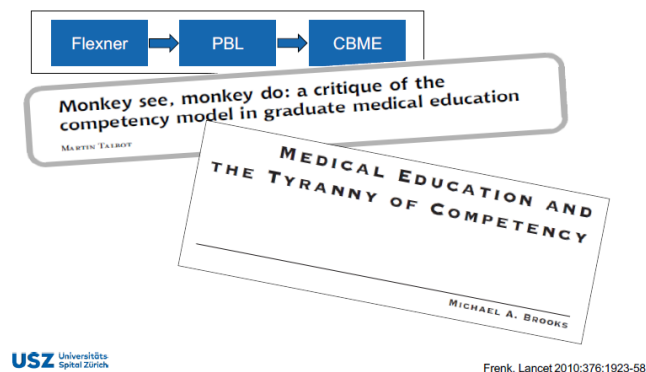


Abb. 1: Paradigmenwechsel in der medizinischen Bildung nebst namhafter kritischer Positionen.

Unter Flexner wurde die Wissenschaftsbasierung in das Studium eingeführt, danach kam in den 1960-70er Jahren das Problem Based Learning (PBL) hinzu. Schließlich gelangten wir zu der Erkenntnis, dass ein Studierender auch Kompetenzen braucht, und es entstand das Konzept der Competency Based Medical Education (CBME), mit der wir uns heute beschäftigen.

Die Einführung des Kompetenzbegriffs hatte es in der klinischen Medizin zunächst einmal nicht leicht. Die Kritik daran reichte vom Vorwurf eines ‚Zirkustrainings‘ bis hin zu einer ‚Tyrannei der Kompetenzen‘.

Die Gründe für die Kritik können mit einem einfachen Gedankenexperiment dargestellt werden: Nehmen wir an, es gäbe einen OSCE für Zivilpilotinnen und Zivilpiloten, der aus vier Stationen bestehen würde (Abbildung 2), und jeder der drei dort Geprüften würde eine Gesamtbewertung von 70 % und damit die Bestehensgrenze erreichen – mit welchem der drei Prüflinge würden Sie ohne zu zögern fliegen wollen? Sicherlich nicht mit Prüfling 3!

Berufsabschluss - OSCE für Pilot*innen
(Bestehensgrenze: 70 %)

OSCE Station	Kandidat* 1	Kandidat* 2	Kandidat* 3
1 Take off	80 %	80 %	70 %
2 Kommunikation mit Passagieren	70 %	40 %	90 %
3 Kommunikation im Cockpit-Team	60 %	70 %	90 %
4 Landung	70 %	90 %	30 %
gesamt	70 %	70 %	70 %

Abb. 2: Gedankenexperiment – Schwächen einer Prüfung von Abschlusskompetenzen am Beispiel der Fliegerei (OSCE: Objective Structured Clinical Examination)

An diesem Beispiel wird deutlich, dass das Assessment kompetenzbasierter Bildung schwierig ist, wenn verschiedene Teilkompetenzen zu einem Ergebnis zusammengezogen werden sollen. Das Drehen an Stellschrauben für die Bestehensgrenzen von Teilkompetenzen hilft uns hier nicht weiter, denn am Ende müssen wir entscheiden, ob ein Prüfling ausreichend für die Ausübung seines Berufes qualifiziert ist.

Von dieser Problematik ausgehend hat insbesondere Ten Cate (2005) herausgearbeitet und festgestellt, dass die Absolventinnen und Absolventen einer fachärztlichen Weiterbildung (wie auch des Medizinstudiums) einen Bezug zum Arbeitsalltag brauchen. Zusätzlich zum Kontext der medizinischen Ausbildung benötigen wir den Bezug zur Patientensicherheit, und wir müssen das externe Vertrauen in unsere Kompetenz stärken (Abbildung 3).

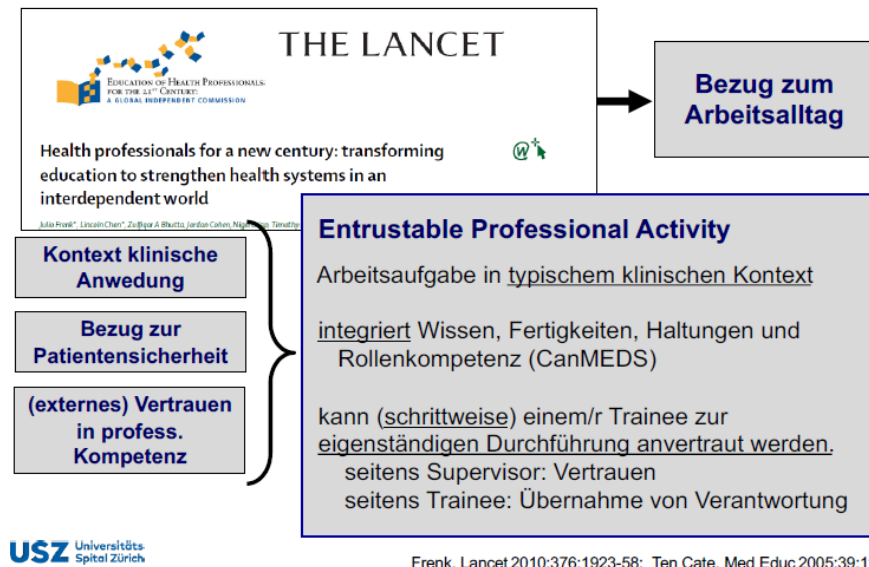


Abb. 3: Bezug der Entrustable Professional Activities (EPAs) zum Berufsalltag.

In diesem Umfeld sind die Entrustable Professional Activities (EPAs) entstanden. Der holländische Ausbildungsforscher Ten Cate hat seine klinischen Weiterbildungsverantwortlichen gefragt, welche Kompetenzen die Absolventinnen und Absolventen haben sollten. Sie antworteten, dass es ihnen nicht um ‚Kompetenzen‘ ginge, sondern dass sie wissen wollten, ob sie den Absolventinnen und Absolventen vertrauen können. Daraus entwickelte Ten Cate 2005 das Konzept der EPA. Die EPA ist eine typische Arbeitsaufgabe im klinischen Kontext, die Wissen, Fertigkeiten, Haltungen und Rollenkompetenz integriert und schrittweise dem Trainee zur eigenständigen Durchführung anvertraut werden kann.

Die Messung des erreichten Standes einer EPA ist das Supervisionsniveau – also die Frage, wie viel an Supervision für diese professionelle Tätigkeit noch benötigt wird. Das hat zwei Seiten, die Seite „Vertrauen“ und die Seite „ich übernehme Verantwortung“. Ein Trainee muss selbständig arbeiten und seine Grenzen kennen. Wenn zu oft nach Unterstützung gerufen werden muss, wird das Supervisionsniveau wieder niedriger.

In der Abbildung 4 werden die verschiedenen Levels of Supervision über die Altersjahre dargestellt, das Areal in Türkis ist das Studium, das Areal in Grau die Weiterbildung. Die Levels of Supervision sind etwas mit den Expertisestufen von Dreyfus und Dreyfus

(1980) verwandt. Für das Medizinstudium sind eher die drei unteren Stufen relevant, für die Weiterbildung dann die drei oberen Stufen.

Level 1 bedeutet, dass nur Vorwissen vorhanden ist, der Trainee aber (legitimiert) zusehen darf. Im Level 2 kann der Trainee unter direkter Supervision arbeiten. Im Level 3 gibt es die indirekte Supervision, es ist immer jemand verfügbar, der einspringen kann. Erst im Level 4 haben wir die Stufe des selbständigen Handelns ohne Supervision erreicht. Hier kann man sich aber stets Hilfe holen, wenn man die Notwendigkeit dazu sieht. Das Level 5 bedeutet, andere unterrichten zu können. Mit dem Level 4 ist auch die Patientensicherheit erreicht. Das ist das entscheidende Argument.

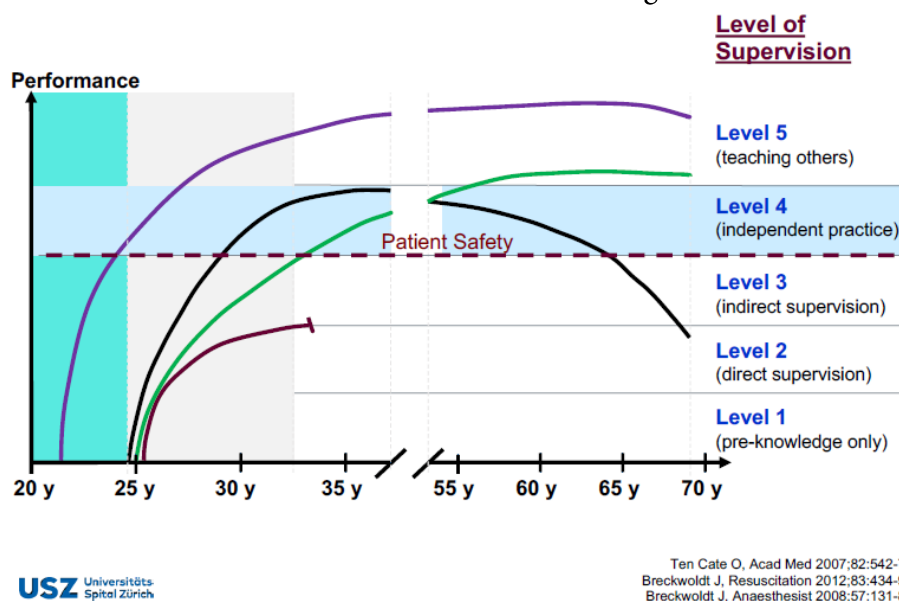


Abb. 4: Die verschiedenen Levels of Supervision und mögliche Entwicklungen einer Kompetenz über die Zeit der Berufstätigkeit.

In Abbildung 4 sind auch vier mögliche Verläufe einer Kompetenz über die Lebensjahre im Beruf dargestellt. Wenn wir als Beispiel die ‚endotracheale Intubation‘ nehmen, würde die violette Kurve einen Studierenden darstellen, der schon während des Studiums im Rettungsdienst tätig war und die Intubationskompetenz bis zum Level 4 bereits während des Studiums entwickelt. Die Kurve in Schwarz zeigt einen klassischen Verlauf, bei dem das Level 4 in der Weiterbildung erreicht ist. Die schwarze Kurve zeigt aber auch, dass ein einmal erreichtes Level wieder verloren gehen kann, wenn eine Aktivität über Jahre nicht mehr ausgeübt wurde. An dieser Stelle würde eine Rezertifizierung einsetzen, die den Bestand eines einmal erreichten Kompetenzlevels prüft. Die grüne Kurve wäre ein „Spätzünder“, der das Kompetenzlevel 4 erst zum Ende seiner Weiterbildung erreicht. Hier wäre es sicher richtig, wenn eine solche Kandidatin oder ein solcher Kandidat entsprechend später die Qualifikation einer Fachärztin oder eines Facharztes erwerben würde. Die Kurve in Braun beschreibt eine Person, die für dieses Fach eher nicht geeignet scheint, denn auch nach Ende der Weiterbildung ist ein selbständiges Arbeiten noch nicht möglich. Solche Kandidatinnen und Kandidaten herauszufinden, ist eine

ganz wichtige Aufgabe, und dabei sind EPA ein gutes Hilfsmittel, um eine begründete Entscheidung zu treffen.

Worin besteht nun der Unterschied zwischen einer Kompetenz und einer EPA?

Wie in der Abbildung 5 gezeigt, beschreibt die Kompetenz die Eigenschaften einer Person, die EPA dagegen die Arbeit, die konkret erledigt werden muss. Sie ist ein essentieller Teil der Berufspraxis, im Bereich der Anästhesiologie z.B. das ‚Behandeln eines Schmerzpatienten‘.

Kompetenz	EPA
<i>Beschreibt die Person</i>	<i>Beschreibt die Arbeit</i>
Wissen, Fertigkeiten, Haltungen	Essentieller Bestandteil der Berufspraxis
• Inhaltswissen • Kommunikative Fertigkeiten • Management-Fertigkeiten • Professionelle Haltung • Intellektuelle Kapazität	• Patientenberatung • Patienten-Entlassung • Behandlungsplan erstellen • Suizidalität abklären • Reanimation durchführen

Abb. 5: Was unterscheidet Kompetenz von EPA?

In der Gestalt-Psychologie gibt es das holistische Bild der „Gestalt“, was bedeutet, dass wir uns Dinge zu vollständigen Bildern ergänzen, auch wenn nur ein Teil des Bildes zu sehen ist. Zum Beispiel braucht es für die Anlage einer Epiduralanästhesie das Wissen über die Anatomie, die Fertigkeiten, die Injektion richtig zu machen, die Haltung, dem Patienten nicht weh zu tun und mit ihm zu kommunizieren, oder aufzuhören, wenn man merkt, dass es nicht gelingt. Dann benötigt man den Kontext, sich eventuell noch Hilfe holen zu können. Schließlich kann man auch noch die CanMEDS-Rollen in dieser Arbeitsaktivität zuordnen. Letzteres ist für die Schweiz eine wichtige Grundlage des Studiums.

Wie kann man die „Entrustment-Entscheidungen“ messen und prüfen?

Die Messung ist nicht mit den klassischen Prüfungsverfahren (Klausuren, mündliche Examina) möglich (Abbildung 6). Die Entscheidungen sind in die Zukunft gerichtet – was ist morgen? Es sind Entscheidungen wie „Ich übergebe meinen Autoschlüssel am Samstagabend meiner 18-jährigen Tochter, damit sie mit meinem Auto zur Party fährt.“ (ja – oder nein; ein ‚jein‘ gibt es hier nicht). Im klinischen Kontext verwendet man für

diese Entscheidung eine Kombination verschiedener Verfahren: kurze Einzel-Assessments, longitudinale Assessments, die Einschätzung von zukünftigen Entscheidungen des Trainees oder seine bzw. ihre Arbeitsergebnisse. Wenn man diese vier Bereiche zusammennimmt, kommt man zu soliden Einschätzungen des ‚Levels of Supervision‘.

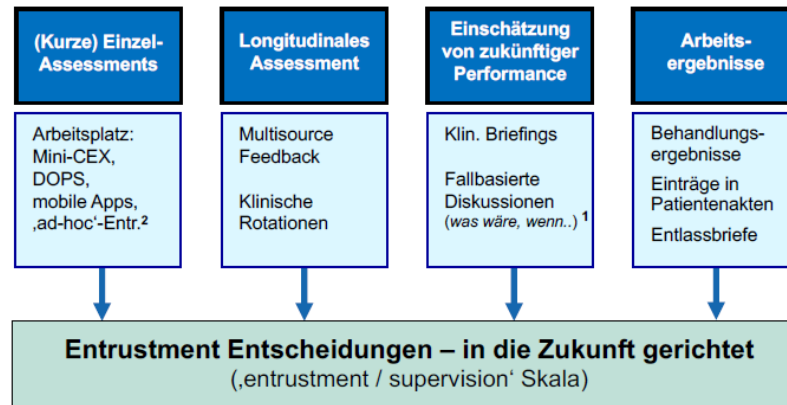


Abb. 6: Quellen für 'Entrustment' Entscheidungen

Die Bedeutung von EPA für das Kontinuum von Aus- zu Weiterbildung

Die Bedeutung der EPA für das Kontinuum von Aus- und Weiterbildung hat 2013 die Association of American Medical Colleges (AAMC) zusammengefasst und in verschiedene Ebenen eingeteilt, wobei sich die Student EPA, die Core EPA und die für alle Ärztinnen und Ärzte generischen EPA in gewissen Bereichen überschneiden (Abbildung 7).

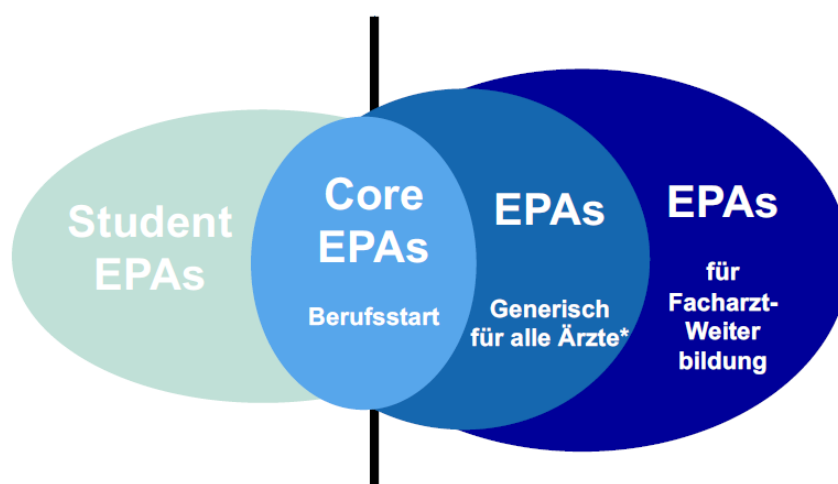


Abb. 7: EPA in der Kontinuität von Aus- und Weiterbildung nach dem Vorbild der AAMC

Die Schweiz hat in ihrem nationalen Lernzielkatalog 2017 (PROFILES) drei unterschiedliche Bereiche definiert, um die Lernziele abzudecken, die ‚Starting Points of Training‘, die ‚EPAs‘ und die ‚CanMEDS-Rollen‘ (Abbildung 8). Über diese drei Domänen wird der Schweizer Lernzielkatalog definiert. Einige der unter den 9 EPA aufgeführten Kriterien erfüllen nicht alle Kriterien einer EPA (z.B. „Contribute to a Culture of Safety“, denn das ist keine abgeschlossene ärztliche Tätigkeit). Da man aber den Aspekt der Patientensicherheit unbedingt im Curriculum unterbringen wollte, ist man diesen Kompromiss eingegangen, es als EPA zu formulieren.

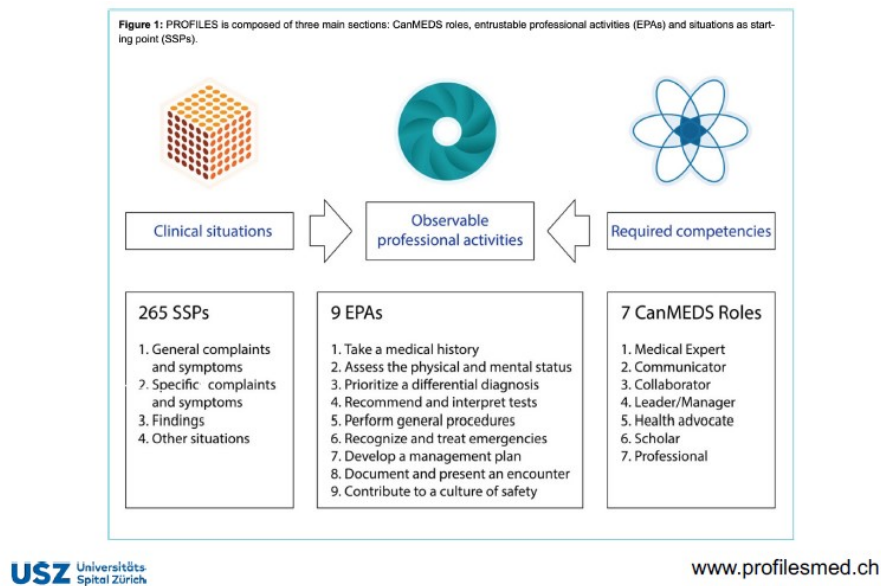


Abb. 8: PROFILES 2017 (nationaler Lernzielkatalog der Schweiz)

Man geht davon aus, dass jemand, der in der Schweiz das Medizinstudium abgeschlossen hat, diese 9 EPAs auf dem Level ‚independent practice‘ ausführen kann. Ob das wirklich der Fall ist, wird sich noch zeigen, denn erst jetzt schließen die ersten Studierenden in der Schweiz mit diesem Lernzielkatalog ab.

Erfahrungen aus der Schweiz

Am Beispiel des Züricher Curriculums kann ich noch zeigen, was die EPAs für das Kontinuum von Aus- und Weiterbildung bedeuten können (Abbildung 9). Die Abbildung zeigt die 6-jährige Ausbildung mit Bachelor- und Master-Abschluss. Alle hellblauen Anteile sind dem Studienschwerpunktprogramm ‚Psychiatrie und Psychotherapie‘ zugeordnet. Im PJ (CH-Begriff: Wahlstudienjahr), welches in diesem Bild im 5. Studienjahr liegt, sind für das Studienschwerpunktprogramm 3 Monate Psychiatrie enthalten. In diese 3 Monate kann man EPAs einbauen. Wenn die Studierenden dort eine EPA auf einem bestimmten Supervisionslevel absolviert haben, können sie diese in ihre Facharztweiterbildung mitnehmen. Wenn wir anstelle einer zeitbasierten Weiterbildung die Weiterbildung kompetenzbasiert organisieren, könnten die Studierenden bestimmte

Kompetenzen früher erreichen und eine solche Kandidatin und ein solcher Kandidat würden etwas früher die Facharztweiterbildung abschließen.

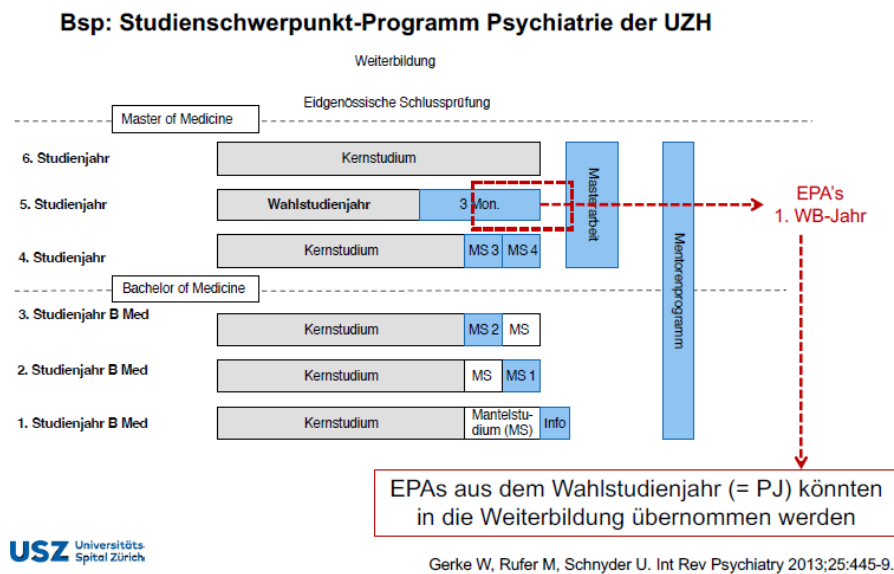


Abb. 9: Das Kontinuum von der Aus- zur Weiterbildung am Beispiel der Psychiatrie

Aktuell erarbeiten wir in der EPA-Kommission, wie diese aus PROFILES generierten EPAs an die Weiterbildung anschließen könnten (Abbildung 10). Diese ‚Shared‘ EPAs sind in Arbeit. ‚General Shared‘ EPAs sollen für die gesamte Ärzteschaft gelten, andere für ‚Common Trunk‘-Weiterbildungen (z.B. Chirurgie), andere in Abstimmung zwischen zwei Disziplinen.

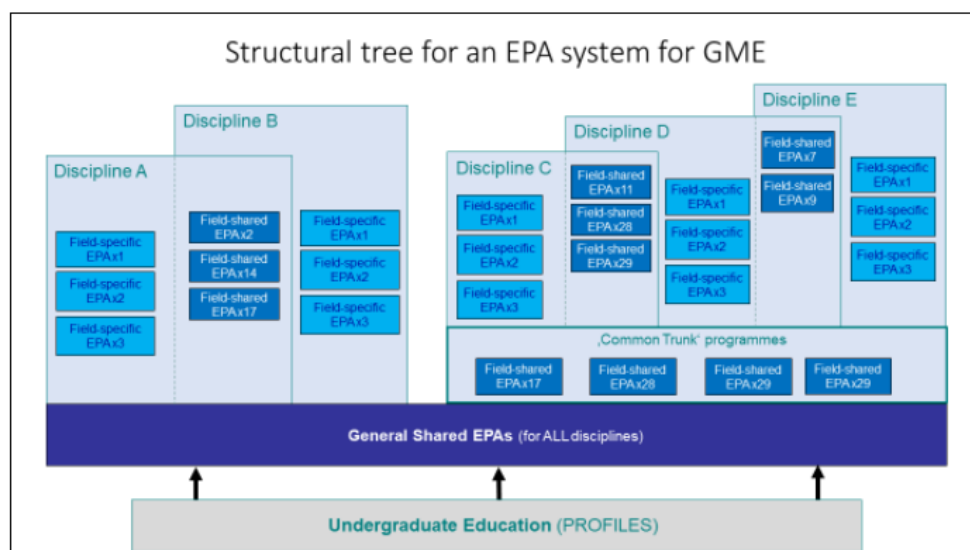


Abb. 10: EPA im Übergang von Aus- zur Weiterbildung

Die Idee besteht darin, einzelne EPAs nicht doppelt zu entwerfen, sondern sie interdisziplinär und vielleicht sogar einmal interprofessionell abzugleichen.

Die Erfolgsfaktoren lassen sich anhand des Assessment festmachen. Wir sollten den alten Satz „Assessment drives Learning“ besser durch „Assessment shapes Learning“ ersetzen. Wir müssen viele kleine Assessments machen, dadurch wird das Gewicht der einzelnen ‚Prüfung‘ deutlich abgeschwächt, bleibt aber dennoch ein Assessment, welches das Lernen triggert. Die Schweiz hat dafür gute gesetzliche Rahmenbedingungen, denn arbeitsplatzbasierte Assessments (Mini-CEX/DOPS) sind bereits verpflichtend in der Aus- und Weiterbildung festgelegt. Für die Schweiz spezifische Erfolgsfaktoren sind ihre kritische Größe (klein genug, um Konsens zu erreichen, groß genug, dass sich genügend Experten für die Aufgabe finden), die Mehrsprachigkeit, die Konsenskultur und eine Mischung aus Innovationssinn und Bewahrungskultur. Durch die relativ geringe Größe kennen sich die Partner auf der Medizin- und auf der Politikseite und diskutieren auf Augenhöhe.

Auf die Kritik, dass arbeitsplatzbasierte Assessments einen großen Auswerteaufwand machen würden, haben wir mit einer App reagiert. Diese App haben Trainee und Supervisor auf ihren Smartphones, sie können miteinander über einen QR-Code synchronisiert werden. Jeder schätzt das Level of Supervision ein (Schwierigkeit des Falls und erreichtes Level) und je nach Übereinstimmung gibt es ein nachfolgendes Gespräch oder nicht. Je mehr Diskordanz in den beiden Einschätzungen wir gesehen haben, desto eher würde mittels der App ein Feedback-Gespräch geführt und dokumentiert.

Wir haben dazu eine empirische Studie angefertigt, in der die Einschätzung des Supervisionsniveaus ausgewertet wurde (Abbildung 11). Dabei zeigte sich im Mittel ein sehr geringer Zeitaufwand. Zusätzlich hat die EPA-App den Vorteil, alle Auswertungen sofort in einer elektronischen Akte abzulegen, was den bürokratischen Aufwand deutlich verringert.

Setting: Weiterbildung Anästhesie; 1518 Assessments; 159 Assistenzärzt*innen;
89 Oberärzt*innen
9.5 (1-60) Bewertungen pro AÄ, 17.1 (1-387) Bewertungen pro OÄ.

Einschätzung des Supervisionsniveaus, medianer Zeitbedarf

Assistenzärzt*innen: 56 sek (IQR 39 - 85)

Oberärzt*innen: 17 sek (IQR 11 - 30)

Mediane Dauer

Feedbackgespräch: 2 min 31 sek (1:20 - 5:10).

Dokumentiertes Feedback via App in 50.5%

- Spezifisches Lernziel: 29 %

Bei Diskonkordanz der Bewertungen

>> höhere Wahrscheinlichkeit für dokumentiertes Lernziel.

Abb. 11: Erste empirische Auswertungsergebnisse der Schweizer EPA-App.

Die Lernziele aus dem dokumentierten Feedback können durch die Studierenden für bestimmte Zeiten freigeschaltet werden. Das erlaubt den Dozierenden, anhand dieser Lernziele z.B. eine Einteilung für bestimmte Aufgaben im OP vorzunehmen. Diese App funktioniert und hier trifft der Satz „Assessment shapes Learning“ auch wirklich zu.

In der Schweiz gibt es einen gesetzlichen Rahmen, in dem das Medizinalberufegesetz (MedBG) seit 2007 das Absolventenprofil, d.h. die Befähigung zur Weiterbildung klar definiert. Die Festlegung der Kompetenzen und Lernziele legt der Schweizerische Lernzielkatalog Humanmedizin PROFILES fest. PROFILES ist schlank, verwaltbar und online abrufbar. Die Qualitätssicherung der Studiengänge erfolgt mittels Akkreditierung der Studiengänge und der Eidgenössischen Schlussprüfung (MC / 12-Stationen-OSCE) und der Akkreditierung der Weiterbildungs-Programme im Sinne von CBME (durch das SIWF). Alle 8 Jahre muss die Akkreditierung wiederholt werden. Ohne EPAs wird gegenwärtig kein Programm mehr akkreditiert.

Weiterhin gibt es in der Schweiz eine Abstimmung zwischen den Leitungs- u. den Steuerungsgremien. Es gibt die Schweizerische Medizinische Interfakultärkommission (SMIFK). Darin treffen sich dreimal im Jahr die Studiendekaninnen und Studiendekane, die Studierenden (SWIMSA), die Vertreterinnen und Vertreter der Weiterbildung (SIWF/ISFM), des Bundesamts für Gesundheit (BAG), der Wissenschaft (IML Uni Bern) und ad hoc geladene Expertinnen und Experten und überlegen, wie z.B. die PROFILES weiterentwickelt werden könnten.

Daneben existiert das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF/ISFM), welches für alle Weiterbildungsprogramme zuständig ist und diese akkreditiert. Es ist das strategische Ziel des SIWF, in den nächsten 10 Jahren die CBME und EPAs flächendeckend umgesetzt zu haben. Dafür bestehen die EPA-Kommission

(mit weiteren Unterkommissionen), das Teach-the-Teacher-Programm als ein nationales Konzept und die Akkreditierung der Weiterbildungs-Programme.

Lassen Sie mich die Erfolgsfaktoren zusammenfassen:

Das Konzept “Assessment shapes Learning” ist transferierbar. Ob und wie die gesetzliche Rahmgebung in Deutschland anzupassen ist, muss sich zeigen. Das Leadership ist essentiell. Die Entrustable Professional Activities stärken das Kontinuum von der Aus- zur Weiterbildung und sind umsetzbar.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Diskussion

In der Diskussion wird noch einmal der Aufwand des Assessments der EPAs thematisiert. Dabei erscheint die Schweiz in der Umsetzung solcher Maßnahmen erfolgreicher, denn auch in Deutschland arbeitet eine MFT-Arbeitsgruppe an der Einführung von EPAs, ist aber noch nicht so weit, wie es die Schweiz bereits ist. Eine mögliche Begründung könnte in den in der Schweiz gesetzlich eingeführten Strukturen einschließlich der Prüfungsverfahren liegen.

Elektronische Prüfungsverfahren, wie die EPA-App können die Prüfungen erleichtern, besonders dann, wenn mehrere kleine Assessments in einer Prüfung zusammengefasst werden. In der Schweiz steht das Ziel eines sogenannten ‚Programmatic Assessments‘, bei dem die Hürde des Einzel-Assessments immer weiter herabgesetzt wird. Dennoch dürfe die Technologie hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Prüfung nicht überbewertet werden. Die Etablierung solcher Methoden dauert mehrere Jahre. Auch die emotionalen Aspekte – man möchte als Studierende bzw. Studierender nicht schlecht dastehen, man möchte erfolgreich aus einer Prüfung gehen – sind wichtige Elemente. Eine App könnte dabei den psychologischen Aspekt eines oder einer „leichten“ oder „schweren“ Prüferin oder Prüfers abbauen helfen.

Wie die neun EPAs, die die Studierenden am Ende ihres Studiums in der Schweiz beherrschen können müssen, ganz konkret geprüft werden sollen, ist aktueller Gegenstand einer nationalen Arbeitsgruppe.

Frau Prof. Kadmon schließt die Diskussion mit dem Hinweis, dass der Kontext immer der relevante Faktor bleiben wird. Aus einer bekannten Situation muss auf eine unbekannte Situation geschlossen werden. Dieser Unsicherheitsfaktor ist ein wichtiger Parameter.



Gutes bewahren und Neues aufnehmen: Weiterentwicklung von Inhalten und Formaten für das Medizinstudium

MinDirig Markus Algermissen

Leiter der Unterabteilung Medizin- und Berufsrecht, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Sehr geehrter Herr Professor Frosch,
sehr geehrte Frau Professorin Kadmon,
sehr geehrter Herr Doktor Wissing,
sehr geehrte Herren Professoren Witte und Kamradt,
sehr geehrte Abgeordnete des Deutschen Bundestages,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich freue mich sehr, dass ich heute hier bei Ihnen sein darf. Es ist eine ganz tolle Veranstaltung und auch der gestrige Festabend war sehr gelungen. Bereits gestern wurden bei der Diskussion über die Krankenhausreform enge Bezüge zur Approbationsordnung hergestellt, und es hat sich gezeigt, dass dort Alles mit Allem zusammenhängt. Die Studierendenvertretung hat deutlich gemacht, dass das nicht einfach ist, dass Alles immer komplizierter wird und die Herausforderungen größer werden. Ich will einen Rückblick auf die Entstehung des neuen Entwurfes der Approbationsordnung mit Ihnen vornehmen und vielleicht auch einen Ausblick wagen, was mit einer neuen Approbationsordnung möglich ist.

Ich will hier natürlich nicht den Ihnen bereits bekannten Referentenentwurf der neuen Approbationsordnung vorstellen. Am 11. Juni 2020 war ich auf dem virtuellen Medizinischen Fakultätentag zu Gast. Seitdem ist Vieles geschehen, nicht nur die Corona-Pandemie, die uns alle belastet hat. Manches hat uns überrascht, manches hat uns im Hinblick auf die Überarbeitung der Approbationsordnung gefordert.

Die Entstehungsgeschichte der neuen Approbationsordnung kann man mit einem Zeitstrahl darstellen (Abbildung 1). Im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode legten die Koalitionspartner CDU/CSU und SPD fest, einen Masterplan Medizinstudium 2020 zu formulieren. Der Masterplan kam dann 2017, nachdem er von 2015 bis 2017 zwischen dem Bund und den Ländern ausgehandelt worden war. Er war auf die Veränderung der

Ausbildungsstruktur und der Studieninhalte gerichtet. Bereits damals hat die sogenannte K-Seite einen sogenannten Finanzierungsvorbehalt formuliert: „Die vollständige Umsetzung des Masterplans steht unter Haushaltsvorbehalt.“.

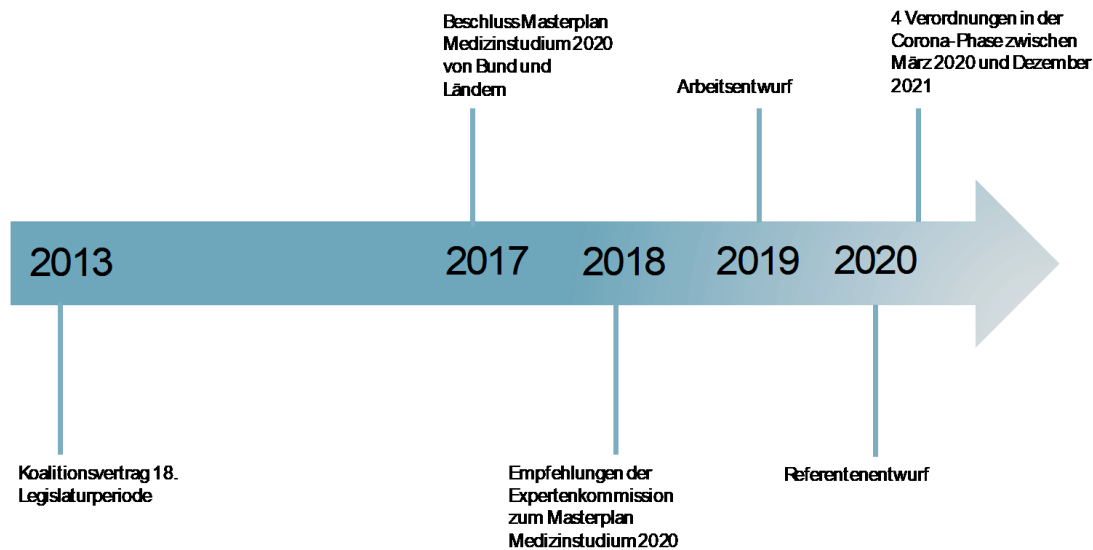


Abb. 1: Zeitstrahl 2013-2020 zur Entstehung und zum aktuellen Stand der neuen Approbationsordnung Medizin

Im Jahre 2018 legte dann die Expertenkommission, die beim Wissenschaftsrat angesiedelt war, Empfehlungen vor, insbesondere zu den Kosten. Danach sollte der CNW von 8,2 auf mindestens 9,9 bis 11,1 steigen. Aktuell gehen wir in unserem Entwurf von einem CNW von 9,02 aus. Diese Zahl hat für die Kostenfolgen erhebliche Konsequenzen. Die damals kalkulierten Zahlen benannten etwa 200 Mio. Euro an jährlichen Mehrkosten. Wir gehen jetzt von etwa 178 Mio. Euro jährlichen Mehrkosten aus, wissen aber auch, dass es hier sehr unterschiedliche Auffassungen und Rechnungen gibt. Die Expertenkommission sah damals 170 Mio. Euro an Transformationskosten voraus, wir gehen heute von 94 Mio. Euro für die Transformation des Studienganges aus. Die Expertenkommission erklärte, dass die Kosten vorab schwer zu ermitteln sind. Es war klar, dass eine solch umfangreiche Reform nicht zum Nulltarif zu haben sein kann.

Der Arbeitsentwurf der neuen Approbationsordnung folgte dann 2019. Wir wollten seitens des BMG eine zusätzliche Diskussionsschleife einbauen und haben daher nicht sofort einen Referentenentwurf vorgelegt. Dieses Vorgehen war richtig, denn an der Diskussion haben sich damals die Verbände, die Ressorts und die Länder sehr umfassend beteiligt. Im Frühjahr 2020 kam der Prozess infolge der Corona-Pandemie etwas zur Ruhe, denn wir mussten Maßnahmen treffen, die, wie die sogenannte Abweichungsverordnung, eine Fortsetzung des Studiums und die Durchführung von Prüfungen auch unter den Bedingungen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite ermöglichen. Darin wurden unter anderem Einsatzmöglichkeiten für die Studierenden in der Pandemie, aber auch der Einsatz digitaler Lehrmethoden oder von Simulationspatienten

und Modellen in der Prüfung geregelt. Diese neuen Formen von Unterrichtsveranstaltungen oder auch Prüfungen waren im Medizinstudium neu und werden auch künftig ein bleibender Bestandteil der Lehre sein.

Im November 2020 legten wir den Referentenentwurf der neuen Approbationsordnung vor. Auch dieser wurde unter breiter Beteiligung der Verbände, der Ressorts und der Länder diskutiert. Ich will an dieser Stelle auch ansprechen, dass Sie parallel zur Approbationsordnung in dieser Zeit bis 2021 den NKLM weiterentwickelt haben. Wir waren damals im Gespräch, und Sie haben mit dem NKLM einen wesentlichen Anteil für das Gelingen der Reform der Approbationsordnung geleistet. Mir sind die Gespräche mit Ihnen und den Vertretern des IMPP, die den Gegenstandskatalog an die neue Approbationsordnung anpassen werden, in guter Erinnerung.

Im September 2021 wurden dann die Unterrichtsveranstaltungen in digitaler Form regelhaft eingeführt. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) wurde in der bestehenden Approbationsordnung verankert, wie auch die Möglichkeit, die Famulatur und das PJ in Einrichtungen des ÖGD ableisten zu können.

Ein letzter Kommentar zum Stichwort Corona:

Ich möchte mich bei Ihnen bedanken, dass das Medizinstudium auch in den Corona-Zeiten so gut funktioniert hat. Es war zu Beginn der Pandemie überhaupt nicht abzusehen, wie sich die Lage entwickeln würde. Dass alle Studierenden ihr Studium fortsetzen und abschließen konnten, ist Ihr Verdienst und dafür möchte ich Ihnen danken.



Abb. 2: Was war beim Entwurf der neuen Approbationsordnung zu bedenken und zu berücksichtigen?

Es ist ganz klar, dass an einer neuen Approbationsordnung Medizin viele Interessenträger beteiligt sind (Abbildung 2). Das sind unter anderem die Modellstudiengänge, die eine Vielzahl an Stellungnahmen schon zu Referentenentwurf eingebracht haben. Es gab zahlreiche Stellungnahmen der Bundesländer zum Referentenentwurf. Es wurden intensive Gespräche geführt, und wir müssen nun im BMG überlegen, was aus all diesen Meinungen und Kommentierungen in die neue Approbationsordnung übernommen oder eingearbeitet werden soll. Dabei müssen wir berücksichtigen, dass viele Interessensvertreter sich ganz besonders für ihr Thema stark machen und nur ganz selten einmal empfohlen wird, etwas zu streichen.

Wir wollen das Studium modernisieren. Gleichzeitig, und das ist vor allem an die Adresse der Studierenden gerichtet, wollen wir die Ausbildung nicht überfrachten. Es soll genügend Raum für Flexibilität bleiben. Die Länderinteressen sind natürlich besonders wichtig, denn dort muss die Approbationsordnung umgesetzt werden, und da sind wir auch bei der Finanzierungsfrage.

Die Finanzierungsfrage ist, salopp gesagt, der Hauptknackpunkt für die neue Approbationsordnung und auch für die langwierigen Abstimmungsprozesse. Deshalb sind wir noch nicht so weit, wie wir es eigentlich gern wären (Abbildung 3).

Erhöhung der Ausbildungskosten

- Höherer Personal- und Betreuungsaufwand
- Mehraufwand Lehre
- Aufwendigere moderne, praxisnahe Prüfungsformate
- Transformationskosten

➤ **Steigerung der Ausbildungsqualität führt automatisch zu Mehrkosten**

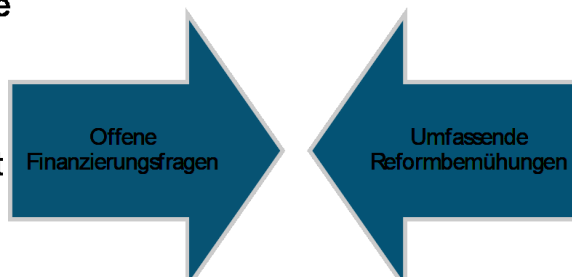


Abb. 3: Die Frage der Finanzierung

Die inhaltliche Diskussion ist nach meiner Meinung schon sehr weit fortgeschritten. Wir haben viele Steine gemeinsam umgedreht. Es geht nun um das Geld, und das Medizinstudium ist das teuerste Studium in Deutschland. Jede Reform hat ihren Preis. Die Gründe sind in Abbildung 3 aufgeführt. In den Bund-Länder-Gesprächen haben wir Einsparpotentiale identifiziert, so dass sich nun die jährlichen Mehrkosten von 300 auf etwa 178 Mio. Euro reduzieren können. Albert Einstein wird das Zitat zugeschrieben „Nicht alles, was zählt, kann gezählt werden und nicht alles, was gezählt werden kann, zählt.“. Dies kann vielleicht auch im Hinblick auf die Finanzierungsdiskussion eine Rolle spielen.

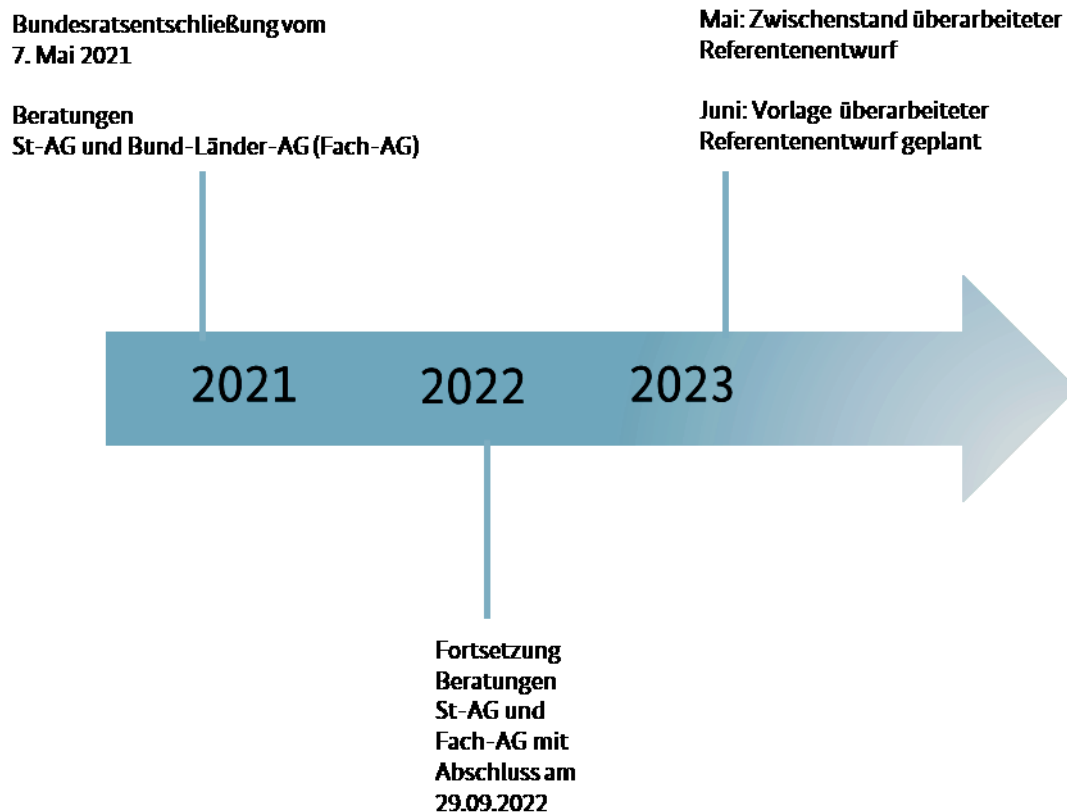


Abb. 4: Konsequenzen aus Bund-Ländergesprächen und aktueller Stand seit 2021

Im Ergebnis der Bund-Länder-Gespräche gab es am 7. Mai 2021 eine Bundesratsentschließung (Abbildung 4), in der eine Vielzahl an Hinweisen an die Bundesregierung gegeben wurde. Darunter war die Aufgabe, gezielte Gespräche mit den Ländern zur Gewährleistung einer fairen Kostenteilung zu führen. Es wurde auf den Föderalismus hingewiesen und es wurden weitere Gespräche mit den Ländern gefordert.

Es gab dann eine Staatssekretärs-Arbeitsgruppe der Gesundheits- und der Wissenschaftsseite, die sich von Juli 2021 bis September 2022 in fünf Sitzungen traf. Es gab weiterhin eine Fach-Arbeitsgruppe, an der auch Gäste beteiligt waren, die in diesem Zeitraum 9 Sitzungen abhielt. Es waren intensive, aber auch sehr gute Gespräche, in denen wir viel erreicht haben.

Am 29. September 2022 wurde eine modifizierte Umsetzung des Masterplans vorgelegt, mit der – ohne seine Substanz infrage zu stellen – eine Verringerung der Kostenfolgen durch Weglassen einiger Punkte und durch eine modifizierte Rechnungsführung erreicht wurde. Es bleibt aber bei unterschiedlichen Kostenschätzungen durch die verschiedenen Diskussionsteilnehmer. An dieser Stelle verweise ich noch einmal auf das bereits erwähnte Zitat von Albert Einstein.

Anfang des Jahres 2023 gab es den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz, der eine rasche Entscheidung anmahnte. Auch die Finanzminister haben sich mit dem Thema beschäftigt und konkrete Bund-Länder-Gespräche zu den Kosten gefordert. Im Mai 2023 wurde ein Zwischenentwurf der Überarbeitung an die Länder und an die Fach-Arbeitsgruppe geschickt. Wir sehen uns in unserer Arbeit aus den Rückmeldungen bestätigt.

Ist dieser 10-Jahres-Rückblick eine reine Chronistenpflicht?

Er zeigt ganz deutlich die Komplexität dieses Themas und auch die Herausforderungen im Bund-Länder-Verhältnis. Er zeigt, wie viele Schritte schon gegangen worden sind. Manches ist bereits verändert, doch die ganz große Reform steht noch aus. Der Rückblick zeigt aber auch, dass manches passiert ist, was so nicht vorherzusehen war, aber dennoch Konsequenzen generiert hat, wie die Digitalisierung in der Lehre.

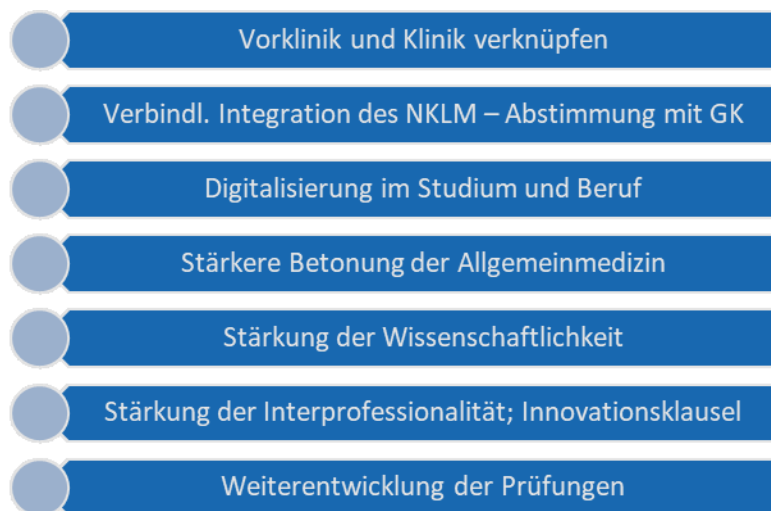


Abb. 5: Wesentliche Inhalte des geplanten überarbeiteten Referentenentwurfs

Ein Blick zurück ist auch für den Blick in die Zukunft wichtig. Die Abbildung 5 zeigt die wesentlichen Inhalte des geplanten überarbeiteten Referentenentwurfs. Viele Stichworte aus dieser Liste sind Ihnen bereits geläufig. Der Masterplan 2020 bleibt die Grundlage der neuen Approbationsordnung. Viele Stellungnahmen, darunter auch die des MFT, haben uns in unserer Position grundsätzlich bestätigt, aber auch Hinweise geliefert, was im Entwurf noch zu verändern wäre.

Mit der Aufhebung der Trennung von Vorklinik und Klinik wollen wir fächerübergreifende, kompetenzbezogene Module einführen, die klinische und vorklinische Inhalte enthalten. Dabei ist uns ein starker Praxisbezug wichtig, den der patientenbezogene Unterricht vor dem ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung einbringt. In diesem Sinne wird auch die Blockpraktikumszeit auf 10 Wochen erhöht.

Die verbindliche Integration des NKLM ist uns sehr wichtig, damit verbindet sich die Regelung zur Abstimmung mit dem Gegenstandskatalog. Wir wollen mit der neuen Approbationsordnung rechtssicher abbilden, dass der NKLM rechtlich verbindlicher Bestandteil der Approbationsordnung ist und NKLM und Gegenstandskatalog miteinander abgestimmt werden müssen, damit die Übereinstimmung von Lehre und Prüfung gewährleistet ist. Die Verantwortung dafür liegt dann beim MFT und seinen Mitgliedsfakultäten und beim IMPP. Digitale Lehrveranstaltungen sind bereits in der bestehenden Approbationsordnung verankert. Neu aufgenommen wird die Vermittlung der Anwendung digitaler Technik im späteren Beruf.

Auch das Stichwort der stärkeren Betonung der Allgemeinmedizin war gestern bereits ein Beratungsthema. Es wird ein Blockpraktikum und einen Prüfungsteil Allgemeinmedizin in der M3-Prüfung geben.

Auch bei der Stärkung der Wissenschaftlichkeit schließt sich der Kreis zur gestrigen Beratung. Es ist uns wichtig, dass das Medizinstudium von der Grundlage zur Versorgung führt und dabei die Wissenschaftlichkeit einen hohen Stellenwert einnimmt. Auch die Patientensicherheit bilden wir in der neuen Approbationsordnung ab. Die wissenschaftlichen Kompetenzen werden longitudinal im Studium verankert. Es wird ein Leistungsnachweis über eine wissenschaftliche Arbeit, die innerhalb von 12 Wochen anzufertigen ist, eingeführt werden.

Die Interprofessionalität soll longitudinal in das Studium implementiert werden. Bei jeder Veränderung, auch bei denen, die die Gesundheitsfachberufe angehen, hat das BMG die Interprofessionalität im Auge. Sie wird in den kommenden Jahren für die Entwicklung unseres Gesundheitssystems extrem wichtig und soll auch im Medizinstudium abgebildet werden.

Die neue Approbationsordnung wird zudem eine Innovationsklausel enthalten. Sie soll zum Beispiel die Kooperation von Medizin- und Zahnmedizinstudium erleichtern, aber auch interprofessionelle Studiengänge ermöglichen.

Wir haben die Prüfungen weiterentwickelt: Wir werden die im Masterplan erwähnten obligatorischen und fakultativen Parcours-Prüfungen in M1 und M3 nicht umsetzen und damit Kosten einsparen. Auch werden wir die Trennung des schriftlichen und mündlichen Teils in M1 nicht übernehmen, sondern eine einheitliche Prüfung M1 nach dem 6. Semester durchführen. Wir wollen strukturierte mündlich-praktische Prüfungen in M1 und M3 vorsehen. Wir wollen eine moderne Prüfung am Patienten in M3 mit vorgegebenen Prüfungsbestandteilen in der Approbationsordnung verankern. Wir wollen zwei strukturierte klinisch-praktische Prüfungen als Parcours-Prüfungen als universitäre Leistungsnachweise vorgeben.

Wie geht es nun weiter?

Der Zeitstrahl in Abbildung 6 nennt die nächsten Schritte. Wir sehen gegenwärtig ein Inkrafttreten 2027 vor. Der seinerzeit im Referentenentwurf genannte Zeitpunkt 2025 ist nicht mehr einzuhalten. Eine solch große Reform sollte nun auch nicht überstürzt eingeführt werden. Es wird zum neuen Referentenentwurf weitere Abstimmungsverfahren geben, an denen die Ressorts und die Länder beteiligt sein werden. So muss zum Beispiel das Bundesministerium der Justiz dafür sorgen, dass die Regeln der Rechtsförmlichkeit beachtet werden. Auch die Aussprache mit Verbänden ist vorgesehen, wobei wir davon ausgehen, dass nicht mehr alle Details im Referentenentwurf einer Diskussion von Grund auf unterzogen werden. Wir werden sehen, wie wir Verbände gezielt mit einbeziehen.



Abb.: 6: Ausblick auf die geplante Reform der ÄApprO – weitere Schritte auch zur Umsetzung

Die Beratung im Bundesrat wird dann den entscheidenden Punkt darstellen. Nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt werden dann die Fakultäten vor der Aufgabe stehen, den NKLM nach den Vorgaben der dann gültigen neuen Approbationsordnung zu überarbeiten und in das Studium zu implementieren.

Es wird im Zusammenhang mit der Krankenhausreform sicher auch zu überlegen sein, was die Level II-Krankenhäuser für die Aus- und Weiterbildung bedeuten werden, wie sich die Reform in der ambulanten Versorgung auf die Lehre auswirken wird. Auch das Thema der Anzahl der Studienplätze ist nicht unmittelbar mit der Approbationsordnung verbunden, berührt sie natürlich inhaltlich. Die anstehenden Digitalgesetze für das Gesundheitswesen, aber auch der Fachkräftemangel werden sich ebenso auf die Lehre auswirken. Das alles sind Umstände, die man bei der Reform des Medizinstudiums mitberücksichtigen muss. Ich kann mir gut vorstellen, dass sich daraus in den nächsten Jahren an manchen Stellen noch ein Anpassungsbedarf ergeben könnte.

Doch so weit in die Zukunft voraussehen, können wir alle nicht. Dass die ersten Absolventen nach der neuen Approbationsordnung 2033 ihr Studium abschließen werden, habe ich bereits erwähnt. Das wären dann 20 Jahre nach dem Koalitionsvertrag von 2013. Wir werden gemeinsam sehen, ob sich meine prophetischen Fähigkeiten weiterentwickelt haben, denn 2020 vermutete ich noch, dass die neue Approbationsordnung noch in der vergangenen Wahlperiode in Kraft treten würde.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Diskussion

Ein erster Schwerpunkt der Diskussion richtet sich auf Umsetzung einer neuen Approbationsordnung, bei der die Länder neben der Finanzierung eine Reihe von Aufgaben zu erledigen haben. Der MFT-Generalsekretär fragt, wie die Anpassung des Kapazitätsrechts, oder der Lehrdeputate erfolgen soll, denn diese Abläufe brauchen ebenso wie die Schaffung neuer Curricula eine gewisse Zeit. Sind dazu Gesprächsformate wie die Ministerpräsidentenkonferenz vorgesehen?

Herr Algermissen verweist in seiner Antwort auf den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz, in dem die Ministerpräsidentenkonferenz benannt wurde. Es müssen die unterschiedlichen Interessen der Bundesländer und bisweilen auch differierende Interessen in einem Bundesland berücksichtigt werden. Weiterhin sind unterschiedliche Betrachtungsweisen zur Reform und ihrer Finanzierung seitens der Gesundheits- und der Kultusseite zu bedenken. Hier wäre möglicherweise eine Ministerpräsidentenkonferenz ein geeignetes Forum. Ob dieser Weg jedoch so gegangen wird, ist gegenwärtig noch Spekulation.

Ein weiterer Aspekt der Umsetzung ist die Beauftragung von Lehrpraxen, die durch die Fakultäten sicherzustellen ist. In einem Bundesland mit mehreren Medizinischen Fakultäten wird die Zahl verfügbarer Praxen, die auch bereit sind, sich an der Lehre zu beteiligen, dann schnell ausgelastet sein. Es wird daher der Wunsch geäußert, hier Möglichkeiten in der Approbationsordnung vorzusehen, die die geforderte ambulante Ausbildung auch außerhalb der Lehrpraxen ermöglichen.

Herr Algermissen bestätigt, dass dieser Punkt in den Bund-Länder-Gesprächen eine große Rolle gespielt hat. Es ist vorgesehen, dass in Ausnahmefällen auch Hochschulambulanz in diese Form der Lehre einbezogen werden können. Die Fakultäten haben aber zunächst die Aufgabe, für eine geeignete Zahl an Lehrpraxen Sorge zu tragen. Das ist als eine Art der Selbstverpflichtung der Fakultäten zu sehen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Diskussion ist die von mehreren Teilnehmern gestellte Frage, wie die Kosten für die neuen Lehrformate aufgebracht werden können, wenn der CNW nicht im erforderlichen Maße erhöht wird. Blended Learning, die Einführung digitaler Formate oder von OSCE-Prüfungen verursachen einen Mehraufwand, denn die Dozierenden werden nicht ersetzt. Die Einsparung durch eine Verminderung der Vorlesungen würde wenig Effekt bringen. Diese neuen Formate werden, wie auch die OSCE-Prüfungen, nicht im CNW berücksichtigt. Dagegen erscheinen die Blockpraktika als Kostenerzeuger, denn wenn nur noch 30 Unterrichtseinheiten pro Woche als Blockpraktika vorgesehen sind, entspricht das 4,5 Stunden am Tag. Von diesen 4,5 Stunden sollen jedoch nur 2 Unterrichtseinheiten pro Tag auf Station als Blockpraktikum anerkannt werden, die übrige Zeit soll angeleitetes Eigenstudium sein. Hier würde die Patientensicherheit nicht genügend beachtet und an der falschen Stelle gespart.

Hierzu betont Herr Algermissen, dass über eine Reduktion der Vorlesungszeit eine substantielle Einsparung an Lehraufwand möglich ist, die dann durch moderne Formate

wie Blended Learning ersetzt werden kann. Mit einer Verminderung des CNW vermindern sich die jährlichen Kosten für die Reform. Der Einspareffekt wurde sowohl von der Gesundheits- als auch von der Kultusseite gesehen. Die Thematik der Blockpraktika soll im Stellungnahmeverfahren diskutiert werden. Dabei sollte aber bedacht werden, dass nicht alle Punkte erneut von Beginn an in Grundsatzdiskussionen beraten werden können, wenn die neue Approbationsordnung zu einem baldigen Zeitpunkt fertig werden soll.

Die Studierenden fragen nach den Redundanzen zwischen NKLM und Gegenstandskatalog, den Fächerlisten und den Prüfungsinhalten. Wie passen diese vier Elemente, die teilweise in den Anhängen des Entwurfes sehr detailliert benannt sind, zusammen? Welche Konsequenz wird das für die praktische Ausgestaltung des Studiums haben? Muss sich die Fächerauflistung im NKLM widerspiegeln? Die Fächerliste nennt auch nicht alle Fächer. Wie verbindlich wird der NKLM dann sein? In welcher Form wird das angekündigte Stellungnahmeverfahren ablaufen?

Herr Algermisen antwortet, dass die Approbationsordnung als Verordnung einen rechtsverbindlichen Rahmen darstellt, der eingehalten werden muss. Der dann rechtsverbindliche NKLM darf diesem Rahmen nicht widersprechen. Die Inhalte, die als obligatorisch in der Verordnung stehen, müssen abgebildet werden. Der NKLM wird Bestandteil der Approbationsordnung. Eine gleiche Übereinstimmung der Inhalte gilt für den Gegenstandskatalog. Das muss ausgestaltet werden und zueinander passen. Zugleich soll mit der neuen Approbationsordnung das Korsett für die Fakultäten nicht zu eng werden, sondern sie soll Flexibilität für den NKLM und damit für die Fakultäten gewähren.

Für ein Stellungnahmeverfahren ist die Gestaltung der Fachgespräche bedeutsam. Dabei werden die Ressorts, die Länder und die Verbände einbezogen. Die Gespräche mit den Ressorts und Ländern laufen in bestimmten Formaten ab. Für die Gespräche mit den Verbänden wird überlegt, wie das im Rahmen schriftlicher Stellungnahmen und eines bilateralen Austausches zu bestimmten Punkten ausgestaltet werden kann.

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), Aachen

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

wir haben gerade gehört, dass wir uns inmitten eines Wandels im Gesundheitswesen und in der medizinischen Ausbildung befinden. Das letzte Referat hat uns verdeutlicht, was in den nächsten 10 Jahren an Veränderungen anstehen werden.

Der Medizinische Fakultätentag hat vor nunmehr 20 Jahren entschieden, in die Ausbildung von Multiplikatoren zu investieren. Die Multiplikatoren sollen die Wandlungen in den Fakultäten auf den Weg bringen und für ein gewisses Tempo sorgen. Heute wollen wir 10 Kolleginnen und Kollegen gemeinsam die Urkunden zum erfolgreichen Abschluss des Studiengangs Master of Medical Education (MME) überreichen.

Die Medizinischen Fakultäten investieren in den Studiengang mit den Studiengebühren ebenso wie die Modulstandorte, die die nötigen Ressourcen bereitstellen. Vor allem aber sind es die Teilnehmenden des Masterstudienganges, die in diesen berufsbegleitenden Studiengang ihre Zeit investieren und Anstrengungen unternehmen, eine Projektarbeit zu schreiben und ihn mit der Masterthese erfolgreich abzuschließen.

Wir können 10 Kolleginnen und Kollegen gratulieren und wünschen Ihnen auch, dass Sie an Ihren Fakultäten genau diese Aufgaben übernehmen, die Positionen ergreifen und die Zeit bekommen, um diesen Wandel auf den Weg zu bringen. Wir wünschen Ihnen, dass sich diese Anstrengungen für den Mastergrad im Rückblick auf ihren beruflichen Weg gelohnt haben.

Stellvertretend für die 10 Absolventinnen und Absolventen überreichen wir heute das Master-Diplom an Frau Dr. Simona-Georgiana Schick aus Heidelberg.

Des Weiteren haben den MME-Studiengang 2023 erfolgreich abgeschlossen:

PD Dr. Jürgen-Christoph von Kleist-Retzow, Köln

Dr. Sandra Brügge, Kiel

Dr. Janina Straub, derzeit Auslandsaufenthalt

Dr. Mareike Schimmel, Augsburg

PD Dr. Christine Schneider, Augsburg

Dr. Jannis Achenbach, Bochum

PD Dr. Christiane Kruppa, Bochum

Prof. Dr. Anja Liebermann, Köln

PD Dr. David Messerer, Ulm

Wir gratulieren allen Absolventinnen und Absolventen ganz herzlich und wünschen Ihnen Erfolg im Beruf und bei der Arbeit als Multiplikator in der Neu- und Umgestaltung der medizinischen Lehre.



Frau Dr. Simona-Georgiana Schick nimmt stellvertretend für die Absolventinnen und Absolventen des MME-Studiengangs 2023 die Masterurkunde entgegen (v.l.n.r. Prof. Dr. Martin Fischer, Prof. Dr. Sabine Herpertz, Dr. Simona-Georgiana Schick, Prof. Dr. Jana Jünger, Prof. Dr. Stefan Uhlig).



Die Teilnehmenden des Podiumsgesprächs zu privaten Trägern in der Ausbildung der Medizinstudierenden auf dem oMFT 2023, v.l.n.r.: Prof. Dr. Bernd Weber, Prof. Dr. Martin Sternberg, Ilona Renken-Olt-hoff, Armin Himmelrath

Podiumsgespräch: Private Träger in der Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner

Ilona Renken-Olthoff

Geschäftsführerin der MSH Medical School Hamburg

Prof. Dr. Martin Sternberg

Vorsitzender des Akkreditierungsausschusses im
Wissenschaftsrat, Bochum

Prof. Dr. Bernd Weber

Dekan der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Moderation: Armin Himmelrath

Wissenschaftsjournalist, Köln

Himmelrath

Die Gesprächsrunde soll sich um die Rolle der privaten Träger im Medizinstudium drehen. Wo gibt es Gemeinsamkeiten, wo bestehen vielleicht auch Differenzen zu den staatlich finanzierten Hochschulen? Wo kommen die Studierenden her? Ich will die Diskussion mit der Frage an Frau Renken-Olthoff beginnen, was ihre Motivation war, als Unternehmerin 5 private Hochschulen zu betreiben. Kann die private Wirtschaft besser ausbilden? Ist die private Hochschule eine Möglichkeit, Gewinne zu generieren?

Renken-Olthoff

Für mich war der Hauptgrund, den Fachkräftemangel mit zu beheben. Der Weg zur MSH war sehr steinig, denn wir mussten ein 8-jähriges Antragsverfahren durchlaufen, bis wir die Zulassung durch den Wissenschaftsrat erhielten. Unsere Hochschulen sind staatlich anerkannte private Hochschulen. Auf diesen Status legen wir sehr großen Wert, auch, um uns von anderen privaten Initiativen abzugrenzen.

Himmelrath

Warum ergibt es aus Ihrer Sicht Sinn, ein Medizinstudium in privater Trägerschaft und nicht durch eine staatliche Organisation zu betreiben?

Renken-Olthoff

Ich würde die Frage gar nicht als differenzierend zu den staatlichen Hochschulen stellen wollen. Wir haben eine andere Zielgruppe der Studierenden, da wir ohne einen numerus clausus immatrikulieren. Ein Viertel unserer Studierenden verfügt bereits über eine medizinische Ausbildung, ein weiteres Viertel kommt aus dem Erleben der Medizin, zum Beispiel in medizinischen Praktika in das Studium. Bei uns studieren nicht nur Kinder reicher Eltern, wenngleich wir uns mit Studiengebühren von 1.500 Euro im Monat finanzieren müssen, denn wir erhalten keine Mittel vom Staat. Etwa 85 % unserer Studierenden haben für diese Gebühren Kredite aufgenommen. Es gibt die Möglichkeit der Finanzierung über einen Generationenvertrag und zahlreiche Studierende arbeiten nebenher, was natürlich eine besondere Herausforderung für ein Studium darstellt. Es gibt aber auch Studierende, deren Eltern dieses Studium finanzieren können.

Himmelrath

Kann man davon ausgehen, dass die Studierenden an Ihren Hochschulen besonders motiviert sind?

Renken-Olthoff

Das ist definitiv so, manche sind sogar übermotiviert. Sie wollen ihr Studium in der Regelstudienzeit schaffen. Wir haben einen Regelstudiengang eingerichtet und haben die normalen Prüfungen M1, M2 und M3. Damit können wir unsere Ergebnisse mit denen staatlicher Hochschulen vergleichen.

Himmelrath

Wie ist das mit den Bewerbern an den staatlichen Hochschulen – ist deren Motivation geringer?

Weber

Auch an den staatlichen Hochschulen gibt es extrem motivierte Studierende. Ich muss anmerken, dass ein Arbeiten nebenher überaus schwierig und nur schwer mit dem Studium der Humanmedizin in der Regelzeit vereinbar ist. Ich glaube, dass das Studium an einer privaten Hochschule eine andere Art des Studiums ist, denn aus meiner Sicht besteht ein Unterschied im Umfeld. Wir fragen uns, über welche Kompetenzen die Studierenden in der Medizin am Abschluss ihres Studiums verfügen sollen. An einer staatlichen Hochschule wird das Studium durch ein wissenschaftliches Umfeld geprägt.

Vor dem Hintergrund meiner eigenen wissenschaftlichen Entwicklung kann ich sagen, dass mich das Graduiertenkolleg sehr geprägt und für die wissenschaftliche Arbeit in den Neurowissenschaften inspiriert hat. Das ist nur in einem Umfeld möglich, in dem

Krankenversorgung, Forschung und Lehre eng zusammenwirken. Mit der engen Verzahnung dieser drei Elemente ergibt sich für die Studierenden eine Situation, die von Beginn des Studiums an die Wissenschaftlichkeit beinhaltet. Diese Frage der Wissenschaftlichkeit des Studiums wird mit der neuen Approbationsordnung einen noch größeren Raum einnehmen, und hier müssen sich alle Fakultäten messen lassen. Das ist für mich ein wichtiger Punkt, denn er bereitet die Studierenden auf das kontinuierliche Lernen nach dem Studium vor. Auch im ärztlichen Beruf wird die Wissenschaftlichkeit eine zentrale Stellung einnehmen, darauf muss das Studium vorbereiten.

Himmelrath

Wenn das alles so zutrifft, haben wir eine Situation, in der unterschiedlich geprägte Kulturen von medizinischer Ausbildung existieren, die auch noch auf unterschiedlichen Voraussetzungen stattfindet. Wie können wir in dem Gesamtsystem eine Vergleichbarkeit herstellen, frage ich nun Herrn Sternberg.

Sternberg

Der Wissenschaftsrat hat großes Interesse daran, ein lebendiges, ein diverses und international anschlussfähiges Hochschulsystem in Deutschland zu haben. Die Zulassung privater Hochschulen war eine politische Entscheidung, damit sind sie Bestandteil des Hochschulsystems. Sie sind ein wachsender Bestandteil, denn sie bilden inzwischen mehr als 10 % der Studierenden aus.

Das deutsche Hochschulsystem darf durch die privaten Hochschulen nicht auseinanderfallen. Es müssen einheitliche Qualitätskriterien sowohl im staatlichen als auch im privaten Sektor gelten. Dafür sorgt der Wissenschaftsrat einerseits durch die Herausgabe von Papieren, zum Beispiel durch den Medizinausschuss, andererseits prüft der Akkreditierungsausschuss auf der Basis dieser Grundlagen die vorgelegten Konzepte.

Wenn ein Anbieter eine Hochschule gründen und dort eine Fakultät für Humanmedizin einrichten will, findet zunächst eine Konzeptprüfung statt. Der Wissenschaftsrat setzt dazu eine Arbeitsgruppe ein, in der überwiegend Professorinnen und Professoren aus der Medizin aus staatlichen und, wenn möglich, auch aus privaten Einrichtungen vertreten sind. Diese Arbeitsgruppe prüft gemeinsam mit der Geschäftsstelle das Konzept und insbesondere die Dinge, die Herr Weber gerade angesprochen hat.

Die Medizinausbildung muss in einem universitären Umfeld stattfinden. Es kann sich nur um eine Einrichtung handeln, die universitären Charakter hat, was bestimmte Konsequenzen nach sich zieht: es gibt Ansprüche an die Ausstattung, die Qualifikation der Professorinnen und Professoren, an die Ausstattung der Stellen wissenschaftlicher Mitarbeitender und für die Verbindung mit den Kliniken und den Lehrpraxen.

Wenn die Arbeitsgruppe alle diese Aspekte geprüft hat und auf dieser Basis einen positiven Bescheid verfasst, wird in der Regel das Land eine vorläufige Anerkennung dieser Einrichtung aussprechen. Nach einer Reihe von Jahren – in der Medizin typischerweise

6 – erfolgt eine Akkreditierung. Dazu wird eine andere Arbeitsgruppe des Wissenschaftsrates eingesetzt, die sich in der Praxis anschaut, was an Forschung aufgebaut wurde, wie die Verbindung zu den Kliniken ist, welche Freiräume für die Forschung bestehen und wie zufrieden die Studierenden mit dieser Ausbildung sind.

Himmelrath

Heißt das im Umkehrschluss, dass mit einer Akkreditierung dann alle Vorgaben erfüllt sind?

Renken-Olthoff

Wir wurden 2019 zertifiziert und sind dabei, die eben genannten Aufgaben umzusetzen. Wir stehen am Anfang des Aufbaus von Forschungsinfrastrukturen. In den letzten zwei Jahren hat die MSH 9,2 Mio. Euro in die Forschungsgrundausrüstung investiert, damit unsere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in die Lage versetzt werden, eigene Forschungsanträge zu stellen. Die Gesamtkkreditierung ist für 2024 geplant. Wir stellen uns den Anforderungen, eine Hochschule zu sein, die eine wissenschaftliche Ausbildung anbietet, lehrt, forscht und die Krankenversorgung betreibt.

Himmelrath

Ist es eine Frage, welche Traditionen man als Hochschule mitbringt?

Weber

Es gibt Vor- und Nachteile. Wenn man sich in etablierten Strukturen bewegt, ist ein struktureller Neuaufbau schwierig. Andererseits haben wir in Bonn den großen Vorteil, über eine etablierte Forschungsinfrastruktur zu verfügen. Wir haben sehr früh begonnen, gemeinsam mit anderen Fakultäten zentrale Technologien zu bündeln und Core Facilities einzurichten. Damit können die sehr teuren Technologien effizient genutzt werden, und es sind Personen vorhanden, die bei der Problemlösung allein durch die Sachkenntnis helfen können. Das schafft ein wissenschaftliches Umfeld, in dem Kooperationen einfacher möglich sind, um eine gute wissenschaftliche Arbeit zu leisten. Der Staat muss Ressourcen investieren. Diese ermöglichen eine interdisziplinäre und international konkurrenzfähige Forschung. Der Aspekt der Interdisziplinarität rückt immer stärker in den Fokus und schafft das wissenschaftliche Umfeld, von dem ich vorhin sprach. Das ist in meinen Augen der große Vorteil der staatlichen Hochschulen.

Himmelrath

Wo halten Sie dagegen, Frau Renken-Olthoff, denn die bestehenden Strukturen haben Sie nicht.

Renken-Olthoff

Wir haben die MSH von vornherein interdisziplinär aufgebaut, indem wir neben der Medizin auch die Studiengänge der Psychologie, Psychotherapie anbieten. Wir lehren

im Bereich der Sport- und Bewegungsmedizin, so dass auch an unseren Hochschulen die Interdisziplinarität gegeben ist.

Wir unterliegen einer sehr strengen Aufsicht bei den Berufungsverfahren. Unsere Berufungsverfahren laufen in vergleichbarer Form wie an staatlichen Hochschulen ab. Es gibt eine kritische Begutachtung der sich auf eine Professur Bewerbenden. Gegenwärtig zielen wir auf einen Schlüssel von 2,3 wissenschaftlich Mitarbeitenden pro Professorenstelle. Wir wollen für den wissenschaftlichen Nachwuchs attraktiv sein und bieten den wissenschaftlich Mitarbeitenden unbefristete Arbeitsverträge.

Wir sehen uns nicht als Konkurrenten der staatlichen Hochschulen, das möchte ich noch einmal wiederholen und betonen.

Himmelrath

Der Wissenschaftsrat ist so etwas wie das Kartellamt der Wissenschaft. Herr Sternberg, Sie haben auf die einzuhaltenden Qualitätsstandards hingewiesen. Gleichzeitig gibt es einen Bedarf an medizinischen Ausbildungsplätzen und an ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten. Wie wird eine Balance zwischen den beiden Polen hergestellt, gibt es ein Primat?

Sternberg

Der Wissenschaftsrat besteht zur Hälfte aus der Wissenschaftlichen Kommission, also den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, und zur Hälfte aus der Verwaltungskommission, in der die Politik vertreten ist. Im Wissenschaftsrat ist somit auch die Universitätsmedizin vertreten. Entscheidungen werden mit einer 2/3-Mehrheit getroffen.

Bei der Betrachtung steht an erster Stelle, ob eine Einrichtung die Kriterien einer Universität erfüllt, die Professorinnen und Professoren in ordentlichen Berufungsverfahren berufen wurden. Als zweites müssen die Kontakte zu den Ausbildungsstätten (Krankenhäuser, Kliniken) vorhanden sein. Das ist manchmal die größte Herausforderung, denn die Partnerkliniken privater Universitäten sind in der Regel ebenfalls Häuser in privater Trägerschaft. Dort müssen der Forschung und der Lehre Bedeutungen eingeräumt, entsprechende Infrastrukturen für den Unterricht am Krankenbett oder für Seminare geschaffen, aber auch die erforderlichen Zeiträume eingerichtet und das Ganze in Verträgen gesichert werden.

Himmelrath

Wie schafft das eine Einrichtung wie die MSH, diesen Forderungen zu entsprechen?

Renken-Olthoff

Alle unsere Professuren im klinischen Studienabschnitt werden über wissenschaftsgeleitete Berufungsverfahren besetzt, die genauso wie an den staatlichen Hochschulen ablaufen. Wir haben Kooperationsverträge sowohl mit einem Klinikum in kommunaler Trägerschaft als auch mit mehreren Helios Kliniken in privater Trägerschaft abgeschlossen. Die Ausschreibungen erfolgen gemeinsam mit den Kliniken, die vorhandenen Chefärztinnen und Chefarzte müssen sich auf diese Stellen bewerben und dem öffentlichen Berufungsverfahren unterziehen. Es gibt auch externe Bewerbungen auf diese Positionen.

Die Arbeitsverträge der Chefarzte sind so gestaltet, dass Vereinbarungen über die wissenschaftliche Arbeit und entsprechende Zeitfonds dafür enthalten sind. Gleiches gilt auch für die wissenschaftlich Mitarbeitenden. In deren Verträgen sind auch Zeiten für die Weiterbildung enthalten.

Es ist eine Herausforderung. Wir haben uns entschlossen, ein wissenschaftliches Studium in hoher Qualität anzubieten und das bedarf einer guten Zusammenarbeit mit den Kliniken.

Himmelrath

Ich eröffne nun die allgemeine Diskussion und bitte um Wortmeldungen aus dem Zuhörerkreis.

Schwappach-Pignataro

Ich frage als Dekanin aus Hamburg, ob Sie die Dinge, die ich gleich aufzählen werde, auch im Business-Plan der MSH vorgesehen haben, denn mir scheint, dass ein großer Teil der Kosten, die eigentlich durch die private Hochschule zu erbringen wären, an uns als staatliche Fakultät abgegeben werden.

Es laufen in unserem Dekanat viele Anfragen ein, ob wir akademische Verfahren, also Promotionen, Habilitationen oder einen Vorschlag für eine außerplanmäßige Professur, für Mitglieder Ihrer Hochschule durchführen können. Es wollen an der MSH berufene Professorinnen und Professoren bei uns für das gleiche Fach noch einmal habilitieren. Es gibt einen großen Druck auf unsere Forschungsinfrastruktur – Ihre Kolleginnen und Kollegen möchten an Verbünden teilnehmen und dafür Zusatzfinanzierungen unserer Fakultät für zusätzliche Mitarbeitende, wissenschaftliche Untersuchungen oder Open Access-Publikationen in Anspruch nehmen.

Bei mir entsteht der Eindruck, dass diese Aufwendungen in der Kalkulation der MSH nicht mitgedacht sind. Das macht die Zusammenarbeit in der Stadt und der Stadtgesellschaft sehr schwierig, denn es sind immer persönlich prononcierte Anfragen, bei denen man Personen, die man gut kennt, „nein“ sagen muss.

In Hamburg gibt es inzwischen mindestens 350 Studienplätze Medizin in privater Hand, das sind genauso viele wie am UKE. Die privaten Betreiber, die Niederlassungen von Universitäten aus dem europäischen Ausland betreiben, wie z. B. die Universität Neumarkt am Mieresch (UMCH) aus Rumänien, fragen, ob sie unsere staatlich finanzierte Infrastruktur inklusive der Lehrräume nutzen können. Das betrifft nicht die MSH, sondern die anderen privaten Anbieter, stellt uns aber vor ein großes Problem.

Es ist für uns in Hamburg sehr schwierig, die Komplementarität der Systeme in der Stadt zu leben, denn wir müssen aus unserer Sicht ständig „nein“ sagen. Wir haben das Gefühl, dass die privaten Hochschulen die Forderungen, die der Wissenschaftsrat für ein Medizinstudium stellt, nicht ausfinanziert haben. Die Herausforderung wird für uns umso größer als teilweise sehr gute Leute auf die Professuren berufen wurden und die Auseinandersetzungen dann sehr schwierig werden. Dort ist zu viel Sand im Getriebe und wir werden gezwungen sein, uns bei Kooperationswünschen stärker zurückzuhalten.

Renken-Olthoff

Ich sehe uns nicht als Konkurrenz. Hier wurde gerade ein ganzes Paket an Themen aufgezählt, für das ich ein bilaterales Gespräch vorschlage. Ich kann hier die Grundfrage, ob die MSH die wissenschaftliche Qualifikation ihrer Mitarbeitenden finanziell mit kalkuliert hat, folgendermaßen beantworten: Die MSH wird als private staatlich anerkannte Universität erst nach einem Durchlauf, also nach 6 Jahren das Promotionsrecht haben. Das Habilitationsrecht wird noch später erteilt werden. Somit sind wir gezwungen, für die wissenschaftliche Qualifikation unserer Mitarbeitenden mit den staatlichen Universitäten zu kooperieren. Das ist ein schwieriges Unterfangen. Wir haben diese wissenschaftliche Entwicklung unseres wissenschaftlichen Nachwuchses zur Promotion oder Habilitation sehr wohl in unsere Kalkulation aufgenommen. Wir können das wissenschaftliche Personal finanzieren, haben aber kein Promotionsrecht.

Die MSH nutzt keine Räumlichkeiten des UKE. Das sind andere Anbieter, wie im Diskussionsbeitrag auch gesagt, die mit der MSH nichts zu tun haben.

Seit 2013 betreiben unsere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gemeinsame Projekte mit dem UKE oder mit anderen Hochschulen. Es wäre höchst unverständlich, wenn die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der MSH plötzlich mit der Begründung, Angestellte einer privaten Hochschule zu sein, aus diesen Verbünden ausgeschlossen würden, obwohl sie bereits exzellente Forschungsleistungen eingebracht haben. Hier muss eine generelle Entscheidung getroffen werden, denn die privaten Hochschulen stehen im Moment in ihrer Entwicklung und Finanzierung über Drittmittel in einer Position, die für die Schaffung einer eigenständigen Forschungslandschaft sehr herausfordernd ist. Hier sind für uns Grenzen gesetzt, die wir nicht beeinflussen können.

Schwappach-Pignataro

Wir wollen niemanden ausschließen, wir können aber Forschende anderer Einrichtungen nicht mitfinanzieren. Wenn sich andere Forschende beteiligen wollen, müssen sie voll ausfinanziert sein.

Renken-Olthoff

Eine Ausfinanzierung ist von unserer Seite gegeben, diese Mittel sind vorhanden. Uns fehlt das Promotions- und Habilitationsrecht. Wir sollten das im gemeinsamen Gespräch beraten. Ich will nur anmerken, dass seit 2013 viele junge Psychologinnen und Psychologen, die bei uns studierten, den Weg in das UKE gefunden haben.

Sternberg

Beim Aufbau einer neuen Hochschule geht es nicht ohne eine Kooperation mit dem staatlichen Sektor. Man kann nicht erwarten, dass eine neu gegründete Universität sofort das Promotionsrecht erhält. Die Kooperation in einer Aufbauphase ist notwendig und muss geregelt werden. Sie darf aber keine substantiellen Bereiche betreffen. Nach 6 Jahren müssen alle für eine medizinische Ausbildung erforderlichen Elemente und Bereiche und die Infrastrukturen für die Forschung vorhanden sein, andernfalls wird keine Anerkennung erteilt werden. Die private Universität muss aus eigener Kraft arbeiten können. Wenn es dann Kooperationen mit staatlichen Universitäten gibt, ist das wunderbar, dann muss diese Kooperation aber auch auf Augenhöhe ablaufen.

Weber

Der Prüfungsaufwand muss bei der Personalplanung berücksichtigt werden. Es waren auch an die Bonner Medizinische Fakultät Forderungen privater Hochschulen gestellt worden, mit dem Personal der Fakultät OSCE-Prüfungen bei diesen Anbietern durchzuführen. Es wird für uns bei dem künftig steigenden Prüfungsaufwand schon eine Herausforderung werden, das ausreichende Personal für die Prüfungen bereitzuhalten. Exporte für Prüfungen sind zum jetzigen Zeitpunkt schon nicht und werden zukünftig noch weniger möglich sein. Man wird sich auch Gedanken machen müssen, wie Prüfungen funktionieren sollen, wenn Krankenhäuser einbezogen werden, die bislang keine Lehre anbieten mussten.

Kamradt

Die Studierenden der MSH haben in der M1-Prüfung des vergangenen Jahres in der Statistik einen hinteren Platz belegt. Liegt das an den Studierenden, an der Qualität der Lehre oder an anderen Gründen?

Renken-Olthoff

Unsere Studierenden brauchen keinen numerus clausus, bei uns studieren andere als an den staatlichen Universitäten. Unsere Zielgruppe sind Studierende mit Berufserfahrung oder ausgeprägtem Interesse an der Medizin, die nicht zwingend die Abiturbesten sein müssen. Bei den Prüfungen im Sommer 2022 hatte die MSH eine Bestehensquote von 89 %. Dennoch benötigen unsere Studierenden eine andere Vorbereitung als vielleicht die Abiturbesten. Wir arbeiten an der Steigerung unserer Lehrqualität und motivieren alle Studierenden, sich in der Regelstudienzeit zur M1-Prüfung anzumelden, wenn alle erforderlichen Leistungsnachweise erworben wurden.

Wissing

Ich möchte an Herrn Sternberg die Frage nach der Bedeutung der Länderaufsicht stellen. Wie ernsthaft nehmen die Länder im Wissenschaftsrat ihre Aufsichtsfunktion bei der Akkreditierung neuer privater Hochschulen wahr, wie groß sind der politische Wille oder vielleicht sogar der Druck, neue Hochschulen einzurichten? Solche Fragen kommen auf, wenn man den Jubel der Landespolitik in ihren Pressemitteilungen zur Neugründung privater Hochschulen liest oder sieht, dass selbst schon auf den ersten Blick unseriös erscheinende private Angebote von den Ländern geduldet werden.

Sternberg

In aller Regel haben die Länder ein massives Interesse an der Neueinrichtung privater Hochschulen, weil sie das Hochschulsystem bereichern und keine Finanzierung durch das Land benötigen. Ich habe aber noch nie erlebt, dass die Verwaltungskommission dem Votum der Wissenschaftlichen Kommission widersprochen hätte. Einem negativen Votum der Wissenschaftlichen Kommission schließt sich die Verwaltungskommission an. Bei Qualitätsfragen hat die Wissenschaftliche Kommission 50 % der Stimmen. Es gibt aber einzelne nichtstaatliche Hochschulen, die diesen Akkreditierungsprozess nicht durchlaufen haben.

Renken-Olthoff

Wir sollten zwischen den staatlich anerkannten privaten Hochschulen in Deutschland und den Hochschulen des Auslands unterscheiden, die in Deutschland eine Dependence betreiben, an der nach dem jeweiligen ausländischen Recht gelehrt wird. Dort haben die Länder kaum Möglichkeiten, einzugreifen, zu lenken oder Maßnahmen der Qualitätssicherung zu ergreifen. Von solchen Einrichtungen distanzieren wir uns ausdrücklich. Die Digital Education Holdings (DEH) in Malta mit ihrem neuen Medizinstudiengang EDU ist offenbar pleite, die dort eingeschriebenen Studierenden haben nicht nur ihre Studiengebühren von etwa 20.000 Euro im Jahr verloren, sondern auch ihre Ausbildungsperspektive und fragen jetzt an, um ihr Studium bei uns zu beenden. Wir brauchen in Deutschland rechtliche Möglichkeiten, um solche Konstrukte zu verhindern.

Witte

Ich freue mich über die Aussage, dass bei einer Neueinrichtung einer Hochschule das Votum des Wissenschaftsrates einen hohen Stellenwert hat. Ich erinnere mich aber daran, dass es für die private Hochschule Witten mehrere Stellungnahmen gegeben hat und am Ende wurde die eine staatliche Zufinanzierung eingerichtet. Kann denn ein Bundesland solche Entscheidungen quasi erzwingen?

Sternberg

Der Wissenschaftsrat akkreditiert Hochschulen nach deutschem Hochschulrecht. Es gibt Hochschulen, die nach deutschem Hochschulrecht ausbilden und keinen Akkreditierungsprozess durchlaufen haben. Hochschulen, die nach ausländischem Recht ausbilden, durchlaufen den Akkreditierungsprozess nicht. Hier haben die Länder tatsächlich wenig Handhabe. Es gilt die EU-Anerkennungsrichtlinie, die relativ weit gefasst ist, insbesondere, was die Medizin angeht. Dort sind nur die 5.500 Stunden der Ausbildung vorgegeben. Die Ausbildung selbst basiert dann auf den Qualitätssicherungsmaßnahmen in den jeweiligen EU-Ländern der Mutter-Universität. Das Lehrpersonal ist größtenteils im Ausland angestellt oder steht in einem Vertragsverhältnis mit der Mutter-Universität. Hier ist ein Eingreifen sehr schwierig, wenn die Hochschule nicht auf freiwilliger Basis sich den deutschen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterziehen will.

Gekle

Der Wissenschaftsrat fordert Governance Standards von den Universitäten. Wie passen die Vorstellungen des Wissenschaftsrates zur Governance Strategie der MSH? Wie wird die MSH an der Weiterentwicklung von Strukturen, wie sie auch im Zusammenhang mit einer neuen Approbationsordnung entstehen müssen, teilhaben?

Renken-Olthoff

Unsere Struktur ist mit der einer staatlichen Universität vergleichbar. Wir haben einen akademischen Senat, der ausschließlich von den Akademikerinnen und Akademikern besetzt ist. Als Geschäftsführerin bin ich kein Mitglied des akademischen Senates und werde auch nicht zu akademischen Verfahren und Entscheidungen eingeladen. Wir haben Fakultätsräte, Arbeitsgruppen und Forschungsinstitute und unsere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben die Freiräume, ihre akademische Tätigkeit zu gestalten. Natürlich braucht das einen finanziellen Rahmen, und es ist meine Aufgabe als Geschäftsführerin, für diesen finanziellen Rahmen zu sorgen.

Sternberg

Einerseits müssen die Selbstverwaltungsstrukturen funktionieren, denn sie gehören zum Wesen einer deutschen Hochschule als selbstverwaltete Organisation. Andererseits haben der Betreiber oder der Träger in ihrer unternehmerischen Verantwortung Pflichten und müssen auch Rechte wahrnehmen können. Bei der Analyse solcher Governance Strukturen wird versucht, beide Seiten abzuwägen, so dass beide Seiten zu ihrem Recht

kommen und auch Konfliktregelungen vorgesehen sind. Das ist ein Bestandteil der Prüfung durch den Wissenschaftsrat. Ohne entsprechende Regelungen wird kein positives Prüfungsergebnis ausgesprochen.

Renken-Olthoff

Ich will nur ergänzen, dass ich weder Mitglied von Berufungskommissionen bin, noch in akademische Entscheidungen eingreife oder solche treffe. Ich halte mich konsequent aus den akademischen Angelegenheiten heraus.

Weber

Wir sprechen immer von Mediziner-Ausbildung, meinen aber das Medizinstudium. Ein Studium beinhaltet eine gewisse Selbstfindung und Erkundung, auch des akademischen Umfeldes. Die Wenigsten haben zu Beginn ihres Studiums klare Vorstellungen von ihrem späteren Beruf, man will und soll sich auch ausprobieren. Aus meiner Sicht schränken die Möglichkeiten an einer privaten Hochschule die Studierenden dort mehr ein, eine staatliche Universität hat ein breiteres Angebot.

Himmelrath

Wie viele Studierende nutzen denn die Chancen, über den Tellerrand des eigenen Studienfaches zu sehen?

Weber

Wir haben interdisziplinäre Bereiche zum Beispiel in der Ernährungsmedizin eingerichtet. Es gibt interdisziplinäre Vorlesungen, wie zum Beispiel mit der Informatik oder Mathematik. In den Wahlfächern im vorklinischen Bereich nutzen unsere Studierenden das gesamte Angebot von Fremdsprachen bis hin zu Natur- oder Geisteswissenschaften. Wir bieten gemeinsame Veranstaltungen mit anderen Fakultäten an und betreiben gemeinsame Forschungsprojekte. Solche Dinge werden von den Studierenden gern angenommen und sind gut besucht.

Renken-Olthoff

Wir haben unsere Hochschule von Anfang an auf Interdisziplinarität und Interprofessionalität ausgerichtet. Wir haben fast die gleichen Profillinien gebildet, die Sie gerade erwähnt haben. Es gibt bei uns in der Medizin eine disziplinäre Profillinie, die bis zur Weiterbildung in der Notfallmedizin reicht und eine interdisziplinäre Profillinie, die bis in den Sport reicht. Wir richten gerade mit dem „InnoLab“ eine dritte Profillinie ein, in der wir Medieninnovationen und Branchentrends von morgen und übermorgen nachgehen wollen. Diese Profillinie befindet sich noch im Aufbau. Diese drei Profillinien werden von den Studierenden sehr dankbar angenommen.

Sternberg

Ich kann das bestätigen und unterstütze das auch. Wir müssen bedenken, dass es auch im staatlichen Bereich kleine Fakultäten gibt oder fachspezifische Einrichtungen gibt,

hier denke ich an die neue Medizinische Universität in Cottbus, die 2026 ihre Tätigkeit aufnehmen soll. Auch an solch kleinen Fakultäten oder Universitäten ist das Angebot nicht so breit, wie es sich vielleicht an einer großen Hochschule darstellt. Wichtig ist die Transparenz der Angebote. Der Kern der universitären Ausbildung als Verbindung von Lehre und Forschung muss sichergestellt sein. Darüber hinaus kann es viele verschiedene Angebote geben. Eine gewisse Pluralität ist wahrscheinlich nicht schädlich.

Schwappach-Pignataro

Bei den akademischen Verfahren kommt ein hohes Maß an Verantwortung hinzu, denn die gute wissenschaftliche Praxis muss gelten, wenn staatliche Universitäten akademische Verfahren übernehmen sollen. Ich kann mir allenfalls vorstellen, dass das für einzelne Labors oder für einzelne Forschende gelten kann, so, wie es auch jetzt schon mit den Fachhochschulen gehandhabt wird. Ich kann nicht die gute wissenschaftliche Praxis in einer anderen Hochschule verantworten.

Wie will die MSH das Z-Curriculum in der neuen Approbationsordnung Medizin zwischen den Standorten Hamburg und Schwerin gestalten?

Renken-Olthoff

Die Curriculumgestaltung obliegt meinen akademischen Kolleginnen und Kollegen, die Ihnen diese Frage beantworten können. Wir werden das Z-Curriculum so wie alle übrigen Fakultäten in Deutschland umsetzen. Wir verfügen über eine medizinische Hochschulambulanz, über eine psychologische Hochschulambulanz und sehen uns für die Aufgaben einer neuen Approbationsordnung gerüstet.

Himmelrath

Ich schlage zum Abschluss dieser Diskussion vor, noch einmal nach den Lernpotentialen aus den und für die privaten und staatlichen Hochschulen zu suchen.

Weber

Die Medizinische Fakultät Bonn ist in einer etwas anderen Situation, denn dort gibt es keine Interaktionen mit privaten Hochschulen in der Medizin. Man wird immer voneinander lernen können. Wir als Fakultäten sollten uns fragen, ob wir das von uns Erwartete auch bestmöglich umsetzen. An den Fakultäten ist die wissenschaftliche Exzellenz vorhanden, doch erfahren das unsere Studierenden überhaupt in dem möglichen Umfang? Es besteht eine hohe Veränderungsbereitschaft, das hat spätestens die Corona-Pandemie bewiesen, als wir alle sehr schnell neue Lehr- und Lernmethoden einführten, um den Studierenden überhaupt die Möglichkeit zu geben, unter den Pandemie-Bedingungen weiter zu studieren und ihr Studium abzuschließen.

Man wird sich im Endeffekt aber auch die grundsätzliche Frage stellen müssen, ob wir verschiedene Arten der Studienabschlüsse in der Medizin haben wollen und ob sich das in der Finanzierung der Studiengänge dann widerspiegelt. Wollen wir damit andere und

vielleicht für die Länder finanziell günstigere Studiengänge parallel zu den staatlichen Studiengängen einrichten, an denen dann andere Studierende unter anderen Bedingungen als in der klassischen Universitätsmedizin studieren? Diesen Fragen werden wir uns stellen müssen.

Renken-Olthoff

Ich sehe auch im Zusammenhang mit der neuen Approbationsordnung viele Bereiche, in denen wir uns Dinge von den staatlichen Universitäten anschauen und wo wir gemeinsame Positionen entwickeln können. Ein wichtiges Thema ist dabei die Qualität der Lehre im klinischen Abschnitt. Die Forschungsbasierung der Lehre ist ein noch weiteres Feld. Wir müssen unsere Forschung so aufstellen, dass unsere Forscherinnen und Forscher das Promotions- und Habilitationsrecht erhalten und wir uns erfolgreich mit den anderen Hochschulen zum Wohle der Entwicklung der Medizin vernetzen können.

Himmelrath

Wenn es verschiedene Arten des Studiums und der Studienabschlüsse geben wird, wie ist dann die Vergleichbarkeit geregelt? Ich habe bei Herrn Weber eher Skepsis gehört, Frau Renken-Olthoff sieht viele gemeinsame Positionen. Wo ist der Mittelweg, wo bekommen wir das künftige Studium so organisiert, dass die Qualität gesichert bleibt?

Sternberg

Es muss einen Kern des Medizinstudiums geben, der die drei Bereiche Forschung, Lehre und Krankenversorgung umfasst. Die Krankenversorgung muss alle Bereiche, sowohl die allgemeinärztlich-ambulante Medizin als auch die Hochleistungsmedizin in den Universitätskliniken beinhalten. Dieser Kern muss vorhanden sein. Es müssen Freiräume für die Forschung vorhanden sein. Die Voraussetzungen für eine hohe Qualität am Ende des Studiums sind durch die gesetzliche Festlegung eines einheitlichen Staatsexamens ohnehin gegeben. Hier ist die Medizin viel besser als andere Studiengänge ohne einheitliche Prüfung gestellt. Der Wissenschaftsrat findet, dass unterschiedliche Wege zur Erreichung dieses Zieles oder unterschiedliche didaktische Ansätze und unterschiedliche Profile der einzelnen Einrichtungen durchaus wünschenswert sind.

Himmelrath

Das nehme ich als das Schlusswort. Ich danke unseren drei Teilnehmenden auf dem Podium und allen Teilnehmenden der Diskussion.



Schlussworte zum oMFT 2023

Prof. Dr. Matthias Frosch
Präsident des MFT, Würzburg

Meine Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir sind am Ende des diesjährigen Medizinischen Fakultätentages angelangt. Es war ein sehr guter Fakultätentag mit interessanten Beiträgen und spannenden Diskussionen. Ich darf mich an dieser Stelle bei allen, die teilgenommen haben, recht herzlich bedanken. Mein Dank gilt auch Ihnen, lieber Herr Himmelrath, für die gute Moderation der drei Gesprächsrunden. Sie haben damit sehr zur Lebendigkeit der Diskussionen beigetragen.

Ich freue mich schon auf ein Wiedersehen mit Ihnen allen im kommenden Jahr, dann zu neuen Themen.

Zum Gelingen des Fakultätentages gehörten auch die wunderbaren Rahmenbedingungen. Das Lokalkolorit hier in der Aula und beim gestrigen Festabend im Planetarium haben sehr zum gelungenen Gesamteindruck beigetragen. Deswegen gebührt Ihnen, lieber Herr Kamradt und lieber Herr Witte, mein und unser aller Dank dafür, dass Sie uns diese hervorragenden Rahmenbedingungen geboten haben.

Meinen Dank möchte ich auf Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Dekanat ausdehnen und auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle des MFT in Berlin ganz herzlich danken. Federführend war hier erstmals Frau Lentz beteiligt, die ich hier besonders hervorheben möchte.

Nach dem Fakultätentag ist vor dem Fakultätentag. Der Tradition folgend, übergebe ich das Wort an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, der die Einladung zum Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag 2024 in Bonn aussprechen wird.



Ankündigung des oMFT 2024

Prof. Dr. Bernd Weber
Dekan der Medizinischen Fakultät Bonn

Meine Damen und Herren,

auch von meiner Seite noch einmal einen herzlichen Dank für die Veranstalter hier vor Ort. Der gestrige Abend hat für uns die Messlatte hoch gehängt, ich kann aber versprechen, dass auch wir uns für eine Veranstaltung im kommenden Jahr Gedanken machen werden.

Ich möchte Sie ganz herzlich zum Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag 2024 nach Bonn einladen. Wir werden die Veranstaltung am 13. und 14. Juni im Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) auf dem Campus des Universitätsklinikums Bonn durchführen und dabei erstmals vom seit Jahrzehnten üblichen Fronleichnamstermin abgehen.

Ich freue mich sehr, Sie im nächsten Jahr in Bonn begrüßen zu dürfen.

Herzlichen Dank!

Die Einladung wird von den Anwesenden mit Beifall angenommen.

Damit ist der Ordentliche Medizinische Fakultätentag 2023 beendet.



Prof. Dr. Matthias Frosch
Präsident des MFT



Prof. Dr. Frank Richter
Schriftführer des 84. oMFT

Mitgliederversammlung des 84. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages*

In der Mitgliederversammlung waren 33 Medizinische Fakultäten und Fachbereiche der Bundesrepublik Deutschland vertreten. Die Medizinischen Fakultäten Dresden, Düsseldorf, Gießen, Homburg und Rostock 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 2023, der Wirtschaftsplan des MFT für 2024 und der Finanzplan des MME-Studiengangs 2023 wurden vorgestellt und beschlossen.

Die Teilnehmer der Mitgliederversammlung diskutierten die Themen:

- Mission-Paper der Deutschen Hochschulmedizin
- Impulspapiere der Arbeitsgruppe Personalentwicklung
- Erfahrungsbericht über das Peer Review der Lehre am Standort Essen

In der Mitgliederversammlung wurden ein Mitglied des MFT-Präsidiums und zwei Mitglieder des Vorstands der Akademie für Ausbildung in der Hochschulmedizin (AHM) gewählt.

Satzungsgemäß endete die Mitgliedschaft im MFT-Präsidium von Herrn Prof. Dr. Ge-reon Fink (Köln).

Herr Prof. Dr. Fink wurde für die Dauer von drei Jahren erneut zum Mitglied des MFT-Präsidiums gewählt.

Gemäß der Satzung endete die dreijährige Mitgliedschaft im Vorstand der AHM für Herrn Prof. Dr. Tobias Böckers (Ulm) und Herrn Prof. Dr. Michael Gekle (Halle/Saale). Herr Prof. Dr. Böckers und Herr Prof. Dr. Gekle wurden für die Dauer von drei Jahren erneut zu Mitgliedern des Vorstandes der AHM gewählt.

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

Teilnehmende des 84. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages

Präsidium des Medizinischen Fakultätentages

Prof. Matthias **Frosch**

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

Prof. Martina **Kadmon**

MFT-Vizepräsidentin und Dekanin der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg

Prof. Thomas **Wirth**

MFT-Schatzmeister und Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Dr. Frank **Wissing**

MFT-Generalsekretär

Prof. Christopher **Baum**

Vorstandsvorsitzender des Berlin Institute of Health

Prof. Gereon **Fink**

Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Prof. Roland **Frankenherger**

Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

Prof. Michael **Gekle**

Vorstand der DHM AG Personalentwicklung

Prof. Blanche **Schwappach-Pignataro**

Dekanin der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prof. Stefan **Uhlig**

Dekan der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

Teilnehmende der Fakultäten und Gäste

Jason **Adelhoefer**, Vizepräsident für Externes, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), Berlin

Prof. Olaf **Ahlers**, Leiter LOOOP-Projekt, Medizinische Hochschule Brandenburg/Charité – Universitätsmedizin Berlin

Markus **Algermissen**, Ministerialrat, Leiter der Unterabteilung 31 Medizin- und Berufsrecht, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Christian Anselm **Baxmann**, Studentische Vertretung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), Leipzig

Dr. Yasmin **Bayer**, Leiterin Studiendekanat Medizin, Universitäre Medizin Zürich

Prof. Ingo **Bechmann**, Dekan, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig

Katrin **Beck**, Referentin Qualität und Medizin, VUD, Berlin

Prof. Annette **Becker**, Studiendekanin, Medizinische Fakultät, Philipps-Universität Marburg

Dr. Holger **Becker**, MdB, Deutscher Bundestag, Jena

Prof. Katja **Becker**, Präsidentin, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Bonn

Prof. Christoph **Benz**, Präsident, Bundeszahnärztekammer, Berlin

Prof. Pascal **Berberat**, Direktor / Studiendekan, Klinikum rechts der Isar / TUM MEC, München

Dr. Anja **Bittner**, Studiendekanin, Medizinische Fakultät OWL, Bielefeld

Richard **Blomberg**, Leiter Außenbeziehungen, MFT, Berlin

Jan **Bobbe**, Leitung GB Studium und Lehre, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Tobias **Bokowski**, Sprecherrat der Medizinstudierenden, Marburger Bund, Hamburg

Kirsten **Borst**, Referentin der Dekanin, Medizinische Fakultät Halle (Saale)

Dr. Peter **Brand**, Geschäftsführer Studiendekanat, Universitätsklinikum Jena

Dr. Jan **Breckwoldt**, Mitglied der EPA-Kommission des SIWF, Institut für Anästhesiologie, Universitätsspital Zürich

Prof. Wolfgang **Brück**, Dekan der Medizinischen Fakultät und Sprecher des Vorstands Universitätsmedizin Göttingen

Prof. Jan **Buer**, Dekan, Medizinische Fakultät Essen

Michael **Bungarten**, Kaufmännischer Direktor, Universitätsklinikum Augsburg

Jens **Bussmann**, Generalsekretär, VUD, Berlin

Prof. Ingolf **Cascorbi**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der CAU Kiel

Prof. Svenja **Caspers**, Prodekanin für Lehre und Studienqualität, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Burkhard **Danz**, Geschäftsbereichsleiter Studium und Lehre, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Jasmin **Dierkes**, Promovierende/Wiss. Mitarbeiterin, Bergische Universität Wuppertal

Prof. Daniela C. **Dieterich**, Dekanin, Medizinische Fakultät, Universität Magdeburg

Dr. Corinne **Dölling**, Leiterin des Büros des Dekans, Medizinische Fakultät Freiburg

Sebastian **Draeger**, stv. Leiter Geschäftsstelle, VUD, Berlin

Susanne **Drückler**, Referatsleiterin, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport, Schwerin

Monika **Duderstadt**, Studiendekanatsleiterin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Dr. Maren **Ehrhardt**, Sektionssprecherin Hochschule und Studium, DEGAM, Hamburg

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

Christian **Epp**, Leiter Zentralbereich und Referent Dekan, Medizinische Fakultät LMU München

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

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

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

Prof. Ulrich **Förstermann**, Wiss. Vorstand und Dekan, Universitätsmedizin Ressort Forschung und Lehre, Mainz

Prof. Alex **Friedrich**, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Münster

Annette **Fröhmel**, Referentin für Öffentliches Gesundheitswesen, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Berlin

Martin Jonathan **Gavrysh**, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), Charité, Berlin

Dr. Kirsten **Gehlhar**, Leitung Studiendekanat, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg

Waltraud **Georg**, Wiss. Koordination/Leitung DEMEDA, Medizinische Fakultät, DEMEDA, Augsburg

Dr. Gabriele **Gerlach**, Referentin, Dekanat Medizinische Fakultät Würzburg

Svea **Giesecke**, Referentin im Bereich Lehre, MFT, Berlin

Dr. Anne **Gieseler**, Referentin der Dekanin, Medizinische Fakultät Magdeburg

Dr. Rainer **Girgenrath**, Abteilungsleiter Klinische Forschung und Digitale Gesundheit, DLR Projektträger, Bonn

Rilana **Glaschick**, Leiterin Koordinierungsstelle Uniklinika BW, Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Jürgen **Graf**, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Frankfurt/Main

Pauline **Graichen**, Vorsitzende des Sprecherrates der Medizinstudierenden im Marburger Bund, Marburg

Prof. Melita **Grieshop**, Präsidentin Hebammenwissenschaftlicher Fachbereichstag, Ev. Hochschule Berlin

Dr. Insa **Großkraumbach**, stv. Abteilungsleiterin Medizin, Wissenschaftsrat, Köln

Prof. Thomas **Gudermann**, Dekan der Medizinischen Fakultät, LMU München

Irmtraut **Gürkan**, Mitglied der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausfinanzierung, Göttingen

Prof. Andreas H. **Guse**, Prodekan für Lehre, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. Alexander **Hanspach**, Geschäftsführer, Medizinische Fakultät Essen

Juliane **Hayward**, Referentin im Bereich Forschung, MFT, Berlin

Prof. Oliver **Heese**, Dekan Fakultät Humanmedizin, MSH Medical School Hamburg, Hamburg / Schwerin

Prof. Lutz **Hein**, Dekan, Medizinische Fakultät Freiburg

Prof. Regine **Heller**, Prodekanin für Nachwuchsförderung, Medizinische Fakultät, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Dr. Ralf **Hennighausen**, Delegierter der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM), AWMF, Homberg (Efze)

Susanna **Henschke**, Leiterin des Studiendekanates, Medizinische Fakultät Halle (Saale)

Philipp **Heroven**, Büroleiter und Referent im Bereich Forschung, MFT, Berlin

Prof. Sabine C. **Herpertz**, Studiendekanin, Medizinische Fakultät Heidelberg

Armin **Himmelrath**, Moderator, Medienbüro Köln

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

Renate **Höchstetter**, Ärztliche Referentin, VUD, Berlin

Antje **Hoffleit**, Lehrforschung, Otto-von-Guericke-Universität, Medizinische Fakultät Magdeburg

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

Prof. Rüdiger **Horstkorte**, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)

Prof. Christian **Hübner**, Prodekan für Forschung, Medizinische Fakultät, Friedrich-Schiller-Universität Jena

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

Dr. Robert **Jacob**, Kaufmännischer Vorstand, Universitätsklinikum Leipzig

Dr. Jacqueline **Jennebach**, Leiterin Lehre und Ausbildung, MFT, Berlin

Prof. Christoph **Josten**, Medizinischer Vorstand und Sprecher des Vorstands, Universitätsklinikum Leipzig

Prof. Jana **Jünger**, Mitglied Studiengangsleitung MME, Medizinische Fakultät Heidelberg

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

Prof. Thomas **Kamradt**, Wiss. Vorstand / Dekan, Medizinische Fakultät, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Lars **Kandsperger**, Referent im Bereich, MFT, Berlin

Wolfgang **Karger**, BL Ambulante/Klinische Leistungen, AOK PLUS, Dresden

Prof. Heike **Kielstein**, Dekanin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle

PD Dr. Sebastian **Klammt**, Leiter der Geschäftsstelle, KKS-Netzwerk e.V., Berlin

Dr. Annette **Klepper**, Fakultätsgeschäftsführerin, Medizinische Fakultät Universität Tübingen

Dr. Holger **Kock**, Fakultätsgeschäftsführer, Universitätsmedizin Greifswald

Heike **Koll**, Geschäftsführerin Dekanat der Medizinischen Fakultät am UKE, Universität Hamburg

Philipp **Konhäuser**, Referent im Bereich Forschung, MFT, Berlin

Prof. Sarah **König**, Studiendekanin, Universitätsklinikum Würzburg und Medizinische Fakultät Würzburg

Mathilde **Krampitz**, Referentin, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Berlin

Prof. Hans-Georg **Kräusslich**, Dekan, Medizinische Fakultät Heidelberg

Prof. Birgitta **Kütting**, Leiterin des Fachbereichs Medizin und Ständige Vertreterin der Institutsleitung, Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), Mainz

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

Katharina **Lemcke**, Teamassistentin, MFT, Berlin

Susanne **Lentz**, Referentin im Bereich Lehre, MFT, Berlin

Dr. Susanne **Lerm**, Leiterin Studiendekanat, TU Dresden

Dr. Frank **Lohkamp**, Geschäftsführer, Universität Bielefeld

Annett **Lott**, Pressesprecherin, Universitätsklinikum Jena

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

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

Dr. Matthias **Meergans**, Geschäftsführer Forschung und Entwicklung, vfa, Berlin

Dr. Horst **Moog**, Stabsreferent, Medizinische Fakultät Erlangen

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

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

Prof. Thomas **Münste**, Vizepräsident Medizin, Universität zu Lübeck

Prof. Hans Gerd **Nothwang**, Dekan, Universitätsmedizin Oldenburg

Dr. Steffen **Ortmann**, Leitung und Prokurist Thiem-Research GmbH, Carl-Thiem-Klinikum, Cottbus

Julian **Özkaya**, stv. Leiter Lehre und Ausbildung, MFT, Berlin

Prof. Jens **Peters**, Geschäftsfeldleiter Klinische Forschung, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Berlin

Prof. Rainer **Petzina**, Rektor, MSH Medical School Hamburg

Dr. Norbert **Pfeiffer**, Vorstandsvorsitzender und Medizinischer Vorstand, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz

Prof. Bernd **Pichler**, Dekan, Medizinische Fakultät Tübingen

Miriam **Pittet**, Referentin im Bereich Forschung und Teamassistentin im Bereich Lehre, MFT, Berlin

Cornelia **Rabeneck**, Bereichsdezernentin Medizin, Medizinische Fakultät Dresden

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

Ilona **Renken-Olthoff**, Geschäftsführerin, MSH Medical School Harnburg

Prof. Frank **Richter**, MFT-Schriftführer, Medizinische Fakultät Jena

Dr. Karin **Richter**, Referentin, Ministerium für Kultur und Wissenschaft, Düsseldorf

Prof. Ingo **Röder**, Institutsdirektor, Institut für Medizinische Informatik und Biometrie an der TU Dresden (IMB)

Prof. Walter **Rosenthal**, Präsident, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Prof. Miriam **Rüsseler**, Studiendekanin Klinik, Leitung Institut für Medizindidaktik und klinische Simulation, Fachbereich Medizin, Goethe-Universität Frankfurt

Prof. Thorsten **Schäfer**, Studiendekan, Ruhr-Universität Bochum

Christian **Schaft**, Mitglied des Landtages, Fraktion DIE LINKE. im Thüringer Landtag, Erfurt

Prof. André **Scherag**, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Datenwissenschaften, Medizinische Fakultät Jena

Dr. Simona **Schick**, MME-Absolventin, Medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Erik **Schiller**, Referent im Bereich Forschung, MFT, Berlin

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

Alexander **Schmidt**, Bundeskoordinator für Medizinische Ausbildung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), Berlin

Dr. Anke **Schmidt-Gehlhoff**, Referentin, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Berlin

Prof. Jens **Scholz**, CEO UKSH, 1. Vorsitzender VUD, Kiel

Dr. Fides **Schreur**, Referentin für Ausbildung, Bundesärztekammer BÄK, Berlin

Dr. Leonore **Schulze-Meeßen**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, HIS-Institut für Hochschulentwicklung e.V., Hannover

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

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

Annette **Seitz-Fix**, Fakultätsgeschäftsführerin, Medizinische Fakultät Freiburg

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

Anja **Simon**, Kaufm. Direktorin u. Vorstandsmitglied, Universitätsklinikum, Freiburg

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

Prof. Sandra **Steffens**, Ars legendi-Preisträgerin, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Christiane **Stehle**, Ärztliche Vorständin und Vorstandsvorsitzende, Universitätsmedizin Rostock

Prof. Sebastian **Stehr**, Klinikdirektor und Studiendekan für Humanmedizin, Universitätsklinikum Leipzig

Oliver **Stenzel**, Assoc. Director External Engagement, Lilly Deutschland GmbH, Berlin

Prof. Martin **Sternberg**, Vorsitzender des Akkreditierungsausschusses im Wissenschaftsrat und Vorsitzender des Promotionskollegs für angewandte Forschung in NRW, Hochschule Bochum

Sandra **Sudmann**, Leiterin Referat Studium und Lehre der Medizinischen Fakultät, RWTH Aachen

Prof. Oliver **Thews**, Kapazitätsbeauftragter, Martin-Luther-Universität, Halle (Saale)

Prof. Joachim **Thiery**, Dekan, Dekanat Medizinische Fakultät, Kiel

Wolfgang **Tiefensee**, Minister, Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitale Gesellschaft, Erfurt

Prof. Rolf-Detlef **Treede**, Vertretung der Fakultät für den Dekan, Medizinische Fakultät Mannheim

Prof. Lorenz **Trümper**, Vorstand Krankenversorgung, Universitätsmedizin Göttingen

Christel **Tschernitschek**, Geschäftsführerin des Präsidialamtes, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

Prof. Andrew **Ullmann**, MdB, Wahlkreisbüro, Würzburg

Dr. Anke **Väth**, Dekanat, Leitung Bereich Struktur und Berufungen, Medizinische Fakultät Tübingen

Prof. Tilmann **Volk**, Studiendekan, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Dr. Uta **von der Gönna**, Stv. Leiterin Unternehmenskommunikation, Universitätsklinikum Jena

Prof. Veronika **von Messling**, Ministerialdirektorin und Leiterin der Abt. Lebenswissenschaften, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin

Thimo **von Stuckrad**, Referatsleiter Hochschulfinanzierung, Hochschulbau, Hochschulmedizin, Hochschulrektorenkonferenz, Berlin

Prof. Bernd **Weber**, Dekan, Medizinische Fakultät, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Dr. Christiane **Weidenfeld**, Leiterin der Kommunikation, MFT, Berlin

Dr. Katrin **Werwick**, Lehrkoordinatorin, Otto-von-Guericke-Universität, Medizinische Fakultät Magdeburg

Dr. Silke **Wiedmann**, Wissenschaftsmanagement NUM Koordinierungsstelle, NUM-Koordinierungsstelle, Charité, Berlin

Julia Sarah **Wieser**, Bundeskoordinatorin für Gesundheitspolitik, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), Berlin

Prof. Marjo **Wijnen-Meijer**, Teamleitung Entwicklung, TU München / TUM Medical Education Center, München

Matthias **Winkler**, wiss. Referent, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Berlin

Prof. Otto W. **Witte**, Medizinischer Vorstand, Universitätsklinikum Jena

Prof. Stefan **Zimmer**, Dekan der Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Witten