

Bochum 19 04 2024

Stellungnahme zum  
Konzept für den Aufbau  
der **Medizinischen**  
**Universität Lausitz – Carl**  
**Thiem**

## **IMPRESSUM**

Stellungnahme zum Konzept für den Aufbau der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem

### **Herausgeber**

Wissenschaftsrat  
Scheidtweilerstraße 4  
50933 Köln  
[www.wissenschaftsrat.de](http://www.wissenschaftsrat.de)  
[post@wissenschaftsrat.de](mailto:post@wissenschaftsrat.de)

**Drucksachenummer:** 1873-24

**DOI:** <https://doi.org/10.57674/dh20-k094>

**Lizenzhinweis:** Diese Publikation wird unter der Lizenz Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0) veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>.



### **Veröffentlicht**

Köln, April 2024

## INHALT

---

<b>Vorbemerkung</b>	<b>5</b>
<b>Kurzfassung</b>	<b>8</b>
<b>A. Kenngrößen</b>	<b>12</b>
<b>B. Stellungnahme und Empfehlungen</b>	<b>16</b>
<b>B.I Zu Zielen und Rahmenbedingungen</b>	<b>17</b>
<b>B.II Zu geplanten Leitungsstrukturen und Organisation</b>	<b>18</b>
<b>B.III Zu Forschungsausrichtung und Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen</b>	<b>21</b>
<b>B.IV Zu Studium und Lehre</b>	<b>23</b>
<b>B.V Zu Digitalisierung</b>	<b>25</b>
<b>B.VI Zu Krankenversorgung</b>	<b>26</b>
<b>B.VII Zu Personal</b>	<b>27</b>
VII.1 Zu Personalplanungen und Berufungen in der Start- und Gründungsphase	27
VII.2 Zur weiteren Berufungs- und Personalplanung	29
<b>B.VIII Zu Infrastrukturen</b>	<b>30</b>
<b>B.IX Zum Finanziellen Rahmen</b>	<b>32</b>
<b>C. Wissenschaftspolitisches Votum</b>	<b>34</b>
<b>Anlage: Bewertungsbericht zum Konzept für den Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus</b>	<b>37</b>



---

# Vorbemerkung

Mit Schreiben vom 16. Oktober 2022 wurde der Wissenschaftsrat seitens der Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg gebeten, das Konzept für den Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus (IUC) zu evaluieren.

Der Wissenschaftsrat wurde um Stellungnahme zur Tragfähigkeit des Konzepts für die Gründung der ersten staatlichen Universitätsmedizin im Land Brandenburg gebeten. Das Konzept zum IUC sollte insbesondere hinsichtlich seines Potenzials geprüft werden, eine überregionale Bedeutung für die Hochschul- und Wissenschaftslandschaft in Deutschland und darüber hinaus zu erlangen. Ebenfalls wurde der Wissenschaftsrat um Einschätzung der Entwicklungsperspektive der Universitätsmedizin vor dem Hintergrund der im Konzept vorgestellten Organisationsstruktur des IUC gebeten. Darüber hinaus sollte eine Einordnung des IUC in die bestehende Wissenschaftslandschaft in Brandenburg vorgenommen werden.

Am 27. Januar 2023 hat der Wissenschaftsrat die Begutachtung des Konzepts für den Aufbau des IUC in sein Arbeitsprogramm aufgenommen und den Medizin-ausschuss darum gebeten, eine Bewertungsgruppe einzusetzen. Die Bewertungsgruppe hat auf Grundlage des Vor-Ort-Besuchs am Standort Cottbus im September 2023 sowie des fragebogenbasierten Selbstberichts des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg (MWFK) einen Bewertungsbericht erarbeitet. Die Bewertung erfolgte in einem zweistufigen Verfahren auf Basis des Leitfadens der Evaluation universitätsmedizinischer Einrichtungen des Wissenschaftsrats. |<sup>1</sup> Der Bewertungsbericht ist entsprechend des Evaluationsleitfadens im weiteren Verfahren nicht mehr veränderbar.

Ebenfalls hat das Land Brandenburg den Wissenschaftsrat mit Schreiben vom 21. Dezember 2021 um eine Begutachtung seines Hochschulsystems gebeten. Der Wissenschaftsrat hat in einem gesonderten Verfahren eine Bewertung des

|<sup>1</sup> Vgl. Wissenschaftsrat (2018): Leitfaden der Evaluation universitätsmedizinischer Einrichtungen; Berlin. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/6867-18.html>, zuletzt abgerufen am 18.03.2024.

6 Hochschulsystems vorgenommen und im Januar 2024 eine Stellungnahme abgegeben. |<sup>2</sup>

In der Arbeitsgruppe für die Begutachtung des Konzepts für den Aufbau des IUC haben Sachverständige mitgewirkt, die nicht Mitglieder des Wissenschaftsrats sind. Ihnen ist der Wissenschaftsrat zu besonderem Dank verpflichtet.

Die geplante Universitätsmedizin Lausitz wird mit Gründung zum 01.07.2024 den Namen „Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem“ tragen. Die Umbenennung des IUC ist Ergebnis einer Abstimmung der Beschäftigten des Carl-Thiem-Klinikums (CTK) als zukünftigem Universitätsklinikum und Digitalen Leitkrankenhaus. |<sup>3</sup> Für die Stellungnahme wurde die aktualisierte Benennung der Universitätsmedizin Lausitz entsprechend aufgenommen; bei historischem Bezug zum IUC wird die vorgängige Benennung verwendet.

Einen ressortabgestimmten Entwurf des Gesetzes zur Einführung einer staatlichen Universitätsmedizin im Land Brandenburg hat die Landesregierung im März 2024 beraten und abgestimmt. Dabei hat das Land bereits während des laufenden Begutachtungsverfahrens sich abzeichnende wichtige Empfehlungen aufgegriffen und diese in den Gesetzesentwurf für das Universitätsmedizingesetz übernommen. Dies umfasst insbesondere:

- \_ die Klärung, dass der Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung weit zu verstehen ist und die gesamte Versorgungsforschung, einen Großteil der Gesundheitspolitikforschung sowie teilweise auch klinische Forschung und Forschung über den Gesundheitszustand von Bevölkerungen umfasst;
- \_ die Einrichtung einer Findungskommission in der Gründungsphase zur Gewinnung geeigneter Kandidatinnen und Kandidaten und zur Unterstützung der ersten, wegweisenden Berufungen;
- \_ die Verankerung von Digitalisierung im Vorstand der Medizinischen Universität, die das Land durch die Erweiterung des Vorstands um einen Vorstand Digitalisierung, der zugleich die Leitung der Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung übernehmen soll, zu realisieren plant;
- \_ die Aufnahme des Pflegevorstands in den Vorstand, womit das Land der interprofessionellen Ausrichtung der Medizinischen Universität gerecht werden möchte und
- \_ die Weiterentwicklung von Zusammensetzung und Aufgabenbereich des Innovations- und Netzwerkrats.

|<sup>2</sup> Vgl. Wissenschaftsrat (2024): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Hochschulsystems des Landes Brandenburg; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/bwn9-yd06>.

|<sup>3</sup> Vgl. MWFK (14.02.2024): Eigenständige Medizin-Universität in Cottbus soll 'Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem' heißen. URL: <https://mwfk.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/PM%2039%20Medizinische%20Universit%C3%A4t%20Lausitz%20%E2%80%93%20Carl%20Thiem%20.pdf>, zuletzt abgerufen am 18.03.2024.

Aufsetzend auf dem Bewertungsbericht hat der Ausschuss Medizin des Wissenschaftsrats im Februar 2024 eine wissenschaftspolitische Stellungnahme zum Konzept für den Aufbau der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem erarbeitet. Der Wissenschaftsrat hat die „Stellungnahme zum Konzept für den Aufbau der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem“ am 19. April 2024 in Bochum beraten und verabschiedet.

---

# Kurzfassung

Der Wissenschaftsrat hat auf Bitte des Landes Brandenburg das Konzept für den Aufbau der geplanten „Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem“ (ursprünglich Innovationszentrum Universitätsmedizin Cottbus - IUC) begutachtet. Mit der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem soll am 1. Juli 2024 am Standort Cottbus die erste staatliche Universitätsmedizin in Brandenburg entstehen. |<sup>4</sup> Dafür plant das Land die Errichtung einer eigenständigen Medizinischen Universität sowie den Ausbau des derzeit städtischen Carl-Thiem-Klinikums zum Universitätsklinikum und Digitalen Leitkrankenhaus. Das CTK soll im Zuge der Gründung der Universitätsmedizin in Landesträgerschaft überführt werden. Für den Auf- und Ausbau der Universitätsmedizin werden Bundesmittel im Rahmen des Strukturstärkungsgesetzes Kohleregionen |<sup>5</sup> und Landesmittel bereitgestellt.

Der Wissenschaftsrat würdigt ausdrücklich, dass das Land mit den beiden Forschungsschwerpunkten Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens auf die Besonderheiten der Region Bezug nimmt und somit zu einer verbesserten medizinischen Versorgung auf höchstem wissenschaftlichen Niveau sowie zur Steigerung der Attraktivität der Region für Studierende und Fachkräfte beitragen möchte. Mit dem Aufbau einer Universitätsmedizin am Standort Cottbus reagiert das Land auf die Herausforderungen und Chancen, die der Transformationsprozess mit dem Ausstieg aus dem Kohleabbau mit sich bringt.

Das Land hat mit der Bauplanung, Rekrutierungen im Bereich IT und der Anbahnung von Kooperationen aus Sicht des Wissenschaftsrats bereits wichtige Weichen gestellt. Die finanziellen sowie strukturellen Herausforderungen, die der Aufbau einer Universitätsmedizin mit sich bringt, kann das Land aber nur

| <sup>4</sup> Die Umbenennung des IUC ist Ergebnis einer Abstimmung der Beschäftigten des Carl-Thiem-Klinikums als zukünftigem Universitätsklinikum und Digitalen Leitkrankenhaus. Vgl. Vgl. MWFK (14.02.2024): Eigenständige Medizin-Universität in Cottbus soll 'Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem' heißen. URL: <https://mwfk.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/PM%2039%20Medizinische%20Universit%C3%A4t%20Lausitz%20E2%80%93%20Carl%20Thiem%20.pdf>, zuletzt abgerufen am 18.03.2024. Für die Stellungnahme wurde die aktualisierte Benennung der Universitätsmedizin Lausitz entsprechend aufgenommen; bei historischem Bezug zum IUC wird die vorgängige Benennung verwendet.

| <sup>5</sup> Finanzhilfen an die Länder nach Art. 104b GG für Investitionen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Infrastruktur sowie Maßnahmen in der Zuständigkeit des Bundes gemäß Kapitel 3 und 4 Investitionsgesetz Kohleregionen.

erfolgreich bewältigen, wenn zugleich die landesweite Versorgungslandschaft berücksichtigt wird und der Standortausbau nicht zu Lasten der weiteren Hochschulen im Land geht. Ebenfalls sollte das Land frühzeitig die Ausbildung leistungsfähiger universitätsmedizinischer Strukturen am Standort prüfen, um finanzielle Förderwege nach Auslaufen der Bundesförderung nach 2038 zu generieren.

Für die **nächsten Schritte** auf dem Weg zur ersten staatlichen Universitätsmedizin in Brandenburg empfiehlt der Wissenschaftsrat folgendes:

- \_ **Prägende Elemente des Konzepts** sind die **digitale Anbindung der „Modellregion Gesundheit Lausitz“** |<sup>6</sup> an die Medizinische Universität sowie die enge Kooperation mit Netzwerkpartnern in Lehre, Forschung und Krankenversorgung, um Versorgungsdaten aus der Region an die Universitätsmedizin zu senden, die dort aufbereitet und ausgewertet werden. Zugleich soll die Region mit Wissen, Transfer sowie Fortbildungs- und Versorgungsangeboten aus der Medizinischen Universität versorgt werden. Deshalb müssen Forschung, Versorgung und Digitalisierung sowie die zugehörigen **Konzepte eng aufeinander bezogen** werden. Hierfür empfiehlt der Wissenschaftsrat, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler am CTK stärker als bisher in die Konzeptausgestaltung einzubeziehen sowie den Austausch mit Netzwerkpartnern frühzeitig zu intensivieren.
- \_ Vor allem im anstehenden Aufbau- und Ausbauprozess, aber auch darüber hinaus, ist eine **enge Kooperation** mit der **Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg (BTUCS)** empfehlenswert, weshalb die beiden Institutionen eine privilegierte Partnerschaft prüfen sollten. Insbesondere die geplante interprofessionelle Lehre und interprofessionelle Versorgung an der Medizinischen Universität kann von einer engen Kooperation zu den Studiengängen der Gesundheitswissenschaften der BTUCS profitieren.
- \_ Für die **Digitalisierung** von Medizinischer Universität mit integriertem Universitätsklinikum und der Modellregion sind die einzelnen **IT-Konzepte zusammenzuführen und zu konkretisieren**. Der rasche Ausbau der Digitalisierung der Modellregion ist Voraussetzung für das Gelingen des Konzepts und muss landesseitig Priorität genießen.

| <sup>6</sup> Der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien der laufenden Legislaturperiode (2019–2024) sieht die Entwicklung der „Modellregion Gesundheit Lausitz“ vor, die sich über vier Landkreise der Region Lausitz sowie die kreisfreie Stadt Cottbus erstreckt. Die Modellregion Gesundheit Lausitz umfasst den Aufbau einer Universitätsmedizin in Cottbus, den Ausbau des Carl-Thiem-Klinikums CTK in Cottbus zu einem Universitätsklinikum als Digitalem Leitkrankenhaus sowie die Einrichtung eines digitalen Gesundheitsnetzwerks, um neue Versorgungsmodelle in der Region datenbasiert zu erproben. Die Modellregion soll durch einen Innovations- und Netzwerkrat als Gremium institutionell an die Medizinische Universität angebunden sein. Durch den Aufbau eines digitalisierten Netzwerks der regionalen Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung sowie den Ausbau des CTK zu einem Digitalen Leitkrankenhaus soll die infrastrukturelle Anbindung der Modellregion realisiert werden.

- \_ Vor dem Hintergrund der zentralen Leitlinien des Forschungskonzepts für die Medizinische Universität empfiehlt der Wissenschaftsrat, gemeinsam mit der Stadt Cottbus und dem regionalen Netzwerk ein **sektorenübergreifendes Gesundheitskonzept** für die Modellregion mit zentraler Rolle der Medizinischen Universität zu entwickeln. Auch würde dies den **Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung** um die Versorgungskomponente positiv anreichern und stärken. Für den **Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens** rät der Wissenschaftsrat ebenfalls zu einer raschen Weiterentwicklung, wobei eine Offenheit für Ansätze von Big Data und KI sowie die Klärung der Finanzierung von Forschung mit Versorgungsdaten erforderlich ist.
- \_ Auch im **Lehrkonzept** müssen die sich bislang nur ansatzweise abzeichnenden Besonderheiten ausgearbeitet und zügig die interprofessionelle Lehre in Kooperation mit der BTUCS präzisiert und konkretisiert werden. Damit der geplante Start des Studienbetriebs zum Wintersemester 2026/27 erfolgen kann, ist es aus Sicht des Wissenschaftsrats unumgänglich, die vom Land aufgestellten **Meilensteine** einzuhalten sowie die Empfehlungen des Wissenschaftsrats, etwa die zügige und prioritäre Besetzung der für die strategische und thematische Ausrichtung ebenfalls bereits zum Studienstart erforderlichen Professuren zu berücksichtigen. Mit Blick auf die **Personalplanung** sind insbesondere die ersten Professuren klug zu besetzen, um die Strahlkraft des Standorts zu erhöhen. Das Land sollte die geplante Anzahl von **insgesamt 80 Professuren** überprüfen und ggf. erhöhen.
- \_ Der Plan des Landes, die Universitätsmedizin Lausitz als eigenständige Medizinische Universität zu gründen, geht mit spezifischen Anforderungen an die **Governance** einher. Der Wissenschaftsrat rät, diese in zentralen Punkten anzupassen. Insbesondere sollte die Zusammensetzung des **Wissenschaftssenats** offener, d. h. ohne die partielle Beschränkung auf die Forschungsschwerpunkte, gestaltet werden als im derzeitigen Entwicklungsstand vorgesehen.
- \_ Für die geplante **Überführung des Carl-Thiem-Klinikums in Landesträgerschaft** muss das Land die strukturellen Herausforderungen meistern, die mit einem Trägerwechsel und dem Ausbau zu einem Universitätsklinikum einhergehen. Der Wissenschaftsrat erkennt in diesem Zusammenhang positiv an, dass das CTK derzeit in finanzieller wie personeller Hinsicht gut aufgestellt ist. Gleichwohl dürfen die Risiken und Unwägbarkeiten im Zuge der Überführung nicht unterschätzt werden. Aus Sicht des Wissenschaftsrats muss das CTK als künftiges Universitätsklinikum insbesondere ein wissenschaftliches Profil auf universitärem Niveau ausbilden. Es sollte außerdem Ziele für die universitäre Krankenversorgung im Austausch mit der Region definieren, wofür sodann geeignete Maßnahmen für Personal, Klinikstrukturen und Infrastrukturen erstellt werden müssen. Dieser Transformationsprozess muss sich deutlich im

Medizinkonzept sowie in der Berufungsstrategie widerspiegeln. Hierfür sollte das CTK stärker in die Ausarbeitung des Medizinkonzepts **einbezogen** werden.

- \_ Hohe Priorität hat aus Sicht des Wissenschaftsrats der **infrastrukturelle Aufbau**, für den rasch eine Detailplanung ausgearbeitet werden muss. Die bisher erfolgten Maßnahmen sowie die Planung des Landes, mit Gründung der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem dieser die Bauherreneigenschaft zu übertragen, sind zu begrüßen. Da erste Baukörper für die Lehre frühestens 2028 fertiggestellt sein werden, sind die landesseitig geplanten Interimslösungen mit dem CTK und der BTUCS unbedingt und unter Berücksichtigung der Raumplanung am CTK zu erweitern.

---

# A. Kenngrößen

Mit der geplanten Gründung der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (vorher Innovationszentrum Universitätsmedizin Cottbus) wird die erste staatliche Universitätsmedizin im Land Brandenburg errichtet. Hierfür hat das Land im September 2020 eine Expertenkommission eingesetzt, die im Juni 2021 Empfehlungen zu Eckpunkten und Schwerpunktsetzungen der Gründung vorlegte. Seitdem wurden die Empfehlungen der Expertenkommission in verschiedenen Arbeitsgruppen konkretisiert und weiterentwickelt. Der Beschluss der Landesregierung zum Aufbau einer eigenständigen Medizinischen Universität in Cottbus im März 2023 erfolgte vor dem Hintergrund des Transformationsprozesses der Lausitz aufgrund des Ausstiegs aus dem Kohleabbau bis spätestens 2038 und wurde unter den Vorbehalt einer positiven Einschätzung des Konzepts durch den Wissenschaftsrat gestellt. Auch der Aufbau der Modellregion Gesundheit Lausitz soll im Rahmen des Lausitzprogramms 2038 |<sup>7</sup> sowie des Strukturstärkungsgesetzes Kohleregionen (StStG) vollzogen werden. Die Modellregion soll durch einen Innovations- und Netzwerkrat als Gremium institutionell an die Medizinische Universität angebunden sein. Die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem soll aus der Medizinischen Universität mit integrierter Universitätsklinik bestehen. Das CTK, derzeit in städtischer Trägerschaft der Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH, soll hierfür als zukünftiges Universitätsklinikum in Form einer Körperschaft des öffentlichen Rechts (KdöR) am 01. Juli 2024 in Landsträgerschaft übergehen und zum Digitalen Leitkrankenhaus ausgebaut werden. |<sup>8</sup> Die rechtlichen Grundlagen zur Errichtung und Ausgestaltung der Governance-Struktur der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem sollen im Universitätsmedizingesetz Brandenburg geregelt werden, das spätestens im Juni 2024 vom Parlament verabschiedet werden soll.

Die Medizinische Universität mit dem integrierten Universitätsklinikum soll zur Erfüllung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre eng mit den Netzwerk-

|<sup>7</sup> Vgl. Staatskanzlei Lausitz (2020): Das Lausitzprogramm 2038. Prozesspapier zum Aufbau von Entscheidungs- und Begleitstrukturen im Transformationsprozess URL: [https://lausitz-brandenburg.de/wp-content/uploads/2020/09/Lausitzprogramm-2038\\_20200914.pdf](https://lausitz-brandenburg.de/wp-content/uploads/2020/09/Lausitzprogramm-2038_20200914.pdf), zuletzt abgerufen am 18.03.2024.

|<sup>8</sup> Vgl. Cottbuser Stadtverordnetenversammlung (21.12.2023): Grundlagenvereinbarung zum Übergang des Krankenhausbetriebes der Carl-Thiem-Klinikum gGmbH. URL: <https://www.cottbus.de/oparl/paper.pl?id=4061> sowie Stadt Cottbus (20.12.2023): Grünes Licht für Milliarden-Investition rund um das Cottbuser Carl-Thiem-Klinikum. URL: <https://mwfk.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/PM%20554%20Innovationszentrum%20Universit%C3%A4tsmedizin%20Cottbus.pdf>, beides zuletzt abgerufen am 18.03.2024.

partnern (besonders Forschungs- und Lehrpraxen) der Region zusammenarbeiten. Diese Kooperationen sollen durch bilaterale Verträge geregelt werden. Zu den Besonderheiten des Gründungskonzepts der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem gehört die enge Kooperation in Lehre, Forschung und Krankenversorgung mit der Region. Vorgesehen ist, dass die unterschiedlichen Versorgungsakteure der Modellregion miteinander digital vernetzt werden und untereinander kooperieren, sodass Versorgungsdaten aus der Region an die Medizinische Universität Lausitz gesendet, dort aufbereitet und ausgewertet werden und die Region zugleich mit Wissen, Transfer sowie Fortbildungs- und Versorgungsangeboten aus der Medizinischen Universität versorgt wird.

Das wissenschaftliche Profil der Medizinischen Universität soll durch die beiden Forschungsschwerpunkte Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens an der Schnittstelle von Versorgung, Wissenschaftssystem und Gesundheitssystem bestimmt werden. Die fachliche Breite der beiden Forschungsschwerpunkte soll sich in den geplanten fünf Departments als dezentrale wissenschaftliche Organisationseinheiten widerspiegeln. Durch die interprofessionelle und interdisziplinäre Ausrichtung der zwei Forschungsschwerpunkte sollen vielfältige Anknüpfungspunkte zu klinischen Disziplinen entstehen, weshalb auch die gezielte Besetzung klinischer Professuren etwa in der Allgemeinmedizin, Geburtshilfe und Geriatrie mit Schwerpunkten in der Gesundheitssystemforschung bzw. Digitalisierung des Gesundheitswesens angedacht ist. Weiterhin sollen im Medizinkonzept die Versorgungsschwerpunkte am Universitätsklinikum mit den Forschungsschwerpunkten an den Departments der Medizinischen Universität abgestimmt und eine Entwicklungsplanung aufgestellt werden. Die Erarbeitung einer Strategie für Transfer und Translation soll die Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung nach Gründung der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem übernehmen.

An der Medizinischen Universität soll die Ausbildung im Studiengang Humanmedizin mit Abschluss Staatsexamen ab dem Wintersemester 2026/27 und für 72 Studierende p. a. im ersten und zweiten Jahrgang angeboten werden. Die Lehre im Studiengang Humanmedizin soll ausgerichtet werden an den curricularen Planungsprinzipien Patientenzentrierung und Kompetenzausbau für die interprofessionelle Versorgung sowie an den Schwerpunkten Allgemeinmedizin/primärärztliche Versorgung, Gesundheit und Krankheit über die Lebensspanne, Digitale Medizin, Prävention sowie Public & Global Health. Das Land Brandenburg plant eine stufenweise Erhöhung der Medizinstudienplätze in Cottbus, sodass ab dem Studienjahr 2035 pro Studienjahr 165 Studierende das Studium der Humanmedizin aufnehmen werden. Die angehenden Medizinerinnen und Mediziner sollen möglichst früh im Studienverlauf in Kontakt mit der Region treten, um langfristige Bindungen an die Region herzustellen und den Verbleib in der Region nach Studienabschluss zu fördern und zu verstärken. Die hierfür erforderliche intensive Zusammenarbeit der Medizinischen Universität mit Forschungs- und Lehrpraxen der Region hat das Land durch den Abschluss

von circa 40 Letters of Intent mit Kooperationspraxen sowie Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und weiteren Einrichtungen der Region bereits angeschoben; u. a. auch mit der BTUCS, die gerade auch zu Studienbeginn die Medizinische Universität in Lehre und Forschung unterstützen soll. Ein öffentlich-rechtlicher Kooperationsvertrag der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem und der BTUCS soll rechtzeitig vor dem geplanten Studienbeginn abgeschlossen werden.

An der Medizinischen Universität sollen außerdem frühestens ab dem Wintersemester 2028/29 die beiden Master (MA)-Studiengänge Advanced Nursing Practice und Gesundheitssystemwissenschaften mit jeweils 30 Studienplätzen pro Jahrgang sowie der MA-Studiengang Medical Data Science mit 40 Studienplätzen pro Jahrgang angeboten werden.

Im Jahr 2022 verfügte das CTK über circa 1.200 Planbetten und wies 33.158 Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung vor; der CMI lag bei 1,0. Die CTK gGmbH verzeichnete im Jahr 2021 Erlöse aus Krankenhausleistungen in Höhe von 219,8 Mio. Euro. Die Eigenkapitalquote der CTK gGmbH lag im Zeitraum von 2016 bis 2021 zwischen 46,5 % und 49,1 %; die Investitionsquote lag im Jahr 2021 bei 13,64 %.

Die Universitätsmedizin Lausitz soll im Endausbau über einen Personalkorpus von circa 4.424 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) verfügen. Hierfür soll das Bestandspersonal am CTK im Umfang von circa 2.180 VZÄ um circa 1.244 VZÄ für Aufgaben in Forschung und Lehre an der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem erweitert werden. Am Standort sollen im Jahr 2035 im Vollausbau 80 Professorinnen und Professoren beschäftigt sein, darunter 20 Professorinnen und Professoren in den geplanten Forschungsschwerpunkten und 52 klinische Professuren sowie 8 grundlagenwissenschaftliche Professuren. In den geplanten Forschungsschwerpunkten sollen 18 der 20 Professuren qua Open Rank- bzw. Open Topic-Verfahren besetzt werden. Das wissenschaftliche Personal soll im Vollausbau im Jahr 2035 auf 320 VZÄ ärztliches und nichtärztliches Personal sowie 68 VZÄ Promovierende bzw. 97 Stellen für wissenschaftliches Personal mit Stellen im Umfang von 0,7 VZÄ, finanziert aus Haushaltsmitteln und Projektförderung des Bundes, und circa 200 VZÄ drittmittelfinanziertes wissenschaftliches Personal aufgewachsen sein. Für wissenschaftsunterstützendes Personal und Verwaltungspersonal sind 656 VZÄ vorgesehen.

Insgesamt rechnet das Land mit 33.720 m<sup>2</sup> Flächenbedarf, darunter 20.412 m<sup>2</sup> für Forschungsgebäude und 3.642 m<sup>2</sup> für Lehrgebäude. Die Gesamtkosten für Bau und Ersteinrichtung schätzt das Land auf circa 540 Mio. Euro (siehe Übersicht 2 in der Anlage). Da erste Baukörper mit Laboren für die Lehre frühestens im Jahr 2028 an der Medizinischen Universität zur Verfügung stehen, hat das Land Interimsflächen sichergestellt und zusätzlich die Anmietung von circa 1.200 m<sup>2</sup> Büroflächen geplant. Für den Ausbau des CTK zu einem Digitalen Leitkrankenhaus soll die IT-Infrastruktur des Universitätsklinikums bis 2038

ausgebaut und auf EMRAM-Stufe 7, den höchstmöglichen Digitalisierungsgrad in Krankenhäusern, gehoben werden (siehe D.VIII.2.c). Hierfür rechnet das Land mit 176 Mio. Euro inklusive 15 % Planungsreserve. Für den Aufbau digitaler Infrastrukturen zur regionalen Vernetzung der Versorgungsakteure in der Modellregion sind 115 Mio. Euro inklusive 15 % Planungsreserve eingeplant.

Die Medizinische Universität – Carl Thiem wird bis 2038 maßgeblich aus Mitteln des Bundes im Rahmen des Strukturstärkungsgesetzes finanziert. Der aktuelle Planungsstand bis 2038 sieht einen Betrag von 831 Mio. Euro inklusive 162 Mio. Euro Planungsreserve Investitionskosten vor, die sich auf 684 Mio. Euro Bundesanteil und 146 Mio. Euro Landesanteil verteilen. Für den Betrieb von Forschung, Lehre und Digitalisierung sind im selben Zeitraum insgesamt 1,47 Mrd. Euro (davon 1,2 Mrd. Euro Bundes- und 271 Mio. Euro Landesanteil) kalkuliert (siehe Abbildung 13 und Abbildung 14 in der Anlage). Für den Betrieb der Medizinischen Universität – Carl Thiem nach 2038 mit Landesmitteln plant das Land nach heutigen Maßstäben circa 160 Mio. Euro p. a. Bei diesen Angaben handelt es sich, so das Land, um Schätzungen gemäß dem heutigen Realwert.

---

## B. Stellungnahme und Empfehlungen

Das Land Brandenburg hat dem Wissenschaftsrat ein Konzept zur Gründung des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus zur Begutachtung und Stellungnahme vorgelegt. Der Wissenschaftsrat würdigt die übergeordnete Entscheidung des Landes, mithilfe der Finanzierungsmittel aus dem Strukturstärkungsgesetz Kohleregionen die erste staatliche Universitätsmedizin in Brandenburg zu gründen. Die Gründung einer staatlichen Universitätsmedizin wurde als Wunsch des Landes bereits im Jahr 2020 in das StStG aufgenommen. Viele Entscheidungen des Landes sind daher mit diesem Ziel bereits getroffen oder vorbereitet worden, an denen der Wissenschaftsrat nicht beteiligt war, auch wenn das Land immer wieder darauf verwiesen hat, dass die positive Stellungnahme des Wissenschaftsrats eine Voraussetzung für die Gründung des IUC im Jahr 2024 sein wird.

Das ursprüngliche Konzept zur Gründung des IUC wurde von einer mit erfahrenen Sachverständigen besetzten Kommission entwickelt und im Juni 2021 vorgestellt. Es greift zahlreiche Empfehlungen des Wissenschaftsrats der vergangenen Jahre auf und kombiniert sie in einer neuartigen und standortspezifischen Weise miteinander. |<sup>9</sup> Seither wird das Konzept vom Land Brandenburg weiterentwickelt. Die Begutachtung des Konzepts zum Aufbau des IUC erfolgt auf Grundlage des weiterentwickelten Konzepts, wobei der Bewertungsbericht den Entwicklungsstand bis November 2023 darstellt. Die vorliegende wissenschaftspolitische Stellungnahme wiederum basiert auf diesem Bewertungsbericht und berücksichtigt bis Februar 2024 erfolgte, wesentliche Entwicklungen sowie den von der Landesregierung vorgelegten Entwurf des Gesetzes zur Einführung einer

|<sup>9</sup> Vgl. u. a. Wissenschaftsrat (2016): Perspektiven der Universitätsmedizin; Köln. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5663-16.html>; Wissenschaftsrat (2016): Stellungnahme zum Neuordnungskonzept der Hochschulregion Lausitz; Potsdam. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5257-16.html>; Wissenschaftsrat (2016): Wissens- und Technologietransfer als Gegenstand institutioneller Strategien; Weimar. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5665-16.html>; Wissenschaftsrat (2017): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung; Köln. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/6413-17.html>; Wissenschaftsrat (2018): Empfehlungen zu Klinischen Studien; Hannover. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7301-18.html>; Wissenschaftsrat (2020): Wissenschaft im Spannungsfeld von Disziplinarität und Interdisziplinarität. Positionspapier; Köln. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2020/8694-20.html>.

staatlichen Universitätsmedizin im Land Brandenburg (Stand 29.01.2024). Auch nimmt die Stellungnahme die zukünftige Bezeichnung Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem auf. Die Begutachtung gestaltet sich dementsprechend als begleitende, den aktuellen Entwicklungsstand bewertende. Die wissenschaftspolitische Stellungnahme gibt Empfehlungen, wie das Konzept sowie die Erfolgsaussichten für die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem unter den geschilderten regionalen Rahmenbedingungen verbessert werden können. Im Übrigen macht sich der Wissenschaftsrat die Ergebnisse des Bewertungsberichts zu Eigen.

## **B.1 ZU ZIELEN UND RAHMENBEDINGUNGEN**

---

Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass das Land die besondere Bedeutung der Einrichtung einer Universitätsmedizin am Standort Cottbus ressortübergreifend anerkennt und bestärkt das Land darin, den Aufbau zügig voranzubringen. Gleichwohl steht das Land beim Aufbau der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem vor verschiedenen Herausforderungen, die umsichtig und rasch bewältigt werden müssen. Mit Gründung wird die Medizinische Universität inklusive integrierter Universitätsklinik mit Netzwerkpartnern der Region zusammenarbeiten. Eine gemeinsame Vision dieser Akteure, in welcher sich die regionsspezifischen Besonderheiten (alternde Bevölkerung, dünn besiedelte Fläche, Grenzlage und soziale Herausforderungen) für Forschung, Lehre und Krankenversorgung sowie deren Administration und Governance widerspiegeln, ist im bisherigen Konzept nicht zu erkennen, jedoch erforderlich, um eine erfolgreiche und zukunftsfähige Umsetzung des Konzepts sicherzustellen. Darin sollte die Perspektive der Patientinnen und Patienten erkennbar sein und in die Governance geeignet integriert werden.

Auch ist die Ausarbeitung eines **Gesundheitskonzepts** von gesamtgesellschaftlicher Breite für die Modellregion sowie die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem die Chance, sowohl mit Netzwerkpartnern der Region als auch ressortübergreifend intensiver zu kooperieren und die bisher einseitige Krankheitsperspektive im Gesamtkonzept zu ergänzen, um den Fokus auf Gesundheit sowie die vielversprechende Netzwerkidee der Medizinischen Universität zu stärken. Zugleich würde die Ergänzung durch eine Gesundheitsperspektive das geplante Forschungsprofil, insbesondere den Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung, innovativ anreichern. Dies bedeutet dann auch, dass außerhalb der unmittelbaren Krankenversorgung weitere Partner (bspw. Versicherungen, Bildungseinrichtungen, Unternehmen) einbezogen werden. Gleichfalls müssen aus Sicht des Wissenschaftsrats auch im Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens mehr innovative, anschlussfähige Ansätze eingebracht werden, die auch für den Bereich KI offen sind. Die Initiative ist dazu angehalten, weitere **Besonderheiten des Digitalisierungskonzepts** an der Medizinischen Universität auszubilden und dafür auch in verstärkten Austausch

mit der Region zu treten. Digitalisierungsprozesse beschleunigende Maßnahmen sollten von gesetzgebender Seite unterstützt werden, etwa, indem Reallabore gefördert werden. Damit die Errichtung der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem Modellcharakter entwickeln kann, müssen außerdem auf Nachhaltigkeit und Resilienz zielende Maßnahmen das Konzept flankieren.

Die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem wird mit dem Universitätsklinikum als einzigem Maximalversorger und Level 3-Krankenhaus im Land eine vielversprechende Funktion und Rolle in der Region sowie im Land Brandenburg einnehmen. Vor diesem Hintergrund muss das Land dafür Sorge tragen, die Krankenhauslandschaft mit ihren Versorgungsstandorten in enger Abstimmung mit den Versorgungsakteuren und den Kommunen bedarfs- und zukunftsgerichtet weiterzuentwickeln. Überdies bestärkt der Wissenschaftsrat die verantwortlichen Akteure darin, die **Beteiligung der BTUCS im Aufbauprozess** sowie **auch langfristig auf struktureller und konzeptioneller Ebene** zu gewährleisten. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, im Universitätsmedizingesetz die Regelung einer besonderen **privilegierten Partnerschaft** festzuschreiben.

## **B.II ZU GEPLANTEN LEITUNGSSTRUKTUREN UND ORGANISATION**

---

Der Wissenschaftsrat würdigt das Bestreben, den strukturellen Herausforderungen einer Universitätsmedizin mit Netzwerkpartnern durch tragfähige Organisations- und Leitungsstrukturen zu begegnen. Es ist nachvollziehbar, dass das Land nach einem Instrumentarium sucht, das langfristig geeignet ist, die mit guten Gründen gewählte Schwerpunktsetzung in Forschung und Lehre auch langfristig an der Medizinischen Universität abzusichern. Dabei ist ein Spannungsfeld zwischen notwendigerweise zu verwirklichender Forschungsfreiheit und dem Erfordernis, Forschungsfelder sowie -schwerpunkte vorab zu bestimmen, zu berücksichtigen und auszubalancieren. Die bislang hierfür vorgesehene kleinteilige Differenzierung innerhalb der Gremien der Medizinischen Universität ist dafür nicht geeignet. Sie sollte zugunsten einer Steuerung über Ziel- und Leistungsvereinbarungen zwischen Medizinischer Universität Lausitz – Carl Thiem und Land sowie einer angemessenen Governance der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem aufgelöst werden. Der Wissenschaftsrat betont, dass die Entwicklung der Medizinischen Universität und des darin integrierten Universitätsklinikums Hand in Hand gehen müssen. Diese Prozesse sollten zudem mit einer **übergeordneten Strategie** abgestimmt werden, um die universitäre Krankenversorgung auf Forschung und Lehre auszurichten. Auch bei der Besetzung der klinischen Positionen eröffnet sich ein Spannungsfeld. Hier sollte bei der Auswahl von Kandidatinnen und Kandidaten die Balance zwischen Krankenversorgung auf universitätsmedizinischem Niveau und Forschungsprofil diskutiert werden, da die zu erwartenden klinischen Leistungen in den einzelnen Disziplinen häufig (noch) nicht von Forschungsaktivitäten in der intendierten Schwerpunktsetzung begleitet werden. Dafür ist es erforderlich, die Forschungs-

schwerpunkte auch attraktiv für forschungsinteressierte Klinikerinnen und Kliniker zu gestalten. Dabei ist zu beachten, dass insbesondere in interventionellen und operativen Disziplinen Abstriche an der Qualität in der Krankenversorgung bereits kurzfristig sehr negativ ins Gewicht fallen (siehe B.VI).

Für die **Ausgestaltung von Organen und Gremien** der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem sind aus Sicht des Wissenschaftsrats folgende Empfehlungen für den Erfolg der Medizinischen Universität entscheidend und daher unbedingt und zeitnah zu adressieren:

- \_ Die **ersten Berufungen**, in der Gründungs- und Startphase an der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem sind wegweisend und erfordern die Rekrutierung herausragender Kandidatinnen und Kandidaten. Diese sollte insbesondere dann, wenn die finalen Strukturen und Gremien noch nicht etabliert sind, durch **geeignete Maßnahmen** wie etwa die Einrichtung einer Findungskommission, aktive Ansprachen sowie internationale Ausschreibungen unterstützt werden. Der Wissenschaftsrat spricht sich dafür aus, zwei Open Topic-/ Open Rank-Professuren auch schon in der Startphase der Medizinischen Universität im Feld der Forschungsschwerpunkte auszuschreiben.
- \_ Es ist nicht nachvollziehbar, dass gesetzlich vorgeschrieben werden soll, aus welchen Gruppen sich der Wissenschaftssenat zusammensetzen hat. |<sup>10</sup> Diese Maßnahme mutet unangemessen sowie unverhältnismäßig an und steht auch in gewissem Widerspruch zu den geplanten Open Topic- und Open Rank-Ausschreibungen. Sie kann allenfalls für eine Gründungs- und Startphase sinnvoll sein, sollte dann aber abgeschafft werden. Die interne Steuerung der Hochschule sollte stattdessen durch geeignete (auch monetäre) Anreize durch den Wissenschaftlichen Vorstand umgesetzt werden, etwa durch die Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen für Forschende. Das Land sollte dies unterstützen durch klare (nicht zu kleinteilige) Vorgaben in den Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit der Medizinischen Universität und durch entsprechende Fördermaßnahmen.
- \_ Die Regelungen zum **Vorstandsvorsitz** der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem sollten offener ausgestaltet werden; es ist nicht sinnvoll, dass regelhaft der Ärztliche Vorstand den Vorsitz übernimmt. Vielmehr sollte eine Findungskommission Vorschläge zur Besetzung des Vorsitzes des Vorstands erstellen, über die der Aufsichtsrat entscheidet.

| <sup>10</sup> Um die Forschungsschwerpunkte langfristig abzusichern, soll der Wissenschaftssenat mit Blick auf die beiden Statusgruppen Hochschullehrende und wissenschaftliche Mitarbeitende zu jeweils mindestens 50 % aus Mitgliedern der wissenschaftlichen Einrichtungen der Medizinischen Universität bestehen, die sich mit den Forschungsschwerpunkten Gesundheitssystemforschung bzw. Digitalisierung des Gesundheitswesens befassen.

- \_ Bei **Berufungsverfahren für klinisch tätige Personen** sollte wie vorgesehen eine Einvernehmensregelung mit dem Vorstand Krankenversorgung erfolgen, für nicht-klinische Berufungsverfahren reicht eine Benehmensregelung aus.
- \_ Die Verantwortung für die und Gestaltung der **Digitalisierung** muss über die Rolle eines Chief Information Officer (CIO) im Vorstand verankert sein. |<sup>11</sup>
- \_ Die Pflege sollte, wie bereits im Kabinettsentwurf |<sup>12</sup> vorgesehen, **im Vorstand vertreten** sein, um die interprofessionelle Ausrichtung der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem zu unterstreichen und den entsprechend hohen Bedarf an Pflegenden sowie Ärztinnen und Ärzten im Vorstand abzudecken, der zur Steuerung der Medizinischen Universität erforderlich ist.
- \_ Präzisiert und gestärkt werden sollten darüber hinaus Funktion und Rolle des **Innovations- und Netzwerkrats**. Mit Blick auf die nachfolgend skizzierten möglichen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sollte er als Gremium ausgestaltet werden, das dem Vorstand der Medizinischen Universität berichtet und an diesen angegliedert ist. Angesichts der Herausforderungen der Digitalisierung in der Modellregion Gesundheit Lausitz liegt es nahe, dass das Vorstandsmitglied mit dem Verantwortungsbereich Digitalisierung eng einbezogen werden muss. Für den Erfolg der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem ist ein neues innovatives Konzept für Netzwerkarbeit vonnöten. Die Rahmenbedingungen für die Kooperation mit den Lehr- und Forschungspraxen (bspw. Verträge, Vergütung, Personal) zu gestalten und mögliche Anreizstrukturen zu erarbeiten, sollte eine Aufgabe des Rats sein. Sinnvoll wäre es auch, den Innovations- und Netzwerkrat in einer koordinierenden und gestaltenden/konzipierenden Rolle im Sinne der vierten Säule der Universitätsmedizin bei den geplanten Innovations- und Zukunftsaufgaben des künftigen Universitätsklinikums miteinzubeziehen, zumal unterschiedliche Akteure daran beteiligt sein werden. |<sup>13</sup> In der Anbahnung der für diese Aufgabe notwendigen, gesonderten Verträge mit Krankenkassen und weiteren Akteuren der Versorgung könnte der Innovations- und Netzwerkrat ebenfalls eine sinnvolle Rolle übernehmen. Deshalb sollten auch Vertreterinnen und Vertreter aus der Pflege in der Region ebenso wie die Lehr- und Forschungspraxen sowie Patientinnen und Patienten als relevante Stakeholder Teil des Innovations- und

|<sup>11</sup> Vgl. Wissenschaftsrat (2022): Digitalisierung und Datennutzung für Gesundheitsforschung und Versorgung. Positionen und Empfehlungen; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/bxkz-8407>. Das Modell des Chief Information Officer als zentrales Leitungsorgan empfiehlt der Wissenschaftsrat in seinem Papier zu Empfehlungen zur Souveränität und Sicherheit der Wissenschaft im digitalen Raum. Ebendort verweist er darauf, dass eine davon unabhängige Organisationseinheit für die Cybersicherheit erforderlich ist. Vgl. Wissenschaftsrat (2023): Empfehlungen zur Souveränität und Sicherheit der Wissenschaft im digitalen Raum; Köln, S. 35f. DOI: <https://doi.org/10.57674/m6pk-dt95>.

|<sup>12</sup> Gesetzentwurf der Landesregierung: Gesetz zur Einführung einer staatlichen Universitätsmedizin im Land Brandenburg, Bearbeitungsstand 29.01.2024.

|<sup>13</sup> Vgl. Wissenschaftsrat (2021): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem; Köln, S. 66. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.html>.

Netzwerkrats sein. Schließlich böte sich die Chance, über den Innovations- und Netzwerkrat mögliche Forschungsthemen zu generieren bzw. zu konzeptionieren und diese Inhalte in die klinischen Bereiche zu integrieren.

\_ Im **Aufsichtsrat** sollte die **BTUCS als vollwertiges Mitglied** vertreten sein, um dadurch die dringend erforderliche Verschränkung von Medizinischer Universität Lausitz – Carl Thiem und BTUCS sicherzustellen.

\_ Die angestrebte **Kooperationsbeziehung von Medizinischer Universität Lausitz – Carl Thiem und BTUCS** als gleichberechtigte Partner ist insbesondere für die Start- und Gründungsphase der Medizinischen Universität wesentlich und sollte rasch durch einen **Kooperationsvertrag** geregelt werden, in welchem Elemente der Kooperation einschließlich steuer- und tarifrechtlicher Fragen (UStG § 2b) präzisiert sowie **Möglichkeiten zur Einrichtung gemeinsamer Berufungskommissionen** enthalten sind.

### **B.III ZU FORSCHUNGS-AUSRICHTUNG UND FÖRDERUNG VON WISSENSCHAFTLERINNEN UND WISSENSCHAFTLERN IN FRÜHEN KARRIEREPHASEN**

---

Die geplanten Forschungsschwerpunkte **Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens** sind mit **Blick auf regionale sowie überregionale gesellschaftliche und medizinische Entwicklungen** grundsätzlich **zukunftsweisend** und zugleich in der Kombination als alleinige Schwerpunkte eines Universitätsklinikums **neu**. Die Forschung in diesen Schwerpunkten muss international kompetitiv sein und daher den Anspruch haben, eine wichtige und relevante Rolle in der Region und überregional sowie international zu entwickeln. Hierfür muss das bereits vorliegende Forschungskonzept zu den beiden Schwerpunkten weiterentwickelt werden. Gleichzeitig muss aber auch das allenfalls in ersten Ansätzen vorliegende Medizinkonzept auf das Forschungskonzept bezogen und aufgezeigt werden, wie diese ineinandergreifen können und die Zusammenarbeit zwischen Departments und Kliniken gestaltet werden soll. Für den wissenschaftlichen Erfolg der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem sind exzellente Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auch in den Kliniken entscheidend; Forschungsideen aus Klinik und Wissenschaft sollten jeweils angemessen berücksichtigt und bearbeitet werden.

Auch in der Benennung des Forschungsschwerpunkts sollte klargestellt werden, dass zur Gesundheitssystemforschung auch Community Health/Public Health gehört; so beispielsweise auch präventive oder regenerative Medizin. Die Initiative sollte darüber hinaus mit der Stadt Cottbus und dem regionalen Netzwerk ein **sektorenübergreifendes Gesundheitskonzept** entwickeln. Um die vielversprechende Idee umzusetzen, von Beginn an mit der Region zusammenzuarbeiten, ist eine strategische Planung notwendig, die den Aufbau des Netzwerks sowie die erforderlichen Infrastrukturen vorausdenkt und **Lehr- und Forschungspraxen als Netzwerkpartner** frühzeitig in Forschung und Lehre einbindet.

Wichtig sind dabei eine möglichst breite Abdeckung und eine optimale Integration der Lehr- und Forschungspraxen. Die Entwicklung einer eigenen Kohortenstudie könnte für den Schwerpunkt interessant sein, gegebenenfalls in Anknüpfung an das Anfang 2024 gestartete regionale Panel des Robert Koch-Instituts (RKI) in der Lausitz (siehe E.III.2 in der Anlage). Für die Gesundheitssystemforschung konstatiert der Wissenschaftsrat großes Potenzial für die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Wissenschaft, dieses sollte bereits früh genutzt werden, im Austausch mit den Klinikerinnen und Klinikern. **Internationalisierung** sollte im Forschungskonzept stärker mitgedacht werden, auch sollten europäische Initiativen, Förderprogramme und Partner bereits beim Aufbau des Schwerpunkts gesucht und genutzt werden.

Die **Digitalisierung des Gesundheitswesens** ist einerseits ein sinnvoll gewählter Forschungsschwerpunkt, andererseits aber auch Voraussetzung für das Gelingen des Projekts Modellregion Gesundheit Lausitz. Der Forschungsschwerpunkt ist zum jetzigen Zeitpunkt nur in Ansätzen konturiert und muss rasch weiterentwickelt werden, sobald die einschlägigen Professuren besetzt sind. Hierfür muss ein gemeinsames Konzept mit dem künftigen Universitätsklinikum entwickelt werden, das auch die Partner in der Region einbezieht und deutlich macht, wie die Daten aus der Region zur Forschung genutzt werden sollen und können. Eine Offenheit für Ansätze von Big Data und KI, sowohl vor Ort als auch in Kooperationen, ist notwendig. Auch die Mitwirkung in entsprechenden Netzwerken (z. B. Netzwerk Universitätsmedizin [NUM], Medizininformatik-Initiative [MII]) ist sinnvoll und ggf. auch hilfreich für den Forschungsschwerpunkt. Das CTK bzw. die Thiem-Research-GmbH des CTK löst dies bereits ein. Die Medizinische Universität sollte auch offen sein, sich im Rahmen des Forschungsschwerpunkts Digitalisierung für weitere zukunftssträchtige Themen zu öffnen, z. B. Robotik. Hier bietet sich ggf. auch eine Kooperation mit der BTUCS an, die einen Schwerpunkt in Medizintechnik hat. |<sup>14</sup> Die hierfür notwendigen Infrastrukturen müssen mitbedacht und finanziert werden, auch muss die **Finanzierung der datenbasierten Forschung** geklärt sein.

Die **Digitalisierung der Region** muss aus Sicht des Wissenschaftsrats weitaus schneller vorangetrieben werden als bislang geplant. Der Wissenschaftsrat sieht das Land dabei in der Verantwortung, die Strategieentwicklung und die Schaffung geeigneter infrastruktureller Voraussetzungen an der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem und in der Region zu unterstützen. Zügig geklärt werden muss außerdem, wie Gesundheitsdaten in der Region erhoben, für die Forschung zur Verfügung gestellt und finanziert werden können. Die geplante Netzwerkarbeit hält hohes Potenzial für **Transfer und Translation** bereit, das sich erst durch geeignete (Infra-)Strukturen und eine gemeinsame Strategie von Medizinischer Universität Lausitz – Carl Thiem und Netzwerkpartnern voll

| <sup>14</sup> Vgl. hierzu auch Wissenschaftsrat (2024): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Hochschulsystems des Landes Brandenburg; Köln, S. 240ff. DOI: <https://doi.org/10.57674/bwn9-yd06>.

entfalten kann. Bei diesen Entwicklungen ist wichtig, dass die Partner der Medizinischen Universität klare eigene Vorteile in der Kooperation und NetzwerkinTEGRATION sehen. Auch bietet der geplante Lausitz Science Park gute Voraussetzungen für die an der Medizinischen Universität angedachte anwendungsorientierte Forschung. |<sup>15</sup> Die BTUCS wird auch mit Blick auf Transfer ein wichtiger Partner der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem sein. Hierfür geeignete Strategien zu erarbeiten, ist eine wichtige Aufgabe in der Start- und Gründungsphase.

Die Förderung von **Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen** sollte im Konzept stärker fokussiert und intensive Fördermöglichkeiten auch anhand von **Förderprogrammen** entlang der gesamten Qualifikationsphase konzipiert werden. Der Wissenschaftsrat sieht die Erweiterung von Förderprogrammen für diese Personalgruppe als notwendige, nicht zu unterschätzende Maßnahme, um das Forschungspotenzial an der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem zu heben, die Medizinische Universität weiterzuentwickeln sowie das Personal zu binden. Deshalb sollten Programme für Clinician Scientists, Data Scientists und Medical Scientists geschaffen sowie Advanced Clinician Scientists in Forschung und Klinik angemessen gefördert werden. Dies ist insbesondere sinnvoll, um von der besonderen Grenzlage der Region und der Nähe zu Polen zu profitieren und auch internationale Studierende und Fachkräfte anzuziehen. Dabei kann der Standort außerdem von EU-Fördermöglichkeiten profitieren. Darüber hinaus sollte ausreichend wissenschaftliches und administratives Personal für die Verwaltung und Umsetzung von Fördermaßnahmen und -programmen eingeplant werden.

#### **B.IV ZU STUDIUM UND LEHRE**

---

Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass das Land mit der geplanten Einführung des Studiengangs Humanmedizin sowie von Master-Studiengängen (siehe D.V.3 in der Anlage) Fachkräfte ausbilden wird. Für den Studiengang Humanmedizin sieht der Wissenschaftsrat die Notwendigkeit, rasch zu entscheiden, was Basis des **Rahmencurriculums** sein wird. Sollte sich die Entscheidung über die Reform der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) weiter verzögern, ist es sinnvoll, das Rahmencurriculum im Rahmen eines Modellstudiengangs Medizin umzusetzen und zu planen. Der Start ist frühestens zum Wintersemester 2026/27 geplant. Aufgrund des umfassenden Ausarbeitungsbedarfs des Curriculums rät der Wissenschaftsrat, **den Start des Studienbetriebs** gegebenenfalls zu **verschieben**. Rechtzeitig, etwa 12–18 Monate vor Studienstart, müssen ein

| <sup>15</sup> So hat der Wissenschaftsrat auch in den Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Hochschulsystems des Landes Brandenburg den Aufbau des Lausitz Science Park, als Teil der Transferstrategie des Landes, als zukunftsweisendes Konzept bewertet (Vgl. hierzu Wissenschaftsrat (2024): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Hochschulsystems des Landes Brandenburg; Köln, S. 256ff. DOI: <https://doi.org/10.57674/bwn9-yd06>).

ausgearbeitetes **Lehrkonzept** vorliegen sowie **ausreichende Räumlichkeiten sichergestellt** und gegebenenfalls die Übernahme (vor)klinischer Lehre durch andere Institutionen (BTUCS, Forschungs- und Lehrpraxen) geklärt sein.

Mit Blick auf die vom Land erstellten Meilensteine zur Besetzung von Professuren hält der Wissenschaftsrat die Einsetzung der acht grundlagenwissenschaftlichen Professuren zum 3. Quartal 2025 nur dann für realistisch, wenn das Curriculum bis dahin finalisiert vorliegt. **Prioritär und frühzeitig besetzt** werden müssen die **Professuren für Medizindidaktik und Gesundheitssystemforschung**. Ebenfalls zentral ist die Einrichtung der **Professur für Digitalisierung des Gesundheitswesens/Digital Health**. Auch das **administrative Personal** für die Berufungen sowie die Infrastrukturen für die Verwaltung des Bereichs Lehre müssen unbedingt rasch sichergestellt werden. Aus Sicht des Wissenschaftsrats muss auch das **Personal für die zeitaufwändige und abstimmungsintensive interprofessionelle Lehre** frühzeitig rekrutiert und ihre Ausgestaltung im Lehrkonzept präzisiert werden (siehe E.IV.1 in der Anlage).

Der Wissenschaftsrat würdigt im Lehrkonzept besonders die angestrebte Möglichkeit der interprofessionellen Ausbildung in Klinik und Wissenschaft sowie die Förderung medizinischer Kompetenzen speziell für die Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung im ländlichen Raum anhand digitalisierter Medizin. Diese sich abzeichnenden **Besonderheiten des Lehrkonzepts** müssen aus Sicht des Wissenschaftsrats ausgearbeitet und sollten **um weitere Profilierungen ergänzt** werden. **Digitalisierung** etwa könnte als übergreifendes und stärker denn bisher aufeinander abgestimmtes Konzept in Forschung, Lehre und Krankenversorgung als Alleinstellungsmerkmal wirken. Dabei geht es neben der Vermittlung der für digitale Medizin erforderlichen Kompetenzen auch darum, die Potenziale der Digitalisierung und digitaler Lehrformate für die Qualitätsentwicklung und Flexibilisierung in Lehre und Studium auszuschöpfen. |<sup>16</sup> Um Strukturen für die **interprofessionelle Lehre** tragfähig auszugestalten, sollten Verbindungen zu dem Institut für Gesundheit der BTUCS (Pflégewissenschaft, Therapiewissenschaften, Hebammenwissenschaft) am Standort Senftenberg möglichst früh in das Studium integriert werden, bspw. über die Perspektive von gemeinsamen Berufungen und/oder kooperativen Studienangeboten. Ob eine Verlagerung der gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge an den Standort Cottbus der BTUCS vorteilhaft für die Kooperation von Medizinischer Universität Lausitz – Carl Thiem und BTUCS sein könnte, sollte perspektivisch überprüft werden. |<sup>17</sup>

|<sup>16</sup> So empfiehlt es der Wissenschaftsrat in seinem Papier zu Empfehlungen zur Digitalisierung in Lehre und Studium. Vgl. Wissenschaftsrat (2022): Empfehlungen zur Digitalisierung in Lehre und Studium; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/sg3e-wm53>.

|<sup>17</sup> Vgl. hierzu auch Wissenschaftsrat (2024): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Hochschulsystems des Landes Brandenburg; Köln, S.84ff. DOI: <https://doi.org/10.57674/bwn9-yd06>.

Auch Kooperationen mit Studiengängen der Lehramtsausbildung der BTUCS böten die Chance, gemeinsam innovative Ansätze zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu entwickeln (siehe B.I). Die Medizinische Universität sollte außerdem ihre Grenzlage aktiv nutzen, um die **Forschung mit Versorgungsdaten einer Region im Transformationsprozess** noch attraktiver auszurichten. In langfristiger Perspektive sind auch **Lehrkooperationen mit internationalen Akteuren** anzustreben.

Um den gewünschten **Verbleib von Absolventinnen und Absolventen** in der Region herzustellen und zu überprüfen, empfiehlt der Wissenschaftsrat, frühestmöglich im Studienverlauf **Kontaktmöglichkeiten zum ländlichen Raum** herzustellen sowie frühzeitig **Verbleibstudien** zu implementieren.

## **B.V ZU DIGITALISIERUNG**

---

Die Digitalisierung ist im vorliegenden Konzept sowohl ein geplanter Forschungsschwerpunkt (siehe B.III) als auch die Voraussetzung für die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem. Das CTK, das zukünftig in die Medizinische Universität integrierte Universitätsklinikum, soll zu einem Digitalen Leitkrankenhaus entwickelt werden, die Medizinische Universität soll vielfältige digitale Services anbieten und die Modellregion Gesundheit Lausitz über eine digitale Infrastruktur an die Medizinische Universität angebunden werden. Angesichts des Rückstands, den Deutschland insbesondere in der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung aufweist, ist dies ein sehr unterstützenswertes Unterfangen. |<sup>18</sup>

Die verschiedenen Digitalisierungskonzepte für Forschung und Lehre bzw. zur Entwicklung des CTK zum Digitalen Leitkrankenhaus weisen unterschiedliche Reifegrade auf und sind zu wenig aufeinander und auf die Region bezogen. Dies muss rasch verbessert werden durch die Erstellung einer Gesamtstrategie Digitalisierung. In dieser muss geklärt werden, wie beispielsweise die Verknüpfung der IT-Systeme des Universitätsbetriebs mit Versorgungs-IT-Systemen von Klinik und Netzwerkpartnern, aber auch der Datenzugriff der verschiedenen Akteure sowie die Vernetzung mit der Modellregion realisiert werden soll. Die jeweiligen Akteure müssen dafür eng zusammenarbeiten, um die notwendigen Prozesse zu definieren, zu etablieren und zusammenzuführen. Ebenfalls in der Gesamtstrategie Digitalisierung aufzugreifen ist die Nutzung der Potenziale von Digitalisierung und digitalen Formaten für Lehre und Studium (siehe B.IV).

| <sup>18</sup> Vgl. Wissenschaftsrat (2022): Digitalisierung und Datennutzung für Gesundheitsforschung und Versorgung - Positionen und Empfehlungen, Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/bxkz-8407>.

Dabei sollte, so der Wissenschaftsrat, jeweils im Blick behalten werden, was die Besonderheit des Standorts im Vergleich zu anderen universitätsmedizinischen Standorten ausmacht, die sich allesamt auf den Weg zu einer stärkeren Digitalisierung machen.

Die **Digitalisierung der Modellregion** Gesundheit Lausitz muss das Land **zügiger vorantreiben** als im Konzept mit dem Abschluss der Digitalisierung für 2038 vorgesehen. Das Land sollte auch Rahmenbedingungen schaffen, die die Einrichtung von Reallaboren (z. B. digitale Leitpraxen für das künftige Universitätsklinikum) fördern. Hierfür sollten Ressourcen (finanziell, personell, sächlich) zur Verfügung gestellt werden. Erst wenn die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie bzw. weiterer Studien für die Region vorliegen, wird es möglich sein, den konkreten Bedarf und die dafür erforderlichen Mittel abzuschätzen. Klar ist, dass dies nicht mit den Mitteln abgedeckt werden kann, die für den Aufwand zur regionalen Vernetzung der Versorgungsakteure in der Modellregion auf 100 Mio. Euro bzw. 115 Mio. Euro inklusive 15 % Planungsreserve eingeschätzt werden (siehe E.VIII in der Anlage E.VIII.4). Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass neben den sofortigen Investitionskosten auch langfristig für den Betrieb relevante Kosten für Digitalisierungsbelange eingeplant werden müssen, die mindestens drei bis fünf Prozent der Gesamtausgaben eines Universitätsklinikums ausmachen sollten. |<sup>19</sup>

## **B.VI ZU KRANKENVERSORGUNG**

---

Für das **Carl-Thiem-Klinikum**, als einziges Level 3-Krankenhaus und Maximalversorger im Land Brandenburg, konstatiert der Wissenschaftsrat eine **gute Absicherung der Krankenversorgung** mit motiviertem und engagiertem Personal. Auch die Kennzahlen sind – für ein Krankenhaus der Maximalversorgung – zufriedenstellend. Die Integration dieses Klinikpartners und seine Umwandlung in ein staatliches Universitätsklinikum im laufenden Prozess ist eine der zentralen Herausforderungen für den Aufbau der Universitätsmedizin in Cottbus, auch vor dem Hintergrund, dass sich mit dem Übergang des CTK in Landesträgerschaft die Governance des dann integrierten Universitätsklinikums ändern muss. |<sup>20</sup> Hinzu kommt, dass das künftige integrierte Universitätsklinikum auch seine Rolle in der Modellregion Gesundheit Lausitz im Zusammenspiel mit den Netzwerkpartnern definieren und finden muss. Um als Universitätsklinikum auch in Forschung und Lehre zu reüssieren, ist eine Weiterentwicklung der klinischen Schwerpunkte auf ein universitäres Niveau sowie die Um-

|<sup>19</sup> Vgl. Wissenschaftsrat (2022): Digitalisierung und Datennutzung für Gesundheitsforschung und Versorgung - Positionen und Empfehlungen, Köln, S. 72. DOI: <https://doi.org/10.57674/bxkz-8407>.

|<sup>20</sup> Vgl. Stadt Cottbus (20.12.2023): Grünes Licht für Milliarden-Investition rund um das Cottbuser Carl-Thiem-Klinikum. URL: <https://mwfk.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/PM%20554%20Innovationszentrum%20Universit%C3%A4tsmedizin%20Cottbus.pdf>, zuletzt abgerufen am 19.03.2024.

strukturierung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erforderlich. Dies muss sich sehr viel deutlicher im Medizinkonzept und in der Berufsstrategie niederschlagen. In die Ausarbeitung des bisherigen Medizinkonzepts sollte das CTK – als zukünftiges Universitätsklinikum – stärker einbezogen werden und dieses mitentwickeln und prägen, um dem universitären Anspruch gerecht zu werden, gegebenenfalls mit externer Beratung.

Wichtig wird es sein, die Ziele zu definieren, die für die universitäre Krankenversorgung im Zusammenspiel mit der Region erreicht werden sollen. Aufsetzend auf einer Analyse des Ist-Zustands, die bereits zum Teil vorliegt, sollten anschließend die für die Zielerreichung notwendigen **Maßnahmen für Personal, Klinikstrukturen und Infrastrukturen** definiert werden. Voraussichtlich wird es notwendig sein, das Klinikum anders zu organisieren, sodass Patientinnen und Patienten, die einen universitätsmedizinischen Versorgungsbedarf haben, dort aufgenommen werden können. Dafür sind ein tragfähiges Netzwerk sowie geeignete Partner erforderlich. Zur **Ausgestaltung des Netzwerks** sollten gezielt Kooperationen eingegangen und zugleich verschiedene Kooperationsmodelle angedacht werden, sodass die medizinische Aus- und Weiterbildung an der Medizinischen Universität gesichert ist. Dabei sollte die notwendige, herausfordernde Umgestaltung des CTK auch mit Blick auf System- und Zukunftsaufgaben verbunden werden. |<sup>21</sup> Die Pläne des CTK als künftiges Universitätsklinikum für die Entwicklung zum Digitalen Leitkrankenhaus und zum Plattformanbieter für die Region weisen hier in die richtige Richtung. Sinnvoll ist auf jeden Fall die in diesem Zuge geplante Anbindung der regionalen Pflegekräfte an die Telemedizinplattform.

Der Wissenschaftsrat würdigt die in diesem Rahmen bereits erfolgten landesseitigen Anstrengungen und abgeschlossenen Letters of Intent zwischen Land und einigen Netzwerkpartnern. Für eine ausreichende Netzwerkbildung sollte die Anzahl an Netzwerkpartnern aber erweitert werden.

## **B.VII ZU PERSONAL**

---

### VII.1 Zu Personalplanungen und Berufungen in der Start- und Gründungsphase

Aus Sicht des Wissenschaftsrats stellt die **Rekrutierung geeigneten Personals eine der größten Herausforderungen** für einen erfolgreichen und nachhaltigen Aufbau der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem dar. Damit der Personalaufbau rasch gelingen kann, müssen Lehr- und Forschungskonzept sowie die Planungen zur Besetzung der Professuren rasch weiterentwickelt

|<sup>21</sup> Vgl. Wissenschaftsrat (2021): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem; Köln S. 66. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.html>.

werden. Nur dann kann die weitere Personalplanung für Professuren wie auch für weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgreich angepasst werden.

Die **ersten Berufungen** werden weichenstellend sein. Von ihnen werden nicht nur der Auf- und Ausbau des Curriculums in weiten Teilen abhängen, sondern sie werden auch für die Ausrichtung der Forschungsschwerpunkte und für den Aufbau des Netzwerks in die Region prägend sein und damit die Attraktivität des Standorts ganz wesentlich prägen. Diese Positionen müssen daher **besonders umsichtig rekrutiert werden**. Der Wissenschaftsrat hält die geplante Einrichtung von **80 Professuren** an der Medizinischen Universität für **relativ knapp bemessen**, um die erforderlichen Module gemäß der neuen ÄApprO (Referentenentwurf) des Studiengangs Humanmedizin erfolgreich abzudecken und zusätzlich die geplante wissenschaftliche Differenzierung zu erreichen. Insbesondere für die Ausbildung des Forschungsschwerpunkts Digitalisierung, der auch mit einer Digitalisierung der Region verbunden ist, muss ausreichend Personal eingeplant werden.

In diesem Rahmen und mit Blick auf den avisierten Zeithorizont ist die geplante Einrichtung der acht grundlagenwissenschaftlichen Professuren (Medizindidaktik, Physiologie, Biochemie, Mikroskopische Anatomie, Makroskopische Anatomie, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Biometrie) bis zum 3. Quartal 2025 zu begrüßen. Gleichwohl ist die Lehre durch kooperierende Einrichtungen zu ergänzen und durch eine entsprechende Aufschlüsselung im Personalkonzept unbedingt zeitnah abzusichern. **Rasche Besetzungen** sollten außerdem erfolgen für

- \_ **Medizindidaktik**, die für die Entwicklung eines Lehrkonzepts, das wie bereits beschrieben noch um Besonderheiten ergänzt werden sollte, mitverantwortlich sein sollte;
- \_ **Digital Health und Medizininformatik**, um den Forschungsschwerpunkt Digitalisierung gemeinsam mit der Region weiterzuentwickeln, die verschiedenen Digitalisierungsstrategien synergetisch zusammenzuführen und den Digitalisierungsschwerpunkt voranzubringen;
- \_ **Gesundheitssystemforschung**, um den geplanten Forschungsschwerpunkt unter Bezugnahme auf und in Weiterentwicklung des Medizinkonzepts aufzubauen. Auch hier ist es notwendig, die Modellregion Gesundheit Lausitz einzu beziehen und die Kooperationsverträge mit wichtigen Netzwerkpartnern vorzubereiten und abzuschließen;
- \_ die **Professuren für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin**.

Diese Berufungen auf den Weg zu bringen, muss in dem Verantwortungsbereich eines Mitglieds im Gründungsvorstand liegen, wobei die verschiedenen Konzepte (Forschungskonzept, Medizinkonzept, Gesundheitskonzept, Digitalisierungskonzepte) in eine Berufungsstrategie überführt und die richtigen Prio-

ritäten und Posterioritäten gesetzt werden müssen. In die Berufungsverfahren sollte von Beginn an auch eine **internationale Perspektive** eingebunden werden. Hierfür sollten sowohl die Expertise internationaler Gutachterinnen und Gutachter eingeholt als auch Bewerberinnen und Bewerber mit internationaler Sichtbarkeit gesucht werden. Darüber hinaus sollte die BTUCS an den Berufungsverfahren regelhaft beteiligt werden.

Für die detaillierte Ausarbeitung des bisherigen Personalkonzepts rät der Wissenschaftsrat, die **Expertise des CTK** gerade auch hinsichtlich benötigter Personalressourcen am Klinikum noch besser zu nutzen. Auch sollte sich die Initiative eng mit bestehenden wie aufzubauenden Unternehmen und Institutionen im Land bzw. in der Region bezüglich der **Möglichkeiten von Dual-Career-Optionen** und der **Nutzung von Infrastrukturen** austauschen. Dies gilt auch für **den Bereich Digitalisierung**, für den die Rekrutierung besonders herausfordernd sein wird.

## VII.2 Zur weiteren Berufungs- und Personalplanung

Angesichts der Herausforderung, einen Personalbestand aufzubauen, der Wissenschafts- wie Versorgungsseite optimal abdeckt sowie den bestehenden Personalkorpus am CTK zugleich ergänzt und erweitert, empfiehlt der Wissenschaftsrat, in der **Berufungsstrategie nicht nur den stationären Bereich im Blick zu haben, sondern sektoren- und gegebenenfalls auch krankenhausesübergreifend** auszugestalten. Die Versorgungspartner sollten in die erforderliche Schärfung der Berufungsstrategie eingebunden werden.

Die **Ausrichtung der Berufungsstrategie** muss neben dem Forschungskonzept auch die **weiteren Konzepte** (insbesondere Medizin-, Gesundheit- und Digitalisierungskonzepte) **angemessen berücksichtigen**. Dabei ist **wissenschaftliche Exzellenz** sowohl **bei den Berufungen** in den geplanten Departments als auch in den Kliniken **von wesentlicher Bedeutung**. Die geplante Regelung, Professuren in den Forschungsschwerpunkten – unbeschadet einer unbefristeten Beschäftigung – nach einer erfolgreichen wissenschaftsgeleiteten Evaluation nach fünf Jahren Laufzeit fortzuführen, kann aus Sicht des Wissenschaftsrats zur Qualitätssicherung in den Forschungsschwerpunkten beitragen.

Der Wissenschaftsrat würdigt die geplante **Durchführung unterschiedlicher Auswahlverfahren** für Führungspositionen am Universitätsklinikum (klassisches wissenschaftsgeleitetes Berufungsverfahren, im begründeten Ausnahmefall auch qualitätsgesichertes Berufungsverfahren ohne öffentliche Ausschreibung, Qualifizierung des bestehenden Leitungspersonals; siehe D.III.3.a in der

Anlage). |<sup>22</sup> Auch hält er die geplanten **Open Topic- und Open Rank-Verfahren** für geeignete Maßnahmen, um Berufungsverfahren flexibler zu gestalten.

**Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Klinik** ist zur Förderung von Forschung und Lehre **ausreichend Forschungszeit** durch Freistellungen oder reduzierten Aufgabenumfang einzuräumen.

Auch Verwaltung, Technik, IT, Gesundheitsberufe u. a. sind eine wesentliche Komponente für den erfolgreichen Aufbau und Betrieb der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem. Dieses Personal muss sowohl frühzeitig rekrutiert als auch eigens ausgebildet werden. Die Ausbildung sollte das Land z. B. durch eine landesweite (Ausbildungs- und/oder Rekrutierungs-)Kampagne zu „Medizin in der Lausitz“ vorantreiben.

Im Konzept sind außerdem **Maßnahmen zur Verwirklichung von Gleichstellung und Diversität** zu konkretisieren. Der Wissenschaftsrat rät, ein Gleichstellungsprogramm aufzusetzen. Er begrüßt die Planung des Landes, in Förderprogrammen auch Gleichstellungsparameter zu berücksichtigen.

## **B.VIII ZU INFRASTRUKTUREN**

---

Angesichts der geplanten Kooperationen mit Netzwerkpartnern als Kernelement des Konzepts der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem schreibt der Wissenschaftsrat dem **zügigen infrastrukturellen Aufbau** eine **hohe Priorität** zu, für den möglichst rasch eine **detaillierte Planung** ausgearbeitet werden muss.

Der Wissenschaftsrat unterstützt das Land darin, die **Bauplanung** rasch voranzutreiben und begrüßt die bisher erfolgten Maßnahmen, welche geeignet sind, Planung und Durchführung zu beschleunigen. Die mit Hilfe externer Beratung erstellten verschiedenen Varianten für die Bauplanung erscheinen aus heutiger Sicht sinnvoll. Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens ist es besonders wichtig und gleichzeitig herausfordernd, eine **handlungsfähige Bauabteilung** im avisierten Planungshorizont auf- und auszubauen.

|<sup>22</sup> Der Wissenschaftsrat hat im Rahmen der Begutachtung des Konzepts für den Aufbau der Universitätsmedizin Augsburg die Möglichkeit verschiedener Instrumente von Verfahrensprozessen für Berufungen ohne öffentliche Ausschreibung im Ausnahmefall für akzeptabel gehalten. Das Konzept zum Aufbau der Universitätsmedizin am Standort Cottbus sieht vergleichbare Verfahren vor. Im Falle einer möglichen Berufung bzw. Bewerbung von Klinikleitungen auf eine Professur werden diese gebeten, ein Forschungskonzept vorzulegen und Unterlagen einzureichen, anhand derer die Eingangsvoraussetzungen geprüft werden können. Die fehlende öffentliche Ausschreibung soll u. a. kompensiert werden durch die Einsetzung von drei auswärtigen Mitgliedern aus dem Bereich der Medizin im Berufungsausschuss sowie mindestens drei externen Gutachten zur Berufungsfähigkeit, davon eines aus dem Ausland. In den Gutachten soll besonders berücksichtigt werden, ob die ärztliche Expertise der Kandidierenden eine gute Grundlage für wissenschaftliche Exzellenz bietet (vgl. Wissenschaftsrat (2016): Stellungnahme zum Konzept für den Aufbau einer Universitätsmedizin in Augsburg; Kiel. S. 100ff. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5431-16.html>).

Der Wissenschaftsrat begrüßt die Planung des Landes, der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem mit der Gründung die Bauherreneigenschaft zu übertragen. Mit Blick auf die Ausstattung von **Infrastrukturen für die Forschung** begrüßt der Wissenschaftsrat die geplante Bündelung translationaler Infrastrukturen unter dem Dach eines **Simulationszentrums**. Spätestens mit der Besetzung erster Professuren muss das Land die Bereitstellung oder Anmietung von **Laborflächen** sowie den Ausbau klinischer Infrastrukturen und der **Studienzentrale** für klinische Studien des CTK **sicherstellen**. Besonders für Teilbereiche des Forschungsschwerpunkts Gesundheitssystemforschung wie etwa präventive oder regenerative Medizin sind Klinische oder Kohorten-Studien und Infrastrukturen notwendig und in ausreichendem Umfang einzuplanen.

Dringend aufgebaut und ausgestattet werden muss ebenfalls die **Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung**, die die Vernetzung zu Kooperationspraxen und den digitalen Ausbau der Vernetzung verantworten soll. Für diesen Aufbau muss rasch geklärt werden, wie die derzeit getrennt geplante **Datenerhebung und -aufbereitung von Klinik und Wissenschaft** zusammengeführt werden kann und welche **Anreize für Niedergelassene** geschaffen werden können, sich diesem Netzwerk anzuschließen. Durch die Bereitstellung von B2B-Portalen für Telemedizin könnten Kooperationspraxen beispielsweise nicht nur Forschungsdaten liefern, sondern diese auch nutzen. Sinnvoll ist auf jeden Fall die in diesem Zuge geplante Anbindung der regionalen Pflegekräfte an die Telemedizinplattform.

Bislang sind im Konzept die für die Forschung mit den Daten notwendigen Infrastrukturen/Mittel nicht ausreichend berücksichtigt. Dies muss bei der Weiterentwicklung des Konzepts berücksichtigt und **Mittel** etwa für ein **ausreichend dimensioniertes Rechenzentrum mit der notwendigen IT-Umgebung, die Verknüpfung der Versorgungsdaten, den Aufbau von Gesundheitsdaten sowie für die Forschung mit den Versorgungsdaten** durch das Land eingeplant werden (siehe zum finanziellen Rahmen B.IX). Aus Sicht des Wissenschaftsrats sind dafür dauerhaft jährliche Kosten in Höhe von 10 – 15 Mio. Euro einzuplanen.

Eine reflektierte Detailplanung, welche Dateninfrastrukturen aufgebaut werden müssen, ist auch zentral für international wettbewerbsfähige Forschung. Darüber hinaus muss der **Aufbau von digitalen Infrastrukturen mit den Forschungsprogrammen abgestimmt** werden. Der Wissenschaftsrat regt an, in diesem Zusammenhang darüber nachzudenken, die digitalen Infrastrukturen der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem an den European Health Data

Space (EHDS) |<sup>23</sup> – falls dies möglich sein wird – anzubinden und als Zugangsstelle zu Gesundheitsdaten (Health Data Access Body) zu fungieren.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt außerdem, **bereits vorhandene Forschungsinfrastrukturen** am Standort zu nutzen und dafür Kooperationen mit der BTUCS sowie mit dem Bereich IT am Zentrum für Künstliche Intelligenz in der Public Health-Forschung (ZKI-PH) Wildau einzugehen.

Bis zur Fertigstellung erster Baukörper für die Lehre frühestens im Jahr 2028 plant das Land **für benötigte Lehr- und Lernflächen Interimslösungen** mit dem CTK und der BTUCS. Der Wissenschaftsrat begrüßt die in diesem Rahmen bereits erfolgten Schritte einschließlich der erstellten Raumkapazitätsplanung. Er weist ergänzend darauf hin, dass auch in den **naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern** sowie für die **Laborpraktika in den biomedizinischen Grundlagenfächern ausreichend Räumlichkeiten** bereitgestellt werden müssen. Insofern müssen die bisher sichergestellten **Interimsflächen** aus Sicht des Wissenschaftsrats unbedingt und unter Berücksichtigung der Raumplanung am CTK erweitert werden.

Für die Durchführung der Lehre sollte die Medizinische Universität gemeinsam mit dem CTK und Kooperationspraxen Konzepte entwickeln sowie den Ausbau und die Verfügbarkeit von Lehrflächen koordinieren. Notwendige Infrastrukturen für die Lehre müssen unbedingt bis zum Start des Studienbetriebs sichergestellt sein.

## **B.IX ZUM FINANZIELLEN RAHMEN**

---

Für die veranschlagten **Investitionskosten** sowie die **Betriebskosten** für Forschung, Lehre und Digitalisierung (jeweils Bundes- und Landesanteil; siehe A) bis einschließlich 2038 empfiehlt der Wissenschaftsrat, **möglichst rasch eine detaillierte Darstellung** der Investitionsposten insbesondere im Bereich Digitalisierung der Krankenversorgung und der Modellregion Gesundheit Lausitz aufzustellen. Nur dann wird ersichtlich, ob die veranschlagte Summe ausreichend ist oder gegebenenfalls erhöht werden muss, wofür das Land geeignete Finanzierungswege finden müsste. Dabei muss die landesweite Krankenhausplanung mitbedacht werden, die nun mit der Medizinischen Universität um ein Universitätsklinikum erweitert wird, das auch nach Auslaufen der Finanzierung nach dem StStG, also nach 2038, noch Investitionen brauchen wird.

<sup>23</sup> Der europäische Raum für Gesundheitsdaten besteht als erster gemeinsamer EU-Datenraum aus gemeinsamen Standards und Verfahren, Infrastrukturen und einem Governance-Rahmen. Er geht aus der EU-Datenstrategie hervor und stellt einen Rahmen für den Datenaustausch von Gesundheitsdaten in der Europäischen Union dar. Vgl. URL: [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space\\_de](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_de), zuletzt abgerufen am 19.03.2024.

**Aufbau und Betrieb** der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem erfordern erhebliche, aus heutiger Sicht angemessene finanzielle Anstrengungen, die zumindest zum Teil bis 2038 durch Bundesmittel über das StStG mitfinanziert werden können. Gleichwohl ist ein entsprechend höherer Finanzbedarf insbesondere aufgrund der schwer abzuschätzenden Bau- und Investitionskosten nicht auszuschließen.

Der Wissenschaftsrat würdigt, dass das Land sich dazu verpflichtet, die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem mit Auslaufen der Förderung nach dem StStG **nach 2038 mit Landesmitteln weiterzuführen**. Die dafür eingeplanten Mittel von circa 160 Mio. Euro für den Betrieb sind aus heutiger Sicht angemessen. Dabei sollte jedoch auch ein möglicher Anstieg der Betriebskosten aufgrund von Inflation, Tarifsteigerungen etc. berücksichtigt werden. Der Wissenschaftsrat weist nachdrücklich darauf hin, dass das Land mit dem Aufbau der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem eine langfristige Verpflichtung eingeht, der landespolitisch gegebenenfalls Priorität gegenüber anderen Politikfeldern eingeräumt werden muss. Insbesondere angesichts des Bestrebens, den Standort zur Exzellenz zu führen, muss sich das Land auch auf langfristige Sicht der Herausforderung bewusst sein, die der Betrieb einer Universitätsmedizin mit überregionaler Bedeutung mit sich bringen wird. So gilt es etwa auch, die mit dem Aufbau der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem geschaffenen Infrastrukturen über 2038 hinaus auskömmlich zu fördern, um ihre Nachhaltigkeit gezielt sicherzustellen. Auch sollte ein **Verfahren zur Prüfung** bzw. Evaluation der Entwicklung wissenschaftlicher Exzellenz am Standort **ab Mitte der 2030er-Jahre** erfolgen, um frühzeitig die Entwicklung am Standort zu betrachten und gegebenenfalls zu stärken. Für die Finanzierung nach 2038 muss das Land außerdem geeignete Finanzierungswege finden, die die Entwicklungschancen der übrigen Brandenburgischen Hochschulen nicht mindern. |<sup>24</sup>

Die Finanzplanung und -steuerung des Landes muss der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem **ausreichend Autonomie und Planungssicherheit** einräumen. Deshalb sollten, trotz der sehr wahrscheinlich komplexen Finanzierung für die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem, eine an Entwicklungszielen orientierte Förderung und entsprechende Steuerungsinstrumente so weit wie möglich vorgesehen werden. |<sup>25</sup>

|<sup>24</sup> In einem Schreiben vom 05.01.2023 verweist das BMBF darauf, dass für das IUC rechtzeitig vor dem Auslaufen der Förderung nach dem StStG entsprechende Optionen für eine langfristige Förderung ab 2038 im Rahmen der für die Ausgestaltung der deutschen Wissenschaftsorganisationen etablierten Verfahren sondiert werden sollte, soweit das IUC eine Forschungsstruktur mit ausgewiesener wissenschaftlicher Stärke und Exzellenz entwickelt (siehe D.X.1).

|<sup>25</sup> Vgl. hierzu auch Wissenschaftsrat (2024): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Hochschulsystems des Landes Brandenburg; Köln, S.169ff. DOI: <https://doi.org/10.57674/bwn9-yd06>.

---

# C. Wissenschaftspolitisches Votum

Der Wissenschaftsrat begrüßt die Anstrengungen des Landes, eine Universitätsmedizin im Land zu errichten, und hält das Konzept für die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem im Wesentlichen für überzeugend. Er würdigt insbesondere den **innovativen Ansatz**, die Forschungsschwerpunkte Gesundheitssystemforschung/Versorgungsforschung und Digitalisierung eng mit der Region in einer Modellregion Gesundheit Lausitz zu verknüpfen. Der Wissenschaftsrat erkennt im Aufbau der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem großes Potenzial, die Region Lausitz im Zuge des Transformationsprozesses für Fachkräfte wie Studierende und auch mit Blick auf die weitere regionale Entwicklung positiv zu entwickeln. Aus Sicht des Wissenschaftsrats ist die Absicht des Landes nachvollziehbar, mittels einer eigenständigen Medizinischen Universität größtmögliche Autonomie für die staatliche Universitätsmedizin zu schaffen. Daraus resultiert allerdings eine notwendige enge Zusammenarbeit mit der BTUCS, die im Transformationsprozess der Lausitz eine wichtige Rolle spielen wird, insbesondere mit dem Standort Senftenberg der BTUCS.

Die Gründung der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem ist voraussetzungsreich und steht unter hohem Zeitdruck. Für das Gelingen des Projekts ist es nicht nur notwendig, eine neue Universitätsmedizin mit einem gut eingeführten kommunalen Krankenhaus als Medizinische Universität in Forschung, Lehre und Krankenversorgung aufzubauen, sondern auch die Voraussetzungen für die Vernetzung der Region zu einer Modellregion Gesundheit Lausitz zu schaffen. Diese Herausforderungen gut und transparent zu kommunizieren und die Menschen mitzunehmen, wird für den langfristigen Erfolg wichtig sein.

Der Wissenschaftsrat erkennt noch erheblichen Anpassungsbedarf in wichtigen Bereichen des Konzepts. So gilt es, die Governance-Struktur in einigen zentralen Punkten anzupassen (B.II) sowie das Forschungskonzept weiterzuentwickeln und dieses mit dem im Wesentlichen noch zu erstellenden Medizinkonzept des künftigen Universitätsklinikums zusammenzudenken (B.III). Ebenso wird dringend angeraten, ein **institutionenbezogenes Gesundheitskonzept** für die Modellregion zu entwickeln, in welchem die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem eine zentrale Rolle einnimmt. Auch die Digitalisierungskonzepte sind naturgemäß noch nicht so weit ausdifferenziert, dass deutlich wird, wie die

Digitalisierung der Medizinischen Universität (inklusive der Digitalisierung des künftigen integrierten Universitätsklinikums) in die Region hineinreichen soll (B.V). Der Wissenschaftsrat nimmt dabei positiv zur Kenntnis, dass das Land bereits während des laufenden Begutachtungsverfahrens sich abzeichnende wichtige Empfehlungen aufgegriffen und diese auch schon in den Gesetzesentwurf für das Universitätsmedizingesetz übernommen hat (siehe Vorbemerkung). Vor diesem Hintergrund unterstützt der Wissenschaftsrat das Land darin, rasch die Voraussetzungen für die Aufnahme des Studienbetriebs zu schaffen. Ein Studienbetrieb ist frühestens für das Wintersemester 2026/27 vorzusehen.

Für den erfolgreichen Aufbau und Betrieb der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem sind auch Rahmenbedingungen außerhalb des Wissenschaftsressorts wesentlich, besonders etwa ein zügiger Ausbau regionaler Infrastrukturen zuvorderst in den Bereichen Digitalisierung (v. a. umfassender Netzausbau) und Verkehr (z. B. Ausbau des ÖPNV in die Region, nach Dresden sowie nach Berlin). Außerdem müssen Wohn- und Betreuungsverhältnisse, aber auch soziale wie kulturelle Angebote sowie internationalisierungsfördernde Maßnahmen umfassend mitbedacht und konzeptionell ausgestaltet werden, um die Region attraktiv für Fachkräfte und Studierende aufzustellen. Im Rahmen dieser notwendig anzugehenden Infrastrukturmaßnahmen ist zu berücksichtigen, dass die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem nicht isoliert, sondern abhängig von Strukturen im Land und angewiesen ist auf den Austausch mit der Region, um erfolgreich in Forschung, Lehre sowie Krankenversorgung zu sein. Dies setzt die ressortübergreifende Unterstützung des Landes voraus, die im Prozess immer wieder eindrücklich deutlich wurde.



Anlage: Bewertungsbericht  
zum Konzept für den Aufbau des Innovationszentrums Uni-  
versitätsmedizin Cottbus

**2024**

Drs.1746-24  
Köln 06 02 2024



<b>Vorbemerkung</b>	<b>43</b>
<b>D. Ausgangslage zum Konzept für den Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus</b>	<b>44</b>
<b>D.I Ziele und Rahmenbedingungen</b>	<b>44</b>
I.1 Ziele und Rahmenbedingungen aus Sicht des Landes	44
I.2 Verortung des IUC in der Hochschullandschaft Brandenburgs	48
I.3 Aktuelle Situation der Ausbildung im Fach Humanmedizin in Brandenburg	51
<b>D.II Leitungsstrukturen und Organisation</b>	<b>54</b>
II.1 Struktur und Governance des IUC	54
II.2 Geplante Organe und Gremien des IUC – Gründungsphase	56
II.3 Geplante Organe und Gremien des IUC – nach Abschluss der Gründungsphase	57
II.4 Geplante Struktur des Universitätsklinikums CTK	59
II.5 Abstimmungen und Kooperationen mit Partnern	60
<b>D.III Personal</b>	<b>66</b>
III.1 Start- und Aufbauphase der Medizinischen Universität	66
III.2 Professuren	67
III.3 Berufungen	70
III.4 Wissenschaftliches Personal	75
III.5 Personal am CTK	78
<b>D.IV Forschung</b>	<b>78</b>
IV.1 Geplantes Forschungsprofil	78
IV.2 Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen	84
<b>D.V Studium und Lehre</b>	<b>87</b>
V.1 Curricularer Aufbau und Lehrprofil Humanmedizin	91
V.2 Aufbau der Lehrstrukturen	97
V.3 Weitere geplante Studiengänge	99
V.4 Zugang und Verbleib von Studierenden	101
V.5 Professionalisierung und Qualitätssicherung	102
<b>D.VI Digitalisierung</b>	<b>105</b>
VI.1 Digitalisierung des IUC	105
<b>D.VII Transfer und Translation</b>	<b>109</b>
VII.1 Transfer- und Translationsstrategie und -ziele	109
VII.2 Geplante Strukturen für Transfer und Translation	110

<b>D.VIII</b>	<b>Krankenversorgung</b>	<b>112</b>
	VIII.1 Kennzahlen der stationären und ambulanten Krankenversorgung	114
	VIII.2 Das CTK als Digitales Leitkrankenhaus	115
	VIII.3 Geplante Kooperationen in der Krankenversorgung	120
<b>D.IX</b>	<b>Infrastrukturelle Rahmenbedingungen</b>	<b>122</b>
	IX.1 Bau-Infrastruktur und Ausstattung	122
	IX.2 Infrastrukturen für die Forschung	126
	IX.3 Infrastrukturen für die Lehre	130
	IX.4 Informationstechnologie und Digitalisierung	131
<b>D.X</b>	<b>Finanzieller Rahmen</b>	<b>135</b>
	X.1 Bundes- und Landesmittel	135
	X.2 Investitionsbedarf und Betriebskosten	139
	X.3 Mittelfluss und Leistungsorientierte Mittelvergabe	142
<b>E.</b>	<b>Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Konzepts für den Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus</b>	<b>143</b>
<b>E.I</b>	<b>Zu Zielen und Rahmenbedingungen</b>	<b>147</b>
	I.1 Zu Ressortübergreifender Zusammenarbeit	149
	I.2 Zur Entscheidung zur eigenständigen Universität	150
<b>E.II</b>	<b>Zu geplanten Leitungsstrukturen und Organisation</b>	<b>151</b>
	II.1 Zu Rahmenbedingungen der Kooperationen mit der BTUCS und der Region	154
<b>E.III</b>	<b>Zur geplanten Forschungsausrichtung</b>	<b>155</b>
	III.1 Zum geplanten Forschungsprofil	155
	III.2 Zum Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung	158
	III.3 Zum Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens	160
	III.4 Zur Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen	161
	III.5 Zu Transfer und Translation	163
<b>E.IV</b>	<b>Zu Studium und Lehre</b>	<b>164</b>
	IV.1 Zum geplanten Curriculum und zu Infrastrukturen für die Lehre	164
	IV.2 Zum geplanten Lehrkonzept	168
	IV.3 Zu Zugang und Verbleib der Studierenden	170
<b>E.V</b>	<b>Zum Digitalisierungskonzept</b>	<b>171</b>
<b>E.VI</b>	<b>Zu Krankenversorgung</b>	<b>173</b>
	VI.1 Zur Krankenversorgung am CTK	173
	VI.2 Zur geplanten Weiterentwicklung des CTK zum Universitätsklinikum	174

<b>E.VII</b>	<b>Zu Personal und Berufungen</b>	<b>176</b>
	VII.1 Zu Personalplanungen und Berufungen in der Start- und Gründungsphase	177
	VII.2 Zur weiteren Berufungs- und Personalplanung	179
	VII.3 Zu Vereinbarkeit und Gleichstellung	181
<b>E.VIII</b>	<b>Zu Infrastrukturellen Rahmenbedingungen</b>	<b>181</b>
	VIII.1 Zu baulichen Infrastrukturen	183
	VIII.2 Zu Infrastrukturen für die Forschung	184
	VIII.3 Zu Infrastrukturen für die Lehre	185
	VIII.4 Zu Digitalen Infrastrukturen	186
<b>E.IX</b>	<b>Zum Finanziellen Rahmen</b>	<b>187</b>
	IX.1 Zu Investitionen	187
	IX.2 Zum Betrieb	188
	IX.3 Zur finanziellen Situation nach 2038 (Auslaufen der Bundesfördermittel)	189
<b>Anhang</b>		<b>191</b>
<b>I.</b>	<b>Organe und Gremien des IUC nach Abschluss der Gründungsphase</b>	<b>193</b>
<b>II.</b>	<b>Mögliche Kooperationspartner der Außeruniversitären Forschungseinrichtungen</b>	<b>197</b>
<b>III.</b>	<b>Ausgewählte Forschungsprojekte am CTK</b>	<b>199</b>
<b>IV.</b>	<b>Versorgungsstufen im Vierten Krankenhausplan des Landes Brandenburg</b>	<b>200</b>
<b>V.</b>	<b>Vorschlagsliste für Forschungsthemen der Expertenkommission, die in Denominationen umgesetzt werden könnten</b>	<b>202</b>
<b>VI.</b>	<b>Potenzielle Forschungsfelder</b>	<b>203</b>
<b>VII.</b>	<b>Initiativen und Programme der Digital Roadmap des CTK</b>	<b>208</b>
<b>VIII.</b>	<b>Auswahl an medizinischen Großgeräten am CTK seit 2021</b>	<b>209</b>
	Abkürzungsverzeichnis	210
	Abbildungsverzeichnis	212
	Tabellenverzeichnis	213
	Übersichtsverzeichnis	214
<b>IX.</b>	<b>Anhangtabellen und -abbildungen</b>	<b>215</b>
<b>Mitwirkende</b>		<b>225</b>



---

# Vorbemerkung

Der Bewertungsbericht zum Konzept für den Aufbau des IUC ist in zwei Teile gegliedert. Der darstellende Teil ist mit dem Land abschließend auf die richtige Wiedergabe der Fakten abgestimmt worden. Der Bewertungsteil gibt die Einschätzung zum Konzept für den Aufbau des IUC wieder.

---

# D. Ausgangslage zum Konzept für den Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus

Das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg (MWFK) hat dem Wissenschaftsrat Ende März 2023 einen Selbstbericht zum geplanten Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus (IUC) übermittelt. Auf Basis dieses Selbstberichts sowie ergänzender Unterlagen wurde die vorliegende Ausgangslage (Teil A) verfasst.

## **D.1 ZIELE UND RAHMENBEDINGUNGEN**

---

### I.1 Ziele und Rahmenbedingungen aus Sicht des Landes

Im März 2023 beschloss die Landesregierung Brandenburg den Aufbau einer eigenständigen Medizinischen Universität in Cottbus. Der Entscheidung für den Aufbau einer ersten staatlichen Universitätsmedizin im Land ging ein über mehrere Jahre geführter Beratungsprozess voraus. Die im September 2020 vom MWFK beratend eingesetzte Expertenkommission |<sup>26</sup> legte im Juni 2021 Empfehlungen zu Eckpunkten und Schwerpunktsetzungen des IUC vor. Seither werden in verschiedenen Arbeitsgruppen die Empfehlungen der Expertenkommission konkretisiert und weiterentwickelt. |<sup>27</sup>

|<sup>26</sup> Die Expertenkommission zum Aufbau des IUC besteht aus dem Vorsitzenden der Kommission und weiteren zehn Mitgliedern. Weitere Sachverständige wurden von der Expertenkommission im Rahmen der Beratungen zu einzelnen Themen angehört. Die Expertenkommission hat für die operativen Arbeiten zur weiteren Konkretisierung der Empfehlungen und zur Vorbereitung der Gründung die Einsetzung einer oder eines Projektbeauftragten durch das MWFK empfohlen. Dieser Empfehlung ist das Land durch die Ernennung zweier Projektbeauftragter nachgekommen.

|<sup>27</sup> In den sechs Arbeitsgruppen (AG Bau, AG Finanzierung, AG Forschung, AG Studium und Lehre, AG Trägerwechsel, AG Vernetzung) sind neben dem MWFK das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, das Projektteam, themenspezifisch einzelne Vertreterinnen bzw. Vertreter der Expertenkommission sowie weitere Landesministerien und weitere Einrichtungen vertreten.

Für die operativen Aufgaben hat das MWFK ein Projektteam, geleitet von zwei Projektbeauftragten, eingesetzt, das die weitere Konzeptionierung des IUC in fachlicher Hinsicht koordiniert.

Zugleich wird die Umsetzung des Projekts auf Minister- und Ministerinnen-Ebene der einschlägigen Ressorts in Form des für diesen Zweck eingerichteten Steuerungskreises IUC begleitet, um politische Weichenstellungen eng und zeitnah abzustimmen.

Der landesseitige Beschluss der Gründung einer Medizinischen Universität erfolgte vor dem Hintergrund eines tiefgreifenden Strukturwandels aufgrund des 2020 beschlossenen Ausstiegs der Region Lausitz aus dem Kohleabbau bis spätestens 2038. Für die erfolgreiche Bewältigung dieser Transformation strebt die Landesregierung die Entwicklung der Lausitz zu einer europäischen Modellregion an: Der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien der laufenden Legislaturperiode (2019–2024) sieht die Entwicklung der „Modellregion Gesundheit Lausitz“ vor, die sich über vier Landkreise der Region Lausitz sowie die kreisfreie Stadt Cottbus erstreckt. Die **Modellregion Gesundheit Lausitz** umfasst:

- \_ den Aufbau einer Universitätsmedizin in Cottbus;
- \_ den Ausbau des Carl-Thiem-Klinikums (CTK) in Cottbus zu einem Universitätsklinikum als Digitalem Leitkrankenhaus sowie
- \_ die Einrichtung eines digitalen Gesundheitsnetzwerks, um neue Versorgungsmodelle in der Region datenbasiert zu erproben. |<sup>28</sup>

Der Aufbau der Modellregion Gesundheit Lausitz wird im Rahmen des Lausitzprogramms 2038 |<sup>29</sup> sowie des Strukturstärkungsgesetzes Kohleregionen verfolgt. Finanziell wird deren Aufbau durch den Bund im Rahmen des StStG unterstützt. Der Aufbau der Modellregion Gesundheit Lausitz wurde mit dem Titel **„Innovationszentrum Universitätsmedizin Cottbus“** im Investitionsgesetz

Weitere Sachverständige wurden im Rahmen von Beratungen zu einzelnen Themen angehört. Die Arbeitsgruppen werden durch das Projektteam bzw. Mitglieder der Expertenkommission (AG Forschung, AG Studium und Lehre) geleitet.

|<sup>28</sup> Vgl. SPD, CDU Landesverband Brandenburg, Bündnis90/Die Grünen (Hrsg.) (2019): Ein neues Kapitel für Brandenburg. Zusammenhalt, Nachhaltigkeit, Sicherheit; Potsdam. URL: [https://www.brandenburg.de/media/bb1.a.3833.de/Koalitionsvertrag\\_Endfassung.pdf](https://www.brandenburg.de/media/bb1.a.3833.de/Koalitionsvertrag_Endfassung.pdf), zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

|<sup>29</sup> Das Lausitzprogramm 2038 gibt als „Prozesspapier zum Aufbau von Entscheidungs- und Begleitstrukturen im Transformationsprozess“ die strategischen Ziele der Strukturentwicklung der Region Lausitz wider. In diesem Programm wird die BTUCS als maßgeblicher Akteur benannt, der mit anwendungsorientierter Forschung und Lehre dem Fachkräftemangel entgegenwirken soll. Die Region Lausitz soll als moderner Forschungs-, Innovations- und Wissenschaftsstandort aufgestellt und eine Modellregion Gesundheit geschaffen werden, die Forschung, Lehre und Versorgung unter Nutzung der Digitalisierung verknüpft. Vgl. Staatskanzlei Lausitz (2020): Das Lausitzprogramm 2038. Prozesspapier zum Aufbau von Entscheidungs- und Begleitstrukturen im Transformationsprozess. URL: [https://lausitz-brandenburg.de/wp-content/uploads/2020/09/Lausitzprogramm-2038\\_20200914.pdf](https://lausitz-brandenburg.de/wp-content/uploads/2020/09/Lausitzprogramm-2038_20200914.pdf), zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

Kohleregionen (InvKG – Art. 1 StStG, § 17 S. 1 Nr. 28) aufgenommen. |<sup>30</sup> Das IUC soll aus der Medizinischen Universität einschließlich des zum Universitätsklinikum ausgebauten CTK sowie der Modellregion Gesundheit Lausitz bestehen. Für die Modellregion ist keine eigene Rechtspersönlichkeit vorgesehen; sie soll durch einen Innovations- und Netzwerkrat als Gremium institutionell an die Medizinische Universität angebunden sein. Hierdurch sollen zugleich die Belange der beteiligten Akteure der Gesundheitsversorgung und der Universitätsmedizin berücksichtigt sowie Verbindlichkeit erzeugt werden (siehe D.II.3). Durch den Aufbau eines digitalisierten Netzwerks der regionalen Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung sowie den Ausbau des CTK zu einem Digitalen Leitkrankenhaus soll die infrastrukturelle Anbindung der Modellregion realisiert werden.

Die Entscheidung des Landes für den Aufbau einer Medizinischen Universität in Cottbus wird, so das Land, getragen von der Einschätzung, durch den Aufbau des Bereichs Medizin und Gesundheit sowohl

- \_ die flächendeckende ländliche medizinische Versorgung in der Region zu leisten als auch
- \_ durch mit dem Aufbau des IUC entstehende Beschäftigungsmöglichkeiten im Gesundheitssektor die Attraktivität der Region Lausitz zu steigern sowie
- \_ durch den Ausbau zum zentralen Standort für Gesundheitssystementwicklung über die Region und das Land hinaus zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems beizutragen.

Das Land hat mit dem Aufbau des IUC mit den beiden geplanten **Forschungsschwerpunkten Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens** die Entwicklung der Medizinischen Universität zu einem Spitzenstandort für Gesundheitssystementwicklung zum Ziel. Dafür sollen die unterschiedlichen Versorgungsakteure der Modellregion miteinander digital vernetzt werden und untereinander kooperieren: Pseudonymisierte Daten sollen an die Medizinische Universität Cottbus gesendet, dort aufbereitet und ausgewertet werden. Zugleich soll der Rückfluss in die Region in Form von Wissen, Transfer sowie Fortbildungs- und Versorgungsangeboten erfolgen. Langfristig soll die Schwerpunktsetzung die Entwicklung von Versorgungsstrukturen in der Modellregion Gesundheit Lausitz befördern. Gleichzeitig sollen damit Modelle auch für weitere unterversorgte strukturschwache Regionen entwickelt und so

|<sup>30</sup> „Ein Innovationszentrum Universitätsmedizin Cottbus (IUC) soll als Kern der Modellregion Gesundheit Lausitz aufgebaut werden. Forschung, Lehre und Versorgung sollen in neuartiger Weise unter der Nutzung der Digitalisierung verknüpft und in einem ‚Reallabor‘ für digitale Gesundheitsversorgung umgesetzt werden. Zugleich sollen die Medizinerbildung neu strukturiert und die Gesundheitsversorgung ‚aus einem Guss‘ neu gedacht werden.“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2020): Strukturstärkungsgesetz Kohleregionen; in: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 37; Bonn. S. 1800. URL: [https://media.offenegesetze.de/bgbl1/2020/bgbl1\\_2020\\_37.pdf#page=2](https://media.offenegesetze.de/bgbl1/2020/bgbl1_2020_37.pdf#page=2), zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

ein Beitrag zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems geleistet werden. Dabei soll dem geplanten Kompetenzzentrum für Gesundheitssystementwicklung eine wesentliche Aufgabe für den Transfer in und Beratung von Politik und Akteuren des Gesundheitssystems sowohl regional als auch – längerfristig – national und international zukommen (siehe D.IX.2.b).

Mit Blick auf Studium und Lehre soll dem Einsatz von Digitalisierung in Diagnose, Therapie und Prävention von Krankheiten und den Herausforderungen einer älter werdenden Bevölkerung im ländlichen Raum besondere Bedeutung zukommen. Das Curriculum des Studiengangs Humanmedizin, die drei geplanten Masterstudiengänge Medical Data Science, Gesundheitssystemwissenschaften und Advanced Nursing Practice sowie strukturierte Promotionsmöglichkeiten zielen auf die durchgängige Integration der geplanten Forschungsschwerpunkte Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Darüber hinaus verzeichnet das Land die interprofessionelle Versorgung als relevanten Schwerpunkt in Studium und Lehre. Das Land geht davon aus, mit der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonal am IUC zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Lausitz und weiteren Regionen maßgeblich beizutragen.

Mit dem Aufbau des IUC zielt das Land darüber hinaus auf die Umsetzung von System- und Zukunftsaufgaben als vierte Säule der Universitätsmedizin: In diesem Sinne soll die Medizinische Universität als Kern eines regionalen Forschungs-, Lehr- und Versorgungsnetzwerks agieren und die digitale Vernetzung der Akteure der Gesundheitsversorgung befördern. Gefördert werden soll dieser Prozess durch das zum Digitalen Leitkrankenhaus und Universitätsklinikum auszubauende CTK, das koordinierend und unterstützend fungieren soll. Besondere Relevanz kommt dabei, so das Konzept, dem Aufbau von Plattform-Angeboten am Universitätsklinikum, wie etwa eine Telemedizin-Plattform, zu.

Mit dem Aufbau des IUC möchte das Land zudem dem Fachkräftemangel entgegenwirken. Fachkräfte sollen in der Region gehalten und gleichzeitig die Attraktivität für neu hinzuziehende, ausgebildete oder auszubildende Fachkräfte gesteigert werden. So verzeichnet das Land einen Bedarf von ca. 1.900 bzw. 4.800 Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bis 2026 bzw. 2036. Aufgrund des höheren Altersdurchschnitts der Ärztinnen und Ärzte in der Modellregion Gesundheit Lausitz ist der Bedarf hier anteilig höher mit einem Bedarf von ca. 500 bzw. ca. 1.100 Ärztinnen und Ärzten bis 2026 bzw. 2036. Mit dem Aufbau des IUC soll nicht nur durch die Ausbildung von jährlich circa 200 Medizinerinnen und Mediziner (im Vollausbau) qualifiziertes Personal ausgebildet und ein Beitrag zur Sicherstellung des Bedarfs geleistet werden. Die Schwerpunktsetzung auf Public Health und Global Health sowie der Masterstudiengang Gesundheitssystemwissenschaften sollen primär die Ausbildung von qualifiziertem Personal für den Gesundheitssektor und den öffentlichen Gesundheitsdienst stärken (siehe D.V.1.d).

Die Neugründung der Universitätsmedizin Cottbus hat aus Sicht des Landes insbesondere den Vorteil einer erhöhten Standortattraktivität für ausgebildetes Personal, vor allem durch die geplanten adäquaten Stellenprofile für akademisierte Gesundheitsfachpersonen sowie die Arbeit in interprofessionellen Teams. Der sogenannte Klebe-Effekt, die Bindung von Studierenden in der Region auch nach Studienabschluss, soll durch ein derzeit aufzubauendes Netzwerk von Lehrpraxen und durch eine Landarztquote für Medizinstudienplätze gefördert werden (siehe D.V.4). Um den Versorgungsansprüchen der ländlichen Region gerecht zu werden, ist der Einbezug des ambulanten Versorgungssektors durch das IUC explizit vorgesehen (siehe D.VIII).

Neben der Gründung des IUC sind weitere Strukturprojekte im Hochschul- und Wissenschaftssektor geplant (siehe Empfehlungen der Landesstrukturbegutachtung [LSB]) |<sup>31</sup> und weitere Strukturmaßnahmen vorgesehen. In dem Aufbau des IUC sieht das Land die große Chance, die gesamte regionale Wirtschaft zu stärken, weil die Region durch den Aufbau des IUC insgesamt attraktiver werden soll, insbesondere für Unternehmen aus den Bereichen IT und Gesundheitswirtschaft aber auch für weitere Wirtschaftsbereiche und die derzeit ansässigen Unternehmen. Langfristig soll somit der rückläufigen demografischen Entwicklung entgegengewirkt werden.

## 1.2 Verortung des IUC in der Hochschullandschaft Brandenburgs

Das Land Brandenburg unterhält vier staatliche Universitäten in Cottbus, Frankfurt (Oder), Potsdam und die Filmuniversität Babelsberg Konrad Wolf sowie vier staatliche Fachhochschulen. |<sup>32</sup>

Außerdem verfügt das Land über zwei nichtstaatliche Universitäten mit medizinischen Studienangeboten (Health and Medical University in Potsdam und Medizinische Hochschule Brandenburg) sowie mehrere nichtstaatliche Fachhochschulen (siehe Tabelle A 3 im Anhang).

Neben den Hochschulen sind im Land Brandenburg zudem zahlreiche außeruniversitäre Forschungseinrichtungen angesiedelt. |<sup>33</sup> Zwischen den vergleichsweise jungen Hochschulen und den langjährig verankerten außeruniversitären

|<sup>31</sup> Vgl.: Wissenschaftsrat (2024): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Hochschulsystems des Landes Brandenburg; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/bwn9-yd06>.

|<sup>32</sup> Eine ausführliche Darstellung und Analyse des Hochschulsystems des Landes Brandenburg wurde im Rahmen der Landesstrukturbegutachtung Brandenburg durch den Wissenschaftsrat erarbeitet und in den Empfehlungen im Januar 2024 veröffentlicht.

|<sup>33</sup> Zu nennen sind: die Fraunhofer-Gesellschaft mit fünf Einrichtungen (inkl. Projektgruppen), die Helmholtz-Gemeinschaft mit sechs Einrichtungen, die Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried-Wilhelm-Leibniz mit zehn Instituten (inkl. Senckenberg Gesellschaft für Naturforschung [SGN]-Außenstelle), die Max-Planck-Gesellschaft mit drei Einrichtungen, die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) sowie, bis zum 31.12.2023, die Beteiligung an acatech - Deutsche Akademie der Technikwissenschaften.

Forschungseinrichtungen im Land bestehen vielfältige Kooperationsbeziehungen, auch in Form von gemeinsamen Berufungen (siehe LSB-Empfehlungen).

Die Hochschullandschaft und das jeweilige Fächerspektrum der Hochschulen des Landes Brandenburg sind nach Angaben des Landes weitgehend komplementär ausgerichtet. Mit der Einrichtung einer eigenständigen Medizinischen Universität in Form eines institutionalisierten Integrationsmodells in staatlicher Trägerschaft zielt das Land auf die Stärkung der Hochschullandschaft Brandenburgs. |<sup>34</sup> So soll aus Sicht des Landes die höchstmögliche organisatorische Autonomie das IUC dazu befähigen, unabhängig von den Schwerpunktsetzungen anderer Hochschuleinrichtungen Forschungsstärke auf höchstem Niveau zügig zu entwickeln und eine bestmögliche Entwicklung von IUC und BTUCS in enger Kooperation gewährleisten. Im Rahmen des vorgesehenen Kooperationsvertrags sollen Anreize in Form von zusätzlicher personeller Ausstattung und kooperationsgebundenen Fördermitteln die Zusammenarbeit beider Einrichtungen unterstützen.

Die Universitätsmedizin soll neben der bisherigen universitätsmedizinischen Aufgabentrias von Forschung, Lehre und Krankenversorgung als vierte Säule System- und Zukunftsaufgaben und damit systemrelevante Koordinations- und Innovationsaufgaben zwischen Wissenschaft und Versorgung übernehmen. Dieser erweiterte Aufgabenkanon soll beim IUC erstmals gesetzlich verankert werden. Das Modell einer eigenständigen Medizinischen Universität mit institutionalisierter Integration von medizinischer Wissenschaft und einem Universitätsklinikum bietet aus Sicht des Landes eine geeignete Organisationsstruktur für eine besonders enge Verflechtung dieser vier öffentlichen Aufgaben und für ihre Rolle als Kern eines Forschungs-, Lehr- und Versorgungsnetzwerks in der Modellregion Gesundheit Lausitz. Die BTUCS ist aus Sicht des Landes der zentrale Kooperationspartner für das IUC. Außerdem werden aus Sicht des Landes durch dieses Organisationsmodell Synergien zwischen IUC und BTUCS ermöglicht. |<sup>35</sup>

|<sup>34</sup> Ebenso wie das geplante IUC ist die BTUCS am Standort Cottbus angesiedelt. Die Technische Universität soll nach Plänen des Landes eine Profilschärfung erfahren und durch den Einbezug in eine Vielzahl an Strukturwandelprojekten zur Stärkung der Region beitragen, so etwa durch die Zusammenarbeit mit außeruniversitären Instituten, insbesondere im geplanten Lausitz Science Park am Standort Cottbus als Wissenschafts- und Technologiepark. Auch ordnet das Lausitzprogramm 2038 die BTUCS als Anknüpfungspunkt für eine innovationsorientierte Regionalentwicklung ein. Vgl. Staatskanzlei Lausitz (2020): Das Lausitzprogramm 2038. Prozesspapier zum Aufbau von Entscheidungs- und Begleitstrukturen im Transformationsprozess. URL: [https://lausitz-brandenburg.de/wp-content/uploads/2020/09/Lausitzprogramm-2038\\_20200914.pdf](https://lausitz-brandenburg.de/wp-content/uploads/2020/09/Lausitzprogramm-2038_20200914.pdf), zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

|<sup>35</sup> Der Wissenschaftsrat hatte 1993 empfohlen, die Brandenburgische Technische Universität (BTU) Cottbus und die Fachhochschule Lausitz in das Hochschulverzeichnis des Hochschulbauförderungsgesetzes aufzunehmen. In der Stellungnahme des Wissenschaftsrats im Jahr 2002 sprach er sich für eine stärkere wissenschaftliche Profilierung der BTU Cottbus sowie für eine engere Kooperation mit der FH Lausitz aus. Nach der erfolgten Fusion im Jahr 2013 nahm der Wissenschaftsrat im Jahr 2016 Stellung zur Hochschulregion Lausitz. Darin empfohlen wird u. a. eine Konsolidierungsphase zur Entwicklung und Stabilisierung, eine integrative wissenschaftliche Aufbaustruktur in allen Fakultäten sowie die Einführung von Mechanismen und Instrumenten der Selbsterneuerung und Themenentwicklung. Vgl. Wissenschaftsrat (2016): Stellungnahme zum Neuordnungskonzept der Hochschulregion Lausitz; Potsdam. URL: [https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5257-16.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5257-16.pdf?__blob=publicationFile&v=1).

Synergien der beiden Einrichtungen sollen sich laut Selbstbericht des Landes in engen Kooperationen in medizinnahen Bereichen der BTUCS, namentlich in den Profillinien Gesundheit und Life Sciences sowie im Querschnittsthema KI und Sensorik ergeben, insbesondere in den Bereichen Medizintechnologie, Medizininformatik, Therapie- und Pflegewissenschaften sowie im Bereich der interprofessionellen Ausbildung und in naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern der Humanmedizin (siehe D.IV.1).

Neben der BTUCS als zentralem Kooperationspartner des IUC bietet sich für Kooperationen aus Sicht des Landes insbesondere die Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) an, deren Profil einen dem IUC ähnlich gelagerten Forschungsschwerpunkt Versorgungsforschung vorweist. In der geografischen Lage der beiden Standorte, die in einiger Entfernung zueinander zu verorten sind, erkennt das Land die Chance, die Erforschung des Gesundheitssystems in Brandenburg komplementär und kooperativ auszurichten. Die Einschätzung möglicher Kooperationen des IUC mit der Health and Medical University (HMU) kann aus Sicht des Landes derzeit noch nicht erfolgen, da die HMU noch am Anfang ihrer wissenschaftlichen Profilbildung steht.

Die gemeinsame Fakultät für Gesundheitswissenschaften (FGW) wurde im Jahr 2018 durch die drei Trägerhochschulen Universität Potsdam (UNIP), BTUCS sowie MHB gegründet, die zuvor Träger des im Jahr 2015 seitens der Landesregierung initiierten Gesundheitscampus Brandenburg waren. |<sup>36</sup> Die im Forschungskonzept der FGW enthaltenen beiden Profilbereiche Prävention, Behandlung und Rehabilitation sowie Versorgungsforschung mit Schwerpunkt eHealth bieten Anknüpfungspunkte zu Forschungsschwerpunkten des IUC. Mit Gründung des IUC verändern sich aus Sicht des Landes auch die Rahmenbedingungen der FGW, da das IUC mit seinem Profil die mit der FGW verfolgten Zielsetzungen maßgeblich mit abdecken wird. Daher wurden mit dem Haushaltsplan 2022 des Landes Brandenburg die Mittel für Aufbau und Entwicklung der FGW für die beiden staatlichen Trägerhochschulen UNIP und BTUCS von 5 Mio. Euro auf 2,5 Mio. Euro jährlich gekürzt. Die MHB erhält weiterhin jährlich 1,6 Mio. Euro Projektförderung. Die Trägerhochschulen haben danach entschieden, die FGW mit verringerter Professurenzahl weiter zu führen. Eine Entscheidung der verantwortlichen Trägerhochschulen über die zukünftige, gegebenenfalls komplementäre Aufstellung der FGW zum IUC, was aus Sicht des Landes eine mögliche Ausrichtung wäre, steht derzeit noch aus (Stand November 2023). |<sup>37</sup>

|<sup>36</sup> Der Gesundheitscampus Brandenburg fungierte als Netzwerk von Akteuren aus den Bereichen Hochschule, Forschung und Gesundheitssystem. Zentrales Ziel des Netzwerks war insbesondere die Fachkräftesicherung im Gesundheitsbereich und die Sicherstellung guter medizinischer und pflegerischer Versorgung im Land sowie die Erforschung von Medizin und Gesundheit des Alters.

|<sup>37</sup> Im Rahmen der Landesstrukturbegutachtung des Hochschulsystems des Landes Brandenburg wird eine Empfehlung zur Schließung der FGW und zum Verbleib der bereits besetzten drei Professuren an der BTUCS ausgesprochen (siehe LSB-Empfehlungen).

Im Rahmen der Forschung am IUC sollen Kooperationen außerdem mit Versorgungsakteuren und regionalen Einrichtungen erfolgen, insbesondere um Daten für die Versorgungsforschung zu generieren. Der Aus- und Aufbau weiterer Kooperationen mit weiteren universitätsmedizinischen Standorten und außeruniversitären Forschungsinstituten ist beabsichtigt (siehe D.IV.1). Abbildung 1 stellt die geplante Vernetzung innerhalb der Modellregion Gesundheit Lausitz mit der Medizinischen Universität als Kern dar.

**Abbildung 1: Das IUC in der Modellregion Gesundheit Lausitz**



Die Abbildung aus dem Selbstbericht des Landes zeigt die vernetzte Modellregion Gesundheit Lausitz als digital unterstütztes Netzwerk aller Leistungserbringer mit der Medizinischen Universität in Cottbus als Kern des regionalen Forschungs-, Lehr- und Versorgungsnetzwerks.

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus.

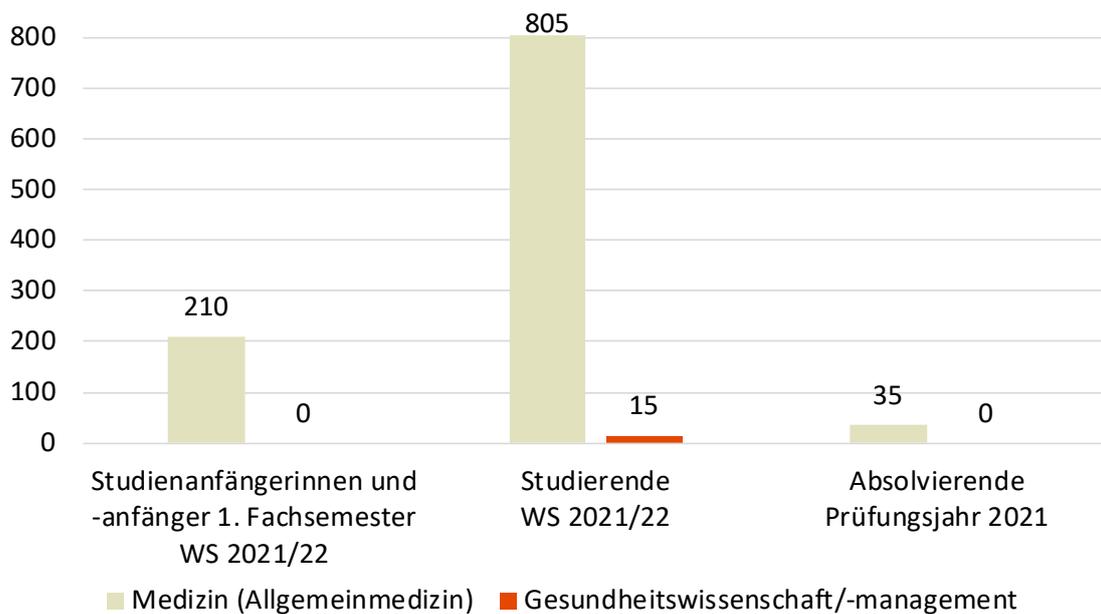
### I.3 Aktuelle Situation der Ausbildung im Fach Humanmedizin in Brandenburg

Das Studium der Humanmedizin wird in Brandenburg derzeit an den beiden nichtstaatlichen Hochschulen MHB mit Hauptstandorten in Neuruppin und Brandenburg an der Havel sowie HMU in Potsdam angeboten.

Im Wintersemester 2021/22 waren 805 Studierende der Humanmedizin an beiden Standorten in Brandenburg eingeschrieben, was einem Anteil von 0,7 % aller 105.275 Medizinstudierenden im gleichen Zeitraum in Deutschland entspricht. |<sup>38</sup>

Im Prüfungsjahr 2021 absolvierten 35 Studierende in Brandenburg erfolgreich ihr Studium der Medizin, 210 Studierende begannen das Studium der Medizin. Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Studierendenzahlen für den Zeitraum 2021/22.

**Abbildung 2: Anzahl der Studienanfängerinnen und -anfänger, Studierenden sowie Absolvierenden der Humanmedizin und Gesundheitswissenschaft/-management in Brandenburg, 2021/22**



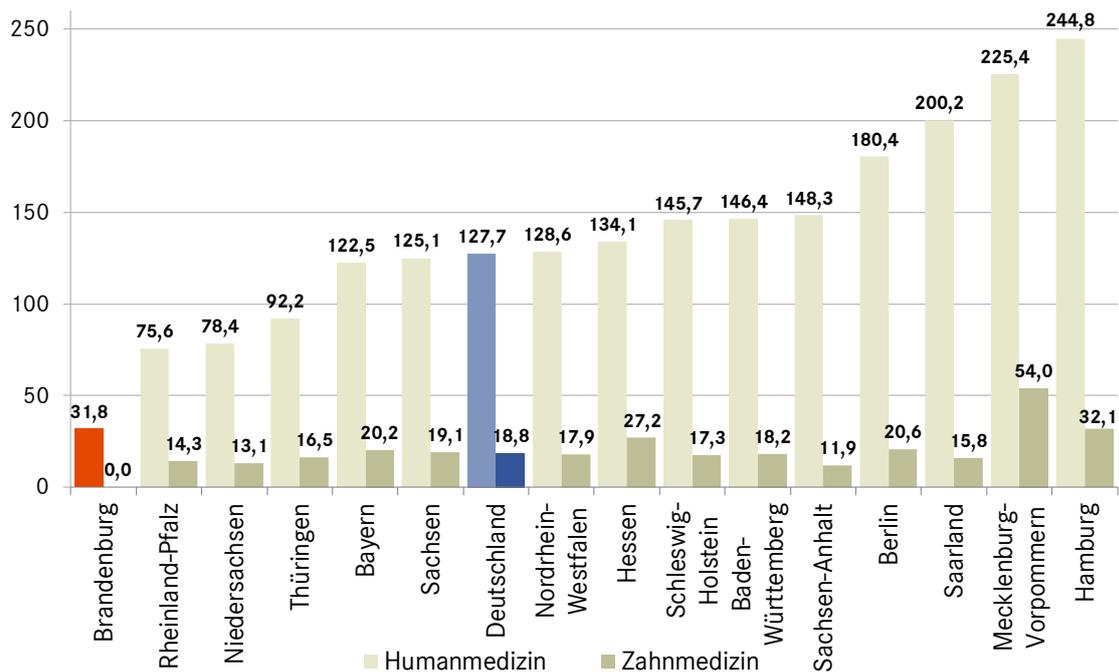
Quelle: Statistisches Bundesamt: Hochschulstatistische Kennzahlen; eigene Darstellung.

Bezogen auf die Einwohnerzahl liegt die Anzahl der Studierenden in der Humanmedizin in Brandenburg aktuell mit 31,8 Studierenden je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner erwartungsgemäß unter dem Bundesdurchschnitt (siehe Abbildung 3). Zu den bestehenden Studienplätzen sollen im Endausbau des IUC 165 Studienplätze hinzukommen; gestartet werden soll mit einer Zulassungszahl von 72 neuen Studienplätzen pro Jahr. |<sup>39</sup> Ein paralleler Abbau von Studienplätzen an bereits bestehenden universitätsmedizinischen Einrichtungen des Landes, den beiden nichtstaatlichen Hochschulen MHB sowie HMU, ist, so das Land, nicht vorgesehen.

|<sup>38</sup> Vgl. Rainer Radtke (2022): Anzahl der Studenten im Fach Allgemeinmedizin in Deutschland bis 2022. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/6706/umfrage/entwicklung-der-anzahl-der-medizinstudenten/>, zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

|<sup>39</sup> Gemäß dem vom MWFK beauftragten Kapazitätsgutachten beträgt die patientenbezogene Aufnahmekapazität 165 Studienplätze pro Jahr. Das Land strebt an, die patientenbezogene Kapazität perspektivisch auf 200 Medizinstudierende pro Jahr anzuheben (siehe D.V).

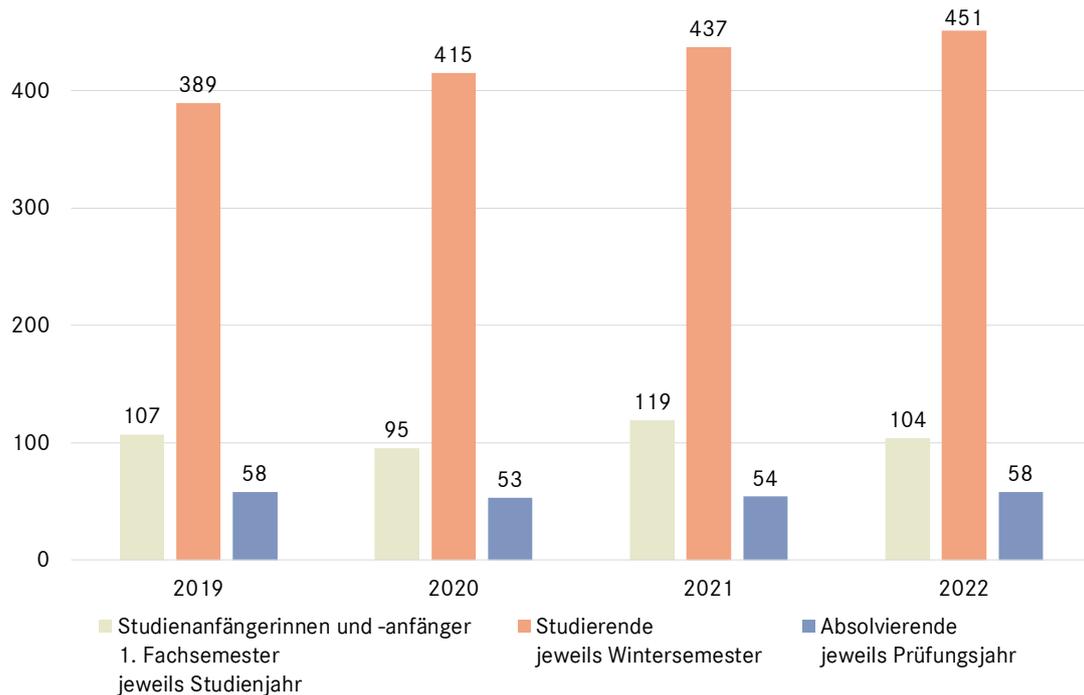
**Abbildung 3: Studierende in der Human- und Zahnmedizin je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, WS 2021/22**



Quelle: Statistisches Bundesamt: Hochschulstatistische Kennzahlen; Bevölkerungszahlen, Stand 31.12.2021; eigene Darstellung.

Darüber hinaus werden derzeit in Brandenburg Studiengänge der Gesundheitsfachberufe an fünf staatlichen und nichtstaatlichen Hochschulen (BTUCS, MHB, UNIP, HMU, Hochschule Döpfer in Potsdam) angeboten. Im Wintersemester 2022/23 waren 1.557 Studierende der Gesundheitsfachberufe an einem der Standorte eingeschrieben. Im gleichen Zeitraum haben 105 Studierende ein Studium der Gesundheitswissenschaften absolviert. Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Studierendenzahlen gesamt, der Studienanfängerinnen und -anfänger sowie der Absolvierenden für den Zeitraum 2019–2022.

**Abbildung 4: Anzahl der Studienanfängerinnen und -anfänger, Studierenden sowie Absolvierenden der Gesundheitswissenschaften in Brandenburg, 2019–2022**



Die hier abgebildeten Daten fassen die Zahlen verschiedener gesundheitswissenschaftlicher Fächer zusammen (Pflege-, Therapie- sowie Gesundheitswissenschaften, Gesundheitspädagogik und Hebammenwissenschaft). Eine ausführliche Darstellung der Studierenden-, Absolvierenden- und Studienanfängerinnen und -anfängerzahlen nach Hochschule, Fach und Abschluss ist im Anhang zu finden (siehe Tabelle A 2, Tabelle A 3 und Tabelle A 4 im Anhang).

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

## **D.II LEITUNGSSTRUKTUREN UND ORGANISATION**

### II.1 Struktur und Governance des IUC

Laut Eckpunkten zum Universitätsmedizingesetz soll das IUC als eigenständige Medizinische Universität einschließlich Universitätsklinikum (institutionalisiertes Integrationsmodell) mit einer gesetzlich-institutionellen Anbindung an die Modellregion Gesundheit Lausitz errichtet werden. Die Errichtung soll in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts erfolgen. Es soll insbesondere den Wissens- und Technologietransfer fördern und den Kern eines Forschungs-, Lehr- und Versorgungsnetzwerks der Modellregion Gesundheit Lausitz bilden.

Die in Form einer KdÖR gestaltete Medizinische Universität soll mit Arbeitgeber- und Dienstherrenfähigkeit ausgestattet sein. Qua Aufgabentransfer soll der Krankenhausbetrieb auf die KdÖR übertragen werden und diese den Versorgungsauftrag als Hochschulklinik wahrnehmen (siehe D.II.4).

In der Abwägung des Landes zwischen einer eigenständigen Medizinischen Universität und einer Gliedkörperschaft der BTUCS fiel die Entscheidung zugunsten einer eigenständigen Medizinischen Universität aus.

Die Entscheidung des Landes für den Aufbau einer eigenständigen Medizinischen Universität stützt sich auf ein **Rechtsgutachten zur Rechts- und Organisationsform des IUC** vom 06. März 2023. |<sup>40</sup> Diese gutachterliche Stellungnahme führt insbesondere einen ausführlichen **Modellvergleich zwischen einem Gliedkörperschaftsmodell und einer eigenständigen Universitätsmedizin** aus, der die Aspekte der tarifvertraglichen Bindung des IUC, Zusatzversorgung der Beschäftigten des IUC, Einbindung des CTK sowie steuerliche Aspekte (§ 2 b UStG, Gemeinnützigkeit, Grunderwerbsteuer) umfasst.

Während im Gliedkörperschaftsmodell aus Sicht des Landes, wie auch im Rechtsgutachten ausgeführt, die Risiken von Umsatzsteuern aufgrund der nicht eindeutigen Trennung bzw. Abgrenzung der beiden Rechtsträger IUC und BTUCS sowie aus Sicht des Landes nahezu unüberwindbare Herausforderungen des Arbeits- und Tarifrechts und der betrieblichen Altersversorgung zum Tragen kämen, werden diese Herausforderungen im Modell einer eigenständigen Medizinischen Universität aus Sicht des Landes überwunden. Zudem lasse, so das Land, dieses Modell der BTUCS die Konzentration auf die eigene Entwicklung, die im Zuge der andauernden Konsolidierungsphase (siehe Fußnote 35) und weiterer Strukturwandelprojekte ebenfalls herausfordernd sein wird. Auch solle das Verwaltungspersonal des IUC fast vollständig spezifische Aufgaben in der Universitätsmedizin übernehmen, die sich vom Aufgabenprofil der Verwaltung der BTUCS erheblich unterscheiden und daher nur begrenzte Synergien erwarten ließen. Schließlich weist das Rechtsgutachten auch auf die günstigeren Bedingungen des Monitorings der Beziehungen zwischen dem IUC und der BTUCS im Modell einer eigenständigen Medizinischen Universität mit Kooperationsvertrag mit der BTUCS hin, was aus umsatzsteuerlicher Sicht empfehlenswert sei.

Darüber hinaus soll das geplante Organisationsmodell des IUC auch mit Blick auf die arbeits- und tarifrechtlichen Herausforderungen von Vorteil sein, die der **Wechsel des kommunal geführten CTK zu einem Universitätsklinikum** in Landsträgerschaft mit sich bringt. Aus Sicht des Landes fördert dieses Modell, welches die Medizinische Universität als tariffähige Institution und Arbeitgeber deklariert, die Identifizierung der Beschäftigten mit der Einrichtung und erlaubt einen Haustarifvertrag in Übereinstimmung mit dem Tarifgefüge des Landes.

Im Ergebnis sieht das Land in der Struktur einer eigenständigen Medizinischen Universität mit ihrer starken finanziellen Eigenverantwortung, der Organisations- sowie Entwicklungshoheit einschließlich selbständig gestalteter Berufungsverfahren den wesentlichen Vorteil für die Entwicklung des IUC.

|<sup>40</sup> Das Rechtsgutachten liegt der Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats vor.

Ein Kooperationsvertrag zwischen BTUCS und IUC soll die gewünschte synergetische Entwicklung beider Universitäten befördern. Dieser Vertrag soll aus Sicht des Landes insbesondere die umsatzsteuerfreie Gestaltung der Kooperation im Rahmen der gegenseitigen hoheitlichen Beistandsleistungen in Forschung und Lehre regeln (siehe D.II.5.b).

Das Land möchte die Organisationsstruktur des IUC mit dem Ziel einer schlanken Leitungsstruktur mit klaren Verantwortlichkeiten anlegen, die schnelle Entscheidungsfindungen ermöglichen soll. Die detaillierte rechtliche Ausgestaltung der Organe soll im Universitätsmedizingesetz Brandenburg geregelt werden, für das bereits Eckpunkte vorliegen.

## II.2 Geplante Organe und Gremien des IUC – Gründungsphase

In der Gründungsphase soll der administrative Schwerpunkt auf der Einrichtung der Drittmittelverwaltung zur Umsetzung der Bundesförderung des IUC, einer Bauverwaltung, des Verwaltungsbereichs für Berufungen und der Studierendenverwaltung liegen. Für die Gründungsphase ist keine feste zeitliche Grenze bestimmt. Sie endet mit der vollständigen Zusammensetzung der Organe. |<sup>41</sup> Zum Aufbau des IUC sind in dieser Phase die Errichtung eines Übergangsaufsichtsrats, eines Gründungsvorstands und einer Gründungskommission als zuständige Organe sowie eines Innovations- und Netzwerkrats als zentrales Gremium vorgesehen, die nachfolgend skizziert werden.

### *Übergangsaufsichtsrat*

Der Übergangsaufsichtsrat, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Landes, externen Sachverständigen und der oder dem Vorsitzenden des Betriebsrats der Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH, soll laut dem IUC-Konzept die wesentliche Aufgabe der befristeten Bestellung des Vorstands Krankenversorgung und des Kaufmännischen Vorstands übernehmen. Die Mitglieder des Übergangsaufsichtsrats sollen bis zur Bestellung aller Mitglieder des Aufsichtsrats nach Gründung des IUC die Aufgaben des zuständigen Aufsichtsrats wahrnehmen.

### *Gründungsvorstand*

Der Gründungsvorstand soll sich aus dem Vorstand Krankenversorgung, dem Kaufmännischen Vorstand und dem Gründungsvorstand Wissenschaft zusammensetzen. Letzterer soll bis zur Wahl des Wissenschaftlichen Vorstands durch den Wissenschaftssenat die Aufgaben des Wissenschaftlichen Vorstands

|<sup>41</sup> Davon zu unterscheiden ist die Startphase, die mit Gründung der Medizinischen Universität 2024 beginnt und mit Studienstart im Wintersemester 2026/27 endet.

wahrnehmen und dabei Unterstützung durch je eine professorale verantwortliche Person für die Bereiche Forschung sowie Studium und Lehre erhalten. Der Gründungsvorstand wird – vorzugsweise nach öffentlicher Ausschreibung – auf der Grundlage des Votums einer Findungskommission |<sup>42</sup> eingesetzt, um die Funktionsfähigkeit der Einrichtung zu sichern. Zudem setzt das für Hochschulen zuständige Mitglied der Landesregierung im Einvernehmen mit dem Gründungsvorstand Wissenschaft die Verantwortlichen für die Bereiche Forschung sowie Studium und Lehre für die Gründungsphase ein.

Die Mitglieder des erweiterten Vorstands (z. B. Pflegevorstand oder Digitalisierungsvorstand) sollen umgehend durch den Gründungsvorstand im Einvernehmen mit dem Übergangsaufsichtsrat bestellt werden.

#### *Gründungskommission*

Die Gründungskommission soll zur Wahrnehmung der Aufgaben des Wissenschaftssenats insbesondere zur Durchführung von Berufungsverfahren eingesetzt werden. Sie soll neben dem Gründungsvorstand Wissenschaft und den beiden Verantwortlichen für die Bereiche Forschung sowie Studium und Lehre aus weiteren sechs Mitgliedern bestehen, die das für Hochschulen zuständige Mitglied der Landesregierung benennt. Es wird angestrebt, für die Gründungskommission Mitglieder aus der Expertenkommission IUC oder Professorinnen bzw. Professoren anderer universitätsmedizinischer Standorte mit Forschungsbezügen zu den Schwerpunkten des IUC zu gewinnen. Gästen, insbesondere Mitgliedern des Advisory Boards der BTUCS, können Teilnahmerechte für Sitzungen der Gründungskommission eingeräumt werden.

#### *Innovations- und Netzwerkrat*

Nach Gründung des IUC ist die baldmöglichste Einrichtung des Innovations- und Netzwerkrats geplant, um den Aufbau des Forschungs-, Lehr- und Versorgungsnetzwerks der Modellregion Gesundheit Lausitz voranzubringen (siehe D.II.3).

### II.3 Geplante Organe und Gremien des IUC – nach Abschluss der Gründungsphase

Nach Abschluss der Gründungsphase sollen am IUC die Organe Wissenschaftssenat, Vorstand und Aufsichtsrat sowie als weiteres Gremium der Innovations- und Netzwerkrat installiert sein (zur detaillierteren Beschreibung siehe Anhang I).

Der **Wissenschaftssenat** soll als Organ akademischer Selbstverwaltung fungieren und zu allen wissenschaftsrelevanten Entscheidungen grundsätzlicher Bedeutung Stellung nehmen sowie Entscheidungen über Berufungsvorschläge treffen. In der Zusammensetzung des Wissenschaftssenats ist bisher vor-

|<sup>42</sup> In der Findungskommission sollen auch Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer anderer universitätsmedizinischer Standorte sowie Mitglieder der Expertenkommission IUC mitwirken.

gesehen, dass die Gruppe der Hochschullehrenden und die Gruppe der wissenschaftlichen Mitarbeitenden mit jeweils zu mindestens 50 % aus Mitgliedern einer wissenschaftlichen Einrichtung des IUC bestehen soll, die die Forschungsschwerpunkte Gesundheitssystemforschung bzw. Digitalisierung des Gesundheitswesens zum Gegenstand haben.

Dahingegen soll der **Vorstand** das IUC operativ eigenverantwortlich leiten. Ihm sollen drei Vorstandmitglieder angehören, der Wissenschaftliche Vorstand, der Vorstand Krankenversorgung und der Kaufmännische Vorstand. Den Vorstandsvorsitz soll der Vorstand Krankenversorgung innehaben, sofern der Aufsichtsrat keine andere Entscheidung trifft. Der Wissenschaftliche Vorstand ist fachlich zuständig für Angelegenheiten akademischer Selbstverwaltung, einschließlich Berufungen und Forschungs- und Lehrangelegenheiten.

Dem **Aufsichtsrat** fällt der Aufgabenbereich der Kontrolle der Geschäftsführung des Vorstands sowie die Zusammenarbeit mit diesem zu. Er soll Ausschüsse, insbesondere einen Finanzausschuss, bilden können. Der Aufgabenbereich des Aufsichtsrats soll insbesondere Beschlüsse der Struktur- und Entwicklungsplanung, die Verabschiedung von Satzungen, die nicht im Schwerpunkt den Bereich Forschung und Lehre betreffen, und die Genehmigung von Wirtschaftsplan und Jahresabschluss umfassen. Vorsitz soll die für Hochschulen zuständige oberste Landesbehörde innehaben. Der Präsidentin bzw. dem Präsidenten der BTUCS und der Oberbürgermeisterin bzw. dem Oberbürgermeister der Stadt Cottbus sollen nach aktueller Planung in Tagesordnungspunkten, die ihre jeweiligen Zuständigkeitsbereiche betreffen, Teilnahmerechte für Aufsichtsratssitzungen eingeräumt werden können.

Der **Innovations- und Netzwerkrat** soll als institutionalisiertes, planendes und steuerndes Gremium eingesetzt werden und die gemeinschaftliche und kooperative Zusammenarbeit von Leistungsträgern und -erbringern der Modellregion Gesundheit Lausitz mit der Medizinischen Universität fördern und koordinieren. Für die angestrebte Zusammenarbeit soll er außerdem einen strategischen Rahmen für gemeinsame Projekte in der Modellregion fortwährend (weiter-)entwickeln sowie Empfehlungen hinsichtlich des Einsatzes von finanziellen Mitteln der Medizinischen Universität an den Wissenschaftssenat oder dessen Forschungsausschuss formulieren, die zur Förderung der Vernetzung mit der Region bereitstehen. |<sup>43</sup> Mit Blick auf den umrissenen Aufgabenbereich sollen die Mitglieder des Innovations- und Netzwerkrats, unter Vorsitz des Wissenschaftlichen Vorstands des IUC, zugleich Kooperations- und Netzwerkpartner sein.

|<sup>43</sup> Hinsichtlich der Projektmittel des Innovations- und Netzwerkrats liegen noch keine Angaben vor. Für die Erprobung neuer Versorgungskonzepte mit Daten aus der Region sowie in die Region sind Forschungsmittel im Rahmen der Grundmittel eingeplant.

Die Eckpunkte zum Universitätsmedizingesetz sehen darüber hinaus die Einrichtung einer vom Wissenschaftssenat gewählten **Ethikkommission** vor. Eine ggf. hauptberuflich **gleichstellungbeauftragte Person** sowie eine **Beauftragte bzw. einen Beauftragten für die Belange von Hochschulmitgliedern mit Behinderung** soll der Vorstand ebenfalls bestellen.

#### II.3.a Administrative Organisation der Medizinischen Universität

Aus Sicht des Landes soll die administrative Organisation der Medizinischen Universität innerhalb des gegebenen gesetzlichen Rahmens orientiert an einer Kultur der Ermöglichung sowie der Eigenverantwortlichkeit und Kreativität ausgestaltet werden. Dies soll die Identifizierung der Medizinischen Universität mit ihren Mitgliedern und zugleich die Wahrnehmung der Institution als dynamisch und modern fördern. Ziel ist es, kurze Kommunikationswege und mithilfe digitaler Tools schlanke Verwaltungsabläufe zu schaffen.

##### *Administrative Aufbauorganisation der Medizinischen Universität*

Dienstvorgesetzte bzw. Dienstvorgesetzter des Personals soll die bzw. der Vorstandsvorsitzende sein. Das fachliche Weisungsrecht sollen die Vorstandsmitglieder als Fachvorgesetzte in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich ausüben. Dem Vorstand soll die Zuordnung des Verwaltungspersonals zu den Organisationseinheiten obliegen.

In den fachlichen Zuständigkeitsbereich des Kaufmännischen Vorstands sollen die üblichen Verwaltungsbereiche (Personal, Personalentwicklung, Talentmanagement und Recht; Finanzen, Rechnungswesen und Beschaffung; Bau, Infrastruktur und Facility Management; Planung, Entwicklung und Controlling; Organisation und IT sowie Studierendenverwaltung) fallen.

#### II.4 Geplante Struktur des Universitätsklinikums CTK

Die Governance-Strukturen der Organisationseinheiten der Krankenversorgung im Universitätsklinikum unterhalb der Vorstandsebene des IUC sind derzeit noch nicht festgelegt und sollen Anfang 2024 definiert werden. Die betreffenden Strukturentscheidungen sollen auf der Grundlage eines Medizinkonzepts und eines Wirtschaftlichkeitskonzepts für das IUC getroffen werden, die bis dahin erarbeitet werden sollen. Dabei sollen die bestehenden Strukturen des CTK berücksichtigt und im Sinne eines Ausbaus zum Universitätsklinikum weiterentwickelt werden. Das CTK in derzeitiger kommunaler Trägerschaft wird als gGmbH geführt und verfügt über einen Gesellschaftsvertrag (siehe D.VIII.2.a).

## II.5.a Kooperierende Einrichtungen der Krankenversorgung

Für die Lehre an der Medizinischen Universität ist die Zusammenarbeit mit Lehrpraxen, Akademischen Lehrkrankenhäusern und weiteren außeruniversitären Einrichtungen der Krankenversorgung in einem durch digitale Anbindung geförderten ambulant-stationären Netzwerk geplant. Auch sollen Studierende auf die Möglichkeit hingewiesen werden, praktische Studienabschnitte in geeigneten Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems absolvieren zu können. Durch diese Maßnahmen sollen persönliche Kontakte von Studierenden mit der Region Lausitz über die gesamte Ausbildungszeit gefördert werden. Damit verbunden ist der Wunsch, dass Studierende nach Studienabschluss in der Region bleiben und die ärztliche Versorgung in der Region Lausitz sicherstellen (zur Qualitätssicherung der kooperierenden Einrichtungen siehe D.V.5).

*Lehrpraxen*

Die Allgemeinmedizin soll ein wichtiges Element von Lehre und Studium sein und soll entsprechend des Referentenentwurfs (RefE) der neuen ÄApprO im Curriculum des Studiengangs Humanmedizin longitudinal in Form von Blockpraktika integriert gestaltet sein. |<sup>44</sup> Demnach sollen auch Abschnitte des Praktischen Jahrs (PJ) in anderen klinisch-praktischen Fachgebieten z. T. bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden können. Hierfür soll ein Netzwerk aus Lehrpraxen aufgebaut werden, um auf das Berufsfeld der ambulanten ärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen angemessen vorzubereiten. Die Lehrpraxen sollen bevorzugt in der Modellregion Gesundheit Lausitz angesiedelt sein und durch Praxen in benachbarten Bundesländern ergänzt werden, um den Bedarf an circa 250 benötigten zweiwöchigen Praktikumsplätzen pro Semester für ein Blockpraktikum Allgemeinmedizin in einer Lehrpraxis im Endausbau zu decken. Derzeit liegen rund 40 Letters of Intent (LoI) von ambulanten Leistungserbringern vor (Stand November 2023). |<sup>45</sup> In diesen wird u. a. die Bereitschaft der Mitwirkung am digital unterstützten Versorgungs-, Forschungs- und Lehrnetzwerk einschließlich der Bereitstellung von anonymisierten Versorgungsdaten im Rahmen des rechtlich, finanziell und technisch Möglichen zu Forschungszwecken versichert.

Kooperationen in der Lehre sind außerdem mit der Charité und der MHB unter Nutzung deren Infrastrukturen geplant (siehe D.V.2.b).

|<sup>44</sup> Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung vom 15.06.2023 ist online abrufbar. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/A/AEApprO\\_RefE\\_ueberarbeitet.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/AEApprO_RefE_ueberarbeitet.pdf), zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

|<sup>45</sup> Diese 40 LoI stammen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren, ambulanten Zentren und Ärztenetzwerken. Darüber hinaus liegen LoI von weiteren Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen vor.

Das Land plant die Ausbildung im Studiengang Humanmedizin gemäß dem Referentenentwurf der ÄApprO, der für die Durchführung der Ausbildung in Lehrkrankenhäusern und Lehrpraxen eine Vereinbarung zwischen Universität und Lehrkrankenhaus bzw. -praxis vorsieht. Im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde soll die Auswahl von Lehrkrankenhäusern für die Studierenden der Medizinischen Universität unter Gewährleistung der Ausbildungsbreite auch in versorgungsrelevanten Bereichen und der angemessenen regionalen Verteilung erfolgen, wie im Referentenentwurf der ÄApprO vorgesehen.

Das Land hält derzeit alle Krankenhäuser in Brandenburg als Lehrkrankenhäuser für mindestens ein klinisch-praktisches Fachgebiet für geeignet. Im Versorgungsgebiet der Modellregion Gesundheit Lausitz (Versorgungsgebiet 4 Lausitz Spreewald) umfasst dies zehn Krankenhäuser mit teilweise mehreren Standorten. Im Falle unzureichender Kapazitäten oder Fächervielfalt der Krankenhäuser und Fachkliniken in der Modellregion Gesundheit Lausitz behält sich das Land zur Abdeckung des Lehrbedarfs die Vereinbarung mit Einrichtungen über die Region Lausitz hinaus vor.

#### *Weitere außeruniversitäre Einrichtungen der Krankenversorgung*

Das CTK deckt derzeit den Großteil der klinischen Fächer aus der neuen ÄApprO (RefE) ab. Ausnahmen bilden die Herzchirurgie, die Rechtsmedizin und die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Für diese Fächer sind Kooperationsverträge mit außeruniversitären Versorgungseinrichtungen geplant (siehe D.VIII.3).

#### II.5.b Weitere Kooperationen

##### *BTUCS als zentrale Kooperationspartnerin*

Die BTUCS soll zentrale Kooperationspartnerin des IUC werden. Aufgrund des interdisziplinären Forschungs- und Lehrprofils der BTUCS erkennt das Land zahlreiche Möglichkeiten der Zusammenarbeit in Forschung und Lehre. Die BTUCS als zweitgrößte Hochschule und einzige Technische Universität des Landes Brandenburg ist in sechs Fakultäten strukturiert. |<sup>46</sup>

|<sup>46</sup> Fakultät 1 MINT – Mathematik, Informatik, Physik, Elektro- und Informationstechnik; Fakultät 2 Umwelt und Naturwissenschaften; Fakultät 3 Maschinenbau, Elektro- und Energiesysteme; Fakultät 4 Soziale Arbeit, Gesundheit und Musik; Fakultät 5 Wirtschaft, Recht und Gesellschaft sowie Fakultät 6 Architektur, Bauingenieurwesen und Stadtplanung. Die drei Standorte der BTUCS befinden sich mit einem Zentralcampus im Nordwesten der Stadt Cottbus und ca. 4 km vom Campus des CTK entfernt, mit dem Campus Sachsendorf im Süden der Stadt Cottbus in ca. 3 km Entfernung zum CTK sowie mit dem Campus Senftenberg in der Kleinstadt Senftenberg ca. 40 km von Cottbus entfernt. Zum Wintersemester 2021/22 waren 6.858 Studierende an der BTUCS immatrikuliert (Zentralcampus Cottbus: 4.896 Studierende, Cottbus-Sachsendorf: 840 Studierende, Senftenberg: 1.094 Studierende, Differenzen aufgrund abweichender Stichtagsregelung). Die Studierendenzahl ist rückläufig und in den vergangenen zehn Jahren um etwa ein Drittel gesunken.

Vor dem Hintergrund des geplanten Lausitz Science Park, der Grundlagenforschung und angewandte Forschung in den Profillinien der BTUCS, Ausgründungen und Wissenstransfer vereinen soll, ist, so das Land, für die BTUCS die Rolle als Innovationsmotor des Strukturwandels der Region Lausitz vorgesehen (siehe LSB-Empfehlungen). Als einzige Brandenburgische Technische Hochschule trage sie eine besondere Verantwortung für Innovation und Technologietransfer.

Die geplante Zusammenarbeit des IUC mit der BTUCS soll aus Sicht des Landes ein auf unbestimmte Zeit geschlossener öffentlich-rechtlicher Kooperationsvertrag regeln, der zugleich den Anforderungen an eine öffentlich-rechtliche Vereinbarung nach § 2 b UStG genügen soll. Unter Wahrung der Wissenschaftsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG sollen zur Absicherung der Kooperationsinhalte und auch aus umsatzsteuerrechtlichen Gründen die Kooperationsinhalte im Universitätsmedizingesetz des Landes Brandenburg verhältnismäßig detailliert festgelegt werden. Dazu zählen, so das Land, insbesondere die Umsetzung der interprofessionellen Ausbildung und die Sicherstellung der Lehre in naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern sowie die Zusammenarbeit in der Forschung. Die verbleibenden sachlich gebotenen und umsetzbaren Details soll der Kooperationsvertrag zwischen BTUCS und IUC festlegen. Der Abschluss des Kooperationsvertrags soll in der Startphase des IUC erfolgen.

Die vom Land aufgesetzten Eckpunkte des Entwurfs des Kooperationsvertrags von BTUCS und IUC benennen zu schließende Kooperationen in den Bereichen Forschung und Transfer, Lehre und Weiterbildung sowie Infrastruktur und zentrale Dienstleistungen, die nachfolgend skizziert werden. Weiterhin sieht der Entwurf die Möglichkeiten von Zweitmitgliedschaften von Professorinnen und Professoren sowie von Abordnungen von wissenschaftlichem und nicht-wissenschaftlichem Personal an IUC und BTUCS an der bzw. an die jeweils andere(n) Einrichtung vor und benennt Ausgleichleistungen im Rahmen der angestrebten Kooperation.

Für die Lehre in den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern Physik, Biologie und Chemie am IUC wird ein **Lehrimport aus der BTUCS** angestrebt. Die dazu geplanten Lehrkooperationen sollen langfristig angelegt sein. Verantwortliche Professuren sollen mit zusätzlichen Stellen an wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern und studentischen Beschäftigten personell verstärkt werden (siehe D.III.2). Bei Bedarf ist außerdem ein wechselseitiger Lehrimport, zum Beispiel im Bereich gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge, vorgesehen. Fakultativ sollen aus Sicht des Landes außerdem Professorinnen bzw. Professoren des IUC Lehrimport für medizinische Grundlagenfächer in den natur- und ingenieurwissenschaftlichen Studiengängen der BTUCS leisten können.

Zur Umsetzung der anvisierten interprofessionellen Ausbildung von Medizinstudierenden und weiteren Studierenden am IUC ist die Integration von professionalem Personal der Studiengänge Pflege-, Therapie- und Hebammen-

wissenschaften der Fakultät 4 der BTUCS in die Lehre am IUC vorgesehen. Darüber hinaus sollen Ausbildungskonzepte für die gemeinsame interprofessionelle Lehre von IUC und BTUCS konzipiert werden.

Bezüglich des Studienangebots in den medizinnahen Bachelor- und Masterstudiengängen ist die Abstimmung der beiden Kooperationspartner geplant. Studierenden der BTUCS soll zur Ergänzung individueller Studienschwerpunkte oder im Rahmen des Fachübergreifenden Studiums die Teilnahme an einzelnen Lehrveranstaltungen bzw. Modulen und Prüfungen des IUC ermöglicht werden. Ferner soll das Weiterbildungsangebot sowie das Kursangebot der Zentralen Einrichtung Sprachen der BTUCS auch den Mitarbeitenden des IUC offenstehen.

Kooperationen im Rahmen von Forschungsvorhaben sollen mit Professorinnen bzw. Professoren des Instituts für Gesundheit und des Instituts für Soziale Arbeit der Fakultät 4 der BTUCS sowie mit Professorinnen und Professoren des Instituts für Medizintechnologie und des Instituts für Informatik der Fakultät 1 der BTUCS erfolgen. Gemeinsame Forschungsprojekte bieten sich aus Sicht des Landes u. a. im Bereich der interprofessionellen Versorgung und Versorgungsforschung der Fakultät 4 sowie im Bereich der digitalen Versorgungstechnologien der Fakultät 1 an. Ferner wären Kooperationen in interdisziplinären Forschungsprojekten mit weiteren Fakultäten der BTUCS z. B. in Themenbereichen der Präventions- oder Transformationsforschung möglich. Langfristiges Ziel der Forschungsk Kooperationen zwischen IUC und BTUCS soll die gemeinsame Konzeptionierung und Einwerbung von Verbundforschungsprojekten sein, insbesondere Forschungsvorhaben an den thematischen Schnittstellen zwischen den Forschungsschwerpunkten Gesundheitssystemforschung sowie Digitalisierung des Gesundheitswesens des IUC und den Profildbereichen Gesundheit und Life Sciences sowie Künstliche Intelligenz und Sensorik der BTUCS.

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der BTUCS soll grundsätzlich die Nutzung von versorgungsbezogenen Daten des IUC für eigene Forschungsprojekte möglich sein. Der Datenzugriff wird durch das Kompetenzzentrum Gesundheitssystementwicklung des IUC gesteuert.

Zur Förderung des Aufbaus von Forschungsk Kooperationen zwischen BTUCS und IUC plant das Land, ein **Budget für die Anschubfinanzierung** vorzuhalten. Um Forschungsk Kooperationen zu initiieren und über die Mittelvergabe der Forschungsförderung zu entscheiden, ist die Einrichtung eines Gremiums, bestehend aus Vertreterinnen bzw. Vertretern beider Hochschulen und externen Sachverständigen, vorgesehen. Die Maßnahme soll zeitlich bis 2038 begrenzt sein und aus Mitteln des IUC finanziert werden.

Ferner werden gemeinsame Veranstaltungen sowie die gemeinsame Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses angestrebt, etwa durch die Aufnahme von Promovierenden der BTUCS als assoziierte Mitglieder in die Graduiertenkollegs am IUC.

Auch hinsichtlich der Bereiche Transfer und Gründungen strebt das Land eine enge Zusammenarbeit an, z. B. durch die Zusammenarbeit zwischen dem Gründungsservice der BTUCS und dem Kompetenzzentrum Gesundheitssystemforschung als zentraler Transfereinheit des IUC sowie in Form gemeinsamer Symposien, Plattformen oder Gründungsberatungen.

Neben der Zusammenarbeit in Forschung und Lehre ist aus Sicht des Landes auch die gegenseitige Nutzung von Infrastrukturen und Personal beider Einrichtungen möglich, so etwa in der Nutzung des Bibliothekswesens und der Praktikumsflächen der BTUCS an den Standorten Senftenberg oder Cottbus durch das IUC für die Lehre naturwissenschaftlicher Grundlagenfächer in der Aufbauphase des IUC (siehe D.IX.3). Ebenso könne das Simulationszentrum des IUC für Forschung und Lehre der BTUCS zur Verfügung stehen.

#### *Kooperationen mit weiteren Hochschulen*

Kooperationspotenzial bieten aus Sicht des Landes aufgrund ähnlicher Forschungsschwerpunkte zum IUC die verschiedenen Hochschulen des Landes, wie etwa Kooperationen mit der MHB und der Universität Potsdam.

Auch sind laut dem Land Kooperationen mit dem Kompetenzzentrum Medizininformatik ProMedius, der TH Brandenburg sowie den Fachhochschulen Eberswalde, Potsdam und Wildau (Brandenburg) und der Hochschule Zittau/ Görlitz anzudenken.

Weiterhin sind mit den acht staatlichen universitätsmedizinischen Standorten der benachbarten Bundesländer Kooperationen und Anbindungen an die bereits existierenden biomedizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Schwerpunkte in Erwägung zu ziehen. |<sup>47</sup>

Für Kooperationen mit universitätsmedizinischen Standorten auf nationaler Ebene sind Standorte mit dem Schwerpunkt Gesundheitssystemforschung von Interesse für das IUC, wie etwa die Medizinische Fakultät der Universität Greifswald mit dem Forschungsschwerpunkt Community Medicine.

#### *Außeruniversitäre Forschungseinrichtungen*

Das Land benennt zahlreiche außeruniversitäre Forschungseinrichtungen und -verbände in der Region Lausitz bzw. im Land Brandenburg (siehe Anhang II). Die Abbildung 5 gibt Auskunft über die geografische Verteilung der außeruniversitären Forschungseinrichtungen und der Hochschulen.

|<sup>47</sup> Dies sind in den Ländern Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen die Standorte bzw. Universitätsklinik Dresden, Greifswald, Halle (Saale), Jena, Leipzig, Magdeburg, Rostock sowie die Charité Universitätsmedizin Berlin.



Hinweis: Die Karte zeigt lediglich eine Auswahl möglicher Kooperationspartner in Brandenburg und der Lausitz (deutsche Seite). Auf dieser Karte nicht dargestellt sind die Gemeinsame Fakultät für Gesundheitswissenschaften (Trägerhochschulen sind die Universität Potsdam, die BTUCS und die MHB); die Fraunhofer-Projektgruppe „Biofunktionalisierung/Biologisierung von Polymermaterialien“ (BioPol) am Institut für aktive Polymere des Helmholtz-Zentrums Hereon (IAP) und die Fraunhofer-Projektgruppe „Pilzbasierte zellfreie Synthese-Plattformen“ (PZ-Syn) am Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie – Institutsteil Bioanalytik und Bioprozesse (IZI-BB).

Die Bedeutung der Abkürzungen können dem Abkürzungsverzeichnis im Anhang entnommen werden.

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; Kartengrundlage GfK GeoMarketing; eigene Darstellung.

### Kammern und Verbände

Um ein digital unterstütztes Forschungs-, Lehr- und Versorgungsnetzwerk aufzubauen, ist die Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren der Gesundheitsversorgung zentral. Deshalb hat das Land frühzeitig Kontakt zu einzelnen Versorgern und Kammern, Verbänden sowie Ärztenetzen und Kostenträgern aufgenommen und deren anlassbezogene Teilnahme an der Planung des Aufbaus des IUC veranlasst. Das im November 2022 geschlossene Memorandum of Under-

standing enthält wesentliche Ziele der Zusammenarbeit in der Modellregion Gesundheit Lausitz und wurde von Partnern wie etwa der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der Landesärztekammer Brandenburg und der Landeskrankenhausesellschaft Brandenburg unterzeichnet. Als Ziel der Zusammenarbeit wird u. a. die Kooperation in der Weiterentwicklung, Erprobung und wissenschaftlichen Begleitung von sektorenübergreifenden Ansätzen und neuen Versorgungsformen sowie die Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen, der Pflege und der Rehabilitation genannt.

#### *Ausländische Institutionen*

Auch auf internationaler Ebene werden Forschungsk Kooperationen im Schwerpunkt Gesundheitssystemforschung mit britischen und US-amerikanischen Universitäten angestrebt. Für den Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens bieten sich ebenfalls auf internationaler, universitärer Ebene Kooperationen an.

Kooperationen in der Lehre werden insbesondere mit den ausländischen Hochschulen Maastricht University in den Niederlanden, Uniwersytet Zielonogórski in Polen, Cardiff University in Großbritannien und der University of Eastern Finland in Kuopio angestrebt.

### **D.III PERSONAL**

---

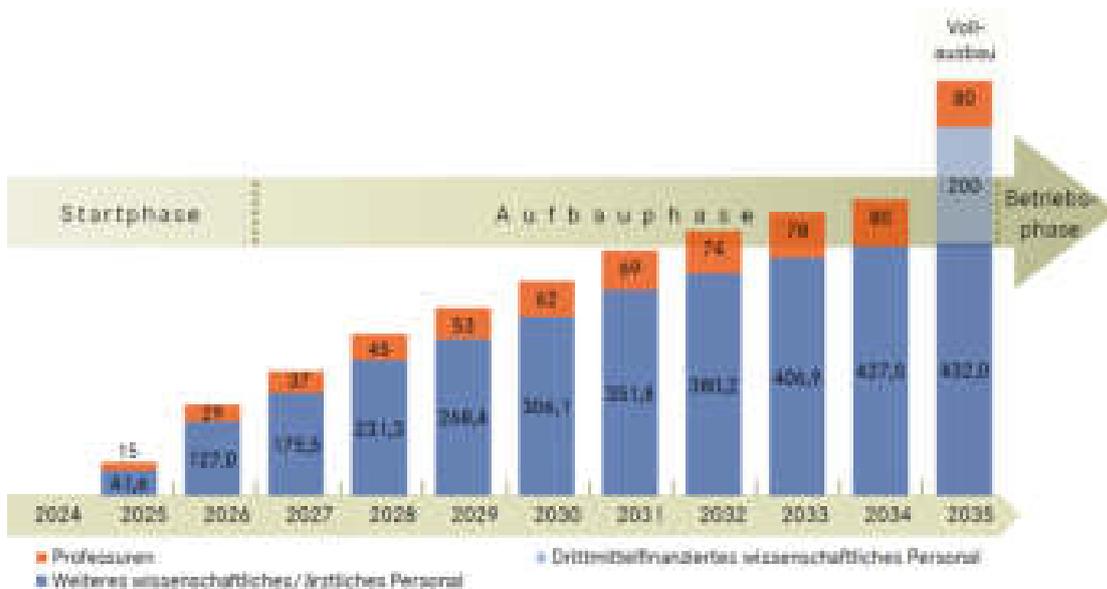
#### III.1 Start- und Aufbauphase der Medizinischen Universität

Der Aufbau der Medizinischen Universität soll durch ein Universitätsmedizingesetz geregelt werden. In diesem Gesetz sollen, neben der formalen Errichtung der Universität, insbesondere die rechtlichen Regelungen zu Berufungsverfahren festgelegt werden.

Als Organ der Medizinischen Universität in der Gründungsphase ist die Gründungskommission vorgesehen, die im Sinne der Aufgabenvertretung des Wissenschaftssenats die Mitgliederauswahl und die Bestellung der Berufungskommission sowie den Beschluss von Berufungslisten übernehmen soll (siehe D.II.2). Denominationen sollen durch den Gründungsvorstand Wissenschaft gemeinsam mit der Gründungskommission ausgestaltet werden; im Falle klinischer Professuren in Zusammenarbeit mit dem Vorstand Krankenversorgung.

Nach Gründung der Medizinischen Universität ist die Erarbeitung einer vorläufigen Berufsordnung auf Grundlage des Universitätsmedizingesetzes durch die Gründungskommission vorgesehen.

Abbildung 6 gibt die Aufwuchsplanung des wissenschaftlichen/ärztlichen Personals sowie der Professuren wider:



Hinweis: Die Angaben zum Aufbau des wissenschaftlichen/ärztlichen Personals beziehen sich lediglich auf den geplanten Aufwuchs des ärztlichen und nichtärztlichen wissenschaftlichen Personals, das Aufgaben in Forschung und Lehre übernimmt. Angaben zum Aufwuchs des ärztlichen Personals mit Aufgaben in der Krankenversorgung liegen derzeit nicht vor. Die Angaben zum drittmittelfinanzierten wissenschaftlichen Personal zeigen lediglich die geplante Gesamtsumme im Endausbau. Dabei handelt es sich um eine Zielgröße, da derzeit nicht absehbar ist, in welchem Umfang und Tempo am IUC Drittmittel eingeworben werden.

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

### III.2 Professuren

Der Entwicklungsplan für das IUC sieht den Aufbau von 80 Professuren (VZÄ) bis zum Jahr 2035 vor. Das Konzept zum Professuraufwuchs hält konkret 63 W3-Professuren, 13 W2-Professuren (gegebenenfalls mit Tenure-Track) und vier W1-Professuren mit Tenure Track vor. Geplant ist die Besetzung von 60 theoretischen, klinisch-theoretischen und klinischen Professuren zur Abdeckung der Fächer nach der neuen ÄApprO (RefE) bis zum Erreichen des Vollaubaus im Jahr 2035. Darüber hinaus sind der Aufbau von 20 Professuren in den beiden Forschungsschwerpunkten Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens bis zum Jahr 2035 geplant.

Für 57 dieser 60 theoretischen, klinisch-theoretischen und klinischen Professuren hat die vom MWFK eingesetzte AG Studium und Lehre (siehe D.I.1) in Abstimmung mit der AG Forschung Vorschläge zur Denomination vorgelegt, über die die Gründungskommission bzw. der Wissenschaftssenat vor Ausschreibung final entscheiden soll. Die Vorschläge decken nahezu alle im Referentenentwurf für die ÄApprO genannten Fächer ab. Sie berücksichtigen außerdem das Ansinnen einer möglichst breiten Abdeckung der Forschungsschwerpunkte Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens. So sollen mindestens 16 Ausschreibungen mit einem Schwerpunkt auf Gesundheitssystemforschung/ Digitalisierung des Gesundheitswesens erfolgen und bei weiteren Ausschreibungen die Ausrichtung auf die beiden Schwerpunkte als wünschens-

wert angegeben werden. Die drei offen belassenen Denominationen sollen im weiteren Planungsprozess frei gestaltet werden können, z. B. zur gemeinsamen Berufung mit dem Sana-Herzzentrum Cottbus für das Fach Herzchirurgie. Weiterhin verweist die Vorschlagsliste zur Denomination auf die Möglichkeit, grundlagenwissenschaftliche Fächer auf dem Weg des Lehrexports aus der BTUCS zu vertreten oder in die Lehre in anderen Fächern zu integrieren (z. B. Terminologie im Fach Anatomie). Auch der klinische Unterricht in anderen Fächern kann ggf. über einen Lehrimport gewährleistet werden (z. B. Rechtsmedizin, Herzchirurgie; siehe D.VIII.3).

Darüber hinaus sollen die beiden Forschungsschwerpunkte durch 20 Professuren, darunter je eine Professur für Gesundheitssystemforschung und für Digital Health, vertreten sein. Die Besetzung der 18 weiteren Professuren der Professuren in den Forschungsschwerpunkten sollen größtenteils in Open Topic- oder Open Rank-Verfahren erfolgen, die Entscheidung zum jeweiligen Verfahren pro Professur trifft die Berufungskommission. Geplant ist die Ausschreibung von mindestens vier Professuren gleichzeitig, um somit den erheblichen Aufbau neuer Strukturen zu verdeutlichen. Mindestens 50 % der geplanten 20 Professuren sollen als W3-Professuren besetzt, die übrigen W1- und W2-Professuren (jeweils gleicher Anzahl) mit Tenure Track ausgeschrieben werden.

In der Startphase (Gründung der Medizinischen Universität bis Aufnahme des Studienbetriebs im Wintersemester 2026/27) sollen für die Entwicklung der ersten beiden Studienjahre besonders bedeutsame Professuren besetzt werden:

- \_ Professur für Medizindidaktik/ Medical Education,
- \_ Professur für Allgemeinmedizin und allgemeine Kinder- und Jugendmedizin,
- \_ Professur für Pharmakologie und Toxikologie,
- \_ 14 weitere Professuren klinischer Fächer, darunter mindestens zwei chirurgische Fächer und zwei Fächer der Inneren Medizin,
- \_ Professur für Biometrie,
- \_ Sechs Professuren für die grundlagenwissenschaftlichen Fächer Physiologie, Biochemie/ Molekularbiologie, Mikroskopische Anatomie, Makroskopische Anatomie, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie sowie
- \_ Vier Professuren mit Bezug zu den Forschungsschwerpunkten, darunter Digital Health und Gesundheitssystemforschung.

In der Teilphase 1 der Aufbauphase, ab dem Wintersemester 2026/27 bis zum Ende des Sommersemesters 2030, soll der Fokus, neben dem Beginn des Lehrbetriebs und dem Aufbau des wissenschaftlichen Personals, auf dem Aufbau der Forschungsschwerpunkte Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens liegen. Innerhalb dieses vierjährigen Zeitraums sollen 28 Fächer der neuen ÄApprO (RefE) professoral besetzt werden, sodass zum Ende

dieser Teilphase 1 der Aufbauphase alle Fächer der Chirurgie und der Inneren Medizin professoral aufgestellt sind. Weitere zwölf Professuren mit Bezug zu den Forschungsschwerpunkten sollen in diesem Zeitraum besetzt werden, wobei teilweise vier Professuren gleichzeitig Open Topic besetzt werden.

Für die Aufwuchsplanung ist die Ausstattung von Professuren mit wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern in einem Umfang von 2,7 bis 5,4 VZÄ veranschlagt. |<sup>48</sup>

Davon soll während der ersten fünf Jahre jeweils eine volle wissenschaftliche Mitarbeiterstelle (gem. Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder [TV-L] E13) pro Professur neben Forschung und Lehre insbesondere die Lehrkoordination und die Erstellung von Lehrmaterialien verantworten. Nach fünf Jahren sollen 50 % der Vollzeitstelle dem Zentralbereich Lehre zugeordnet werden. Außerdem ist die Unterstützung der Professorinnen und Professoren durch einen angemessen ausgestatteten Zentralbereich Lehre geplant (siehe D.V.2). Für die weiteren wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist die maßgebliche Beteiligung an Aufbau und Durchführung der Forschung vorgesehen.

Den Professuren der Forschungsschwerpunkte sowie der grundlagenwissenschaftlichen Fächer sollen wissenschaftliche Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter mit einer Vergütung in Anlehnung an die Entgeltgruppe TV-L E13 (Postdoc) bzw. E14 (Senior-Postdoc) sowie Promovierendenstellen in einem Umfang von 70 % VZÄ in Anlehnung an die Entgeltgruppe TV-L E13 zugeordnet werden. Beim Aufbau der Forschungsschwerpunkte sollen insbesondere die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter auf Senior-Postdoc-Stellen die Professorinnen bzw. Professoren unterstützen.

Professuren der klinischen Medizin sollen wissenschaftliche Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter mit einer Vergütung in Anlehnung an die Entgeltgruppe TV-L E14 (Senior-Postdoc), Fachärztinnen bzw. -ärzte sowie Assistenzärztinnen und -ärzte mit einer Vergütung in Anlehnung an die Entgeltgruppe TV-Ärzte Ä2 bzw. Ä1 und Promovierende zugewiesen werden (siehe Tabelle A 5 im Anhang).

Lehrdeputatsreduktionen sollen durch den Wissenschaftlichen Vorstand genehmigt werden können, um Professorinnen bzw. Professoren die Entwicklung und den Einsatz innovativer Lehrangebote zu ermöglichen. Darüber hinaus sollen Professuren mit Bezug zu den Forschungsschwerpunkten des IUC mit regulären vier Lehrveranstaltungsstunden (LVS) eine Lehrdeputatsreduktion gegenüber den üblichen acht LVS zur Förderung von Forschungsleistungen erhalten. Das

|<sup>48</sup> Das Personal der Professuren soll bis 2038 zu einem wesentlichen Teil aus der projektförmigen Bundesförderung zum forschungsbezogenen Aufbau des Personals und ergänzend aus Landesmitteln finanziert werden. Das Land beabsichtigt, eine auskömmliche Gesamtfinanzierung des IUC einschließlich des Personals der Professuren auch nach 2038 sicherzustellen. Zugleich besteht eine Perspektive für eine Bundesfinanzierung des forschungsbezogenen Anteils des IUC nach 2038 (siehe D.X.1). Die Entscheidung über die befristete oder unbefristete Einstellung des wissenschaftlichen Personals soll sich nach den fachlichen Erfordernissen unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen (insbesondere Wissenschaftszeitvertragsgesetz) richten.

Lehrdeputat dieser Professuren soll im Studiengang Humanmedizin oder in den medizinnahen Masterstudiengängen erbracht werden.

Für die Teilphase 2 der Aufbauphase, ab dem Wintersemester 2030/31 bis zum Vollausbau Ende 2035, sollen hinsichtlich des professoralen Personalaufbaus die verbleibenden 14 klinischen Professuren, darunter drei offene Denominationen, berufen werden. Der professorale Aufbau der Forschungsschwerpunkte soll bis 2031 durch die Besetzung der verbleibenden vier Open Topic-Professuren finalisiert werden.

### III.3 Berufungen

Dem IUC soll – so das Land – das Berufungsrecht durch das geplante Universitätsmedizingesetz übertragen werden. Dies geht über die nach § 40 Abs. 5 Brandenburgisches Hochschulgesetz bestehende Möglichkeit einer Übertragung des Berufungsrechts durch Rechtsverordnung hinaus<sup>49</sup>.

Entscheidungen über Berufungsvorschläge soll der Wissenschaftssenat treffen. Die Ruferteilung soll durch den Wissenschaftlichen Vorstand erfolgen. Für Berufungen auf Professuren, die mit einer Leitungsfunktion klinischer oder klinisch-theoretischer Einrichtungen verbunden sind, soll das Einvernehmen mit dem Vorstand Krankenversorgung hergestellt werden (siehe D.III.3.a). Das Einvernehmen soll nur verweigert werden dürfen, wenn begründete Zweifel an der Eignung der bzw. des zu Berufenden für die in der Krankenversorgung zu erfüllenden Aufgaben bestehen. In die Berufungs- und Bleibeverhandlungen soll der Kaufmännische Vorstand einbezogen werden.

In der Startphase und der anschließenden Aufbauphase sollen den Berufungskommissionen Hochschullehrende, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie studentische Vertretungen anderer universitätsmedizinischer Standorte angehören, bis die Personalstruktur ausreichend gedeckt ist und erste Medizinstudierende immatrikuliert sind. Dazu ist z. B. geplant, Kontakt zur Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. aufzunehmen und wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den medizinnahen Fächern der BTUCS zu gewinnen. Aufgabe der Berufungskommission ist es, geeignete Professorinnen und Professoren für das IUC anhand internationaler Ausschreibungen und mithilfe externer Sachverständiger auszuwählen.

Zur Sicherstellung eines zügigen Berufungsprozesses nach Gründung der medizinischen Universität ist vorgesehen, dass die Projektbeauftragten noch vor Gründung des IUC (siehe D.I.1) in Abstimmung mit der Expertenkommission für das IUC geeignete Personen national wie international ermitteln und diese adressieren.

<sup>49</sup> Brandenburgisches Hochschulgesetz (BbgHG) vom 28. April 2014, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 23. September 2020. URL: <https://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbghg#73>, zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

Um Lehre und Forschung interdisziplinär und interprofessionell aufzustellen, ist die Beteiligung der BTUCS aus Sicht des Landes von großer Bedeutung. Der geplante Kooperationsvertrag für die beiden Einrichtungen könnte aus Sicht des Landes deshalb Regelungen zu Kooptionen von Professuren der BTUCS am IUC sowie zu Zweitmitgliedschaften von Professorinnen und Professoren des IUC an der BTUCS, etwa in sozial- oder rechtswissenschaftlichen Schwerpunkten, enthalten. Der Lehrexport in naturwissenschaftliche Grundlagenfächer soll durch die Finanzierung einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin bzw. eines wissenschaftlichen Mitarbeiters und einer studentischen Beschäftigten bzw. eines studentischen Beschäftigten für die jeweiligen Professuren der BTUCS unterstützt werden.

Darüber hinaus sind gemeinsame Berufungen des IUC mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen aus Sicht des Landes zuträglich, um Kooperationen zu stärken. Gemeinsame Berufungen werden in Brandenburg üblicherweise im Jülicher Modell durchgeführt.

#### *Gemeinsame Berufungen mit kooperierenden Einrichtungen der Krankenversorgung*

Im Falle von gemeinsamen Berufungen mit kooperierenden Einrichtungen der Krankenversorgung, schlägt das Land vor, am IUC eine volle Professorenstelle (W3) vorzuhalten. Mit der Professorin bzw. dem Professor soll der Vorstand des IUC einen Dienstvertrag bürgerlich-rechtlicher Natur bezüglich der Dienstaufgaben in Forschung und Lehre sowie System- und Zukunftsaufgaben schließen, während zugleich die kooperierende Einrichtung einen Chefarztvertrag bezüglich der wahrzunehmenden Aufgaben in der Krankenversorgung schließt. Anhand eines Kooperationsvertrags von IUC und kooperierender Einrichtung soll die arbeitsvertragliche Pflicht zur Wahrnehmung der Aufgaben in Forschung und Lehre am IUC für das Personal, welches der Professur und zugleich der Chefarztin bzw. dem Chefarzt zugeordnet ist, geregelt werden. Die Mitgliedschaft des Personals in der Medizinischen Universität soll das Universitätsmedizingesetz regeln. Die Professorin bzw. der Professor soll für Mittel universitärer Zwecke sowie für Drittmittel ein universitäres Konto erhalten. Die auf Forschung und Lehre entfallenden Personalkosten soll das IUC der kooperierenden Einrichtung entsprechend den für eigene Beschäftigte geltenden Bedingungen erstatten. Etwaige Ausgleichsleistungen der kooperierenden Einrichtung an das IUC sollen im Rahmen der Aushandlung des Kooperationsvertrags erfolgen.

Im Falle gemeinsamer Berufungen soll die Ärztliche Direktorin bzw. der Ärztliche Direktor der kooperierenden Einrichtung der Berufungskommission als beratendes Mitglied angehören. Der Ausschreibungstext soll mit der kooperierenden Einrichtung abgestimmt werden. Für die Ärztliche Direktorin bzw. den Ärztlichen Direktor resp. das Berufungskommissionsmitglied der kooperierenden Einrichtung soll gelten:

- \_ Sie bzw. er kann bei Sichtung der Bewerbungsunterlagen gegen einzelne Bewerberinnen bzw. Bewerber ein Veto einlegen.
- \_ Sie bzw. er nimmt an den Probevorträgen bzw. Vor-Ort-Begehungen der Kandidatinnen und Kandidaten teil.
- \_ Bei der Erstellung der Berufungsliste kann sie bzw. er gegen einzelne Kandidatinnen bzw. Kandidaten ein Veto einlegen, wenn aus Sicht der Krankenversorgung begründete Argumente gegen diese bzw. diesen vorliegen.

Ist in Konfliktfällen zwischen der Medizinischen Universität und der kooperierenden Einrichtung kein Einvernehmen zwischen den beiden Vorständen herzustellen, sollte zur Erarbeitung einer Lösung eine Schlichtungskommission eingesetzt werden. Dieser sollten jeweils die Vorsitzenden des Aufsichtsrats des IUC, des Aufsichtsrats der kooperierenden Einrichtung sowie, durch das MWFK eingesetzt, eine Wissenschaftlerin bzw. ein Wissenschaftler aus der Medizin angehören.

### III.3.a Besetzungs- und Berufungsverfahren von Chefarztpositionen bzw. klinischen Professuren

Für klinische Professorinnen bzw. Professoren, die eine Position als Chefärztin bzw. Chefarzt innehaben, ist ein einheitlicher Vertrag bürgerlich-rechtlicher Natur vorgesehen, in welchem die Dienstaufgaben für Forschung und Lehre, Krankenversorgung sowie System- und Zukunftsaufgaben festgelegt sind. Die Verträge sollen der Wissenschaftliche Vorstand und der Vorstand Krankenversorgung in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich verantworten.

#### *Besetzungen und Berufungen vor Gründung des IUC*

Zwischen dem MWFK und dem CTK besteht die Vereinbarung, Nachbesetzungen vakanter oder kommissarisch geleiteter Chefarztpositionen möglichst bis zur Gründung des IUC aufzuschieben. |<sup>50</sup> Im Falle einer nicht aufschiebbaren Neubesetzung vor Gründung des IUC wird die Besetzung der Position mit einer aufgrund Forschungs- und Lehrleistungen berufungsfähigen Person angestrebt. |<sup>51</sup> Zur Begleitung dieses Besetzungsverfahrens soll seitens des CTK in Abstimmung mit dem MWFK für jedes Ausschreibungsverfahren eine Beratungskommission eingesetzt werden. Dieser sollen je ein Mitglied der Expertenkommission IUC

| <sup>50</sup> Derzeit (Stand November 2023) ist am CTK das Department für Diabetologie vakant; die Klinik für Orthopädie steht unter kommissarischer Leitung, befindet sich jedoch derzeit in einem (unaufschiebbaren) Neubesetzungsverfahren. Auch für die Chefarztpositionen der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie, der Klinik für Neurochirurgie, der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie sowie der Klinik für Gastroenterologie werden derzeit nicht aufschiebbare Neubesetzungsverfahren gemäß des gemeinsamen Lol durchgeführt bzw. vorbereitet.

| <sup>51</sup> Ein im Herbst 2022 unterzeichneter Lol des MWFK mit dem CTK, der Stadt Cottbus und der BTUCS regelt die Nachbesetzung medizinischer Leitungspositionen vor Gründung des IUC. Trotz inzwischen geänderter Rahmenbedingungen in Form der Gründung einer eigenständigen Medizinischen Universität ist die Durchführung der Besetzungsverfahren mit der BTUCS als Partnerin weiterhin ein Anliegen des Landes.

sowie des Projektteams für den Aufbau des IUC, zwei Vertreterinnen bzw. Vertreter des CTK, eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der BTUCS sowie zwei hauptberufliche Professorinnen bzw. Professoren bestehender universitätsmedizinischer Standorte, die das jeweilige Fach der ausgeschriebenen Stelle vertreten, angehören. Die Beratungskommission soll zu allen die Einstellungsvoraussetzungen für Professorinnen und Professoren erfüllenden Bewerberinnen und Bewerbern eine schriftliche Stellungnahme und eine Liste an Kandidatinnen und Kandidaten erstellen. Nach Abstimmung mit der Auswahlkommission des CTK sollen die gelisteten Personen in der vorgeschlagenen Abfolge zu Auswahlgesprächen eingeladen werden. An diesen soll die bzw. der durch die Kommission eigenständig bestimmte Vorsitzende der Beratungskommission als Gast teilnehmen. Aus den Empfehlungen der Beratungskommission soll sich kein rechtlicher Anspruch auf eine Professur am IUC ergeben.

Das unter Anwendung des LoI nach dem 01.01.2023 ausgewählte medizinische Leitungspersonal soll gegebenenfalls nach Gründung des IUC im Rahmen eines qualitätsgesicherten Berufungsverfahrens ohne öffentliche Ausschreibung auf eine klinische Professur berufen werden können.

#### *Besetzungen und Berufungen nach Gründung des IUC*

Nach Gründung des IUC sollen alle Professuren inklusive klinischer Professuren in der Regel über ein **klassisches wissenschaftsgeleitetes Berufungsverfahren** besetzt werden.

Zur Berücksichtigung der amtierenden Chefärztinnen bzw. Chefärzte bei der Besetzung klinischer Professuren eignen sich verschiedene, nachfolgend umrissene Modelle. In einem ersten Schritt soll nach Gründung des IUC der Gründungsvorstand Wissenschaft Einzelgespräche mit allen Klinik-, Instituts- und Departmentleitungen am CTK bzw. Universitätsklinikum führen, um dem Konfliktpotenzial im Umgang mit ärztlichem Leitungspersonal zu begegnen, das dem Ausbau des Klinikums zum Universitätsklinikum inhärent ist. Dabei sollen die Erwartungen der amtierenden Chefärztinnen bzw. Chefärzte erfragt und individuelle Wege gefunden werden. Weiterhin sind folgende Verfahrensmodelle vorgesehen: |<sup>52</sup>

– **Qualitätsgesichertes Berufungsverfahren ohne öffentliche Ausschreibung:** Vor allem für Chefärztinnen und -ärzte, die kurz vor Gründung des IUC am CTK nach oben geschilderten Verfahren eingestellt wurden und deren Berufungsfähigkeit somit geprüft wurde, soll die Möglichkeit der befristeten Berufung auf eine klinische Professur auf der Grundlage eines Konzepts für die qualitätsgesicherte Berufung ohne öffentliche Ausschreibung gelten. Diese

|<sup>52</sup> Unter den ärztlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern des CTK sind derzeit (Stand März 2023) 16 habilitiert, darunter sieben Ärztinnen und Ärzte eine außerplanmäßige Professur innehabend. Weitere 14 Ärztinnen und Ärzte sind promoviert und lehrerfahren.

Regelung soll für maximal 20 % der klinischen Professuren am IUC respektive maximal zehn Professuren Anwendung finden und auf die Start- und Aufbau-phase des IUC begrenzt sein. Obligatorische Voraussetzungen für eine Berufung sollen neben einer qualifizierten Promotion und einer Habilitation oder habilitationsäquivalenter Leistungen ebenso klinische Erfahrung, Lehr- und Forschungserfahrung, die Beteiligung an der Konzeptentwicklung für das IUC und Kompetenzen in der Anwendung digitaler Lehr- und Kommunikations-tools und digitaler Versorgungskonzepte sein. Weiterhin müssten von sechs weiteren Kriterien mindestens zwei erfüllt sein. |<sup>53</sup>

Das Verfahren der Berufung ohne öffentliche Ausschreibung soll mindestens drei Gutachten, davon ein internationales, sowie den Einsatz einer Berufungskommission voraussetzen. Die grundsätzlich befristete Berufung im Zuge dieses Berufungsverfahrens soll um Kriterien für die Verstetigung der Professur ähnlich eines Tenure-Track-Verfahrens ergänzt werden. Eine Entfristung soll nach fünf Jahren bei Erfüllung der Kriterien, die seitens einer durch den Wissenschaftssenat eingesetzten Kommission unter Einbezug externer Expertise festgestellt wird, erfolgen.

Grundsätzlich sollten die klinischen Professuren, die in einem qualitätsgesicherten Berufungsverfahren ohne öffentliche Ausschreibung besetzt wurden, analog der ausgeschriebenen Professuren personell ausgestattet werden.

**Qualifizierung des bestehenden Leitungspersonals:** Ein weiteres Verfahren zur Besetzung von klinischen Professuren stellt die zeitlich befristete Übernahme einer Vertretungsprofessur durch eine amtierende Chefärztin bzw. einen amtierenden Chefarzt dar. Innerhalb der festgelegten Vertretungszeit sind ausreichende Leistungen in Forschung und Lehre vorzuweisen, sodass in späteren regulären Berufungsverfahren aussichtsreiche Chancen auf eine Professur bestehen.

Auch die Vertretungsprofessuren sollen eine ausreichende personelle Ausstattung bekommen, um in der Vertretungszeit ausreichende Leistungen in Forschung und Lehre zu erbringen.

Darüber hinaus ist bei Erfüllung der Voraussetzungen der Einbezug von Klinikleitungen des CTK bzw. des Universitätsklinikums in Forschung und Lehre durch Umhabilitationen und gegebenenfalls durch die Verleihung einer außerplanmäßigen Professur vorgesehen.

Bei amtierenden Chefärztinnen und -ärzten ohne Erfüllung der Voraussetzungen für eine Berufung ist die Besetzung einer W2-Professur auf diesem Fachgebiet geplant, um auf diesem Weg Lehre und Forschung sicherzustellen. Die dazu

|<sup>53</sup> Diese Kriterien sind wie folgt definiert: Gremienmitgliedschaften/Funktionsstellen an einer Universität oder an einer außeruniversitären Einrichtung, erreichte Listenplätze/abgelehnte Rufe, Preise/Auszeichnungen in Forschung/Lehre, Führungserfahrung, Engagement im Bereich Gender und Diversity, Auslandserfahrung.

mittels eines regulären Berufungsverfahrens mit öffentlicher Ausschreibung gewonnen Professorinnen bzw. Professoren sollen die Leitung eines Teils der Klinik übernehmen und zugleich der Chefärztin bzw. dem Chefarzt hinsichtlich der Patientenversorgung unterstehen. Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter sollen dabei unterstützend in Forschung und Lehre mitwirken.

#### III.4 Wissenschaftliches Personal

Der Umfang des wissenschaftlichen Personalaufbaus (Personalausstattung der Professuren) des IUC bis zum Jahr 2035 ist wie folgt geplant:

- \_ 320 VZÄ ärztliches und nichtärztliches Personal (finanziert aus Haushaltsmitteln und Projektförderung des Bundes);
- \_ 68 VZÄ Promovierende bzw. 97 Stellen für wissenschaftliches Personal mit Stellen im Umfang von 70 % VZÄ (finanziert aus Haushaltsmitteln und Projektförderung des Bundes) sowie
- \_ circa 200 VZÄ wissenschaftliches Personal (drittmittelfinanziert).

Des Weiteren ist der Aufbau von 656 VZÄ für wissenschaftsunterstützendes Personal und Verwaltungspersonal vorgesehen.

**Abbildung 7: Zeitstrahl zum Aufbau des wissenschaftlichen Personals in VZÄ, 2024–2035**



Hinweis: Die Angaben zum Aufbau der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter beziehen sich lediglich auf den geplanten Aufwuchs des ärztlichen und nichtärztlichen Personals, das Aufgaben in Forschung und Lehre übernimmt. Angaben zum Aufwuchs des ärztlichen Personals mit Aufgaben in der Krankenversorgung liegen derzeit nicht vor. Die Angaben zum Aufwuchs des ärztlichen Personals mit Aufgaben in der Krankenversorgung liegen derzeit nicht vor. Die Angaben zum drittmittelfinanzierten wissenschaftlichen Personal zeigen lediglich die geplante Gesamtsumme im Endausbau. Dabei handelt es sich um eine Zielgröße, da derzeit nicht absehbar ist, in welchem Umfang und Tempo am IUC Drittmittel eingeworben werden. Von den 2035 vorgesehenen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sollen 320 VZÄ ärztliches und nichtärztliches Personal (finanziert aus Haushaltsmitteln und Projektförderung des Bundes); 68 VZÄ Promovierende (finanziert aus Haushaltsmitteln und Projektförderung des Bundes) sowie die anvisierten 200 VZÄ drittmittelfinanziertes wissenschaftliches Personal den Professuren zugeordnet werden.

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

Insgesamt soll das Bestandspersonal am CTK im Umfang von circa 2.130 VZÄ um circa 1.244 VZÄ für Aufgaben in Forschung und Lehre am IUC erweitert werden. Im Endausbau soll der Personalumfang am IUC somit circa 3.374 VZÄ betragen (Stand November 2023).

Die Vergütung des wissenschaftlichen Personals am IUC einschließlich des Universitätsklinikums soll nach einem Haustarifvertrag in Anlehnung an den TV-L erfolgen. Für das ärztliche wissenschaftliche Personal ist ein Haustarifvertrag in Anlehnung an den TV-Ärzte vorgesehen. Ein Vertragsverhältnis von wissenschaftlichem Personal, d. h. Ärztinnen bzw. Ärzte sowie weiteren Fachkräften in kooperierenden Einrichtungen der Krankenversorgung ist nicht intendiert (zu den Vertragsverhältnissen bei gemeinsamen Berufungen siehe D.III.3).

#### III.4.a Lehre

Zur Abschätzung des personellen Bedarfs an wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen VZÄ für die Lehre im zukünftigen Studiengang Humanmedizin sind die Summe der im Vollausbau zu unterrichtenden Lehrformate, die

jeweiligen Anrechnungsfaktoren, die Gruppengröße pro Lehrformat, die Größe der Kohorte pro Semester (100) sowie die Anzahl an Semesterwochen (14) berücksichtigt. Unberücksichtigt lassen die Berechnungen eine potenzielle Doppelvergütung interdisziplinärer Lehrformate, die Rotation der Module und das damit einhergehende doppelte Halten von Vorlesungen. |<sup>54</sup>

Die berechneten wissenschaftliche VZÄ zur Durchführung der Lehre, die je nach errechnetem Szenario zwischen 175 und 198 VZÄ wissenschaftliches Personal liegt, im zukünftigen Curriculum Humanmedizin sollen – so das Land – ergänzt werden durch 60 VZÄ zur Übernahme der Lehrkoordination in den 60 Einrichtungen des IUC. Lehrkoordinatorinnen und -koordinatoren werden als zentral insbesondere während des Aufbaus und der Implementation des Curriculums angesehen und sollen sowohl als Schnittstelle zwischen der jeweiligen Einrichtung und dem Zentralbereich Lehre als auch als fachbezogene Ansprechpersonen dienen. In der Start- und Aufbauphase sollen die jeder Professur zugewiesenen wissenschaftlichen Mitarbeiterstellen (E13) nach fünf Jahren zur Hälfte dem Zentralbereich Lehre zugeordnet werden (siehe D.V.2.a).

Der Zentralbereich Lehre ist u. a. zuständig für die Gestaltung der neuen Lehrformate und die Koordinierung der inhaltlichen Ausgestaltung der Module, für den Aufbau eines Lernzentrums, für den Aufbau des Prüfungswesens sowie für die Unterstützung des Personals im Simulationszentrum bei der Anwerbung und dem Training von Simulationspatientinnen und -patienten, für die Entwicklung von Konzepten für diese speziellen Lehrformate und für die Organisation und Durchführung von didaktischen Schulungen und Weiterbildungen, u. a. für Ärztinnen und Ärzte von Lehrpraxen. Im Endausbau sollen am Zentralbereich Lehre rund 35 wissenschaftliche und sieben nichtwissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sein.

#### III.4.b Nichtwissenschaftliches Personal

Für das IUC ist eine angemessene Ausstattung wissenschaftsunterstützenden und administrativen Personals wie folgt geplant:

- \_ 236 VZÄ zur administrativen und (medizinisch-)technischen Unterstützung der Professuren;
- \_ 110 VZÄ für die Verwaltung des IUC;
- \_ circa 120 drittmittelfinanzierte VZÄ für nichtwissenschaftliche Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter;
- \_ 80 VZÄ zur Abdeckung von Aufgaben in der IT/Digitalisierung;
- \_ 30 VZÄ für den Aufbau und die Betreuung des Simulationszentrums sowie
- \_ 80 VZÄ für die Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung.

| <sup>54</sup> Im Stellenplan für den Studiengang Humanmedizin werden drei Szenarien der Stellenkalkulation skizziert.

Dieses wissenschaftsunterstützende Personal (insgesamt 656 VZÄ) soll insbesondere beim Aufbau und Betrieb des digital unterstützten Forschungs-, Lehr- und Versorgungsnetzwerks in der Modellregion Gesundheit Lausitz sowie im Simulationszentrum Unterstützung leisten. Benötigt werden hierfür spezialisierte Medizininformatikerinnen bzw. -informatiker, Technikerinnen bzw. Techniker sowie (Fach-)Informatikerinnen bzw. Informatiker. Die Berechnungen des nichtwissenschaftlichen Personals sehen zur Sicherstellung der Infrastruktur im Zentralbereich Lehre mindestens sieben VZÄ nichtwissenschaftliches Personal vor.

Weiterhin sollen studentische Beschäftigte in einem Umfang von 204 Stellen, die jeweils 40 Stunden im Monat umfassen, respektive 47 VZÄ, zur Unterstützung der Lehre geschaffen werden.

### III.5 Personal am CTK

Derzeit sind insgesamt circa 2.180 VZÄ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am CTK beschäftigt, darunter circa 370 VZÄ im Ärztlichen Dienst, 870 VZÄ im Pflegedienst, 430 VZÄ im medizinisch-technischen Dienst, 170 VZÄ im Funktionsdienst sowie 610 Auszubildende, PJ-Studierende und Absolvierende des Freiwilligen Sozialen Jahrs (Stand Oktober 2023).

Mit dem Ausbau des CTK zum Universitätsklinikum ist die Übertragung sowohl der Arbeitgebereigenschaft als auch der Dienstherrnfähigkeit an das IUC geplant. Auch das in der Krankenversorgung tätige wissenschaftliche Personal am Universitätsklinikum soll sämtlich am IUC angestellt werden. Das Land gibt zu bedenken, dass, aufgrund der bevorstehenden Krankenhausreform mit voraussichtlich weitreichenden Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft der Lausitz und den Versorgungsauftrag des Universitätsklinikums, der finale Personalbedarf für die Krankenversorgung derzeit noch nicht verlässlich abgeschätzt werden kann.

## **D.IV FORSCHUNG**

---

### IV.1 Geplantes Forschungsprofil

Das wissenschaftliche Profil des IUC soll sich nach Planung des Landes an den beiden komplementären interdisziplinären Forschungsschwerpunkten Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens ausrichten. Diese zielen auf die Schnittstelle zwischen Versorgung, Wissenschaftssystem und Gesundheitssystem: Forschung am IUC soll sich auf (system-)relevante Aufgaben der Koordination, Regulierung, Finanzierung, Innovation und insgesamt auf die Weiterentwicklung und Verbesserung des Gesundheitssystems und seiner Teilsysteme konzentrieren und somit einen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung leisten.

Aus Sicht des Landes wäre damit das IUC mit den geplanten Forschungsschwerpunkten die erste staatliche Universitätsmedizin in Deutschland, die diese Forschungsschwerpunkte in fachlicher Breite interdisziplinär und unter Einbezug der Humanmedizin bedient und damit eine Alleinstellung in Deutschland einnähme.

Die Auswahl der beiden Forschungsschwerpunkte maßgeblich bestimmt haben die (inter)nationalen Herausforderungen in demographischer, epidemiologischer und technischer Hinsicht im Zuge veränderter Ansprüche an Gesundheitsversorgung und Gesundheitssysteme, so das Land. Dies betreffe neben der Abwanderung aus ländlichen Regionen auch den Umstand einer älter werdenden Bevölkerung, die Zunahme chronischer Erkrankungen sowie die Entstehung von Resistenzen. Eine Kumulation dieser Problemlagen sei für die Region Lausitz mit ihren spezifischen demographischen sowie ökonomischen Rahmenbedingungen festzustellen (siehe D.I.1), weshalb das IUC für die Ansiedelung dieser beiden Forschungsschwerpunkte prädestiniert sei.

Darüber hinaus wird in der Ausbildung der beiden Forschungsschwerpunkte in Kombination mit der digital vernetzten Modellregion Gesundheit Lausitz die Chance erkannt, Impulse für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bundesweit, insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen zu geben. Die im Zuge des Strukturwandels aufgebauten bzw. derzeit entstehenden regionalen Forschungsstrukturen in der Lausitz eignen sich aus Sicht des Landes, um Modelle für die Gesundheitsversorgung der Zukunft vor Ort in einem Mehrebenen-System auf der Mikro-, Meso- und Makroebene zu entwickeln und zu erproben.

So sind insbesondere im Lausitz Science Park, der entlang der vier Profillinien der BTUCS entsteht, und im ZKI-PH in Wildau (siehe Abbildung 5 und Anhang II) inhaltliche Schnittmengen zum IUC vorhanden, die vielfältige Möglichkeiten für Forschungsk Kooperationen bieten. Bei der Entwicklung der Forschungsschwerpunkte des IUC wurden deshalb die Schnittflächen zum Forschungsprofil der BTUCS berücksichtigt, v. a. in der Profillinie Gesundheit und Life Sciences, dem Querschnittsbereich Künstliche Intelligenz und Sensorik sowie in den Profillinien Energiewende und Dekarbonisierung sowie Globaler Wandel und Transformationsprozesse. Forschungsk Kooperationen sind laut dem Land in den am IUC geplanten Forschungsfeldern Digitale Versorgungstechnologien, Versorgung in Regionen des Strukturwandels/ des ländlichen Raums, Präventionsforschung sowie Interprofessionelle Versorgung anzustreben (siehe Anhang VI).

Zwischen BTUCS und CTK bestehen bereits verschiedene Forschungsk Kooperationen (siehe D.IV.1.c). Im Sinne des geplanten interdisziplinären Forschungsprofils des IUC werden darüber hinaus Kooperationen mit medizinnahen Disziplinen der BTUCS, wie etwa dem Institut für Medizininformatik, dem Institut für Biotechnologie und dem Institut für Gesundheit angestrebt (siehe D.I.1).

Da das Profil der Medizinischen Universität eindeutig durch die beiden Schwerpunkte Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens geprägt werden soll, sind nach dem Gründungskonzept weitere klinische oder biomedizinische Schwerpunkte nicht vorgesehen. Durch die interprofessionelle und interdisziplinäre Ausrichtung der beiden Forschungsschwerpunkte entstehen allerdings vielfältige Anknüpfungspunkte zu klinischen Disziplinen. So ist etwa die gezielte Besetzung klinischer Professuren wie bspw. Allgemeinmedizin, Geburtshilfe und Geriatrie mit Schwerpunkten in der Gesundheitssystemforschung bzw. Digitalisierung des Gesundheitswesens angedacht. Für bereits etablierte Forschungsaktivitäten am Klinikum bzw. Versorgungsschwerpunkte des CTK soll geprüft werden, inwieweit sie diesem Profil entsprechen, v. a. in den Bereichen Onkologie, Notfallmedizin und Gefäßmedizin (siehe D.IV.1.c).

Die fachliche Breite der vorgesehenen Forschungsschwerpunkte soll sich in folgenden fünf **Departments** als dezentrale Wissenschaftliche Organisationseinheiten widerspiegeln:

- \_ Department 1 für Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie;
- \_ Department 2 für Versorgungsforschung und Prävention;
- \_ Department 3 für Digitalisierung im Gesundheitssystem und Health Data Sciences;
- \_ Department 4 für Epidemiologie, Methoden der Gesundheitswissenschaften und Global Health sowie
- \_ Department 5 für Gesundheitswissenschaften, Ethik und Entwicklung der Gesundheitsberufe.

Die Ergänzung weiterer Departments mit einem klinischen bzw. vorklinischen Schwerpunkt soll möglich sein. Zur Förderung der Interdisziplinarität in Forschung und Lehre sollen in den Departments die Professuren der Forschungsschwerpunkte gemeinsam mit grundlagenwissenschaftlichen und klinischen Professuren organisiert sein, die einen Schwerpunkt in Gesundheitssystemforschung oder Digitalisierung des Gesundheitswesens haben. Interdisziplinäres Arbeiten soll über die thematische Vielfalt der Forschungsprofessuren am IUC sowie Open-Topic- und Open-Rank-Verfahren ermöglicht und somit zugleich die Attraktivität für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erhöht werden (siehe D.III.2).

Die vom Land eingesetzte Expertenkommission hat festgestellt, dass Gesundheitssystemforschung in Deutschland primär auf der Mikro- und Meso-Ebene erfolgt. Zu Digitalisierung im Gesundheitssystem wird mit Ausnahme von zwei universitätsmedizinischen Standorten ausschließlich an Fachhochschulen

geforscht. |<sup>55</sup> In den Departments sollen deshalb sieben von der Expertenkommission empfohlene **Forschungsfelder** abgedeckt werden, die insbesondere in der deutschen Forschungslandschaft bisher kaum bis mäßig vertreten sind (für eine detaillierte Auflistung siehe Anhang VI):

- \_ Versorgung in Regionen des Strukturwandels bzw. des ländlichen Raums;
- \_ Präventionsforschung;
- \_ Interprofessionelle Versorgung;
- \_ Finanzierung neuer Versorgungsmodelle;
- \_ Implementierungsforschung;
- \_ Digitale Versorgungstechnologien sowie
- \_ Akzeptanz, Datenschutz und Datenmanagement.

Diese Forschungsfelder spiegeln sich in den vorgeschlagenen Themen für Professuren der Forschungsschwerpunkte wider (siehe Vorschlagsliste für Forschungsthemen der Expertenkommission, die in Denominationen umgesetzt werden könnten im Anhang V).

Das Profil des IUC mit den beiden Forschungsschwerpunkten in Kombination mit einem digital unterstützten Netzwerk aus Gesundheitsakteuren der Modellregion Lausitz beruht zu wesentlichen Teilen darauf, dass die Forschenden am IUC mit Versorgungsakteuren und regionalen Einrichtungen der Krankenversorgung bzw. des Gesundheitssystems kooperieren. So soll der starke Anwendungsbezug der Forschungsschwerpunkte umgesetzt und der Zugang zu den für die Forschung am IUC benötigten versorgungsrelevanten Daten der Modellregion ermöglicht werden. Eine wesentliche Rolle hierbei soll der Innovations- und Netzwerkrat spielen, der auch Entscheidungen vorbereiten soll, wie Projektmittel vergeben werden könnten (siehe D.II.3). Zur Förderung von Translation sollen Praxispartner aus Versorgung, Digitalisierung und IT in Forschungsvorhaben direkt mit einbezogen werden, sodass sowohl Herausforderungen des Versorgungsprozesses in die Forschung eingebracht als auch Forschungserkenntnisse direkt in die Praxis überführt werden.

Das geplante regionale und digitale Versorgungsnetz soll an das Datenintegrationszentrum (DIZ) des CTK angeschlossen werden (siehe D.VIII.2.c). |<sup>56</sup>

|<sup>55</sup> Erhebungen zu universitätsmedizinischen Standorten und außeruniversitären Forschungseinrichtungen in Brandenburg und umliegenden Bundesländern wurden durch die Expertenkommission durchgeführt. Weiterhin liegen Erhebungen zu den Forschungsschwerpunkten aller universitätsmedizinischen Standorte in Deutschland sowie zu Standorten mit Bezug zur Digitalisierung des Gesundheitssystems vor.

|<sup>56</sup> Die mit der gewünschten Öffnung des Versorgungsnetzes verbundenen koordinierenden und datenschutzrechtlichen Maßnahmen soll die Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung des Kompetenzzentrums für Gesundheitssystementwicklung verantworten (siehe D.VII.2).

#### IV.1.a Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung

Im **Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung** sollen insbesondere die Bereiche Versorgung in Regionen des Strukturwandels und des ländlichen Raums, Präventionsforschung, Interprofessionelle Versorgung, Finanzierung neuer Versorgungsmodelle und Implementierungsforschung fokussiert werden.

Forschungsfokus soll die Erforschung von systemisch organisierten Ansätzen der Gesundheitsversorgung in Gesundheitssystemen sowie deren Subsystemen, einzelnen Institutionen und Programmen sein. Diese Forschung soll struktur-, prozess- und outcomeorientiert Analysen von Bedarf, Inanspruchnahme, Anreizwirkung, Präferenz, Ressourcen und deren Allokation, Zugang und Gerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit erstellen. Konkret kann dabei zwischen drei Ebenen unterschieden werden:

- \_ Auf der Mikro-Ebene werden die komplexen Beziehungen zwischen konkreten Versorgungskonzepten, den Leistungserbringern sowie den Patientinnen und Patienten untersucht.
- \_ Analysen auf der Meso-Ebene widmen sich Strukturen des Gesundheitssektors sowie den daran beteiligten Organisationen und Einrichtungen und deren Zusammenwirken.
- \_ Die Makro-Ebene der Gesundheitssystemforschung vergleicht verschiedene Gesundheitssysteme und analysiert zudem das Zusammenspiel des Gesundheitssystems u. a. mit politischen Fragen der Ausgestaltung legislativer Aspekte der Gesundheitsversorgung, ökonomischen Fragen der Finanzierbarkeit von Versorgungsmodellen oder sozialen Fragen der Versorgungsgerechtigkeit.

So sollen auf der Meso- und Makro-Ebene Impulse für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bundesweit und speziell in strukturschwachen ländlichen Regionen gegeben werden. Ebenfalls soll die Mikro-Ebene einbezogen werden, um z. B. Medizinerinnen und Mediziner am Klinikum und in der Region zu integrieren, Forschungsfragen aus dem aktuellen Versorgungskontext aufzugreifen und die Implementierung von Versorgungs- bzw. Präventionsmodellen in die Praxis wissenschaftlich zu begleiten.

#### IV.1.b Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens

Für den Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens ist die Adressierung insbesondere der Bereiche Digitale Versorgungstechnologien und Akzeptanz, Datenschutz und Datenmanagement vorgesehen. In diesem Forschungsschwerpunkt sollen Aspekte, die im Kontext von Digitalisierungsprozessen alle Ebenen des Gesundheitssystems betreffen, analog zur Gesundheitssystemforschung anhand von drei Komplexitätsebenen fokussiert werden:

- \_ Auf der Mikroebene wird primär die digitale Kompetenz von Versorgenden sowie von Patientinnen und Patienten und diesbezüglich die Nutzung, Akzeptanz, Nutzbarkeit, Qualität, Sicherheit und Wirkung digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen analysiert.
- \_ Forschungsfragen auf der Meso-Ebene widmen sich bspw. der Implementierung digitaler Werkzeuge und Prozesse in die Versorgungsrealität von Gesundheitseinrichtungen im ambulanten und stationären Bereich.
- \_ Auf der Makro-Ebene sind Fragestellungen zur ökonomischen und rechtlichen Integration von digitalen Prozessen sowie zur Organisation übergeordneter Datenräume und zur Integration, Speicherung und Nutzung von versorgungs- und gesundheitsrelevanten Daten auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene von Interesse.

#### IV.1.c Einbeziehung der Forschung an CTK und TRS

Bereits jetzt wird am CTK klinische Forschung durchgeführt, deren Koordination über eine Interdisziplinäre Studienzentrale, ein Kompetenzzentrum Pflege sowie die Thiem-Research GmbH (TRS) erfolgt:

- \_ Die bestehende interdisziplinäre Studienzentrale am CTK führt derzeit jährlich circa 150 klinische Studien durch (etwa 600 Patientinnen bzw. Patienten pro Jahr aus 19 Kliniken eingeschlossen), davon etwa die Hälfte in Studien des Onkologischen Zentrums. |<sup>57</sup> Die Weiterführung der Studienzentrale am IUC und der Ausbau durch Vorhaben der klinischen Professuren ist geplant.
- \_ Die Betreuung von (Transfer-)Studien aus dem Bereich der Pflegewissenschaft sowie die evidenzbasierte Steuerung der Pflegeprozesse im CTK übernimmt das Kompetenzzentrum Pflege. Darüber hinaus ist das Kompetenzzentrum Pflege in die Lehre der Gesundheitsstudiengänge der BTUCS involviert. Das Kompetenzzentrum Pflege evaluiert zudem gemeinsam mit der Pflegedirektion des CTK im Rahmen des Projekts „Digitale Pflegenachsorgeplattform“ die nachstationäre Genesungsberatung mittels eines geschützten Online-Beratungsportals im Versorgungsalltag des CTK als Pilotprojekt. Diese fachliche Nachbetreuung erfolgt dabei als telemedizinischer Dienst, sodass sich dieses Vorhaben aus Sicht des Landes bestens integriert in die strategische Zielstellung der umfassenden Umsetzung einer Primärpflege im CTK unter Nutzung digitaler Tools.

|<sup>57</sup> Die Studien des CTK werden von 28 Industriepartnern, sieben kommunalen Kliniken, 33 Universitäten sowie 22 Netzwerken und Gesellschaften finanziell gefördert. Die Summe angeworbener Drittmittel des CTK über die von der Studienzentrale begleiteten Projekte beläuft sich derzeit auf ca. 200.000 Euro pro Jahr. Nach Etablierung der Interdisziplinären Studienzentrale im Jahr 2017 hat sich die Anzahl an Forschungsprojekten und Studien im CTK versechsfacht.

\_ Weiterhin ist im Rahmen der Kooperation mit Einrichtungen der Krankenversorgung der Ausbau der derzeit bestehenden Kooperationen des CTK geplant, insbesondere die durch die TRS etablierten Partnerschaften:

\_ Die TRS als gemeinnützige Forschungsgesellschaft und zu 100 % Tochter des CTK ist, neben weiteren Forschungsaktivitäten in den Bereichen Medizininformatik, Digitalisierung und Medizintechnik, Partner des HiGHmed-Konsortiums der MII des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und in diesem Rahmen am Use Case Kardiologie des Konsortiums beteiligt. |<sup>58</sup> Diese Mitgliedschaft soll mit Gründung des IUC ausgebaut werden, indem etwa das Versorgungs- und Forschungsnetzwerk der Modellregion Lausitz als Anwendungsfeld für Gesundheitssystemforschung für die Mitglieder des Konsortiums bzw. weiteren Konsortien bereitsteht.

\_ Außerdem ist die TRS im Aufbau eines regionalen Bündnisses zur Gestaltung zukunftsfähiger digitaler Lösungen für die Gesundheitsversorgung der Lausitz engagiert. Dazu koordiniert sie ein BMBF-gefördertes Bündnis aus mehr als 100 überwiegend regionalen Partnern der Gesundheitswirtschaft, Wissenschaft und Forschung, dem Gesundheitssystem und den Lausitzer Kommunen mit dem Ziel, sich für die Gestaltung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung zu engagieren.

\_ Im Schwerpunkt Digitalisierung führt die TRS Teilprojekte im Verbundvorhaben iCampus durch, um die technologischen Grundlagen und Kompetenzen des Verbundes in klinische Anwendungsfelder zu überführen und die technische Machbarkeit von Smart-Health-Lösungen in der Versorgungsrealität einer stationären Einrichtung zu demonstrieren (Anwendung eines Medizinischen Radarsystems im Bereich der Kardiologie und Erprobung der Raman-Spektroskopie im Bereich der Krebstherapien). |<sup>59</sup>

Weitere ausgewählte Forschungsprojekte des CTK können hinsichtlich des Forschungsfeldes Digitalisierung von Interesse für Forschungsvorhaben am IUC sein (siehe Anhang III).

#### IV.2 Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen

Die Medizinische Universität soll dem Anspruch einer geschlechter- und diversitätsgerechten Universität genügen. Dies umfasst die Ermöglichung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Herstellung von Chancengleichheit. An den Hochschulen des Landes Brandenburg ist ein spezifisches Förderprogramm

|<sup>58</sup> Außerdem wird die TRS mit Beginn der nächsten Förderphase 2023 Mitglied im NUM.

|<sup>59</sup> Das iCampus Cottbus-Vorhaben wird finanziert im Rahmen des Sofortprogramms der Bundesregierung zum Strukturwandel in den Kohleregionen. Geplant ist eine Förderung in zwei Phasen: Phase I mit Laufzeit von November 2019 bis Dezember 2021 in einem Umfang von 7,5 Mio. Euro, Phase II mit Laufzeit von Januar 2022 bis Dezember 2026 in einem Umfang von 20 Mio. Euro. Die Förderung der Phase II ist im StStG (§ 17, Vorhaben 22) verankert; die Finanzierung soll über Arm 2 des StStG erfolgen (siehe Mögliche Kooperationspartner der Außeruniversitären Forschungseinrichtungen im Anhang).

budgeterhöhend in das Globalbudget der Hochschulen integriert. Für das IUC ist ebenso vorgesehen, entsprechende Anforderungen in die Ziel- und Leistungsvereinbarungen zwischen Land und IUC aufzunehmen.

#### IV.2.a Promotionsprogramme

Promotionen am IUC sollen größtenteils strukturiert erfolgen und für Absolventinnen und Absolventen vorzugsweise den Abschluss PhD, aber auch Dr. med. und, für akademisierte Gesundheitsfachberufe, Dr. rer. medic. vorhalten. Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs der Humanmedizin und der Masterstudiengänge des IUC sowie anderer Hochschulen können das Angebot des Promotionsstudiums am IUC wahrnehmen. Studierende der genannten Studiengänge am IUC sollen außerdem Module des Promotionsstudiengangs bereits während des Medizin- oder Masterstudiums absolvieren können.

Angelegt auf in der Regel drei Jahre, soll die Promotion sich inhaltlich an den Forschungsschwerpunkten des IUC orientieren. Während des Promotionsstudiums belegen die Promovierenden zusätzliche Module, um neben wissenschaftlichen auch soziale, didaktische sowie organisatorische Kompetenzen auf- und auszubauen und ethische, rechtliche und datenschutzrechtliche Inhalte kennenzulernen. Im Sinne der Internationalisierung der Promovierendenschaft werden die Module in englischer Sprache angeboten. Die detaillierte Ausgestaltung des Promotionsstudiengangs sollen nach Gründung des IUC der Wissenschaftliche Vorstand sowie der Zentralbereich Lehre übernehmen.

Das Promotionsstudium soll die Ausbildung von qualifizierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern für Forschung und Lehre der Forschungsbereiche am IUC sicherstellen. Es werden Kooperationen mit bestehenden Graduierteneinrichtungen im Land Brandenburg angestrebt. Außerdem wird in dem Angebot eines Promotionsstudiengangs die Chance erkannt, Graduiertenschulen in Kooperationen mit anderen (inter)nationalen Graduiertenschulen aufzubauen sowie an DFG-geförderten Internationalen Graduiertenkollegs teilzuhaben. Im Rahmen der Finanzplanung des IUC bis zum Jahr 2038 sind Mittel für zwei Graduiertenkollegs am IUC für jeweils viereinhalb Jahre vorgesehen. Geplant ist, Promovierenden der BTUCS eine assoziierte Mitgliedschaft in diesen Graduiertenkollegs am IUC anzubieten.

Da am IUC kein biomedizinischer Forschungsschwerpunkt geplant sowie die Einrichtung von Lehrstühlen der Grundlagenfächer Physik, Biologie und Chemie nicht vorgesehen ist, erwartet das Land eine geringe Anzahl an naturwissenschaftlichen Promotionen. Das Angebot der bevorzugt strukturierten Promotion an der Medizinischen Universität umfasst jedoch auch Promotionen in naturwissenschaftlich ausgerichteten Grundlagenfächern am IUC, wie Physiologie und Biochemie.

Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs Humanmedizin, die an der Medizinischen Universität ihre Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt durchlaufen und Interesse an einer wissenschaftlichen Laufbahn haben, soll ein Health Scientist bzw. Advanced Health Scientist-Programm mit Schwerpunkt in der Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens angeboten werden. Dieses ist inhaltlich an das Konzept des Clinician Scientist-Programms angelehnt. Das Programm soll parallel zur Facharztweiterbildung absolviert werden und hält den forschungsinteressierten Ärztinnen und Ärzten in der Krankenversorgung geschützte Zeitfenster zur Forschung im eigenen Forschungsprojekt bereit. Inhaltlich sollen die Forschungsprojekte an den Forschungsschwerpunkten des IUC ausgerichtet sein. So soll die Medizinische Universität einen Teil ihres wissenschaftlich-ärztlichen Personals selbst ausbilden, indem die forschenden Ärztinnen und Ärzte im Rahmen eines Health Scientist-Programms wissenschaftliche Kompetenzen etwa bei der Durchführung und Auswertung klinischer Studien oder gesundheitswissenschaftlicher Projekte erwerben. Das Programm soll in Orientierung an dem von der DFG entwickelten Forschungs- und Weiterbildungsprogramm für Clinician Scientists entwickelt werden.

Folgende Programme sind im Rahmen der Finanzierungsplanung für das IUC bis 2038 vorgesehen:

\_ Health Scientist-Programm: Für dieses Programm mit einer Laufzeit von fünf Jahren sind, in Orientierung am DFG-Clinician-Scientist-Programm, u. a. Mittel für 80 % der Kosten von acht ärztlichen Rotationsstellen pro Jahr, Mittel für die Koordination des Programms und für Maßnahmen im Rahmen von Qualifizierung und Mentoring sowie Mittel zur Förderung der Chancengleichheit von Frauen und Männern und zur Vereinbarkeit von wissenschaftlicher Karriere und Familie vorgesehen.

\_ Advanced Health Scientist-Programm: Das ebenfalls fünfjährige Programm erfolgt in Orientierung an der BMBF-Fördermaßnahme und hält Mittel für den Forschungsanteil und einen Teil der Forschungsausstattung der Arbeitsgruppe der oder des Advanced Health Scientist in Höhe von 130.000 Euro pro Stelle vor. Vorgesehen ist die Unterstützung von circa elf Stellen pro Programm.

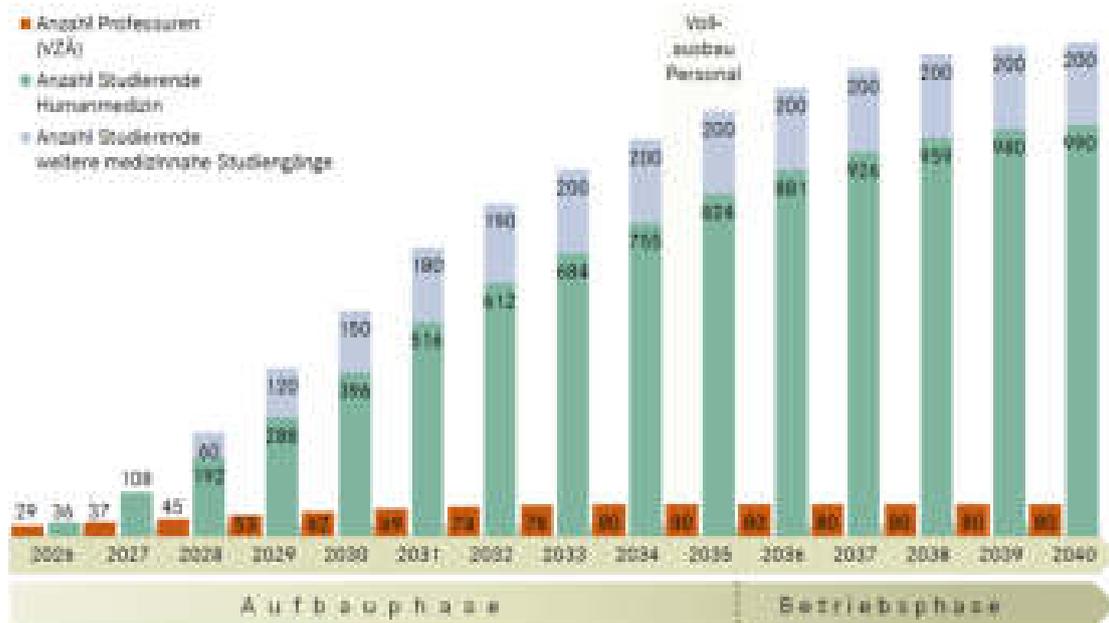
Zur Förderung von promovierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern außerhalb der zuvor beschriebenen (Advanced) Health Scientist-Programme liegen bisher keine Informationen vor.

Das Land plant für die Medizinische Universität, ab dem Wintersemester 2026/27 einen Studiengang Humanmedizin mit Abschluss Staatsexamen anzubieten. Die Einrichtung eines zahnmedizinischen Studiums ist derzeit nicht geplant. Der Studiengang Humanmedizin soll aus zwei Studienabschnitten, einem ersten Studienabschnitt mit sechs und einem zweiten Studienabschnitt mit vier Semestern sowie dem PJ bestehen. Es soll alle Erfordernisse der Prüfungen gemäß ÄApprO (RefE) abdecken. |<sup>60</sup>

Im Studiengang Humanmedizin ist zudem ein fakultativer Bachelor-Track mit dem Abschluss Bachelor of Science Medizin integriert. Dieser Abschluss qualifiziert nicht zur Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit, ermöglicht hingegen eine berufliche Tätigkeit in Forschung und Entwicklung, in der medizinischen Beratung etwa im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes, bei Unternehmen sowie Krankenkassen. Außerdem berechtigt der Bachelorabschluss Medizin zu Masterstudiengängen in medizinnahen Disziplinen. Der Abschluss setzt das erfolgreiche Erbringen der Leistungsnachweise von Modulen des ersten Abschnitts der ärztlichen Prüfung gemäß ÄApprO (RefE) sowie das Verfassen einer Bachelorarbeit in einem Vertiefungsbereich voraus. Er soll somit jenen Studierenden, die sich im frühen Studienverlauf gegen eine Tätigkeit als Ärztin bzw. Arzt entscheiden, einen berufsbefähigenden Abschluss sowie den Anschluss eines Masterstudiengangs ermöglichen.

| <sup>60</sup> Das Land sieht die alternative Umsetzung des Rahmencurriculums im Rahmen eines Modellstudiengangs Medizin, falls die neue ÄApprO (RefE) zu Beginn des Studiengangs entgegen den Planungen noch nicht in Kraft getreten sein sollte.

**Abbildung 8: Geplanter Aufwuchs der Professuren in VZÄ und der Studierendenzahlen der Universitätsmedizin Cottbus, 2026–2040**



Hinweis: Angaben pro Studienjahr. Ein Studienjahr umfasst das Sommer- und das darauffolgende Wintersemester. Im Jahr 2035 soll nach Angaben des Landes der Endausbau der Professuren (80 VZÄ) erreicht werden, was bedeutet, dass sämtliche Professuren des IUC bis zum Abschluss der Aufbauphase Ende 2035 berufen sein sollen. Die hier gezeigte Entwicklung des professoralen Personals basiert auf der Annahme, dass die Anzahl der Professuren auch nach 2038 (Ende der Finanzierung durch Bundesmittel) unverändert bleiben wird.

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

Der Aufbau des Medizinstudiums an der Medizinischen Universität ist in mehrere Phasen angelegt (siehe Abbildung 9). So sind vor Gründung des IUC in den Jahren 2023 und 2024 die Schaffung bestimmter institutioneller Voraussetzungen geplant, wie etwa die Erarbeitung von Kooperationsvereinbarungen zwischen IUC und BTUCS sowie zwischen IUC und potenziellen Kooperationspartnern zur Abdeckung des Fächerkanons gemäß ÄApprO (RefE). Laut Selbstbericht des Landes soll als institutionelle Voraussetzung des Studienbeginns und der damit verbundenen weiteren Aufbaumaßnahmen ebenfalls die Verabschiedung des Universitätsmedizingesetzes nach Vorlage eines positiven Votums des Wissenschaftsrats gelten. Die Startphase des IUC von dessen Gründung im Jahr 2024 bis zum Beginn des Wintersemesters 2026/27 sieht erste Berufungsverfahren im Sinne eines möglichst baldigen Studienbeginns vor. Während dieser Phase sollen folgende Kriterien, die die AG Studium und Lehre aufgestellt hat, spätestens bis ein Jahr vor Studienbeginn erfüllt werden:

- die Sicherstellung von mindestens acht grundlagenwissenschaftlichen, theoretischen und psycho-sozialen Fächern (Medizindidaktik/Medical Education, Physiologie, Biochemie/Molekularbiologie, Mikroskopische Anatomie, Makroskopische Anatomie, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie sowie

Biometrie) in professoraler Besetzung |<sup>61</sup>, die professorale Besetzung der klinischen Fächer Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin sowie der beiden Forschungsprofessuren Gesundheitssystemforschung und Digital Health (siehe D.III.2);

- \_ der Aufbau des Zentralbereichs Lehre;
- \_ die Bereitstellung ausreichender Interimsflächen für die Lehre |<sup>62</sup> und die zu berufenden Professuren;
- \_ Aufbau der IT-Infrastrukturen für die Durchführung digitaler Lehrveranstaltungen gemäß Rahmencurriculum bzw. die Sicherstellung des Aufbaus bis Studienbeginn;
- \_ die Vorlage eines Konzepts für das Auswahlverfahren der Hochschule;
- \_ die Sicherstellung von ausreichend qualifiziertem bzw. geschultem Verwaltungspersonal für die Durchführung des Auswahlverfahrens;
- \_ der hinreichende Aufbau eines Netzwerks aus Lehrpraxen bzw. von Hochschulambulanzen, sodass ausreichend ambulante Versorgungsstrukturen in die Lehre einbezogen werden können.

|<sup>61</sup> Im Falle nicht ausreichender Interimsflächen für Forschungslabore betreffender Professuren in der Start- und Aufbauphase sind die Optionen einer regulären Berufung einer Professorin bzw. eines Professors mit Schwerpunkt in überwiegend theoretischer Forschung oder in der Lehrforschung für die moderne Umsetzung des Fachs in der Medizinerbildung oder die Vertretung der Professur bis zum Dienstantritt durch die zu berufende Person selbst bei übergangsweiser Wahrnehmung des Forschungsauftrags an der abgebenden Universität vorgesehen. Eine dritte Option stellt die Sicherstellung der Lehre in dem entsprechenden Fach bis zum Aufbau der Laborflächen am IUC und der regulären Besetzung der Professur durch eine Vertretungsprofessur dar.

|<sup>62</sup> Die Lehre in den medizinischen Grundlagenfächern (Physiologie, Biochemie/Molekularbiologie und Anatomie) soll durch Kooperationen mit der BTUCS bzw. mit umliegenden universitätsmedizinischen Standorten oder über entsprechende Anmietungen von Laborflächen sichergestellt werden. Ein entsprechender Lol des Charité Centrums für Grundlagenmedizin liegt vor.

Abbildung 9: Zeitplan zum Aufbau und Betrieb des IUC bis 2038



Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

Mit Start des Studiengangs Humanmedizin zum Wintersemester 2026/27 sollen im Zentralbereich Lehre die Curricula für die medizinnahen Masterstudiengänge mit Unterstützung des wissenschaftlichen Personals mit Bezug zu den Forschungsschwerpunkten vorbereitet werden. Diese Masterstudiengänge sollen frühestens zum Wintersemester 2028/29 starten.

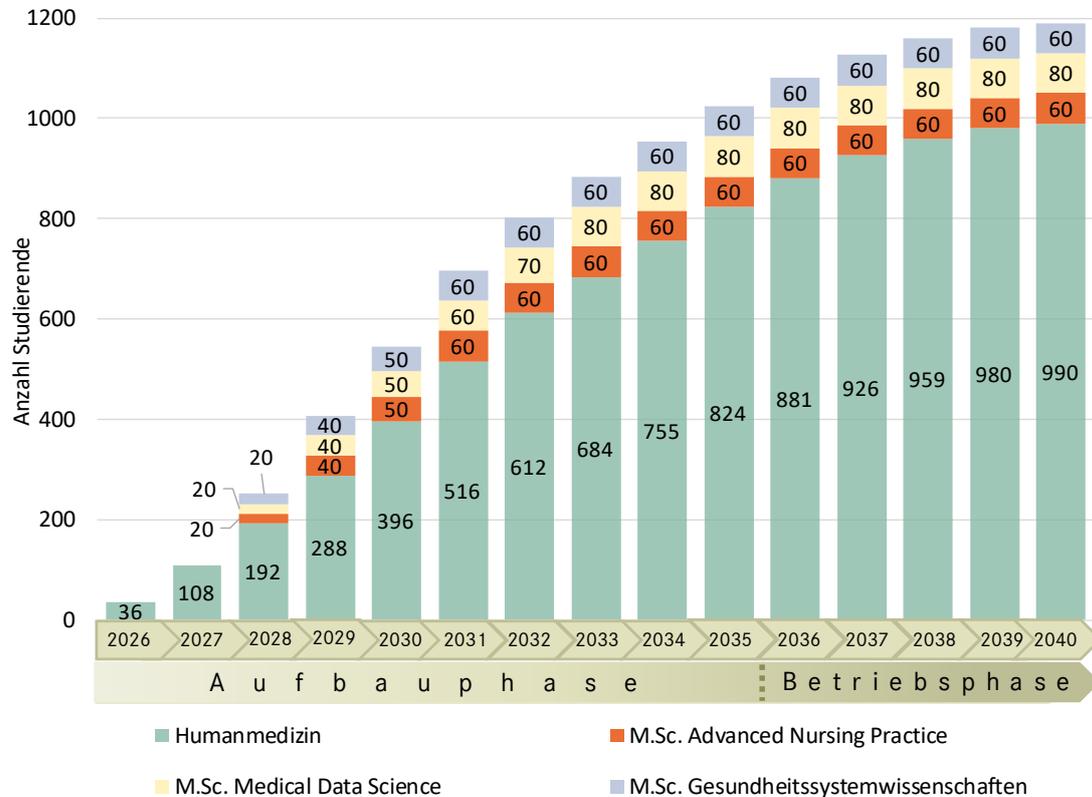
Zum Wintersemester 2026/27 sollen 36 Studienanfängerinnen und -anfänger das Medizinstudium an der Medizinischen Universität beginnen (siehe Abbildung 8). Damit beginnt die Aufbauphase, die sich bis 2035 erstreckt. In dieser Phase soll die Zahl der Studienanfängerinnen und -anfänger gesetzlich festgeschrieben sein. Vorgesehen ist die Immatrikulation zweimal jährlich zum Winter- und Sommersemester.

Im ersten und zweiten Jahrgang sollen 72 Studierende p. a. zugelassen werden; die Anzahl der neu zugelassenen Studierenden pro Semester soll alle zwei Jahre um zwölf erhöht werden.

Im Vollausbau soll die Medizinische Universität dann ab dem Studienjahr 2035 voraussichtlich jährlich 165 Studierende aufnehmen. Mit der bis dahin vorgesehenen Besetzung aller 80 Professuren soll schließlich auch die Anzahl der Studienplätze nach der bundeseinheitlichen Kapazitätsermittlung geregelt werden. Die maximale Anzahl von voraussichtlich 200 Studierenden soll laut dem Land

perspektivisch durch den Ausbau des CTK zum Universitätsklinikum und die Erweiterung des Fächerspektrums realisiert werden. |<sup>63</sup>

**Abbildung 10: Geplanter Aufwuchs der Studierendenzahlen in der Humanmedizin und in weiteren Masterstudiengängen der Universitätsmedizin Cottbus, 2026–2040**



Hinweis: Ein Studienjahr umfasst das Sommer- und das darauffolgende Wintersemester.

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

### V.1 Curricularer Aufbau und Lehrprofil Humanmedizin

Das geplante Curriculum orientiert sich an den allgemeinen und IUC-spezifischen curricularen Planungsprinzipien Patientenzentrierung und Kompetenzausbau für die interprofessionelle Versorgung.

Gemäß ÄApprO (RefE) beträgt die Regelstudienzeit einschließlich der Prüfungszeit für den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sechs Jahre und drei Monate. Anhand der nachfolgend skizzierten Grundsätze ist der Studiengang Humanmedizin auf zwölf Semester einschließlich des PJ angelegt. Die ersten zehn

|<sup>63</sup> Das Kapazitätsgutachten für den Studiengang Humanmedizin verweist auf die patientenbezogene Aufnahmekapazität des (künftigen) Universitätsklinikums CTK von 184 Studienplätzen (ohne außeruniversitäre Krankenanstalten, einschließlich antizipiertem Schwund) nach der „klassischen Kapazitätsberechnung“. Empfohlen wird jedoch, die patientenbezogene Aufnahmekapazität übergangsweise nach dem „alternativen Kapazitätsberechnungsmodell“ zu berechnen, die im Fall des IUC 165 Studienplätze (ohne außeruniversitäre Krankenanstalten, einschließlich antizipiertem Schwund) vorhält.

Semester sind in 40 Module (Einführungsmodul, Grundlagenmodule, organbezogene Module, Wissenschaftsmodule, Pathophysiologische Module, Erkrankungsmodule, Wahlpflichtmodule) gegliedert. Die Module werden durch Trainings und Kurse im Rahmen modulübergreifender Kompetenzen sowie in Prüfungen und durch Blockpraktika, die wissenschaftliche Arbeit und die Examensvorbereitung ergänzt. Das PJ wird im 11. und 12. Semester absolviert. |<sup>64</sup>

#### V.1.a Curriculares Planungsprinzip Fokus- und Beispielerkrankungen

Die Fokus- und Beispielerkrankungen stellen zudem unabhängig vom Unterrichtsformat ein zentrales inhaltlich strukturierendes Element dar. Sie sollen der exemplarischen Darstellung jeweils unterschiedlicher, aber spezifischer pathophysiologischer Modelle zur inhaltlichen Strukturierung eines jeden einzelnen Moduls dienen. Dazu wurden für die Ausgestaltung der ersten vier Semester die 34 Fokuserkrankungen des NKLM berücksichtigt entsprechend den Vorgaben der ÄApprO (RefE) und diese Fokuserkrankungen um sogenannte Beispielerkrankungen ergänzt, die für das exemplarische Lehren und Lernen geeignet sind. Ab dem fünften Semester werden ausschließlich Beispielerkrankungen abgehandelt. Mit fortschreitendem Studienverlauf nehmen die Anzahl sowie der Komplexitätsgrad der pro Modul zu behandelnden Fokus- und Beispielerkrankungen zu. Ab dem siebten Semester wird pro Modul eine Erkrankung berücksichtigt, die ergänzend dem Bereich der globalen Gesundheit bzw. der häufigsten weltweit vorherrschenden Krankheiten zuzuordnen ist. Somit sollen relevante Aspekte aus der Perspektive von Global und Public Health angemessen und interdisziplinär im Curriculum in einer eigenen Lernspirale bearbeitet werden.

#### V.1.b Leitprinzip Patientenzentrierung

Die Studierenden sollen dazu befähigt werden, anhand exemplarischen Lernens patientenbezogenes Wissen und Handeln zu erwerben. Deshalb wird der Studiengang Humanmedizin einem patientenzentrierten Rahmencurriculum folgen, in welchem grundlagenmedizinische, klinisch-theoretische und klinische Inhalte vertikal und horizontal integriert sind. Ziel ist es, die Studierenden zu einem problemorientierten respektive selbstgesteuerten Lernen zu befähigen. Dadurch soll erstens das Verständnis der Studierenden für die Patientenfokussierung aller Professionen in den Gesundheitsfachberufen, einschließlich der von künftigen Ärztinnen und Ärzten, gefördert werden. Zweitens dient diese vertikale und horizontale Integration der Kommunikationsförderung zwischen

|<sup>64</sup> Die Modulbeschreibungen im Rahmencurriculum für den Studiengang Humanmedizin umfassen die übergeordneten Lernziele, die Zuordnungen der laut des Nationalen Kompetenzorientierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) zu berücksichtigenden Fokuserkrankungen sowie Vorschläge für über die Fokuserkrankungen hinausgehende Beispielerkrankungen. Ebenfalls sind die vorgesehenen Lehrformate sowie die Gesamtstunden jedes Moduls aufgeführt, sodass sich unter Berücksichtigung der Selbstlernzeiten die pro Modul zu vergebenden Punkte im European Credit Transfer and Accumulation System ergeben.

Studierenden und Patientinnen bzw. Patienten durch frühe Interaktionen inklusive der Förderung von z. B. Entwicklungen nach den Standards der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision-making).

Mit der Patientenzentrierung geht außerdem ein induktives didaktisches Prinzip einher, das das übliche diagnostische und therapeutischen Vorgehen simuliert. Die Studierenden werden mit den Prinzipien klinischer Entscheidungsfindung vertraut gemacht, an deren Ende die Differentialdiagnostik und differentielle Therapie stehen. Geeignete Unterrichtsformate im Sinne patientenzentrierter Lehre sind:

- \_ patientenbasierte Vorlesungen zur Präsentation und Besprechung von Fokus- und Beispielerkrankungen, Vorstellung unterschiedlicher Anamnese-Techniken und der diskursiven Entwicklung eines differentialdiagnostischen Prozesses. Ab dem siebten Semester wird der Einsatz mit vorwiegend differentialdiagnostischem und differentialtherapeutischem Schwerpunkt empfohlen, insbesondere die Abbildung der Lernziele einer differentialdiagnostischen Strategie sowie der Erläuterung von Grundzügen der differentiellen Therapie eignen sich in diesem Lehrformat in jedem krankheitsbezogenen Modul der Semester sieben bis neun.
- \_ problemorientierte Fallarbeit, die Studierende zu selbständigem, problemorientiertem klinischem Denken im Sinne einer optimalen, im interprofessionellen Team agierenden Begleitung von Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Versorgungssettings, befähigt. Dazu ist anhand fallbezogener klinischer Problemstellungen die Entwicklung eigener Fragestellungen geplant, die teilweise gemeinsam mit Studierenden der Pflege und der Hebammenwissenschaft sowie mit Dozierenden aus der Humanmedizin, der Pflege und der Hebammenwissenschaft diskutiert werden.
- \_ Im Unterrichtsformat Untersuchungskurs wird erster unmittelbarer Kontakt der Studierenden mit Patientinnen bzw. Patienten hergestellt. Lerngegenstände für die Studierenden bis einschließlich des vierten Semesters sind sowohl Techniken der Anamneseerhebung als auch der körperlichen Untersuchung von Patientinnen bzw. Patienten. Neben allgemeiner Anamnese und Untersuchungstechniken bei Erwachsenen und Kindern bis Modul 6 lernen die Studierenden ab dem Modul 7 disziplinspezifische Aspekte wie etwa des Nervensystems oder psychopathologische Befunde.
- \_ die Simulationen in Form des Trainings in Interaktion, Kommunikation und ärztlicher Gesprächsführung sollen dem Erwerb kommunikativer Fertigkeiten und der Reflexion über Kommunikation vor dem Hintergrund des gesetzten patienten-zentrierten Fokus dienen.
- \_ Notfallmedizinische Übungen in Form interprofessioneller Simulationen ermöglichen das Training der Medizinstudierenden zusammen mit Studierenden anderer Gesundheitsfachberufe vom ersten bis zum achten Semester für

notfallmedizinische Situationen von basic life support bis zur klinischen Einschätzung bewusstseinsgestörter Patientinnen bzw. Patienten. Die interprofessionelle Zusammenarbeit in realiter soll somit anhand des gemeinsamen Unterrichts der Studierenden verschiedener Studiengänge simuliert und trainiert werden.

#### V.1.c Leitprinzip Interprofessionelle Versorgung

Die Studierenden sollen sich im modularen, kompetenzbasierten Studiengang Humanmedizin Kompetenzen für die interprofessionelle Versorgung, insbesondere die Versorgung mithilfe digitalisierter Medizin und einer älter werdenden Bevölkerung im ländlichen Raum aneignen. Als Profilvermerkmal der Lehre am IUC soll die interprofessionelle Ausbildung die Versorgung in der Lausitz und in vergleichbaren Regionen des Strukturwandels positiv beeinflussen. Die in der ÄApprO (RefE) enthaltene Innovationsklausel ermöglicht Universitäten die Verknüpfung eines wesentlichen Teils des Medizincurriculums mit den Curricula von Medizinstudiengängen anderer Universitäten sowie von Studiengängen anderer akademisierter Gesundheitsfachberufe. |<sup>65</sup> Das im Rahmen der AG Studium und Lehre ausgearbeitete Konzept zur Ausgestaltung der interprofessionellen Lehre am IUC sieht eine entsprechend enge Zusammenarbeit in der interprofessionellen Ausbildung von Medizinstudierenden und akademischen sowie nichtakademischen Gesundheitsfachberufen vor. Diese Zusammenarbeit soll zuvorderst realisiert werden durch:

- \_ gemeinsame Lehrveranstaltungen während des Medizinstudiums mit den Studierenden und Auszubildenden der Gesundheitsfachberufe sowie gesundheitsnaher Berufe;
- \_ den longitudinalen Lehrstrang Interprofessionalität im Curriculum des Medizinstudiums sowie
- \_ die interprofessionellen Ausbildungsstationen am Universitätsklinikum CTK, auf welchen Medizinstudierende im PJ u. a. gemeinsam mit Studierenden und Auszubildenden der Pflege im dritten Studien- bzw. Lehrjahr gemeinsam unter Aufsicht die klinische Versorgung einer Station übernehmen.

#### V.1.d Curriculare Schwerpunkte

Neben den dargelegten Leitprinzipien liegen der curricularen Ausgestaltung curriculare Schwerpunkte zugrunde, deren Verflechtung mit den geplanten Forschungsschwerpunkten im Bereich der Versorgungsforschung explizit ange-dacht ist. Die Auswahl der curricularen Schwerpunkte erfolgte in Orientierung des Curriculums auf die primärärztliche Versorgung in einer Modellregion

|<sup>65</sup> An der Innovationsklausel können bis zur Verabschiedung der neuen ÄApprO noch Änderungen vorgenommen werden.

sowie ferner auf die künftige Digitalisierung des Gesundheitssystems, auf präventivmedizinische Aspekte in allen klinischen und theoretischen Disziplinen sowie auf Public und Global Health als übergeordnete gesundheitswissenschaftliche Erkenntnis- und Handlungsfelder. Sie sind wie folgt zu skizzieren:

#### *Allgemeinmedizin/primärmedizinische Versorgung*

Der Schwerpunkt Allgemeinmedizin soll in beinahe jedem Modul Berücksichtigung finden, sodass eine allgemeinmedizinische Perspektive in Hinblick auf die primärmedizinische Versorgung für jedes Sachgebiet jenseits des Spezialwissens dargelegt wird. Diese Inhalte werden durch die in der ÄApprO (RefE) vorgesehenen sechs Wochen allgemeinmedizinisches Blockpraktikum ergänzt. Sie sind in drei jeweils zweiwöchigen Praktikumsblöcken in der vorlesungsfreien Zeit nach dem dritten, siebten und achten Fachsemester vorgesehen.

#### *Gesundheit und Krankheit über die Lebensspanne*

Behandelt werden sollen altersspezifische Medizinaspekte über die gesamte Lebensspanne einschließlich der embryonalen Entwicklung sowie spezielle altersmedizinische Aspekte in allen Modulen mit Krankheitsbezug ab dem siebten Semester. Somit wird ein Bezug zwischen Organsystemen und spezifischen geriatrischen Problemstellungen hergestellt. Jedes organbezogene Modul enthält das Lernziel der Beschreibung struktureller und funktioneller Veränderungen über die Lebensspanne.

#### *Digitale Medizin*

Die Digitalisierung des Gesundheitssystems soll durchgehend in das Curriculum der Humanmedizin integriert werden, um die Studierenden zu einer kontinuierlichen und vertiefenden Auseinandersetzung mit vielfältigen Dimensionen der digitalen Medizin zu befähigen. |<sup>66</sup> Konkret sollen die Studierenden etwa die kritische Bewertung von Nutzen und Risiken digitaler Hilfsmittel für gesundheitsförderliche Informations- und Beratungsangebote bei Erkrankungen sowie die Einschätzung der Nutzen und Risiken einer angemessenen digitalen Kommunikation zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient erlernen.

#### *Prävention*

Durch diesen Schwerpunkt sollen Studierende die Anwendung von Ansätzen der krankheits- und zielgruppenbezogenen Primärprävention und die Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten erlernen. Deshalb ist ab dem siebten Semester in jedem erkrankungsbezogenen Modul das Lernziel

|<sup>66</sup> Eine Bestandsaufnahme der vorhandenen und benötigten digitalen Strukturen regionaler Versorgungspartner wird in Form einer Machbarkeitsstudie durch das Land erfolgen (siehe D.VI. 1.a).

der Erläuterung von Ansätzen zur Prävention bei Erkrankungen sowie von Voraussetzungen für effektive Präventionskonzepte und gesundheitsrelevante Verhaltensänderungen vorgesehen.

#### *Public und Global Health*

Der Schwerpunkt dient der Analyse von translationalen Aspekten gesundheitswissenschaftlicher gesellschaftsbezogener Fragenstellungen, insbesondere mit dem reziproken Verhältnis zwischen lokalen und globalen Gesundheitsthemen. Ab dem zweiten Semester sollen Studierende exemplarische Krankheiten hinsichtlich der Herausforderungen der zukünftigen globalen Gesundheit behandeln. Ab dem siebten Semester sollen transnationale Gesundheitsthemen systematisch berücksichtigt werden mit dem Lernziel, Herausforderungen der Primary Health Care auf das ärztliche Handeln in einer globalisierten Welt einschätzen zu können.

Bei Global Health sind dabei wichtige Themen wie Gesundheit und Klima mitzudenken und die Tatsache, dass die globale Welt alle Gesundheitsprobleme in alle Regionen der Welt überträgt. Der Lehrinhalt Public Health ist außerdem im Department 1 und 2 inhaltlich verankert (Gesundheitssystemforschung und Versorgungsforschung sowie Prävention, siehe D.IV.1). In diesen Forschungsschwerpunkten wird es auch um bestimmte Zielpopulationen in einem ländlichen Versorgungsgebiet gehen, um deren Gesunderhaltung und Krankheitsbelastungen, also um die künftige Ausgestaltung der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und -versorgung. Die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst spielt darüber hinaus für Lehre und Forschung eine entscheidende Rolle bei der Translation von Forschungsergebnissen, aber auch beim Einsatz der Studierenden und späteren Absolventinnen und Absolventen.

#### V.1.e Wissenschaftliche Kompetenzförderung

Das geplante Curriculum am IUC fördert mit drei Wissenschaftsmodulen und der Anfertigung einer wissenschaftlichen Arbeit die wissenschaftlichen Kompetenzen der angehenden Ärztinnen und Ärzte entsprechend den Anforderungen der ÄApprO (RefE). Dazu sollen zuvorderst die Wissenschaftsmodule im zweiten, dritten und vierten Semester sowie die Durchführung der wissenschaftlichen Arbeit im fünften und sechsten Semester die Medizinstudierenden schon zu einem frühen Studienzeitpunkt an die Forschungsschwerpunkte des IUC heranführen. Eine enge Verschränkung zwischen Studium und Forschungsschwerpunkten soll auf diese Weise hergestellt werden.

Ab Studienstart strebt das Land den Einsatz von hauptberuflich professoraler Lehre von 50 % in allen Studiengängen an, was ebenfalls Richtwert für den Vollausbau sein soll. Von den im Vollausbau des IUC geplanten 80 hauptamtlichen Professorinnen und Professoren sollen 60 mit einem landesüblichen Lehrdeputat von acht LVS zur Abdeckung der Fächer gemäß dem Referentenentwurf der neuen ÄApprO eingesetzt werden, während 20 Professuren der Forschungsschwerpunkte regulär ein reduziertes Lehrdeputat von grundsätzlich vier LVS erbringen. Das Lehrdeputat kann sowohl im Studiengang Medizin als auch in den drei medizinnahen Masterstudiengängen erbracht werden.

In den Fächern Herzchirurgie, Rechtsmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist der Einsatz der Lehrabdeckung zumindest in der Aufbauphase des IUC durch außeruniversitäre Einrichtungen geplant (siehe D.VIII.3). Für die Lehre in den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern Physik, Chemie und Biologie wird der Lehrimport aus der BTUCS angestrebt (siehe D.II.5.b). Weiterhin sollen zur Abdeckung der weiteren grundlagenwissenschaftlichen Fächer nach neuer ÄApprO (RefE) sechs Professuren am IUC eingerichtet werden in Physiologie, Biochemie/ Molekularbiologie, Makroskopischer Anatomie, Mikroskopischer Anatomie, Medizinischer Psychologie und Medizinischer Soziologie. Die Abdeckung der Lehre im grundlagenwissenschaftlichen Fach Terminologie soll über die beiden Professuren Makroskopische Anatomie bzw. Mikroskopische Anatomie erfolgen.

#### V.2.a Zentrale Strukturen für die Lehre

Die Lehre soll strukturell unterstützt werden durch den Zentralbereich Lehre. Die Hälfte der Stellen an wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Professuren, die für Lehrkoordination und Erarbeitung von Lehrinhalten zuständig sind, soll nach fünf Jahren dem Zentralbereich Lehre zugeordnet werden. Dieser soll für sämtliche Lehrangelegenheiten wie etwa die Gestaltung der neuen Lehrformate und die Koordinierung der inhaltlichen Ausgestaltung der Module, den Aufbau eines Lernzentrums sowie die Organisation und Durchführung von didaktischen Schulungen und Weiterbildungen zuständig sein. Angestrebt werden rund 35 wissenschaftliche und sieben nichtwissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den Zentralbereich Lehre im Vollausbau des IUC (siehe D.III.4.a).

Zur Umsetzung der interprofessionellen Lehre am IUC ist die Einrichtung einer interprofessionellen Steuerungsgruppe vorgesehen, in der sämtliche Akteure der interprofessionellen Ausbildung vertreten sein sollen.

Neben den Medizinstudierenden sollen auch die Studierenden der drei Masterstudiengänge am IUC, Advanced Nursing Practice, Gesundheitssystemwissenschaften und Medical Data Science, in die interprofessionelle Ausbildung

einbezogen werden. Das am Standort Senftenberg ansässige Institut für Gesundheit der BTUCS soll zentraler Partner für die interprofessionelle Ausbildung am IUC werden. Geplant ist die gemeinsame Konzeption, Umsetzung und Evaluation interprofessioneller Ausbildungsmodelle und Lehrveranstaltungen für die medizinischen und gesundheitsbezogenen Studiengänge von IUC und BTUCS.

Ebenfalls geplant ist der Einbezug der am CTK angesiedelten Medizinischen Schule mit derzeit circa 600 Ausbildungsplätzen, der Rettungsdienstschule des CTK sowie verschiedener Pflegeschulen in Cottbus. Außerdem soll das auf dem Gelände des CTK bis 2026 entstehende Bildungszentrum Gesundheit Lausitz als überregionales Ausbildungszentrum für Gesundheitsfachberufe und Hygienefachkräfte mit einer Kapazität von circa 2.000 Ausbildungsplätzen ein potenzieller Kooperationspartner werden (siehe D.IX.3).

#### V.2.b Strukturen für die klinische Lehre und die praktischen Studienabschnitte

Die Abdeckung der klinischen Lehre soll durch das Personal des Universitätsklinikums geleistet werden. Für die Abdeckung der Lehre in den klinischen Fächern gemäß ÄApprO (RefE) sind 60 Professuren zuständig. Die klinischen Fächer werden nahezu alle gemäß dem Referentenentwurf der neuen ÄApprO am CTK vorgehalten. Die Fächer Rechtsmedizin und Herzchirurgie sollen langfristig über Kooperationen abgedeckt werden, im Fall der Herzchirurgie ggf. über eine gemeinsame Berufung. Das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychologie soll nach derzeitigem Stand zunächst über eine Kooperation abgedeckt und erst später am IUC aufgebaut werden (siehe D.III.2).

In den ersten sechs Fachsemestern lernen die Medizinstudierenden anhand von Modellen und digitalen Simulationen, d. h. ohne Körperspenden. Ab dem siebten Semester sollen Präparierkurse in Kleingruppen angeboten werden. Der Aufbau eines Programms für Körperspenden ist nach Gründung des IUC vorgesehen, sodass ab dem Jahr 2029 respektive drei Jahre nach Studienbeginn ausreichend Spenderleichen zur Verfügung stehen.

Neben der Lehre am Krankenbett sollen die Studierenden bereits in einer frühen Studienphase auch die ambulante Versorgung kennenlernen. Dafür ist der Einbezug der bereits vorhandenen Strukturen für die ambulante Versorgung am CTK vorgesehen. |<sup>67</sup> Hochschulambulanzen sollen nach Gründung des IUC errichtet werden.

Ein Netzwerk aus Lehrpraxen befindet sich derzeit mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und Vertreterinnen bzw. Vertretern der Expertenkommission im Aufbau. In den Netzwerk-Lehrpraxen respektive bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten können die Studierenden die

|<sup>67</sup> Für die Kennzahlen der letzten drei Jahre siehe D.VIII.1 (Übersicht 1).

curricular vorgesehenen Blockpraktika nach dem dritten, siebten und achten Semester oder einen Abschnitt ihres PJ absolvieren.

Weiterhin ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit akademischen Lehrkrankenhäusern, bevorzugt in der Modellregion Gesundheit Lausitz und unter Berücksichtigung einer adäquaten regionalen Verteilung vorgesehen, die eine breite Ausbildung auch in versorgungsrelevanten Bereichen ermöglicht (siehe D.II.5.a). Seitens der Charité sowie der MHB liegen LoI bezüglich geplanter zukünftiger Kooperationen vor. Der LoI der Charité sieht die Zusammenarbeit mit dem IUC in der Laborflächennutzung für die grundlagenmedizinische Ausbildung der Studierenden am IUC vor. Der LoI der MHB bezieht sich auf die geplante Kooperation mit dem IUC zur möglichen Teilnahme an Lehrveranstaltungen für Studierende im Fach Humanmedizin beider Einrichtungen. Darüber hinaus ist die Abstimmung über die Abdeckung des Bedarfs beider Institutionen bezüglich der Ausbildung in den Akademischen Lehrkrankenhäusern und der Gewinnung von Lehrpraxen geplant. Außerdem wird die Zusammenarbeit im Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens sowie bei der Übertragung bzw. Weiterentwicklung von Konzepten, die in der digital unterstützten Modellregion Gesundheit Lausitz entwickelt werden, angestrebt. Ferner sollen Promotionsverfahren gemeinsam durchgeführt werden.

Die Ausbildung von Medizinerinnen und Mediziner am IUC sieht vier Ausbildungsabschnitte von je zwölf Wochen in den Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin und einem der übrigen, nicht genannten, klinisch-praktischen Fachgebiete sowie einem weiteren klinisch-praktischen Fachgebiet vor. Diese Ausbildungsabschnitte sollen strukturiert und begleitet werden durch digitale Lehr- und Lernformate, die am Zentralbereich Lehre mit Unterstützung der Professur für Medizindidaktik/ Medical Education konzipiert werden sollen (siehe D.V.2.a). Dozierende an akademischen Lehrkrankenhäusern sowie Studierende sollen anhand der digitalen Formate Informationen zur Erreichung von Lernzielen des Ausbildungsabschnitts erhalten und die digitalen Lehr- und Lernformate zur Dokumentation und Reflexion der Lernfortschritte nutzen.

### V.3 Weitere geplante Studiengänge

Am IUC ist die Einrichtung von drei Master-Studiengängen Advanced Nursing Practice, Medical Data Science und Gesundheitssystemwissenschaften geplant. Diese sollen mit Bezug zu den Forschungsschwerpunkten angelegt werden und circa zwei Jahre nach Beginn des Studiengangs Medizin, d. h. frühestens zum Wintersemester 2028/29 starten.

Die geplante Einrichtung dieser drei Masterstudiengänge erfolgt unter Berücksichtigung des zu erwartenden Fachkräftebedarfs im Versorgungsbereich in der Lausitz sowie vergleichbarer Studiengänge an staatlichen wie nichtstaatlichen Hochschulen in Deutschland. Sie zielen auf Absolventinnen und Absolventen

der medizinnahen Bachelorstudiengänge, die bereits an der BTUCS angeboten werden, |<sup>68</sup> medizinnaher Bachelorstudiengänge weiterer Hochschulen im In- und Ausland sowie des Bachelorstudiengangs Medizin, der am IUC angeboten wird. Sie sollen somit insbesondere den Bachelorabsolventinnen und -absolventen der BTUCS eine nahtlose Qualifizierung anbieten.

#### V.3.a Masterstudiengänge Gesundheitssystemwissenschaften und Medical Data Science

In beiden Studiengängen sollen Studierende Kompetenzen erwerben können, die sie in der Gestaltung neuer und digitaler Versorgungsformen idealerweise in der Modellregion Gesundheit Lausitz zum Einsatz bringen. Gefördert werden soll somit einerseits die Weiterentwicklung eines modernisierten Gesundheitssystems, andererseits die Sicherstellung der Qualifizierung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern für die beiden Forschungsschwerpunkte Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens am IUC.

Für den Masterstudiengang Gesundheitssystemwissenschaften ist im Vollausbau des IUC das Angebot von circa 30 Studienplätzen pro Jahrgang geplant. Der Masterstudiengang Medical Data Science am IUC soll als Ergänzung zum derzeit an der BTUCS vertretenen Bachelorstudiengang Medizininformatik und mit circa 40 Studienplätzen pro Jahrgang im Vollausbau des IUC angeboten werden.

#### V.3.b Masterstudiengang Advanced Nursing Practice

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Bedarfs an Absolventinnen und Absolventen eines Masterstudiengangs Advanced Nursing Practice (ANP), der vor allem ein Flächenland wie Brandenburg betrifft, strebt das Land ein Angebot von circa 30 Studienplätzen pro Jahrgang im Vollausbau des IUC an. So schätzt das Land mit Blick auf die zunehmende Ambulantisierung der Krankenversorgung, eine älter werdende Bevölkerung, vermehrte chronische und Mehrfacherkrankungen sowie wegfallende traditionelle Familienstrukturen die Bedeutung von ANP-Fachkräften als sehr hoch ein.

Der Studiengang stellt insbesondere für die Absolventinnen und Absolventen des Bachelorstudiengangs Pflegewissenschaft an der BTUCS eine mögliche Weiterqualifizierung dar. Der Masterstudiengang bietet die fachliche oder patientenspezifische Spezialisierung an, wie etwa auf Patientinnen und Patienten der Onkologie. Berufsfelder sind in der Klinik sowie im ambulanten Bereich, ebenso in stationären Pflegeeinrichtungen sowie in Rehabilitationseinrichtungen zu verorten. Darüber hinaus qualifiziert der Abschluss in diesem Studiengang zu

|<sup>68</sup> Das Studienangebot der BTUCS umfasst derzeit 29 Bachelorstudiengänge und 34 Masterstudiengänge. Das Studienangebot der BTUCS enthält u. a. die gesundheits-/medizinbezogenen Bachelorstudiengänge Hebammenwissenschaft, Medizininformatik, Medizintechnik, Pflegewissenschaft sowie Therapiewissenschaften. Außerdem bietet die BTUCS den Masterstudiengang Berufspädagogik für Gesundheitsberufe an.

beruflicher Tätigkeit in Forschung und Lehre. ANP-Fachkräfte sollen perspektivisch außerdem, wie international bereits praktiziert, in der Primärversorgung und Gesundheitserhaltung, -prävention und -förderung arbeiten, so etwa in Schulen als School Health Nurses, in privaten Haushalten als Family Health Nurses, in der betrieblichen Gesundheitspflege und in Gemeinden als Community Health Nurses. Dabei liegt das Augenmerk ihrer Tätigkeit auf einer direkten klinischen und evidenzbasierten Versorgung von Patientinnen und Patienten, die vom Erstkontakt bis zur Nachsorge reicht und Unterstützung im Selbstmanagement sowie Beratung inkludiert.

#### V.4 Zugang und Verbleib von Studierenden

Das Land geht von einer Auslastung des Studiengangs Humanmedizin am IUC aus, denn zum Wintersemester 2021/22 wurden von den deutschlandweit 38.541 Bewerberinnen und Bewerbern um einen Medizinstudienplatz bei der Stiftung für Hochschulzulassung circa 26 % der Bewerberinnen und Bewerber zugelassen. Auch an den beiden staatlich anerkannten Hochschulen des Landes Brandenburg mit einem Studiengang der Humanmedizin gab es im selben Zeitraum einen Überhang von Bewerbungen.

Das Land plant, neben dem Nachweis der allgemeinen Hochschulreife auch einschlägig beruflich qualifizierte mit hinreichender Berufserfahrung zum Studium am IUC zuzulassen. |<sup>69</sup> Geplant ist laut Selbstbericht die Durchführung eines differenzierten Auswahlverfahrens, das Kriterien umfasst, die die geplante Interprofessionalität der Ausbildung stärken (Test für medizinische Studiengänge – TMS), einer anerkannten Berufsausbildung sowie einer anerkannten Berufstätigkeit (mindestens zwölf Monate). Dieses soll kombiniert werden mit persönlichen Interviews.

Die Einführung einer Landarztquote als Vorabquote wird seitens des Landes angestrebt. Mit dieser sollen bis zu 10 % der Studienplätze am IUC an Bewerberinnen und Bewerber vergeben werden, die sich verpflichten, nach Abschluss der Facharztweiterbildung für mindestens zehn Jahre ausschließlich in brandenburgischen Bedarfsgebieten beruflich tätig zu sein.

Stipendienmöglichkeiten hält das Land Brandenburg über das Landesärzteprogramm vor. Im Rahmen des Programms werden ab dem Jahr 2023 18 Vollzeitstipendien à 1.000 Euro pro Monat zur Verfügung gestellt. Die Inanspruchnahme des Stipendiums verpflichtet zur beruflichen ärztlichen Tätigkeit in ländlichen

| <sup>69</sup> Die Vergabe von Medizinstudienplätzen erfolgt in Deutschland derzeit auf Grundlage des Staatsvertrags über die Hochschulzulassung vom 21. März 2019. Dieser sieht vor, in der Hauptquote 30 % der Studienplätze nach dem Ergebnis der Hochschulzugangsberechtigung (Abiturbestenquote), 10 % durch die Hochschulen nach dem Ergebnis eines Auswahlverfahrens nach Absatz 2 (insbesondere nach dem Ergebnis eines fachspezifischen Studieneignungstest u. w.) und im Übrigen von den Hochschulen nach dem Ergebnis eines Auswahlverfahrens nach Absatz 3 (nach Kriterien der Hochschulzugangsberechtigung sowie außerhalb der Hochschulzugangsberechtigung) zu vergeben (vgl. GVBl.I/19, S. 6, URL: [https://bravors.brandenburg.de/sixcms/media.php/68/GVBl\\_I\\_25\\_2019-Anlage.pdf](https://bravors.brandenburg.de/sixcms/media.php/68/GVBl_I_25_2019-Anlage.pdf)).

Regionen Brandenburgs von einer Dauer von mindestens fünf Jahren nach dem Studium und der entsprechenden Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt.

#### V.5 Professionalisierung und Qualitätssicherung

Der Wissenschaftssenat des IUC soll Evaluationsverfahren und Qualitätskriterien auf Vorschlag des Wissenschaftlichen Vorstands festlegen. Soweit möglich, ist die Mitwirkung Studierender an der Erarbeitung der Evaluationsverfahren geplant. Das angestrebte Konzept zur Qualitätssicherung soll in der Aufbauphase des IUC erarbeitet werden, in welcher konkrete Maßnahmen und Instrumente zur Evaluation konzipiert, Verantwortlichkeiten zugewiesen sowie Prozesse geschaffen werden, die in eine Evaluationsordnung einfließen und somit Anwendung finden.

Die Qualitätssicherung in Praxisphasen der Studierenden in kooperierenden Einrichtungen der Krankenversorgung soll sichergestellt werden durch folgende Instrumente:

- \_ Qualitätskriterien zur Auswahl kooperierender Lehrpraxen bzw. akademischer Lehrkrankenhäuser entsprechend den Empfehlungen zur Ausbildung in primärversorgenden Bereichen bzw. für die klinisch-praktische Ausbildung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin und für Ausbildungsabschnitte im Rahmen des PJ;
- \_ Bereitstellung eines Angebots an hochschuldidaktischen Fort- und Weiterbildungen für das Lehrpersonal kooperierender Einrichtungen;
- \_ Begleitungen des Lehrpersonals kooperierender Einrichtungen durch Lehrende am IUC u. a. durch digitale Hospitationen mithilfe virtueller Brillen;
- \_ Festlegung gemeinsamer Standards für Lehre und Prüfungen in kooperierenden Einrichtungen sowie
- \_ Bereitstellung digitaler Lehrformate für Studierende und Lehrende zur Strukturierung der Praxislernphase.

Insbesondere da das IUC voraussichtlich als eine der ersten universitätsmedizinischen Standorte den Studiengang Humanmedizin nach neuer ÄApprO anbieten wird, ist die Qualitätssicherung grundlegend für den Aufbau und die Weiterentwicklung des Studiengangs am IUC. Zur konkreten Überprüfung der Umsetzung des Rahmencurriculums des Studiengangs Humanmedizin und der darin enthaltenen Qualifikationsziele soll eine systematische Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung von Studium und Lehre erfolgen. Ziel ist die Bewertung der Qualität von Studium und Lehre, der Studienbedingungen sowie der Erreichung der Qualifikationsziele der Studierenden, um dadurch die Studien- und Arbeitsbedingungen zu verbessern und weiterzuentwickeln. Ebenfalls sollen Flexibilität und Familienfreundlichkeit der Studienbedingungen Gegenstand

der Befragungen sein. Als Instrumente der Qualitätssicherung werden Lehrveranstaltungsevaluationen, Studierendenbefragungen zum Studiengang, Befragungen von Absolventinnen und Absolventen sowie weitere Evaluationsinstrumente herangezogen, deren Eckpunkte nachfolgend skizziert sind.

#### V.5.a Lehrveranstaltungsevaluationen

Lehrveranstaltungsevaluationen sollen ein kontinuierliches Monitoring der Lehrqualität bezüglich der organisatorischen, inhaltlichen sowie didaktischen Ausgestaltung der Lehrveranstaltungen für Medizinstudierende am IUC ermöglichen. Anhand dieses Instruments kann die studentische Perspektive in die Qualitätssicherung der Lehre einfließen. Evaluiert werden soll die Umsetzung der in der ÄApprO (RefE) angegebenen und im Rahmencurriculum angelegten Planungsprinzipien und Lehr-Lern-Formate. Die spätere Ausweitung der Befragung auf Studierende der Masterstudiengänge am IUC wird angestrebt.

Die Lehrveranstaltungsevaluationen sollen semesterweise in Form eines teilstandardisierten Fragebogens mit einheitlichem Basisfragebogen und Ergänzungsfragen durchgeführt werden, z. B. mit Rückgriff auf das etablierte Heidelberger Inventar zur Lehrveranstaltungsqualität. Zu Beginn des Studienbetriebs am IUC sollen ein möglichst kurzer Befragungsturnus etwa semesterweise gewählt und möglichst viele Lehrveranstaltungen evaluiert werden. Nach dem vollständigen Aufbau des Lehr- und Verwaltungsbetriebs ist sowohl die Ausweitung des Evaluationsturnus als auch die Einrichtung eines Prozesses zur formativen Lehrveranstaltungsevaluation geplant.

Die Ergebnisse der Lehrveranstaltungsevaluation sollen den Studierenden mitgeteilt und ein Raum zur Diskussion zwischen Lehrenden und Studierenden eingeräumt werden. Diese Diskussionsergebnisse sollen für die Weiterentwicklung von Lehrveranstaltungen und Lehr-Lern-Formate genutzt werden. Außerdem ist die hochschulinterne Veröffentlichung der Ergebnisse geplant.

#### V.5.b Studierendenbefragungen

Als Grundlage für die systematische Beurteilung von Lehrqualität und Studienstruktur aus studentischer Perspektive dienen außerdem Studierendenbefragungen. Zentraler Bestandteil dieser Befragungen stellt die Evaluation des wahrgenommenen Kompetenzerwerbs im Abgleich zum Studiengangsprofil dar. Neben Medizinstudierenden sollen nachgelagert Studierende der Masterstudiengänge am IUC befragt werden. So soll zeitnah nach Einrichtung des Medizinstudiengangs die detaillierte Ausgestaltung der Studierendenbefragungen erfolgen und die Befragung aller Studierender des Studiengangs insbesondere während der Aufbauphase mindestens alle drei Jahre wiederholt werden. Der Rückgriff auf hochschulübergreifende Instrumente in der Umsetzung soll um spezifische Frageblöcke zum Profil des IUC ergänzt werden können.

Die abgefragten Themen sollen z. B. die Bereiche der Lehr- und Studienqualität, Kompetenzerwerb, Belastungen und Ressourcen der Studierenden, sowie Vereinbarkeit mit familiären Verpflichtungen und die Qualität der Beratungsleistungen (z. B. Familienbüro, International Office) umfassen. Die Evaluationsergebnisse sollen die Studiengangverantwortlichen etwa zur Gestaltung neuer Handlungsfelder und zur Überprüfung der Strategie- bzw. Profilentwicklung der Medizinischen Universität nutzen. Das Verfahren im Umgang mit den Evaluationsergebnissen ist in der Evaluationsordnung zu regeln.

#### V.5.c Befragungen von Absolventinnen und Absolventen

Die Befragung von Absolventinnen und Absolventen des Staatsexamensstudiengangs Humanmedizin, des Bachelorabschlusses Medizin sowie, zu einem späteren Zeitpunkt, der Masterstudiengänge am IUC soll die Grundlage für eine systematische Betrachtung des Berufseinstiegs und des Berufsverlaufs sein sowie als eine rückblickende Bewertung der erworbenen Kompetenzen und der Qualität des Studiums am IUC dienen.

Zur detaillierten Ausgestaltung der Befragung wird nach derzeitigem Stand methodisch empfohlen, eine standardisierte und longitudinal angelegte Befragung anzulegen, wobei zur sinnvollen Abbildung relevanter Themenbereiche mindestens zwei Befragungszeitpunkte einzurichten sind. Zur Umsetzung sollte insbesondere eine mögliche Beteiligung am Kooperationsprojekt Absolventenstudien des Instituts für angewandte Statistik erwägt werden.

Die Themenbereiche der Befragung von Absolventinnen und Absolventen umfassen u. a. die Retrospektive Bewertung der Lehr- und Studienqualität, die Berufseinmündung und Berufswege sowie die Beschäftigungsverhältnisse (nach Studienabschluss bzw. nach fachärztlicher Weiterbildung) und die Berufsrelevanz der erworbenen Kompetenzen.

Auch diese Evaluationsergebnisse sollen seitens der Studiengangverantwortlichen zur Gestaltung neuer Handlungsfelder und zur Information über Strategie- und Profilentwicklung der Medizinischen Universität herangezogen werden.

Neben den dargelegten Instrumenten zur Evaluation ist am IUC die Einführung weiterer Instrumente der Qualitätssicherung in der Lehre geplant, wie etwa Studieneingangsbefragungen, Befragungen zu Blockpraktika und PJ sowie Workload-Erhebungen, Peer-Audits und Befragungen der Verwaltungsmitarbeitenden und Lehrkoordinatorinnen bzw. Lehrkoordinatoren.

Digitalisierung ist integraler Bestandteil des Gesamtkonzepts des IUC. |<sup>70</sup> Ihr Einsatz soll der Verbesserung der medizinischen Versorgung in der Region Lausitz sowie der Stärkung des Wissenschafts- und Forschungsstandorts dienen. Deshalb soll neben dem Aufbau des Forschungsschwerpunkts Digitalisierung des Gesundheitswesens ein digital unterstütztes Netzwerk sämtlicher Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung aufgebaut werden, das mit dem Universitätsklinikum als Digitales Leitkrankenhaus verbunden sein soll. |<sup>71</sup>

Übergeordnetes Ziel im Rahmen der Digitalisierung ist die Schaffung von digitalen Infrastrukturen und Prozessen am IUC dergestalt, dass eine Interoperabilität zwischen Krankenversorgung, Forschung, Lehre und Verwaltung sichergestellt wird. Hierzu wird die **Digitalisierungsstrategie des IUC mit dem Konzept zum Ausbau des CTK zum Digitalen Leitkrankenhaus** und dessen Vernetzung mit der Modellregion abgestimmt.

Das geplante Forschungs-, Lehr- und Versorgungsnetzwerk soll von der Medizinischen Universität konzipiert, koordiniert und unterstützt werden. Darüber hinaus soll die Medizinische Universität zentraler Akteur in der begleitenden Forschung für die Digitalisierung des Gesundheitswesens sein.

#### VI.1 Digitalisierung des IUC

Die Digitalisierung des IUC umfasst ein Digitalisierungskonzept für die Bereiche Forschung, Lehre und Verwaltung sowie ein Konzept zum Ausbau des CTK zu einem Digitalen Leitkrankenhaus. Das aktuell vorliegende „Digitalisierungskonzept“ für die Bereiche Forschung, Lehre und Verwaltung des IUC beschreibt weniger eine konkrete Strategie als vielmehr den Prozess, wie diese erarbeitet werden soll: Es sieht die Einrichtung eines Strategieausschusses nach Gründung des IUC vor, der die ganzheitliche Digitalisierungsstrategie für das IUC erstellen und umsetzen soll, bis hin zur Priorisierung der strategischen Projekte, einer Abstimmung der initiierten Teilprojekte sowie deren Monitoring und Bewertung. Er soll außerdem in seiner Zusammensetzung die IUC-weite Bedeutung der Digitalisierung repräsentieren.

Weiterhin ist die Einrichtung von drei Lenkungskreisen geplant. Den Lenkungskreisen kommen die Aufgabenbereiche der strategischen Weiterentwicklung der entsprechenden Prozesse und Systeme, der Priorisierung der Vorhaben und

|<sup>70</sup> Die Digitalisierungsstrategie für das Universitätsklinikum als Digitales Leitkrankenhaus wird in A.VIII.2.c umfassend ausgeführt.

|<sup>71</sup> Der Aufbau des Digitalen Leitkrankenhaus wird durch das Land Brandenburg durch die Aufnahme in das Digitalprogramm 2025 im Rahmen des Maßnahmenbündels III „Daseinsvorsorge durch digitale Angebote stärken“ unterstützt. Dieses praxisorientierte Landesprogramm zielt auf die Gestaltung der digitalen Transformation im Land Brandenburg bis 2025. Vgl. Landesregierung Brandenburg. URL: [https://digitalesbb.de/wp-content/uploads/2022/07/Digitalprogramm\\_BB\\_2025\\_Online\\_final.pdf](https://digitalesbb.de/wp-content/uploads/2022/07/Digitalprogramm_BB_2025_Online_final.pdf), zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

der Evaluation der Dienstleistung zu. Die Mitglieder der Lenkungsgruppe sollen die Nutzerinnen und Nutzer sowie Akteure von Digitalisierungsprozessen in dem entsprechenden Teilbereich repräsentieren. Sie sollen insbesondere für Rückmeldung hinsichtlich des Betriebs der bestehenden Prozesse, Systeme und Infrastrukturen zuständig sein.

Der Strategieausschuss soll in der Gründungsphase aus den Mitgliedern des Gründungsvorstands sowie aus zwei externen Expertinnen bzw. Experten bestehen. Den Vorsitz soll die bzw. der Vorstandsvorsitzende führen. Mit Bestellung des Vorstands soll sich der Strategieausschuss aus dem Vorsitz, aus den Vorsitzenden der Lenkungsgruppe IT-Steuerung, Enterprise Resource Management sowie Student Lifecycle Management, aus der Leitung der Universitätsbibliothek sowie aus zwei externen Expertinnen und Experten zusammensetzen.

Neben der nachfolgend skizzierten geplanten Digitalisierung in Forschung und Lehre sowie in der Krankenversorgung strebt das IUC auch die Einrichtung von IT-Anwendungen und Services in der Verwaltung an, so z. B. in den Bereichen E-Recruitment, Berufungsportal, Flächenmanagement/-budgetierung, digitalisiertes und workflowgesteuertes Reisekostenmanagement und Sitzungsmanagement. Noch vor Studienbeginn sollen die Programme Enterprise Resource Planning, Dokumentenmanagementsystemen und Student Life Cycle Management implementiert werden. Auch die Rechnungsbearbeitungsprozesse sollen digital eingeführt werden. Die Möglichkeit hybrider Arbeitsortgestaltung soll außerdem gegeben werden.

#### VI.1.a Digitalisierung in der Forschung

Hinsichtlich Digitalisierung im Bereich Forschung am IUC ist neben der Einrichtung des Forschungsschwerpunkts Digitalisierung des Gesundheitswesens (siehe D.IV.1.b) vorgesehen, die erhobenen versorgungs- und gesundheitsbezogenen Daten aus der Modellregion unter Einbezug bestehender Strukturen wie etwa der MII und der Telematik-Infrastruktur zusammenzuführen. |<sup>72</sup> Im Zuge der Wahrung von Datenschutz und Patientensicherheit kommen den kürzlich in Kraft getretenen und zukünftig zu schaffenden Regelungen auf europäischer und nationaler Ebene zur Unterstützung der Gesundheitsforschung und Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit im Gesundheitssystem und der Forschung besondere Bedeutung zu, so vor allem bezüglich des Patientendatenschutz-Gesetzes, der Datennutzung im nationalen Forschungsdatenzentrum Gesundheit und im European Health Data Space. Deshalb befindet sich das Land

|<sup>72</sup> Der Grad an Digitalisierung einschl. Telematik-Infrastruktur bei Versorgungsakteuren der Modellregion Gesundheit Lausitz ist aus Sicht des Landes als sehr unterschiedlich einzuschätzen. Zur Erfassung der Bedarfe an Digitalisierungsmaßnahmen einschl. der Einrichtung von Infrastrukturen zur Telematik wird das Land eine Machbarkeitsstudie in Auftrag geben (Stand August 2023).

im Abstimmungsprozess auf Bundesebene (mit dem Bundesministerium für Gesundheit) für die Einrichtung von datenschutzkonformen Experimentierklauseln für Modellregionen. |<sup>73</sup>

Die administrative und technische Koordination einer solcherart skizzierten digitalen Forschungsinfrastruktur soll in den Aufgabenbereich der Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung am Kompetenzzentrum für Gesundheitssystementwicklung fallen (siehe D.IX.2.b).

#### VI.1.b Digitalisierung in der Lehre

In der Lehre am IUC ist der Einsatz digitaler Lehrformate zur Flexibilisierung des Studiums geplant. Zwar sollen am IUC vorrangig Präsenzveranstaltungen angeboten werden. In Fällen eines Mehrwerts gegenüber Präsenzveranstaltungen sind aber auch digitale oder hybride Lehrveranstaltungen vorgesehen. Weiterhin sollen die Studierenden auf eine zunehmend digitalisierte ärztliche Tätigkeit vorbereitet werden. So soll das digitale Lehrnetzwerk des IUC neben hybriden Lehrveranstaltungen folgende Angebote ermöglichen:

- \_ den Aufbau einer Lehrplattform zur Kommunikation zwischen Studierenden, auch für den interprofessionellen Austausch an der Patientin bzw. dem Patienten;
- \_ die digitale Archivierung von Lehrveranstaltungen und Fallbeispielen;
- \_ problemorientiertes Lernen in sektorenübergreifender Form;
- \_ virtuelle Modelle und digitale Übertragungen aus Operationssälen (z. B. im Fach Anatomie);
- \_ die Einbindung ambulanter Versorgungsstrukturen und externer Expertise in die Lehre;
- \_ digitalen Unterricht am Krankenbett über virtuelle Brillen, insbesondere bei vulnerablen Patientinnen- und Patientengruppen wie etwa in der Neonatologie oder bei Hausbesuchen;
- \_ digitale Fort- und Weiterbildungen sowie
- \_ die Einführung eines digitalen Campusmanagementsystems.

An der Medizinischen Universität konzeptionierte digitale Lehrformate sollen den Lehrpraxen und anderen nichtuniversitären Versorgungseinrichtungen zur Verfügung stehen.

|<sup>73</sup> Die kürzlich in Kraft getretenen und zukünftig zu schaffenden Regelungen auf europäischer und nationaler Ebene zur Gesundheitsforschung und Sicherstellung der Datensicherheit im Gesundheitssystem sollen dabei nach Aussage des Landes Berücksichtigung finden (Stand März 2023). Ihre Berücksichtigung im Rahmen der geplanten Gesetze wird im Laufe des Begutachtungsprozesses des Wissenschaftsrats geprüft.

Teile der klinischen Lehre in kooperierenden Einrichtungen der Krankenversorgung soll das medizinische Personal übernehmen. Dieses soll an der Medizinischen Universität in Medizindidaktik, vorrangig in Präsenz, jedoch auch in digitalen Lehrveranstaltungen, geschult werden können.

#### VI.1.c Digitales Leitkrankenhaus

Mit dem Ziel, die medizinische Fachexpertise am Universitätsklinikum dem regionalen Versorgungsnetzwerk zur Verfügung zu stellen, soll anhand des Konzepts zur Entwicklung des CTK als Digitales Leitkrankenhaus das geplante Universitätsklinikum zu einem Digitalen Leitkrankenhaus ausgebaut werden (siehe D.VIII.2.c). Damit sollen gleichzeitig Ressourcen in der Versorgung gebündelt sowie die Qualität der Versorgung insgesamt verbessert werden. Dadurch sollen Versorgungsleistungen auch in bevölkerungsärmeren Gebieten auf einem hohen medizinischen, pflegerischen und medizintechnischen Niveau angeboten werden können. |<sup>74</sup> Der Ausbau des Universitätsklinikums zu einem Digitalen Leitkrankenhaus fungiert als Kern dieses Netzwerks. Dabei sollen digitale Prozesse zur gemeinsamen Nutzung für alle Einrichtungen in den folgenden Bereichen vorgehalten werden:

- \_ eine gemeinsame, standardisierte Datenbasis, um eine semantische Interoperabilität der Systeme und Einrichtungen zu erreichen;
- \_ eine einrichtungsübergreifende Nutzung von Entscheidungsunterstützungssystemen und KI-Anwendungen, besonders in der Bildgebung und bei der ortsunabhängigen Bewertung von Biosignalen und Vitalparametern;
- \_ eine einheitliche, patientinnen- und patientenzentrierte Betreuung individueller Medikamentierung entlang vollständiger und gegebenenfalls paralleler Behandlungspfade (Modellregion für intersektorale Arzneimitteltherapiesicherheit) sowie
- \_ die Errichtung einer übergeordneten Studiendatenbank, um schnellen Zugang zu evidenzbasierten Interventionen zu ermöglichen, z. B. bei Krebstherapien oder seltenen Erkrankungen.

Digital unterstützte Netzwerke sollen in hohem Maße zur Verbesserung der Krankenversorgung beitragen, etwa durch:

- \_ die Sicherstellung regionaler medizinischer (Notfall-)Versorgung durch telemedizinische und mobile Anwendungen;
- \_ die Steigerung der Effizienz der Gesundheitsversorgung durch den Einsatz digitaler Hilfsmittel;

|<sup>74</sup> Eine Bedarfsanalyse zur benötigten Infrastruktur regionaler Versorgungsakteure soll zeitnah durch das Land beauftragt werden.

- \_ die Attraktivitätssteigerung von Gesundheits- und Pflegeberufen sowie verbesserte Arbeitsbedingungen aufgrund digitaler Unterstützung;
- \_ die Ermöglichung virtueller Sprechstunden, digitaler Lösungen für Terminfindung und Befundkommunikation mit Patientinnen und Patienten;
- \_ die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen durch den Austausch von Patientinnen- und Patientendaten sowie
- \_ mobile Anwendungsmöglichkeiten universitätsmedizinischer Leistungen, z. B. durch Apps im Bereich der Prävention und weitere Digitale Gesundheitsanwendungen.

## **D.VII TRANSFER UND TRANSLATION**

---

### VII.1 Transfer- und Translationsstrategie und -ziele

Mit seinen transferorientierten Forschungsschwerpunkten, der Einbettung in die Modellregion Gesundheit Lausitz und den überregionalen Angeboten des Kompetenzzentrums Gesundheitssystementwicklung sowie des Simulationszentrums soll Transfer zum Kernbestandteil des IUC werden. Dem liegt, so das Land, ein moderner Transferbegriff zugrunde, der auf den Austausch von wissenschaftlichem und technologischem Wissen im Rahmen eines multidirektionalen Transferprozesses unter Einbezug aller relevanten Akteure bzw. Kooperationspartner zielt. Damit soll am IUC ein erweiterter Transferbegriff im Einklang mit der Transferstrategie des Landes Brandenburg Anwendung finden, der dreidimensional angelegt ist in:

- \_ der Anwendung von Wissenschaft (einschließlich Technologietransfer);
- \_ der Kommunikation forschungsbasierten Wissens sowie
- \_ wissenschaftlicher Beratung. |<sup>75</sup>

Translation wird am IUC als spezifische Transferform im Bereich von Medizin und Gesundheitssystem verstanden. Dabei steht der Prozess der Ideenfindung im Kontext von Versorgungsformen und -technologien im Mittelpunkt, der sich über deren Entwicklung, klinische Erprobung bis hin zu deren evidenzgeleiteter Implementierung in die Regelversorgung und die Evaluation entsprechender Wirksamkeit erstreckt.

Durch den Aufbau eines engen Transferkreislaufs soll die Zusammenarbeit der Wissenschaft mit Versorgung, Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft erreicht werden. Dies soll die Zusammenarbeit zwischen Forschung, Versorgung und

|<sup>75</sup> Vgl. MWFK: Transferstrategie Brandenburg. Verbesserung der Zusammenarbeit von Wissenschaft mit Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft, 2017, S. 14-18. URL: [https://mwfk.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/MWFK\\_Transferstrategie\\_DIN\\_A4\\_2019-12-13.pdf](https://mwfk.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/MWFK_Transferstrategie_DIN_A4_2019-12-13.pdf), zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

Gesundheitswirtschaft, zivilgesellschaftliche Beteiligung an Aktivitäten des IUC sowie die Beratung von Politik und Selbstverwaltung des Gesundheitssystems zu Fragen der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems umfassen. Daraus ergeben sich laut den Empfehlungen der Expertenkommission zum IUC zwei Transferstränge mit unterschiedlichen Transferaufgaben und -zielen:

- \_ Transferstrang I: Transferkreislauf Forschung, Versorgung, Gesundheitswirtschaft
  - \_ Daten- und Wissenstransfer aus der Versorgung in die Forschung etwa mittels der Bereitstellung von Versorgungsdaten sowie des Einbezugs von Impulsen aus der Versorgung in Forschungsvorhaben;
  - \_ Transfer neuer Forschungsergebnisse in die Versorgung z. B. anhand telemedizinischer Anbindung an das Universitätsklinikum und Wissens- und Kompetenztransfer durch Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Personal der Gesundheitsfachberufe;
  - \_ Transfer von Forschungsergebnissen mit der industriellen Gesundheitswirtschaft.
- \_ Transferstrang II: Transfer mit Gesellschaft und Politik
  - \_ Beratung für Politik und Gesellschaft;
  - \_ Erkenntnistransfer in die Gesellschaft z. B. in Form von Health Literacy;
  - \_ Beteiligung der Gesellschaft z. B. durch Citizen Science.

Die Erarbeitung einer Transferstrategie für das IUC soll die Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung durch die AG Transfer und Gründungen nach Gründung des IUC übernehmen. Die AG soll eine auf das Profil des IUC ausgerichtete und auf dem Forschungskonzept beruhende Transferstrategie entwickeln, die die Transferstrategien des Landes und der BTUCS berücksichtigt sowie alle Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung und die Gesundheitswirtschaft inkludiert. Außerdem ist die Einbeziehung der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik sowie von Patientinnen und Patienten, die sich am Innovationsprozess bereitwillig beteiligen, geplant. Die Integration dieser Akteure soll zur Etablierung eines Ökosystems für einen strukturierten Innovationstransfer beitragen.

Ebenfalls erarbeitet werden soll nach Gründung des IUC eine Patentstrategie, die gemäß dem Land an der Patentstrategie und den Leitlinien zum Umgang mit technischen Erfindungen der BTUCS orientiert sein sollte.

## VII.2 Geplante Strukturen für Transfer und Translation

Um ein innovationsfreundliches Umfeld am IUC zu etablieren, sollen spezifische Transferstrukturen am IUC geschaffen und vorhandene Transferstrukturen ergänzend genutzt werden. Dabei kann an bereits in Brandenburg etablierte Maßnahmen angeknüpft werden:

- \_ Das Land Brandenburg fördert bereits seit 2011 Maßnahmen zur Gesundheitswirtschaft im Rahmen der „Gemeinsamen Innovationsstrategie der Länder Berlin und Brandenburg“. Das länderübergreifende Projekt fördert in fünf verschiedenen Clustern den Ausbau von Innovationen durch den Austausch von Wissenschaft und Wirtschaft. Die in der aktuellen Fassung der Strategie gesetzten Schwerpunktthemen Digitalisierung, Reallabore und Testfelder, Arbeit 4.0 und Fachkräfte sowie Start-ups und Gründungen stimmen stark mit den geplanten Aktivitäten des IUC überein.
- \_ Das strategische Leitdokument Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg des Clusters Gesundheitswirtschaft enthält zahlreiche Bezüge für das IUC, so etwa zu Vernetzung und Transfer, Digital Health sowie Ausgründungen und Start-ups. Das Cluster verfügt über die beiden Handlungsfelder Lebenswissenschaften und Technologien sowie Innovative Versorgung zur Umsetzung der Schwerpunkte und Ziele. Unterstützung bei der Vernetzung und der Entwicklung von Projekten sowie bei Innovations- und Ansiedlungsvorhaben leistet das Clustermanagement.
- \_ Das MWFK fördert derzeit im Zuge einer Projektförderung die Konzeptentwicklung für den Aufbau einer Forschungs- und Transferallianz Gesundheitswissenschaften/ Medizin Brandenburg. Diese Allianz soll gemäß eines integrierten ganzheitlichen Innovationsansatzes zur Vernetzung der vorhandenen Forschungsexpertise in den Lebens- und Gesundheitswissenschaften sowie der Medizin in Brandenburg im Rahmen von Verbundforschung beitragen und dies zugleich mit Maßnahmen der Transferunterstützung verknüpfen.

Am IUC soll als spezifische Transferstruktur die **Arbeitsgruppe Transfer und Gründungen** in der Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung fungieren. Diese soll sowohl Anlaufstelle für Fragen zu Transfer und Gründungen am IUC als auch Ansprechpartner für Ausgründungen und die Zusammenarbeit mit der Industrie sein. Weiterhin ist die Schaffung eines Kurs- und Veranstaltungsangebots für Studierende und Ärztinnen bzw. Ärzte in Weiterbildung geplant, die unternehmerisches Grundlagenwissen und die Grundlagen des Entrepreneurships vermitteln. Dieses Angebot soll insbesondere dem Ziel dienen, diese Personengruppe für zukünftige Praxisgründungen und -nachfolgen in der Region zu halten und entsprechend darauf vorzubereiten. Die Empfehlungen der Expertenkommission für das IUC legen für das Weiterbildungsangebot die enge Kooperation insbesondere mit dem Institut für Wirtschaftswissenschaften an der Fakultät 5 der BTUCS nahe.

Hinsichtlich geeigneter Transferinfrastrukturen ist der Aufbau eines Medical Accelerators für gründungsinteressierte Studierende, Mitarbeitende sowie weitere Personengruppen geplant, mit dem Aufbau soll zeitnah auf dem Gelände des CTK begonnen werden (siehe D.VIII.2.c). In Planung sind Büro- und

Werkflächen für Interessierte aus der Gesundheitswirtschaft auf 1.100 m<sup>2</sup>, um kliniknah und akteursübergreifend neue Produkte zu entwickeln und zu erproben. |<sup>76</sup>

Als infrastrukturelle Einrichtung dient des Weiteren das Simulationszentrum des IUC, welches als Forum für Versorgung und Gesundheitswirtschaft fungiert. Nutzerinnen- und nutzerorientierte Entwicklungsprozesse sollen in ihm durch den Austausch mit Beschäftigten und Patientinnen und Patienten des IUC sowie zwischen Versorgung und Industrie gestärkt werden. Die Produktentwicklung soll auf diesem Wege entsprechend des tatsächlichen Versorgungsbedarfs und passgenau auf klinische Anforderungen hin entwickelt werden und Erkenntnisse aus den Tests im Simulationszentrum der Weiterentwicklung von Medizingeräten und -produkten dienen. So soll in Kooperation mit der Industrie insbesondere digitale Medizintechnik erforscht, entwickelt und erprobt werden (siehe D.IX.2).

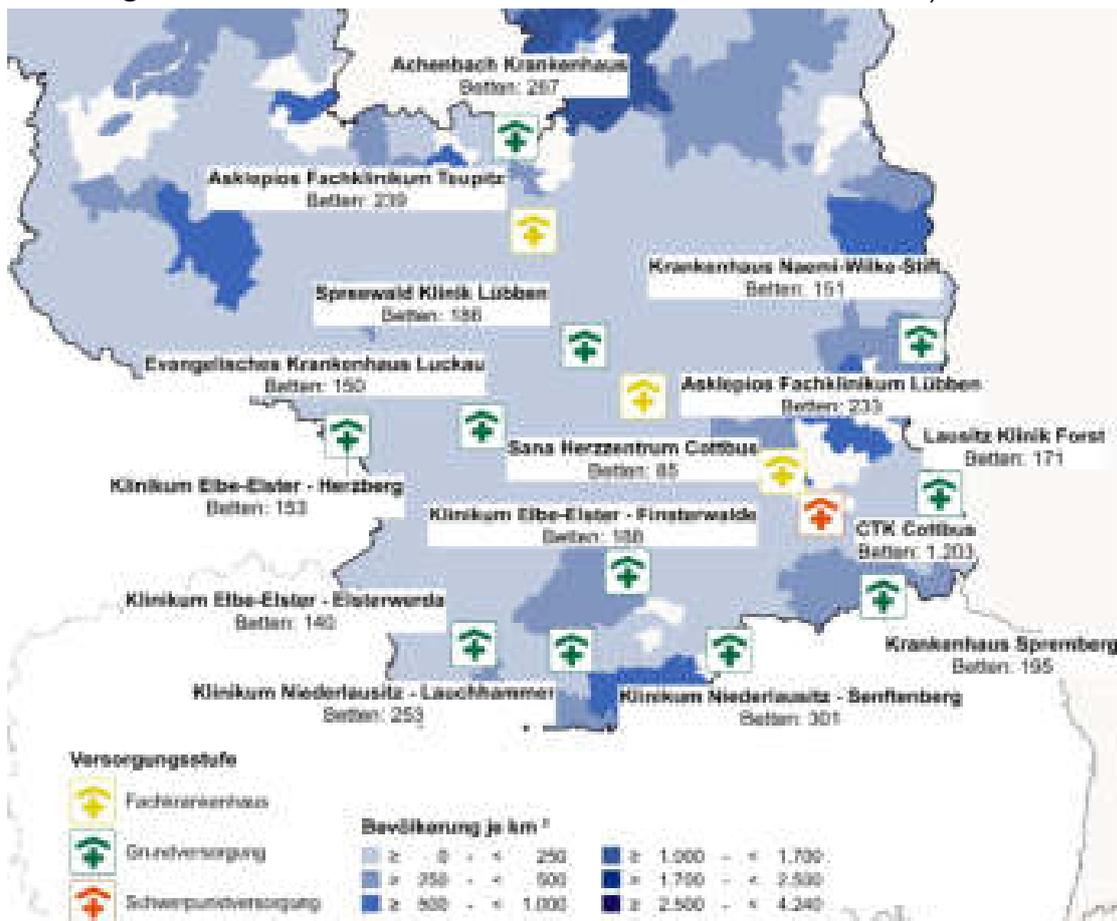
#### **D.VIII KRANKENVERSORGUNG**

---

Die Stadt Cottbus ist mit circa 98.000 Einwohnerinnen und Einwohnern die größte Stadt der Region Lausitz, in der 1,3 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner leben. Die Region Lausitz innerhalb des Landes Brandenburg besteht aus der kreisfreien Stadt Cottbus sowie den vier Landkreisen Dahme-Spreewald, Elbe-Elster, Oberspreewald-Lausitz sowie Spree-Neiße. Sie verfügt über ein Netz stationärer medizinischer Versorgungseinrichtungen, die in den größeren Städten der Region angesiedelt sind. Aufgrund des demografischen Wandels ist die stationäre Versorgungslandschaft seit drei Jahrzehnten durch eine deutliche Veränderung geprägt.

Der Brandenburger Teil der Region Lausitz verfügt über 15 Krankenhausstandorte, davon drei spezialisierte (Fach)Kliniken, die in Abbildung 11 aufgeführt werden:

|<sup>76</sup> Das Zentrum für Medizintechnologien (Medical Accelerator) ist eine geplante Infrastrukturmaßnahme zur Förderung von Translation und Gründungen. Es soll als eigenständige Einrichtung der Stadt Cottbus in struktureller Ergänzung auf die medizinisch-klinische, anwendungsorientierte Forschung sowie digitale Innovationen in der klinischen Versorgung orientiert sein. In diesem geplanten Gebäude auf dem Campus des CTK sollen auf mehr als 1.100 m<sup>2</sup> Akteuren aus der Gesundheitswirtschaft Büro-, Labor- und Werkflächen zur Produktentwicklung und -erprobung im Bereich Medizintechnik und digitale Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Das Angebot soll vorrangig Start-ups und weitere branchenrelevante kleine und mittlere Unternehmen ansprechen. Die Finanzierung erfolgt über Förderarm 1 des Investitionsgesetzes Kohleregionen (siehe D.X), jedoch zusätzlich zu den unmittelbaren Investitionsmaßnahmen für das IUC. Der entsprechende Förderantrag wurde nach Befürwortung durch das Land bereits durch die Investitionsbank des Landes Brandenburg bewilligt. Der Bau befindet sich derzeit in der Ausschreibung der Planungsphase. Parallel dazu wird mit dem Unternehmen Siemens Healthineers das Konzept eines Betreibermodells verhandelt bzw. erarbeitet, das die Entwicklung einer lokalen Medizintechnikbranche unterstützt und gleichzeitig in nationale Netzwerke und Entwicklungen eingebunden ist. Darüber hinaus hält das Gründungszentrum der Stadt Cottbus auf dem Campus der BTUCS auf ca. 5.500 m<sup>2</sup> Büros, Werkstätten, Co-Working-Arbeitsplätze, Gemeinschafts- und Tagungsräume für Gründerinnen und Gründer sowie junge Unternehmen vor.



Hinweis: Hier angegeben wird die Anzahl der Plan-Betten zum 30.06.2021 (inkl. Tagesklinikplätze) gemäß dem Vierten Landeskrankenhausplan des Landes Brandenburg.

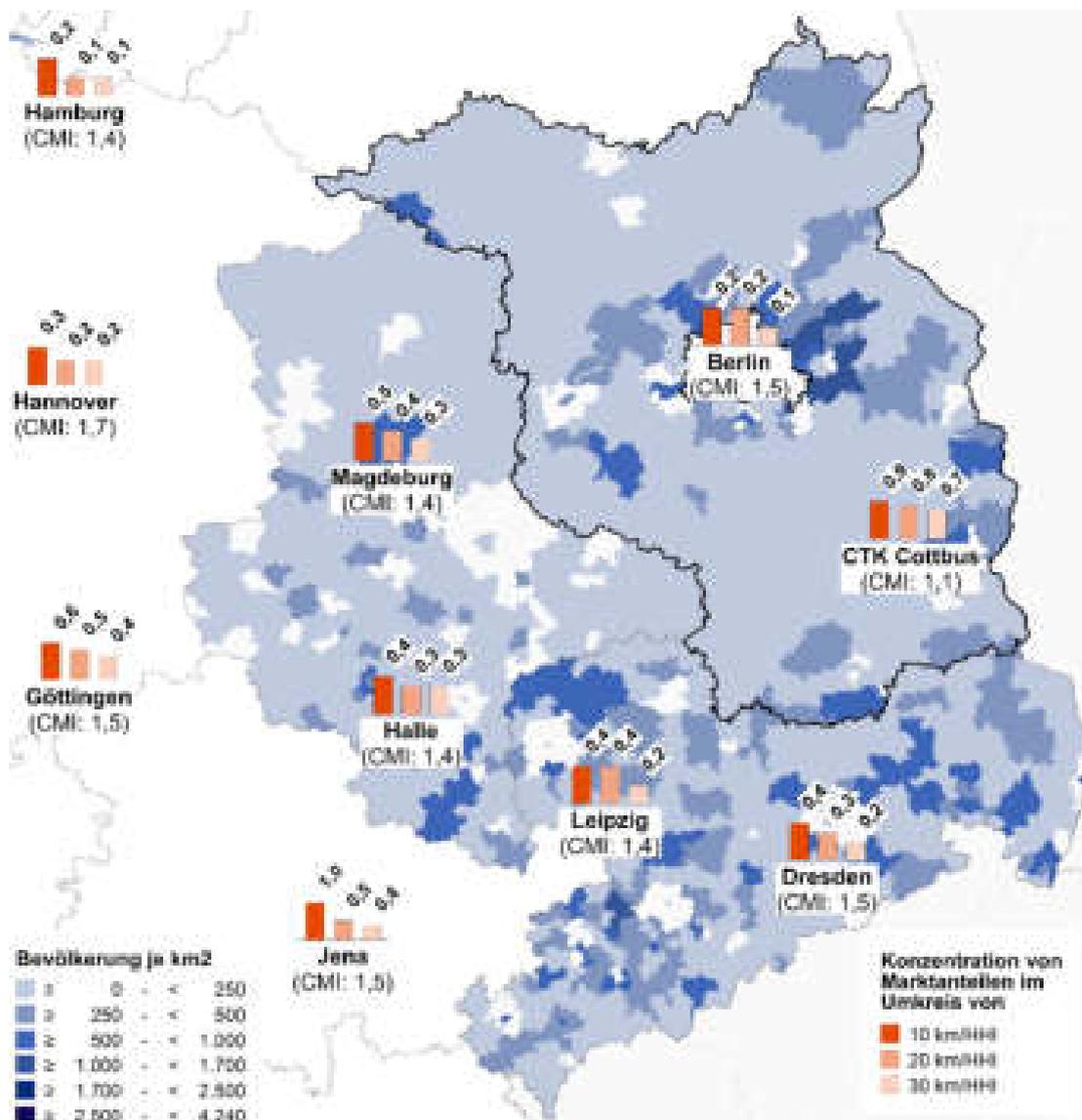
Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; Für die Bevölkerungszahlen: Statistisches Bundesamt: Gemeinden in Deutschland nach Fläche, Bevölkerung und Postleitzahl am 31.12.2021 (Jahr); Kartengrundlage GfK GeoMarketing; eigene Darstellung.

Während das CTK die Schwerpunktversorgung des Brandenburger Teils der Region Lausitz übernimmt, sind sieben Versorgungseinrichtungen der Grundversorgung zuzuordnen. Die drei spezialisierten Fachkliniken, das Sana-Herzzentrum in Cottbus und die auf neurologische und psychiatrische Erkrankungen spezialisierten Asklepios Fachkliniken in Lützen und Teupitz, ergänzen die Versorgungssituation um zwei Schwerpunkte.

Die Region verfügt damit über mehr als 3.900 Betten verteilt auf Kliniken in unterschiedlicher Trägerschaft. |<sup>77</sup> Allein das CTK hält unter den genannten Krankenhausstandorten mehr als 1.000 Betten (siehe Abbildung 11). Die Marktanteile sowie Case Mix Indizes (CMI) der regionalen Universitätsklinik für das Jahr 2021 können der Abbildung 12 vor dem Hintergrund der Bevölkerungsdichte entnommen werden.

|<sup>77</sup> Die Klinikstandorte in Senftenberg und Lauchhammer, die Standorte Herzberg, Finsterwalde und Elsterwerda und die Krankenhäuser in Lützen und Königs Wusterhausen firmieren als Betriebsstätten unter dem Dach einer jeweils gemeinsamen Krankenhaus-GmbH.

Abbildung 12: Marktanteile der Universitätsklinik nach regionalem Umkreis (HHI |<sup>1</sup>) und Case Mix Indizes (CMI), 2021



<sup>1</sup> Der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) ist eine Kennzahl zur Konzentrationsmessung in einem Markt bzw. in einer Marktregion und spiegelt so die Wettbewerbsintensität wider. Er ist als Summe der quadrierten Marktanteile aller Teilnehmer in einer Region definiert und kann die Werte von > 0 bis 1 annehmen, wobei der Wert 1 eine Monopolstellung anzeigt.

Quellen: Für die Bevölkerungszahlen: Statistisches Bundesamt: Gemeinden in Deutschland nach Fläche, Bevölkerung und Postleitzahl am 31.12.2021 (Jahr); Für HHI und CMI: Krankenhaus-Report 2023; Kartengrundlage GfK GeoMarketing; eigene Darstellung.

### VIII.1 Kennzahlen der stationären und ambulanten Krankenversorgung

Hinsichtlich der Bettenzahl mit 1.203 Plan-Betten führt das CTK im Vergleich der landesweiten Versorgungseinrichtungen. Im Jahr 2022 wurden am CTK circa 33.000 Patientinnen und Patienten stationär und etwa 50.000 Fälle ambulant behandelt. Der Case-Mix-Index lag 2022 bei 1,0 und fiel damit etwas geringer aus als vor der COVID19-Pandemie (2019: 1,31). In der CTK Poliklinik GmbH (MVZ) wurden 2021 circa 153.000 Fälle ambulant behandelt. Die nachfolgende Übersicht 1 zeigt die Kennzahlen der Krankenversorgung des CTK für die Jahre 2019 bis 2022 (für die TISS SAPS Scores-Daten des CTK siehe Tabelle A 6 im Anhang).

	2019	2020	2021	2022
<b>Aufgestellte Betten insgesamt</b> (Jahresdurchschnitt)	<b>1.046</b>	<b>1.043</b>	<b>1.059</b>	<b>1.045</b>
darunter Intensivbetten	24	24	24	24
Anteil Intensivbetten in %	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%
<b>Stationäre Leistungen</b>				
Aufnahmen in die vollstat. Behandlung	42.086	34.358	32.741	33.158
Teilstationäre Behandlungstage	22.682	15.838	14.399	16.852
Nutzungsgrad der Betten   <sup>1</sup> in %	79,4%	67,7%	63,5%	27,9%
Verweildauer   <sup>2</sup> in Tagen	7,2	7,5	7,5	7,5
Erlöse aus allg. Krankenhausleistungen, ohne Ambulanzen (in Mio. Euro)   <sup>3</sup>	202,4	216,5	220,3	-
Case Mix Index (CMI)   <sup>4</sup>	1,31   <sup>5</sup>	0,98	1,01	1,0
Landesbasisfallwert (in Euro) ohne Ausgleiche	3.530	3.662	3.742	3.997
<b>Ambulante Leistungen</b>				
Ambulante Behandlungsfälle/ Poliklinische Neuzugänge	52.916	50.294	46.685	50.712
Erlöse aus ambulanten Leistungen (in Mio. Euro)	6,7	8,9	14,7	-
Umsatz aus der Krankenversorgung (in Mio. Euro)   <sup>6</sup>	209,1	225,4	235,0	-

|<sup>1</sup> Berechnet als Verhältnis aus belegten Betten und aufgestellten Betten (BT/[Betten\*365]).

|<sup>2</sup> Berechnet als Belegungstage geteilt durch Fallzahl ([Aufnahmen + Entlassungen inkl. Sterbefälle]/2).

|<sup>3</sup> Gemäß Gewinn- und Verlustrechnung; berechnet als: Erlöse aus Krankenhausleistungen + Erlöse aus Wahlleistungen + Nutzungsentgelte der Ärzte.

|<sup>4</sup> Hinweis zur Berechnung des Casemix-Index (CMI): „Zusatzentgelte sowie nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen“, Quelle: Fachserie 12, Reihe 6.4, Gesundheit, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Statistische Bundesamt.

|<sup>5</sup> Der CMI lag 2019 mit GR2020 bei 0,89. Seit 2020 wird die Pflege aus der CMI-Berechnung ausgegliedert.

|<sup>6</sup> Gemäß Gewinn- und Verlustrechnung; berechnet als: Erlöse aus Krankenhausleistungen + Erlöse aus Wahlleistungen + Nutzungsentgelte der Ärzte + Erlöse aus ambulanten Leistungen.

Quellen: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus und Jahresabschlüsse der Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH zu den Geschäftsjahren 2021, 2020 und 2019 (abrufbar unter URL: <https://www.bundesanzeiger.de>); eigene Darstellung.

## VIII.2 Das CTK als Digitales Leitkrankenhaus

### VIII.2.a Ausgangssituation des CTK

Das CTK wird als **gemeinnützige GmbH (gGmbH)** in kommunaler Trägerschaft der Stadt Cottbus als Alleingesellschafterin geführt. Es erfüllt die Rolle eines Versorgungskrankenhauses der Schwerpunktversorgung, d. h. der höchsten

Versorgungsstufe im Land Brandenburg. In der Region Lausitz ist es das einzige Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe. |<sup>78</sup> Der Einzugsbereich des CTK umfasst den Süden des Landes Brandenburg und Teile des Nordens des Freistaates Sachsen. Das CTK ist akademisches Lehrkrankenhaus der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Das CTK verfügt derzeit über 22 Kliniken bzw. Departments, vier Institute sowie 16 Zentren, davon zehn zertifizierte und sechs nichtzertifizierte. Das Stammkapital der Gesellschaft beträgt 18 Mio. Euro, das die Stadt Cottbus als Stammeinlage durch Übertragung des Vermögens des Eigenbetriebs CTK Cottbus führt. Die CTK gGmbH hat fünf Tochtergesellschaften, darunter vier mit einem Gesellschafteranteil von 100 % (Thiem Research GmbH, Thiem-Service GmbH, Thiem-Care GmbH sowie CTK-Poliklinik GmbH). An der Thiem-Reinigung GmbH hält die CTK gGmbH 51 % der Gesellschafteranteile. Gesellschaftsorgane sind die Geschäftsführung, der Aufsichtsrat sowie die Gesellschafterversammlung.

Hinsichtlich der wirtschaftlichen Situation verzeichnete die CTK gGmbH im Zeitraum 2009 bis 2019 in jedem Geschäftsjahr einen Jahresüberschuss in Höhe von bis zu 7,2 Mio. Euro. Im Geschäftsjahr 2020 zu Ausbruch der COVID19-Pandemie betrug der Jahresfehlbetrag des CTK 2,3 Mio. Euro; 2021 verzeichnete es mit 339.000 Euro wieder einen Jahresüberschuss. Für den Zeitraum 2018 bis 2021 ist eine Steigerung der Erlöse aus Krankenhausleistungen um 14,6 % auf 219,8 Mio. Euro (2021) zu verzeichnen. Die Eigenkapitalquote der CTK gGmbH lag im Zeitraum 2016 bis 2021 zwischen 46,5 % und 49,1 %.

Die Fördermittel des Landes nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz wurden im Zeitraum 2016 bis 2021 von 4,7 Mio. Euro p. a. auf 7,8 Mio. Euro p. a. gesteigert. Die Landesmittel zur Investitionsfinanzierung wurden durch das CTK zudem kontinuierlich durch Eigenmittel ergänzt. Die Investitionsquote lag im Jahr 2021 mit 13,64 % über der des Vorjahres in Höhe von 11,73 %.

#### VIII.2.b Überführung des CTK in Landesträgerschaft

Das CTK bietet aus Sicht des Landes eine überzeugende Ausgangssituation, um zum Universitätsklinikum des IUC ausgebaut zu werden. So ist es mit Blick auf die Bettenzahl das **größte Krankenhaus im Land Brandenburg** sowie das **einzige Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe (Schwerpunktversorgung) in der Lausitz**. Es deckt zudem mit wenigen Ausnahmen alle Fächer nach neuer ÄApprO (RefE) ab.

|<sup>78</sup> In jedem Versorgungsgebiet des Landes Brandenburg sind gemäß dem Vierten Krankenhausplan des Landes Brandenburg grundsätzlich neben einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung Krankenhäuser der Grund- oder Regelversorgung sowie Fachkrankenhäuser vertreten. Die höchste Versorgungsstufe erfüllen Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung. Sie stellen die höchste Breite an Disziplinen in der Versorgungsregion bereit und bieten neben der Grundversorgung die Versorgung in Fachgebieten mit geringerem Fallzahlauflkommen sowie der Versorgung von schweren und komplexen Krankheitsfällen (siehe Versorgungsstufen im Vierten Krankenhausplan des Landes Brandenburg im Anhang).

Die geplante Überführung des CTK in Landsträgerschaft soll anhand einer Grundlagenvereinbarung zwischen dem Land Brandenburg und der Stadt Cottbus erfolgen, in welcher die Ausgestaltung der Übertragung abgestimmt wird. Für die Umsetzung der Übertragung soll das geplante Universitätsmedizingesetz grundlegend sein (siehe D.II.1). Das Verfahren zur Erarbeitung der Grundlagenvereinbarung wird nach Aussagen des Landes derzeit mit der Stadt Cottbus abgestimmt; der Abschluss der Vereinbarung ist für Anfang 2024 geplant.

Die Grundlagenvereinbarung soll u. a. Regelungen zur zukünftigen Errichtung des IUC durch das Universitätsmedizingesetz, Übertragungen von Krankenhausbetrieb und Grundstücken, Angaben zu Anpassung des Versorgungsauftrags an die Aufgaben des IUC in Forschung und Lehre sowie zu Förderungen durch das Land enthalten. Außerdem soll die Grundlagenvereinbarung die Vollzugsbedingungen für die Einbindung des CTK in das IUC als Körperschaft des öffentlichen Rechts regeln, wie etwa die Zustimmungserfordernisse seitens des Landes sowie der Zusatzversorgungskassen hinsichtlich der betrieblichen Altersversorgung.

#### VIII.2.c Konzept zur Entwicklung des CTK als Digitales Leitkrankenhaus

Der Ausbau des Carl-Thiem-Klinikums Cottbus zum Digitalen Leitkrankenhaus ist mit dem Ziel verbunden, das Leistungsangebot eines universitären Maximalversorgers für Patientinnen und Patienten der Region Lausitz bereitzustellen. Das Zukunftsbild „CTK 2030“<sup>|79</sup> fokussiert auf die drei Stakeholder-Gruppen Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Region. Diese sollen mit Leitbildern in den vier Dimensionen „Unsere Medizin“, „Wir sind Arbeitgeber“, „Unser Tun hat Qualität“ und „Partner für die Region“ adressiert werden. Die im Digitalen Leitkrankenhaus geplanten Maßnahmen unterstützen die Umsetzung dieses Zukunftsbilds. Darüber hinaus begründen sich weitere Maßnahmen aus den Anforderungen der wissenschaftlichen Schwerpunkte des IUC an das Universitätsklinikum und die Modellregion, insbesondere an die digitale Anbindung regionaler Leistungserbringer an das IUC.

Als Digitales Leitkrankenhaus soll das CTK bzw. das zukünftige Universitätsklinikum eine koordinierende Rolle in einer kooperativen Vernetzung von Gesundheitsdienstleistern innerhalb der Region Lausitz einnehmen und zudem die Weiterentwicklung der Versorgung durch innovative Datensätze in Forschung und Lehre gestalten. Angesichts dieser Ziele ist eine umfassende Erhöhung des digitalen Reifegrads auf Stufe 7 und darüber hinaus bis zum konkreten Zieldatum für die Fertigstellung des Ausbaus im Jahr 2038 angedacht (siehe D.IX.4.a). Dafür

<sup>|79</sup> Das Zukunftsbild 2030 fokussiert v. a. auf die Belange der Krankenversorgung des CTK. Es soll nach Vorstellung des CTK nach der Gründung des IUC zu einem integrierten Zielbild von Forschung, Translation, Gesundheitsversorgung und Aus- bzw. Fortbildung weiterentwickelt werden. Die Broschüre ist online abrufbar, URL: [https://ctk.de/uploads/client/pms/files/ctk\\_zukunftsbild\\_broschuere\\_finale\\_ansicht.pdf](https://ctk.de/uploads/client/pms/files/ctk_zukunftsbild_broschuere_finale_ansicht.pdf), zuletzt abgerufen am 22.11.2023.

ist ein gestuftes Vorgehen geplant. Die **Digitalstrategie** für das Digitale Leitkrankenhaus zielt in der **ersten Phase** auf die **Realisierung umfassender Digitalisierungsmaßnahmen der Patientenversorgung** im CTK sowie **umfangreiche Maßnahmen zu Cyber-Security und grundlegenden IT-Strukturen**, um den **Reifegrad von EMRAM Stufe 1** |<sup>80</sup>, mit Abschluss im Jahr 2028, **auf 4–5 zu erhöhen**. |<sup>81</sup>. In einer zweiten Stufe sollen bis zum Jahr 2032 weitere vorbereitende Maßnahmen zur digitalen Anbindung der Region an das Digitale Leitkrankenhaus und verstärkt Plattform-Angebote für die Region etabliert werden. Es ist vorgesehen, diese anschließend in einer dritten Phase bis zum Jahr 2038 auszubauen und umfassend einzuführen. Zudem wird in dieser Phase ein starker Fokus auf die Vernetzung der Teilnehmenden der Modellregion Gesundheit Lausitz mit dem Digitalen Leitkrankenhaus gelegt. Flankierend dazu sind bis 2038 Maßnahmen zum Aufbau einer datenbasierten Medizin in der Modellregion geplant, um Versorgungsdaten aus der gesamten Region für die Forschung zugänglich zu machen und eine einfachere Translation von Innovationen in die Versorgungsrealität der Region zu ermöglichen (siehe D.IX.4.a).

Geplant ist die Einrichtung eines Lenkungsbeirats, bestehend aus externen Sachverständigen der Medizininformatik, der das Projekt fachlich und strategisch begleitet und beim Digitalisierungsvorstand angesiedelt ist.

#### *Strategische Prioritäten der Digitalstrategie*

Für die erste Phase der Entwicklung des CTK zum Digitalen Leitkrankenhaus sind sechs strategische Prioritäten der Digitalstrategie definiert:

- 1 – Stärkung des Versorgungsauftrags und Qualitätsanspruchs durch neue Technologien bei gleichzeitiger Patientensicherheit, wie etwa durch Implementierung ortsübergreifender Überwachung, Betreuung und Telemedizin;
- 2 – Erhöhung von Prozesseffizienz und Automatisierungsgrad durch die Einführung durchgängiger digitaler Pflegedokumentation oder die Digitalisierung der Verwaltung;

|<sup>80</sup> EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model) ist ein weltweit genutztes Modell zur Beschreibung des Digitalisierungsgrads (Reifegrads) in Krankenhäusern. Es wurde von der HIMSS Analytics Group 2005 entwickelt (HIMSS Healthcare Information and Management Systems Society). URL: <https://www.himss.org/what-we-do-solutions/digital-health-transformation/maturity-models/electronic-medical-record-adoption-model-emram>, zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

|<sup>81</sup> Die Digitalstrategie wurde von April bis August 2021 entwickelt. Dabei werden strategische Initiativen und Projekte aufbauend auf einer digitalen Ambition, auf strategischen Leitprinzipien und strategischen Prioritäten abgeleitet und in einer Roadmap für die nächsten Jahre festgehalten. Kern der Entwicklung der Digitalstrategie ist das erprobte Deloitte-Strategie-Framework Cascading Choices Modell, in welchem sich die Schritte gegenseitig beeinflussen und durch ihre Abhängigkeiten ein iterativer Prozess der Strategieentwicklung entsteht.

### 3 – Aufbau der Forschungs- und Analytics-Infrastrukturen

wie etwa Infrastrukturen zur Speicherung und Analyse im Zuge innovativer medizinischer Analyse-Verfahren;

### 4 – Erweiterung der Geschäftsfelder durch

Verknüpfung der Medizin- und Versorgungsforschung mit der Regelversorgung zur Etablierung und Erprobung innovativer Ideen sowie durch Stärkung der Zusammenarbeit mit Akteuren der Gesundheitswirtschaft u. a. durch den Aufbau des Zentrums für Medizintechnologien (siehe D.VII.2);

### 5 – Aufbau technischer Infrastruktur und Datenverfügbarkeit (Data-Hub)

durch Schaffung einer datenbasierten, ortsunabhängigen Gesundheitsversorgung und Aufbau eines Clinical Data Repository (CDR) als Echtzeitdatenbank für die Nutzung in der Regelversorgung im Krankenhaus als auch in der Medizin- und Versorgungsforschung; Einsatz von dazugehörigen Toolchain Lösungen und Data Analytics (siehe D.IX.4.a);

### 6 – Aufbau der Qualifikation der Mitarbeitenden

durch Kompetenzaufbau etwa hinsichtlich der Nutzung der digitalen Patientendokumentation, Clinical Decision Support Systems, Begleitung bei abgestimmten Assessments und Evaluation von Wundversorgungseinheiten.

Zur Umsetzung dieser Vision werden anhand einer Digital Roadmap sieben Initiativen priorisiert, die gemäß dem Konzept zur Entwicklung des CTK zu einem Digitalen Leitkrankenhaus im Zeitraum 2023 bis 2028 durch eine geeignete Governancestruktur und unter Beteiligung aller Berufsgruppen realisiert werden sollen (siehe Anhang VII).

#### *Operative Ausrichtung/Strukturen*

Als Entscheidungsgremium im Rahmen der Digitalstrategie wurde auf der strategischen Ebene das Digitalisierungsboard (Digi-Board) eingesetzt, um u. a. Ideen zu identifizieren, deren Umsetzung fokussiert und entsprechend autorisiert wird. Weitere Aufgabe des Digi-Boards ist die jährliche Überprüfung der Digitalstrategie und die Autorisierung etwaiger Anpassungen. Für die Freigabe von Digitalisierungsideen bzw. Projektideen zur Digitalisierung sind neue Prozesse der Einreichung, initialen Bewertung und Evaluation durch die Abteilung Digitalisierung und Innovation sowie der finalen Bewertung und Freigabe durch das Digi-Board etabliert worden.

Zusätzlich soll ein Advisory Board eingerichtet werden, das sich aus externen Expertinnen und Experten aus Medizin, Forschung, Wissenschaft und Wirtschaft zusammensetzt und u. a. in Hinblick auf die Strategiewaueusrichtung Beratung leistet, Entwicklungsimpulse gibt sowie den Projektfortschritt auf einer übergreifenden Ebene reflektiert.

Für die erfolgreiche Umsetzung der Digitalstrategie ist darüber hinaus ein professionelles Initiativen- und Programmmanagement erforderlich. Dieses ist für die Definition von Schnittstellen, die Abstimmung von Terminplänen, die Koordination von Ressourcen, für ein übergreifendes Risikomanagement sowie ein gemeinsames Änderungsmanagement zuständig. Im Rahmen des Programm-Managements übernimmt das Digi-Board u. a. das Überwachen von Projekten aus Sicht des Auftraggebers sowie Projektmarketing und Qualitätsmanagement.

Für Projekte des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) wurde außerdem eine Portfolio- und Projektmanagement-Plattform eingerichtet. Für die Sicherstellung von Standards im Projektmanagement und dessen Methodik ist ein Projektmanagement Office verantwortlich, das Vorgaben zu Methodik und Dokumentation im Projektverlauf etabliert. Hierfür stellt die Projektmanagement-Plattform ein wichtiges Controlling-Instrument dar. Zur Sicherstellung des Erfolgs von Projekten wurde der Einsatz von Change-Management als Teil der Projektmanagement Skills im CTK begonnen.

Um die Finanzierung der Digitalstrategie und daraus resultierender langfristiger Maßnahmen und Prozesse zu gewährleisten, die neben den Fördermitteln aus dem KHZG auch aus Eigenmitteln besteht, ist die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Projekten sowie die Sicherstellung entsprechender Refinanzierung der Investitionen sowie die Akquise weiterer Fördermittel vorgesehen (siehe D.X.2).

Transparenz in der Zusammenarbeit der einzelnen Akteure erfolgt durch ein professionelles Prozessmanagement. Hierfür wurden Verantwortlichkeiten und Rollen konkret zugeordnet sowie Expertinnen und Experten aus den einzelnen Bereichen an einer gemeinsamen Prozessmanagementplattform zusammengeführt. Zentrale Prozessmanagerinnen und -manager sollen bei Qualifikation, Beratung und Modellierung der Prozesse unterstützen. Ziel ist es, allen Mitarbeitenden Einblick in die sie betreffenden Prozesse sowie die Möglichkeit der direkten Adressierung von Schwachstellen zu geben.

### VIII.3 Geplante Kooperationen in der Krankenversorgung

Mit dem Konzept für das IUC soll das krankenhauplanerisch vorgegebene Ziel einer qualitativ hochwertigen integrierten Gesundheitsversorgung erhalten bleiben, in welcher die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufweichen und Leistungsanbieter untereinander kooperieren. In diesem Sinne werden der Aufbau und die Unterstützung standort- und sektorenübergreifender Vernetzung verfolgt, um die Sicherstellung und Weiterentwicklung der künftigen regionalen Gesundheitsversorgung entscheidend voranzutreiben.

Das Land schätzt, auch aufgrund der Kooperationserfahrungen während der COVID19-Pandemie mit dem CTK in koordinierender Rolle, die Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft der Krankenhäuser im Land Brandenburg als grundsätzlich positiv ein. So soll die zukünftige Krankenversorgung in der Region von

einer kooperativen, digital unterstützten vernetzten Struktur geprägt sein, die zur Bündelung von Ressourcen und einer Verbesserung der Versorgungsqualität beiträgt.

Die angestrebten Kooperationen sollen insbesondere durch digitalisierte Gesundheitsdienstleistungen für die vernetzten Versorgungspartner der Modellregion gefördert werden, welche das Universitätsklinikum als Digitales Leitkrankenhaus bereitstellt. Räumliche Distanzen sollen überbrückt werden, etwa durch den verstärkten Einsatz telemedizinischer Konzepte bei der wohnortnahen Erstdiagnostik, durch Telekonsile zwischen Universitätsklinikum und kooperierenden Krankenhäusern und Arztpraxen sowie durch den Einsatz von Telemonitoring.

Zur Abdeckung der Fächer Herzchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Rechtsmedizin sollen Kooperationsverträge mit außeruniversitären Einrichtungen abgeschlossen werden:

- \_ **Die bereits bestehende enge Kooperation des CTK mit dem Sana-Herzzentrum** soll nach Ansicht des Landes fortgeführt werden anhand eines Kooperationsvertrags, der bis Herbst 2024 vorliegen soll. Der aufgesetzte LoI des Sana-Herzzentrums beinhaltet die geplante Kooperation hinsichtlich der Einbindung des ärztlichen Personals der Herzchirurgie am Sana-Herzzentrum, soweit es die Voraussetzungen erfüllt, in die Ausbildung der Medizinstudierenden an der Medizinischen Universität. Hierfür werden spezielle Schulungs- und Weiterbildungsprogramme seitens der Universität zur Verfügung gestellt. Außerdem wird die Mitwirkung des Personals zugleich auch am forschungsbezogenen Aufbau der Medizinischen Universität mit Blick auf die Forschungsschwerpunkte Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens angestrebt. Darüber hinaus soll laut LoI die enge Kooperation im Fachgebiet Herzchirurgie des Sana-Herzzentrums weiterhin mit dem Fachgebiet Kardiologie der Medizinischen Universität aufrechterhalten werden. Eine gemeinsame Berufung zwischen beiden Einrichtungen zur Besetzung der einzurichtenden Professorenstelle an der Medizinischen Universität für das Fach Herzchirurgie und zugleich die Position der Chefärztin bzw. des Chefarztes im Fachgebiet Herzchirurgie am Sana-Herzzentrum Cottbus ist außerdem geplant.
- \_ Für das Fach **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** ist der **mittelfristige Aufbau am Universitätsklinikum** angedacht. Für die Aufbauphase strebt das Land eine Kooperation mit dem Asklepios Fachklinikum Lübben an. Ein gemeinsamer LoI zwischen dem Land und dem Asklepios Fachklinikum Lübben ist derzeit in Vorbereitung.
- \_ Die **Abdeckung des Faches Rechtsmedizin** soll **über Lehrimporte** auf der Grundlage eines Kooperationsvertrags durch das Brandenburgische Institut für Rechtsmedizin erfolgen.

Die Kooperation mit Lehr- und Forschungspraxen für das IUC werden derzeit auf Informationsveranstaltungen vorangetrieben. Bisher haben etwa 40 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Medizinische Versorgungszentren, ambulante Zentren und Ärztenetzwerke einen LoI unterschrieben. Die Auswahl der Lehr- und Forschungspraxen für das IUC soll auf Grundlage zu erarbeitenden Qualitätskriterien erfolgen (siehe D.II.5).

## **D.IX INFRASTRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN**

---

### IX.1 Bau-Infrastruktur und Ausstattung

Um die durch die Expertenkommission in den Empfehlungen für das IUC aufgestellten Flächen- und Kostenrahmen zu untermauern, hat das MWFK das HIS-Institut für Hochschulentwicklung (HIS-HE) im Januar 2022 mit einer Berechnung beauftragt, die in einem zweiten Schritt mittels einer komplexeren Modularisierung aktualisiert wurde (Stand Oktober 2023). Für diese aktualisierte Berechnung wurden als Eingangsgrößen die Studienplatzausbauziele von 1.200 Studierenden der Humanmedizin sowie Angaben zur erforderlichen Personalausstattung (circa 1.300 VZÄ für Forschung und Lehre sowie Flächen für circa 320 Promovierende ohne Stelle) und weitere Flächenanforderungen an die Einrichtungen herangezogen. Außerdem wurde die Eingangsgröße von Studienplatzausbauzielen von 60 im Masterstudiengang Advanced Nursing Practice, 80 im Masterstudiengang Medical Data Science und 60 im Masterstudiengang Gesundheitssystemforschung definiert. Von diesen Planungsgrößen ausgehend beläuft sich die Berechnung eines Flächenrahmens auf 33.720 m<sup>2</sup> Nutzungsfläche, die sich zusammensetzt aus Flächen des Bereichs Medizinische Wissenschaft und Flächen übergreifender Infrastrukturen. Übersicht 2 gibt den geschätzten Flächenbedarf und die geschätzten Gesamtbau- und Ersteinrichtungskosten des IUC wider (Stand Oktober 2023).

**Übersicht 2: Geschätzter Flächenbedarf und geschätzte Gesamtbau- und Ersteinrichtungskosten des IUC basierend auf den Empfehlungen der Expertenkommission bei 200 Medizinstudierenden pro Jahrgang**

Einrichtung	Flächenbedarf in m <sup>2</sup>	Gesamtbaukosten in Tsd. Euro   <sup>1</sup>	Ersteinrichtungskosten in Tsd. Euro   <sup>2</sup>	Gesamtkosten in Tsd. Euro
<b>Forschungsgebäude</b>				
Fachliche Einrichtungen Büro	14.546	198.190	14.663	212.853
Fachliche Einrichtungen Forschung   <sup>3</sup>	5.198	70.822	5.240	76.061
Biodatenbank	200	2.725	202	2.927
Cafeterien/Kaffeebars	200	2.725	202	2.927
Zentrale Werkstatt	268	3.652	270	3.923
<b>Lehrgebäude</b>				
Hörsäle	792	7.771	143	7.913
Seminarräume	1.687	16.547	243	16.790
Praktikumsräume	1.163	11.413	1.172	12.586
<b>Simulationszentrum</b>	2.238	21.958	2.256	24.213
<b>Verwaltungsgebäude</b>				
Verwaltung	2.203	12.497	714	13.193
Zentralbereich Lehre	464	2.631	150	2.781
Kindertagesstätte	1.260	7.138	408	7.547
Koordinierungsstelle	1.054	5.971	341	6.312
<b>Bibliothek</b>	926	9.088	178	9.266
<b>Mensa</b>	486	4.839	256	5.095
<b>Rechenzentrum</b>   <sup>4</sup>	1.035	10.711	0	10.710
<b>Gesamt</b>	<b>33.720</b>	<b>388.660</b>	<b>26.438</b>	<b>415.097</b>
<b>Gesamt (inkl. 30 % Planungsreserve</b>   <sup>5</sup> )				<b>539.626</b>

|<sup>1</sup> Die Gesamtbaukosten nach Institutsbaugruppen basieren auf Werten der Bauministerkonferenz 2020 (Orientierungswerte für Hochschulgebäude 2021). Der Baupreisindex stammt aus: Vermögen und Bau Baden-Württemberg – Betriebsleitung – Informationsstelle Wirtschaftliches Bauen 2022: Baupreisindizes Neubau (konventionelle Bauart von Wohngebäuden). HIS-HE hat Varianten für die Zuordnung der Flächen zu den Institutsbaugruppen aufgezeigt, wodurch sich minimale und maximale Gesamtbaukosten für die verschiedenen Einrichtungen ergaben. Hier gezeigt sind die maximalen Werte.

|<sup>2</sup> Die Ersteinrichtungskosten basieren auf: HIS Institut für Hochschulentwicklung 2015: Ersteinrichtungskosten von Hochschul- und Forschungsgebäuden, Forum Hochschulbau 2/2015, S.2.

|<sup>3</sup> Weitere Flächen für probandenbezogene Forschung i. H. v. 336 m<sup>2</sup> sind im Simulationszentrum verortet.

|<sup>4</sup> Für das Rechenzentrum wird auf einen Orientierungswert aus dem Jahr 2012 zurückgegriffen, weil dieser in den aktuellen Veröffentlichungen nicht mehr gelistet wird. Die Baukosten für das Rechenzentrum werden deshalb abweichend von den anderen Einrichtungen indiziert. Rechenzentren zur zentralen Bereitstellung von Serverleistungen sind zwar baulich kostenintensiv; eine Ersteinrichtung fällt allerdings im Verhältnis zu den Bauwerkskosten nur in vernachlässigbarem Umfang an. Siehe auch: HIS-Institut für Hochschulentwicklung: Ersteinrichtungskosten von Hochschul- und Forschungsgebäuden Teil 2, Forum Hochschulentwicklung 2/2015.

|<sup>5</sup> Zur Abdeckung derzeit nicht abschätzbarer Kostensteigerungen bei der Errichtung von Bauten wird seitens des Landes eine zusätzliche Planungsreserve i. H. v. 30 % vorgesehen.

Diese Berechnung umfasst alle für Forschung und Lehre notwendigen Flächen, die für die Medizinische Universität zur Verfügung zu stellen sind, d. h. die Flächenarten für Lehr-, Forschungs- und zentrale Einrichtungen. |<sup>82</sup> Nicht betrachtet wird in den Berechnungen der Flächenbedarf des Universitätsklinikums.

Grundlage der Berechnungen zur Plausibilisierung des von der Expertenkommission ermittelten Kostenrahmens durch HIS-HE sind die Orientierungswerte für Hochschulgebäude der Bauministerkonferenz. Für die dargelegten Nutzungsflächen einschließlich der Ersteinrichtungskosten beläuft sich nach der Berechnung von HIS-HE die Summe an Gesamtkosten auf circa 415 Mio. Euro (Gesamtbaukosten circa 388 Mio. Euro und Ersteinrichtungen circa 26 Mio. Euro). Das Land hält eine Planungsreserve für Baukosten in Höhe von 30 % zur Abdeckung von zu erwartenden, derzeit nicht abschätzbaren Kostensteigerungen vor, sodass sich die Gesamtkosten auf circa 540 Mio. Euro belaufen (Stand Oktober 2023). |<sup>83</sup>

Neben Studierenden- und Personalzahlen wurde die wissenschaftliche Profilausrichtung des IUC als Eingangsgröße angeführt. Dies inkludiert folgende Annahmen:

- \_ Die Professuren der beiden Forschungsschwerpunkte Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens sind größtenteils theoretisch ausgerichtet;
- \_ Die Fokussierung der klinischen Professuren erfolgt möglichst auch auf die Forschungsschwerpunkte, sodass die Anzahl der klassisch biomedizinisch bzw. klinisch laborforschenden Professuren im Vergleich zu anderen universitätsmedizinischen Standorten gering ist;
- \_ Für einzelne Institute mit dauerhaftem Laborbedarf, wie etwa die Bereiche Biochemie und Physiologie, werden Institutsflächen bereitgestellt;
- \_ Weitere Laborflächen werden in Form von Verfügungsflächen für Forschungsaktivitäten errichtet; Professuren der Forschungsschwerpunkte werden Forschungsflächen für probandenbezogene Forschung im Simulationszentrum zur Verfügung gestellt.

Für die benötigten Flächen erstellte das HIS-HE eine stufenweise Aufwuchsplanung korrespondierend zum Aufbau des IUC und den Aufwuchsplanungen für Personal und Studierende von Gründung des IUC im Jahr 2024 bis zum

|<sup>82</sup> HIS-HE legt den Berechnungen die Orientierungswerte für Hochschulgebäude der Bauministerkonferenz zugrunde, die hinsichtlich der Kostenschätzung für die Flächen des Rechenzentrums ergänzend plausibilisiert wurden. Kalkuliert werden die Gesamtbaukosten für die Nutzungsflächen 1–6 differenziert zum einen nach den sogenannten Gesamtbaukosten der Kostengruppen 200–500, 619 und 700 und zum anderen nach den Ersteinrichtungskosten, also den Kosten der Gruppen 611 und 612 gemäß DIN 276: 2018-12.

|<sup>83</sup> Die angegebenen Baukosten errechnen sich aus den in Übersicht 2 dargelegten Posten, bei welchen HIS-HE zur Berechnung des Baupreisindex die Informationsstelle Wirtschaftliches Bauen 2022 sowie zur Berechnung der Ersteinrichtungskosten das Forum Hochschulbau 2015 nutzt (siehe Fußnoten zur Übersicht 2).

Vollausbau nach 2035. Im Ergebnis der Flächenbilanz wird ersichtlich, dass für den Zeitpunkt t0 (Gründung der Medizinischen Universität) ausreichend Flächen zur Verfügung stehen. Für den Zeitpunkt t1 (Aufnahme des Studienbetriebs) stehen laut vorliegender Flächenbilanz derzeit (Stand Juni 2023) vor allem im Bereich Büro- und Büroergänzungsflächen sowie im Bereich Laborflächen nicht ausreichend Flächen zur Verfügung. Auf Basis der Flächenbilanz werden aktuell weitere Flächenpotenziale ermittelt und Priorisierungen der aufzubauenden Flächen erstellt.

Vor allem für die Aufbauphase von Wintersemester 2026/27 bis Ende 2035 sollen zur Deckung von Flächenbedarfen Interimsflächen bereitgestellt und gerüstet werden. Hierzu ging das Land bereits mit dem CTK, der Stadt Cottbus, der Gebäudewirtschaft Cottbus und dem Brandenburgischen Landesbetrieb für Liegenschaften und Bauen in Austausch.

Die Flächenbedarfsmessung wird getrennt nach Forschungs- und Lehrflächen durchgeführt aufgrund unterschiedlicher Eingangsgrößen, die die beiden Bereiche definieren. Für zentrale Einrichtungen und Verwaltungsstrukturen sollen die Flächenprogramme gesondert ausgewiesen werden. Außerdem werden Flächen für Forschung, Lehre, zentrale Einrichtungen und Verwaltungsstrukturen nicht nur im Gesamten ermittelt, sondern nach einzelnen Nutzungsbereichen differenziert aufgeschlüsselt. |<sup>84</sup>

Vor dem Hintergrund der geplanten stringenten vertikalen und horizontalen Integration grundlagenmedizinischer, klinisch-theoretischer und klinischer Inhalte gemäß der ÄApprO (RefE) sollten Bauten für Forschung und Lehre möglichst nah am Universitätsklinikum errichtet werden. Bisher sind durch das als Versorgungskrankenhaus geführte CTK sehr begrenzte Forschungs- und Lehrinfrastrukturen für die Nutzung durch das IUC vorgehalten, weshalb ein Aus- und Neubau von Strukturen in größerem Maße vorgesehen ist. Eine erste Flächenpotenzialermittlung auf dem Gelände des CTK erfolgte deshalb bereits durch die Stadt Cottbus. Auf dem Gelände des CTK stehen nach derzeitigem Stand circa 55.800 m<sup>2</sup> Bruttogrundfläche für das IUC zur Verfügung. Außerdem stehen weitere Potenzialflächen in unmittelbarer Nähe des CTK zur Verfügung.

Die Stadt Cottbus hat, ausgehend von einem Flächenbedarf für die Medizinische Universität in Höhe von 30.000 m<sup>2</sup>, Varianten zur Verteilung eines möglichen Baukörpers entwickelt. Diese Berechnung ergibt eine Bruttogrundfläche in Höhe von 54.360 m<sup>2</sup>; der Bruttorauminhalt entspricht 190.260 m<sup>3</sup>. Für das gemäß Baunutzungsverordnung als Sondergebiet ausgewiesene Gelände des CTK mit einer zulässigen Grundflächenzahl von 0,8 weisen im Ergebnis dieser ersten

|<sup>84</sup> Gemäß den üblichen Planungen für den allgemeinen Hochschulbau werden in den Ergebnissen die Nutzungsflächen in Form der für die Zweckbestimmung des jeweiligen Gebäudes typischen Nutzungsflächen, etwa für Büro- und Laborräume, dargestellt (DIN 227:2016). Aus den derart ermittelten Flächenprogrammen erfolgt in den weiteren Planungsphasen die Ableitung von Raumprogrammen für die benötigten Gebäude.

überschlägigen Baumassenverteilung Flächen von mindestens 30.000 m<sup>2</sup> Nutzfläche auf dem Gelände des CTK aus. Darüber hinaus hat die Stadt Cottbus eine städtebauliche Rahmenplanung mit dem Ziel der Konkretisierung der städtebaulichen Studie und eines Abgleichs der Flächenbedarfe mit den verfügbaren Flächen beauftragt. Das Ergebnis dieser Planung bildet die Grundlage für ein Bebauungsplanverfahren. |<sup>85</sup>

## IX.2 Infrastrukturen für die Forschung

### IX.2.a Vorhandene Infrastrukturen für die Forschung am CTK

Aufgrund der derzeitigen Ausrichtung des CTK auf den Versorgungsauftrag sind die derzeitigen, nachfolgend skizzierten Infrastrukturen entsprechend ausgerichtet.

Hinsichtlich Laborflächen und Großgeräten befinden sich derzeit am CTK Infrastrukturen zur Sicherstellung der Versorgung, weshalb insbesondere vorhandene Labore und Strukturen mit Versorgungsaufgaben ausgelastet sind. Für Forschungsaufgaben werden derzeit temporär freiwerdende Kapazitäten genutzt. Am CTK sind zahlreiche Laborflächen von insgesamt 1.351 m<sup>2</sup> vorhanden, die genutzt werden durch verschiedene Kliniken (Nuklearmedizinische Klinik, Neurologische Klinik, Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin), das Institut für Pathologie, das Zentrum für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene sowie durch die Technik (Fachbereich Instandhaltungsmanagement) und die Medizinische Schule (Fachbereich Medizintechnische Ausbildung). Außerdem unterhält das CTK zahlreiche medizinische Großgeräte (siehe Anhang VIII).

Die Klinische Studienzentrale hält für die bereits am CTK durchgeführten Studien eine Gesamtnutzfläche zur Dokumentation, Patientenbetreuung, Probenaufbereitung und Archivierung von 170 m<sup>2</sup> vor. Begrenzte Lagermöglichkeiten für klinische Studien werden darüber hinaus in den Räumlichkeiten der Pathologie und der Apotheke, in Form von Schränken, Kühltischen und sog. (Deep)Freezer für Biomaterial, genutzt.

Für Forschungsplattformen und zur Förderung von Digitalisierung, Innovation und Forschung wurden am CTK Büroflächen und flexibel nutzbare Kooperationsflächen im Umfang von circa 200 m<sup>2</sup> eingerichtet, die durch die neue Abteilung Digitalisierung und Innovation, die IT-Abteilung wie auch die TRS gemeinsam genutzt werden.

Die Zuteilung von Flächen und Infrastrukturen (Großgeräte, limitierte IT-Infrastrukturen) am IUC soll effizientes und kooperatives Arbeiten ermöglichen. Die

|<sup>85</sup> Das Ergebnis der städtebaulichen Rahmenplanung wird zu Anfang 2024 erwartet. Derzeit werden verschiedene Planungsvarianten erarbeitet, wovon eine weiterverfolgt und konkretisiert werden soll.

Entwicklung eines gerechten Verteilungsmodells und eines entsprechenden Konzepts nach dem Vorbild von Best-Practice-Modellen in der Universitätsmedizin wird in den Aufgabenbereich der bzw. des Verantwortlichen für Forschung in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftssenat und gegebenenfalls seinem Forschungsausschuss fallen. Dabei werden die **Sonderregelungen hinsichtlich der Verteilung von Laborflächen** zu berücksichtigen sein, die vorsehen, dass **biomedizinische Laborforschungsflächen nur in stark reduziertem Umfang einzelnen Professuren direkt zugewiesen** werden und diese **Flächen vermehrt als flexibel nutzbare Infrastruktur** und zeitlich begrenzt zur Verfügung stehen. Die Nutzungsberechtigung sollte an das Erreichen von Zielvereinbarungen oder die Einwerbung von Drittmitteln gekoppelt werden. Zudem ist für den Zugriff auf das Forschungsdatennetzwerk der Modellregion ein gesondertes Verfahren unter Beteiligung des Wissenschaftssenats bzw. dessen Forschungsausschusses vorgesehen.

#### IX.2.b Geplante Infrastrukturen für die Forschung am IUC

Der Ausbau von Infrastrukturen für die Forschung am IUC betrifft zuvorderst digitale Infrastrukturen zur Datenerhebung und -integration, Strukturen zur Koordinierung und Verwaltung des Forschungs-, Lehr- und Versorgungsnetzwerks, ein Simulationszentrum sowie probandenbezogene Forschungsflächen. Außerdem ist die Bereitstellung von klinischen Forschungsinfrastrukturen sowie klinischen bzw. biomedizinischen Laborflächen in geringem Umfang geplant. Aufgrund der in geringerem Maße vorhandenen Forschungsinfrastrukturen am CTK sollen bezüglich der Laborforschungsflächen in der Start- und Aufbauphase des IUC (vor dem Bau von Laborflächen) v. a. für Professuren der medizinischen Grundlagenwissenschaften individuelle Vorgehensweisen sowie die Bereitstellung oder Anmietung von Laborflächen ermöglicht werden.

Neben der Einrichtung einer digitalisierten und alle Akteure der Gesundheitsversorgung vernetzten Infrastruktur (siehe D.IX.4) und dem Ausbau des CTK zum Digitalen Leitkrankenhaus (siehe D.VIII.2) sind für den Aufbau des IUC die Einrichtung des Kompetenzzentrums für Gesundheitssystementwicklung, des Simulationszentrums, klinischer und biomedizinischer Laborflächen sowie weiterer klinischer Infrastrukturen zentral, die nachfolgend kurz skizziert werden.

##### *Kompetenzzentrum für Gesundheitssystementwicklung*

Das Kompetenzzentrum Gesundheitssystementwicklung soll Schnittstelle zwischen der Medizinischen Universität und der Modellregion Gesundheit Lausitz sein und die klinische und angewandte Forschung am IUC und der dafür nötigen Forschungsinfrastrukturen in der Lausitz koordinieren. Es soll nationale wie internationale Interessierte über die Möglichkeiten gesundheitswissenschaftlicher und versorgungsrelevanter Forschungsvorhaben in der Modellregion oder auf Basis der Versorgungsdaten informieren. Zur Sicherstellung der Passung von

externen Forschungsvorhaben mit den wissenschaftlichen Zielsetzungen des IUC soll der Wissenschaftssenat bzw. dessen Forschungsausschuss am Kompetenzzentrum eingehende Forschungsanträge beurteilen und eine Empfehlung über einen Zugang zum digitalen Forschungs- und Versorgungsnetzwerk aussprechen. Die finale Entscheidung obliegt dem Wissenschaftlichen Vorstand. Darüber hinaus sollen am Kompetenzzentrum Evaluationen systematisch erprobter Versorgungskonzepte und darauf aufbauende Handlungsempfehlungen an politische Entscheidungsträgerinnen und -träger erfolgen.

Den administrativen und technischen Kern des Kompetenzzentrums Gesundheitssystementwicklung bildet die **Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung**. Sie soll die Zusammenarbeit zwischen Forschung und Versorgung sicherstellen und Aufbau und Betrieb des digitalen Netzwerks sowie den Aufbau und das Management der Projektebene zur Nutzung der Strukturen und Daten, inklusive Fragen des Datenschutzes und Datenzugangs verantworten. Außerdem soll sie Forschende bei Transfer- und Gründungsfragen beraten und die Kommunikation innerhalb der Region Lausitz und nach außen übernehmen. Für die Bearbeitung dieser Aufgaben ist eine professionsübergreifende Arbeitsgruppenstruktur mit folgenden Arbeitsgruppen vorgesehen:

- \_ AG Medical-IT Data Center: Konzeption und Aufbau regionaler Versorgungsnetze und deren Anschluss an das Digitale Leitkrankenhaus unter Sicherstellung der Interoperabilität; Ausbau und Verstetigung der begonnenen Arbeiten zum Aufbau des DIZ inklusive der Erweiterung der bisher im Rahmen der MII für den Use Case Kardiologie genutzten Schnittstellen für weitere Anwendungen und Indikationen.
- \_ AG Datenmanagement, Ethik und Datenschutz: Entwicklung und Implementierung von Datenmanagement-, Datenzugriffs- und Datennutzungskonzepten zusammen mit Forschenden des IUC; Erarbeitung von Richtlinien und vertraglichen Grundlagen zur Patienteninformation und -einwilligung sowie Einrichtung einer Vertrauensstelle.
- \_ AG Wissenschaftskoordinierung: Vernetzung der an wissenschaftlichen Arbeiten, Studien und Erprobungen beteiligten Einrichtungen und Unterstützung reiner Versorgungseinrichtungen beim wissenschaftlichen Arbeiten mit dem Ziel der Integration von medizinischen und nicht-medizinischen Versorgungseinrichtungen und deren Personal in die notwendigen Prozesse; Gewährleistung der Umsetzung und Einhaltung von Good Clinical bzw. Scientific Practice sowie Durchführung von Projektkoordination; Bereitstellung von Fort- und Weiterbildungen von Studienpersonal sowie interne und externe Beratungs-, Service- und Monitoring-Leistungen.
- \_ AG Netzwerkmanagement: Öffentlichkeitsarbeit und Sicherstellung der Vernetzung relevanter Akteure in der Modellregion in enger Abstimmung mit dem Innovations- und Netzwerkrat; Initiierung regelmäßiger Austausch-

formate zwischen Forschenden, Akteuren der Versorgung und Pflege sowie Patientinnen und Patienten; Konzeptionierung und Koordinierung von Schulungs- und Weiterbildungsangeboten zur Steigerung der Health Literacy der Bevölkerung.

- \_ AG Serviceeinrichtung Forschung: Steuerung des Datenzugangs für Forschungsprojekte in der Modellregion; Begutachtung der in der AG Datenmanagement, Ethik und Datenschutz entwickelten Anträge zur Nutzung der Daten bzw. Strukturen der Modellregion durch Dritte; Koordinierung der laufenden Projekte, Pflege einer entsprechenden Datenbank sowie, zusammen mit den Forschenden der Implementierungswissenschaften, Entwicklung von Monitoring- und Evaluationssystemen zur Beurteilung erprobter Versorgungsmaßnahmen und -modelle.
- \_ AG Transfer und Gründungen: Anlaufstelle bei Fragen zu Transfer und Gründungen; Beratungen und Unterstützungsangebote bei der Vorbereitung gemeinsamer Forschungs- und Entwicklungsanträge sowie bei Patenten und Lizensierungen; Entwicklung von Formaten zur Umsetzung des Wissenstransfers und der Kommunikation zwischen Forschung, Versorgung und Gesundheitswirtschaft; Begleitung von wissens- und technologiebasierten Ausgründungen durch Beratung, Coaching und Qualifizierung.

Die Leitung der Koordinierungsstelle soll der Digitalisierungsvorstand übernehmen, strategisch soll die Koordinierungsstelle dem Wissenschaftlichen Vorstand unterstehen.

#### *Simulationszentrum*

Das Simulationszentrum soll neben der klassischen Funktion in Aus- und Weiterbildung am IUC ebenfalls als Forschungsinfrastruktur etabliert werden. Die Forschungsflächen für probandenbezogene Forschung (Behandlungs- und Untersuchungsräume) sollen ebenfalls am Simulationszentrum aufgebaut und flexibel für verschiedene Disziplinen der Forschungsschwerpunkte des IUC als Verfügungsflächen bereitgestellt und entsprechend ausgestaltet werden. Zusammen mit umfangreichen Lagerflächen, Büro-, Aufenthalts- und Besprechungsräumen, einem Empfangs- und Wartebereich sowie Verfügungsflächen für Forschung und Unternehmenskooperationen beträgt der Flächenbedarf des Simulationszentrums 2.238 m<sup>2</sup>.

Die für die Lehre geplanten Simulationsräume sollen die Nachbildung und Erforschung von Prozessen und Strukturen des Klinikalltags und von Versorgungssituationen außerhalb der Lehrzeiten, etwa die Simulation der Bedienung medizinischer Geräte und der Abläufe innerhalb spezieller Fachstationen, ermöglichen. Die Ausbildung der Studierenden im Simulationszentrum erfordert außerdem Prüfungszimmer, Kontroll- und Regieräume, Debriefingräume und Kursräume.

Darüber hinaus können in interdisziplinärer Zusammenarbeit, etwa durch die Kooperation mit dem Institut für Medizintechnologie der BTUCS, sowohl der Bedarf als auch die Anwendbarkeit, Wirksamkeit und Implementierung digitaler Medizintechnik entwickelt und erprobt werden. Weiterhin soll der direkte Wissenstransfer durch gezielten Kontakt zu und Kooperationen mit Industrieunternehmen ermöglicht werden, insbesondere durch die Förderung eines engen Austauschs zwischen Forschenden aus Medizin, Gesundheitssystemforschung, Medizintechnik und Digitalisierung. Dazu wurden am Simulationszentrum 200 m<sup>2</sup> Verfügungsfläche für Kooperationen eingeplant.

#### *Klinische und biomedizinische Laborflächen*

Die Mehrzahl der Laborflächen soll als übergeordnete, flexibel nutzbare Infrastruktur und zeitlich befristet zur Verfügung gestellt werden. Somit werden nur wenigen Instituten direkt Flächen zugewiesen. Für die zeitgleiche Nutzung durch 22 Professuren mit Bedarf an klinischen und biomedizinischen Laborflächen werden Forschungsflächen im Umfang von 5.198 m<sup>2</sup> bereitgestellt. Diese Planung resultiert aus den Profilschwerpunkten der Medizinischen Universität, die überwiegend büro- bzw. IT- sowie patienten- und probandenbezogene Forschung erfordert und dementsprechend die experimentelle biomolekulare und gerätespezifische Laborflächenausstattung dimensioniert.

#### *Weitere Klinische Infrastrukturen*

Klinische Infrastrukturen sollen am IUC ebenfalls aufgebaut werden. Zur inhaltlichen Ergänzung der Forschungsschwerpunkte wird insbesondere ein Ausbau der Studienzentrale für klinische Studien des CTK und die Einrichtung einer Biobank im Umfang von 200 m<sup>2</sup> in Betracht gezogen.

### IX.3 Infrastrukturen für die Lehre

Die Lehrinfrastrukturen des CTK sind bisher von geringem Umfang. So befinden sich auf dem Gelände des CTK ein Hörsaal mit 139 Sitzplätzen, ein Hörsaal mit 64 Plätzen sowie mehrere Seminarräume. Die medizinische Bibliothek bietet Zugang zu über 4.000 Bänden von Printmedien, 144 abonnierten Fachzeitschriften sowie über 3.000 verfügbaren Online-Ressourcen (Stand Oktober 2023). Das CTK nutzt Moodle Workplace als Lernmanagementsystem etwa zur Durchführung von Pflichtunterweisungen und Weiterbildungen.

Geplant ist seitens des CTK der Aufbau eines Bildungszentrums zur Aus- und Weiterbildung medizinischer und pflegerischer Gesundheitsfachberufe sowie von ärztlichen und nicht-ärztlichen Hygienefachkräften. Mit Einzug der derzeit auf dem CTK Gelände ansässigen Medizinischen Fachschule in das Bildungszentrum würde das damit freiwerdende Gebäude der Medizinischen Fachschule dem IUC als Interimsfläche für Lehrfläche im Umfang von circa 2.600 m<sup>2</sup> zur

Verfügung stehen. Seitens der Stadt Cottbus stehen ebenfalls Büro- und Büroergänzungsflächen als Interimslösung zur Verfügung. Bezüglich der für die medizinischen Grundlagenfächer benötigten Laborflächen für Praktika werden Interimslösungen bzw. Möglichkeiten der Anmietung mit der BTUCS sowie mit umliegenden universitätsmedizinischen Standorten angestrebt.

Somit sind Lehrinfrastrukturen für die Lehre am IUC komplett neu aufzubauen. Der Bedarf an Lehr- und Lernflächen beläuft sich nach Schätzungen durch HISHE bei einer Kapazitätsberechnung von 200 Studienplätzen auf 5.500 m<sup>2</sup>. Dies umfasst Hörsäle, Seminarräume, Praktikumsräume, studentische Selbstlernflächen sowie eine Bibliothek mit Arbeitsplätzen für das Selbststudium. Insbesondere unter Berücksichtigung der ÄApprO (RefE) sollen am IUC zuvorderst Flächen für Kleingruppen geplant und ergo mehr Seminarräume (insgesamt 1.687 m<sup>2</sup>) als Hörsäle für Vorlesungen (insgesamt 792 m<sup>2</sup>) eingerichtet werden. Angesichts von Studienergebnissen, die den hohen Zeitaufwand für das Selbststudium belegen, wobei v. a. Medizinstudierende diese Zeit zur Hälfte in der Hochschule verbringen, sollen den Studierenden am IUC insgesamt 970 m<sup>2</sup> zum Selbststudium dienen, davon 735 m<sup>2</sup> in der Bibliothek.

Neben den Praktikumsflächen für grundlagenwissenschaftliche Praktika im Umfang von 1.163 m<sup>2</sup> sollen Studierenden Lernflächen im Umfang von 920 m<sup>2</sup> für kommunikative, klinisch-praktische und digitale Fähigkeiten im Simulationszentrum zur Verfügung gestellt werden. Das Simulationszentrum enthält neben klassischen Skills Labs auch Simulationsräume (z. B. Behandlungszimmer, Operationssaal, Kreißsaal, Intensivstation, Notaufnahme, ambulant betreutes Wohnen). Dabei soll zur Unterstützung der didaktischen Bedürfnisse der verschiedenen Fachbereiche insbesondere bei den Behandlungszimmern auf eine interdisziplinäre Koordination sowie auf flexible Raumgestaltungsmöglichkeiten geachtet werden.

#### IX.4 Informationstechnologie und Digitalisierung

Seitens der Stadt Cottbus ist der digitale Ausbau in Handlungsfeldern der Daseinsvorsorge u. a. auch der Gesundheit bis zum Jahr 2025 geplant. Die dafür notwendige Infrastruktur sieht die Etablierung und Erschließung eines NGS-Breitbandnetzes zur flächendeckenden Datenübertragungsrates im Gigabit-Bereich in der Stadt Cottbus vor. In den Landkreisen der Modellregion Gesundheit Lausitz werden ähnliche Vorhaben verfolgt.

Um das übergreifende Ziel der Erforschung und Etablierung innovativer Strukturen und Prozesse in der Versorgung der Modellregion Gesundheit Lausitz zu verwirklichen, ist der Aufbau einer digitalisierten und vernetzten Infrastruktur mit allen Akteuren der Gesundheitsversorgung zentral. Wie bereits beschrieben, sollen in diesem Netzwerk gesundheits- und versorgungsrelevante Daten der regionalen Versorgungsakteure am DIZ des IUC integriert und für Forschung nutzbar gemacht werden. Der Finanzbedarf für den Aufbau von zentralen Ein-

richtungen am IUC, die u. a. zur Vernetzung der Gesundheitsakteure dienen, beläuft sich laut Gutachten von HIS-HE auf circa 16,9 Mio. Euro (circa 6,3 Mio. Euro für die Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung sowie circa 10,7 Mio. Euro für das Rechenzentrum/DIZ; siehe Übersicht 2). Hinzu kommen Investitionskosten für den Ausbau des CTK zum Digitalen Leitkrankenhaus in Höhe von circa 153 Mio. Euro (bzw. 176 Mio. Euro inkl. 15 % Planungsreserve) sowie bisher mit 100 Mio. Euro (bzw. 115 Mio. Euro mit 15 % Planungsreserve) veranschlagte Kosten für den Aufbau digitaler Infrastrukturen zur regionalen Vernetzung in der Modellregion Gesundheit Lausitz. Letztere sollen mittels eines durch das MWFK beauftragten Gutachtens konkretisiert werden.

Im Zuge dieses Prozesses wird die Erarbeitung eines Konzepts für eine einheitliche Standardstruktur fokussiert, wobei bestehende Strukturen wie etwa die Telematikinfrastruktur der Gematik GmbH eingebunden werden. |<sup>86</sup> Die Integration möglichst vieler Versorgungsakteure im Netzwerk setzt, so das Land, eine umfangreiche Kommunikationsstrategie sowie Anreizsysteme voraus, sodass das IUC als Dienstleister hinsichtlich der Unterstützung bei technischen Fragen zur Digitalisierung wahrgenommen wird. Zur Umsetzung dieses Ziels dient insbesondere die Einrichtung des Innovations- und Netzwerkrats als Gremium, in welchem Versorgungsakteure und weitere regionale Stakeholder integriert sind (siehe D.II.2).

#### IX.4.a Informationstechnologie und Digitalisierung in Klinik und Krankenversorgung

Die TRS verfügt über eine IT-Infrastruktur, die von der Primärversorgung getrennt ist. In dieser werden sowohl das DIZ als zentrale Forschungsdatenplattform als auch eine erweiterte Forschungs- und Entwicklungsumgebung für IT-bezogene Projekte und Algorithmenentwicklung sowie Statistik-Tools und Entwicklungsprogramme für Gesundheitsanwendungen bereitgestellt. Das CTK strebt außerdem eine Mitgliedschaft im Verein zur Förderung eines Deutschen Forschungsnetzes e. V. (DFN-Verein) an.

Für die Bereitstellung digitalisierter und hochtechnologischer Gesundheitsdienstleistungen für die vernetzten Versorgungsakteure der Modellregion ist das CDR als technischer Kern zuständig, welches eine einheitliche Speicherung der erfassten Daten aus allen im Universitätsklinikum laufenden Systemen und somit die Grundlage für eine umfassende regionale digitale Patientenakte ermöglicht. |<sup>87</sup> Die dort gespeicherten patientenbezogenen Daten sollen in einem

|<sup>86</sup> Für die Überprüfung des Bedarfs an zusätzlicher Gematik-Infrastruktur wird das Land eine Machbarkeitsstudie in Auftrag geben (siehe D.III.3.a).

|<sup>87</sup> Das vor Überlegungen zur bundesweit geplanten ePA zurückgehende Konzept einer regionalen digitalen Patientenakte am CTK bzw. am Digitalen Leitkrankenhaus soll den wissenschaftlichen Status Quo in einer freiwilligen elektronischen Patientenakte abbilden. Ziel einer solchen Patientenakte wäre die reale Umsetzung der Vorgaben der Modellregion Gesundheit Lausitz für eine kooperative Gesundheitsversorgung, d. h. hier

nächsten Schritt an die elektronische Patientenakte (ePA) der Telematik-Infrastruktur des Bundes geliefert werden. |<sup>88</sup>

Die bisher am CTK vorhandene IT-Infrastruktur entspricht der eines Versorgungskrankenhauses mit einer heterogenen und derzeit nicht standardisierten IT-Architektur. Der geplante Aufbau einer zukünftig tragfähigen IT-Infrastruktur findet derzeit parallel zum laufenden Betrieb mit Unterstützung externer Expertise statt. Vorgesehen ist laut dem Land die Konzipierung, der Aufbau und die Erprobung der grundlegenden Infrastrukturbereiche Virtualisierung, Rechenzentrum, Authentifizierung, Active Directory und Datenspeicher in den nächsten 12–18 Monaten, die sodann die bestehende Infrastruktur ersetzen sollen und Voraussetzung für die weiteren geplanten Digitalisierungsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung, Forschung und Verwaltung sind. Diese Maßnahmen sollen im weiteren Ausbau des CTK zu einem Digitalen Leitkrankenhaus in Form eines gestuften Vorgehens realisiert werden, das nachfolgend skizziert wird.

In der ersten Stufe „Neues Fundament für Digitalen Maximalversorger“, beginnend im Jahr 2023, sollen Maßnahmen erfolgen, die bereits über die Standarddigitalisierung hinausgehen und interoperable Schnittstellen und Schutzmaßnahmen für eine spätere Anbindung an die Modellregion Gesundheit Lausitz implementieren, um damit grundlegende Prozesse zur Generierung und Verarbeitung der dafür benötigten Datenbasis vor Ort zu schaffen. Fokussiert werden somit zuvorderst Transformationsprozesse innerhalb der Organisation wie etwa Möglichkeiten des mobilen Arbeitens und Reifegrad-Fähigkeitsprofile sowie begleitende Kommunikationskonzepte. |<sup>89</sup>

In dieser Stufe des Maßnahmenkatalogs liegt der Fokus insbesondere auf Maßnahmen in den Bereichen Infrastruktur, Patientensicherheit und Digitale Dokumentation sowie Prozessdigitalisierung, die grundlegend für die Erfassung und Auswertung von Daten sind, so etwa durch Schnittstellenstandards und einheitliche Datenformate mit dem Ziel der semantischen Interoperabilität. Die

wären sowohl die Daten- und Kommunikationsstandards als auch gemeinsame Services (regionale Mehrwertdienste) für eine gesamte Region klar definierbar und mit einer singulären Zustimmung (Consent) nutzbar, was bundesweites Alleinstellungsmerkmal wäre. Somit könnten Patientinnen und Patienten, Versorgungseinrichtungen sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des IUC bzw. externer Kooperationspartner Mehrwertdienste implementieren und übergreifend nutzen, wie etwa KI-Algorithmen, Präventionsangebote oder Risikoabschätzungen. Gleichzeitig würde, vorbehaltlich regulatorischer und rechtlicher Vorgaben, der Datennutzung in der Forschung zugestimmt. Aufgrund der derzeit zeitlich wie inhaltlich nicht absehbaren Umsetzung der bundesweit geplanten ePA, die inzwischen Eingang in Gesetzgebungsvorhaben des Bundes gefunden hat, wird das Konzept der regionalen digitalen Patientenakte zunächst weiterentwickelt.

|<sup>88</sup> Die digital vernetzten Akteure in der Modellregion Gesundheit Lausitz können sich an das CDR anschließen und somit einen schnelleren Zugang zu hochkomplexen und kostenintensiven digitalen Anwendungen erhalten, die das Universitätsklinikum für die Region bereitstellt.

|<sup>89</sup> Für die Umsetzung der Maßnahmen dieser Stufe bis 2028 sind Gesamtkosten in Höhe von circa 139 Mio. Euro angesetzt, wovon 7 Mio. Euro durch das KHZG finanziert und weitere eigene Investitionsmittel in Höhe von circa 3,7 Mio. Euro aufgebracht werden. Daraus ergibt sich eine benötigte Fördermittelsumme auf Investitionskosten von 85 Mio. Euro und Personal- und Sachkosten von 42,8 Mio. Euro (siehe D.X.2).

Sicherstellung der Kompatibilität zur MII und zum NUM ist vorgesehen. Zugleich ist mit dem parallelen Ausbau des DIZ die Verbindung zu Schnittstellen und datenführenden Systemen geplant, um somit Forschungsdaten automatisiert und standardisiert bereitzustellen.

Das KHZG bildet die Grundlage der Maßnahmen in dieser Stufe der geplanten IT-Infrastruktur (siehe D.VIII.2.c), wie etwa der Digitalisierungsausbau von Pflege- und Behandlungsdokumentation.

In der zweiten Stufe „Vom Digitalen Maximalversorger zum Plattform-Anbieter“ sind bis zum Jahr 2030 weitere vorbereitende Maßnahmen zur Anbindung des Universitätsklinikums an die Region geplant, sodass das CTK vom Maximalversorger zum Plattform-Anbieter ausgebaut wird. Der Abschluss der Stufe 2 hebt das Universitätsklinikum auf EMRAM-Stufe 5 – 6. Im Fokus stehen Mobilität von Informationen und Schaffung von Plattform-Angeboten, die u. a. verwirklicht werden sollen durch:

- \_ den Aufbau einer hybriden Cloud Services Infrastruktur als skalierbare Grundlage für die Anbindung der Akteure der Region;
- \_ den Aufbau einer technischen Applikationsschicht zur Bereitstellung einheitlicher Applikationen;
- \_ die Inbetriebnahme erster Use Cases für Real-Time-Location-Services und der Aufbau von Plattformangeboten im Sinne neuer Partner- und Patientenservices wie einer „360° Patient View“-Plattform für die Echtzeit-Überwachung kritischer Versorgungsabläufe und Patientenströme und eine Entlassungsmanagement-Plattform;
- \_ Aufbau eines Klinik-Koordinationszentrums für die Patientenversorgung und die Steuerung der Patientenströme.

Die dritte Stufe des Ausbaus der IT-Infrastruktur „Roll-Out und Vernetzung der Teilnehmer Gesundheitsregion“ beginnt 2026 und hat die Vernetzung mit den Akteuren der Modellregion zum Ziel. Sie soll bis zum Jahr 2038 beendet sein und das Universitätsklinikum auf EMRAM-Stufe 7 heben. Die bereits in der vorherigen Stufe ausgebauten Plattform-Angebote sollen den Akteuren der Region bereitgestellt werden. Insbesondere soll die übergreifende Patientenstromsteuerung für die Region gestärkt werden, etwa durch ein Koordinationszentrum für Kapazitätssteuerung und Ablaufmanagement, durch die Implementierung verschiedener Use Cases zum Aufbau einer Plattformökonomie für die Modellregion sowie durch die fortlaufende Integration des DIZ und den Aufbau von Analytik mit Echtzeitdaten. Geplante Maßnahmen sind außerdem etwa:

- \_ Die Inbetriebnahme der Plattform „360° Patient View“ in verschiedenen Bereichen des Universitätsklinikums (Tracking für Geräte und Betten, Transportlogistik und Patiententracking) und Öffnung dieser für externe Transportdienstleister;

- \_ Anbindung der regionalen Pflegekräfte an die Telemedizinplattform;
- \_ Installation von eigenen Zugangspunkten (z. B. bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten) oder kleineren Servern/ Rechenzentren bei den Leistungserbringern (eHealth Hubs), Extrahierung von Behandlungsdaten aus den dortigen heterogenen Primärsystemen, Aufarbeitung gemäß Datenstandards und Integration per gesicherter Übertragung in das DIZ; Unterstützung von stationären Versorgern bzw. Ärztenetzwerken bei dem Aufbau eines eigenen DIZ durch das Universitätsklinikum; Infrastrukturelle Ausstattung und Anbindung von insgesamt etwa 2.500 Zugangspunkten in der Modellregion Gesundheit Lausitz.

Die parallel und unabhängig zu den benannten Stufen verlaufende vierte Stufe „Vernetzte Forschung und Translation von Innovation in der Versorgung“ zielt auf die Stärkung von Forschungsthemen im Rahmen der Modellregion. Dabei liegt der Fokus auf dem Aufbau von Forschungsinfrastruktur, die vernetzte Versorgung und Forschung leistet und zugleich Translation von Innovation in die Gesundheitsversorgung ermöglicht.

Mit der Umsetzung der benannten Stufen zum Ausbau der IT-Infrastruktur ist die Professionalisierung der IT, das Management von strategischen Projekten, der Aufbau spezialisierter technologischer Fähigkeiten (etwa in den Bereichen Data Analytics und DevOps), die Etablierung von neuen Führungsstrukturen, die engere Verzahnung mit wesentlichen Fachbereichen und medizinischen Bereichen und eine konsequente Nutzer- und Serviceorientierung erforderlich. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, soll die Einbindung der unterschiedlichen Kompetenzprofile des Personals im Bereich IT mit entsprechenden Kompetenzprofilen sowie die Einführung agiler Arbeitsweisen in Projekten und in der IT mit Fokus auf Produkte und Services (Plattformen) erfolgen.

## **D.X FINANZIELLER RAHMEN**

---

### X.1 Bundes- und Landesmittel

Das IUC wird bis zum Jahr 2038 maßgeblich aus Mitteln des Bundes im Rahmen des StStG finanziert (siehe D.I.1). |<sup>90</sup> Das Investitionsgesetz Kohleregionen (InvKG/Artikel 1 StStG) als Bestandteil des StStG ist in zwei Förderarme gegliedert. |<sup>91</sup> Der Landesarm beinhaltet Finanzhilfen gemäß Artikel 104b des Grundgesetzes für Investitionen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Infrastruktur

|<sup>90</sup> Der Betrachtungszeitraum bis 2038 resultiert aus der Unterstützungsdauer des Strukturwandels in der Lausitz nach InvKG.

<sup>91</sup> Vgl. Staatskanzlei Lausitz (2020): Das Lausitzprogramm 2038. Prozesspapier zum Aufbau von Entscheidungs- und Begleitstrukturen im Transformationsprozess, S. 18f. URL: [https://lausitz-brandenburg.de/wp-content/uploads/2020/09/Lausitzprogramm-2038\\_20200914.pdf](https://lausitz-brandenburg.de/wp-content/uploads/2020/09/Lausitzprogramm-2038_20200914.pdf), zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

(Kapitel 1 InvKG). Mit Mitteln aus dem Bundesarm (Kapitel 3 und 4 InvKG) werden u. a. Maßnahmen des Bundes zur Förderung von Wissenschaft und Forschung umgesetzt. |<sup>92</sup>

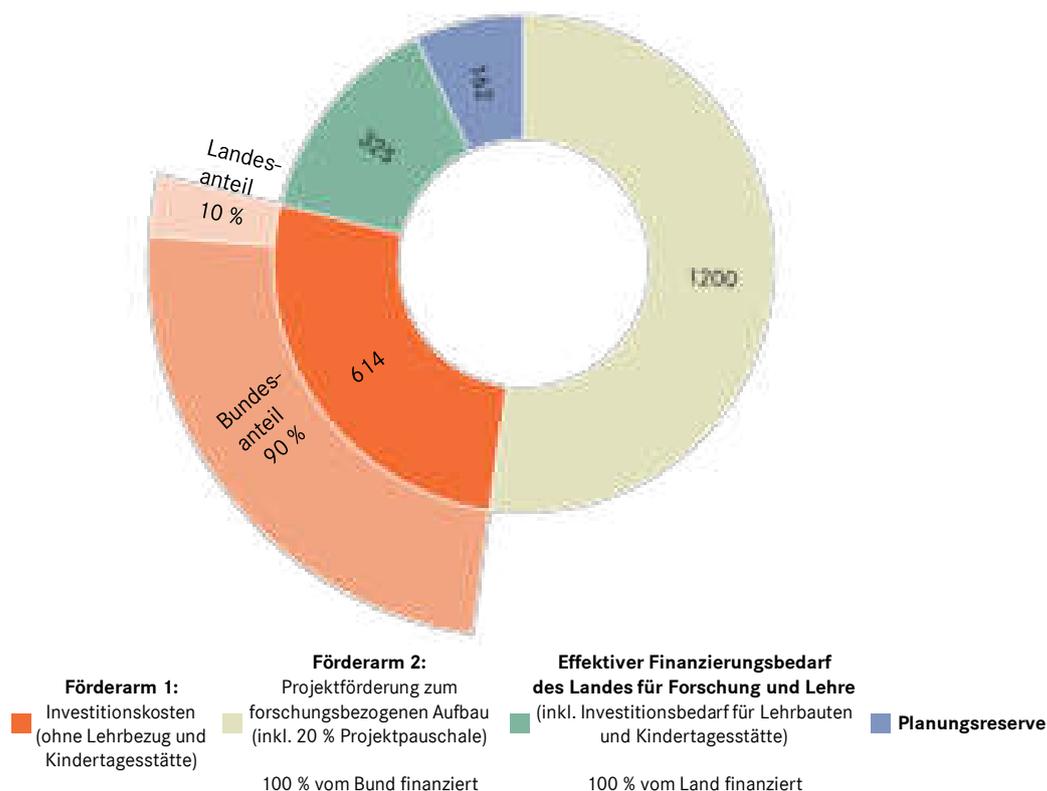
Das Land plant, für die Finanzierung des IUC Mittel aus diesen beiden Förderarmen zu verwenden (siehe D.X.1.a und D.X.1.b), die durch den Einsatz von Landesmitteln ergänzt werden (siehe D.X.1.c).

Der Finanzierungsrahmen für das IUC wurde zwischen MWFK und BMBF abgestimmt. Das BMBF hat in einem Schreiben vom 05.01.2023 eine projektförmige Bundesförderung mit Mitteln aus dem StStG für den forschungsbezogenen Aufbau des IUC in Aussicht gestellt, die durch Finanzhilfen des Bundes nach Art. 104b GG für Investitionen ergänzt werden soll. Die Förderung soll vorbehaltlich dafür notwendiger Schritte erfolgen. Dies sind insbesondere die entsprechenden Entscheidungen und Gründungen auf Landesebene, eine positive Bewertung des Konzepts für den Aufbau des IUC durch den Wissenschaftsrat und der Beschluss des Bund-Länder-Koordinierungsgremiums zum StStG. Das Schreiben verweist außerdem darauf, dass, soweit das IUC eine Forschungsstruktur mit ausgewiesener wissenschaftlicher Stärke und Exzellenz entwickelt, für diese Struktur rechtzeitig vor dem Auslaufen der Förderung nach dem StStG Optionen für eine langfristige Förderung ab 2038 im Rahmen der für die Ausgestaltung der deutschen Wissenschaftsorganisationen etablierten Verfahren sondiert werden.

Der Haushaltsplan 2023/24 des Landes Brandenburg sieht für Maßnahmen zum Aufbau des IUC für die Haushaltsjahre 2023 und 2024 Ansätze in Höhe von jeweils 4 Mio. Euro vor. Die mittelfristige Finanzplanung für die Haushaltsjahre 2025 und 2026 weist jeweils 6 Mio. Euro für Maßnahmen zum Aufbau des IUC aus. Die Höhe der Mittel berücksichtigt die maßgebliche Finanzierung des IUC bis 2038 aus Bundesmitteln im Rahmen des StStG. Mittel- bis langfristig soll über den Einbezug des IUC in das Mittelverteilmodell des Landes Brandenburg für die Grundfinanzierung der Hochschulen entschieden werden. Die Höhe des Landeszuführungsbetrags soll in jedem Fall unter Berücksichtigung der universitätsmedizinischen Besonderheiten in Forschung und Lehre bestimmt werden.

|<sup>92</sup> Der Beschluss über die projektförmige Bundesfinanzierung des IUC soll bis zur Errichtung des IUC durch das Bund-Länder-Koordinierungsgremium gefasst werden. Mit Errichtung des IUC soll die Förderung beginnen und bis einschließlich 2038 andauern.

**Abbildung 13: Finanzierungsanteile in Mio. Euro von Bund und Land zur Finanzierung von Aufbau und Betrieb des IUC bis 2038**



Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

X.1.a Finanzhilfen an die Länder nach Art. 104 GG (Förderarm 1 InvKG - Investitionen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Infrastruktur)

Über Förderarm 1 erhalten die Länder trägerneutral Finanzhilfen für Investitionen in den in § 4 Abs. 1 InvKG aufgeführten Bereichen. Die Förderung des IUC erstreckt sich dabei auf die Bereiche **Infrastrukturen für Forschung, Innovation und Technologietransfer** (§ 4 Abs. 1 Nr. 7 InvKG), öffentliche Fürsorge zur Verbesserung wirtschaftsbezogener Standortbedingungen, u. a. Investitionen in die Gesundheitseinrichtungen (§ 4 Abs. 1 Nr. 3 InvKG) sowie Digitalisierung, Breitband- und Mobilfunkinfrastruktur (§ 4 Abs. Nr. 5 InvKG).

Finanziert werden sollen über Förderarm 1 InvKG nach Art. 104b GG die **Investitionskosten für den Aufbau des IUC** (exklusive der Förderung von Investitionen mit Lehrbezug aufgrund der rechtlichen Begrenzung des Fördergegenstandes nach Art. 104b GG). Diese Förderung umfasst:

- \_ die Digitalisierung des CTK bzw. des Universitätsklinikums mit Ausbau zum Digitalen Leitkrankenhaus (153 Mio. Euro bzw. 176 Mio. Euro inkl. 15 % Planungsreserve);
- \_ den Aufbau digitaler Infrastrukturen zur regionalen Vernetzung der Versorgungsakteure in der Modellregion Gesundheit Lausitz (100 Mio. Euro bzw. 115 Mio. Euro inkl. 15 % Planungsreserve) sowie

\_ bauliche Infrastrukturen der Universitätsmedizin ohne Lehrflächen, Bibliothek und Kindertagesstätte (361 Mio. Euro bzw. 469 Mio. Euro inkl. 30 % Planungsreserve).

Der derzeitige Planungsstand sieht einen Investitionsbedarf von circa 668 Mio. Euro vor. Einschließlich einer Planungsreserve zur Berücksichtigung der zu erwartenden, bisher nicht abschätzbaren Kostensteigerungen von 30 % der Projektkosten für Bauten und 15 % der Projektkosten für digitale Infrastrukturen ergibt sich ein Betrag von 831 Mio. Euro Gesamtkosten.

Das Land strebt eine möglichst weitgehende Deckung auch der durch die Planungsreserve entstehenden Bedarfe über Förderarm 1 InvKG an. In diesem Fall ergibt sich eine Förderung über Förderarm 1 InvKG in Höhe von 760 Mio. Euro, davon ein Bundesanteil von 684 Mio. Euro und ein Landesanteil von 76 Mio. Euro. Sofern eine vollständige Deckung nicht gewährleistet werden kann, erfolgt die Finanzierung aus Landesmitteln. |<sup>93</sup>

X.1.b Bundesmittel - Projektförderung des forschungsbezogenen Aufbaus des IUC (Förderarm 2 InvKG)

Mittel des Bundes (Förderarm 2) resultieren aus der grundsätzlichen Förderung des IUC-Aufbaus durch die Aufnahme des IUC in § 17 S. 1 Nr. 28 InvKG. Dabei wird in § 14 InvKG geregelt, dass der Bund zweckgebunden Wissenschaft, Forschung und Lehre auf zwei Wegen fördert, einerseits mit der Finanzierung von Projekten, andererseits mit der Finanzierung des Bundesanteils im Rahmen von Förderungen nach Art. 91b GG. Die Förderziele sind in dem Entwurf eines mit dem BMBF abgestimmten Förderkonzepts geregelt. Ziel der Förderung ist der Aufbau und die Verstetigung eines universitären Modellzentrums mit den Profilschwerpunkten Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens. Hierfür werden folgende Förderlinien eingerichtet:

\_ Sach- und Personalausstattung für Forschungs- und Entwicklungsprojekte neuer berufener Professuren (exklusive der Personalkosten der Professorinnen bzw. Professoren; 565 Mio. Euro);

\_ Förderung von Forschungsinfrastrukturen (405 Mio. Euro) sowie

\_ Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses (20 Mio. Euro).

Der Bund fördert die genannten Positionen zu 100 %. Beim Bund sind hierfür Mittel in Höhe von 1.200 Mio. Euro reserviert, inklusive einer Projektpauschale von 20 % für indirekte Projektkosten in Höhe von 198 Mio. Euro sowie Fördermittel für die Finanzierung des vom BMBF eingesetzten Projektträgers zur

|<sup>93</sup> Gemäß § 7 Abs. 1 InvKG erfolgt eine Beteiligung des Bundes mit bis zu 90 %, die Länder beteiligen sich mit mindestens 10 % am Gesamtvolumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten der jeweiligen Investition. Der Kofinanzierungsanteil des Landes für Maßnahmen aus Förderarm 1 beträgt somit mindestens 10 %.

Administrierung der Förderung. Nach derzeitigem Stand belaufen sich die Gesamtkosten für die Projektförderung des forschungsbezogenen Aufbaus des IUC bis einschließlich 2038 auf 990 Mio. Euro.

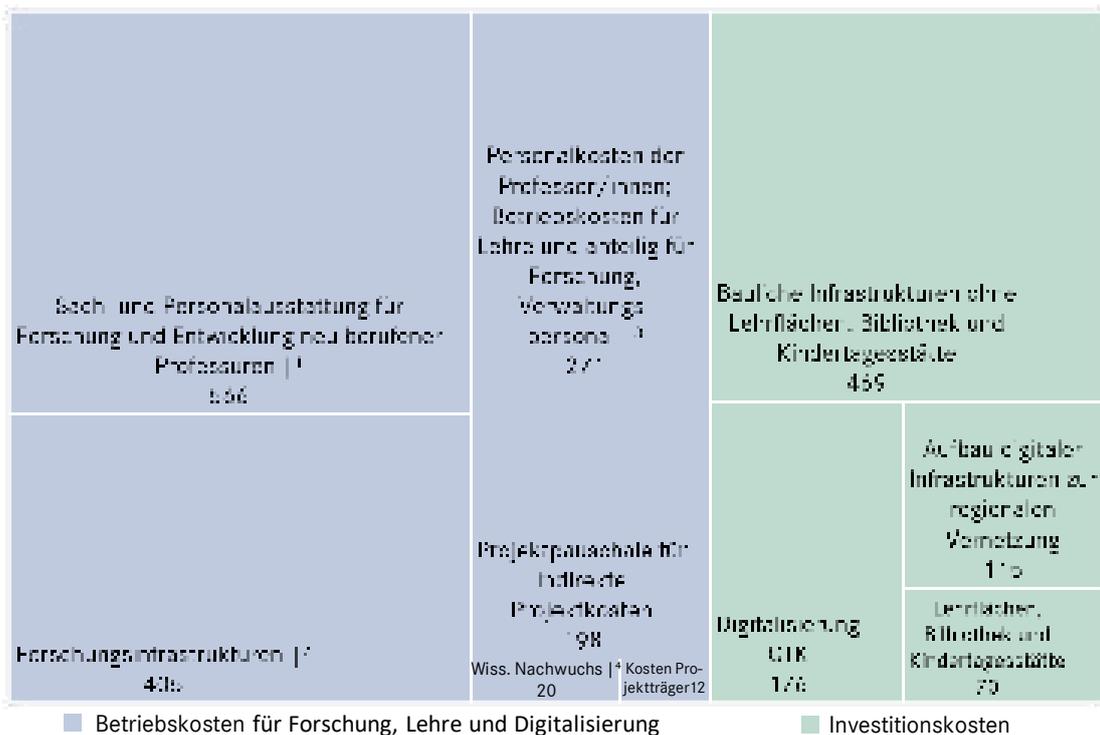
#### X.1.c Landesmittel

Die Finanzierung der nicht durch den Bund förderbaren Maßnahmen durch das Land betrifft maßgeblich die **Stellen der Professorinnen und Professoren** sowie Maßnahmen im Bereich der **Lehre** und anteilig die **Betriebskosten der Forschung**. Dieser Finanzierungsbedarf kann teils, sofern nicht die Lehre betroffen ist, bis einschließlich 2038 mittels der genannten Projektpauschale der Projektförderung beglichen werden. Der Finanzierungsbedarf des Landes für Forschung und Lehre bis einschließlich 2038 beträgt somit 469 Mio. Euro, wobei, bis auf die Lehre betreffende Kosten, 198 Mio. Euro aus der Projektpauschale finanziert werden. Der effektive Finanzierungsanteil des Landes für die Betriebskosten für Forschung und Lehre beträgt somit 271 Mio. Euro. Für Investitionskosten für Lehrbauten muss das Land aufkommen, wobei auch hier eine Planungsreserve von 30 % auf die Baukosten vorgesehen ist (54 Mio. Euro bzw. 70 Mio. Euro inkl. Planungsreserve). Die Gesamtkosten des Landes für Aufbau und Betrieb des IUC belaufen sich damit auf 325 Mio. Euro bzw. 341 Mio. Euro inkl. Planungsreserve zzgl. 10 % Kofinanzierungsanteil des Landes für Investitionen aus Förderarm 1 in Höhe von 61 Mio. Euro bzw. 76 Mio. Euro inkl. Planungsreserve.

#### X.2 Investitionsbedarf und Betriebskosten

Nach derzeitigem Planungsstand beläuft sich der geschätzte Finanzbedarf für Investitions- und Betriebskosten in den Bereichen Forschung, Lehre und Digitalisierung auf circa 2,3 Mrd. Euro bis 2038. Abbildung 13 und Abbildung 14 fassen die Finanzierungsbedarfe für Aufbau und Betrieb des IUC bis einschließlich 2038 basierend auf den in D.X.1 beschriebenen Finanzierungswegen und die Finanzierungsanteile von Bund und Land zusammen. Für den Zeitraum 2023 bis 2038 sind für Betriebskosten für Forschung, Lehre und Digitalisierung insgesamt circa 1,47 Mrd. Euro eingeplant; für Investitionskosten sind für den gleichen Zeitraum insgesamt 831 Mio. Euro kalkuliert (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14: Investitions- und Betriebskosten für das IUC 2023–2038 in Mio. Euro



|<sup>1</sup> Sach- und Personalausstattung für Forschung und Entwicklung neu berufener Professuren = 150 Mio. Euro für 20 Professuren der Forschungsschwerpunkte ohne Personalkosten Professor/in und 416 Mio. Euro für 60 Professuren der Humanmedizin ohne Personalkosten Professor/in.

|<sup>2</sup> Forschungsinfrastrukturen = 272 Mio. Euro für Digitalisierung CTK (Personal- und Sachkosten); 106 Mio. Euro für Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung; 13 Mio. Euro für Betrieb Simulationszentrum und 14 Mio. Euro für Klinische Forschungsinfrastrukturen.

|<sup>3</sup> Hier dargestellt ist nur der effektive Finanzierungsbedarf des Landes für Forschung und Lehre. Ein Teil dieses Finanzierungsbedarfs kann, soweit nicht die Lehre betroffen ist, bis einschließlich 2038 aus der Projektpauschale für indirekte Projektkosten abgedeckt werden.

|<sup>4</sup> Wissenschaftlicher Nachwuchs = 9 Mio. Euro für Graduiertenkollegs und 11 Mio. Euro für Clinician Scientist/Health Scientist-Programme.

Hinweis: Zur Abdeckung derzeit nicht abschätzbarer Kostensteigerungen bei den geschätzten Investitionsbedarfen in bauliche und digitale Infrastrukturen ist für die hier aufgezeigten Investitionskosten für bauliche Infrastrukturen zusätzlich eine 30%ige Planungsreserve und für die Investitionskosten für digitale Infrastrukturen eine 15%ige Planungsreserve vorgesehen. Diese ist hier bereits abgebildet.

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung

Die angesetzten Fördersummen berücksichtigen eine Planungsreserve für die zu erwartenden, nicht abschätzbaren Kostensteigerungen der Investitionskosten für Bauten von 30 % und digitale Infrastrukturen in Höhe von 15 % der Projektkosten von insgesamt 162 Mio. Euro.

Hinsichtlich bereits vorgenommener bzw. bereits definitiv geplanter Investitionen verweist das Land auf die erste Stufe zum Aufbau des Digitalen Leitkrankenhauses ab 2023 bis 2028, mit welcher die Grundlagen für die Modellregion Gesundheit Lausitz und den Aufbau der Forschungsdatenplattform geschaffen werden sollen. Diese Investitionskosten belaufen sich auf rund 85 Mio. Euro. Die Entscheidung zum Aufbau ab 2023 gründet auf dem Beschluss von Dezember 2022 der grundsätzlichen Förderwürdigkeit des Projekts im Rahmen des landesinternen Förderprozesses zur Finanzierung von Strukturwandelprojekten aus Förderarm 1 InvKG.

Die für den Aufbau und Betrieb notwendigen Sach- und Personalkosten dieser ersten Stufe sollen über Mittel der STARK-Richtlinie des Bundes finanziert werden. |<sup>94</sup> Darüber hinaus sind Investitionen in bauliche Infrastrukturen sowie digitale Infrastrukturen der Modellregion Gesundheit Lausitz geplant (siehe D.IX.1).

Zur Einschätzung des jährlichen Finanzierungsbedarfs der Betriebskosten für Forschung, Lehre und Digitalisierung wurden neben den mit der geplanten Profilausrichtung verbundenen Entwicklungsstufen des Studierenden-, Professuren- und Personalaufwuchses insbesondere die Rahmenbedingungen des InvKG sowie der mit dem Bund abgestimmte Finanzierungsrahmen bis einschließlich 2038 berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund wird der jährliche Bedarf für die Startphase auf bis zu 23 Mio. Euro, für die Aufbauphase auf bis zu 154 Mio. Euro sowie für die Betriebsphase auf bis zu 169 Mio. Euro geschätzt. Diese Berechnung umfasst jährliche Kostensteigerungen der Personalkosten von 4 % für die Jahre 2024/25 und 3 % für die Jahre 2026–2038. Dabei sollen die Kosten für Digitalisierung vollumfänglich und die Kosten für die Forschung größtenteils durch die Projektförderung aus Förderarm 2 finanziert werden. Der Landesanteil jährlicher Finanzierung der genannten Finanzierungsbedarfe betrifft den verbleibenden Teil der Forschung sowie die gesamte Lehre und beträgt in der Startphase bis zu 8 Mio. Euro, in der Aufbauphase bis zu 27 Mio. Euro und in der Betriebsphase bis zu 32 Mio. Euro.

Die finanziellen Bedarfe für Investitionen im Bereich Krankenversorgung am Universitätsklinikum werden derzeit ermittelt. Dabei sei auf die Notwendigkeit verwiesen, bei der Bemessung gegenüber den jetzigen Bedarfen auch einen Zusatzbedarf durch die veränderte Fallstruktur (Case-Mix-Index) eines Universitätsklinikums zu berücksichtigen. Derzeit wird geklärt, so das Land, ob die zukünftige Finanzierung von Investitionen für die Krankenversorgung am Universitätsklinikum als Teil der Krankenhausplanung des Landes oder im Rahmen der Förderung des Hochschulbaus durch das Land erfolgen wird. Das Land als Träger versichert, unabhängig von der Wahl des Finanzierungswegs eine auskömmliche Finanzierung der Investitionskosten für die Krankenversorgung zu gewährleisten.

Für die Betriebskosten des Universitätsklinikums sollen im Bereich der Krankenversorgung die Kostenträger (insbesondere gesetzliche und private Krankenkassen, Beihilfe, Rentenversicherung) vollständig aufkommen.

| <sup>94</sup> Das STARK-Bundesprogramm (Stärkung der Transformationsdynamik und Aufbruch in den Revieren und an den Kohlekraftwerkstandorten) als ein Baustein des Förderarms 2 wurde speziell für die Situation der Kohleregionen konzipiert und unterstützt eine ökonomisch, ökologisch und sozial nachhaltige Transformation dieser Regionen.

Ein Zuführungsbetrag für Forschung und Lehre soll dem IUC durch das Land bereitgestellt werden. Zur Sicherstellung hinreichender Mittel für die Entwicklung der Forschungsschwerpunkte ist vorgesehen, einen größeren Teil der Landesmittel über Hochschulverträge und andere Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit entsprechenden inhaltlichen Festlegungen an das IUC zu vergeben.

Zur internen Verteilung des Landeszuführungsbetrags ist der Wissenschaftliche Vorstand angehalten, Mittel und Stellen unter Berücksichtigung der Evaluation von Lehre und Forschung und der Verpflichtungen aus den Hochschulverträgen und anderen Ziel- und Leistungsvereinbarungen der Medizinischen Universität mit dem Land an die Einrichtungen zu verteilen. Die Forschungsschwerpunkte sollen ein eigenes Budget erhalten. Die interne Vergabe von Forschungsmitteln soll an das Erreichen von Zielvereinbarungen geknüpft werden. Der Umfang einer internen Steuerung durch eine indikatorgestützte leistungsbezogene Mittelverteilung soll zu einem späteren Zeitpunkt im Zuge des stufenweisen Aufbaus des IUC festgelegt werden.

Die Mittel für die Forschung werden bis 2038 zu einem wesentlichen Teil aus der projektförmigen Bundesförderung finanziert. Dies betrifft zuvorderst den Aufbau der Forschungsschwerpunkte Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens und somit die mit diesen Forschungsschwerpunkten befassten wissenschaftlichen Einrichtungen. Die konkrete Mittelverteilung soll sich aus den jeweiligen Anträgen auf Projektförderung und den hiermit verbundenen Finanzierungsplänen ergeben, wobei der zu erwartende Beitrag einer wissenschaftlichen Einrichtung zur Entwicklung der Forschungsschwerpunkte und vorhandene Forschungsleistungen (Publikationen, Drittmittelwerbung) berücksichtigt werden sollen.

Eine Trennungsrechnung ist zur Sicherstellung der zweckentsprechenden Verwendung von Mitteln für Forschung und Lehre vorgesehen. Das Universitätsmedizinengesetz soll eine entsprechende Grundlagenregelung einer Trennungsrechnung enthalten, nach welcher die Mittel für Forschung und Lehre einschließlich Drittmitteln einerseits und die Mittel für Krankenversorgung andererseits in getrennten Budgets geführt werden sollen. Eine gegenseitige Deckungsfähigkeit von Mitteln aus Krankenversorgung und Forschung und Lehre ist unzulässig.

---

# E. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Konzepts für den Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus

Das Land Brandenburg hat den Wissenschaftsrat um die Begutachtung eines Konzepts für den Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus gebeten. Teil dieser Begutachtung ist die fachliche Bewertung dieses vom Land Brandenburg erarbeiteten Konzepts durch eine vom Wissenschaftsrat eingesetzte Bewertungsgruppe. Dabei geht es um eine fachliche Einordnung der Ziele des Konzepts und der Zukunftsfähigkeit der darin entwickelten Ideen sowie um eine Einschätzung zu ihrer Umsetzung. Im Gegensatz zu einer ex post-Begutachtung eines bereits existierenden universitätsmedizinischen Standorts ist die Konzeptbegutachtung als ex ante-Bewertung auf Plausibilität, Sinnhaftigkeit und Tragfähigkeit des Konzepts gerichtet und dabei notwendigerweise weniger umfassend, nicht zuletzt, um den für den Aufbau der Universitätsmedizin zuständigen Gremien notwendige Gestaltungsspielräume in der Umsetzung des Konzepts zu erhalten.

Mit dem Konzept für den Aufbau des IUC bietet sich für das Land Brandenburg eine Chance, durch die geplante Errichtung einer Universitätsmedizin die Region Lausitz im Transformationsprozess aktiv zu unterstützen. Die Transformation der Region im Zuge der Einstellung des Kohleabbaus ist mit einer großen Verantwortung für das Land verbunden. Der avisierte Aufbau des IUC ist in diese umfassende regionale Entwicklung eingebettet und vor diesem Hintergrund zu bewerten. So ist dabei der erfolgreiche Aufbau und Betrieb des IUC auch wesentlich von einem zügigen Ausbau regionaler Infrastrukturen zuvorderst in den Bereichen Digitalisierung (v. a. umfassender Netzausbau) und Verkehr (z. B. Ausbau des ÖPNV in die Region, nach Dresden sowie nach Berlin) abhängig. Außerdem müssen Wohn- und Betreuungsverhältnisse, aber auch soziale wie kulturelle Angebote umfassend mitbedacht und konzeptionell ausgestaltet werden, um die Region attraktiv für Fachkräfte und Studierende aufzustellen. Im

Rahmen dieser notwendig anzugehenden Infrastrukturmaßnahmen ist zu berücksichtigen, dass das IUC nicht isoliert, sondern abhängig von Strukturen im Land und angewiesen ist auf den Austausch mit der Region, um erfolgreich in Forschung, Lehre sowie Krankenversorgung zu sein. Die vom Land gewünschte Attraktivitätssteigerung der Region durch den neu anzusiedelnden universitätsmedizinischen Standort Cottbus ist folglich nur möglich in stetem Austausch und in Abstimmung mit Akteuren der Region.

Unter Berücksichtigung des derzeitigen Entwurfsstatus und des fortlaufenden Entwicklungsprozesses des Konzepts für den Aufbau des IUC erkennt die Bewertungsgruppe die grundsätzliche Konzeption sowie die Anstrengungen des Landes zur Errichtung eines Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus an. Insgesamt ist das Vorhaben des Landes, eine Universitätsmedizin in Cottbus aufzubauen, im vorgelegten Konzept wissenschaftlich überzeugend operationalisiert. Das geplante Finanzvolumen zeugt von dem Bekenntnis des Landes, durch eine aus heutiger Sicht ausreichende Finanzierung den Aufbau des IUC innerhalb des Planungszeitraums bis 2038 abzusichern. Die geplante Kooperation von Wissenschaft und Versorgung in die Modellregion Lausitz hinein kann auch als innovativer Ansatz gewürdigt werden. Auch ist angesichts des umfassenden Transformationsprozesses der Region Lausitz der Aufbau des IUC als Zukunftsprojekt mit einem großen Potenzial versehen, Fachkräfte in Medizin und Gesundheit zu gewinnen und auszubilden. Gleichzeitig hat es ein großes Potenzial, durch Forschung und Translation in die Region zu wirken und auch darüber die Region insgesamt attraktiver für weitere, in der Transformation benötigte akademische und nicht-akademische Fachkräfte, auszugestalten. Zentral hierfür ist es, eine gelingende Kooperation mit den bestehenden und noch aufzubauenden wissenschaftlichen Institutionen sowie den Akteuren des Gesundheitssektors auf lokaler sowie regionaler Ebene zu etablieren.

Für die Begutachtung liegen der Bewertungsgruppe Unterlagen zur geplanten konzeptionellen Gestaltung von Leitungsstrukturen, Forschungsausrichtung, Lehre, Digitalisierung, Krankenversorgung, Transfer und Translation, Personalwuchs, Infrastrukturen sowie Finanzen in unterschiedlich fortgeschrittenen Stadien vor. Dabei unterliegen die Konzepte notwendigerweise der fortwährenden Weiterentwicklung und geben lediglich jeweils eine Momentaufnahme des aktuellen Entwicklungsstands wieder. So liegen für zentrale Verträge und Vereinbarungen mit Stichtag 22.11.2023 für den Bewertungsbericht zentrale Konzepte und Entwürfe bzw. Eckpunkte vor.

Die Begutachtung gestaltet sich dementsprechend als begleitende, den aktuellen Entwicklungsstand bewertende Evaluation und erlaubt erst eine vorläufige Bewertung. Sie zielt somit auf Empfehlungen, die Wissenschaftlichkeit und Tragfähigkeit der bisherigen Konzeptausarbeitung verbessern sowie die Erfolgsaussichten des IUC unter den geschilderten regionalen Rahmenbedingungen

einordnen. Dabei wird die fortlaufende Weiterentwicklung und Ausarbeitung von Konzeptdetails, d. h. der Entwurfsstatus des Konzepts berücksichtigt.

Die nachfolgend formulierten Empfehlungen fokussieren auf Faktoren, die aus Sicht der Bewertungsgruppe für den Erfolg des IUC entscheidend sind und daher so rasch wie möglich adressiert werden müssen. Entsprechend nehmen folgende Bereiche Priorität ein, für die die Bewertungsgruppe umfassende Anpassungen vorschlägt:

- \_ Die Bewertungsgruppe empfiehlt den Akteuren, zunächst das **Forschungskonzept** sowie das **Medizinkonzept**, das die Entwicklungsplanung für die Versorgungsschwerpunkte am zukünftigen Universitätsklinikum beinhaltet, aufeinander abzustimmen. Die beiden Forschungsschwerpunkte Gesundheitssystemforschung sowie Digitalisierung des Gesundheitswesens können und sollten in den Kliniken ebenfalls aufgegriffen werden. Bisher spiegelt sich im Konzept zum IUC in verschiedenen geplanten Regelungen der Governance sowie in der Trennung von Forschungs- und Medizinkonzept selbst eine strikte Trennung von wissenschaftlicher Einrichtung und Klinik wider. Die Arbeitsgruppe hält diese Trennung mittel- bis langfristig nicht für tragbar. Zwar unterstützt sie das grundsätzliche Anliegen des Landes, die Forschungsschwerpunkte eindeutig zu setzen und zu einer Vision für die regionale wie überregionale Wissenschaftslandschaft zu erklären. Allerdings wird das Konzept nur tragen, wenn es gelingt, die Klinik bzw. klinisch Forschende ebenfalls für diese Schwerpunkte zu begeistern und bewusst mit einzubeziehen, sodass die wissenschaftlichen Schwerpunkte im Verlauf organisch (gemäß Leistung, Vorbildfunktion, Kooperationschancen) in die klinischen Bereiche einwirken (siehe E.II).
- \_ Das IUC sollte landesseitig in die gesundheitspolitische Landschaft und die gesundheitspolitischen Entwicklungen des Landes, auch als Teil eines **Gesundheitskonzepts**, integriert werden. Eine solche Einbeziehung des IUC in die Versorgung sowie Gesundheitsförderung und Prävention bietet auch die Chance ein Alleinstellungsmerkmal zu entwickeln.
- \_ Die beiden **Forschungsschwerpunkte** Digitalisierung des Gesundheitswesens sowie Gesundheitssystemforschung sind grundsätzlich zukunftsweisend und geeignet für die Neugründung des IUC. Nachgebessert werden sollte in der Ausgestaltung des Forschungsschwerpunktes Gesundheitssystemforschung, der in der jetzigen Konzeption zu eng auf eine Untersuchung der Effekte von Reparatur von Krankheit und zu wenig auf eine prähospitale Gesundheitssituation gefasst ist und sowohl inhaltlich erweitert als auch in Versorgungsfor-schung umbenannt werden sollte. Auch sollte im Forschungsschwerpunkt die einseitige Perspektive auf Krankheit aufgegeben werden zugunsten eines Ansatzes, der von Beginn an eine Gesundheitsperspektive aufzeigt.

- \_ Für das **Lehrkonzept** des IUC empfiehlt die Bewertungsgruppe dringend, die Besonderheiten des Forschungskonzepts auch zu einem Unique Selling Point in der Lehre auszuarbeiten. Beispielsweise bietet es sich an, die Bereiche Versorgungsforschung und Digitalisierung auch zu einem Lehrschwerpunkt auszubauen und dabei internationale Bezüge herzustellen, denn andere Länder sind in einem solchen Ausbau und der Internationalisierung viel weiter. Die beiden geplanten Leitprinzipien Patientenzentrierung und interprofessionelle Versorgung sollten ebenfalls genutzt werden, um interprofessionelle Lehre zu etablieren und dadurch die Attraktivität des Standorts für Studierende und Lehrende zu steigern.
- \_ Die Überarbeitung der oben genannten Konzepte wird dazu führen, dass die **Personalplanung** überdacht und angepasst werden muss. Dabei ist besonders darauf zu achten, eine personalbezogene Balance von Klinik und Wissenschaft herzustellen, sodass Forschung grundsätzlich auch von Klinikerinnen und Klinikern der Medizinischen Universität betrieben werden kann.
- \_ Die **regionale wie überregionale Einbettung** des IUC in die Hochschul- und Forschungslandschaft, insbesondere auch gemeinsam mit der BTUCS, ist zentral für den langfristigen Erfolg des IUC in Forschung wie Lehre und sollte von Anfang an mitgedacht werden. Hierzu notwendige Kooperationen sind über inhaltliche Schnittstellen zu ermöglichen. Die Aufbauphase des IUC erfordert darüber hinaus auch eine enge Zusammenarbeit mit den umliegenden universitätsmedizinischen Standorten, insbesondere mit der Charité und der Universitätsmedizin Dresden, aber auch anderen Standorten, die ähnliche Forschungsschwerpunkte ausweisen (z. B. Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Universitätsmedizin Greifswald, Universitätsklinikum Mannheim) und mit internationalen Akteuren, die aktiv einbezogen werden sollten.

Die Bewertungsgruppe geht davon aus, dass diese notwendige Präzisierung und weitere Ausarbeitung des Konzepts mehr Zeit erfordert, als es der ambitionierte Gesamtzeitplan derzeit vorsieht. Sie rät deshalb zu einer **Modifikation des Zeitplans**. Zwar könnte die Gründung der Medizinischen Universität zum Sommer 2024 erfolgen, sollte es gelingen, geeignete Persönlichkeiten als Gründungsvorstand (Gründungsvorstand Wissenschaft, Vorstand Krankenversorgung, Kaufmännischer Vorstand) zu finden. Jedoch sollte die Studienaufnahme der ersten Kohorte, geplant zum Wintersemester 2026/27, gegebenenfalls später erfolgen, falls entscheidende Meilensteine zur Sicherstellung von Infrastrukturen, zur Personalrekrutierung und zur Konzeption des Lehrimports vor Start des Studienbetriebs nicht erreicht sind (siehe E.IV). Das würde erlauben, zunächst rasch eine Gründungskommission sowie Organe und Gremien für Forschung, Lehre und Krankenversorgung im Gründungsmodus einzusetzen. Diese könnten die weitere Konzeptbearbeitung mit der nötigen Zeit und den nötigen Ressourcen vorantreiben, bevor dann zu einem späteren Zeitpunkt die ersten Studierenden

in Cottbus ihr Studium der Humanmedizin aufnehmen. Der später als bisher avisierte Studienstart böte darüber hinaus mehr Zeit für die detaillierte Ausarbeitung des Gesamtkonzepts.

## **E.1 ZU ZIELEN UND RAHMENBEDINGUNGEN**

---

Für das IUC ist ein Modell der Universitätsmedizin vorgesehen, in dem medizinische Wissenschaft und klinische Tätigkeit (Universitätsklinikum) in einer Rechtspersönlichkeit integriert sind (institutionalisiertes Integrationsmodell). Dazu soll das Carl-Thiem-Klinikum zum Universitätsklinikum und Digitalen Leitkrankenhaus ausgebaut und in Landesträgerschaft überführt werden. Die Medizinische Universität als staatliche Universitätsmedizin wird außerdem mit Netzwerkpartnern der Region zusammenarbeiten und auf diese Weise die Modellregion Gesundheit Lausitz ausgestalten. Grundlagen der Zusammenarbeit von Medizinischer Universität und Netzwerkpartnern werden in dem „Memorandum of Understanding zur Mitwirkung am Aufbau einer digital vernetzten Modellregion Gesundheit Lausitz“ vom 07.11.2022 sowie in den mit den einzelnen Netzwerkpartnern aufgesetzten „Letter of Intent zur Mitwirkung am Aufbau einer digital vernetzten Modellregion Gesundheit Lausitz“ skizziert. Die Zusammenarbeit von IUC und BTUCS soll durch einen noch aufzusetzenden Kooperationsvertrag geregelt werden. Einstweilen liegt ein von BTUCS und MWFK unterschriebener „LoI zu Rahmenbedingungen eines geplanten Kooperationsvertrags zwischen der BTUCS und dem IUC“ vom 04.09.2023 sowie ein Nachtrag vom 22.11.2023 zur Nutzung von Ausbildungs- und Laborflächen sowie Lehrimporte mit Beginn der humanmedizinischen Ausbildung, geplant für das Wintersemester 2026/27, vor.

Das Konzept zur Gründung des IUC berücksichtigt die Regionsspezifika des Brandenburger Teils der Lausitz, der von einer alternden Bevölkerung und dünn besiedelten Fläche geprägt ist und mit dem CTK über lediglich ein Level 3-Krankenhaus und Maximalversorger für die Region verfügt. Das Konzept greift die daraus abzuleitenden Besonderheiten für Forschung, Lehre und Krankenversorgung sowie deren Administration und Governance noch nicht ausreichend auf. Eine erfolgreiche und zukunftsfähige Umsetzung des Konzepts und der damit verbundene Aufbau des IUC erfordern eine gemeinsame Vision von Medizinischer Universität, Klinik der Medizinischen Universität und Netzwerkpartnern, die die Bewertungsgruppe in der derzeitigen Ausgestaltung noch nicht klar genug erkennt. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure zur Weiterentwicklung des Konzepts ist deshalb unbedingt auszuweiten und zu intensivieren. Voraussetzung für den Erfolg des IUC sind dauerhafte, verbindliche Kooperationsstrukturen mit den Netzwerkpartnern in der Region.

Auch scheint der Bewertungsgruppe das Konzept zu wenig visionär angelegt hinsichtlich der Perspektiven auf die beiden Forschungsschwerpunkte Gesund-

heitssystemforschung sowie Digitalisierung des Gesundheitswesens. Beide Bereiche müssten stärker auf Gesundheit ausgerichtet sein und Gesundheitsaspekte fokussieren, analysieren und in mögliche Forschungsvorhaben miteinbeziehen.

Bisher ist der Fokus einseitig auf Krankheit ausgerichtet und damit nicht über bestehende nationale Forschungsausrichtungen der beiden Schwerpunktbereiche hinausgehend. Hier müsste aus Sicht der Bewertungsgruppe nachgebessert und eine innovative Forschungsperspektive aufgezeigt werden, die auch berücksichtigt, dass Versorgungsforschung nicht allein Forschung mit bereits vorhandenen Daten meint, sondern auch das Generieren von spezifischen Daten aus unterschiedlicher Perspektive (z. B. in Kohortenstudien, klinisch-epidemiologischen Studien und kontrollierten Interventionsstudien). Krankheits-, gesundheits- und kontextspezifische Faktoren, die Krankheiten bzw. Gesundheit (etwa auch sozioökonomischer Status o. ä.) fördern, sollten hier zusammengedacht werden. Voraussetzung für die Attraktivität des IUC für Versorgungsforscherinnen und -forscher ist der Aufbau eines Reallabors für Versorgungsinnovationen in der Lausitz. Hierzu gehört insbesondere die Schaffung von Rahmenbedingungen in der Region, die es erlauben, Versorgungsinnovationen experimentell zu implementieren, zu erproben und praxisnah zu evaluieren. Hierfür sind landesrechtliche, administrative und finanzielle Freiräume erforderlich (Experimentierklauseln), die an anderen Standorten in Deutschland nicht existieren und die im Land Brandenburg zeitnah geschaffen werden müssen.

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund geboten, Digitalisierung als Forschungsschwerpunkt einzuführen. Die geplante Ausrichtung des zukünftigen Universitätsklinikums als Digitales Leitkrankenhaus ist hierfür eine aussichtsreiche Voraussetzung. Die bisher geplanten Digitalisierungsmaßnahmen für das künftige Universitätsklinikum gehen in ihrer jetzigen Ausgestaltung allerdings nicht über das hinaus, was viele Universitätsklinika in Deutschland planen und teilweise schon umsetzen (etwa im Rahmen der MII). Die Planungen für das Digitalisierungskonzept für die Region machen nicht deutlich genug, wo die Besonderheiten liegen werden oder wo die Digitalisierung der Modellregion Lausitz schneller sein wird als andere Regionen, die etwas Ähnliches planen. Auch wird nicht ersichtlich, welche Bedarfe, Herausforderungen und Erwartungen aus Sicht der Region mit dem Aufbau und dem Betrieb der Modellregion einhergehen. Unklar bleibt auch, welche (rechtlichen) Maßnahmen das Land plant, um die Umsetzung der Digitalisierungsprozesse zu beschleunigen und von gesetzgebender Seite zu unterstützen und z. B. ein Reallabor für Digitalisierung in der regionalen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Ein verstärkter Austausch mit den regionalen Netzwerkpartnern ist deshalb geboten, um das Konzept entsprechend weiter zu entwickeln und zu modifizieren. In diesem Zusammenhang scheint es mit Blick auf die aktuellen Entwicklungen hinsichtlich generativer KI geboten, das aktuelle Konzept offen und dahingehend anschlussfähig auszugestalten.

Im Konzept (in Forschung, Lehre und im Medizinkonzept) sollte Gesundheit als umfassendes Thema weitaus stärker einbezogen werden. Der Fokus auf Gesundheit als übergeordnetes Thema bietet die Chance, über die Krankenversorgung hinaus Themen in der Region aufzugreifen und in die Region zurückzuspielen. Gesundheit ist dabei nicht grundsätzlich als ausschließlich aus der Versorgung kommendes und auf den Versorgungsbereich begrenztes Konzept zu verstehen, sondern als Konzept von gesamtgesellschaftlicher Breite geprägt von sozialen, ökonomischen sowie politischen Voraussetzungen und Determinanten von Gesundheit. Diese gilt es zu berücksichtigen beispielsweise im Aufbau einer bewegungsfördernden gesundheitsfördernden Umwelt. Ein erfolgreiches Gesamtkonzept von Gesundheit im beschriebenen Sinne setzt die Zusammenarbeit von Akteuren des Bundes, des Landes sowie der Region (Landkreis) und kommunalen Akteuren voraus. Dafür notwendig ist außerdem eine ressortübergreifende Kommunikation und Zusammenarbeit im Land, insbesondere angesichts des ambitionierten Konzepts für den Aufbau des IUC, das die Netzwerkarbeit mit Akteuren (auch) im öffentlichen Gesundheitssektor als zentrales Element vorsieht.

Gerade aufgrund der geplanten (inhaltlichen) Einbettung der beiden Forschungsschwerpunkte am IUC in das von vielen Regelungen geprägte Gesundheitssystem sowie der Möglichkeit sektorenübergreifender Kooperation in der Modellregion Gesundheit Lausitz ist ein intensiver Austausch von Wissenschafts- und Gesundheitsressort anzuraten. Dabei ließen sich auch mit Blick auf die aktuell herausfordernde Situation des Gesundheitssystems, das parallele Versorgungsstrukturen (ambulant und stationär) bereithält, Synergien durch die Netzwerkidee des IUC erzielen. Die Bewertungsgruppe erkennt dieses Element im Konzept für den Aufbau des IUC deshalb durchaus positiv an. Neben dem Effekt, das derzeit stark wissenschaftlich formulierte Konzept um eine gesundheitsbezogene Perspektive zu ergänzen, würde sich dies auch positiv auf die gewünschte Kooperation zum Netzwerk und zu regionalen Versorgungsstrukturen auswirken. Ein Einbezug des Gesundheitsressorts und gegebenenfalls weiterer Ressorts des Landes ist deshalb erforderlich und sollte auch landesweit im Rahmen der landesgesetzlichen Möglichkeiten legislativ unterstützt werden.

Die Arbeitsgruppe weist außerdem darauf hin, dass der Aufbau des IUC als Universitätsklinikum Auswirkungen auf die Krankenhäuser der Region haben könnte. Hier müssen gegebenenfalls Anpassungen vorgenommen werden. Diese Veränderungen sollte das Land aktiv begleiten. Die Bewertungsgruppe begrüßt insofern, dass das Land sich dieser Herausforderung bewusst ist und betont, dass es nicht um Standortschließungen, sondern um die bedarfs- und zukunftsge-rechte Weiterentwicklung und Sicherung der Standorte in enger Abstimmung

mit den Versorgungsakteuren und der kommunalen Familie gehe. |<sup>95</sup> Aus Sicht der Bewertungsgruppe sollte im Sinne einer regionalen Versorgungslandschaft auch der Effekt der Neugründung auf Patientinnen- und Patientenströme sowie auf das Fachkräfteangebot insbesondere auf ärztlicher und/oder pflegerischer Seite berücksichtigt werden.

## I.2 Zur Entscheidung zur eigenständigen Universität

Aus Sicht der Bewertungsgruppe ist die Absicht des Landes nachvollziehbar, mittels einer eigenständigen Medizinischen Universität größtmögliche Autonomie für eine staatliche Universitätsmedizin zu schaffen. Daraus resultiert eine notwendige enge Zusammenarbeit mit der BTUCS. So kann insbesondere die Abdeckung von Lehre in den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern und die Bereitstellung von Laborflächen (v. a. für vorklinische und klinisch-theoretische Praktika) durch die BTUCS zum erfolgreichen Aufbau des IUC im geplanten zeitlichen Horizont beitragen (siehe E.IV.1). Die dazu erforderliche Zusammenarbeit mit dem IUC sollte das Land umgehend konkret ausgestalten und dringlichst angehen. Die BTUCS verfügt außerdem über fundierte Erfahrungen in Transferangelegenheiten und hält ausformulierte Überlegungen zu Transferprozessen und -kooperationen von IUC und BTUCS vor, von welchen das IUC profitieren kann. Deshalb rät die Bewertungsgruppe neben einer vertieften Zusammenarbeit der beiden Hochschulen zur stärkeren Beteiligung der BTUCS im Aufbauprozess des IUC. Auch auf struktureller und konzeptioneller Ebene sollte die BTUCS in den zukünftigen laufenden Betrieb des IUC einbezogen werden und beispielsweise im Aufsichtsrat des IUC und in Berufungskommissionen des IUC vertreten sein.

Die bisher in den Eckpunkten eines Kooperationsvertrags zwischen BTUCS und IUC aus September 2023 genannten Ziele, gemeinsame Forschungs- und Transferaktivitäten anzustreben, erkennt die Bewertungsgruppe als einen positiven Schritt auf dem Weg zu einer gelingenden Zusammenarbeit an. Allerdings sollte das geplante Universitätsmedizingesetz die Regelung einer besonderen, privilegierten Partnerschaft zwischen BTUCS und IUC vorhalten, die gemeinsame hoheitliche Aufgabenerbringung u. a. für Lehrimport und -export ermöglicht (siehe LSB-Empfehlungen). Auch die in langfristiger Perspektive mögliche Verlagerung der Gesundheitswissenschaften vom Campus Senftenberg zum Standort Cottbus der BTUCS, wie in den LSB-Empfehlungen vorgeschlagen, unterstützt die Bewertungsgruppe, wobei aus ihrer Sicht die Umwandlung der FH-Professuren in universitäre Professuren vor einem Umzug abgeschlossen sein sollte.

|<sup>95</sup> Vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (21.11.2023): Ministerin Nonnemacher zur Krankenhausreform: Länder brauchen Möglichkeiten für Ausnahmen und Kooperationen. URL: <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/presse/pressemitteilungen/detail/~21-11-2023-ministerin-zur-krankenhausreform>, zuletzt abgerufen am 17.01.2024.

Insbesondere eine verstärkte Kommunikation zwischen IUC und den Studiengängen der Gesundheitswissenschaften am Campus Senftenberg der BTUCS lohne sich, um den Bereich Lehre und die angestrebte interprofessionelle Ausbildung am IUC tragfähig auszugestalten (siehe E.IV.1). Dies sollte unter den Leitgedanken einer optimalen Kooperation zwischen den Gesundheitswissenschaften und dem IUC, Vermeidung von Doppelstrukturen und der Entwicklung nationaler und internationaler Wettbewerbsfähigkeit geschehen. Ob dafür eine Zweistandortlösung tragfähig ist, muss über einen längeren Zeitraum betrachtet und entwicklungsabhängig bewertet werden.

## **E.II    ZU GEPLANTEN LEITUNGSSTRUKTUREN UND ORGANISATION**

---

Die Bewertungsgruppe würdigt das Bestreben, den strukturellen Herausforderungen einer Universitätsmedizin mit Netzwerkpartnern durch tragfähige Organisations- und Leitungsstrukturen zu begegnen. Die bisherigen Ausarbeitungen dieser Art sind jedoch noch zu modifizieren. So ist die bisher angedachte Ausgestaltung der Governance in eine forschende Medizinische Universität und ein primär Versorgung ausführendes Klinikum integriert in die Medizinische Universität mittel- bis langfristig nicht tragfähig für den erfolgreichen Betrieb des IUC. Es ist nachvollziehbar, dass das Land nach einem Instrumentarium sucht, das langfristig geeignet ist, die mit guten Gründen gewählte Schwerpunktsetzung in Forschung und Lehre auch langfristig am IUC abzusichern. Dabei ist ein Spannungsfeld zwischen notwendigerweise zu verwirklichender Forschungsfreiheit und dem Erfordernis, Forschungsfelder sowie -schwerpunkte vorab zu bestimmen, zu berücksichtigen und auszubalancieren. Allerdings ist die bislang hierfür vorgesehene kleinteilige Differenzierung innerhalb der Gremien des IUC dafür nicht geeignet. Sie sollte zugunsten einer Steuerung über Ziel- und Leistungsvereinbarungen zwischen IUC und Land sowie einer angemessenen Governance des IUC aufgelöst werden.

Zudem ist festzustellen, dass der Aufbau entsprechender Strukturen durch eine **verstärkte Kommunikation und Zusammenarbeit** mit den Akteuren des zukünftigen **Universitätsklinikums** sowie den **Netzwerkpartnern** begünstigt wird. Ziel muss es sein, dass die Entwicklung der Medizinischen Universität mit der Entwicklung zum Universitätsklinikum einhergeht. Dazu sollten die Interessen von Medizinischer Universität und der integrierten Klinik stets mit der übergeordneten Entwicklungsstrategie abgeglichen werden, wobei das Ziel ist, Krankenversorgung auf Forschung und Lehre auszurichten. Die hier skizzierte Netzwerkarbeit ist für Versorgung und Lehre ebenso relevant wie für die geplanten Forschungsschwerpunkte. Verantwortliches und gut ausgebildetes Personal, welches den dringend erforderlichen und komplexen Austausch mit (potenziellen) Praxispartnern im ambulanten Bereich übernimmt, ist ein wesentlicher Gelingensfaktor für diese Netzwerkarbeit.

Aufbau und langfristig erfolgreicher Betrieb der Universitätsmedizin am Standort Cottbus hängen darüber hinaus wesentlich ab von einem partnerschaftlich guten Verhältnis zur BTUCS als weiterer Hochschule in Cottbus und wichtigem Kooperationspartner des IUC. Das Land ist deshalb dazu angehalten, die Zusammenarbeit mit der BTUCS von Beginn an und somit zum derzeitigen Planungsstand zum Aufbau des IUC aktiv zu gestalten und zu fördern.

Aus Sicht der Bewertungsgruppe sollte dabei Folgendes in der Ausgestaltung von Organen und Gremien Berücksichtigung finden:

- \_ Die **ersten zehn Berufungen an das IUC** werden wegweisend für die Einrichtung sein. Daher lohnt es sich, hierauf viel Mühe zu verwenden und alle Möglichkeiten der Gewinnung geeigneter Kandidatinnen und Kandidaten in Betracht zu ziehen, durch Maßnahmen wie u. a. die Einrichtung einer Findungskommission, aktive Ansprachen sowie internationale Ausschreibungen.
- \_ Hinsichtlich **Zusammensetzung** und Aufgabenbereich des **Wissenschaftssenats**: Die Bewertungsgruppe hält es nicht für nachvollziehbar, den Wissenschaftssenat aus den beiden Statusgruppen Hochschullehrende und wissenschaftliche Mitarbeitende mit jeweils mindestens 50 % Mitgliedern aus wissenschaftlichen Einrichtungen des IUC zusammenzustellen, die sich mit den Forschungsschwerpunkten Gesundheitssystemforschung bzw. Digitalisierung des Gesundheitswesens befassen. Diese geplante Maßnahme zur Stärkung der Forschungsschwerpunkte mutet unangemessen sowie hinsichtlich der Freiheit von Forschung und Lehre unverhältnismäßig an und steht auch in gewissem Widerspruch zu den geplanten Open Topic- und Open Rank-Ausschreibungen. Sie kann allenfalls für eine Gründungs- und Startphase sinnvoll sein, sollte dann aber abgeschafft werden. Die interne Steuerung der Hochschule sollte stattdessen durch geeignete (auch monetäre) Anreize durch den Wissenschaftlichen Vorstand umgesetzt werden, etwa durch die Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen für Forschende. Das Land sollte dies unterstützen durch klare (nicht zu kleinteilige) Vorgaben in den Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit der Medizinischen Universität und durch entsprechende Fördermaßnahmen. Die geplante Governance-Struktur lässt außerdem außer Acht, dass insbesondere die Rekrutierung von Klinikerinnen und Klinikern herausfordernd sein wird und auch für diese Professuren besondere Anreize und innovative Ideen notwendig sein werden. Der Wissenschaftssenat sollte die auch in anderen Fakultätsräten üblichen Zuständigkeiten erhalten, wie beispielsweise Grundlagen der Mittelverteilung etwa für die sinnvolle Ausstattung von Departments und Professuren, wie dies bereits im Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Einführung einer staatlichen Universitätsmedizin im Land Brandenburg vorgesehen ist.
- \_ Das bisherige Konzept sieht die **Wahl des Wissenschaftlichen Vorstands** durch den Wissenschaftssenat vor. Die Mittelverteilung soll reguläre Aufgabe

des Wissenschaftlichen Vorstands werden. Beide geplanten Regelungen werden von der Bewertungsgruppe begrüßt.

- \_ Zum Vorstand: Überdacht werden sollte die geplante Regelung zum **Vorstandsvorsitz**, der vom Vorstand Krankenversorgung eingenommen werden soll. Die Besetzung des Vorsitzes sollte aus Sicht der Bewertungsgruppe offener gehalten werden. Vorschläge zur Besetzung könnten beispielsweise über eine Findungskommission erfolgen. Die Entscheidung über den Vorsitz des Vorstands sollte beim Aufsichtsrat liegen. Die Bewertungsgruppe begrüßt die Planung des Landes, dass alle Vorstandsmitglieder ihr Amt hauptberuflich ausüben sollen.
- \_ Abgesichert werden sollte ein **Mitspracherecht des Vorstands Krankenversorgung bei Berufungen im klinischen Bereich**. Bisher ist im Konzept vorgesehen, dass Entscheidungen über Berufungen durch den Wissenschaftssenat, Ruferteilungen durch den Wissenschaftlichen Vorstand erfolgen. Das Einvernehmen des Vorstands Krankenversorgung soll bei Berufungen auf Professuren erforderlich sein, die mit einer Leitungsfunktion klinischer oder klinisch-theoretischer Einrichtungen verbunden sind. Aufgrund der geplanten Zusammensetzung des Wissenschaftssenats besteht aber aus Sicht der Bewertungsgruppe das Risiko, dass forschungsinteressierte Klinikerinnen und Kliniker Berufungen an das IUC nicht attraktiv finden werden, wenn eine starke Aufteilung von Wissenschaft und Krankenversorgung mit Blick auf die erwünschte Schwerpunktsetzung besteht. Deshalb ist es als problematisch einzuordnen, dass im bisherigen Konzept nicht vorgesehen ist, Klinikerinnen und Kliniker außerhalb der Schwerpunkte als zugleich herausragende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler für das IUC zu rekrutieren. Eine dahingehende Änderung hält die Bewertungsgruppe für erstrebenswert und empfiehlt, die künftigen Berufungsverfahren so anzupassen, dass bei Berufungen im klinischen Bereich Einvernehmen mit dem Vorstand für Krankenversorgung hergestellt werden muss; bei nicht-klinischen Berufungsverfahren reicht eine Benehmensregelung aus.
- \_ Die Bewertungsgruppe regt an, die Position des **Pflege-/ Personalvorstands** im Vorstand vorzusehen. Auch wenn sich dadurch der Vorstand vergrößert, würde damit zum Ausdruck gebracht, dass die Mission des IUC interprofessionell ausgerichtet ist. Denn gerade der **regionsspezifische Ansatz des Konzepts** zeigt den **Bedarf an Praktikerinnen und Praktikern** respektive Pflegenden sowie Ärztinnen und Ärzten im Vorstand, um das IUC angemessen steuern zu können.
- \_ Präzisiert und gestärkt werden sollten darüber hinaus Funktion und Rolle des **Innovations- und Netzwerkrats**. Seine bisher vorgesehene rein beratende Funktion entspricht der klassischen Aufgabenzuweisung eines beratenden Gremiums. Für den Erfolg des IUC ist jedoch ein neues innovatives Konzept für Netzwerkarbeit vonnöten. Die Rolle des Innovations- und Netzwerkrats sollte

deshalb präzisiert und sein Aufgaben- sowie Verantwortungsbereich innovativ ausgestaltet werden. So böte sich die Chance, über den Innovations- und Netzwerkrat mögliche Forschungsinhalte zu generieren bzw. zu konzeptionieren und diese Inhalte in die klinischen Bereiche zu integrieren. Sinnvoll wäre es auch, den Innovations- und Netzwerkrat in einer koordinierenden und gestaltenden/konzipierenden Rolle im Sinne der vierten Säule der Universitätsmedizin |<sup>96</sup> (siehe D.I.1) bei den geplanten Innovations- und Zukunftsaufgaben des künftigen Universitätsklinikums miteinzubeziehen, zumal unterschiedliche Akteure daran beteiligt sein werden. Für diese Aufgaben wird es notwendig sein, gesonderte Verträge mit Krankenkassen und weiteren (Versorgungs-)Akteuren zu schließen. Der Innovations- und Netzwerkrat könnte in der Anbahnung dieser Verträge ebenfalls eine sinnvolle Rolle übernehmen. Daher sollten auch die Pflege und deren Vertreterinnen und Vertreter in der Region im Innovations- und Netzwerkrat berücksichtigt werden. Die Bewertungsgruppe gibt darüber hinaus zu bedenken, dass die Lehr- und Forschungspraxen, die als Netzwerk ein Alleinstellungsmerkmal in der Lehre am IUC (siehe E.IV.2) ausmachen, eine wichtige Stakeholder-Position einnehmen und im Innovations- und Netzwerkrat vertreten sein müssen. Mit Blick auf diese skizzierten möglichen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche schlägt die Bewertungsgruppe vor, den Innovations- und Netzwerkrat als Gremium auszugestalten, das an den Vorstand berichtet und an diesen angegliedert ist.

– Mit Blick auf den **Aufsichtsrat** rät die Bewertungsgruppe dringend dazu, eine Vertreterin bzw. einen Vertreter der BTUCS als Mitglied zu berücksichtigen. Damit könnte die notwendige institutionelle Verschränkung von IUC und BTUCS gewährleistet werden.

## II.1 Zu Rahmenbedingungen der Kooperationen mit der BTUCS und der Region

IUC und BTUCS sollten Anstrengungen unternehmen, die anstehenden Strukturänderungen im Rahmen des Transformationsprozesses der Region positiv zu nutzen und dafür von Beginn an auf Zusammenarbeit setzen. Beide Hochschulen können auf diese Weise größtmöglich voneinander profitieren. Die bisher im LoI vorgesehene Festlegung von Kooperation in Forschung und Transfer, Lehre und Weiterbildung sowie in Infrastrukturen und zentralen Dienstleistungen werden durch die Bewertungsgruppe begrüßt. Erstrebenswert ist jedoch die verbindliche Absicherung von Kooperationsbeziehungen der beiden Hochschulen als gleichberechtigte Partner. Der **Kooperationsvertrag von BTUCS und IUC** sollte deshalb schnellstmöglich aufgesetzt und die im LoI einschließlich des Nachtrags zum LoI benannten Elemente präzisiert werden, um insbesondere in der Start- und Gründungsphase des IUC die erforderliche Nutzung von

|<sup>96</sup> Vgl. Wissenschaftsrat (2021): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem; Köln S. 66. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.html>.

Infrastrukturen der BTUCS sowie den Lehrimport und damit verbundene steuer- (und ggf. tarif-)rechtliche Fragen (UstG § 2) abzusichern. Ebenfalls sollte im Kooperationsvertrag die Beteiligung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der BTUCS an Berufungskommissionen und die Möglichkeit der Einrichtung gemeinsamer Berufungskommissionen geregelt sein.

Auch muss vor dem Hintergrund der empfohlenen Anwendung eines erweiterten Gesundheitsbegriffs (siehe E.I) die administrative Struktur am IUC **tragfähige Regelungen** für die avisierte **Zusammenarbeit mit der Region** in der Krankenversorgung insbesondere mit den **Forschungs- und Lehrpraxen**, aber auch darüber hinaus schaffen, wie beispielsweise mit Schulen oder dem ÖGD. Diese sind bislang noch nicht bzw. unzureichend berücksichtigt. Die regionale Zusammenarbeit mit diesen muss aber im Bereich Gesundheitsförderung Ziel sein. Eine Beteiligung des gesamten auch ambulanten Sektors der Gesundheitsversorgung ist deshalb anzuraten. Hierfür sollte internationale Expertise sehr viel stärker einbezogen und der Blick für europäische und internationale Entwicklungen geweitet werden. So sollten z. B. die Überlegungen der **European Health and Digital Executive Agency** explizit berücksichtigt werden.

### **E.III ZUR GEPLANTEN FORSCHUNGS AUSRICHTUNG**

---

#### III.1 Zum geplanten Forschungsprofil

Das IUC hat mit seinen beiden geplanten **Forschungsschwerpunkten Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens** zukunftsfähige Forschungsbereiche gewählt und stellt damit grundlegende Weichen für die Forschungsausrichtung am IUC. Die beiden **geplanten Forschungsschwerpunkte** am IUC sind **mit Blick auf regionale sowie überregionale gesellschaftliche und medizinische Entwicklungen** grundsätzlich **zukunftweisend** und zugleich in der Kombination als alleinige Schwerpunkte eines Universitätsklinikums **neu**. Die Forschung in diesen Schwerpunkten muss international kompetitiv sein und daher den Anspruch haben, eine wichtige und relevante Rolle in der Region und überregional sowie international zu entwickeln. Eine dafür notwendige gelungene Berufungspolitik insbesondere in den ersten Verfahren wird Maßstäbe setzen und zukunftsweisend sein. Aus Sicht der Bewertungsgruppe sind Kompromisse an der Wissenschaftlichkeit bei diesen ersten Berufungen unbedingt zu vermeiden (siehe E.VII.1).

Für die erfolgreiche Entwicklung der Forschungsschwerpunkte ist es wichtig, sie **mit der Entwicklung des CTK und insbesondere der klinischen Versorgungsschwerpunkte am CTK** als zukünftigem Universitätsklinikum abzustimmen und bestenfalls **synergetisch zusammenzuführen**. Das **Forschungs- und Medizinkonzept** sollte deshalb weiterentwickelt werden und konkrete Maßnahmen benennen. Geprüft werden sollte dabei, wie eine Fokussierung und Priorisierung in den Schwerpunkten gelingen kann. In diesem Zusammenhang sollte

auch der Austausch mit dem regionalen Netzwerk sowie mit der Stadt Cottbus über ein **sektorenübergreifendes Gesundheitskonzept** erfolgen, das maßgeblich die Forschung in den beiden Forschungsschwerpunkten anregen und zu dieser beitragen sollte. Dies setzt die Reflektion einer Gesundheitsperspektive voraus, die für das Konzept des IUC leitend sein sollte (siehe E.I). Ein darauf aufbauendes Gesundheitskonzept würde auch darlegen, wie das IUC dazu beitragen wird, die gesellschaftlichen Herausforderungen zu Gesundheit im Land und in der Region zu meistern, etwa zur Verbesserung der Lebenserwartung oder der Reduktion von sozialen Ungleichheiten im Bereich Gesundheit. Um ein solches Gesundheitskonzept umzusetzen, sollte beispielsweise gemeinsam mit dem Land und regionalen Akteuren wie Schulen und Unternehmen eine regionale Agenda aufgesetzt werden, die etwa zum Ziel hat, dass das Land oder die Region bundesweit das gesündeste Bundesland bzw. die gesündeste Region wird. So könnte das IUC Forschungsvorhaben vor dem Hintergrund einer in der Region und im Land verankerten Agenda angehen und Pionier in den Forschungsbereichen und zugleich in der sektorenübergreifenden forschungsbezogenen Zusammenarbeit werden.

Das Ziel, mit Start des Forschungsbetriebs in beiden Schwerpunktbereichen mit **Netzwerkpartnern der Region** zusammenzuarbeiten, gilt der Bewertungsgruppe als äußerst erstrebenswert und in Anbetracht des avisierten zeitlichen Horizonts zugleich als sehr ambitioniert. Es empfiehlt sich, eine **strategische Planung mit zeitlich definierten Zwischenzielen** zu entwerfen, in der neben dem Netzwerkaufbau- und -ausbau auch der detaillierte Aufbau von erforderlichen Forschungsinfrastrukturen berücksichtigt wird (siehe E.VIII). Dabei sollte das Land unbedingt auch die erforderlichen erweiterten Infrastrukturen für die erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Region (z. B. Ausbau von Breitband- und Glasfasernetz) einbeziehen, die aus Sicht der Bewertungsgruppe bisher zu wenig Beachtung finden. Auch müssen die grundsätzliche **Finanzierung von Forschung mit Daten** abseits von Drittmitteln geklärt und die Entwicklungen im Bereich KI berücksichtigt werden (siehe E.III.3). Dabei ist wichtig, dass die Partner des IUC klare eigene Vorteile in der Kooperation und Netzwerkintegration sehen.

Die geplante **Zusammenarbeit von Klinik, Wissenschaft und Modellregion** als Kernelement des IUC-Konzepts sollte darüber hinaus auch über die **Zusammenarbeit mit Lehr- und Forschungspraxen** gezielt gefördert und Lehr- und Forschungspraxen als Netzwerkpartner der Region schon ab Beginn des Studiums bzw. früh im Studienverlauf nicht nur in den praktischen Ausbildungsanteilen, sondern **auch in der Forschung** eingebunden werden. Dies hätte nicht nur den Vorteil, einen Unique Selling Point für das Lehrkonzept auszubilden, indem Studierende in Forschungsprojekten involviert werden, sondern würde zugleich auch die Attraktivität des Standorts für Forschende zu Versorgung und zu Digitalisierung des Gesundheitswesens steigern (siehe E.IV.2). Zum Aufbau eines Reallabors für Versorgungsinnovation sollten die landesrechtlichen Regelungen

für die Modellregion um möglichst weitreichende Experimentierklauseln erweitert werden.

Im gegenwärtigen Konzept sind internationale Ansätze zwar erkennbar, aber nicht ausgearbeitet. In das Forschungskonzept ist grundsätzlich der **europäische Kontext und die Einbettung des IUC** zu integrieren. Dargestellt werden muss, wie das IUC mit der Region Gesundheit Lausitz beispielsweise als European Health Region aufgestellt werden kann. Hierfür muss das IUC verschiedene (auch bereits bestehende) europäische Initiativen aufgreifen, z. B. die Reference Sites for Active and Healthy Ageing (AHA). |<sup>97</sup> Die Ambition für das IUC müsste sein, innerhalb von zehn Jahren 4-Star AHA-Reference Site zu werden. |<sup>98</sup> Auch sollte das IUC seine Grenzlage aktiv aufgreifen und für Programme nutzen, wie etwa für das Interreg Cross-Border Program oder das EU-REGHA Cross-Border Health Program. |<sup>99</sup> Hier sollte auch die European Cross-Border Health Directive aktiv einbezogen und genutzt werden. |<sup>100</sup>

Zur Steigerung der internationalen Ausrichtung des IUC könnte darüber hinaus beispielsweise das Studienangebot in den zum Wintersemester 2028/29 geplanten Master-Studiengängen in englischer Sprache geplant werden. Auch sollte im Rahmen der Personalrekrutierung eine stärkere Internationalisierung durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Titel und Zertifikate vorgenommen werden, um Anreize für internationale Studierende bzw. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu schaffen. Ebenso gilt es, den aktuellen Stand der Forschung zu Gesundheitssystemforschung/Versorgungsforschung auch im in diesen Bereichen aktiven Ausland zu berücksichtigen und die Personalrekrutierung entsprechend international auszurichten.

Außerdem sollten in den Forschungsschwerpunkten **Kooperationen auf europäischer Ebene** (z. B. im Rahmen von European Health Union und EU Health Security Framework) und insbesondere **zum Nachbarland Polen** initiiert werden. Die Bewertungsgruppe begrüßt deshalb das Vorhaben des Landes, die bisherigen landesseitigen Kooperationsbemühungen zu Polen durch die Ausarbeitung eines Konzepts zu verstärken. Tragfähige Kooperationen zu weiteren

|<sup>97</sup> Vgl. URL: <https://www.rscn.eu/aha-reference-sites/>, zuletzt abgerufen am 06.12.2023.

|<sup>98</sup> AHA-Reference Sites sind Allianzen bzw. Ökosysteme von Akteuren innerhalb einer europäischen Region, die innovative und personenzentrierte Lösungen und digitale Technologien umsetzen oder entwickeln, um den lebenslangen Gesundheits- und Pflegebedarf und aktives, gesundes Altern durch praktikable Maßnahmen aktiv zu verbessern. Die Allianzen können je nach Maßnahmenbündel und innovativen Ansätzen, die sie in der Region erforschen bzw. anwenden, in einem Ranking bis zu vier Sterne erhalten. Die jeweilige federführende regionale Behörde für Gesundheit und Soziales ist ein grundlegender Akteur der AHA-Reference Site. 2019 wurden 103 regionalen und lokalen Organisationen der Status einer Reference Site zuerkannt. Vgl. URL: <https://www.rscn.eu/aha-reference-sites/>, zuletzt abgerufen am 17.01.2024.

|<sup>99</sup> Vgl. URL: <https://interreg.eu/> sowie <https://www.euregha.net/crossborderhealthcare/>, zuletzt abgerufen am 06.12.2023.

|<sup>100</sup> Vgl. URL: [https://health.ec.europa.eu/cross-border-healthcare/overview\\_en](https://health.ec.europa.eu/cross-border-healthcare/overview_en), zuletzt abgerufen am 06.12.2023.

europäischen Ländern sind gleichwohl erforderlich, um den Standort insbesondere in der Start- und Aufbauphase gut aufzustellen.

Kritisch hinterfragt werden muss aus Sicht der Bewertungsgruppe die im Konzept skizzierte Vorgehensweise, **Forschungsideen aus den Departments des IUC in die Klinik** zu bringen und dort Angebote zur Zusammenarbeit zu unterbreiten. Diese Herangehensweise ist zu monodirektional angelegt und berücksichtigt nicht, dass Forschungsideen im gegenseitigen Austausch mit Klinikum und Einrichtungen der Region entstehen werden. Außerdem ist das künftige Universitätsklinikum auf **herausragende Klinikerinnen und Kliniker** angewiesen, die Spitzenmedizin und zugleich Spitzenforschung leisten wollen und dafür ein geeignetes Umfeld finden. Klinisch Forschende der Medizinischen Universität werden Vorgaben zu Forschungsthemen durch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Departments nicht akzeptieren, wenn sie nicht ihre Ideen ebenfalls einbringen können. Auch ist eine Form der Zusammenarbeit durch die Weitergabe der eigenen Forschungsdaten aus der klinischen Forschung in die Departments auf eine gegenseitige Kooperation angewiesen. Aufgrund dieser komplexen Personalkonstellation und der damit verbundenen herausfordernden Personalrekrutierung ist für das IUC ein hervorragendes Forschungs- und darauf Bezug nehmendes Medizinkonzept erforderlich. Dabei sind notwendige Spielräume für innovative Ideen und Praxisansätze in Forschung und Lehre sowie in der Krankenversorgung nicht nur zuzugestehen, sondern sehr wahrscheinlich auch tragfähiger als eine vorgabenorientierte Forschung. Dies wird sich entsprechend der sich daraus entwickelnden Attraktivität sicherlich zunehmend im Rahmen der beiden Schwerpunkte Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens von selbst ergeben, sollte aber eben auch darüber hinaus ermöglicht werden. Ein so skizzierter offener Ansatz würde auch berücksichtigen, dass die rekrutierten (klinischen) Forscherinnen und Forscher mit eigenen Forschungsideen zu den Schwerpunkten an den Standort kommen. Das gegenwärtige IUC-Konzept sollte dahingehend ausgestaltet und die Zusammenarbeit von Departments und Klinik präzisiert werden. Entsprechend sollten in Ausschreibungen die geplanten Forschungsprofile zwar angegeben, jedoch gleichzeitig eine angemessene Offenheit vermittelt werden.

### III.2 Zum Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung

Die Bewertungsgruppe schlägt vor, den **Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung** zur Versorgungsforschung hin zu erweitern. Mit dieser Erweiterung sollte auch eine Fokusverschiebung vorgenommen werden, die von einer umfassenderen Gesundheits- und nicht ausschließlich einer Krankheitsperspektive ausgeht. Damit würde Gesundheit als gesellschaftliche Zielperspektive den Forschungsschwerpunkt prägen und Ausgangspunkt für geplante Forschungsvorhaben sein. Das hätte den Vorteil, dass die **Personalrekrutierung** nicht ganz so herausfordernd sein dürfte. Auch könnten auf diese Weise stärker erstklassige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit eigenen Forschungsideen

und -ansätzen in diesem Feld berücksichtigt werden. Gleichzeitig böte es die Chance, auch die klinischen Positionen interessanter zu gestalten, weil in den Kliniken Fragestellungen zur Gesundheitssystemforschung und insbesondere zum Bereich Versorgungsforschung, aber auch zu Prävention und Gesundheitsförderung aufgegriffen werden könnten (siehe E.VII). Darüber hinaus erkennt die Bewertungsgruppe in der Nähe des Standorts zum Nachbarland Polen die Chance, die Randlage zweier verschiedener Gesundheitssysteme zum Forschungsgegenstand der Gesundheitssystemforschung zu machen. **Internationale Kooperationen** scheinen vor diesem Hintergrund prädestiniert für den geplanten Forschungsschwerpunkt – trotz der zum Zeitpunkt der Begutachtung herausfordernden Interaktion mit Partnern in Polen. Auch mit Ländern wie etwa Skandinavien, den Niederlanden und Großbritannien erscheinen aufgrund der traditionellen spezifischen Forschungsstärke in diesen Ländern Kooperationen im geplanten Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung ausichtsreich.

Im geplanten Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung werden neben der Forschung mit bereits vorhandenen Daten (Sekundärdaten) auch wesentlich aktiv primäre Daten in Studienkontexten erhoben sowie beispielsweise in Kohorten und Interventionsstudien im Kontext neue Versorgungsformen generiert werden. Eine solche Ausgestaltung des geplanten Forschungsschwerpunkts bietet hohes Potenzial für die Zusammenarbeit mit Klinikerinnen und Klinikern, wird aus Sicht der Bewertungsgruppe im aktuellen Konzept jedoch nicht ausreichend aufgegriffen.

Gesundheitssystemforschung wird außerdem zumeist abseits des Krankenbetts respektive der klinischen Versorgung ausgeübt. Dementsprechend schwierig ist es, diese beiden Ziele in einem Konzept zusammen zu bringen. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass die klinischen Fächer des CTK (z. B. Neurologie, Onkologie, Kardiologie) gegenwärtig schon von wissenschaftlich ausgewiesenen Personen abgedeckt werden und dies für den Aufbau des IUC von Vorteil ist. So ist die Personalrekrutierung beispielsweise für die Forschung im Schnittfeld von Kardiologie, Orthopädie oder etwa Neurologie und Gesundheitssystemforschung zwar als herausfordernd einzuschätzen, der Standort aber gleichwohl für entsprechend versierte Medizinerinnen und Mediziner attraktiv. Konkretisiert werden muss in diesem Zusammenhang jedoch dringend die Personalbindung und -rekrutierung an die Klinik als gemeinsame Aufgabe von Klinik und Wissenschaft und entsprechende Fördermaßnahmen für das klinische Personal entwickelt werden (u. a. Clinician Scientist-Programme). Eine differenzierte Ausgestaltung des Forschungsschwerpunkts in Abstimmung mit dem Medizinkonzept ist auch deshalb dringlich vorzunehmen. Für eine gemeinsame Personalrekrutierung und -bindung sollte, auch schon vor Gründung des IUC, das Land gemeinsam mit dem CTK als zukünftigem Universitätsklinikum in Austausch gehen.

Für den Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung sollte auch darüber nachgedacht werden, ob die Forschung anhand einer Kohortenstudie mit geeigneten Probandinnen und Probanden bzw. Patientinnen und Patienten der Region befördert werden könnte. Womöglich kann beim Aufbau einer geeigneten Kohorte angeknüpft werden an das regionale Panel des Robert Koch-Instituts (RKI) in der Lausitz. |<sup>101</sup> Allerdings muss sichergestellt sein, dass die dazu erforderlichen Finanzmittel gesichert sind, z. B. durch die Strukturfördermittel des Bundes nach InvKG § 17 S. 1 Nr. 28 (Förderarm 2: projektbezogene Förderung von wissenschaftlichem und nicht-wissenschaftlichem Personal, Sachmittel und Investitionen für Forschungs- und Entwicklungsprojekte neu berufener Professoren sowie Forschungsinfrastrukturen). Entscheidend wird sein, dass die Gesundheitssystemforschung/Versorgungsforschung am IUC bereits im Konzept innovativ und konkret genug skizziert ist, um für die entsprechenden Forscherinnen und Forscher attraktiv zu sein. Dabei sollten beispielsweise primäre Studienformen oder aktive Versorgungsforschungsstudien in der Modellregion nicht ausgeschlossen werden.

### III.3 Zum Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens

Der **Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens** ist aus Sicht der Bewertungsgruppe weiter zu entwickeln. Die geplante Erhebung und Auswertung von Daten aus der Versorgung bieten vielfältige und aussichtreiche Möglichkeiten, mit Hilfe von Big Data und KI umfassend zu behandeln und Forschung in diesen Bereichen voranzutreiben. Bisher wird aber aus dem Konzept nicht deutlich, welche Fragestellungen hier wie priorisiert werden sollen. Symptomatisch hierfür ist, dass für diesen Forschungsschwerpunkt kein Gesamtkonzept auch mit dem CTK vorliegt. Auch zeigt sich, dass die Planung zur Digitalisierung am CTK engagierter als jene zur Integration der Modellregion vorstangeht. Die Digitalisierung der Region muss jedoch auch weitaus schneller erfolgen als im derzeitigen Konzept (bis zum Jahr 2038) vorgesehen. Vor diesem Hintergrund ist das Land ausdrücklich aufgefordert, rechtliche sowie finanzielle Maßnahmen einzuleiten, die die beschleunigte Umsetzung der notwendigen Digitalisierungsprozesse fördern (siehe E.I). Die Zielvorstellung sollte hier deutlich über das Konzept von Forschungspraxen hinausgehen, die es an vielen anderen Standorten bereits gibt. Insbesondere sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche die Implementierung, Evaluation und

<sup>101</sup> Das Panel „Gesundheit in Deutschland“ ist eine Anfang 2024 gestartete Studien-Infrastruktur des RKI. Ihr zentrales Element, die Panel-Infrastruktur, ermöglicht, bevölkerungsbezogene Informationen über die gesundheitliche Lage in Deutschland bereitzustellen. Zentrale Themenbereiche sind Körperliche Gesundheit; Psychische Gesundheit; Soziales Umfeld, Lebensbedingungen; Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken; Gesundheitliche Versorgung. Grundlage des Panels sind Probandenkohorten (Personen und auch Institutionen). Mittels der Erhebungen des Panels können sowohl Trend- und Zeitreihenanalysen auf Basis regelmäßig wiederkehrender Querschnitterhebungen als auch längsschnittliche Verlaufsanalysen durchgeführt werden. Vgl. URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Forsch/Panel/Panel\\_inhalt.html](https://www.rki.de/DE/Content/Forsch/Panel/Panel_inhalt.html), zuletzt abgerufen am 18.01.2024.

Optimierung innovativer Datenräume und Netzwerke unterstützen. Diese sind Voraussetzung für integrierte regionale Versorgungskonzepte. Hierzu sind landesgesetzliche Rahmenbedingungen erforderlich, die möglichst weitreichende Experimentierklauseln enthalten (Reallabor für Digitalisierung in der regionalen Gesundheitsversorgung).

Bisher unklar ist im aktuellen Forschungskonzept, wie genau **Gesundheitsdaten in der Region** erhoben werden und welche Akteure zu diesem Zweck in das regionale Netzwerk zu welchem Zeitpunkt einzubeziehen sind (z. B. Schulen oder Kindertagesstätten). Die Bewertungsgruppe bekräftigt hier im Rückbezug auf ein auszuarbeitendes Gesundheitskonzept (siehe E.III.1), nicht nur Daten aus der Versorgung bzw. Daten über Krankheiten, sondern auch Daten über soziale, ökonomische und politische Voraussetzungen (Kontextdaten) sowie Risiko- und Schutzfaktoren von Gesundheit zu generieren und auszuwerten. Die Weiterentwicklung des Forschungsschwerpunkts Digitalisierung des Gesundheitswesens sollte einen solchen Public Health Ansatz miteinbeziehen.

Auch die Anreize zur Datenfreigabe für die Niedergelassenen müssen geklärt werden. Die bisher in der Planung getrennte Datenerhebung und -aufbereitung von Klinik und Wissenschaft muss gemeinsam stattfinden, insbesondere wenn dies ein Forschungsschwerpunkt am IUC werden soll.

Weiterhin ist hinsichtlich des geplanten Transformationsprozesses und insbesondere für den Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens zu klären, wie die **Versorgungsforschung mit Daten abseits von Drittmitteln** finanziert werden soll. Angesichts der herausfordernden Planungen ist es notwendig, dass das IUC an Schlüsselstellen der digitalen Infrastruktur in Vorleistung geht. Deshalb müssen für diesen Bereich auch Grundmittel zur Verfügung stehen. Zur Datenauswertung wird außerdem ein ausreichend dimensioniertes Rechenzentrum benötigt, das im Konzept bisher fehlt (siehe E.VIII.4). Vor diesem Hintergrund sollte zudem angestrebt werden, auch Mittel aus Forschungsk Kooperationen mit Industrie und Unternehmen zu generieren und auf diesem Wege ein Ökosystem für Start-ups zu entwickeln. Darüber hinaus muss die Professur für den Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens/Digital Health spätestens zum 3. Quartal 2025 besetzt sein.

#### III.4 Zur Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen

Abseits der geplanten Clinician Scientist Programme steht die Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierephasen zu wenig im Fokus. So ist bisher etwa unbeantwortet, ob eine **Kompensation für in Forschung und Lehre aktive ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** geleistet oder etwa eine Erhöhung des Personalschlüssels angedacht wird, um Forschungszeit zu ermöglichen. Diese Personalgruppe wird sehr wichtig für die Weiterentwicklung des IUC, weshalb innerhalb des Konzepts eine **intensive**

**Ausgestaltung von Fördermöglichkeiten** für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler abseits der Professur erforderlich ist. Insbesondere vor dem Hintergrund des Neuaufbaus des IUC haben Förderprogramme eine große Relevanz und sollten in der weiteren Planung konkretisiert werden. Die Bewertungsgruppe rät, Förderprogramme relativ breit aufzusetzen und beispielsweise Clinician Scientist-, Data Scientist- und Medical Scientist-Programme zu schaffen. Auch sollte neben den geplanten Promotionsabschlüssen, die am IUC vorgehalten werden sollen (PhD, Dr. med. und Dr. rer. medic., siehe D.IV.2.a), die Einführung des Abschlusses Dr. PH (Public Health) angedacht werden. Außerdem sollte die Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in der Post-Doc-Phase (Advanced Clinician Scientists) in Forschung und Klinik angemessen erfolgen, um so attraktiv für hochqualifiziertes Personal zu sein bzw. auch nach Abschluss der Promotion zu bleiben.

Zur Unterstützung der Forschenden sind darüber hinaus weitere Maßnahmen sinnvoll: die Einrichtung eines Grant Office, das bei der Suche von Ausschreibungen von Drittmitteln und Wissenschaftspreisen sowie bei Anträgen und der administrativen Umsetzung von Drittmitteln unterstützt; ein Nachwuchsförderfond für Anschubfinanzierungen von geplanten Drittmittelvorhaben (Einmalsumme, Freistellung/ Rotationsstelle, Unterstützung durch studentische Beschäftigte). Auch die Einrichtung von Förderprogrammen – zugleich als Gleichstellungsmaßnahme – für den Wiedereinstieg nach Eltern- oder Pflegezeit ist empfehlenswert. Darüber hinaus ist die Förderung von Forschungsaufenthalten in Einrichtungen nationaler und internationaler Kollaborationspartner sowie die Förderung von translationalen Projekten etwa mit Lehrpraxen, dem Lausitz Science Park sowie regionalen außeruniversitären Institutionen anzudenken. Auch sollten weitere Anreize gesetzt werden, z. B. Incentives bei erfolgreicher Drittmittelinwerbung, die Einrichtung eines Fonds zur Förderung von Digitalisierung, beispielsweise für Open Access und die Umsetzung von FAIR-Prinzipien (Findable, Accessible, Interoperable, Re-Usable) bei existierenden und neu aufzubauenden Datenbeständen. Ausreichend wissenschaftliches und administratives Personal zur Verwaltung und Umsetzung dieser Fördermaßnahmen und -programme gilt es dringend einzuplanen. Das Land sollte hierfür außerdem **künftige Arbeitsgruppen des Landes zum IUC** personell, auch hinsichtlich der zu vertretenen Berufsgruppen, **diverser besetzen**, um eine Vielfalt an Perspektiven zu gewährleisten.

Auch mit Blick auf aktuelle **bundespolitische Regelungen** wie die (neue) ÄApprO und den NKLM für die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern ist die Rekrutierung wissenschaftlichen Personals bundesweit als herausfordernd einzuordnen. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, klare Regelungen für die Personalrekrutierung und zu erreichende Meilensteine zu erstellen, die bis zum angestrebten Studienstart erfüllt sein müssen. Zusätzlich sollte eine gewisse Flexibilität hinsichtlich des Zeitplans zugelassen werden, um eine personell wie inhaltlich hervorragende Ausgestaltung ab Studienbeginn vorweisen zu können.

Das **Land Brandenburg** hat eine übergreifende, auf regionale Vernetzung fokussierende **Transferstrategie** aufgesetzt, um die Transferaktivitäten im Land zu steigern. Darunter fällt auch der Wissenschafts- und Technologiepark **Lausitz Science Park (LSP)** mit seinen Ansiedlungen von außeruniversitären Forschungseinrichtungen und Wirtschaftsunternehmen. Der seitens der BTUCS initiierte LSP bündelt grundlagen- und anwendungsorientierte Forschung mit dem Ziel, innovative Ausgründungen und Unternehmensansiedlungen zu fördern. Im Fokus stehen regionale Themen im Rahmen des Transformationsprozesses und die Bildung zukunftsfähiger Innovationspartnerschaften in der Lausitz. Insbesondere für anwendungsnahe Forschung bietet der LSP gute Voraussetzungen (siehe LSB-Empfehlungen). Eine Zusammenarbeit des IUC, dessen Konzept auf anwendungsbezogene Forschung zielt, mit Ansiedlungen im LSP sind deshalb erstrebenswert. Kooperationen dieser Art schätzt die Bewertungsgruppe als aussichtsreich für Forschungsk Kooperationen sowie speziell für Transfer- und Translationsaktivitäten des IUC in die Region ein.

Gegenwärtig kommt der **BTUCS** die Rolle als Organisationszentrum der Wissenschaft in der Region zu (siehe LSB-Empfehlungen). Von ihrer Expertise kann das IUC in den geplanten Transfer- und Translationsaktivitäten zumindest in einigen Bereichen profitieren. Auch ist davon auszugehen, dass in den Fakultäten und einzelnen Projekten der BTUCS vielfältige und nachhaltige Anknüpfungspunkte zur Förderung von Transfer und Translation sowie von Ausgründungen und Patentierungen bestehen. Die Bewertungsgruppe rät deshalb, sowohl zur Unterstützung in der Weiterentwicklung als auch für nachgelagerte Kooperationen den **Austausch mit der BTUCS** zu intensivieren.

Aus der geplanten **Zusammenarbeit von Medizinischer Universität mit integrierter Universitätsklinik und Netzwerkpartnern der Region** ergeben sich inhärente **strukturelle Vorteile sowie Herausforderungen für Transfer und Translation**: Einerseits können die verschiedenen Akteure zukünftig in großem Umfang Daten generieren und bieten daher großes Potenzial für translationale Forschung. Dieses Potenzial zu heben ist andererseits eine Herausforderung und erfordert geeignete (Infra-)Strukturen sowie eine gemeinsame Strategie, etwa bei den IT-Infrastrukturen oder den Infrastrukturen für klinische Forschung, die es dringend zu entwickeln gilt. Der Einbezug der regionalen Netzwerkpartner in die Strategieentwicklung ist daher dringend anzuraten. Das Land sollte seine Möglichkeiten intensiver nutzen, die Strategieentwicklung zu unterstützen und geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen und infrastrukturelle Voraussetzungen am CTK und in der Region zu schaffen.

Angesichts der bundesweit erst ansatzweise entwickelten Strukturen zu Erhebung und Forschung mit Patientendaten ist diese Ausrichtung von Transfer- und Translationsaktivitäten des IUC ein sehr ambitioniertes Unterfangen. Eine **Ausarbeitung von Transfer- und Translationsstrategien sowohl in den beiden**

**Forschungsschwerpunkten** als auch in Form **eines Gesamtkonzepts** der medizinischen Universität gemeinsam mit seiner Universitätsklinik und der Modellregion Gesundheit wird dringend empfohlen. Diese sollte entschlossene Transferideen und plausible Argumente und Anreize für Transfer enthalten, um potenzielle Praxis- bzw. Transferpartner zu überzeugen und mittel- und langfristig belastbare Kooperationen anzubahnen.

Die **Vernetzung mit der Region** ist entscheidend für die Umsetzung von Forschungsvorhaben im Bereich Versorgung und im Transferkonzept. Für den Forschungsschwerpunkt **Gesundheitssystemforschung** muss dabei eine **eigene Transferstrategie** entwickelt werden, die sowohl in Verbindung mit der regionalen Digitalisierung des Gesundheitswesens als auch unabhängig vom Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens Bestand hat. Hier sind innovative Ideen zu entwickeln, um Transfer in die Praxis wirksam zu leisten.

Transfer und Translation müssen außerdem in die Ausbildung der Studierenden integriert werden. In diesem Rahmen ist auch **Translation** als Bestandteil lebenslangen Lernens in den **Verantwortungsbereich von ärztlich sowie pflegerisch Ausgebildeten** einzubringen.

#### **E.IV ZU STUDIUM UND LEHRE**

---

##### IV.1 Zum geplanten Curriculum und zu Infrastrukturen für die Lehre

Die Konzeptionierung des Curriculums für den Studiengang Humanmedizin ist ein zentrales Element zum Aufbau des IUC. Sie hat Auswirkungen auf die Planung des Personalbedarfs, des Finanzbedarfs sowie der benötigten Flächen für Forschung und Lehre. Der vorliegende **Entwurf eines Rahmencurriculums** (Stand 10.08.2022) ist auf der Basis des Referentenentwurfs für die neue ÄApprO von August 2021 erstellt und berücksichtigt den NKLM. Das Land strebt an, das Rahmencurriculum im Rahmen eines Modellstudiengangs Medizin weitestgehend umzusetzen, sollte die neue ÄApprO zu Beginn des Studiengangs entgegen den Planungen noch nicht in Kraft getreten sein. Das würde auch bedeuten, dass die bislang geplanten Bedarfe sowie Kapazitäten (Lehrdeputate und Aufnahmekapazität des Standorts unter Berücksichtigung des Zusammenhangs von Bettenzahlen und patientenbezogenen Kapazitäten des Studiengangs) angepasst werden müssten, wie dies auch womöglich an anderen hochschulmedizinischen Standorten notwendig sein dürfte.

Für die frühestens ab dem Wintersemester 2028/29 geplanten Masterstudiengänge Advanced Nursing Practice, Medical Data Science sowie Gesundheitssystemwissenschaften liegen dem Wissenschaftsrat noch keine Konzepte mit curricularem Aufbau vor, weshalb eine Bewertung hierzu nicht möglich ist.

In Anbetracht des zeitlich ambitionierten Vorhabens bis zum avisierten Studienbeginn des Studiengangs Humanmedizin zum Wintersemester 2026/27 bekräftigt die Bewertungsgruppe die Notwendigkeit, den Zeitplan zu überdenken und auch eine Verschiebung des Studienstarts in Betracht zu ziehen, wenn klar definierte Meilensteine in den kommenden 12–18 Monaten nicht erreicht werden, insbesondere wenn gesetzliche oder administrative Voraussetzungen nicht rechtzeitig geschaffen werden können oder sich die Besetzung der ersten Professuren verzögern sollte. Rasch muss ein detailliertes Lehrkonzept ausgearbeitet werden; hierfür muss voraussichtlich die geltende Approbationsordnung zugrunde gelegt werden, um möglichst rasch konkret planen zu können. Unbedingt sichergestellt werden müssen **ausreichende Räumlichkeiten** einschließlich Praktika-Bereichen und Laboren zum Studienbeginn. Auch muss die **Übernahme der vorklinischen und klinischen Lehre** zumindest in Teilen durch andere Einrichtungen geklärt sein. Die geplante **Zusammenarbeit mit der BTUCS** zur Abdeckung eines Teils der Lehre begrüßt die Bewertungsgruppe ausdrücklich (siehe E.VIII.3). Um die BTUCS und Lehr- und Forschungspraxen schon vor Studienbeginn in die Lehrvorbereitung einzubeziehen, sollte das Land frühzeitig und jedenfalls rechtzeitig vor Studienbeginn den Abschluss von Kooperationsverträgen mit diesen Einrichtungen erwirken. Sowohl für die Absicherung der Lehre in den Grundlagenfächern als auch für die Entwicklung der Medizinischen Universität und der interprofessionellen kompetenzbasierten Lernziele ist es für das IUC vorteilhaft und gewinnbringend, verbindlich und auf Augenhöhe mit der BTUCS zu kooperieren. Dabei würden außerdem durch die gemeinsame Nutzung von Infrastrukturen unnötige Dopplungen ressourcenschonend vermieden werden können.

Hinsichtlich der für die Lehrplanung besonders relevanten Professuren hat das Land Meilensteine aufgesetzt, die erreicht werden müssen, um den avisierten Beginn des Studienbetriebs zu garantieren. Dies ist aus Sicht der Bewertungsgruppe grundsätzlich zu begrüßen, gleichwohl **zeitliche Modifizierungen** dringend angeraten werden:

\_ Für die vom Land geplante Besetzung der acht grundlagenwissenschaftlichen Professuren bzw. Sicherstellung der professoralen Lehre in den Fächern Medizindidaktik, Physiologie, Biochemie, Mikroskopische Anatomie, Makroskopische Anatomie, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie sowie Biometrie zum 3. Quartal 2025 gibt die Bewertungsgruppe zu bedenken, dass dies ausschließlich realisierbar ist, sofern ein Curriculum vorab konzipiert wird und lediglich von den dann Berufenen umgesetzt werden muss. Möglich wäre auch, die Professuren für Anatomie, Physiologie und Biochemie über Externe oder Vertretungsprofessuren zu organisieren. Die Bewertungsgruppe bestärkt die Gründungsinitiative darin, diese Professuren möglichst frühzeitig zu besetzen, allerdings ohne Abstriche an den hohen Ansprüchen zu machen, die insbesondere an die ersten Berufungen zu stellen sind. Die Besetzung/ Vertretung der oben genannten Professuren ist eine notwendige Voraussetzung für den

Studienstart am IUC und sollte nach Ansicht der Bewertungsgruppe intern gut kommuniziert werden. Frühzeitig besetzt werden sollten aus Sicht der Bewertungsgruppe außerdem folgende Professuren, um auch die Forschungskonzepte frühzeitig weiter zu entwickeln und deren Umsetzung zu beginnen:

- \_ Die Professur für Medizininformatik ist unbedingt frühzeitig einzurichten, um die Entwicklung des Konzepts für den Forschungsschwerpunkt Digitalisierung des Gesundheitswesens voranzutreiben und das Konzept umzusetzen.
- \_ Die Professur für Gesundheitssystemforschung, um das Konzept für den Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung/ Versorgungsforschung weiter zu entwickeln und auch bereits das notwendige Netzwerk mit der Region frühestmöglich aufzubauen. Auch weist die Bewertungsgruppe darauf hin, dass insbesondere für die geplante Besetzung der Forschungsprofessuren Gesundheitssystemforschung sowie Digital Health (spätestens) zum 3. Quartal 2025 eine gute Vernetzung zum Zentrum für Künstliche Intelligenz in der Public Health-Forschung (ZKI-PH) des Robert Koch-Instituts in Wildau (Brandenburg) gelingen muss.
- \_ Die Professur für Biometrie ist aus Sicht der Bewertungsgruppe sehr sinnvoll, sollte aber durch weitere Professuren in diesem Bereich unterstützt werden, etwa in den Bereichen Bioinformatik oder Digitalisierung. Im Bereich Digitalisierung sollte die Kooperation gesucht werden mit anderen Hochschulen im Land/ in der Region, die einen ähnlichen Schwerpunkt aufbauen bzw. vorweisen.
- \_ Das Land plant die Besetzung der Professuren für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin zum 3. Quartal 2025. Auch dieser Zeitrahmen erscheint vor dem Hintergrund des geplanten Studienstarts in 2026/2027 zu knapp, um die allgemeinmedizinischen Studieninhalte angemessen entwickeln und vorbereiten zu können.
- \_ Hinsichtlich der weiteren zeitlichen Planungen zur Besetzung der Professuren zwischen dem 1. Quartal 2025 und dem 3. Quartal 2026 erschließen sich der Bewertungsgruppe die Prioritäten in der zeitlichen Planung der Besetzungen nicht. Auch hier ist die Spanne zwischen Besetzung und Studienstart zu knapp bemessen, insbesondere wenn die Lehrstrukturen erst noch aufgebaut werden müssen.

Ebenfalls zum Studienbeginn vorgehalten werden müssen **Infrastrukturen der Verwaltung für den Bereich Lehre** (Dekanat, Studiensekretariat u. w.) sowie ausreichende Organisations- und Infrastrukturen zur Umsetzung der Lehre in der Klinik. Das Land plant, Verwaltungspersonal zur Administrierung aller lehrrelevanten Aufgaben (u. a. Berufungen, Studierendenzulassung) bis zum 4. Quartal 2024 einzusetzen. Dies ist aus Sicht der Bewertungsgruppe zeitlich zu knapp bemessen. Auch muss berücksichtigt werden, dass Personal bereits früh

für Ausschreibungsverfahren und zum Management der zahlreichen Berufungsverfahren erforderlich ist. Außerdem müssen diese Prozesse erst noch entwickelt werden.

Die hier skizzierten Bedarfe der Weiterentwicklung des Studiengangkonzepts sollte eine Arbeitsgruppe oder Kommission begleiten. Daraus sollten konkrete Meilensteine abgeleitet werden, die bei Nichterfüllung eine Verschiebung des Zeitplans auslösen würden. Auch müssen Konzepte zur **Evaluation und Qualitätssicherung von Studium und Lehre** erstellt werden, die mindestens sechs Monate vor Studienbeginn vorliegen sollten.

Die Bewertungsgruppe würdigt das bisher weiterentwickelte Konzept zur Lehrplanung und die damit verbundene Konkretisierung der Zeitplanung und Ausarbeitung von Meilensteinen. Allerdings ist angesichts der zu bewältigenden Personalrekrutierung die erforderliche rasche Umsetzung des Konzepts als kritisch einzuschätzen. So ist mit Blick auf den **Personalbedarf** ein ausreichender Personalkorpus für den Bereich Lehre am IUC sicherzustellen. Um diese Startphase der Gründung zu unterstützen, rät die Bewertungsgruppe dazu, zusätzliche Mitglieder in den Gründungsvorstand vorzusehen, insbesondere ein Mitglied für Curriculumsentwicklung bzw. für Studium und Lehre. Die geplanten Professuren mit Schwerpunkt in der Lehrentwicklung sollten vor Studienstart und mit langfristiger Perspektive eingesetzt werden, um Lehre am IUC auf höchstem Niveau auch nachhaltig abzusichern. Diesem Gründungsvorstand könnte dann auch gemeinsam mit den ersten berufenen Professorinnen und Professoren zu kommen, das weitere Personal für die Lehre zu rekrutieren. Für die Gründungs- und Startphase ist versiertes Personal zum Personalaufbau essentiell. Mit Blick auf den Personalaufwuchs sollten sich abzeichnende Entwicklungen in den Bereichen Wohnen, Leben und Mobilität auf dem Campus / in der Region berücksichtigt werden.

Im Konzept zu präzisieren ist insbesondere die **Rekrutierungsstrategie** für die zahlreich benötigten **Lehrenden in der interprofessionellen Lehre**. Hier ist unklar, wie die geplanten interprofessionellen Teams gebildet werden sollen. Zwar birgt der Campus Senftenberg Potenzial zur interprofessionellen Zusammenarbeit, jedoch fehlt bislang eine detaillierte Ausgestaltung im Lehrkonzept, die auch den hierzu erforderlichen Personalbedarf umfasst. Die Bewertungsgruppe gibt zu bedenken, dass interprofessionelle Lehre grundsätzlich aufwendig und abstimmungsintensiv ist und die Rekrutierung insbesondere des Personals für interprofessionelle Lehre frühzeitig erfolgen muss. Auch müssten die Curricula der beteiligten Professuren aufeinander abgestimmt und dementsprechend zeitlicher Vorlauf eingeplant werden.

Die bisherigen Planungen sehen die konkrete Ausarbeitung und Anpassung des Rahmencurriculums als Aufgabe des Gründungsvorstands des IUC und der ersten berufenen Professorinnen und Professoren ab dem 3. Quartal 2025 vor. Dies ist aus Sicht der Bewertungsgruppe deutlich zu spät, um ein Rahmenkonzept

für das Curriculum auszuarbeiten und die geplante Ausgestaltung in der Studien- und Prüfungsordnung umzusetzen. Deshalb wird dringend angeraten, die zeitliche Planung zu modifizieren. Auch ist zur Ausarbeitung des Curriculums und zur Abstimmung des Curriculums mit den benötigten Interimsflächen (siehe E.VIII.3) Personal, idealerweise mit medizindidaktischer Qualifikation, erforderlich, sodass die ersten Professuren darauf aufsetzend ihre Lehrveranstaltungen konkret planen und abstimmen können. Die Abstimmung von Curriculum und Interimsflächen ist vor diesem Hintergrund ab Gründung des IUC im Verantwortungsbereich der Medizinischen Universität zu verorten.

#### IV.2 Zum geplanten Lehrkonzept

Die im Konzept betonten **Leitprinzipien Patientenzentrierung und interprofessionelle Versorgung** sind wichtige Bausteine, die allerdings durch weitere Aspekte ergänzt werden sollten. Mit Blick auf die mögliche Verbindung zu den beiden geplanten Forschungsschwerpunkten begrüßt die Bewertungsgruppe die nach derzeitigem Entwicklungsstand geplanten curricularen Schwerpunkte mit dem Fokus auf Allgemeinmedizin/ primärärztliche Versorgung, Gesundheit und Krankheit über die Lebensspanne, Digitale Medizin, Prävention, Public und Global Health als übergeordnete gesundheitswissenschaftliche Erkenntnis- und Handlungsfelder. Die Bewertungsgruppe würdigt zudem die Möglichkeiten der interprofessionellen Ausbildung in der Lehre sowie im Klinikalltag der angehenden Ärztinnen und Ärzte. Positiv hervorzuheben ist darüber hinaus das Bestreben, Kompetenzen für die Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung mithilfe digitalisierter Medizin, insbesondere im ländlichen Raum, zu fördern. Mit dieser Ausrichtung reagiert das Land besonnen auf gesellschaftliche sowie demografische Entwicklungen.

Um die Attraktivität des Standorts und seine Besonderheiten sowohl für Lehrende als auch für Studierende sichtbar und attraktiv zu machen, sollten im Lehrkonzept die möglichen **Besonderheiten stärker in den Vordergrund** gerückt werden. So erkennt die Bewertungsgruppe einen möglichen, dringend einzufügenden Unique Selling Point etwa in dem **Schwerpunkt Digitalisierung** in Forschung, Lehre und Krankenversorgung, der sich als übergreifendes Konzept für das IUC im Digitalen Leitkrankenhaus und in der Netzwerkarbeit mit der Region widerspiegeln soll. Hier böte sich dem Land die Chance, ein Alleinstellungsmerkmal aufzubauen, das auch die Attraktivität des Studiums steigert.

Die Bewertungsgruppe erkennt in der geplanten **interprofessionellen Lehre** hohes Potenzial für den Standort und rät, diese möglichst früh im Studium einzubringen und die Verbindung zu den Gesundheitswissenschaften der BTUCS gezielt herzustellen. Eine solche Verknüpfung kann nur erfolgen, wenn institutionelle Barrieren bewusst abgebaut werden. Ebenfalls müsste Interprofessionalität in die Schwerpunktsetzung der Lehre durchgängig strukturiert einfließen. Für die interprofessionelle Ausbildung empfiehlt die Bewertungsgruppe

die Kooperation zur BTUCS, um die Schnittstellen zur Lehramtsausbildung, zur Hebammenwissenschaft und zur Pflegewissenschaft erfolgreich herzustellen.

Auch weitere Besonderheiten des Standorts könnten im Lehrkonzept aufgegriffen werden: So könnten die beiden Forschungsschwerpunkte am IUC Studierenden die **Forschung mit Versorgungsdaten** aus einer Region im Transformationsprozess ermöglichen, die zusätzlich Grenzregion ist (siehe E.III.1/E.III.2). Studierende könnten in Forschungsvorhaben der Gesundheitssystemforschung sowie zur Digitalisierung des Gesundheitssystems vertieft einbezogen werden und wissenschaftliche Kompetenzen in diesen Bereichen erlangen. Eine Einbindung von Lehr- und Forschungspraxen möglichst früh im Studienverlauf könnte dafür vorgesehen werden, ebenso die geplanten Modellpraxen für den Bereich Digitalisierung. Das Studium am IUC könnte auf diesem Wege attraktivitätssteigernd für den Standort wahrgenommen werden, der Forschung zu Digitalisierung in der Medizin maßgeblich fördert und Studierende in digitalisierter Medizin ausbildet.

Ebenfalls könnte die **Entwicklung von Gesundheitskompetenz der Bevölkerung** im Lehrkonzept stärker berücksichtigt werden, indem das IUC sowie die Bereiche Gesundheitswissenschaften und Lehrerinnen- und Lehrerbildung der BTUCS gemeinsam neue Ansätze entwickeln. Die geplanten Forschungsschwerpunkte des IUC sowie die geplante Struktur der Lehre (Netzwerk-Praxen und Krankenhäuser) eignen sich für eine solche Profilschärfung in der Lehre. In diese Ausrichtung würde sich auch die seitens des Landes geplante Interprofessionalität in der Ausbildung am IUC gut einfügen.

In langfristiger Perspektive böten sich, ebenso wie in der geplanten Forschungsausrichtung (siehe E.III.2), auch für die Lehre Kooperationen zu Akteuren in Ländern wie etwa Dänemark, Großbritannien, den Niederlanden und Skandinavien an. Eine internationale Vernetzung in der Lehre sollte daher angestrebt und entsprechend aktiv **internationale Kooperationsmöglichkeiten** gesucht und Austauschprogramme frühzeitig mitgedacht werden. Auch könnte mittel- bis langfristig eine binationale Ausbildung attraktiv sein, insbesondere auch in den geplanten Masterstudiengängen.

Darüber hinaus sollten in der Weiterentwicklung des Curriculums **Gleichstellungs- und Diversitätsaspekte** ausreichend einbezogen werden.

Insgesamt empfiehlt die Bewertungsgruppe aufgrund der zentralen Rolle des Curriculums nachdrücklich seine weitere **Ausarbeitung** rasch voranzubringen. Auch nach Zulieferung im Nachgang des Ortsbesuchs hält die Bewertungsgruppe einen erfolgreichen Studienstart zum Wintersemester 2026/27 angesichts des Entwicklungsstands von Curriculum und zu erreichender Meilensteine in der Lehrplanung für möglicherweise zu ambitioniert. Um den geplanten Start einzuhalten, müsste das Curriculum mindestens ein Jahr vor Studienbeginn ausgearbeitet vorliegen, die benötigten Infrastrukturen müssten

sicher bereitzustellen und der Personalbedarf klar und absehbar gedeckt sein. Die seitens des Landes aufgestellten Meilensteine für einen erfolgreichen Studienstart zum Wintersemester 2026/27 hält die Bewertungsgruppe insbesondere hinsichtlich der Notwendigkeit, ausreichendes und herausragendes Personal zu rekrutieren, für sehr ambitioniert.

Die Weiterentwicklung des Curriculums inklusive der Ausarbeitung von Modulumfang sowie Lehr- und Prüfformaten sollte in **Abstimmung mit dem Land** erfolgen. Ebenfalls muss auf operativer Ebene die **Absicherung von Studien-, Zulassungs- und Prüfungsordnungen** gewährleistet sein. Insbesondere vor dem Hintergrund der medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge an beiden Institutionen, BTUCS und IUC, sowie der geplanten interdisziplinären Zusammenarbeit muss außerdem die Anerkennung insbesondere der praktischen Ausbildungsanteile auf ministerieller Ebene geregelt werden. Kooperationen zwischen IUC und BTUCS können in diesem Zusammenhang auf die Erfahrung der BTUCS mit gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen bauen. Diese Kooperation sollte auch deshalb aktiv und rasch aufgebaut werden.

#### IV.3 Zu Zugang und Verbleib der Studierenden

Die Bewertungsgruppe würdigt den im Konzept zum Ausdruck gebrachten Anspruch an den Standort, innovative Lehre und Forschung in interprofessioneller Ausrichtung zu verbinden und zugleich die regionale ärztliche Versorgung im ländlichen Raum mithilfe digitalisierter Medizin zu verbessern.

Allerdings stellen sich sogenannte **Klebe-Effekte bei Studierenden** nicht automatisch ein. Damit dieser gewünschte Effekt einsetzt, sollte das Land Anstrengungen unternehmen und im Studienverlauf möglichst frühe und nachhaltige **Kontaktmöglichkeiten mit dem ländlichen Raum** (z. B. Famulaturen, Praktika in Kooperationspraxen) ermöglichen. So wird laut Studienergebnissen die spätere Aufnahme einer Tätigkeit auf dem Land dadurch gefördert, dass Studierende, die im besten Fall selbst in ländlichen Gebieten aufgewachsen sind, möglichst früh und lange im Studienverlauf mit dem ländlichen Raum in Kontakt treten. |<sup>102</sup> Die Bewertungsgruppe unterstützt daher den Standort nachdrücklich darin, **frühzeitig Verbleibstudien** zu implementieren, um diesen Effekt zu überprüfen.

<sup>102</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, Kurzfassung. URL: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten\\_2009/Kurzfassung\\_2009.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfassung_2009.pdf), zuletzt abgerufen am 28.11.2023. Vgl. auch Wissenschaftsrat (2019): Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin Oldenburg unter Berücksichtigung der European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS); Gießen, S. 99. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2019/7865-19.html>.

In diesem Zusammenhang sieht die Bewertungsgruppe den bereits begonnenen Aufbau eines Netzwerks aus Lehrpraxen positiv, in denen Studierende die im Curriculum vorgesehenen Blockpraktika oder einen Abschnitt ihres PJ absolvieren können. Auch die geplanten **Studierenden- und Absolvierendenbefragungen** sind zu begrüßen, die über den Anteil an Absolventinnen und Absolventen Aufschluss geben sollen, der in der hausärztlichen Versorgung tätig sein bzw. in der Lausitz / in Brandenburg praktizieren wird.

Überdies unterstreicht die Bewertungsgruppe die Bedeutung eines geeigneten **Auswahlverfahrens**, welches das Standortprofil und die Regionsspezifika angemessen berücksichtigt, und würdigt die Planungen des Landes, neben dem zentralen Auswahlverfahren eine Teilauswahl der Studierenden durch den Standort vorzunehmen. Die Bewertungsgruppe gibt zu bedenken, dass das Konzept für ein persönliches Auswahlverfahren zügig ausgearbeitet werden muss, damit es bis zum geplanten Studienbeginn Anwendung finden kann. Die seitens des Landes geplante Festlegung der Auswahlkriterien in der zusätzlichen Eignungsquote und in der AdH-Quote und Meldung an Hochschulstart zum 4. Quartal 2025 schätzt die Bewertungsgruppe als realistisch ein.

**Anreize** wie etwa die landesseitig geplante Landarztquote in Form einer Vorabquote für 10 % der Studienplätze können aus Sicht der Bewertungsgruppe ergänzend dazu beitragen, Studierende nach der Approbation in der Region zu halten.

## **E.V ZUM DIGITALISIERUNGSKONZEPT**

---

Das Konzept definiert Digitalisierung als wesentliches Element für Forschung, Lehre und Krankenversorgung am IUC. Diese Ausrichtung ist grundsätzlich und insbesondere angesichts der Standortspezifika (Demografische Entwicklung, ländlicher Raum) zu unterstützen. Die bisherige **Ausgestaltung** muss noch **weiter konkretisiert** werden.

Die **Digitalisierungsstrategien von CTK und IUC (Universitätsbetrieb)** sind bislang zu wenig aufeinander bezogen. Eine Gesamtstrategie ist nicht erkennbar, aber dringend erforderlich, weil das CTK als Universitätsklinik Teil der Medizinischen Universität werden wird. Zentrale Probleme werden (noch) nicht adressiert, z. B. wie die Vernetzung mit der Modellregion erfolgen soll und wie die Netzwerkpartner Zugriff auf die Daten bekommen sollen. Auch wird nicht klar, wie die IT-Systeme des Universitätsbetriebs mit Versorgungs-IT-Systemen von Klinik und Netzwerkpartnern verknüpft werden sollen. Konkretere Ansätze werden lediglich für Digitalisierungsprozesse am CTK dargelegt, etwa in der Normierung/Interoperabilität von Datensätzen sowie mit den Mitgliedschaften in MII und NUM. Aber auch hier stellt sich die Frage nach dem Unique Selling Point; diese oder eine ähnliche Digitalisierungsstrategie werden derzeit an allen Universitätskliniken in Deutschland verfolgt. Ob das IUC hier schneller voran-

kommt und als Pionier Standards zu setzen im Stande ist, kann jetzt noch nicht beurteilt werden. Dennoch ist der geplante Fokus auf Digitalisierung am IUC in Forschung, Lehre und Krankenversorgung insbesondere angesichts dieses bundesweiten Status Quo bzw. Rückstands Deutschlands in der Digitalisierung der Krankenversorgung äußerst unterstützenswert.

Für die dringend notwendige Weiterentwicklung der Digitalisierungskonzepte **für Wissenschaft, Klinik und Region / Netzwerkpartner** muss aus Sicht der Bewertungsgruppe die Interaktion mit dem CTK intensiviert werden. Grundsätzlich ist eine interdisziplinäre Ausrichtung von IT-Konzepten und Digitalisierungsprozessen am CTK zu erkennen. Diese muss allerdings noch in Verbindung zu Digitalisierungsmaßnahmen der Medizinischen Universität gebracht werden. Für die Realisierung der größtenteils schon begonnenen Initiativen und Programme der Digital Roadmap des CTK (siehe Anhang VII) sollte, auch aufgrund der erst Ende 2024 zu erwartenden Ergebnisse der Machbarkeitsstudie, ein längerer Zeitraum eingeplant und ggf. Anpassungen vorgenommen werden.

Auch ist der Digitalisierungsprozess am CTK erheblich fortgeschrittener und engagierter denn in der Region. Anliegen des Landes muss es hingegen sein, die **Digitalisierung der Region** weitaus zügiger voranzubringen als derzeit im Konzept vorgesehen mit dem Abschluss der Digitalisierung für 2038. Die Bewertungsgruppe unterstützt deshalb nachdrücklich die landesseitig geplante Erhebung von Infrastrukturbedarfen in der Region mittels einer **Machbarkeitsstudie**, deren erste Analyseergebnisse für das 4. Quartal 2024 zu erwarten sind (siehe E.VIII.4).

Sie gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass das CTK eine eigene Studie zur Bedarfserhebung plant und auch diese Studienergebnisse Berücksichtigung finden sollten. Die Bewertungsgruppe begrüßt die weiteren Pläne des CTK, 2–3 digitale Leitpraxen als sogenannte Reallabore (Living Labs) in der Region Lausitz einzurichten, die als Modellbeispiele für eine digitalisierte Versorgung im ambulanten Bereich mit einer engen Anbindung an Forschung und Lehre des Universitätsklinikums dienen können. In diesem Zusammenhang sollten auch notwendige **finanzielle wie personelle Mittel für Reallabore** im Finanzplan Berücksichtigung finden.

Aus den Definitionen der auszuarbeitenden Rahmenarchitektur der IT-Systeme von Universitätsbetrieb, Universitätsklinikum und Netzwerkpartnern und den abzuleitenden einzelnen **Umsetzungsschritten** kann der **Finanzbedarf** konkretisiert und detailliert geplant werden. Spätestens zu diesem Zeitpunkt ist ein erneuter Abgleich mit dem Gesamtfinanzierungsplan angeraten (siehe E.IX).

## VI.1 Zur Krankenversorgung am CTK

Derzeit gelingt es dem CTK gut, die **Krankenversorgung** in der Region wahrzunehmen und abzusichern. Auch die Kennzahlen sind unter Berücksichtigung der regionalen Spezifika (CTK als Maximalversorger in einer ländlichen, dünn besiedelten Region) angemessen. Um als Universitätsklinikum die Bereiche Forschung und Lehre mit abzudecken, ist allerdings eine **strukturelle Umstellung** der derzeitigen MVZ-Struktur als Hochschulambulanzen sowie eine Weiterentwicklung in den Schwerpunkten notwendig.

Der **Umbau des Carl-Thiem-Klinikums zum Universitätsklinikum** ist für den Aufbau des IUC zentral. Die für einen erfolgreichen Umbau notwendigen finanziellen Mittel, Berufungen und die erforderliche wissenschaftliche Profilierung müssen sich sehr viel deutlicher im Medizinkonzept und in der Berufungsstrategie niederschlagen. Dies ist aus Sicht der Bewertungsgruppe derzeit noch nicht erkennbar und sollte schnellstmöglich erfolgen. Die Ausarbeitung des bisherigen Medizinkonzepts sollte das CTK – als zukünftiges Universitätsklinikum – selbst mitentwickeln und prägen, um dem universitären Anspruch gerecht zu werden. Dafür sollte externe und gegebenenfalls internationale Beratung eingeholt werden.

Die erforderliche Umstellung wird auch die **finanzielle Situation des CTK** beeinflussen, die derzeit wohl noch relativ positiv zu bewerten ist. Eine Aufschlüsselung der Finanzen für den Ausbau zum Digitalen Leitkrankenhaus in Bereichen wie (klinische) Forschung, Förderung der Clinician Scientist-Programme und Klinik-Infrastrukturen liegt bisher nicht vor und sollte schnellstmöglich erstellt werden.

Die derzeitige **Personalsituation am CTK** wird als gut bewertet, vor dem Hintergrund eines Maximalversorgers; das Personal wirkt hoch motiviert und engagiert. Um dies für die Umwandlung in ein Universitätsklinikum zu nutzen, sollte rasch offen- und transparent dargelegt werden, wie die Umwandlung erfolgen soll und was das für die jeweiligen Personalgruppen bedeutet. Aufgrund dieser Situation bekräftigt die Bewertungsgruppe ihre Empfehlung, möglichst **offene und flexibel gehaltene Ausschreibungen und Berufungsprozesse** (auch) für das CTK zu gestalten. Darüber hinaus empfiehlt es sich, Professorinnen und Professoren Möglichkeiten zu eröffnen, wissenschaftliches und ärztliches Personal zu rekrutieren, da insbesondere wissenschaftliche Mitarbeitende entscheidend für eine tragfähige Forschung und Lehre am CTK sein werden. Dabei befindet sich das CTK in der ambivalenten Position, als Universitätsklinikum zwar eine deutlich **höhere Personaldecke** denn derzeit zu benötigen, gleichwohl werden **personelle Anpassungen** erforderlich sein, um in der Region und auch überregional kompetitiv auftreten zu können. In Ausschreibungen und in Berufungs-

prozessen sollte dieser Umstand berücksichtigt werden. Um außerdem die Verbindung von Ausbildung und Wissenschaft erfolgreich umzusetzen, sollten **Clinician-Scientist-Programme und weitere / ähnliche Förderprogramme** (siehe E.III.4) eingeführt und von Wissenschaft und Klinik gemeinsam ausgestaltet werden. Dabei sollten auch Regelungen festgelegt werden, wie bisherige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des CTK in diese Programme integriert werden können.

## VI.2 Zur geplanten Weiterentwicklung des CTK zum Universitätsklinikum

Im derzeitigen Konzept des IUC ist nicht klar ersichtlich, welchen **Beitrag** abseits der guten Krankenversorgung **das CTK für den Aufbau der Universitätsmedizin** leisten kann und soll. Aus Sicht der Bewertungsgruppe böten sich mit Blick auf die Schwerpunkte am CTK und die in Ansätzen aufgebauten Forschungsaktivitäten der TRS GmbH Anknüpfungspunkte sowohl hinsichtlich klinischer Studien und Kohortenforschung für die Gesundheitssystemforschung/Versorgungsforschung als auch im Ausbau von derzeit bereits bestehenden MVZ zu digitalen Leitpraxen, um die Attraktivität von Digitalisierungs- und Kooperationsmöglichkeiten mit dem Universitätsklinikum deutlich zu machen und zu steigern.

**Forschungsaktivitäten und herausragende Forschung** am CTK müssen insofern noch konzipiert und realisiert werden. Um das CTK zum forschungsaktiven Universitätsklinikum auszubauen, sollten beispielsweise **MVZ des CTK** (Poliklinik mit über 40 Praxen) bewusst integriert werden. Dies würde die **Ausrichtung des CTK auf die geplanten Forschungsschwerpunkte des IUC** bei gleichzeitiger Beibehaltung der Struktur als Maximalversorger ermöglichen. Auch sollte eine **Anschubfinanzierung** sowie die **Weiterfinanzierung** eingeplant werden, um die Grundlagen für **Forschungsaktivitäten** am CTK zu schaffen bzw. zu optimieren.

Unklar ist, wie die zu leistende **universitäre Ausrichtung der klinischen Fächer** sowie der anstehende Transformationsprozess die Einrichtungen des CTK beeinflussen werden. So sollten sowohl die einrichtungsspezifische Planung des Transformationsprozesses am CTK als auch die jeweiligen **Möglichkeiten klinischer Lehre für Studierende** transparent gestaltet werden. Die Bewertungsgruppe erkennt diesbezüglich für die klinischen Fächer am CTK durchaus das Niveau eines Maximalversorgers mit guten Möglichkeiten der Lehre für Studierende.

Die Fortschreibung der **Eckpunkte des Medizinkonzepts** (Stand 21.11.2023) bedürfen insgesamt einer **Weiterentwicklung**, die die Entwicklung für das CTK weitaus stärker in die universitäre Entwicklung integriert und auch auf struktureller Ebene angeht. Die derzeitige Planung der beiden CTK-Schwerpunkte Medizin des Alterns sowie Medizin für die Region sind zwar im Grundsatz mit den geplanten Forschungsschwerpunkten am IUC schnittmengentauglich, jedoch

nicht ausreichend spezifiziert und für die Querschnittsbereiche (Medizin des Alterns, Wearable-Nutzung, Integration von stationärer und ambulanter Versorgung sowie die interprofessionelle Versorgungsausrichtung) insgesamt nicht ersichtlich, wie diese verbunden werden können. Für den Bereich Geriatrie bzw. den Schwerpunkt Medizin des Alterns gibt die Bewertungsgruppe zu bedenken, dass damit auch zumindest für diesen Bereich weniger schwere Patientenfälle und damit ein geringerer CMI einhergehen könnten.

Aufgeführt werden sollten im Medizinkonzept konkrete Nennungen oder realistische Beispiele angestrebter Berufungen sowie Investitionen bzw. Maßnahmen der Strukturentwicklung zur Erreichung der gesetzten Ziele. Um ein Medizinkonzept auf diese Art und Weise aufzusetzen, ist es erforderlich, eine **detaillierte Analyse der aktuellen Situation des CTK** hinsichtlich Forschung und Versorgung aufzustellen. Ein vom Land in Auftrag gegebenes Wirtschaftlichkeitskonzept sieht nach aktuellem Stand Potenziale der Leistungssteigerung vor allem in den Indikationsbereichen Geriatrie, Gefäß, Bauch, Bewegungsapparat, Neurologie und Herz, für die bereits strategische Faktoren hinterlegt worden sind. Dies geht zwar in die empfohlene Richtung, ist aber noch nicht ausreichend, weil nicht klar wird, wie die gewünschte Leistungssteigerung die Organisation des Klinikums entsprechend verändern soll. Außerdem müssen dafür auch Daten aus der Region ergänzt werden.

Ausgehend von einer solchen Analyse des Ist-Zustands, sollten **Zieldefinitionen** für die Entwicklung des zukünftigen Universitätsklinikums ausgearbeitet und anschließend dafür notwendige **Maßnahmen für Personal, Klinikstrukturen und Infrastrukturen** definiert werden. Auch wird es notwendig sein, Patientenströme zukünftig zumindest zum Teil anders zu organisieren, um ausreichend geeignete Patientinnen und Patienten zu bekommen und das zukünftige Universitätsklinikum leistungsstark aufzustellen. Dafür sind ein tragfähiges Netzwerk sowie geeignete Partner erforderlich. Zur **Ausgestaltung des Netzwerks** sollten gezielt Kooperationen eingegangen und zugleich verschiedene Kooperationsmodelle angedacht werden, sodass die medizinische Aus- und Weiterbildung am IUC gesichert ist. Dabei sollte die notwendige, herausfordernde Umgestaltung des CTK auch mit Blick auf System- und Zukunftsaufgaben verbunden werden. |<sup>103</sup>

Im Medizinkonzept sollte weiterführend ausgearbeitet werden, wie die Forschungsschwerpunkte des IUC gemeinsam mit der Region realisiert werden können. Hinsichtlich ihrer Vorbereitung und Umsetzung ist eine **verstärkte Kommunikation zwischen Land und CTK** anzuraten.

|<sup>103</sup> Vgl. Wissenschaftsrat (2021): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem; Köln, S. 66. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.html>.

Um die **Kooperation von Wissenschaft und Klinik** belastbar aufzubauen, muss das Medizinkonzept respektive die Entwicklung von Schwerpunkten am CTK in synergetischem Austausch mit dem Forschungskonzept am IUC erfolgen (siehe E.III.1). Dazu ist ein vermehrter Austausch der beteiligten Akteure dringend anzuraten. Mit Bezug auf die zentrale Rolle des Forschungs- und Medizinkonzepts für die Planung, Organisation und Qualitätssicherung der klinischen Lehre und Forschung bekräftigt die Bewertungsgruppe ihre Empfehlung, den Gesamtzeitplan anzupassen, um der Konzeptentwicklung angemessen Raum zu geben.

Die von Studienbeginn an geplante **Zusammenarbeit mit Forschungs- und Lehrpraxen der Region** macht eine große Anzahl verlässlicher Partner notwendig. Daher würdigt die Bewertungsgruppe die bisher erfolgten Kooperationsanbahnungen mit bestehenden Kooperationspraxen sowie dem CTK. Auch nimmt die Bewertungsgruppe die Liste der abgeschlossenen LoI mit Arztpraxen in der Region positiv zur Kenntnis. Eine **detaillierte Auflistung der potenziellen Kooperationspraxen** in der Region steht noch aus und sollte erstellt werden. Im Rahmen der Umwandlung des CTK zum Universitätsklinikum muss die bisherige **Vernetzung und Zusammenarbeit mit den regionalen Netzwerkpartnern bzw. Kooperationspraxen** sorgfältig ausgebaut und mittel- und langfristig sichergestellt werden. Es hat sich gezeigt, dass die Koordination mit den Netzwerkpartnern anspruchsvoll ist. Die Bewertungsgruppe hält es daher für erforderlich, **Maßnahmen zur Zusammenarbeit** mit den Netzwerkpartnern sowie gleichermaßen mit dem CTK **hohe Priorität** im weiteren Vorgehen des IUC-Aufbaus einzuräumen. Insbesondere Fragen zu Datensammlung und -aufbereitung für Forschung sollten konkretisiert werden.

#### **E.VII ZU PERSONAL UND BERUFUNGEN**

---

Die vorläufige Personalplanung baut notwendigerweise auf einem Lehr- und Forschungskonzept auf, das wiederum auf dem geplanten Curriculum basiert. Diese Grundlagen inklusive der avisierten Absicherung des vorklinischen Studienabschnitts und der Blockpraktika Allgemeinmedizin, die maßgeblich von Kooperationen zur BTUCS sowie, in der Startphase des IUC, zur Charité getragen werden soll, werden derzeit für das Konzept des IUC weiterentwickelt. Zur personellen Aufbauplanung und Ausstattung der Professuren und ihrer voraussichtlichen Verteilung auf Departments sowie zum Umfang an wissenschaftlichem Personal kann daher noch keine abschließende Einschätzung durch die Bewertungsgruppe erfolgen.

Bisherige Planungen zu Personalrekrutierung und Berufungsstrategie gehen von 80 Professuren (60 + 20 in den Forschungsschwerpunkten) aus und ordnen jeweils den Zeitpunkt der Besetzung ein. Diese Planungen sind zwar grundsätzlich nachvollziehbar, allerdings noch abhängig von den Weiterentwicklungen der jeweiligen Konzepte. Aus Sicht der Bewertungsgruppe müssen die Konzepte

rasch weiterentwickelt werden, woraus sich auch Anpassungen in der Personalplanung ergeben werden, nicht nur für die Professuren, sondern auch für die weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Bewertungsgruppe macht auch Vorschläge dazu, wie die Planungen für die Professuren angepasst (Denominationen und die Zeitpunkte der Berufungen) und welche weiteren Gesichtspunkte beachtet werden sollen.

Insbesondere in der Gründungs- und Startphase muss der Aufbau rasch voran gebracht werden und in vielen verschiedenen Bereichen gleichzeitig Aufbauarbeit geleistet werden, von der Rekrutierung der ersten Professorinnen und Professoren über die Entwicklung des Curriculums mit den zugehörigen Regularien, die Planungen für die Infrastrukturen und Neu- sowie Umbauten bis hin zum Aufbau des Netzwerks in die Gesundheitsregion Lausitz. All dies braucht viele Personen, die sich für dieses ehrgeizige Projekt engagieren. Um geeignetes Personal zu finden, müssen insofern alle Möglichkeiten der Rekrutierung genutzt werden. Zu bedenken ist dabei auch, dass es der Anspruch des IUC ist, in den Forschungsschwerpunkten überregional sichtbar zu werden.

Grundsätzlich ist es dem CTK bislang erstaunlich erfolgreich gelungen, das erforderliche Personal zu rekrutieren; es wird von der Bewertungsgruppe als versierter Akteur wahrgenommen, der über die **erforderlichen Strategien verfügt, die benötigten Personalressourcen am Klinikum** aufzubauen. Dennoch darf der Transformationsprozess zu einem Universitätsklinikum nicht unterschätzt werden; geeignetes Personal zu finden, wird über den Erfolg des Projekts wesentlich mitentscheiden. Insofern unterstreicht die Bewertungsgruppe noch einmal, das CTK als künftiges integriertes Universitätsklinikum frühzeitig in die Personal- und Berufsstrategien einzubinden. Dies gilt auch, wie bereits gesagt, für die BTUCS (siehe E.II). Für aussichtsreich hält die Bewertungsgruppe auch **Abstimmungen mit weiteren im Land bestehenden sowie aufzubauenden außeruniversitären Forschungseinrichtungen** hinsichtlich Dual-Career-Optionen sowie der Nutzung von Infrastrukturen, um die Attraktivität des Standorts zu steigern (siehe LSB-Empfehlungen).

#### VII.1 Zu Personalplanungen und Berufungen in der Start- und Gründungsphase

Aus Sicht der Bewertungsgruppe werden insbesondere die **ersten Berufungen** nicht nur für die Ausrichtung der Forschungsschwerpunkte **weichenstellend** sein, sondern auch die Attraktivität des gesamten Standorts für Studierende und Beschäftigte wesentlich beeinflussen (siehe E.II). In diesem Zusammenhang ist es empfehlenswert, mit Akteuren von anderen neu aufzubauenden Institutionen in der Region in Austausch zu treten, um etwa mögliche Dual Career-Optionen und ggf. weitere Kooperationsmöglichkeiten auszuloten.

Die geplante Neuausschreibung zahlreicher Professuren ist ausdrücklich zu begrüßen. Gleichwohl kommt die Bewertungsgruppe insgesamt zur Einschätzung einer **relativ knapp bemessenen Anzahl an Professuren** für die Abdeckung der

erforderlichen Module gemäß der neuen ÄApprO (Referentenentwurf) des Studiengangs Humanmedizin. Die Bewertungsgruppe begrüßt die Planung des Landes, die acht grundlagenwissenschaftlichen Professuren Medizindidaktik, Physiologie, Biochemie, Mikroskopische Anatomie, Makroskopische Anatomie, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie sowie Biometrie bis spätestens zum 3. Quartal 2025 einzurichten, um die professorale Lehre in diesen Fächern sicherzustellen. Eine Absicherung von Lehre durch kooperierende Einrichtungen und eine entsprechende Aufschlüsselung innerhalb des Personalkonzepts sollte außerdem zeitnah erfolgen. Mit Blick auf die geplante Startphase des IUC mit Studienbeginn im Wintersemester 2026/27 ist ein detailliertes Konzept zu erstellen, das die erforderlichen Lehrkooperationen belastbar abdeckt und auch weitere Bedarfe berücksichtigt, die mit Studienbeginn einhergehen, wie etwa Fragen der Unterbringung von Studierenden und Lehrpersonen.

Neben den bereits aufgeführten acht grundlagenwissenschaftlichen Professuren sollten prioritär rasch weitere **Besetzungen** vorgenommen werden für

- \_ Medizindidaktik, die für die Entwicklung eines Lehrkonzepts, das wie bereits beschrieben noch um Besonderheiten ergänzt werden sollte, verantwortlich ist.
- \_ Digital Health und Medizininformatik, um den Forschungsschwerpunkt Digitalisierung gemeinsam mit der Region weiter zu entwickeln, die verschiedenen Digitalisierungsstrategien synergetisch zusammenzuführen und den Digitalisierungsschwerpunkt voranzubringen.
- \_ Gesundheitssystemforschung, um den geplanten Forschungsschwerpunkt unter Bezugnahme auf und Weiterentwicklung des Medizinkonzepts aufzubauen. Auch hier ist es notwendig, die Modellregion Gesundheit Lausitz einzubeziehen und die Kooperationsverträge mit wichtigen Netzwerkpartnern voranzutreiben.
- \_ die Professuren für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin.

Um all diese Berufungen auf den Weg zu bringen, ist es notwendig, dass ein Mitglied im Gründungsvorstand dafür verantwortlich ist, die verschiedenen Konzepte (Forschungskonzept, Medizinkonzept, Digitalisierungskonzept) in eine Berufungsstrategie zu überführen und die richtigen Prioritäten und Posterioritäten zu setzen. In die Berufungsverfahren sollte von Beginn an auch eine **internationale Perspektive** eingebunden werden. Hierfür sollte sowohl die Expertise internationaler Gutachterinnen und Gutachter eingeholt als auch Bewerberinnen und Bewerber mit internationaler Sichtbarkeit im In- und Ausland gesucht werden.

Das IUC ist aufgrund der geplanten Zusammenarbeit mit der Region sowie mit dem CTK als künftigen Universitätsklinikum mit schon bestehendem Personalcorpus mit der Herausforderung konfrontiert, einen den akademischen Anforderungen sowie der aktuellen Versorgungssituation gerecht werdenden Personalbestand aufzubauen und möglichst dadurch gleichzeitig die geplanten Forschungsschwerpunkte zu stärken. Dies in eine sektoren- und gegebenenfalls krankenhausübergreifende Ausgestaltung einer konkreten Berufungsstrategie für das IUC umzusetzen, steht noch aus und ist eine wichtige Aufgabe des Gründungsvorstands bzw. des darauffolgenden Vorstands. Eine **Schärfung der Berufungsstrategie** sollte auch unter Einbindung der Versorgungspartner erfolgen.

Für Berufungen laufen darüber hinaus schon wenige Ausschreibungen für **vakante Chefärztin- bzw. Chefarzt-Positionen**, die aus Sicht des CTK und des Landes zur Sicherung der Versorgung rasch vor Errichtung des IUC besetzt werden sollten. Gerade diese kurzfristig und vor Etablierung der Gründungsorgane erforderlichen Verfahren sind besonders herausfordernd. Zugleich ist aufgrund der Langfristigkeit dieser Besetzungen besonderer Wert auf die Äquivalenz dieser Verfahren zu einem universitären Berufungsverfahren zu legen. Die Erwartungen an die zu berufenden Personen und die Zusammensetzung der Kommissionen sollten diese Äquivalenz zum Ausdruck bringen.

Darüber hinaus begrüßt die Bewertungsgruppe die Planung des Landes, unterschiedliche **Auswahlverfahren auf Positionen als Chefärztin bzw. Chefarzt** zu nutzen (klassisches wissenschaftsgeleitetes Berufungsverfahren, qualitätsgesichertes Berufungsverfahren ohne öffentliche Ausschreibung, Qualifizierung des bestehenden Leitungspersonals; siehe D.III.3.a). Grundsätzlich sollte in Berufungsverfahren für klinische Professuren ein Verfahren definiert und festgelegt werden, das die Interessen von Wissenschaft und Klinik angemessen berücksichtigt. Dabei könnte die bestehende Liste vakanter Chefärztin- bzw. Chefarzt-Positionen am CTK mögliche Bereiche und Schwerpunkte der Berufungen unterstützend vorgeben und auf diesem Wege eine Annäherung von Forschungs- und Medizinkonzept erfolgen.

Ebenfalls als herausfordernd ist die Rekrutierung von **Personal für den Bereich Digitalisierung** einzuschätzen. Die bereits erfolgte Einstellung von 35 der vorgesehenen 50 Stellen an wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für den Bereich Digitalisierung der Medizinischen Universität und der Region ist daher positiv hervorzuheben. Die Bewertungsgruppe empfiehlt auch in diesem Zusammenhang den verstärkten Austausch mit Unternehmen und Institutionen der Region, um von vorhandenen regionalen Strategien der Personalrekrutierung im Bereich IT gegebenenfalls zu profitieren und frühzeitig eine regionale Vernetzung zu fördern.

Die Bewertungsgruppe begrüßt, dass in der bisherigen Personalplanung auch **Open Topic- und Open Rank-Verfahren** ausgeschrieben werden sollen (siehe D.III.2). Diese können die aus Sicht der Bewertungsgruppe wünschenswerte Flexibilität der Besetzung von Professuren am IUC erweitern. Noch nicht ersichtlich sind die Verteilung der Professuren auf die Departmentstruktur sowie die **Zusammenarbeit der Professuren mit den Ärztinnen und Ärzten am CTK**. Die dahingehende Weiterentwicklung des Personalkonzepts sollte zügig angegangen werden.

Für die weitere Konzeptentwicklung empfiehlt die Bewertungsgruppe, nachstehende Aspekte zu berücksichtigen:

- \_ Um die Berufungsstrategie erfolgsversprechend auszurichten, sollte sie dem **Medizin- und Forschungskonzept folgend** angelegt und sowohl dem Wunsch nach komplexen Leistungsgruppen in der Versorgung, den noch weiter zu entwickelnden Forschungsschwerpunkten sowie klinischen Schwerpunkten der Klinik gerecht werden. Die bisherige **konzeptionelle Herangehensweise** an das Forschungs- und Lehrkonzept, erscheint **zu theoretisch und rein auf die Wissenschaftsseite** ausgerichtet. So ist anzunehmen, dass forschungsinteressierte Klinikerinnen und Kliniker Ausschreibungen wenig attraktiv finden werden. Gerade die das IUC entscheidend prägenden ersten sieben bis zehn Berufungen sollten jedoch nicht nur theoretisch Forschende und Lehrdidaktikerinnen bzw. Lehrdidaktiker umfassen, sondern sich auch aus forschungsaktiven Klinikerinnen und Klinikern zusammensetzen. Um Ausschreibungen für diese Zielgruppe attraktiver zu gestalten, sollte deshalb der **Begriff Gesundheitssystemforschung** durch Versorgungsforschung ersetzt bzw. ergänzt werden, um gerade für Klinikerinnen und Kliniker interessante Forschungsbereiche einzuschließen.
- \_ Das Land sollte im Rahmenvertrag zur Übertragung der Trägerschaft des CTK als KdöR an das Land, sicherstellen, dass **Beschäftigte der Klinik** die zusätzlich anfallenden Aufgaben in Forschung und Lehre wahrnehmen können und dafür **Freiräume für ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** geschaffen werden. Die Wahrnehmung von Aufgaben in Forschung und Lehre sollte insbesondere in der Anfangsphase zu reduzierten Aufgabenumfang/Freistellungen von den Aufgaben in der klinischen Versorgung führen.
- \_ Um die Berufungsstrategie tragfähig auszugestalten und dem Auftrag des IUC in Forschung, Lehre und Krankenversorgung nachzukommen, sollte die **Beteiligung von BTUCS sowie CTK** bzw. des Universitätsklinikums (durch den Vorstand Krankenversorgung) angemessen berücksichtigt werden (siehe E.II/E.II.1).

Im bisherigen Konzept sollten Maßnahmen zur Verwirklichung von Gleichstellung und Diversität konkretisiert werden, etwa durch die Planung eines Office für Gleichstellung und Diversität, wie es u. a. von der DFG bei Verbundprojekten eingefordert wird. Zu den Aufgaben der bzw. des Gleichstellungsbeauftragten gehört die Erstellung eines Gleichstellungsplans und eines Diversitätsplans für das IUC für alle Berufsgruppen des medizinischen und nicht-medizinischen Personals sowie der Studierenden. Das Land sollte in diesem Rahmen auch ein Gleichstellungsprogramm andenken. Die Bewertungsgruppe begrüßt in diesem Zusammenhang das Ziel des Landes, in den geplanten **Förderprogrammen** für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in frühen Karrierephasen **Gleichstellungsparameter** zu berücksichtigen (siehe E.III.4). Ebenso begrüßt werden die Planungen zur Errichtung von zwei Kindertagesstätten am IUC sowie zum Aufbau einer internationalen Schule.

**Fördermaßnahmen zur Gleichstellung** sollten auch für die Postdoc-Phase berücksichtigt werden, darunter auch für das geplante **Clinician-Scientist-Programm** am IUC. Das wissenschaftliche Auswahlverfahren sollte mit dem wissenschaftlichen Vorstand oder der Forschungskommission durchgeführt werden. Konkretisiert werden sollte auch die **Zusammenführung von Förderprogrammen mit Maßnahmen zur Gleichstellung und Vereinbarkeit** von Beruf und Familie, um auch hier die Attraktivität des IUC in puncto Personalentwicklung vor allem für Medizinerinnen und Mediziner sowie Pflegepersonal gezielt zu stärken.

#### **E.VIII ZU INFRASTRUKTURELLEN RAHMENBEDINGUNGEN**

---

Das IUC steht in Anbetracht der geplanten Kooperation mit Netzwerkpartnern der Modellregion Gesundheit in der Region vor immensen Herausforderungen. Diese betreffen zuvorderst die sehr aufwendige IT-Vernetzung, deren Planung noch aussteht und durch die Ende 2024 vorliegenden Ergebnisse der geplanten Machbarkeitsstudie vorangetrieben werden soll (siehe E.VIII.4). Auch für die Anschaffung notwendiger Infrastrukturen für die klinische Forschung und Lehre sowie für die Verfügbarkeit von Großgeräten für die Forschung ist erst noch eine detaillierte Planung zu erstellen. Die weitere Ausarbeitung des Medizinkonzepts sollte diese Punkte ebenfalls integrieren, um den notwendigen infrastrukturellen Bedarf zu ermitteln.

Das Land hat für die Kosten und deren Finanzierung aus jetziger Sicht nachvollziehbare Annahmen erstellt. Gemäß Masterplan des Landes (aktualisierte Fassung vom 10.10.2023) ist vorgesehen, dass das Land die Investitionskosten der Digitalisierung des CTK, die digitalen Infrastrukturen zur regionalen Vernetzung in der Modellregion sowie die baulichen Strukturen durch Förderarm 1 InvKG – Investitionen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Infrastruktur (Finanzhilfen an die Länder nach Art. 104 GG) finanziert. Ebenfalls wird der Betrieb von Forschungs-

infrastrukturen (Personal- und Sachkosten) über Förderarm 2 InvKG – (Bundesmittel – Projektförderung des forschungsbezogenen Auf- und Ausbaus des IUC) finanziert. |<sup>104</sup> Schwerpunkt der Investitionen im Zeitraum 2023–2027 sollen bauliche und digitale Infrastrukturen inkl. des Ausbaus des CTK zu einem Digitalen Leitkrankenhaus und des Aufbaus eines digitalen Netzwerks in der Modellregion Gesundheit Lausitz sein. Die Investitionsbedarfe für diesen Zeitraum schätzt das Land auf insgesamt circa 188 Mio. Euro (Bundesanteil circa 181 Mio. Euro aus Mitteln des Förderarms 1 InvKG mit 10 % Kofinanzierung des Landes; Stand 10.10.2023). Der größte Anteil dieser Kosten entfällt in den Jahren 2023–2027 mit 105 Mio. Euro auf die Kosten zur Digitalisierung des CTK; 30 Mio. Euro entfallen auf den Aufbau des digitalen Netzwerks in der Modellregion Gesundheit Lausitz.

Für den Finanzierungsbedarf für den Aufbau digitaler Infrastrukturen in der Modellregion Gesundheit Lausitz werden erst Ende 2024 die Ergebnisse der Bedarfsanalyse für die Region vorliegen. Das Land schätzt den Aufwand zur regionalen Vernetzung der Versorgungsakteure in der Modellregion Gesundheit Lausitz zwischen 2023 und 2038 auf 100 Mio. Euro bzw. 115 Mio. Euro inkl. 15 % Planungsreserve ein (Stand 10.10.2023; siehe E.VIII.4); Mittel für ein Forschungsprogramm (Personal- und Sachmittel) sind darin nicht enthalten, was die Bewertungsgruppe allerdings für notwendig hält. Eine konkrete Bedarfsplanung liegt auch hierfür noch nicht vor, und folglich auch keine konkrete Finanzierungsplanung für den infrastrukturellen Ausbau insbesondere mit Blick auf die Geräte- und IT-Ausstattung. Die Bewertungsgruppe weist darauf hin, dass mit diesen Mitteln nicht der Aufbau der digitalen Infrastrukturen in der Modellregion finanziert werden kann, dessen Umfang in der Bedarfsanalyse untersucht werden wird, sondern dieser aus anderen Quellen finanziert werden muss. Gerade in der Aufbauphase wird die Akzeptanz der Forschungsschwerpunkte und die Bereitschaft zur mittel- und langfristigen Kooperation bei den regionalen Versorgern von einem überzeugenden Implementierungskonzept maßgeblich abhängen. Hier wird das IUC an vielen Stellen in Vorleistung gehen müssen, und die dafür unvermeidlichen erheblichen Mittel sind wesentliche Gelingensfaktoren.

Unabdingbare Voraussetzung für den Aufbau der Modellregion ist der ausreichende Netzausbau in der Region auf die für eine aktive Vernetzung notwendige Bandbreite. Die Kosten dieser „Erschließungsleistung“ müssen zusätzlich im Landeshaushalt eingestellt sein und der Netzausbau mit einem konkreten Zeitplan umgesetzt werden. Planungen zum Aufbau und zum Zugang zu notwendigen Core Facilities sind ebenfalls noch nicht vorhanden und müssen zeitnah erstellt werden. Zu bereits vorliegenden Flächen- und Bauplanungen siehe D.IX.1.

| <sup>104</sup> Das Land plant neben der Förderung durch Bundesmittel durch die beiden Förderarme nach InvKG auch Landesmittel ein. Der effektive Finanzierungsbedarf des Landes zur Finanzierung von Aufbau und Betrieb des IUC bis 2038 inklusive Planungsreserve von 15 % für die Investitionskosten in digitale Infrastrukturen und 30 % für die Investitionskosten in bauliche Infrastrukturen beträgt 387 Mio. Euro (Stand 10.10.2023), der Finanzierungsbedarf des Bundes hierfür liegt bei ca. 1,7 Mrd. Euro (Stand 10.10.2023).

Der Aufbau des IUC wird in Abstimmung mit dem Finanzministerium vom **Land** in der Rechtsform einer KdöR umgesetzt. Dabei sollen die **Bauherreneigenschaft** und Dienstherreneigenschaften nach Gründung des IUC der Medizinischen Universität übertragen werden. Die vom Land in Auftrag gegebene Bauplanung erscheint zum derzeitigen Zeitpunkt sinnvoll und sollte rasch weiter vorangetrieben werden. Um eine zügige Umsetzung der Bauplanung ermöglichen und rasch mit der Umsetzung beginnen zu können, unterstützt die Bewertungsgruppe die Bemühungen der Projektkoordination um Planungserleichterungen, insbesondere auch darin, das IUC in der Start- und Gründungsphase von der Richtlinie Bau zu befreien. Weitere Erleichterungen, was Ausschreibungsverfahren oder Ähnliches angeht, werden notwendig sein, um den ehrgeizigen Zeitplan einhalten zu können. Hier ist die Unterstützung des Landes gefordert.

Die Bewertungsgruppe begrüßt die Planung des Landes, der Medizinischen Universität mit der Gründung die Bauherreneigenschaft zu übertragen.

Das Land hat durch HIS-HE drei mögliche Bebauungsszenarien erstellen lassen, die in Orientierung an bereits entwickelten Leitlinien aufgesetzt wurden. Angesichts der zu erwartenden steigenden Baukosten enthalten die Planungskosten für Bauten eine Planungsreserve in Höhe von 30 % der Projektkosten. Die Bewertungsgruppe begrüßt diese vorgesehenen Maßnahmen und erkennt die erfolgten Schritte an, die das Land bereits unternommen hat, um den Bau innerhalb des knappen Zeitrahmens voranzubringen. Gleichwohl ist der zeitliche Planungshorizont hinsichtlich der baulichen Planung und einer tragfähigen Aufstellung der Investitionen durch Fördermittel als kritisch einzuschätzen. Berücksichtigt werden muss in dieser Hinsicht außerdem die anspruchsvolle Aufgabe, eine handlungsfähige Bauabteilung aufzubauen.

Neue Flächen werden laut der Planung des Landes bis zum avisierten Studienbeginn im Wintersemester 2026/27 nicht aufgebaut sein. Das Land hat deshalb Interimsflächen sichergestellt, darunter Büroflächen in einem Umfang von ca. 1.200 m<sup>2</sup> in der Nähe des CTK. Das Land rechnet damit, über einen ersten Baukörper mit Laboren für die Lehre frühestens im Jahr 2028 zu verfügen. Die bisher erfolgten Unternehmungen zur Sicherstellung von **Interimsflächen**, wie der Abschluss eines LoI mit der Charité und die aufgestellte Umsetzungsplanung des Curriculums Humanmedizin IUC in Interimsflächen an CTK und BTUCS, sind aus Sicht der Bewertungsgruppe nicht ausreichend und unbedingt durch weitere Interimsflächen vor Ort zu ergänzen. Zugleich muss die parallele **Raumplanung am CTK** für die Bauplanung des IUC Berücksichtigung finden. Eine weiterentwickelte Bauplanung mit konkreten Daten zum IUC-Planungskonzept, die insbesondere den zeitnahen geplanten Studienbeginn 2026 einbezieht, sollte ebenso wie die Aufstellung einer mit dem Bau betrauten Arbeitsgruppe umgehend erarbeitet werden.

Für die infrastrukturelle Unterstützung der geplanten medizinischen Forschung sind zuvorderst digitale Infrastrukturen zur Datenerhebung und -integration, Strukturen zur Koordinierung und Verwaltung des Forschungs-, Lehr- und Versorgungsnetzwerks, ein Simulationszentrum sowie probandenbezogene Forschungsflächen im Bauprogramm für die Medizinische Universität eingeplant. Sie werden perspektivisch unter dem Dach des zu gründenden **Simulationszentrums** für den Austausch von Versorgung und Gesundheitswirtschaft/Industrie zur Verfügung gestellt (2.238 m<sup>2</sup> für Skills Labs, Simulationsflächen, Untersuchungs- und Behandlungsräume für probandenbezogene Forschung sowie Verfügungsflächen für Unternehmenskooperationen; Stand 10.10.2023). Eine solche Bündelung der translationalen Infrastrukturen mit dem Ziel der passgenauen medizintechnischen und versorgungsbezogenen Produktentwicklung ist grundsätzlich zu begrüßen.

Ebenfalls erachtet die Bewertungsgruppe den begonnenen Aufbau des **Medical Accelerators** auf dem Gelände des CTK als sinnvoll. Dieser hält Büro- und Werkflächen für Akteure der Gesundheitswirtschaft auf 1.100 m<sup>2</sup> vor, um in Kliniknähe Produkterprobung und -entwicklung zu betreiben. Darüber hinaus erachtet die Bewertungsgruppe die Einrichtung des geplanten Kompetenzzentrums für Gesundheitssystementwicklung, das die Koordination der klinischen und angewandten Forschung am IUC sowie der dafür notwendigen Forschungsinfrastrukturen in der Region verantworten soll, für unterstützenswert.

Für **Laborforschungsflächen** v. a. für **Professuren der medizinischen Grundlagenwissenschaften** (u. a. Physiologie, Biochemie/Molekularbiologie und Anatomie) sieht die bisherige Planung vor, dass für die zeitgleiche Nutzung durch 22 Professuren Forschungsflächen im Umfang von 5.198 m<sup>2</sup> (Stand 10.10.2023) bereitgestellt werden, wobei die Mehrzahl der Laborflächen als flexibel nutzbare Infrastruktur und für die zeitlich befristete Dauer von Forschungsprojekten angelegt sein soll. Für die zukünftigen Nutzungsanforderungen muss das Land individuelle Lösungsansätze entwickeln und die Bereitstellung oder Anmietung von Laborflächen garantieren.

Die zeitnahe Realisierung der Infrastrukturen ist Voraussetzung für den Erfolg des Konzepts zum Aufbau der Universitätsmedizin. Spätestens mit der Besetzung erster Professuren müssen entsprechende räumliche und personelle Voraussetzungen geschaffen sein, um Forschung und Lehre durchführen und Forschungsziele sowie die Vernetzung mit und Translationsaktivitäten in der Region erreichen zu können. Die Bewertungsgruppe empfiehlt daher, den **Ausbau von klinischen Infrastrukturen** sowie der **Studienzentrale für klinische Studien des CTK** voranzutreiben und den Aufbau von Biobanken zu planen.

Mit Blick auf die Forschungsvorhaben der Forschungsschwerpunkte, aber auch die Attraktivitätssteigerung des Studiums ist es dringend erforderlich, weitere

Kooperationspraxen für das Netzwerk zu gewinnen und den digitalen Ausbau der Vernetzung sicherzustellen. Die **Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung** sollte deshalb möglichst früh aufgebaut und ausgestattet werden, um diese Aufgabe zu verantworten.

Als wissenschaftliche Kooperationspartner bieten sich für das IUC neben der BTUCS auch interessante Möglichkeiten in einer Zusammenarbeit mit der Außenstelle des RKI in Wildau, dem ZKI-PH, insbesondere die mögliche Zusammenarbeit mit dem Bereich IT am ZKI-PH (siehe D.IV.1/E.IV.1). Bisher sind mit drei Einrichtungen der Fraunhofer-Gesellschaft, zwei Einrichtungen der Helmholtz-Gemeinschaft und einer Zweigstelle des Sorbischen Instituts (Bautzen) einige weitere außeruniversitäre Forschungsinfrastrukturen am Standort Cottbus angesiedelt (siehe LSB-Empfehlungen), deren Ausrichtung allerdings zum jetzigen Zeitpunkt keine direkten Bezüge oder Forschungsk Kooperationen zu den Forschungsschwerpunkten am IUC nahelegt. Vor diesem Hintergrund sollte das IUC mit denjenigen Einrichtungen, die regional eine passende wissenschaftliche Ausrichtung aufweisen, eng zusammenarbeiten, um damit gegebenenfalls auch auf weitere Infrastrukturen zurückgreifen zu können.

### VIII.3 Zu Infrastrukturen für die Lehre

Da das CTK bereits eigenständig bzw. im Verbund mit anderen Bildungseinrichtungen oder der BTUCS in verschiedenen Gesundheitsberufen ausbildet, verfügt es über (geringe) für diese Zwecke **eingerrichtete Lehrflächen** (ein Hörsaal mit 200 Plätzen sowie ein Seminarraum), die **großflächig durch Lehr- und Lernflächen sowie Praktikumsflächen erweitert** werden müssen. Die Bewertungsgruppe hält die Bereitstellung von insgesamt 5.500 m<sup>2</sup> Lehr- und Lernflächen (Hörsäle, Seminarräume, Praktikumsräume, studentische Selbstlernflächen, Skills Labs im Simulationszentrum sowie eine Bibliothek mit Arbeitsplätzen für das Selbststudium; Stand 10.10.2023) für sinnvoll.

Das Land plant, einen ersten Baukörper mit Laboren für die Lehre frühestens im Jahr 2028 fertigzustellen. Für die Aufbauphase des IUC plant das Land deshalb **Interimslösungen**. So sollen für die Lehre der ersten Studierendenkohorten überwiegend Interimsflächen des CTK (zwei Hörsäle, sieben Seminarräume und Labore der Klinik sowie weitere Räume der Medizinischen Schule und der Fachschule am CTK) sowie blockweise Praktikumslabore an der BTUCS am Campus Senftenberg genutzt werden. Zur Plausibilisierung dieser Maßnahme wurde eine **Raumkapazitätsplanung** aufgestellt. Auch wird im Nachtrag zum LoI vom 05.09.2023 die Nutzung von Ausbildungs- und Laborflächen sowie Lehrimporte der BTUCS für das IUC mit Beginn des geplanten Studienstarts zum Wintersemester 2026/27 bekräftigt. Diese erfolgten Schritte weisen in eine gute Richtung für zukünftige Kooperationen von IUC und BTUCS. Die Bewertungsgruppe weist darauf hin, dass auch in den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern und für Laborpraktika in den biomedizinischen Grundlagenfächern, die gemäß dem

Konzept langfristig über Lehrimport durch die BTUCS abgedeckt werden sollen, ausreichend Räumlichkeiten ab Beginn des Studienbetriebs erschlossen und bereitgestellt bzw. aufgebaut werden müssen.

Gemeinsam mit dem CTK und den Kooperationspraxen gilt es, Konzepte zur Durchführung der Lehre am zukünftigen Universitätsklinikum zu entwickeln und den Ausbau sowie die Verfügbarkeit von Lehrflächen zu koordinieren. Damit die Medizinische Universität ihre Aufgaben in der klinischen Ausbildung wahrnehmen kann, muss das Land die räumlichen, infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen herstellen und diese bereits zur Aufnahme des Studienbetriebs gewährleisten. Die Bewertungsgruppe empfiehlt, die **notwendigen Infrastrukturen** für die Lehre zeitnah bereitzustellen, um eine erfolgreiche Umsetzung des Studienbetriebs zu gewährleisten. Deshalb wird mit Blick auf den geplanten Zeitrahmen eine Verschiebung des Studienbeginns abermals angeraten (siehe E.I).

#### VIII.4 Zu Digitalen Infrastrukturen

Hinsichtlich der **Digitalen Infrastrukturen** ist die telemedizinische Anbindung bzw. die Weiterleitung der **Daten aus der Region zum IUC** sowie insgesamt die IT-Vernetzung mit dem Versorgungsbereich noch unklar.

Die Planung des Landes, die für Ende 2024 zu erwartenden Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zu nutzen (siehe E.V), um daraus Empfehlungen für die Anreizgestaltung der Netzwerkpartner abzuleiten, wird mit Blick auf den Zeitplan als kritisch eingeschätzt. Die Bewertungsgruppe rät vor diesem Hintergrund nachdrücklich, dass rasch und parallel zur Erstellung der Machbarkeitsstudie geklärt wird, wie die derzeit getrennt geplante **Datenerhebung und -aufbereitung von Klinik und Wissenschaft** zusammengeführt werden kann und welche Anreize für niedergelassene Netzwerkpartner geschaffen werden können, um sie zu einer aktiven Mitarbeit in Forschung und Lehre zu ermutigen. Die vom Land geplante Anbindung der regionalen Pflegekräfte an die Telemedizinplattform hält die Bewertungsgruppe für sinnvoll.

Hinzu kommt, dass derzeit nicht ausreichend Mittel dafür eingeplant sind, wie die zur Verfügung gestellten Versorgungsdaten verwaltet und wie sie zu Forschungszwecken verwendet werden sollen. Hier wäre es dringend erforderlich, in der weiteren Planung bzw. Konzeptausarbeitung die Verteilung der vorgesehenen Mittel aufzuschlüsseln etwa auf die Verknüpfung der Versorgungsdaten, den Aufbau von Gesundheitsdaten sowie ein ausreichend dimensioniertes Rechenzentrum mit der notwendigen IT-Umgebung. Konkret sollten anfallende Kosten in Höhe von 10 bis 15 Mio. Euro p. a. einkalkuliert werden. Um die Mittelverteilung auszugestalten, ist unbedingt eine Schärfung des Forschungsprofils samt Agenda vorzunehmen; nur so lässt sich klar abzeichnen, welche Dateninfrastruktur zu welchem Forschungszweck und -ziel aufzubauen ist. Eine konkrete Aufschlüsselung ist auch dringend notwendig, damit

Forschungsfragen untersucht werden können, die international wettbewerbsfähig sind. Auch sind in den Mitteln zur regionalen Vernetzung der Versorgungsakteure in der Modellregion Gesundheit Lausitz in Höhe von 115 Mio. Euro zwar digitale Infrastrukturen berücksichtigt (siehe E.VIII), jedoch exklusive eines Forschungsprogramms (Personal- und Sachmittel). Auch deshalb ist es unerlässlich, dass der Aufbau der digitalen Infrastrukturen gut mit den Forschungsvorhaben der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in Klinik und Wissenschaft abgestimmt ist. Hierfür böte es sich an, die digitalen Infrastrukturen des IUC an den EHDS |<sup>105</sup> anzubinden und gegebenenfalls auch – falls dies möglich sein wird – als Health Data Access Body, d. h. als Zugangsstelle zu Gesundheitsdaten im Sinne des EHDS zu fungieren.

## **E.IX ZUM FINANZIELLEN RAHMEN**

---

### IX.1 Zu Investitionen

Der aktuelle Planungsstand sieht einen Betrag von 831 Mio. Euro inkl. 162 Mio. Euro Planungsreserve für die **Investitionskosten** des IUC bis 2038 vor. |<sup>106</sup> Diese Summe umfasst neben den Investitionskosten für die baulichen Infrastrukturen auch die geplanten Investitionskosten für die Digitalisierung des CTK (i. H. v. 176 Mio. Euro) und den Aufbau digitaler Infrastrukturen zur regionalen Vernetzung in der Modellregion Gesundheit Lausitz (i. H. v. 115 Mio. Euro).

Eine detailliertere Darstellung der zu veranschlagenden **Investitionsposten insbesondere für den Bereich Digitalisierung der Krankenversorgung und der Modellregion als bislang vorgelegt** hält die Bewertungsgruppe für dringend erforderlich.

Die Finanzplanung zum IUC muss außerdem die landesweite Krankenhausplanung mitbedenken, die nun mit dem IUC in Landesträgerschaft eine Universitätsklinik umfasst. Die Mittelverteilung unter diesen modifizierten Bedingungen sollte nicht einseitig zuungunsten der Krankenhäuser des Landes erfolgen.

| <sup>105</sup> Der europäische Raum für Gesundheitsdaten besteht als erster gemeinsamer EU-Datenraum aus gemeinsamen Standards und Verfahren, Infrastrukturen und einem Governance-Rahmen. Er geht aus der EU-Datenstrategie hervor und stellt einen Rahmen für den Datenaustausch von Gesundheitsdaten in der Europäischen Union. Vgl. URL: [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space\\_de](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_de), zuletzt abgerufen am 01.12.2023.

| <sup>106</sup> Davon kommen 146 Mio. Euro vom Land (70 Mio. Euro für bauliche Infrastrukturen i. S. v. Lehrflächen, Bibliothek und Kindertagesstätte sowie 76 Mio. Euro Landesanteil von Förderarm 1 InvKG). Die Investitionskosten sind für die Start- (2023–2025) sowie die Aufbauphase (2026–2035) geplant und bewegen sich zwischen min. 22 Mio. und max. 73 Mio. Euro pro Jahr. In der Betriebsphase (2036–2038) sind keine Investitionskosten vorgesehen.

Für den Betrieb des IUC bis einschließlich 2038 (**Betriebskosten für Forschung, Lehre und Digitalisierung**) werden insgesamt knapp 1,5 Mrd. Euro vorgehalten, verteilt auf insgesamt 33 Mio. Euro in der Startphase (2024–2026), zwischen 41 und 156 Mio. Euro jährlich in der Aufbauphase (2027–2035) sowie durchschnittlich 164 Mio. Euro p. a. in der Betriebsphase (2036–2038). |<sup>107</sup>

Die geplante finanzielle Ausstattung für Investitionen und Betrieb des IUC bis 2038 scheint der Bewertungsgruppe grundsätzlich angemessen, gleichwohl insbesondere die Baukosten schwer abzuschätzen und deshalb **höhere Investitionsbedarfe** nicht unwahrscheinlich sind. Auch müssen folgende **konzeptionelle Planungen dringlich weiterentwickelt** werden, um auf dieser Basis den Finanzbedarf valide zu ermitteln:

- \_ die Weiterentwicklung des Curriculums für den Studiengang Humanmedizin als zentrales Element zum Aufbau des IUC, die sich ggf. auf den Personalbedarf, den Finanzbedarf sowie die benötigten Flächen für Forschung und Lehre auswirkt (siehe E.IV.1);
- \_ die Ausarbeitung eines Medizinkonzepts, das wesentliche Investitionsbedarfe einschließlich der auszuarbeitenden Rahmenarchitektur der IT-Systeme des Universitätsbetriebs, des Universitätsklinikums und von Netzwerkpartnern enthält (siehe E.VI.2) und ebenfalls die Kosten für die Ausstattung der Region (z. B. digitale Leitpraxen) detailliert aufschlüsselt;
- \_ die Personalplanung, die derzeit knapp bemessen ist und ggf. mehr Personalstellen (inkl. Professuren) einplanen sollte (siehe E.VII).
- \_ die Bedarfsplanung für bauliche Infrastrukturen (siehe E.VIII.1).
- \_ Die Bewertungsgruppe unterstützt das Land in seiner Absicht, für die Medizinische Universität (KdÖR) mit Blick auf die Landesmittel für Investitionen und den Landeszuführungsbetrag für Forschung und Lehre eine gesonderte Form der Bereitstellung, der haushaltsrechtlichen Behandlung und des Nachweises der Mittelverwendung vorzusehen, z. B. im Rahmen einer gesonderte Finanzierung nach Maßgabe des Landeshaushalts, einer haushaltsrechtlichen Behandlung nach den Vorschriften des Universitätsmedizingesetzes und eines Nachweises der Verwendung durch den Jahresabschluss. Ähnlich wird es auch in anderen Ländern gehandhabt.

|<sup>107</sup> Davon sind effektiv (weil andere Landesfinanzierungsbedarfe durch die Projektpauschale aus Förderarm II abgedeckt werden) 271 Mio. Euro Landesanteil (Personalkosten der Professuren, Betriebskosten für Lehre und anteilig für Forschung, Verwaltungspersonal).

Die Höhe der Finanzierung des IUC für Betrieb und Investitionen ab dem Jahr 2039, also nach dem Ende der Förderung durch das StStG, können derzeit noch nicht genau umrissen oder benannt werden. Das Land hat sich dazu verpflichtet, das IUC nach 2038 mit Landesmitteln weiterzuführen. Hierfür plant das Land, nach heutigen Maßstäben mit jährlich circa 160 Mio. Euro für den Betrieb. Diese Summe ist aus Sicht der Bewertungsgruppe allenfalls die Voraussetzung für den Betrieb des IUC und muss höher angesetzt werden, da voraussichtlich auch weiterhin Investitionen getätigt werden müssen.

Die Bewertungsgruppe weist nachdrücklich darauf hin, dass das Land mit dem Aufbau des IUC eine langfristige Verpflichtung eingeht, der landespolitisch gegebenenfalls Priorität gegenüber anderen Politikfeldern eingeräumt werden muss. Insbesondere angesichts des Bestrebens, den Standort zur Exzellenz zu führen, muss sich das Land auch auf langfristige Sicht der Herausforderung bewusst sein, die der Betrieb einer Universitätsmedizin mit überregionaler Bedeutung mit sich bringen wird. So gilt es etwa auch, die mit dem Aufbau des IUC geschaffenen Infrastrukturen über 2038 hinaus auskömmlich zu fördern, um ihre Nachhaltigkeit gezielt sicherzustellen. Auch sollte ein **Verfahren zur Prüfung** bzw. Evaluation der Entwicklung wissenschaftlicher Exzellenz am Standort **ab Mitte der 2030er Jahre** erfolgen, um frühzeitig die Entwicklung am Standort zu betrachten und ggf. zu stärken.

In einem Schreiben vom 05.01.2023 verweist das BMBF darauf, dass für das IUC rechtzeitig vor dem Auslaufen der Förderung nach dem StStG entsprechende Optionen für eine langfristige Förderung ab 2038 im Rahmen der für die Ausgestaltung der deutschen Wissenschaftsorganisationen etablierten Verfahren sondiert werden sollte, soweit das IUC eine Forschungsstruktur mit ausgewiesener wissenschaftlicher Stärke und Exzellenz entwickelt (siehe D.X.1). Vor diesem Hintergrund sind Exzellenz und Wettbewerbsfähigkeit und die hier aufgezeigten konzeptionellen und infrastrukturellen Erfordernisse bei der Konkretisierung der Ausgestaltung für das IUC besonders wichtig und von höchster Relevanz.

Die Bewertungsgruppe unterstützt das Land und im Nachfolgenden die dann eingerichteten Gremien und Organe der Medizinischen Universität darin, zunächst eine detaillierte **Finanzierungsplanung** bis zum Jahr 2026 (Start- und Gründungsphase) zu erstellen. Diese muss immer wieder auf die sich entwickelnden und zunehmend konkretisierten Konzepte justiert werden; aber auf jeden Fall konkrete Angaben zu Lehrflächen inkl. Laborflächen und Praktikabereichen, die zunächst angemietet, saniert oder umgebaut werden müssen. Gleichzeitig muss die Vorbereitung der Neubauten und mögliche Sanierung weiterer Gebäude sehr rasch angestoßen werden. Dabei gilt es, den weiteren Verlauf der Aufbauphase weiter im Blick zu behalten.

Die Finanzplanung und -steuerung des Landes muss dem IUC **ausreichend Autonomie und Planungssicherheit** einräumen. Eine kleinteilige, zu detaillierte oder projektgesteuerte Mittelzuweisung gilt es zu vermeiden. Deshalb sollten, trotz der sehr wahrscheinlich komplexen Bund-Länder-Finanzierung für das IUC, eine an Entwicklungszielen orientierte Förderung und entsprechende Steuerungsinstrumente so weitreichend wie möglich vorgesehen werden (siehe LSB-Empfehlungen). Auch hat das Land dafür Sorge zu tragen, für die Finanzierung des IUC nach 2038 respektive nach Auslaufen der Bundesmittel geeignete Vorbereitungen zu treffen, sodass die Finanzierung des IUC nicht zulasten der Entwicklungschancen der übrigen Brandenburgischen Hochschulen geht (siehe LSB-Empfehlungen).

---

# Anhang

<b>I.</b>	<b>Organe und Gremien des IUC nach Abschluss der Gründungsphase</b>	<b>193</b>
<b>II.</b>	<b>Mögliche Kooperationspartner der Außeruniversitären Forschungseinrichtungen</b>	<b>197</b>
<b>III.</b>	<b>Ausgewählte Forschungsprojekte am CTK</b>	<b>199</b>
<b>IV.</b>	<b>Versorgungsstufen im Vierten Krankenhausplan des Landes Brandenburg</b>	<b>200</b>
<b>V.</b>	<b>Vorschlagsliste für Forschungsthemen der Expertenkommission, die in Denominationen umgesetzt werden könnten</b>	<b>202</b>
<b>VI.</b>	<b>Potenzielle Forschungsfelder</b>	<b>203</b>
<b>VII.</b>	<b>Initiativen und Programme der Digital Roadmap des CTK</b>	<b>208</b>
<b>VIII.</b>	<b>Auswahl an medizinischen Großgeräten am CTK seit 2021</b>	<b>209</b>
	Abkürzungsverzeichnis .....	210
	Abbildungsverzeichnis .....	212
	Tabellenverzeichnis .....	213
	Übersichtsverzeichnis .....	214
<b>IX.</b>	<b>Anhangtabellen und -abbildungen</b>	<b>215</b>
	<b>Mitwirkende</b>	<b>225</b>



## I. ORGANE UND GREMIEN DES IUC NACH ABSCHLUSS DER GRÜNDUNGSPHASE

---

### Wissenschaftssenat

Der Wissenschaftssenat soll als **zentrales Organ akademischer Selbstverwaltung** die Aufgaben eines Senats und eines Fakultätsrats wahrnehmen. Er soll Ausschüsse einsetzen, die Grundordnung der Medizinischen Universität und Satzungen erlassen und ändern, die im Schwerpunkt Forschung und Lehre betreffen; insbesondere die Promotions- und Habilitationsordnung, Studien- und Prüfungsordnungen und die Evaluationsordnung. Außerdem soll er Entscheidungen über Berufungsvorschläge (siehe D.III.3) treffen. Der Wissenschaftssenat soll zu allen wissenschaftsrelevanten Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung Stellung nehmen können. Er soll gegenüber dem Vorstand ein umfassendes Informationsrecht haben. Er soll rechtzeitig vor der Genehmigung des Wirtschaftsplans sowie des Jahresabschlusses durch den Aufsichtsrat und vor dem Abschluss von Zielvereinbarungen mit dem Land durch den Vorstand Stellungnahme nehmen können.

Die Mitglieder des Wissenschaftssenats sollen durch Wahl nach Statusgruppen wie folgt bestimmt werden:

- \_ sieben Vertretungen der Hochschullehrerinnen bzw. -lehrer,
- \_ zwei Vertretungen der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter,
- \_ zwei Vertretungen der Studierenden einschließlich Promovierende ohne Beschäftigungsverhältnis an der Hochschule,
- \_ zwei Vertretungen der sonstigen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter.
- \_ Mitglied ohne Stimmrecht soll der Wissenschaftliche Vorstand als Vorsitzende oder Vorsitzender sein.

Die Mitglieder des Vorstandes sollen berechtigt sein, mit Rede- und Antragsrecht an den Sitzungen des Wissenschaftssenats teilzunehmen.

### Vorstand

Der Vorstand soll als **operative eigenverantwortliche Leitung des IUC** agieren. Ihm sollen die drei Vorstandmitglieder Wissenschaftlicher Vorstand, Vorstand Krankenversorgung und Kaufmännischer Vorstand angehören. Vorstandsvorsitz kommt dem Vorstand Krankenversorgung zu, sofern der Aufsichtsrat keine andere Entscheidung trifft. Die bzw. der Vorstandsvorsitzende sollte über herausragende akademische sowie klinische Qualifikationen verfügen. Mit Ausnahme akademischer Angelegenheiten des IUC, deren Vertretung nach außen der Wissenschaftliche Vorstand leistet, soll die bzw. der Vorstandsvorsitzende in allen Angelegenheiten das IUC nach außen vertreten. Die Vorstandmitglieder sollen im Angestelltenverhältnis beschäftigt werden und hauptberuflich (nicht

hauptamtlich) tätig sein, ihre Amtszeit soll zeitlich befristet auf fünf Jahre sein. Wiederbestellungen sollen möglich sein. Bestimmt werden sollen der Vorstand Krankenversorgung und der Kaufmännische Vorstand durch den Aufsichtsrat nach öffentlicher Ausschreibung auf der Grundlage des Votums einer Findungskommission, die vom Aufsichtsrat eingesetzt wird. Die Findungskommission soll die Liste der Kandidatinnen und Kandidaten im Benehmen mit dem Wissenschaftssenat aufstellen. Die Gleichstellungsbeauftragte kann mit beratender Stimme am Auswahlverfahren zur Erstellung der Kandidatenlisten teilnehmen.

Der Wissenschaftliche Vorstand soll fachlich zuständig für Angelegenheiten akademischer Selbstverwaltung, einschließlich Berufungen und Forschungs- und Lehrangelegenheiten, sein. Zur Beratung des Wissenschaftlichen Vorstands in Fragen der strategischen Steuerung des Bereichs Forschung und Lehre soll ein Planungsstab eingerichtet werden, der zu Fragen der Mittel- und Stellenverteilung, zu Monitoring der Verwaltung der Mittel von Forschung und Lehre einschließlich Drittmitteladministration sowie zur Struktur- und Entwicklungsplanung der Medizinischen Universität bezüglich Forschung und Lehre berät.

Die Wahl des Wissenschaftlichen Vorstands soll durch den Wissenschaftssenat mit anschließender Bestellung durch den Aufsichtsrat erfolgen. Zur Liste der Kandidatinnen und Kandidaten zur Wahl des Wissenschaftlichen Vorstands sollen der Vorstand Krankenversorgung und der Kaufmännische Vorstand angehört werden. Unterstützung soll der Wissenschaftliche Vorstand durch je eine professorale Verantwortliche bzw. einen professoralen Verantwortlichen für die Bereiche Forschung sowie Studium und Lehre erfahren, die ebenfalls vom Wissenschaftssenat gewählt und vom Vorstand bestellt werden sollen.

Als erweiterter Vorstand soll der Vorstand durch Personen ohne Organfunktion unterstützt werden, wie etwa einen Pflegevorstand und einen Digitalisierungsvorstand als Chief Transformation Officer. Letzterer soll gleichzeitig die Leitung der Koordinierungsstelle für digitale Vernetzung übernehmen und die Digitalisierung des Universitätsklinikums verantworten. Die Mitglieder des erweiterten Vorstands sollen durch den Vorstand im Einvernehmen mit dem Aufsichtsrat benannt und bestellt werden.

Der Vorstand soll Entscheidungen nach dem Mehrheitsprinzip treffen. Er soll alle Satzungen erstellen, die nicht im Schwerpunkt Forschung und Lehre betreffen. Satzungen, die Forschung und Lehre berühren, sollen in Einvernehmen mit dem Wissenschaftssenat erstellt werden. In Fragen von Forschung und Lehre, die in die Entscheidungszuständigkeit des Wissenschaftssenats fallen, ist das Einvernehmen mit diesem herzustellen. In allen anderen Fragen, die Forschung und Lehre berühren, ist das Einvernehmen mit dem Wissenschaftlichen Vorstand herzustellen. In Fällen unauflösbarer Unstimmigkeiten soll der Aufsichtsrat unter besonderer Würdigung der Belange von Forschung und Lehre die Entscheidung treffen.

Der Vorstand soll, so das Land, die Struktur- und Entwicklungsplanung der Medizinischen Universität aufstellen, die vom Aufsichtsrat beschlossen werden soll. Soweit die Struktur- und Entwicklungsplanung Forschung und Lehre betrifft, ist das Einvernehmen mit dem Wissenschaftssenat herzustellen.

Der Wissenschaftliche Vorstand soll zudem über die Verteilung des Zubehörsbetrags für Forschung und Lehre entscheiden. Die Mittel- und Stellenverteilung soll dabei die Evaluation von Lehre und Forschung sowie die aus den Ziel- und Leistungsvereinbarungen der Medizinischen Universität mit dem Land resultierenden Verpflichtungen berücksichtigen.

Das Konzept sieht den Abschluss von Hochschulverträgen und anderen Ziel- und Leistungsvereinbarungen der Medizinischen Universität mit dem Land über Aufgabenwahrnehmung und Entwicklung vor, für die der Vorstand verantwortlich sein soll. Darin enthalten sein sollen Regelungen zur staatlichen Finanzierung im Rahmen des Haushaltsrechtes, mess- und überprüfbare Ziele, zur Prüfung des Umsetzungsstands der Vereinbarungen sowie zu Folgen nicht erreichter Ziele (siehe D.X).

Der Vorstand soll außerdem den Wirtschaftsplan und den Jahresabschluss aufstellen, die anschließend durch den Aufsichtsrat genehmigt und somit festgestellt werden.

Der Vorstand Krankenversorgung ist für die Organisation der medizinischen Angelegenheiten des IUC zuständig. Ihm obliegt die Budgetverantwortung für die der Krankenversorgung zur Verfügung stehenden Mittel hinsichtlich ihrer Verteilung auf die Betriebseinheiten der Krankenversorgung und der Überwachung ihrer Verwendung. In den Aufgabenbereich des Vorstands Krankenversorgung sollen ebenfalls die Zuständigkeiten für Verwaltungsangelegenheiten im klinischen Bereich und die Schulen für Gesundheitsberufe fallen. Der Pflegevorstand untersteht dem Vorstand Krankenversorgung und ist für die Organisation des Pflegedienstes, Funktionsdienstes und Sozialdienstes sowie für die Weiterbildung des dort tätigen Personals verantwortlich. Verwaltungsangelegenheiten der Pflege sollen dem Aufgabenbereich des Pflegevorstands zufallen. Im Falle einer unbesetzten Position des Pflegevorstands, z. B. weil sich keine passende Persönlichkeit finden lässt oder der Vorstand keine Entscheidung treffen kann, fallen die Verwaltungsangelegenheiten der Pflege in den Aufgabenbereich des Vorstands Krankenversorgung.

Die bzw. der Vorstandsvorsitzende soll, bei zulässiger Delegation auf die anderen Vorstandmitglieder, Dienstvorgesetzte bzw. Dienstvorgesetzter des Personals sein. In ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich sollen die Vorstandmitglieder das fachliche Weisungsrecht als Fachvorgesetzte ausüben.

Der Aufsichtsrat soll die **Aufgabe der Kontrolle der Geschäftsführung des Vorstands und die Zusammenarbeit mit diesem** wahrnehmen. Ihm sollen folgende stimmberechtigte Mitglieder angehören:

- \_ je eine Vertretung der für Hochschulen, Finanzen und Gesundheit zuständigen obersten Landesbehörden;
- \_ zwei Hochschullehrende des IUC, wobei mindestens eine der beiden einer wissenschaftlichen Einrichtung des IUC angehört, die sich mit dem Forschungsschwerpunkt Gesundheitssystemforschung bzw. Digitalisierung des Gesundheitswesens befasst;
- \_ eine Arbeitnehmervertreterin oder ein Arbeitnehmervertreter sowie
- \_ drei externe Sachverständige.

Die Mitglieder des Aufsichtsrats sollen von dem für Hochschulen zuständigen Mitglied der Landesregierung bestellt werden. Die für Hochschulen, Finanzen sowie Gesundheit zuständigen obersten Landesbehörden sollen ihre jeweiligen Vertretungen bestimmen; eine Stellvertretung soll möglich sein. Sie sollen im Aufsichtsrat neben den Interessen des IUC auch die Interessen des Landes wahrnehmen. Die zwei Hochschullehrenden sollen vom Wissenschaftssenat gewählt werden. Die Arbeitnehmervertreterin oder der Arbeitnehmervertreter soll in unmittelbarer, freier, gleicher und geheimer Wahl aus der Mitte der hauptberuflichen Beschäftigten gewählt werden. Die externen Sachverständigen sollen durch die für Hochschulen zuständige obersten Landesbehörde bestimmt werden. Die Amtszeit soll zeitlich befristet und Wiederbestellungen möglich sein.

Entscheidungen des Aufsichtsrats sollen nach dem Mehrheitsprinzip getroffen werden. Bei Stimmgleichheit soll die Stimme der bzw. des Vorsitzenden entscheiden.

Der Aufsichtsrat erlässt die Grundlagen-Satzung, die das Zusammenwirken der verschiedenen Organe und Gremien des IUC regeln soll, ohne dabei die durch die Grundordnung geregelten Belange zu berühren. |<sup>108</sup>

Außerdem soll der Aufsichtsrat den Vorstand Krankenversorgung und den Kaufmännischen Vorstand bestimmen; den Wissenschaftlichen Vorstand soll er nach Wahl durch den Wissenschaftssenat bestellen.

|<sup>108</sup> Bei der Grundlagen-Satzung, die vom Aufsichtsrat zu beschließen ist, handelt es sich gewissermaßen um die Hauptsatzung der KdöR, die gleichberechtigt neben der vom Wissenschaftssenat zu verabschiedenden Grundordnung steht. Während die Grundordnung Regelungen aufweist, die unmittelbar Belange von Forschung und Lehre einschließlich deren Organisation beinhalten, regelt die Grundlagen-Satzung unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben vor allem Aufgaben, Arbeitsweisen und Zusammenwirken der Organe und Gremien der KdöR, soweit nicht die Grundordnung gilt.

Als institutionalisiertes, planendes und steuerndes Gremium zur Zusammenarbeit von Leistungsträgern und -erbringern der Modellregion Gesundheit Lausitz mit der Medizinischen Universität soll der Innovations- und Netzwerkrat eingesetzt werden. Mit Blick auf den Aufgabenbereich sollen die Mitglieder des Innovations- und Netzwerkrats, unter Vorsitz des Wissenschaftlichen Vorstands des IUC, zugleich Kooperations- und Netzwerkpartner sein. Dies wären etwa regionale Akteure der Gesundheitsversorgung, aber auch der Entwicklung und Sicherstellung gesundheitsbezogener Angebote. Somit sollen auch Akteure mit Finanz- und Trägerverantwortung sowie kommunal Verantwortliche als Mitglieder im Innovations- und Netzwerkrat vertreten sein. Der Vorstand des IUC entscheidet über die Aufnahme von Mitgliedern. Die Aufgaben des Innovations- und Netzwerkrats soll die zu erarbeitende Grundlagen-Satzung regeln.

## **II. MÖGLICHE KOOPERATIONSPARTNER DER AUßERUNIVERSITÄREN FORSCHUNGSEINRICHTUNGEN**

---

### **Forschungsverbünde und Ressortforschung in der Lausitz**

- \_ Zentrum für Künstliche Intelligenz in der Public Health-Forschung (ZKI-PH) des Robert Koch-Instituts in Wildau (Brandenburg): Forschung zum Einsatz neuester KI-basierter Technologien zur Weiterentwicklung von Public Health-Forschung in den Themenbereichen Bioinformatik, Digitale Epidemiologie, moderne Datenvisualisierung sowie Big-Data und Systemanalyse. Potenzial der Zusammenarbeit verortet das Land in den Forschungsbereichen Digitale Versorgungstechnologien, Akzeptanz, Datenschutz und Datenmanagement sowie Versorgung in Regionen des Strukturwandels/des ländlichen Raums.
- \_ Lausitzer Zentrum für Digital Public Health (LauZeDiPH) am Institut für Gesundheit der BTUCS: Forschung zu bedarfsorientierten, digitalen Angeboten für die Gesundheitsförderung in der Lausitz geforscht. Das Land erkennt im LauZeDiPH aufgrund seiner Expertise im Bereich der Gesundheitswissenschaften und der regionalen Fokussierung einen wichtigen Kooperationspartner für gemeinsame Forschungsvorhaben.
- \_ Biotech Health-Campus Lausitz (BioH Lausitz) als geplanter Innovationscampus am Standort Senftenberg der BTUCS: geplante Entwicklung neuer Technologien und Produkte, u. a. in den Bereichen Medizintechnik und -informatik, sowie Biotechnologie. Insbesondere im Forschungsfeld Digitale Versorgungstechnologien verortet das Land hohes Kooperationspotenzial zum IUC (siehe LSB-Empfehlungen).
- \_ Innovationscampus Elektronik und Mikrosensorik Cottbus (iCampus; Forschungskooperation von BTUCS mit Fraunhofer- und Leibniz-Instituten und der Thiem-Research GmbH): geplante Forschungskooperationen zum Thema Mikrosensorik. Kooperationsmöglichkeiten ergeben sich aus Sicht des Landes im Forschungsfeld Digitale Versorgungstechnologien des IUC.

## Außeruniversitäre Forschungseinrichtungen in Brandenburg

Die Ausgestaltung der Kooperation soll sich an den LoI orientieren, die bereits mit anderen Außeruniversitären Forschungseinrichtungen wie etwa dem DIfE abgeschlossen wurden.

- \_ Hasso-Plattner-Institut für Digital Engineering (HPI) in Potsdam: Forschung zu Digital Health | <sup>109</sup> am HPI Digital Health Center. Das Land strebt Kooperationen mit dem HPI insbesondere in den Forschungsfeldern Digitale Versorgungstechnologien sowie Akzeptanz, Datenschutz und Datenmanagement des IUC an.
- \_ Leibniz-Institut für innovative Mikroelektronik (IHP) in Frankfurt (Oder): Forschung zu siliziumbasierten Systemen, Höchsthfrequenz-Schaltungen und Technologien für die drahtlose und die Breitbandkommunikation, die in der Bio- und Medizintechnik, etwa in Telemedizin und Biosensorchips, eingesetzt werden. Kooperationspotenzial liegt aus Sicht des Landes im Forschungsfeld Digitale Versorgungstechnologien des IUC.
- \_ Deutsches Institut für Ernährungsforschung (DIfE): Forschung zu Strategien für die Prävention und Therapie ernährungsbedingter Erkrankungen Kooperation bieten sich laut dem Land im Forschungsfeld Präventionsforschung des IUC an. Das DIfE hat einen LoI für die zukünftige Kooperation mit dem IUC aufgesetzt, der die Abstimmung eines Kooperationsvertrags bis Herbst 2024 vorsieht. Gegenstand der Kooperation ist u. a. der Zugang für das DIfE zur digital vernetzten Modellregion Gesundheit Lausitz zur Durchführung von Studien. Im Gegenzug strebt das DIfE die Unterstützung der Medizinischen Universität hinsichtlich (digitaler) Infrastrukturen an. Geplant sind außerdem gemeinsame Förderungen von Promovierenden beider Einrichtungen sowie gemeinsamen Berufungen.
- \_ Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung (PIK): Forschung zur Abschätzung von Klimarisiken und der Erforschung von Politikoptionen. Aus Sicht des Landes sind Kooperationen im Forschungsfeld Präventionsforschung anzudenken.
- \_ Leibniz-Institut für Raumbezogene Sozialforschung (IRS): Analysen von Entstehungs-, Etablierungs- und Ausbreitungsprozessen sozialer und technologischer Innovationen in ländlichen Räumen. Kooperationsmöglichkeiten strebt das Land im Forschungsfeld Versorgung in Regionen des Strukturwandels/ des ländlichen Raums des IUC an.

Weitere außeruniversitäre Forschungseinrichtungen in Brandenburg und der Lausitz können bei Bedarf medizinische, biomedizinische oder ingenieurwissenschaftliche Expertise zu spezifischen Themenbereichen in Forschungskooperationen mit dem IUC einbringen.

| <sup>109</sup> Personalisierte Medizin (Personalized Medicine), Maschinelles Lernen und Gesundheit (Machine Learning in Human Health) sowie Vernetzte Gesundheitswissenschaften (Connected Health).

Abseits der dargelegten Außeruniversitären Forschungseinrichtungen im Land Brandenburg bieten sich für das IUC aufgrund inhaltlicher Nähe auch Zusammenarbeiten mit außeruniversitären Einrichtungen in den umliegenden Bundesländern und Berlin an.

### III. AUSGEWÄHLTE FORSCHUNGSPROJEKTE AM CTK

Das Volumen an drittmittelfinanzierten Forschungsprojekten und Studien der Studienzentrale des CTK und der TRS wurde in den vergangenen 2 Jahren deutlich ausgebaut. Innerhalb der Jahre 2020 und 2021 wurden durch Projekte der TRS über 4 Mio. Euro Drittmittel eingeworben, weitere circa 3 Mio. Euro in 2022. Folgende Einzelprojekte des CTK mit Schwerpunkt Digitalisierung können hinsichtlich des Forschungsfeldes Digitalisierung von Interesse für Forschungsvorhaben am IUC sein:

**Tabelle A 1: Ausgewählte Forschungsprojekte am CTK**

Projektname	Förderhöhe	Empfänger	Laufzeit
TeleSonoConsulting   <sup>1</sup>	ca. 100.000 Euro	TRS	07/2022 - 12/2022
TeleSonoConsulting   <sup>1</sup>	ca. 50.000 Euro	CTK	07/2022 - 12/2022
LINCNET – LiFi-unterstütztes 5G für industrielle und medizintechnische Netzwerke   <sup>2</sup>	ca. 223.000 Euro	TRS	01/2022 - 12/2024
THIEMCC:5G – Errichtung eines 5G-Forschungsnetzwerkes auf dem Campus des CTK   <sup>3</sup>	80.000 Euro	Stadt Cottbus/ CTK	01/2022 - 12/2024

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

|<sup>1</sup> TeleSonoConsulting zur Erprobung telemedizinischer Anbindung der Abteilung für Endoskopie und Sonographie des CTK an das Naemi-Wilke-Stift Guben als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung.

|<sup>2</sup> LINCNET – LiFi-unterstütztes 5G für industrielle und medizintechnische Netzwerke: Das Verbundprojekt LINCNET entwickelt Vernetzungslösungen für die drahtlose Kommunikation mit Licht (LiFi), die im medizinischen und industriellen Bereich eine Ergänzung zur Kommunikation mit 5G darstellen kann. Der TRS fällt der Aufgabenbereich der Spezifikation der Anwendungsfälle, die Definition der technischen und regulatorischen Anforderungen sowie die Integration in die klinische Anwendung zu.

|<sup>3</sup> THIEMCB:5G – Errichtung eines 5G-Forschungsnetzwerkes auf dem Campus des CTK zur Entwicklung und Erprobung medizinischer und versorgungstechnischer Innovationen. Die Leistungsfähigkeit und Funktionalität des Netzes wird durch die Erfassung und Dokumentation der Patienten-Journey bei kardiologischen Fragestellungen innerhalb des Klinikums geprüft.

Der Vierte Krankenhausplan des Landes Brandenburg wurde mit Wirkung zum 1. August 2021 für die Krankenhäuser und Ausbildungsstätten rechtskräftig. Dabei sind die Krankenhausplanungen der beiden Länder Berlin und Brandenburg umfassend miteinander auf Grundlage gemeinsamer Versorgungsziele, Planungsgrundsätze sowie einheitlicher Datengrundlag abgestimmt worden. Im Krankenhausplan des Landes Brandenburg sind insgesamt 54 Krankenhäuser an 66 Standorten aufgenommen (davon 22 in öffentlicher, 19 in privater sowie 13 in freigemeinnütziger Trägerschaft). Der Bettenaufwuchs ergibt eine Gesamtkapazität von insgesamt 17.666 Betten und teilstationären Plätzen. Die Einteilung der Versorgungsstufen ist wie folgt angelegt (Auszug aus dem Vierten Krankenhausplan des Landes Brandenburg (Amtsblatt für Brandenburg – Nr. 28 (Ausgabe S) vom 23. Juli 2021, S. 620/30): |<sup>110</sup>

Die Krankenhäuser im Land Brandenburg werden in Versorgungsstufen eingeordnet. In jedem Versorgungsgebiet sind neben grundsätzlich einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung Krankenhäuser der Grund- oder Regelversorgung sowie Fachkrankenhäuser vertreten. Die Versorgungsstufe „Qualifizierte Regelversorgung“ dient der Charakterisierung eines besonders leistungsstarken Krankenhauses der Regelversorgung. Krankenhäuser eines Versorgungsgebietes sollen ein gemeinsames Netzwerk aufbauen und enger kooperieren.

### **Grundversorgung**

Krankenhäuser der Grundversorgung sollen in jeder Region wohnortnah die Versorgung für die am häufigsten auftretenden Krankheiten absichern. Sie sollen in der Regel die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie vorhalten. In den meisten Krankenhäusern der Grundversorgung wird ein weiteres Fachgebiet geführt, welches das Leistungsangebot abrundet. Das Leistungsangebot der Krankenhäuser der Grundversorgung soll in den Fachgebieten Chirurgie und Innere Medizin darauf ausgerichtet sein, medizinisch allgemein etablierte Behandlungsformen zu erbringen. Zur Sicherung einer hohen Qualität der Versorgung und zum Wissenstransfer sollen Kooperationen mit Krankenhäusern einer höheren Versorgungsstufe eingegangen und telemedizinische Strukturen geschaffen sowie ausgebaut werden.

| <sup>110</sup> Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz, Vierter Krankenhausplan des Landes Brandenburg. Beschluss der Landesregierung vom 22. Juni 2021. URL: [https://bravors.brandenburg.de/br2/sixcms/media.php/76/Amtsblatt%2028S\\_21.pdf](https://bravors.brandenburg.de/br2/sixcms/media.php/76/Amtsblatt%2028S_21.pdf), zuletzt abgerufen am 25.08.2023.

Regelversorgungskrankenhäuser verfügen über ein größeres Leistungsspektrum als Krankenhäuser der Grundversorgung und dienen der spezialisierten Versorgung innerhalb einer Teilregion der Versorgungsgebiete. Das Leistungsangebot der Regelversorgungshäuser reicht über die Grundversorgung hinaus und kann sich in hohem Maße der Behandlung von speziellen Krankheitsbildern und einem Angebot spezialisierter Behandlungsformen zuwenden. Sie sollen Krankenhäuser einer niedrigeren Versorgungsstufe durch Kooperationen insbesondere bei der Sicherung einer hohen Qualität der Versorgung und zum Wissenstransfer unterstützen. Zur Sicherung und Stärkung der vorhandenen Disziplinen sollen Kooperationen mit Krankenhäusern einer höheren Versorgungsstufe oder Fachkrankenhäusern angestrebt werden. Große Krankenhäuser der Regelversorgung können ein Disziplinenpektrum und ein Leistungsangebot herausbilden, das sie deutlich von den anderen Häusern dieser Versorgungsstufe abhebt. Disziplinenpiegel und Leistungsumfang eines solchen Krankenhauses der Qualifizierten Regelversorgung können das Niveau eines Schwerpunkthauses erreichen.

## Schwerpunktversorgung

Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung bilden den größten Disziplinenpiegel in der Versorgungsregion ab und dienen neben der Grundversorgung für den regionalen Bereich der Versorgung in Fachgebieten mit geringerem Fallzahlauflaufen sowie der Versorgung von schweren und komplexen Krankheitsfällen, die in den Krankenhäusern der anderen Versorgungsstufen im Versorgungsgebiet nicht angemessen behandelt werden können. Angestrebt wird, dass Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung alle Krankenhäuser des eigenen Versorgungsgebietes in einem Netzwerk vereinen, um einen regelmäßigen Austausch zu gewährleisten. Bei der Umsetzung sollen für die beteiligten Träger tragfähige Lösungen vereinbart werden. Sind zwei Schwerpunktversorger in einem Versorgungsgebiet, so bedarf es zwischen ihnen einer engen Kooperation. Zudem sollen Schwerpunktversorger Kooperationen mit den Krankenhäusern einer niedrigeren Versorgungsstufe oder mit einem Fachkrankenhaus eingehen. Das Leistungsangebot der Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung ist im Rahmen der Vorgaben des Feststellungsbescheides hinsichtlich seiner Spezialisierung und Schwerpunktbildung oder des Schwere- und Komplexitätsgrades der behandelten Krankheiten grundsätzlich nicht begrenzt. In besonders begründeten Einzelfällen kann die Schwerpunktversorgung mit Zustimmung der Träger der Krankenhäuser gemeinsam getragen werden. Dazu ist eine enge Abstimmung in diesem Schwerpunktversorgungsverbund notwendig.

Fachkrankenhäuser sind auf ein bis drei Fachgebiete spezialisiert und haben in der Regel einen das Versorgungsgebiet übergreifenden, teilweise landesweiten Versorgungsauftrag. Als Fachkrankenhäuser sollen sie den besonderen Anforderungen der jeweils behandelten Krankheitsformen umfassend entsprechen. Sie sind Mittelpunkt der spezialisierten Behandlung für die jeweiligen Fachdisziplinen und sollen insbesondere auch die schweren und schwersten Krankheitsbilder ihres Disziplinspektrums behandeln. Sie sollen Kooperationen mit allen anderen Versorgungsstufen eingehen, um einen Wissenstransfer zu gewährleisten.

Die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe beziehungsweise Versorgungskategorie hat angesichts der Umstellung der Bemessungsgrundlagen für die Pauschalförderung förder technisch zunehmend geringere Konsequenzen. Sie dient vor allem der griffigen Kurzbeschreibung eines Versorgungsauftrages und zur transparenten Darstellung des abgestuften Versorgungssystems.

**V. VORSCHLAGSLISTE FÜR FORSCHUNGSTHEMEN DER EXPERTENKOMMISSION,  
DIE IN DENOMINATIONEN UMGESETZT WERDEN KÖNNTEN**

---

- |  |  |
|--|--|
| _ Behavioral Sciences                          | _ Interprofessionalität in der Versorgung                        |
| _ Bevölkerungsmedizin                          | _ Medizinethik   |
| _ Biostatistik                                 | _ Medizininformatik/E-Health                                     |
| _ Data Sciences/ Big Data in der Medizin       | _ Modelle für personalisierte Medizin                            |
| _ Datenmanagement/-recht                       | _ Modellierung/ Simulationen                                     |
| _ Digitale Vernetzung                          | _ Pflege- und Rehabilitationsforschung                           |
| _ Empirische Sozialforschung                   | _ Politik- und Rechtswissenschaften                              |
| _ Epidemiologie                                | _ Prävention bzw. Evidence based health promotion and prevention |
| _ Gesundheitskommunikation                     | _ Sensorik   |
| _ Gesundheitsökonomie und -management          | _ Sozial- und/ oder Medizinrecht                                 |
| _ Imaging & Diagnostics                        | _ Telemedizin  |
| _ Implementierungswissenschaften               | _ Umwelt- und Klimafolgenforschung                               |
| _ Innovationsmanagement in Gesundheitssystemen | _ Versorgungsforschung (im ländlichen Raum)                      |

### **Forschungsfeld Versorgung in Regionen des Strukturwandels bzw. des ländlichen Raums**

In diesem Forschungsfeld sollen Versorgungsformen mit besonderem Fokus auf die Bedarfe der Patientinnen und Patienten erforscht und entwickelt werden, um somit eine umfassende pflegerische und medizinische Versorgung der gesamten Region zu gewährleisten. Berücksichtigt werden soll dabei die besondere Situation der Region Lausitz, die nicht nur von mit dem Strukturwandel verbundenen Herausforderungen betroffen, sondern auch sehr ländlich und von hoher sozioökonomischer Deprivation gekennzeichnet ist.

Konkret werden Forschungen zum Versorgungsbedarf und zur Inanspruchnahme von Versorgung sowie die Erforschung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Versorgung anhand von (quantifizierbaren) Bedarfs- und Qualitätsindikatoren (z. B. Morbidität, Mortalität, Komplikationen) angestrebt. Untersucht werden soll, wie die Leistungserbringung in der Fläche zukünftig, auch im Kontext der Digitalisierung, organisiert werden muss mit dem Ziel, Zugang, Qualität, Sicherheit und Kontinuität der Versorgung im ländlichen Raum zu gewährleisten. Gedacht wird dabei an die telemedizinische Anbindung von regionalen Leistungserbringern an das Universitätsklinikum, die Etablierung und Ausbildung neuer akademisierter Berufsfelder in der Gesundheitsversorgung und deren Einsatz in der gemeindenahen Versorgung sowie den Aufbau und die digitale Anbindung ambulant-stationärer Versorgungszentren mit Unterstützung der Universitätsmedizin Cottbus. Mit Blick auf zunehmend interprofessionelle und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte bestehen in diesem Forschungsfeld Schnittstellen zum Forschungsfeld Interprofessionelle Versorgung.

Vor dem Hintergrund des Strukturwandels der Lausitz mit dem Ziel, als Modellregion für Gesundheitsversorgung zu fungieren, sollen im Rahmen der Gesundheitssystemforschung auch Themen wie Versorgungsgerechtigkeit, Zusammenhänge von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sowie regionale Versorgungsunterschiede erforscht werden. Durch die Regionalbezogenheit der Forschungsfragen wird die Analyse von Ursachen und Auswirkungen eines ungleichen Zugangs zu Leistungen sowie die Entwicklung von Lösungsansätzen möglich. Dabei sollen ethische und soziale Aspekte gleichauf mit wirtschaftlichen Betrachtungen unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen einbezogen werden.

Ebenfalls kann der Aufbau von Patientenkohorten und deren langfristige Beobachtung angestrebt werden, die der Untersuchung von Qualitätsindikatoren oder zur gesundheitswissenschaftlichen Erforschung bestimmter Krankheitsbilder dienen.

Der Präventionsforschung kommt die vorrangige Aufgabe zu, Erkrankungen und schwere chronische Verläufe zu vermeiden oder abzumildern:

- \_ Forschung zu erfolgreichen Kommunikationsstrategien und die Entwicklung von Modellen zur Integration von Gesundheitsberufen in die Präventionsberatung sollen dazu beitragen, Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung im Sinne von Health Literacy zu steigern. Geplant ist deshalb, am IUC unter Einbezug des Simulationszentrums und der Forschung der Gesundheitswissenschaften bedürfnisorientierte Konzepte zu entwickeln und diese regional zu implementieren. Dahingehende mögliche Kooperationspartner sind etwa die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung.
- \_ Darüber hinaus sollen am IUC die Schwerpunkte der Präventionsforschung auch darin liegen, wie gesundheitsfördernde Stadt- und Raumplanungskonzepte aussehen und wie Umweltfaktoren die Gesundheit beeinflussen. So beschäftigt sich insbesondere die gesundheitsfördernde Stadt- und Raumplanung mit der Umgestaltung von Pflegeheimen und Krankenhäusern in einer Art und Weise, die zur Förderung der Genesung beitragen und zugleich ökologisch nachhaltig ausgerichtet sind.
- \_ Die Implementierung von Prävention ist außerdem auf der strukturellen Ebene der Versorgung geplant. Sie soll durch die (Weiter-)Entwicklung von Methoden der Datenerhebung und -verarbeitung erforscht werden, wie Medikationsfehler oder Redundanzen in der medizinischen Versorgung behoben werden können. Potenzial für Forschung und Anwendung werden in diesem Rahmen in virtuellen Abbildern von Patientinnen und Patienten („Digitaler Zwilling“) gesehen. Diese ermöglichen in Verbindung mit Sensorik die ortsunabhängige Beobachtung von Gesundheitsparametern und dienen somit der Vorbeugung sowie der frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen. Darüber hinaus können durch Simulationsverfahren evidenzgeleitete, präzise und patientenindividuelle Interventionen gestaltet werden. In diesem Bereich von Präventionsforschung bestehen Schnittmengen zum Forschungsfeld Implementierungsforschung.

Schließlich soll in der Ausgestaltung des Forschungsfeldes Präventionsforschung auch die tertiäre Prävention adressiert werden. Diese zielt auf die Verhinderung des Fortschreitens von Erkrankungen und des Auftretens von Komplikationen. Am IUC ist dazu unter Einbezug des Simulationszentrums die Analyse von Versorgungspfaden von Patientinnen und Patienten sowie die Konzeption und Evaluierung von Maßnahmen zur sektorenübergreifenden, interprofessionellen Versorgung geplant. Im Rahmen von Rehabilitationsforschung soll die Entwicklung und Evaluierung von Konzepten der beruflichen und medizinischen Rehabilitation und von Nachsorgemaßnahmen datengeleitet geleistet

werden. Dies soll in Kooperation mit Rehabilitationskliniken mit dem Ziel erfolgen, Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung durch wohnortnahe Weiterbetreuungs- und Versorgungskonzepte bei der Genesung zu unterstützen.

### **Forschungsfeld Interprofessionelle Versorgung**

Die Entwicklung, Anwendung und Evaluierung von neuen Konzepten interprofessioneller Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit in diesem Forschungsfeld am IUC ist verbunden mit dem Ziel, nachhaltige Modelle zu entwickeln, die eine bedarfsorientierte und zugleich für Arbeitnehmende attraktive Versorgungslandschaft anbieten. Dies umfasst etwa die Übertragung von international genutzten Modellen der Höherqualifizierung von Pflegekräften zu Nurse Practitioners und Advanced Practice Nurse und die Übertragung von bisher ärztlichen Aufgaben an hochqualifizierte Pflegekräfte, z. B. die Verschreibung bestimmter Medikamente. Ebenso geraten Modelle für neue interprofessionelle Teamzusammensetzungen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in den Blick.

Ein weiterer Schwerpunkt des Forschungsfeldes soll sich den rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zuwenden, die den Einsatz von akademisierten Gesundheitsfachberufen in der Versorgung zielführend ermöglichen. Im Sinne der Steigerung der Attraktivität akademisierter Gesundheitsfachberufe und ihrer Verankerung in der Versorgung sollen etwa Ressourcenallokationen sowie Tätigkeits-, Kompetenz- und Vergütungskonzepte erforscht werden. Auch die Maßnahmenentwicklung der Qualitätssicherung, insbesondere hinsichtlich der Aufgabenübertragung, fällt unter dieses Forschungsfeld.

### **Forschungsfeld Finanzierung neuer Versorgungsmodelle**

Das Forschungsfeld fokussiert auf die Herausforderung der Überführung von neuen Versorgungsformen in die Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenkassen, beispielsweise im Falle positiv evaluierter innovativer Versorgungsmodelle außerhalb von Forschungsprojekten sowie der Ausgestaltung interprofessioneller Versorgung. Die mit dieser Herausforderung verbundenen rechtlichen Fragestellungen betreffen die Weiterentwicklungen des fünften Sozialgesetzbuches hinsichtlich des Einsatzes und der Erstattung neuartiger Verfahren (wie z. B. die telemedizinische Versorgung) sowie der Leistungen von anderen Gesundheitsfachberufsgruppen und sollen im Rahmen der Gesundheitssystemforschung am IUC adressiert werden. Damit soll die Implementierung dieser Versorgungskonzepte erleichtert werden. Konkret ist die Entwicklung von Indikatorensets am IUC geplant, die der standardisierten Qualitätsmessung dienen. Darauf aufbauend ist die Erforschung weiterer innovativer Finanzierungsmodelle angedacht.

Auch die Entwicklung von Strukturen zur Regelung des Zugangs zu neuen Versorgungsleistungen sollen erforscht werden, wie etwa Digitale Gesundheitsanwendungen, die auch eine entsprechende Implementierung von Versorgungs-

leistungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen bedingen. Das IUC soll somit die Überführung und praktische Anwendbarkeit evaluierter, innovativer Versorgungsformen in die Regelversorgung leisten und den bundesweiten Einsatz der am IUC entwickelten Versorgungsformen sicherstellen.

### **Forschungsfeld Implementierungsforschung**

Die Implementierungsforschung soll Empfehlungen zur Implementierung erfolgreicher Konzepte der Versorgung an politische Entscheidungsträger bereithalten. Grundlage dafür ist die Entwicklung und Erprobung von Versorgungskonzepten in der Region, die im Sinne der Erforschung des gesamten Implementierungsprozesses angelegt sein sollen. Dieses Forschungsziel resultiert aus der Unterrepräsentanz von Evaluationen der Wirksamkeit von Maßnahmen unter Alltagsbedingungen etwa mithilfe sogenannter PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) zur Einschätzung zur Versorgungsqualität aus Patientensicht (siehe Initiativen und Programme der Digital Roadmap des CTK im Anhang). Das Forschungsfeld am IUC fokussiert daher auf die Entwicklung von notwendigen Ansätzen zur Steuerung und Verbesserung des praktischen Einsatzes von neuem Wissen sowie auf die Evaluation von Implementierungsprozessen. Dies umfasst rechtliche, politische, infrastrukturelle sowie versorgungsrelevante Fragen der Implementierung neuer Versorgungsformen einschließlich der Gestaltung von Gesundheitsversorgung in sektorenübergreifender, interprofessioneller Absicht sowie unter Einbezug mehrerer Politikfelder, so u. a. der Felder Wissenschaft, Arbeit und Wirtschaft. Besondere Bedeutung nimmt dabei die Analyse relevanter gesellschaftlicher, institutioneller wie gesetzlicher Voraussetzungen, individueller Eigenschaften und der organisatorischen Rahmenbedingungen ein, weshalb der gesamte Implementierungsprozess wissenschaftlich begleitet werden soll, um Nachsteuerungen und Optimierungen zu realisieren.

### **Forschungsfeld Digitale Versorgungstechnologien**

Das Forschungsfeld Digitale Versorgungstechnologien am IUC wendet sich der Entwicklung digitaler Technologien aus der Praxis heraus zu. Dabei werden ebenso die Qualität, Sicherheit, Wirksamkeit, Kosteneffizienz und Anwendbarkeit dieser Technologien untersucht. Überprüft werden soll somit der Nutzen des technologischen Fortschritts im Sinne neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren und Versorgungskonzepte.

Ein weiterer Schwerpunkt des Forschungsfelds liegt auf der Erforschung von Methoden der Datensammlung und -verarbeitung sowie der Interoperabilität, die für den Aufbau, die Nutzbarkeit und die kontinuierliche Weiterentwicklung des Lehr-, Forschungs- und Versorgungsnetzwerks Modellregion Gesundheit Lausitz erforderlich sind.

Um eine nutzerinnen- und nutzerzentrierte Entwicklung zu ermöglichen, soll das Simulationszentrum genutzt werden. Dabei ist die regionale Bevölkerungs-

struktur mit ihren durchschnittlich älteren Personengruppen zu berücksichtigen, die spezifische Ansprüche an digitale Anwendungen in der Entwicklung digitaler Gesundheitstechnologien stellen wird. Des Weiteren wurde angedacht, Forschungsfelder der Usability und Mensch-Technik-Interaktion zu etablieren, auch um Schnittstellen zum Forschungsfeld Akzeptanz, Datenschutz und Datenmanagement aufzugreifen.

Schließlich ist in diesem Forschungsfeld der Umgang mit digitalen Versorgungsmodellen auf der Ebene der Leistungserbringer eingeplant, etwa in der Analyse von Auswirkungen der Digitalisierung auf die Anforderungen ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten.

### **Forschungsfeld Akzeptanz, Datenschutz und Datenmanagement**

Um digitale Infrastruktur aufzubauen, ist die Akzeptanz der beteiligten Akteure, respektive Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer sowie politischer Entscheidungsträgerinnen und -trägern vonnöten. Am IUC soll deshalb Akzeptanzforschung bezüglich der Nutzung digitaler Technologien erfolgen. So soll etwa die Bereitschaft der Nutzung von digitalen Technologien und der Bereitstellung versorgungsrelevanter Daten für Forschungszwecke seitens der Patientinnen und Patienten untersucht werden, indem Aufklärungs- und Kommunikationsstrategien ausgearbeitet sowie bestehende Konzepte zum Datenschutz und dem Datenmanagement analysiert und weiterentwickelt werden. Weiterhin ist die Entwicklung von Konzepten zur gesundheitsbezogenen Risikokommunikation angedacht.

Die Untersuchung und Weiterentwicklung bestehender Konzepte zum Datenschutz und Datenmanagement fungiert als integrativer Bestandteil des Schwerpunkts Akzeptanzforschung. Diese soll vor dem Hintergrund der angestrebten Zusammenführung und Nutzung sensibler Daten aus Patientenversorgung, Registern, Abrechnungsdaten, Fragebogenerhebungen etc. erfolgen, die neuartige Konzepte von Datenschutz und -sicherheit bei der Datensammlung, -verarbeitung und -auswertung erfordert. Erforscht werden soll deshalb insbesondere das systematische Management von Daten in der Modellregion Gesundheit Lausitz. Außerdem sollen Fragestellungen zu Methodik und Studiendesign sowie zu Aufbereitung und Archivierung von Forschungs- und Versorgungsdaten bearbeitet werden. Im Mittelpunkt stehen methodische, konzeptionelle und organisatorische Verfahren und Maßnahmen zum Umgang mit Datenbeständen im Gesundheitssektor in der Modellregion Gesundheit Lausitz. Relevant sind die diese Erkenntnisse auch über die Region hinaus, sowohl bundesweit als auch im Rahmen der Schaffung eines einheitlichen europäischen Raums für Gesundheitsdaten (EHDS). |<sup>111</sup>

|<sup>111</sup> Vgl. Europäische Kommission (2022): Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten, 03.05.2022, 2022/0140(COD).

## 1 – Digitale Patientenversorgung (Stationär &amp; Ambulant)

- a. Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation (2022–2026)
- b. Digitales Behandlungsmanagement (2024–2026)
- c. Digitales Medikationsmanagement (2023–2026)
- d. Patientenfluss der Zukunft („Patient Journey“) (2022–2023)

## 2 – Digitalisierung der zentralen Dienste

- a. Digitale Verwaltung (2021–2026)
- b. Digitaler Einkauf & Logistik (2022–2026)
- c. Digitales Personalmanagement

## 3 – Digitale Services

- a. Patientenportal (2023–2026)
- b. Aufbau Telekonsile-Infrastruktur (2023–2025)
- c. Ambulante Diagnostik & Behandlung (2022–2026)
- d. Care@Home Diagnostik & Behandlung (2022–2026)

## 4 – Daten Management &amp; Analytics

- a. Einführung Interoperabilitätsplattform & Data Collection Services & Analytics (2022–2026)
- b. Forschung – Anschluss DIZ (2022–2026)
- c. PROMs -Einführung einer Plattform für “Patient Related Outcome“ Messung (2024–2026)
- d. Governance & Controlling MVZ (2022–2023)

## 5 – Digitales Rückgrat (Moderne IT-Infrastruktur)

- a. IT-Backbone (2022–2024)
- b. IT-Sicherheit (2022–2026)
- c. Serviceorientierte IT-Organisation (2022–2024)

## 6 – Digitale Organisation

- a. Organisation der Zukunft (2023–2026)
- b. Digitale Mitarbeiterqualifikationen (2023–2025)

## 7 – Umsetzungsbegleitung und Kommunikation

- a. Interne Kommunikationsarchitektur (2021–2026)
- b. Externes Marketing / Markenentwicklung (2022–2026)

- \_ Ebenen-DSA-Anlage (Artis Q Biplane, Siemens Healthcare GmbH);
- \_ Hochdruckinjektor (CVi Siemens, Acist Europe B.V.);
- \_ Hämodynamikanlage (Sensis Vibe ACQ, Siemens Healthcare GmbH);
- \_ zwei Kardiologische Messplätze (CardioLab AltiX, GE Information Techn. sowie Ensite X Abbott Medical GmbH);
- \_ Hybrid OP Monoplan (Artis Q Ceiling, Siemens Healthcare GmbH);
- \_ Hochdruckinjektor (Avanta, Bayer Vital GmbH);
- \_ Intravaskulärer Ultraschall (Intrasight 5, Philips) sowie
- \_ SPECT CT 2 (Symbia Intevo Bold, Siemens Healthcare GmbH).

ÄApprO	Ärztliche Approbationsordnung
AHA	Active and Healthy Ageing
ANP	Advanced Nursing Practice
BioH Lausitz	Biotech Health-Campus Lausitz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BTUCS	Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg
CDR	Clinical Data Repository
CIO	Chief Information Officer
CMI	Case Mix Index
CTK	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
DESY	Deutsches Elektronen-Synchrotron
DIfE	Deutsches Institut für Ernährungsforschung
DIZ	Datenintegrationszentrum
EHDS	European Health Data Space
ePA	elektronische Patientenakte
FGW	Fakultät für Gesundheitswissenschaften
HIS-HE	HIS-Institut für Hochschulentwicklung
HMU	Health and Medical University
HPI	Hasso-Plattner-Institut für Digital Engineering
HZG	Hochschule Zittau/ Görlitz
IAP	Institut für aktive Polymere des Helmholtz-Zentrums Hereon
iCampus	Innovationscampus Elektronik und Mikrosensorik Cottbus
IHP	Leibniz-Institut für innovative Mikroelektronik
InvKG	Investitionsgesetz Kohleregion
IRS	Leibniz-Institut für Raumbezogene Sozialforschung

IUC	Innovationszentrum Universitätsmedizin Cottbus
IZI-BB	Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie – Institutsteil Bioanalytik und Bioprozesse
KdöR	Körperschaft des öffentlichen Rechts
KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz
LauZeDiPH	Lausitzer Zentrum für Digital Public Health
LSB	Landesstrukturbegutachtung
LSP	Lausitz Science Park
LoI	Letter of Intent
LVS	Lehrveranstaltungsstunden
MA	Master
MHB	Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane
MII	Medizininformatik-Initiative
MWFK	Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
NKLM	Nationaler Kompetenzorientierter Lernzielkatalog
NUM	Netzwerk Universitätsmedizin
PIK	Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung
PJ	Praktisches Jahr
PROMs	Patient-Reported-Outcome-Measures
RefE	Referentenentwurf
RKI	Robert Koch-Institut
StStG	Strukturstärkungsgesetz Kohleregionen
TRS	Thiem-Research GmbH
UNIP	Universität Potsdam
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WR	Wissenschaftsrat
ZKI-PH	Zentrum für Künstliche Intelligenz in der Public Health- Forschung

Abbildung 1:	Das IUC in der Modellregion Gesundheit Lausitz	51
Abbildung 2:	Anzahl der Studienanfängerinnen und -anfänger, Studierenden sowie Absolvierenden der Humanmedizin und Gesundheitswissenschaft/-management in Brandenburg, 2021/22	52
Abbildung 3:	Studierende in der Human- und Zahnmedizin je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, WS 2021/22	53
Abbildung 4:	Anzahl der Studienanfängerinnen und -anfänger, Studierenden sowie Absolvierenden der Gesundheitswissenschaften in Brandenburg, 2019–2022	54
Abbildung 5:	Auswahl möglicher regionaler Kooperationspartner in der Forschung für das IUC	65
Abbildung 6:	Geplanter Aufwuchs des wissenschaftlichen/ärztlichen Personals (VZÄ) der Universitätsmedizin Cottbus, 2025–2035	67
Abbildung 7:	Zeitstrahl zum Aufbau des wissenschaftlichen Personals in VZÄ, 2024–2035	76
Abbildung 8:	Geplanter Aufwuchs der Professuren in VZÄ und der Studierendenzahlen der Universitätsmedizin Cottbus, 2026–2040	88
Abbildung 9:	Zeitplan zum Aufbau und Betrieb des IUC bis 2038	90
Abbildung 10:	Geplanter Aufwuchs der Studierendenzahlen in der Humanmedizin und in weiteren Masterstudiengängen der Universitätsmedizin Cottbus, 2026–2040	91
Abbildung 11:	Karte der Krankenhäuser und Fachkliniken in der Lausitz, 2021	113
Abbildung 12:	Marktanteile der Universitätsklinik nach regionalem Umkreis (HHI [1]) und Case Mix Indizes (CMI), 2021	114
Abbildung 13:	Finanzierungsanteile in Mio. Euro von Bund und Land zur Finanzierung von Aufbau und Betrieb des IUC bis 2038	137
Abbildung 14:	Investitions- und Betriebskosten für das IUC 2023–2038 in Mio. Euro	140

Tabelle A 1:	Ausgewählte Forschungsprojekte am CTK	199
Tabelle A 2:	Anzahl der Studienanfängerinnen und -anfänger (1. Fachsemester) in der Humanmedizin und den Gesundheitswissenschaften in Brandenburg, 2019–2022	215
Tabelle A 3:	Anzahl der Studierenden in der Humanmedizin und den Gesundheitswissenschaften in Brandenburg, 2019–2022	216
Tabelle A 4:	Anzahl der Absolvierenden in der Humanmedizin und den Gesundheitswissenschaften in Brandenburg, 2019–2022	217
Tabelle A 5:	Geplanter Aufbau des wissenschaftlichen/ärztlichen Personals der Universitätsmedizin Cottbus, 2025–2035	218
Tabelle A 6:	Kennzahlen der Stationären Krankenversorgung am CTK, 2019–2022	221
Tabelle A 7:	Kennzahlen der Ambulanten Krankenversorgung am CTK, 2022	222

Übersicht 1:	Kennzahlen der Krankenversorgung am CTK, 2019–2022	115
Übersicht 2:	Geschätzter Flächenbedarf und geschätzte Gesamtbau- und Ersteinrichtungskosten des IUC basierend auf den Empfehlungen der Expertenkommission bei 200 Medizinstudierenden pro Jahrgang	123

## IX. ANHANGTABELLEN UND -ABBILDUNGEN

**Tabelle A 2: Anzahl der Studienanfängerinnen und -anfänger (1. Fachsemester) in der Humanmedizin und den Gesundheitswissenschaften in Brandenburg, 2019–2022**

Hochschule	1. Studienfach 1. Studiengang	Angestrebte Abschlussprüfun	Studienjahr			
			2019	2020	2021	2022
BTUCS	Gesundheitspädagogik	Master an Uni	18	23	17	18
		Promotion	3			
		Promotion nach FH-Abschluss		3		
	Hebammenwissenschaften	Bachelor an FH			18	17
	Pflegewissenschaft/ -management	Bachelor an FH	17	16	15	16
	Therapiewissenschaften	Bachelor an FH	63	50	60	33
<b>Summe BTUCS</b>			<b>101</b>	<b>92</b>	<b>110</b>	<b>84</b>
Medizinische HS Brandenburg	Gesundheitswissenschaften -FGW	Promotion			3	8
		Promotion			9	12
	Medizin (Allgemein-Medizin)	Staatsexamen	73	95	96	100
<b>Summe Medizinische HS Brandenburg</b>			<b>73</b>	<b>95</b>	<b>108</b>	<b>120</b>
Uni Potsdam	Gesundheitswissenschaften /-management	Promotion	6	3	3	3
	Gesundheitswissenschaften -FGW	Promotion			3	3
<b>Summe Uni Potsdam</b>			<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Health and Medical University Potsdam	Medizin (Allgemein-Medizin)	Staatsexamen		174	253	274
<b>Summe Health and Medical University Potsdam</b>				<b>174</b>	<b>253</b>	<b>274</b>
HSD Hochschule Döpfer in Potsdam	Gesundheitspädagogik	Bachelor an FH				3
	Therapiewissenschaften	Bachelor an FH				3
<b>Summe HSD Hochschule Döpfer in Potsdam</b>						<b>6</b>
<b>Gesamtergebnis</b>			<b>180</b>	<b>364</b>	<b>477</b>	<b>490</b>

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

**Tabelle A 3: Anzahl der Studierenden in der Humanmedizin und den Gesundheitswissenschaften in Brandenburg, 2019–2022**

Hochschule	1. Studienfach 1. Studiengang	Angestrebte Abschlussprüfun	Wintersemester			
			2019	2020	2021	2022
BTUCS	Gesundheitspädagogik	Master an Uni	83	84	84	82
		Promotion	5	5	4	5
		Promotion nach FH-Abschluss		3	3	3
	Hebammenwissenschaften	Bachelor an FH			18	34
	Nichtärztliche Heilberufe/ Therapien	Bachelor an FH	3	3		
	Pflegewissenschaft/ -management	Bachelor an FH	68	65	63	61
	Therapiewissenschaften	Bachelor an FH	216	238	245	235
<b>Summe BTUCS</b>			<b>375</b>	<b>398</b>	<b>417</b>	<b>420</b>
Medizinische HS Brandenburg	Gesundheitswissenschaften -FGW	Promotion			3	9
		Medizin (Allgemein-Medizin)			9	20
		Staatsexamen	258	352	394	457
<b>Summe Medizinische HS Brandenburg</b>			<b>258</b>	<b>352</b>	<b>406</b>	<b>486</b>
Uni Potsdam	Gesundheitswissenschaften/ management	Promotion	14	17	14	13
	Gesundheitswissenschaften -FGW	Promotion			3	3
<b>Summe Uni Potsdam</b>			<b>14</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>16</b>
Health and Medical University Potsdam	Medizin (Allgemein-Medizin)	Staatsexamen		174	400	630
<b>Summe Health and Medical University Potsdam</b>				<b>174</b>	<b>400</b>	<b>630</b>
HSD Hochschule Döpfer in Potsdam	Gesundheitspädagogik	Bachelor an FH				3
	Therapiewissenschaften	Bachelor an FH				3
<b>Summe HSD Hochschule Döpfer in Potsdam</b>						<b>6</b>
<b>Gesamtergebnis</b>			<b>647</b>	<b>941</b>	<b>1240</b>	<b>1.558</b>

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

**Tabelle A 4: Anzahl der Absolvierenden in der Humanmedizin und den Gesundheitswissenschaften in Brandenburg, 2019–2022**

Hochschule	1. Prüfungsfach	Art der Prüfung	Prüfungsjahr			
			2019	2020	2021	2022
BTUCS	Gesundheitspädagogik	Master an Uni	15	18	19	19
		Promotion nach FH-Abschluss				3
	Nichtärztliche Heilberufe/Therapien	Bachelor an FH	8			
	Pflegewissenschaft/-management	Bachelor an FH	15	11	13	9
	Therapiewissenschaften	Bachelor an FH	17	21	16	21
		Promotion nach FH-Abschluss			3	
Hebammenwissenschaften	Promotion nach FH-Abschluss				3	
<b>Summe BTUCS</b>			<b>55</b>	<b>50</b>	<b>51</b>	<b>55</b>
	Medizin (Allgemein-Medizin)	Promotion				3
		Staatsexamen			36	44
<b>Summe Medizinische HS Brandenburg</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>47</b>
Uni Potsdam	Gesundheitswissenschaften/-management	Promotion	3	3	3	3
<b>Summe Uni Potsdam</b>			<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Gesamtergebnis</b>			<b>58</b>	<b>53</b>	<b>90</b>	<b>105</b>

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

**Tabelle A 5: Geplanter Aufbau des wissenschaftlichen/ärztlichen Personals der  
Universitätsmedizin Cottbus, 2025–2035**

Vollzeitäquivalente [Be 1]	Summe										
	Professuren										
	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035 (End- ausbau)
<b>Grundlagenwissenschaftliche Institute</b>											
Medical Education	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Physiologie	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Biochemie/Molekularbiologie	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Mikroskopische Anatomie	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Makroskopische Anatomie	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Medizinische Psychologie	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Medizinische Soziologie	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Biometrie	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Biologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Chemie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Physik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Summe Grundlagenwissenschaftliche Inst.</b>	<b>8,0</b>										
<b>Kliniken</b>											
Allgemeinmedizin	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sozialmedizin	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Pharmakologie/Toxikologie	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Dermatologie	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Unfallchirurgie	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Viszeralchirurgie	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Endokrinologie	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Gastroenterologie	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Orthopädie	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Neurochirurgie	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Augenheilkunde	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
HNO	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Neurologie	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Hämatologie	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Rheumatologie	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Psychiatrie und Psychotherapie	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Mikrobiologie	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Pathologie	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Gefäßchirurgie	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Pneumologie	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Nephrologie	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Labormedizin	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Notfallmedizin	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Hygiene und Umweltmedizin	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Urologie	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Kardiologie	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Angiologie	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Radiologie	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Kinder- und Jugendchirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Herzchirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Physikalische u. rehabilitative Medizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Psychosomatische Medizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Medizinische Informatik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Gynäkologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Geriatric	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Anästhesiologie/Schmerzmedizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Klinische Pharmakologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Geburtshilfe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Humangenetik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Neonatalogie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Anästhesiologie/Intensivmedizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Neuropathologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Transfusionsmedizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Neuropädiatrie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Kinder- und Jugendhämatologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Strahlentherapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
Nuklearmedizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
Klinische Medizin, Denomination offen <sup>1</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
Klinische Medizin, Denomination offen <sup>1</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
Klinische Medizin, Denomination offen <sup>1</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
<b>Summe Kliniken</b>	<b>5,0</b>	<b>17,0</b>	<b>21,0</b>	<b>25,0</b>	<b>31,0</b>	<b>38,0</b>	<b>41,0</b>	<b>46,0</b>	<b>50,0</b>	<b>52,0</b>	<b>52,0</b>
<b>Sonstige Einrichtungen (Professuren Forschungsschwerpunkte) <sup>2</sup></b>											
Gesundheitssystemforschung	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Digital Health	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Denomination offen	0,0	2,0	6,0	10,0	12,0	14,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0
<b>Sonstige Einrichtungen</b>											
Wissenschaftlicher Vorstand	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Zentralbereich Lehre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Summe Sonstige Einrichtungen</b>	<b>2,0</b>	<b>4,0</b>	<b>8,0</b>	<b>12,0</b>	<b>14,0</b>	<b>16,0</b>	<b>20,0</b>	<b>20,0</b>	<b>20,0</b>	<b>20,0</b>	<b>20,0</b>
<b>Drittmittelfinanziertes wiss. Personal</b>	<b>0,0</b>										
<b>Gesamtsumme</b>	<b>15,0</b>	<b>29,0</b>	<b>37,0</b>	<b>45,0</b>	<b>53,0</b>	<b>62,0</b>	<b>69,0</b>	<b>74,0</b>	<b>78,0</b>	<b>80,0</b>	<b>80,0</b>

Vollzeitäquivalente [Be 1]	Weiteres wissenschaftliches/ärztliches Personal [Be68 ohne Be 19]										
	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035 (End- ausbau)
<b>Grundlagenwissenschaftliche Institute</b>											
Medical Education	3,0	4,0	4,0	4,6	4,6	4,6	4,6	6,0	6,0	6,0	6,0
Physiologie	3,0	5,4	5,4	6,0	6,0	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Biochemie /Molekularbiologie	3,0	5,4	5,4	6,0	6,0	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Mikroskopische Anatomie	3,0	5,4	5,4	6,0	6,0	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Makroskopische Anatomie	2,0	5,4	5,4	6,0	6,0	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Medizinische Psychologie	3,0	5,4	5,4	6,0	6,0	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Medizinische Soziologie	3,0	5,4	5,4	6,0	6,0	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Biometrie	3,0	4,7	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Biologie	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Chemie	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Physik	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
<b>Summe Grundlagenwissenschaftliche Inst.</b>	<b>26,6</b>	<b>44,7</b>	<b>44,7</b>	<b>49,5</b>	<b>49,5</b>	<b>46,0</b>	<b>46,0</b>	<b>47,4</b>	<b>47,4</b>	<b>47,4</b>	<b>47,4</b>
<b>Kliniken</b>											
Allgemeinmedizin	2,0	4,7	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	1,0	4,7	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Sozialmedizin	1,0	4,7	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Pharmakologie /Toxikologie	1,0	4,7	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Dermatologie	1,0	4,7	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Unfallchirurgie	0,0	2,0	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Viszeralchirurgie	0,0	2,0	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Endokrinologie	0,0	2,0	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Gastroenterologie	0,0	2,0	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Orthopädie	0,0	2,0	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Neurochirurgie	0,0	2,0	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Augenheilkunde	0,0	2,0	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
HNO	0,0	2,0	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Neurologie	0,0	2,0	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Hämatologie	0,0	2,0	4,0	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Rheumatologie	0,0	2,0	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Psychiatrie und Psychotherapie	0,0	2,0	4,7	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Mikrobiologie	0,0	2,0	2,0	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Pathologie	0,0	2,0	2,0	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Gefäßchirurgie	0,0	2,0	2,0	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Pneumologie	0,0	1,0	2,0	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Nephrologie	0,0	2,0	2,0	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Labormedizin	0,0	1,0	1,0	2,0	5,3	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8
Notfallmedizin	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8
Hygiene und Umweltmedizin	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3	5,3	4,8	4,8	4,8	4,8
Urologie	0,0	0,0	1,0	1,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8	4,8
Kardiologie	0,0	2,0	2,0	2,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8	4,8
Angiologie	0,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,6	5,3	5,3	5,3	4,8	4,8
Radiologie	0,0	2,0	2,0	2,0	3,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8	4,8
Kinder- und Jugendchirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8	4,8
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0,0	0,0	0,0	1,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8	4,8
Herzchirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Physikalische u. rehabilitative Medizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8
Psychosomatische Medizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8
Medizinische Informatik	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8
Gynäkologie	0,0	0,0	1,0	2,0	2,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8
Geriatric	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8
Anästhesiologie/Schmerzmedizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8
Klinische Pharmakologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	4,8
Geburtshilfe	0,0	0,0	1,0	2,0	2,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3
Humangenetik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3
Neonatalogie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,0	5,3	5,3	5,3	5,3
Anästhesiologie/Intensivmedizin	0,0	0,0	0,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	5,3	5,3	5,3
Neuropathologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3	5,3
Transfusionsmedizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3	5,3
Neuropädiatrie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,6	5,3	5,3	5,3
Kinder- und Jugendhämatologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	2,6	5,3	5,3	5,3
Strahlentherapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3
Nuklearmedizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	2,0	5,3	5,3
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	2,6	5,3
Klinische Medizin, Denomination offen   <sup>1</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,3	5,3
Klinische Medizin, Denomination offen   <sup>1</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	4,3	4,3
Klinische Medizin, Denomination offen   <sup>1</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	4,3
<b>Summe Kliniken</b>	<b>6,0</b>	<b>63,5</b>	<b>100,2</b>	<b>131,3</b>	<b>154,5</b>	<b>181,1</b>	<b>205,1</b>	<b>220,2</b>	<b>240,5</b>	<b>253,6</b>	<b>255,1</b>
<b>Sonstige Einrichtungen (Professuren Forschungsschwerpunkte)  <sup>2</sup></b>											
Gesundheitssystemforschung	2,5	4,9	4,9	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Digital Health	2,5	4,9	4,9	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Denomination offen	0,0	5,0	15,8	32,5	45,4	54,0	69,7	79,6	84,0	88,0	88,0
<b>Sonstige Einrichtungen</b>											
Wissenschaftlicher Vorstand	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Zentralbereich Lehre	2,0	2,0	3,0	5,0	6,0	12,0	18,0	20,0	22,0	25,0	28,5
<b>Summe Sonstige Einrichtungen</b>	<b>9,0</b>	<b>18,8</b>	<b>30,6</b>	<b>50,5</b>	<b>64,4</b>	<b>79,0</b>	<b>100,7</b>	<b>112,6</b>	<b>119,0</b>	<b>126,0</b>	<b>129,5</b>
<b>Drittmittelfinanziertes wiss. Personal</b>											200,0
<b>Gesamtsumme</b>	<b>41,6</b>	<b>127,0</b>	<b>175,5</b>	<b>231,3</b>	<b>268,4</b>	<b>306,1</b>	<b>351,8</b>	<b>380,2</b>	<b>406,9</b>	<b>427,0</b>	<b>632,0</b>

Vollzeitäquivalente [Be 1]	Wissenschaftliches/ärztliches Personal insgesamt											2035 (End- ausbau)
	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034		
<b>Grundlagenwissenschaftliche Institute</b>												
Medical Education	4,0	5,0	5,0	5,6	5,6	5,6	5,6	7,0	7,0	7,0	7,0	
Physiologie	4,0	6,4	6,4	7,0	7,0	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	
Biochemie/Molekularbiologie	4,0	6,4	6,4	7,0	7,0	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	
Mikroskopische Anatomie	4,0	6,4	6,4	7,0	7,0	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	
Makroskopische Anatomie	3,0	6,4	6,4	7,0	7,0	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	
Medizinische Psychologie	4,0	6,4	6,4	7,0	7,0	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	
Medizinische Soziologie	4,0	6,4	6,4	7,0	7,0	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	
Biometrie	4,0	5,7	5,7	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Biologie	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	
Chemie	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	
Physik	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	
<b>Summe Grundlagenwissenschaftliche Inst.</b>	<b>34,6</b>	<b>52,7</b>	<b>52,7</b>	<b>57,5</b>	<b>57,5</b>	<b>54,0</b>	<b>54,0</b>	<b>55,4</b>	<b>55,4</b>	<b>55,4</b>	<b>55,4</b>	
<b>Kliniken</b>												
Allgemeinmedizin	3,0	5,7	5,7	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	2,0	5,7	5,7	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Sozialmedizin	2,0	5,7	5,7	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Pharmakologie/Toxikologie	2,0	5,7	5,7	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Dermatologie	2,0	5,7	5,7	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Unfallchirurgie	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Viszeralchirurgie	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Endokrinologie	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Gastroenterologie	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Orthopädie	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Neurochirurgie	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Augenheilkunde	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
HNO	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Neurologie	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Hämatologie	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Rheumatologie	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Psychiatrie und Psychotherapie	0,0	3,0	5,7	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	
Mikrobiologie	0,0	2,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	
Pathologie	0,0	2,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	
Gefäßchirurgie	0,0	2,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	
Pneumologie	0,0	1,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	5,8	
Nephrologie	0,0	2,0	2,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	
Labormedizin	0,0	1,0	1,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	
Notfallmedizin	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	
Hygiene und Umweltmedizin	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	5,8	
Urologie	0,0	0,0	1,0	1,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	
Kardiologie	0,0	2,0	2,0	2,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	
Angiologie	0,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,6	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	
Radiologie	0,0	2,0	2,0	2,0	4,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	
Kinder- und Jugendchirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0,0	0,0	0,0	1,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	5,8	
Herzchirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	
Physikalische u. rehabilitative Medizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	
Psychosomatische Medizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	
Medizinische Informatik	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	
Gynäkologie	0,0	0,0	1,0	2,0	2,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	
Geriatric	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	
Anästhesiologie/Schmerzmedizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	
Klinische Pharmakologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	5,8	
Geburtshilfe	0,0	0,0	1,0	2,0	2,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	
Humangenetik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	
Neonatalogie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3,0	6,3	6,3	6,3	6,3	
Anästhesiologie/Intensivmedizin	0,0	0,0	0,0	1,0	2,0	2,0	2,0	3,0	6,3	6,3	6,3	
Neuropathologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	6,3	
Transfusionsmedizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	6,3	
Neuropädiatrie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3,6	6,3	6,3	6,3	
Kinder- und Jugendhämatologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	3,6	6,3	6,3	6,3	
Strahlentherapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	
Nuklearmedizin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	3,0	6,3	6,3	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	3,6	6,3	
Klinische Medizin, Denomination offen   <sup>1</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	6,3	6,3	
Klinische Medizin, Denomination offen   <sup>1</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	5,3	5,3	
Klinische Medizin, Denomination offen   <sup>1</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	5,3	
<b>Summe Kliniken</b>	<b>11,0</b>	<b>80,5</b>	<b>121,2</b>	<b>156,3</b>	<b>185,5</b>	<b>219,1</b>	<b>246,1</b>	<b>266,2</b>	<b>290,5</b>	<b>305,6</b>	<b>307,1</b>	
<b>Sonstige Einrichtungen (Professuren Forschungsschwerpunkte)  <sup>2</sup></b>												
Gesundheitssystemforschung	3,5	5,9	5,9	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	
Digital Health	3,5	5,9	5,9	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	
Denomination offen	0,0	7,0	21,8	42,5	57,4	68,0	87,7	97,6	102,0	106,0	106,0	
<b>Sonstige Einrichtungen</b>												
Wissenschaftlicher Vorstand	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	
Zentralbereich Lehre	2,0	2,0	3,0	5,0	6,0	12,0	18,0	20,0	22,0	25,0	28,5	
<b>Summe Sonstige Einrichtungen</b>	<b>11,0</b>	<b>22,8</b>	<b>38,6</b>	<b>62,5</b>	<b>78,4</b>	<b>95,0</b>	<b>120,7</b>	<b>132,6</b>	<b>139,0</b>	<b>146,0</b>	<b>149,5</b>	
<b>Drittmittelfinanziertes wiss. Personal</b>											200,0	
<b>Gesamtsumme</b>	<b>56,6</b>	<b>156,0</b>	<b>212,5</b>	<b>276,3</b>	<b>321,4</b>	<b>368,1</b>	<b>420,8</b>	<b>454,2</b>	<b>484,9</b>	<b>507,0</b>	<b>712,0</b>	

Hinweis: **Die Angaben zum Aufbau des wissenschaftlichen/ärztlichen Personals beziehen sich lediglich auf den geplanten Aufwuchs des ärztlichen und nichtärztlichen wissenschaftlichen Personals, das Aufgaben in Forschung und Lehre übernimmt.** Angaben zum Aufwuchs des ärztlichen Personals mit Aufgaben in der Krankenversorgung können derzeit nicht gemacht werden. Die Angaben zum drittmittelfinanzierten Personal zeigen lediglich die Gesamtsumme des drittmittelfinanzierten Personals im Endausbau. Angaben dazu, wie sich das Drittmittelpersonal auf die einzelnen Institute und Kliniken verteilen wird, können derzeit nicht gemacht werden.

|<sup>1</sup> Denomination vorerst offengelassen; eine Denomination wird ggf. für eine gemeinsame Berufung mit dem Sana-Herzzentrum Cottbus für das Fach Herzchirurgie genutzt.

|<sup>2</sup> Langfristig organisieren sich die Professuren der Forschungsschwerpunkte gemeinsam mit grundlagenwissenschaftlichen und klinischen Professuren, die einen Schwerpunkt in Gesundheitssystemforschung oder Digitalisierung des Gesundheitswesens haben in fünf Departments.

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

**Tabelle A 6: Kennzahlen der Stationären Krankenversorgung am CTK, 2019–2022**

Belegungsdaten	2019	GR2020   <sup>6</sup>	2020	2021	2022
<b>Aufgestellte Betten insgesamt (Jahresdurchschnitt)</b>	1.046		1.043	1.059	1.045
darunter Intensivbetten	24		24	24	24
SAPS   <sup>1</sup>	458.873		453.541	480.635	502.521
TISS   <sup>2</sup>	81.277		96.807	113.735	103.042
Nutzungsgrad der Betten   <sup>3</sup> in %	79,36%		67,70%	63,50%	70,29%
Verweildauer   <sup>4</sup> in Tagen	7,20		7,51	7,52	7,46
Aufnahmen in die vollstat. Behandlung	42.086		34.358	32.741	33.158
Entlassungen aus der vollstat. Behandlung (ohne Sterbefälle)	41.106		33.269	31.353	31.868
<b>Berechnungs- und Belegungstage insgesamt</b>	302.847		258.184	245.642	246.804
darunter Tage der Intensivbehandlung/-überwachung	22.088		21.748	22.534	22.446
Vorstationäre Behandlungen	20.662		22.348	22.793	23.129
Nachstationäre Behandlungen	4.606		3.286	3.200	3.545
Tages- und Nachtambulanzplätze	92		96	107	107
Teilstationäre Behandlungstage	22.682		15.838	14.399	16.852
<b>Casemix</b>	47.181,75	37.177,70	33.387,81	32.809,79	33.818,71
Fallzahl E1	41.710	41.710	34.051	32.351	32.647
<b>Casemix-Index (CMI)  <sup>5</sup></b>	1,13	0,89	0,98	1,01	1,04
<b>Landesbasisfallwert in Euro (ohne Ausgleiche)</b>	3.530,00		3.662,36	3.741,50	3.997,36

Stand 13.04.2023.

Die Angaben erfolgten auf Basis der Krankenhausstatistik (KH-G2 und KH-G5).

|<sup>1</sup> SAPS = Simplified Acute Physiology Score.

|<sup>2</sup> TISS = Therapeutic Intervention Scoring System.

|<sup>3</sup> Berechnet als Verhältnis aus belegten Betten und aufgestellten Betten (BT/[Betten\*365]).

|<sup>4</sup> Berechnet als Belegungstage geteilt durch Fallzahl ((Aufnahmen + Entlassungen inkl. Sterbefälle)/2).

|<sup>5</sup> Hinweis zur Berechnung des Casemix-Index (CMI): „Zusatzentgelte sowie nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen“, Quelle: Fachserie 12, Reihe 6.4, Gesundheit, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Statistische Bundesamt.

|<sup>6</sup> Casemix, Fallzahl E1 und CMI für 2019 wurde für eine bessere Vergleichbarkeit mit GR2020 dargestellt, da die Pflege seit 2020 aus der CMI-Berechnung ausgegliedert wurde.

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.

Tabelle A 7: Kennzahlen der Ambulanten Krankenversorgung am CTK, 2022

Klinik/Poliklinik/ Abteilung	Hochschul- ambulanzen (§ 117) ohne Notfälle (QF)	Notfälle (GKV) (EF)	Ermächti- gungen: - Persönlich (§ 116) - Institut (§ 98 (2)) - Unterversorg. (§ 116a) (EF)	Psych. Institutsamb./ Geriatr. Institutsamb./ Soz.-päd. Zentren: - PIA (§ 118) - GIA (§ 118a) - SPZ (§ 119) (EF)	Hoch- spezial. Leistun- gen (§ 116b) (EF)	Ambu- lante Operati- onen (§ 115b) (EF)	BG-Fälle (EF)	Selbst- zahler- innen und -zahler (EF)	Sons- tige/ Andere (EF)	Privat- patient- innen und -patienten (EF)
sonstige									647	119
Service Ambulanzen								489	229	
Studienambulanzen									48	
Tumorkonferenz									135	
Physiotherapie								83		191
Durchgangsarzt							4.578			
Ambulante spezialfach- ärztliche Versorgung Kinder					348					
§116b Herzinsuffizienz					317			3		
§116b_Kinderonkologie					732			7		
§116b Multiple Sklerose					1.510					
Chefarzt und KV- Ambulanzen			8.838				789	2.768	74	156
Zentrale Notaufnahme		16.653					51	946	377	256
Psychiatrische Institutsambulanz   <sup>1</sup>				3.300						
Sozialpädiatrisches Zentrum				4.082						
Ambulantes Operieren Augen						1585		56		
Ambulantes Operieren Chirurgie						228	1	17		
Ambulantes Operieren Frau						233		11		
Ambulantes Operieren Gastroenterologie						71		3		
Ambulantes Operieren Haut						7		47		
Ambulantes Operieren HNO						70	4	5		
Ambulantes Operieren Kardiologie						11				
Ambulantes Operieren Mund-Kiefer-Gesicht						80		14		
Ambulantes Operieren Neurochirurgie						35		4		
Ambulantes Operieren Orthopädie						8		11		
Ambulantes Operieren Unfallchirurgie						244	59	13		
Ambulantes Operieren Urologie						146		23		
<b>Summe</b>	<b>0</b>	<b>16653</b>	<b>8838</b>	<b>7382</b>	<b>2907</b>	<b>2.718</b>	<b>5482</b>	<b>4500</b>	<b>1510</b>	<b>722</b>

	<b>daran beteiligte Fachgebiete</b>	<b>Medizinisches Versorgungs- Zentrum (MVZ) (§ 95) (EF)</b>
Cottbus	Allgemeinmedizin/Innere Medizin	6.461
Cottbus	Augenheilkunde - Hauptbetriebsstätte Cottbus	8.091
Cottbus	Augenheilkunde - Zweigpraxis Spremberg	3.940
Cottbus	Kinder- u. Jugendmedizin - Zweigpraxis Forst	3.160
Cottbus	Kinder- u. Jugendmedizin - Zweigpraxis Spremberg	5.250
Cottbus	Innere Medizin - Zweigpraxis Spremberg	3.725
Cottbus	Innere Medizin - Zweigpraxis Weißwasser	10.813
Cottbus	Neurologie	2.294
Cottbus	Nuklearmedizin	5.678
Cottbus	Strahlentherapie	3.559
Cottbus	Laboratoriumsmedizin	47.931
Cottbus	Zahnärzte/Oralchirurgie	6.073
Cottbus	Gynäkologie	4.573
Cottbus	Gynäkologie - Zweigpraxis Weißwasser	1.894
Cottbus	Neurochirurgie	2.272
Cottbus	Pathologie	4.145
Cottbus	Chirurgie	3.136
Cottbus	Dermatologie	1.840
Vetschau	Orthopädie und Unfallchirurgie	7.222
Vetschau	Augenheilkunde	6.759
Lübben	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	8.683
Lübben	Gynäkologie	4.704
Cottbus	Radiologie - Zweigpraxis Lübbenau	7.792
Cottbus	Neurochirurgie - Zweigpraxis Lübbenau	326
Cottbus	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Zweigpraxis Lübbena	3.109
Cottbus	Neurochirurgie - Zweigpraxis Forst	1.028
Cottbus	Orthopädie - Zweigpraxis Weißwasser	1.186
	<b>Summe</b>	<b>165.644</b>

Stand: 21.11.2022

QF = Quartalsfälle; EF = Einzelfälle.

Die angegebenen Paragraphen beziehen sich auf das SGB V.

|<sup>1</sup> Hier: Kontakte = Einzelfälle.

Quelle: Selbstbericht des Landes Brandenburg zum Aufbau des Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus; eigene Darstellung.



---

# Mitwirkende

Im Folgenden werden die an den Beratungen im Wissenschaftsrat und die im Ausschuss Medizin beteiligten Personen, die Mitglieder der fachlichen Bewertungsgruppe (siehe unten) sowie die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle aufgelistet.

Hinsichtlich der Arbeitsweise des Wissenschaftsrats ist zu beachten, dass bei Evaluationen von Einrichtungen bzw. institutionellen Akkreditierungen die von den Ausschüssen erarbeiteten Entwürfe der wissenschaftspolitischen Stellungnahmen in den Kommissionen des Wissenschaftsrats diskutiert und ggf. verändert werden. Im Ergebnis ist damit der Wissenschaftsrat Autor der veröffentlichten Stellungnahme.

Evaluationen von Einrichtungen bzw. institutionelle Akkreditierungen werden den Gepflogenheiten des Wissenschaftsrats entsprechend in Form eines zweistufigen Verfahrens durchgeführt, das zwischen fachlicher Begutachtung und wissenschaftspolitischer Stellungnahme unterscheidet: Die Ergebnisse der fachlichen Begutachtung können nach Verabschiedung durch die Bewertungsgruppe auf den nachfolgenden Stufen des Verfahrens nicht mehr verändert werden. Der zuständige Ausschuss erarbeitet auf der Grundlage des fachlichen Bewertungsberichts den Entwurf einer wissenschaftspolitischen Stellungnahme, bezieht dabei übergreifende und vergleichende Gesichtspunkte ein und fasst die aus seiner Sicht wichtigsten Empfehlungen zusammen.

**Vorsitzender**

Professor Dr. Wolfgang Wick  
Universitätsklinikum Heidelberg | Deutsches Krebsforschungszentrum  
Heidelberg (DKFZ)

**Generalsekretär**

Thomas May  
Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats

**Wissenschaftliche Kommission des Wissenschaftsrats**

Professorin Dr. Julia Arlinghaus  
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg | Fraunhofer-Institut  
für Fabrikbetrieb und -automatisierung IFF, Magdeburg  
Vorsitzende der Wissenschaftlichen Kommission

Professorin Dr. Liane G. Benning  
Freie Universität Berlin | Deutsches GeoForschungsZentrum (GFZ) Potsdam

Dr. Ulrich A. K. Betz  
Merck KGaA

Professor Dr. Folkmar Bornemann  
Technische Universität München

Professorin Dr. Eva-Lotta Brakemeier  
Universität Greifswald

Professorin Dr. Petra Dersch  
Universität Münster

Professorin Dr. Nina Dethloff  
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Professor Dr. Jakob Edler  
Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI |  
Manchester Institute of Innovation Research

Professor Dr. Christian Facchi  
Technische Hochschule Ingolstadt

Professorin Dr. Christine Falk  
Medizinische Hochschule Hannover

Marco R. Fuchs  
OHB SE, Bremen

Professorin Dr. Uta Gaidys  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Professor Dr. Michael Hallek  
Universität zu Köln

Dr.-Ing. Frank Heinrich  
SCHOTT AG

Professor Dr. Frank Kalter  
Universität Mannheim | Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrations-  
forschung (DeZIM) e. V.

Dr. Stefan Kampmann

Professor Dr. Wolfgang Lehner  
Technische Universität Dresden

Dr. Claudia Lücking-Michel  
AGIAMONDO e. V.

Andrea Martin  
IBM DACH

Professorin Dr. Gabriele Metzler  
Humboldt-Universität zu Berlin

Professorin Dr. Friederike Pannewick  
Philipps-Universität Marburg

Professorin Dr. Ursula Rao  
Max-Planck-Institut für Ethnologische Forschung, Halle |  
Universität Leipzig

Professorin Dr. Gabriele Sadowski  
Technische Universität Dortmund

Professor Dr. Ferdi Schüth  
Max-Planck-Institut für Kohlenforschung, Mülheim/Ruhr  
Stellvertretender Vorsitzender der Wissenschaftlichen Kommission

Dr. Harald Schwager  
EVONIK Leading Beyond Chemistry

Professorin Dr. Christine Silberhorn  
Universität Paderborn

Professor Dr. Thomas S. Spengler  
Technische Universität Braunschweig

Professorin Dr. Birgit Spinath  
Universität Heidelberg

Professor Dr.-Ing. Martin Sternberg  
Hochschule Bochum | Promotionskolleg für angewandte Forschung  
in Nordrhein-Westfalen

Professor Dr. Klement Tockner  
Goethe-Universität Frankfurt am Main | Senckenberg Gesellschaft für Natur-  
forschung Frankfurt

Professor Dr. Martin Visbeck  
GEOMAR Helmholtz-Zentrum für Ozeanforschung Kiel

Professor Dr. Wolfgang Wick  
Universitätsklinikum Heidelberg | Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)  
Vorsitzender des Wissenschaftsrats

### **Verwaltungskommission (Stand: April 2024)**

*Von der Bundesregierung entsandte Mitglieder*

Professorin Dr. Sabine Döring  
Staatssekretärin im Bundesministerium für Bildung und Forschung  
Vorsitzende der Verwaltungskommission

Judith Pirscher  
Staatssekretärin im Bundesministerium für Bildung und Forschung

N. N.  
Bundesministerium der Finanzen

Juliane Seifert  
Staatssekretärin im Bundesministerium des Innern und für Heimat

Silvia Bender  
Staatssekretärin im Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft

Udo Philipp  
Staatssekretär im Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz

*Von den Länderregierungen entsandte Mitglieder*

*Baden-Württemberg*

Petra Olschowski  
Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kunst

*Bayern*

Markus Blume  
Staatsminister für Wissenschaft und Kunst  
Vorsitzender der Verwaltungskommission

*Berlin*

Dr. Ina Czyborra  
Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

*Brandenburg*

Dr. Manja Schüle  
Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur

*Bremen*

Kathrin Moosdorf  
Senatorin für Umwelt, Klima und Wissenschaft

*Hamburg*

Dr. Andreas Dressel  
Präsident der Finanzbehörde

*Hessen*

Timon Gremmels  
Minister für Wissenschaft und Forschung, Kunst und Kultur

*Mecklenburg-Vorpommern*

Bettina Martin  
Ministerin für Wissenschaft, Kultur, Bundes- und Europaangelegenheiten

*Niedersachsen*

Falko Mohrs  
Minister für Wissenschaft und Kultur

*Nordrhein-Westfalen*

Ina Brandes  
Ministerin für Kultur und Wissenschaft

*Rheinland-Pfalz*

Clemens Hoch  
Minister für Wissenschaft und Gesundheit

*Saarland*

Jakob von Weizsäcker  
Minister für Finanzen und Wissenschaft

*Sachsen*

Sebastian Gemkow  
Staatsminister für Wissenschaft im Staatsministerium für Wissenschaft,  
Kultur und Tourismus

*Sachsen-Anhalt*

Professor Dr. Armin Willingmann  
Minister für Wissenschaft, Energie, Klimaschutz und Umwelt  
Stellvertretender Vorsitzender der Verwaltungskommission

*Schleswig-Holstein*

Karin Prien  
Ministerin für Allgemeine und Berufliche Bildung, Wissenschaft,  
Forschung und Kultur

*Thüringen*

Wolfgang Tiefensee  
Minister für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitale Gesellschaft

Ulrich A. K. Betz

Merck KGaA

Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission

Professorin Dr. Christine Falk

Medizinische Hochschule Hannover

Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission

Professorin Dr. Uta Gaidys

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission

Dr. Rolf Greve

Behörde für Wissenschaft, Forschung, Gleichstellung und Bezirke Hamburg

Professor Dr. Michael Hallek

Universität zu Köln / Uniklinikum Köln

Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission

Professor Dr. Peter Henningsen

Technische Universität München

Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Professorin Dr. Mechthild Krause

Technische Universität Dresden

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. Michael Lehmann

Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitalisierung  
des Landes Sachsen-Anhalt

Ministerialrätin Dr. Renate Loskill

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Sandra Magens

Universität zu Lübeck

Ministerialdirigent Dr. Michael Mihatsch

Bayerisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst

Anja Simon

Universitätsklinikum Freiburg

Woldemar Venohr

Ministerium für Wissenschaft, Kultur, Bundes- und Europaangelegenheiten  
des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Professor Dr. Wolfgang Wick

Universitätsklinikum Heidelberg | Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)

Vorsitzender des Ausschusses Medizin, Vorsitzender des Wissenschaftsrats

Ständige Gäste

Dr. Petra Hintze

Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)

Dr. Eckard Picht

Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)

Herr Professor Dr. D. Michael Albrecht  
Professor für Anästhesie, Medizinischer Vorstand und Sprecher des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden

Frau Professorin Dr. Dr. Melanie Börries  
Professorin für Medizinische Bioinformatik und Institutsdirektorin des Instituts für Medizinische Bioinformatik und Systemmedizin Medizinische Fakultät/Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Frau Professorin Dr. Christine Falk  
Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission des WR; Professorin für Transplantationsimmunologie und Leiterin des Instituts für Transplantationsimmunologie der Medizinischen Hochschule Hannover

Herr Professor Dr. Michael Hallek  
Professor für Innere Medizin der Universität zu Köln, Direktor der Klinik I für Innere Medizin und CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf

Herr Professor Dr. Wolfgang Hoffmann  
Geschäftsführender Direktor und Abteilungsleiter des Instituts für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universität Greifswald

Frau Professorin Dr. Claudia Hornberg  
Dekanin der Medizinischen Fakultät Ostwestfalen-Lippe der Universität Bielefeld

Herr Professor Dr. Hüseyin Ince  
Professor für Kardiologie an der Universität Rostock, Leiter des Department Kardiologie der Klinik für Innere Medizin - Kardiologie, Allgemeine Innere Medizin und konservative Intensivmedizin des Vivantes Klinikums Am Urban Berlin

Frau Dr. Sarah Kim-Hellmuth  
Fachärztin für Humangenetik, Emmy Noether-Forschungsgruppenleiterin mit gemeinsamer Berufung an das Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München und an das Institut für Translationale Genomik am Helmholtz Zentrum München

Frau Dr. Waltraud Kreutz-Gers  
Kanzlerin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Frau Professorin Dr. Christiane Kugler  
Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft, Klinisch-theoretisches Institut  
des Universitäts-klinikums Freiburg

Herr Professor Dr. Jochen O. Mierau  
Professor Public Health Economics & Scientific Director Lifelines, Universität  
Groningen

Frau Ministerialrätin Eva Nourney  
Leiterin des Referats 600 - Grundsatzfragen, Digitalisierung, Transfer, BMBF

Herr Uwe Paul  
Leiter des Referats Hochschulmedizin, Hochschulrecht, Hochschulgesetzge-  
bung, Qualitätssicherung, Ministerium für Wissenschaft, Energie, Klimaschutz  
und Umwelt des Landes Sachsen-Anhalt

Frau Anja Simon  
Kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Freiburg

Herr Professor Dr. Jürgen Weitz  
Direktor der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dres-  
den

Herr Klaus von Lepel  
Leiter der Abteilung Forschung, Behörde für Wissenschaft, Forschung, Gleich-  
stellung und Bezirke Hamburg

Herr Professor Dr. Wolfgang Wick  
Universitätsklinikum Heidelberg | Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)  
Vorsitzender der Arbeitsgruppe, Vorsitzender des Wissenschaftsrats

Samir Akrimi (Studentischer Mitarbeiter)

Dr. Insa Großkraumbach (stellvertretende Abteilungsleitung Medizin)

Simon Obertreis (Studentischer Mitarbeiter)

Dr. Jessica Schüle (Referentin)

Dr. Beatrix Schwörer (Abteilungsleitung Medizin)

Selma Uçar (Teamassistenz)

Sandra Ueckert (Teamassistenz)

Julia Weuthen (Sachbearbeitung)