

Hochschulmedizin auf dem Prüfstand

Hanns Martin Schleyer-Stiftung
Heinz Nixdorf Stiftung
Justus-Liebig-Universität Gießen
Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Herausgegeben von
Barbara Frenz, Joybrato Mukherjee,
Werner Seeger, Wolfgang Weidner

Hanns Martin Schleyer-Stiftung
Heinz Nixdorf Stiftung
Justus-Liebig-Universität Gießen
Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Veröffentlichungen der
Hanns Martin Schleyer-Stiftung
Band 94

Hanns Martin Schleyer-Stiftung
Heinz Nixdorf Stiftung
Justus-Liebig-Universität Gießen
Universitätsklinikum Gießen und Marburg

*XIII. Hochschulsymposium
20. – 21. Februar 2019 in der
Hessischen Landesvertretung Berlin*

Hochschulmedizin auf dem Prüfstand

Herausgegeben von

Barbara Frenz, Joybrato Mukherjee, Werner Seeger, Wolfgang Weidner

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme. Ein Titeldatensatz für die Publikation ist bei der Deutschen Bibliothek erhältlich.

ISBN: 978-3-947526-01-7

© 2020 Hanns Martin Schleyer-Stiftung

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Hanns Martin Schleyer-Stiftung unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Mazany – Werbekonzeption und Realisation, Düsseldorf
Printed in Germany

Inhalt

Begrüßung

Dr.-Ing. **Horst Nasko**,
Prof. Dr. Dr. h. c. **Joybrato Mukherjee** und
Prof. Dr. **Werner Seeger**

13

17

21

Eröffnungsvortrag

Bundesminister **Jens Spahn**
„Think Big – Medizinstandort Deutschland zwischen
Vergangenheit und Zukunft“

25

Hochschulmedizin im nationalen wie internationalen Wettbewerb

Podiumsdiskussion

Prof. Dr. **Peter Dieter**
Prof. Dr. **Karl Max Einhäupl**
Bundesminister **Jens Spahn**
Prof. hon. **Peter Suter**
Prof. Dr. **Otmar D. Wiestler**

Moderation

Joachim Müller-Jung

35

Begrüßung zum zweiten Tag des Symposiums

Barbara Frenz

63

Einführung

Prof. Dr. **Wolfgang Weidner**

67

Finanzierungsdilemmata in der Hochschulmedizin lösbar?

Statements mit Podiums- und Plenumsdiskussion

Dipl.-Volkswirtin **Irmtraut Gürkan**
Milliardendefizit im Klinikumsneubau:
Folge der Abschaffung des Hochschulbauförderungsgesetzes?

Dipl.-Pol. **Ralf Heyder**

Finanzierung der Hochschulmedizin im internationalen Vergleich:
Was machen andere Länder besser?

Dieter Kaufmann

Clusterpreise für Medizinstudierende: Standortwettbewerb oder Wettbewerbsverzerrung?

Prof. Dr. **Heyo K. Kroemer**

DRG-Fallpauschalen: One size fits all –
auch für die Universitätsmedizin?

Moderation

Dr. Ursula Weidenfeld

71

Personalentwicklung – Neue Strategien zur Aus- und Weiterbildung zielführend?

Statements mit Podiums- und Plenumsdiskussion

Judith Heepe

Personalgewinnungs- und Personalentwicklungsstrategien
aus Sicht der Pflege

Prof. Dr. **Hans-Jochen Heinze**

Medical Scientist, Clinician Scientist, Advanced Clinician Scientist:
Lösung für das „Middle-aged Valley of Death“?

Prof. Dr. **Frank Ulrich Montgomery**

Führungskonzepte – Leadership – Weiterbildung

Prof. Dr. **Josef M. Pfeilschifter**

Hochschulmedizinerin/Hochschulmediziner oder
Landärztin/Landarzt? Kriterien zur Studienauswahl

Moderation

Michaela Schwinn

103

Netzwerkbildung – Medizinische Versorgung in Deutschland auf neuen Wegen?

Statements mit Podiums- und Plenumsdiskussion

Prof. Dr. Dr. **Friedrich Grimminger**

Gesundheitsnetzwerke von universitärer Maximalmedizin
bis hin zur Praxis

Prof. Dr. **Karl-Walter Jauch**

Kooperationen und Vernetzungsentwicklungen auch international –
eine Chance für die Hochschulmedizin?

Prof. Dr. **Veronika von Messling**

Nationale Wissenschaftskonsortien in der Medizin:

Überwindung der Säulen

Prof. Dr. **Günther Wess**

Exzellenzentwicklung, Arbeitsteilung und Spezialisierung:

Wo liegen die Schnittstellen zu den Universitätskliniken?

Moderation

Volker Stollorz

133

Schlusswort

Prof. Dr. Dr. h.c. **Joybrato Mukherjee**

165

Anhang

Verzeichnis der Referenten und Diskussionsteilnehmer

169

Presseecho (Auswahl)

173

Redaktionelle Nachbemerkung

177

Veröffentlichungen der Hanns Martin Schleyer-Stiftung

179

Leitung des Symposiums

Barbara Frenz

Geschäftsführerin der Hanns Martin Schleyer-Stiftung

Prof. Dr. Dr. h.c. **Joybrato Mukherjee**

Präsident der Justus-Liebig-Universität Gießen

Prof. Dr. **Werner Seeger**

Ärztlicher Geschäftsführer des

Universitätsklinikums Gießen und Marburg

Prof. Dr. **Wolfgang Weidner**

Dekan des Fachbereichs Medizin der

Justus-Liebig-Universität Gießen





Eröffnung des Symposiums



Begrüßung

*Sehr geehrter Herr Bundesminister Spahn,
sehr geehrte Magnifizenzen und Exzellenzen,
sehr geehrte Abgeordnete des Bundestages und des
Berliner Abgeordnetenhauses,
meine sehr verehrten Damen und Herren,*

im Namen der Heinz Nixdorf Stiftung und auch gleichzeitig im Namen der Hanns Martin Schleyer-Stiftung begrüße ich Sie sehr herzlich zu unserem nun schon XIII. Hochschulsymposium. Wir haben vor vielen Jahren mit diesem Format begonnen, das war im Jahr 2001. Dass sich dieses Format bewährt hat, zeigt mir das erkennbar große Interesse an dieser Veranstaltung. Wir realisieren diese Hochschulsymposien jeweils gemeinsam mit einer Partneruniversität und so freuen wir uns sehr, dass es dieses Mal zur Kooperation mit der Justus-Liebig-Universität gekommen ist. An dieser Stelle möchte ich deshalb besonders Herrn Professor Mukherjee, den Präsidenten der Universität Gießen, begrüßen. Wir freuen uns, dass wir mit Ihnen gemeinsam ein so interessantes Programm zusammenstellen konnten. Noch einmal ausdrücklich begrüßen möchte ich auch Herrn Bundesminister Spahn. Wir danken Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben, hier mit uns zu diskutieren. Ihr Kalender ist sicher sehr gefüllt, aber ich glaube, dass wir heute einige Dinge mit Ihnen besprechen können, die vielleicht auch für Ihre Arbeit von Nutzen sind. Wie Sie dem Programm entnehmen können, zielen unsere Symposien thematisch jeweils auf aktuelle Brennpunkte und Entwicklungsperspektiven der Hochschulen, die zudem auch von breiter gesellschaftlicher Relevanz sind. Wenn wir den Forschungsstandort Deutschland weiter voranbringen wollen, dann sind aus meiner Sicht drei Punkte wesentlich, die zu beachten sind. Erstens: Wie stärken wir

die Ausbildung in der Medizin? Zweitens: Wie finden wir weiterhin exzellente Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler? Und wie können wir diese Wissenschaftler auch in unseren Universitäten, in den Kliniken und in den Forschungsorganisationen halten? Und drittens: Welche nationalen und internationalen Partner holen wir uns ins Boot, um die Qualität der Forschung und Lehre bei uns zu verbessern? Wenn wir heute die Medizin auf den Prüfstand stellen, dann greifen wir eine Debatte auf, die wir selbstverständlich auch vor dem Hintergrund der Digitalisierung sehen müssen. Das ist ein sehr weites Feld, und ich will in diesem Zusammenhang nur zwei Punkte kurz erwähnen: Da ist einmal die Nutzung von riesigen Datenbanken, in denen möglichst viele Krankheitsfälle anonym gespeichert sind und aus denen mit intelligenten Algorithmen Vorschläge für eine individuelle, angepasste Therapie für den Einzelnen abgeleitet werden können. Hier nenne ich nur Watson als ein Beispiel. Die erste Euphorie auf dem Gebiet, ist allerdings, – glaube ich – verflogen. Ich höre jedenfalls, dass Lizenzen bereits wieder zurückgegeben wurden und es ist nicht absehbar, wie es weitergehen wird. Zum anderen das leidige Thema der elektronischen Gesundheitskarte. Schon zu meiner Zeit bei Siemens Nixdorf und später bei der Sonderausstellung „Computer und Medizin“ in Paderborn, haben wir uns mit dem Thema beschäftigt und Terminals (Lesegeräte jetzt Konnektoren) entwickelt sowie die entsprechende Software und Kommunikationsalgorithmen. Diese waren aber in keiner Weise mit den heutigen Anforderungen bezüglich Sicherheit und Umfang zu vergleichen, sondern entsprachen den Überlegungen einer Einführung zum 1.1.2006.

Natürlich kann man jedes System durch immer höhere Anforderungen zum Scheitern bringen, und wir stehen knapp davor. Das jetzt geplante und in Piloteinführung befindliche System ist angeblich das größte IT System weltweit und hat bereits mindestens 1,5 Milliarden Euro Entwicklungsaufwand verschlungen. Herr Minister Spahn, Sie werden in der Öffentlichkeit als sehr zielstrebig, erfolgsorientiert und durchsetzungsstark wahrgenommen. Wenn Sie dieses Projekt nicht zum Erfolg führen, dann schafft es niemand und dann sind nicht nur die bisher investierten Mittel verloren, sondern auch die zu erwartenden Einsparungen, die man sich von dem System verspricht. Für mich als Zeitzeuge, wäre es schon spannend von Ihnen zu hören, wie Sie heute dazu stehen.

Herr Professor Mukherjee, Herr Professor Seeger und Herr Professor Weidner, Sie haben gemeinsam mit Frau Frenz die wissenschaftliche Leitung dieses Symposiums übernommen und werden heute und morgen mit unterschiedlichen Schwerpunkten in unsere Thematik einführen. Dafür möchten wir Ihnen schon an dieser Stelle herzlich danken. Sie haben ein großartiges

Programm zusammengestellt. Die eingeladenen Referenten und Moderatoren werden diese zweitägige Veranstaltung mit Leben erfüllen, auch ihnen sei schon jetzt herzlich gedankt. Meine sehr verehrten Damen und Herren, nun freuen wir uns auf anregende Gespräche, lebendige Diskussionen und eine ertragreiche Tagung heute und morgen. Und damit möchte ich das Wort an Herrn Professor Mukherjee übergeben, der Sie nun in die Thematik unseres Symposiums einführen wird. Danke.



*Vielen Dank, lieber Herr Nasko.
Sehr geehrter Herr Minister Spahn,
meine sehr geehrten Damen und Herren,*

ich will mich zunächst der Einführung und der Begrüßung von Herrn Dr. Nasko vollumfänglich anschließen und auch meiner Freude darüber Ausdruck verleihen, dass Sie so zahlreich zu diesem Symposium über die bisherigen und aktuellen Entwicklungen in der Hochschulmedizin und insbesondere auch zu den zukünftigen Herausforderungen gekommen sind. Offenbar haben wir mit dem Programm einen Nerv getroffen; das ist sehr erfreulich. Und in Ihrem Impuls, Herr Spahn, wird ja die Verbindung aus Vergangem, den aktuellen Entwicklungen und vor allen Dingen auch den zukünftigen Herausforderungen im Fokus stehen – ein, so glaube ich, perfekter Impuls für die Auftakt-Podiumsdiskussion gleich im Anschluss.

Ich will nicht versäumen, der Hanns Martin Schleyer-Stiftung und der Heinz Nixdorf Stiftung an dieser Stelle ganz herzlich zu danken, dass wir dieses Symposium gemeinsam haben vorbereiten können. Ich danke beiden Stiftungen dafür, dass sie die ursprünglich Gießener Idee beherzt aufgegriffen haben. Und damit verbinde ich auch meinen ganz persönlichen Dank an Sie, Frau Frenz. Das war eine wunderbare Zusammenarbeit, und ich bin sicher, dass dies eine sehr gute Veranstaltung werden wird.

Der hessischen Landesvertretung, in der wir tagen dürfen, danke ich ebenfalls herzlich für die Gastfreundschaft am heutigen und morgigen Tag. Ich freue mich auch als Universitätspräsident, der ich eben auch bin, dass dieses Thema auf ein so reges Interesse stößt, denn für uns in den Universi-

tätspräsidien ist natürlich die Medizin nicht irgendein Fachbereich, nicht irgendeine Fächerzone, sondern in aller Regel höchst bedeutsam für die Universität als Ganzes. Wenn ich auf meine eigene Universität schaue, die ein typisches Beispiel für einen medizinführenden Standort mit einer Volluniversität ist, so sind dort ein Fünftel aller Professoren im Fachbereich Medizin tätig, in die Medizin geht ein Viertel unseres Gesamtbudgets und ein Drittel aller Drittmitteleinnahmen. Allein diese Zahlen stehen für die Bedeutung der Universitätsmedizin. Die Universitätsmedizin zeichnet sich durch die untrennbare Verknüpfung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung aus. Und das deutsche Modell der Universitätsmedizin zeichnet sich auch dadurch aus, dass die drei verknüpften Bereiche in universitäre Strukturen eingebunden und an universitäre Strukturen angebunden sind, auch wenn diese Verknüpfung von Standort zu Standort sehr unterschiedlich ausgestaltet wird.

Die Hochschulrektorenkonferenz betont dies 2016 in ihrem Papier zur Universitätsmedizin; ich zitiere: „Als integraler Bestandteil der Universität trägt die Universitätsmedizin in ihrer interdisziplinären Vernetzung mit anderen Fächern und mit ihren jeweiligen standortbezogenen Stärken zum Profil und zur Wettbewerbsfähigkeit der Universität bei.“ Der letzte Begriff in diesem Satz, die Wettbewerbsfähigkeit, steht nicht ganz grundlos im Zentrum der heutigen Auftakt-Podiumsdiskussion. Ich will das, was ich gerade aus dem Papier der HRK zitiert habe, noch etwas stärker akzentuieren. Angesichts der Größe, der Bedeutung, der Vernetzung über Fächergrenzen und Fachbereichsgrenzen hinweg kann eine medizinführende Universität nur erfolgreich sein, wenn ihre Medizin erfolgreich ist. Wenn ich das auf das große Bild übertrage und die deutschen Hochschulen insgesamt in den Blick nehme, die als Organisationszentren im Mittelpunkt des arbeitsteiligen, differenzierten Wissenschaftssystems in Deutschland stehen, so ist dieses Wissenschaftssystem in seiner Wettbewerbsfähigkeit im Kern abhängig vom Erfolg der Hochschulmedizin. So werden sich morgen die drei wesentlichen Programmpunkte auf die Wettbewerbsfähigkeit der Hochschulmedizin richten: Es geht um die Finanzierung, es geht um die Personalgewinnung und -rekrutierung in schwieriger werdenden Zeiten, und es geht natürlich auch um die Frage, wie Netzwerke, Verbünde, kooperative Strukturen gebildet werden.

Als Universitätspräsident freut es mich auch deshalb sehr, dass wir die Tagung mit diesem Thema und mit dieser Zielsetzung durchführen können – und das ist der letzte Gedanke, den ich mit Ihnen teilen will –, weil in der Hochschulmedizin oft Diskussionen geführt werden, die sich im Nachhinein als Impuls und als Taktgeber für Diskussionen herausstellen, die wir insgesamt an den Hochschulen führen. Da ist zum Beispiel das Thema der Netzwirkbildung. Die Diskussion um Netzwerke, um synergistische Potenziale,

die man gemeinsam in kooperativen Verbänden hebt, beschäftigt uns an den Hochschulen, wenn man etwa auf das Wissenschaftsratspapier vom letzten Sommer blickt, in dem es um die Verbundbildung an Hochschulen und über Hochschultypen hinweg geht. Oder ich nehme die Kardinalfrage in der Hochschulsteuerung, wie man den Ausbau von Spitzenbereichen mit dem Erhalt der notwendigen Breite verbinden will. Auch das ist eine Herausforderung, die uns an den Hochschulen weit über die Medizin hinaus beschäftigt und das nicht erst seit der Exzellenzstrategie. Oder nehmen wir das Thema Translation, die Kernaufgabe der Universitätsmedizin, wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft und der Wissenschaftsrat verschiedentlich herausgestellt haben. Alles, was wir aktuell an den Hochschulen diskutieren zu Translation, Transfereffekten, Impact dessen, was wir in Wissenschaft, Forschung und Lehre tun – dies alles kann auch von den Diskussionen profitieren, die wir in der Medizin führen. Mein Fazit also: Das Thema dieser Tagung ist auf den ersten Blick auf die Hochschulmedizin bezogen. Es ist aber höchst relevant für die Hochschulen und für das Wissenschaftssystem insgesamt. Ich wünsche Ihnen auch vor diesem Hintergrund eine anregende Tagung und freue mich sehr, dass Sie so zahlreich zu uns gekommen sind.

Vielen Dank.



Begrüßung

*Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kollegen und Kolleginnen,*

lassen Sie mich in aller Kürze einige Punkte, die uns für das Symposium wichtig waren, hier erläutern: Der erste Punkt ist die Internationalisierung. Im Fernsehen wird gerade die erste Staffel der Serie über die Charité wiederholt, die viel Aufmerksamkeit hervorruft. Die Folgen handeln von einer Zeit, in der die deutsche Medizin internationale Standards gesetzt hat. Heute ist nicht mehr ganz klar, wo wir stehen. Sind wir Weltspitze oder haben uns kleinere Länder wie die Niederlande, in denen im Vergleich sehr viel mehr publiziert wird, längst überholt? Herr Minister Spahn wird uns gleich bei der Einordnung helfen, so hoffe ich. Was Herr Mukherjee erläutert hat, möchte ich nun aus einem anderen Blickwinkel beschreiben: Hochschulmedizin – das bedeutet etwas holzschnittartig: kein Geld, keine Leute, keine Vernetzung.

Zum Thema Geld: Warum haben wir zugelassen, dass das Hochschulbauförderungsgesetz (HBGF) abgeschafft wurde? Es war doch zu erwarten, dass die Finanzierung der Hochschulkliniken so in ein schwieriges Fahrwasser gerät. Auch ist die Reform des Grundgesetzartikels 91 b, der die Zusammenarbeit von Bund und Ländern bei der Wissenschaftsförderung betrifft, bisher zu wenig genutzt worden. Warum haben wir so unterschiedliche Clusterpreise pro Medizinstudent? Das betrifft die Chancengleichheit und müsste dringend thematisiert werden. Oder warum gelingt es uns trotz jahrelanger Diskussion nicht, eine bessere Finanzierung für die Hochschulmedizin in Deutschland durchzusetzen?

Zum Thema Personal: Der Clinician Scientist, der Arzt und Wissenschaftler ist, ist eine aussterbende Spezies. Woher soll die Motivation kommen, einen Beruf zu ergreifen, der mit mehr Arbeit, weniger Geld und geringeren Karrierechancen verbunden ist? Dabei ist es doch Wissenschaft in Kombination mit klinischer Tätigkeit, für die wir werben und begeistern sollten. Stattdessen bilden wir Naturwissenschaftler und Mediziner aus, die eben nicht klinisch arbeiten. Auf sie verlassen wir uns in vielen Fällen, um ein ordentliches Publikationsniveau zu erhalten, aber wir bezahlen sie schlecht, viel schlechter als unsere Ärzte. Und wen wollen wir überhaupt für ein Medizinstudium rekrutieren, worin besteht die beste Eignung? Herr Pfeilschifter wird dieses Thema behandeln. Sollen alle unsere Medizinstudenten und Medizinstudentinnen gleichermaßen für die Spitzenwissenschaft und die Landarztpraxis geeignet sein? Oder sollen wir unterschiedliche Gruppen zum Medizinstudium zulassen?

Mein letzter Punkt betrifft die Vernetzung: Wieso gibt es an einigen Stellen isolierte Universitätskliniken, die von einem Netzwerk anderer Kliniken umgeben sind, welche zwar untereinander aber nicht mit der Uniklinik kooperieren? Anderswo wiederum prägen Unikliniken ganze Regionen mit ihrer Vernetzungsstruktur und erlauben einen Flow, der in guter Abstimmung mit Praxen und Fachpraxen über periphere kleine Häuser vor Ort zu Fachkliniken und dann bis hin zur Universitätsmedizin reicht. Haben wir die Versäulung überwunden, die uns vorgeworfen wurde? Hochschulmedizin, Max-Planck, Helmholtz, Fraunhofer, Leibniz, um die wichtigsten Institutionen zu nennen, jede in ihrer eigenen Säule. Diese Aufgabe wurde vor etwa zehn Jahren international an uns herangetragen. In den Exzellenz-Clustern und in den Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung halten wir diese Aufgabe für gelöst. Trotzdem sind die medizinischen Cluster im Wettbewerb um die Exzellenz-Cluster unterrepräsentiert. Auch darauf hätten wir gerne eine Antwort. Sie sehen, es gibt viele Fragen, die wir hier gemeinsam diskutieren werden müssen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie hier sind und ich wünsche uns allen eine gelungene Veranstaltung.



Eröffnungsvortrag

*„Think Big – Medizinstandort Deutschland zwischen
Vergangenheit und Zukunft“*

*Liebe Kolleginnen und Kollegen aus dem Deutschen Bundestag,
meine sehr verehrten Damen und Herren,*

ich komme gerade von einer Veranstaltung mit dem Titel „Frauenpower im Gesundheitswesen“. Ich habe den Auftrag mitgebracht, dieses Thema hier einzubringen. Sie haben es gerade schon gesagt, der Großteil derjenigen, die im Gesundheitswesen arbeiten, außerhalb des ärztlichen Berufes sowieso, aber mittlerweile auch im ärztlichen Beruf, sind Frauen. Wenn Sie auf die Führungsstrukturen schauen, spiegelt sich das noch nicht überall wieder. Von 17 kassenärztlichen Vereinigungen haben zehn rein männliche Vorstände, und mir wurde auch die Frage mit auf den Weg gegeben, warum es in der Forschung ähnlich aussähe. Auch das ist ja eine Diskussion wert, obwohl ich überzeugt bin, dass sich in fünf bis zehn Jahren ein völlig anderes Bild ergeben wird. Das zeichnet sich ja bereits an einem anderen Zahlenverhältnis von Studenten und Studentinnen ab. Das Gesundheitswesen, Forschung und Lehre, auch manche Universitätsklinik werden sich in ihrer Struktur verändern müssen. Das Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird – übrigens gilt das für beide Geschlechter – eine viel größere Rolle spielen als bisher.

Nun möchte ich zu den Fragen kommen, die Sie hier angesprochen haben. Als Gesundheitsminister werde ich sie vor allem aus dem Blickwinkel der Versorgung heraus angehen. Die Kollegin Karliczek und ich arbeiten gut und intensiv zusammen, wir haben aber natürlich unterschiedliche Zugänge zu diesen Fragen. Das betrifft auch die Frage des Umgangs mit Gesundheitsdaten. Think Big war der Auftrag. Größer denken, Ambitionen entwickeln.

Das bedeutet aber auf der anderen Seite auch, manchmal einen langen Atem zu haben.

Wir müssen uns Ziele setzen und den Willen haben, sie zu erreichen. Nur so können wir groß denken. Auch in unseren Forschungs- und Versorgungsforschungsaktivitäten müssen wir mitunter Ziele definieren. Den Bürgerinnen und Bürgern müssen wir erklären, dass es bei Innovation und Forschung nicht nur um Gewinn, sondern um ganz andere Dinge geht. Es geht um Lebenschancen, Leidminderung, Heilungschancen in den unterschiedlichsten Bereichen. Wir haben eine nationale Dekade gegen Krebs begonnen. Wir wollen Forschung und Versorgung noch besser vernetzen. Wir brauchen Ambitionen und wir brauchen Unterstützung aus der Wissenschaft. Unikliniken denken groß, weil sie groß sind. Sie leisten auch viel Großes für die Patienten in Deutschland und das seit über 300 Jahren. In der Forschung, in der Lehre und in der Krankenversorgung sind sie Innovationstreiber hier bei uns in Deutschland, insbesondere mit Blick auf schwere und seltene Erkrankungen. Wir haben die besondere Situation der Hochschulambulanzen, bei denen durch Übertragung des Verbotsvorbehalts aus der stationären Situation Behandlungskonzepte und -methoden möglich sind, die ansonsten nicht überall in der ambulanten Versorgung möglich sind.

Aus diesem Potenzial von Forschung, Lehre und Versorgung, das wir in den Unikliniken haben, noch mehr zu machen, das ist die große Aufgabe für die Jahre, die vor uns liegen. Ich habe mich gerade gemeinsam mit den Kollegen im Ministerium mit den Themen Car-T-Zell-Therapie und Gentherapie beschäftigt. Wir sehen, dass die USA und China weit vorne sind, wir aber technologisch in Deutschland mindestens das Gleiche könnten. Für unsere Innovationen brauchen wir Möglichkeiten der Anwendung, um weiter nach vorne zu kommen. Da wollen wir helfen und einen Rahmen setzen, auch für das, was die Kliniken tun. Wir wollen ja in aktueller Gesetzgebung rund um neue Therapien auch zusätzliche Studien gewinnen.

Die Politik braucht Sie in dieser Debatte an ihrer Seite. Weil wir, gerade wenn es um Datennutzung geht, schnell eine zu aufgeregte Diskussion in Deutschland haben. Hier herrscht eine merkwürdige Diskrepanz zwischen der Bereitschaft, persönliche Daten im Netz zu teilen und dem Misstrauen gegenüber der Datennutzung im Bereich des staatlich organisierten Gesundheitswesens oder der Forschung. Und deswegen müssen wir gemeinsam erklären, Politik und Wissenschaft, was wir mit – selbstverständlich anonymisierten – Daten im Gesundheitswesen erreichen können, wenn wir sie klug nutzen. Jeden Tag entstehen im deutschen Gesundheitswesen hunderte Millionen Daten – Behandlungsdaten, Abrechnungsdaten in den unterschiedlichsten Bereichen. Diese Daten klug zu vernetzen, für bessere Versorgung,

aber eben auch für bessere Forschung zusammenzuführen, ist eine Anstrengung, bei der die Politik an Ihrer Seite steht. In den nächsten Monaten werden wir in diesem Rahmen gesetzgeberisch entsprechend arbeiten. Aber die Politik braucht Sie in der öffentlichen Debatte, um deutlich zu machen, worum es geht. Es geht darum, Erkenntnisse zu gewinnen für eine bessere Versorgung von Diabetikern, von Bluthochdruckpatienten, von Krebspatienten. Dieser Mehrwert von Datennutzung muss deutlich werden. Genauso brauchen wir Sie an unserer Seite bei den Fragen von Künstlicher Intelligenz, von Digitalisierung im Gesundheitswesen, Sie haben die Telematikinfrastuktur angesprochen. Die Telematikinfrastuktur ist vergleichbar mit dem Breitband. Alle reden darüber und glauben, wenn wir das haben, sei die Digitalisierung abgeschlossen. Nein, Breitband und Telematikinfrastuktur sind die Voraussetzung für Digitalisierung, sie sind noch nicht die Digitalisierung. Natürlich müssen sich Kommunikation und Vernetzung im Gesundheitswesen, wo oft noch per Fax kommuniziert wird, ändern. Dafür braucht es eine Telematikinfrastuktur, 140.000 Arztpraxen, die sicher am Netz sind, 20.000 Apotheken, etwa 2.000 Kliniken und nach und nach alle anderen Beteiligten. Was wir nicht mehr oder nur noch als Übergangsphänomen brauchen werden, ist eine Karte. In ein paar Jahren werden wir den Datenaustausch in den unterschiedlichsten Lebensbereichen nicht mehr mit einer Technologie lösen, die wie die elektronische Gesundheitskarte vor 14 Jahren innovativ war, sondern Identitätsauthentifizierung und der Zugang zu einer elektronischen Patientenakte wird sich kartenlos gestalten. Aber das möchte ich nicht aus der von Selbstverwaltung getragenen Gesellschaft heraus entwickeln lassen, sondern ich möchte, dass wir den Rahmen setzen, zertifizieren, Standards setzen für Datenschutz und Datensicherheit. Wissenschaft und vor allem auch Wirtschaft, Innovationstreiber, Startups, Großkonzerne, die Besten müssen dann die entsprechenden Anwendungen entwickeln, von der elektronischen Patientenakte bis hin zum Impfausweis, Apps für den Diabetiker, den Bluthochdruck- und den Krebspatienten. Da müssen wir hin. Und ich möchte, dass wir 2021 für jeden Versicherten in Deutschland, der es will, die elektronische Patientenakte auf dem Smartphone zur Verfügung stellen können. Ich führe gerade Diskussionen mit den Kollegen in der Forschung, dass wir die Daten, die dort gesammelt werden – natürlich immer nur mit Zustimmung des Patienten – dann auch so kompatibel bekommen, dass sie in die Forschung eingehen können. Ich bin mir sicher, dass viele Menschen dazu bereit sein werden, ihre Gesundheitsdaten anonymisiert zur Verfügung zu stellen, wenn wir ihnen erklären, dass diese Daten für Forschung und zukünftige Versorgung von großer Bedeutung sind. Diesen Bereich möchte ich in den nächsten ein, zwei, drei Jahren vorantreiben. Wir müssen uns aus

einer Debatte, die wir seit 15 Jahren führen, ins dritte Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts katapultieren. Aber für diese Debatte brauchen wir Unterstützung über den politischen Raum hinaus, um für die entsprechende Veränderung Akzeptanz zu gewinnen.

Ich möchte kurz auf drei Punkte eingehen, orientiert am morgigen Programm. Der erste bezieht sich auf Netzwerke und Forschung. Regionale Verbünde sind angesprochen worden, die unterschiedlich gut funktionieren. Mein Eindruck ist häufig, es hängt auch mit den handelnden Personen zusammen, wie gut ein Verbund funktioniert. Das gilt schon für Ärzte-Netze in Kooperation mit Krankenhäusern. Wir wollen unbedingt die Bildung von Zentren voranbringen. Der Zentrumszuschlag in der Versorgung wurde bis heute nicht umgesetzt. Wir haben schon gesetzgeberisch den gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, bis zum Jahresende die entsprechenden Kriterien zu entwickeln und dann den Zentrumszuschlag endlich möglich zu machen. Das gilt insbesondere mit Blick auf die universitäre Versorgung und die hochschulambulante Versorgung und Vernetzung mit dem stationären Bereich. Ob es seltene Erkrankungen sind, ob es sehr spezielle Kliniken und Einrichtungen sind, wir haben den Krankenhausstrukturfonds überarbeitet, der auch einen starken Fokus auf das Thema Zentrenbildung hat, wo auch standortübergreifende oder akut-stationäre Versorgungseinrichtungen von einem nicht-universitären Krankenhaus entsprechende Unterstützung bekommen können, wenn sie mit Unikliniken kooperieren, dann eben in einer regionalen Zentrenbildung. Es geht um telemedizinische Strukturen, die ja auch häufig in der Region eine entsprechende Rolle spielen, und die wir dort entsprechend fördern. Es geht um das Thema der noch effektiveren Ergebnisse am Krankenbett. Ich möchte mit Ihnen gemeinsam, über dieses Symposium hinaus, das Thema klinische Studien anschauen, wo es möglicherweise im regulatorischen Rahmen auch mit Blick auf die Entwicklung und insbesondere PhaseI- und PhaseII-Studien Änderungsbedarf gibt. Gibt es Änderungsbedarf oder nicht? Das ist die erste Frage. Und wenn ja, welchen Bedarf gibt es. Was sollten wir anpassen, um die hohen Standards zu erhalten, aber gleichzeitig auch weiterhin ein sehr attraktiver Studienstandort im Sinne von klinischem Studienstandort zu sein. Ich bin da sehr aufgeschlossen und dankbar für jede Art von entsprechendem Input, wenn wir uns jetzt, ich habe es schon angesprochen, Car-T- und Gentherapie anschauen. Wir haben sehr bewusst die Unikliniken beteiligt, auch beim Thema Pharmadialog.

Das zweite Thema, das Sie beschäftigt, ist Personalentwicklung. Auf die Unikliniken entfallen etwa zehn Prozent der Krankenhausbetten in Deutschland, aber fast 20 Prozent des Personals. Das zeigt schon die Personalintensität, die es in den Unikliniken gibt, in der Pflege, bei den Ärzten,

aber auch in den anderen Bereichen. Wir sind gerade dabei, den Masterplan Medizinstudium 2020 umzusetzen, da geht es um Studienzugang, Studienplätze, wo zum Teil in den Bundesländern sehr emotional über die Frage einer Landarztquote diskutiert wird. Bei dem teuersten Studiengang Medizin darf eine Gesellschaft schon fragen, ob diejenigen, die das studieren, zumindest in ausreichender Zahl auch da ankommen, wo wir sie gerade am dringendsten brauchen. Und wir brauchen sie gerade ziemlich dringend in der Versorgung, in der Fläche. Daher sollte die Frage, wer bereit ist, in diese Versorgung in die Fläche zu gehen, zumindest für einen Teil der Studienplätze auch ein Kriterium sein. Ich bin dankbar, dass einige Bundesländer in der Umsetzung einer solchen Quote vorangehen. Andere ziehen nach. Auch immer mehr Universitäten entfernen sich von der Abiturnote als einzigem Auswahlkriterium. Wir werden die Approbationsordnung überarbeiten, und ich möchte, auch da brauchen wir Input, dass wir nicht einfach Bestehendes fort-schreiben, sondern wir müssen ein bisschen weiter denken. Der Medizinberuf wird sich stark verändern. Das Digitale ist angesprochen worden. Patientinnen und Patienten werden mit kleinen Geräten, die sie zusätzlich zum Handy benutzen, ihre eigenen Werte messen können. Sie werden ihre Blutwerte auswerten können hinsichtlich unterschiedlichster Fragen, ihre eigenen Lungenkapazitäten messen können. Diese Geräte sind heute vielleicht noch etwas ungenau, aber sie werden in fünf Jahren weit besser sein. Wenn das Messen von Körperwerten keine ausschließlich ärztliche Tätigkeit mehr ist, sondern dies jeder zu Hause tun kann, und wenn es für die Auswertung dieser Messergebnisse eine App gibt, dann stellt sich die Frage, was sich eigentlich im ärztlichen Selbstverständnis und im ärztlichen Beruf verändert. Was wird in zwei, in fünf, in zehn Jahren möglich sein? Das heißt nicht, dass es den Arzt nicht mehr braucht. Auf gar keinen Fall. Aber es heißt, dass sich ärztliche Tätigkeit sehr stark verändern wird. Das betrifft auch die Frage, was davon in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung eine Rolle spielen sollte. Denn diejenigen, die heute studieren, werden das Ganze ja in den nächsten Jahren entsprechend gestalten. Ich möchte, dass wir diese Approbationsordnung auch mit Blick auf die Zukunft überarbeiten. Auch hier brauche ich Ihre Erfahrung aus der Lehre vor Ort bis hin zur Frage der digitalen Lehre. Ich erlebe da gerade durchaus Unruhe in Teilen der Ärzteschaft, weil es die ersten Digitalangebote für medizinische Lehre gibt, verknüpft mit einigen Klinikstandorten. Die Bundesländer denken hier gerade in Richtung Afrika, um medizinisches Personal in diesen Ländern zu qualifizieren. Es gibt natürlich Skepsis. Aber wenn Sie sich ein bisschen mit diesem Konzept von digitaler Lehre in Theorie und praktischen Tätigkeiten in Kliniken auseinandersetzen, wo das Praktische Jahr zum Teil verteilt ist in die Ausbildungs-, in die

Studienzeit, dann könnten Sie doch einmal fünf oder zehn Jahre weiterdenken. Ich bin da noch unentschlossen und möchte Sie auch einladen, gerade als Lehrstandorte, dass wir auch diese Themen gemeinsam angehen.

Was mich zum letzten Punkt bringt, dem Thema der Finanzierung. Beim Pflegepersonal, das ja immerhin einen Großteil der laufenden Kosten, 20 bis 30 Prozent, ausmacht, haben wir die Finanzierung jetzt gesichert. Neue Stellen sind finanziert, ab dem nächsten Jahr ist insgesamt Pflegepersonal zu 100 Prozent refinanziert. Die Frage von Förderprogrammen, Hygienefachkräften, Tarifierfinanzierung und anderes mehr hat eine große Rolle gespielt in der politischen Debatte der letzten Monate und auch in der Umsetzung. Aber ich weiß natürlich, dass gerade aus den Reihen der Unikliniken die Frage, wie man diese besondere Funktion der Unikliniken im Gesamtgefüge angemessen vergütet, weiterhin eine große Rolle spielt. Wir haben uns bis jetzt immer, und das wird grundsätzlich auch weiterhin so sein, gewehrt gegen einen pauschalen Systemzuschlag, wie er ja seit vielen, vielen Jahren diskutiert wird. Sondern gesagt, wir wollen das entsprechend differenziert abbilden. Den Zentrenzuschlag habe ich schon angesprochen. Wir haben auch mit den DRGs ein sehr differenziertes, manche sagen schon, ein zu differenziertes Entgeltsystem, das ja durchaus auch unterschiedliche Situationen und Versorgungszusammenhänge abzubilden in der Lage ist. Wir haben die Möglichkeit zu frühzeitigen Entgeltvereinbarungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Zuschläge jetzt auch für die Notfallversorgung, insbesondere auch mit Blick auf das, was in Universitätskliniken angeboten wird. Auch die Frage der Kinder-DRGs und die Frage der spezialisierten Versorgung von Kindern müssen wir angemessen abbilden. Ich bin bereit, darüber zu sprechen, aber ich möchte nicht über pauschale Zuschläge diskutieren, sondern lieber schauen, wie auch das, was in der Versorgung von den Universitätskliniken Besonderes geleistet wird, in der Finanzierung abgebildet werden kann.

Ich habe jetzt zum Teil sehr konkrete Maßnahmen angesprochen, manchmal bis ins Detail. Aber es ist mir wichtig, dass wir das Größere in der Entwicklung im Blick behalten, sowohl in der Entwicklung von Lehre und Forschung, als auch in der Versorgung. Think Big – das auch im Hinblick auf das Thema, welche führende Rolle Universität und Medizin in Deutschland einmal gespielt haben. Die zukünftige Rolle der Hochschulmedizin entscheidet sich, so glaube ich, wenn ich mir die Entwicklung anschau, digital, in der Forschung, in der Veränderung des medizinischen Personals. Es ergeben sich Chancen, weiter aufzuschließen auf eine Führungsposition, die wir in Einzelbereichen ohne Zweifel haben, aber im Gesamtsystem nicht. Wenn wir daran gemeinsam arbeiten können, wir für unseren Teil im Bundesministe-

rium für Gesundheit vor allem auch aus dem Versorgungsblickwinkel heraus, dann bin ich jederzeit zur Kooperation bereit und danke deswegen umso mehr für die Einladung.

Hochschulmedizin im nationalen wie internationalen Wettbewerb



Peter Dieter



Karl Max Einhüpl



Jens Spahn



Peter Suter



Otmar D. Wiestler



Joachim Müller-Jung

Podiumsdiskussion

Prof. Dr. **Peter Dieter**
Prof. Dr. **Karl Max Einhäupl**
Bundesminister **Jens Spahn**
Prof. hon. **Peter Suter**
Prof. Dr. **Otmar D. Wiestler**

Moderation

Joachim Müller-Jung

Müller-Jung Herr Minister, liebe Gäste, Eminenzen, mein Name ist Joachim Müller-Jung, ich bin Redakteur der Frankfurter Allgemeine Zeitung. Als Wissenschaftsredakteur freue ich mich auf die wichtige Diskussion, die wir hier gleich führen werden und die Herr Minister Spahn gerade mit interessanten und auch kritischen Hinweisen eingeleitet hat. Unsere Podiumsdiskussion hat den nationalen und den internationalen Wettbewerb zum Thema. Ich möchte die hier anwesenden ausgewiesenen Experten einladen, ihre Thesen zum Hochschulmedizinstandort der Zukunft zur Diskussion zu stellen. Wir beginnen mit Herrn Professor Dieter und einem Blick nach außen. Wie stehen wir da im internationalen Wettbewerb? Wie kann Spitzenmedizin, die in den deutschen Hochschulen betrieben wird, so anerkannt werden, wie es die jungen Wissenschaftler und die jungen Mediziner und Medizinerinnen verdienen? Nämlich so, dass sie nicht nur an der Charité, sondern auch in Yale oder in Stanford arbeiten können, wenn sie das möchten. Dazu muss sich die Hochschulmedizin international ausrichten. Herr Dieter, Sie haben das Wort. Geben Sie uns einen Input.

Dieter Ich darf mich noch einmal ganz kurz vorstellen: Ich bin von der Ausbildung her Biochemiker und zurzeit Seniorprofessor an der Technischen Universität Dresden. In Dresden habe ich ein sogenanntes Reformcurriculum mit aufgebaut, das die Ausbildung verbessern sollte. Seit vier Jahren bin ich zudem Präsident der AMSE, der Association of Medical Schools in Europe. AMSE vertritt die sogenannte WHO, die Region World Health Organization Europe. Es gibt unterschiedliche Definitionen von Europa. In der WHO sind 54 Länder vertreten, auch die Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Zurzeit gibt es ca. 700 Medical Schools. Ihre Anzahl ist weltweit weiter im Steigen begriffen. Das gilt vor allem für die Private Profit Medical Schools, die relativ wenig reguliert werden und deren Qualität nicht immer überprüft wird. Hier müssen

wir aufpassen, dass die deutschen Ausbildungsstandards nicht von an einer solchen Schule ausgebildeten Ärzten unterlaufen werden, das gilt aber auch für ganz Europa.

Nun komme ich zum Thema der Finanzierung, das uns hier auf diesem Symposium ebenfalls beschäftigt. Als Vorkliniker, Wissenschaftler, Lehrer und Studiendekan wurde ich mit der Problematik konfrontiert, dass eine medizinische Fakultät inklusive Universitätskrankenhaus sehr oft unterfinanziert ist. Das bedeutet eine enorme Belastung für den Einzelnen. Darunter leidet natürlich die Qualität der Lehre. Ich habe lange für ein besseres Drittmittelangebot für die Lehre gekämpft, habe eine Deutsche Lehrgemeinschaft, analog zur Deutschen Forschungsgemeinschaft, gefordert, die genügend Drittmittel zur Verfügung stellt, um dieser Unterfinanzierung entgegenzutreten.

Im Masterplan 2020 wird eine Landarztquote diskutiert. Ich bin sicher, dass wir mehr Ärzte in den unterversorgten Gegenden benötigen, das ist keine Frage. Wenn man ins Ausland schaut, gibt es Beispiele in osteuropäischen Ländern, auch in Thailand, wo Studienwillige aus unterversorgten Gebieten bevorzugt zum Studium zugelassen werden. Während des Studiums werden sie dann regelmäßig in diese Gebiete geschickt, um den Kontakt nicht zu verlieren. Ein erfolgreiches Modell, in dem sich gezeigt hat, dass die entsprechend ausgewählten Studierenden später mit Freude arbeiten.

Aber, und damit komme ich zu meinem nächsten Punkt, in Deutschland schauen wir uns solche Modelle nicht an, weil wir zu wenig international denken. Im Masterplan und in den Empfehlungen der Expertenkommission wird nicht über die Qualitätssicherung unserer Ausbildung gesprochen. Uns fehlt auch ein entsprechendes Papier zur Qualitätssicherung. Eine Fakultät kümmert sich um Qualitätssicherung, die Universität und die Landesregierung um Absicherung, und dann wird ein Studiengang gegründet, entweder verlängert oder nicht verlängert. Wir brauchen eine externe Akkreditierung durch eine international anerkannte Akkreditierungsagentur. Der Wissenschaftsrat ist keine internationale Akkreditierungsagentur, er ist eine Evaluationsagentur und gibt Empfehlungen an die Politik. Ob die Politik den Empfehlungen folgt, ist eine andere Sache. In Dresden war der Wissenschaftsrat gegen eine neue medizinische Fakultät. Wenn die Landesregierung dem gefolgt wäre, stünde ich heute nicht hier. Herr Biedenkopf hat gegen die Empfehlungen des Wissenschaftsrats in Dresden eine neue Fakultät eröffnet. Bei uns werden solche Entscheidungen vom Land getroffen. Schauen wir auf die Qualitätsabsicherung zum Beispiel in der EU. Dort

gibt es die Richtlinie 2013/55/EU, vom Europäischen Parlament im November 2013 beschlossen, in der die Anerkennung von Berufsqualifikation und die Qualitätskriterien festgelegt werden. In dieser Direktive steht, dass als Qualitätsabsicherung die Ausbildung zum Mediziner mindestens fünf Jahre und 5.500 Stunden, und zwar an oder unter der Aufsicht einer Universität zu erfolgen hat. Das ist Qualitätsabsicherung in der EU.

Müller-Jung Herr Dieter, Sie haben wichtige Stichworte gegeben und ich möchte eine weitere Frage zum Masterplan Medizinstudium 2020 anschließen, der ja vor zwei Jahren ein großes Projekt gewesen ist. Man hat ihn verabschiedet als Versuch, wie das Herr Dieter bereits skizziert hat, die Ausbildung unserer Mediziner künftig so praxisnah zu gestalten, dass sie als Ärzte aufs Land oder auch in die Klinik gehen können. Wie schnell ist das zu realisieren? Herr Spahn, Sie haben die Landarztquote schon angesprochen, aber ich frage auch vor dem Hintergrund der Finanzierung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung.

Spahn Zuerst möchte ich betonen, dass dieser Masterplan schon ein großer Schritt gewesen ist, den Gesundheits- und Wissenschaftsminister gemeinsam gegangen sind. Über viele Jahre hinweg hatten wir bereits gesagt, dass wir mehr Medizin-Studienplätze brauchen, weil wir sonst ein Problem mit der ärztlichen Versorgung bekommen. Was die Zahl der Studienplätze betrifft, passiert bereits etwas, wenn es auch noch nicht genug ist. Es gibt je eine neue Fakultät in Bielefeld und in Augsburg, andere ziehen nach und erhöhen schrittweise die Studienplatzzahl. Aber das genügt bei Weitem nicht. Herr Professor Lauterbach hat vor kurzem eindrucksvoll dargelegt, wie der Ärztebedarf in den nächsten Jahren steigen wird. Wir werden den steigenden Bedarf an Ärztinnen und Ärzten mit den jetzt vorhandenen Studienplätzen und der momentan gültigen Ausgestaltung des Studiums nicht decken können. Jetzt können wir uns entscheiden, ob wir ständig Fachkräfte aus dem Ausland anwerben wollen oder den Umstand nutzen, dass viel mehr junge Menschen in diesem Land Medizin studieren wollen, als wir studieren lassen, indem wir mehr Studienkapazitäten zur Verfügung stellen. Zum Thema Erhöhung der Kapazität gehört das Thema des Zugangs zum Studium. Die Frage, wie jemand mit Menschen umgeht, ist für den Arztberuf ja auch sehr wichtig und könnte in die Bewertung für eine Zulassung zum Studium einfließen.

Das dritte Thema ist der Inhalt des Studiums. Wenn die Approbationsordnung im ersten Entwurf vorliegt, wird es eine heftige Diskussion geben. Jede Fachgesellschaft und jede Richtung der Medizin wird

schauen, ob sie angemessen abgebildet ist und dann werden wir um jede Woche und um jede Stunde streiten. Aber mir ist wichtig, dass wir einen breiteren Horizont haben und den Praxisbezug und die Veränderungen durch die Digitalisierung nicht vergessen. Wir werden, zumindest aus meiner Sicht, eine sehr offene Diskussion haben, in der wir unsere Vorarbeiten noch einmal aktualisieren müssen.

Das bringt mich zum letzten Punkt. Ich erlebe das gerade bei der Zahnarztapprobationsordnung. Ich bekomme die Zahnarztapprobationsordnung nicht durch den Bundesrat wegen der zusätzlichen Kosten von 20 bis 30 Millionen Euro. Die Länder sehen nicht ein, dass sie mehr Geld ausgeben sollen, weil eine Approbationsordnung von vor 40 Jahren modernisiert wird. Diese Debatte wird uns bei der ärztlichen Approbationsordnung, wo es um über 200 Millionen Euro geht, noch einmal ganz anders begleiten. Eine weitere Debatte kommt hinzu: die zusätzliche Akademisierung aller Gesundheitsberufe. Wir werden die Hebammen-Ausbildung akademisieren hin zu einem Studium. So steht es im Koalitionsvertrag und so ist es europäischer Trend. Alle anderen Gesundheitsberufe sollen nicht mehr nur eine grundständische Ausbildung haben, sondern zumindest optional zusätzlich die Akademisierung. Aber es geht eben nicht, dass die GMK, die Gesundheitsminister-Konferenz der Länder, immer wieder einstimmig fordert, dass der Gesundheitsminister endlich die Berufe akademisieren soll. Wenn es dann aber um die entsprechenden Kapazitäten geht, welche die Länder an ihren Hochschulen entsprechend zur Verfügung stellen müssten, dann geht es nicht mehr weiter. Da hilft der Masterplan nicht richtig heraus, die Diskussion werden wir miteinander weiterhin sehr grundsätzlich führen müssen. Auch da freue ich mich über Unterstützung. Vielleicht können Sie Ihre Wissenschaftsminister in den Ländern sensibilisieren, solche Pläne auch realisierbar zu machen.

Müller-Jung Es geht ja auch um die Entlastung von Ärzten, wenn wir die Pflegeberufe und die anderen Gesundheitsberufe akademisieren, zumindest professionalisieren.

Spahn Eins möchte ich noch erwähnen, bevor ich mich zu einer Verhandlung im Parlament verabschieden muss. Was ich spannend an der Akademisierung finde, ist, wenn man sie weiter denkt, die Idee, einmal zusammen zumindest bestimmte Seminare oder vielleicht sogar Semester besucht zu haben. Der eine entwickelt sich dann zum akademisierten Pfleger, der andere zum Arzt, der dritte zum Physiotherapeuten. Aber zumindest zeitweise auf demselben Campus dieselben Veranstaltungen besucht zu haben, mag für die Frage, wie man später in den

entsprechenden Berufsgruppen miteinander umgeht, durchaus einen Unterschied machen. Diesen Plan muss man mit den entsprechenden Ressourcen unterlegen. Aber für die Weiterentwicklung der medizinischen Berufe insgesamt ist die Idee nicht schlecht, dass man Akademisierung als Ergänzung sieht und nicht als Substitution für das, was wir heute in der Ausbildung haben.

Müller-Jung Danke schön, Herr Minister. Das ist ja auch ein Schritt, Herr Dieter, in Richtung Internationalisierung, weil die Akademisierung im Ausland sehr viel stärker – und da kommen wir später noch zu Herrn Suter – fortgeschritten ist und es in dieser Hinsicht einigen Nachholbedarf gibt. Jetzt sind wir allerdings sehr intensiv in das Thema Ausbildung eingestiegen, dank Herrn Minister Spahn und Herrn Dieter, und ich würde gleich an Herrn Einhäupl weitergeben. Herr Einhäupl, für Sie in der Charité ist ja nicht nur Finanzierung und Sparen in den letzten Jahren ein großes Thema und ein sehr erfolgreiches Kapitel gewesen, sondern auch das Thema Ausbildung war von großer Bedeutung und das ist es weiterhin. Ich glaube, Sie haben einige interessante Vorschläge und Ideen, wie man da weiter vorgehen kann. Herr Einhäupl, ich darf Sie um Ihr Statement bitten.

Einhäupl Es geht um die Frage, wie es im internationalen Wettbewerb weitergehen soll. Aber zunächst muss man fragen: Wettbewerb worum? Geht es um einen Wettbewerb um mehr Studierende? Nein, das lässt der Numerus clausus praktisch nicht zu. Geht es um Wettbewerb um mehr Patienten? Auch hier lautet die Antwort eher nein. Die Universitätskliniken haben hier nicht allzu große Probleme. Der Wettbewerb, der für uns wirklich von großer Bedeutung ist, ist der Wettbewerb um die besten Wissenschaftler. Und da stehen wir nicht nur im Wettbewerb mit universitären Forschungseinrichtungen. In Deutschland finden große Teile der exzellenten Grundlagenforschung nicht in den Universitäten, sondern in den außeruniversitären Einrichtungen statt. Das soll auch so bleiben. Aber es bringt natürlich für die Universitätskliniken ein immenses Problem mit sich: An einer Universität werden wir niemals einen Nobelpreis erhalten, weil der immer an Forschungseinrichtungen wie Helmholtz oder Max Planck vergeben wird. In Deutschland werden wir nie in den Rankings ganz oben sein, weil Grundlagenforschung in anderen Ländern in die Universitäten integriert sind. So viel zum Thema Wettbewerb.

Was ist das Ziel einer universitären Medizin? Es geht um Sichtbarkeit. Der Film über die Charité ist natürlich nur ein kleines Instrument, um die internationale Sichtbarkeit zu verbessern. Die Charité ist internatio-

nal bekannt durch ihre Historie. Aber ihre Bekanntheit ist auch dadurch bedingt, dass es die Charité in den letzten 30 Jahren geschafft hat, sich wieder einen Spitzenplatz in der deutschen Medizin zu erobern. Dafür gibt es viele Gründe. Aber diese internationale Sichtbarkeit, die Markenbildung, ist eben auch relevant, und dieses Instrument kann ich nur jedem empfehlen, der eine Universitätsklinik verantwortet. Wir sollen Top-Ärztinnen und Ärzte ausbilden. Aber wenn ich mal kurz in die internationale Landschaft blicke, sehe ich große Probleme. Wir haben allein in Deutschland dreizehn Kliniken zu Universitäten befördert, die bis vor kurzem nicht Universitätskliniken waren, sondern zum großen Teil kommunale Krankenhäuser gewesen sind, ich nenne Nürnberg nur als ein Beispiel. Sie sind nun eine private Hochschule. Oder aber sie haben sich als Klinik mit einer polnischen, mit einer rumänischen oder einer ungarischen Universität zusammengetan und bilden jetzt aus – als Universität. Sie sollen Schrittmacher für die Standards in der Medizin sein – und ich glaube, das gelingt ihnen ganz überwiegend. Hier spielen oft regionale Themen eine Rolle. Außerdem sollen sie natürlich Produkte entwickeln. Wir sind im Techno-Transfer oft weniger gut als manche andere Länder in der Hochschulmedizin sind. Und ich möchte hier ganz klar noch einmal feststellen:

Der Abbau des Hochschulbauförderungsgesetzes war die größte wissenschaftspolitische Sünde, die diese Republik jemals begangen hat. Denn die Finanzierung der Universitäten, nicht nur der Universitätsmedizin, sondern der Universitäten allgemein, hat darunter sehr stark gelitten. Übrigens weiß momentan niemand, welche Summen die Länder eigentlich für Hochschulmedizin oder für andere Bereiche ausgeben – das war eine Sünde, die wir so schnell nicht wieder gut machen können. Ich bin ganz klar ein Verfechter der Monistik. Das hätte auch für den Krankenhausbereich eine positive Wirkung, weil dann der Wettbewerb zwischen Kliniken größer wäre. Wir haben aus meiner Sicht zu viele Krankenhäuser – Herr Kroemer, ich weiß, dass wir da unterschiedlicher Meinung sind, aber ich bleibe dabei. 200 Krankenhäuser könnten wir schließen und kein Patient würde deswegen sterben. Die Politik ist nur nicht stark genug, diese Krankenhäuser zu schließen. Und deshalb müssen wir uns überlegen, wie wir damit umgehen. Wir müssen natürlich – hier stimme ich Herrn Kroemer zu – die ambulante Versorgung, die nicht in Krankenhäusern stattfindet, besser aufstellen als es momentan der Fall ist.

Ich komme zum vorletzten Punkt. In zehn Jahren werden wir keinen Numerus clausus mehr brauchen, das ist meine These. Warum? Weil es

in Europa ein ausreichend breites Angebot an Studienplätzen geben wird. Wir müssen aber überlegen, wie wir hier für Gerechtigkeit sorgen können. Nicht jede Familie kann ein Studium finanzieren, das vielleicht 100.000 Euro kostet. Dafür wird man Regelungen finden. Aber was meiner Ansicht nach – und jetzt spreche ich direkt Herrn Spahn an – von der Politik bisher nicht wahrgenommen wird, ist die Frage, was denn mit dem Gesundheitssystem passieren wird, wenn wir so viele zusätzliche Ärzte ausbilden. Ich glaube nicht, dass wir damit das Verteilungsproblem Stadtärzte versus Landärzte lösen werden. Dafür wird es andere Marktmechanismen geben müssen. Diese Mechanismen werden einen kleinen, aber keinen entscheidenden Beitrag leisten. Und deshalb wird das Gesundheitssystem auf diese Weise mit Sicherheit nicht preiswerter, sondern es wird teurer werden. Viele Ärzte werden zudem noch viel mehr Kosten verursachen, und auch darüber müssen wir sprechen. Wir haben im OECD-Bereich die vierthöchste Arztdichte pro Einwohner. Wir haben die dritthöchste Krankenhausbettichte pro Einwohner. Und deshalb müssen wir auch überlegen, was passiert, wenn Ärzte, die etwa in Rumänien an einer Universität ausgebildet wurden, hier eine volle Approbation bekommen. Ich sage nicht, dass die Ausbildung in Rumänien grundsätzlich schlechter sein muss, aber die Diversifizierung der Ausbildung stellt aus meiner Sicht ein riesiges Problem dar, um das wir uns kümmern müssen.

Müller-Jung Vielen Dank, Herr Professor Einhäupl. Ich habe noch eine Frage an Sie bezüglich der 200 Krankenhäuser, die wir verlieren – ich sage jetzt bewusst verlieren aus einer Patientenperspektive heraus, weil Patienten gerne standortnah behandelt werden. Für die Patienten ist es ein Verlust, für das System wahrscheinlich nicht. Aber wodurch werden wir diese 200 Krankenhäuser verlieren? Durch die Digitalisierung oder sind es rein ökonomische Kriterien, die hier eine Rolle spielen?

Einhäupl Hier im Raum sitzt der Ärztliche Direktor der Charité, Herr Frei. Er könnte Ihnen eine entsprechende Statistik erläutern. Nehmen Sie einmal alle Krankenhäuser, nur in Berlin, die Ösophagus-Karzinome operieren, dann finden Sie zwei oder drei, die diese Operation 30, 40, 50 Mal im Jahr durchführen. Aber dann geht die Kurve ganz nach unten bis zu den vielen Krankenhäusern mit zwei oder drei dieser Operationen im Jahr. Ein informierter Patient würde natürlich nicht das Krankenhaus mit der geringen Erfahrung, aber mit Ortsnähe wählen wollen. Das ist genau das, was wir regeln müssen, und ich glaube, dass Herr Spahn auch schon Ideen dazu hat.

Spahn Ich würde sogar sagen, wir haben mehr als 200 Krankenhäuser zu viel. Das betrifft aber nicht die Versorgung auf dem Land. Im Städtischen, im Ballungsraum gibt es vor allem die Überkapazität. Hier verteilen sich dann Fachkräfte nicht gut, es verteilen sich die Ressourcen nicht gut, und es verteilen sich im Zweifel die Patienten nicht gut. Eine Grundversorgung muss gut erreichbar sein, auch auf dem Land, aber sie sollte eben auch qualitativ gut sein. Die These, dass Menge Qualität bedeutet, wird oft angezweifelt. Aber dass man in einem Krankenhaus eine ganz andere Routine hat, wenn man etwas nicht zweimal, sondern 500 oder 1.000 Mal im Jahr macht, das glaube ich schon.

Zum Thema Monistik: Die drei oder vier Milliarden, um die es geht, können wir in den Krankenkassen abbilden. Aber es geht natürlich darum, wer die Hoheit über die Krankenhausplanung hat. Die einzige Steuerungsmöglichkeit, die wir besitzen, läuft über Qualität und über Personalvorgaben, die auch ein Teil von Qualitätsvorgaben sind. Das Instrument werden wir in Zukunft zumindest für diese sehr spezialisierten Bereiche auch stärker nutzen, und zwar zum Schutz des Patienten und nicht zulasten des Patienten. Wenn Sie sehen, wie unterschiedlich die Überlebensraten bei einem Herzinfarkt in Deutschland sind, so zeichnet sich da ein erschreckendes Bild. Diesen Unterschied müssen wir abbilden. Wer dauerhaft schlechte Qualität liefert, der muss vom Netz mit dem, was er da tut. Dafür muss der andere Teil gestärkt werden. Und diesen Teil zu stärken, das ist im föderalen Miteinander eine Herausforderung. Aber wenn die Kollegen und Kolleginnen alle helfen, dann wird es funktionieren.

Müller-Jung Vielen Dank, Herr Minister; Sie müssen nun leider zum nächsten Termin. Herr Professor Suter, den wir hören werden, kommt von der Schweizer Akademie und ist Chefarzt in Genf. In der Schweiz kämpft er mit ähnlichen, aber auch mit vielen anderen Problemen. Dort gibt es ein herausragendes Gesundheitssystem, wie es hier bei uns auch gerne annonciert wird. Es gibt aber auch ein sehr teures Gesundheitssystem. Vielleicht erklären Sie uns aus Ihrer Perspektive, wie eine Hochschulmedizin in Deutschland künftig neu justiert werden könnte.

Suter Das ist eine Herausforderung, und ich werde versuchen, aufgrund meiner Erfahrungen aus der kleinen Schweiz aber auch aus Deutschland ein paar Vorschläge zu machen. Vielleicht wird es aber auch eher eine Provokation. Die Themen, über die wir heute bisher gesprochen haben, sind ja überhaupt nicht neu. Seit Jahrzehnten sprechen wir über Ärztemangel, und ich bin froh, dass ich heute etwas über eine Ärzteschwemme gehört habe. Ich glaube überhaupt nicht daran, aber wer

weiß. Nicht unbedingt nur aus Schweizer Sicht, sondern aus persönlicher Perspektive möchte ich Ihnen ein paar Gedanken mitgeben. Ich war Dekan einer Fakultät und Präsident einer Akademie der medizinischen Wissenschaften, in der wir sehr intensiv über diese zukunftsgerichteten Themen sprechen. Es ist schon angeklungen, dass das allererste Problem, das wir in unseren Ländern haben, ein Mangel an Fachkräften ist. Wir können mehr Menschen ausbilden, aber das wird nicht genügen. Wir können sie besser ausbilden, aber auch das wird nicht genügen. Vielmehr müssen wir in der Hauptsache mehr dafür tun, um unsere Mediziner zu halten. Dass Sie in Deutschland Ihre Mediziner behalten, dass nicht zu viele von ihnen in die Schweiz kommen, das ist für Sie bei den Ärzten und bei den Pflegenden wichtig – nicht nur bei den Frauen, aber natürlich besonders bei den Frauen. Über Forschung und über Innovation in der Forschung wurde vielleicht noch etwas wenig gesprochen. Es ging darum, international wettbewerbsfähig zu sein es. Leuchttürme haben Sie in Deutschland sehr viele, darauf komme ich noch zurück. Die Herausforderungen der 2020er Jahre sind für unsere Gesundheitssysteme, wie schon gesagt, alle sehr ähnlich. Aber ich glaube, in der Schweiz und in Deutschland, auch in anderen Ländern, muss die Hochschulmedizin mehr dafür tun, dass Lösungen gefunden werden können und dies wird nicht einfach sein. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Ansprüche der Patienten, der Familien, der Gesellschaft ständig zunehmen. Das gilt nicht nur für die Hochschulmedizin, sondern für die Medizin allgemein und betrifft auch die Erwartungen an die Forschung. Wir strengen uns an, dass unsere Forschung international immer besser wird, und dass wir auch international Wissenschaftler anziehen können. Und schlussendlich komme ich zurück auf die Ausbildung: In der Schweiz bilden wir viel zu wenig aus. Im letzten Jahr haben wir 1.000 Arztdiplome vergeben, und es sind 2.700 ausländische Ärzte eingewandert. Sie bleiben allerdings nicht alle, auch weil in unseren Spitälern und auch in Praxen noch Arbeitsmodelle existieren, die nicht zeitgerecht sind. Die Jungen möchten nicht unbedingt in dieser Weise weiter arbeiten und dementsprechend glaube ich, dass wir noch viel mehr Personal brauchen werden. Die jungen Leute wollen weniger arbeiten und zumindest zum Teil haben sie wahrscheinlich auch recht. Die neuere universitäre Medizin in der Schweiz ist der Situation in Deutschland sehr ähnlich. Sie verbindet Klinik, Lehre und Forschung. Sie kümmert sich auch darum, dass neue Ausbildungsplätze in anderen Spitälern geschaffen werden. Das ist sehr gut. Aber leider muss ich auch Kritik äußern; mitunter beschäftigt sich die universitäre Medizin in der

Schweiz mit völlig unwichtigen Dingen. Zum Beispiel haben sich jetzt die Unispitäler mit der Definition der Intermediate Care Units durch die Fachgesellschaften nicht einverstanden erklärt und protestieren mit viel Aufwand. Dabei gibt es wirklich viel Wichtigeres zu tun. Soweit ich das beurteilen kann, hat die medizinische Forschung in Deutschland in den letzten 10 bis 15 Jahren gewaltige Fortschritte gemacht. Es gibt viele gute Initiativen wie etwa die Exzellenz-Initiative, aber auch die Gesundheitsforschungszentren und die Cluster haben dazu beigetragen. Darum beneiden wir Deutschland. Wir halten die Entwicklung für sehr gut und denken, dass es ohne Wettbewerb nicht geht. Das kostet natürlich auch viel Geld, aber das Geld ist in unseren Ländern nicht das Hauptproblem. Die Konzentration von Wissenschaft und Infrastruktur, die in Deutschland geschaffen wurde, hat sehr viel dazu beigetragen, dass heute die deutsche Medizin und die deutsche Forschung in der Medizin deutlich besser dastehen.

Ich möchte noch ein paar Worte zur Ausbildung anschließen: Aus- und Facharzt-Weiterbildung sind zwei an und für sich getrennte Kapitel. Das ist grundfalsch. Wir sollten diese viel stärker verzahnen. Die Weiterbildung ist sehr wichtig, aber bei uns ist sie leider komplett in den Händen der Ärztekammer. Ich denke, die Hochschulmedizin sollte hier viel mehr zu sagen haben.

Patientenorientierte Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden wird sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz viel zu selten dazu genutzt, gewissen Mängeln abzuhelpen, auch auf dem Land. Die Ärzte haben bei uns, bei Ihnen ist es sicher viel besser, vielfach große Angst, dass die Pflegenden in ihre Bereiche und Einkommen eingreifen, daher kommen große Widerstände. Das ist schade. Wir müssen uns auch darum kümmern, dass die Menschen sich lebenslang weiterentwickeln und lernen wollen, in allen Gesundheitsberufen.

Aber warum kommen so viele Ärzte aus Ihrem Land zu uns? Sie kommen zu uns, weil sie ohne Mühe, einfacher als in Deutschland, einen Wunschplatz, z. B. eine Pädiatrie-Assistentenstelle finden, und sie kommen natürlich auch wegen des Salärs. Aber sie bleiben aus anderen Gründen. Wenn ich etwas Negatives sagen darf: Das System, das in Deutschland, an gewissen Orten, die hier im Saal sicher nicht vertreten sind, gepflegt wird, hat nichts mit Verantwortung von erwachsenen Medizinern zu tun, sondern ist ein veraltetes, hierarchisches System, in welchem eine Einzelinitiative nur zählt, wenn sie der Chef unterstützt. In der Schweiz haben wir bis jetzt fünf Fakultäten. Die aktuelle Zahl der von diesen ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten ist unzureichend, um

den inländischen Bedarf zu decken. Entsprechend müssen in allen Landesgegenden sowohl auf dem Land als auch in der Stadt viele Ärzte aus dem Ausland rekrutiert werden. In der französischsprachigen Romandie, wo ich herkomme, sind 24 Prozent aller Stellen, in Spitälern wie in den Arztpraxen durch im Ausland ausgebildete Mediziner besetzt. Das ist viel, etwa gleich viel wie in den USA. In der Mitteldeutschschweiz sind es 30 Prozent. Und wir haben ein Problem mit unserem Osten und dem Süden, da sind es mehr als 40 Prozent. Das heißt, dass man dort, sowohl in den Spitälern als auch in den Praxen, sehr viel Mühe hat, Schweizer Kandidaten zu finden. Auf diese Situation wurde nun reagiert, indem an vier Orten neue Masterlehrgänge in Medizin geschaffen wurden, in St. Gallen, in Luzern, im Tessin und in Freiburg, das ist eine sehr positive Entwicklung.

Zum Schluss darf ich noch kurz ein paar Thesen vorstellen. Bildung ist essenziell. Und mit Bildung können wir auch steuern, was die ausgebildeten Ärzte später tun. Sie haben das Beispiel von den Landärzten gehört, und es gibt andere Bereiche, die wir ebenfalls verbessern müssen. Zum Beispiel das Thema Eigenverantwortung: Die jungen Leute beginnen ihr Studium, wenn sie erwachsen und stimmberechtigt sind. Sie sollten im Studium auch mehr Verantwortung haben, und sie könnten so auch mehr zu ihrer eigenen Ausbildung beitragen. Eine notwendige stärkere Verzahnung von Aus- und Weiterbildung habe ich schon erwähnt. Auch der Beruf des Allgemeinmediziners, der die Grundversorgung gewährleistet, muss aufgewertet werden. Die Hochschulmedizin muss hier auch ihre Rolle insgesamt noch stärker wahrnehmen. Zur Sensibilisierung in der klinischen Forschung wurde in der Schweiz zum Beispiel erreicht, dass ein Jahr der Facharzt-Weiterbildung als wissenschaftliche Aktivität anerkannt wird. Die Grundversorgung mit Allgemeinmedizinerinnen – das sind bei uns Allgemeininternisten – hat in der Schweiz große Fortschritte gemacht, seit wir an jeder Fakultät, in jedem Universitätsspital diese Ausrichtung sichtbar stärken. Und ich glaube, das ist ganz wichtig, denn sonst ist dieses Gebiet für die Studenten viel zu wenig sichtbar. In ländlichen Gebieten haben wir so auch mehr Chancen, dass die Ärzte zurückgehen. Es gibt hier aber keine Garantie; wir können sie nicht zwingen, aufs Land zurückzukehren. Wir müssen weiterdenken, den Beruf attraktiv machen und dies den Studenten so oft wie möglich vorführen. Es gibt in Deutschland auch bestimmte Bereiche, die ich jetzt ein bisschen provokativ als etwas zu wenig entwickelt bezeichne. Dazu gehören die Bereiche Infektionskrankheiten, Public Health und die klinische Forschung. Ein mir wichtiger

Bereich ist dabei auch die Intensivmedizin. In der Schweiz besteht hier seit langer Zeit ein entsprechender Facharztabschluss, was die Anerkennung und Rekrutierung von Fachkräften stark erleichtert hat. Die klinische Forschung, das wurde schon erwähnt, muss stärker unterstützt werden, und dazu müssen auch die Universitätsspitäler beitragen. Wir haben in unserem Universitätsspital einen Fonds, in den ungefähr 50 Prozent aller Privateinnahmen, nicht nur der Chirurgen, auch der Ophthalmologen, Kardiologen usw. hineinfließen. Aus diesem Fonds wird klinische Forschung finanziert. Das sagen wir unseren Kandidaten für Chefarztstellen vor der Wahl, und wir erwarten, dass sie bereit sind, ihren Anteil zu leisten. Diese Ansätze werden heute vor allem von der jungen Generation, auch junggebliebenen Chefs, akzeptiert. Eine weitere These: Die Hochschulmedizin muss in allen Bereichen, nicht nur in der Allgemeinmedizin, schauen, dass genügend Ärzte und Ärztinnen ausgebildet werden, aber nicht zu viele. Sie haben in Deutschland eine viel bessere Regelung für die Limitierung der Niederlassung als wir in der Schweiz. Akademisierung bei den Pflegenden: Auch hier geht es darum, diese Leute im Beruf zu halten und ihnen Entwicklungschancen zu offerieren. In der Schweiz fängt man jetzt langsam damit an. Andere Länder sind uns jedoch weit voraus, etwa die Niederlande, England und vielleicht sogar die USA. Bei den Pflegenden finden wir auch Potential für die klinische Forschung, das dürfen wir nicht vergessen. Forschung und Lehre sollten generell näher beisammen sein. Es geht nicht nur darum, dass die Lehre forschungsbasiert sein soll, wir sollten auch mehr Forschung in der Lehre praktizieren und die besten Lehrmethoden entwickeln. Wir müssen die Ärzte und auch andere Fachpersonen, die Biologen, die Techniker, motivieren, hier einzusteigen. Wir müssen auch Lösungen dafür finden, dass, wie Professor Seeger zu Beginn festgestellt hat, diese Leute in ihren Lohnkategorien nicht zu tief eingestuft werden.

Mein letzter Punkt: Wir wissen alle, dass die Hochschulen und die Hochschulmedizin eigentlich Spielraum haben, um gewisse Dinge etwas umzuorientieren. Aber wir müssen den Mut haben, grundsätzliche Entscheidungen zu treffen, z. B. dass der obligatorische Sezierkurs für alle nicht mehr sinnvoll ist. Bei uns ist er weggefallen, das können die Chirurgen in ihrer Weiterbildung nachholen, und dafür bezahlt die Fakultät die Lehrkräfte auch gerne. Es gibt andere wichtige Punkte. Wir können nicht Jahr für Jahr wie bisher neue Lehrinhalte hinzufügen. Wir müssen auch den Mut zu individuellen Reform-Initiativen haben. Die Charité ist ein Beispiel dafür, dass auch ein einzelnes Bundesland etwas

tun kann. In der Schweiz kann eine Fakultät in einem einzelnen Kanton hier bis zu einem gewissen Punkt eine Reform allein einführen. Dieses Vorgehen wollen wir in der Schweiz auch nutzen, um Studium, Ausbildung und Weiterbildung stärker zu verzahnen. Die Hochschulmedizin sollte sich selbst einfach noch mehr als die eigentliche Kernkraft sehen. Es kann nicht sein, dass immer nur gesagt wird, wir haben kein Geld. Alle Fakultäten haben Mittel – sie müssen auch den Mut zu sinnvollen Veränderung im Curriculum haben.

Müller-Jung Die von Ihnen beschriebenen Mängel dürften ja auch auf ein quantitatives Problem hinweisen. Das Verhältnis von Professoren zu Studenten ist, obwohl von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich, gerade in der Medizin besorgniserregend. Wir sind da, ungefähr bei 110 Studenten pro Ausbilder, pro Professor. Da stimmt ja etwas nicht. Was muss getan werden? Ich darf zunächst vielleicht Herrn Einhäupl, und dann Herrn Suter um ihre Einschätzung bitten.

Einhäupl Sie haben völlig recht, dass die Arbeitslast eines Universitätsmediziners schon grandios ist. Er hat ja zusätzlich zu dem ganz normalen Versorgungsauftrag, den alle Krankenhausärztinnen und -ärzte haben, auch noch seine eigene wissenschaftliche Karriere im Hinterkopf. Hier ist in den letzten Jahren schon einiges verändert worden. Gab es bis dahin die sogenannte Feierabend-Forschung, also man ist bis 19, 20 Uhr auf der Station und geht dann ins Labor, so ist die Situation jetzt durch die Clinician Scientist-Programme der DFG, durch die man für längere Zeit freigestellt werden kann, deutlich besser geworden. Aber klar ist auch, der Arztberuf ist kein Nine-to-five-Job. Das wird aber ein Problem werden, auch durch die bereits angesprochene Feminisierung der Medizin. 64 Prozent unserer Studienanfänger sind Frauen. Familienaufgaben kann man ihnen nur in einem sehr beschränkten Umfang abnehmen. Mit anderen Worten, wir müssen darauf mehr Rücksicht nehmen und müssen Modelle dafür entwickeln. Das ist nur in der Klinik schwieriger als an irgendeinem anderen Arbeitsplatz. Wenn Sie auf der Station jemanden haben, der von 8 Uhr bis 13 Uhr da ist und der nächste dann von 13 Uhr bis 18 Uhr, so ist das sehr schwer zu organisieren. Ich weiß, wovon ich spreche. Hinzu kommt, dass auch Männer heute gern ein Elternjahr nehmen möchten. Das war vor 20 Jahren noch eine Ausnahme und ging einher mit der Frage, warum der betreffende Arzt seine Karriere beenden wolle. Dieses Denken haben wir, glaube ich, überwunden. Aber wir müssen der neuen Situation Rechnung tragen, indem wir einfach mehr Personal einstellen. Darüber müssen wir uns zumindest Gedanken machen.

Suter Ich möchte zuerst etwas zur Ausbildung sagen. Wir sind sicher in der Schweiz viel besser dran. Aber durch die Ausbildungsreform mit der Folge, dass man dem Studenten viel mehr Verantwortung gibt, hat sich die Last für die Lehrer bei uns genau halbiert. Ex-cathedra Vorlesungen gibt es praktisch nicht mehr. Es gibt Seminare und viele der jungen Mitarbeiter übernehmen sie sehr gerne, wenn sie damit nicht allzu überlastet werden. Natürlich gibt es daneben auch die klinische Arbeit, das möchte ich gar nicht minimisieren. Aber man sollte das Studium auch so organisieren, dass die Studenten sich mit der Literatur zuerst ein paar Stunden allein auseinandersetzen und dann in der Gruppe diskutieren, welche Faktoren zu einer bestimmten Erkrankung führen und welche Behandlungsmöglichkeiten es dazu gibt. Ganz am Schluss kommt eine Lehrperson hierzu, fragt sie ab, was sie erarbeitet haben und bespricht ihre Ergebnisse mit ihnen. Auch die Weiterbildung kann so verbessert werden, aber das Betreuungsverhältnis muss auch noch besser werden. Hierbei können andere Spitäler helfen. Sie können Studenten im Master oder im Praktikum wochenweise übernehmen, das machen in der Schweiz alle großen Kantonsspitäler, sie übernehmen die Studenten in Gruppen von 10 bis 20 Personen für ein paar Wochen. Es gibt ein Programm, das beschreibt, was sie leisten müssen. Die Lehrpersonen werden nicht dafür bezahlt, sie bekommen vielleicht einen Titel mit den Jahren, wenn sie es gut machen, das kostet auch nichts. So wird die Last bei uns vielleicht etwas stärker verteilt. In der klinischen Arbeit wird ja immer mehr verlangt. Hier ist das Arbeitsgesetz, das jetzt mit den Limiten aus Europa in die Schweiz importiert wurde, alles andere als glücklich, vor allem, weil es nicht flexibel ist. Mit den mittleren Arbeitszeiten sind alle einverstanden, aber eine Woche mit 50 oder 60 Arbeitsstunden sollte schon einmal pro Monat möglich sein.

Dieter Ein ganz kurzer Kommentar von mir, als Vorkliniker. Ich habe nicht die klinischen Leistungen zu erbringen. Ich habe nur Lehre und Forschung. In den Zeiten, in denen meine Mitarbeiter und ich mit Zeitverträgen gearbeitet haben, zählte für die Verlängerung des Vertrags nur Forschung. Wenn ein junger Kollege Geld haben möchte, um einen Master of Medical Education zu machen, ist das Geld nicht da. Wenn der Kollege Geld für ein Forschungsgerät oder für einen Vortrag benötigt, dann ist das Geld da.

Suter Wer bestimmt das?

Dieter Das bestimmt in dem Fall der Direktor des Instituts. Erweitert bestimmt dann das Dekanat, wie es das Geld verteilt. Dort kommt das Geld für Forschung und Lehre herein, und dann entscheidet wieder der

Direktor oder der direkte Vorgesetzte, wie das Geld bezüglich Forschung und Lehre verteilt wird. Meine Erfahrung aus den letzten Jahren in Dresden ist, für Forschung war immer Geld da, für die Lehre reichte es fast nie. Ich kann den jungen Kollegen natürlich nicht sagen, sie sollen ihre Lehraufgaben fortsetzen, wenn ich weiß, dass dann ihre Verträge nicht verlängert werden. Ich habe in meiner Arbeit immer Zeit für die Lehre durchgesetzt. Am Schluss habe ich gar keine Forschung mehr gemacht und habe mich voll der Lehre gewidmet, weil mir das eine Herzensangelegenheit war.

Müller-Jung Danke schön, Herr Dieter, das ist mit Sicherheit auch eines der Themen, die zu selten diskutiert werden: Lehre, Ausbildung. Aber deswegen haben wir es hier heute auch bisher besonders intensiv diskutiert. Sie haben die perfekte Überleitung geliefert für unseren letzten Referenten, Herrn Professor Wiestler, der als Präsident der Helmholtz-Gemeinschaft auch für das Themengebiet Forschung hier auf dem Podium sitzt. Er war lange am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg tätig, hat selbst sehr viel Forschungserfahrung. Als personell stärkste und wichtigste außeruniversitäre Forschungsinstitution in Deutschland neben der Max-Planck-Gesellschaft hat Helmholtz auch eine wichtige Funktion im internationalen Wettbewerb. Dem internationalen Wettbewerb, das Thema hat Herr Einhäupl bereits angesprochen, ist Helmholtz wahrscheinlich viel stärker ausgesetzt als die einzelnen Universitätskliniken. Wie sich das auswirkt, wird uns Herr Wiestler erläutern. Auch die Digitalisierung wurde schon angesprochen. Aber in der Biomedizin, die Herr Wiestler ebenfalls gut kennt, gibt es noch viele andere Themen, in denen der Wettbewerb sehr groß ist, aber in denen gerade auch die Universitätsklinika eine herausragende Stellung einnehmen und auch eine große Verantwortung in der Forschung tragen. Herr Wiestler, es geht immer um die Zukunft der Hochschulmedizin. Sie haben das Wort.

Wiestler Ich will kurz auf zwei Aspekte eingehen. Zu Beginn möchte ich ganz kurz beleuchten: Wo liegen die wirklich großen Herausforderungen für die Hochschulmedizin der Zukunft, natürlich aus der Sicht der Gesundheitsforschung? Eines dieser Themen will ich dann ein bisschen genauer ausführen. Es wird in der nächsten Etappe darum gehen, Wege für eine echte personalisierte Medizin zu finden, und vor allem jenseits der Onkologie, wo wir schon relativ weit sind. Daran müssen wir gemeinsam arbeiten. Wir müssen sehr viel mehr in präventive Medizin investieren, da tun wir viel zu wenig in Deutschland. Der Bereich hat großes Potenzial, übrigens muss auch das personalisiert geschehen, das

heißt auf einzelne Personen hin zugeschnitten sein. Wir sind nach wie vor nicht gut genug, wenn es darum geht, diese vielen neuen Erkenntnisse, die aus der Gesundheitsforschung kommen, rigoros daraufhin abzutesten, was zu innovativer Medizin beiträgt. Und wie kommen wir aus Forschungsergebnissen schneller zu neuen Verfahren, neuen Produkten, zumindest in einem Stadium, wo man sie am Patienten testen kann? Ich glaube, wir brauchen auch in der Medizin, das klingt trivial, ist aber zentral, Talente, Talente, Talente. Wir müssen sowohl die Medizin als auch die Gesundheitsforschung hochattraktiv halten, übrigens auch für internationale Talente, nicht nur für Talente aus dem deutschen Raum. Das gilt sowohl für die klinische Medizin als auch für die Gesundheitsforschung. Karl Einhäupl hat über das Problem in Deutschland gesprochen, dass sehr viel Power in der Grundlagenforschung, in der translationalen Forschung eher im außeruniversitären Bereich liegt. Das geht über Helmholtz hinaus. Die Universitätsmedizin schultert andere Lasten und legt den Fokus eher auf die klinische Forschung. Das kann man so und so sehen – ist aber auch eine Stärke des deutschen Systems. Die entscheidende Frage ist: Erreichen wir immer wieder den Schulterschluss zwischen der außeruniversitären Gesundheitsforschung und der Hochschulmedizin? Die Kombination ist enorm stark, wenn wir sie denn ausnutzen. Sie trägt übrigens auch dazu bei, und das hat mit internationalem Wettbewerb zu tun, einzelne Gesundheitsstandorte wirklich attraktiv zu machen. Die kritische Masse vor Ort ist das, was internationale Wettbewerbsfähigkeit ausmacht. Und das ist übrigens auch das, was junge Talente an Standorte zieht. Da haben wir in Deutschland in den letzten Jahren viel erreicht, bis zu Konsortien, die bundesweit operieren. Ich glaube aber, dass wir diese Ressource nicht ausreichend nutzen. Unter den Grand Challenges für die Zukunft spielt für mich im Moment eigentlich diese Frage die entscheidende Rolle: Schaffen wir es, in Deutschland Grundlagen zu legen, für eine neue datenbasierte Medizin und datenbasierte Gesundheitsforschung? Ich glaube, das ist aus vielerlei Gründen das wirklich große Zukunftsthema. Es gibt kaum einen Bereich, der so viele Daten und so viel Information zusammenträgt wie die Medizin. Das gilt für die klinische Medizin genauso wie für die forschende Medizin. Es gibt große Fortschritte in der Datenverarbeitung, wie wir alle wissen. Sie können es jeden Tag in den Magazinen nachlesen. Deep-Learning-Verfahren, die auf künstlicher Intelligenz und lernenden Systemen aufbauen; eine der spannendsten Anwendungen für KI ist die Gesundheit. Die entscheidende Frage ist allerdings, wie wir das in unserem Land

umsetzen können. Wenn man eine wirklich personalisierte Medizin entwickeln will, geht das nur auf der Basis von KI. Auf diesem Gebiet, findet ein enormer internationaler Wettbewerb statt. In Deutschland haben wir hier einen großen Rückstand verglichen mit Israel, den Vereinigten Staaten oder China. Dort herrscht ein ganz anderes Momentum auf diesem Feld. Dabei haben wir eigentlich günstige Randbedingungen, um zu einem der Treiber für datenbasierte Medizin zu werden. Wir verfügen über ein enorm leistungsfähiges Gesundheitssystem, was sehr viele Informationen über jeden Patienten und jede Patientin zusammenträgt. Der Hochschulmedizin kommt hier in meinen Augen eine ganz entscheidende Rolle zu. Deutschland ist stark in der biomedizinischen Forschung, wir sind auch stark in der Informationsverarbeitung. Und wir können auf eine sehr starke Unternehmenslandschaft in Deutschland bauen. Diese ist essenziell. Weiterhin gibt es leistungsfähige Unternehmen in der Medizintechnik, wie z.B. Siemens oder zahlreiche Mittelständler. Zu den Akteuren in der Informationsverarbeitung zählen das Hasso-Plattner-Institut und die SAP in Walldorf. Große Potentiale sehe ich im Bereich Sensorik mit zum Teil weltführenden Unternehmen, die Medizindaten in großer Zahl generieren. Und schließlich kann auch die Arzneimittelindustrie wichtige Beiträge leisten. Was müssen wir tun, um aus der Ausgangssituation zu einem der Motoren zu werden für eine digitale, datenbasierte Medizin und datenbasierte Gesundheitsforschung der Zukunft?

Dazu möchte ich drei Punkte nennen. Der erste Punkt betrifft Rahmenbedingungen. Wir sollten uns in Deutschland schnell darauf verständigen, wie wir zu einem akzeptablen Modus finden, um Daten für Medizinanwendungen verfügbar zu machen, selbstverständlich unter Beachtung von Datenschutzregeln. Priorität hat immer der Patient, der dafür verantwortlich ist, was mit seinen Daten geschieht – unter Anwendung aller Möglichkeiten von Cyber Security, Datensicherheit usw. Wenn Sie Patienten fragen, haben diese in der Regel keinerlei Probleme mit dem Datenschutz. Ihr zentrales Anliegen ist es, erfolgreich behandelt zu werden. Sie entscheiden aber nicht darüber, wie die Rahmenbedingungen sind. Das ist eine Aufgabe für uns als Ärzte, als Hochschulmediziner und als Gesundheitsforscher, insbesondere jedoch für die Gesundheitspolitik. Eine zweite Herausforderung sehe ich darin, dass wir zwar sehr viele Informationen und sehr viele Daten in der Medizin, aber einen unzureichenden Standard von Datenmanagement in Deutschland haben. Es gibt eine Vielzahl von Aktivitäten auf allen Ebenen. Die Kostenträger sind aktiv, viele Krankenhäuser und Regionen sind am Werk, es gibt

Modellprojekte in unterschiedlichen Formen. Herr Spahn hat darauf hingewiesen, dass mobile Formate besser zugänglich sein sollen. Hier bedarf es dringend einer großen gemeinsamen Anstrengung. Leider gibt es in Deutschland nach wie vor keine breit einsehbare, kommerziell erhältliche elektronische Patientenakte von hoher Qualität. Ganz im Gegensatz zu den Verhältnissen in den Vereinigten Staaten oder in Israel. Hier ist in meinen Augen auch die Wirtschaft gefragt. Es muss uns gelingen, rasch eine gemeinsame Infrastruktur von medizinischer Forschung und Industrie umzusetzen, andernfalls sind Israel, die USA oder China längst enteilt. Ziel muss es sein, an wenigen ausgewählten Orten ein Spitzensegment für datenbasierte Medizin zu etablieren, mit einer gemeinsamen elektronischen Dokumentationsplattform, und Konzentration auf einzelne Segmente. Dabei ist die Hochschulmedizin zentral, weiterhin muss hier die Gesundheitsforschung, die auf diesem Gebiet aktiv ist, teilnehmen. Schließlich sind Experten in der Informationsverarbeitung starker Unternehmen gefragt. Es scheint mir enorm wichtig, dass wir rasch solche Aktivitäten zustande bringen, um im internationalen Wettbewerb nicht zu weit in Rückstand zu geraten. Dieses Thema habe ich bewusst in den Vordergrund gestellt, weil ich es für prioritär halte. In der öffentlichen Debatte, die in Deutschland im Moment um Digitalisierung läuft, sollten wir deutlich machen, dass neben digitaler Verwaltung oder digitaler Mobilität die digitale Geschwindigkeit ein absolutes Schlüsselfeld für KI-Initiativen darstellt. In diesem Bereich liegen große Möglichkeiten.

Müller-Jung Ich möchte einhaken an dem Punkt, an dem Sie gesagt haben, dass Prävention das vernachlässigte Gebiet in der Medizin ist, vielleicht speziell in der Hochschulmedizin, weil sie ja auch eine besondere Verantwortung hat und besonders großes Vertrauen genießt in der Bevölkerung. Da habe ich zunächst an Seneca gedacht, der sagte: Die größte Niederträchtigkeit eines Arztes besteht darin, sich Arbeit zu verschaffen. Ich weiß nicht, für wie wichtig das hier im Raum gehalten wird. Aber in der Tat, Prävention ist ein Thema – wir haben uns schon einmal darüber unterhalten –, das politisch immer sehr hoch eingestuft wird, auch von Medizinern im Gespräch mit dem Patienten. Aber wenn es zum Beispiel um die datenbasierte Medizin der Zukunft geht, so entsteht für Prävention genau hier eine Riesenchance. Ich würde die Frage noch einmal an Sie richten, Herr Wiestler. Wenn die Möglichkeiten der Selbstvermessung und Vermessung des Patienten eine neue Dimension erreichen, wenn die Leute bereit sind, Daten zu liefern, dann kann man sich da ja eine medizinische Zukunft vorstellen. Sie haben

schon angedeutet, der Patient, der kranke Mensch, ist bereit, Daten zu liefern. Aber haben wir denn genug Daten zur Verfügung, um eine zukunftsweisende Präventionsmedizin zu schaffen, sofern das auch finanziert wird? Wird das Thema in den Plänen der Gesundheitsversorger und der Gesundheitspolitik auch eine Rolle spielen?

Wiestler Im Moment spielt das noch keine prominente Rolle. Aber für die Zukunft ist mir da nicht bang. Ich glaube, dass vor allem die jüngere Generation ein hohes Gesundheitsbewusstsein hat und darauf wartet, dass solche Angebote gemacht werden. Im Moment ist es vor allem wichtig, dass wir an einigen Piloten zeigen, was möglich ist. Es gibt in unseren Diskussionen um digitale Medizin auch ein Modellprojekt, das sich mit völlig neuen Präventionsmöglichkeiten für den Diabetes beschäftigt, sowohl für den Diabetes Typ I als auch für den Diabetes Typ II. Dies ist keine Zukunftsvision. Der Typ-I-Diabetes ist eine Autoimmunkrankheit, der Körper bildet eine Immunreaktion gegen die eigene Bauchspeicheldrüse aus. Hier ist es in vieljähriger Arbeit Münchner Kollegen gelungen Biomarker zu finden, die bei Kindern sehr früh anzeigen, ob ein Risiko besteht, diese Krankheit zu entwickeln. Es laufen im Moment internationale Studien, innerhalb derer Neugeborene systematisch gescreent werden. Die Kollegen haben auch eine Möglichkeit entwickelt, diesen Kindern zu helfen, indem man sie oral mit Bruchstücken des Insulin-Proteins impft. Der Ausbruch der Zuckerkrankheit lässt sich dadurch verhindern, dass das Immunsystem tolerant läuft. Es gibt ein weiteres ehrgeiziges Projekt im Rahmen des Programmes Digitales Bayern, wo man Menschen mittleren Alters daraufhin untersucht, ob sie Anzeichen für ein erhöhtes Risiko für die klassische Typ-II-Zuckerkrankheit aufweisen. Auf Datenbasis wird systematisch untersucht, welche Faktoren bestimmen, ob jemand tatsächlich zuckerkrank wird oder nicht. Mit all den Monitoring-Möglichkeiten, die wir jetzt haben, wird das umsetzbar. Das Beispiel zeigt auch, dass die präventive und die therapeutische Medizin zusammen gedacht werden müssen. Wenn man den Gedanken personalisierter Medizin ernst nimmt, dann muss dies den Aspekt frühzeitiger Risikoerfassung und Prävention beinhalten. Prävention schließt Früherkennung und frühe Behandlung ein. Viele Erkrankungen können erfolgreich behandelt werden, wenn man sie früh genug diagnostiziert.

Müller-Jung Herr Suter, Sie haben eine Frage.

Suter Ja, ich habe eine Frage. Ich bin ganz einverstanden mit Ihrem Enthusiasmus, in diese Richtung zu gehen, und auch mit der Bemerkung, dass das erste große Problem in Datensammlung und verarbei-

tung besteht. Wir haben in der Schweiz vor fünf Jahren ein Programm begonnen, mit dem wir versucht haben, die Spitäler, besonders die Unispitäler, dazu zu bringen, dass sie zusammenarbeiten, die Daten ähnlich oder gleich aufarbeiten, die gleichen Patienten-Informatiksysteme verwenden usw. Es dauerte drei Jahre, um die fünf Universitäts-spitäler zusammenzubringen. Wird das in Deutschland etwas einfacher werden? Noch komplizierter wurde es, als wir die Politik noch mit ins Boot nahmen.

Wiestler Wir haben ja ähnliche historische und kulturelle Wurzeln. Das wird auch in Deutschland ein Problem sein. Ziel der Medizin-Informatikinitiative des Bundesforschungsministeriums war es, eine Harmonisierung zwischen den beteiligten Spitälern zu erreichen. Allerdings müssen wir zunächst einmal die Grundlagen schaffen und dann können wir über Harmonisierung sprechen. In den USA wurde das Problem elegant gelöst. Zwei Unternehmen namens Zerner und Epic teilen sich 70 Prozent des medizinischen Dokumentationsmarktes. Damit ist auch die Standardisierungsfrage geklärt. Die Chinesen verfahren in ähnlicher Weise. Übrigens auch Israel. Dort hat das Weizmann-Institut, eine herausragende wissenschaftliche Einrichtung ohne direkten medizinischen Bezug, ein sehr ehrgeiziges medizinisches Projekt gestartet. Weizman hat Zugang zu 80 Prozent aller Versicherten-Daten in Israel, weil vier Versicherungsunternehmen 80 Prozent der jüdisch-israelischen Bevölkerung betreuen. Das ist eine enorm wertvolle Ressource, zumal in Israel der Umgang mit Datenschutz pragmatischer gehandhabt wird.

Müller-Jung Der Wettbewerb ist im Moment eine treibende Kraft für Sie. Ich bin nicht ganz sicher, wie es bei den Unikliniken ist, die ja auch mit ganz anderen Problemen zu kämpfen haben, aber mich würde schon auch die dritte Säule interessieren, die man bei dieser datenbasierten Zukunftsmedizin, Hochleistungsmedizin, wie es ja inzwischen auch gerne genannt wird, erwartet. Ich meine natürlich den ambulanten Bereich. Denn es nützt ja nichts, wenn die Hochschulmedizin hervorragend ausgerüstet ist, tolle Projekte macht, die Zukunft gestaltet, aber die Niedergelassenen nichts davon wissen, wie das heute in vielen Bereichen zumindest ansatzweise so ist. Herr Einhäupl, Herr Suter, lässt sich das personell, lässt sich das finanziell, lässt sich das auch von der Vernetzung her realisieren?

Einhäupl Ich bin fest überzeugt, dass das das kleinste Problem ist. Es wurde jetzt Epic als ein Beispiel genannt. Wir haben einmal ganz kurz überschlagen, dass, wenn wir in Berlin zwischen Vivantes und Charité Epic einführen wollten, dies den kleinen Betrag von 250 Millionen Euro

kosten würde. Das ist zwar eigentlich ein Klacks, wenn man daran denkt, was es auch für die Zukunft der Wissenschaft bringt. Aber natürlich wird sich das Land Berlin – wir haben gerade Gott sei Dank 200 Millionen Euro bekommen, um das Hochhaus herzurichten, – mit dieser Summe sehr schwer tun, wenn sie nur dem Datenmanagement dient. Dann gibt es ein weiteres Problem. Wir haben mit unserem Partner Vivantes natürlich eine Diskussion über diese beiden großen Blöcke, wir versorgen 50 Prozent der stationären Patienten in Berlin, wie schaffen wir das? Die Niedergelassenen sind da noch nicht mitgerechnet. Da gibt es natürlich die Befürchtung, dass wenn wir jetzt so einen Riesenbetrag ausgeben, in vier, fünf Jahren das Ganze wahrscheinlich ohnehin schon wieder obsolet sein wird.

Wiestler Trotzdem müssen wir jetzt investieren.

Einhäupl Aber ich habe einen anderen Punkt, der dir sehr entgegenkommen wird. Ich glaube, es wird in Deutschland nicht 36 Top-Unikliniken geben, die alle an der internationalen Entwicklung gleichermaßen beteiligt sind. Ich weiß, dass man das hier in diesem Kreis, wo ja viele Unikliniken vertreten sind, lieber nicht sagen sollte, aber ich muss keine Rücksicht mehr nehmen. Ich glaube fest daran, es wird in Deutschland in zehn Jahren fünf, vielleicht sechs, vielleicht sieben große universitäre Medizinzentren geben, die das Spiel treiben werden. Und die anderen werden sich auf das Niveau einer Medical School begeben müssen. Und das wird etwas mit Finanzierung zu tun haben, das wird etwas mit Größe zu tun haben, das wird etwas mit der Stärke der jeweiligen Länder zu tun haben, das muss man auch einmal ganz klar sagen. Aber das ist die Zukunft, und nichts anderes hast du ja auch gesagt.

Wiestler Ich stimme dem zu. Ich glaube, es werden auf lange Sicht nur drei sein, aber darüber kann man streiten.

Suter Ich glaube, es gibt hier nur ein pragmatisches Vorgehen, bei dem jemand vorausgeht, ein Modell entwickelt oder einführt, in einer Uniklinik oder in zwei oder drei und nachher dem Praktiker draußen die Übernahme anbietet. Dort sind die Grenzen oder die Schwierigkeiten ja nicht nur finanziell, sondern sie sind psychologisch, emotional usw. viel stärker. Aber es muss ein Modell vorliegen, an dem die Praktiker mitgearbeitet haben. In Genf gibt es das, und die Beteiligung ist für die Praktiker freiwillig. In kurzer Zeit haben relativ viele mitgemacht, aber noch nicht 50 Prozent. Das braucht schon seine Zeit.

Dieter Wir benutzen den Begriff Medical School in Deutschland für unsere Franchise-Modelle. Wenn wir in die USA schauen, Harvard ist auch eine Medical School. Wenn es drei Spitzen-Unizentren gibt und

alles andere sind Medical Schools mit der Qualität von Harvard, dann freuen sich die anderen auch.

Aulenkamp Es geht um das Thema digitale Medizin, Innovation, und wir



*Jana Aulenkamp, Bundesvertretung
der Medizinstudierenden in Deutsch-
land e.V., Berlin*

haben unter den Medizinstudierenden einmal gefragt, was sind denn da eigentlich die größten Herausforderungen oder Hemmnisse? Die Studierenden haben gesagt, an erster Stelle steht der politische Fokus. Von Herrn Spahn haben wir ja jetzt schon gehört, das soll sich ändern mit der neuen Approbationsordnung. Und an zweiter Stelle steht der Spielraum bzw. die Innovationsmöglichkeit bei den Universitätsklinika. Und jetzt die Frage an Sie: Was glauben Sie, muss sich in den Uniklinika ändern, um ein stärkeres Innovationsklima zu erreichen?

Müller-Jung Ich glaube, die Frage richtet sich an alle. Herr Wiestler, möchten Sie anfangen?

Wiestler Aus meiner Helmholtz-Sicht ist eine Empfehlung: Die Universitäts-Medizin sollte sich systematischer mit der außeruniversitären Forschung zusammentun. Das ist ein Erfolgsmodell für medizinische Innovation.

Suter In der Forschung ist es aus meiner Sicht sehr wichtig, bereits die Studenten einzubeziehen, die ein Interesse dafür haben. Und es haben relativ viele bei uns ein Interesse, da hineinzuschauen und ein, zwei, drei Monate Forschung zu betreiben. Nachher wissen sie besser, ob sie das weitermachen wollen oder nicht. Aber es muss vom Studium bis auch in der Weiterbildung Möglichkeiten geben, mit Innovation in Kontakt zu kommen. Und das heißt nämlich nicht unbedingt immer biochemische Forschung oder Datensammlung, sondern hier und da bedeutet es, neue Diskussionsgrundlagen mit den Patienten zu schaffen, besonders wenn der Patient spezielle Schwierigkeiten hat, seine chronische Krankheit zu verstehen.

Müller-Jung Da wäre auch die Anschlussfrage: Sind wir innovativ genug, in dem Arzt-Patienten-Dialog auch neue Projekte zu schaffen, die das stärken? Das war ja auch eines der großen Ziele im Masterplan 2020. Für viele junge Mediziner ist wahrscheinlich genau das mit Innovation gemeint.

Einhäupl Ich glaube, dass wir an dieser Stelle kein allzu großes Problem haben, und zwar nicht nur in Berlin, das sehe ich auch an allen anderen

Fakultäten, mit denen ich in Kontakt stehe. Das kann immer besser werden, aber gucken Sie einfach einmal nach England und schauen Sie, wie dort dieser Dialog abläuft. Oder schauen Sie in die USA, wo Sie sehen, wie dieser Dialog faktisch nicht abläuft. Wir haben mittlerweile im Curriculum eigene Bereiche, in denen wir versuchen, dieses Arzt-Patient-Verhältnis zu thematisieren und voranzutreiben. Wir müssen uns allerdings auch deutlich machen, wenn wir hier schon ganz intensiv über Digitalisierung sprechen, die Digitalisierung hat dieses Verhältnis bereits jetzt massiv verändert. Sie finden keinen Patienten mehr, dem Sie eine schwierige Diagnose mitteilen müssen, der nicht vorher schon sämtliche Informationen aus dem Netz herausgezogen hat, die Sie dann wieder zurechtrücken müssen. Mit anderen Worten: Das ist ein großes Thema, das wir bearbeiten müssen. Und wenn nicht in der Universität, wo soll das denn sonst bearbeitet werden?

Müller-Jung Herr Dieter, vielleicht noch eine Frage an Sie in dem Zusammenhang: Spielt dieser praktische Teil, Arzt-Patient, in der internationalen Mediziner Ausbildung eine Rolle? Werden hier innovative Konzepte in der Ausbildung entwickelt? Spielt es bei der Anerkennung von medizinischen Fakultäten für internationale Zertifikate eine Rolle?

Dieter Ja, mit Sicherheit spielt dies eine große Rolle. Ich würde sagen, dass eine Innovation viel einfacher möglich ist, je geringer die Hierarchie ist im Universitätskrankenhaus oder auch in der medizinischen Fakultät. Die Kommunikation spielt eine große Rolle. Der Student traut sich nicht so richtig, etwas zu sagen, weil er dann vielleicht sogar fürchtet, in Prüfungen erkannt zu werden und schlechter abzuschneiden. Sie haben gerade von Zertifikaten gesprochen. Wir haben auch über den Austausch zwischen Ärzten gesprochen, cross-border. Es gibt aktuell keinen europäischen Standard für die Ausbildung. Das heißt, jedes Land bildet nach seinem eigenen Standard Ärzte aus. Die irische Organisation AMSI versucht jetzt, dort einen Qualitätsstandard für Europa zu setzen – es gibt Weltstandards von der WFME, um die Ausbildungsqualität an allen europäischen Fakultäten mehr oder weniger auf hohem Standard zu gewährleisten. Fakultäten, die diese Standards erfüllen, bekommen ein Label, das sie nach Weltstandards ausbilden. Dann haben wir nicht mehr das Problem, dass wir nicht wissen, ob ein bestimmter Arzt aus einem bestimmten Land qualitativ hoch ausgebildet wird. Die Amerikaner haben das schon viel früher erkannt, und es wird so sein, dass sich ein approbierter Arzt von einer Fakultät nur in den USA bewerben kann, um dort zu arbeiten, wenn er von einer Fakultät kommt, die von einer solchen internationalen Agentur akkreditiert wurde. Die Amerikaner

werden ab 2023 auch auf einem World Directory of Medical Schools bekanntgeben, welche medizinische Fakultät für die Arbeit in den USA anerkannt wird, und dann wird die Charité einen roten Punkt bekommen, weil das bei ihr nicht der Fall ist. Eine Fakultät aus der Türkei bekommt hingegen einen grünen Punkt. Das ist Fakt, und deshalb sollten wir überlegen, ob wir uns diesem System anschließen sollten.

Schönfelder Ich bin tätig sowohl an der Charité als auch in leitender Funktion an einer außeruniversitären Forschungsinstitution, die sich



Prof. Dr. Gilbert Schönfelder, Leiter, Abteilung Experimentelle Toxikologie und ZEBET, Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin

dem gesundheitlichen Verbraucherschutz widmet. Wir suchen stets nach ausgebildeten Medizinern, insbesondere nach Toxikologen, die sich beruflich dem gesundheitlichen Verbraucherschutz widmen wollen. – Obwohl die Lehrinhalte durch die Approbationsordnung definiert werden, ist dieses Fachgebiet jedoch den meisten Medizinern unbekannt. Es fehlen entsprechende universitäre Institute, sodass Toxikologie seit vielen Jahren kaum noch in der Hochschulmedizin entsprechend gelehrt wird. Das Bundesinstitut für Risikobewertung ist z.B. ständig auf der Suche nach neuem wissenschaftlichem Personal. Es muss sich deshalb immer mit den Herausforderungen der aktuellen

Arbeitsmarktsituation auseinandersetzen. Aufgrund des Mangels an Ärzten, insbesondere mit toxikologischer Expertise, rekrutiert das Bundesinstitut für Risikobewertung im Wesentlichen aus den naturwissenschaftlichen Fachgebieten. Wir werben, wie auch alle anderen universitären und außeruniversitären Institutionen, um die gleichen Talente. Auch wir suchen die Talente, die besonders „exzellent“ sind und auch bereit sind, ihre Exzellenz durch intrinsische Motivation zu zeigen. Ich stelle häufiger fest, dass die von mir erwartete wissenschaftliche intrinsische Motivation nicht immer erfüllt wird, obwohl wir exzellentes Personal auch von namhaften Institutionen, z.B. der Max-Planck-Gesellschaft oder aus der Helmholtz-Gemeinschaft rekrutieren. Ich kann Anreize anbieten, wie z.B. unbefristete Stellen und eine gute Finanzierung der Forschung. Ich musste dennoch feststellen und lernen, dass

insbesondere die jüngeren Generationen andere Lebensvorstellungen haben. Dies steht aber nicht im Widerspruch Leistung zu erbringen. Diese Beobachtung stellt mich vor neue Herausforderungen, insbesondere wenn ein Generationswechsel ansteht. Im Vergleich zu der Generation der Babyboomer und X, der ich angehöre, werden von den Arbeitnehmern der Generationen Y und Z andere Ansprüche formuliert. Diese Erfahrung mache ich fast täglich. Eine Veränderung, die zwischenzeitlich in den anderen Redebeiträgen auch mehrfach direkt oder indirekt angesprochen wurde. Bekannte Themen der jüngeren Generationen sind die Arbeitszeitmodelle und Arbeitsstrukturen. Die Shell-Jugendstudien zeigen uns wissenschaftlich die Vorstellung der jeweiligen Generation auf. Und wir stehen vor Veränderungen, die die Shell-Studien für die Generationen Y und Z beschreiben: Die Ansprüche der jüngeren Generation, z.B. derer, die Mitte 30 sind, sind andere. Die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Arbeit (ich nenne sie „Life-Work-Balance“ nicht „Work-Life-Balance“) ist ein bestimmendes Thema. Dieses stellt uns vor Herausforderungen in der Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle, die auch ich häufig genug noch ignoriere. Wir brauchen neue Anreize und Herr Einhäupl hat zu Recht gesagt, in der Medizin ist es manchmal schwer, flexible Arbeitszeiten zu gewährleisten. Hinzu kommt, dass die jüngeren Generationen andere Führungsstile fordern, weil sie mehr mitbestimmen wollen. Ich glaube, dass wir über die Form der Hierarchie und die Strukturen in der Medizin häufig genug noch andere Vorstellungen haben. Die meisten von uns, auch ich, sind herangezogen worden in einer Struktur, die wahrscheinlich die jüngeren Generationen häufig nicht entsprechend mitgenommen haben. Gerade in der Medizin sollten wir darüber nachdenken, ob unsere Vorstellungen bzgl. Führungsstil und Hierarchie überaltert sind. Und selbst wenn wir uns mit diesem Gedanken schwer tun, so sollten wir uns mit dem Anliegen der jüngeren Generation auseinandersetzen. Sie sind nämlich das Fundament unserer Zukunft.

Müller-Jung An den Strukturen, an den Hierarchien zu arbeiten ist, das ist eine gute Anregung. Ich möchte das als Kommentar in den Raum stellen und würde gerne noch eine letzte Frage zulassen.

Zimmermann Ich fand das Thema interprofessionelle Lehre sehr spannend und interessant. Wir bieten es bei uns zum Teil an, stoßen aber, ehrlich gesagt, schnell an Grenzen, weil es disproportional ist. Wir haben 200 Humanmedizinistudierende bei uns in der Fakultät, 30 Pflegewissenschaftler, 150 Sportwissenschaftler. Und wenn wir jetzt daran denken, dass wir nicht alle nur in den Hörsaal packen, sondern dass wir

Kurse anbieten und gleichzeitig Dozenten aus den anderen Bereichen haben müssen, dann stoßen wir bei den kleinen Partnerbereichen



*Prof. Dr. **Frank Zimmermann**,
Studiendekan, Medizinische Fakultät,
Universität Basel*

schnell an Grenzen. Gibt es in Deutschland ein Konzept oder einen Plan, wie solche Grenzen zu überwinden wären?

Müller-Jung Eine interessante Frage. Meine kurze Antwort: Nein.

Einhäupl Ich schließe mich an: Nein.

Müller-Jung Danke schön für die Frage und danke für die kurze Antwort. Meine Damen und Herren, wir sind zum Ende gekommen. Unsere drei Themen Geld, Leute und Netzwerke werden morgen noch intensiver debattiert. Ich danke Ihnen, dass Sie sehr aufmerksam zugehört haben. Und ich danke natürlich zuerst unseren Podiumsteilnehmern.



Begrüßung zum zweiten Tag des Symposiums

*Guten Morgen, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Gäste,
ein herzliches Willkommen.*

Es freut mich sehr, dass Sie auch heute nach einem wirklich spannenden gestrigen Abend – und ich hoffe, er wurde anschließend bei guten Gesprächen fortgesetzt – wiederum so zahlreich hier erschienen sind. Wie wir gestern bereits von Minister Spahn hören konnten: Unsere 34 Universitätsklinika sind ein zentraler Spieler im Gesundheitswesen und erfahren in Deutschland eine hohe Wertschätzung. Ihr Ruf ist nach wie vor auch international ausgezeichnet. Die Universitätskliniken leisten Hervorragendes in einem anspruchsvollen Spannungsfeld. Sie sind Stätten unabhängiger Forschung, bieten vielfach auf Spitzenniveau medizinischen Fortschritt, was vor allem den Patienten mit schwerwiegenden, komplexen oder gar seltenen Krankheiten zugutekommt. Und gerade an den Universitätskliniken ist der Weg von der Forschung in die Umsetzung oft besonders effektiv. Sie halten zudem eine hoch professionelle Notfallversorgung vor und bieten hinsichtlich der Lehre, der Aus- bzw. auch Weiterbildung ein breites Tableau an Spezialisierungen an. Dennoch haben die Universitätsklinika in den letzten Jahren weiterhin Probleme, die sich auch nach der Einführung des DRG-Systems nicht grundlegend geändert haben. Es ist richtig, dass dieses System erfreulicherweise zu mehr Wettbewerb und auch mehr Effizienz in der Hochschulmedizin geführt hat, aber die Aufgaben und die Anforderungen an die Hochschulmedizin sind ebenso gewachsen. Vor allem besteht, wie wir gestern Abend schon gehört haben, ein zunehmend großer Bedarf an Ausbil-

dungsplätzen. Dies ist eine der Herausforderungen sowohl für den Bund als auch für die Kliniken. Neue Medizinfakultäten und auch private medizinische Hochschulen – wie zuletzt in Brandenburg Neuruppin – sorgen zusätzlich für Vielfalt und Wettbewerb, und die dort ausgebildeten Ärzte mögen zukünftig hoffentlich auch hierzulande der Medizin zur Verfügung stehen und nicht, wie wir gestern auch gehört haben, beispielsweise in die Schweiz gehen.

Aber die Strukturprobleme der Universitätskliniken liegen woanders. Zentral – neben der Forschung, deren Stellenwert als Innovationstreiber eben nicht hoch genug eingeschätzt werden kann – ist für die Kliniken, auch für die Universitätskliniken, die Krankenversorgung. Sie macht im Groben 75 Prozent ihres Umsatzes aus. Und hier stehen die Universitätskliniken vor gewaltigen Aufgaben. Sie fangen bei den seit Jahren bestehenden unzureichenden Finanzierungen von Investitionen an. Hierzu werden wir sicher gleich auf dem ersten Podium Konkretes erfahren. Dieser vielfach bemängelte Investitionsstau, der auch den hohen Qualitätsanspruch in der Krankenversorgung zunehmend gefährdet, wird verstärkt durch dringend notwendige Investitionen in den Bereichen von Digitalisierung und KI im Gesundheitswesen. Hier bedarf es auch aus ordnungspolitischer Sicht kluger Finanzierungskonzepte, die die Sonderrolle der Universitätsklinika in Deutschland berücksichtigen. Um auch in Zukunft erfolgreich Spitzenmedizin – auch im internationalen Vergleich – zu gewährleisten, bieten sicher gerade die mit der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen einhergehenden Möglichkeiten, und hier zum Beispiel die gestern schon erwähnte große Anzahl vorhandener biomedizinischer Daten der Patienten, ein großes Innovationspotenzial. Dies gilt es aus meiner Sicht zu nutzen. Herr Professor Wiestler hat gestern bereits eindrucksvoll einige der möglichen künftigen Anforderungen skizziert. Die Frage nach der Umsetzung bleibt jedoch bestehen. Liegt die Lösung tatsächlich darin, dass einige wenige vorangehen?

Die Personalfrage nimmt einen ebenso hohen Stellenwert ein. Woher bekommen wir die fähigsten Köpfe, auch international? Und wie halten wir sie auch langfristig in den Kliniken? Diese Frage ist, wie Professor Einhäupl gestern nachdrücklich darlegte, nach wie vor entscheidend für die Wettbewerbsfähigkeit der Klinika. Mobilität ist neben der gestern schon erwähnten Work-Life-Balance sicher ein weiteres Thema. Was die Pflege angeht, aber sicher nicht die Lösung. Hier sind Weiterbildung und Karriereperspektiven vielleicht mögliche Wege. Dazu werden wir sicher im Panel 2 einiges hören.

Ob und inwiefern eine mögliche Antwort zur besseren Effizienz der Universitätskliniken in einer längerfristigen Umstrukturierung der Versorgungslandschaft mittels unterschiedlicher Strategien der Vernetzung und der Kooperation liegen kann – sei es horizontal, vertikal, regional oder auch

überregional – dieser Frage wird das dritte Podium nachgehen. Ein Schlüssel zur Umsetzung liegt hier aus meiner Sicht ebenfalls in der Nutzung der Möglichkeiten, die mit der Digitalisierung einhergehen.

Meine Damen und Herren, das Stiftungsanliegen, Impulse aus der Wissenschaft unmittelbar in die Praxis hineinzutragen und vice versa, wird sich bei all den aufgeworfenen Fragen sicher auch bei diesem XIII. Hochschulsymposium einmal mehr als fruchtbringend erweisen, dessen bin ich mir sicher. Hiervon zeugen nicht nur die gestrige Diskussion, sondern auch die Vielfalt und die Interdisziplinarität der heutigen Podiums- wie auch Plenumsteilnehmer. Denn zur Umsetzung notwendiger Reformschritte bedarf es genau dieser breit gefächerten Expertise und der interdisziplinären Debatten. So sind Sie alle herzlich eingeladen, heute hier mitzudiskutieren. Nun darf ich Ihnen, Herr Professor Weidner, das Wort geben und freue mich auf spannende Impulse. Vielen Dank.



*Sehr geehrte liebe Frau Frenz,
liebe Gäste,
meine Damen und Herren,*

auch von mir einen guten Morgen. An sich war es meine Aufgabe, Sie noch einmal auf unsere heutigen drei Hauptthemen einzustimmen: „Finanzierung“, „Wie gewinne ich die besten Köpfe?“ und später „Was ist Netzwerkbildung?“. Dies alles wurde jedoch gestern bereits andiskutiert, sodass ich es jetzt nicht wiederholen muss. Als Dekan der Medizinischen Fakultät der Justus-Liebig-Universität Gießen – von Haus aus bin ich Urologe und Chirurg – möchte ich aber noch einmal auf einen Punkt der gestrigen Podiumsdiskussion eingehen, in dem darüber nachgedacht wurde, wie sich die national und international sichtbare Forschung in Deutschland weiterentwickeln wird. Es wurde u. a. das Statement abgegeben, dass nach Einschätzung der Experten vielleicht in zehn Jahren nur noch drei, maximal fünf medizinische Fakultäten in Deutschland nationale wie internationale Forschungskompetenz verkörpern werden.

Die Frage, die ich mir gestern gestellt habe, lautet: Ist das wirklich so? Gibt es keine Möglichkeiten, wenigstens im Verbund den Studierenden, unseren medizinischen Mitarbeitern*innen und auch den Professoren*innen, die wir berufen, etwas zu bieten, damit sie auch an Standorte gehen, die nicht primär als Spitzenzentrum ausgewählt sind. Meine persönliche Antwort ist, dass ich nicht einverstanden bin mit der These, dass das nicht möglich sein kann.

Wir sind beispielsweise eine regionale Universität mit einer medizinischen Fakultät im ländlichen Raum. Gießen befindet sich an der Grenze zur

Großstadtbildung. Es hat knapp unter 100.000 Einwohnern. Gießen ist keine Metropole, dennoch haben wir uns bemüht, nach einer schlimmen Zeit der Finanzrestriktion im Zeitraum 2004/2005 durch einen privat finanzierten Neubau unser Klinikum auf den neusten Stand zu bringen. Dafür hat uns das Land belohnt und uns einen Forschungscampus erbaut, der nun auch in kurzer Distanz den Austausch zwischen den Wissenschaftlern auf hohem Niveau möglich macht. Wir haben zudem durch die Campusbildung mit dem Kerckhoff-Klinikum in Bad Nauheim weitere wissenschaftliche Kompetenz hinzugewonnen. Und natürlich haben wir in Abstimmung mit der Universität ganz eindeutig auf ein Fächerspektrum gesetzt, das kardiopulmonale System, das ja auch in der Exzellenzinitiative beziehungsweise in der Exzellenzstrategie gefördert wurde und wird. Hierzu haben wir uns mit dem Max-Planck-Institut Bad Nauheim und der Universität Frankfurt als Cardio-Pulmonales Institut (CPI) vernetzt. Und das ist ja genau das, was gestern hier gefordert wurde und was durchaus der richtige Weg ist: die Einbindung externer Institute. Ich bin der Ansicht, dass eine medizinische Fakultät, die diesen Weg geht und in einem Exzellenzbereich Profil zeigt, auch den Anspruch erheben muss, nationale und internationale Forschung auf Spitzenniveau zu betreiben.

Ich glaube weiterhin, dass klinische und auch wissenschaftliche Netzwerkbildung absolut notwendig sind. Wir haben nun das Glück, in unserer kleinen Stadt Gießen eine weitere Hochschule zu haben, die Technische Hochschule Mittelhessen. Diese ist auf Digitale Medizin – E-Health und Telemedizin – fokussiert. Wir haben zudem das Glück – das kann man nach 13 Jahren, die ich sieben Jahre als Dekan begleitet habe, sicher feststellen –, mit der Rhön-Klinikum AG einen innovativen klinischen Partner an unserer Seite zu wissen, der alles daran setzt, die medizinische Patientenversorgung zu digitalisieren, zum Beispiel mit Stationscockpit, mit Robotern in der Pflege und mit elektronischer Patientenakte. Diese Initiative sollten wir auch für die Forschung und Lehre nutzen, die ausgestreckte Hand annehmen und daraus Impulse für unsere Arbeit ableiten.

Als Fazit möchte ich den Appell formulieren, dass auch kleinere und mittlere medizinische Fakultäten, die sich entsprechend aufstellen, nicht aus den Fördertöpfen herausgenommen werden, sondern eine Chance erhalten, sich auf Dauer wissenschaftlich weiter zu profilieren.

Das ist das, was mir mitzuteilen heute Morgen wichtig war. Vielen Dank.

Finanzierungsdilemmata in der Hochschulmedizin lösbar?



Irmtraut Gürkan



Ralf Heyder



Dieter Kaufmann



Heyo K. Kroemer



Ursula Weidenfeld

Statements mit Podiums- und Plenumsdiskussion

Dipl.-Volkswirtin **Irmtraut Gürkan**

Milliardendefizit im Klinikumsneubau:

Folge der Abschaffung des Hochschulbauförderungsgesetzes?

Dipl.-Pol. **Ralf Heyder**

Finanzierung der Hochschulmedizin im internationalen Vergleich:

Was machen andere Länder besser?

Dieter Kaufmann

Clusterpreise für Medizinstudierende:

Standortwettbewerb oder Wettbewerbsverzerrung?

Prof. Dr. **Heyo K. Kroemer**

DRG-Fallpauschalen: One size fits all auch für die Universitätsmedizin?

Moderation

Dr. Ursula Weidenfeld

Weidenfeld Guten Morgen. Vielen Dank, Barbara Frenz, Herr Professor Weidner, für Ihre freundlichen einführenden Worte und für die Latte, die Sie uns für unsere Debatte aufgelegt. Meine Damen und Herren, wir wollen in der ersten Runde heute über Hochschulfinanzierung, das heißt über die Finanzierungsprobleme von Universitätsklinika sprechen. Auf dem Podium begrüße ich hierzu zunächst Irmtraut Gürkan. Sie ist stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums Heidelberg und dessen kaufmännische Direktorin. Dann darf ich Ralf Heyder vorstellen, er ist Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika. Als Berliner sind wir froh, dass Professor Heyo Kroemer hier ist, noch in Göttingen, im Lauf des Jahres hier in Berlin als Nachfolger von Herrn Professor Einhäupl und Chef der Charité. Des Weiteren begrüße ich Dieter Kaufmann, Kanzler der Universität Ulm.

Mein Name ist Ursula Weidenfeld, ich arbeite als Wirtschaftsjournalistin. Frau Gürkan, wir wollen anfangen mit dem, was sich auf den Grundstücken der Universitätsklinika bereits befindet, was dort möglicherweise fehlt und was entsprechend gebaut werden müsste.

Schon unsere Frage nach Abschaffung des Hochschulbauförderungsgesetzes impliziert, dass es einen willentlichen politischen Akt gegeben hat. Man hat aufgehört, die Bauten und die Hochschulbauten zu finanzieren. Ist das so? Und wenn ja, welche Folgen hat das?

Gürkan Guten Morgen, meine Damen und Herren. Die Frage könnte ich mit „Selbstverständlich, leider ist es so!“ beantworten und wäre schon

fertig, aber ich möchte dies gerne ausführen und beginne einmal mit einem Zitat von Professor Einhäupl von gestern Abend. Wenn ich es richtig in Erinnerung habe, war Ihre Aussage, Herr Professor Einhäupl: „Die Abschaffung des HBFG war die größte hochschulpolitische Fehlleistung der letzten Jahrzehnte“ Ja, sogar noch schärfer formuliert: „der größte Sündenfall“. Diese Aussage hat sich uns allen ins Gedächtnis gebrannt. Wir haben zwar bereits, als das HBFG-Verfahren für die Länder noch Gültigkeit hatte, über zu wenig Investitionsfinanzierung geklagt, aber danach wurde es in der Tat noch sehr viel schlimmer. All das, was dann nachgebessert wurde, zunächst die Kompensationsmittel, die noch bis 2019 laufen sollen, dann die Öffnung dahingehend, dass der Bund Leuchttürme oder Institutionen überregionaler Versorgung mitfinanzieren kann, hat letztlich nicht gegriffen. Wenn man sich die Investitionsquote insgesamt in Deutschland anschaut und wenn man dann die volkswirtschaftliche Investitionsquote vergleicht mit dem, was für die Krankenhäuser – und die Universitätskliniken gehören dazu – getätigt wird, dann ergibt sich ein ausgesprochen trauriges Bild. Im KHG von 1972 wurde festgelegt, dass die laufenden Betriebskosten über die Krankenkassen finanziert werden, die öffentliche Hand soll die Investitionen finanzieren. Und Sie sehen, wie sich dies entwickelt hat: In den letzten Jahren hatten wir eine Investitionsquote von noch nicht einmal vier Prozent. Die Krankenhausgesellschaft hatte in Baden-Württemberg Professor Oberender einmal gebeten auszurechnen, was man denn in Krankenhäusern im Allgemeinen benötigt. Er hatte damals – differenziert nach der Größe der Häuser – für Maximalversorger 14 Prozent Investitionsquote, bezogen auf die laufenden Betriebsausgaben, ausgerechnet. Wir haben uns dann, als wir uns mit diesem Thema in Baden-Württemberg sehr intensiv beschäftigt haben, auch angeschaut, wie es denn andernorts aussieht. Vor allem die Großforschungseinrichtungen haben uns in diesem Zusammenhang interessiert. Wir wollten wissen, ob wir hier konkurrenzfähig sind. Nun mag das eine Sondersituation gewesen sein, Max-Planck lag seinerzeit bei knapp 30 Prozent, davon kann man natürlich nur träumen, Fraunhofer lag aber noch bei 20 Prozent und Helmholtz immerhin bei knapp 10 Prozent. Und dies auch noch einmal zum Vergleich: Wir wissen, dass private Kliniken stark im Investieren sind, die Rhön-Klinikum AG lag bei 12 Prozent. Ganz interessant ist auch das pragmatische Vorgehen der Schweizer Krankenhäuser. Diese haben vor fünf oder sechs Jahren die DRGs eingeführt und flugs einfach mal zehn Prozent für Investitionen draufgepackt. Die Kollegen in der Schweiz jammern, dies sei zu wenig. Ich sage, hätten wir

einmal die 10 Prozent, würde es uns deutlich besser gehen als heute. Auch der Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) hat sich mit dem Thema in den letzten Jahren intensiv beschäftigt. Glauben Sie mir, es handelt sich nicht um ein Jammern auf hohem Niveau, sondern die Situation ist dramatisch; jede dritte Uniklinik hat über 100 Millionen Investitionsstau vor sich. Auch die Kultusministerkonferenz hat das Thema aufgearbeitet und schätzt, wenn sich an der Investitionsförderung bis 2025 nichts deutlich verbessert, ein Milliarden-defizit von 25 Milliarden für alle Universitätsklinika. Daran schließt sich die Frage an, wie wir bei solch einem Investitionsstau überhaupt noch konkurrenzfähig sein können, auch mit Einrichtungen im Ausland. In Baden-Württemberg sah es in dieser Zeit, als HBFG-Mittel noch geflossen sind, besser aus, danach sind die Investitionsquoten auch in Baden-Württemberg für alle Uniklinika aggregiert auf deutlich unter 10 Prozent abgerutscht. Das ist in anderen Bundesländern nicht anders. Dabei wissen wir alle, gerade in Uniklinika ist ohne Investitionen der medizinische Fortschritt beeinträchtigt. Investitionen sind aber auch notwendig für die kontinuierliche Verbesserung der Betriebsabläufe. Viele Krankenhäuser sind deswegen privatisiert worden, weil sie unwirtschaftlich waren, weil sie in alter, abgängiger Bausubstanz ihre Betriebsabläufe nicht verbessern konnten. Und so haben wir heute faktisch auch schon eine Teilmonistik, wenn man zukunftsgerichtet und konkurrenzfähig unterwegs sein will. Wir haben in Heidelberg deswegen vor 15 Jahren entschieden, auch Investitionen aus eigener Kraft zu tätigen, eben um dysfunktionale Gebäudestrukturen aufzugeben. Wir haben uns im großen Stil verschuldet und insgesamt für die Neubauten in der Regel über 50 Prozent selbst finanziert, mit der Folge, dass wir eine Darlehenssumme inzwischen von 370 Millionen zu schultern haben. Das bedeutet Abschreibungen in Höhe von 19 Millionen, die jährlich erbracht werden müssen, und zukünftig sind wir sogar bei 26 Millionen, dann wenn das Herzzentrum fertig ist. Inzwischen gibt es eine Sanierungsoffensive in Baden-Württemberg. Die Uniklinika haben sehr darauf hingearbeitet, zu zeigen, wo der Schuh drückt, dass wir ein immenses Investitionsdefizit haben. Das Land hat für die Haushaltsjahre 2018/19 Baumittel – und es geht hier nicht um Neubauten – von 400 Millionen für die vier Uniklinika, die in Landesträgerschaft sind, zugebilligt, jeweils mit einem Großprojekt, was aber dann auch in den kommenden acht Jahren ausfinanziert werden muss. Wir sind dankbar für diese Sanierungsoffensive, aber sie muss fortgeführt werden. 400 Millionen hört sich viel an, für vier Klinika in zwei Jahren. Aller-

dings müssen diese Tranchen geschätzt mindestens noch einmal für drei, vier Haushaltsjahre oder Doppelhaushalte kommen. Mein Fazit aus dieser Finanzierungsmisere, wie wir sie im Bereich der Investitionsmittel haben – ich konzentriere mich jetzt nur auf den Investitionsbedarf –, lautet: Diese mangelnde Investitionsfinanzierung führt zu Unwirtschaftlichkeiten, auch in Uniklinika und wir wissen es von anderen Krankenhäusern auch. Sie beeinträchtigen unsere Standorte ganz erheblich. Sie hatten Gießen angesprochen. Gießen wäre nicht privatisiert worden, wenn es nicht dieses unglaubliche Gap in der Investitionsfinanzierung gegeben hätte. Ich bedaure es persönlich sehr, dass wir damit auch benachteiligt sind gegenüber den Großforschungseinrichtungen, die vom Bund sehr viel besser finanziert werden. Der Wegfall des HBFG 2006 war ein Desaster und er hat uns im Übrigen auch in eine Situation gebracht, dass wir keinen kohärenten ordnungspolitischen Rahmen mehr für die Hochschulmedizin haben. Investitionsmittel für Neubauten und für Sanierungsmaßnahmen müssen in nahezu allen Universitätsbereichen deutlich angehoben werden. Niedersachsen hat das erkannt und für beide Standorte für die nächsten Jahre Milliarden in Aussicht gestellt. Für Baden-Württemberg gilt, dass die Sanierungsoffensive weiter fortgesetzt werden muss. Und zum Schluss, und das gilt wieder für alle Krankenhäuser, die duale Finanzierung ist ein Anachronismus, wir brauchen die Monistik für den Krankenhaussektor. Das war einmal ein Galopp durch die Finanzierungsproblematik im Bereich der Investition der Uniklinika. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Weidenfeld Vielen Dank, Frau Gürkan, auch für den Einblick in kreative Wege, wie man Universitätsklinika finanzieren kann. Herr Heyder, Sie schauen mit internationalem Blick und teilen uns mit, wie es die anderen angehen und wer es besser kann.

Heyder Meine Damen und Herren, die Überschrift der Session lautet „Finanzierungsdilemmata der Universitätsmedizin“. Was ist das Dilemma? Das Dilemma, und ich glaube, das ist ja auch schon im Eingangsvortrag deutlich geworden, ist, dass wir international in allen entwickelten Gesundheitssystemen mittlerweile sparen und effizienter werden müssen, gleichzeitig in einer alternden Gesellschaft aber die Anspruchshaltung insgesamt und damit die Leistungserwartung an diese Systeme permanent weiter steigen. In dem Dilemma stecken wir und müssen in dieser Situation entscheiden, wie wir knappe Mittel zwischen den unterschiedlichen Akteuren dieses Systems verteilen, insbesondere auch in Richtung der Universitätsmedizin. Die spannende Frage ist: Welche Maßstäbe legen wir für diese Verteilungsentscheidung eigentlich

zugrunde? In vielen Ländern ist in den letzten 20, 30 Jahren die Entscheidung gefällt worden, dieses Thema über Fallpauschalensysteme in unterschiedlichsten Ausprägungen zu adressieren. Grundsätzlich kann man dann auch beobachten, dass sich in den Ländern, in denen dies eingeführt wurde, mit der Zeit auch sehr schnell die Diskussion um die Frage drehte, was das für die Universitätsmedizin heißt, wie sie sich verändern muss und ob sie überhaupt in solchen Systemen überlebensfähig ist. Dies wird auch intensiv in der Literatur diskutiert. Das ist also kein spezifisch deutsches Thema, sondern es handelt sich um ein internationales Thema; wir führen genau die gleichen Diskussionen auch in anderen Ländern. Hierbei geht es immer um die Frage: Was ist der richtige Maßstab? Die Botschaft an der Stelle lautet ganz klar: Wir müssen uns mit anderen Akteuren im System vergleichen lassen – sowohl in der Forschung als auch in der Lehre als auch in der Krankenversorgung. Wo jetzt aber der Unterschied zu anderen Ländern existiert, und das ist der erste Punkt, den ich setzen möchte, ist, dass wir in Deutschland im internationalen Vergleich einen äußerst harten Maßstab an die Universitätsmedizin anlegen, wir nämlich ein DRG-System gewählt haben, das eins zu eins das Gleiche ist für Universitätskliniken wie auch für alle anderen Krankenhäuser. Das ist im internationalen Vergleich ein ziemlicher Alleingang. Wir haben das vor einigen Jahren auch einmal gutachterlich aufarbeiten lassen an den Beispielen Österreich, Niederlande, England und USA. Das Beispiel Schweiz ist gerade bereits genannt worden. Egal, wo man hinschaut, sieht man entwickelte Gesundheitssysteme mit den gleichen Herausforderungen, die wir haben. Überall gibt es Fallpauschalensysteme in unterschiedlichen Ausprägungen, aber überall gibt es dabei eine durchaus differenzierte, bessere Behandlung für die Universitätsmedizin, keine Einheitspreissysteme, wie wir sie in Deutschland kennen. Herr Kroemer wird darauf sicherlich gleich noch einmal im Detail eingehen, deswegen möchte ich das hier nicht weiter vertiefen.

Das zweite Thema, was ich dann an der Stelle ansprechen möchte, ist: Warum haben wir uns in Deutschland so entschieden? Ein ganz zentraler Punkt ist meines Erachtens, dass wir in Deutschland wie natürlich auch international die Situation haben, dass das Gros der Umsätze der Universitätsmedizin aus der Krankenversorgung kommt. 70 bis 80 Prozent der Umsätze sind darüber determiniert, und wir haben entsprechend in der Gesundheitspolitik in Deutschland, genauer in der Krankenhauspolitik, einen sehr stark fiskalisch geprägten Diskurs. Das heißt, es geht sehr stark um Effizienzsteigerung. Das System ist letztlich

auch darauf ausgerichtet, Krankenhäuser aus dem Markt hinauszubefördern und damit den Markt zu bereinigen, weil wir zu viele Krankenhäuser haben. Und genau dieser Mechanismus, also starker Effizienzdruck auf die Krankenhäuser und der Versuch, Krankenhäuser aus dem Markt hinauszubefördern, wirkt natürlich auch auf die Universitätsmedizin.

Und zwar eins zu eins wie auf alle anderen Krankenhäuser.

Meine dritte These ist, dass es in anderen Ländern als Korrektiv dazu auch eine Diskussion gibt, inwiefern Universitätsmedizin als Standortfaktor im internationalen Wettbewerb gefördert werden muss. Es geht also nicht nur um eine fiskalische Betrachtung der Universitätsmedizin, sondern eben auch insgesamt um die Frage: Was kann Universitätsmedizin für den Standort Deutschland im internationalen Wettbewerb leisten? Diese Diskussion kommt in der deutschen Gesundheitspolitik viel zu kurz. Universitätsmedizin ist der einzige Leistungserbringer im Gesundheitssystem, der im internationalen Wettbewerb steht. Herr Einhäupl hat es gestern eindrücklich beschrieben: Es geht um die besten Köpfe, es geht um den Wettbewerb um Erfindungen und um Patente in einer Zeit, wo Biomedizin gerade im Umbruch ist und sich ganz neue Möglichkeiten entwickeln. Die Frage, wo Deutschland hier mitspielt, ist eine ganz zentrale, und in anderen Ländern wird diese Frage anders beantwortet als im deutschen Kontext, wo, wie gesagt, der Fokus sehr stark auf maximaler Effizienz liegt, weniger auf der Frage: Wie müssen wir uns eigentlich ordnungspolitisch aufstellen als Land im internationalen Wettbewerb, um auch dauerhaft in der Hochschulmedizin wettbewerbsfähig zu bleiben? Meine Botschaft an der Stelle lautet: Wir müssen den Diskurs ein Stück weit entfernen von einer reinen Effizienz- und Kostenbetrachtung hin zu einer Chancenbetrachtung: Welches Potenzial haben wir in der Universitätsmedizin eigentlich und wie können wir es stärker aktivieren?

Ich komme zu meinem vierten Punkt: Wir haben in Deutschland immer noch ein sehr stark auf Großkrankenhäuser ausgerichtetes Verständnis von Universitätsmedizin, während wir im internationalen Vergleich eher erleben, dass Universitätsmedizin sich zunehmend als Health-System organisiert, als regional aufgestellter Player, der in Netzwerken agiert, und zwar teilweise über alle Versorgungsstufen hinweg, von der primärärztlichen Versorgung bis hin zur High-End-Medizin. Das scheitert in Deutschland an vielen Stellen an unseren Systemrahmenbedingungen: Sektorentrennung und Wettbewerb statt Kooperation im Krankenhausbereich. Wenn es solche Kooperationen, die sich in Deutschland auch punktuell entwickelt haben, gibt, dann nicht wegen,

sondern trotz unseres Systems. Hier sollten wir, wenn man dem internationalen Trend folgen will, dringend auch zu einem anderen Verständnis von Universitätsmedizin kommen, was uns dann wiederum erlauben würde, im System Effizienzreserven zu realisieren, an die wir heute gar nicht herankommen, weil wir uns so, wie wir es eigentlich müssten, nicht aufstellen können.

Mein fünfter Punkt, der, wie ich hoffe, ein Stück weit auch erklärt, warum wir manche politischen Diskussionen so führen, wie wir sie führen, lautet, dass es in Deutschland keine politische Gesamtverantwortung für die Universitätsmedizin gibt, sondern die Universitätsmedizin in ihren unterschiedlichen Facetten – Forschung, Lehre, Krankenversorgung – von ganz unterschiedlichen Stellen im System verantwortet und auch betrachtet wird. Wir haben den Bund, wir haben die Länder, wir haben dann noch eine Selbstverwaltung im Gesundheitssystem, die ebenfalls sehr viel regelt, und daneben dann die unterschiedlichen Ressortverteilungen zwischen Wissenschaft auf der einen und Gesundheit auf der anderen Seite. Es fehlt der Ort, wo das politisch zusammen gedacht wird, und zwar auf einer nationalen Ebene. Und deswegen plädieren wir seit vielen Jahren dafür, dass Wissenschafts- und Gesundheitspolitik dringend Plattformen brauchen, wo man dieses Thema „Universitätsmedizin“ ganzheitlich betrachtet, um letztlich auch den ordnungspolitischen Rahmen – Frau Gürkan hat es angesprochen –, den es seit einigen Jahren, spätestens seit der HBFG-Abschaffung in der Form eigentlich nicht mehr gibt, kohärent weiterzuentwickeln. Über alle Themenbereiche der Universitätsmedizin hinweg, braucht es diese politische Gesamtverantwortlichkeit. Das haben andere Länder uns voraus. Ich war unglaublich beeindruckt, als wir in den Niederlanden vor einigen Jahren das Gesundheitsministerium besucht und dort die Botschaft mitbekommen haben, dass die Universitätsmedizin der Niederlande als der zentrale Steuerungshebel für das gesamte Gesundheitssystem gilt. Diese Debatte würde ich mir in Deutschland auch wünschen. Und wenn wir hier ein Stück vorankämen, wäre, meines Erachtens, viel gewonnen. Vielen Dank.

Weidenfeld Herr Professor Kroemer, Fallpauschalen gelten als Mittel, Gesundheit vergleichbar zu machen. Was ist daran falsch?

Kroemer Die Frage an sich ist schon ein bisschen tendenziös, Frau Weidenfeld.

Weidenfeld Ich bitte um Verzeihung.

Kroemer Der ursprüngliche Titel meines Statements war englisch, doch ich bin der Meinung, dass man das meiste auch auf Deutsch sagen kann.

Ich werde mich im Folgenden mit der Frage beschäftigen: Passt die Vergütung im Bereich der Klinik zur Universitätsmedizin? Ich werde diese Frage mit Nein beantworten und möchte versuchen, Ihnen das kurz auszuführen. Zunächst ganz kurz zur Historie: Seit dem Jahre 2000 gilt in Deutschland die GKV-Reform, die besagt: Die Vergütung der Leistungen für alle Krankenhäuser erfolgt durch ein durchgängiges leistungsorientiertes und pauschales Vergütungssystem. Herr Heyder hat schon festgestellt, dass ein Alleinstellungsmerkmal hierbei ist, dass dies für alle Häuser gilt. Das Ganze hat für die Universitätsmedizin von Anfang an erhebliche Probleme gebracht, weil im Fallpauschalsystem wichtige Tatbestände, wie etwa Hochschulambulanzen, Weiterbildung, Notfälle, Extremkostenfälle oder seltene Erkrankungen, darin nicht wirklich abgebildet werden. Das Gegenargument ist immer, das jeder Maximalversorger dies habe. Aber alle diese Tatbestände zusammengekommen gibt es eben nur an der Universitätsmedizin. Daneben gab es von Anfang an eine ausgeprägte Scherenproblematik, weil die Fallpauschalen entlang der Grundlohnsummen erhöht wurden. Sie alle wissen, dass sich die Personalkosten jedoch viel stärker entwickelt haben. Und mein letzter Punkt hat etwas damit zu tun, dass ich sehr lange als Dekan tätig bin: Man hat in einem Haus zwei völlig unterschiedliche Systeme: Das Fallpauschalsystem ist flexibel, schnell, hoch reaktiv. Nach einem anderen System funktioniert die Forschung. Ich habe lange ein Forschungsinstitut geleitet, wenn Sie mir da mein Geld weggenommen hätten, hätte ich die nächsten fünf Jahre noch weiter publizieren können. Das heißt, wir haben auf der einen Seite innerhalb derselben Einrichtung ein extrem schnelles, adaptives, leistungsabhängiges System und direkt daneben und untrennbar damit verknüpft in der Forschung ein sehr langsam agierendes System. Es liegt in der Natur der Sache, dass in zwei solchen Systemen der Bereich Forschung und Lehre von der Krankenversorgung an die Wand gedrückt werden muss. Und das passiert auch überall. Die Lösungsmöglichkeiten, die wir seit vielen Jahren vorschlagen, finden kein Gehör. Bezüglich des Fehlens von Tatbeständen haben wir einen Systemzuschlag vorgeschlagen, doch es blieb völlig erfolglos. Der von uns sehr geschätzte Gesundheitsminister Gröhe hat immer gesagt, dass nur die Art der Leistung und nicht der Ort der Leistung finanzierungsrelevant sein solle, doch wir alle wissen, dass in fast jedem Gewerbe Ort und Art der Leistung untrennbar verknüpft sind. Auf die internationale Vorgehensweise hat Herr Heyder hingewiesen. Es gab positive Effekte, Einzeltatbestände, die gelöst worden sind, etwa im Bereich der Hochschulambulanzen. Das hat uns in der Tat gewisse

Einkünfte gebracht, aber auch das hat drei oder vier Jahre und damit extrem lange gedauert. Jetzt nähert man sich mit der gleichen Behäbigkeit der nächsten Frage, den Notfällen oder den Zentren. Wenn das so weitergeht, dauert es ewig, bis Dinge abgehandelt sind. Auf die Scherenproblematik haben wir alle mit Leistungsausweitung reagiert. Natürlich fehlt die Kontrollgruppe, die Auskunft darüber geben könnte, was passiert wäre, wenn wir keine Fallpauschalen eingeführt hätten. Aber durch die Mehrerlösausgleiche und Fixkostendegressionsabschläge wird auch der Leistungsausweitungsweg faktisch blockiert.

Was sind die Konsequenzen, die daraus folgen? Die universitäre Medizin in der Krankenversorgung ist chronisch unterfinanziert und mittlerweile in einer Art und Weise auf Kante genäht, die schlicht und ergreifend unerträglich ist. In den meisten Abteilungen, das betrifft nicht nur die Ärzte, sondern auch die Pflege, sind die krankheitsbedingten Ausfälle oder Ausfälle durch Schwangerschaften und anderes faktisch nicht mehr kompensierbar, weil es keine Personalreserven mehr gibt. Das wird kombiniert mit interessanten Systemproblemen. Ich möchte Ihnen ein Beispiel aus dem praktischen Leben geben, weil hier gestern auch – wie ich meine, leichtfertig – über Schließung von Krankenhäusern geredet wurde. Mein Beispiel betrifft die Arbeit an der Universitätsmedizin Göttingen, dort gibt es in 80 Kilometer Umkreis nur noch einen weiteren Maximalversorger. Das heißt, wenn Leute krank werden, können sie sich an genau zwei Krankenhäuser wenden. Im letzten Jahr ist ein peripheres kleines Krankenhaus in die Insolvenz gegangen. Was sollen die Patienten machen, die sich dort üblicherweise haben behandeln lassen? Sie kommen zu uns. Was bedeutet das? Wir behandeln mehr Fälle, als vorher mit der Kasse vereinbart, wir haben 2.500 mehr Case-Mix-Punkte gemacht. Weil das über dem liegt, was wir vorher in diesem planwirtschaftlichen System vereinbart haben, müssen wir 70 Prozent der Kosten zurückzahlen. Das heißt, wir sitzen auf einem riesigen strukturellen Defizit, an dem wir nichts ändern können. Deswegen darf man die Diskussion nicht auf die Fallpauschalierung begrenzen, sondern muss sich auch das Umfeld an Systemeffekten anschauen. Hier zeigt sich, dass sich das System in Teilen einfach verselbstständigt hat. Denken Sie nur an die resultierende Kontrollindustrie im Bereich der MDK-Prüfung, die mittlerweile 25 Prozent beträgt, und daran, was es für eine Auseinandersetzung darüber gibt, ob wir Leute vom MDK zu uns holen sollten, um deren Aktivitäten letztendlich abwehren zu können. Das hat ein Ausmaß an Unsinn und an Kostenintensität erreicht, wofür sich jedoch keiner interessiert, das aber

zunehmend relevant ist. Und der Effekt ist darüber hinaus, dass viele junge Leute, die wir ausbilden, einfach den Spaß daran verlieren, in einem solchen Environment zu arbeiten.

Zwei Fragen: Gibt es Hoffnung auf Änderung? Die gibt es indirekt. Herr Spahn, der gestern hier war, hat im Pflegebereich Personalbemessung in vier Fächern eingeführt. Es gibt keinen Grund, das nicht auch auf die anderen Fächer auszudehnen. Herr Henke ist hier, ich gehe davon aus, dass die Ärzteschaft nicht lange brauchen wird, dies zu fordern mit dem Argument, wenn es in der Pflege Personalbemessung gibt, soll es das auch für die Ärzte geben. Es gibt zunächst auch keinen Grund, der dagegen spräche. Doch damit wird der managebare Teil im Bereich der Fallpauschalen immer kleiner. Wir haben im Prinzip nichts mehr, was wir aktiv beeinflussen können, oder zumindest nur noch sehr wenig. Das ist aus meiner Sicht wie beim Domino der erste Stein, der im Fallpauschalensystem umfällt. Aber man muss genauso fragen, denn man kann ja nicht nur meckern, was am Ende des Tages denn die Alternative ist. Fallpauschalen sind nicht nur negativ. Ich kann mich noch an Zeiten in der Universitätsmedizin erinnern, in denen wir nicht näherungsweise wussten, wo eigentlich das Geld blieb, das wir hatten. Und das ist vorbei. Die Fallpauschalen haben zu einer maximalen Transparenz geführt. Also ist die Frage, in welche Richtung es gehen soll, in der Tat zu beantworten. Ich bin der Überzeugung, dass Universitätsmedizin anders finanziert gehört als der Rest.

Ich komme damit zu meiner Zusammenfassung. Wir haben ein Vergütungssystem mit einer starken Tendenz zur Verselbstständigung. Wenn ich politisch links stünde, was nicht der Fall ist, würde ich sagen, dass hier ein medizinisch-industrieller Komplex entstanden ist, der etwas außer Kontrolle geraten ist. Wobei man sagen muss, dass das nicht nur die Fallpauschalierung betrifft, sondern auch die ganze rechtliche Umgebung, innerhalb derer diese Fallpauschalierung agiert. Um die Diskussion etwas anzuheizen, schließe ich meinen Beitrag mit der festen Überzeugung, dass wenn das System sich nicht ändert und es die nächsten zehn Jahre so bleibt, die Universitätsmedizin, wie wir sie kennen und von der wir glauben, dass sie systemrelevant in Deutschland sei, so nicht mehr geben wird. Vielen Dank.

Weidenfeld Herr Kaufmann, Sie werden sich mit der Pauschalierung von Studenten beschäftigen.

Kaufmann Ich hoffe nicht, dass ich mich mit der Pauschalierung von Studierenden oder Studenten hier beschäftigen muss. Als ich gefragt wurde, ob ich sowohl einen Impuls als auch einen Beitrag auf dem

Podium leisten könne, wurde mir das Thema „Clusterpreise“ für Studierende zugesprochen. Wenn man sich mit diesem Thema befasst, stellt man relativ rasch fest, dass es sich um ein singulär in Hessen existierendes Phänomen handelt. Clusterpreise für Studierende gibt es ansonsten, soweit ich weiß, in der Bundesrepublik nirgends. Daher drängt sich die Frage auf, ob dieses System mit Clusterpreisen denn eigentlich ein gutes System ist oder eines, was besondere Schwierigkeiten beinhaltet. Die Bildung von Clusterpreisen stellt den Versuch dar, Kostenstrukturen, die wir in Forschung und Lehre und in der Krankenversorgung, also in der gesamten Kuppelproduktion (Heilung, Forschung, Lehre) bezogen auf die Universitätsmedizin haben, ein Stück weit abzubilden. Das bedeutet, dass man einen bestimmten Betrag errechnet, den wir in einer bestimmten Zeitperiode pro Studierenden ausgeben. Das kann man dann hochrechnen auf eine bestimmte Situation. Von Seiten des Geldgebers heißt es an dieser Stelle dann, dass man diesen Betrag in den nächsten fünf oder zehn Jahren garantiere und in dieser Zeit aber auch nicht erhöhen werde. Das Problem dabei ist jedoch, dass um uns herum alles andere an Kostenfaktoren und Kostenstrukturen steigt und insofern hier ein schleichender Wertverzehr existiert. Unser Geldgeber, das Ministerium, sagt uns gleichzeitig, dass man in dieser Zeit natürlich auch keine weiteren Studienplätze ausbauen werde, obwohl faktisch die Notwendigkeit besteht, dass man zusätzliche Studierende im Bereich der Universitätsmedizin ausbildet. Dafür gibt es dann – etwas sarkastisch formuliert – kreative Lösungen mit Satellitenmodellen und Ähnlichem. Auf das Thema der Satellitenmodelle werde ich später vielleicht noch einmal zu sprechen kommen. Im Bereich der Universitätsmedizin tragen wir aber die Verantwortung dafür, dass die Studierenden nicht nur ihre Stunden in den Universitäten absitzen. Wir müssen zur Ausbildung der Studierenden in der Universitätsmedizin sowohl eine hervorragende Lehre als auch eine hervorragende Forschung als auch eine hervorragende Krankenversorgung sicherstellen. Und wir wollen die Studierenden sehr rasch am Krankenbett sehen, so sind zumindest die Reformbemühungen im Rahmen des Medizinstudiums vorgesehen. Und dies muss Hand in Hand gehen. Und wir haben zwei Systeme, die eher planwirtschaftlich agieren. Herr Kroemer hat das vorhin auf der Ebene der Fallpauschalen, der DRGs und Ähnlichem beschrieben. Ein ähnliches System gibt es auch im Rahmen der Universitätsmedizin dergestalt, dass es dort in Bezug auf die Lehre für uns fest vorgeschriebene Zulassungszahlen gibt und das Problem ist hier, dass wir uns aus diesem Korsett nicht wegbewegen können und nicht selbst

entscheiden können, was wir als Universitätsmedizin, als Universitäten im Rahmen der gesamten Erbringung dieser Leistung benötigen. Ich wurde im Vorfeld bereits gefragt, ob es für die Universität überhaupt ein Problem darstelle, wenn der Fall eintritt, dass es der Universitätsklinik schlecht gehe. Meine Antwort lautet, dass es immer ein großes Problem für die Universitätsmedizin insgesamt darstellt. Denn sowohl, wenn es der Universitätsklinik schlecht geht als auch, wenn es der Universität schlecht geht, ist dies schlecht für den gesamten Prozess, weil wir hier Hand in Hand agieren müssen. In diesem Gefilde der Kuppelproduktion gibt es keine klaren Kostenstrukturen. Wir können nicht genau ermes- sen, welche Kosten beispielsweise entstehen, wenn die Studierenden mit ans Krankbett gehen und entsprechend wissen wir nicht, was dies für die Produktionsfunktion und die Kostenfunktion auf der Klinikseite bedeutet. Und wir können auch nicht genau ermessen, welchen Effekt es hat, wenn die Universitätsmedizin, also die Krankenversorgung, unmittelbar in der Lehre mit aktiv ist. Wir befinden uns in einem System, in dem wir mit Annahmen und entsprechenden Schätzungen umgehen müssen. Gleichzeitig mussten wir in den letzten Jahren, Jahrzehnten mit fixen Beträgen, das heißt keinen Steigerungsbeträgen, umgehen, sodass wir Jahr für Jahr allein durch die Inflation Mittel verlieren und auch auf der universitären Seite in ein deutliches Dilemma bezüglich der Kostenstrukturen hineinlaufen. Dies kann man nicht mit entsprechenden Clusterpreisen bedienen, weil diese zu wenig Flexibilität und zu wenige Möglichkeiten bieten, um hier eine entsprechende Finanzierung sicherzustellen. Wir haben ein föderales System, das heißt, dass jedes Bundesland selbst versucht, seinen Ausbildungsstandard zu setzen. Im Bundesvergleich liegen die hessischen Clusterpreise hier eher im unteren Drittel, vielleicht sogar noch ein bisschen tiefer und sie sind sicherlich nicht auskömmlich. Ansonsten würde sich die Vermutung aufdrängen, dass in Hessen besonders günstig produziert wird und dies ist sicher eher nicht anzunehmen. Mit Clusterpreisen, das hatte ich vorhin bereits kurz angedeutet, reagiert man ein Stück weit auf die Anzahl der Studierenden. Wenn aber der Preis pro Student die Menge des Geldes bestimmt, welches eine Universität zur Verfügung hat, was geschieht dann, wenn die Zahl der Studierenden sinkt? Könnten wir als Universität dann unsere Lehrleistung plötzlich zurückfahren? Nein, das könnten wir natürlich nicht, sondern wir müssen eine entsprechende Lehrleistung garantieren. Wie bereits erwähnt, gibt es zur Lösung von solchen Finanzierungsdilemmata kreative Ideen wie Satellitenmodelle und Ähnliches. Doch wenn wir einen Teil der Ausbildung an andere

Häuser, aus den Universitätsmedizinstandorten und aus den Universitätsklinikum heraus verlagern, müssen wir uns immer fragen, ob dies mit den Ansprüchen vereinbar ist, die wir an die Qualität der Lehre auf der einen Seite, an die Qualität der Forschung und an die Qualität der Governance und der Rahmenbedingungen auf der anderen Seite stellen. Wenn man diese Frage ehrlich beantwortet, wird man feststellen, dass diese vermeintlich kreativen Lösungen nicht zu Einsparungseffekten führen können.

Weidenfeld Herr Kaufmann, vielleicht darf ich die Diskussion mit einer Rückfrage an Sie eröffnen: Wenn die Hessen so viel weniger für ihre Studierenden ausgeben, als sie sollten, sind dann die in Hessen ausgebildeten Ärzte auch schlechter als die anderen?

Kaufmann Nein, die hessischen Ärzte sind sicherlich nicht schlechter ausgebildet als die anderen, aber die Rahmenbedingungen, die die Universitäten und die Universitätsmedizin vorfinden, sind deutlich schlechter. Und daraus ergibt sich natürlich auch die Frage, ob sich dies auf lange Sicht auch auf die Forschung und auf den Krankenversorgungaspekt etc. auswirkt. Hier gibt es keine einfachen Antworten. Die Schlussfolgerung, dass wenn zehn Prozent weniger Geld in dieses System fließt, dies zu zehn Prozent schlechter ausgebildeten Ärzten führe, wäre zu einfach gedacht. Das gleiche gilt für den Umkehrschluss. Auch wenn man zehn Prozent mehr Geld in das System gebe, wäre das Ergebnis nicht zehn Prozent bessere Studierende. Vielmehr handelt es sich um einen Prozess, der insgesamt eine auskömmliche Finanzierung braucht und damit stabile wie langfristig tragfähige Konzepte. Denn wenn wir heute Studierende zulassen, die heute ein Studium aufnehmen, dann ist damit eine Verpflichtung verbunden, die die Universität, die Universitätsmedizin über einen Zeitraum von sieben Jahren erbringen muss. In diesem Zeitraum muss jeder Studierende eine vernünftige Ausbildung erfahren.

Weidenfeld Herr Kroemer, Herr Kaufmann sagt, mehr Geld ist nötig, führt aber nicht notwendigerweise zu besseren Absolventen. Sie sagen, bei den Fallpauschalen brauchen Universitätsklinikum etwa zehn Prozent mehr, damit sie ihre Kosten besser abbilden können.

Kroemer Ich habe nicht davon gesprochen, dass wir bei Fallpauschalen zehn Prozent mehr fordern. Inwieweit eine Erhöhung der Fallpauschalen tatsächlich individuell sinnvoll ist, weil das auch Steuerungseffekte nach sich ziehen würde, muss man hier noch einmal in Ruhe diskutieren. Ich habe versucht, zu verdeutlichen, dass wir in der Summe in einem System arbeiten, was mit der Funktionalität dessen, was wir von Universitäts-

medizin zu Recht erwarten, nicht vereinbar ist. Man sollte die universitäre Medizin vielleicht über den einzelnen Standort hinaus betrachten. Und dann muss man doch sagen, eigentlich könnte die Bundesrepublik aus anderen Bereichen lernen. Wir haben es fertig gebracht – Beispiel Deutsche Bahn, Beispiel Bundeswehr –, große Systeme in eine absolute Instabilität zu führen, aus der man nur noch sehr schwer wieder herauskommt. Ein bisschen sehe ich diese Gefahr auch für die universitäre Medizin. Wenn man diese ausreichend weit in eine Dysfunktionalität gebracht hat, wird es sehr lange dauern, dies wieder zu korrigieren, insbesondere weil – wie es auch bei den Vorrednern deutlich wurde – es sich um ein komplexes System handelt aus investiven Maßnahmen, die sowohl die Krankenversorgung wie auch die Forschung und Lehre finanzieren. Mein Plädoyer geht demzufolge ganz klar in die Richtung, das Gesamtsystem zu betrachten und systemische Ansätze zu wählen. Deswegen bin ich nach wie vor der Überzeugung – auch wenn dies politisch nicht durchsetzbar ist –, dass man im Grundsatz einen intelligenten Weg eines Systemzuschlags, der nicht unmittelbar über die Fallpauschalen läuft, wählen müsste, so wie man das etwa in Holland gemacht hat.

Gürkan Ja, dem kann ich absolut zustimmen. Wir brauchen für die Abdeckung der Betriebskosten mehr als die DRGs. Ich selbst denke, dass die DRGs gegenüber dem, was wir vorher hatten, nämlich die tagesgleichen Pflegesätze, die bessere Lösung sind. Aber mit deutscher Gründlichkeit oder Konsequenz zu sagen, für alle gelten die gleichen DRGs, dies ist nicht sachgerecht. Es bräuchte diese Zuschläge für besondere Betriebskosten wie für Investitionen. Wir hatten mehrfach den Anlauf genommen, in Deutschland die Monistik einzuführen, doch es ist auf vielerlei Ebenen nicht gelungen, hier zu überzeugen. Es ist ein betriebswirtschaftlich wirklich unsinniges Vorgehen, wenn man nicht Hand in Hand entscheiden kann über den Aufwand für den laufenden Betrieb und die investiven Maßnahmen. Das gibt es in keiner anderen Branche und das gibt es im Übrigen auch nicht im Ausland. Diese duale Finanzierung, wie wir sie in Deutschland seit 1972, also seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), haben, ist schädlich für das Gesamtsystem, nicht nur für die Uniklinika, sondern für den Krankenhausbereich insgesamt. Die Tragik ist dabei, dass wir auf der einen Seite die Fiktion der dualen Finanzierung haben und dann nicht auskömmlich im Betrieb finanziert werden, das trifft uns doppelt. Und die Taktik, in Folge schlechter Bausubstanzen zu erreichen, dass vielleicht die eine oder andere Klinik vom Netz geht, das ist auch unfair. Dann sollte man lieber

Tacheles reden und den Bedarf an Krankenhäusern entsprechend nachvollziehbarer Kriterien festlegen. Der Mehrbedarf für Uniklinika gegenüber Maximalversorgern aufgrund der Aufgaben in Forschung und Lehre ist auch nachweisbar. Die Forderung von 14 Prozent Investitionsquote ist eine Range, die völlig in Ordnung ist, auch mit Blick auf die anderen Länder und, ich sage es noch mal, auch mit Blick auf die Großforschungseinrichtungen. Und das muss unser Ziel sein. Ich denke, die Länder haben es verstanden, dass sie ihre Universitätsmedizin an dieser Stelle sonst auch kaputt sparen. Ich könnte mir vorstellen, dass wir, wenn wir in die Monistik kommen würden, vielleicht entsprechend des Schweizer Modells, darauf dann noch einmal eine Zusatzfinanzierung für die Anteile Forschung und Lehre erhalten – vielleicht zehn Prozent vielleicht können es dann auch zwölf oder 14 Prozent sein. Dann hätten wir es geschafft. Dieses Thema ist bei uns seit 20 Jahren vakant und es ist, ähnlich wie wir es gestern für die Digitalisierung gehört haben, einfach nicht verständlich, warum man hier nicht weiterkommt.

Weidenfeld Ich bitte um Nachsicht, wenn ich es gerne etwas genauer haben würde.

Heyder Das ist genau die richtige Frage. Es ist mittlerweile durchaus auch politisch anerkannt, dass es in unserem momentanen Finanzierungssystem Lücken gibt. Dies hat gestern sogar der Minister relativ klar zum Ausdruck gebracht. Notfallvorhaltung war ein Thema, die Zentren sind mehrfach angesprochen worden. Die spannende Frage ist aber jetzt: Wie übersetze ich das in eine Finanzierungslösung? Der Ansatz, den auch Herr Gröhe schon damals verfolgt hat, nicht mehr pauschal nach dem Türschild Uniklinik zu finanzieren, sondern das Geld nach den einzeln aufgeschlüsselten Sonderaufgaben der jeweiligen Klinik zu bemessen, setzt ja voraus, dass man das Besondere dann auch wirklich im Detail operationalisieren, beweisen kann. Diesem Ansatz folgt das Prinzip, nach dem wir unser Finanzierungssystem in Deutschland seit Jahren weiterentwickeln. Wir haben mittlerweile das komplexeste Fallpauschalensystem der Welt, Herr Kroemer hat das angedeutet, bis hin zu einem Grad, an dem wir es nicht mehr beherrschen können. Zu fragen ist nun: Wie weit wollen wir dieses System noch ausdifferenzieren, um immer noch weitere Aspekte einzeln zu bepreisen? Oder wo gehen wir vielleicht besser wieder einen Schritt zurück, um bestimmte Dinge, die man nur sehr schwer operationalisieren kann, pauschal zu lösen? Wollen wir immer mehr Differenzierung, immer mehr Kleinteiligkeit, immer mehr Einzelnachweise, verbunden auch mit immer mehr Dokumentationen in den Häusern, oder sollten wir ein Stück weit

zurückgehen, auch pauschale Lösungen für Dinge akzeptieren, von denen wir alle gemeinsam doch wissen, dass sie unterschiedlich im System verortet sind? Das müssen wir, glaube ich, noch einmal diskutieren. Wir haben in den letzten Jahren beim Thema „Notfallvorhaltung“ versucht, alles ins System zu bringen. Das hat drei Jahre gedauert, mit dem Effekt, dass es faktisch in der Praxis finanziell nichts ändert.

Weidenfeld Aber das ist doch Ihr Problem, und nicht das Problem des Gemeinwesens. Sie müssen einfach schneller nachweisen.

Heyder Das schnelle Nachweisen ist leider einfacher gesagt, machen wir es ganz konkret an einem Beispiel. Eine Sache, die man aus allen Universitätskliniken hört, wenn man mit den Leuten vor Ort spricht, ist, dass in den letzten zehn Jahren die Anzahl an Anfragen an die Ärzte seitens anderer Krankenhäusern und aus niedergelassenen Praxen enorm in die Höhe gegangen ist, weil eben im System die Expertise, die es bei den Spezialisten in den Uniklinika gibt, zunehmend nachgefragt wird.

Weidenfeld Aber wenn das schon seit Jahren so ist, dann müssten Sie doch irgendwann ein „Preisschild“ daran machen können.

Kaufmann Es wäre verlockend, zu sagen: Wir haben eine Möglichkeit im Rahmen der Betriebswirtschaftslehre gefunden, alles, was am Markt ist, mit Preisschildern zu versehen. Da gibt es dann ausführliche Controllingverfahren und sonstige Modelle, aber so einfach geht es leider nicht. Ich möchte aber an dieser Stelle noch einen anderen Aspekt ansprechen und damit ein Stück weit wegkommen von dem „Preisschild“. In den letzten Jahren besteht ein gedeckeltes System, sowohl was die Krankenversorgung als auch was die Mittel für die Universitätskliniken und die Mittel für die Universitäten angeht. Und wir haben uns in Baden-Württemberg bei dem Thema „Wie gehen wir denn in die Verhandlungen des Hochschulfinanzierungsvertrages?“ als Universitäten den Spaß erlaubt, einmal auszurechnen, wie viel finanzielle Mittel wir pro Student im Jahr 1998 zur Verfügung hatten, und zwar zum Zeitpunkt, als wir damals den ersten Solidarpakt abgeschlossen hatten, und wie viele wir im Vergleich dazu heute pro Student haben. Dabei konnten wir feststellen, dass dies eine deutlich nach unten gehende Kurve zeigt. Wenn man diesen Spaß noch etwas weitertreibt und das Bruttoinlandsprodukt in Baden-Württemberg oder das Steueraufkommen in Baden-Württemberg dem Ergebnis dieses Vergleichs gegenüberstellt, so erkennt man eine völlig gegenläufige Tendenz. Während das Steueraufkommen steigt, sinkt der Anteil, den wir als Universitäten und auch als Universitätsmedizin aus diesem Steueraufkommen erhalten. Das

bedeutet, dass hier offenbar eine Verschiebung der Wahrnehmung von Interessen innerhalb der Politik vorliegt. Es werden andere Themen deutlich wichtiger und mit mehr Geld ausgestattet, als der Bereich der Universitäten oder der Universitätsmedizin. Diese Frage sollte man durchaus auch einmal gesellschaftlich diskutieren. Sind wir bereit, den gleichen Stellenwert, den man noch in den 90er Jahren und Anfang der 2000er Jahre der Bildung und der Gesundheitsvorsorge zugemessen hat, heute diesen beiden wesentlichen Zukunftsthemen noch zuzumessen? Oder haben wir andere Schwerpunkte innerhalb der Gesellschaft, die wir entsprechend ausstatten? Dies kann der Fall sein, müsste dann aber politisch gerechtfertigt werden

Weidenfeld Das ist eine Frage, die sich natürlich gleich noch einmal an Herrn Heyder richten wird. Zunächst aber Herr Kroemer und dann Frau Gürkan, bitte.

Kroemer Wir wissen seit Jahren sehr genau, wie viel Geld wir für bestimmte Tatbestände fordern, können das aber in der Tat politisch nicht durchsetzen; es wird einfach nicht umgesetzt. Hier müssen wir uns vielleicht auch ein bisschen an die eigene Nase fassen und uns fragen, warum wir das nicht schaffen. Wir repräsentieren mit den 36 Uniklinika zehn Prozent aller stationären Leistungen und 15 Prozent aller Intensivleistungen. In unseren Häusern arbeiten Hunderttausende, wir generieren Milliardenumsätze und doch sind wir nicht in der Lage, unsere Interessen effektiv politisch umzusetzen. Darf man fragen, warum? Vielleicht kann man sich bei den Lokführern, die viel weniger sind und viel mehr durchsetzen, ein Beispiel nehmen. Aber ich glaube, dass die Problematik sachlich darin besteht, dass wir nirgendwo als Institution materiell zu Hause sind, sondern am Ende des Tages zwischen allen Stühlen sitzen. Die Sozialministerien der Länder sind eigentlich zuständig für die Krankenversorgung, in Niedersachsen gibt es einen Krankenhausplan, in welchem aber die zwei größten Einrichtungen, nämlich die Medizinische Hochschule Hannover und die Universitätsmedizin in Göttingen, gar nicht enthalten sind, weil diese aus dem Wissenschaftsministerium bewirtschaftet werden. Das heißt, es ist weniger eine Frage der Festlegung eines Preisschildes, als vielmehr eines adäquaten Adressaten. Es besteht meines Erachtens kein Zweifel daran, dass wir uns politisch noch besser aufstellen müssen. Wir denken sehr intensiv darüber nach, die Fakultäten und die Uniklinika enger zu verbinden, um eine bessere Lobbyarbeit zu erreichen. Hier liegt sicherlich eine Bringschuld von unserer Seite.

Gürkan Dem kann ich absolut zustimmen. Wir müssen das, was wir als Uniklinika leisten, im Gesundheitssystem und darüber hinaus einfach auch besser vermarkten und an die richtigen Adressaten bringen. Dies ist kein Thema in Bezug auf unsere Patienten, diese wissen unsere Leistungen zu schätzen. Wir haben – und das gilt sicher für die meisten Uniklinika – kontinuierlich einen Zulauf an Patientennachfragen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich vor allen Dingen im ambulanten Bereich eine rasante Entwicklung abzeichnet, weil medizinischer Fortschritt, sprich Innovationen häufig gerade dort stattfinden. Das ist aber ein Bereich, der bei den Uniklinika in der Regel hoch defizitär ist. Darüber haben wir heute überhaupt noch nicht gesprochen. Aber gerade diesen Bereich brauchen wir dringend, etwa um auch klinische Studien umzusetzen und den medizinischen Fortschritt in neuen Methoden zu etablieren. Diese sind ganz häufig ambulant und nicht mehr stationär. Und das gilt es zu adressieren, sicher nicht mit einem „Preisticket“ im Einzelnen, sondern indem wir für unsere Vorhalteleistungen auch entsprechende Zuschläge bekommen, wir hatten es bei Herrn Gröhe bereits eindringlich gefordert, leider erfolglos. Das heißt jedoch nicht, dass wir es nicht weiter versuchen sollten. Neue Menschen, neue Chancen. Wir haben einen sehr umtriebigen neuen Gesundheitsminister. Ich denke, wir müssen die sachgerechte Finanzierung weiter einfordern.

Weidenfeld Meine Damen und Herren im Plenum, jetzt dürfen Sie sich, wenn Sie möchten, mit Fragen an der Diskussion beteiligen.



*Prof. Dr. Josef M. Pfeilschifter,
Dekan, Fachbereich Medizin,
Goethe-Universität Frankfurt am Main*

Pfeilschifter Erwartungsgemäß möchte ich zur Frage der hessischen Hochschul- ausbildung kurz Stellung nehmen. Erstens: Herr Kaufmann hat natürlich Recht, wir haben eine weit unterdurchschnittliche Landeszuführung und die Streubreiten durch die Republik sind groß. Das ist ein Faktor von zwei bis drei, das ist politische Setzung und wir müssen dies so akzeptieren. Die Konsequenz aber ist keinesfalls, und das möchte ich noch einmal betonen, dass wir schlechte Ärzte ausbilden. Die Ärzte, die wir ausbilden, sind hervorragend.

Weidenfeld Dann haben wir kein Problem.

Pfeilschifter Wir sind hoch effizient. Doch der Ort, wo sich dies dann materialisiert, liegt in den anderen Aufgabengebieten, die wir zu leisten haben. In der Forschung sind wir in unglaublichem Maße drittmittelabhängig. Ob dies wünschenswert ist, ist eine zweite Frage, weil dieses temporär und abhängig von externen Geldgebern ist. Und drittens: Das Binnenverhältnis innerhalb dieses untrennbar verbundenen Krankenversorgungs-Forschung-und-Lehre-Gebildes wird problematischer, weil, wie wir eben gehört hatten, die Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenversorgung nicht ausreichend sind und in dem Umfang entsprechend dramatisch nicht ausreichend auch die Zuführungsbeträge für Forschung und Lehre sind. Dies macht die Situation für uns hochproblematisch.

Weidenfeld Das heißt, wenn man Studenten clustert, hat man am Ende das Problem nicht bei der Ausbildung der Studierenden, sondern in der Forschung?

Pfeilschifter In der Forschung kann man dies durch Drittmiteleinwerbung kompensieren, dort sind wir auch hervorragend.

Weidenfeld Dann haben wir wieder kein Problem.

Pfeilschifter Das Problem liegt im Binnenverhältnis der Vorstände, Krankenversorgung und Forschung und Lehre. Hier müssen wir mit zweiseitig nicht ausreichenden Budgets das Unmögliche stemmen. Und das kann nicht gelingen, was sich an den defizitären Ausweisen und Bilanzen der großen Zahl Uniklinika dann nachvollziehen lässt.

Weidenfeld Könnte man nicht auch sagen: Wenn diese Kräfte im Wettbewerb stehen, ist das auch nicht schlecht?

Pfeilschifter Die Frage ist, wohin wir wollen. Herr Kroemer hat das pointiert in einem Vergleich dargestellt: Wollen wir auch einmal eine dysfunktionale Universitätsmedizin, damit wir analog zu Bundesbahn und Bundeswehr unsere Aufgaben nicht mehr erfüllen können? Wir dürfen nicht vergessen, dass wir als Universitätsmedizin in einem unverzichtbaren, enorm wichtigen Bereich arbeiten.

Fulda Herr Kroemer, Sie hatten das Problem „Akteursfähigkeit der Universitätsmedizin bei der Zweistühleproblematik“ angesprochen, das heißt, Universitätsmedizin an der Schnittstelle von Wissenschaftssystem und Gesundheitssystem. Genau diesen Punkt hat auch der Wissenschaftsrat bei seinen Empfehlungen für die Universitätsmedizin 2016 gesetzt. Meine Frage an die verschiedenen Akteure hier auf dem Podium lautet: Was sind aus Ihrer Sicht die prioritären Maßnahmen, um genau diese Akteursfähigkeit zu verstärken?



Prof. Dr. **Simone Fulda**, Vizepräsidentin für Forschung und Akademische Infrastruktur, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Seeger Prof. Dr. Werner Seeger, Ärztlicher Geschäftsführer am Standort Gießen, Universitätsklinikum Gießen und Marburg:

Ich möchte eine Rechenfrage an Heyo Kroemer stellen. Wurde einmal konkret nachgerechnet, wirklich um die Zahlen einmal auf den Tisch zu legen, wie viel Geld eigentlich durch die permanente Kontrolle des DRG-Systems im Grunde verschwendet wird? Angefangen bei den Assistenten, die viele Stunden des Tages damit zubringen, sich allein darauf zu konzentrieren, über Serien von Mitarbeitern, die eingestellt werden im peripheren Bereich, ein MDK, der aufgerüstet wird usw. Wenn man dies alles zusammenrechnet, landet man am Ende vielleicht bei zehn Prozent, die alleine

nur für Kontrollen ausgegeben werden. Und wenn man dieses Geld in das System stecken würde, käme es nicht einer wie auch immer gearteten Kontrollwelt zugute, sondern unmittelbar den Patienten. Ich denke, das muss man mal ausrechnen, um das plastisch zu machen.

Kroemer Das hat keiner ausgerechnet. Vor allen Dingen hat keiner ausgerechnet, ob den Kosten, die Werner Seeger beschrieben hat, irgendeine Form von Mehrwert gegenübersteht. Die ursprüngliche Intention, war es natürlich, die Qualität der Leistungen der Häuser durch diese ständige Kontrolle zu verbessern. Aber ich bin der festen Überzeugung, dass dieses Kontrollsystem sich vollständig verselbstständigt hat, ohne dass es irgendeine Form von materieller Obergrenze gibt, bis zu der wir gehen wollen. Und wenn wir mittlerweile bei knapp 30 Prozent an Fällen sind, die vom MDK nicht anerkannt werden, hat das ja eine Dimension erreicht, die nicht mehr nachzuvollziehen ist. Stellen Sie sich dies einmal für ein anderes Unternehmen vor, dessen Leistungen zu einem Drittel primär nicht anerkannt würde. Angesichts dieser Absurdität kann man sich nur wundern, dass das Ganze überhaupt noch funktioniert.

Weidenfeld Sie haben eben den medizinisch-industriellen Komplex zitiert, jetzt zitiere ich Lenin. Wäre Vertrauen besser?

Kroemer Sie meinen, Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser. Aber eine Kontrolle, die sich in dieser Form materiell bemerkbar macht, wie

Werner Seeger das gerade beschrieben hat, wird langsam ein Stück weit systemgefährdend, weil sie sich in ihrer Weiterentwicklung verselbstständigt und es keine Instanz gibt, die dafür Sorge trägt, dass diese Kontrolle in irgendeiner Form kontrolliert wird. Und damit sind wir auch wieder bei der Akteursfähigkeit, die nicht ausreichend existiert, worauf Simone Fulda gerade hingewiesen hat. Natürlich wäre es unsere Aufgabe zumindest einmal exemplarisch aufzuschlüsseln, um wie viel Geld es hier geht, auch wenn dies ausgesprochen schwer zu fassen ist, weil eine ganze Unzahl von indirekten Effekten, wie beispielsweise die Lohnkosten derer, die sich damit beschäftigen, in eine solche Berechnung integriert werden müssten. Sie sehen, die Akteursfähigkeit ist ein ganz wesentlicher Punkt. Wir denken im Moment sehr intensiv darüber nach, die Aktivitäten der medizinischen Fakultäten und des Verbands der Uniklinika auch strukturell miteinander zu verknüpfen, sodass es für die Politik hinsichtlich Universitätsmedizin eine einheitliche Ansprechmöglichkeit gibt. Es gibt andere Länder wie die Schweiz oder die USA, die dies eingeführt haben und die insgesamt gute Erfahrungen damit gemacht haben. Daher denken wir über solche Richtungen im Moment nach.

Gürkan Wir haben zwei Aufgabenbereiche, die auch unterschiedliche Adressaten haben. Einmal die Krankenversicherung, und dort sind wir nicht mehr nur durch den Verband der Universitätsklinika (VUD) vertreten, sondern auch durch die deutsche Krankenhausgesellschaft. Wir sind bemüht, zumindest einen Grundkonsens darüber herzustellen, dass innerhalb der 2.000 Krankenhäuser insgesamt in Deutschland, die Uniklinika eine Sonderstellung erhalten müssen, nicht nur in den Zuständigkeiten, sondern auch in der Finanzierung. Der andere Aufgabenbereich ist unsere Einbindung in die Landschaft der Universitäten – und auch da gibt es sehr viel Verbesserungspotenzial. Es gibt die verschiedenen Kooperationsmodelle, wie in Baden-Württemberg oder die Integration von Fakultät und Klinik in einer Rechtsform, die bewirken soll, dass die Abstimmung im Haus, in der Organisation eine sehr harmonische, effektive und schnelle sein kann. Ich denke, dort, wo die gemeinsame Adressierung von Interessen der Fakultäten und Klinika gut funktioniert, hat ein solches Haus grundsätzlich einen Wettbewerbsvorteil. Und das ist das, was man natürlich auch auf der Ebene der Interessensvertretungen, dem VUD und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT), zusammenführen muss, wie es Professor Kroemer bereits angesprochen hat, damit wir schlagkräftig sind und mit einer Stimme sprechen, die Fakultät und die Kliniken, in den Worten von Herrn

Kaufmann: Wir arbeiten in einem System mit der Kuppelproduktion. Man kann diese beiden Bereiche, Krankenversorgung auf der einen Seite, Forschung und Lehre auf der anderen, nicht trennen. Es ist auch ein Appell an uns selbst, kampagnenfähig zu werden. Wir sollten uns dazu auch die Zeit nehmen und die nötige Kraft investieren, um uns entsprechend aufzustellen.

Heyder Zur Akteursfähigkeit ist bereits einiges gesagt worden. Wir müssen uns institutionell anders aufstellen und gemeinsam agieren. Wir müssen auf der politischen Seite daran arbeiten, dass die Koordination zwischen den unterschiedlichen Zuständigkeiten besser wird. Ein zentraler Punkt ist aber – und das möchte ich auch als Auftrag an die Verbände formulieren – selbst Lösungen anzubieten. Wir müssen zeigen, wie es gehen kann und tun das auch an ganz vielen Stellen heute schon, denn am Ende des Tages geht es darum, konkrete Halbsätze in konkreten Gesetzen zu ändern.

Weidenfeld Sie erteilen sich jetzt also selbst einen Auftrag?

Heyder Ja, dazu müssen wir liefern. Das ist der Auftrag an die Verbände, diese Unterstützung zu leisten und im Dialog mit der Politik Lösungen anzubieten.

Bauerfeind-Roßmann Es sind verschiedentlich Bemerkungen über das System zur Finanzierung der Universitätsmedizin in Hessen gefallen. Dabei wurde ein viel zu niedriger „Clusterpreis“ als Besonderheit thematisiert. Dazu möchte ich klarstellen, dass es sich um einen Parameter (von mehreren Parametern) der leistungsorientierten Mittelzuweisung handelt. Dieser wird auch für alle anderen Fachrichtungen angewandt und bemisst im System des kaufmännischen Rechnungswesens den Bedarf für den laufenden Aufwand (der je nach Fachcluster unterschiedlich ausfällt). Und nur diesen, das heißt nur den Bedarf für Personal- und Sachkosten. Nicht darin enthalten sind beispielsweise die Vergütungen des Erfolgsbudgets, die Investitionsförderung oder die Forschungsförderung. Eine Besonderheit von Hessen sind die langfristigen Förderprogramme für Forschung



Ministerialdirigentin **Irene Bauerfeind-Roßmann**, Arbeitsbereich Hochschulmedizin, Ministerium für Wissenschaft und Kunst, Hessische Landesregierung, Wiesbaden

(LOEWE) und das seit über zehn Jahren laufende Hochschulbauprogramm (HEUREKA). Die hessische Landesregierung hat für Baumaßnahmen im neuen Koalitionsvertrag zusätzliche Mittel bis 2031 bewilligt, insgesamt ein Investitionsvolumen über alle Fächer in Höhe ca. sechs Milliarden Euro. Bei der Programmumsetzung wird auch der Bedarf der Universitätsmedizin berücksichtigt. Diese Baumittel sind u.a. in den durch die Clusterpreise definierten pauschalen Hochschulbudgets nicht abgebildet. Wenn nun MFT und der VUD abfragen, wie hoch die Aufwendungen der Länder für Forschung und Lehre in der Medizin sind, wurde für Hessen seither nur auf die Hochschulbudgets aus der leistungsorientierten Mittelzuweisung Bezug genommen, die den Hochschulen zur autonomen Bewirtschaftung pauschal zur Verfügung gestellt werden. Und nur auf diejenigen Mittel, die seitens der Präsidien an die Fachbereiche Medizin weitergegeben wurden. Die allein auf Basis der durch die „Clusterpreise“ gebildeten Budgets gezogene Schlussfolgerung, dass die Finanzausstattung der Universitätsmedizin in Hessen vergleichsweise besonders niedrig sei, trifft so nicht zu. Wir haben aufgezeigt, dass es Länder gibt, die den konsumtiven und investiven Aufwand für die Universitätsmedizin in einer Summe mit sogenannten Vollkosten in ihren Haushalten abbilden, was in Hessen nicht der Fall ist. Konsumtiver Aufwand, Förderung von Forschungsvorhaben und Investitionen und weitere Mittel werden getrennt veranschlagt. Wir haben den Aufbau einer validen Datenbasis für die Vergleichsberechnungen angemahnt.

Jauch *Prof. Dr. Karl-Walter Jauch, Ärztlicher Direktor und Vorsitzender des Vorstandes, Klinikum der Universität München:*

Ich kann mich mit den meisten Dingen absolut identifizieren, worin ich widersprechen würde, ist zu den Äußerungen zum Fallpauschalenzuschlag, weil dies unseren Systemen nicht entspricht. Die DRGs haben zumindest eine Kosten- und Leistungstransparenz hergestellt. Wir sollten sehr vorsichtig sein, diesen Topf, der wettbewerblich ausgestattet ist und bei welchem die Kostenträger eine entscheidende Rolle spielen, durch falsche Regulationen zu „verschlimmbessern“, das heißt, die Kostentransparenz zu vermindern. Ich halte dies für einen falschen Ansatz. Dass diese zehn oder 15 Prozent dem entsprechen, was wir benötigen, steht außer Frage. Es scheint mir für die Universitätsmedizin jedoch besser zu sein, dahingehend zu argumentieren, welche Leistung derzeit überhaupt nicht bezahlt wird. Genau dies müssen wir herausstellen, und zwar als Akteur im Gesamtsystem einer überregionalen wie

regionalen Versorgung, denn Spezialitäten im ambulanten und teilweise auch stationären Bereich nehmen fortlaufend zu.

Kreß Erlauben Sie mir eine kleine Anmerkung zu einer Grundsatzfrage. Es geht bei dieser Diskussion offensichtlich um ein Systemproblem. Das zweite Referat enthielt sehr schön formuliert die Aufforderung, von



*Prof. Dr. Hartmut Kreß,
Sozialethik, Rheinische Friedrich-
Wilhelms-Universität Bonn*

einem nicht mehr funktionierenden Effizienzsystem wegzukommen hin zu einem Chancensystem. Dies ist mein Stichwort, denn es geht immerhin auch um Grundrechte, namentlich um das Grundrecht jedes Menschen bzw. jedes Patienten auf Schutz der Gesundheit und auf bestmögliche gesundheitliche Versorgung, so wie dies aus Grundgesetz Artikel 2 Abs. 2 abzuleiten ist. Genau genommen handelt es sich um ein Menschenrecht. Daher ist es rechtspolitisch bzw. konkret politisch wichtig, auf Artikel 2 Abs. 2 Grundgesetz und das Recht auf gesundheitliche Versorgung hinzuweisen, wenn Wege gesucht werden, die aus dem Desaster hinausführen sollen, das jetzt strukturell diskutiert wird.

Weidenfeld Herr Kroemer, fangen Sie bitte an und erläutern Sie uns, warum Sie ein Problem haben mit der transparenten Ausweisung von Vollkosten.

Kroemer Ich habe damit kein Problem, aber es ist ein typisches Beispiel des föderalen bundesrepublikanischen Systems. Von Seiten der Verbände haben wir uns wirklich bemüht, eine Übersicht für die Bundesrepublik herzustellen, sind damit aber jämmerlich gescheitert, weil wir nicht einmal den offiziellen Haushalten entnehmen können, welches Geld eigentlich am Ende des Tages in die universitäre Medizin fließt. Wir haben völlig heterogene Systeme und daher sind wir nicht in der Lage gewesen, hier in irgendeiner Form für die gesamte Bundesrepublik Transparenz herzustellen, obwohl wir uns bemüht haben.

Weidenfeld Nachdem wir hier mehrfach sehr kritische Anmerkungen zum Föderalismus gehört haben und die Forderung laut wurde, das doch alles lieber aus einer Hand zu steuern, darf ich mir die Frage erlauben: Hätten Sie es denn lieber, wenn der Bund die Steuerung übernehme?

Kroemer Eine interessante Frage und meine Position dazu ist sicherlich nicht völlig neutral: Ja, ich könnte mir durchaus einzelne Institutionen vorstellen, die vom Bund gefördert werden sollten (lacht).

Weidenfeld Denken Sie da an eine bestimmte Universitätsklinik oder an Großforschungseinrichtungen, die mit bestimmten Universitätskliniken kooperieren?

Kroemer Nein, ich glaube, wir kommen jetzt in ein spezielles Thema, nämlich inwieweit es sinnvoll wäre, dass der Bund sich an bestimmten Stellen engagiert. Wenn wir ganz kurz noch einmal die Diskussion von gestern Abend aufnehmen, bin ich der ziemlich festen Überzeugung, wenn es das Ziel der Bundesrepublik ist, einige Institutionen zu haben, die international in vorderster Reihe mitspielen, bezweifle ich, dass das aus den Länderfinanzen möglich ist.

Gürkan Wie Sie sich vorstellen können, führen wir diese Diskussionen natürlich auch untereinander und hier gibt es mehr als widerstreitende Interessen der einzelnen Standorte. Ich glaube, dass man beides zusammenfassen kann: Man kann gerade in den Ländern, in denen Uniklinika im Rahmen der Daseinsvorsorge eine Aufgabe haben, die auch im Krankenhausbedarfsplan abgebildet ist, festlegen, dass die Krankenversorgung auf universitärem Niveau weiter in der Länderfinanzierung bleibt. Aber es gibt ein Add-on, das heißt für Leuchtturmfunktionen, sprich Leistungen, die überregionale Bedeutung haben, müssen zusätzlich Mittel bereitgestellt werden. Das muss jetzt nicht eine komplette Umkehr bedeuten, im Sinne einer Einrichtung von Bundesuniversitätsklinika, sondern die Uniklinika die Aufgaben wahrnehmen, die eben nicht von allen 34 Klinika gleichermaßen abgedeckt werden können, werden zusätzlich mit Bundesgeld finanziert. Diese Möglichkeiten, die sich mit Wegfall des Kooperationsverbotes seit 2014 ergeben haben und für die wir lange gekämpft haben, müssen nur genutzt werden.

Weidenfeld Ich kann mir vorstellen, dass man das in Heidelberg und in Berlin anders sieht als in anderen Universitätsklinika.

Heyder Ich bin hoffentlich nicht so verstanden worden, dass ich den Bund jetzt an die Stelle der Länder setzen wollte. Mir geht es um eine bessere Koordination, insbesondere zwischen der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik, hier insbesondere der Krankenhauspolitik. Auf Bundesebene bedeutet dies primär Finanzierungspolitik, auf der Landesebene handelt es sich um Krankenhausplanung. Hierauf muss abgestimmt werden, was wissenschaftspolitisch passiert. Wir hatten dazu in der Vergangenheit unter dem HBFG einen gewissen Rahmen auf

nationaler Ebene, einschließlich einer Definition dessen, was eigentlich eine Uniklinik ist. Das war damals über eine entsprechende Liste geregelt. Dieser Rahmen existiert heute nicht mehr und es geht letztlich nur um einen Rahmen und um mehr Koordination, nicht um Bund statt Land, das wäre die falsche Botschaft.

Gavrysh Jetzt wurden viele verschiedene Lösungsansätze genannt, zum Beispiel Fallpauschalen erhöhen, die Investitionsmittel darüber decken oder das Controlling evaluieren, was sich



Martin-Jonathan Gavrysh,
Vizepräsident für Externes, Bundesver-
tretung der Medizinistudierenden in
Deutschland e.V., Berlin

dieser Fallpauschalen annimmt. Hierzu habe ich eine Nachfrage, Herr Heyder, auch insbesondere zu dem, was Sie gesagt haben, dass international der Trend zur Kollaboration besteht und dabei die ambulante Versorgung stärker eingebunden wird. Gibt es weitere Lösungsansätze, wie Forschung und Lehre besser ausfinanziert und gleichzeitig Synergieeffekte genutzt werden können, zum Beispiel auch, indem man sich intern Best Practice-Beispiele anschaut, etwa hinsichtlich der internen Verteilung der Gelder?

Dieter *Peter Dieter, Präsident, Association of medical Schools in Europe, Berlin:*

Ich komme noch einmal zurück auf die Frage, ob mehr Geld oder weniger Geld,

bessere Ärzte bzw. entsprechend schlechtere Ärzte bedeutet. Diese Frage kann man gar nicht beantworten, weil es weltweit keine Definition gibt, was ein guter Arzt ist. Das bedeutet, dass wir, wenn wir wissen wollen, ob ein Arzt oder eine Ärztin besser oder schlechter ist, erst einmal definieren müssen, welche Kompetenzen wir erwarten. Ich kann aus Deutschland sagen, dass die Frage, wie innovativ eine medizinische Fakultät ist, nicht mit dem Budget der Fakultät zusammenhängt, sondern mit der Verteilung des Budgets auf Lehre und Forschung. Es gibt arme Fakultäten, die eine großartige Ausbildung anbieten, und es gibt reiche Fakultäten, die wenig in die Ausbildung investieren.

Weidenfeld Sie würden sagen, arme Fakultäten sollten sich auf die Ausbildung konzentrieren?

Dieter Nein, das ist nicht der Folgeschluss. Ich wollte nur existierende Varianten der Realität beschreiben.

Weidner Ich habe eine besonders an Herrn Kaufmann adressierte Bemerkung zum Studierendenaufwuchs durch Satellitenmodelle. Wird die Qualität der Lehre davon negativ beeinflusst? Ich denke, dass dies passieren kann, aber nicht zwangsläufig so sein muss. Wir fokussieren uns bei unseren Diskussionen auf Schwerpunkte wie Reha-Medizin, onkologische Ambulanz etc. Wissenschaft ist nicht das Thema. Darüber sprechen wir nicht prioritär mit unseren Partnern. Einsparungen gibt es für uns nicht. Im Gegenteil, die, mit denen wir verhandeln, möchten Geld von uns, um die Lehrqualität auch in den Strukturen zu verbessern.



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

Kaufmann Ich habe nicht gesagt, dass damit zwangsläufig eine schlechtere Qualität der Lehre, Forschung etc. entsteht, sondern, dass man sich um dieses Thema kümmern muss. Man muss es sich im Rahmen dieser Modelle durchaus anschauen und sich die Frage stellen, ob die Kostenvorteile noch so vorhanden sind, wie man sie zunächst bei der Sache vermutet. Zum Thema „Qualität der Lehre“ fällt es mir als Kanzler einer Universität schwer, mir vorzustellen, dass es mit Satellitenmodellen gelingt, dem Vorhaben zu genügen, das Medizinstudium bereits im vorklinischen

Teil sehr stark in den Bereich des Klinischen, das heißt der Krankenversorgung mit einzubeziehen. Es würde bedeuten, wenn ich es an einem Beispiel veranschauliche, dass Studierende einen Teil der Anatomie an einem peripheren Haus oder an einem Standort, an dem es keine universitätsmedizinische Fakultät gibt, absolvieren. Sicher bin ich hier nicht so nahe in den Produktionsprozess Lehre involviert wie Sie, doch es fällt mir schwer, mir vorzustellen, wie im Satellitenmodell der zweite Studienabschnitt oder gar eine studienbegleitende Promotion in gleicher Qualität betreut werden kann wie dieses in einer Universitätsklinik der Fall ist. Bei Satellitenmodellen gibt es in aller Regel in der Governance keine Expertise darin. Hier gilt es, darauf zu achten, dass in den Gremien der Häuser entsprechend auch Wissenschaftler vertreten sind und bei den Entscheidungen Wissenschaftler mit einbezogen werden. Zurück zur Frage, ob die Klinikseite eine unterstützende Funktion für Forschung

und Lehre hat, lautet meine Antwort, dass hier durchaus ein Fragezeichen bestehen bleibt. Das Problem kann man lösen, aber es gelingt sicherlich nicht ohne Investitionen in dieses System, in welcher Form auch immer.

Weidenfeld Herr Heyder, Sie wurden von der Seite des Studierenden nach existierenden Beispielen gefragt.

Heyder Zum Thema „Best Practice in der Steuerung“ findet im Verband selbstverständlich ein regelmäßiger Austausch statt. Gleichwohl muss man sagen, dass es in der Frage, wie man intern am besten steuert, nicht die One-size-fits-all-Lösung gibt, sondern hier natürlich immer viele standortspezifische Facetten eine Rolle spielen, die sich nicht ohne Weiteres auf die gesamte Republik übertragen lassen. Insofern meine ich: Ja, den Austausch gibt es, aber die Frage, was für den einzelnen Standort passt, kann man nicht pauschal beantworten.

Weidenfeld Müssten Sie dann nicht irgendwann einmal beginnen, die einzelnen Standorte mit ihren Besonderheiten so zu sortieren, dass Sie tatsächlich zu konsistenten und gemeinsamen Ansichten gelangen?

Heyder Ich würde eher die gegenteilige Diskussion führen wollen, und zwar darüber, wie wir zwischen den Standorten noch stärker ausdifferenzieren können bezogen auf die Frage: Wo sind die individuellen Stärken, wie kann man diese in einer forcierten Arbeitsteilung auch innerhalb der Universitätsmedizin profilbildend fördern? Das Thema „Profilierung“ ist heute ohnehin bereits in der Forschung wie in der Krankenversorgung an vielen Standorten virulent und wird auch aktiv gefördert. Umso wichtiger ist es, dass es Plattformen gibt, die diese Koordination vornehmen können. Ich würde gerade nicht den Weg gehen wollen, alles möglichst einander anzugleichen, sondern eher den Fokus darauf legen, wie wir uns sinnvoll ergänzen können.

Weidenfeld Und wie kommt man dann zu einer starken gemeinsamen Stimme, wenn Herr Spahn da ist?

Heyder Die Stimme der Hochschulmedizin ist deutlich stärker gemeinsam hörbar, als das viele andere Verbände in dieser Form erreichen, weil wir eine relativ homogene Landschaft sind, auch bezogen auf die Frage, was wir tun und was wir brauchen. Insofern mache ich mir da eigentlich keine Sorgen. In Bezug auf das Thema „Wettbewerb“ untereinander, gilt es natürlich auch noch Themen zu bearbeiten, aber im Wesentlichen glaube ich, dass wir uns einig sind. Zur in der gestrigen Diskussion angesprochenen Frage, ob wir nur noch drei oder sieben oder acht deutsche Universitätskliniken benötigen, die dann auch in der Forschung international sichtbar sind, meine ich, dass wir hier die falsche Diskus-

sion führen. Wir haben im deutschen Föderalismus traditionell eine stark dezentrale Organisation von Hochschulmedizin. Es gibt viele Standorte mit sehr unterschiedlichen Stärken und Profilen. Und würde man die Diskussion von gestern auf die Niederlande übertragen, dann würde in den Niederlanden nur noch ein einziger starker Uniklinik-forschungsstandort existieren, der Rest wären Lehrinrichtungen. Das Beispiel der Niederlande zeigt sehr gut, wie man mit dezentralen vernetzten Strukturen auch große Erfolge in der internationalen Sichtbarkeit feiern kann. Deswegen glaube ich nicht, dass wir da an der Stelle ein grundsätzliches Problem innerhalb und zwischen der Hochschulmedizin haben, sondern dass es eher um die Frage geht, wie man die individuellen, verschiedenen Stärken der Standorte besser verbinden kann.

Gürkan Ich knüpfe daran an. Wir haben gestern Abend bereits gehört, dass hierzulande ein gesunder Wettbewerb zwischen den Uniklinika auch um die besten Köpfe existiert. Dies gilt aber ebenso für den Wettbewerb um Forschungsthemen. Und ich empfinde es als bereichernd, wenn wir uns gerade mit Unikliniken, die ein ähnliches Profil haben oder ähnliche Themen bearbeiten, zusammenschließen und vernetzen. Auf der anderen Seite sollten wir respektieren, dass nicht alle Klinika starke Forschungsschwerpunkte aufweisen und trotzdem jede einzelne Uniklinik eine gute sein kann. Von daher ist die Frage nach der Notwendigkeit von Homogenität sicher so zu beantworten, dass wir Wert darauf legen sollten, dass es unterschiedliche Schwerpunkte gibt, die sich gegenseitig bereichern. Auf der anderen Seite gibt es Aktivitäten, auch vom Bundesforschungsministerium, die wir alle zu schätzen wissen, wie die Ausrufung der Gesundheitsforschungszentren. Das hat uns auch in der Zusammenarbeit der Uniklinika im Forschungsbereich viel gebracht. Hier stellt sich allerdings die Frage: Ist die kritische Masse für relevante Forschung überhaupt da in Deutschland? Die Skaleneffekte in der Forschung sind damit erreichbar, dass man einige Standorte zusammenbindet, sechs in der Regel bei den Gesundheitsforschungszentren. Damit erreicht man eine ganz andere Sichtbarkeit auch in der Konkurrenz, im Wettbewerb mit den Universitäten und Universitätsklinika im europäischen Ausland und auch weltweit. Wenn wir jedoch in Deutschland in der Medizin in einer anderen Liga mitspielen wollen, wie wir das in anderen Branchen auch für uns einfordern, dann müssen wir diese Verbundstrukturen intensivieren, um den einzelnen Standorten die Möglichkeit zu eröffnen, im internationalen Ranking besser abzuschneiden.

Kroemer Aber vielleicht sollte man auch einmal insgesamt die positive Seite der Zeit, in der wir uns befinden, sehen. Wir haben derzeit in der Medizin in ganz weiten Bereichen sensationelle Entwicklungen therapeutischer Art, und dass man daran teilhat, dies ein Stück weit mitgestalten kann, diese ganzen Digitalisierungsfragen aktiv annehmen kann, ist ja auch etwas, bei allen Schwierigkeiten, die wir haben, was grundsätzlich positiv ist und wo man einfach sagen muss, dass es Spaß macht, einen kleinen Beitrag dazu leisten zu können

Weidenfeld Nach diesen versöhnlichen Worten erlauben Sie mir nun bitte eine etwas parteiische Schlussbemerkung: In einer Gesellschaft, in der es wahrscheinlich noch nie so viel Fortschritt in der Medizin gegeben hat wie heute, in der die Faszination für medizinischen Fortschritt noch nie so groß war wie heute, kann man sich nur darüber wundern, dass Pflegekräften und Erzieherinnen gelingt, was Universitätskliniken offenbar nicht gelingt: nämlich ihre Forderungen nach einer besseren finanziellen und materiellen Ausstattung beim Gesundheitsminister und im Gesundheitssystem so zu verankern, dass am Ende Resultate und Ergebnisse herauskommen. Als Wirtschaftsjournalistin würde ich vermuten, dass dies auch an der Bereitschaft liegt, Kostentransparenz herzustellen und dass auch Universitätskliniken am Ende nur so mit einer materiellen Forderung erfolgreich sein können. Ich bedanke mich bei allen Teilnehmenden für diese facettenreiche und interessante Diskussion.

Personalentwicklung – Neue Strategien zur Aus- und Weiterbildung zielführend?



Judith Heepe



Hans-Jochen Heinze



Frank Ulrich Montgomery



Josef M. Pfeilschifter



Michaela Schwinn

Statements mit Podiums- und Plenumsdiskussion

Judith Heepe

Personalgewinnungs- und Personalentwicklungsstrategien
aus Sicht der Pflege

Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze

Medical Scientist, Clinician Scientist, Advanced Clinician Scientist:
Lösung für das „Middle-aged Valley of Death“?

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Führungskonzepte – Leadership – Weiterbildung

Prof. Dr. Josef M. Pfeilschifter

Hochschulmedizinerin/Hochschulmediziner oder
Landärztin/Landarzt? Kriterien zur Studienauswahl

Moderation

Michaela Schwinn

Schwinn Auch ich darf Sie heute ganz herzlich begrüßen. Ich freue mich, dass ich hier an zwei sehr spannende Diskussionsrunden anschließen darf und habe Ihnen zum Auftakt drei Zeitungsartikel mitgebracht, auf die ich bei meinen Recherchen im vergangenen Jahr gestoßen bin. Deren Titel lauten: „Moosach steht bald ohne Arzt da.“ – „20 Philippiner beginnen bald im Städtischen Klinikum Brandenburg.“ – „Kinderklinik in Aschaffenburg schließt ein Drittel der Betten“. Das sind jetzt nur drei kurze Schlagzeilen, aber sie sagen sehr viel über die aktuelle Personalsituation im Gesundheitswesen aus. In Krankenhäusern fehlen Pfleger, auf dem Land fehlen Ärzte und allgemein fehlen Hausärzte. Hinzu kommt, wie wir es gestern bereits gehört haben, dass die junge Generation anders ist. Sie legt mehr Wert auf die Work-Life-Balance und ein viel höherer Anteil von jungen Frauen möchte einen medizinischen Beruf ergreifen. Es hat sich viel verändert, demografisch wie gesellschaftlich. Das stellt auch das Gesundheitswesen vor viele Herausforderungen, und es wirft auch neue Fragen auf. Woher soll unser Personal in Zukunft kommen? Wie qualifizieren wir es richtig? Und, eine wichtige Frage, die auch gestern Thema war, lautet: Wie halten wir dieses Personal? Um diese Themen soll es jetzt hier in der Diskussion gehen. Ich würde gerne mit der Pflege starten, weil die Situation dort tatsächlich dramatisch zu sein scheint. Frau Heepe, Sie sind, Pflegedirektorin an der Charité. Darf ich um Ihre Einschätzung bitten, wie es an der Charité

aussieht. Gibt es dort auch einen solchen Pflegenotstand, obwohl die Charité ja noch als sehr attraktiver Arbeitgeber gilt?

Heepe Ja, die Charité ist still outstanding: Ich denke, wir sind insofern in einer privilegierten Position, dass unser Standort Berlin ist – und Berlin ist anziehend für junge Menschen. Wir haben sogar eine eigene Serie, die über uns gedreht wurde. Das macht es etwas leichter, Personal zu akquirieren. Und doch, die Situation ist ernst zu nehmen, und wie wir schon in der ersten Diskussionsrunde gehört haben, stammen mehr als 70 Prozent der Erlöse der Universitätsmedizin aus der Krankenversorgung. Fast jeder von Ihnen wird schon erlebt haben, dass es in diesem Bereich an der ein oder anderen Stelle, verursacht durch Personalmangel, auch einmal Stillstand gab, vielleicht im OP-Bereich, vielleicht auf einer Station – und das häufig im Bereich der Pflege. Wenn wir die Charité betrachten, dann haben wir manchmal auch die leidvolle Aufgabe, Vorreiter zu sein, gerade im Zuge der Streikaktionen, die eben schon indirekt lobend erwähnt wurden. Durch die Prominenz der Charité wurde die Problematik bis auf bundespolitische Ebene gespielt, denn es war – von den Initiatoren klug gewählt – die Charité, an der diese Auseinandersetzungen primär ausgetragen wurden. Hätte das Ganze in Bitterfeld oder Dessau stattgefunden, hätte es die Welt nicht so sehr interessiert, wie wenn es an der Charité stattfindet. Das führte dazu, dass wir uns bereits zu einem früheren Zeitpunkt an Dinge wie Personaluntergrenzen und ausgehandelte Mindestbesetzungen gewöhnen mussten, weil unser Tarifvertrag eine spezielle Klausel hat. Dieser Tarifvertrag Gesundheitsschutz sieht vor, dass wir in bestimmten Bereichen eine bestimmte Anzahl Personal vorsehen müssen. Und so hatte ich den Auftrag, binnen kurzer Zeit Pflegende anzuwerben und nicht etwa nur Pflegende zu halten. Mit einem nicht geringen Stolz kann ich sagen, dass es meinem Team und mir gelungen ist, in zwei Jahren immerhin zusätzlich 360 Pflegende für uns zu gewinnen. Aber auch wir haben nach wie vor Engpässe, die durch Personalmangel entstehen. Zur Situation der Pflege: Ja, wir haben uns bemerkbar gemacht, aber wir haben auch einen Preis dafür gezahlt. Einen Preis, den ich sehr kritisch sehe, und das betrifft die Wahrnehmung, die wir von uns selbst als Berufsgruppe haben. Wir treten häufig depressiv, traurig, fast jammernd auf, so sehr, dass ich denke, wenn ich jemandem sage, dass ich Pflegekraft bin und einen leeren Pappbecher in der Hand halte, dann wirft er mir einen Euro hinein. Grund dafür ist, dass alle denken, ich müsse sowieso kurz vor dem Burn-out und pleite sein. Ich glaube, wir müssen einen Weg finden, wieder stolz auf die Profession zu sein. Ich bin stolz.

Ich bin seit über 30 Jahren Krankenschwester und ich stehe dazu. Wenn ich nach meinem Beruf gefragt werde, sage ich auch oft lieber noch Krankenschwester als Pflegedirektorin. Ich glaube, dieser Ausspruch „I am proud to be a nurse“ ist eine Dimension, die uns fehlt und die uns sehr helfen würde, durch die Krise zu kommen. Ich denke auch, dass die Problematik eine mehrdimensionale ist. Wir erleben einen demografischen Wandel, von dem wir alle betroffen sind. Und auch das Selbstverständnis der Profession ist in Deutschland leider durch lange Jahre berufspolitisch verkannter Definition, was Pflege eigentlich erledigen soll und was nicht, gebeutelt. Wir haben in Deutschland für alle Bereiche der Pflege dreijährig qualifizierte Pflegende im Einsatz. Ob Sie einen Infusomat abwischen, ein Tablett abräumen oder eine Chemotherapie applizieren – es stehen immer drei Jahre Ausbildung dahinter. Ich gehe davon aus, dass keiner von Ihnen zu Hause drei Jahre lang eine Pflegeausbildung absolviert, ehe er ein Tablett abräumt. Das heißt, unser erster Schritt, den wir unternommen haben, war, Pflegende auf die Kernkompetenzen zu konzentrieren und zu entlasten von den eben benannten Tätigkeiten, für die man selbstverständlich nicht drei Jahre gelernt haben muss. Und dies war ein Befreiungsschlag. Wenn Sie beginnen, mit Gesundheits- und Krankenpflegehilfe inklusive Servicehilfe zu arbeiten, hat das noch einen anderen Vorteil, und auch diesen haben wir uns zunutze gemacht: Sie können hier Menschen gewinnen, die vielleicht im bildungsfernen Umfeld groß geworden sind und an einer theoretischen Ausbildung scheitern würden, die aber gleichzeitig sehr viel Empathie mitbringen. Oder aber auch Menschen mit Migrationshintergrund integrieren, die sprachlich noch nicht in der Lage sind, die drei Jahre Ausbildung zu absolvieren. Wir haben daher eine Basisqualifikation, und uns ist es so gelungen, dass wir zum Ende dieses Jahres bereits hundert Personen in die berufsbegleitende Gesundheits- und Krankenpflegehilfeausbildung werden bringen können. Das schöne Ergebnis ist, dass von diesen hundert Personen siebzig direkt weiter in die dreijährige Ausbildung gehen wollen. Das heißt, ich plädiere dafür, das Bildungssystem zu öffnen, und zwar nicht, indem man den Anspruch an eine Pflegekraft senkt, sondern indem man eine kleine Treppe baut, sodass es auch für Menschen möglich wird, in den Beruf zu kommen, für die es sonst nicht möglich gewesen wäre. Die zweite Gruppe, an die man denken muss, sind die Menschen, die bereits vor Ort sind. Wenn Sie jetzt nur akquirieren, aber nichts gegen den Weggang unternehmen, dann ist das, als ob Sie eine Badewanne füllen und den Stöpsel nicht setzen. Es ergibt keinen Sinn. Was lange gefehlt hat, und auch da müssen wir uns befreien von

alten Vorstellungen, ist eine Strategie, mit der die Leistungsträger weiterqualifiziert werden, und wenn ich von Akademisierung spreche, dann nicht einfach nur zum Selbstzweck, sondern fachrelevant und vor allen Dingen auch gehaltsrelevant. Das bedeutet, dass akademisierte Pflegende entsprechend auch weitere Kompetenzen und Verantwortungsfelder für sich erobern können, und auch erobern wollen. An der Charité haben wir mittlerweile vier Karrierelaufbahnen für Pflegende definiert, im pädagogischen Sektor, im pflegewissenschaftlichen, also mit Advanced Nursing Practitioners, im fachlichen Bereich und schließlich auch im Management. Darüber ist es uns gelungen, viele zu halten, die ansonsten abgewandert wären. Das sind erst einmal die Punkte zum Einstieg von mir.

Schwinn Genau auf diesen Qualifikationsmix von dreijährig Ausgebildeten, Pflegehelfern und Akademikern kommen wir auch später noch einmal zu sprechen. Herr Pfeilschifter, nun ist es bei der Medizin ein wenig anders. Das Interesse am Medizinstudium ist weiterhin ungebrochen. Es gibt zu viele Interessenten und zu wenige Studienplätze. Dennoch ist es so, dass auf dem Land oft Praxen schließen ohne Nachfolger, dass es einen Landarztmangel gibt. Wie bekommt man denn die jungen Mediziner wieder dorthin, wo sie wirklich gebraucht werden?

Pfeilschifter Lassen Sie mich zu Beginn ein paar Fakten nennen. Wir hatten 2017 in Deutschland gut 385.000 aktiv tätige Ärztinnen und Ärzte. Es gibt keinen Beleg dafür, dass wir einen generellen Ärztemangel hätten. Es existieren jedoch deutliche Belege dafür, dass es eine mehrfache Fehlverteilung von Ärzten in Deutschland gibt, und zwar Über- und Unterverteilungen. Dies ist der Ausgangspunkt. Zur Anreizsetzung, junge Ärztinnen und Ärzte wieder aufs Land zu bringen, hat der Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen eine Vielzahl von Maßnahmen in seinen letztjährigen Gutachten detailliert ausgeführt. Wir haben das Vergnügen, mit Professor Gerlach den Vorsitzenden dieses Sachverständigenrats in Frankfurt zu haben, und wir haben uns in dieser Hinsicht regelmäßig ausgetauscht. Die Vorstellungen von jungen Ärztinnen und Ärzten über ihre Lebensplanung und Lebensgestaltung, über das Verhältnis von Arbeit und Freizeit sind anders, als es früher war. Von daher müssen wir dementsprechend auch alternative Beschäftigungsmodelle entwickeln. Das Berufsmonitoring, das Ende Januar 2018 erschienen ist, führt detailliert aus, dass erstens – und das ist sehr erfreulich, ich sage das jetzt als Dekan – ein Drittel der PJler in Forschung eingebunden sein möchte und Wert darauf legt, im praktischen Ausbildungsjahr forschungsaktiv an die ärztliche Tätigkeit herangeführt

zu werden. Dieses schöne Ergebnis hätte ich in dem Umfang nicht erwartet. Wir sehen zunehmende Zahlen von Interessenten, die sich vorstellen können, später auch in der Praxis tätig zu sein. Weniger in der Einzelpraxis, 24 Stunden pro Tag, sieben Tage die Woche und 52 Wochen das Jahr, aber in einer Gemeinschaftspraxis, in medizinischen Versorgungszentren als Angestellte mit Teilzeittätigkeit, rotierend von Wohnen in der Stadt, Arbeiten auf dem Lande. Es gibt viele Möglichkeiten, die der Sachverständigenrat auch detailliert ausgeführt hat. Und von daher sollten wir hier ganz konkret Maßnahmen ergreifen. Was nicht zielführend ist, und auch da wäre der Bundesgesundheitsminister gut beraten, einmal den Vorsitzenden seines Sachverständigenrates zu konsultieren, ist die Zahl der ärztlichen Studienplätze generell zu erhöhen. Jeder Arzt wird zukünftig Geld kosten. Die Grundgesamtheit dessen, was wir verfügbar und verteilbar haben, wird wachsen müssen. Ohne dass wir hier entsprechende Garantien hätten, dass diese zusätzlich ausgebildeten Ärzte dorthin gehen, wo sie hingehen sollen. Üblicherweise gehen sie in die städtischen Bereiche, die wohlhabend sind und in denen schon genug Ärztinnen und Ärzte ihre Praxen haben. Hierin wird die Herausforderung liegen, und hier werden wir Anreize setzen müssen, auch durchaus pekuniärer Art, wie etwa Vergütungen, die auf dem Land höher gerechnet werden als im städtischen Bereich. Dann können wir zielgerichtet dieses Problem lösen. Ein anderes Thema, das auch gestern kurz angerissen wurde, ist, ob wir heute 200 Krankenhäuser schließen müssen oder vielleicht sogar 600 zu viel haben –, was ich eher glaube. Hier braucht es Mut von politischer Seite, und auch von der Krankenhausplanungsseite, dies umzusetzen. Und dies nicht in einem vernichtenden Konkurrenzkampf auskämpfen zu lassen, der uns in schwierigste Umstände vor Ort führt, und dann letzten Endes doch nicht zuzustimmen, wenn einmal ein Krankenhaus finanziell bankrottgeht. Stellen Sie sich vor, wir könnten die Fachkräfte, Ärzte, Pflegekräfte usw., die ja heute in 2.000 Krankenhäusern tätig sind, auf 1.400 vielleicht 1.500 Krankenhäuser verteilen – wir hätten einen Großteil des Mangels an Fachkräften beseitigt. Soweit als Auftakt.

Schwinn Ich hätte hier direkt eine kurze Nachfrage: Was sind denn nun die richtigen Maßnahmen? Die Landarztquote oder dass man den Menschen Geld zahlt? Mehr Studienplätze hielten Sie ja eher nicht für eine gute Lösung. Oder vielleicht auch ein Modell, wie es Herr Dieter gestern vorgestellt hat, dass man gezielt junge Leute aus Regionen rekrutiert, in denen Ärzte fehlen, und denjenigen dann bessere Zugangsmöglichkeiten zum Studium ermöglicht?

Pfeilschifter Fakt ist, und es gibt gute Daten dazu, Sozialisierung in einem ländlichen Bereich fördert die Bereitschaft, sich auch in einem ländlichen Bereich lebenslang als Arzt zu engagieren und niederzulassen. Das ist sicher eine Sache, an der wir mit Herzblut arbeiten sollten. Eine Landarztquote lehne ich grundsätzlich ab, weil ich damit einen 17-, 18-Jährigen vertraglich verpflichten würde, sechs oder sieben Jahre lang Medizin zu studieren, anschließend eine Facharztausbildung zu absolvieren, um dann mindestens zehn Jahre lang eine Tätigkeit auf dem Land auszuüben. Dann ist er vermutlich um die 40, und man hofft, dass er dann auch dort bleiben wird, wo er vielleicht schon eine Familie gegründet hat. Ich glaube, das greift in die Grundrechte von jungen Leuten ein und es greift in die Dynamik der Entwicklung ein; als 17-, 18-Jähriger können Sie sich noch nicht endgültig entscheiden, welchen Weg Sie für die nächsten 20 Jahre einschlagen wollen. Meine Karriere verlief nicht geplant, und ich habe mir auch nicht vorstellen können, einmal hier auf diesem Podium zu sitzen. Von daher wäre es fatal gewesen, ich hätte mich damals hinreißen lassen, Landarzt zu werden. Damals war das allerdings auch noch kein Thema. Damals war eher die Ärzteschwemme die befürchtete Konsequenz. Also, greifen Sie auf die Klientel zu, die ländlich sozialisiert worden ist, bieten Sie Optionen, es wurden viele gute Punkte benannt von Herrn Dieter, von den Fachleuten im Gesundheits-Weisenrat. Versuchen Sie, diese zu realisieren, dann vermeiden Sie, junge Leute festzunageln auf eine Perspektive, aus der sie sich dann ggf. mit 250.000 Euro herauskaufen können. Das ist eine Frage des Ausrechnens und Abwägens, vielleicht lohnt es sich sogar. Bei der Bundeswehr erleben Sie auch, dass sich die Leute wieder herauskaufen. Es sollten andere Beschäftigungsmodelle angeboten werden, damit die jungen Leute ihren Wunsch nach Balance von Freizeit und Arbeit in der Art und Weise, wie sie es persönlich individuell wünschen, umsetzen können. Auch freue ich mich, dass wir immer noch so viele forschungsorientierte Mediziner haben. Denn wir müssen beides erreichen, wir brauchen praktische Ärzte, besonders Landärzte und wir brauchen forschende Mediziner, die die Medizin weiterhin mit Innovationen nach vorne bringen, für uns alle.

Schwinn Und meinen Sie mit alternativen Modellen medizinische Versorgungszentren?

Pfeilschifter Medizinische Versorgungszentren sind selbstverständlich ein Beschäftigungsmodell, das in Frage kommt. Hier übernimmt ein Arzt oder Ärzteteam Verantwortung für ein solches Zentrum und beschäftigt Ärzte, die nicht selbstständig werden wollen, die das Risiko

einer Investition, einer lebenslangen Festlegung auf einen Standort und Regressforderungen von Kassen in der Weise nicht tragen wollen, weil sie beispielsweise risikoavers sind, und das ist auch legitim. Natürlich ist also MVZ eine Option. Aber eben nur eine, ich habe es bereits ausgeführt.

Schwinn Nun gibt es aber auch Ärzte, die keine eigene Praxis eröffnen wollen aber auch nicht in einem MVZ angestellt werden wollen, sondern in den Kliniken bleiben und vielleicht auch leitende Positionen anstreben. Herr Montgomery, was macht denn einen guten leitenden Arzt aus?

Montgomery Es ist wie das Leben – bunt. Es gibt verschiedene Definitionen zu den Kernaufgaben von Ärzten. Dazu später mehr, ich möchte zuvor noch einmal kurz zu Ihrer Eingangsfrage zurückkehren: Warum ziehen sich die Universitäten den Schuh mit dem Ärztemangel an? Das Bild von Frau Heepe mit der Badewanne fand ich hervorragend. Warum schütten Sie Wasser hinein, wenn unten immer noch der Stöpsel fehlt? Sie sind nicht schuld am Landarztmangel und Sie sind nicht schuld an der Fehlverteilung von Ärzten. Also sollten Sie sich den Schuh nicht anziehen, sondern sich auf die Aufgaben beziehen, die die Universitäten leisten können: Lassen Sie uns gute Ärzte ausbilden. Wir könnten über die Frage, wie wir den Landarztmangel beheben, noch sehr lange sprechen. Incentivierung, Delegation von Leistungen, eine andere Infrastruktur, aber wir müssen dann letztlich auch einmal der Bevölkerung die Wahrheit sagen, dass es so nicht mehr funktionieren wird: Wenn die jungen Menschen in die Städte gehen, wenn die Feuerwehr weggeht, wenn die Polizei dichtmacht, wenn die Post verschwindet, wenn der Supermarkt nicht mehr da ist, warum soll da noch ein Arzt sein? Da liegen die Fehler, und man muss die Fehler da lösen, wo sie entstehen. Und jetzt nicht anfangen über die Universitäten – und da stimme ich Herrn Pfeilschifter sehr zu – ein Verteilungsproblem in der Fläche lösen zu wollen, indem man immer mehr Wasser in die Wanne schüttet, die aber unten keinen Stöpsel hat. Nun zu Ihrer Frage: Was macht einen guten Chefarzt aus? Das hängt sehr davon ab und hat sich sehr stark gewandelt. Meine Damen und Herren, als ich 1979 approbierte und im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für 39,5 Jahre verschwand, habe ich am Anfang gewusst, dass ich in der Weiterbildung zum Radiologen hundert Stunden in der Woche arbeite, und es hat mich nicht gestört. Von zu Hause wurde mir regelmäßig warmes Essen gebracht. Und der Arbeitsalltag gestaltete sich auch etwas anders als heute. Dann kam in den Achtzigerjahren die Generation unserer Kinder, die uns vorgehalten haben, ihr seid völlig verrückt, ihr lebt ja nur um zu arbeiten.

So wollen wir das nicht. Wir wollen arbeiten, um zu leben. Mit dem Marburger Bund – und das war ja nicht ganz erfolglos, nicht wahr, Frau Gürkan? – haben wir dann erreicht, dass die Arbeitszeiten reduziert wurden. Ich habe damals wunderbare Fehlprognosen abgegeben über eine Ärzteschwemme in der Zukunft, 50.000 arbeitslose Ärzte. Sie alle wissen aus der Wissenschaft, meine Damen und Herren, dass man Prognosen erstellt, damit sie nicht eintreten. Und ich war da offenbar sehr erfolgreich. Aber wir haben eine Generation erlebt, die nicht gelebt hat, um zu arbeiten, sondern damals gearbeitet hat, um zu leben. Die nächste Generation, die jetzt kommt, will beim Arbeiten auch noch leben. Und das ist die Herausforderung. Es gilt für Chefärzte genauso wie für andere. Wir haben heute andere Ansprüche, und wir sollten aus folgendem Grund auch nicht darüber jammern: Es sind unsere Kinder, wir haben sie so erzogen. Also sollten wir uns doch überhaupt nicht darüber beklagen, sondern versuchen, ihnen entsprechende Ausbildungs- und Arbeitsplätze zu geben und ihnen die Rollen zuzuweisen, die sie brauchen. Was das für den leitenden Arzt in der Zukunft bedeutet, möchte ich mit einem übertragenen Bild erklären: Es ist schon ein paar Jahre her, als mich mein Chef an der Uniklinik in Hamburg gebeten hat, mit jungen Bewerbern – wir brauchten damals dringend Ärzte – durch die Radiologie zu gehen, um ihnen die Abteilung zu zeigen. Ich ging also mit ihnen herum, zeigte ihnen drei MRs, vier CTs, zwei Angio-Einheiten, alles vom Feinsten, da ist man stolz. Und am Ende gaben sie mir die Hand und sagten: Ach, das war sehr interessant, Sie hören von mir. Danach muss sich der Chefarzt, ich sage lieber der leitende Arzt, der Zukunft richten. Wir müssen andere Rollen wahrnehmen. Die Zeit der Ordinarienherrlichkeit – unter der ich übrigens nicht gelitten habe, sondern mein Ordinarius war ein väterlicher Freund – ist vorbei. Wir müssen anfangen, uns unserer Rollen zu bedienen, der leitende Arzt muss Vorbild und zugleich Lehrer sein, nicht nur für die Studenten, sondern auch für seine weiterzubildenden Ärzte. Er muss auch veränderte Rollen gegenüber Patienten wahrnehmen. Ich brauche Ihnen die CanMed-Arztrollen jetzt nicht darzustellen, Sie kennen sie alle. Vom Communicator über den Collaborator über den Weiterbilder über den Freund, das alles muss enthalten sein. Und hier werden wir auch immer wieder einmal erleben, dass der eine oder andere dieses Profil nicht erfüllt. Auch damit müssen wir umgehen lernen. Mein Fazit lautet: Besinnen Sie sich auf das, was Sie an Universitäten können, Wissenschaft, Lehre, hervorragende Krankenversorgung. Und lassen Sie sich nicht beeindrucken, jetzt plötzlich Landärzte produzieren zu müssen.

Meine Damen und Herren, es gibt sehr viele gute Studierende, die sich im Rahmen ihres Studiums stark wandeln. Die Generation von heute ist clever, sieht ihre Chancen im aktuellen Umfeld, schätzt ihre Fähigkeiten selbstkritisch ein, und wählt ein ihnen entsprechendes Fachgebiet. Die jungen Leute nehmen ihre eigene Zukunft selbstbewusst in die Hand, und wir sollten ihnen das Beste wünschen.

Schwinn Sie haben gerade gesagt, diese 100-Stunden-Woche will von den jungen Leuten keiner mehr. Wollen die jungen Leute denn noch leitende Positionen übernehmen? Das heißt ja auch, mehr Anstrengung und mehr Zeit.

Montgomery Na ja, das ist wie mit den Affen und den Erdnüssen. Wenn Sie nur Erdnüsse auslegen, kommen auch nur Affen. Entschuldigen Sie das harte Bild. Natürlich wollen sie Verantwortung übernehmen. Sie müssen nur das Verhältnis von Risikoabwägung zu Vergütung, konkret zu Risikobelohnung, in ein vernünftiges Verhältnis bringen. Wenn ich sehe, was heute leitende Ärzte an Universitätskliniken teilweise verdienen, müssen Sie sich nicht wundern, wenn die Auswahl etwas dünner wird. Aber der Wettbewerb wird das schon regeln. Wir sind vielleicht momentan in der Sinuskurve etwas unten, doch ich bin sicher, dass wir in dieser Kurve auch wieder höher steigen werden. Wenn Sie anständige Arbeits-, Forschungs- und Lehrbedingungen und anständige finanzielle Bedingungen schaffen, dann sind die jungen Leute von heute überhaupt nicht anders als wir das damals waren. Dass sie selbstbewusster sind, ist das Produkt unserer Erziehung und damit haben wir doch etwas Gutes getan. Wir wollen uns doch nicht dafür schämen, dass wir unsere Kinder mit Rückgrat geboren haben, sondern wir sind doch stolz darauf, dass sie das so machen und ich unterstütze sie mit allem, was ich kann.

Schwinn Sie haben jetzt schon die Steilvorlage für die nächsten Fragen geliefert, und zwar die Fragen nach angemessenen Forschungsbedingungen, Lehrbedingungen und natürlich auch der Patientenversorgung. Das sind die drei Hauptaufgaben, die ein Arzt am Uniklinikum erfüllen soll. Oft herrscht da aber ein Ungleichgewicht, weil die Patientenversorgung dominiert. Wie bringt man das Ganze wieder ins Gleichgewicht?

Heinze Wir haben gerade sehr viel vom Landarzt und von der Versorgung auf dem Land gesprochen. Das sind natürlich zentrale Themen, aber wir müssen auch an das andere Ende des medizinischen Spektrums denken, wo der wissenschaftlich-klinische Fortschritt generiert wird. Wer treibt diesen Fortschritt voran? Das sind natürlich Biologen und andere Grundlagenforscher; aber es sind eben auch die Ärzte und Ärztinnen, die ihre Patienten im Detail kennen, die sie sorgfältig klinisch beobachten

und dann auf dieser Basis wieder in ihr Labor gehen und die Ergebnisse der Grundlagenforschung bewerten. Wir nennen diese Ärztinnen und Ärzte Clinician Scientists: Diejenigen, die Klinik und Forschung gleichwertig betreiben. Der Karriereweg des Clinician Scientist ist zweifellos aufwendig und einsatzfordernd: Clinician Scientist muss man werden wollen und werden können. Bei der Frage, warum man sich für diesen Karriereweg entscheidet, stimme ich mit Herrn Montgomery überein: Ein wesentlicher Grund ist die Qualität der Lehrenden, auf die die Studierenden und jungen Ärztinnen und Ärzte in ihrer Aus- und Weiterbildung treffen. Wir lernen durch unsere Vorbilder und werden dadurch motiviert. Und zusätzlich müssen auch die strukturellen Voraussetzungen für die Verbindung von Forschung und Versorgung gegeben sein. Versorgung und Forschen funktioniert heute nicht mehr so wie in meiner Zeit, in der man den ganzen Tag über die Patienten versorgte und anschließend noch ins Labor ging. Dazu ist die Forschung viel zu differenziert geworden: Fortschritt in der Klinischen Forschung beruht auf höchster Differenzierung in der Tiefe und Breite eines Faches und zugleich an den Grenzflächen zwischen den Fächern. Beispiel: Wir vermuten heute, dass das Mikrobiom eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Alzheimer-Demenz spielen könnte. Hochspezialisierte Clinician Scientists haben einen steinigen Weg. Die Facharztausbildung dauert länger, es ist mit sehr viel Arbeit verbunden, gerade in einer Zeit, in der Familien gegründet werden, also dann, wenn die Work-Life-Balance greifen soll. Und dann stellt sich die Frage nach den Karriereoptionen. Was ist die „Belohnung“ für viel Arbeit, Auslandsaufenthalt, hochkarätige Publikationen? Hier greift – auch wenn es sich ohne Zweifel deutlich verbessert hat – noch das Problem der klassischen Klinikhierarchie. Hier gibt es nur wenige leitende oder zumindest relativ autonome Positionen, vielmehr ist eine Person an der Spitze, dann kommen die Oberärzte/ärztinnen, dann die Assitenzärzte/-innen. Da sagen sich natürlich viele: Bevor ich diesen harten Weg zum Clinician Scientist gehe, und sehe, wie wenig Chancen ich auf eine gute Position habe, lasse ich es doch lieber gleich. Es hat mich gefreut, was Herr Pfeilschifter vom Engagement der Pfler berichtet hat, aber ich glaube, wir stimmen darin überein, dass es noch deutlich mehr sein könnten. Wir brauchen sehr viel mehr Clinician Scientist als wir bisher haben. So haben wir im Wissenschaftsrat den Aufbau neuer Strukturen, sogenannte Profilbereiche empfohlen, in denen es flache Strukturen gibt und mehr unabhängige Positionen, sodass junge Leute hier ihre Entwicklungsmöglichkeiten und Chancen sehen können. Aber solche Strukturfragen hängen auch mit Verantwort-

lichkeiten zusammen: Wer ist wirklich für welchen Patienten verantwortlich? Diese und andere Fragen im Zusammenhang mit einem Profilbereich muss man individuell für jeden Standort lösen, und daher hat der Wissenschaftsrat vorgeschlagen, für die Profilbereiche einen Wettbewerb einzurichten, bei dem sich alle unimedizinischen Standorte bewerben sollten. BMG und BMBF haben zugestimmt, und die Else-Kröner-Stiftung hat bereits konkret einen Wettbewerb ausgeschrieben, an dem sich fast alle Unikliniken mit innovativen Konzepten beteiligt haben und bei dem Dresden den Zuschlag bekommen hat. Ich glaube dass wir mit solchen ganz neuen Strukturkonzepten auch bei der Überbrückung des sogenannten Valley of death – der Lücke zwischen Grundlagenforschung und deren Umsetzung – sehr viel erreichen.

Schwinn Ich höre schon heraus, dass es Konzepte und Modelle gibt, aber die Strukturen in den Universitäten dafür noch fehlen, die jungen Leute auch wirklich dahin zu bringen, wo sie gebraucht werden und wo sie selbst auch arbeiten wollen. Ganz ähnlich sehe ich das in der Pflege auch. Sie haben es ja schon angesprochen, Frau Heepe, die Akademisierung der Pflege, das Pflegemanagement, die Pflegewissenschaft. Gibt es dafür schon ausreichend Strukturen in den Kliniken, auf den Stationen?

Heepe Wenn ich definieren müsste, was universitäre Pflege ausmachen sollte, ich wähle jetzt einmal bewusst den Konjunktiv, dann würde ich denken, dass wir gerade in der Entwicklung dieser Strukturen Vorreiterrollen einnehmen müssen. Ich bin in einer Zeit in den Beruf gekommen, als es nur Ausbildung und Weiterbildung gab. Dann kam die Akademisierung und keiner von uns wusste, was von uns erwartet wurde. Selbst heute ist es so. Wenn ich mit Pflegenden spreche, die 20, 30 Jahre Berufserfahrung und eine Fachweiterbildung haben, dann fühlen sie sich förmlich bedroht von der Vorstellung, dass jetzt junge Menschen kommen, die akademisiert sind. Sie fragen sich, ob das, was sie bislang getan haben, nicht gut genug war? Natürlich ist es nicht so, aber wir müssen erst einmal einen Weg finden, ihnen zu vermitteln, dass es sogar so gut war, dass wir jetzt an dieser Stelle noch einen Schritt weitergehen können. Wenn wir die Strukturen vergleichen mit denen aus den Vereinigten Staaten, dann ist die Entwicklung, die wir jetzt durchmachen, eine, die dort vor 80 Jahren stattgefunden hat. Das sage ich, um zu zeigen, wie lange wir durch falsch verstandenes schützendes, protektives Verhalten unseren Beruf klein gehalten haben. Akademisierung ist keine Lösung gegen den Pflegemangel. Es wäre fehlgedacht, wenn man das so definieren würde. Ich glaube auch nicht, dass jeder Bereich akademisierte Pflegende benötigt. Ich sehe aber, insbesondere

mit Blick auf die Problematik auf dem Land, dass in anderen Ländern, Australien allen voran, zum Beispiel weiterqualifizierte District Nurses sehr wohl auch einen Teil der Patientenversorgung maximal adäquat mit übernehmen können. Uns selbst ist durch die Gesetzgebung, so wie sie sich derzeit gestaltet, ein zu enger Rahmen gesetzt. Das heißt, dass wir uns erst ganz am Beginn einer Entwicklung befinden. Aber ich glaube, was wir erreichen können – wenn Sie zulassen, dass gerade die Leistungsbringer in der Pflege dann auch akademisch tätig sind, das heißt durchaus auch wissenschaftlich mitwirken – wir eine Interprofessionalität erreichen, die wir lange Zeit gerade in der BRD verloren hatten. Unsere Berufe haben sehr lange nebeneinanderher gelebt. Und Pflegenden sprechen von sich wie von einer eigenen Entität. Ich glaube aber, dass die Identifikation in der Klinik stattfindet. Und um in der Klinik bei allem, was sie leistet, auch die Lehre und Forschung wahrnehmen zu können, werden Sie zukünftig einen bestimmten Anteil akademisch qualifizierter Pflegenden benötigen.

Schwinn Sie haben ja gesagt, die Akademisierung von Pflegenden ist keine Lösung für den Fachkräftemangel. Ist das nicht im Gegenteil vielleicht sogar eine Gefahr, wenn man alle zum Studium auffordert, weil sie dann mehr verdienen und ein höheres Ansehen gewinnen können? Warum sollte sich jemand dagegen entscheiden? Bedeutet das nicht in der Folge, dass zumindest für eine bestimmte Zeit die Pflegenden an den Stationsbetten fehlen?

Heepe Nein, es bedeutet etwas anderes – und darin liegt der Schlüssel zum Qualifikationsmix, und diesen Schritt wollte so gut wie keiner gehen. Es bedeutet, dass Sie die Arbeitsprozesse neu denken müssen. Bislang ist es so dass, wenn Pflegekräfte zu viert eine Schicht bestreiten, alle vier genau die gleichen Aufgaben wahrnehmen. Alle vier teilen für ihre Patienten Essen aus, alle vier wischen den Nachtschrank, alle vier hängen die Antibiotika an. Qualifikationsmix bedeutet, dass Sie eine Person haben, die diesen Prozess supervidiert und in einem Tandem arbeitet mit zum Beispiel einer Gesundheits- und Krankenpflegehilfe, die ein Jahr gelernt hat, die hervorragend die Grundversorgung des Patienten leisten kann und das auch gerne tut. Es gibt aber auch eine Servicekraft, die dann entsprechend Auffüllarbeiten und dergleichen mehr übernimmt. Es handelt sich um die gleiche Anzahl Menschen, nur mit unterschiedlicher Qualifikation. Ich glaube nicht, dass wir darüber verlieren, sondern dass wir vielen Menschen die Möglichkeit eröffnen, wieder ins Berufsleben zurückzukommen. Oder wie ich es eingangs erläutert habe, wir helfen ihnen, überhaupt erstmalig in ihrem Leben

eine berufliche Qualifikation zu absolvieren. Ich bin viel an den Berliner Schulen unterwegs, und es sind gerade diejenigen, die die Schule bereits mit dem Berufsbildungsabschluss Ende 9. Klasse verlassen, auf die ich abziele. Ich nehme dann zum Beispiel eine junge, gerne auch tätowierte Pflegende aus unserer Klinik mit, die zum Beispiel in der Notaufnahme arbeitet. Und danach will die Hälfte des Kurses bei uns starten. Unter diesen Schülern und Schülerinnen sind viele, mit denen man sehr viel üben muss, auch Benimmregeln und dergleichen mehr. Aber unter ihnen sind auch immer Jugendliche, die einfach einen schlechteren Start ins Leben hatten. Und für sie ist es die Gelegenheit, in ein Berufsleben zu treten. Wir erfüllen so gesellschaftlich eine wichtige Rolle und gewinnen Menschen für unseren Beruf, die ganz sicher lange bei uns bleiben werden, weil das für sie der Rahmen ist, in dem sie sich wohlfühlen.

Schwinn Herr Montgomery, was wird es denn für Ärzte in Zukunft bedeuten, wenn es mehr akademisierte Pflegende auf den Stationen gibt?

Montgomery Wenn das so läuft, wie Frau Heepe es geschildert hat, dann wird es fantastisch. Wir haben nämlich einen Nachholbedarf in der Akademisierung. Dazu ist sicher ein reflektiertes Rollenverständnis auf beiden Seiten nötig. Und wir brauchen nicht mal nach Australien zu gucken, eine gute Sjuksköterska in Schweden kann das heute schon. Und was Herr Heinze damals im Wissenschaftsrat beschrieben hat, mit einem Akademisierungspotenzial um die 15 Prozent, das finde ich genau richtig. Wir können als Ärzte doch nur davon profitieren. Ich will es Ihnen an einem Beispiel sagen. Früher gab es eine Röntgenuntersuchung mit dem Namen Phlebografie, die heute vom Ultraschall abgelöst wurde. Bei dieser Untersuchung musste ein Arzt eine Nadel in eine Fußrückenvene stechen und dann musste jemand mit Kraft die Spritze ausdrücken, während der Arzt mit dem Durchleuchtungsgerät hantierte. Das hat traditionell bei uns in der Klinik immer eine MTA gemacht, bis es von der Gewerkschaft als außerhalb ihres Haftungsbereichs liegend erklärt wurde. Das ist falsch verstandene Differenzierung zwischen den einzelnen Berufen. Ich übernehme doch natürlich weiterhin die Verantwortung für den Ablauf. Das geschieht aber leider bei uns. Und Frau Heepe, Sie haben zurecht darauf hingewiesen, dass wir hier Ängste vor der Akademisierung abbauen müssen. Aber auch ich fürchte mich vor 100 Prozent akademisierten Schwestern. Natürlich brauchen wir aber auch bei den Schwestern eine Wissenshierarchie, die an Funktionen andockt, das ist völlig klar. Und das heutige Bild, das Sie in manchen Krankenhäusern großer privat organisierter Konzerne bekommen, dass

die einzige, die noch mit Ihnen spricht, die Reinigungskraft ist, das wollen wir ja auch nicht wirklich. Sondern wir wollen den Mix, und ich bin beeindruckt von dem Selbstbewusstsein, Frau Heepe, mit dem Sie die neuen Aufgaben der Pflegenden hier skizzieren, das finde ich toll.

Schwinn Das bedeutet zwangsläufig, dass Ärzte und Ärztinnen und Pflegende in Zukunft noch viel mehr zusammenarbeiten müssen. Es gibt auch jetzt schon Projekte, in denen diese Interprofessionalität stattfindet. Aber es gibt wahrscheinlich noch zu wenige. Herr Pfeilschifter, spielt diese Zusammenarbeit, das Überwinden von Grenzen denn eine Rolle im Medizinstudium?

Pfeilschifter Das ist ja ein ganz wesentlicher Teil auch dessen, was der Masterplan Medizinstudium 2020 beschreibt, was aber unabhängig davon auch an den Medizinfakultäten in Deutschland bereits Realität und auch notwendig ist. Wir planen in Frankfurt zum einen für die Pflege einen universitären Studiengang Pflege, um Karriereperspektiven, aber auch die Attraktivität als Arbeitgeber zu optimieren. Wir planen dies in einem Umfang, der vertretbar und vernünftig ist. Von daher gibt es punktuell auch eine gemeinsame Ausbildung von Studierenden der Medizin und Studierenden der Pflege in Simulationseinrichtungen. Solch eine punktuelle gemeinsame Ausbildung ist sicher eine Sache, die wir von beiden Seiten nur begrüßen können. Das reflektiert sowohl unsere strategischen Überlegungen als auch deren zukünftige berufliche Tätigkeit.

Schwinn Herr Heinze, sehen Sie auch Chancen, dass man in Zukunft Pflegende zum Beispiel in die Forschung mit einbindet?

Heinze Wir haben 2012 im Papier des Wissenschaftsrats empfohlen, dass zehn bis zwanzig Prozent der Gesundheitsfachberufe akademisch qualifiziert sein sollen, wobei ausdrücklich diese Qualifikation nicht vom Patienten wegführen, sondern die konkrete klinische Tätigkeit noch besser qualifizieren soll, und das geschieht auch durch Forschung. Selbstverständlich kann man gute wissenschaftliche Untersuchungen darüber durchführen, was die beste Dekubitusprophylaxe oder das beste Fiebermanagement ist.

Ich möchte auch den anderen Punkt ansprechen: Ich glaube, dass die Modelle wie das AGnES-Modell oder die Nurse Practitioner-Modelle helfen werden, den Mangel der Versorgung auf dem Lande mit zu bekämpfen. Natürlich stellt sich dabei das Problem der Delegation ärztlicher Leistungen an die Gesundheitsfachberufe. Die moderne Telemedizin kann uns hier voranbringen: Damit kann ein Arzt, eine Ärztin mehrere Einrichtungen supervidieren. Wir werden nie genug

Ärzte aufs Land bringen, und das müssen wir vielleicht auch nicht. Wenn wir solche Arbeiten auf einem geeigneten juristischen und arbeitstechnisch guten Rahmen telemedizinisch konstruieren, könnte das sehr helfen.

Schwinn Wir haben jetzt sehr viel Input erhalten und es gibt sehr viele Punkte, an denen man ansetzen und vielleicht noch einmal nachfragen kann. Ich würde die Runde gerne öffnen für Fragen aus dem Publikum.

Tegtmeyer Ich fand das Thema der akademisierten Pflegewissenschaften sehr interessant. Eine Frage, die ich dazu habe, lautet: Sind die Berufsrollen schon definiert oder gibt es da noch Bedarf? Und ich habe noch eine



Ralf Tegtmeyer,
*Geschäftsführender Vorstand, HIS-
Institut für Hochschulentwicklung e. V.,
Hannover*

weitere Frage: Es gibt bereits einen Modellstudiengang an der MLU Halle zu Pflegewissenschaften, den wir als HIS-HE begleiten, und ich vermute, Herr Pfeilschifter, dass Sie so etwas Ähnliches vorhaben. Wie schätzen Sie die Akzeptanz dieses Studienganges bei den anderen Studiengängen ein?

Heepe Ich hatte schon gesagt, wir betreten Neuland. Auch wir an der Charité bieten ab 2020 einen primär qualifizierenden Studiengang an. Wir haben Rollen fest definiert. Das muss man, glaube ich, auch, und zwar sogar im stationären Setting mit Funktionsbeschreibung, um ein wenig Sicherheit zu geben. Damit Menschen den Weg dorthin finden, haben wir nicht von oben

für die 4.500 Menschen, mit denen wir arbeiten, festgelegt, wer welche Aufgaben hat, sondern wir haben tatsächlich für jede Station noch einmal gemeinsam mit den Pflegenden vor Ort besprochen, welche Tätigkeiten sie ausführen, wo sie selber einen Bedarf sehen, akademisch qualifizierte Kollegen einzusetzen, und wo es auch Tätigkeiten gibt, von denen sie sich entlasten könnten. Damit erreichen wir eine Akzeptanz, aber es ist ein langsamer Weg dahin. Sind wir hierin schon anerkannt? Nein! Es werden beständig Witze gemacht, aber ich glaube daran. Wenn Sie bedenken, dass auch Florence Nightingale verlacht wurde für ihren Standpunkt, dass Pflegende eine Qualifizierung brauchen. Das war damals ja gar nicht üblich. Ich glaube daran, dass wir unseren Weg gehen werden und uns fest positionieren werden. Mit den Scherzen

kommen wir gut zurecht. Soweit zu der Frage, wo ich die Rolle im Interprofessionellen sehe. Was ich als wirklich positiv erlebe, ist, dass wir einen Palliativkonsildienst haben, in dem Pflegende und Ärzte gemeinsam arbeiten, und wir ebenso einen Delirkonsildienst neu entwickelt haben, wo die Ärzte den Input geben und die Pflegenden vor Ort in anderen Bereichen helfen. Das sind akademisch Pflegende, die dieses dann entsprechend auch mit beforschen können. Das sind hervorragende Entwicklungen, aber wir stehen am Anfang.

Pfeilschifter Ich würde ergänzen wollen, dass natürlich Halle für mich jetzt die Blaupause ist. Ich bin im Aufsichtsrat des Universitätsklinikums Halle, von daher habe ich die schwierige Zeit und Turbulenz miterlebt, als es Schließungsdiskussionen gab, auch die Empfehlung des Wissenschaftsrates, einen Pflegeschwerpunkt an der Universität Halle und dem Universitätsklinikum zu etablieren. Für uns ist es jetzt eine Blaupause, um Ähnliches dann auch für Frankfurt zu realisieren. Daran arbeiten, um Akzeptanz zu erlangen, müssen beide Berufsgruppen. Sie glauben gar nicht, welche Vorbehalte es auf pflegerischer Seite gibt, mit Ärzten gemeinsam zu arbeiten. Natürlich ist uns allen viel geläufiger, welche Vorbehalte es auf ärztlicher Seite gibt. Von daher brauchen Sie Exponenten aus beiden Berufsgruppen, die Vertrauen und überzeugende Arbeit einsetzen, um gemeinsames Handeln vor Ort Realität werden zu lassen.

Suter *Prof. hon. Peter Suter, Université de Genève:*

Ich bin beeindruckt von den Entwicklungen in Sachen Pflegewissenschaften und auch von der Zusammenarbeit, das haben Sie hier sehr schön gezeigt. Auch bei uns in der Schweiz gibt es hier einige Fortschritte und das war auch nötig. Worüber ich nicht so ganz glücklich bin, betrifft den Landarzt, Kleinstadtarzt oder Vorstadtarzt – sie sind ja nicht alle auf einem Bauernhof. Herr Heinze, Sie haben sehr schön gesagt, dass es wichtig ist, auf wen wir im Studium treffen. Ist es vorgesehen oder ist es sogar schon etabliert bei Ihnen, dass auch die Allgemeinmediziner in der Fakultät eine wichtige Stellung haben? Dass sie Kliniken oder Abteilungen haben, wo sie die Verantwortung übernehmen können, um den jungen Leuten auch zu zeigen, was das ist? Wie geht die Entwicklung hier vorwärts? Bei uns hat es sehr viel gebracht, dass die Lehrpersonen und Studierenden dann auch wieder hinausgehen, aus der Klinik in die Praxis, in die kleineren Städte und aufs Land.

Pfeilschifter Folgendes zur Allgemeinmedizin: Frankfurt ist ein Vorkämpfer. Wir besitzen seit 30 Jahren ein Institut für Allgemeinmedizin, zunächst als eine Stiftung der dortigen Landesärztekammer, seit ungefähr zwölf Jahren mit Herrn Professor Gerlach, dem Vorsitzenden

des Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheitswesen, als Allgemeinmediziner. Er hat ein großes Institut, ist ein Schrittgeber für das Fach Allgemeinmedizin in Deutschland gewesen und wir schließen im Prinzip deutschlandweit jetzt die allerletzten Lücken. Sämtliche 38 Fakultäten werden dann entsprechende Einrichtungen der Allgemeinmedizin mit Lehrstuhlvertretern haben und die entsprechenden 36 Universitätskliniken, da klafft die Zahl immer auseinander. Es gibt nunmehr eine flächendeckende optimale Vertretung der Allgemeinmedizin. Der Wunsch der Studierenden, Allgemeinmedizin später dann auch im Praktischen Jahr oder auch in der Niederlassung in Betracht zu ziehen, ist steigend. Auch von daher denke ich, dass die Strategie mit langem Atem erfolgreich war.

Heinze Das ist richtig. Wir haben Lehrstühle für Allgemeinmedizin, und die Studierenden gehen regelmäßig in Famulaturen in die Praxen draußen. Aber es hängt natürlich wesentlich von der Qualität der Lehrpraxen ab. Da wird man sicherlich standardisieren müssen. Die Universität Bielefeld gründet übrigens gerade eine Unimedizin und macht sich viele Gedanken auch über Lehre – auch mit dem Ziel, dass die Leute in der Region bleiben mögen. Es ist völlig richtig, was Herr Montgomery gesagt hat, damit die Menschen auf dem Land bleiben, müssen erst einmal die Kommunen gute Bedingungen schaffen. Aber auch im Studium selbst, das lerne ich jedenfalls gerade am Bielefelder Beispiel, kann man das Spannende einer Landarztztätigkeit durchaus herausheben. Die Tatsache, dass man dort ziemlich alleine mit sehr komplexen Situationen konfrontiert wird, ist eben gerade nicht Medizin light, sondern sehr anspruchsvolle Medizin. Wenn man bereits im Studium vermittelt, dass dies eine ganz besondere Aufgabe ist, eine Aufgabe für eine Elite, und dies auch wissenschaftlich untermauert, kann man hier einiges dafür tun, dass sich Studierende für eine solche Tätigkeit entscheiden. Und auch hier halte ich die Telemedizin für etwas zukünftig ganz Entscheidendes. So können zum Beispiel, auch Fallkonferenzen in der Breite organisiert werden. Diese Fälle könnten regelmäßig mit den Kollegen in größeren Krankenhäusern oder Universitäten persönlich diskutiert werden. Auch über ein paar hundert Kilometer weit weg bleibt man dank der Telemedizin künftig also Teil von Grand rounds. Auch diese Möglichkeit wird den Landarztberuf attraktiver machen.

Montgomery Ich habe selbst vor 30 Jahren als Assistentensprecher im Fachbereichsrat in Hamburg die Borniertheit der traditionellen Fächer gegenüber der Allgemeinmedizin erlebt und erlitten. Es hat 20 Jahre gedauert, bis man endlich einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und die

Lehrpraxen hatte. Heute haben wir eher ein anderes Problem. Wenn die Studenten in die Lehrpraxen gehen, erzählt ihnen der Lehrpraxeninhaber erst einmal von seinen Budgetproblemen und seinem Ärger mit Krankenkassen und KV. Auch alle Organisationen der niedergelassenen Allgemeinärzte zeichnen fortwährend ein Bild der schwierigen finanziellen Situation. Wir haben es mit intelligenten jungen Menschen zu tun. Wenn ich in einer Praxis nur Negatives zu hören bekomme, dann ist das nicht der richtige Incentive, um mich später für eine Arbeit in dieser Praxis zu entscheiden. Das bedeutet, dass wir auch hier in den Führungsrollen aufpassen müssen, dass wir in den Lehrpraxen Mediziner haben, die von ihrem Beruf begeistert und in der Lage sind, Klagen, zum Beispiel über das vermeintlich schlechte Einkommen, nicht in den Fokus zu stellen. Wenn uns das gelingt, dann werden wir viele Leute für die Allgemeinmedizin begeistern können. Sie ist nämlich ein wunderbares Fach. Ganz ähnlich gelagert ist das Problem in Bezug auf die Geriatrie. Da müssten wir bei den ganzen Querschnittsfächern auch wirklich sehen, dass hier ein immenser Bedarf in der Gesellschaft besteht. Wir müssten an die Geriatrie abgeben und teilen, und zwar in einem guten, vernünftigen Sinne.

Zimmermann *Prof. Dr. Frank Zimmermann, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Universität Basel:*

Zwei Anmerkungen: Zum einen betrifft es die Hausarztmedizin. Wir haben hier longitudinal über die sechs Jahre eine enge Betreuung im Verhältnis eins zu eins eingebaut. Und die Studierenden sind total begeistert. Trotzdem gehen sie hinterher in ein Spezialfach außerhalb der Hausarztmedizin. Hier muss man also noch mehr investieren. Meine zweite Anmerkung betrifft die Pflegewissenschaften: Sie sind bei uns auch in der Medizinischen Fakultät angesiedelt mit dem Advanced Nurse Practitioner. Dort gab es von zwei Seiten Berührungängste. Die klassischen Pflegenden fühlten sich verraten, und die Ärzte befürchteten, es würde ihnen etwas weggenommen. Ein deutlicher Aufschwung ist erfolgt, als wir das Ärztenetzwerk in den Beirat eingebunden haben, eine Vertretung der niedergelassenen Ärzte, Allgemeinärzte und Hausärzte auch aus der Region, denen es sehr wichtig ist, die Pflegewissenschaften hereinzuholen. Und vielleicht löst das sowohl ein finanzielles Problem als auch den Anreiz, nach draußen zu gehen, wenn man weiß, man hat ein super Team, das man mitnehmen kann. Ich bin da optimistisch, dass das eine Chance ist.

Montgomery Zu Ihrem ersten Statement: Ich glaube, einer der treibenden Punkte ist, dass die allgemeinmedizinische Weiterbildung nachher

nicht nur in der Allgemeinmedizin, sondern in vielen anderen Fächern stattfindet. Ich habe es in Hamburg einmal geschafft, zehn Stellen in einem großen Krankenhaus, nicht in einem Universitätskrankenhaus, direkt beim Ärztlichen Direktor anzusiedeln mit dem Ziel, sie durch alle Abteilungen des Hauses rotieren zu lassen, um am Ende Allgemeinmediziner zu gewinnen. Leider war das Ergebnis katastrophal. Nicht einer von ihnen ist Allgemeinmediziner geworden. Stattdessen kamen sie in die HNO, Gynäkologie oder in die Neurologie etc. und blieben dabei. Alle sind gute, vernünftige Ärzte aber keiner ist Allgemeinmediziner geworden. Zum Allgemeinmediziner muss man geboren sein. Aber vergessen Sie dabei nicht den Effekt der Weiterbildung, durch den man später vielleicht auch zum Facharzt werden kann. Bei uns gilt der Facharzt immer noch mehr als der Allgemeinmediziner. Das haben die Allgemeinmediziner übrigens selber lange Zeit mit befördert, indem sie gesagt haben, wir sind keine Fachärzte, wir sind Allgemeinmediziner. Ich finde, sie sind genauso Fachärzte, mit demselben Status, mit demselben Rang wie alle anderen. Diese ganzen Probleme, die durch solches Statusdenken entstehen, müssen wir überwinden. Natürlich ist es für einen jungen Menschen nicht attraktiv, in einen Beruf zu gehen, in dem er schlechter verdient, mehr arbeiten muss und sich außerdem noch mit Anfeindungen und Herabsetzungen auseinandersetzen hat. Daran müssen wir alle arbeiten. Das können übrigens nicht nur Sie, da versagt auch meine Organisation, die Ärztekammer an manchen Stellen.

Pfeilschifter In Bezug auf die Weiterbildung, ist es ganz essenziell, dass die Allgemeinärzte in entsprechenden Kompetenznetzwerken, wie wir sie zum Beispiel in Hessen etabliert haben, betreut werden und dass ihnen über die Facharztweiterbildungszeit eine optimierte Struktur geboten wird. Dann ist der Erfolg der endgültigen Facharztqualifikation auch zahlreicher und nachweisbar belegt. Was mich aber, Herr Montgomery, bewegt, Sie haben die Geriatrie angesprochen. Wenn ich das Berufsmonitoring 2018 bei den Medizinstudierenden anschau, so haben wir genügend Allgemeinmedizin-Interesse und wir haben genügend Interesse für viele Subdisziplinen. Doch wir registrieren ein absolut desaströses Desinteresse für die chirurgischen beziehungsweise schneidenden Fächer, an der Facharztweiterbildung haben nur noch vier Prozent Interesse. Aber aktuell sind acht Prozent aller Krankenhausärzte Chirurgen. Hier laufen wir in ganz dramatische Probleme hinein.

Schwinn Sie sprechen spannende Themen an. Ich habe mich gestern auch mit Studenten unterhalten und von ihnen gehört, dass das Interesse für Chirurgie am Anfang sehr, sehr hoch ist und während des

Studiums dann eher abnimmt. Woran liegt das, an der Arbeitsbelastung oder an etwas anderem?

Pfeilschifter Ich will es jetzt nicht im Detail erläutern. Die intellektuelle Herausforderung in anderen Disziplinen ist ungleich größer, der Umgangston in der Chirurgie ist für empfindliche Gemüter nicht geeignet. Auf der anderen Seite steht das heroenhafte Image des Chirurgen, der das Messer in die Hand nimmt und den Patienten letztendlich einer Heilung zuführt – das können ja die wenigsten Fächer erreichen. Eine Heilung zu erreichen, das ist das, was anfangs so begeistert. Und leider verliert sich dieses Image durch die Erfahrung im Studium, in der Famulatur und im Praktischen Jahr. An einer Veränderung müssten aber auch die Chirurgen selbst mitarbeiten.

Schwinn Aber ist das tatsächlich nur das Image, oder sind es nicht doch auch die Arbeitszeiten, die abschrecken?

Pfeilschifter Die Arbeitszeiten sind in jeder medizinischen Disziplin hoch. Wir haben das heute reguliert. Herr Montgomery hat damals als Marburger-Bund-Vorsitzender entsprechend adäquat mitgeholfen. Heute ist eine zeitliche Belastung in Grenzen möglich. Es gibt Fächer, die natürlich planbarer sind als andere. Das ist eine persönliche Entscheidung. Ich würde nie jemanden kritisieren. Jeder muss für sich individuell entscheiden, was die richtige Disziplin ist. Und von daher gibt es viele Weichenstellungen im Leben, bei denen der Zufall eine ganz maßgebliche Rolle spielt. Wen treffe ich wann? Wer ist mein Rollenmodell, wer ist mein Vorbild? Wer begeistert mich? Wer schreckt mich ab? Und das ist schlecht planbar.

Montgomery Herr Pfeilschifter, die intellektuelle Herausforderung im Chirurgenberuf würde ich anders sehen als Sie. Die Chirurgie hat sich stark gewandelt, man hat noch ein falsches Bild davon. Wir haben als Radiologen zum Beispiel den Gefäßchirurgen auch vieles abgenommen, was wir viel besser können als sie. Das Kernproblem ist eher die Uneinsichtigkeit der Chirurgen, dass auch sie ihre Arbeitsplätze nach den Bedingungen der jungen Menschen richten müssen und nicht sagen: Das Arbeitszeitgesetz gilt überall außer in der Chirurgie; das ist nun einmal so. Natürlich haben wir früher oft hundert Stunden gearbeitet, aber es waren andere Stunden. Wir wurden im Nachtdienst nicht ständig geweckt mit zum Beispiel der Bitte um ein CT. Heute nehme ich morgens dem jungen Menschen zehn CTs ab, die er in der Nacht im Nachtdienst gemacht hat. Die Arbeitsverdichtung spielt eine Rolle, und da ist die Chirurgie ein besonderes Problem. In der Chirurgie findet unglaublich viel in kurzer Zeit statt, und wir lassen die jungen Leute mit

der Verantwortung zu oft alleine. Deswegen wollen sie nicht mehr Chirurg werden. Wir müssen ihnen die Verantwortung abnehmen, wir müssen sie anständig weiterbilden und wir müssen versuchen, die Arbeitszeiten einzuhalten. Sie können natürlich nicht bei jeder Operation einen Schichtwechsel einplanen. Aber bei vielen standardisierten Operationen können Sie das machen. Ich wünschte mir manchmal ein klein wenig mehr Flexibilität bei den Chirurgen.

Plamper Sie haben, Frau Heepe, sehr schön dargestellt, wie die fachpflegerische Entwicklung in einigen Fachdisziplinen schon sehr gut funktioniert. Die Fachpflege Onkologie, Palliativ-, oder Intensivmedizin ist für die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit sehr gut



*Dr. Evelyn Plamper, MPH,
Leiterin, Stabsabteilung Unternehmens-
entwicklung, Universitätsklinikum Köln*

ausgebildet. Weitere hochschulmedizinische Aspekte können und müssen meines Erachtens zum neuen Rollenverständnis der Pflege beitragen, Hierzu gehört etwa die Digitalisierung in der Pflege, eine Thematik, die sich auch in Ausbildungsmodulen wiederfinden müsste. Ebenso sind Aspekte der Prozessverantwortung wesentlich. In beiden Bereichen kommen sich die Berufsgruppen sehr nahe und müssen das Potenzial ausnutzen, das Rollenbild der Pflege gezielt weiter zu entwickeln. Ich habe, als ich anfang, von Pflegenden oft die Frage gehört: Was haben wir mit Hochschulmedizin zu tun? Das darf heute eigentlich nicht mehr der Fall sein,

denn alle Berufsgruppen in einer Uniklinik sitzen in einem Boot. Ich hätte gerne ein kurzes Feedback, wie Sie das Potenzial einschätzen.

Heepe Das ist das, was ich eingangs meinte, wo sicherlich die Entwicklungen, die jetzt stattfinden, uns sehr unterstützen werden. In der Tat teile ich Ihre Erfahrungen. Aber wenn Sie mich vor 30 Jahren befragt hätten, obwohl ich immer schon in der Universitätsmedizin tätig war, ich hätte damit wenig anfangen können. Ich glaube, dass eine Interprofessionalität nur dann hergestellt werden kann, wenn man sich gemeinsam in der Hochschulmedizin zu Hause fühlt. Das ist ein Weg, den wir gehen. Ich propagiere aber auch, das ist das, was Herr Pfeilschifter schon angesprochen hat, dass bestimmte Elemente von Qualifizierung und Schulung gemeinsam gestaltet werden können. Natürlich sind wir

bestrebt, mit dem primär qualifizierenden Studiengang für die Pflege einige Dinge gemeinsam mit dem Reformstudiengang Medizin zu planen. In Österreich habe ich ein vorbildliches Angebot kennengelernt, das ich auch gerne hätte. Dort wurden Führungsthemen wie ressourcenorientierte Gesprächsführung und dergleichen mehr berufsgruppenübergreifend angeboten. In diesen Gesprächen setzt man sich intensiv auseinander und verhält sich dann auch automatisch anders, wenn man das Ganze dann im professionellen Setting umsetzen soll. Das ist zum Beispiel eine Sache, die ich an meine Unternehmensentwicklung herantrage. Da können wir noch eine ganze Menge mehr gestalten, das sehe ich genauso. Und zur Digitalisierung: Digitalisierung ist für die gesamte Medizin ein ganz wichtiger Schritt. Wir gehen da aus unterschiedlichen Gründen sehr langsam vorwärts. Wenn wir den pflegerischen Sektor alleine betrachten, so gäbe es dort allein eine ungeheure Entlastung, auch zum Beispiel in logistischer Hinsicht. Das wäre wünschenswert, wenn wir da schneller vorankämen, da bin ich bei Ihnen.

Schwinn Ich habe noch eine Nachfrage zum Thema Digitalisierung. Welche Rolle spielt das denn im Medizinstudium? Hat sich da schon etwas getan? Und wird auch darüber gesprochen, wie sich durch die Digitalisierung die Rolle des Arztes verändert?

Pfeilschifter Wir sind im Prozess. Natürlich, wenn Sie sich die gegenwärtige Ausbildungsordnung, die Approbationsordnung anschauen, so ist das noch kein Thema. Das ist eine Sache, die jetzt aufgenommen und implementiert werden muss. Und wir tun uns keineswegs schwer damit, wir wollen es ja. Es gibt entsprechende Programme, um unsere Universitätsklinika, wir haben gestern davon gehört, gemeinsamer auf eine Basis zu stellen. Das wird eine Herausforderung sein, der wir uns stellen. Aber momentan ist wenig in den Curricula verankert.

Aulenkamp *Jana Aulenkamp, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., Berlin:*

Ganz kurz zu dem Thema Forschung. Da wollte ich zum Berufsmonitoring kurz ergänzen: Am Ende sind es 30 Prozent, die Forschung spannend finden, aber am Anfang, in der Vorklinik, sind es noch knapp über 40 Prozent. Das heißt, es gibt auch eine abnehmende Tendenz über das Studium hinweg. Was ich aber eigentlich ansprechen wollte, war das Thema, wie wir die Leute in der Medizin halten, sie nicht nur ausbilden, sondern auch halten. Wo, glauben Sie, ist denn da der größte Nachholbedarf? Gerade wenn es auch in die Richtung Einarbeitungskonzepte oder supervidierte Führung, Mentoring-Programme usw. geht. Ich habe es in Salzburg so erlebt, dass jeder, der zukünftig eine leitende Position

übernehmen soll, auch dafür geschult wird. Was bedeutet denn überhaupt ein gutes Mitarbeitergespräch etc.? Da sehen wir als Nachfolgegeneration noch enormen Bedarf, um den Spaß und die Begeisterung für die Medizin zu erhalten. Was sehen Sie denn da für realistische Möglichkeiten?

Heinze Ich will es einmal anders sagen, es gibt kaum einen anderen Beruf, wo man so intensiv über die richtige Lehre nachdenkt wie in der Medizin. Ich finde, man kann auch overcoachen. Ich glaube, wenn es uns gelingt, nicht nur die Abi-Note als Auswahlkriterium zu nehmen, sondern mit Assessment Centern oder Ähnlichem diejenigen mit der intrinsischen Begeisterung und Fähigkeit für das Fach herauszufiltern und diese Menschen zum Studium zuzulassen, dann werden wir weniger Probleme damit haben, dass diese Menschen später auch tatsächlich gute Ärztinnen und Ärzte werden, auch solche, die auch Führungsverantwortung übernehmen wollen.

Montgomery Zu mir kommen Menschen im zweiten Semester und fragen mich nach dem ärztlichen Versorgungswerk oder wie hoch ihre Rente am Ende sein wird. Und bei manch einem habe ich das Gefühl, der studiert nicht Medizin, sondern Chefarzt. Das ist der falsche Ansatz. In dieser Beziehung teile ich die Auffassung von Herrn Heinze. Jeder hat das Recht, das so sehen zu wollen. Aber wir müssen im Auswahlprozess, und da springt der Masterplan Medizin meines Erachtens wieder zu kurz, dafür Sorge tragen, dass wir die Menschen auswählen, die für die Medizin brennen. Daran, dass sich das in der Abiturnote ausdrückt, habe auch ich so meine Zweifel.

Pfeilschifter Zu Frau Aulenkamp: Erstens ist es ein Gerücht, dass wir viele Leute verlieren, die anschließend nicht in die kurative ärztliche Tätigkeit gehen. Weit über 90 Prozent bleiben dabei, der Großteil geht in die ärztliche Profession. Und es freut mich, dass wir endlich ein Thema haben, wo ich auch einmal widersprechen kann. Ich bin anderer Meinung als Herr Heinze und Herr Montgomery. Denn wir haben ja das Auswahlverfahren aufgrund der Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts neu sortieren müssen. Die KMK hat einen entsprechenden Beschluss vorgelegt, der, unter Abwägung vieler Punkte, sehr gut ist. Ich persönlich bevorzuge es, mit einer Auswahl von Studierenden, die durch Abiturnote und Medizinertest im Mix gefunden wurden, weiterzuarbeiten. Wenn diese Studierenden Feuer fangen, können wir sie adäquat und auf dem Niveau, auf dem wir Ärzte ausbilden möchten, erreichen. Wir fluten ja die Universitäten, und wir sehen, was qualitativ und durch Qualitätsstandards dann dort noch erreicht werden kann. Die Zahlen gehen dramatisch nach unten, weil wir keineswegs einen ganzen Jahrgang oder

die Hälfte davon an die Universität schicken können. In Hessen sind wir bei 60 Prozent, die Abitur machen. Das ist ein Problem. Und, Herr Montgomery, zum Thema Versorgungswerk muss ich Ihnen eine kleine Geschichte erzählen. Bei unserer Examensverabschiedung freuten wir uns mit den jungen Leuten, die Zeugnisse auszuteilen. Der Vertreter der Landesärztekammer empfahl ihnen, nun an die Rente zu denken und in das ärztliche Versorgungswerk zu gehen. Das ist natürlich auch nicht der richtige Zeitpunkt, mit Start des Studiums an die Rente zu denken. Aber das kommt offensichtlich von beiden Seiten.

Schwinn Herr Pfeilschifter, Herr Einhäupl hat gestern prognostiziert, in zehn Jahren brauchten wir keinen Numerus clausus mehr. Glauben Sie das?

Pfeilschifter Ich weiß natürlich nicht, was in zehn Jahren sein wird, aber ich plädiere für den Numerus Clausus. Sie glauben ja gar nicht, wie lange in der Geschichte der medizinischen Fakultät praktische Fähigkeiten gefordert wurden. Von 1901 bis 1970, oder gar bis 2002, jetzt wieder. Das ist ein Running Gag. Jede Politikergeneration fordert eine praktischere Ausbildung der Ärzte. Und ähnlich ist es mit der Auswahl. Der Numerus clausus wird benötigt, weil es ein Regelwerk geben muss, um aus heute fünf Bewerbern um einen Studienplatz auszuwählen. Medizin ist ein attraktives Fach, das Studium eröffnet viele Möglichkeiten. Auch von der Bezahlung her ist die deutsche Medizin dank Marburger Bund attraktiv vergütet. Von daher ist das Paket stimmig, und ich glaube nicht, dass wir in zehn Jahren für jeden Studienplatz mühsam nur noch einen Bewerber haben. Von daher werden wir nicht umhin-

können, auszuwählen, ob es dann weiterhin der Numerus clausus ist, das mag sich ändern. Das ist aus meiner Sicht jetzt aber mit der Vorlage der KMK gut gelöst.

Kaiser Ich habe eine Nachfrage zu den Clinician Scientists. Wenn ich mit anderen Universitätsklinika in Deutschland spreche, höre ich oft, das sei ein gutes Konzept, das im Wissenschaftsrat erarbeitet worden ist, aber es koste und mit den teilzeitarbeitenden Ärztinnen und Ärzten werde die Planung immer schwieriger. Was gibt es hier für Ansätze, dem entgegenzuwirken? Ich halte das Konzept nach wie vor für extrem attraktiv.



Prof. Dr. **Hedwig J. Kaiser**, Leiterin,
Nationale und Internationale
Zusammenarbeit, Universität Basel

Heinze Wir haben auch lange daran gearbeitet, und ich stehe auch nach wie vor dahinter. Wie bereits erwähnt, hat dieser Wettbewerb, den die Else-Kröner-Stiftung aufgegriffen hat, das ja auch gezeigt. Die Unikliniken sind begeistert davon. Sie haben sich wirklich sehr viel Mühe gegeben und tolle Konzepte geschrieben mit sehr vielen unterschiedlichen Dingen. Auch gerade, was Teilzeit angeht und Strukturen, die eine gewisse Selbstständigkeit in der zeitlich vernünftigen Planung haben, die es auch den vielen Frauen ermöglichen, beides zu vereinbaren, Familie und Arztberuf. Da gibt es wirklich interessante Ideen. Wir haben uns vor diesem Wettbewerb auch umfassend informiert, was es an integrierten Forschungsbehandlungszentren bereits gibt. Wir haben uns Tübingen angesehen, wo aus einer Neurologie plötzlich sechs parallele Abteilungen geworden sind mit einem enormen wissenschaftlichen und klinischen Ergebnis. Man muss Geld ins System stecken, das ist richtig. Das war auch unsere Forderung. Man muss so einem Zentrum größenordnungsmäßig fünf Millionen pro Jahr geben. Die SPD war begeistert und hat sogar zehn Millionen pro Jahr vorgeschlagen. Dann kann man so etwas aufbauen, es bekommt dann eine Eigendynamik. Es werden im weiteren Verlauf Drittmittel eingeworben, man kann wieder neue Menschen einstellen und attraktive Positionen schaffen. Ich glaube, man muss zunächst wirklich einmal anfangen und in dieses System etwas hineingeben. Aber das kann nicht top – down verordnet werden, das muss aus der Fachrichtung selber erwachsen.

Montgomery Man muss auch ein strukturelles Defizit abschaffen. Die Europäische Union verlangt von uns heute, dass wir Weiterbildung nur anerkennen dürfen, wenn sie in klinischer Tätigkeit am Patienten geschieht. Das Problem ist also, wie wir diese Zeiten als Clinician Scientist in die Weiterbildung hineinbekommen. Ich habe mich bei uns an der Klinik immer sehr darüber geärgert, dass demjenigen, der im Labor verschwand, hinterher die ganzen sechs Jahre bescheinigt wurden, und zwar ohne das Labor zu erwähnen. Wer nach Amerika ging und eine tolle Arbeit lieferte, dem wurde das Jahr nicht anerkannt. Das galt nachweisbar als Wissenschaft und nicht als Krankenversorgung. Das finde ich ungerecht. Hier müssen wir zu anderen Lösungen kommen, und ich habe mehrfach vorgeschlagen, mindestens ein Jahr des Clinician Scientist voll auf die Weiterbildung anzurechnen, auch wenn das nur im Labor geschieht. Ich habe mich damit aber nicht durchsetzen können, weil in den Weiterbildungsabteilungen der Landesärztekammern der Gedanke vorherrscht, dass nur das, was man am Patienten leistet, auch auf die Weiterbildung anerkennungsfähig ist. Also, wir müssen in

Europa aktiv werden und diesen Unsinn in der Richtlinie ändern. Wir müssen aber selber auch bei den Weiterbildungsabteilungen hier in Deutschland etwas tun.

Pförringer *PD Dr. Dominik Pförringer, MBA, Orthopäde und Unfallchirurg, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München.*

Frau Heepe, mir hat Ihr Beispiel mit der Badewanne sehr gut gefallen, weil ich ihre Meinung teile, dass wir zu viele Mediziner verlieren, zwar nicht insgesamt, aber relativ. Die benachbarte Schweiz bildet die Mediziner nicht aus, sondern bietet einfach ökonomisch die attraktiveren Rahmenbedingungen für Ärzte. 22 Prozent der Mediziner in der Schweiz, die kurativ tätig sind, kommen aus Deutschland. Im Rahmen meiner Facharztausbildung durfte ich genauso viel arbeiten, so glaube ich, wie Sie, Herr Montgomery. Ich denke im Gegensatz zu Ihnen nicht, dass es mir geschadet hat – ganz im Gegenteil. Ich befürworte das. Ich sehe in der nachfolgenden Generation eine zunehmende Faulheit und Arbeitsunlust aufkommen, die dem System schadet und die Medizin lähmt. Wir haben es bedauerlicherweise mit einer echten Generation von Minderleistern zu tun. Man erlebt in Kliniken wirklich viele Leute, die nie ein Medizinstudium verdient hätten. Ich selbst war zwei Jahre bei einer internationalen Unternehmensberatung tätig und dort habe ich einen echten Leistungsanreiz und seine Auswirkungen erlebt. Das heißt also, wer mehr und härter arbeitet, bekommt mehr und steigt auch schneller auf.

Wir diskutieren ja immer wieder über den Numerus clausus. Mein Lösungsansatz hierzu ist sehr klar: Aus meiner Sicht wäre es sinnvoll, wenn wir – und das macht die TU in einigen Fächern, leider noch nicht in der Medizin – einfach alle Leute, die Medizin studieren wollen, zulassen würden, um dann in einem nächsten Schritt auszusortieren und zu sagen, wir nehmen nach den ersten Prüfungen die besten 20 Prozent oder gar die besten 10 Prozent nach Noten am Ende dann mit und lassen diese weiterkommen. Dann haben wir leistungsabhängig die besten Leute und die, wie Sie sagen, Herr Montgomery, am meisten für die Medizin brennen. Ich bin überzeugt, dadurch könnte man einiges erreichen. Und dann haben wir am Schluss die Mediziner, die wir wollen, die leistungsbereit sind und die wir brauchen.

Montgomery Nein. Ich würde nichts davon unterschreiben, was an Konnotationen über die jüngere Generation gesagt worden ist. Ich bin dringend auf sie angewiesen, wenn ich meinen Computer reparieren muss oder mein Handy nicht funktioniert. Herr Pförringer, das geht Ihnen genauso. Die jüngere Generation hat ganz andere Prioritäten, und

das ist auch in Ordnung. Wir haben sie so erzogen. Das Zweite, was Sie vorgeschlagen haben, geht verfassungsrechtlich nicht in Deutschland. Ein Modell wie der Concours in Frankreich, wo jeder ein Jahr studieren darf und dann dürfen nur 20 Prozent weiter. Das wurde alles geprüft, das Verfassungsgericht würde es nicht zulassen. Diese kurzen schnellen Lösungen helfen uns nicht weiter. Wir sind ja kein revolutionäres Volk. Wenn wir die Revolution wollen, und sie findet auf dem Bahnhof statt, lösen wir eine Bahnsteigkarte, damit wir da auch ankommen. Wir sind evolutionär angelegt und deswegen müssen wir über den Masterplan 2020 bessere Auswahlkriterien erreichen, damit wir die richtigen, die Leute, die für die Medizin brennen, dann auch hinterher im Studium haben. Und wenn der eine oder andere mal nicht wirklich brennt – eine gute Mischung wird es immer noch sein. Die Gesamttemperatur muss stimmen, und wenn sie in Ordnung ist, dann ist es auch gut.

Pfeilschifter Ich würde gerne noch einmal zur Schweiz zurückkehren, weil ich nach zwölf Jahren in der Schweiz die Zustände dort sehr wohl kenne. Ich würde dagegen plädieren, anfangs alle zuzulassen und dann nach einem Jahr die 90 Prozent, die wir nicht brauchen können, herauszuprüfen. Das ist eine nicht zielführende Aktion, vor allem, wenn Sie bedenken, dass die ersten zwei Jahre im Medizinstudium die teuersten zwei Jahre sind. Die Laborpraktika bringen auch intensivste personelle Betreuung mit sich. Und Sie vertun für den Großteil der Studierenden wertvolle Lebenszeit. In Frankfurt haben wir jedes Jahr 600 Studierende, und ich kann sie danach gruppieren, wie sie durchs Physikum kommen. Am schlechtesten schneiden diejenigen ab, die unter der sogenannten Ausländerquote studieren, die Nicht-EU-Ausländer. Dann kommen die Wartezeit-Studierenden. Und von daher sind wir gut beraten, wenn wir jetzt auf die Gruppen und Auswahlkriterien zurückgehen, die auch einen hohen Studienerfolg garantieren. Und das sollten wir nicht gefährden.

Schwinn Ich sehe, es gibt noch weitere Nachfragen, aber wir müssen die Diskussion pünktlich beenden. Ich danke den vier Teilnehmern des Podiums für ihre wirklich sehr spannenden Beiträge. Ich danke auch dem Publikum, das sich sehr rege beteiligt hat.

Netzwerkbildung – Medizinische Versorgung in Deutschland auf neuen Wegen?



Friedrich Grimminger



Karl-Walter Jauch



Veronika von Messling



Günther Wess



Volker Stollorz

Statements mit Podiums- und Plenumsdiskussion

Prof. Dr. Dr. **Friedrich Grimminger**

Gesundheitsnetzwerke von universitärer Maximalmedizin
bis hin zur Praxis

Prof. Dr. **Karl-Walter Jauch**

Kooperationen und Vernetzungsentwicklungen auch international –
eine Chance für die Hochschulmedizin?

Prof. Dr. **Veronika von Messling**

Nationale Wissenschaftskonsortien in der Medizin:
Überwindung der Säulen

Prof. Dr. **Günther Wess**

Exzellenzentwicklung, Arbeitsteilung und Spezialisierung:
Wo liegen die Schnittstellen zu den Universitätskliniken?

Moderation

Volker Stollorz

Stollorz Guten Tag meine Damen und Herren. Als Wissenschaftsjournalist und Redaktionsleiter des Science Media Center Germany, der an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Journalismus arbeitet, moderiere ich dieses Panel. Wir werden uns mit Prozessen beschäftigen, die durch disruptive Innovationen im hochschulmedizinischen System passieren müssten. Bevor wir in medias res gehen, noch ein kurzer Hinweis zur Besetzung des Podiums: Anstelle des leider verhinderten Herrn Staatssekretärs Luft begrüße ich Frau Professorin von Messling, Leiterin der Abteilung Lebenswissenschaften im Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Unser Thema inmitten der Innovationen im Gesundheitssektor sind künftige Netzwerke der universitätsmedizinischen Versorgung in Deutschland. Hierbei interessieren uns Fragen wie: Inwieweit hat das deutsche System der medizinischen Versorgung Einfluss auf die disruptiven Innovationen, die entlang der gesamten Wertschöpfungskette zu beobachten sind? Welche Barrieren bremsen möglicherweise strukturelle Innovationen? Und welche Strukturen verhindern sinnvolle Netzwerkbildung?

Die künftige Entwicklung der Universitätsmedizin wird außer von Innovationen von zwei wesentlichen Faktoren geprägt werden. Erstens: von einer wachsenden Notwendigkeit der interprofessionellen Integration, um Patienten in Netzwerken von Experten bestmöglich wirksam behandeln zu können. Medizin von morgen ist mehr denn je Teamwork

mit unterschiedlichsten Partnern. Der zweite Faktor ist die interinstitutionelle Integration, damit Patienten an dem Ort und nur dort behandelt werden, wo sie optimal versorgt werden. Ein damit verbundener dritter Aspekt betrifft die Folgen für die Universitätsklinika, wenn sich die wissenschaftlichen Prozesse immer mehr von der einzelnen Organisation in Netzwerke verlagern. Wie können Universitäten Schaltzentralen des medizinischen Wissens bleiben? Welche Strukturen müssen dafür zerstört, welche erschaffen werden? Und welche neuen Akteure müssen in die Netzwerke eingebunden werden? Schließlich wird es auch um eine Diagnose gehen: Wo stehen wir eigentlich? Warum fällt Deutschland in Bezug auf medizinische Durchbrüche zurück? Zumindest müssen wir uns mit dieser These auseinandersetzen. Was müsste geschehen, damit die Universitätsmedizin im internationalen Vergleich aufholen kann? Wir haben uns also mit den Netzwerken zu beschäftigen, in denen innovative Prozesse praktisch gemanagt werden können. Ich freue mich auf den Impuls, den wir aus dem BMBF erhalten werden: Die deutsche Universitätsmedizin steht vor enormen Herausforderungen, was tut die Politik, damit gemeinsames Forschen über die bisherigen Grenzen der Disziplinen, Institutionen und Staatsgrenzen hinweg im Interesse einer optimalen Gesundheitsversorgung der breiten Bevölkerung zum Standard wird?

Von Messling In der Forschungs- und Förderpolitik des Bundesministeriums für Bildung und Forschung besitzt das Thema „Vernetzung“ einen sehr hohen Stellenwert. Vernetzung ist entscheidend für die Leistungsfähigkeit des Forschungs- und Innovationsstandorts Deutschland. Damit in der medizinischen Versorgung neue Wege beschritten werden können, müssen Forschungsergebnisse rasch in innovative Gesundheitsanwendungen überführt werden. Das ist unser aller Anspruch. Wir beobachten in Deutschland aber noch immer eine starke Diskrepanz zwischen dem, was möglich erscheint, und dem, was in der Fläche tatsächlich Anwendung findet. Für die Forschungsförderung des BMBF hat die Translation in der Gesundheitsforschung daher höchste Priorität. Dies kommt auch im neuen „Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung“ zum Ausdruck, das Anfang dieses Jahres in Kraft getreten ist. Ein wesentlicher Leitgedanke des Programmes ist die Translation. Die Gesundheitsforschung und die Medizin befinden sich in einem massiven Umbruch. Digitalisierung, Personalisierung, Globalisierung, eine sich verändernde Demografie, all das sind dabei die Treiber und gleichzeitig auch der Rahmen. Louis Pasteur hat einmal gesagt: „Veränderungen begünstigen nur den, der darauf vorbereitet ist.“ Und wir

wollen vorbereitet sein. Nur so können wir uns im internationalen Wettbewerb behaupten. Wie gelingt uns das? Eine moderne Gesundheitsforschung darf nicht an den Grenzen von Institutionen und Organisationen enden. Mit dem „Rahmenprogramm Gesundheitsforschung“ schaffen wir die Strukturen, damit alle Beteiligten eng zusammenarbeiten und die vorhandenen Ressourcen auch gemeinsam nutzen können. Keine Einrichtung, kein Fachbereich, keine Wissenschaftlerin oder kein Wissenschaftler kann heute noch im Alleingang wesentliche Erkenntnisfortschritte in der Gesundheitsforschung erzielen. Gemeinsames Forschen über die Grenzen von Disziplinen, Institutionen und Staatsgrenzen hinweg muss zum Standard werden.

Der Wissenschaftsstandort Deutschland ist im Bereich der Gesundheitsforschung vielfältig aufgestellt. Universitäten, Hochschulen, außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, Ressortforschungseinrichtungen und forschende Unternehmen arbeiten kooperativ und wettbewerblich zusammen. In ihren jeweiligen Rollen werden diese Akteure gleichermaßen geschätzt. Um an der Spitze des globalen Wettbewerbs zu bestehen und diesen auch mitgestalten zu können, muss Deutschland die Vielfalt seines Wissenschaftssystems als Stärke begreifen. Wenn wir dessen Leistungsfähigkeit und Kreativität langfristig sicherstellen, werden wir auch für die medizinische Versorgung neue Wege eröffnen. Die Hochschulmedizin ist dabei ein ganz wichtiger Knotenpunkt, denn hier ist der Weg zwischen Wissenschaft, klinischer Praxis und Versorgung besonders kurz. Hier kommen Ergebnisse aus der Forschung unmittelbar bei den Patientinnen und Patienten an, und hier werden klinische Erfahrungen und konkrete Forschungsbedarfe direkt aus der Praxis zurückgespiegelt. Es ist dem BMBF daher ein großes Anliegen, die Leistungs- und Innovationskraft der Hochschulmedizin zu stärken. Von den Strukturfördermaßnahmen, die das BMBF in den letzten Jahren durchgeführt hat, haben bereits viele Institutionen profitiert. Es geht darum, die Rahmenbedingungen für Forschung und Translation zu verbessern. Ich verweise hier zum Beispiel auf die „Integrierten Forschungs- und Behandlungszentren“. Auch die Medizininformatik-Initiative des BMBF hat weitreichende Strukturveränderungen in den Universitätskliniken angestoßen. Hier arbeiten nahezu alle deutschen Universitätsklinika unter Einbindung von außeruniversitären Forschungseinrichtungen, Unternehmen, Krankenkassen und Patientenvertretern eng zusammen. Gemeinsames Ziel ist es, die Voraussetzungen für einen standortübergreifenden Datenaustausch zwischen Forschung und Versorgung zu schaffen und den konkreten Patientennutzen einer

solchen Vernetzung nachzuweisen. Damit setzen wir zudem Standards für das gesamte Gesundheitswesen.

Es ist Aufgabe der Forschungspolitik, Räume, Strukturen und Formate zu schaffen, in denen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus unterschiedlichen Disziplinen gemeinsam forschen und sich den großen Herausforderungen unserer Zeit stellen können.

Mit den Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZG) haben wir solche Strukturen zu sechs großen Volkskrankheiten bereits aufgebaut. Wir haben universitäre und außeruniversitäre Partner mit einem gemeinsamen Ziel, der translationalen Forschung, in dem jeweiligen Fachgebiet auf Augenhöhe zusammengebracht. Durch die Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen haben die Forschenden nicht nur Zugang zu den Ressourcen vor Ort, sondern sie haben gleichermaßen Zugang zu den Ressourcen aller Partner in den jeweiligen Deutschen Zentren. Große Infrastrukturen und wissenschaftliche Geräte sind kostspielig in der Anschaffung und im Unterhalt; sie rentieren sich nur bei hoher Auslastung. In den Deutschen Zentren stehen sie allen Partnern zur Verfügung und werden genauso nutzergerecht wie wirtschaftlich finanziert.

Das Erfolgsmodell der Deutschen Zentren wollen wir nutzen, um Prävention, Diagnose, Therapie und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und auch von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Das BMBF hat daher mit der Vorbereitung zur Gründung von zwei neuen Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung für psychische Gesundheit sowie für Kinder- und Jugendgesundheit begonnen. Auch in diesen Zentren wird die Stärkung der translationalen Forschung im Vordergrund stehen. Es ist uns ein großes Anliegen, alle dafür notwendigen Akteure von Anfang an einzubinden, und viele von Ihnen hier im Saal werden an den Stakeholder-Gesprächen beteiligt gewesen sein. Bereits in der Konzeptionsphase haben wir Gespräche mit internationalen Expertinnen und Experten sowie den einschlägigen Fachgesellschaften geführt. Darüber hinaus haben wir Angehörige, Betroffene, Berufsverbände und Hochschulen sowie Vertreter der bereits bestehenden Zentren angehört.

Kernelement der Translation in der Gesundheitsforschung ist die enge Verzahnung von Forschung und Versorgung, am besten unter einem Dach. Das BMBF plant daher im Rahmen der „Nationalen Dekade gegen Krebs“ den Aufbau weiterer Standorte des „Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen“ (NCT), wie es sie aktuell in Heidelberg und Dresden gibt. Jeder Mensch soll im Fall einer Krebserkrankung von den

Erfolgen der Spitzenforschung profitieren können – und das unabhängig vom Wohnort.

Wenn aus neuen Forschungsergebnissen innovative Produkte entstehen, können diese in der Regel nur von Unternehmen vermarktet werden. Daher ist für eine erfolgreiche Translation immer auch eine enge Kooperation zwischen akademischer Forschung und Gesundheitswirtschaft notwendig. Hier hat Deutschland noch Nachholbedarf. Wir werden mit dem neuen Rahmenprogramm die Vernetzung zwischen Wissenschaft, Wirtschaft und Zulassungsbehörden weiter stärken. So wollen wir den Transfer aktueller Forschungsergebnisse hinein in die industrielle Produktentwicklung vorantreiben. Wir planen als Kernstück der im Koalitionsvertrag angekündigten „Nationalen Wirkstoffinitiative“ ein Translationsprogramm für die Wirkstoffentwicklung. Damit sollen vielversprechende Entdeckungen aus akademischen Einrichtungen in Deutschland identifiziert, nach industriellen Standards weiterentwickelt und in validierte Wirkstoffkandidaten überführt werden. Den engen Austausch zwischen Academia und Industrie sehen wir als einen entscheidenden Faktor dafür an, dass der Übergang aus der Forschung in die Anwendung in Zukunft noch besser gelingt.

Es wäre zu kurz gegriffen, beim Thema „Vernetzung“ nur auf die Forschungspolitik zu verweisen. Hier ist nicht nur die Politik, sind nicht nur die Forschungsförderer gefragt. Hier muss sich auch die Wissenschaft selbst bewegen: Die Universitäten und Forschungseinrichtungen, aber auch jede Wissenschaftlerin und jeder Wissenschaftler selbst stehen hier in der Verantwortung. Eine konsequente Vernetzung mit der damit verbundenen Öffnung, des damit verbundenen Teilens – zum Beispiel von Daten oder Infrastrukturen – und der damit verbundenen Harmonisierung und Standardisierung erfordert ein Umdenken und einen Kulturwandel. Jeder soll und kann seinen Beitrag dazu leisten. Wissenschaft lebt vom Austausch und von der Vernetzung. Der kontinuierliche Austausch zwischen Forschung, Versorgung und Politik ist Voraussetzung dafür, das Erreichte langfristig zu sichern und die Zukunft noch besser gestalten zu können.

Stollorz Eine kurze Nachfrage: Sie haben von der Notwendigkeit gesprochen, Netzwerke zu bilden und möglichst viele Akteure in diese Netzwerke einzubinden. Dieser Anspruch kann allerdings das Tempo verlangsamen. Wie kommen wir schnell genug voran, wenn wir in all diese disruptiven Veränderungen möglichst viele Akteure und Akteurinnen einbeziehen wollen?

Von Messling Das eine schließt das andere nicht aus. Es wird immer Initiativen geben, die aus einem begrenzten Netzwerk heraus starten, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Das bedeutet aber nicht, dass man sich nicht bemühen muss, alle Partner mit einzubinden.

Stollorz Herr Professor Grimminger, Sie sind Leiter der Medizinischen Klinik für Hämatologie sowie der Klinik für internistische Onkologie und Palliativmedizin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Sie haben sich intensiv mit den Stärken und Schwächen der deutschen Universitätsmedizin beschäftigt. Wie gut sehen Sie die deutsche Universitätsmedizin gerüstet für den Ansturm disruptiver Innovationen im Bereich etwa der Krebsimmuntherapie, der Genomforschung, der Stammzellenforschung, der Gentherapie, möglicherweise einer Keimbahntherapie? – Welchen interprofessionellen und interinstitutionellen Netzwerken gehört die Zukunft?

Grimminger Mein Statement zu den Stärken und Schwächen der deutschen Universitätsmedizin beginne ich mit den Stärken: Disruptive Innovationen durch exponentielle Technologien, wie Digital Health, künstliche Intelligenz und Big Data oder Bioengineering sowie Medical Robotic, betreffen auf der Anwendungsendstrecke meist den kranken Menschen und damit in erster Linie die Medizin. Der wissenschaftliche Fortschritt unserer Zeit, die als „most transformational time in history of mankind“ bezeichnet wird, wird somit ganz wesentlich von der Universitätsmedizin getragen. Die Universitätsmedizin hat die Aufgabe zu kontrollieren, welche der hereindrängenden Innovationen für die Anwendung am Patienten geeignet erscheinen und an das Patientenbett durchgelassen werden. In ihrer Rolle als Gatekeeper sollte die Universitätsmedizin auch die Kontrolle darüber behalten, welche außeruniversitären Akteure in strategischen Allianzen kooperieren oder aber aus ethischen Gründen ausgeschlossen werden müssen, so lange sie nicht als Prozessbeteiligte geeignet erscheinen, etwa namhafte Vertreter der Digitalindustrie. Das ist schon lange vor den eigentlichen Zulassungsverfahren für innovative Therapien eine der wichtigen Gatekeeper-Funktionen der Universitätsmedizin. Eine Stärke der deutschen Universitätsmedizin liegt auch darin, dass sie schon immer einen respektablen Anteil an bedeutenden Innovationen hatte, was allerdings im Wesentlichen für die Grundlagenforschung und weniger für die Translation, also die Anwendung am Patienten, gilt. Um aber auch in Zukunft der Innovationen schritthalten zu können, müssen wir in Deutschland eine völlig andere Versorgungsarchitektur und eine zeitgemäße digitale Infrastruktur aufbauen. Dazu gehört zum Beispiel

ein flächendeckendes 5G-Netz und Peer-to-Peer-Blockchains, mit denen wir mit den zukünftigen Methoden des Electronic Medical Recordings und des Electronic Health Recordings unsere Patienten von der Klinik bis in ihr häusliches Umfeld hinein medizinisch überwachen können. Die Universitätsmedizin ist bereit, ihren Teil zur Innovationsführerschaft beizutragen, befindet sich aber zunehmend in einer kritischen Abhängigkeit von Strukturlimitationen und technologischen Faktoren außerhalb ihrer Einflussosphäre. Fazit ist, dass wir einen erheblichen Aufholbedarf häufig zu langsam erkennen. Sprechen wir also nun von den Schwächen der deutschen Universitätsmedizin. Sie ist zum einen viel zu kleinteilig aufgestellt, um mit den internationalen Wettbewerbern, die längst zentralistische Strukturen etabliert haben, mithalten zu können. Natürlich leistet die deutsche Universitätsmedizin in Bezug auf die Versorgung ihrer Patienten hervorragende Arbeit. Es ist allerdings abzusehen, dass unsere Rolle international eher in Richtung des Konsumierens und Profitierens von Innovationen und nicht in Richtung Innovationsführerschaft gehen wird.

Das bedeutet, sich eher in den anwendungsorientierten Studien als in den Zulassungsstudien hervorzutun, in denen die Innovationsführerschaft entschieden wird. Wenn wir es mit einem Fußballspiel vergleichen, so wäre die deutsche Universitätsmedizin mit den Spielern vergleichbar, die Flanken hineingeben, aber nicht mit den Stürmern, die letztlich die Tore schießen. Die Anerkennung der Innovationsführerschaft wird diesen „Stürmern“ zu Recht gezollt, wenn sie einen „Zug zum Tor“ haben, also Chancen herausarbeiten, und letztlich eine entsprechende Trefferquote haben. Auf die Universitätsmedizin übertragen, braucht eine Universitätsklinik viele eigene klinische Studien (Zug zum Tor) und eine Translationsquote (Tore!). Aber wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass beispielsweise im Jahr 2018 keine einzige Zulassung erteilt wurde, die auf Basis einer Studie aus Deutschland beruhte. Hier hat die deutsche Universitätsmedizin demnach große Schwächen. Einige davon werden durch die Initiativen der letzten Jahre kompensiert. Hier ist die Exzellenzinitiative als eine Initiative des Bundes und der Länder zu nennen, die als politische Weichenstellung aus dem Provinzialismus der kleinflächigen Binnenkonkurrenz herausgeführt und uns in einen nationalen, überregionalen Wettbewerb gestellt hat. Auch die Gründung der Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung hat uns auferlegt, die Vernetzung mit internationalen Partnern und nichtuniversitären Forschungseinrichtungen bis hin zu strategischen Allianzen mit der Pharmaindustrie zu suchen und vermehrt in den

internationalen Wettbewerb zu treten. Über dem Streben nach Anschluss an die Onlinewelt dürfen wir aber die regionale Offlinewelt der in betongegossenen Versorgungsarchitektur in Deutschland nicht vernachlässigen. Die Einzelkrankenhäuser müssen ein Elementarbaustein des universitätsmedizinischen Netzwerkes sein. Unsere Universitätskliniken sind alleingegenüber einfach zu klein. Wir haben zu wenige Patienten, die wir als Principal Investigators überblicken und in Studien einschließen können, sodass wir am Ende immer wieder gegenüber den großen amerikanischen Standalone-Zentren ins Hintertreffen geraten. Hier brauchen wir als Kompensation der mangelnden Größe der Unikliniken regionale Clusterstrukturen oder Matrixzentren, durch die wir unsere universitätsklinisch versorgten Bettenkapazitäten vergrößern und damit die Studienkapazitäten erweitern. Dies geschieht durch eine regionale Versorgungsarchitektur mit der Uniklinik im Zentrum, mit Zugriff und Steuerungsmöglichkeiten der Medizinwissenschaftler.

Stollorz Am Beispiel von zwei in Deutschland entwickelten Therapien, deren Entwicklung ich intensiv verfolgt habe, hätte ich noch eine Nachfrage: Die eine Therapie betrifft bispezifische Antikörper und die andere ist die CAR-T-Cell-Therapie. Inzwischen haben wir immerhin ein großes Zentrum in Mainz, das sich der Krebsimmuntherapie auf Weltniveau widmet. Wo ist nun aber konkret festzumachen, dass es von hier aus nicht weitergeht? Sie haben vom Problem der Translation gesprochen. Können Sie ein Beispiel nennen, wo eine Translation nicht erfolgt ist und die Gründe dafür erläutern?

Grimminger Sie haben das Beispiel der chimären Antigenrezeptoren genannt, einer Therapie, die in München entwickelt worden ist. Die Anwendung dieser Gentherapie wird jetzt allerdings von zwei kalifornischen Großunternehmen gesteuert. Wenn wir unsere Patienten mit der CAR-T-Cell-Therapie behandeln wollen, müssen wir uns bei diesen Unternehmen akkreditieren, weil der Zugang zur Therapie nur auf wenige Zentren mit entsprechender Größe begrenzt werden soll. Ein weiteres Beispiel für ein deutsches Handicap im internationalen Medical Networking. Ein sehr aufwendiges und umständliches Verfahren folgt: Die aus weißen Blutkörperchen des Patienten gewonnenen T-Zellen werden zunächst in den USA entsprechend der individuellen Erfordernisse dieses Patienten präpariert und gelangen anschließend über die Niederlande zurück an akkreditierte Zentren. Von dort aus werden sie dann wieder in die behandelnden Kliniken versandt und dem Patienten infundiert. Die deutsche Universitätsklinik ist in dieser Kette lediglich eine Plattform für einen internationalen Dienstleister.

Stollorz Wie konnte sich so ein Modell entwickeln?

Grimminger Die eigentliche translationale Phase der Therapiezulassung stieß in Deutschland auf zu viele Barrieren. Die Klinika, als die grundlagenforschenden Institutionen, haben das Ganze zwar wesentlich entwickelt, aber ihnen fehlten die kapazitiven Möglichkeiten, um Principal Investigators der Zulassung zu werden. Sie wurden von der forschenden Industrie als Partner nicht ernst genug genommen, um eine Führungsrolle bei der eigentlichen Zulassung übernehmen zu können. Es fehlt unter anderem die notwendige Krankenhausbetten-Infrastruktur zugunsten der Unikliniken in Deutschland.

Jauch An diesem Punkt möchte ich widersprechen: Die geschilderte Problematik ist nur ein Teil der Geschichte. Der andere Teil betrifft die guten Patente, die von amerikanischen Firmen aufgekauft werden, weil in Deutschland nicht die entsprechenden Möglichkeiten der Investition in Startup-Unternehmen im Gesundheitssystem gegeben sind, wie sie in anderen Ländern bestehen. Die Bundesregierung ist gefordert, hier möglicherweise andere Regelungen für solche Investments zu finden.

Stollorz Hier direkt eine Frage an Sie, Herr Professor Jauch: Wir haben gerade die Stichworte Internationalität und Vernetzung gehört, weil sich Vernetzung nicht nur innerhalb Deutschlands oder innerhalb einer Region abspielt, sondern es auch um die Frage der Sichtbarkeit von deutscher Spitzenmedizin im internationalen Kontext geht. Herr Jauch, Sie betonen die Bedeutung von internationalen Netzwerken, um die Exzellenz der deutschen Universitätsmedizin zu sichern und auszubauen. Wie gelingt eine stärkere internationale Vernetzung und Kooperation?

Jauch Ich habe zu diesem Thema sechs Thesen entwickelt und möchte zunächst die Diskussion von gestern und heute früh aufgreifen. Das Entscheidende ist, eine internationale Sichtbarkeit und Profilierung zu entwickeln. Der Universitätsklinik Gießen ist das beispielsweise sehr gut gelungen. Sie hat sich zunächst vor Ort mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen vernetzt und dann international. Nur wenn dieser Schritt gegangen wird, hat die Universitätsmedizin die Chance, mit Reputation zu überleben, anstatt sich auf eine Rolle als überregionaler Versorger und Ausbilder zu beschränken. Dafür wird aber nicht nur mehr Geld benötigt, sondern zunächst sind inneruniversitäre Verteilungs- und Strukturanpassungen erforderlich und zudem brauchen wir ein Bewusstsein für die Notwendigkeit und Akzeptanz, nicht alle gleich zu behandeln, sondern den Einrichtungen, in denen Spitzenforschung geleistet wird, auch mehr Mittel zur Verfügung zu stellen. Das fällt der

deutschen Universitätsmedizin schwer, wie wir zum Beispiel bei den Integrierten Forschungs- und Behandlungszentren (IFB) sehen können. Am eigenen Standort haben wir das weltweit führende Institut für Schwindelforschung und Schwindelpatienten aufgebaut, gestern fand das abschließende Scientific Advisory Board statt. Dieses IFB rechnet sich für uns zwar nicht, aber wir haben uns trotzdem für ein selbstständiges Institut mit eigener Leitungsstruktur und einer Bezuschussung aus den eigenen Mitteln entschieden. Wir investieren ein bis zwei Millionen aus dem Etat des Dekans und des Klinikums, auch wenn diese Mittel nicht vollständig zurückfließen werden. Wir hatten erwartet, dass die über 20 Förderprogramme des Bundes in dieser Fülle nicht neu aufgelegt werden, aber sie bleiben bestehen. Wenn eine solche Bundesförderung ausläuft, so stellt das die Fakultäten und Klinika vor eine immense Herausforderung, weil hier meist ein Sanierungs- und Investitionsstau und daraus resultierend auch Umverteilung akzeptiert werden muss. Zögerliche Umverteilung und das Prinzip der Gleichbehandlung scheinen, anders als in den USA, zu unseren kulturellen Mustern zu gehören. Wir wollen niemanden zurücklassen, aber wie im Sport geht es hier dennoch um einen harten Wettbewerb. Vielleicht gibt es drei Einrichtungen, die eine Medaille gewinnen, aber die anderen können ebenso gut sein und werden dadurch nicht zurückgestuft. Wir haben eine andere Kultur, müssen uns aber dennoch im internationalen Wettbewerb anpassen. Profilierung und Globalisierung hängen ganz entscheidend von Förderpolitik ab, aber sehr wichtig sind auch die entsprechenden Persönlichkeiten. Wir müssen eine Exzellenzkultur schaffen, die alle überzeugt, damit wir in unterschiedlichen Tempi und mit unterschiedlichen Erfolgen vorwärtskommen können. Auch im Sport gibt es in den erfolgreichen Mannschaften einige Weltstars, die besonders herausragen. So halte ich auch die Herausbildung von führenden Einrichtungen für eine Notwendigkeit in Bezug auf die Gesamtheit der Universitäten. Die Internationalisierung, so eine weitere These, ist ein kontinuierlicher Prozess, der durch die Digitalisierung und Globalisierung angeschoben wurde und einen weltweiten Wettbewerb zur Folge hatte. Das BMBF hat durch gute Programme in den letzten zwei, drei Legislaturperioden sehr viel angeschoben und neue Elemente eingebracht. Eine internationale Netzbildung baut selbstverständlich auf lokalen und regionalen Netzwerken auf, mit denen Universitäten und außeruniversitäre Einrichtungen verbunden sind und bei denen einzelne Persönlichkeiten jeweils eine große Rolle spielen. In jedem Netzwerk

kann man diese Masterminds als Führungspersönlichkeiten ausmachen und mit diesen steht und fällt das Netzwerk.

Stollorz Können Sie ein konkretes Beispiel für eine herausragende Innovation nennen, die den ganzen Weg von der Erfindung über die Netzwerkbildung und Translation bis in die konkrete Patientenversorgung erfolgreich gegangen ist?

Jauch Gestern wurde die Diabetesforschung erwähnt, ich möchte die Tropen- und Tuberkuloseforschung hinzufügen. Mit unserem Tropeninstitut sind wir seit Jahren international vernetzt; es gibt in Afrika zwölf Forschungseinheiten mit Clinical Study Center und jetzt gemeinsam mit Helmholtz eine neue Initiative. Wir haben das Patent für ein neues Tuberkulostatikum. Es handelt sich immer um Kombinationstherapien, mit Hilfe der EU und des BMBF konnte eine Plattform angeschoben werden, um mit den acht größten Pharmaunternehmen weltweit die Weiterentwicklung der Tuberkuloseforschung voranzubringen. Aber auch dahinter steht primär eine herausragende Einzelpersönlichkeit.

Stollorz Herr Professor Wess, ehemals CEO des Helmholtz Zentrums München, wird nun aus seiner Perspektive einen Ausblick auf den Zustand der Universitätsmedizin in Deutschland geben.

Wess Ich werde über das Thema „Innovation“ sprechen und über einen Aspekt, den wir hier schon mehrfach thematisiert haben: Kommt Innovation in der Klinik an? Welche Erkenntnisse gewinnen Patientinnen und Patienten? Wie gelingt uns die Übertragung? Ich war neben meinen zwölf Jahren bei Helmholtz 23 Jahre in der globalen Pharmaindustrie tätig und kenne daher auch diese Perspektive. Für die Wissenschaft herrscht momentan eine fantastische Zeit mit einer Fülle an neuen Erkenntnissen, die in den letzten Jahren zusammengekommen sind, verbunden mit Technologiesprüngen inklusive der Informationstechnologien. Es werden ganz neue Möglichkeiten des Forschens eröffnet, auch des Entwickelns neuer Therapieformen. Vieles, worüber wir als Zukunftsperspektive gesprochen haben, ist in Wirklichkeit schon da, etwa wenn wir uns die letzten Zulassungen der US-amerikanischen Behörde für Lebens- und Arzneimittel (Food and Drug Administration, FDA) ansehen: Es gab 59 im Jahr 2018 und zwar mit einer enormen Diversität von Targets. Darunter sind viele, die seltenen Erkrankungen zugerechnet werden können, etwa 50 bis 56 Prozent werden als Breakthroughs bezeichnet. Etwa 52 Prozent können der personalisierten Medizin zugerechnet werden. Ein wichtiger Punkt ist, dass nur 26 Prozent von großen Pharmafirmen kommen. Diese Innovationen gehen zum Teil von Unternehmen aus, die wir hier nicht einmal kennen; es

gibt also eine Reihe ganz neuer Spieler. Genauso sind hochspezialisierte und hochpreisige Therapien für eine begrenzte Zahl von Patienten darunter oder ein Produkt RNAi (RNA-Interferenz) mit einer völlig neuen Qualität. Unter diesen Zulassungen des Jahres 2018 ist auch ein Tumormarker, der nicht nur für eine bestimmte Tumorart entwickelt wurde. Zu den vollkommen neuen Möglichkeiten gehören auch die direkten Tests für Verbraucher. In den USA sehe ich eine enorme Förderung dieser neuen therapeutischen Möglichkeiten durch die FDA und NIH, aber auch durch die Industrie und andere Stakeholder wie auch entsprechende IT-Firmen; diese Zusammenarbeit ist einzigartig. Leider stammt von den 59 Zulassungen, die wir hier betrachten, keine einzige aus Deutschland. Eine davon könnte man einer deutschen Firma zurechnen, aber auch diese ist inzwischen von einer amerikanischen Firma gekauft worden. Es kommt leider wirklich nichts aus Deutschland, wofür es eine ganze Reihe von Ursachen gibt. Wir haben ein Problem mit der Umsetzungsgeschwindigkeit, das bedeutet, dass wir noch viel mehr Netzwerke und Schnittstellen benötigen, um diese Entwicklungen entlang der Wertschöpfungskette durchführen zu können. Grundlagenforschung, Entwicklung, Medizin und alle weiteren Partner müssen im ständigen Austausch sein, sonst sind diese neuen Therapien nicht machbar. Wir benötigen interdisziplinäre Teams aus Spezialisten mit unterschiedlicher Expertise, und diese Art Teams müssen entsprechend auch empowered sein. Auch das Thema „Crowd-Sourcing“, mit dem neues Wissen in Prozesse überführt werden kann, müssen wir berücksichtigen, was bedeutet, dass wir auch andere Organisationsformen benötigen. Wie kann der gesamte Entwicklungsweg beschleunigt werden? Was müssen wir tun, um ein Proof of Concept herzustellen? Wir brauchen also, um es noch einmal zusammenzufassen, erstens eine neue Form von Teams, wir müssen in Organisation und Management des Innovationsprozesses investieren und zweitens in neue Technologien. Als Beispiel sei die DNA-Sequenzierung genannt. Hier stellt sich die Frage, ob das Ganze in Deutschland politische Priorität hat. Wenn ja, dann muss entsprechend investiert werden.

Stollorz Ist die deutsche Universitätsmedizin nicht in der Lage, in ihren Forschungsabteilungen Proof-of-Concept-Ideen hervorzubringen? Ist sie nicht in der Lage, Innovationen bis zum Patienten zu bringen? Ist sie nicht in der Lage, mit Firmen zu kooperieren, die am Ende der Entwicklungsprozesse die Zulassung erreichen? Wo genau liegen die Defizite?

Wess Natürlich brauchen wir neue Interaktionen mit der Industrie, aber mit welchen Firmen? Die Pharmaindustrie hat unser Land weitgehend verlassen, zumindest die wirklich großen Unternehmen. Die Neuansiedlung von Firmen müsste für die Politik genauso Priorität haben wie die Förderung von Unternehmensgründern. Dass die Universitätskliniken solche Studien hervorragend durchführen können, ist nicht das Problem, aber die notwendige Geschwindigkeit der Wertschöpfungskette ist leider nicht vorhanden. Wir brauchen agile Teams mit entsprechender Expertise in neuen Organisationsformen, die für ein bestimmtes Projekt gefördert werden und dann mit Kliniken, mit außeruniversitärer Forschung und mit internationalen Partnern zusammenarbeiten. Die Führung muss bei solch einem Team liegen, das in Bezug auf das Management gut aufgestellt sein muss und das mit Power und Tempo arbeiten kann. Ein Problem in Deutschland ist auch das Thema „Begutachtung“; die Notwendigkeit der üblichen Fülle an unterschiedlichen Begutachtungen möchte ich in Bezug auf diese Projekte zur Diskussion stellen. Selbstverständlich braucht man ein wissenschaftsgetriebenes Qualitätsmanagement, aber nicht in der bisherigen Vorgehensweise. Solche Projekte müssen anders reviewt werden und es muss sichergestellt werden, dass sowohl Exzellenz als auch das notwendige Tempo gewährleistet ist, und dass die Projekte entsprechend einer Wertschöpfungskette entwickelt werden. Das beinhaltet auch, dass mitunter ein Projekt gestoppt wird und die noch vorhandenen Mittel in ein anderes Projekt investiert werden.

Stollorz Herr Grimminger, Sie haben gesagt, die Universitätsmedizin sei sozusagen ein Gatekeeper und haben am Beispiel der CAR-T-Cell-Therapien beschrieben, dass die deutschen Uniklinika den Innovationsprozess zu einem großen Teil an die USA verloren haben, von dort ein Fertigprodukt einkaufen und somit auch kein erstrangiger Ansprechpartner mehr sind. Was kann getan werden und welche Teams werden benötigt, um diese innovativen Therapien beispielsweise die Krebsimmuntherapie, an deutschen Universitätsklinika federführend zu implementieren?

Grimminger Die Universitätskliniken haben in der Versorgungsstruktur in Deutschland eine überragende Funktion. Sie sind Maximalversorger mit einer eigenen Wissenschaftsinfrastruktur zur Evaluierung innovativer Behandlungskonzepte. Sie sind der Netzwerkstecker für die strategischen Allianzen mit der Big Pharma-Industrie, die international solche innovativen Produkte zur Verfügung stellt. Dass am Ende der Kette dann doch in der Regel amerikanische Zulassungsverfahren stehen, dass also die Groseinrichtungen in den USA die Zulassung

erteilen, das liegt ganz einfach an der unterschiedlichen Größe deutscher und amerikanischer Kliniken. Einer Abteilung mit 60 Betten in Deutschland steht die entsprechende Abteilung in Houston mit 200 bis 400 Betten gegenüber.

Stollorz Das war mein Argument, dass die Patienten nicht immer in der Uniklinik behandelt werden, sondern vermehrt in regionalen Häusern. Was bräuchte es also für Strukturen, damit auch diese die für klinische Studien entscheidenden Patientenkollektive rekrutieren könnten, die für Pharmafirmen dann hoch interessant sind?

Grimminger Eine Möglichkeit wäre, dass regionale Krankenhäuser schrittweise der Universitätsmedizin zugeordnet werden. Die regionalen Versorger um ein Universitätsklinikum herum könnten durch krankenhausübergreifende Leitungsstrukturen ein Teil der universitätsmedizinischen Wertschöpfungsketten werden. Dazu gehören natürlich Konzepte einer medizinischen Versorgungshierarchie. In Hessen haben wir zum Beispiel das hessische Onkologiekonzept, das auf einer Hierarchisierung der Onkologie beruht. Es gibt kooperierende und koordinierende Zentren und auch solche, die innerhalb dieses Konzepts überhaupt keine Tumorerkrankung mehr behandeln dürfen. Regionalkonzepte müssen wir als Kompensation der mangelnden Größe der deutschen Einrichtungen intensiver fördern. Wir müssen diese Angst vor Loyalitätskonflikten zwischen den einzelnen Krankenhäusern überwinden und ganz unabhängig vom Betreiber eines Krankenhauses aus der Universitätsklinik heraus auch in die Versorgung der umgebenden Krankenhäuser eingreifen – mit unseren Medizinern und mit unseren Wissenschaftlern – und das bei betriebswirtschaftlicher Unabhängigkeit. In den Strategien zur Kompensation der mangelnden Größe liegt eine wichtige Zukunftsaufgabe, um mit den Großeinrichtungen in den USA – beispielsweise dem Texas Medical Center – schritthalten zu können.

Stollorz Am Beispiel Köln ist zu sehen, dass die Unikliniken nicht in jedem Fall lokal die größtmögliche Aufmerksamkeit erhalten. In Köln gibt es 17 Kliniken, eine Uniklinik und sehr starke städtische Kliniken mit vielen Patienten. Auch die niedergelassenen Onkologen spielen eine erhebliche Rolle. Denn in der Onkologie werden viele Patienten in Deutschland ambulant behandelt. Die Stadt Köln fördert die städtischen Kliniken und nicht unbedingt die Uniklinik, was bedeutet, dass der Maximalversorger nicht den größten Stellenwert hat. Das ist an anderen Orten anders. Aber es gibt auch die Entwicklung, dass die Uniklinik aus der medizinischen Versorgung der Patienten ausgeschlossen wurde.

Hier muss sich also offenbar etwas ändern, damit sie auf diesem Feld wieder sichtbar wird.

Grimminger Der Uniklinik fehlt oft der Überblick über den gesamten longitudinalen Krankheitsverlauf eines Patienten. Wenn ein Patient aus der Uniklinik entlassen wird, wechselt er in ein anderes Krankenhaus und ist nicht mehr sichtbar, sofern das andere Krankenhaus nicht Teil der Versorgungsarchitektur ist. Wenn der Patient nun von diesem Krankenhaus aus zu einem niedergelassenen Arzt geht, hat er die Sektorengrenze überschritten und ist ebenfalls nicht mehr sichtbar. Uns fehlen krankenhaus- und sektorübergreifende Integrationsmodelle. Dafür brauchen Sie aber auch integrierende Persönlichkeiten, die Offlinenetzwerke schaffen und Menschen motivieren, Verträge mit der Universitätsklinik abzuschließen – das gilt sowohl für die ambulanten Versorger als auch für die regionalen Krankenhäuser –, sodass die Uniklinik außerhalb ihrer eigenen Mauern wachsen kann. Auf diese Weise kann ein Matrixzentrum als Äquivalent eines amerikanischen Standalone-Centers entstehen.

Stollorz Herr Jauch, wie weit sind in München regionale Versorgernetzwerke entwickelt?

Jauch In München haben wir ein gemeinsames Comprehensive Cancer Center (CCC) mit dem Klinikum rechts der Isar. Wir ziehen wirklich an einem Strang und gehen in dieselbe Richtung, was nicht immer so gewesen ist. Wir sind mittlerweile an einem Punkt angekommen, von dem aus wir nun weiter planen können, um alle bayrischen Universitäten zu vernetzen und ein gemeinsames Cancer Center aufzubauen. So können wir Prioritäten von Studien festlegen und Patienten mit Prioritäten in Studien einbringen, die gemeinsam festgelegt werden, anstatt dass jeder für seine eigene Studie rekrutiert und am Ende keine belastbaren Zahlen für die klinische Anwendung und die forschende Arzneimittelindustrie zustande kommen. Es ist nicht so schwierig, man muss es wollen und es dann auch umsetzen. Es muss aber auch jeder bereit sein, etwas zu geben. Ich zitiere gerne den amerikanischen Harvard-Psychologen Adam Grant: „Give and take“. Am Ende sind diejenigen erfolgreicher, die primär bereit sind, etwas abzugeben.

Stollorz Warum ist die Komplet-Genom-Sequenzierung in den Forschungsprogrammen des BMBF nicht mehr enthalten? Deutschland stellt hier insofern einen Sonderfall dar, dass sehr wenige Genome komplett sequenziert werden, entweder diagnostisch in der Onkologie oder auf Intensivstationen bei Kindern. Bei Kleinkindern können bei unklaren Beschwerden zahlreiche Informationen durch genomische

Untersuchungen gewonnen werden, für deren Klärung die Eltern ansonsten viele unterschiedliche Ärzte aufsuchen müssten, um eine kompetente Diagnose und Beratung zu erhalten. Ich verstehe nicht, warum in Deutschland die Komplet-Genom-Sequenzierung, wie sie in verschiedenen Ländern bereits in großem Maßstab durchgeführt wird, noch nicht einmal Teil der staatlichen Förderung oder Regelversorgung ist.

Von Messling Die Genom-Sequenzierung ist durchaus Teil von Forschungsprojekten. Sie wird vom BMBF projektbezogen gefördert. Das hat strategische Gründe. Zum einen stellt sich natürlich immer die Frage, auf welche Schwerpunkte man setzt – auf bereits etablierte oder auf neue Methoden und Technologien. Zum anderen reicht die Kenntnis des Genoms allein nicht aus. Bedeutungsvolle Erkenntnisse können nur gewonnen werden, wenn die Daten, die mittels Genom-Sequenzierung erhoben werden, im Kontext mit einer wissenschaftlichen Fragestellung betrachtet werden. Das BMBF fördert daher etliche Forschungsprojekte, die auch Genom-Sequenzierung beinhalten – zum Beispiel im Bereich der Onkologie.

Stollorz Seltene Erkrankungen sind doch ein Spezifikum der Hochschulversorgung, und hier spielt die Genom-Medizin eine entscheidende Rolle. Mir erscheint es schwierig, wenn sich die Universitätsmedizin genau aus diesem Thema heraushält – Herr Wess, könnten sie diesen Punkt noch einmal aufgreifen?

Wess Ich stimme Ihnen zu, was die Bedeutung der seltenen Erkrankungen betrifft. 50 Prozent der Zulassungen der FDA in 2018 in den USA betrafen seltene Erkrankungen. Darunter war übrigens Krebs nur mit einem kleinen Anteil vertreten. Bei all diesen seltenen Erkrankungen war die Sequenzierung von ganz entscheidender Bedeutung, weil man den genetischen Hintergrund exakt ausleuchten konnte. Die Sequenzierung wird in Zukunft für die Entwicklung und Anwendung neuer Arzneimittel unerlässlich sein. Es ist also wichtig, dass den Zentren Sequenzierung zur Verfügung steht. Es gehört einfach dazu und das bestätigt sich, wenn wir auf die USA schauen. Auf die Frage, wer sein Genom kennt und wer nicht, werden Sie in den USA und in Deutschland wahrscheinlich sehr unterschiedliche Antworten erhalten. Es ist wichtig, dass wir in der Lage sind, relativ schnell Sequenzierungen durchführen zu können. Die Fortschritte gerade in Bezug auf die seltenen Erkrankungen beruhen alle auf Sequenzierungen, und die FDA legt auch allergrößten Wert darauf, dass dieser genetische Hintergrund bekannt ist. Wir müssen deshalb in Deutschland mehr in Technologie und in IT investieren. Weil sich die

Technologien schnell ändern, muss auch sichergestellt sein, dass mit dem technischen Fortschritt Schritt gehalten werden kann.

Stollorz Woher sollen die neuen Zentren kommen? Ich habe das Cluster in der Universität Mainz angeschaut, wo letztendlich durch einen Privatier die Finanzierung für eine Struktur sichergestellt wurde, die jetzt in der Krebsimmuntherapie ziemlich weit vorne mitspielt, auch in Kooperationen mit großen Pharmafirmen. Das ist nur zu einem kleinen Teil auf der Grundlage von politisch gewollter Förderung gelungen. Vielmehr hat ein Investor entschieden, die Entwicklung neuer Medikamente in Deutschland zu finanzieren und zwar über die gesamte Wertschöpfungskette hinweg. Bei diesem Modell bleiben Netzwerke mit all den Teamstrukturen, über die wir gesprochen haben, in Deutschland und es muss kein wesentlicher Teilbereich an die USA abgegeben werden.

Grimminger Um an der Erfolgsstory der Zulassung eines Medikaments teilzuhaben, und zwar insbesondere ganz am Ende der Wertschöpfungskette, benötigen Sie drei Dinge: Sie brauchen die Wissenschaft, die Klinik, die die entsprechende Studie durchführt, und eine strategische Allianz mit dem Hersteller, was in der Regel auf die Pharmaindustrie oder zunehmend auf Akteure der Digitalbranche hinausläuft. Wie sieht die Situation in Deutschland aus dem Blickwinkel des Anwenders aus, des Entwicklers, der Industrie respektive des Pharmaunternehmens? Als ein Unternehmen, das für die Mehrung des Vermögens von Millionen Aktionären verantwortlich ist, entscheiden Sie als Unternehmer, ob Sie eine aus Deutschland kommende Innovation verwirklichen wollen und das in einem vertretbaren zeitlichen Rahmen. Wenn Sie nun die kleinen Klinikabteilungen anschauen: Wer garantiert Ihnen, dass eine Studie innerhalb eines Jahres mit entsprechenden Fallzahlen abgeschlossen werden kann? Wie schnell werden die entsprechenden Verträge mit der Rechtsabteilung der deutschen Unikliniken zustande kommen? So schnell geht das in Deutschland meist nicht und so wird eine deutsche Klinik nicht berücksichtigt oder einem internationalen, meist amerikanischen Zentrum, untergeordnet. An der Größe der Institutionen, ihrer logistischen und juristischen Infrastruktur entscheidet sich im weltweiten Vergleich, welche der Kliniken als Führer einer multizentrischen Zulassungsstudie in Betracht kommt. Das ist die Bühne, auf der die deutschen Einrichtungen dann oft nicht mehr mitspielen können. Wir müssen aus der Ferne einem zentralistischen Erfolgskonzept zuschauen, das darüber hinaus auch von einer konsequenten Vernetzung mit der Industrie profitiert. Vor zwei Wochen ist in den USA ein neues Medika-

ment zugelassen worden, die zweite digitale Pille. Es handelt sich um Capecitabin, ein orales Chemotherapeutikum, das von dem Patienten zu Hause eingenommen wird. Aus seinem Magen heraus wird die Information übermittelt, ob, wann und in welcher Dosis er es genommen hat. Die Informationsübermittlung erfolgt über einen Transponder am Arm oder an einer anderen Stelle des Körpers, von wo sie auf das Mobiltelefon des Patienten übertragen wird und von dort aus an die versorgende Institution. Damit erspart man ihm die Überwachung des hochtoxischen Medikamentes in einer medizinischen Einrichtung, die meist weit entfernt ist. Ein solcher Aufwand für Digital Health würde in Deutschland zu viele bürokratische Barrieren überwinden müssen. In den USA hat die Firma Proteus Digital Health dieses Verfahren entwickelt; deren Eigentümer unter anderem die großen Krankenhausbetreiber und andere Start-ups sind. Es gibt auf diesen Ebenen eine derartige effiziente Vernetzung, dass die erste digitale Pille in der Onkologie natürlich in den USA zur Anwendung kommen wird. Eine solche Netzwerkkompatibilität müssen wir auch herstellen. Ein Schlüsselmerkmal ist wieder die Integration der Versorger zu einer funktionellen Einheit. Liegen mir 40 Fälle mit einer B-Cell-Leukämie vor oder habe ich die Verantwortung für 400, auf die ich innerhalb eines Jahres studienrekrutierend zugreifen kann?

Stollorz Solche klinischen Strukturen gibt es aber auch hier in Deutschland, allerdings nur in der Kinderonkologie und bei spezifischen Krebserkrankungen wie zum Beispiel Morbus Hodgkin, der malignen Erkrankung des lymphatischen Systems als Form der Leukämie. Das sind aber Einzelbeispiele. Auf anderen Gebieten, die gerade im Blickpunkt der Forschung stehen, tun wir uns sehr schwer, zum Beispiel bei den soliden Tumoren. Hier haben wir zwar sehr viele Patienten, aber wissen noch nicht einmal, wie gut sie eigentlich versorgt sind. Warum sind hier keine entsprechenden Netzwerke entstanden? Ist das System so fragmentiert, gibt es so große strukturelle Probleme, fehlt die entsprechende Finanzierung?

Jauch Ich muss die Universitäten auch ein bisschen verteidigen. Wer in den USA an einer Studie der National Institutes of Health (NIH) teilnimmt, bekommt diese Versorgung kostenlos und könnte sie sich ansonsten auch nicht leisten. Anders in Deutschland, unser deutsches Sozialsystem gewährleistet in der Breite eine gute Versorgung, aber die Spitze und die translationale Forschung werden nicht ausreichend unterstützt.

Stollorz Sollte sich das ändern, und wenn ja, wie?

Jauch Zuerst sollte die nationale Vernetzung in Angriff genommen werden, hier gehen viele Universitäten voran. Studien können auch international angelegt werden, so ist zum Beispiel an der LMU ein Schlaganfallinstitut von einem polnischen Stifter mit 100 Millionen Euro finanziert worden. Dieses Zentrum ist inzwischen international so gut vernetzt, dass mehr/weitere Gelder über Drittmittel, über die EU, die NIH und andere Partner eingeworben werden. Von 520.000 Schlaganfallpatienten konnte weltweit eine Genomanalyse durchgeführt werden, zudem werden neue Medikamente entwickelt. Solche Anstrengungen sind möglich, und vielleicht müsste die Stiftungskultur in Deutschland noch ein bisschen ausgebaut werden – man kann nicht immer nur auf den Staat verweisen.

Wess Innerhalb unserer fragmentierten, wenn man es positiv formulieren will, vielfältigen Forschungslandschaft gibt es Silos, aber auch Säulen. Natürlich können wir klinische Studien, auch Zulassungsstudien, durchführen, aber wir haben hier nicht die Führerschaft für die internationalen Produkte, das ist das Problem, obwohl im Prinzip alle Voraussetzungen dafür vorhanden wären. Aber was hier nicht funktioniert, und das wird zu wenig thematisiert, sind die Wertschöpfungsketten, die alle diese Zulassungen bei der FDA durchlaufen haben, ausgehend von der Wissenschaft bis hin zur Zulassung. Diese Wertschöpfungskette, in der viele Player in einem Team zusammenarbeiten müssen, gelingt uns in Deutschland nicht, weil die Player nicht durchgehend gefördert werden.

Stollorz Ich muss zum wiederholten Mal nach dem Warum fragen. Wir stecken Geld in Translation und Translation bedeutet Übersetzung. Aber zunächst muss ja ein Target, eine Therapieidee, vorhanden sein, und dann brauche ich eine ganze Menge weiterer Voraussetzungen entlang der Wertschöpfungskette. Wo hakt es? Nennen Sie doch bitte ein Beispiel.

Von Messling Eine wesentliche Herausforderung ist hier der Übergang von der Entdeckung zur Entwicklung. In Deutschland ist dieser Übergang weniger durchlässig als in anderen Ländern. Auf der einen Seite haben wir die Grundlagenforscher, also die Wissenschaftler, die etwas entdecken und untersuchen. Wenn Ergebnisse aus der Grundlagenforschung weiter in die Entwicklung getragen werden sollen, besteht oft der Anspruch, diesen nächsten Schritt selbst zu gehen. Aber genau hier sind eigentlich Teams gefragt. Denn wenn jedes Mal die Expertise entlang der gesamten Wertschöpfungskette neu entwickelt werden muss, dauert das zu lange. Hier sind Übergabepunkte wichtig und Wege, diese Übergabe für alle Akteure fair zu gestalten. Das BMBF hat bereits verschiedene Initiati-

ven gestartet, um diese Übergänge zu unterstützen – wie zum Beispiel die DZGs. Wir alle sind hier gefragt und müssen zusammenarbeiten.

Jauch Bei uns zählt auch bei den Zertifizierungen, Auditierungen, Begutachtungen innerhalb einer Fakultät die leistungsorientierte Mittelverteilung, also Publikationen, ein „Science and Nature“-Paper, unter Umständen noch ein Patent, aber es zählt nicht, was beim Patienten ankommt. Wir definieren das Ziel nicht richtig. Das ist in den USA anders. Dort ist ein Verfahren erst abgeschlossen, wenn es beim Patienten ankommt. Die globalisierte Forschung definiert als Ziel, dass Forschung erst dann aufhört, wenn sie in der Versorgung angekommen ist. Das fängt bei der Mittelverteilung in der Fakultät an und betrifft staatliche wie auch die anderen Förderungen. Hier ist ein gewisses Umdenken notwendig, wenn wir wirklich erfolgreich werden wollen.

Stollorz Ich berichte noch von einem Beispiel aus der Chirurgie: Im letzten Jahr wurde auf der Jahrestagung der National Academies for the Advancement of Science (AAAS), ein KI-System vorgestellt, das während einer Operation die Bewegungsdaten eines erfahrenen Chirurgen live abgreift. Seine Bewegungen werden automatisiert in ein Trainings-System übertragen und so übersetzt, dass die noch nicht ganz so Fortgeschrittenen die Bewegungen eines wirklichen Könners erlernen können, was möglicherweise beim Training einer Operation schneller zu besserer Qualität führt. Solche Systeme zu entwickeln bedeutet Innovation zu schaffen, und auch hier stellt sich wieder die Frage: Warum ist Deutschland nicht dabei? Es ist doch offensichtlich, dass derartige Systeme in der Lehre der Hochschulmedizin eingesetzt werden könnten, um Chirurgen auszubilden. Warum passiert das nicht? Was sind die Hürden für eine solche Technologie?

Jauch Ein Ansatz wäre, Wirtschaftspolitik und Wissenschaftspolitik viel näher zusammenzubringen. In der Medizintechnik sind wir ja auch einer der Weltmarktführer und Exportweltmeister. Zum Beispiel Airbus Eurocopter: Wir schicken Rettungshubschrauber nach Kuwait, in den Iran, nach China und entsprechend kommen von diesen Ländern Anfragen zur Ausbildung von Rettungsmedizinern. Wir konnten bei Eurocopter leider nicht durchsetzen, dass ein solches Unternehmen doch besser in einem Gesamtsystem angeboten werden könnte. Stattdessen werden Helikopter verkauft und stehen dann herum, weil sie vor Ort nicht mit dem entsprechenden Personal genutzt werden können. In manchen Universitäten gibt es Vorbehalte gegen eine Finanzierung durch die Industrie, da müssen wir an unserer Einstellung arbeiten.

Stollorz Wir öffnen das Podium jetzt für das Publikum, und ich bitte um Ihre Fragen, Anmerkungen, Beispiele zu unserem Thema „Netzwerke“.

Gürkan *Irmtraut Gürkan, Kaufmännische Direktorin und stellv. Vorsitzende des Vorstandes, Universitätsklinikum Heidelberg:*

Ich würde gerne an das von Herrn Professor Jauch Gesagte anknüpfen. Die Frage, warum Netzbildung in Deutschland nicht gelingt, betrifft eine Kulturfrage und auch das Problem, das Herr Professor Jauch gerade beschrieben hat: Was sind gute Drittmittel, was sind weniger gute Drittmittel? Wir erhalten in Heidelberg inzwischen 112 Millionen Drittmittel jährlich, und davon kommt gerade ein Drittel aus der Industrie. Diese Mittel werden dann auch in der internen Evaluierung noch einmal anders bewertet als die DFG- oder SFB-, oder EU-Mittel. Das ist das eine Problem. Das andere betrifft den regulatorischen Rahmen, über den wir uns beklagen. Es gibt das Paul-Ehrlich-Institut, es gibt das europäische Datenschutzgesetz, und mit all diesen Themen gehen wir in Deutschland ganz besonders gründlich um. Wenn ich Kollegen im Ausland nach ihrem Umgang mit der europäischen Datenschutzgrundverordnung frage, antworten sie mir: „Ja, die gibt es.“ Wir dagegen haben uns im eigenen Haus große Hürden aufgestellt. Es geht hier aber auch um die Kultur. Wir haben in Heidelberg als Klinikum vor acht Jahren eine Technologietransfer GmbH für die Fakultät gegründet, weil die Fakultät rechtlich nicht selbstständig ist, sondern Teil der Universität und das anders nicht hätte umgesetzt werden können. Im letzten Jahr gab es sechs Ausgründungen, und das Valley of Death versuchen wir auch mit Investoren zu überwinden. Auf diesem Weg kommen natürlich Menschen zusammen, mit denen man in der Universitätslandschaft sonst nicht viel zu tun hat. Es sind unterschiedliche Welten, die sich hier begegnen, und man muss in der Fakultät wie im Klinikum ehrlich miteinander umgehen, wenn man sich auf diesen Weg begibt. Dazu gehört auch, dass nicht alles, was man unternimmt, von Erfolg gekrönt ist. Die eine oder andere Ausgründung gelingt nicht so, wie sie geplant war, und es ist eine Frage der Kultur im Haus, ob der ausgebliebene Erfolg akzeptiert und nicht diffamiert wird. Ein letzter Aspekt kommt hinzu: Bei unseren Ausgründungen hat der Rechnungshof ein Prüfungsrecht, und für den öffentlichen Dienst wie für die Universitäten gilt ein ganz besonders hartes Regelwerk. Und – um noch einmal beim Beispiel der Ausgründungen zu bleiben – so sind die unterschiedlichen Unternehmenskulturen natürlich ein Problem. Das betrifft nicht nur einen anderen Stil, sondern auch zum Beispiel die Höhe des Gehalts eines Geschäftsführers, das sich von der Möglichkeit einer Universität deutlich abhebt. Wir müssen uns aber auf die Zusammenarbeit mit

solch unterschiedlichen Partnern einlassen, weil wir weder die notwendigen finanziellen Mittel noch die Professionalität mitbringen, die Professor Wess als notwendig beschrieben hat, das heißt, wir müssen mit Profis zusammenarbeiten, die auch finanziell in einer anderen Liga spielen. Diese Zusammenarbeit mit dem eigenen Wertesystem in Einklang zu bringen, erfordert einen Prozess im Haus, und am Ende muss ein Grundkonsens erreicht werden.

Stollorz Zu diesen wichtigen Gesichtspunkten zitiere ich aus einer Umfrage des Wissenschaftsbarometers: Die erste Frage betrifft das Vertrauen in die Wissenschaft. Zwei Drittel der Befragten beantworten das mit ja. Die nächste Frage betrifft die Einschätzung, ob der Einfluss der Wirtschaft auf die Wissenschaft für zu groß, viel zu groß, gerade richtig oder viel zu klein gehalten wird. Fast zwei Drittel antworten, ihrer Einschätzung nach wäre der Einfluss zu groß oder sogar viel zu groß. Das heißt, die Bevölkerung ist durchaus skeptisch gegenüber solchen Entwicklungen, und das bezieht auch die Patienten mit ein.

Wess Ich kann Frau Gürkans Kommentar nur bestätigen, auch im Punkt der Expertise, die man in solchen Teams unbedingt braucht, um etwas voranzubringen. Wir müssen leider feststellen, dass diese Expertise inzwischen teilweise in Deutschland fehlt. Dies hat viele Gründe: Ein Problem liegt darin, dass die Anwerbung von Fachleuten aus der Industrie oder aus dem Ausland in den Öffentlichen Dienst schon allein am Gehalt scheitert. Ein weiterer abschreckender Faktor ist die ausufernde Bürokratie. Aber fehlen diese Fachleute, so fehlt auch die entsprechende Expertise. Allein mit gutem Willen gibt es aus diesem Dilemma keinen Ausweg.

Grimminger Der Kommentar von Frau Gürkan ist auch aus meiner Sicht vollkommen richtig, und auch das zuletzt Gesagte, dass wir aufpassen müssen. Gatekeeper muss die Universitätsmedizin bleiben und den damit verbundenen Stress muss man in Kauf nehmen. Wenn wir noch einmal auf die USA schauen, so haben dort die Investoren ihre eigenen Gebäude direkt am Campus. Es gibt einen Innovation Campus, auf dem auch Fachfremde umfassend informiert werden und anschließend entscheiden können, ob sie ihr Geld mobilisieren. So funktioniert die große Medizin in den USA, nicht sozialstaatlich und auch nicht solidar-gemeinschaftlich, aber sehr effizient in der translationalen Wirkung. Wir müssen uns in der Tat öffnen und die Barrieren zurückbauen, dabei aber trotzdem versuchen, die Kontrolle zu behalten.

Gavrysh *Martin Gavrysh, Vizepräsident für Externes, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., Berlin:*

Wir haben bereits sehr viel über die Ausgangssituation hier in Deutschland gehört: Deutschland als Wirtschaftsstandort, Deutschland als Wissenschaftsstandort. Was mir noch nicht deutlich geworden ist: Was wären Zielparameter, die man für ein gelungenes Netzwerk und für eine Verbesserung der Gesamtsituation festmachen könnte? Was wäre eine realistische Zielsetzung, die man verfolgen könnte?

Grimminger Es ist schön, dass sich ein Student zu Wort meldet, es geht hier ja auch um Themen, die Studenten betreffen sollten, das ist der erste Schritt zur Lösung. Man muss schon während des Studiums erlernen, dass die Elementareinheit für das, was wir erreichen wollen, die Persönlichkeit ist, und dass man als Mediziner in der Zukunft Networker sein muss, wenn man an Innovationen teilhaben will. Networking ist für die Zukunft der Medizin der Schlüsselfaktor. Und zwar nicht nur auf internationaler, sondern auch auf regionaler Ebene. Angehende Mediziner sollten schon im Studium bereit sein, sektorübergreifend zu arbeiten, sowohl in der Praxis als auch im Krankenhaus, und sie sollten bereit sein, nicht nur in einem, sondern in zwei oder drei oder in vier Krankenhäusern gleichzeitig zu arbeiten. Wenn regionale Cluster entstehen, die nicht nur 1.000 oder 1.500 Betten haben wie eine einzelne Universitätsklinik, sondern mit einer Bettenkapazität von 4.000 bis 6.000 arbeiten können, so können wir unsere Teilhabe innerhalb der internationalen Wertschöpfungskette auf eine nächste Stufe heben. Die Größe eines Regionalclusters darf aber eine kritische Dimension nicht überschreiten, um ein sogenanntes Conferitis-Syndrom, also das Netzwerkrauschen, zu vermeiden. Ist ein Regionalcluster entstanden, können anschließend Netzwerke zweiter Ordnung, Metaccluster, aufgebaut werden. Erst dann – und auch das kann man schon im Studium erlernen – wird durch ein Outcome-Benchmarking eine qualitative Aussage über die Versorgungseffizienz möglich und die wissenschaftliche Wertschöpfung optimiert. Vom Metanetzwerk der deutschen Regionalcluster aus geht es auf die Ebene des Anschlusses der internationalen Netzwerke. Bereits im Studium sollte vermittelt werden, dass im Verständnis dieser Zusammenhänge die Zukunft eines Universitätsmediziners liegt. Der regionale Versorgungsmediziner muss sich der Tatsache bewusst sein, dass es eine wissenschaftliche Einmischung aus der universitären Welt geben wird, die nicht patronisierend ist, sondern dem wissenschaftlichen Output dient. Wenn Deutschland und die Studentinnen und Studenten das lernen, wird die deutsche Universitätsmedizin international schnell wieder eine größere Rolle spielen.

Stollorz Es gab die Frage nach den Zielparametern und danach, wie gemessen wird. Das BMBF vergibt Forschungsgelder, wie stellen Sie fest, ob die Projekte, die Sie fördern, am Ende auch ihre Ziele erfüllen? Was ist erfolgreiche Translation?

Von Messling Erfolgreiche Translation ist, wenn etwas ankommt. Das kann sehr unterschiedlich aussehen. Wir haben über Medizinprodukte gesprochen, das ist ein anderer Prozess als bei einem Medikament oder der Zulassung eines Therapeutikums. Ein Erfolg ist aber zum Beispiel auch, wenn sich ein Mediziner als Clinician Scientist oder als Facharzt weiterbildet und sich anschließend an Forschungsprozessen beteiligt. Natürlich gibt es viele Dinge, die wir tun sollten und Bereiche, in denen wir uns entwickeln müssen. Aber wir sollten auch beachten, dass Zwischenschritte auch Erfolge sind. Für eine erfolgreiche Translation ist es wichtig, dass man einen Platz in der Wertschöpfungskette findet, von dem aus man dann seine Ergebnisse auch an Partner übergeben kann, damit der Translationsprozess weitergeht. Konkret bedeutet das, dass ein Forscher nicht zum Versorger werden muss, um dem Translationsgedanken gerecht zu werden. Damit Forschungsergebnisse letztendlich in der Versorgung ankommen, müssen diese eben an die nächste Stufe übergeben werden.

Suter *Prof. hon. Peter Suter, Université de Genève:*

Ich habe eine Frage an Herrn Grimminger, die Onkologie betreffend. Herr Einhäupl hat gestern von Überkapazitäten an Krankenhäusern gesprochen und von dem Problem, dass in einem Krankenhaus vielleicht nur ein- bis zweimal pro Jahr spezielle Operationen durchgeführt werden. Wie bringen Sie in einem Netzwerk alle Spitäler dazu, dass relativ seltene Operationen in bestimmten Häusern nicht mehr durchgeführt werden? Wie kann das Netzwerk dafür sorgen, dass wirklich alle Patienten die bestmögliche Therapie erhalten, das heißt, nur noch in Zentren behandelt werden, die die entsprechende Erfahrung haben?

Grimminger Sie müssen diejenigen Häuser, die die Mindestanzahl unterschreiten – also kleine Krankenhäuser, die zum Beispiel nur acht Ösophaguseingriffe pro Jahr durchführen –, dazu bewegen, sich komplementär auszurichten und auf die hochkomplexen Eingriffe zu verzichten. Nehmen Sie als Beispiel ein Regionalcluster mit 4.000 Betten und hierin eine Prävalenz von 150 bis 300 Ösophaguskarzinomen. Für diese muss innerhalb des Clusters nur ein Haus zuständig sein, auf der Basis einer Absprache der regionalen Krankenhäuser zur Komplementarität.

Suter Genügt eine Absprache?

Grimminger Jedes der beteiligten Krankenhäuser muss davon profitieren. In den Bereichen, die ich überblicke, funktioniert das bereits. Die Spezialisierung geht ja immer weiter. Schauen Sie sich die Kardiologie an. Früher hatten wir einen einzigen Kardiologen, der für alles zuständig war. Heute gibt es in den modernen großen Kliniken, gerade auch in den USA, einen Chefarzt für Rhythmologie, einen Chefarzt für Herzinsuffizienz, einen Chefarzt für Koronarintervention, einen Chefarzt für Klappenintervention und dann gibt es noch einen fünften, der für die LVADs, für die Ventricular Assist Devices zuständig ist und sich um nichts anderes als Technik kümmert. Diese Subdiversifizierung schreitet so schnell fort, dass Sie innerhalb eines großen Clusters oder innerhalb eines riesigen Krankenhauses jeweils Spezialisten haben müssen, die auch genug Patienten haben. Die Ösophaguskarzinome, die wir hier wiederholt als Beispiel herangezogen haben, werden in einem solchen Cluster automatisch zu dem einen Spezialisten konvergieren, das funktioniert.

Stollorz Aber dieses System funktioniert nicht in Deutschland, zumindest bisher nicht.

Kaisers Herr Wess, Sie haben den wichtigen Begriff des Innovationsmanagements genannt, dazu gehört auch zu erkennen, in welchem objektiven Umfeld, zu dem wiederum viele Regulationen gehören, man sich bewegt. Ich würde auch das Dienstrecht an Universitäten zu den Regulationen zählen. Zu unserem Thema „Innovationen“ möchte ich



*Prof. Dr. Udo Kaisers,
Leitender Ärztlicher Direktor und
Vorsitzender des Vorstandes,
Universitätsklinikum Ulm*

ergänzen, dass wir vergleichsweise wenig Risikobereitschaft und vor allem keine etablierten Mechanismen für Beendigungsmechanismen haben. Wir beenden Projekte nicht, sondern führen sie weiter in Add-ons. Wir haben gestern sehr intensiv über die Beschränkung in den finanziellen Möglichkeiten der Ausstattung von Einrichtungen gesprochen. Das gilt für die extrauniversitäre Forschung genauso wie für die universitäre Forschung. Das Fehlen von Beendigungsmechanismen für Prozesse, die am Ende ihres Life Cycles sind oder wo keine weiteren Erfolge mehr zu erwarten sind, ist ein Problem in den Strukturen, in denen wir uns bewegen. Es fällt uns sehr

schwer, etwas Neues zu beginnen. Mitunter müsste ein Prozess kreativer Zerstörung in Gang gesetzt werden, in dem Abgelebtes oder Ausgelebtes von etwas Besserem abgelöst wird. Vielleicht haben Sie dazu einen Vorschlag, Herr Wess?

Wess Die Teams, die ich beschrieben habe, müssen innerhalb des Projektplans, den sie aufstellen, Bedingungen festlegen, bis zu welchem Punkt das Projekt weitergeführt wird. Das bedeutet, dass sie definieren müssen, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, falls ein bestimmter Meilenstein nicht erreicht wird und die klinische Studie das Gesuchte nicht zeigt. Und wenn eine solche Grenze erreicht ist, muss das Projekt beendet werden. Bereits am Anfang eines Projekts muss es einen entsprechenden Plan geben, der meiner Meinung nach unbedingt wissenschaftsgetrieben sein muss und nicht wie oft in der Vergangenheit marketinggetrieben ist. Auf einer anderen als der wissenschaftsgetriebenen Grundlage hätte es im Hinblick auf seltene Erkrankungen nie eine Entwicklung gegeben. Man muss ein wissenschaftliches Proof of Concept verfolgen, ein mit öffentlichen Mitteln gefördertes wissenschaftsgetriebenes Projekt, und nicht eines, wo einem Marketing vonseiten der Industrie aufgezwungen wird, das dem Projekt nicht hilft. Mit einem wissenschaftlichen Proof of Concept hat man die Erkrankungen und am Ende die Patienten gleichermaßen in den Blick genommen, die von diesem Ansatz profitieren, so hat man es bei den seltenen Erkrankungen gemacht. Es gibt Regeln für Innovationsmanagement, entsprechend derer Projekte beendet werden können, wenn die entsprechenden Meilensteine nicht erreicht werden. Wenn es für No-Go entscheidungswissenschaftliche Begründungen gibt, werden diese Entscheidungen auch akzeptiert, und das Team kann ein anderes Projekt beginnen. Ein solches System könnten wir aufbauen, wir behindern uns aber selbst, weil wir immer noch nach wissenschaftlichen Ritualen begutachten, in denen Publikationen eine größere Rolle spielen als messbare Erfolge in einem aktuellen Projekt. Messbare Erfolge betreffen auch das, was beim Patienten ankommt, und sie betreffen die eigenen Leistungen in der Gesamtschau: Wie viele Studien habe ich durchgeführt? Wie viele davon waren erfolgreich? So lassen sich auch Fortschritte erkennen. Gerade im internationalen Bereich ist Benchmarking ganz wichtig.

Hrabé de Angelis Sie sehen schon an der Aufreihung, dass es hier um eine Kooperation geht in Strukturen, die heute bereits thematisiert worden sind. Herr Stollorz, Sie haben das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung erwähnt, an dem wir gerade sehr schnell auf eine



*Prof. Dr. Martin Hrabé de Angelis,
Deutsches Zentrum für Diabetesfor-
schung, Helmholtz-Zentrum München
und Technische Universität München*

Anfrage aus der deutschen Pharmaindus-
trie reagiert haben, ob wir eine Studie
durchführen könnten. Innerhalb von drei
Tagen haben wir geklärt, wie viele Betten
wir zur Verfügung haben und wer sich
an der Studie beteiligt. Der Vertrag wurde
abgeschlossen, was zeigt, dass man
durchaus in einem solchen Konsortialver-
bund, in einem solchen Netzwerk anders
arbeiten und anders agieren kann. In
einem ganz anderen Bereich sehe ich
Deutschland bereits in einer sehr guten
Position. Ich meine das Bioengineering
und die Device-Entwicklung. Dazu
gehören viele mittelständische und
kleinere Firmen. Die Firmen verweisen
allerdings auf Schwierigkeiten, in
Deutschland etwas direkt auszuprobie-

ren, und begründen damit, dass sie lieber ins Ausland gehen. Meine
Frage an die Klinikerschaft ist, welche Ursachen das hat und was man
dagegen tun könnte. Deutschland hat eine Führungsposition im
Engineering, in der Technologie.

Grimminger Eine Ursache sind die Barrieren der Zulassung von solchen
Studien in Deutschland, die zum Teil auch gut begründet sind. In China
gibt es derartige Barrieren nicht und obwohl es dort keine Innovations-
führerschaft in der pharmakologisch und biochemischen Grundlagen-
forschung gibt, werden Chinesen in diesen neuen technologischen
Bereichen und damit verbunden im Bioengineering in den nächsten
Jahrzehnten sehr wahrscheinlich eine Führungsrolle übernehmen, weil
sie mit weniger hohen Ethikbarrieren auf entsprechende Patienten-
kohorten zugreifen können. Wir sollten die Höhe unserer Ethikbarrieren
natürlich aufrechterhalten, denn wir haben es hier mit sich abzeichnen-
den Innovationen zu tun, die weit in die Patientenautonomie eingreifen.
Das fängt bei der Nanorobotik an und geht bis hin zu den Microelectro-
mechanical Systems. Hierzu gehört, dass suberythrozytengroße Kleinst-
roboter in den Organismus geschickt werden können, die von innen
arbeiten und von außerkörperlichen Wissens- und Kontrollinstanzen
abhängig sind. In den Ländern, in denen für die Anwendung derartiger
Methoden die geringsten Barrieren bestehen, wird auch das Bioenginee-
ring eine Frontline haben. Wir werden wahrscheinlich bei der Entwick-

lung bestimmter Technologien nie ganz an diese Länder herankommen und das ist vielleicht auch gut so. Wir sollten dennoch versuchen, als Gatekeeper eine Beobachtungs- und Bewertungsrolle für den Bereich unserer Versorgungsverantwortlichkeit zu bewahren.

Stollorz Ich würde für eine gewisse Evidenzbasierung plädieren.

Jauch Wir haben mithilfe eines BMBF-Wettbewerbs eine Firma gegründet, die sich genau der Thematik, der 3i-Technik widmet, und die aktuell 14 laufenden Studien haben zur Evaluation von neuen Produkten aus der Medizintechnik geführt. Zum Großteil betrifft das Optimierungsprodukte. In der Medizintechnik geht es ja nicht in erster Linie um neue Erfindungen, sondern, ähnlich wie in der Autoindustrie, um kontinuierliche Optimierungsprozesse. Hier werden in Deutschland Hürden aufgestellt, die auch finanzieller Art sind, bis hin zu dem, was die Universitäten an Overhead erwarten – Erwartungen, denen man in der Medizintechnik nicht wie in der Pharmaindustrie sofort entsprechen kann. Wenn man bei einer CAR-T-Cell-Therapie 400.000 Euro kalkuliert, so geht es in der Medizintechnik um Optimierungsprodukte, manchmal auch um neue Produkte, aber meist geht es um geringe Preisgrößen, die nur gering teurer werden. Da muss man auch bei den Partnern anders kalkulieren, dazu sind die Universitäten in der Regel momentan noch nicht fähig.

Helfmann Nicht alles, was hier gesagt wurde, gilt im gleichen Maße für die Medizintechnik. Hier hat Deutschland weltweit einen hervorragenden Stand und auch einiges zu verlieren. Genau das definiert sich auch über die Möglichkeit, Studien durchzuführen und mit aktuellen regulatorischen Anforderungen zurechtzukommen. Hier habe ich im Bereich unserer Förderung den Eindruck, dass die Hochschulmedizin durchaus gut aufgestellt ist. Wir machen allerdings genau das, was Herr Grimminger vorhin erläutert hat: In unserem Konsortium gibt es als Forderung ein Dreigestirn: Wir brauchen die Wissenschaft, wir brauchen die Klinika, aber es muss auch unbedingt die Industrie mit dabei sein, die am Schluss für die Umsetzung und für Translationen sorgt. Das ist bei uns eine Voraus-



Dr. Jürgen Helfmann, Gruppenleiter, Gesundheitswirtschaft, Projektträger im Auftrag des BMBF für den Bereich Gesundheitswirtschaft/Medizintechnik, VDI Technologiezentrum, Düsseldorf

setzung, und dann funktioniert das auch mit der Hochschulmedizin sehr gut.

Weiler Als eine der jüngeren Neugründungen waren wir von Anfang an auf die Kooperation mit vier verschiedenen Kliniken bei vier verschiedenen Trägern angewiesen. Wir haben versucht, genau dieses Netzwerk zu bilden und entsprechende Absprachen zu treffen. Wir sind auch weit gekommen, aber dann hat uns das Kartellamt wegen wettbewerbsrecht-



*Prof. Dr. Reto Weiler,
Leiter, Arbeitsgruppe Neurobiologie,
Department für Neurowissenschaften,
Carl von Ossietzky Universität
Oldenburg*

licher Fragen einen Strich durch die Rechnung gemacht. Wie löst man ein solches Problem? Die Bildung von Netzwerken stellt doch eine Grundvoraussetzung der Zusammenarbeit dar.

Jauch Sie können den Wissenschaftsrat um ein Gutachten bitten. In Greifswald ist dieser Bitte einmal entsprochen worden, ob das im Endeffekt gut für den Standort war, kann ich allerdings nicht sagen. Ein anderes Mal haben wir es abgelehnt.

Weiler Das ist leider Alltag.

Grimminger Handelte es sich denn um vertraglich geregelte Kooperationen?

Weiler Ja, es handelte sich um vertragliche Kooperationen.

Grimminger Gab es krankenhausübergreifende Leitungsstrukturen?

Weiler Nein, das Netzwerk blieb

unabhängig, und deshalb war es nicht möglich, entsprechende Absprachen zu treffen, weil das Kartellamt darin eine Verletzung der wettbewerbsrechtlichen Voraussetzungen sah.

Grimminger Dann muss es aber eine betriebswirtschaftliche Integration gegeben haben, also einen gemeinsamen Wettbewerb gegen überregionale Konkurrenten. Es muss auch jenseits von wissenschaftlichen Anwendungen gewesen sein, ich verstehe nicht ganz genau, was hier das Problem war.

Stollorz Das können wir sicher gleich noch ausführlicher in einem persönlichen Gespräch klären.

Grimminger Ja, genau.

Stollorz Damit sind wir am Ende unserer Diskussion angelangt und haben die entscheidenden Punkte herausgearbeitet, die aus unterschied-

lichen Perspektiven betrachtet werden mussten. Eine Krebsimmuntherapie ist etwas anderes als Bioengineering und ist wieder etwas anderes als Stammzellentherapie. Aber ich denke, auch einige strukturelle Hürden, die es in Deutschland in allen diesen Bereichen gibt, sind deutlich geworden. Ich übergebe das Wort an Herrn Mukherjee für einen abschließenden Kommentar und bedanke mich bei den Panelisten auf dem Podium und dem Publikum für die Fragen, vielen Dank.



Wir als Veranstalter haben uns sehr gefreut, dass Sie so zahlreich zu diesem Symposium erschienen sind. Ich denke, wir haben mit unserem Thema „Hochschulmedizin auf dem Prüfstand“ und dem Programm den Nerv getroffen. Es gab durchaus nicht nur Konsens – tatsächlich haben wir eine ganze Reihe von Kontroversen erlebt: Wir haben so beispielsweise über Ärztemangel versus Ärzteschwemme und auch über Verteilungsprobleme diskutiert. Diese Themen werden uns sicherlich auch weiterhin beschäftigen.

Die Frage „Brauchen wir eine Hierarchisierung der Standorte?“ zog sich seit gestern wie ein roter Faden durch die Diskussionen auf den Podien. Vielleicht geht die Entwicklung weiter in Richtung einer behutsamen funktionalen Differenzierung, innerhalb derer man versucht, alle Standorte mit ihren jeweiligen Stärken und Profilschwerpunkten an Bord zu halten. Man kann durchaus argumentieren, dass die hohe Qualität in der Breite auch eine große Stärke des deutschen Systems darstellt und dass Profilentwicklung, welche komplementär, koordinierend und kooperativ erfolgt, ein vielversprechender Weg ist.

Ebenfalls viel diskutiert wurde der Aspekt der Akteursfähigkeit: Die Universitätsmedizin ist und bleibt ein universitärer Akteur. Die Krankenversorgung hat in der Universitätsmedizin eine dienende Funktion für Forschung und Lehre, wie es in einigen Landesgesetzen auch mustergültig for-

muliert ist. Bei allen Debatten um die Steigerung der Akteursfähigkeit der Hochschulmedizin sollte dieses Selbstverständnis stets mitbedacht werden.

Weiterhin hat sich das Symposium mit den Erwartungen an die Universitätsmedizin auseinandergesetzt: Ist sie systemrelevant? Liegt sie im Zentrum des Medizinkomplexes und ist sie Innovationstreiber oder auch Translationstreiber? Hat Sie zudem die Rolle des Gatekeeper, wie Herr Grimminer extra formuliert hat, auch aus Patientenperspektive und in Bezug auf das Qualitätsmanagement? Halten wir fest an der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung in dem tradierten, bewährten, gewachsenen deutschen Universitätsmedizinssystem und in dem prototypischen deutschen Modell, das nach wie vor an den meisten Standorten besteht? Falls die Antwort auf all diese Fragen „Ja“ lautet, dann folgt daraus sachlogisch, dass wir in der Tat die Finanzierungsfragen zu lösen haben. Auch diese haben wir in der heutigen Vormittagsrunde adressiert: es ging um laufende Kosten, um Investitionen und auch um die Frage nach der Zukunftsfähigkeit des dualen Systems. Wir haben aber nicht ausschließlich über Geld gesprochen, sondern haben auch zahlreiche inhaltliche Fragen erörtert. Genau das hat die Diskussionen so wertvoll gemacht. Bei Geldforderungen – vor allem, wenn sie sich an die Politik oder andere externe Adressaten richten – ist man in der Regel schnell einer Meinung. Daher ist es besonders wichtig, entsprechend auch Zeit und Energie in inhaltliche Aspekte zu investieren, z.B. in Fragen rund um die Menschen, die das Team der Hochschulmedizin bilden: Wie gewinnen, entwickeln, und halten wir Personal – sowohl das ärztliche als auch das pflegerische?

Selbstverständlich haben wir auch über Digitalisierungsaspekte und -strategien gesprochen – ohne diese geht es heute nicht mehr. Wir haben aber – was ich persönlich sehr interessant fand – auch auf internationale Beispiele geschaut und den Blick auf die USA, auf Israel, Schweden und Thailand gerichtet. Es ist ausgesprochen wichtig, dass wir nicht nur „im eigenen Sud kochen“. Stattdessen sollten wir immer wieder internationale Beispiele betrachten – sowohl Best-Practice-Beispiele als auch nicht nachahmenswerte Entwicklungen.

Das große Thema der letzten Runde am heutigen Tage war die Bildung von Netzwerken. Das ist vielleicht auch in der Zukunft die besondere deutsche Stärke: über Sektorengrenzen, über die Säulen im System hinaus Netzwerke zu bilden. Da sind wir einen großen Schritt weiter als das angloamerikanische System gekommen, das den interinstitutionellen Wettbewerb immer noch sehr betont. Diese Stärke müssen wir im regionalen, nationalen und internationalen Kontext weiter voranbringen, und konsequent und gezielt Netzwerkbildung betreiben und uns synergistisch aufstellen.

Ich darf abschließend Dank sagen. Ich danke insbesondere der Hanns Martin Schleyer-Stiftung und der Heinz Nixdorf Stiftung dafür, dass wir das Symposium gemeinschaftlich vorbereiten und durchführen konnten. Ich danke vor allen Dingen Ihnen, Frau Frenz: Sie haben sich in diesen Prozess von Anfang an sehr intensiv hineinbegeben. Ich danke Herrn Seeger, der leider früher abreisen musste, Herrn Weidner und Herrn Breitbach für die gemeinsame Programmgestaltung mit Frau Frenz und mit den Stiftungen. Ich danke allen Referentinnen und Referenten, den Moderatorinnen und Moderatoren und natürlich Ihnen allen, die Sie sich Zeit genommen haben, an dieser Tagung teilzunehmen. Ich danke unserer Gastgeberin, der Hessischen Landesvertretung. „An Hessen kommt man nicht vorbei“ – so der Wahlspruch des Bundeslandes. Und als „Berufshesse“ hoffe ich, Sie haben sich hier wohlgefühlt während des gestrigen und heutigen Tages. Vielen Dank.



Anhang

Verzeichnis der Referenten und Diskussionsteilnehmer

Jana Aulenkamp, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., Berlin

Ministerialdirigentin **Irene Bauerfeind-Roßmann**, Arbeitsbereich Hochschulmedizin, Ministerium für Wissenschaft und Kunst, Hessische Landesregierung, Wiesbaden

Prof. Dr. **Peter Dieter**, Präsident, Association of Medical Schools in Europe, Berlin

Prof. Dr. **Karl Max Einhäupl**, Vorsitzender des Vorstandes, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Barbara Frenz, Geschäftsführerin, Hanns Martin Schleyer-Stiftung, Berlin

Prof. Dr. **Simone Fulda**, Vizepräsidentin für Forschung und Akademische Infrastruktur, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Martin-Jonathan Gavrysh, Vizepräsident für Externes, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., Berlin

Prof. Dr. Dr. **Friedrich Grimminger**, Leiter, Medizinische Klinik für Hämatologie, Klinik für Internistische Onkologie und Palliativmedizin, Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Irmitraut Gürkan, Kaufmännische Direktorin und stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes, Universitätsklinikum Heidelberg

Judith Heepe, Pflegedirektorin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. **Hans-Jochen Heinze**, Direktor, Universitätsklinik für Neurologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Dr. **Jürgen Helfmann**, Gruppenleiter, Gesundheitswirtschaft, Projektträger
im Auftrag des BMBF für den Bereich Gesundheitswirtschaft/
Medizintechnik, VDI Technologiezentrum, Düsseldorf

Dipl.-Pol. **Ralf Heyder**, Generalsekretär, Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V., Berlin

Prof. Dr. **Martin Hrabé de Angelis**, Deutsches Zentrum für Diabetes-
forschung, Helmholtz-Zentrum München und Technische Universität
München

Prof. Dr. **Karl-Walter Jauch**, Ärztlicher Direktor und Vorsitzender des
Vorstandes, Klinikum der Universität München

Prof. Dr. **Hedwig J. Kaiser**, Leiterin, Nationale und Internationale
Zusammenarbeit, Universität Basel

Prof. Dr. **Udo X. Kaisers**, Leitender Ärztlicher Direktor und Vorsitzender des
Vorstandes, Universitätsklinikum Ulm

Dieter Kaufmann, Kanzler, Universität Ulm

Prof. Dr. **Hartmut Kreß**, Sozialethik, Evangelisch-Theologische Fakultät,
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Prof. Dr. **Heyo K. Kroemer**, Dekan, Medizinische Fakultät,
Georg-August-Universität Göttingen – Universitätsmedizin Göttingen

Prof. Dr. **Veronika von Messling**, Leiterin, Abteilung Lebenswissenschaften,
Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin

Prof. Dr. **Frank Ulrich Montgomery**, Präsident, Bundesärztekammer, Berlin

Prof. Dr. Dr. h. c. **Joybrato Mukherjee**, Präsident, Justus-Liebig-Universität
Gießen

Joachim Müller-Jung, Ressortleiter „Natur und Wissenschaft“,
Frankfurter Allgemeine Zeitung

Dr.-Ing. **Horst Nasko**, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes,
Heinz Nixdorf Stiftung, München

Prof. Dr. **Josef M. Pfeilschifter**, Dekan, Fachbereich Medizin,
Goethe-Universität Frankfurt am Main

PD Dr. **Dominik Pförringer**, MBA, Orthopäde und Unfallchirurg, Klinikum
rechts der Isar der Technischen Universität München

Dr. **Evelyn Plamper**, MPH, Leiterin, Stabsabteilung
Unternehmensentwicklung, Universitätsklinikum Köln

Prof. Dr. **Gilbert Schönfelder**, Leiter, Abteilung Experimentelle Toxikologie
und ZEBET, Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin

Michaela Schwinn, Redakteurin, Innenpolitik, Süddeutsche Zeitung,
München

Prof. Dr. **Werner Seeger**, Ärztlicher Geschäftsführer am Standort Gießen,
Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Bundesminister **Jens Spahn** MdB, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Volker Stollorz, Redaktionsleiter, Science Media Center Germany gGmbH, Köln

Prof. hon. **Peter Suter**, Université de Genève

Ralf Tegtmeier, Geschäftsführender Vorstand, HIS-Institut für
Hochschulentwicklung e.V., Hannover

Dr. **Ursula Weidenfeld**, Wirtschaftsjournalistin, Dr. Weidenfeld & Heckel
GbR, Potsdam

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

Prof. Dr. **Reto Weiler**, Leiter, Arbeitsgruppe Neurobiologie,
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Prof. Dr. **Günther Wess**, ehemals CEO des Helmholtz Zentrums München,
Erlensee

Prof. Dr. **Otmar D. Wiestler**, Präsident, Helmholtz-Gemeinschaft, Berlin

Prof. Dr. **Frank Zimmermann**, Studiendekan, Medizinische Fakultät,
Universität Basel

aerzteblatt.de

Hochschulmedizin:

Donnerstag, 21. Februar 2019

Suche nach Wegen aus dem Dilemma

Berlin – Die Diskrepanz zwischen dem Potenzial der Hochschulmedizin und der Wirklichkeit an den Standorten der universitären Medizin vertieft sich nach Ansicht vieler Vertreter aus Medizin und Wissenschaftsmanagement sowie Politik und Wirtschaft zunehmend. Die deutsche Universitätsmedizin – vom Wissenschaftsrat in den vergangenen Jahren als „Fundament des deutschen Gesundheitssystems“ bezeichnet – gehöre teilweise zu den weltweit führenden medizinischen Einrichtungen, konstatierten die Experten beim Hochschulsymposium der Hanns-Martin-Schleyer-Stiftung in Kooperation mit der Heinz-Nixdorf-Stiftung und der Universität Gießen (JLU) gestern und heute in Berlin. Mit der aktuellen Situation der Universitätsmedizin könne man dennoch nicht zufrieden sein, war das einhellige Fazit. Sie sei von einer zunehmenden Dominanz der Patientenversorgung gekennzeichnet.

„Wenn die Universitätsmedizin einmal in eine Dysfunktionalität gebracht ist, wird es lange dauern, bis das System wieder stabil ist“, warnte Heyo K. Kroemer, Dekan der Medizinischen Fakultät Göttingen und designierter Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Doch was ist nötig, um die Schieflage in der Universitätsmedizin zu mindern? Unter dem Titel „Hochschulmedizin auf dem Prüfstand“ suchten die Teilnehmer gemeinsam in der Hessischen Landesvertretung in Berlin nach Lösungen.

Forschung und Lehre an die Wand gedrückt

„Die Hochschulmedizin hat kein Geld, keine Leute und ist wenig vernetzt“, brachte es Werner Seeger, Ärztlicher Geschäftsführer am Universitätsklinikum Gießen und Marburg auf den Punkt. Kurz: Die Hochschulmedizin stehe mit ihrem Anspruch, auf Spitzenniveau zu forschen und auszubilden und Patienten zu versorgen somit vor beträchtlichen finanziellen, personellen sowie strukturellen Problemen. Unter dem Druck der ökonomischen Rahmenbedingungen und der pauschalierten Vergütung medizinischer Versorgungsleistungen verlagerten sich die Prioritäten an den Universitätskliniken derzeit zugunsten der Patientenbe-

treuung. „Forschung und Lehre werden von der Krankenversorgung, die etwa 75 Prozent des Umsatzes generiert, an die Wand gedrückt“, erläuterte Kroemer.

Zuschäge für Sonderaufgaben notwendig

Maßnahmen zur finanziellen Konsolidierung der Universitätsmedizin hält deshalb Ralf Heyder, Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinik Deutschlands (VUD), für dringend erforderlich. Die Universitätskliniken hätten eine Reihe von Sonderaufgaben, die über das Fallpauschalensystem (DRG) finanziert werden müssten. „Das ist ein deutscher Alleingang“, sagte er. In anderen europäischen Ländern gebe es für die besonderen Aufgaben der Universitätsmedizin Zuschläge. Nur in Deutschland werde der Sonderstatus der Universitätsklinik gesundheitspolitisch nicht anerkannt. „Wir brauchen ein anderes Verständnis von Hochschulmedizin und eine politische Gesamtverantwortung“, forderte der VUD-Generalsekretär.

Eine Finanzspritze allein reicht nach Ansicht von Hans-Jochen Heinze, Universität Marburg, aber nicht aus, um die Universitätsmedizin zu stärken. Als Mitglied des Wissenschaftsrates sieht er auch strukturellen Reformbedarf und empfiehlt den Aufbau von „Profilbereichen“. Diese sollen insbesondere dem klinisch-wissenschaftlichen Nachwuchs verbesserte Perspektiven bieten. „Fortschritt wird von den Ärzten betrieben, die auch forschen“, betonte er. Man brauche deshalb mehr Clinical-Scientist-Programme.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) zeigte sich den Vertretern der Hochschulmedizin gegenüber zur Kooperation bereit. „Aus dem Potenzial der Hochschulmedizin mehr zu machen, wird die große Aufgabe für die nächsten Jahre sein“, versprach er den Teilnehmern des Symposiums. Insbesondere die Umstellung auf eine zunehmend digitalisierte Medizin sei eine wesentliche Herausforderung.

© ER/aerzteblatt.de

Artikel vom 21. Februar 2019

© Alle Rechte vorbehalten.

Deutsches Ärzteblatt / www.aerzteblatt.de

Deutsches Ärzteblatt

Hochschulmedizin: Exzellenz in Bedrängnis

Universitätskliniken sind immer noch herausragende medizinische Einrichtungen. Mangelnde Investitionen, eine harte Konkurrenz um wissenschaftlichen Nachwuchs sowie die Herausforderungen einer digitalisierten Medizin setzen sie jedoch immer stärker unter Druck.

Schwarze Zahlen wie die Charité – Universitätsmedizin Berlin schreiben nur wenige Universitätskliniken in Deutschland. Doch auch sie hat in den nächsten Jahren einen Investitionsbedarf von mehr als einer Milliarde Euro. Foto: picture alliance

Die deutsche Hochschulmedizin hat international Standards gesetzt – wie unter anderem die derzeit ausgestrahlte Staffel „Charité“ verdeutlicht. Doch zwischen dem Potenzial der Hochschulmedizin und der Wirklichkeit an den Standortorten der universitären Medizin verstärkt sich nach Ansicht vieler Vertreter aus Medizin und Wissenschaftsmanagement sowie Politik und Wirtschaft zunehmend eine Diskrepanz.

Die deutsche Universitätsmedizin – vom Wissenschaftsrat vor wenigen Jahren als „Fundament des deutschen Gesundheitssystems“ bezeichnet – gehört zwar teilweise zu den weltweit führenden medizinischen Einrichtungen, konstatierten die Experten beim Hochschulsymposium der Hanns-Martin-Schleyer-Stiftung in Kooperation mit der Heinz-Nixdorf-Stiftung und der Universität Gießen am 20. und 21. Februar in Berlin. Mit der aktuellen Situation der Universitätsmedizin könne man dennoch nicht zufrieden sein, so das einhellige Fazit. Sie sei von einer zunehmenden Dominanz der Patientenversorgung gekennzeichnet. Dabei gerate die Exzellenz zunehmend in Bedrängnis.

„Etwa 80 Prozent des Umsatzes der Hochschulmedizin kommen aus der Krankenversorgung, 20 Prozent aus den Mitteln für Forschung und Lehre“, erläuterte Prof. Dr. rer. nat. Heyo K. Kroemer, Dekan der Medizinischen Fakultät Göttingen und designierter Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin. „Forschung und Lehre werden somit von der Krankenversorgung an die Wand gedrückt.“ Kroemer warnte: „Wenn die deutsche Universitätsmedizin einmal in eine Dysfunktionalität gebracht ist, wird es lange dauern, bis das System wieder stabil ist.“ Doch was ist nötig, um die Schieflage in der Universitätsmedizin zu beseitigen oder wenigstens zu mindern? Und was sind die Ursachen für die Misere?

„Die Hochschulmedizin hat kein Geld, keine Leute und ist wenig vernetzt“, brachte es Prof. Dr. med. Werner Seeger, Ärztlicher Geschäftsführer am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, auf den Punkt. Die Hochschulmedizin stehe mit ihrem Anspruch, auf Spitzenniveau zu forschen, auszubilden sowie Patienten zu

versorgen, sowohl vor beträchtlichen finanziellen, aber auch personellen und strukturellen Problemen.

Unangemessene Finanzierung

Maßnahmen zur finanziellen Konsolidierung der Universitätsmedizin hält Ralf Heyder, Generalsekretär des Verbandes der Universitätskliniken Deutschlands (VUD), für dringend erforderlich. Die Universitätskliniken hätten eine Reihe von Sonderaufgaben, dennoch laufe die Finanzierung an den Universitätskliniken eins zu eins wie bei anderen Krankenhäusern über das Fallpauschalensystem (DRG). „Das ist ein deutscher Alleingang“, sagte er. In anderen europäischen Ländern gebe es für die besonderen Aufgaben der Universitätsmedizin Zuschläge. Nur in Deutschland werde der Sonderstatus der Universitätskliniken gesundheitspolitisch nicht anerkannt. „Wir brauchen ein anderes Verständnis von Hochschulmedizin und eine politische Gesamtverantwortung“, forderte der VUD-Generalsekretär.

Neben der Finanzierung der Krankenversorgung über die Fallpauschalen erhalten die Medizinischen Fakultäten und Unikliniken von ihrem jeweiligen Bundesland einen Zuschuss für Forschung und Lehre sowie für Investitionen in Gebäude und Ausstattung. Doch diese Mittel sind in den vergangenen Jahren drastisch reduziert worden. „Bundesmittel für Baumaßnahmen stehen seit 2007 nicht mehr zur Verfügung, da das Hochschulbauförderungsgesetz abgeschafft worden ist“, erläuterte Prof. Dr. med. Karl Max Einhäupl, amtierender Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin. „Das war die größte Sünde überhaupt und lässt sich auch nicht wieder gutmachen,“ so Einhäupl.

Die große Finanzierungslücke ist der Politik nicht unbekannt. Die Kultusminister haben sie 2016 selbst beschrieben: Das Defizit in der Universitätsmedizin summiert sich ihren Berechnungen zufolge bis 2025 auf 32 Milliarden Euro (Grafik). Die Konsequenz ist ein stetig wachsender Investitionsstau: Etwa die Hälfte der 34 Unikliniken in Deutschland schreiben bereits jetzt rote Zahlen. „Wie kann man angesichts dieses Investitionsstaus noch konkurrenzfähig sein?“, fragte Irmautur Gürkan, Kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Heidelberg. Mangelnde Investitionen führten zu Unwirtschaftlichkeit und benachteiligten die Hochschulmedizin gegenüber den Großforschungseinrichtungen.

Schwarze Zahlen wie die Charité – Universitätsmedizin Berlin schreiben nur wenige Universitätskliniken in Deutschland. Doch auch sie hat in den nächsten Jahren einen Investitionsbedarf von mehr als einer Milliarde Euro.

Finanzierungslücke in der Universitätsmedizin bis 2025

In der Universitätsmedizin fehlen laut Bericht der Kultusministerkonferenz (2016) bis 2025 rund zwölf Milliarden Euro für wichtige Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen.

Wettbewerb um beste Köpfe

„Dabei ist für uns besonders der Wettbewerb um die besten Wissenschaftler wichtig“, sagte Einhäupl. Nobelpreise gingen erfahrungsgemäß zwar immer an exzellente Forscher in den außeruniversitären Forschungseinrichtungen. Aber: „In der Hochschulmedizin geht es auch um Sichtbarkeit“, betonte er. Um im internationalen Wettbewerb mithalten zu können, rief der Präsident der Helmholtz-Gemeinschaft, Prof. Dr. med. Otmar D. Wiestler, den Universitätskliniken zum häufigeren Schulterschluss mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen. „Wir müssen uns schleunigst auf den Weg machen und ein Spitzensegment aufbauen“, sagte er. Zudem sei es entscheidend, die Grundlagen für eine datenbasierte Medizin und Gesundheitsforschung zu schaffen.

Die Umstellung auf eine zunehmend digitalisierte Medizin sieht auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) als eine der wesentlichen Herausforderungen an. „Aus dem Potenzial der Hochschulmedizin mehr zu machen, wird die große Aufgabe für die nächsten Jahre sein“, erklärte er beim Symposium. „Wir brauchen Daten für die Forschung und für die Versorgung.“ Die Wissenschaft müsse berichten, welchen Unterschied ihre Nutzungsmöglichkeit mache, forderte er die Vertreter der Hochschulmedizin auf. „Ich möchte, dass wir 2020/21 für jeden, der es möchte, die elektronische Patientenakte auf dem Smartphone

haben“, sagte Spahn. Diese Gesundheitsdaten sollen dann auch für die Forschung nutzbar und kompatibel sein.

Verstärkt Einzug soll die Digitalisierung nach Ansicht von Spahn auch in die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses halten, die derzeit reformiert werde. Die Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 lobte er als einen „wichtigen Schritt“. Auch der Aufbau neuer Medizinischer Fakultäten – wie derzeit in Augsburg und Bielefeld – sei begrüßenswert. Der steigende Bedarf an Ärztinnen und Ärzten könne dadurch aber bei Weitem nicht gedeckt werden. „Wir brauchen mehr Kapazität und einen anderen Zugang zum Medizinstudium“, sagte er.

Modifizierte Ausbildung

Für Änderungen bei der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses plädiert Prof. Dr. med. Hans-Jochen Heinze von Universität Magdeburg. Als Mitglied des Wissenschaftsrates empfiehlt er den Aufbau von „Profilbereichen“. Diese sollen insbesondere dem klinisch-wissenschaftlichen Nachwuchs verbesserte Perspektiven bieten. „Fortschritt wird von den Ärzten betrieben, die auch forschen“, betonte er. Nötig seien mehr Clinical-Scientist-Programme. Denn: „Forschung ist das Entscheidende, das uns voranbringt.“ Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann

Richter-Kuhlmann, Eva

Universitätsmedizin: Zahlen und Fakten

Krankenversorgung

Die deutschen Universitätskliniken versorgen pro Jahr 1,88 Millionen Patienten stationär und mehr als zehn Millionen Patienten ambulant (Quelle: Statistisches Bundesamt 2016, VUD). Häufig sind zudem komplexe, besonders schwere oder seltene Erkrankungen.

Forschung

An den Universitätskliniken und medizinischen Fakultäten findet Grundlagenforschung, präklinische und klinische

Forschung statt. Forschungsergebnisse und neu entwickelte Therapien können in Form klinischer Studien an Patienten angewendet werden.

Lehre

Jährlich bilden die Universitätskliniken und Medizinischen Fakultäten in Deutschland etwa 10 060 approbierte Ärztinnen und Ärzte aus (Quelle: Medizinischer Fakultätentag 2017). Zudem engagiert sich die Hochschulmedizin stark in der Weiterbildung.

Artikel vom 21. Februar 2019

© Alle Rechte vorbehalten.

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 116 | Heft 9 | 1. März 2019

Hochschulmedizin in Not

Donnerstag, 21. Februar 2019

Zuwenig Geld und Personal, kaum Innovationen: Welche Lösungen gibt es für die Unikliniken?

Universitätskliniken haben es nicht leicht. Patienten sollen sie behandeln, künftige Ärzte ausbilden und nebenbei noch forschen und zwar auf Weltklassenniveau. Diesen Anforderungen steht die harte Realität gegenüber: Es fehlt an Geld und Personal, und in der Forschung sind die USA und China auf vielen Gebieten schon längst enteilt. Auch in der Digitalisierung hinkt die deutsche Medizin hinterher. Um diese Probleme zu diskutieren, luden die Hanns Martin Schleyer-Stiftung und die Heinz Nixdorf-Stiftung gemeinsam mit der Justus-Liebig-Universität Gießen am Mittwoch und Donnerstag zu einem Hochschulsymposium unter dem Motto „Hochschulmedizin auf dem Prüfstand“.

Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) drängte in seinem Eröffnungsvortrag auf mehr Tempo bei der Digitalisierung: „Ich möchte, dass wir 2020/21 für jeden, der es will, die elektronische Patientenakte auf dem Smartphone haben.“ Unverständlich ist Spahn, dass es immer gleich „eine kleine Form der Hysterie“ gebe, wenn man Gesundheitsdaten für die Forschung nutzen wolle. Wichtig sei ihm auch, der Digitalisierung in der ärztlichen Ausbildungsgerecht zu werden. Die Ausbildung wird gerade im Rahmen des „Masterplans Medizinstudium 2020“ neu entworfen. Diesen Plan, der 2017 von SPD und CDU beschlossen wurde und eine komplette Reformierung des Medizinstudiums vorsieht, verteidigte Spahn in der anschließenden Podiumsdiskussion. Zudem lobte er den Aufbau neuer Medizinfakultäten in Augsburg und Bielefeld. Der steigende Ärztebedarf könne dadurch aber bei weitem nicht gedeckt werden.

Charité-Chef Karl Max Einhäupl gab zu bedenken, dass durch die Ausbildung von mehr Ärzten das Verteilungsproblem zwischen Stadt und Land nicht gelöst werde. „Da braucht es andere Mechanismen, die wir diskutieren müssen“, so Einhäupl. Als weiteres großes Problem benannte er, dass es in Deutschland viel zu viele

Krankenhäuser gebe, einige von ihnen mit unterdurchschnittlicher Qualität. „Wir könnten 200 Kliniken schließen, und kein Patient würde dadurch sterben“, sagte der Mediziner. Er fragte in die Runde, wer sich von einem Chirurgen operieren lassen wolle, der diese OP nur ein paarmal im Jahr durchführt. Spahn pflichtete bei: „Wer dauerhaft schlechte Qualität liefert, der muss vom Netz.“ Einhäupl prognostizierte, in zehn Jahren werde es in Deutschland nur noch fünf bis sieben große universitäre Medizinzentren geben, „alle anderen werden sich auf ein niedrigeres Niveau begeben müssen“.

Für diese Form der Zentralisierung, wie sie etwa in den USA schon lange stattfindet, trat auch Otmar Wiestler ein, der Präsident der Helmholtz-Gemeinschaft. „Wir müssen uns schleunigst auf den Weg machen, ein Spitzensegment aufzubauen“, sagte er. Entscheidend sei, Grundlagen für eine datenbasierte Medizin und Gesundheitsforschung zu schaffen. Gemeinsam mit der Industrie sei er in Gesprächen, wie dies gelingen könnte. Es gebe auf dem Gebiet weltweit einen enormen Wettbewerb, „und seien wir ehrlich: Wir liegen weit zurück“, gab Wiestler zu. Den Unikliniken riet er, in der Wissenschaft häufiger den Schulterschluss mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen zu suchen.

„Neidisch“ schaue man aus der Schweiz auf die Exzellenzinitiativen und die medizinische Infrastruktur in Deutschland, sagte Peter Suter, ehemals Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. In manchen Gebieten seien die deutschen Unikliniken aber noch unterentwickelt, etwa beim Thema Versorgungsforschung. Mit Blick darauf, wie sich Hochschulmedizin für die Zukunft rüsten könne, sagte Suter, man müsse vor allem „den Mut haben, Dinge umzupolen“. Nur: Dafür ist die Medizin bisher nicht gerade bekannt.

Florian Schumann

Artikel vom 21. Februar 2019

© Alle Rechte vorbehalten.

Der Tagesspiegel / www.tagesspiegel.de

Redaktionelle Nachbemerkung

Die Hanns Martin Schleyer-Stiftung und die Heinz Nixdorf Stiftung veranstalteten gemeinsam mit der Justus-Liebig-Universität Gießen und dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg vom 20. – 21. Februar 2019 das XIII. Hochschulsymposium „Hochschulmedizin auf dem Prüfstand“ in der Hessischen Landesvertretung in Berlin. Mehr als 200 Teilnehmende aus Wissenschaft und Wirtschaft, Staat und Gesellschaft sowie den Medien waren anwesend.

Die hier veröffentlichten Referate und Diskussionsbeiträge entsprechen der Transkription eines Audiomitschnitts, die von den Verfassern zum Teil leicht überarbeitet wurde, oder den Textfassungen der Vorträge.

Soweit persönliche Daten bzw. Funktionen aufgeführt sind, beziehen sie sich auf den Veranstaltungszeitpunkt.

Fotografien: Sebastian Runge, Berlin

Redaktion: Donate Lissner, Leverkusen
Nicole Mende, Hanns Martin Schleyer-Stiftung

Schriftleitung: Barbara Frenz, Geschäftsführerin
Hanns Martin Schleyer-Stiftung



HANN S MARTIN
SCHLEYER-STIFTUNG
FREIHEIT DEMOKRATIE SOZIALE MARKTWIRTSCHAFT

Hanns Martin Schleyer-Stiftung

Albrechtstraße 22

10117 Berlin

Telefon: +49 30 2790 7164

Fax: +49 30 2790 8743

E-Mail: info@schleyer-stiftung.de

Internet: <http://www.schleyer-stiftung.de>

Bankverbindung

Deutsche Bank Köln,

IBAN DE35370700240110999000

BIC DEUTDE33KOE

Veröffentlichungen der Hanns Martin Schleyer-Stiftung

Eberhard von Brauchitsch

Karl Carstens

Wirtschaft und Staat: Antworten auf Herausforderungen

Köln 1979 – vergriffen –

Walter Kannengießer (Hrsg.)

Vermögensbildung – Kapitalbildung – Krisenvorbeugung

Forum Bonn 1979 · Köln 1980 – vergriffen –

Band 1

Diether Stolze (Hrsg.)

Erneuerungskräfte freiheitlicher Ordnung

Kongress Innsbruck 1980 · Köln 1981 – vergriffen –

Band 2

Kurt Reumann (Hrsg.)

Jugend heute: Aufbruch oder Aufstand?

Essener Universitäts-Symposium 1981 · Köln 1982 – vergriffen –

Band 3

Günther von Lojewski (Hrsg.)

Integration der Kinder ausländischer Arbeitnehmer?

Probleme und Antworten auf eine Herausforderung

Forum Berlin 1981 · Köln 1982 – vergriffen –

Band 4

Werner Gumpel (Hrsg.)

Alltag im Sozialismus

Symposium München 1981 · Köln 1982 – vergriffen –

Band 5

Henning Günther

Die verwöhnte Generation?

Lebensstile und Weltbilder 14–19-Jähriger

Köln 1982 – vergriffen –

Band 6

Erich E. Geißler (Hrsg.)

Bildung und Erziehung – notwendige Korrekturen im Schulverständnis?

Symposium Bonn 1982 · Köln 1982 – vergriffen –

Band 7

Clemens-August Andreae (Hrsg.)

Kunst und Wirtschaft

Symposium Mainz 1982 · Köln 1983 – vergriffen –

Band 8

Franz Thoma (Hrsg.)

Mehr Markt oder mehr Dirigismus?

Ökonomisches Denken im Umgang mit knappen Gütern

Kongress Innsbruck 1982 · Köln 1983 – vergriffen –

Band 9

Nikolaus Lobkowitz (Hrsg.)

Irrwege der Angst – Chancen der Vernunft. Mut zur offenen Gesellschaft

Kongress München 1983 · Köln 1983 – vergriffen –

Band 10

Lothar Wegehenkel (Hrsg.)

Umweltprobleme als Herausforderung der Marktwirtschaft –

Neue Ideen jenseits des Dirigismus

Symposium Stuttgart 1983 · Köln 1983 – vergriffen –

Band 11

Rupert Scholz (Hrsg.)

Kreativität und Verantwortung –

Mitbestimmung in Wissenschaft, Medien und Kunst

Forum Berlin 1983 · Köln 1983 – vergriffen –

Band 12

Rudolf Walter Leonhardt (Hrsg.)

Die Lebensalter in einer neuen Kultur?

Zum Verhältnis von Jugend, Erwerbsleben und Alter

Kongress Essen 1983 · Köln 1984 – vergriffen –

Band 13

Werner Gumpel (Hrsg.)

Das Leben in den kommunistischen Staaten –

zum alltäglichen Sozialismus

Symposium München 1984 · Köln 1985 – vergriffen –

Band 14

Clemens-August Andreae und Engelbert Theurl (Hrsg.)

Marktsteuerung im Gesundheitswesen

Symposium Mainz 1984 · Köln 1985 – vergriffen –

Band 15

Nikolaus Lobkowitz (Hrsg.)

Das europäische Erbe und seine christliche Zukunft

Kongress München 1984 · Köln 1985 – vergriffen –

Band 16

Clemens-August Andreae (Hrsg.) Quellen des Wachstums Kongress Innsbruck 1984 · Köln 1985 – vergriffen –	Band 17
Rupert Scholz (Hrsg.) Wandlungen in Technik und Wirtschaft als Herausforderung des Rechts Kongress Berlin 1984 · Köln 1985 – vergriffen –	Band 18
Friedrich August von Hayek Die Überheblichkeit der Vernunft Ernst Nolte Über den historischen Begriff des „Liberalen Systems“ Hanns Martin Schleyer-Preise 1984 und 1985, Stuttgart · Köln 1985 – vergriffen –	Band 19
Konrad Adam (Hrsg.) Kreativität und Leistung – Wege und Irrwege der Selbstverwirklichung Kongress Essen 1985 · Köln 1986 – vergriffen –	Band 20
Gerhard Prosi (Hrsg.) Weltwirtschaft – Pazifische Herausforderung und europäische Antwort Kongress Innsbruck 1986 · Köln 1987 – vergriffen –	Band 21
Klaus Hildebrand (Hrsg.) Wem gehört die deutsche Geschichte? Deutschlands Weg vom alten Europa in die europäische Moderne Symposium Berlin 1986 · Köln 1987 – vergriffen –	Band 22
Jürgen Mittelstraß (Hrsg.) Wissenschaftlich-technischer Fortschritt als Aufgabe in einer freiheitlichen Kultur Symposium München 1986 · Köln 1987 – vergriffen –	Band 23
Karl Carstens Gesetzesgehorsam in der freiheitlichen Demokratie Hans-Georg Gadamer Die anthropologischen Grundlagen der Freiheit des Menschen Hanns Martin Schleyer-Preise 1986 und 1987, Stuttgart · Köln 1987 – vergriffen –	Band 24

- Rupert Scholz (Hrsg.)
Wandel der Arbeitswelt als Herausforderung des Rechts
 Kongress Berlin 1987 · Köln 1988 – vergriffen – Band 25
- Michael Zöller (Hrsg.)
**Der Preis der Freiheit – Grundlagen, aktuelle Gefährdungen
 und Chancen der offenen Gesellschaft**
 Symposium Köln 1987 · Köln 1988 – vergriffen – Band 26
- Werner Gumpel (Hrsg.)
Die Zukunft der sozialistischen Staaten
 Symposium München 1988 · Köln 1988 – vergriffen – Band 27
- Jürgen Mittelstraß (Hrsg.)
Wohin geht die Sprache?
Wirklichkeit – Kommunikation – Kompetenz
 Kongress Essen 1988 · Essen 1989 – vergriffen – Band 28
- Golo Mann
Gedanken über den Terrorismus in unserer Zeit
 Otto Schulmeister
Österreichs „Deutsche Frage“
 Hanns Martin Schleyer-Preise 1988 und 1989, Stuttgart
 Essen 1989 – vergriffen – Band 29
- Joachim Starbatty (Hrsg.)
Europäische Integration:
Wieviel Wettbewerb – Wieviel Bürokratie?
 Kongress Innsbruck 1989 · Essen 1990 – vergriffen – Band 30
- Günter Nötzold (Hrsg.)
**Die Stunde der Ökonomen – Prioritäten nach der Wahl in der DDR
 und die Zukunft der europäischen Wirtschaftsbeziehungen**
 Symposium Leipzig 1990 · Essen 1990 – vergriffen – Band 31
- Klaus J. Hopt (Hrsg.)
Europäische Integration als Herausforderung des Rechts:
Mehr Marktrecht – weniger Einzelgesetze
 Kongress Berlin 1990 · Essen 1991 – vergriffen – Band 32

- Werner Gumpel (Hrsg.)
Sowjetunion – was nun? Zwischenbilanz und Perspektiven einer neuen politischen Ordnung in Ost- und Südosteuropa
 Symposium München 1991 · Essen 1991 – vergriffen – Band 33
- Reiner Kunze
Das unersetzbare Gedicht. Eine Anthologie, herausgegeben in Form eines Vortrags
 Kurt Masur
Mensch und Musik
 Hanns Martin Schleyer-Preise 1990 und 1991, Dresden
 Essen 1991 – vergriffen – Band 34
- Michael Zöller (Hrsg.)
Europäische Integration als Herausforderung der Kultur: Pluralismus der Kulturen oder Einheit der Bürokration?
 Kongress Erfurt 1991 · Essen 1992 – vergriffen – Band 35
- Eine neue deutsche Interessenlage?**
 Vortrag und Diskussionsbeiträge v. Arnulf Baring u. a.
 Forum Stuttgart 1992 · Köln 1992 – vergriffen – Band 36
- Gerhard Prosi und Christian Watrin (Hrsg.)
Dynamik des Weltmarktes – Schlankheitskur für den Staat?
 Kongress Innsbruck 1992 · Köln 1993 – vergriffen – Band 37
- Friedhelm Hilterhaus und Michael Zöller (Hrsg.)
Kirche als Heilsgemeinschaft – Staat als Rechtsgemeinschaft: Welche Bindungen akzeptiert das moderne Bewußtsein?
 Symposium Weimar 1992 · Köln 1993 – vergriffen – Band 38
- Birgit Breuel
Aus persönlicher Erfahrung erwächst Zuversicht – Privatisierung in Ostdeutschland
 Franz König
Christentum und Islam
 Hanns Martin Schleyer-Preise 1992 und 1993, Stuttgart
 Essen 1993 – vergriffen – Band 39

- Rupert Scholz (Hrsg.)
**Deutschland auf dem Weg in die Europäische Union:
 Wieviel Eurozentrismus – Wieviel Subsidiarität?**
 Kongress Essen 1993 · Köln 1994 – vergriffen – Band 40
- Arnulf Baring und Rupert Scholz (Hrsg.)
Eine neue deutsche Interessenlage?
**Koordinaten deutscher Politik jenseits von
 Nationalismus und Moralismus**
 Symposium Berlin 1993 · Köln 1994 – vergriffen – Band 41
- Friedhelm Hilterhaus und Werner Kaltefleiter (Hrsg.)
**Deutschland: Zwischen Reformbedürftigkeit
 und Reformfähigkeit. Neue Soliditätsbasis, neue
 Wettbewerbsstärke – Prioritätenwechsel
 in der Politik: Wo ansetzen, wie umsetzen?**
 Symposium 1994 · Köln 1994 – vergriffen – Band 42
- Andrej Gurkow und Valentin Zapevalov (Hrsg.)
**Rußland auf dem Weg zur Neuformierung von
 Interessen, Macht und Strukturen – Lage und
 Perspektiven aus der Sicht „neuer“ Russen**
 Symposium Berlin 1994 · Köln 1995 – vergriffen – Band 43
- Hermann Lübke
Die Freiheit, die Wohlfahrt und die Moral
 Bernd Rüthers
Sprache und Recht
 Hanns Martin Schleyer-Preise 1994 und 1995, Stuttgart
 Köln 1995 – vergriffen – Band 44
- Gerhard Prosi und Christian Watrin (Hrsg.)
**Gesundung der Staatsfinanzen –
 Wege aus der blockierten Gesellschaft**
 Kongress Innsbruck 1995 · Köln 1995 – vergriffen – Band 45

- Friedhelm Hilterhaus und Rupert Scholz (Hrsg.)
Medienentwicklung: Von der Selektion der Anbieter zur Selektion der Bürger – Individualisierung der Nachfrage als Gefährdung der kulturellen Integration?
 Symposium Berlin 1995 · Köln 1996 – vergriffen – Band 46
- Rupert Scholz (Hrsg.)
Europäische Integration – schon eine „Union des Rechts“? Zwischen Erfolgsbilanz und Balanceverlust
 Kongress Essen 1996 · Köln 1996 – vergriffen – Band 47
- Hermann Rappe
Soziale Marktwirtschaft – unsere gemeinsame Grundlage
 Ernst Joachim Mestmäcker
Risse im europäischen Contrat Social
 Hanns Martin Schleyer-Preise 1996 und 1997, Stuttgart
 Köln 1997 – vergriffen – Band 48
- Michael Zöller (Hrsg.)
Informationsgesellschaft – von der organisierten Geborgenheit zur unerwarteten Selbständigkeit?
 Kongress Essen 1997 · Köln 1997 – vergriffen – Band 49
- GEDENKVERANSTALTUNG
Aus Anlass der 20. Wiederkehr des Todestages von Hanns Martin Schleyer
 Stuttgart 1997 · Köln 1998 – vergriffen – Band 50
- Friedhelm Hilterhaus und Rupert Scholz (Hrsg.)
Rechtsstaat – Finanzverfassung – Globalisierung Neue Balance zwischen Staat und Bürger
 Symposium Berlin 1997 · Köln 1998 – vergriffen – Band 51
- Christian Smekal und Joachim Starbatty (Hrsg.)
Der Aufbruch ist möglich: Standorte und Arbeitswelten zwischen Globalisierung und Regulierungsdickicht. Mittelstand und „neue Selbständigkeit“ als Innovationskräfte im Strukturwandel?
 Kongress Innsbruck 1998 · Köln 1998 – vergriffen – Band 52

Reinhard Mohn

Auf dem Wege vom Obrigkeitsstaat zur Bürgergesellschaft

Elisabeth Noelle-Neumann

Zauber der Freiheit

Hanns Martin Schleyer-Preise 1998 und 1999, Stuttgart

Köln 1999 – vergriffen –

Band 53

Rupert Scholz (Hrsg.)

Europa als Union des Rechts –

eine notwendige Zwischenbilanz im Prozess

der Vertiefung und Erweiterung

Kongress Leipzig 1999 · Köln 1999 – vergriffen –

Band 54

Michael Zöllner (Hrsg.)

Vom Betreuungsstaat zur Bürgergesellschaft –

Kann die Gesellschaft sich selbst regeln und erneuern?

Symposium Köln 2000 · Köln 2000 – vergriffen –

Band 55

Arnulf Melzer und Gerhard Casper (Hrsg.)

Wie gestaltet man Spitzenuniversitäten? –

Antworten auf internationale Herausforderungen

Symposium München 2001 · Köln 2001

Band 56

Paul Kirchhof

Weltweites Handeln und individuelle Verantwortung

Helmuth Rilling

Musik – Brücke zwischen Menschen

Hanns Martin Schleyer-Preise 2000 und 2001, Stuttgart

Köln 2001 – vergriffen –

Band 57

Christian Smekal und Joachim Starbatty (Hrsg.)

Old and New Economy auf dem Weg in eine innovative Symbiose?

Dominanz der Prozesse – Flexibilität der Strukturen –

Konstanz der ökonomischen Grundregeln

Kongress Innsbruck 2001 · Köln 2001 – vergriffen –

Band 58

Jürgen Mlynek (Hrsg.)

Die Zukunft der Hochschulfinanzierung –

qualitäts- und wettbewerbsfördernde Impulse

Symposium Berlin 2002 · Köln 2002

Band 59

- Rupert Scholz (Hrsg.)
**Europa der Bürger? Nach der Euro-Einführung
und vor der EU-Erweiterung – Zwischenbilanz und Perspektiven**
Kongress, Essen 2002 · Köln 2002 – vergriffen – Band 60
- Joachim Fest,
Geschichte und Geschichtsschreibung
Hans Peter Stihl
**Die Verantwortung von Wirtschaftsverbänden
in einem freiheitlich verfassten Staat**
Hanns Martin Schleyer-Preise 2002 und 2003, Stuttgart · Köln 2003 – vergriffen – Band 61
- Arnulf Melzer (Hrsg.)
Gesundheit fördern – Krankheit heilen
**Neue Wege im Zusammenwirken von
Naturwissenschaft – Medizin – Technik**
Kongress, München 2003 · Köln 2003 – vergriffen – Band 62
- Jürgen Mlynek (Hrsg.)
„Und sie bewegt sich doch!“
**Universität heute: Zwischen Bewährtem und Veränderungsdruck –
Finanznot und Wettbewerb als Chancen für Innovation?**
Symposium, Berlin 2004 · Köln 2004 Band 63
- Tassilo Küpper (Hrsg.)
**Demographischer Wandel als Innovationsquelle für
Wirtschaft und Gesellschaft**
Forum, Köln 2004 · Köln 2004 – vergriffen – Band 64
- Bernd Huber (Hrsg.)
**Humboldt neu denken – Qualität und Effizienz der ‚neuen‘ Universitas:
Notwendigkeiten, Wege und Grenzen der Profilierung im Spiegel
nationaler und internationaler Herausforderungen**
Symposium, München 2005 · Köln 2005 Band 65
- Meinhard Miegel
Wachstum, Wohlstand, Beschäftigung – ein Gleichklang?
Hubert Markl
Freiheit und Verantwortung
Hanns Martin Schleyer-Preise 2004 und 2005, Stuttgart · Köln 2005 Band 66

- Ulrich Blum und Joachim Starbatty (Hrsg.)
Globale Wirtschaft – nationale Verantwortung:
Wege aus dem Druckkessel
 Kongress, Berlin 2005 · Köln 2005 – vergriffen – Band 67
- Horst Michna, Peter Oberender, Joachim Schultze und Jürgen Wolf (Hrsg.)
 „... und ein langes gesundes Leben“ – Prävention auf dem Prüfstand:
Wieviel organisierte Gesundheit – wieviel Eigenverantwortung?
 Kongress, Köln 2006 · Köln 2006 Band 68
- Herrmann Lübke
Gemeinwohl und Bürgerinteressen. Über die abnehmende
politische Repräsentanz des Common Sense.
 Friedwart Bruckhaus Förderpreise – Forum Berlin 2006 · Köln 2007 Band 69
- Dr. Klaus von Dohnanyi
Vielfalt oder Gleichheit? – Zur politischen Kultur Deutschlands
 Günter de Bruyn
Über erträumte und gelebte Freiheit
 Hanns Martin Schleyer-Preise 2006 und 2007, Stuttgart · Köln 2007 Band 70
- Dieter Lenzen (Hrsg.)
Going Global: Die Universitäten vor neuen nationalen
und internationalen Herausforderungen
 Symposium, Berlin 2007 · Köln 2007 Band 71
- Wolfgang Bruncken und Barbara Frenz (Hrsg.)
Die Freiheit ist stärker – Bleibende Verantwortung für Staat und Bürger
 Gedenkveranstaltung, Berlin 2007 · Köln 2008 Band 72
- Axel Freimuth (Hrsg.)
Bildung ohne Grenzen – Die Zukunftsfähigkeit Deutschlands
in der Globalisierung
 Forum, Köln 2007 · Köln 2008 – vergriffen – Band 73
- Clemens Fuest, Martin Nettesheim und Rupert Scholz (Hrsg.)
Lissabon-Vertrag: Sind die Weichen richtig gestellt? – Recht und Politik
der Europäischen Union als Voraussetzung für wirtschaftliche Dynamik
 Kongress, Berlin 2008 · Köln 2008 – vergriffen – Band 74

- Wolfgang A. Herrmann
**Wissenschaft „Made in Germany“ – Zehn Jahre Hochschulreformen:
 Wie die deutschen Universitäten ihre Zukunft gestalten**
 Symposium, München 2009 · Köln 2009 Band 75
- Joachim Milberg
Vertrauen und Zukunft – Zum Innovationsklima in Deutschland
 Helmut Kohl
Ich habe einen Freund verloren
 Hanns Martin Schleyer-Preise 2008 und 2009, Stuttgart · Köln 2009 Band 76
- Christian Calliess und Karl-Heinz Paqué (Hrsg.)
**Deutschland in der Europäischen Union im kommenden Jahrzehnt –
 Kreativität und Innovationskraft: Neue Impulse für Staat,
 Markt und Zivilgesellschaft**
 Kongress, Dresden 2010 · Köln 2010 Band 77
- Wolfgang A. Herrmann (Hrsg.)
**Talente entdecken – Talente fördern:
 Bildung und Ausbildung an den Hochschulen in Deutschland**
 Symposium, München 2011 · Köln 2011 – vergriffen – Band 78
- Jean-Claude Juncker
Wir brauchen Europa
 Jürgen F. Strube
Das Geheimnis der Freiheit ist der Mut
 Hanns Martin Schleyer-Preise 2010 und 2011, Stuttgart · Köln 2011 – vergriffen – Band 79
- Karl Max Einhäupl (Hrsg.)
Chancen und Grenzen (in) der Medizin
 Kongress, Berlin 2011 · Köln 2012 Band 80
- Bernd Huber und Jürgen Mlynek (Hrsg.)
**Strategische Partnerschaften in der deutschen Wissenschaftslandschaft:
 Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Universitäten und
 außeruniversitären Forschungseinrichtungen**
 Symposium, Berlin 2012 · Köln 2012 Band 81

- Gunther Schnabl und Rupert Scholz (Hrsg.)
Aufgeschlossen für Wandel – verankert in gemeinsamen Grundwerten:
Demokratie und Wirtschaft in Deutschland und in der Europäischen Union
 Kongress, Leipzig 2012 • Köln 2013 Band 82
- Helmut Schmidt
Gewissensentscheidung im Konflikt
 Helmut Maucher
Aktuelle und zukünftige Herausforderungen für die
Unternehmensführung
 Hanns Martin Schleyer-Preise 2012 und 2013, Stuttgart • Köln 2013 Band 83
- Werner Müller-Esterl (Hrsg.)
Die autonome Universität – ein Erfolgsmodell?
 Symposium, Frankfurt am Main 2013 • Köln 2014 Band 84
- Bernhard Eitel und Jürgen Mlynek (Hrsg.)
Führen(d) in der Wissenschaft –
Sind Erfolge in der Wissenschaft auch eine Frage von Führung?
 Symposium, Berlin 2014 • Berlin 2014 Band 85
- Marianne Birthler
Von Deutschland nach Deutschland: Das letzte Jahr der DDR
 Udo Di Fabio
Wankender Westen – Über die Grundlagen der freien Gesellschaft
 Hanns Martin Schleyer-Preise 2014 und 2015, Stuttgart • Berlin 2015 Band 86
- Bernd Huber (Hrsg.)
Die Universität der Zukunft
 Symposium, München 2015 • Berlin 2016 Band 87
- Karl Max Einhäupl (Hrsg.)
Medizin 4.0 – Zur Zukunft der Medizin in der digitalisierten Welt
 Kongress, Berlin 2016 • Berlin 2017 Band 88
- Wolfgang A. Herrmann (Hrsg.)
Wissenschaft als Beruf und Berufung
 Symposium, Berlin 2017 • Berlin 2017 Band 89

Wolfgang Schäuble

Die offene Gesellschaft und ihre Freunde

Nicola Leibinger-Kammüller

Wirtschaft und Gesellschaft. Eine Momentaufnahme

Hanns Martin Schleyer-Preise 2016 und 2017, Stuttgart • Berlin 2017

Band 90

Barbara Frenz (Hrsg.)

Aus Anlass des 40. Todestages von Hanns Martin Schleyer

zum Gedenken und Nachdenken:

**Die Freiheit verteidigen, die Demokratie stärken –
eine bleibende Herausforderung**

Gedenkveranstaltung gemeinsam mit dem Bundespräsidenten,

Schloss Bellevue, Berlin 2017 • Berlin 2018

Band 91

Barbara Frenz, Peter M. Huber, Andreas Rödter (Hrsg.)

**Die Freiheit verteidigen, die Demokratie stärken –
eine bleibende Herausforderung**

Gedenksymposium, Berlin 2017 • Berlin 2018

Band 92

Clemens Fuest (Hrsg.)

**Europa neu (er)finden im digitalen Zeitalter? –
Freiheit, Wohlstand und europäische Integration**

Kongress, Berlin 2019 • Berlin 2019

Band 93

Barbara Frenz, Joybrato Mukherjee, Werner Seeger, Wolfgang Weidner (Hrsg.)

Hochschulmedizin auf dem Prüfstand

Symposium, Berlin 2019 • Berlin 2020

Band 94



HANNS MARTIN
SCHLEYER-STIFTUNG
FREIHEIT · DEMOKRATIE · SOZIALE MARKTWIRTSCHAFT

ISBN: 978-3-947526-01-7