



Interview mit

**Prof. Dr. Jana Jünger,
MME (Bern)**

**Direktorin des Instituts für
medizinische und
pharmazeutische
Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz**



Berufsgruppenübergreifende Ausbildung

Vita: 1983 – 1990 Medizinstudium an der Universität Heidelberg, 1997 Promotion, 2010 Habilitation, 2013 außerplanmäßige Professor, 2004 bis 2016: Leiterin des Kompetenzzentrums für Prüfungen in der Medizin in Baden-Württemberg, Oberärztin (Fachärztin Innere Medizin) in der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg. Seit April 2016 Direktorin des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz. Mit Frau Prof. Dr. Jana Jünger (**JJ**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: Was bedeutet MME und welche Bedeutung hat dieses Kürzel für Sie?

JJ: Im Jahr 2002 wurde eine damals neue ärztliche Approbationsordnung veröffentlicht. Überall in Deutschland begannen Reformen. In einer Gruppe engagierter – sowohl erfahrener als auch junger – Pioniere, haben wir damals beschlossen, das Rad nicht überall neu zu erfinden, sondern gemeinsam ein Netzwerk von Reformern zu knüpfen und dafür Führungskräfte und Multiplikatoren auszubilden. Der Master of Medical Education (MME) ist ein Postgraduierten-Studiengang und richtet sich insbesondere an diejenigen, die das Medizinstudium an den Fakultäten planen und durchführen. Also an Dozentinnen und Dozenten und Führungspersonal der Hochschulmedizin. Nach dem Prinzip „Train the Trainer“ sollen die MME-Absolventen als Multiplikatoren neue didaktische Techniken im Curriculum und in den Prüfungen einsetzen. Dies professionalisiert die Medizinische Ausbildung und erhöht die Qualität der Lehre. Zudem fördert es den bundesweiten und internationalen wissenschaftlichen Austausch.

JFR: Was sind die Kernpunkte des „Masterplans Medizinstudium 2020“ und was wird er verändern?

JJ: Das ist ein wichtiges und vielschichtiges Thema und darum werde ich etwas weiter ausholen. Der Masterplan wird das Medizinstudium künftig ganz neu ausrichten, er fordert die konsequente Orientierung am Patienten. Im Studium werden Schwerpunkte auf Allgemeinmedizin und ambulante Versorgung gelegt, die fachübergreifende, interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert und arztbezogene Kompetenzen vermittelt. Dazu zählen die ärztliche Gesprächsführung mit dem Patienten und Wissenschaftskompetenz. In diese Richtung werden sich die Prüfungen verschieben und auch die Lehre. Was geprüft wird, wird auch von den Studierenden gelernt. Bindeglied zwischen den bundeseinheitlichen Prüfungen, die das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen IMPP organisiert, und der Lehre an den Fakultäten sind die Gegenstandskataloge mit den fachlichen Inhalten. Die Umsetzung des Masterplans hat die Arbeit an unserem Institut in den vergangenen Jahren wesentlich bestimmt. Wir haben dabei verschiedene Aufgaben. Eine Aufgabe des IMPP ist die Überarbeitung der Gegenstandskataloge, um die bisherigen Prüfungsinhalte zu reduzieren und den neuen Lernzielen anzupassen. Eine andere Aufgabe ist die Gestaltung fairer und gerechter mündlich-praktischer Prüfungen und deren Ausrichtung an ärztlichen Rollenbildern. Dies erfordert neuartige Prüfformate, die in der Lage sind, Kommunikations- und Wissenschaftskompetenz sowie die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit von zukünftigen Absolventinnen und Absolventen zu erfassen.

JFR: Die berufsgruppenübergreifende Ausbildung ist für Sie ein Kernanliegen. Wie gelingt es, das berufsständische Denken zu überwinden und vom anderen zu lernen?

JJ: Eine hochwertige Patientenversorgung erfordert die interprofessionelle Zusammenarbeit von allen Beschäftigten in den Gesundheitsberufen. Wenn alle Beteiligten bereits in der Ausbildung miteinander üben, Patienten gemeinsam sektorenübergreifend zu behandeln, wird das später im Beruf eine Selbstverständlichkeit sein. Im Endeffekt werden durch interprofessionelle Zusammenarbeit die Patientinnen und Patienten besser versorgt und die vorhandenen Ressourcen effizienter genutzt. Diese Ziele sind im Sinne aller Beteiligten und werden dabei helfen, das häufig vorhandene berufsständische Denken zu überwinden. Der Masterplan Medizinstudium 2020 sieht vor, dass die medizinischen Fakultäten gemeinsame Lehrveranstaltungen mit

Auszubildenden beziehungsweise Studierenden anderer Gesundheitsfachberufe verstärkt in ihre Curricula aufnehmen. Das IMPP hat zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren Netzwerke gebildet und Projekte initiiert. Das von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte Projekt „Nationales Mustercurriculum interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ hat den Entwurf für ein Mustercurriculum sowie geeignete Prüfungsformate und -aufgaben für die fakultätsinternen Prüfungen sowie Staatsexamina entwickelt. Darüber hinaus sammelt das Projekt interprofessionelle Lehr- und Prüfbeispiele als „Best Practices“.

JFR: Wie beurteilen Sie das Feedback, das Sie von Studenten bekommen?

JJ: Wir arbeiten in vielen Bereichen mit Studierenden zusammen, beispielsweise koordiniert die IMPP-Pulsgruppe seit dem Jahr 2017 die Aktivitäten der Studierenden. Auch über unser IMPP-Internetportal können Studierende uns mitteilen, was sie schon immer lernen wollten oder was aus ihrer Sicht im Studium zu kurz kommt. Darunter sind überwiegend Fragen aus der Praxis, darunter das Üben von Erste-Hilfe-Maßnahmen. Ein interessantes Projekt ist auch das „Student Health Professionals' Incident Reporting Tool“, abgekürzt „S.H.I.T. HAPPENS“ – den auffälligen Namen für dieses standortübergreifende Fehlermeldeportal haben die Studierenden selbst ausgesucht. Dieses CIRIS für Studierende ist ein Beinahe-Unfallmeldesystem, das wir gemeinsam mit Partnern betreuen. Es hilft dabei, ein Bewusstsein für gesundheitsrelevante Risiken zu entwickeln und eine offene Fehlerkultur zu etablieren. Ein Fallbeispiel aus „S.H.I.T. HAPPENS“ zeigt: Beinahe-Fehler und kritische Ereignisse im Gesundheitswesen entstehen sehr häufig an Schnittstellen interprofessioneller Zusammenarbeit. Im Fallbeispiel wurde ein Studierender beauftragt, „Blutkonserven“ für einen Patienten zu holen, der regelmäßige Infusionen benötigt. In der Eile bei diesem kritischen Prozess wurde die genaue Anzahl nicht verstanden, der Studierende hat sich aber auch nicht getraut, nochmal nachzufragen, aus Angst vor den Lehrenden. Die Person brachte zwei Stück, obwohl der Patient nur eine bekommen sollte. Aufgrund der unterbrochenen Kühlkette konnte das zweite Konzentrat nicht in die Blutbank zurückgegeben werden. Wir unternehmen hier viel, um die Studierenden einzubeziehen und kurz und gut: Das Feedback der Studierende zu unserem Ansatz ist positiv.

JFR: Sie haben in einem Interview über die berufsgruppenspezifische Ausbildung vom Silodenken

gesprächen. Wie verbreitet ist diese Sichtweise, die man eigentlich auch als Unart bezeichnen könnte?

JJ: Jede Berufsgruppe im Gesundheitswesen hat eine teilweise jahrhundertealte Tradition und Identität. Ein individuelles Zugehörigkeitsgefühl und berufstypische Arbeits- und Denkweisen sind in der Praxis unabdingbar. Ich will diese lediglich ergänzen um den Aspekt der interprofessionellen Zusammenarbeit. Darum geht es mir, wenn ich vom Silodenken in der Ausbildung spreche. Wenn wir bereits in der Ausbildung diese zusätzliche Kompetenz vermitteln können, profitieren alle, insbesondere natürlich die Patientinnen und Patienten. Kerngedanke der Interprofessionalität ist, die Bedürfnisse von Patienten als auch die Arbeitsanforderungen an die zukünftigen Fachkräfte im Gesundheitswesen zu berücksichtigen.

JFR: Welchen Nutzen haben Patienten von einer berufsgruppenübergreifenden Ausbildung? Könnte es sein, dass sie damit mehr Vertrauen in das System der Menschen um sie herum haben?

JJ: Bei der Betreuung von Patientinnen und deren Angehörigen ist Fachwissen aus verschiedenen Bereichen gefragt. Erfolgt die Begleitung berufsgruppenübergreifend, profitieren alle Seiten davon. Dafür muss die eine Profession wissen, was die andere kann und deren Kompetenzen vertrauen. Gut, wenn das bereits in Ausbildung und Studium verankert wird. Der Nutzen für die Patienten ist klar: Sie werden besser betreut und versorgt, auch verstehen sie besser, warum welche Maßnahmen angewendet werden. Ein echtes Team arbeitet mit den Patienten zusammen und zieht an einem Strang. Echte Teams kommunizieren miteinander, die Teammitglieder wollen einander verstehen und ihre Argumente austauschen. Dabei haben sie stets das gemeinsame Ziel vor Augen. Das spüren auch die kranken Menschen und deren Angehörige.

JFR: Medizinische Inhalte werden immer komplexer. Das hat sich gerade auch in der Covid-19 Pandemie gezeigt, die mehr und mehr als eine Systemerkrankung begriffen wird. Bietet die interprofessionelle Ausbildung einen Weg zum besseren Verständnis solcher komplexen Zusammenhänge?

JJ: Die Pandemie hat uns gelehrt: Das kompetente Beurteilen von wissenschaftlichen Ergebnissen ist sehr wichtig. Die allgemeine Unsicherheit im Umgang mit Empfehlungen der Wissenschaftler während der Pandemie war und ist groß. Hier ist Wissenschaftskompetenz in den Gesundheitsberufen gefragt. Diese Kompetenz erhält im Zuge des Masterplans

einen höheren Stellenwert in der Lehre und in den Prüfungen. Das adäquate Anwenden von Leitlinien wird ambulant und stationär am Patienten geprüft. Es geht darum, kluge und evidenzbasierte Entscheidungen treffen zu können. Üben können das die Studierenden im Praktischen Jahr und Auszubildende der Heil- und Gesundheitsberufe im letzten Ausbildungsjahr beispielsweise im Projekt IMAGINE, das unter Beteiligung vieler Akteure entstanden ist, darunter einem Netzwerk aus interprofessionellen Ausbildungsstationen in Kliniken (IPSTA) und ambulanten Arztpraxen (IPRAA). IMAGINE steht für „Interprofessionelle Sektorenübergreifende Medizinische Versorgung Ausbilden Und Gesundheitskompetenz Im Netzwerk Fördern und Evaluieren“. Ein Beispiel aus IMAGINE: Medizinstudierende wollten eine erkrankte Patientin mit einer postoperativen Verstopfung medikamentös behandeln, während die Pflegeschüler bei dieser Diagnose gute Erfahrungen mit einem Einlauf gemacht hatten. Beide Maßnahmen waren bei dieser Patientin angemessen. Doch aus Patientensicht haben beide Gruppen nach interprofessioneller Abstimmung die einfachere Maßnahme gewählt – das ist der Nutzen gelebter interprofessioneller Zusammenarbeit.

JFR: Wie hat die Covid-19 Pandemie Ihre Arbeit beeinflusst und welche Erkenntnisse könnten davon auf Lerninhalte und Lernziele übergehen?

JJ: Wichtige Inhalte und Lernziele liegen in den Bereichen Prävention, Gesundheitskompetenz und in Kenntnissen über das öffentliche Gesundheitswesen. Bereits seit dem Jahr 2017 kooperieren wir mit dem öffentlichen Gesundheitswesen, um dieses Wissen adäquat in den Prüfungen abzubilden. Denn bislang wurden Medizinstudierende in Staatsexamina nur wenig über Aufbau und Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens geprüft. In Zeiten einer Pandemie müssen Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern und Praxen unter Zeitdruck viele organisatorische Fragen klären: Wie läuft die Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut? Wo schickt man die Proben hin? Wie wird die Versorgung schwer Erkrankter koordiniert? Viele Herausforderungen gilt es unter Zeitdruck zu lösen. Da ist es gut, wenn man die Abläufe und Strukturen kennt.

JFR: So manch einem Arzt fehlt es an der Kommunikationskompetenz. Dabei ist sie ein Schlüsselement in der Arzt-Patienten-Beziehung. Wie muss die Vermittlung von Gesprächskompetenz gestaltet sein?

JJ: Bisher wurde Arzt-Patienten-Kommunikation zu theoretisch vermittelt. Zudem war Kommunikationskompetenz im Curriculum unzureichend integriert und stand erst zu einem späten Zeitpunkt auf dem Lehrplan. Es ist besser, Gesprächskompetenz mit praktischen Übungen zu vermitteln und damit schon zum Studienbeginn anzufangen. Besonders hoch ist der Lerneffekt, wenn simultan mit medizinischem Fachwissen die zugehörige spezifische Gesprächskompetenz vermittelt wird. Beispielsweise lernen die Studierenden so, wie sie in einer spezifischen Kommunikationssituation zu Demenzkranken sprechen oder wie sie Fehler im Team adressieren.

JFR: Die Prävention nimmt in den letzten Jahren immer mehr Raum im strategischen Denken der Ärzte ein. Dabei geht es vorrangig natürlich um die Primärprävention. Wo sehen Sie Stellschrauben, um den Gedanken der Primärprävention noch viel mehr in die Ausbildung zu integrieren?

JJ: Prävention hat einen großen Effekt auf die Gesundheit. Es gibt Schätzungen, dass sich rund 40 % aller Erkrankungen mit den geeigneten Präventionsmaßnahmen verhindern lassen. Gesundheitskompetenz ist dabei entscheidend. Wo und wie wird das im Gesundheitswesen an die Bevölkerung vermittelt? Nicht nur beim Arztbesuch ist das ein Thema, darüber hinaus fungieren Mediziner beispielsweise in Kooperation mit Lehrern als Health Advocates der Bevölkerung, auch Community Nurses und Rettungssanitäterinnen, aber auch Apotheker vermitteln Gesundheitskompetenz an die Menschen. Was mache ich bei einer Erkältung? Da fragen die meisten Menschen häufiger ihren Apotheker als ihren Arzt. Wir müssen Gesundheitskompetenz weiter gefasst denken und in Austausch mit allen daran beteiligten Fachgruppen treten. Die Politik hat an vielen Stellschrauben gedreht. Aus dem „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ leitet sich für das IMPP der Auftrag ab, Multiplikatoren für diese Kompetenz auszubilden, gerade weil wir das in den neuen Staatsexamina prüfen werden. Es geht darum, die Primärprävention in der Vorklinik des Medizinstudiums auf den Lehrplan zu bringen.

JFR: Wann sollte in der Ausbildung mit Informationen über Grundlagen der menschlichen Existenz wie Gesundheit, Ernährung, Umwelt, Mobilität etc. begonnen werden?

JJ: So früh wie möglich, ab dem ersten Semester. Es ist nicht nur wichtig zu lernen, wie der menschliche Körper arbeitet, sondern auch wie das öffentliche Gesundheitswesen funktioniert und wie sich beispielsweise Ernährung und Umwelteinflüsse auf die Gesundheit auswirken können. Wenn

der Klimawandel dafür sorgt, dass es in Europa immer wärmer wird, reicht es nicht nur aus, darauf zu achten, dass die Menschen im eigenen Umfeld ausreichend Wasser trinken. Vielmehr werden zukünftige Ärzte lernen, wie sie auch über andere konkrete Maßnahmen günstige Rahmenbedingungen für die Gesundheit ihrer Mitmenschen setzen, beispielsweise indem sie auf das Installieren von Trinkwasserspendern im öffentlichen Raum hinweisen oder bei der Gestaltung eines Pflegeheimes auch den Hitzeschutz einplanen. So kann gesundheitlichen Folgeschäden des Klimawandels so gut wie möglich begegnet werden. Es ist aber auch wichtig, dass Ärzte so gut wie möglich darauf Einfluss nehmen, den Klimawandel zu stoppen.

JFR: Wie gelingt es, durch bessere Ausbildung Behandlungspfade nicht nur zu etablieren, sondern auch verständlich zu machen?

JJ: In der Ausbildung müssen alle interprofessionelle Kommunikation üben und später am Krankenbett anwenden. Konkret heißt das, bei der Behandlung oder der Übergabe auch die anderen Berufsgruppen am eigenen Behandlungsansatz aktiv zu beteiligen. Dabei sind explizit Diskussionen erwünscht. So sehen alle über den eigenen Tellerrand. Ziel ist es, ein gemeinsames Verständnis herbeizuführen. Dabei hilft eine interprofessionelle Ausbildung. Sie vermittelt ein Selbstverständnis für relevante Aspekte der Interprofessionalität und ebnet so den Weg in den Arbeitsalltag.

JFR: Die „Nationale Dekade gegen den Krebs“ fördert besonders praxisverändernde Studien zur Prävention, Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen. Inwieweit hatte Ihre Arbeit Einfluss auf die Zusammenstellung der Projekte, ihre Förderung und sehen Sie darin einen notwendigen Schritt zur Verbesserung auch der berufsgruppenübergreifenden Ausbildung?

JJ: Ich bin seit dem Jahr 2013 im Nationalen Krebsplan als Sprecherin für die kommunikativen Kompetenzen der Leistungserbringer mit verantwortlich. Es ist entscheidend, die wissenschaftlichen Erkenntnisse in den Lernzielen und Prüfungsfragen zu verankern und dies zwischen den Berufen interprofessionell abzustimmen. Hier müssen beispielsweise Ernährungsberater oder Lehrer oder Ärztinnen gemeinsam an einem Strang ziehen. So zum Beispiel, wenn es um die Beratung eines Jugendlichen mit Diabetes geht oder Schülern gesunde Ernährung nicht nur referiert wird, sondern deren

Bedeutung für Prävention und deren Auswirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden verstanden und gelebt werden.

Wir sind gut vernetzt und haben alle Akteure an einem Tisch zusammengeführt. Gemeinsam arbeiten wir daran, den Bereichen Prävention und Gesundheitskompetenz auch in der interprofessionellen Ausbildung gesteigerte Geltung zu verschaffen. Wir freuen uns über Unterstützung bei diesem Anliegen.

Herzlichen Dank für dieses sehr informative und konstruktive Gespräch.