MEDIZINISCHER
FAKULTÄTENTAG

Tagungsbericht

77. Ordentlicher
Medizinischer Fakultätentag

26. und 27. Mai 2016
in Würzburg

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

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

ISBN 978-3-9816052-3-5

Herausgeber: Prof. Dr. Heyo K. Kroemer
Schriftführer: Prof. Dr. Frank Richter
MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V.
Geschäftsstelle
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
Telefon: +49-(0)30/6449 8559-0
Telefax: +49-(0)30/6449 8559-11
E-Mail: berlin@mft-online.de
Homepage: www.mft-online.de
alle Rechte vorbehalten

1. Auflage
Berlin, Juli 2016

Fotos: Regina Sablotny, Berlin

Inhalt

Seite

Begrüßung
Prof. Dr. Heyo K. Kroemer, Göttingen 7

Grußwort des Präsidenten der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Prof. Dr. Alfred Forchel, Würzburg 15

Eröffnungsvortrag
Entwicklungen und Herausforderungen in der Gesundheitsforschung
Dr. Georg Schütte, Berlin 23

Tagungsimpressionen I 35

Kooperationen zwischen der Fraunhofer-Gesellschaft
und der Universitätsmedizin
Prof. Dr. Dr. Gerd Geißlinger, Frankfurt am Main 39

Fünf Jahre Deutsche Gesundheitszentren:
Bilanz aus Sicht der Helmholtz-Gemeinschaft
Prof. Dr. Otmar Wiestler, Berlin 53

Die Erwartung der Politik an die universitäre Forschung
Alexandra Dinges-Dierig, MdB, Bonn 65

Wie wird die neue Bund-Länder-Initiative umgesetzt?
Dorothee Dzwonnek, Bonn 73

Stärkung exzellenter Forschung aus Landesperspektive
Dr. Johannes Eberle, München 83

Diskussion der Beiträge zur Exzellenzinitiative 97

Tagungsimpressionen II 99

Festveranstaltung: Grußwort des Staatssekretärs im Bayerischen
Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst
Bernd Sibler, MdL, München 103

Festveranstaltung: Grußwort des Dekans der Medizinischen Fakultät Würzburg
Prof. Dr. Matthias Frosch, Würzburg 107

Verleihung des Ars legendi-Fakultätenpreises für exzellente Lehre in der Medizin
Laudatio
Prof. Dr. Josef Pfeilschifter, Frankfurt am Main 111
Danksagung
Privatdozent Dr. Christoph Nickendei, Heidelberg 115
Dr. Thomas Rotthoff, Düsseldorf 117

Masterplan Medizinstudium 2020 – Einführung
Prof. Dr. Matthias Frosch, Würzburg 121

Masterplan: Zielsetzungen, aktueller Stand
Dr. Antje Beppel, Bonn 125

Gewünscht und gefürchtet: Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium
Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Frankfurt am Main 137

Sichtweise der Studierenden
Myriam Heilani, Berlin 151

Tagungsimpressionen III 157

Übergabe der Urkunden zum Master of Medical Education (MME)
Prof. Dr. Reinhard Hickel, München, Prof. Dr. Anderas Draguhn, Heidelberg 161

Tagungsimpressionen IV 163

Eckpunkte des Wissenschaftsrates zur nichtstaatlichen Medizinerausbildung in Deutschland
Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Köln 167

AMSE Qualitätssicherungsinitiative
Prof. Dr. Peter Dieter, Berlin 177

Strukturierte Promotionen in der Medizin/Zahnmedizin
Prof. Dr. Matthias Frosch, Würzburg 187

Interprofessionelle Ausbildung
Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Hamburg 197

Schlußworte und Ankündigung des oMFT 2017
Prof. Dr. Heyo K. Kroemer, Göttingen
Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Hamburg 205

Mitgliederversammlung des 77. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages 209

Anhang – Teilnehmerliste 211

MFT
SEIT 1913

Eröffnung des Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages 2016

Prof. Dr. Heyo K. Kroemer
Präsident des MFT, Göttingen

Sehr geehrter Herr Staatssekretär Schütte,
sehr geehrter Herr Präsident Forchel,
lieber Kollege Frosch als Dekan der gastgebenden Fakultät,
liebe Frau Dzwonnek als Generalsekretärin der DFG,
lieber Othmar Wiestler als Präsident der Helmholtz-Gemeinschaft,
Herr Kollege Geißlinger als Vertreter der Fraunhofer-Gesellschaft,
liebe Kolleginnen und Kollegen Dekane der Medizinischen Fakultäten,
meine sehr verehrten Damen und Herren!

Ich darf Sie zum 77. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag hier in Würzburg herzlich begrüßen. Ich freue mich, dass wir nach den vergangenen Fakultätentagen in Hotels wieder einmal in einem Hörsaal sitzen und dass dieser Hörsaal auch so gut gefüllt ist.

Ich werde wie jedes Jahr diese kurze Einführung dazu nutzen, das abgelaufene Jahr kurz zu besprechen, die aktuelle Situation der Hochschulmedizin mit Ihnen zu diskutieren und im Anschluss einen Ausblick auf das zu geben, was uns vermutlich in der nächsten Zeit erwartet und beschäftigt.

Ich fange ausnahmsweise mit der eigenen Organisation, dem MFT an. Das Jahr 2015 war für den Medizinischen Fakultätentag durch ganz erhebliche Schwierigkeiten geprägt. Unser langjähriger Generalsekretär, Dr. Volker Hildebrandt, dem wesentliche Teile der positiven Entwicklung der vergangenen Jahre zu verdanken sind, erkrankte so schwer, dass wir weite Teile des Jahres ohne das einzige hauptamtliche Präsidiumsmitglied gestalten mussten. Dieses war nur durch das außergewöhnliche Engagement verschiedener Kolleginnen und Kollegen möglich. Ich möchte mich bei allen Präsidiumsmitgliedern und auch bei den Mitarbeitern der Geschäftsstelle dafür bedanken, dass wir diese Zeit, zumindest nach heutiger Einschätzung, ohne größere Schäden überstanden haben. Mein besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang Frau Prof. Annette Grüters-Kieslich von der Charité, die mit dem heutigen Tag aus dem Präsidium ausscheidet. Sie hatte sich nämlich bereit erklärt, neben ihrem Vorstandsjob, für den MFT noch kommissarisch als Generalsekretärin zu agieren. Dadurch hat sie die

Basis für eine Funktionalität der Organisation geschaffen. Aus dem Präsidium scheidet des Weiteren noch Herr Prof. Joachim Thiery aus, dem ich ebenfalls herzlich danken möchte. Für Frau Grüters und Herrn Thiery hat die Mitgliederversammlung vorhin als Nachfolger Frau Prof. Kerstin Krieglstein, Dekanin aus Freiburg, und Herrn Prof. Michael Gekle, den Dekan aus Halle gewählt und ich möchte beide Mitglieder herzlich in unserer Runde begrüßen. Eine strukturelle Änderung ist die Integration des Schatzmeisters in das Präsidium. Herr Prof. Schüttler hat bereits im letzten Jahr an allen Präsidiumssitzungen teilgenommen, auch dafür herzlichen Dank. Mein ganz ausdrücklicher Dank in dieser Angelegenheit auch an unsere Nachbarorganisation, den VUD, der uns im vergangenen Jahr in einer unbürokratischen Weise massiv unterstützt hat. Dafür bin ich Herrn Prof. Albrecht und Herrn Heyder extrem dankbar. Das vergangene Jahr war eine ausdrückliche Werbung für eine noch engere Zusammenarbeit zwischen den beiden Verbänden.

Nun aber zurück zu unserer zentralen Personalie. Es ist uns zum November 2015 gelungen, Herrn Dr. Frank Wissing, den viele von uns über lange Jahre bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft her kannten, als Generalsekretär für den Medizinischen Fakultätentag zu gewinnen. Für den unproblematischen Wechsel von der DFG zum MFT danke ich ausdrücklich der Generalsekretärin Frau Dzwonnek. Frank Wissing bringt umfängliche Erfahrungen im Forschungsmanagement mit und verfügt nach unserer Überzeugung über die Persönlichkeitsstruktur, den MFT erfolgreich administrativ zu leiten. Als Nebeneffekt werden sich unsere Beziehungen zur DFG noch weiter verbessern.

Herr Wissing hat es in der kurzen Zeit, in der er für den MFT tätig ist, geschafft, die Organisation wieder gut aufzustellen und gemeinsam mit den Mitarbeitern eine Planung für die nächsten Jahre zu entwickeln. Wir können uns wieder den aktuellen Problemen der Universitätsmedizin und der Medizinischen Fakultäten zuwenden.

Damit bin ich bei der aktuellen Situation der Medizinischen Fakultäten. Diese ist geprägt einerseits durch interne und externe Diskussionen um Wandel und Entwicklung, andererseits durch nachhaltige Persistenz vielmals angemahnter Probleme.

Ich beginne mit dem letzteren. Insbesondere nehmen wir wahr, dass die schwierige finanzielle Situation der Universitätsklinika zunehmend auch die Medizinischen Fakultäten betrifft. Jeder von uns, der Verantwortung trägt, erlebt täglich, dass die extrem knappen Ressourcen der Krankenversorgung dazu führen, dass Forschung und Lehre beeinträchtigt werden. Viele Effekte, etwa die massive Förderung translationaler Ansätze, führen auf der anderen Seite zu einer immer engeren Verbindung von Medizinischen Fakultäten und Uniklinika. Wir müssen von den Medizinischen Fakultäten ein maximales Interesse daran haben, dass unsere Universitätsklinika auskömmlich finanziert sind und wir sollten gemeinsam mit dem Verband der Universitätsklinika weiter massiv dafür kämpfen, dass es in dieser Richtung vernünftige Schritte gibt.

Nachdem es uns im letzten Jahr nicht gelungen war, den eigentlich sinnvollen Systemzuschlag für Universitätsmedizin umzusetzen, hatte stattdessen die Bundesregierung den Hochschulambulanzen, die ja auch ein Alleinstellungsmerkmal der Universitätsmedizin darstellen, eine deutlich verbesserte Vergütung in einer Größenordnung von 265 Mio. Euro zugesagt.

Die Verhandlungen zur Hochschulambulanz gestalten sich in der Selbstverwaltung wie erwartet sehr schwierig. Die gesetzliche Umsetzungsfrist ist Ende Januar abgelaufen, verhandelt wird immer noch, und ein Ende ist derzeit nicht absehbar. In den Verhandlungen mit den Kassen vor Ort werden wir mit Verweis auf die ausstehenden Bundesregelungen hingehalten. Für die Hochschulambulanzen ist also 2016 kein zusätzliches Geld in relevantem Umfang zu erwarten, obwohl dies politisch ausdrücklich gewünscht war. Und ob die in Aussicht gestellten zusätzlichen 265 Mio. Euro überhaupt irgendwann fließen, das kann heute keiner mit Sicherheit sagen. Wir können nur darauf hoffen und daran arbeiten, dass eine verbesserte Vergütung der klinischen Leistung universitärer Medizin tatsächlich kommt.

Die Universitätsmedizin ist generell auf der politischen Agenda angekommen. Alle aktuellen Koalitionsverträge in den Ländern enthalten Bekenntnisse zur Universitätsmedizin. Darüber hinaus passiert das, was Politik häufig nicht ausmacht, nämlich das hartnäckige Verfolgen eines einmal adressierten Problems. Das Land Niedersachsen hat, organisiert von dem zuständigen Abteilungsleiter im Wissenschaftsministerium Carsten Mühlenmeier, eine neue Bundesratsinitiative zur Verbesserung der Finanzsituation der Unikliniken eingebracht, die wir von Seiten der Hochschulmedizin sehr begrüßen und hoffen, dass möglichst viele Länder dieser Initiative beitreten.

Ich komme zum Kernbereich, der Lehre und Ausbildung. Auch hier gibt es interessante Aktivitäten, die unter dem Stichwort „Medizinstudium 2020“ zu subsumieren sind. Zu diesem Thema finden sich im Koalitionsvertrag der großen Koalition interessante Passagen. „Für eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium wollen wir in einer Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen ‚Masterplan Medizinstudium 2020’ entwickeln.“

Warum macht man das? Studienplätze der Medizin sind extrem begehrt, weit über 90 Prozent der Studierenden schließen erfolgreich ab, und es gibt kaum arbeitslose Ärzte. Jeder andere Berufsstand wäre glücklich, nur die Medizinausbildung wird stark kritisiert. Hinter all diesen Veränderungswünschen, die ja auf den ersten Blick nur zu begrüßen sind, steckt allerdings die Vorstellung, dass man ein sehr komplexes Problem mit einfachen Maßnahmen lösen können möchte.

Es gibt in der Bundesrepublik zunehmende Schwierigkeiten in der Versorgung ländlicher Räume mit Ärzten. Viele Praxen, die eine zentrale Rolle in der Versorgung spielen,

finden trotz finanzieller Anreize keine Nachfolger mehr. Die diskutierten Lösungsmöglichkeiten bestehen darin, die Allgemeinmedizin an den Universitätsmedizinen zu stärken, in dem man ein Pflichtquartal Allgemeinmedizin einführt und dadurch meint, mehr junge Menschen als bisher davon überzeugen zu können, Landärzte zu werden. Weil man selber offensichtlich nicht wirklich daran glaubt, dass das funktionieren wird – die Medizinstudenten lehnen ebenso wie der MFT ein Pflichtquartal Allgemeinmedizin vehement ab – werden noch weitere Dinge diskutiert, wie etwa eine Erhöhung der Studienplatzzahlen und die Einführung einer Landarztquote bei den Studienanfängern.

Es gibt zu der Landarztquote ein sehr lesenswertes Gutachten, das sich elektronisch auf den Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit findet. Das Gutachten ist betitelt: „Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen der Einführung und Ausgestaltung einer Quote zur Sicherstellung der primärärztlichen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, bei der Zulassung zum Medizinstudium“. In diesem Gutachten wird dargestellt, dass es rechtens wäre, aufgrund einer wie auch immer gearteten Verpflichtung zu späterer Landarzttätigkeit hoch begehrte Medizinstudienplätze zu vergeben. Darin steht auch schon die zu zahlende Strafsumme, falls sich der junge Mensch zwischen 18 und 24 oder danach doch noch umentscheidet. „An diesem Maßstab gemessen ist eine Vertragsstrafe in Höhe von DM 150.000 für nicht außer Verhältnis zum Wert des Studienplatzes und den Verdienstmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte stehend und deshalb zulässig erachtet worden.“

Was uns daran erschüttert und irritiert, ist die Überzeugung, ein sehr komplexes Problem mit derart einfachen Maßnahmen lösen zu können. Die fehlende Attraktivität ländlicher Praxen für junge Leute ist ein vielschichtiges Problem, das mit der Organisationsform dieser Praxen, mit den Lebensansprüchen junger Leute im Sinne einer Work Live Balance und vielem mehr zu tun hat. Dazu kommt noch, dass man zumindest in Betracht ziehen muss, dass eine solche Maßnahme nicht funktioniert und nicht wirkt. Die zeitliche Verzögerung bis zum Feststellen des Erfolges oder Misserfolges beträgt zweifelsfrei eine knappe Dekade. Der Landarztmangel wird aber vorher funktional gravierend sein.

Wie stellt sich der MFT dazu? Wir sind der Überzeugung, dass man nur mit einer geänderten Versorgungsstruktur ländliche Räume angemessen versorgen kann. Hier wird es neue Strukturen in nicht unbedingt privater Trägerschaft geben müssen, die eng in einem abgestuften Konzept mit den umliegenden kleinen und großen Krankenhäusern, auch Unikliniken interagieren. Die darin angestellten jungen Ärzte haben ein großes Maß an beruflicher Sicherheit und sind gleichzeitig in ein enges Netz interdisziplinärer Kontakte eingebunden. In der notwendigen Debatte um Regionalisierung der Versorgung sollten sich die Uniklinika aktiv einbringen, es gibt dafür etwa in Dresden bereits eindrucksvolle Beispiele. Insgesamt ist derzeit nicht absehbar, wohin der Medizinstudium 2020 Prozess am Ende führen wird – beispielsweise zu einer Er-

höhung der Zahl der Medizinstudienplätze. Wir werden versuchen, uns aktiv einzubringen.

Ein wesentlicher intendierter Punkt ist die Stärkung der Allgemeinmedizin, gegen die wir grundsätzlich nichts haben. Ein Pflichtquartal Allgemeinmedizin lehnen wir allerdings genauso ab wie die Studierenden der Medizin, die ja gerade gegen diese Maßnahme bundesweit demonstriert haben. Wir sind hier in einem engen Austausch mit den Fachvertretern der Allgemeinmedizin und werden den Vorschlägen von Herrn Prof. Gerlach morgen Vormittag aufmerksam zuhören. Der gesamte Prozess wird konstruktiv kritisch von den Wissenschaftsministerien der Länder begleitet, wofür wir sehr dankbar sind.

Im Bereich der Forschungsorganisation gibt es in den letzten Jahren erhebliche Bewegungen. Dazu zählt die Etablierung der Deutschen Zentren für Gesundheit, die wesentlich auf der Interaktion mit der Unimedizin basiert. Wir sind in den letzten beiden Jahren in einem intensiven Austausch mit der Helmholtz-Gemeinschaft, deren Präsident später einen Vortrag halten wird. Bei allen unterschiedlichen Positionen haben wir gemeinsame Interessen, die sich politisch besser durchsetzen lassen. Aus genau diesem Grunde gibt es eine Diskussion von MFT und VUD mit der Fraunhofer-Gesellschaft zur Kooperation im Bereich der Medizintechnik, einen entsprechenden Letter of Intent haben wir gerade unterzeichnet, und Herr Prof. Geißlinger aus Frankfurt wird später mögliche Zusammenarbeiten beschreiben.

In diesem Kontext möchte ich auf aktuelle Entwicklungen eingehen, die für den MFT potentiell sehr wichtig sind und an denen wir uns aktiv beteiligen. Ich möchte hier insbesondere den Bereich der Medizininformatik nennen, der in Deutschland für lange Zeit ein gewisses Schattendasein geführt hat. Dies stand in einem sehr starken Kontrast zu der sich ständig steigernden Bedeutung von Informationstechnologie in der Universitätsmedizin. Wir können dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, und ich bin mir sicher, dass Herr Staatssekretär Schütte darüber gleich sprechen wird, außerordentlich dankbar sein, ein Medizininformatikprogramm auf den Weg gebracht zu haben, an dem sich mit ganz wenigen Ausnahmen praktisch alle Mitglieder des MFT beteiligt haben.

Die Grundüberlegung dieses Programms besteht darin, dass sich mehrere Universitätsmedizinen zusammentun, gemeinschaftlich ihre informationstechnologische Zukunft aufeinander abstimmen und planen und den Erfolg dieser Abstimmung und Planung anhand von sogenannten „Use Cases“ konkret in kurzer Zeit zeigen können. Für mich ist dieses Programm ein Beispiel dafür, dass man mit einer geschickten Inzentivierung von Seiten des Staates Probleme, die lange im Argen liegen, sehr erfolgreich angehen kann. Wenn man diese Entwicklung ein bisschen weiter denkt, kann man sich durchaus vorstellen, dass über eine vernünftige Entwicklung in der Informationstechnologie die Marke „Universitätsmedizin“ erheblich gestärkt werden kann und

zwar in der Forschung, in der Lehre und in der Krankenversorgung. Für alle unsere Verantwortungsbereiche wäre es sehr interessant, wenn es in wenigen Jahren eine einheitliche elektronische Patientenakte der Universitätsmedizin in Deutschland gäbe, mit der Informationen innerhalb unseres Netzwerkes ausgetauscht werden könnten.

Wenn Sie IT als wesentlichen Teil unserer Infrastruktur betrachten, dann gibt es gerade auch generell im Bereich der Infrastruktur interessante Überlegungen. Jeder von uns erlebt täglich, dass wir nicht in der Lage sind, aus unseren Mitteln oder durch konventionelle Antragstellung, unsere apparative Ausstattung tatsächlich auf dem neuesten Stand zu halten. Es liegt daher nahe, darüber nachzudenken, inwieweit besonders teure Infrastruktur auch überregional organisiert werden kann. Voraussetzung dafür ist die Zugänglichkeit für alle Universitätsmedizinen. Auch dazu hat das BMBF auf der Basis des Forums Gesundheitswissenschaften eine Arbeitsgruppe auf den Weg gebracht, an der der MFT beteiligt ist. Wir werden in dieser Gruppe versuchen, Vorschläge für die überregionale Organisation von Infrastruktur in der Biomedizin zu unterbreiten, und beschäftigen uns derzeit mit Next Generation Sequencing.

Sie sehen, dass es durchaus Beispiele dafür gibt, dass in der Bundesrepublik Aspekte, die lange nicht im Fokus des Interesses standen, letztendlich intensiv angegangen werden. Wir können davon ausgehen, dass die Interaktion zwischen den Medizinischen Fakultäten und ihren Universitätsklinika immer enger wird. Die alternde Gesellschaft wird Lösungen für medizinische Probleme im Sinne einer Translation verlangen, und der ideale Ort für diese translationalen Aktivitäten ist die universitäre Medizin. Gleichzeitig werden die nächsten Jahre durch eine Vielzahl von Fragestellungen geprägt sein, die nicht in der Medizin allein gelöst werden können. Denken Sie an ethische und rechtliche Fragen, Fragen der Verteilungsgerechtigkeit und der Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Hier sollten die Medizinischen Fakultäten eng mit den Kollegen der anderen Disziplinen an den Universitäten zusammenarbeiten.

Die Tatsache, dass in der laufenden Exzellenzinitiative die ursprünglich angedachten Bundesuniversitäten keinen Platz mehr haben, schließt meines Erachtens in der Zukunft nicht aus, dass diese Idee wieder neu gedacht wird. Gerade im Bereich der großen Investitionsnotwendigkeiten der Universitätsmedizin erscheint mir fraglich, inwieweit die Länder in der Lage sein werden, ihren investiven Verpflichtungen tatsächlich ohne Bundeshilfe nachzukommen.

Denken Sie daran, dass die Schuldenbremse ab 2020 strukturell ausgeglichene Haushalte vorschreibt und sehr große, asynchrone Investitionen, wie sie etwa für Klinika unabdingbar sind, faktisch ausschließt. Hier wird es nur die Möglichkeit geben, entweder neue Finanzierungsformen zu finden, wie wir sie etwa in Schleswig-Holstein gesehen haben, oder aber in andere Organisationsformen der Finanzierung einzusteigen.

Gleichzeitig treibt uns das Thema der Diversifizierung um. Wir haben als Organisation das Problem, dass sich unsere Mitglieder, die Medizinischen Fakultäten, in der Verbindung mit ihren Klinika und vor dem Hintergrund der sie tragenden Länder sehr unterschiedlich entwickeln. Dabei ist die Problemlage von kleinen Fakultäten in eher ländlichen Räumen von denen in großen Städten häufig diametral unterschieden. Wir werden in den kommenden Jahren im Medizinischen Fakultätentag die Gemeinsamkeiten der Fakultäten betonen, sollten uns aber auch aktiver als bisher an Differenzierungsprozessen beteiligen.

Meine Damen und Herren, zusammenfassend werden wir auch noch in den kommenden Jahren eine Reihe von interessanten Problemen und Aufgabenstellungen in der Universitätsmedizin haben. Da wir insgesamt personell und organisatorisch gut aufgestellt sind, bin ich mir sicher, dass wir diese Herausforderung meistern können und ich bin überzeugt, dass ein starker und gut aufgestellter Medizinischer Fakultätentag dazu einen wesentlichen Beitrag leisten kann.

Insoweit darf ich mich bei Ihnen allen für das Engagement der letzten Jahre bedanken, insbesondere dafür, dass sehr viele Kolleginnen und Kollegen uns durch die schwierige Zeit des letzten Jahres geholfen haben, und Sie bitten, hier mit demselben Engagement weiterzumachen. Wenn uns das gelingt, ist davon auszugehen, dass die deutsche Universitätsmedizin eine sehr gute Perspektive hat.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und erkläre den 77. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag 2016 in Würzburg für eröffnet.

Forchel
Würzburg

Grußwort des Präsidenten der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Prof. Dr. Alfred Forchel

Sehr geehrte Frau Bundestagsabgeordnete Dinges-Dierig,
sehr geehrter Herr Staatssekretär Dr. Schütte,
sehr geehrter Herr Prof. Kroemer,
sehr geehrte Frau Prof. Grüters-Kieslich,
sehr geehrte Frau Dzwonnek,
sehr geehrter Herr Dr. Wissing,
sehr geehrter Herr Prof. Wiestler,
sehr geehrter Herr Ministerialdirigent Dr. Eberle,
sehr geehrter Herr Prof. Geißlinger,
Spectabiles,
liebe Gäste,
lieber Herr Kollege Frosch,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren Pressevertreterinnen und -vertreter!

Im Namen der Julius-Maximilians-Universität Würzburg begrüße ich Sie alle ganz herzlich zum 77. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag hier bei uns in Würzburg. Es ist für uns eine große Ehre, so viele hochrangige Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich der universitären Medizin aus ganz Deutschland sowie aus der Schweiz und aus Österreich bei uns zu Gast zu haben. Ein herzliches Willkommen an Sie alle.

Unsere Universität baut auf eine sehr lange Tradition auf. Sie wurde im Jahr 1402 von Fürstbischof Johann von Egloffstein gegründet. In der päpstlichen Urkunde von Papst Bonifaz IX. wird die Errichtung eines „studium generale“ in Würzburg genehmigt, die Konzeption enthält bereits eine Fakultät für Medizin in dieser ursprünglichen Gründungsphase. Sie gehört damit zu den ganz frühen Universitätsgründungen in Deutschland.

Unter Fürstbischof Julius Echter von Mespelbrunn wurde Ende des 16. Jahrhunderts eine Erneuerung der Gründung durchgeführt, dem die soziale und medizinische und auch die theologische Versorgung der Menschen in der Region ein wichtiges Anliegen war. Er baute die sogenannte „Hohe Medizinische Fakultät“ aus, in den Statuten von 1587 waren bereits drei medizinische Lehrstühle enthalten. Die Medizin nimmt daher an der Alma Julia von je her eine bedeutende Stellung ein.

Im 18. Jahrhundert erreichte sie dann vor allem dank Carl Caspar von Siebold, der als Mitbegründer der modernen Chirurgie gilt und der 1805 im damaligen Universitätskrankenhaus hier im Juliusspital den ersten modernen Operationssaal der Welt einführte, weit über die Landesgrenzen hinaus Ruhm und Anerkennung.

Als Carl Caspar Siebold 1791 nach Würzburg berufen wurde, zählte die Medizinische Fakultät fünf Studenten – von einem solchen Betreuungsverhältnis mit drei Lehrstühlen könnte heutzutage selbst Oxford träumen. Siebold versammelte bald sieben Kollegen um sich, darunter drei seiner vier Söhne (eine kleine „Mediziner-Dynastie"), so dass sich die Würzburger Medizinische Fakultät in den nächsten Jahren zur Fakultät mit der größten Dozentenzahl in Deutschland entwickelte bei ebenfalls steigenden Studentenzahlen.

Für ihren weiteren enormen Aufschwung im Laufe des 19. Jahrhunderts sorgte eine Reihe bedeutender Wissenschaftler, die damals an der Universität forschten und lehrten. Ich erwähne hier nur Johann Lukas Schönlein, der die deutsche Medizin durch die Einführung naturwissenschaftlicher Methoden in der Diagnostik reformierte, grundlegend modernisierte und damit viele der modernen Entwicklungen in der Medizin überhaupt erst möglich gemacht hat. Es ist für mich als Naturwissenschaftler beeindruckend zu sehen, welche neuen Chancen in der Patientenversorgung und in der medizinischen Forschung durch dieses enge Wechselspiel interdisziplinärer Wechselwirkungen zwischen den Naturwissenschaften und der Medizin möglich werden.

Friedrich Wilhelm Scanzoni von Lichtenfels lehrte am Würzburger Lehrstuhl für Geburtshilfe. Er gilt als früher Vertreter der psychosomatischen Medizin und als überragende Kapazität der Gynäkologie seiner Zeit und behandelte unter anderem auch die russische Zarin Maria Alexandrowna.

Hier wirkten Franz von Rinecker, der 1850 in Würzburg die erste eigenständige Universitätskinderklinik der Welt gründete, Albert von Koelliker, der Begründer der mikroskopischen Morphologie und Autor des ersten Handbuchs der Histologie, Rudolf Virchow, der Begründer der Zellularpathologie, oder auch Adolf Eugen Fick, der Wegbereiter der modernen Muskelphysiologie, der unter anderem das „Ficksche Prinzip" zur Ermittlung des Herzminutenvolumens entwickelte.

Besonders zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch Wilhelm Conrad Röntgen. Er war zwar kein Mediziner, aber seine Entdeckung beeinflusste eine Vielzahl von Feldern, unter anderem die Medizin. Er hat in Würzburg im Jahr 1895 an unserer Universität die nach ihm benannten Strahlen entdeckt, für die er 1901 als erster den Nobelpreis in Physik erhielt. In Würzburg ist der Röntgenring nach ihm benannt, und dort befindet sich auch das Gebäude, in dem er die Strahlen entdeckte. Die Bedeutung seines Nobelpreises für die Medizin brauche ich Ihnen hier nicht zu schildern. Darüber hinaus wurden und werden Röntgenstrahlen in vielen Forschungsbereichen eingesetzt,

um weitere bahnbrechende Ergebnisse zu erzielen. Etwa 30 bis 40 Nobelpreise wurden bisher für weitere Entdeckungen auf verschiedenen Feldern verliehen. Das war wahrscheinlich die größte wissenschaftliche Leistung, die an der Universität Würzburg stattfand. Wir sind sehr dankbar für diese Leistung. In zwei Wochen wird das ehemalige Physikalische Institut, in dem Röntgen seine bahnbrechende Entdeckung machte, offiziell die Auszeichnung „Historic Site“ der European Physical Society erhalten.

Als Präsident der Julius-Maximilians-Universität Würzburg erachte ich es als wichtig zu erklären, dass aus meiner Sicht die Medizin ein Schmuckstück unserer Universität und ein zentraler Teil unseres Profils ist. Sie vernetzt sich über Wechselwirkungen interdisziplinär in viele Bereiche der Volluniversität, und es bestehen sehr gute Verbindungen der Universität zum Universitätsklinikum, obgleich wir organisatorisch getrennt sind. In dieser Wechselwirkung gibt es viele Chancen, die wir gemeinsam ausbauen können. Ich möchte die Gelegenheit nutzen und mich beim Dekan der Medizinischen Fakultät, beim Ärztlichen Direktor des Universitätsklinikums und bei allen Kolleginnen und Kollegen in der universitären Medizin dafür bedanken, dass sie so viel zu den Forschungsergebnissen und zum Forschungsruhm der Universität und zur Patientenversorgung beitragen. Das Universitätsklinikum ist von gewaltiger Bedeutung für diese Region – ganz herzlichen Dank!

Von den rund 420 Professorinnen und Professoren an unserer Universität sind 140, rund ein Drittel, im Bereich der Medizin tätig. 3.300 Studierende sind in medizinischen Fächern immatrikuliert. Ich will nicht im Einzelnen auf Rankings eingehen, sondern nur kurz aus dem DFG-Forschungsatlas zitieren, in dem die Würzburger universitätsmedizinischen Einrichtungen in der absoluten Spitzengruppe angesiedelt sind. Wenn man diese Zahlen auf die Zahl der Professorinnen und Professoren normiert, steht Würzburg auf Platz 1. Auch das ist eine Leistung im vorklinischen sowie im klinischen Bereich, auf die wir sehr stolz sind.

Von den bedeutenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Julius-Maximilians-Universität im 20. und 21. Jahrhundert möchte ich heute exemplarisch einen nennen, nämlich den heutigen Präsidenten der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften, Professor Jörg Hacker. Er gründete unter anderem 1993 das Institut für Molekulare Infektionsbiologie, ein interdisziplinäres Forschungsinstitut der Medizinischen Fakultät mit enger Anbindung an die Fakultät für Biologie. In den Räumen des „IMIB“ und des Rudolf Virchow Zentrums befinden wir uns heute. Das IMIB ist eines aus einer ganzen Reihe von interdisziplinär angelegten Forschungseinrichtungen und Zentren, die in den vergangenen Jahrzehnten hier in Würzburg aufgebaut wurden und die letztlich die Entwicklung der Forschungsstärke ganz maßgeblich mit bestimmt haben.

Als weitere Beispiele erwähne ich das 1993 gegründete Zentrum für Infektionsforschung (ZINF), eine der ältesten universitären Einrichtungen in Deutschland, die sich

interdisziplinär und fakultätsübergreifend der Erforschung von Infektionskrankheiten widmen.

Das Rudolf Virchow Zentrum, ein DFG-Forschungszentrum für Experimentelle Biomedizin, eines von drei ursprünglich ausgewählten Forschungszentren – man könnte es auch als einen Prototyp der Exzellenzcluster bezeichnen – wurde im Januar 2002 unter der Federführung von Professor Martin Lohse in dem Gebäude, in dem wir uns befinden, eingerichtet.

Das Deutsche Zentrum für Herzinsuffizienz (DZHI): eine gemeinsame Einrichtung der Universität und des Universitätsklinikums, die als Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird. Das Zentrum hat im November 2010 seine Arbeit aufgenommen. Rund 120 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – neben Kardiologen unter anderem Psychologen, Psychiater, Endokrinologen, Genetiker, Chemiker und Physiker – forschen und arbeiten hier an der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte bei Herzinsuffizienz.

Das Comprehensive Cancer Center Mainfranken: Es widmet sich der Behandlung von Tumorerkrankungen und der Forschung zur Bekämpfung von Krebs. Unter seinem Dach befindet sich auch das Zentrum für Experimentelle Onkologie, in dem in verschiedenen Bereichen – von „Immunotherapy“ bis hin zu „Translational Next Generation Sequencing“ – Ansätze für künftige Tumortherapien entwickelt werden.

Das Zentrum für experimentelle Molekulare Medizin ZEMM: Es vereint ebenfalls unterschiedliche Fachrichtungen. Auch hier ist die interdisziplinäre Forschung der Schlüssel zur Erschließung bisher ungelöster Forschungsfragestellungen. Im Zentrum arbeiten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Universität und des Klinikums beispielsweise an der experimentellen Erforschung der Stammzelltransplantation sowie im Bereich der kardialen Bildgebung und Biophysik.

Die Würzburger Medizin ist in der Forschung national wie international eng vernetzt, unter anderem durch SFBs bzw. Transregios, Forschergruppen, die nicht nur die Lebenswissenschaften und die Medizin betreffen, sondern die auch in viele andere Bereiche ausstrahlen, sowie mehrere Graduiertenkollegs und vielfältige Verbundprojekte. Einen wichtigen Aspekt stellt die translationale Forschung dar, um Erkenntnisse der Grundlagenforschung zu innovativen Therapieansätzen weiterzuentwickeln, beispielsweise personalisierte Immuntherapien in der Krebsbehandlung.

Die genannten Beispiele unterstreichen die sehr enge und erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen einer leistungsstarken, modern ausgerichteten Medizin unserer Universität und dem Universitätsklinikum Würzburg, das in seinen insgesamt

22 Kliniken im Jahr 2015 rund 70.000 Patienten stationär und über 240.000 ambulant betreute.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in allen Bereichen und die Förderung des wissenschaftlichen und klinischen Nachwuchses sind für die Julius-Maximilians-Universität von besonderer Bedeutung. Unter dem Dach der University of Würzburg Graduate Schools (UWGS) wurden für alle Fachrichtungen Graduiertenschulen eingerichtet. Die Graduate School of Life Sciences, die über die Exzellenzinitiative gefördert wird, ist über Würzburg und über die Universität hinaus ein Modell, in deren Klassen der Bereich der klinischen Medizin genauso abgedeckt wird wie z.B. die Immunologie und die Infektionsforschung. An ihr werden über 400 Promovendinnen und Promovenden, viele davon aus dem Bereich der Medizin und Biomedizin, betreut.

Soweit mein kleiner Streifzug durch die medizinischen Facetten unserer Universität und des Universitätsklinikums Würzburg.

Meine Damen und Herren, ich möchte diese Gelegenheit nutzen, um mich für die Förderung unserer Aktivitäten zu bedanken. Mein ganz herzlicher Dank gilt insbesondere der Deutschen Forschungsgemeinschaft, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung und dem Freistaat Bayern. Gute Forschung lebt von mindestens zwei Elementen: Sie braucht gute Wissenschaftler, denen aber auch herausragende Chancen geboten werden müssen. In diesem Wechselspiel konnten wir das entwickeln, was wir Ihnen heute hier präsentieren. Daher gilt mein ganz herzlicher Dank unseren Förderern.

Ich wünsche Ihnen allen angeregte Diskussionen, wertvolle Erkenntnisse und einen angenehmen Aufenthalt in unserer schönen Stadt.

Herzlichen Dank!

Eröffnungsvortrag

Entwicklungen und Herausforderungen in der Gesundheitsforschung

Dr. Georg Schütte
Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Präsidenten,
Herr Prof. Forchel als Hausherr und Präsident der Universität,
Herr Prof. Kroemer als Gastgeber und Präsident des MFT,
sehr geehrter Herr Prof. Frosch als Dekan der Medizinischen Fakultät,
sehr geehrte Frau Abgeordnete,
sehr geehrte distinguierte Rednerinnen und Redner,
sehr geehrte angehende und ausgehende Mitglieder des Präsidiums des MFT,
sehr geehrte Damen und Herren!

Vielen herzlichen Dank, dass ich bei Ihnen sein darf, am traditionellen Tagungstag des Medizinischen Fakultätentages. Es ist der Fronleichnamstag, und ich denke darüber nach, warum die Wahl des Termins seit Jahren auf diesen Tag fällt. Wenn Sie mir den gewagten Brückenschlag von mittelalterlicher Legendenbildung über die Etymologie zum Heute gestatten, so kommt nach meiner Hypothese Fronleichnam vom mittelhochdeutschen Wort „Vronlichnam". Ich habe gelernt, dass mit „lichnam" nicht der tote, sondern der lebendige Leib konnotiert wurde. Damit bin ich bei Ihrem Slogan „Wir bilden Ärzte aus, forschen und sorgen für Ihre Gesundheit". Das war meine sehr gewagte Hypothese. Zugleich der Dank, dass ich wieder bei Ihnen sein darf, nachdem ich bereits vor einigen Jahren beim Medizinischen Fakultätentag vortragen durfte.

I. Einleitung

Ich würde heute gern ein wenig die Dynamik, die sich in den vergangenen Jahren vollzogen hat, noch einmal schildern und drei Leitfragen verfolgen:

1. Sind wir in Deutschland in der Gesundheitsforschung gut aufgestellt?
2. Was sind die großen Entwicklungen und die wissenschaftlichen Herausforderungen, denen wir uns in Deutschland stellen müssen?
3. Wo müssen wir national, aber auch international stärker Verantwortung übernehmen?

II. Notwendigkeit von Zusammenarbeit und Modernisierung

Lassen Sie mich mit der ersten Leitfrage beginnen: Ist die Gesundheitsforschung in Deutschland gut aufgestellt?

Die deutsche Gesundheitsforschung erhält grundsätzlich gute Noten. Die Expertenkommission Forschung und Innovation (EFI) hat das im Jahr 2014 bestätigt. Sie hat sich in ihrem Jahresgutachten mit der medizinischen Forschung und der Gesundheitsforschung in Deutschland beschäftigt, ein durchaus positives Zeugnis ausgestellt und gleichzeitig aber auch betont, welche zentrale Rolle der Hochschulmedizin innerhalb der Gesundheitsforschung zukommt.

Das Spannungsverhältnis, welches Herr Kroemer in seiner Eröffnungsrede geschildert hat, ist prägend: Die Gesundheitsforschung steht in den Universitäten und ihren Universitätsklinika zwischen der Gesundheitsversorgung einerseits und den wirtschaftlichen Zwängen andererseits und soll gleichzeitig jedoch in der Forschung internationale Spitzenleistungen erbringen. Das gilt insbesondere für die Strukturbildung in der Forschung.

Die große Aufgabe der Strukturbildung besteht in der Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure. Die wichtigen Akteure des Gesundheitswesens haben wir in den vergangenen eineinhalb Jahren im „Pharmadialog“ zusammengebracht: Die Bundesregierung hat einen Dialog mit Wirtschaftsunternehmen der Pharma- und Medizintechnikbranche, Kostenträgern und der Wissenschaft ins Leben gerufen, dessen Ergebnisse kürzlich vorgestellt worden sind und der mit dem Ergebnispapier nun zu einem ersten Abschluss gebracht wurde.

Mit Blick auf die Forschungsstrukturen haben wir in Deutschland ja die Besonderheit, dass zwei komplementäre Stränge, die universitäre und außeruniversitäre Forschung, bestehen. Beide Stränge kommen durchaus zusammen. Die EFI-Kommission hat die „institutionelle Komplexität“ betont als eine wohl eher kritische Wertung. Wenn es aber gelingt, zwischen diesen beiden Säulen der Forschung konstruktiv und immer stärker und intensiver zusammenzuarbeiten, dann kann die „institutionelle Komplexität“ zur Stärke werden. Diese Zusammenarbeit ist wichtiger denn je, denn ohne sie können die herausfordernden Aufgaben, allen voran eine effiziente und zügige Translation, nicht bewältigt werden.

Aus diesem Grund hat das BMBF die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZG) initiiert. Inzwischen arbeiten hier über 80 universitäre und außeruniversitäre Partner zusammen. Als ich zum ersten Mal in Ihrem Kreise zu Gast war, um über die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung zu sprechen, wurde ich in der Diskussion damit konfrontiert, dass diese Zentren doch nur dazu da wären, der universitären Medizin „Betten wegzunehmen“.

Ich habe mit diesem Argument immer wieder gehadert und gerungen, weil mir die Aussage „unsere Betten“ aus Sicht der Forschung letztendlich nicht zielgerichtet er-

schien. Wichtig ist doch, wie wir Strukturen schaffen können, die dazu führen, dass am Ende Forschungsergebnisse beim Patienten ankommen. Das steht im Mittelpunkt und nicht die „Betten".

Herr Kroemer gibt dabei zu bedenken, dass die Universitätsmedizin permanent am Rande wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit arbeitet. Daher ist es aus seiner Sicht schon entscheidend, wem die Betten gehören, denn die Universitätsklinika müssen am Ende doch noch eine „schwarze Null" erwirtschaften. Das ist die Herausforderung, vor der wir stehen und die wir auch immer wieder im Dialog mit den Kolleginnen und Kollegen im Bundesgesundheitsministerium sehen. Es wird dabei manchmal angemerkt, dass die Rollenverteilung bei gemeinsamen Auftritten sehr ungünstig ist: Das BMBF berichtet aus der Forschungsperspektive immer über spannende Innovationen und das dabei auszugebende Geld, und das BMG – so wird es dort gesehen – hat dann den schwarzen Peter, erklären zu müssen, wie das System noch zu finanzieren ist. Dieses Spannungsverhältnis versuchen wir immer wieder, auch politisch, zu lösen.

Mit den Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung ist es gelungen, eine Basis des Vertrauens zu schaffen. War in der Gründungsphase der Prozess zur Einrichtung der Zentren zunächst noch stärker top down organisiert, haben wir dann aber begonnen, ihn zu einem bottom up-Prozess zu machen, der wissenschaftsgeleitet abläuft. Wir haben über die Zeit ein Vertrauen der Kooperation geschaffen.

Heute, sieben Jahre nach Gründung der ersten Zentren, können wir Bilanz ziehen. Die ersten Zwischenevaluationen der einzelnen Zentren sind in Kürze abgeschlossen. Es gab bislang sehr positive Rückmeldungen der Gutachterpanels zu den Aufbauleistungen der DZG und zu den bisher erreichten Fortschritten der translationalen Forschung. In den DZG haben sich exzellente und hochproduktive Gruppen etabliert. Es sind kohärente, gut strukturierte und kooperative Netzwerke von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in ganz Deutschland entstanden. Die Gutachter haben auch wertvolle Anregungen sowohl an die Zentren selbst als auch an die Zuwendungsgeber gerichtet, wie die DZG ihrer Aufgabe künftig noch besser gerecht werden können. Beispielsweise seien folgende Punkte genannt:

a) Die Forschung sollte noch stärker und strategischer auf Translation ausgerichtet sein.
b) Insbesondere ist der klinische Bereich, auch hinsichtlich der Nachwuchsförderung, mehr zu adressieren.
c) Bei der Sicherung der wissenschaftlichen Qualität soll vermehrt externe Expertise eingebunden werden.
d) Die Kooperation mit der Industrie soll forciert werden.
e) Patienten sollen intensiver eingebunden werden.

Als nächstes wird in einer zentrenübergreifenden Betrachtung zu prüfen sein, welcher Handlungsbedarf bei der Weiterentwicklung des DZG-Konzepts besteht. Aus dem

BMBF wurde der Wissenschaftsrat gebeten, eine solche Betrachtung vorzunehmen. Wir erwarten, dass der Wissenschaftsrat bis Mitte 2017 entsprechende Empfehlungen in einer Stellungnahme erarbeiten wird. Der Wissenschaftsrat hat dankenswerterweise das Thema kurzfristig auf seine Agenda genommen.

Die bisherige Entwicklung zeigt, dass die Universitätsmedizin sehr gut von den DZG profitiert. Ein ganz erheblicher Teil der Mittel, die wir bislang für die DZG aufgewendet haben, ist den Universitäten und Universitätskliniken bei den Zentren zugutegekommen. Wir müssen nun schauen, wie es uns gelingen kann, diese Mittel auch effektiv einzusetzen. Es ist immer konsensstiftend, große Konsortien zu bilden, an denen möglichst Viele partizipieren. Als Kehrseite ist zu nennen, dass sich damit der Mitteleinsatz auf Viele verteilt und Viele wenig bekommen. Dabei ist zu fragen, wie es gelingen kann, in den großen Konsortien gemeinsame Forschungsagenden zu entwickeln, zu verfolgen und Partikularinteressen dabei hintenan zu stellen. Dieser Prozess wird und muss die DZG noch einmal weiterbringen.

Wir wollen, auch über die Deutschen Zentren hinaus, die übergreifende Zusammenarbeit der Institutionen im Gesundheitsbereich voranbringen. Die Einrichtung des Forums Gesundheitsforschung im November letzten Jahres war ein entscheidender Schritt. Es führt auf einem neuen Niveau die verantwortlichen Vertreterinnen und Vertreter aller großen Forschungs- und Wissenschaftsorganisationen inklusive der Hochschulmedizin mit Vertreterinnen und Vertretern der Industrie zur Strategieentwicklung und Umsetzung zusammen. Es sollen - über die einzelnen Disziplinen und Disziplineninteressen hinweg - Konzepte erarbeitet werden, um sich den Herausforderungen einer exzellenten Forschungslandschaft zu stellen, Probleme anzugehen und Potenziale zu schaffen.

Zwei Themen stehen derzeit bei der Arbeit des Forums Gesundheitsforschung im Vordergrund: Zum einen geht es um die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Gesundheitsforschung mit dem Schlagwort Wertschöpfungskette. Dabei wird die Innovation von der Idee aus der Grundlagenforschung bis hin zur medizinischen Anwendung mit dem Ziel analysiert, bestehende Hürden zu eliminieren. Im zweiten thematischen Fokus wird die Frage beleuchtet, wie man sich effizient hinsichtlich der modernen lebenswissenschaftlichen Infrastrukturen aufstellt. Dies hat Herr Kroemer in seiner Einführung bereits erwähnt.

Es zeigt sich, dass diese Infrastrukturen nach anderen Gesetzmäßigkeiten funktionieren, als wir das beispielsweise in der physikalischen Grundlagenforschung sehen. „Big Science“ entstand nach dem 2. Weltkrieg primär in der Physik. Die Kolleginnen und Kollegen in der Physik haben gegenüber der Medizin ungefähr ein halbes Jahrhundert Vorsprung im Umgang mit großen Forschungsinfrastrukturen. Allerdings sind die technologischen Voraussetzungen für große Infrastrukturen inzwischen längst in der

Gesundheitsforschung angekommen. Darauf hat unter anderem das Positionspapier der Leopoldina zu den Omics-Technologien noch einmal hingewiesen.

Wir müssen überlegen, wie wir mit dieser anderen Art der Technologie umgehen. Wenn in der Medizin beispielsweise Geräte für Hochdurchsatz-Sequenzierungsverfahren beschafft werden sollen, steht nach zwei Jahren bereits die nächste Gerätegeneration zur Verfügung. Wir haben eine andere Form der Kooperation zwischen privaten Anbietern und Dienstleistern und öffentlichem Interesse. Wir haben eine andere Form der Investitionsnotwendigkeiten und wir müssen überlegen, wie wir mit dieser technologisch-wissenschaftlichen Herausforderung angemessen umgehen.

Wir haben im BMBF einen Roadmap-Prozess für Forschungsinfrastrukturen auf den Weg gebracht. Ich denke, dass die Arbeitsgruppe im Forum Gesundheitsforschung auch dazu beitragen kann, sich hier strategisch richtig zu positionieren.

Das bedeutet für Sie als Vertreter der universitären Medizin zu überlegen, wo Eigeninteressen liegen und wo Dinge im Interesse der Allgemeinheit gepoolt werden können. Dies ist eine Herausforderung bei Forschungsinfrastrukturen in der Gesundheitsforschung, die eher dezentral aufgestellt sind. Wir müssen hier einen Mechanismus finden, mit dem es gelingen kann, Eigen- und Gemeinschaftsinteressen in ein angemessenes Verhältnis zu setzen.

Noch einige Worte zu anderen Entwicklungen, die zeigen, wie die Forschungsförderung des BMBF auch Impulse zur strukturellen Weiterentwicklung und Modernisierung gibt. Herr Präsident Forchel hat bereits die „Integrierten Forschungs- und Behandlungszentren“ benannt. Acht solcher Zentren gibt es, jeweils mit rund 50 Mio. Euro über zehn Jahre finanziert, zum Beispiel zu den Themen Schlaganfall, Adipositas, Herzinsuffizienz oder Transplantationsmedizin. Ziel dieser Maßnahme ist der Aufbau und die Erprobung von neuen Organisationsstrukturen mit Modellcharakter für die Hochschulmedizin. Wichtige der von EFI oder auch von der DFG benannten Desiderate, wie die gezielte Förderung von Forschungskarrieren und optimale Rahmenbedingungen für die klinische Spitzenforschung, werden hier realisiert.

Die wesentliche Herausforderung beim Start solcher Initiativen ist die Nachhaltigkeit. Diese Frage ist für uns im Ministerium sehr relevant, denn diese Zentren sollen nachhaltig aufgebaut werden, und es wurde 2008 unterschrieben, dass man in zehn Jahren eine Folgeperspektive entwickeln will. Deswegen nutze ich heute die Gelegenheit, Sie dazu zu motivieren, mindestens die kommenden zwei Jahre zum Nachdenken zu nutzen, wie jenseits einer BMBF-Förderung tatsächlich der Modellcharakter in ein nachhaltiges Wirken überführt werden kann.

Die Exzellenzinitiative werden Sie nachher noch diskutieren. Die Ministerpräsidenten der Länder werden gemeinsam mit dem Bund im Juni die Entscheidung treffen. Insge-

samt ist es dann aber eine Chance, in die sich die Gesundheitsforschung auch einbringen muss.

Schließlich gibt es, und auch das hat Herr Kroemer vorhin erwähnt, den „Masterplan Medizinstudium“. Wir als BMBF vertreten die Position, dass das Gutachten des Wissenschaftsrates zur Reform des Medizinstudiums angemessen berücksichtigt werden sollte. Darin sind wesentliche Aspekte benannt, die es wert sind, betrachtet zu werden, zum Beispiel, die Forschungsorientierung in der Medizinausbildung hinreichend in den Blick zu nehmen. Wir sehen eine politische Konstellation in Form einer komplexen Gemengelage. Im Juni 2016 werden die Kultusministerkonferenz und die Gesundheitsministerkonferenz zunächst noch einmal getrennt über diesen Masterplan diskutieren. Wir sehen als BMBF, dass wir keinen Medizinermangel in Deutschland haben. Wohl aber haben wir ein Verteilungsproblem – wo wollen junge Ärztinnen und Ärzte nach dem Studium arbeiten? Wir brauchen Anreize, damit Medizinerinnen und Mediziner auch in die ländlichen Praxen gehen. Die Studienplätze der Medizin sind mit geschätzt 35.000 Euro pro Platz und Jahr die teuersten Studienplätze, die wir uns in diesem Land leisten. Es stellt sich die Frage des Abwanderns in andere Berufsfelder, in andere Karrierewege oder in andere Länder. Wir argumentieren daher für einen politischen Kompromiss, der nicht bei der teuersten und ineffektivsten Stelle ansetzt, nämlich der Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze. Wenn Sie sich mit kreativen Anregungen in die weitere Debatte einbringen, wie man die Strukturen im ländlichen Raum so attraktiv machen kann und so ausgestaltet, dass die ländliche Versorgung gesichert ist, so ist das ein richtiger Weg.

III. Nationale Herausforderung Innovation

Damit bin ich bei meiner zweiten eingangs gestellten Frage: Was sind die Herausforderungen in Deutschland und wo stehen wir?

Das Thema „Herausforderungen auf der technologischen Ebene“ habe ich im Hinblick auf die Omics-Technologien vorhin erwähnt. Herr Kroemer hat den großen Trend der Digitalisierung angesprochen – wie gehen wir mit den großen Datenmengen und den technologischen Möglichkeiten, die sich in der Medizin ergeben, um? Es gibt immer symbolische Taten, eine mag sein, dass erst kürzlich die Firma IBM verkündet hat, dass das kognitive Computerprogramm IBM Watson auch im Bereich der Onkologie eingesetzt werden soll. Das Programm soll Voraussagen zur Wirksamkeit von Krebstherapien machen. Ich habe unlängst mit dem neuen Wissenschaftlichen Direktor des Max-Delbrück-Zentrums in Berlin, Herrn Prof. Lohse, der von hier nach Berlin gewechselt ist, gesprochen. Er hat mir erläutert, dass die Computermodellierung einzelner Moleküle jetzt schon so weit gediehen sei, dass man damit Mechanismen, die man bisher versucht hat, durch Hochdurchsatz-Screeningverfahren sich modellmäßig zu erschließen, nun am Rechner simulieren kann und sich die Vorhersagegenauigkeit steigern wird. Das zeigt, dass der Digitalisierungstrend in der Gesundheitsforschung voll angekommen ist. Wir müssen uns anstrengen, um in einem wichtigen Zukunftsfeld den Anschluss nicht zu verlieren.

Im 2015 gegründeten Fachforum „Digitalisierung und Gesundheit“ wird in den kommenden Monaten ein Zukunftsbild bis etwa 2030 entwerfen. In diesem Fachforum entwickeln Vertreter von Forschung, Versorgung und Industrie Zukunftsszenarien für den gesunden Menschen im digitalen Zeitalter. Dabei sollen notwendige Schritte zur Realisierung dieser Zukunftsszenarien herausgearbeitet werden.

Mit der digitalen Agenda der Bundesregierung machen wir bereits einen wichtigen Schritt. Die Agenda greift die Digitalisierung in der Medizin in den Bereichen Medizininformatik, Telemedizin und eHealth als gesellschaftliche Zukunftsaufgabe auf. Die Medizininformatik ist der Bereich, den Herr Kroemer vorhin angesprochen hat und den wir als BMBF mit der nationalen Initiative Medizininformatik nun adressieren. Wir haben im Ministerium über dieses Förderkonzept lange beraten, insbesondere unter der Fragestellung, ob dies in große PC-Ausstattungsprogramme für die Universitätsklinika münden könnte, was mit Forschungsförderung und Forschungspolitik nichts mehr zu tun hätte, sondern lediglich eine Ausstattungsfrage wäre.

Ich glaube aber, dass unser Förderkonzept Medizininformatik im November letzten Jahres ambitioniert genug auf den Weg gebracht wurde, um das vorgenannte Ziel zu erreichen. Wir stellen in den kommenden fünf Jahren insgesamt 100 Mio. Euro bereit. Im Kern geht es darum, die zwei großen Datenwelten zusammenzuführen, die bislang weitestgehend getrennt sind. Täglich werden zum einen riesige Mengen klinischer Daten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder in Krankenhäusern erfasst. Gleichzeitig produziert auch die biomedizinische Forschung immer größere Datenmengen. Wenn es gelingt, in den Konsortien, die sich bilden, diese Brücke zu schlagen, dann wären wir, so glaube ich, auch international einen großen Schritt weiter. Ein wesentliches Element in den Konsortien sind die angestrebten Datenintegrationszentren zur systematischen Zusammenführung und Nutzbarmachung dieser Daten, und zwar über die Grenzen von Institutionen und Standorten hinweg. Die große Herausforderung besteht auch hier darin, keine Insellösungen zu schaffen, sondern Lösungen mit Modellcharakter, die dann übertragen werden können.

Unsere bisherigen Erfahrungen zur Forschungsförderung im Bereich von eHealth oder in der Telemedizin deuten an, dass das kein einfaches Spannungsverhältnis ist. Diejenigen, die vor Ort an speziellen Indikationen oder speziellen Fragestellungen arbeiten, schaffen am Ende auch technologische Lösungen, die für ihren Einzelfall optimal sind, haben aber Schwierigkeiten bei der Übertragung auf andere Fragen in der Fläche. Wir versuchen, mit der Förderung in der Medizininformatik hier einen Schritt weiter zu kommen und flächendeckende technologische Lösungen zu schaffen.
Die erste Phase der Förderinitiative wird als neunmonatige Konzeptphase in diesem Sommer starten. Es gab eine Vorauswahl, und fast alle Universitätskliniken sind an den Konsortialanträgen für die Konzeptphase beteiligt. Auch zahlreiche Unternehmen der Informationstechnologie, der Medizintechnik und der Pharmawirtschaft haben ihr Interesse an einer Mitarbeit bekundet. Uns wurde ans Herz gelegt, auch junge, kleine,

mobile Unternehmen mit in den Blick zu nehmen. Über die hohe Resonanz freue ich mich sehr. Wir hoffen, dass es gelingt, die gewünschten Kooperationen in den Konsortien zu betreiben.

Informationstechnologien sind zudem ein wichtiges Schlüsselelement moderner Medizintechnik. Um den Herausforderungen zu begegnen, wurde der nationale Strategieprozess „Innovationen in der Medizintechnik" ins Leben gerufen. Der Prozess wird vom BMBF gemeinsam mit dem Gesundheits- und dem Wirtschaftsministerium getragen. Aufbauend auf den Ergebnissen wird das BMBF nun ein Fachprogramm Medizintechnik auflegen. Gezielte Impulse sind auch schon gesetzt: Die Mittel für die Maßnahme „KMU-innovativ" wurden verdoppelt. Mit unserem branchen- und disziplinenübergreifenden Zehn-Punkte-Programm „Vorfahrt für den Mittelstand" verleihen wir auch der Medizintechnik-Förderung neuen Schub. Wir wollen die Champions und Weltmarktführer, die wir in diesem Bereich haben, beispielsweise im Südwesten Deutschlands, weiter in der Lage sehen, ihre Stärken und ihre internationale Marktführerschaft behaupten zu können. Wir wollen zudem die Brücke von der Industrie in die Klinik schlagen. Dazu werden bis zu 30 Mio. Euro für sogenannte Industrie-in-Klinik-Plattformen ausgeschrieben, die mit ihrem neuen Dienstleistungsangebot die Zusammenarbeit zwischen Klinikern und Innovatoren verbessern werden.

Gelingen werden solche Prozesse erst dann, wenn die Wissenschaft ihren Beitrag dazu leistet. Insofern ist meine Bitte an Sie, auch angesichts bestehenden Engagements in der Grundlagenforschung und in der Versorgung für Forschungskooperationen mit der Wirtschaft offen zu sein.

IV. Herausforderung globale Gesundheit

Damit komme ich zu meiner dritten eingangs formulierten Leitfrage: Wo müssen wir Verantwortung übernehmen – national und international?

Der Bedarf an innovativen Ansätzen zur Verbesserung der Gesundheit besteht nicht nur in Deutschland, er besteht weltweit. Zusätzlich zu den nationalen Herausforderungen muss die deutsche Gesundheitsforschung auch immer stärker auf internationale Entwicklungen reagieren. Eine der Herausforderungen sehe ich darin, das Gute, was wir in der Gesundheitsforschung und den Forschungsstrukturen in Deutschland schaffen, auch international sichtbar zu machen. Ist die Forschung in Deutschland fokussiert genug, um im internationalen Wettbewerb eine führende Rolle zu spielen? Müssen wir gar noch mutiger sein, müssen wir uns noch zentralisierter aufstellen, noch mehr thematisch, räumlich und seitens der Ressourcen bündeln und strukturieren, um in der Konkurrenz bestehen können?

Als innovatives, wohlhabendes und verantwortungsbewusstes Land trägt Deutschland auch für die globale Gesundheit Verantwortung. Im Kontext der G7-Diskussionen fand erst vor wenigen Tagen ein Wissenschaftsministertreffen in Japan statt. 2015 fand dieses Treffen hier in Deutschland statt, und wir haben das große Thema „Globale Ge-

sundheit“ dort diskutiert. Diese Diskussion ergab sich nicht nur im Hinblick auf die damalige Herausforderung durch den Ausbruch der Ebola-Epidemie in Westafrika, sondern auch unter dem Aspekt, sogenannte vernachlässigte und armutsassoziierte Erkrankungen zu bekämpfen.

Welche Rolle können wir in Deutschland dabei spielen? Das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung als eines der acht DZG hat hier eine wichtige Rolle gespielt. Es hat Beiträge bei der Entwicklung eines Ebola-Impfstoffes geleistet. Wir versuchen derzeit, gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheitsministerium im Kontext der Weltgesundheitsorganisation zunächst ein Forschungsmapping zu vernachlässigten und armutsassoziierten Erkrankungen auf den Weg zu bringen, um im Anschluss daran in einer internationalen Abstimmung von Forschungsagenden und Forschungsanstrengungen zu einem effektiven Mitteleinsatz zu kommen. Damit wollen wir eine gute Balance zwischen Konkurrenz in der Forschung und komplementärer Kooperation schaffen.

Wir unterstützen das von deutscher Seite, indem das BMBF durch seine Forschungsförderung auch bereits vor dem G7-Gipfel in Elmau 2015 eine gute Basis gelegt und im Jahr 2011 ein Förderkonzept für armutsassoziierte und vernachlässigte Krankheiten aufgelegt hat. Mit der Aktualisierung des Konzepts im letzten Jahr haben wir unser Engagement nochmals deutlich gesteigert. 2012 haben wir Projektmittel in Höhe von rund 7,5 Mio. Euro für diese Forschung bereitgestellt. Im nächsten Jahr werden es rund 25 Mio. Euro sein. Dabei wollen wir zum einen Gesundheitsforschungsnetze in Afrika aufbauen, in denen deutsche und afrikanische Partner kooperieren und gemeinsam für bestimmte Indikationen neue Diagnostika und Therapeutika entwickeln. Wir engagieren uns auch in sogenannten Product-Development-Partnerships. Das sind öffentlich-private Partnerschaften, die oftmals in Strukturen vergleichbar mit NGO organisiert sind, um im öffentlichen Interesse dort, wo die Pharmafirmen nicht einsteigen, voranzukommen.

Die Welt kommt auch zu uns. Die Flüchtlinge, die nach Deutschland kommen, bringen neue Krankheitsbilder mit ins Land und stellen neue Herausforderungen an das Gesundheitssystem. Viele Gesundheitsprobleme der Menschen, die zu uns kommen, sind von komplexerer Natur. Das betrifft nicht nur die Regelversorgung, sondern auch als wissenschaftliche Fragestellungen z.B. Aspekte der Traumabewältigung. Viele der betroffenen Menschen haben durch Bürgerkrieg, Terror und Verfolgung traumatische Erfahrungen gemacht. Wir haben uns intensiv mit der Planung eine Förderinitiative „Psychische Gesundheit von geflüchteten Menschen“ befasst, die noch in diesem Jahr starten soll.

Der Universitätsmedizin kommt hierbei erneut eine wichtige Rolle zu. Zum einen deshalb, weil hier Forschung und Versorgung vereint sind. Ohne diese wichtige Schnittstelle wird es nicht gelingen, in kurzer Zeit wirksame und praxisnahe Lösungen zu

entwickeln. Zum anderen befinden sich unter dem universitären Dach auch die Psychologie, Sozial- und Kulturwissenschaften. Deren Beteiligung ist für die Entwicklung kultursensibler Behandlungskonzepte unabdingbar.

V. Ausblick

Wenn ich einen Blick nach vorn versuche, so möchte ich als Zusammenfassung vier Punkte nennen.

Als ersten Punkt nenne ich die kontinuierliche strategische Ausrichtung der Gesundheitsforschung. Magnifizenz, Sie haben sich in Ihrem Grußwort bei uns als Förderer für die Gesundheitsforschung bedankt. Ich nehme einen solchen Dank gern an, sage aber zugleich, dass das der Dank an uns und an uns alle ist, denn es ist das Geld der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler, welches wir ausgeben. Die Rolle der Förderer besteht in der Schaffung von Bedingungen, die es ermöglichen, dieses Geld möglichst zielgerichtet und effizient auszugeben. Dazu müssen wir strategisch planen und organisieren. Das Forum Gesundheitsforschung mit den beiden Arbeitsgruppen ist ein Instrument auf dem Weg, diese strategische Ausrichtung zu schaffen.

Einen zweiten Punkt sehe ich in der Identifikation der großen Themen. Wir müssen uns immer wieder fragen, ob das, was wir fördern, auch relevant ist. Die Relevanzdiskussion ist schwierig zu führen, denn die stereotype Relevanzargumentation im gesundheitsmedizinischen Bereich lautet: „Alles, was die Zahl der Erkrankten, die Zahl der Todesfälle reduziert, reduziert die Summe der Lasten für das Gesundheitssystem." Jede Zahl für sich ist sehr beeindruckend, jeder Verstorbene ist einer zu viel. Wird damit jedoch eine Generalrelevanz unterfüttert, so führt uns das nicht weiter. Wir müssen über diese Argumentationsmuster hinauskommen und zu einer kritischen Abwägung gelangen, die Partikularinteressen und Gemeinschaftsinteressen in ein gesundes Verhältnis bringt.

Wie sind wir mit unserer Forschung international sichtbar und können uns einordnen? Wo können wir von anderen Ergebnissen profitieren, wo gehen wir voran, um als Magnet die jungen Talente in der Forschung heranzuziehen? Ein wichtiges Element ist dafür das Schlagwort „Vernetzung" – wie schlagen wir tragfähige Brücken zu den Partnern in der Forschung? Es kann zum Beispiel bei der eingangs genannten Bettenfrage gelingen, neue, kreative Lösungen zu entwickeln. So könnten in Deutschland Forschungsbetten eingerichtet werden, die als Ressource und Forschungsinfrastruktur zur Verfügung stehen, um den Bedarf in der angewandten Forschung zu decken. Diese Betten könnten sich aber auch ohne zusätzliche finanzielle Belastung in das System der Gesundheitsversorgung einordnen.

Wir müssen drittens die internationale Sichtbarkeit und Wettbewerbsfähigkeit stärken. Hierzu habe ich zuvor schon einige Überlegungen genannt. Wir müssen immer wieder fragen, wie viel Dezentralität richtig und wie viel Zentralität erforderlich sind, damit unsere Forschung sichtbar und konkurrenzfähig bleibt.

Das vierte und letzte Stichwort heißt Effizienz und Nachhaltigkeit. Wie schaffen wir Strukturen, die sich erhalten und auch als Wissenschaftsstrukturen finanzierbar bleiben?

Für all das braucht man den Dialog. Sie organisieren ihn hier mit dem Medizinischen Fakultätentag. Es gibt einige andere Dialogforen, die ich in meinen Ausführungen erwähnt habe. Lassen Sie uns alle diese Gelegenheiten konstruktiv nutzen – ich freue mich auf weitere Diskussionen.

Vielen Dank!

Tagungsimpressionen I

MEDIZINISCHER
FAKULTÄTENTAG

Medizinische Infrastruktur

Geißlinger

Kooperationen zwischen der Fraunhofer-Gesellschaft und der Universitätsmedizin

Prof. Dr. Dr. Gerd Geißlinger
Institut für Klinische Pharmakologie, Goethe-Universität Frankfurt am Main und
Fraunhofer-Institut für Molekularbiologie und Angewandte Oekologie IME, Projektgruppe Translationale Medizin und Pharmakologie TMP

Magnifizenz,
Spectabiles,
sehr geehrter Herr Staatssekretär,
sehr geehrter Herr Wiestler,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine sehr verehrten Damen und Herren!

Ich freue mich, dass Sie mich heute eingeladen haben, um über die Kooperationsmöglichkeiten zwischen der Universitätsmedizin und der Fraunhofer-Gesellschaft zu sprechen.

Lassen Sie mich meinen Vortrag mit einigen Überlegungen zur Notwendigkeit der translationalen Forschung in der Medizin beginnen. Wir alle wissen, dass Arzneimittelforschung kostspielig ist und lange dauert. So liegen die Kosten für eine innovative Substanz mit wesentlich mehr als 1 Mrd. US-Dollar deutlich über den Kosten für den Bau der Queen Mary 2. Eine innovative Substanz zu entwickeln dauert mit etwa 12 bis 15 Jahren länger, als die NASA für den ersten Mondflug brauchte. Schließlich sind die Erfolgschancen, da nur einer von ca. 10.000 Wirkstoffen den Markt erreicht, etwa so hoch wie die Chance eines Hole-in-one beim Golfspiel.

Die USA haben nach wie vor eine Vormachtstellung bei der Generierung von Pharma-Innovationen. Etwa 50 bis 60 % aller Innovationen entstehen dort, der Anteil Europas beträgt trotz des großen Potentials, das Europa hat, nur etwa 25 % (Abbildung 1). Interessanterweise sind in den USA die Universitäten mit einem Anteil von fast 60 % der Motor der Innovationen. Dagegen spielt die universitäre Forschung in Deutschland in dieser Statistik nur eine sehr untergeordnete Rolle, und die renommierten Hochschulen der Schweiz kommen darin gar nicht vor (Abbildung 2).

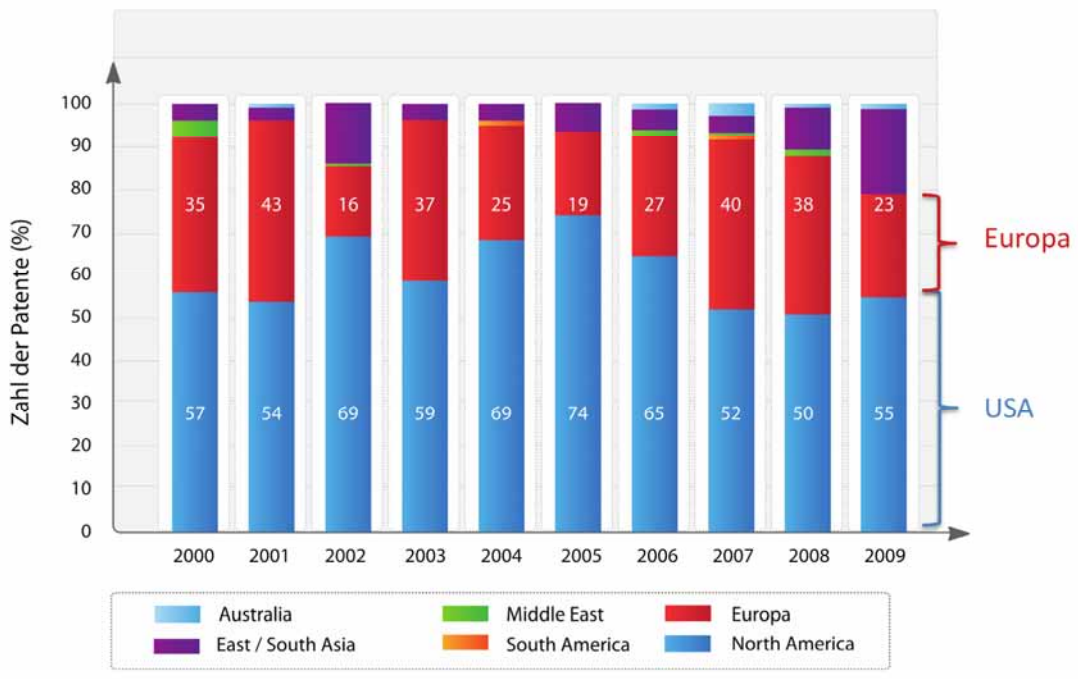


Abb. 1: Zahl der Patente für Pharma-Innovationen in den Jahren 2000 bis 2009 gegliedert nach Regionen. Quelle: Nat Rev Drug Discover 2010; 9: 835-836.

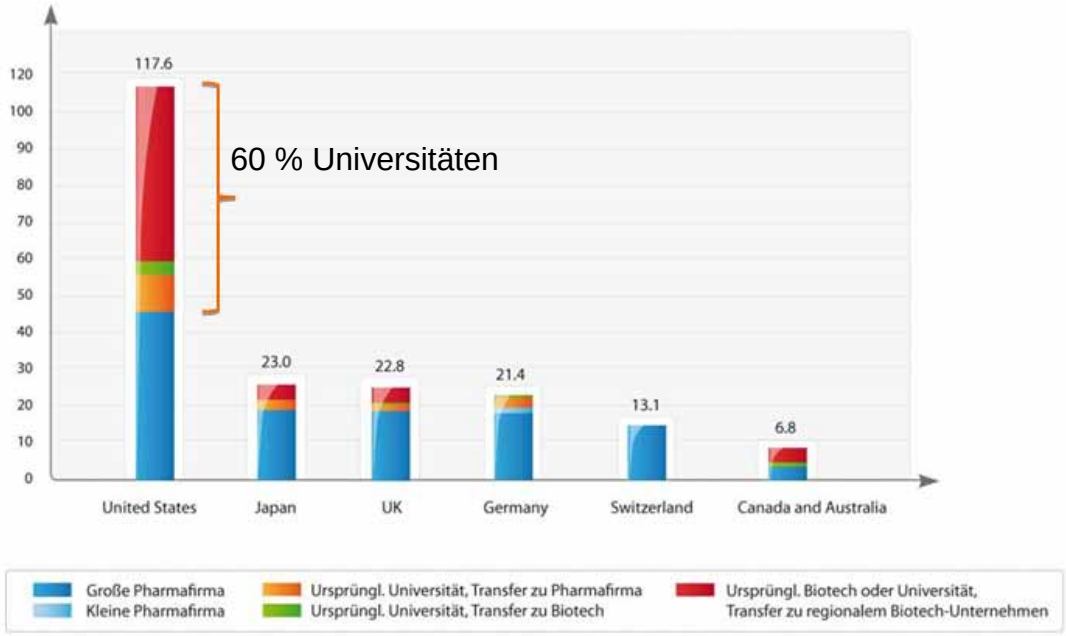


Abb. 2: Anteil der Universitäten, Pharma- oder Biotechunternehmen an den beantragten Patenten für Pharma-Innovationen in den Jahren 2000 bis 2009. Quelle: Nat Rev Drug Discover 2010; 9: 835-836.

Meiner Meinung nach ist die Forschung in Deutschland nicht weniger wettbewerbsfähig, jedoch im Gegensatz zu den USA ganz anders strukturiert. Diesen Unterschieden müssen wir bei unseren Vergleichen stets Rechnung tragen. So gibt es in den USA die sogenannten „Clinical and Translational Science Awards“ (CTSA), die für Deutschland

ein Vorbild sein könnten. Es gibt in den USA gegenwärtig 64 Standorte, die großzügig gefördert werden (Abbildung 3).

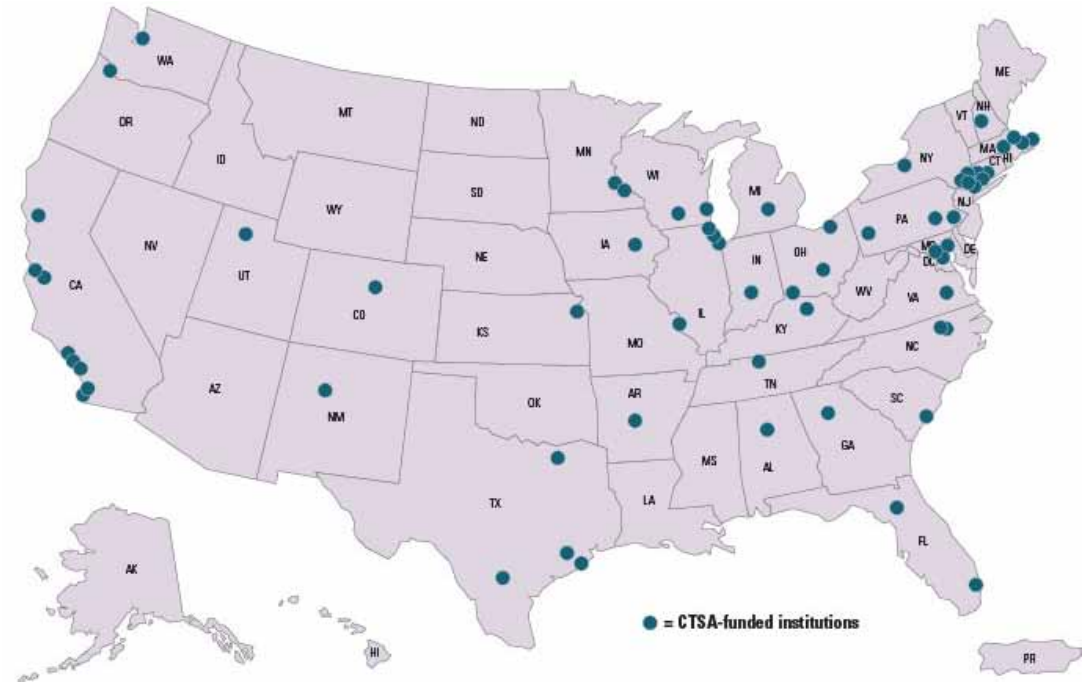


Abb. 3: Verteilung der 64 CTSA-geförderten Standorte in den USA. Quelle: www. ncats. nih.gov/ research/cts/ctsa.

Wo liegen mögliche Gründe für diese Differenz in der Translation der Grundlagenforschung in die Anwendung zwischen Deutschland und den USA? Die universitäre Forschung in Deutschland ist grundlagenorientiert, aber die Ideen werden meist zu wenig genutzt. Das vorhandene Potential bleibt ungenutzt liegen, gute und innovative Konzepte werden nicht oder zu wenig in die Anwendung gebracht. Meiner Meinung nach kann man diese Translationslücke mit den richtigen Partnern und nachhaltigen Strukturen schließen.

Die Fraunhofer-Gesellschaft ist für die universitäre Forschung ein optimaler Partner. Sie umfasst in 67 Instituten und Forschungseinrichtungen in Deutschland und sieben selbständigen Niederlassungen im Ausland etwa 24.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ist damit die größte anwendungsorientierte Forschungsorganisation Europas. Dabei beträgt die Grundfinanzierung der Institute nur knapp 30 %, und mehr als 70 % des Finanzvolumens müssen über Industrieaufträge und -kooperationen und öffentlich finanzierte Forschungsprojekte eingeworben werden (Abbildung 4).

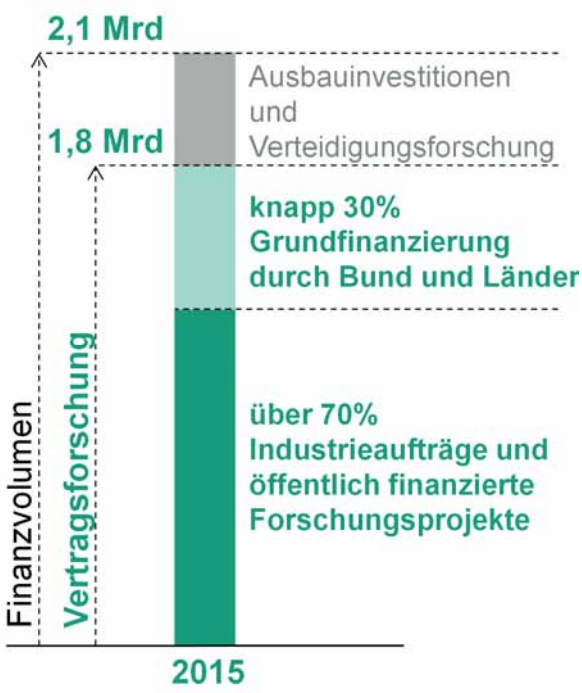


Abb. 4: Anteile des Finanzvolumens der Fraunhofer-Gesellschaft im Jahr 2015.

Das Prinzip der Arbeit der Fraunhofer-Gesellschaft liegt in der Bündelung der Kompetenzen durch Vernetzung. So wurden sieben Fraunhofer-Institutsverbünde geschaffen, in denen sich fachlich verwandte Institute organisieren und gemeinsam am Forschungs- und Entwicklungsmarkt auftreten.

Ich will dies für den Institutsverbund Life Sciences mit seinem Sprecher Prof. Dr. Rainer Fischer genauer aufzeigen. In diesem Verbund aus sieben Instituten mit knapp 800 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern werden die Schwerpunkte der Fraunhofer-Gesundheitsforschung „Arzneimittelforschung und Medizintechnik“ und „Regenerative Medizin“ bearbeitet. Die beteiligten Einrichtungen verfügen über eine breite Expertise für die Indikationsbereiche wichtiger Volkskrankheiten (Herz-Kreislauf, Infektion, Diabetes, Lunge, Neurologische Erkrankungen, Onkologie), für Fragen der (Auto-) Immunität, der Entzündung, des Schmerzes, der Wundheilung, aber auch zu seltenen Erkrankungen und zur Tropenmedizin. Der Fraunhofer-Verbund Life Sciences versteht sich darüber hinaus als eine Technologie- und Translationsplattform für die innovative Produktentwicklung entlang der Wertschöpfungskette in den Feldern der Arzneimittel- und Medizinprodukteentwicklung, sowie verbundübergreifend der Medizintechnik und Medizininformatik.

Im zweiten Teil meines Beitrages will ich einige Beispiele interdisziplinärer Forschungsinitiativen in Kooperation mit Einrichtungen der Universitätsmedizin vorstellen und dabei mit dem Gebiet der Arzneimittelforschung beginnen, welches mir als klinischem Pharmakologen am nächsten ist.

Die Fraunhofer-Gesellschaft bündelt ihre Kompetenzen entlang der Wertschöpfungskette vom Therapiekonzept über Wirkstoffsuche, Präklinik, Biomarker, der GMP-Produktion bis hin zu den Klinischen Studien (Abbildung 5).

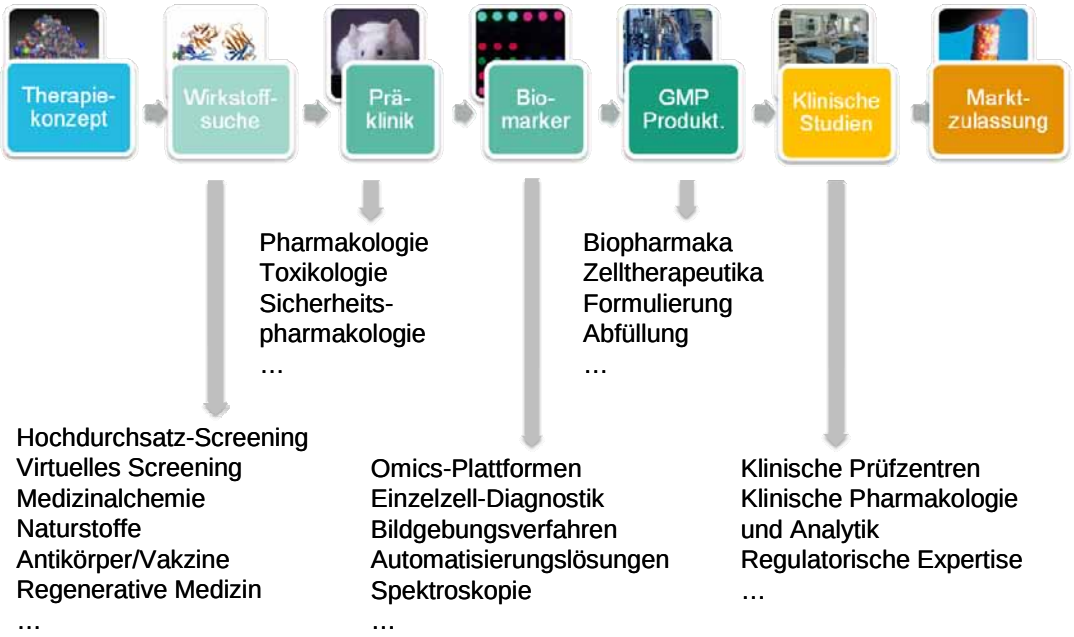


Abb. 5: Kompetenzen der Fraunhofer-Gesellschaft bei der Entwicklung neuer Pharmaka entlang der Wertschöpfungskette.

Lassen Sie mich die in der Abbildung gezeigten Schritte mit konkreten Beispielen aus der Arzneimittelforschung untermauern.

Neue Therapiekonzepte werden in Halle in der Fraunhofer-Projektgruppe Molekulare Wirkstoffbiochemie und Therapieentwicklung des Fraunhofer-Instituts für Zelltherapie und Immunologie (IZI-MWT) unter Leitung von Prof. Demuth erarbeitet. Dort untersuchte man DPP4-Inhibitoren (Gliptine) und deren medizinischen Nutzen bei Typ-2 Diabetes. Die Substanzen konnten patentiert und schließlich auslizensiert und 2007 auf den Markt gebracht werden. Ein weiteres Forschungsthema dieser Projektgruppe ist die Erforschung von Glutaminyl-Cyclase-Inhibitoren gegen die Alzheimer-Erkrankung. Hier erfolgte bereits die Patentierung einer Substanz (PQ912) und ihrer Anwendung. Gegenwärtig (2015 bis 2016) findet in einem der Fraunhofer-Gesellschaft nahen Unternehmen die Phase-IIa-Proof-of-concept-Studie statt.

Als erfolgreiches Beispiel für die Wirkstoffsuche stelle ich den ScreeningPort Hamburg des Fraunhofer-Instituts für Molekularbiologie und Angewandte Oekologie IME unter Leitung von Prof. Claussen vor. Dort arbeitet man mit Hochdurchsatz-Screening-Methoden mit proprietären Substanzbibliotheken, um für validierte Targets niedermolekulare Wirksubstanzen zu identifizieren. Darüber hinaus kann der ScreeningPort auf Kooperationsbasis auch auf die Substanzbibliotheken von Evotec zurückgreifen.

Ich selbst leite in Frankfurt die Projektgruppe Translationale Medizin und Pharmakologie des Fraunhofer-Instituts für Molekularbiologie und Angewandte Oekologie IME-TMP. Wir können dabei viele Teile der Wertschöpfungskette abdecken. Beginnend mit der Wirkstoffsuche (in Kooperation mit dem ScreeningPort) liegt eine Hauptaufgabe bei der Entwicklung präklinischer Modelle. So arbeiten wir unter anderem an MS-Modellen (EAE), Dermatitis-Modellen (DTH, Bleomycin), Schmerzmodellen (entzündlicher Schmerz, neuropathischer Schmerz), an Entzündungsmodellen (Sepsis, Arthritis). Das Modell des Zebrafisches nutzen wir, um von Arzneistoffen hervorgerufene epigenetische Veränderungen zu untersuchen. Die Datenauswertung erfolgt durch datenbionische Ansätze z.B. unter Zuhilfenahme sogenannter SOM-Analysen. Darüber hinaus beschäftigen wir uns mit den modernen Methoden der Optogenetik und der LC-MS/MS-Analytik (Lipidomics). Ein weiterer Schwerpunkt unserer Forschung liegt in der klinischen Forschung mit Schwerpunkt auf (auto-) immunmediierten Erkrankungen.

Stellvertretend für den Bereich „Biomarker“ in der Wertschöpfungskette nenne ich hier das von Prof. Horn geleitete Projekt „Ribolution“, welches ein Fraunhofer Kooperationsprojekt zwischen Universitätsmedizinstandorten und fünf Instituten der Fraunhofer-Gesellschaft ist. Es ist am Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie (IZI, Leiter Prof. Emmrich) in Leipzig beheimatet und kooperiert mit Standorten in ganz Deutschland (vgl. Abbildung 6).

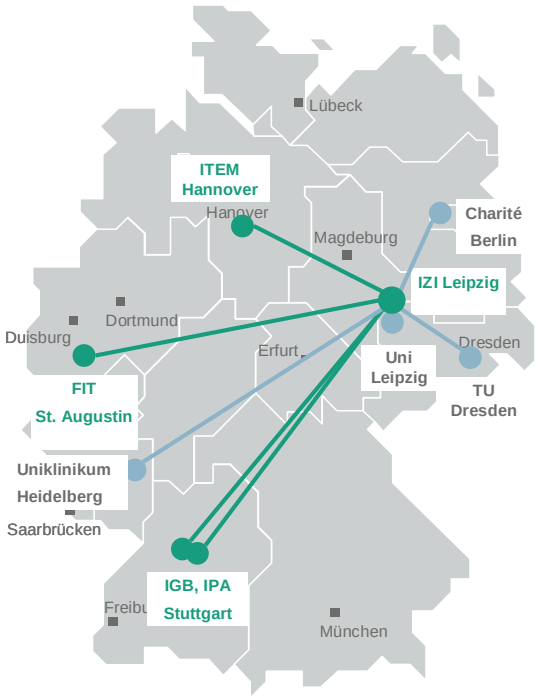


Abb. 6: Kooperationspartner (Universitätsmedizin und Fraunhofer-Institute) im Projekt „Ribolution“ zur Biomarkerforschung.

In diesem Kooperationsprojekt, welches durch die Fraunhofer Zukunftsstiftung finanziert wird, geht es um die Identifizierung neuer Biomarker auf der Basis von ncRNA

und die Entwicklung miniaturisierter Hochdurchsatzverfahren mit dem Ziel der Patentierung neuer prädiktiver RNA-basierter Biomarker für das Prostatakarzinom und die Sepsis.

Für die Stufe Klinische Forschung in der Wertschöpfungskette nenne ich das Clinical Research Center (CRC) Hannover, welches vor einiger Zeit schon auf einem oMFT ausführlich vorgestellt wurde. Im CRC ist eine Allianz zwischen der Universitätsmedizin, vertreten durch die Medizinische Hochschule Hannover (MHH), und zwei Life-Science-Instituten, dem Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI) und dem Fraunhofer Institut für Toxikologie und Experimentelle Medizin (ITEM) gebildet worden. Seine Aufgaben sind die Durchführung früher klinische Studien, der Aufbau von Biobanken und der Infrastruktur für die Nationale Kohorte. Das CRC arbeitet überaus erfolgreich. So konnten 2015 19 Studien am ITEM, neun Studien an der MHH und die Nationale Kohorte am HZI bearbeitet werden. Das ITEM hatte dabei ca. 1.000 Patienten, die MHH ca. 900 und das HZI ebenfalls 1.000 Patienten eingebracht. Die Auftraggeber dieser Studien im CRC sind unter anderem die Pharmaindustrie, Biotech-Firmen und die großen Forschungsförderer BMBF, DZL, IMI und die DFG.

Als ein weiteres Beispiel erfolgreicher interdisziplinärer Forschungskooperationen zwischen der Fraunhofer-Gesellschaft und der Universitätsmedizin will ich Arbeiten auf dem Gebiet der Medizintechnik anführen. Ein Großteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fraunhofer-Institute kommt aus den Ingenieurwissenschaften. Das ist für die Aktivitäten im Life Science Verbund ein strategisches Alleinstellungsmerkmal und ermöglicht die Durchführung zahlreicher Medizintechnikprojekte. Konkret nenne ich hier das Fraunhofer-Leitprojekt „Theranostische Implantate“, mit dem therapeutische und diagnostische Funktionen in einem Implantat verknüpft werden sollen. Es handelt sich hierbei um ein interdisziplinäres Projekt der fünf Fraunhofer-Verbünde Informations- und Kommunikationstechnologie, Mikroelektronik, Materials, Light & Surfaces und Produktion. Als ein erstes Projektergebnis konnte eine „intelligente“ Hüftprothese entwickelt werden, die in der Lage ist, die Kontrolle des Einwachsverhaltens in Form gesendeter Daten zu übernehmen, die Güte der Wiederverankerung bei Lockerung anzuzeigen und dies alles über eine drahtlose Energie- und Datenübertragung (Abbildung 7).

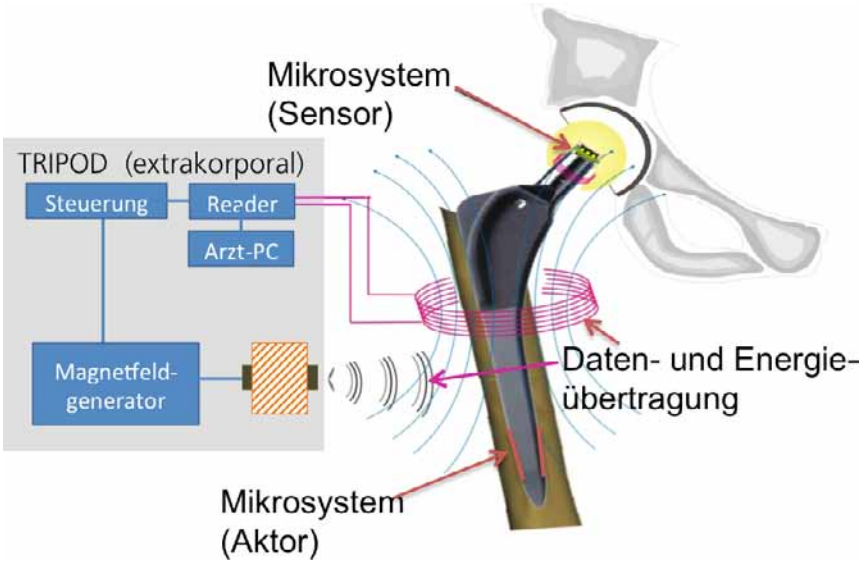


Abb. 7: Funktionsprinzip der „intelligenten" Hüftprothese des Fraunhofer-Leitprojektes „Theranostische Implantate".

Lassen Sie mich als ein drittes und letztes Beispiel interdisziplinärer Forschungsinitiativen, in denen Fraunhofer und die Universitätsmedizin bereits erfolgreich zusammenarbeiten, die Medizininformatik benennen. Sie kennen alle den Begriff „Industrie 4.0", worunter die Vernetzung von autonomen, sich situativ selbst steuernden, sich selbst konfigurierenden, wissensbasierten, sensorgestützten und räumlich verteilten Produktionsressourcen inklusive deren Planungs- und Steuerungssystemen zu verstehen ist.

Die Institutionen der Fraunhofer-Gesellschaft waren maßgeblich bei den Industrie 4.0-Prozessen beteiligt. Wie könnte der Fraunhofer-Beitrag im Bereich der Medizininformatik aussehen? Wir müssen konstatieren, dass in den Universitätsklinika noch immer ein Status quo der Datenverarbeitung besteht: Klinikinformationssysteme laufen mit Dutzenden von Subsystemen und Tausenden PCs, und es gibt erhebliche Anteile papiergebundener Daten. Im Forschungsbereich stehen wir vor dezentralen, heterogenen und schlecht vernetzten Datenbanken, die den schnellen Datenaustausch behindern und die Kooperation erschweren.

Der Beitrag der Fraunhofer-Gesellschaft sollte darin bestehen, dass sich die Fraunhofer-Institute mit medizininformatischer Kompetenz mit Anwendungsbeispielen in lokale Konsortien der Unikliniken integrieren und eine neue Form der Datenintegrationszentren geschaffen wird. Gegenwärtig wird ein Angebot zur Vernetzung und zu Cloud-basierter Datensicherheit in Form eines „White Papers" erarbeitet. Die Fraunhofer-Gesellschaft sieht sich in der Lage, Vorleistungen aus dem Industrial Data Space in die Medizin hineinzutragen (Abbildung 8).

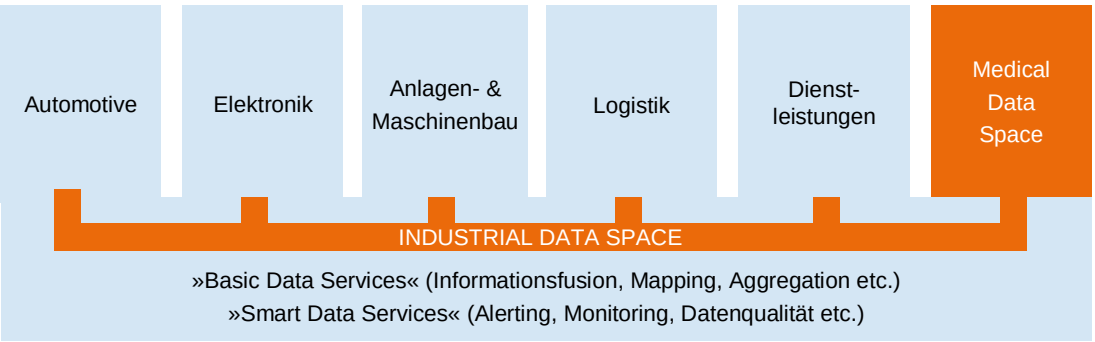


Abb. 8: Der Fraunhofer-Beitrag in der Medizininformatik.

Die Vorstellungen gehen dahin, den „Medical Data Space" so zu gestalten, dass er die Vernetzung der Daten aus der medizinischen Versorgung mit denen der biomedizinischen Forschung ermöglicht (Abbildung 9).

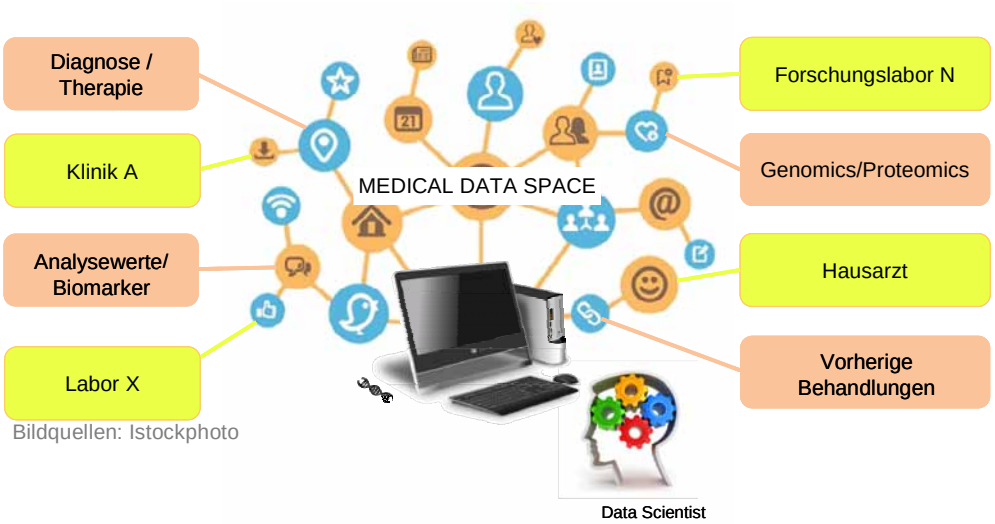


Abb. 9: Das Konzept eines „Medical Data Space" zur Vernetzung von Patientenversorgung und Forschung.

Von dieser Vernetzung würden die Krankenversorgung, die Forschung und damit auch die Patienten gleichermaßen profitieren, weil Patientendaten nach gleichen Standards zugreifbar und unnötige Zeitverluste durch Datenanforderungen und -umsetzung in den lokalen Standard vermieden würden.

Lassen Sie mich zum Ende meiner Ausführungen noch einige Überlegungen zu den unterschiedlichen Kooperationsmöglichkeiten zwischen der Fraunhofer-Gesellschaft und der Universitätsmedizin anbringen. Grundsätzlich bestehen zwei Kooperationsformen zwischen der Fraunhofer-Gesellschaft und den Universitäten: die strategische Kooperation und die auf einzelne Projekte bezogene Forschungs- und Entwicklungskooperation.

Bei den strategischen Kooperationen zielen wir auf strategisch ausgerichtete Kooperationsverträge als Grundlage einer institutionellen Verbindung und personellen Verknüpfung. Das beinhaltet auch die gemeinsamen Berufungen von Leitungspersonal sowie den Ausbau von Kooperationen durch die Einrichtung von thematisch aufeinander bezogenen Fraunhofer-Projektgruppen und Forschungs- bzw. Arbeitsgruppen der Universität.

Die auf einzelne Projekte bezogenen Forschungs- und Entwicklungskooperationen sehen den Aufbau von Konsortien für nationale und internationale Förderprojekte vor. Dabei werden Unteraufträge aus öffentlichen Projekten und Industrieprojekten eingeholt und Aufträge von Fraunhofer-Instituten an die Universitäten im Rahmen der grundlagenorientierten Vorlaufforschung erteilt. Es bestehen bereits eine Reihe von strategischen Kooperationen mit der Universitätsmedizin in Deutschland sowohl in Form einer Personalunion (Leiter ist Angehöriger der Universität und der Fraunhofer-Gesellschaft) oder gemeinsamer Arbeitsgruppen (Abbildung 10).

Personal-Union (Universität und Fraunhofer)

Hannover <-> ITEM / Prof. Heinrich, Prof. Krug
Leipzig <-> IZI / Prof. Emmrich (in Nachfolge)
Homburg <-> IBMT / Prof. Fuhr
Tübingen <-> IGB / Prof. Schenke-Layland
Rostock <-> IZI / Prof. Mitzner
Würzburg <-> IGB / Prof. Walles
Heidelberg <-> IPA / Prof. Stallkamp

Projekt- bzw. Arbeitsgruppen

Regensburg <-> ITEM / Prof. Klein
Frankfurt <-> IME / Prof. Geisslinger
Oldenburg <-> IDMT / Prof. Kollmeier
Leipzig <-> IWU / Prof. Drossel
Charité Berlin <-> IPK / Prof. Uhlmann
Erlangen <-> IIS / Prof. Heuberger

Abb. 10: Bereits bestehende Kooperationen zwischen der Fraunhofer-Gesellschaft und der Universitätsmedizin.

Ich will auf eine Reihe von Vorteilen der Zusammenarbeit zwischen der Fraunhofer-Gesellschaft mit Universitäten eingehen. Kooperation funktioniert dann optimal, wenn sich für alle Beteiligten eine Win-Win-Situation ergibt. Diese Vorteile sind neben der Vernetzung von Grundlagenforschung und angewandter Forschung die Translation universitärer Ideen aus der Grundlagenforschung. Umgekehrt erweitert sie durch die Industrienähe die Forschungslandschaft der Universitäten und erhöht deren regionale Sichtbarkeit. Ganz praktische Vorteile ergeben sich aus der gemeinsamen Nutzung von Großgeräten, von gemeinsamen Laborräumen und einem gemeinsamen Technologie-

transfer. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil ist schließlich auch der gegenseitige Zugang zu Förderprogrammen (Graduiertenschulen, Fraunhofer Academy etc.).

Lassen Sie mich zum Schluss kommen. Ich hoffe, ich konnte Ihnen in meinem kurzen Vortrag zeigen, dass die Fraunhofer-Gesellschaft mehr kann als nur mp3-Player. Ich wollte Ihnen beispielhaft zeigen, dass die Fraunhofer-Gesellschaft ein optimaler Kooperationspartner für die Universitätsmedizin ist. Wenn es uns gelingt, die jeweiligen Stärken der verschiedenen außeruniversitären Forschungseinrichtungen und die der Universitätsmedizin in eine gemeinsame Translationsplattform einzubringen, werden sowohl die universitären als auch die außeruniversitären Forschungseinrichtungen davon in gleicher Weise profitieren. Nach dem Motto, jeder soll das machen, was er am besten kann (Abbildung 11).

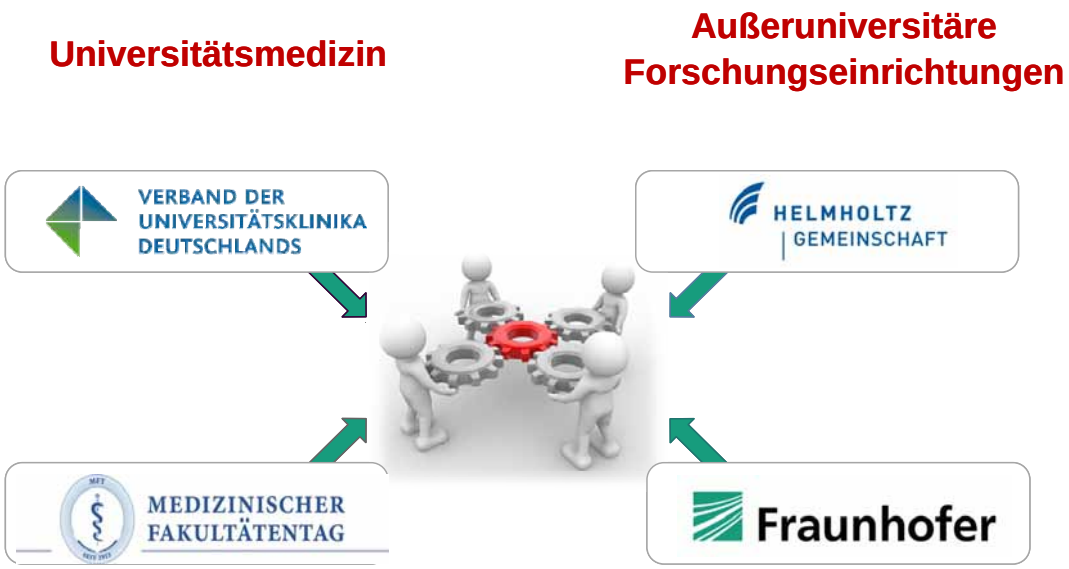


Abb. 11: Das Einbringen der jeweiligen Stärken in eine gemeinsame Translationsplattform stärkt alle Kooperationspartner.

Am Ende des Tages muss man sich natürlich daran messen lassen, wie viele Ideen der medizinischen Grundlagenforschung wie schnell beim Patienten angekommen sind. Ich bin aber überzeugt, dass dies gelingen kann.

Vielen Dank!

Diskussion

Autenrieth
Wir kennen die Kooperation aus gemeinsamen Berufungen und dabei ist es klar, wie das Geben und Nehmen abläuft. Für wie lange sind die im Vortrag vorgestellten Projektgruppen angelegt und welche Implikationen für die strukturelle Entwicklung der Fakultät oder des beteiligten Institutes oder für den Arbeitsbereich in der Fraunhofer-Gesellschaft hat diese Kooperation?

Geißlinger
In Hessen gibt es das sogenannte LOEWE-Programm (Landes-Offensive zur Entwicklung Wissenschaftlich-ökonomischer Exzellenz), auch als hessische Exzellenzinitiative bekannt. Wir haben zunächst einen Zuschlag für einen LOEWE-Schwerpunkt mit etwa 8 Mio. Euro und jetzt aktuell ein LOEWE-Zentrum für etwa 20 Mio. Euro (über drei Jahre) erhalten und dürfen nach Ablauf der drei Jahre noch einmal einen LOEWE-Zentrumsantrag über weitere 20 Mio. Euro stellen. Mit dieser Förderung sollen die Grundlagen für ein späteres Fraunhofer-Institut gelegt werden. Typischerweise erschließt Fraunhofer neue Geschäftsfelder mit einer Projektgruppe, die meist mit einigen universitären Instituten verknüpft ist, um dann im Erfolgsfall diese Einheiten in Institutsteile mit höherer Selbstständigkeit oder in ein neues Institut zu überführen. Das wäre für unsere Projektgruppe dann auch mit einem Neubau verbunden, der dann zu 50 % durch das Land Hessen und zu 50 % durch die Fraunhofer-Gesellschaft finanziert werden würde. Das einzigartige Modell der LOEWE-Förderung im Land Hessen erfolgt nach strengen Evaluationskriterien und ist sehr kompetitiv. Unser Plan ist es, bei positiver Evaluation durch die Fraunhofer-Gesellschaft die Projektgruppe nach Auslaufen der LOEWE-Förderung in die Fraunhofer-Grundfinanzierung zu überführen, die ca. 30 % des Gesamtbudgets beträgt.

Fünf Jahre Deutsche Gesundheitszentren: Bilanz aus Sicht der Helmholtz-Gemeinschaft

Prof. Dr. Otmar Wiestler
Präsident der Helmholtz-Gemeinschaft, Berlin

Lieber Herr Autenrieth,
lieber Herr Schütte,
lieber Herr Forchel,
meine Damen und Herren!

Vielen Dank für die Einladung. Ich möchte in meinem Vortrag eine kurze Bilanz der Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung aus dem Blickwinkel der Helmholtz-Gemeinschaft ziehen. Anschließend werde ich einige Überlegungen dazu anstellen, welche Richtung die deutsche Gesundheitsforschung in Zukunft einschlagen sollte und was wir erreichen könnten, wenn wir auf den momentanen Strukturen aufbauen und diese weiterentwickeln. Ich verzichte dabei bewusst auf eine Vorstellung der Helmholtz-Gemeinschaft, denn das haben wir in diesem Kreis bereits getan.

Die Ausgangssituation für die Gründung der Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZG) hat Herr Schütte in seinem Vortrag heute schon umrissen: Viele waren der Auffassung, dass wir in Deutschland zwar punktuell sehr gut aufgestellt sind, wenn es um die große Herausforderung geht, Forschungsergebnisse in die Klinik zu tragen. Doch wir wissen auch, dass die translationale Gesundheitsforschung insgesamt zu sehr zersplittert ist. Zur Lösung der interdisziplinären Aufgaben war die Schaffung kritischer Masse aus verschiedenen Disziplinen nötig, denn der internationale Wettbewerb ist enorm. Vor allem die USA tätigen ganz andere Investitionen, als wir das tun. Auf dieser Grundlage hat die Bundesregierung das Modell der DZG auf den Weg gebracht. Man ging von der Idee aus, die stärksten Standorte auf ausgewählten Gebieten der Gesundheitsforschung langfristig zusammenzubringen; solche Allianzen zwischen komplementären Standorten können mehr Potential mobilisieren, als es ein einzelner Standort zu tun vermag. Schließlich verbanden sich mit den Zentren Überlegungen zur Entwicklung von Konzepten für den schnelleren Transfer *from bench to bedside*, für innovative Ansätze in der individualisierten Medizin, für die Schaffung von Perspektiven für Physician Scientists, für eine engere Zusammenarbeit zwischen universitärer und außeruniversitärer Gesundheitsforschung, aber auch die Vorstellung, eine bessere Basis für die Zusammenarbeit mit innovativen Unternehmen zu schaffen.

Die Bundesregierung ist damit zur Bekämpfung der großen Volkskrankheiten einen mutigen Schritt gegangen. Es entstanden dann sechs Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung: das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung, das Deutsche Zentrum für Infektionskrankheiten, das Deutsche Zentrum für Lungenforschung, das Deutsche Zentrum für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und das Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung. Sie umfassen an 55 Standorten 120 Mitgliedseinrichtungen. Diese Zentren haben eine deutschlandweite geographische Verteilung, zahlreiche universitäre Forschungseinrichtungen sind an ihnen beteiligt (Abbildung 1).

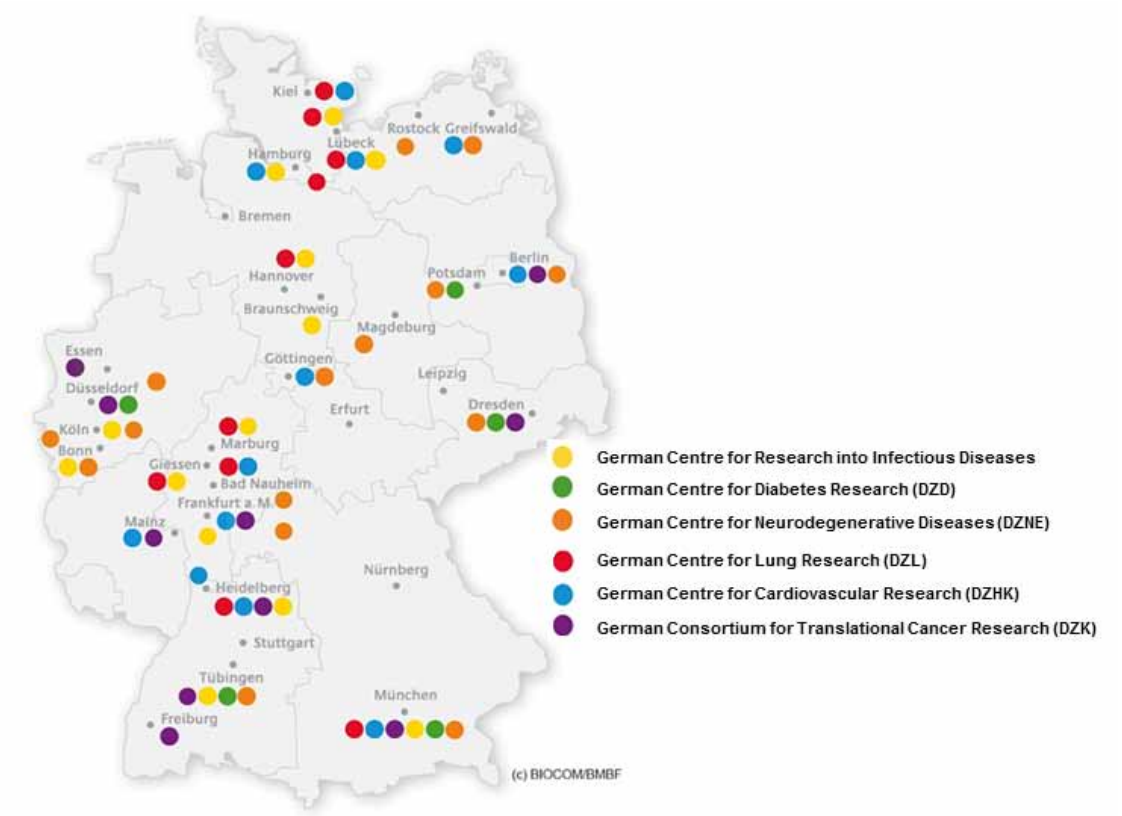


Abb. 1: Die Lokalisierung der Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung.

Alle Zentren haben ein ähnliches Aufgabenspektrum. Dieses differenziert sich voneinander durch das jeweilige Indikationsgebiet. Die grundsätzlichen Kernfragen sind die Gleichen: Wie werden wir im Transfer von Erkenntnissen vom Labor in die Klinik und wieder zurück in das Labor besser? Wie gelingt es in diesem Zusammenhang, mit einem Early Clinical Proof of Concept erste Erfahrungen in der Klinik zu sammeln? Können wir uns in der heraufziehenden Ära der individualisierten Medizin auf diesem Gebiet auch international ganz anders aufstellen?

Absolut zentral bleibt die Feststellung, dass wir für das Gebiet der translationalen Medizin eine neue Generation von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern brauchen, insbesondere solche mit medizinischem Hintergrund. Ich erinnere in diesem Zusam-

menhang an die Diskussionen zum Physician Scientist, die auch in diesem Kreis schon mehrfach geführt wurden.

Auf den Treffen des MFT und des VUD haben wir in der Initialphase kontroverse Meinungen ausgetauscht, was Aufbau, Sinnhaftigkeit und die Auswahl der Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung angeht. Wenn man bedenkt, wo wir heute stehen und was uns die internationalen Gutachter bestätigen, so zeigt sich dieser Ansatz für Deutschland als wirklich erfolgreich.

Mittlerweile wurden alle DZG nach mehrjähriger Förderung einer internationalen Evaluation unterzogen. Die internationalen Gutachtervoten belegen eine erstaunliche Entwicklung der Zentren. Dort heißt es beim DZNE „Exceptional accomplishments: new research center, excellent scientific performance“, „Collaboration between DZNE sites well developed“, „DZNE identity successfully implemented“, „Among promising neurodegenerative institutes worldwide“ oder „Excellent scientists, large proportion from abroad“.

Auch für das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) haben die internationalen Gutachter eine sehr positive Bewertung abgegeben. In den Gutachten finden sich Aussagen wie „Structures and processes will ensure the DZD´s mission as well as its sustainability“, „Excellent infrastructures created an outstanding mindset”, „Internationally renowned researchers in the diabetes field” oder „Governance and management is well suited for strategic decisions and cross center collaborations”.

Ähnlich positive Bewertungen finden sich in den Begutachtungen des Deutschen Zentrums für Infektionskrankheiten (DZIF), des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) und des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DZHK). Die Begutachtung des Deutschen Zentrums für Translationale Krebsforschung (DZTK) wird erst am 30. und 31. Mai 2016 erfolgen.

Eine Bilanz zu den Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung aus heutiger Sicht fällt damit sehr positiv aus. Wir können eine dynamische Entwicklung aller DZG konstatieren. Es ist gelungen, in kurzer Zeit Communities aufzubauen, die eine gemeinsame Richtung eingeschlagen haben. Die Ergebnisse sind erstaunlich, vor allem dann, wenn man bedenkt, dass diese Zentren schrittweise aufgebaut wurden und teilweise erst seit ein bis zwei Jahren in vollem Umfang wirken können.

Der Aufbau der DZG war ein enorm wichtiger strategischer Schritt. Ähnlich wie bei der Exzellenzinitiative, haben die DZG die ganze deutsche Medizinlandschaft in Bewegung gebracht. Fast alle Universitäten und Medizinischen Fakultäten haben sich an Anträgen beteiligt. Es ist mit den DZG gelungen, gemeinsame Infrastrukturen und Forschungsplattformen einzurichten. Schließlich haben die DZG eine hohe Attraktivität für Nachwuchswissenschaftler.

Jetzt ist der richtige Zeitpunkt, um über eine Weiterentwicklung der Strukturen nachzudenken. Der Wissenschaftsrat wird sich mit dieser Frage befassen. Wie können die Modelle gegebenenfalls adaptiert werden? Wie erreicht man Flexibilität und Durchlässigkeit? Wie gehen wir damit um, wenn sich einzelne Standorte plötzlich in die eine oder andere Richtung entwickeln oder Projektleiter durch Weggang oder Emeritierung aus dem Projekt ausscheiden, d.h. ermöglichen wir die Neuaufnahme bzw. das Ausscheiden von Standorten? Ein mögliches Thema für die kommende Legislaturperiode wird sein, ob alle Indikationsgebiete ausreichend abgedeckt sind oder ob weitere Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung eingerichtet werden sollen.

Bei der Diskussion im Rahmen des Aufbaus der DZG haben wir intensiv über die richtige Organisationsform debattiert. Es gibt zwei verschiedene Modelle, das Vereinsmodell auf Projektbasis (DZD, DZL, DZHK, DZIF) und das Modell der institutionellen Förderung mit Partnerstandorten eines Helmholtz-Zentrums (DZNE, DKTK).

Alle Zentren müssen sich der Frage stellen, welche Struktur für die von ihnen erwartete Leistungsfähigkeit die geeignete ist, welche Struktur langfristig trägt und das größte Potential für eine effiziente Arbeit birgt. Es muss in Strukturen investiert werden, dazu zählt unter anderem der Aufbau von Translationsstrukturen (Plattformen, IT). Wenn wir die besten Kräfte rekrutieren wollen, benötigen wir attraktive Karriereperspektiven für Talente und für den wissenschaftlichen Nachwuchs, der über medizinische Erfahrungen verfügt. Dazu zählen auch Professuren für Physician Scientists. In den USA ist es sehr erfolgreich gelungen, diese Gruppe als Mittler der Translation zwischen den Patienten und der Forschung einzusetzen – das muss auch in den DZG gelingen. Die langfristige Etablierung institutioneller Brücken zwischen Helmholtz-Zentrum und Universitätsmedizin muss gelingen. Die Organisationen müssen sich gegenseitig öffnen, um an den gemeinsamen Programmen teilnehmen zu können, dazu gehört der Zugang zu den Helmholtz-Programmen für alle Mitglieder. Schließlich brauchen wir Planungssicherheit. Aus meiner Sicht hat ein partnerschaftlich aufgebautes institutionelles Modell wie das DKTK große Vorteile; mit der vergleichenden Bewertung soll sich der Wissenschaftsrat beschäftigen.

Die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung reihen sich in ein Portfolio von unterschiedlichen Interaktionen ein, die wir über die Jahre aufgebaut haben. Hierzu zählen mannigfache lokale Kooperationseinheiten und lokale Translationszentren von Universitätsmedizin und Helmholtz-Zentren unter einem Dach oder hunderte gemeinsamer Berufungen. Einige dieser lokalen Zentren haben sich, teilweise mit massiver Förderung durch den Bund, zu neuen Spitzenzentren entwickeln können. Ich nenne hier nur das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) und das Berlin Institute of Health (BIH). Weiterhin gibt es die Helmholtz-Allianzen (systems biology, immunotherapy, mental health, iMed), die hier im Vortrag beschriebenen Nationalen Konsortien (DZG), die Nationale Kohorte und Modellprojekte mit der Wirtschaft. Manche dieser Projekte werden auch in internationale Konsortien eingebunden. Große

Entwicklungsräume sehe ich derzeit noch bei der Zusammenarbeit der Nationalen Gesundheitszentren mit der Industrie. Hier sind alle aufgefordert, innovative Lösungen zu entwickeln.

Es gibt seit geraumer Zeit sehr konstruktive Gespräche zwischen der Universitätsmedizin, der Helmholtz-Gemeinschaft, anderen außeruniversitären Partnern und Vertretern der Industrie. Sie sind im Rahmen eines Forums entwickelt worden, das jetzt im Gesundheitsforum des BMBF aufgeht. In diesen Gesprächen kristallisieren sich eine Reihe von Elementen für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsforschung in Deutschland heraus.

Mannigfache Ideen aus den verschiedenen Gebieten der Gesundheitsforschung müssen schneller in Richtung einer Anwendung gebracht werden, denn dort liegt Potential brach. Mit der Etablierung einer nationalen Proof-of-Concept-Plattform könnte dieser Prozess effizienter gestalten werden.

Eine zentrale Frage könnte der Umgang mit Information, Informationsverarbeitung und komplexen großen Datenmengen sein. Dieser Themenkomplex stellt eine der größten Aufgaben dar, die alle Forschungsbereiche auch außerhalb der Gesundheitsforschung betreffen wird. Daher ist die Initiative der Bundesregierung, in die Medizininformatik zu investieren, so enorm wichtig. Sie muss mit weiteren Aktivitäten der Forschungsorganisationen und anderen Maßnahmen, wie der Konkretisierung eines Health Care IT-Konzepts unterfüttert werden.

Die gemeinsamen Initiativen zum Aufbau standortübergreifender Infrastrukturen in der Biomedizin wurden bereits angesprochen. Wir können und sollten von der Physik lernen, die das anders handhabt, indem sie sich viel stärker abstimmt, was den Aufbau und die gemeinsame Nutzung von Infrastrukturen angeht. Wir könnten uns darauf verständigen, großskalige Infrastrukturen auf wenige Standorte zu verteilen und diese dann intelligent gemeinsam nutzen.

Wir brauchen mehr Investitionen in den wissenschaftlichen Nachwuchs. Dazu zähle ich die Ausbildungsprogramme für Physician Scientists, die an der Schnittstelle zwischen Forschung und Klinik tätig werden.

Schließlich möchte ich eine Diskussion über den Aufbau von Spitzenstandorten in der biomedizinischen Forschung im Sinne der Schaffung internationaler Leuchttürme auf ausgewählten Gebieten anregen. Es wurde viel darüber gesprochen, welche Aktivitäten es gegenwärtig in der US-Gesundheitsforschung gibt. Ich meine, dass die USA in der Biomedizin nach wie vor den internationalen Benchmark darstellen. Der Abstand ist in den letzten Jahren eher größer geworden. Natürlich haben die Vereinigten Staaten Größenvorteile, und es wird enorm in die Gesundheitsforschung investiert, insbesondere von privaten Geldgebern. Die besten jungen Talente aus aller Welt kommen in die

USA, und auch wir schicken unsere jungen Talente nach wie vor gern für einige Jahre dorthin. In den USA findet man darüber hinaus einige Standorte, die eine herausragende kritische Masse und Exzellenz aufweisen, Stanford beispielsweise, die Boston-Gegend oder der Raum Baltimore.

Ich glaube, dass wir in Deutschland nach all den Maßnahmen, wie die Zentren der Gesundheitsforschung, eine intelligentere Vernetzung einzelner Standorte, Profilbildung in der Universitätsmedizin oder die Exzellenzinitiative, auch darüber nachdenken müssen, noch mehr lokale Klasse aufzubauen. In der Gesundheitsforschung spielt die kritische Masse an einem Standort eine deutlich größere Rolle als in anderen Forschungszweigen. Es ist Patienten nicht zumutbar, beliebig von einem Standort zum nächsten transportiert zu werden. Eine kritische Kernkompetenz muss an einem Platz vorhanden sein.

Mir erscheint es überlegenswert, ob in Ergänzung der vielen Aktivitäten, die schon einen enormen Fortschritt gebracht haben, auf einzelnen Indikationsfeldern lokale Leuchttürme aufgebaut werden müssten, die sich auf internationalem Spitzenniveau bewegen und mit den Spitzenzentren der USA konkurrieren können. Das wird aber nur möglich, wenn es uns gelingt, auf einem ausgewählten Gebiet und an einem Standort einen Schulterschluss zwischen allen Partnern herzustellen, also den Universitäten, der Universitätsmedizin, den außeruniversitären Einrichtungen und der Wirtschaft. Wir haben den Anfang dazu in gewisser Weise getan, indem wir uns entschlossen haben, das Berlin Institute of Health als führendes Zentrum für die personalisierte Medizin der Zukunft oder als massive Investition in die Onkologie das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT Oncology Campus, Heidelberg & Dresden) einzurichten. Das sind zwei Standorte auf dem Weg zu einem internationalen Spitzenzentrum. Dieses können wir auch auf anderen Gebieten schaffen. An Standorten, an denen eine kritische Masse von universitären, außeruniversitären und weiteren Partnern auf einem Indikationsgebiet schon vorhanden ist, könnte eine gezielte weitere Förderung den Sprung in die internationale Spitze ermöglichen.

Mit derartigen Spitzenstandorten würde keine Konkurrenz zu den Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung entstehen. Solche neuen Strukturen würden die Nuclei dieser Zentren entscheidend verstärken. Dort würde man in Infrastrukturen investieren, diese Plätze wären für den Nachwuchs überaus attraktiv. Man könnte dort auch neue Modelle der Zusammenarbeit zwischen der Medizin, der biomedizinischen Forschung und der Wirtschaft aufbauen. Ich denke dabei an einen Campus Klinische Neurowissenschaften, an die personalisierte Infektionsmedizin, an einen Diabetes Campus, einen kardiovaskulären Spitzenstandort, einen pneumologischen Campus oder ähnliche Themengebiete.

Als Resümee stelle ich fest, dass sich die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung erstaunlich gut entwickelt haben. Die Entwicklung ist jedoch noch nicht zu einem En-

de gekommen. Insgesamt sehe ich eine sehr positive Perspektive und glaube, dass der Wissenschaftsrat zu einer ähnlichen Einschätzung kommen wird. In der nächsten Phase gilt es, Wege zu finden, die Gesundheitsforschung im internationalen Kontext noch besser zu positionieren.

Vielen Dank!

Diskussion

Gründer
Sie haben die erforderliche kritische Masse angesprochen. Hier sehe ich einen entscheidenden Unterschied zu den USA. Wenn wir ganz wenige Zentren haben, kann es sein, dass sich dort alle Spitzenkräfte konzentrieren und wir damit den wissenschaftlichen Nachwuchs austrocknen. Die USA können das kompensieren, indem sie die besten Köpfe aus aller Welt anziehen – das gelingt uns in Deutschland in dieser Form nicht.

Wiestler
Ich stimme Ihnen dahingehend zu, dass das System ausbalanciert sein muss. Wir dürfen nicht von dem Grundprinzip abweichen, in Deutschland ganz bewusst auf eine breite Basis zu setzen. Für diese Basis ist viel getan worden und muss auch noch viel getan werden. Wenn man aber im internationalen Wettbewerb wirklich bestehen will, muss man auch in die Spitze investieren. Die Spitze kann nicht überall sein. Modelle dieser Art sind auch deshalb attraktiv, weil sich die Spitzenstandorte landesweit verteilen würden. Sie müssten in einer Art von Wettbewerb, ähnlich wie bei der Exzellenzinitiative ausgeschrieben werden. Das wäre eine weitere Chance eines Profilaufbaus. Auch die Frage der Nachwuchsgewinnung wird durch das attraktivste Umfeld entschieden werden. Der Nachwuchs wird internationaler, und genau diesen Nachwuchs wollen wir haben.

Pfeilschifter
Die Versäulung der deutschen Wissenschaft war der Ausgangspunkt, der überwunden werden sollte. Mit dem hier geschilderten „Leuchtturm-Konzept“ droht eine neue Form der Versäulung, die zwischen denen, die dabei sind, und denen, die nicht dabei sind, unterscheiden wird. Es wird für die, die nicht dabei sein dürfen, eine dramatische Vision sein. Eine Förderdauer von drei Jahren ist mit Sicherheit zu kurz; mit Hinblick auf die Dauer von SFB, Exzellenzclustern oder anderen Fördermaßnahmen sollte ein wissenschaftsgerechter Förderzeitraum von etwa 15 Jahren angestrebt werden. Kenntnisgetriebene Wissenschaft hat einen Anfang und ein Ende. Es sollte keine institutionelle Verantwortung, sondern ein Zusammenarbeiten universitärer und außeruniversitärer Partner in einer universitätsadäquaten Struktur sein.

Wiestler
Ich sehe da gar keine so große Differenz. Wir müssen auf einer breiten Basis aufsetzen. Das ist ein großer Vorteil des deutschen Systems, verglichen mit den USA, wo es enorme Unterschiede von Region zu Region und Universität zu Universität gibt. Für einen internationalen Impact muss man in kluger Balance auch in die Spitze investieren. Wir müssen in Deutschland noch stärker auf eine Profilbildung hinarbeiten. Es kann nicht jeder alles machen. Davon werden am Ende viele profitieren. Wir brauchen ein gut austariertes Gleichgewicht zwischen der Projektförderung und der institutio-

nellen Förderung, darin stimme ich mit Ihnen überein. Gerade auf dem Gebiet der Gesundheitsforschung müssen wir auch institutionelle Impulse setzen. Wir können dem hohen ökonomischen Druck nur gegensteuern, wenn wir dem wissenschaftlichen Nachwuchs auch eine längerfristige Perspektive bieten. Ich bin überzeugt, dass das nur über institutionelle Konzepte funktionieren kann. Es gab zeitweise große Bedenken, dass mit dem Einstieg in die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung der Bund seine Projektförderung reduzieren könnte – ganz im Gegenteil ist die Projektförderung des Bundes angestiegen.

Wernert
Wir werden in Deutschland eine Spitzenforschung ohne die Beteiligung starker europäischer Partner nicht realisieren können, wenn wir mit den USA erfolgreich konkurrieren wollen. Sind europäische Partnerschaften in den geschilderten Konzepten vorgesehen?

Wiestler
Natürlich müssen wir uns im internationalen Raum besser aufstellen. Eine der Aufgaben, die die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung als nächstes zu lösen haben, ist es, Impulse auch nach Europa auszusenden. Es gibt vorsichtige Bemühungen in Frankreich, ähnliche Strukturen wie die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung zu etablieren. Große Zentren existieren in Großbritannien. Auf dem Gebiet der Krebsforschung laufen die ersten Bemühungen, einen Verbund mit sechs europäischen Partnern einzurichten.

Kroemer
Das Bestreben, in Deutschland die breite Basis weiter zu fördern und gleichzeitig die Spitzenforschung zu entwickeln, muss sich nicht ausschließen. Wir sehen eine Diversifizierung, denn eine kleine Universitätsmedizin in einem ländlichen Bereich muss andere Aufgaben erfüllen, als die Universitätsmedizin in einem Ballungsgebiet. Diese Diversifizierung müssen wir positiver besetzen. Das bedarf auch politischer Entscheidungen, denn es muss überlegt werden, ob man einen Standort für die Spitzenforschung ausbauen will. Bei der internationalen Wettbewerbsfähigkeit muss man sich nicht unbedingt an den USA orientieren, denn auch in den europäischen Nachbarländern gibt es international konkurrenzfähige Standorte, wie die ETH in der Schweiz. Natürlich sind die Finanzierungsmodelle mit einer starken institutionalisierten Förderung dort andere, und man hatte längere Vorlaufzeiten, mit denen der heutige Stand erreicht werden konnte. Wir sollten in der Lage sein, ein für Deutschland tragfähiges Konzept zu entwickeln.

Exzellenzinitiative

Die Erwartung der Politik an die universitäre Forschung

Alexandra Dinges-Dierig, MdB
Mitglied im Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung des Deutschen Bundestages, Berlin

Meine Damen und Herren!

Herzlichen Dank für die Einladung. Sie gibt mir die Gelegenheit, von der konkreten Umsetzung auf einer Ebene, bei der man auf das ganze System schaut, als Bundespolitikerin mit begrenzter Einflussmöglichkeit – denn die Entscheidungsgewalt ist zwischen Bund und Ländern gerade in der Hochschulmedizin sehr genau aufgeteilt – Ihnen einmal unsere Vorstellungen darzubringen, was die Politik von der Forschung erwartet.

Im Vortrag von Herrn Wiestler sind schon sehr viele Erwartungen benannt worden, und ich könnte es fast mit dem Hinweis auf diesen Vortrag bewenden lassen, um dann die eben geführte Diskussion fortzusetzen. Aber unsere Erwartungen an die Forschung gehen weiter. Die Nobelpreisträgerin Marie Curie hat einmal gesagt: „Ich beschäftige mich nicht mit dem, was war, sondern mit dem, was kommt." Dieser Satz ist für mich als Politikerin ein sehr guter Leitsatz. Uns Politikern wird gern nachgesagt, dass wir gern nach hinten blickend unsere Leistungen der Vergangenheit bewundern würden. Viele werfen uns vor, dass wir nur in kurzen Zeiträumen der Legislaturperioden denken und planen würden. Ich will Sie aber beruhigen – es mag sein, dass solche Vorwürfe auf einzelne Politiker zutreffen, wie es auch einzelne Wissenschaftler geben mag, die gewisse Schwierigkeiten bei der Umsetzung ihrer Aufgaben haben. Aber die beiden pauschalen Vorwürfe treffen auf die Politikerinnen und Politiker im Bereich Bildung und Forschung mit Sicherheit nicht zu.

Wir alle wissen, dass wir mit unseren Entscheidungen heute in diesem Bereich Weichen stellen, deren Auswirkungen sehr lange nachwirken. Das gilt für die Schulpolitik, die ursprünglich mein Bereich war, genau so wie für die Forschungspolitik, bei der neben kürzeren Zeitrahmen auch für den Ablauf von Jahrzehnten geplant und entschieden werden muss. Schließlich gibt es Themen, von denen ich dachte, dass wir diesen Punkt der Diskussion schon längst überwunden hätten.

Alle diese Veränderungen von Seiten der Politik sind ohne die Expertise der Wissenschaft gar nicht möglich. Die Politik kann Rahmenbedingungen vorgeben. Was aber konkret getan werden soll, weiß die Wissenschaft selbst am besten. Es wird nur funktionieren, wenn wir miteinander in einem offenen Diskurs die gegenseitigen Erwartungen, Ideen, Vorstellungen und Konzepte auch austauschen. Das ist so immens wichtig, um den Rahmen zu schaffen, damit Wissenschaft und Forschung in der Zukunft international auch mithalten können. Wenn wir unter Berücksichtigung des demographischen Wandels sehen, wie sich Deutschland in den kommenden 20 oder 30 Jahren entwickeln wird, wie wir uns mengenmäßig im Vergleich zu anderen Staaten entwickeln werden, wenn wir betrachten, wie viele Mittel China in die Forschung investiert, dann müssen wir für die Zukunft anders denken.

Wir tun das, und viele von Ihnen wissen das, denn wir haben seit 2005 die Mittel des Bundes für die Forschung mehr als verdoppelt. Die Eckpunkte für den neuen Haushalt 2017 stehen, und wir reden über einen Betrag, der etwas über 17 Mrd. Euro liegen wird. Im Jahr 2005 betrug der Forschungsetat des Bundes noch etwa 7,5 Mrd. Euro. Die Verdopplung war möglich, weil die Bundesregierung klare Prioritäten setzt. Umgekehrt kann die Bundesregierung das nur tun, weil der Deutsche Bundestag diese Entscheidung vorgibt. Der Deutsche Bundestag ist überzeugt, dass es richtig und wichtig ist, in Bildung, Wissenschaft und Forschung zu investieren, und bei ihm liegt auch das Budgetrecht. Wir geben damit Steuergelder aus und müssen diese Ausgaben der Gesellschaft gegenüber verantworten. Ich habe noch niemanden gefunden, der behauptet hätte, dass Gelder für Bildung, Wissenschaft und Forschung fehlinvestierte Mittel seien. Vielmehr erlebe ich, dass noch mehr Ausgaben in diese Gebiete gefordert werden.

Mit welchen Erwartungen treten wir nun an die Forschung heran, die das viele Geld ausgeben soll? Die Erwartungen sind groß. Ich habe dazu eine Reihe von Überlegungen formuliert.

Eine erste Erwartung: Forschung muss mithelfen, die Herausforderungen von heute und morgen zu lösen.
Wir sind einfach davon überzeugt, dass Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler durch ihre Tätigkeit ein Fingerspitzengefühl entwickelt haben, welches die Politiker einfach nicht haben können. Wenn wir uns überlegen, was allein in den Lebenswissenschaften für eine Bandbreite existiert, die von Klimawandel über die demographische Entwicklung in Deutschland und der Welt, die Endlagerung radioaktiven Mülls, die Multiresistenzen gegen Antibiotika, das Zusammenleben verschiedener Kulturen angesichts der weltweiten Flüchtlingswelle, den digitalen Wandel bis hin zu armutsassoziierten Krankheiten reicht. Dabei habe ich nur ganz wenige Schlagworte aufgezählt.

Wie alle diese Dinge sich entwickeln und wann sie bedeutsam werden, ist für die Politik in der Regel gar nicht vorhersehbar. Ich erinnere an den Ausbruch von Ebola, den die Politik überhaupt nicht auf dem Schirm hatte. Gerade hier hat sich aber gezeigt,

dass die Wissenschaft dieses Problem schon auf dem Schirm hatte und Erkenntnisse bereit hatte, die schnell umgesetzt werden konnten. So konnte in diesem konkreten Fall die Wissenschaft der Politik und damit den Menschen in Afrika schnell helfen. Daher genießen Wissenschaft und Forschung das Vertrauen der Politik und ganz besonders der Vertrauen derjenigen, die die Mittel für Wissenschaft und Forschung vergeben.

Wir hatten heute schon einmal das Thema Individualisierte Medizin. Das beeindruckt alle Menschen, denn der Patient, der zum Arzt kommt, hat in den wenigsten Fällen wirklich Kenntnisse über seine Erkrankung. Man mag Informationen aus Literatur oder Internet bezogen haben, doch sie zu bewerten und zu verarbeiten fällt schwer. Es ist daher wichtig, dass die Informationen, die zu den Menschen kommen, verstanden werden kann, dass der Patient begreift, was der Arzt von ihm erwartet. Die Ärzte müssen diesen Weg ein Stück mitgehen, das erwarten wir als Politiker, indem sie das in sie gesetzte Vertrauen an die Menschen, an die Gesellschaft weitergeben.

Mit der individualisierten Medizin kommen wir in einen Grenzbereich ethischer Aspekte. Wir müssen uns in der Forschung zunehmend ethischen Fragen stellen. Dazu gibt es den Deutschen Ethikrat, der sich im letzten Jahr z.B. mit der Frage, wann der Hirntod eingetreten ist, oder mit dem Organspendeausweis beschäftigt hat. Es sind überall, wo Forschungsprojekte beraten werden, inzwischen Ethikkommissionen eingerichtet worden. Ich erachte das als sehr wichtig, damit Wissenschaft und Forschung auch künftig das Vertrauen der Gesellschaft haben.

Eine zweite Erwartung der Politik ist, dass die Forschung eine solide Basis für Entscheidungen aller Art bilden muss.
Natürlich wägen wir Politiker bei politischen Entscheidungen ab. Es gibt nicht nur einen Weg zum Ziel – alle Alternativen aber zu kennen, wäre von einem Politiker zu viel verlangt. Daher müssen wir mit Menschen zusammenarbeiten, die uns Alternativen aufzeigen können. Auch das ist eine Aufgabe der Forschung und dafür hat der Deutsche Bundestag seit einem Jahr auch ein Büro für Technikfolgenabschätzung eingerichtet. Man mag streiten, ob das ein Büro sein muss. Wir haben eine ganze Reihe von Institutionen, von der Leopoldina, über die acatech bis zu vielen anderen, die uns helfen. Ein solches Büro bietet aber den Vorteil, schnell Antworten zu erhalten. Ich vertrete eine abweichende Meinung und glaube, dass wir die besten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu einem ganz konkreten Problem befragen und sie um Hilfe bitten sollten.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich die dritte Erwartung: Die Forschung muss in aufgeregten Zeiten unaufgeregte Information bereitstellen.
Wir wissen, dass eine Skandalisierung heute schnell geschehen und mit viel Aufsehen einhergehen kann. Forschungsergebnisse sollten daher so formuliert und präsentiert werden, dass sie für die Menschen glaubwürdig bleiben. Viele Menschen sind durch

zahllose Medien in gewisser Weise abgestumpft oder gar abgebrüht, doch das darf nicht der Maßstab sein. Wir brauchen wirkliche Informationen, die verständlich sind. Wir brauchen klare Botschaften. Wissenschaft, Forschung und Politik sollten bei „Aufregerthemen“ gemeinsam für Sachlichkeit in der Diskussion sorgen.

Als eine vierte Forderung nenne ich, dass sich die universitäre Forschung öffnen muss. Wer schon länger im Bereich der Wissenschaftspolitik tätig ist, weiß, dass noch vor gar nicht langer Zeit das Abgrenzen der Universität gegen die außeruniversitäre Einrichtung oder auch der Forschungsförderorganisationen untereinander sehr üblich waren. Es freut mich sehr, dass inzwischen die DFG in einem ihrer Papiere den Satz „Offenheit ist prägend für die deutsche Forschung“ niedergelegt hat. Vor 30 Jahren hätte man einen solchen Satz nicht geschrieben.

Was meinen wir Politiker mit einer Öffnung? Einerseits hat sich die Gesellschaft geöffnet, indem viele Medien und Informationsquellen allgemein zugänglich geworden sind. Hier müssen wir wesentlich mehr kommunizieren. Wir müssen dabei nicht unbedingt mit einer Stimme reden, sondern können ruhig unterschiedlicher Meinung sein. Wir müssen aber dafür sorgen, dass keine „Horrorvorstellungen“ kursieren. Wir haben auf der anderen Seite die Unsicherheit der Menschen durch den Überfluss an Informationen, und viele wollen keine weiteren Sendungen über Wissenschaft sehen oder hören. Das mag teilweise richtig sein, doch frage ich mich dann, woher kommen die Unsicherheiten oder Zweifel, wenn es z.B. um das Thema Impfen geht. Welchen Schluss können wir daraus ziehen? Wir können dieses Problem nur gemeinsam lösen, indem wir einen Mittelweg zwischen einem Zuviel und einem Zuwenig an Information finden und dann den Menschen zeigen, auf welcher Grundlage wir die eine oder andere Entscheidung treffen wollen.

Gerade der Vortrag von Herrn Wiestler hat gezeigt, dass die Forschungsförderer eine Öffnung anstreben und für die Offenheit in der Wissenschaft eintreten. Wir haben aber auch das Stichwort Versäulung gehört. In meiner Wahrnehmung gibt es bei der Öffnungsdiskussion immer wieder ein Kippen: Zuerst wollen alle gemeinsam ein Programm in die Wege leiten, bei der Beantragung sollen dann aber plötzlich nur die Universitäten berechtigt sein. Wir sind dabei sicher nicht immer ganz ehrlich.

Ich fände es daher schön, wenn wir über dieses Zusammenarbeiten doch noch etwas länger diskutieren würden. Wir haben bei der Exzellenzinitiative gesehen, dass Trennendes überwunden werden kann. Wir haben das bewusst schon bei der Ausschreibung zur Bedingung gemacht. Es wäre schön, wenn wir eines Tages solche Bedingungen nicht mehr brauchen würden und innerhalb des Wissenschaftssystems zwischen den verschiedenen wissenschaftlichen Einrichtungen der universitären Forschung, der außeruniversitären Forschung, den Forschungseinrichtungen der Wirtschaft, den privaten Initiativen und öffentlichen Geldgebern ein besseres Zusammenspiel stattfinden könnte. Gerade in Zeiten einer unzureichenden Grundfinanzierung – ich will nicht auf

die Länder treten, aber es ist leider noch immer so – müssen wir etwas enger zusammenrücken, um den Forschungs- und Erkenntnisprozess bestmöglich ablaufen zu lassen.

Wissenschaft darf nicht in Grundlagenforschung und angewandte Forschung getrennt werden. Das wäre verheerend, denn was nützt eine herausragende Idee, die nicht in die Praxis umgesetzt wird. So etwas gibt es leider immer noch, doch es darf eigentlich nicht mehr passieren. Wenn wir im Gesundheitsbereich nach Medienangaben von der Erkenntnis bis zur Marktreife zehn Jahre oder länger brauchen, sind viele Patienten in dieser Zeit bereits verstorben. Wir haben seitens der CDU/CSU-Fraktion einen Antrag auf den Weg gebracht, um diesen Prozess zu verkürzen. Die langen Zeitdauern haben nicht nur etwas mit Wissenschaft und ihrer Organisation oder der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern, sondern auch mit bürokratischen Hürden zu tun, und es ist hohe Zeit, daran etwas zu ändern.

Das wir auf dem Gebiet von Zusammenarbeit und Öffnung der Wissenschaft vorankommen wollen, belegt auch eine Informationsveranstaltung, welche wir am 1. Juni 2016 im Bereich des europäischen Programms 2020 zum Thema „Multi- und Transdisziplinarität in den Lebenswissenschaften: Verbundforschung zu Gesundheit und Bioökonomie in Horizont 2020“ durchführen. Wir sind nun endlich auf europäischer Ebene soweit, dass wir den Verbund nach vorn schicken und dass wir bis zum Ende denken. Früher gab es europäische Forschungsmittel bis zu einem bestimmten Punkt, aber nicht bis zur Markteinführung. Die fehlende Finanzierung führte dazu, dass viele Erkenntnisse nicht auf den Markt kamen. Dieser Missstand ist nun überwunden. Darüber bin ich sehr froh und ich freue mich auch, dass Deutschland an diesen Mitteln partizipiert.

Damit komme ich zu meiner vorletzten Forderung: Die universitäre Forschung muss Spitze und Breite zulassen, nicht nur das eine oder nur das andere.
Wenn man sich die internationale Forschungslandschaft anschaut, brauchen wir nicht einmal bis nach Amerika zu gehen. Auch in Europa gibt es sehr verschiedene Systeme der Förderung, das Beispiel ETH in der Schweiz war vorhin schon erwähnt worden. Wenn wir dort in den verschiedenen Richtungen mitspielen wollen, so brauchen wir beides: Breite und Spitze. Wir haben in den 1970er und 1990er Jahren geradezu einen Kampf um den Begriff Spitze geführt. Auch wenn nach den Diskussionen in der KMK um die Exzellenzinitiative mancher meint, dass wir seit dieser Zeit nicht viel weiter gekommen wären, so vertrete ich die Meinung, dass sich die Politik in Deutschland nachdrücklich zur Spitzenforschung bekannt hat.

Wir sehen die 12 Jahre Exzellenzinitiative als einen Erfolg für den Wissenschaftsstandort Deutschland. Wenn wir Zusammenarbeit wirklich wollen, dann gehört dazu auch, dass die Universitäten, die anders finanziert sind als die außeruniversitären Forschungseinrichtungen, – was durchaus ein Problem ist – weiter durch die Politik un-

terstützt und finanziert werden müssen. Nur durch die Exzellenzinitiative ist eine Kooperation der Universitäten mit den außeruniversitären Forschungseinrichtungen auf Augenhöhe überhaupt möglich. Das mag für viele ein schmerzhafter Prozess sein, weil nicht alle Spitze sein können. Doch vielleicht werden es einmal andere sein, die die Spitze bilden – das will niemand ausschließen. Von der Menge her haben wir mehr Breite als Spitze, aber das ist ein völlig normaler Vorgang.

Eine Bemerkung noch zum Humboldt'schen Bildungsideal von Lehre und Forschung. Wir haben heute schon sehr viel über Forschung gehört. Ich sage hier aber ganz deutlich, dass die Lehre noch Luft nach oben hat. Wenn wir uns in der Lehre nicht verbessern, müssen wir uns in einigen Jahren fragen, wo denn die Spitzenforscher herkommen sollen. Sie werden nicht als solche geboren, sie werden erst dazu ausgebildet und brauchen Vorbilder. Wenn die Universitäten bestimmte Profile entwickeln und sagen, dass sie in bestimmten Bereichen an der Spitze, in anderen aber nur im Mittelfeld liegen, dann können wir umschichten. Dazu brauchen wir eine stärkere Universitätsleitung und wir brauchen Hochschulgesetze, die eine selbständige Entwicklung der Universitäten auch zulassen. Wenn ich mir die Veränderungen der Hochschulgesetze in den letzten zwei Jahren ansehe, dann geht das in die entgegengesetzte Richtung, und das Hochschulgesetz in Schleswig-Holstein ist für mich schlichtweg eine Katastrophe. So funktioniert keine Förderung von Spitze. Die Bundespolitik erwartet nicht nur von der Forschung, sondern auch von den Ländern, dass sie sich dieser Aufgabe stellen.

Damit schließe ich meine letzte Forderung an: Universitäre Forschung muss die besten Köpfe anziehen.
Wir werden nicht durch ein System Spitze, sondern durch die Köpfe, die in Wissenschaft und Forschung arbeiten. Forschung und Erkenntnis wird von Menschen gemacht. Internationalität muss nicht in Amerika, sondern kann auch bei uns gelebt werden, wenn es uns gelingt, gemeinsam die Rahmenbedingungen zu schaffen, dass Deutschland als Standort so attraktiv wird, dass die Wissenschaftler aus dem Ausland zu uns kommen. Das tun sie, denn wir verzeichnen gegenwärtig stark steigende Zahlen von Wissenschaftlern aus Amerika, Großbritannien und Frankreich, die nach Deutschland kommen. Wir haben steigende Zahlen deutscher Wissenschaftler, die in die USA gegangen sind und nun als Spitzenkräfte zurückkommen. Das zeigt, dass Deutschland mit den Maßnahmen, die in den letzten 10 bis 15 Jahren ergriffen worden, auf einem guten Weg ist. Das Thema „Spitze und Breite in der Wissenschaft" wird uns vermutlich noch eine Weile begleiten.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit!

Wie wird die neue Bund-Länder-Initiative umgesetzt?

Dorothee Dzwonnek
Generalsekretärin der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Bonn

Lieber Herr Wissing,
meine Damen und Herren!

Vielen Dank für die freundliche Einführung. Dass wir uns seitens der Ministerien auf die Exzellenz haben einigen können, ist ein Bekenntnis der Mehrheit der in der deutschen Wissenschaftspolitik Tätigen, wirklich für eine Förderung der Leistungsspitze einzustehen. In diesem Punkt sind auch wir als Forschungsförderer mit der Politik einig.

Wissenschaftspolitik und Papstwahlen sind zwei Stichworte, die normalerweise nicht in einem Zusammenhang genannt werden. Allerdings steht die Entscheidung der Ministerpräsidenten zur neuen neue Bund-Länder-Initiative noch aus. Die Abstimmung soll am 16. Juni 2016 stattfinden. Die neue Bund-Länder-Initiative hat eine lange und konsultationsreiche Vorgeschichte. Als am 22. April 2016 zumindest die wissenschaftspolitische Seite die Ergebnisse bekannt gab, unkten einige Zeitungen vom „weißen Rauch", der nach zwei Jahren endlich aufsteigen würde. Wir wissen, dass der weiße Rauch noch nicht ganz aufgestiegen ist, denn mit Hamburg scheint ein Bundesland seinen Widerstand noch immer nicht aufgegeben zu haben. Wir hoffen, dass man auch dort die Meinung ändern wird, denn es wäre fatal, wenn so kurz vor dem Ende eine derart mühsam ausgehandelte Initiative, die dem Aufbau vieler neuer guter Forschungsfelder in Deutschland dienen wird, an einer Stimme scheitern würde.

Forschungseinrichtungen und Universitäten haben sich in den letzten Jahren sehr auf die Exzellenzinitiative und ihre Weiterentwicklung konzentriert. Viele waren unruhig geworden, denn außer aus Bayern kam aus keinem Bundesland eine Aussage zur nachhaltigen Finanzierung, die eigentlich Geschäftsgrundlage der ersten beiden Phasen der Exzellenzinitiative war. Es wird auch zu diskutieren sein, wie die Verhältnisse zwischen der Finanzierung der bereits laufenden Projekte und der in der neuen Initiative zu fördernden Projekte liegen werden.

Ich will Ihnen hier die fachlichen Konturen der neuen Bund-Länder-Initiative vorstellen. Dabei geht es um forschungsstrategische, um operative und um administrative

Fragen. Insbesondere möchte ich Ihnen die Funktionen der beiden neuen Förderlinien „Exzellenzcluster“ und „Exzellenzuniversitäten“ näher erläutern, aber auch, welche Entscheidungsgremien wir für die Durchführung des Wettbewerbs zu erwarten haben und wie die Wissenschaftsbegleitung aussehen wird. Gerade letztere hat sich als ein politischer Stolperstein gezeigt, bei dem die Kommunikation zwischen Deutschem Bundestag und der parlamentarischen Seite viel offener als mit den zuständigen Bundesministerien war. Das hat uns ein wenig betroffen gemacht.

Der Zeitplan war ebenso Gegenstand heftigster Verhandlungen. Er ist der Master für das, was Sie an Ihren Standorten planen und was spätestens ab Herbst 2016 auf Sie zukommen wird, wenn die Unterschriften am 16. Juni geleistet werden.

Neu ist die Festlegung auf zwei Förderlinien, die Exzellenzcluster und die Exzellenzuniversitäten. Die Förderung der Graduiertenschulen als eigenständige Förderrichtung wird dagegen entfallen. Das hat an einigen Standorten zu Betroffenheit geführt, denn die Graduiertenschulen haben sich als Instrument der Doktorandenausbildung und -betreuung sehr bewährt. Allerdings setzen auch wir in der DFG nun auf die Eigenverantwortung der Universitäten und Fächer und sagen, dass die Universitäten und Länder die Doktorandenförderung als ein Selbstverständnis ansehen müssen. Dass ist dann auch über die Grundausstattung zu finanzieren.

I. Förderlinie Exzellenzcluster

Die Exzellenzcluster werden das Herzstück der neuen Exzellenzinitiative sein und werden in ihrem Volumen weiter gestärkt werden. Bund und Länder halten an einer projektbezogenen Förderung eines international wettbewerbsfähigen Forschungsfeldes an Universitäten oder Universitätsverbünden fest. Das ist eine sehr zukunftsweisende Entscheidung, die eine logische Konsequenz aus den bisherigen Fördererfolgen dieser Programmlinie zieht. Der datengestützte Bericht von Wissenschaftsrat und DFG vom Herbst 2015 an die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz und die Evaluation der Imboden-Kommission haben gezeigt, dass mit den derzeit geförderten 43 Exzellenzclustern, darunter 16 in den Lebenswissenschaften, universitäre und regionale Profilbildungen im Sinne von Öffnung für Verbundprojekte oder gemeinsamen Kooperationsprojekten mit den außeruniversitären Forschungseinrichtungen eine große Rolle gespielt haben.

Tatsächlich sind neue Strukturbildungen mit einer hohen internationalen Sichtbarkeit gelungen. In der Medizin bestehen die Cluster „Von Regenerativer Biologie zu Rekonstruktiver Therapie (REBIRTH)“ in Hannover und Dresden, Entzündungsforschung („Inflammation at Interfaces“) in Kiel, „ImmunoSensation“ in Bonn, „Zelluläre Netzwerke“ in Heidelberg, „Cells in Motion“ (CiM) in Münster, die Neurowissenschaften in Berlin, Freiburg, Göttingen, München und Tübingen und die Alternsforschung (CECAD) in Köln. Alle diese lebenswissenschaftlichen Zusammenschlüsse haben ihren Kern in exzellenter Forschung in der Universität. Sie haben sich sehr klug und strate-

gisch mit anderen Partnern vernetzt und gezeigt, dass es auch in Deutschland möglich ist, ohne institutionelle Brücken eine kritische Masse auszuprägen, die die besten Köpfe nach Deutschland zieht.

Wenn wir als DFG im Ausland auftreten und die Exzellenzinitiative als deutsche Wissenschaftsförderung vorstellen, werden wir dort beneidet. Sogar im NIH in den USA wurde darüber sehr positiv diskutiert. Es gelingt uns dabei immer wieder, sehr gute Wissenschaftler mit der Exzellenzinitiative nach Deutschland zu holen. Von den über 4.000 Stellen, die es im Rahmen der bisherigen Exzellenzinitiative gegeben hat, ist mehr als ein Drittel international besetzt worden. Ich glaube, dass wir auf einem guten Weg sind.

Das neue Programm wird die Förderung von 45 bis 50 Exzellenzclustern vorsehen. Das ist nach den 37 Clustern in der ersten und den 43 Clustern in der zweiten Runde noch einmal ein signifikanter Aufwuchs und eine Chance, noch weiteren Forschungsthemen eine solche kritische Masse zu geben.

Die Verlängerung der Förderdauer von fünf Jahren auf zwei mal sieben Jahre gibt, so glaube ich, einen guten Zeithorizont für solche übergreifenden und interdisziplinären Themen. Diese Dauer garantiert auf der einen Seite, dass sich die Forschung entwickeln kann und man die nötigen Strukturen etabliert. Trotzdem bleibt auf der anderen Seite die Dynamik im Wissenschaftssystem erhalten, denn Forschungsthemen haben eine Zukunft und irgendwann auch ein Ende.

Die Frage des Verhältnisses von projektorientierter Förderung und institutionalisierter Förderung ist sehr wichtig. In der ersten Förderphase hatte man auf die projektorientierte Förderung, d.h. die Dynamik der Wissenschaft gesetzt. Die Flexibilisierung der Fördervolumina mit 3 bis 10 Mio. Euro jährlich je Exzellenzcluster schließt in der Größenordnung in etwa an die SFB an. Dieses Förderkontinuum tut der Wissenschaft gut und bietet den kleineren Universitäten oder Wissenschaftsfeldern eine Chance, sich erfolgreich zu beteiligen. Es kommt also nicht darauf an, künstlich teure Projekte an der oberen Finanzgrenze zu beantragen. Wir sind als DFG von Bund und Ländern aufgefordert worden, darauf hinzuwirken, dass der Rahmen auch mit Projekten an der unteren Grenze des Fördervolumens themenspezifisch ausgelastet wird.

Eine weitere wichtige Weiterentwicklung ist die Programmpauschale. Sie wurde ja überhaupt erst mit der Exzellenzinitiative ins Leben gerufen. Sie wird in der neuen Förderperiode 22 % betragen und um eine „Universitätspauschale“ je Exzellenzcluster als Zuschlag zur Stärkung der Governance und Strategie der Universität ergänzt. Diese Universitätspauschale soll als Festbetrag von 1 Mio. Euro ausgezahlt werden. Damit soll vermieden werden, dass das ganze Cluster künstlich noch teurer gerechnet wird. Weiter soll über diesen Betrag das Cluster so in der Universität verankert werden, dass es sich vernünftig in die universitäre Governance einfügt und keinen Fremdkörper

bildet. Wir haben in der Vergangenheit auch dem einen oder anderen Standort feststellen müssen, dass es Cluster gab, die mit einem großen Thema die Universität fast zerrissen hätten. Auch jene Forschungsthemen, die nicht in ein Cluster integriert sind, haben ihre Berechtigung und brauchen universitäre Unterstützung. Man muss versuchen, vernünftige Strukturen zu entwickeln, die die Integration dieser ganz besonderen Leistung im Sinne einer Modellbildung oder eines Vorbildes des Clusters möglich machen.

Für die neue Initiative sind 533 Mio. Euro vorgesehen, von denen der Bund 75 % und die Länder 25 % tragen werden. Es ist gelungen, für die Linie der Exzellenzcluster insgesamt rund 385 Mio. Euro pro Jahr zu reservieren. Das sind 72 % des Gesamtvolumens, und ich werte das als einen großen Erfolg. Damit ist klar, dass Forschung und nicht nur die Strategie einer Institution oder nur die Zukunftskonzepte im Mittelpunkt stehen.

Es gibt allerdings noch einen Unterschied in der Interpretation: Zum ersten Mal ist es gelungen, ein gemeinsames Verständnis dafür zu entwickeln, dass diese Art von Wissenschaftsförderung auf Dauer angelegt werden soll – nicht das einzelne Projekt, aber das Programm als solches. Es ist der Startschuss für eine Wissenschaftsentwicklung, die über viele Legislaturperioden zwischen Bund und Ländern trägt. Das hat es vorher noch nie gegeben, denn bisher waren die Förderprogramme der Politik immer an Legislaturperioden gebunden gewesen. Jetzt hat man noch einmal den Vorrang von Wissenschaft und Forschung betont und damit ausgesagt, dass wir uns so aufstellen, dass der Wettbewerb die Exzellenz in der Wissenschaft befördern soll.

II. Förderlinie Exzellenzuniversität

Die zweite Förderlinie der neuen Bund-Länder-Initiative sind die Exzellenzuniversitäten. Diese Förderlinie knüpft an die bisherige dritte Förderlinie (Zukunftskonzepte) an und soll der dauerhaften Stärkung einer Universität oder eines Universitätsverbundes als Institution dienen. Zugleich wollte der Bund mit dieser Förderlinie auch die neuen Möglichkeiten des Artikels 91b GG ausnutzen. Hier wird es anders als bisher die Möglichkeit geben, als ein Verbund mehrerer Universitäten einen Antrag abzugeben. Das wird für einige Regionen sicherlich eine interessante Komponente sein, denn sie kann geschickt mit bereits vorhandenen Kooperationen ausgefüllt werden.

Die Fördervoraussetzung bei der Antragstellung ist die erfolgreiche Einwerbung von mindestens zwei Exzellenzclustern bei der Beantragung durch eine einzelne Universität, bei Universitätsverbünden dagegen die erfolgreiche Einwerbung von mindestens drei Exzellenzclustern. Auch hierin liegt ein Unterschied zur bisherigen Förderung, denn es wird getrennte Verfahren für die Förderlinie Exzellenzcluster und die Förderlinie Exzellenzuniversität geben. Die Eintrittsvoraussetzung muss gegeben sein, bevor man sich in dieser zweiten Förderlinie bewerben kann.

Anders als bei den Exzellenzclustern ist die Förderdauer der Exzellenzuniversitäten unbefristet, wobei eine unabhängige, externe Evaluation alle sieben Jahre stattfinden soll. Der Artikel 91b GG wird hier finanziell in einem eher begrenzten Rahmen ausgeschöpft werden, dennoch wird die Förderung der vorgesehenen acht bis elf Exzellenzuniversitäten ein Fördervolumen von 10 bis 15 Mio. Euro jährlich (bzw. 15 bis 28 Mio. Euro bei Universitätsverbünden) umfassen. Es wird, anders als bei den Exzellenzclustern, keine Programmpauschale gezahlt. Durch die siebenjährige Evaluationsphase ist auch hier ein Wechsel zwischen den geförderten Standorten möglich, es wird in dieser Dynamik „Einsteiger" und „Aussteiger" geben. Es sind insgesamt rund 148 Mio. Euro pro Jahr für diese Förderlinie vorgesehen.

III. Gremienstruktur

Die Gremienstruktur wird sich wie bisher auf zwei Entscheidungsgremien fokussieren, die durch den Wissenschaftsrat und die DFG organisatorisch unterstützt werden. Sie sollen Expertengremium und Exzellenzkommission heißen (Abbildung 1). Die Exzellenzkommission besteht aus dem Expertengremium und den für Wissenschaft zuständigen Ministerinnen und Ministern des Bundes und der Länder. Die Besetzung des Expertengremiums mit 39 international ausgewiesenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern entspricht der normalen Besetzung der DFG-Gremien. Man hat sich an den Größenordnungen von Finanz- und Hauptausschuss orientiert, die sich bewährt haben.

Abb. 1: Zusammensetzung der Exzellenzkommission der neuen Bund-Länder-Initiative.

Die Auswahl der 39 Personen des Expertengremiums erfolgt jetzt, und ich darf anmerken, dass das keine einfache Aufgabe ist. Die Mehrzahl der Experten wird aus dem Ausland kommen. Es wird eine zu lösende Aufgabe sein, diesen Kolleginnen und Kollegen einen Einblick in das deutsche Wissenschaftssystem zu geben, denn sie sollen nicht nur die Qualität der Forschung im Cluster, sondern auch die Einbettung der Cluster in das deutsche Wissenschaftssystem bewerten. Stichworte sind dabei die forschungsorientierte Lehre, die Nachwuchsförderung, das Hochschulmanagement oder

der Wissenstransfer. Für die medizinischen Wissenschaften sind Kenntnisse in den vorklinischen und klinischen Disziplinen vonnöten. In der bisherigen Exzellenzinitiative gab es sechs lebenswissenschaftliche Panels, wobei jedes Panel mit durchschnittlich zehn Personen besetzt war – das mag die Dimensionen verdeutlichen, um die es bei der Auswahl geht. Wir rechnen mit dem Einreichen von 200 bis 400 Skizzen, davon werden wahrscheinlich etwa 40 % aus dem Bereich der Lebenswissenschaften kommen.

Der Wissenschaftsrat unterbreitet gemeinsam mit der DFG einen Vorschlag, den die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz dann juristisch formal bestätigt und die Experten deklaratorisch ernennt. Es wird aber keinen politischen Einfluss auf die Auswahl geben. Die eigentlichen Träger des Verfahrens sind somit in der Forschung auf verschiedenen Gebieten mit Erfahrungen im Hochschulmanagement, in der Lehre oder in der Wirtschaft breit und international ausgewiesene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, obgleich es sich nicht um ein DFG-Verfahren im eigentlichen Sinne handelt und auch nicht handeln kann. Wir haben hier teilweise eine institutionelle Förderung, die gemäß Satzung keine Aufgabe der DFG ist.

Das Expertengremium wird die Festlegung der Förderbedingungen zu definieren haben. Dabei geht es um die Bewertung der Skizzen und Anträge auf der Basis der fachwissenschaftlichen Begutachtungen. Dabei gibt es ein zweistufiges Verfahren: zuerst die Entscheidung über die zur Antragstellung zuzulassenden Skizzen, dann die Entscheidung über die eingereichten Anträge. Schließlich entscheidet die Exzellenzkommission auf Basis der Empfehlungen des Expertengremiums über die Förderung von Exzellenzclustern und Exzellenzuniversitäten. Weitere Aufgaben sind die regelmäßige Berichterstattung an die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz und die Bewertung der Ergebnisse der Evaluation der Exzellenzuniversitäten alle sieben Jahre.

Gerade weil die neue Bund-Länder-Initiative kein normales DFG-Verfahren ist, wird das weitere Vorgehen sich seitens der DFG so gestalten, dass Senat und Hauptausschuss in der Mitgliederversammlung der DFG das Procedere Anfang Juni 2016 beschließen lassen. Auch der Wissenschaftsrat wird einen entsprechenden Beschluss fassen, damit ein satzungsgerechtes Verfahren gesichert ist. Erst danach kann das Expertengremium formal berufen werden.

Die Grundzüge des Begutachtungs- und Entscheidungsverfahrens sehen die konsekutive Begutachtung von Exzellenzclustern und Exzellenzuniversitäten vor. Wie bereits erwähnt, wird es ein zweistufiges Verfahren für die neuen Exzellenzcluster (Skizzen und Vollanträge) geben. Die Begutachtung der Skizzen erfolgt wie bisher in einem schriftlichen Verfahren in fachlichen Panels mit internationalen Gutachterinnen und Gutachtern auf der Basis englischsprachiger Skizzen. Es schließt sich dann die vergleichende Bewertung der Begutachtungsergebnisse im Expertengremium an. Nach dieser Entscheidung und Zulassung zur Antragstellung werden Vollanträge zu stellen sein,

die dann, wie auch bisher üblich, bei ihrer Vorstellung mit den Gutachtern diskutiert werden können.

Neu ist, dass es nur ein einstufiges Antragsverfahren für die Exzellenzuniversitäten geben wird. Die Standorte, an denen zwei oder drei Exzellenzcluster gefördert werden, reichen Vollanträge ein, die unter Federführung des Wissenschaftsrates begutachtet werden und dann vergleichend von der Exzellenzkommission ausgewählt werden. Interessant wird es für die Bewerber sein, die sich in einem Verbund aufstellen, wie die Synergieeffekte eingeschätzt werden.

Reicht es aus, nur einen Vertrag zu schließen oder braucht man mehr? Das Expertengremium wird sich mit dieser Frage beschäftigen. Es gibt aber schon jetzt Hinweise, wie man auftreten muss, um als Verbund überhaupt antragsberechtigt zu sein. Ich zitiere aus den bisherigen Richtlinien: „(…) die als gemeinsame Antragsteller auftreten, um in einer kooperativen Struktur exzellente Forschung voranzubringen. Die sichtbare und bisher schon gelebte, übergreifende Zusammenarbeit, Synergien sowie wissenschaftlicher und struktureller Mehrwert müssen für jede an der Antragstellung beteiligte Universität deutlich erkennbar sein. Die institutionellen Nachweise für strategische Zusammenarbeit müssen in einem verbindlichen, expliziten Regelwerk festgelegt sein.“ Das ist der Rahmen für die Beurteilung von Verbundanträgen.

Lassen Sie mich in diesem Kontext anmerken, dass 533 Mio. Euro viel Geld für einen international sichtbaren Impuls sind. Und: Die 2,5 Mrd. Euro, die die DFG auch sonst noch in jedem Jahr in die beste Wissenschaft steckt, sind auch kein kleiner Betrag.

IV. Zeitrahmen

Abschließend will ich Ihnen die Eckpunkte des Zeitplans kurz vorstellen. Der erste und entscheidende Ecktermin ist der 16. Juni 2016. Dann muss die Entscheidung der Ministerpräsidenten und der Bundeskanzlerin fallen, und alle Länder-Ministerpräsidentinnen und -Ministerpräsidenten müssen zustimmen. Ich hoffe sehr, dass diese Entscheidung dann auch positiv ausfallen wird und keine politischen Spiele unser gut abgestimmtes Programm gefährden werden.

Danach wird Anfang Juli 2016 die Beratung in den Gremien von DFG und Wissenschaftsrat stattfinden, um die Zustimmung zur Durchführung zu erhalten und die Auswahl der Mitglieder des Expertengremiums vorzunehmen. Im Juli 2016 ist dann die Berufung der Gremienmitglieder durch die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz vorgesehen. Im Sommer/Herbst 2016 sollen die Konstitution des Expertengremiums und anschließend die Ausschreibung der Förderlinie Exzellenzcluster erfolgen.

In der vorliegenden Verwaltungsvereinbarung sind zwei Eckpunkte definiert. Der erste ist im April 2017 mit dem Termin für die Einreichung der Skizzen für die Exzellenzcluster. Damit haben die Universitäten ausreichend Zeit, ihre Anträge vorzubereiten.

Es ist wichtig, dass die Entscheidung über die Exzellenzcluster im Herbst 2018 stattfinden kann, damit die Förderentscheidungen vorliegen und der Förderbeginn wie geplant ab dem Januar 2019 liegen kann, denn ab Herbst 2018 soll die Antragstellung und die Begutachtung zu Exzellenzuniversitäten beginnen. Bewilligte Exzellenzcluster waren die Vorbedingung für die Antragstellung für Exzellenzuniversitäten, deren Förderbeginn dann für den November 2019 vorgesehen ist.

Die Übergangsfinanzierung ist ein wichtiger Aspekt, auf den ich noch hinweisen möchte. Die Verwaltungsvereinbarung beschreibt, dass die Übergangsfinanzierung ab dem 1. November 2017 läuft und auf 24 Monate begrenzt ist. In dieser Übergangsfinanzierung ist auch die Auslauffinanzierung für die Graduiertenschulen und für jene Exzellenzcluster, die mit Beginn der neuen Förderperiode enden sollen, mit enthalten. Diese Regelung knüpft nicht ganz an das an, was mit den ersten Regelungen seinerzeit beschlossen wurde, denn die DFG hatte mit den Ländern stets die Frage der nachhaltigen Unterstützung der Exzellenzcluster diskutiert. Wir gehen aber davon aus, dass die Länder auch in diesen knappen wirtschaftlichen Zeiten nicht diejenigen Wissenschaftshäuser, die noch Chancen im Wettbewerb hätten, jedoch nicht im Rahmen der neuen Bund-Länder-Initiative, ohne eine Unterstützung lassen werden. Der Wettbewerb wird sich dann aber auf einer anderen Ebene abspielen und könnte sich in den Bundesländern mit vielen leistungsstarken Standorten oder Clustern auch lohnen.

Wie Sie sehen, bleibt die ganze Angelegenheit recht spannend, zumal wir auch noch die Bundestagswahl inmitten der Entscheidungsphase haben werden. Wir haben im Rahmen von Wissenschaft und Forschung viel zu tun und sind in der DFG sehr froh, dass es gelungen ist, ein wissenschaftsgeleitetes Verfahren in der Bund-Länder-Initiative umzusetzen. Wir sind zuversichtlich, dass es gelingen wird, alle Bundesländer davon zu überzeugen, dass sich Investitionen in die Wissenschaft, d.h. in die Zukunft lohnen werden.

Vielen Dank!

Stärkung exzellenter Forschung aus Landesperspektive

Dr. Johannes Eberle
Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst, München

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Zum Ende dieses Themenblocks darf ich Ihnen nun noch die Landesperspektive zur Exzellenzinitiative nahebringen. Ich bitte dabei eingangs zum einen um Verständnis, dass die Landesperspektive nicht zuvorderst den gesamtstaatlichen Anspruch haben muss, sondern Verantwortung für ihre Klientel trägt, zum anderen ist diese Perspektive nicht medizinzentriert, so dass ich, entsprechend der Bezeichnung der Abteilung, der ich im Ministerium vorstehe „Forschung und Planung" abstrakt über die Thematik sprechen werde.

Zunächst einige wenige Bemerkungen zur Imboden-Kommission: Ende Januar 2016 gab es eine Pressekonferenz zur Präsentation der „Imboden-Empfehlungen", die Herr Imboden mit seiner Kommission auftragsgemäß geliefert hat. Damit der Zeitplan zur Ministerpräsidentenkonferenz eingehalten werden konnte, waren die Arbeitsstäbe von Bund und Ländern und letztlich die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK) angehalten, innerhalb von drei Monaten, d.h. bis 22. April 2016 eine Verwaltungsvereinbarung zu erarbeiten. Die Imboden-Kommission hatte ein 40-seitiges Papier abgefasst, welches von den Vertretern von Bund und Ländern intensiv beraten und mit Herrn Imboden diskutiert wurde. Nach einer Pressekonferenz der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz am 22. April 2016 zitierte dann das Magazin „Der Spiegel" in seiner Ausgabe 18/2016 Herrn Imboden mit „… das ist Unsinn!" Dieses Zitat ist inhaltlich natürlich aus dem Zusammenhang gerissen, denn tatsächlich sagte Herr Imboden, dass es Unsinn sei, alle fünf Jahre eine Universitätsstrategie neu zu entwickeln und dazu Heerscharen von Stäben einzusetzen. Er hat damit Recht, und es wird auch nicht dazu kommen.

Herr Imboden ist aber nicht ganz zufrieden mit dem, was aus seinen Empfehlungen wurde. Dennoch hat die Arbeit seiner Kommission ihre Auswirkungen auf die neue Initiative. Ich will hier anmerken, dass die sogenannte Universitätspauschale eine Neuerung ist, die es ohne Herrn Imboden nicht gegeben hätte. Eine zweite Forderung seiner Kommission war die Entschleunigung des Verfahrens. Wir haben nun eine solche

Entschleunigung durch die 24-monatige Übergangsfinanzierung erreichen können. Auch die Laufzeiten über sieben Jahre bzw. die unbefristet geplante Finanzierung der Exzellenzuniversitäten werden zur Entschleunigung beitragen. Insofern wurde hier ein erheblicher Impact durch die Imboden-Kommission beigetragen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die standardisierte Berücksichtigung der „past merits". Neu wird sein, dass ein Kriterienkatalog genau festlegen wird, was an bisherigen Leistungen angeschaut werden soll. Dies wird aber nicht, wie durch die Imboden-Kommission vorgeschlagen, ein Automatismus sein, der aus den bisherigen Leistungen sofort einen Status ableitet.

Ich will hier aber auch nicht verschweigen, dass es nicht nur Zustimmung zur neuen Initiative gibt. So haben bereits über 1.000 Wissenschaftler eine Online-Petition gegen die Initiative unterschrieben, es gibt laufend kritische „Beiträge aus der Soziologie" und wöchentliche Veröffentlichungen gegen die Initiative. Die Bayerische Staatsregierung hat hier ganz klar die Position: Eine Weiterentwicklung der Exzellenzinitiative und gezielte Förderung der universitären Spitzenforschung ist konsequent und sinnvoll.

Warum habe ich nun heute das Thema „Stärkung exzellenter Forschung aus Landesperspektive" gewählt? Ich will Ihnen damit zeigen, dass die Exzellenzinitiative nicht alles ist und zum Erreichen von Erfolgen in diesem Wettbewerb erhebliche und nachhaltige Vorlaufmaßnahmen in der Forschungsförderung notwendig sind. Das sind auch die Themen, die ich seit 12 Jahren im Ministerium bearbeiten darf. Ich möchte Ihnen zeigen, was wir im Tagesgeschäft im Wissenschaftsministerium zu organisieren haben, damit in der Exzellenzinitiative vorzeigbare Ergebnisse entstehen können.

Das Thema setzt sich aus mehreren Schlüsselbegriffen zusammen, die ich kurz beleuchte. Zunächst: Was ist eigentlich „Exzellenz" in der Forschung? Für uns in Deutschland ist es die höchste Leistungsstufe, für das NIH in den USA dagegen nur der dritte Rang der höchsten Ranggruppe (Abbildung 1).

Overall Impact or Criterion Strength	Score	Descriptor
High	1	Exceptional
	2	Outstanding
	3	Excellent
Medium	4	Very Good
	5	Good
	6	Satisfactory
Low	7	Fair
	8	Marginal
	9	Poor

Abb. 1: Bewertungsstufen wissenschaftlicher Leistungen durch das NIH, Quelle: NIH grant application scoring system.

Wie ist Forschung eigentlich definiert? Hier helfen das Frascati Manual der OECD, das Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 35, 79 (11 ff.)) oder der Gemeinschaftsrahmen der EU-Kommission für staatliche Beihilfen (Abl. C 323 v. 30.12.2006) weiter. Dann: Wie misst man exzellente Forschung? Auch das ist ein weites und nicht unumstrittenes Feld. Es geht dabei um die Parametrisierung von Drittmitteln, Zitationen, Patenten, Ehrenauszeichnungen bzw. dem Erkenntnisfortschritt als solchem.

Schließlich könnte ich auch auf das Schlüsselwort der „Länderperspektive" besonders eingehen. Dass dieser Teilaspekt in der zugedachten Redezeit nicht leistbar ist, sollen Ihnen die Verflechtungen der Finanzbeziehungen von Bund und Ländern in Abbildung 2 andeuten.

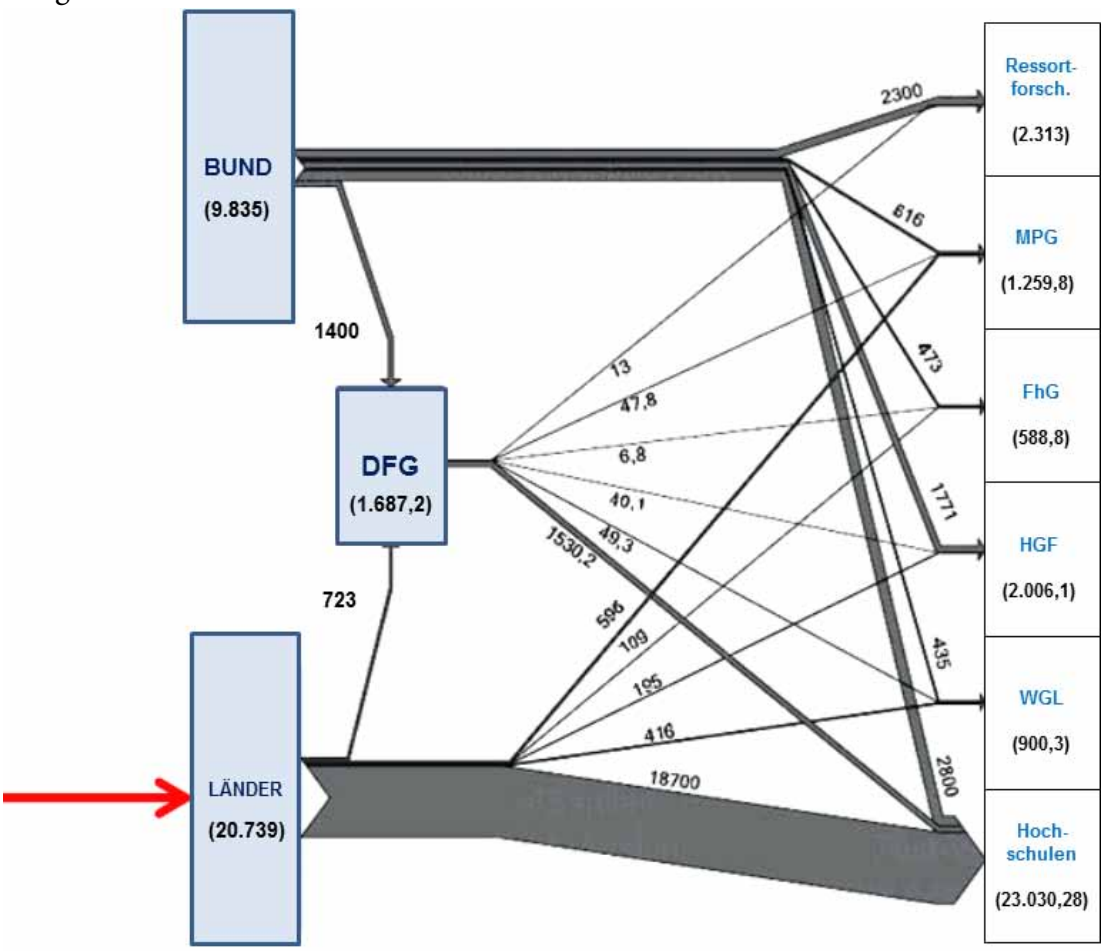


Abb. 2: Länderperspektive zu den Finanzströmen für Wissenschaft und Forschung; Zahlen in Mio. Euro; Quelle: Wissenschaftsrat, AG Perspektiven der deutschen Wissenschaft, stand Januar 2013.

Die Abbildung zeigt die Komplexität und das Verwobensein unseres Wissenschaftsfördersystems. Sie zeigt aber auch, dass ein deutlich größerer Anteil dieser Finanzen durch die Länder eingebracht wird.

Bleibt schließlich der Themenaspekt des Stärkens. Genau hierauf möchte ich mich im Folgenden konzentrieren und Ihnen nun acht Elemente eines Instrumentenkastens vorstellen, mit denen wir als Länderministerium die Forschung voranbringen wollen.

I. Grund und Boden

Der Staat kauft Grund und Boden (Abbildung 3). Das ist etwas, was wir in der heutigen Zeit nicht unbedingt erwarten würden.

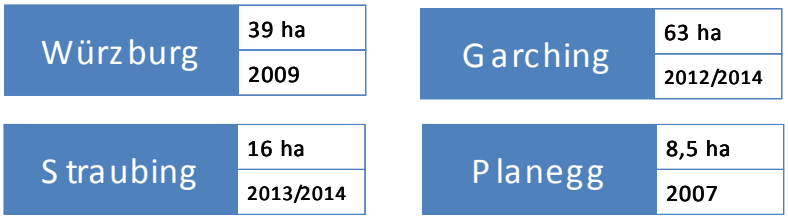


Abb. 3: Beispiele für Grundstückskäufe für die Forschung im Freistaat Bayern

Wir haben z.B. für den Standort Würzburg Grundstücke im Wert von etwa 18 Mio. Euro gekauft. Dann muss aber auch gebaut werden, und mittlerweile wurden auf dem Campus Hubland Nord etwa 100 Mio. Euro verbaut. Erhebliche Grundstückskäufe wurden auch für den nördlichen Standort der TU München in Garching getätigt, was zu dem nicht ganz ernst gemeinten Vorschlag des vormaligen Münchner Oberbürgermeisters führte, die TU München doch in TU Garching umzubenennen.

II. Bauten und Infrastruktur

Der Staat kauft nicht nur, er baut und richtet Infrastrukturen ein. Eine Übersicht über die Ausgaben für Forschungsbauten, Forschungsgroßgeräte und große Baumaßnahmen in den Jahren 2007 bis 2015 im Freistaat Bayern soll das verdeutlichen (Abbildung 4).

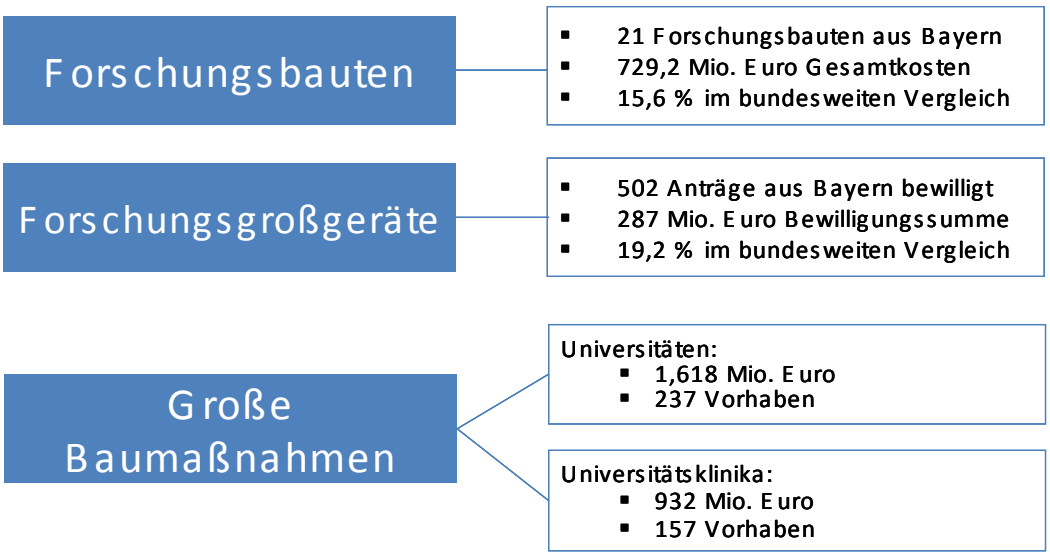


Abb. 4: Übersicht über die Anzahl und Finanzmengen für Bauten und Infrastruktur für die Forschung zwischen 2007 und 2015.

Zu den großen Baumaßnahmen für die Medizin zählt der Neubau der Inneren Medizin in Würzburg für etwa 173 Mio. Euro. Der aufsummierte Betrag von 2,5 Mrd. Euro über zehn Jahre erscheint sehr groß, wir hätten aber rund 4 Mrd. Euro gebraucht, um alle Vorhaben zu finanzieren und den Sanierungsstau abzubauen. Wenn die Entflechtungsmittel des Bundes im Bereich Hochschulbau ab 2019 entfallen (sollten), steht nicht nur Bayern im Hochschulbau vor erheblichen zusätzlichen Herausforderungen.

Neben dem Neubau schaffen wir Infrastrukturen auch durch die Anmietung von Räumlichkeiten und Flächen. Allein dafür sehen wir pro Jahr Ausgaben in Höhe von etwa 22 Mio. Euro.

III. Ansiedlung von außeruniversitärer Forschung

Das Land ist bestrebt, Einrichtungen der außeruniversitären Forschung anzusiedeln. Im letzten Jahrzehnt waren das, um nur einige Beispiele zu nennen, das MPI „Physik des Lichts“ 2009 in Erlangen, das HIERN (Helmholtz-Institut für Erneuerbare Energien) 2013 in Erlangen-Nürnberg, die Max-Planck-Forschergruppe für Systemimmunologie 2013in Würzburg, das LIfBi (Leibniz-Institut für Bildungsforschung) 2015 in Bamberg und als jüngste Einrichtung das IOS (Institut für Ost- und Südosteuropaforschung) in Regensburg, für das der GWK-Ausschuss vor gerade einmal 48 Stunden die Aufnahme in die Leibniz-Gemeinschaft (WGL) einstimmig empfohlen hat. Weiterhin gibt es eine Helmholtz-Initiative im Bereich Infektion, die der nächste Partnerkandidat für Würzburg wäre. Dort steht in der kommenden Woche die Evaluation an. Weitere Standorte für die Ansiedlung außeruniversitärer Forschungsstandorte sind in der Planung.

IV. Grundfinanzierung und Planungssicherheit

Im Freistaat Bayern konnte die Grundfinanzierung in den vergangenen 20 Jahren um etwa 88 % gesteigert werden (Abbildung 5).

Wir geben pro Jahr etwa 3,2 Mrd. Euro für unsere Hochschulen aus. Davon gehen 2,1 Mrd. Euro in die Grundfinanzierung, und 800 Mio. Euro sind Drittmittel. Der geradezu explosive Drittmittelanstieg wird in Abbildung 6 gezeigt.

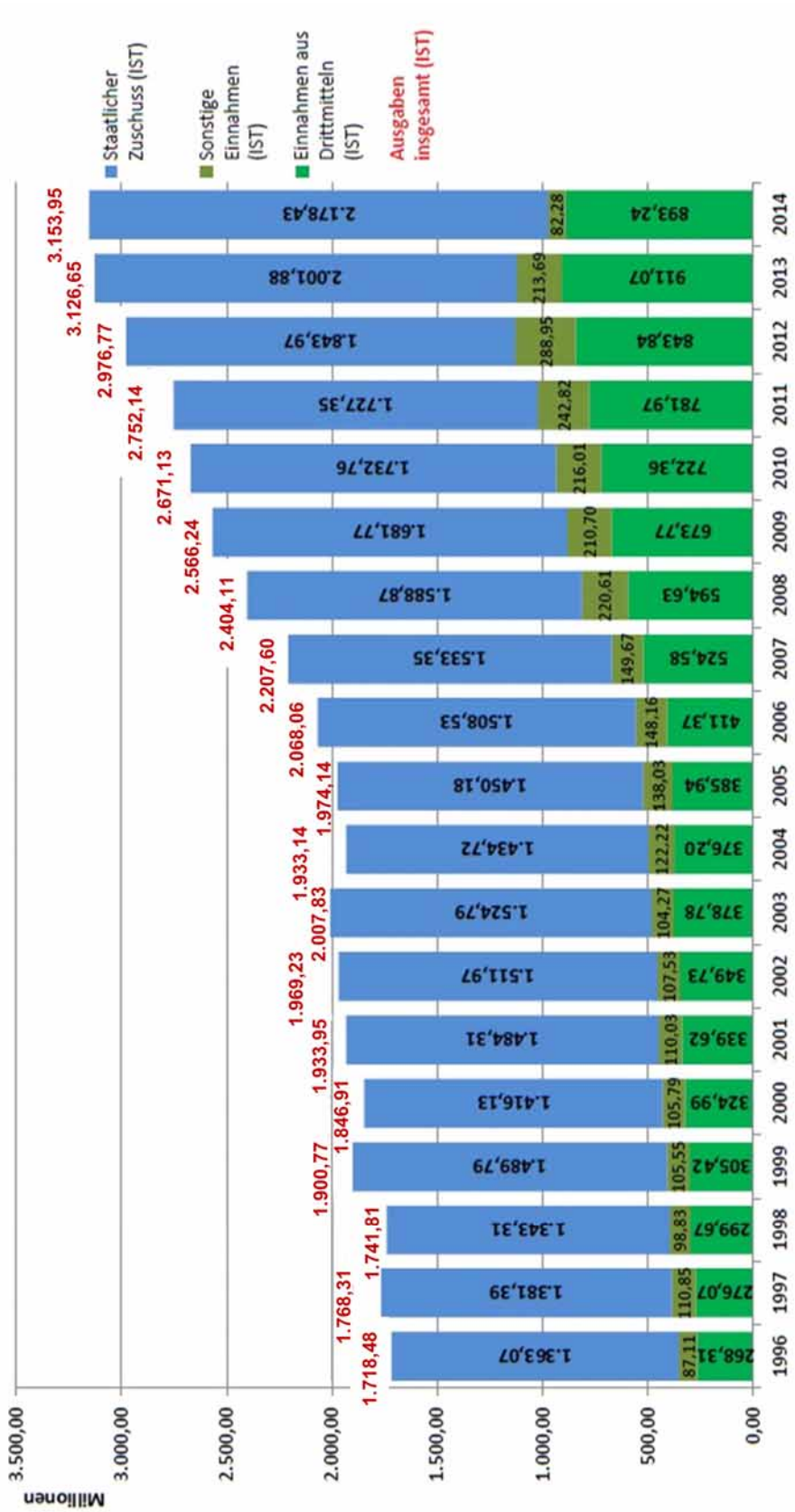


Abb. 5: Entwicklung der Grundfinanzierung in Bayern zwischen 1996 und 2014 (Zahlen in Mio. Euro).

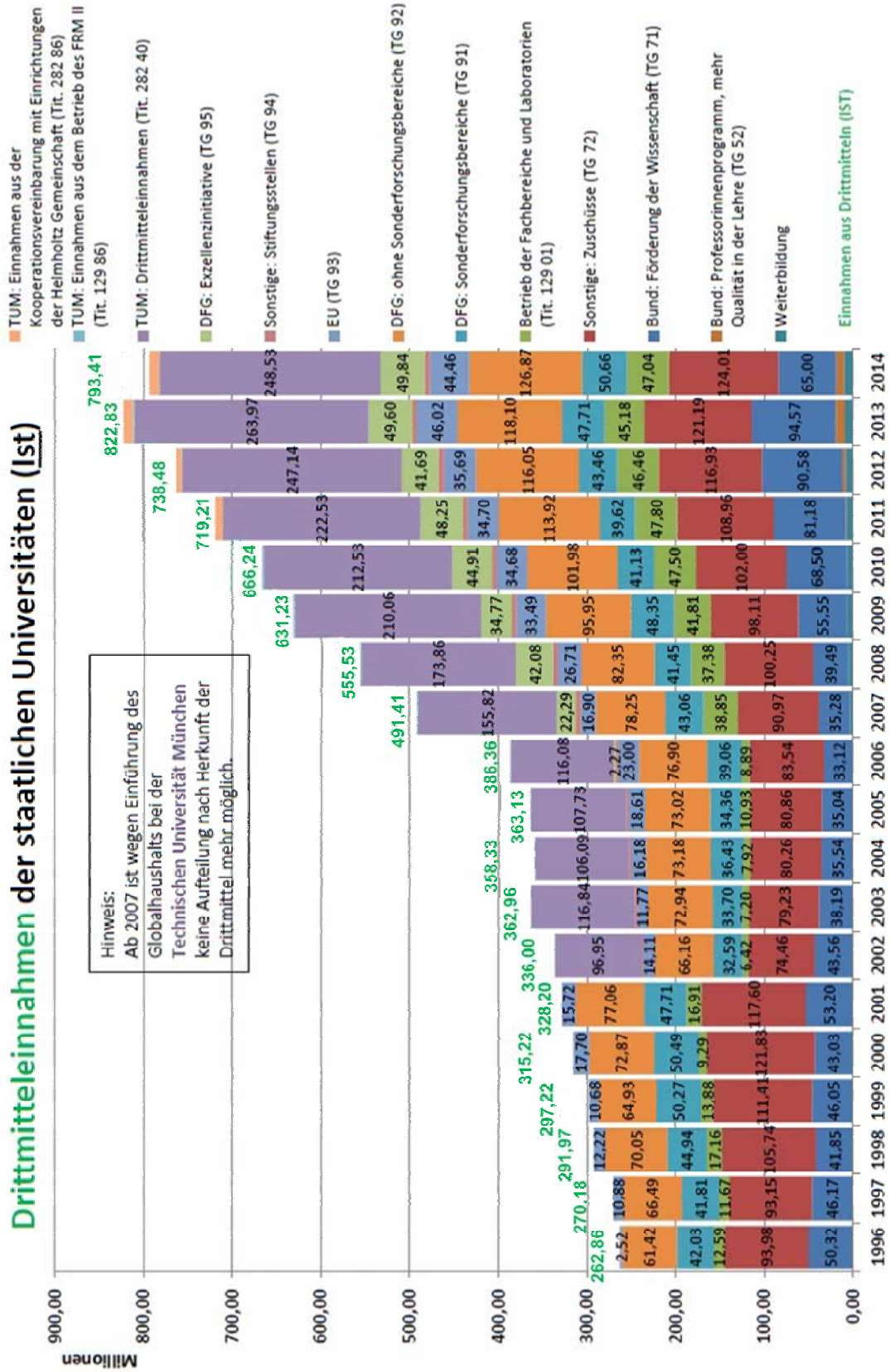


Abb. 6: Drittmitteleinnahmen der staatlichen Hochschulen in Bayern zwischen 1996 und 2014 (Zahlen in Mio. Euro).

Würde man in ein solches Diagramm die Ausstattung der Hochschulklinika mit einzeichnen, so würde man dagegen im selben Zeitraum gar keinen Zuwachs sehen. Die Kosten-Zuschuss-Schere, in der sowohl die Inflation als auch die Kostensteigerungen durch Lohn- und Gehaltserhöhungen nicht abgebildet sind, ist ein wirkliches Problem im Bereich der Klinika. Die Grundfinanzierung für die Stammkapitel der Hochschulen konnten auch dadurch gesteigert werden, indem wir die finanziellen Spielräume durch die vollständige Übernahme des Bundes der BAföG-Förderung tatsächlich in die Hochschulen geleitet und sie nicht, wie andere Bundesländer, für andere Zwecke eingesetzt haben. Davon profitierten auch die Klinika. Wir können insgesamt bei der Grundfinanzierung eine gewisse Verbesserung sehen, sind aber noch nicht dort angekommen, wo wir eigentlich hinwollten.

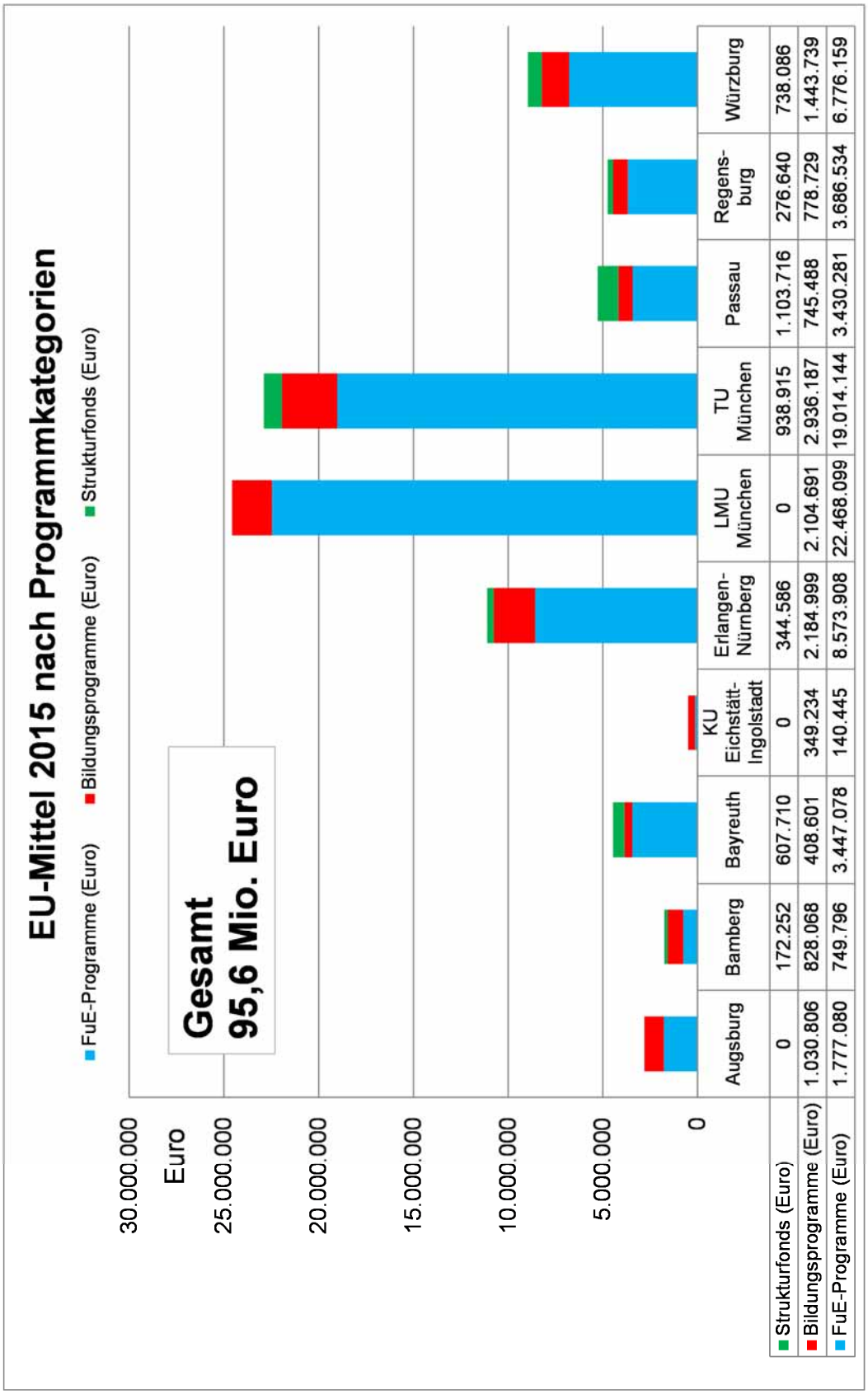
Wir wollen Planungssicherheit erreichen. Die Hochschulen in Bayern schätzen das sehr, denn seit knapp 15 Jahren gewähren wir eine auf jeweils fünf Jahre abgeschlossene Planungssicherheit. Diese besagt, dass die Haushaltsansätze nicht unter das Budgetniveau des Abschlussjahres zurückgehen und die Hochschulen an den tariflichen und sonstigen Kostenveränderungen im Personalbereich teilnehmen. Wir sind bestrebt und arbeiten intensiv daran, in das Innovationsbündnis, welches die Planungssicherheit als gemeinsamen Beschluss des Bayerischen Ministerpräsidenten, des Bayerischen Wissenschaftsministers und des Bayerischen Finanzministers festschreibt, auch die Universitätsmedizin als gesondert aufgeführten Posten mit aufnehmen zu lassen, denn damit wären eine Menge Probleme gelöst. Solche Abschlüsse sind nicht trivial, aber wir bemühen uns um eine adäquate Lösung.

V. Gezielte Landesprogramme

Auch mit gezielten Landesprogrammen stärken wir Forschung: Ich will nur einige wenige Beispiele aufzählen, wie die Forschungsnetzwerke (z.B. BioSysNet) und Forschungsverbünde, für die wir ca. 3 Mio. Euro pro Jahr ausgeben. Für Maßnahmen im Rahmen der Energiewende (11 Maßnahmen 2012 bis 2016) gibt der Freistaat 148 Mio. Euro aus. Das Bayerische Klimaforschungsnetzwerk (BayKliF) wird mit 18 Mio. Euro unterstützt, das Elitenetzwerk Bayern mit 22 Mio. Euro pro Jahr. Das Programm Strategie Bayern Digital (ZD.B) ist ein Gemeinschaftswerk mit dem Wirtschaftsministerium. Wir geben in fünf Jahren in unserem Ressort 58 Mio. Euro aus. Darin stecken 20 neu ausgestattete Professuren, davon sind vier im Bereich „Digitalisierung in der Medizin“ angesiedelt. Ich empfinde es als Verwaltungsbeamter als ein Privileg, aufgrund der Haushaltssituation in Bayern gestaltend für den Wissenschafts- und Forschungsstandort tätig sein zu dürfen und nicht „Mangelverwaltung“ organisieren zu müssen.

VI. Europa und Internationalisierung

Natürlich enden unsere Überlegungen zur Forschungsförderung nicht an der Grenze des Freistaates. Vielmehr sind wir bestrebt, europäische Fördermittel einzuwerben und uns an internationalen Projekten zu beteiligen (Abbildung 7).



	Augsburg	Bamberg	Bayreuth	KU Eichstätt-Ingolstadt	Erlangen-Nürnberg	LMU München	TU München	Passau	Regens-burg	Würzburg
Strukturfonds (Euro)	0	172.252	607.710	0	344.586	0	938.915	1.103.716	276.640	738.086
Bildungsprogramme (Euro)	1.030.806	828.068	408.601	349.234	2.184.999	2.104.691	2.936.187	745.488	778.729	1.443.739
FuE-Programme (Euro)	1.777.080	749.796	3.447.078	140.445	8.573.908	22.468.099	19.014.144	3.430.281	3.686.534	6.776.159

Abb. 7: Verteilung der EU-Mittel nach Programmkategorien auf die Universitäten im Freistaat Bayern im Jahr 2015.

Der Freistaat Bayern setzt für die Bayerische Forschungs- und Informationsagentur (BayFIA) pro Jahr 4,6 Mio. Euro ein, um mit dieser Dienstleistungsagentur die Beteiligungsquote und die Erfolge bei internationalen Ausschreibungen der bayerischen Hochschulen zu verbessern (Einwerbungssumme gesamt 95,6 Mio. Euro). Unsere Top-Forscher waren z.B. aus EU-Mitteln 2015 mit 10 Advanced Grants, 5 Consolidator Grants und 11 Starting Grants erfolgreich. Die Verteilung der EU-Mittel auf die verschiedenen Universitäten ist in Abbildung 7 dargestellt.

Für die Internationalisierung gilt ebenso, dass wir mit verhältnismäßig wenigen Mitteln (etwa 10 Mio. Euro pro Jahr) u.a. sechs Hochschulzentren betreiben (BayCHINA, BayHOST, BayIND, BayLAT, BFHZ und BaCaTeC) und gezielte Internationalisierungsmaßnahmen an den Hochschulen ermöglichen. Daneben gibt es eine Reihe von Hochschulkooperationen, die nach dem HRK-Verzeichnis weltweit etwa 4.700 Kooperation in über 130 Ländern umfassen. Bayern ist für internationale Studierende attraktiv, so studierten im November 2015 ca. 39.687 (bzw. 10,78 %) Ausländer in Bayern.

VII. Beste Köpfe

Ein interessantes Konstrukt ist das Bayerische Wissenschaftsforum (BayWiss.). Darin versuchen wir, eine institutionelle Organisation kooperativer Promotionen zu ermöglichen. Wir nehmen als erstes Bundesland Geldmittel in die Hand, um damit forschungsaffinen Fachhochschulabsolventen das organisatorische Prozedere einer Promotion gemeinsam mit einer Universität zu erleichtern. Die Übergabe der Personalautonomie an die Universitäten, d.h. Berufungen werden seit 2009 durch die Hochschulleitungen vorgenommen, war ein Erfolg. Berufungsverfahren sind schneller geworden, es kann gezielter berufen werden. Weitere Maßnahmen zur Gewinnung der besten Köpfe in Bayern sind das Max Weber Programm und das Bayerische Elitenetzwerk.

VIII. Zusätzliche Köpfe

Die wachsenden Studierendenzahlen (in den letzten zehn Jahren von 250.000 auf 350.000) machten auch die Einrichtung neuer Professuren erforderlich (Abbildung 8).

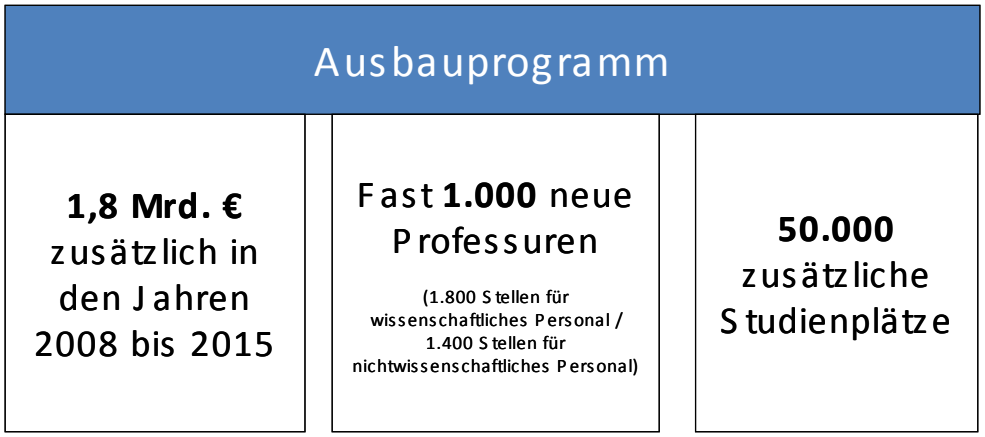


Abb. 8: Umfang des Ausbauprogramms.

Hier konnten Mittel in größerem Umfang eingesetzt werden, was sich allein in der Schaffung von 4.200 neuen Stellen ausdrückte. Davon sind etwa zwei Drittel Dauerstellen, und nur ein Drittel hat einen „kw"-Vermerk. Rechnet man das auf die 26 staatlichen Hochschulen in Bayern um, so sind insgesamt jeweils rund 160 Stellen pro Hochschule neu geschaffen worden. Natürlich wurde mit den neu eingerichteten Professuren auch die entsprechende zusätzliche Forschungskapazität geschaffen.

Aber: Etwas Wasser in den Wein: Es gelingt auch bei uns in Bayern nicht jedes Projekt. Wir hätten gern das DFG-Forschungszentrum Biodiversität (2012) in Würzburg oder München eingerichtet gesehen. Da sich beide Universitätsstandorte aber nicht auf ein gemeinsames Vorgehen einigen konnten, kam der Verbund Leipzig/Jena/Halle-Wittenberg zum Zug. Wir hoffen sehr, dass es uns nicht bei den Anträgen zur Medizininformatik (2016) ähnlich geht, denn hier verteilen sich die bayerischen Universitätsklinika auf drei Antrags-Konsortien. Wir hätten uns ein gemeinsames bayerisches Konsortium gewünscht, von dem wir uns eine größere Durchschlagskraft versprochen hätten, aber die Universitäten entschieden sich anders. Aus fachlicher Sicht betrachtet gar nicht funktioniert haben 2013 die Ressortzuschnitte mit den Kollegen aus dem Bayerischen Wirtschaftsministerium, denn diese aus übergeordneten politischen Gründen eingerichtete Schnittstelle für die Kooperation mit den außeruniversitären Forschungsförderern (Max-Planck-Gesellschaft, Helmholtz-Gemeinschaft, WGL etc.) hat keinen Nutzen gebracht.

Land	**GSC** (davon 5 Jahre)	**EXC** (davon 5 Jahre)	**ZK** (davon 5 Jahre)	**gesamt**
BW	12 (3)	7 (1)	3 (1)	22 (5)
BY	9 (4)	6 (1)	2 (0)	**17** (5)
NW	5 (1)	10 (4)	2 (1)	17 (6)
BE	9 (3)	4 (1)	2 (1)	15 (5)
HE	3 (1)	3 (0)	0	6 (1)
SN	1 (0)	3 (2)	1 (1)	5 (3)
...	...	...	...;	...
Σ	**45** (12)	**43** (12)	**11** (5)	**99** (29)

Abb. 9: Anteil des Freistaates Bayern an der Förderung der gegenwärtigen Exzellenzinitiative mit Graduiertenschulen (GSC), Exzellenzclustern (EXC), Zukunftskonzepten (ZK).

Nun will ich – nach diesem Ritt durch den Instrumentenkasten der Stärkung von Forschung – abschließend einen kurzen Ausblick auf die Exzellenzinitiative vor-nehmen, die dort erfolgreich sein kann, wo eine über Jahre „gestärkte“ Forschungs-landschaft besteht. Die in Abbildung 9 gezeigte Tabelle soll veranschaulichen, wo sich Bayern bei den 99 momentan geförderten Exzellenzinitiative-Projekten in der Länder-Liga einordnet.

Die Ungleichverteilung der Exzellenzpartizipation, die wir im Land haben, zeichnet sich auch im Bund ab. Die in der Tabelle gelisteten sechs Bundesländer vereinen 82 der 99 geförderten Projekte auf sich. Drei Bundesländer haben überhaupt kein Projekt in der gegenwärtigen Exzellenzinitiative. Vertreter dieser Länder werden am 16. Juni 2016 über die neue Exzellenzinitiative mit gleichem Stimmrecht mit abstimmen, und wir brauchen die Einstimmigkeit. Das mag verdeutlichen, vor welchen Problemen wir möglicherweise noch stehen könnten.

Die in Bayern durch die Exzellenzinitiative geförderten Projekte sind in Abbildung 10 zusammengefasst.

	Geschäftszeichen	Universität	Titel	bewilligt (brutto) [€]
1	GSC 1024, neu	Bamberg	Bamberg Graduate School of Social Sciences	6.324.800
2	GSC 0144	Bayreuth	Bayreuth International Graduate School of African Studies	8.854.900
3	GSC 0080	Erlangen-Nürnberg	Erlangen Graduate School in Advanced Optical Technologies	8.854.800
4	EXC 0315	Erlangen-Nürnberg	Engineering of Advanced Materials - Hierarchical Structure Formation for Functional Devices	33.733.000
5	GSC 1039, neu	LMU	Distant Worlds - Munich Graduate School for Ancient Studies	8.855.000
6	GSC 1006, neu	LMU	Graduate School of Quantitative Biosciences Munich (QBM)	8.854.700
7	GSC 0082	LMU	Graduate School of Systemic Neurosciences (GSN)	8.854.300
8	EXC 0004	LMU mit TUM (Anteil Augsburg)	Nanosystems Initiative Munich (NIM)	33.733.000
9	EXC 0114	LMU mit TUM	Munich Center for Integrated Protein Sciences (CiPSM)	33.732.200
10	EXC 0158	LMU mit TUM	Munich Center for Advanced Photonics (MAP)	33.732.700
11	EXC 1010, neu	LMU mit TUM	Munich Cluster Systems Neurology (SyNergY)	33.732.800
12	ZK	LMU	LMUexcellent	62.245.100
13	GSC 0081	TUM	International Graduate School of Sciences and Engineering (IGSSE)	8.855.000
14	EXC 0153	TUM mit LMU	Origin and Structure of the Universe - The Cluster of Excellence for Fundamental Physics	33.732.500
15	ZK	TUM	TUM. The Entrepreneurial University	66.096.600
16	GSC 1046, neu	Regensburg und LMU	Graduate School for East and Southeast European Studies	8.854.900
17	GSC 0106	Würzburg	Graduate School for Life Sciences	8.854.800
				407.901.100

Abb. 10: Bayerische Projekte, Standorte und Fördersummen der Exzellenzinitiative.

12 der 17 Projekte und 83 % der Mittel sind bei den Münchener Spitzenuniversitäten lokalisiert. Wir haben neun Graduiertenschulen (GSC), sechs Exzellenzcluster (EXC) und zwei Zukunftskonzepte (ZK). Die 407 Mio. Euro beziehen sich dabei auf den Gesamtförderzeitraum von fünf Jahren. Das entspricht in etwa der Summe, die unsere Wissenschaftler und Einrichtungen im Freistaat jährlich in den anderen Programmen der DFG einwerben. Damit will ich verdeutlichen, dass, obwohl die Exzellenzinitiative in aller Munde ist, noch eine ganze Reihe anderer und mindestens ebenso voluminöser Fördermaßnahmen durch das Bund und Länder finanziert werden.

Als Beispiel will ich dafür anführen, was wir intern manchmal als „hidden ExIni" bezeichnen, die SFBs und die Graduiertenkollegs (Abbildung 11).

	LMU	TUM	FAU	WÜR	REG	BAY	AUG	PAS	BAM	Summe
SFB (Sprecherschaften)	9	5	5	3	4	1	0	0	0	27
Transregio (Bewilligungen, tw. mit Sprecherschaften)	6	5	5	4	1	0	1	0	0	22
Summe	15	10	10	7	5	1	1	0	0	**49**
	LMU	TUM	FAU	WÜR	REG	BAY	AUG	PAS	BAM	Summe
GRAKO	5	4	5,5	2	3,5	2	0	1	0	**23**

Abb. 11: Sonderforschungsbereiche/Transregios und Graduiertenkollegs bayerischer Universitäten (Stand: vor SFB-BA Mai 2016 bzw. Stand: vor GraKo-BA Mai 2016).

Dabei zeigt sich, dass in bestimmten Profilen an den Standorten außerhalb Münchens eine ganz erhebliche Spitzenforschung geleistet wird. Der Standort Bamberg (BAM), der in der SFB-Tabelle zu kurz kommt, brilliert durch eine sehr wahrnehmbare Bildungsforschung, die seit einem Jahr mit einem Leibniz-Institut und seit vier Jahren mit einer Graduiertenschule belegt wird. In der Liste der Graduiertenkollegs ist auch Passau aufgeführt. Dort befindet sich ein DFG-Graduiertenkolleg zur „Privatheit"; eben wurde die Förderung dieses GraKos für eine zweite Förderphase bewilligt.

Wo liegen nun unsere Neugestaltungsstrategien im Rahmen der Exzellenzinitiative? Wenn die Beschlüsse am 16. Juni 2016 von den Länder-Ministerpräsidenten und der Bundeskanzlerin mitgetragen werden, wird die Exzellenzinitiative dann zur Exzellenzstrategie. Das ist ein neuer Begriff, und wir werden auf drei wesentliche Foci schauen, um mit der exzellenten Forschung voranzukommen.

Wir haben zum einen die Verantwortung für die Graduiertenschulen, deren Weiterfinanzierung in der neuen Exzellenzstrategie nicht vorgesehen ist. In den Zielvereinbarungen ist eine 25 % Nachhaltigkeitsgarantie durch das Land festgeschrieben, und das gilt auf jeden Fall für die Graduiertenschulen, die aus einer künftigen Bund-Länder-

Finanzierung herausfallen. Graduiertenschulen, die an einem Standort jetzt bereits ein thematisch enges Exzellenzcluster vorfinden, sollen in das Cluster integriert werden und damit eine weitere Finanzierung erfahren. Weiter setzen wir an den übrigen Standorten auf eine „Aufblaslösung". Diese Graduiertenschulen sollen auf Grund der langen Überbrückungsphase und der strategischen Übergangszeit versuchen, ein eigenes Exzellenzcluster zu bilden.

Bei den Exzellenzclustern setzen wir auf Verbundkonstellationen aus zwei Standorten. Dort sind wir gerade in strategischen Vorbereitungsgesprächen. Der Verbund ist uns bei den Clustern wichtiger als bei der Exzellenzuniversität.

Unsere beiden bisherigen Exzellenzuniversitäten LMU und TUM sollen versuchen, die Chance der dauerhaften Finanzierung von Universitäten bei Anwendung des Artikels 91b GG zu erreichen.

Folglich: Aus unserer Sicht erscheinen die Optimierung der Infrastrukturen, ein attraktives Personalrecruiting und die politische Prioritätensetzung und Zuverlässigkeit die wesentlichen Voraussetzungen für die Schaffung von Bedingungen zu sein, auf denen sich exzellente Wissenschaft und Forschung entwickeln kann. Wir hoffen sehr, dass am 16. Juni 2016 eine für die exzellente Forschung adäquate politische Entscheidung gefällt werden wird.

Vielen Dank!

Diskussion der Beiträge zur Exzellenzinitiative

Pfeilschifter
Die Entscheidung über die Förderung der Exzellenzcluster soll im Herbst 2018 erfolgen, im Herbst 2018 soll aber auch die Antragstellung der Verbünde erfolgen. Wie werden Überschneidungen vermieden?

Dzwonnek
Im Herbst 2017 werden beide Förderlinien ausgeschrieben werden. Die Grundbedingungen sind bekannt. Für die Entwicklung der Exzellenzuniversitätskonzepte bleibt noch relativ viel Zeit. Zunächst wird nur über die Eingangsvoraussetzungen entschieden. Liegen Förderbescheide für zwei Exzellenzcluster vor, kann dann innerhalb eines Jahres ein Antrag auf eine Förderung als Exzellenzuniversität gestellt werden. Durch die zeitliche Streckung wird das Verfahren auch gerechter, denn die Entscheider werden nicht in ein und derselben Sitzung über Exzellenzcluster und Exzellenzuniversitäten befinden müssen, was doch eine gewisse Bias bedeuten könnte.

Treede
Sollen die Clusteranträge fakultätsübergreifend gestellt werden oder ist das nicht zu empfehlen?

Dzwonnek
Der Verbundgedanke wird in dieser Ausschreibung eine größere Rolle spielen; nicht nur im Hinblick auf fakultätsübergreifende, sondern auch auf standortübergreifende Verbünde. Das gibt den Bewerbern mehr Möglichkeiten, auch Themen anzugehen, die man als einzelner Standort nicht in der Größenordnung bewältigen könnte. Die Chancen, gute Forschungsfelder besser auszugestalten, werden im Verbund größer. Es sollte aber auch überlegt werden, dass dort, wo ein Thema allein betrieben werden kann, der Antrag auch allein formuliert werden sollte. Taktische Vorgehensweisen empfehlen sich nicht, wie ich im Vortrag versucht habe zu erläutern. Verbünde müssen wissenschaftlich Sinn machen.

Eberle
In letzter Instanz werden die Gutachter entscheiden, ob ein Antrag förderwürdig ist. Aus meiner Sicht scheint es ratsam, dass nicht mehr als zwei Universitäten im Verbund bei einem Antrag auf ein Exzellenzcluster auftreten, wobei die Anteile in etwa 40:60 oder 50:50 sein können. Wenn zwei Universitäten bei einem Exzellenzclusterantrag mit Anteilen von jeweils 40 % +x antreten, bliebe für die dritte Universität nur eine Beteiligung von 20 % -x. Das wäre nach meinem Dafürhalten dann kein vollwertiger Verbundpartner, sondern eine beteiligte Universität, der dieses Cluster gegebenenfalls. nicht als Fördervoraussetzung für die zweite Förderlinie angerechnet würde. Für die zweite Förderlinie sind vermutlich 0,5 Exzellenzcluster anrechnungsfähig, der Anteil der Einrichtung am Cluster muss aber dementsprechend signifikant sein.

Dzwonnek
Ich möchte ergänzen, dass die Exzellenzcluster nicht teilprojektförmig sein werden. Die Anteile bei mehreren Antragstellern müssen sich aus der Wissenschaft ergeben, d.h. die Beiträge der jeweiligen Standorte müssen wissenschaftlich beurteilt werden.

Förstermann
Wann wird die enge Auswahl in dem beschriebenen zweistufigen Verfahren sein? Wird der harte Auswahlprozess am Anfang stattfinden? Wie ist die Überbrückungsfinanzierung geplant?

Dzwonnek
Die strenge Auswahl wird am Anfang in der Skizzenphase sein. Nur tragfähige Skizzen werden zur Vollantragstellung ausgewählt werden. Die genauen Details zur Überbrückungsfinanzierung werden durch die DFG noch festgelegt werden. Sie wird sich in ihrer Höhe an der bewilligten Summe des letzten Förderjahres orientieren.

Tagungsimpressionen II

Festveranstaltung

Grußwort des Staatssekretärs im Bayerischen Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst

Bernd Sibler, MdL, München

Es gilt das gesprochene Wort!

Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Ich freue mich sehr, dass Sie Ihre Jahrestagung – nach langer Abstinenz – wieder nach Bayern führt – in die wunderschöne Welterbe- und Universitäts-Stadt Würzburg. Auch im Namen von Herrn Staatsminister Dr. Spaenle darf ich Sie zum Staatsempfang der Bayerischen Staatsregierung hier in der Residenz sehr herzlich begrüßen.

Würzburg ist ein besonders passender Tagungsort, denn hier befindet sich nicht nur eine der ältesten Universitäten, sondern auch eine der ältesten Medizinischen Fakultäten Deutschlands. Die Medizin hat in Würzburg eine lange und große Tradition. So haben viele berühmte Wissenschaftler an der Medizinischen Fakultät gewirkt, unter anderem Rudolf Virchow – sicher einer der bedeutendsten deutschen Ärzte. Die Universität ist heute als hervorragender Medizinstandort anerkannt und leistet einen wichtigen Beitrag zu exzellenter Forschung.

So forscht das nach Rudolf Virchow benannte Zentrum für Experimentelle Biomedizin nach den Ursachen von Krankheiten und besseren Therapien. Der Freistaat hat 2013 die Finanzierung des Zentrums dauerhaft übernommen und schafft die Grundlage dafür, dass hier auch weiterhin Medizin von morgen entstehen kann.

Darüber hinaus beherbergt die Universität Würzburg mit dem Deutschen Zentrum für Herzinsuffizienz ein renommiertes Forschungs- und Behandlungszentrum zur Bekämpfung der Herzschwäche. Auch hier investieren wir kräftig und wollen zum Jahreswechsel den neuen Forschungsbau einweihen.

Seit Ihrer letzten Tagung in Kiel hat sich im Bereich der Gesundheitspolitik einiges getan. Das Gesundheitssystem befindet sich durch neue Reformvorhaben in ständiger Bewegung. Das GKV-Versorgungsstärkungs-Gesetz ist im Juli 2015 in Kraft getreten und betrifft vor allem die Hochschulambulanzen. Bayern hat sich dabei nachdrücklich für die Interessen der Universitätsmedizin eingesetzt. Wir haben erreicht, dass der

Rechtsrahmen für die ambulante Versorgung an Universitätskliniken verbessert wird. Das Gesetz gibt den Hochschulambulanzen erstmals ausdrücklich einen eigenen Versorgungsauftrag und verankert ihre wichtige Rolle bei der ambulanten Versorgung schwerer und seltener Erkrankungen. Die Verabschiedung des Gesetzes ist ein großer Erfolg! Nun muss es zügig an seine Ausgestaltung und Umsetzung gehen.

Das Krankenhaus-Struktur-Gesetz ist zum 1. Januar 2016 in Kraft getreten und enthält weitreichende Regelungen für die Qualitätssicherung und Finanzierung. Auch hieraus ergeben sich für die beteiligten Akteure zahlreiche Arbeitsaufträge mit teilweise engen Fristen. Auch wenn sich nicht bei allen strittigen Themen ein Konsens ergibt, werden wir den weiteren Prozess konstruktiv und lösungsorientiert begleiten. Uns ist dabei vor allem die Stärkung unserer Hochschulmedizin ein zentrales Anliegen!

Auch im Bereich der Ausbildung des medizinischen Nachwuchses befindet sich manches im Umbruch. Durch die Fortschritte der modernen Medizin werden die Menschen in den westlichen Industrienationen heute älter als jemals zuvor. Das Gesundheitswesen und damit die Gesundheitsversorgung stehen dadurch vor großen Herausforderungen.

Für den Arztberuf ergeben sich wachsende Anforderungen – durch den demographischen Wandel, durch damit verbundene Veränderungen der Krankheitsbilder und Todesursachen und durch den medizinischen Fortschritt. Diese Komplexität muss sich auch in der ärztlichen Ausbildung widerspiegeln.

Derzeit erproben viele Universitäten Modellstudiengänge, um die medizinische Ausbildung qualitativ zu verbessern. Dabei sollen die angehenden Mediziner bereits frühzeitig mit Patienten in Kontakt kommen, klassische Fachgrenzen durchbrochen werden und problemorientiertes und interdisziplinäres Lernen in den Fokus rücken.

Mit der geplanten Neugründung einer Medizinischen Fakultät in Augsburg wird sich auch im Freistaat Bayern ein erster Modellstudiengang etablieren. Daneben setzen wir diese Aspekte natürlich auch innerhalb der Regelstudiengänge um.

Im Koalitionsvertrag auf Bundesebene wurde den zuständigen Ministerien von Bund und Ländern aufgetragen, einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ zu entwickeln. Wichtige Elemente hierbei sind die Vergabe der Studienplätze, die Stärkung der Allgemeinmedizin sowie die Praxisnähe im Studium.

Ich kann Ihnen versichern: Bayern hat sich dabei stets für die Interessen der Hochschulmedizin eingesetzt und wird das auch weiterhin mit großem Nachdruck tun! Wir befinden uns in einer spannenden Phase. Ich bin zuversichtlich: Wir werden die anstehenden Herausforderungen gemeinsam meistern!

Für die Organisation des diesjährigen Fakultätentages danke ich der Würzburger Universitätsmedizin ganz herzlich. Ihnen allen wünsche ich weiterhin einen interessanten und erfolgreichen Tagungsverlauf, fruchtbare Diskussionen und wertvolle Anregungen für Ihre so wichtige Arbeit.

Grußwort des Dekans der Medizinischen Fakultät Würzburg

Prof. Dr. Matthias Frosch

Sehr geehrter Herr Staatssekretär,
verehrte Festgäste!

Im Namen der gastgebenden Medizinischen Fakultät darf ich Sie alle in Würzburg zum 77. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag sehr herzlich willkommen heißen und mich bei Ihnen, lieber Herr Sibler, für Ihre Einladung im Namen der Bayerischen Staatsregierung hier in die Fürstbischöfliche Residenz sehr herzlich bedanken.

Der letzte Ordentliche Medizinische Fakultätentag hat einige Generationen vor uns hier in Würzburg im Jahr 1973 stattgefunden. Ich konnte mich daher der Anfrage des früheren MFT-Generalsekretärs, Herrn Hildebrandt, nicht entziehen, als er mich vor zwei Jahren fragte, ob denn nicht einmal wieder Würzburg an der Reihe sei. Ich wollte mich dem aber auch gar nicht entziehen, denn Würzburg hat seinen Gästen immer etwas zu bieten.

So ist die Fürstbischöfliche Residenz Weltkulturerbe der UNESCO und eine der bedeutendsten Schlossanlagen des Barock in Europa. Der erste Bauherr, Fürstbischof Johann Philipp Franz von Schönborn, übertrug die Planung für seine Residenz dem damals noch jungen und unbekannten Architekten Balthasar Neumann – eine Art der Nachwuchsförderung, die damals schon betrieben wurde. Neumann errichtete den Rohbau zwischen 1720 und 1744. Bis zur Vollendung mit dem Abschluss der Innenarbeiten dauerte es dann noch bis 1780. Zu den Besonderheiten des Innenraumes der Residenz gehören die vom Venezianer Giovanni Battista Tiepolo ausgestaltete zwischen 1750 und 1753 Deckenfresken im Kaisersaal und im prächtigen und repräsentativen Treppenhaus, welches Sie beim Eintritt schon bewundern konnten.

Die Brücke von diesem Prachtbau und seiner Geschichte hin zum oMFT und der gastgebenden Medizinischen Fakultät als Teil der Universität Würzburg ist eigentlich ganz leicht zu schlagen, denn die Erbauer, die Fürstbischöfe zu Schönborn waren, wie ihre Vorgänger, die obersten Dienstherren der Universität. Die Gründung der Universität 1402 geht auf einen dieser Vorgänger zurück, Fürstbischof Johann von Egloffstein, den Magnifizenz bei seiner Begrüßung heute Nachmittag schon erwähnte. Das war fränkischer Uradel, der nur das Pech hatte, in einer Zeit zu regieren, als das Fürstbistum

hoffnungslos überschuldet war, was wiederum nicht ohne Auswirkungen auf die gerade erst gegründete Universität und ihren Lehrbetrieb bleiben konnte. Als dann noch wenige Jahre nach der Universitätsgründung ihr Kanzler einem Mordanschlag zum Opfer fiel und niemand mehr da war, die spärlich oder gar nicht gefüllten Kassen zu kontrollieren, war es nur mit größter Mühe möglich, den Lehrbetrieb aufrecht zu erhalten. Zeitweise musste er sogar ganz eingestellt werden. Der eine oder andere von Ihnen mag angesichts der Kassenlage in einigen Bundesländern hier sein Déjà-vécu-Erlebnis haben.

Es dauerte dann bis 1582, als Fürstbischof Julius Echter von Mespelbrunn die Universitätsgründung mit kaiserlicher und päpstlicher Zustimmung bekräftigte, mit einer Stiftung der Universität neues Leben einhauchte und sie mit neuem Besitz auch finanziell langfristig absicherte. Mit dem Freistaat Bayern, mit der Bayerischen Staatsregierung, lieber Herr Sibler, haben wir heute einen verlässlichen Rechtsnachfolger, der auch ganz gern prächtig baut. Ich bin heute morgen gefragt worden, ob unser Tagungsort jetzt die „Neue Residenz" sei. In der Tat – wenn wir hier bauen und neue Gebäude in Betrieb nehmen, messen wir in „Residenzeinheiten". Das Zentrum Operative Medizin, welches wir vor wenigen Jahren in Betrieb genommen haben, soll nach Aussagen der Architekten und Planer etwa das doppelte Residenzvolumen haben.

Es gibt noch einen weiteren Grund, weswegen wir sehr dankbar sein dürfen, gerade heute Abend hierher eingeladen worden zu sein: Im Keller der Residenz und in den Gewölben unterhalb dieses großen Vorplatzes lagern die gesamten Bestände fränkischen Weines des Staatlichen Hofkellers Würzburg, der auch dem Freistaat Bayern gehört. Auch das ist auf eine Schenkung eines Würzburger Bischofs aus dem 12. Jahrhundert zurückzuführen. Dieser Staatliche Hofkeller ist eines der ältesten Weingüter der Welt. Wenn ich das Prinzip richtig verstanden habe, lieber Herr Staatssekretär, so gehört es bei den Staatsempfängen dazu, dass uns diese Weinbestände jetzt uneingeschränkt offenstehen… Wir werden sicherlich einen langen und angeregten Abend haben – ich denke aber auch an den morgigen Vormittag mit seinen spannenden Vorträgen und Diskussionen.

Gleichwohl – nach dem offiziellen Teil werden wir mit einem Tropfen aus besagtem Keller auf den Medizinischen Fakultätentag, auf die Zukunft der deutschen Universitätsmedizin anstoßen können. Ich wünsche Ihnen für den heutigen Abend lebhafte und bereichernde Gespräche, Diskussionen und auch noch einen schönen Aufenthalt in unserer wunderschönen Stadt.

Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Medizin

Laudatio

Prof. Dr. Josef Pfeilschifter
Mitglied des MFT-Präsidiums, Frankfurt am Main

Lieber Herr Nikendei, lieber Herr Rotthoff,
verehrter Herr Staatssekretär,
lieber Herr Frosch,
Spektabilitäten, liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine sehr verehrten Damen und Herren!

Auch ich möchte Sie sehr herzlich im Fürstensaal der Würzburger Residenz begrüßen. Es freut mich, dass wir mit dem Medizinischen Fakultätentag an einem so besonderen und ehrwürdigen Ort zu Gast sein dürfen. Einem Ort, der seit seiner Erbauung 1772 als Konzert- und Gesellschaftssaal genutzt wird und der mit seiner beeindruckenden Architektur und den Fürstenporträts wie geschaffen ist, um einen Preis an zwei „Erste" zu vergeben. Denn genau das bedeutet das Wort „Fürst" im ganz eigentlichen Sinn: der Erste.

Auch in diesem Jahr verleihen der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und der Medizinische Fakultätentag den Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Medizin und würdigen damit herausragende Leistungen in Lehre, Prüfung, Beratung und Betreuung an Medizinischen Fakultäten. Ich darf an dieser Stelle Herrn Dr. Stippler als Vertreter der Nutricia GmbH, einem der Sponsoren des Preises ganz herzlich begrüßen, der ihn nachher mit mir gemeinsam verleihen wird. Ohne die Beteiligung unserer Sponsoren könnten wir den Ars legendi-Fakultätenpreis nicht vergeben. Und es freut mich, dass wir einmal mehr zwei engagierte Hochschullehrer mit einem ausgeprägten wissenschaftlichen Profil auszeichnen können: Privatdozent Dr. Christoph Nikendei von der Heidelberger Fakultät und Dr. Thomas Rotthoff von der Fakultät in Düsseldorf. Beide haben sich in hohem Maße als aktive Gestalter der Curricula an ihren Fakultäten für die Weiterentwicklung der Lehre und die Lehr-Lernforschung in der Hochschulmedizin verdient gemacht.

Meine Damen und Herren, erlauben Sie mir, Ihnen in der gebotenen Kürze die beiden Preisträger anhand ihrer wissenschaftlichen Werdegänge vorzustellen.
Ich beginne mit Christoph Nikendei, der das Studium der Humanmedizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen absolviert hat. Hier erfolgt auch die Promotion zum Thema „Depressive Verstimmung und Schmerz: Schmerzschwelle, implizites und

explizites Gedächtnis für schmerzassoziiertes Wortmaterial, ereignis-korrelierte Potentiale bei der Präsentation von schmerzassoziiertem Wortmaterial". Anschließend wechselte er als Assistenzarzt nach Heidelberg, es folgten die Facharztausbildung in der Inneren Medizin sowie verschiedene Zusatzqualifikationen – etwa in der Psychosomatik und der Psychoonkologie.

In Heidelberg etabliert sich Christoph Nikendei, wirbt erfolgreich zahlreiche Fördermittel für verschiedene Forschungsprojekte ein und lehrt im Fachbereich der Inneren Medizin, auf dem Gebiet der Methodik-Didaktik und der Psychosomatik und Psychotherapie. Insgesamt weist Christoph Nikendei als leitender Oberarzt im Fach Psychosomatik ein breites Spektrum an methodisch-didaktischen Lehrkompetenzen auf. Er ist Leiter und Dozent zahlreicher von ihm initiierter Lehr- und Tutorenprogramme. Dabei ist die exzellente Qualität seiner Lehraktivitäten ganz wesentlich für den Heidelberger Reformstudiengang „HeiCuMed". Die Schwerpunkte seiner Tätigkeit liegen unter anderem in der Vermittlung kommunikativer und interprofessioneller Fertigkeiten, auf dem Gebiet der medizindidaktischen Qualifizierung, der Stressprävention und der Einbindung internationaler Studierender, wofür er ein entsprechendes Tutorium konzipiert hat. Sowohl die von Christoph Nikendei entwickelten Lehrmodelle und Curricula als auch die Standardisierung von klinischen Fertigkeiten im Rahmen des Projektes Heidelberger Klinische Standards, dessen Leitung er innehat, sind von hohem Innovationsgrad und werden auch fakultätsübergreifend rezipiert. Daneben ist Christoph Nikendei Herausgeber nationaler und internationaler Zeitschriften sowie Autor zahlreicher Artikel in Fachzeitschriften und Fachbüchern.

Auch die eigene wissenschaftliche Qualifikation verfolgt Christoph Nikendei kontinuierlich: 2010 schließt er den berufsbegleitenden interfakultären „Master of Medical Education" mit der jahrgangsbesten Masterarbeit ab, 2013 habilitiert er sich mit einer Arbeit im Bereich Psychosomatik. Aktuell nimmt er mit seinem Lehr- und Forschungsprojekt „Gesund im Arztberuf" an einem Senior Fellowship für innovative Lehre des Stifterverbandes teil.

Kontinuierlich beste Evaluierungsergebnisse seiner Lehrveranstaltungen und zahlreiche nationale wie internationale Auszeichnungen – etwa mit dem Sonderpreis im Rahmen des Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg oder dem Miriam Friedman Ben-David New Educator Award der Association for Medical Education in Europe – belegen den hohen Standard der Lehrtätigkeit von Christoph Nikendei.

Kommen wir nun zu Thomas Rotthoff: Sein Studium der Humanmedizin absolvierte er an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz. Er promovierte mit einer Arbeit zum Thema „Die endonasale, endonasal-transantrale und endonasal-transsphenoidale Orbitadekompression bei endokriner Orbitopathie". Nach der Facharztausbildung in den Abteilungen für Kardiologie/Pneumologie und Gastroenterologie/Diabetologie am Marienhospital in Wesel folgte der Wechsel an die Heinrich-Heine-Universität Düs-

seldorf, wo er seitdem sehr erfolgreich lehrt und bei der Etablierung und Umsetzung des praktischen Unterrichts eine wesentliche Rolle spielt.

Als Impulsgeber und Visionär hat sich Thomas Rotthoff dabei zunächst maßgeblich an der Konzeption des neuen Modellstudiengangs „Düsseldorfer Curriculum Medizin“ beteiligt. Seit dessen Implementierung engagiert sich Thomas Rotthoff in hohem Maße für die kontinuierliche Qualitätsverbesserung des Studiengangs. Dabei legt er den Fokus vor allem auf zwei Aspekte: die Lehr-Lernkultur als wesentlichem Schlüssel für ein erfolgreiches Curriculum und die Integration von Theorie und Praxis. Als Leiter des Trainingszentrums für ärztliche Fähigkeiten, dem Skillslab, gelingt es ihm, diesen praxisnahen Ansatz optimal umzusetzen, indem er Studierende motiviert und sensibilisiert, schon in einem frühen Studienabschnitt eigene Erfahrungen zu sammeln. So haben sie die Möglichkeit, bestmöglich eine klinische Expertise zu entwickeln und frühzeitig in die Rolle des Arztes hineinzuwachsen. Gegenwärtig engagiert sich Thomas Rotthoff zudem für die Überarbeitung und die digitale Aufbereitung der von der Medizinischen Fakultät erstellten StudyGuides, einer Lernunterstützung für Studierende bei der Bearbeitung von speziellen Behandlungsanlässen.

Seine didaktische und fachliche Expertise erwirbt sich Thomas Rotthoff nicht zuletzt während des Master of Medical Education und mit verschiedenen zusätzlichen Zertifikaten – zu nennen sind die Zusatzbezeichnung Diabetologie und das Zertifikat „Systemic Assessment in Health Professions Education“ der Harvard Medical School Boston. Auch Thomas Rotthoffs Leistungen wurden in der Vergangenheit honoriert – mit dem Lehrpreis der Universität Düsseldorf und Bestplazierungen in den regelmäßigen Lehrevaluationen durch die Studierenden. Daher ist es nicht verwunderlich, dass Thomas Rotthoff von der Fachschaft seiner Fakultät für den Ars legendi-Fakultätenpreis vorgeschlagen wurde als – ich zitiere „ein großartiger Dozent und ein Visionär in puncto Lehre.“

Lieber Herr Nikendei, lieber Herr Rotthoff, Sie beide zeigen seit langem kontinuierlich ein beeindruckendes, vielfältiges Engagement als Hochschullehrer, Innovatoren, Lehr-Lernforscher und Curriculumsentwickler. Damit haben Sie an Ihren Fakultäten Großes geleistet. Bemerkenswert ist, wie die jeweilige Umsetzung in unterschiedlichen Strukturen gelungen ist: zum einen mit Heidelberg an einem Standort, wo bereits Etabliertes dank Ihnen, lieber Herr Nikendei, auf äußerst innovative Weise fortgeführt wird; zum anderen in Düsseldorf, wo es Ihnen, lieber Herr Rotthoff, gelingt, etwas Zukunftsweisendes zu schaffen an einer Fakultät, die sich neue Schwerpunkte gesetzt hat und einen Modellstudiengang etabliert.

Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und der Medizinische Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland verleihen den Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2016 an Privatdozent Dr. Christoph Nikendei in

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

Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und der Medizinische Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland verleihen den Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2016 an Dr. Thomas Rotthoff in Würdigung seiner hervorragenden Leistungen in Lehre, Prüfung, Beratung und Betreuung in der Medizin.

Wir dürfen Sie beide nun nach vorn bitten und Ihnen diese Auszeichnung mit großer Freude überreichen!

Danksagung

Privatdozent Dr. Christoph Nikendei
Leiter der Sektion Psychotraumatologie, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg

Sehr geehrter Herr Prof. Pfeilschifter,
sehr geehrter Herr Dekan Prof. Frosch,
sehr geehrter Herr Staatssekretär Sibler,
sehr geehrte Damen und Herren!

Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker hat den Satz geprägt „Um Lebendes zu beforschen, muss man sich am Leben beteiligen". Das bedeutet soviel wie, wenn Menschen miteinander interagieren, der Arzt mit dem Patienten oder der Dozent mit dem Studenten, entsteht mehr. Es entsteht mehr, als durch Physiologie oder Pathophysiologie erklärbar ist.

Diese Form von Lebendigkeit hat mich auch interessiert, als ich vor 15 Jahren nach Heidelberg, an die ehemalige Wirkungsstätte von Viktor von Weizsäcker gekommen bin. Denn wenn man sich als Untersucher, als Arzt oder als Lehrender einbringt, so ist das auch Lebendigkeit, denn sonst würde man sich selbst in seinem Dasein verleugnen.

Nicht zuletzt ist es das, was mich im Bereich der Lehre, der Medizindidaktik und der Lehrforschung angetrieben hat – die Lebendigkeit, die von diesem Feld ausgeht; mit jungen Menschen, mit neugierigen Menschen zu interagieren, ihnen etwas beizubringen, aber auch sehr viel von ihnen zu lernen. Das war der grundlegende Motor für mein Engagement im Bereich der medizinischen Ausbildung.

Ganz besonders möchte ich an dieser Stelle Frau Prof. Jana Jünger, Herrn Privatdozent Duelli, dem Studiendekanatsleiter, dem Studiendekan Herrn Prof. Resch und dem aktuellen Studiendekan Herrn Prof. Draguhn, aber vor allem auch meinem Chef, dem Dekan Herrn Prof. Herzog, danken, die dieses Engagement von mir immer unterstützt haben. Das ist nicht selbstverständlich, denn in den universitär-akademischen Vorstellungen und Wertungen ist es noch immer so, dass man sich mit einem medizindidaktischen Engagement schwerer tut als mit einem biomedizinischen Werdegang.

Umso großartiger ist es, heute diese Art von Würdigung zu erfahren. Sie ist – so glaube ich – ein wichtiges Signal für alle, die sich in diesem Feld engagieren. Sie ist eine wichtige Ermutigung, ein Kontrapunkt. Sie ehrt mich sehr – vielen herzlichen Dank dafür!

Dr. Thomas Rotthoff
Klinik für Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Sehr geehrte Damen und Herren!

Vielen Dank, ich freue mich sehr über diesen Preis! Ich muss anmerken, dass ich etwas vegetativ reagiert habe, als Sie, Herr Prof. Pfeilschifter sagten, dass die Fürstenporträts in diesem Saal wie geschaffen sind, um einen Preis an zwei „Erste“ zu vergeben und dabei auf die eigentliche Bedeutung des Wortes „Fürst“ als der „Erste“ hinwiesen.

Auch wenn es ein individueller Preis ist, sind wir Menschen doch soziale Wesen, eingebunden in Beziehungen. Damit geht der Preis auch in die Düsseldorfer Fakultät, denn allein hätte ich die Projekte, die ich sicherlich angestoßen und vorangebracht habe, nicht umsetzen können. Ganz viele andere Menschen haben also ihren Anteil.

Mir ist in meiner Tätigkeit die Vision, eine Gemeinschaft aus Lehrenden und Lernenden zu bilden, der wesentliche Antrieb. So steht es auch im Leitbild unserer Fakultät, und wir sind auf dem Weg dahin. Ich bin daher sehr dankbar und bewegt, dass die Studierenden eine so tolle Nominierung erstellt haben. Es bestätigt mich darin, auf dem richtigen Weg zu sein, und noch nutzen wir unser gemeinsames Potential von Studierenden und Lehrenden nicht in Gänze aus.

In diesem Zusammenhang danke ich, neben den Studierenden, der Studiendekanin Frau Prof. Ritz-Timme und dem Dekan Herrn Prof. Windolf, denn ohne eine großzügige Rahmengebung wären diese Projekte nicht möglich gewesen. Die Möglichkeit, dass ich mich frei in diesem Rahmen bewegen konnte, hat sicherlich zum Erfolg der Projekte beigetragen.

Ganz herzlichen Dank für diesen Preis!
Ich wünsche Ihnen und uns allen noch einen schönen Abend!

Laudator, Vertreter der Stifter und Preisträger des Ars legendi-Fakultätenpreises für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2016, v. l. n. r.: Prof. Dr. Josef Pfeilschifter, Dr. Thomas Rotthoff, Privatdozent Dr. Christoph Nikendei, Dr. Martin Stippler.

Masterplan
Medizinstudium 2020

Frosch

Masterplan Medizinstudium 2020 – Einführung

Prof. Dr. Matthias Frosch
Mitglied des MFT-Präsidiums, Würzburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Der Masterplan Medizinstudium 2020 ist ein wichtiges Thema, welches die Medizinischen Fakultäten und den MFT in den vergangenen Jahren immer wieder beschäftigt hat. Bundesgesundheitsminister Gröhe hatte auf dem oMFT 2015 in Kiel angekündigt, dass ein Teil der Vereinbarungen der Großen Koalition mit dem Masterplan in Angriff genommen werden würde. Dabei wollte man die Schwerpunkte auf die Förderung der Praxisnähe in der Ausbildung, eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber und die Stärkung der Allgemeinmedizin richten.

Der Medizinische Fakultätentag begrüßt alle Anstrengungen, die Ausbildung der Medizinstudierenden weiterzuentwickeln. Die Ausbildung ist ein kontinuierlicher Prozess mit den notwendigen Anpassungen an den jeweiligen medizinischen Fortschritt, mit der Übernahme von Erkenntnissen aus der Ausbildungsforschung und mit notwendigen Anpassungen an medizinische Versorgungserfordernisse und -strukturen.

Im vergangen Jahr haben wir den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) und Zahnmedizin (NKLZ) verabschiedet. Beide Kataloge sind Ausdruck der Fähigkeit und des Willens der Medizinischen Fakultäten, aktiv Ausbildungsformen und -inhalte zu gestalten. Vieles von dem, was im NKLM steht und was jetzt im Kontext Masterplan Medizinstudium 2020 diskutiert wird, kann unter den aktuellen Rahmenbedingungen der ÄAppO umgesetzt werden, ohne dass die Ausbildungsordnung zwangsläufig geändert werden muss.

An vielen, wenn nicht gar an allen Standorten sind Lehrkliniken, SkillsLabs eingerichtet worden, sind Kommunikationstraining oder OSCE Bestandteil der Ausbildung, gibt es eine longitudinale Verankerung der klinischen Ausbildung oder erfolgt die Weiterentwicklung des PJ-Curriculums. All das sind Maßnahmen, die auf die Verbesserung der ärztlichen Handlungskompetenz und die Qualifizierung für die Übernahme von ärztlicher Verantwortung unmittelbar nach dem Studium hinzielen.

Die Anpassung des Curriculums ist notwendig, um sich an veränderte Versorgungsstrukturen anzupassen. Die zunehmende Bedeutung der ambulanten Versorgung muss

sich auch in der Ausbildung wiederfinden. Auch in dieser Hinsicht ist die Diskussion um die Praxisnähe im Studium und die Sicherstellung der primärärztlichen Versorgung wichtig.

Das ändert aber nichts daran, dass die Ausbildung auch im ambulanten Bereich zwingend nach EU-Recht an einer Universität oder zumindest unter Aufsicht und Kontrolle einer Universität absolviert werden muss. Die Universitäten mit ihren Medizinischen Fakultäten haben damit die ausschließliche Verantwortung dafür, wer wo welche Ausbildungsinhalte vermittelt. Ich will hier explizit Bezug auf die Ausbildungsanteile im ambulanten oder stationären Umfeld außerhalb der Universitätsklinika nehmen. Das schließt nicht aus, dass die Medizinischen Fakultäten ihre Partnerschaften mit Praxisnetzwerken, regionalen Krankenhäusern oder anderen stationären oder ambulanten Versorgungsstrukturen ausbauen oder neue Partnerschaften eingehen. Aber all das muss unter der Schirmherrschaft der Medizinischen Fakultät bzw. der Universitätsmedizin ablaufen.

Es müssen aber auch die Voraussetzungen geschaffen werden, dass die Medizinischen Fakultäten ihre Lehre an ihren eigenen ambulanten Einrichtungen durchführen können. Das setzt voraus, dass die Hochschulambulanzen eine adäquate Finanzierung bekommen und ein Versorgungsauftrag festgeschrieben wird, wie er durch das GKV-Versorgungsgesetz möglich ist.

Ich muss leider konstatieren, dass in den Diskussionen zum Masterplan die inhaltlichen Fragen nach der Weiterentwicklung des Curriculums, die Fragen nach der wissenschaftlichen Ausbildung der Medizinstudierenden sehr von Debatten um den Stellenwert der allgemeinmedizinischen Ausbildung oder die sogenannte „Landarztquote“ überlagert worden sind. Nach der Auffassung des Medizinischen Fakultätentages ist die Landarztquote mit dem im Grundgesetz verbürgten Recht auf freie Berufs- und Studienwahl unvereinbar. Eine Festlegung auf den späteren Beruf vor Beginn eines sechsjährigen Studiums und dem damit einhergehenden Reifeprozess beim Studierenden ist inakzeptabel und ungeeignet, die schon jetzt bestehenden Probleme der hausärztlichen Versorgung zu lösen. Ein potentieller Effekt einer solchen Landarztquote wäre frühestens 12 Jahre nach Einführung einer solchen Reform (sechs Jahre Studium und sechs Jahre Facharztweiterbildung) zu erwarten. Stattdessen sollten Anreizsysteme nach dem Studium geschaffen und Maßnahmen ergriffen werden, die landärztliche Tätigkeit unserer Absolventen attraktiver zu gestalten. Die ÄAppO ist das denkbar schlechteste Instrument, um Strukturprobleme in unserem Gesundheitssystem zu beheben.

Der MFT hat eine Resolution verfasst, in der betont wird, dass der Versuch, Studierende über Zwangsmaßnahmen im Medizinstudium für die hausärztliche Versorgung zu begeistern, um ein im wesentlichen auf fehlenden Perspektiven und Anreizen beruhendes strukturelles Problem zu lösen, ein großer Fehler wäre.

Das sind einige der Punkte, über die wir heute hier diskutieren wollen. Wir haben dazu drei Referentinnen und Referenten eingeladen, die aus unterschiedlichen Perspektiven berichten können. Vor allem bin ich gespannt, wie der aktuelle Stand der politischen Diskussion ist. Herr Prof. Gerlach wird als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium berichten. Ganz besonders wichtig ist mir, dass wir auch die Position der Studierenden hier erfahren und alle Beiträge gemeinsam diskutieren können.

Krankheitsbedingt musste Herr Dr. Grigutsch als Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums leider seine Teilnahme kurzfristig absagen. Ich freue mich, dass Frau Dr. Beppel, Abteilung 3 des Bundesgesundheitsministeriums, Gesundheitsschutz, Krankheitsbekämpfung und Biomedizin, heute diesen Part übernommen hat und uns über den aktuellen Stand der politischen Diskussion informieren wird.

Vielen Dank!

Beppel
Bonn

Masterplan: Zielsetzungen, aktueller Stand

Dr. Antje Beppel
Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Meine Damen und Herren!

Vielen Dank für die Gelegenheit, einen Überblick über die Arbeiten am Masterplan Medizinstudium 2020 geben zu können. Die Aufgabe, einen Masterplan Medizinstudium 2020 zu entwickeln, war eine politische Entscheidung. Der Auftrag resultierte aus dem Koalitionsvertrag für die aktuelle Legislaturperiode. Darin heißt es: „Für eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium wollen wir in einer Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen ‚Masterplan Medizinstudium 2020' entwickeln." Damit waren die Themenblöcke für den Masterplan vorgegeben.

Der Auftrag befindet sich im Kapitel „Gesundheit und Pflege" und ist damit gesundheitspolitisch einzuordnen. Er kann mit der Entwicklung der Hausarztzahlen in Zusammenhang gestellt werden (Abbildung 1). Im linken Teil der Tabelle sieht man, dass der Anteil der hausärztlichen Versorgung seit 1991 kontinuierlich abgenommen hat. Dagegen verdeutlicht der rechte Teil, dass der Anteil der fachärztlichen Versorgung im gleichen Zeitraum stetig zunimmt. 2012 betrug der Anteil der hausärztlichen Versorgung 46 % gegenüber einem Anteil von 54 % für die fachärztliche Versorgung.

	Hausärztliche Versorgung** Allgemein-/Praktische Ärzte, Internisten, Kinderärzte		Fachärztliche Versorgung Alle anderen Facharztgruppen	
Jahr	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1991	44 521	60,1%	29 542	39,9 %
1992	45 831	59,3%	31 445	40,7 %
1993	62 375	59,7%	42 181	40,3 %
1994	62 340	58,7%	43 900	41,3 %
1995	62 477	58,1%	45 020	41,9 %
1996	59 828	54,8%	49 290	45,2 %
1997	60 244	54,6%	50 151	45,4 %
1998	59 120	52,5%	53 563	47,5 %
1999	59 290	52,4%	53 891	47,6 %
2000	59 788	52,2%	54 703	47,8 %
2001	59 741	51,5%	56 292	48,5 %
2002	59 075	50,6%	57 762	49,4 %
2003	58 975	50,1%	58 630	49,9 %
2004	59 141	50,1%	58 944	49,9 %
2005	59 076	49,7%	59 892	50,3 %
2006	58 972	49,3%	60 582	50,7 %
2007	58 689	48,8%	61 534	51,2 %
2008	58 095	48,2%	62 377	51,8 %
2009	57 631	47,6%	63 497	52,4 %
2010	57 157	47,1%	64 257	52,9 %
2011	56 654	46,6%	65 007	53,4 %
2012	56 125	45,9%	66 065	54,1 %

Abb. 1: Verteilung der Vertragsärzte zwischen 1991 und 2012 auf die haus- und fachärztliche Versorgung, Quelle: Bundesarztregister der KBV, entnommen aus: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2014.

In einer weiteren Graphik wird verdeutlicht, dass die Zahl der Vertrags- und Krankenhausärzte im selben Zeitraum eine Divergenz zeigt – die Zahl der Krankenhausärzte steigt jährlich weiter an, während die Zahl der Vertragsärzte eher stagniert (Abbildung 2). Selbst wenn sich die absoluten Zahlen je nach Erhebung unterscheiden, ist der Trend eindeutig.

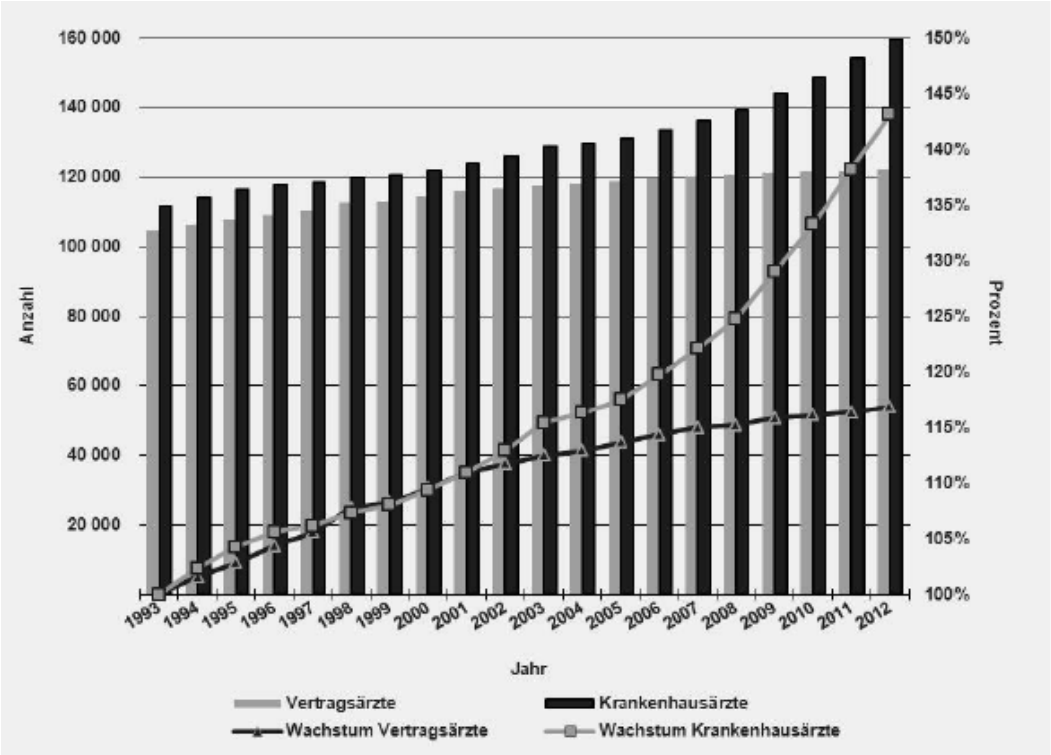


Abb. 2: Entwicklung der Vertrags- und Krankenhausarztzahlen zwischen 1993 und 2012, Quelle: BMG, Statistisches Bundesamt, entnommen aus: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2014.

Der Auftrag zur Entwicklung des Masterplans Medizinstudium 2020 fiel in eine Zeit, in der verschiedene Gremien Impulse für Veränderungen im Bereich der ärztlichen Ausbildung gegeben haben. Die erste kam 2014 vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit dem Gutachten zur „Bedarfsgerechten Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche". Kurz darauf veröffentlichte der Wissenschaftsrat die „Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge". Anfang 2015 gab es einen gemeinsamen Bericht der GMK und der KMK zur „Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen". Schließlich hat der MFT 2015 den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) beschlossen.

Die Ausbildungsqualität ist derzeit gut. Die Ausbildung ist aber zu sehr auf die Hochleistungsmedizin ausgerichtet. Die Universitätsklinika als Ort der klinisch-praktischen Ausbildung sind Krankenhäuser der Maximalversorgung mit einem sehr selektierten Patientengut und durchschnittlichen Liegezeiten von sechs bis acht Tagen. Sie arbeiten auf dem neusten Stand von Diagnostik und Therapie und sind dabei oft hochspeziell. Sie bieten eine Krankenversorgung auf höchstem technisch-wissenschaftlichem Niveau.

Es muss aber auch der Bereich der Grund- und Regelversorgung in der Ausbildung abgebildet werden. Dabei muss die immer weiter zunehmende Verschiebung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich in der Ausbildung widergespiegelt werden. Die Ausbildung muss auch Bereiche der primärärztlichen Versorgung abbilden.

Vor diesem Hintergrund leitet sich die Aufgabenstellung für den „Masterplan Medizinstudium 2020“ ab: Der Masterplan soll die Herausforderungen an die nächste Medizinergeneration definieren und Weichen für deren Ausbildung stellen und er soll Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung treffen!

Ich weiß, dass der zweite Punkt kritisch gesehen und gefragt wird, ob das Aufgabe der ärztlichen Ausbildung ist oder ob andere Maßnahmen zu treffen sind. Daher will ich eine gesundheitspolitische Einordnung vornehmen und eine Übersicht über die vom Bundesgesetzgeber getroffenen Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung, insbesondere im hausärztlichen Bereich, geben. Dabei habe ich die gesetzlichen Regelungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte und das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz berücksichtigt (Abbildung 3). Auf die daraus resultierenden einzelnen Maßnahmen gehe ich nun näher ein.

Abb. 3: Gesundheitspolitische Einordnung der Zielsetzung des Masterplanes Medizinstudium 2020.

Maßnahmen der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung umfassen die Verbesserung der Anstellungsmöglichkeiten, die Möglichkeit der Teilzulassung und der gleichzeitigen Tätigkeit in Arztpraxis und Krankenhaus, die Erleichterung bei der Gründung von Zweigpraxen, die Aufhebung der Altersgrenze von 55 Jahren für den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung und von 68 Jahren für das Ende der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Bedarfsplanung wurde durch die Zuteilung der Arztgruppen zu vier Versorgungsebenen stärker regionalisiert. Gleichzeitig ist es möglich, regionale Besonderheiten zu

berücksichtigen. Die Kleinräumigkeit der Planung stärkt die wohnortnahe Versorgung. Die Möglichkeit, Sonderbedarfszulassungen auszusprechen, wurde erweitert.

Im Bereich der Vergütungsanreize wurden Veränderungen vorgenommen. So gibt es regionale Preiszuschläge und Ausnahmen von den Mengensteuerungsmaßnahmen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können einen Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen bilden. Das betrifft insbesondere Zuschüsse zu den Investitionskosten bei Neuniederlassungen oder bei der Gründung von Zweigpraxen, Vergütungs- und Ausbildungszuschläge und – darauf möchte ich in diesem Zusammenhang besonders hinweisen – die Nachwuchsförderung von Medizinstudierenden durch die Vergabe von Stipendien. Durch das Versorgungsstärkungsgesetz ist die bisherige Voraussetzung, wonach der Strukturfonds nur bei Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder bei einem lokalen Versorgungsbedarf gegriffen hat, entfallen. Damit können alle Kassenärztlichen Vereinigungen mit Mitteln des Strukturfonds finanzielle Anreize schaffen – auch in nicht unterversorgten Gebieten.

Im Bereich der Weiterbildung ist vorgesehen, dass mindestens 7.500 Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin und bis zu 1.000 Weiterbildungsstellen im Bereich grundversorgender Fachärzte gefördert werden. Es ist die tarifvertragliche Vergütung auch in der Praxis zu zahlen. Damit verbunden wurde das Leistungsausweitungsverbot gelockert. Es gibt nun die Möglichkeit der Weiterbeschäftigung in der Praxis nach Abschluss der Weiterbildung.

Weitere Maßnahmen in diesem Zusammenhang sind die Aufhebung der Residenzpflicht, der Betrieb von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Flexibilität bei der Verteilung der Gesamtvergütung, die Aufhebung von Vergütungsbeschränkungen bei Hausarztzentrierten Versorgungsverträgen und der Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten sowie die Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten.

Es ist also viel passiert! Sind damit nicht sogar die Möglichkeiten ausgeschöpft? Wir gehen von einem Maßnahmenbündel aus, bei dem die Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen ansetzen müssen und deshalb auch Maßnahmen im Bereich der Ausbildung zu treffen sind. Durch eine Änderung der Approbationsordnung für Ärzte 2012 sollen mehr Lehrkrankenhäuser in ländlichen Regionen in die Ausbildung im Praktischen Jahr einbezogen werden. Die Ausbildung in der Allgemeinmedizin ist weiter gestärkt worden.

Zur Stärkung der Ausbildung in der Allgemeinmedizin ist mit der neuen Approbationsordnung für Ärzte 2002 ein benoteter Leistungsnachweis und ein Blockpraktikum von ein- bis sechswöchiger Dauer eingeführt worden. Allgemeinmedizin ist als fakultativer Bestandteil des Praktischen Jahres aufgeführt und als Wahlfach vorgesehen worden. Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

wurde 2012 die Allgemeinmedizin weiter gestärkt. Im Praktischen Jahr wurden Quoten für das Wahltertial in der Allgemeinmedizin eingeführt. Damit sollen ab Oktober 2015 10 %, ab Oktober 2017 20 % und ab Oktober 2019 alle Studierende, die es wollen, ein Wahltertial Allgemeinmedizin absolvieren können. Das führt immer wieder zur Verwirrung. Die Fakultäten ermitteln den erwarteten Bedarf an PJ-Plätzen in der Allgemeinmedizin und halten für diesen Bedarf PJ-Plätze vor. Es wird nicht verlangt, für alle Studierenden PJ-Plätze in der Allgemeinmedizin vorzuhalten. Ab Oktober 2013 wurde das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin auf mindestens zwei Wochen ausgedehnt. Es wurde vorgesehen, dass ein Monat der Famulatur in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung absolviert werden muss.

Die hier genannten Maßnahmen zielen nicht nur darauf ab, Nachwuchs für die hausärztliche Versorgung zu gewinnen. Wir sind vielmehr der Meinung, dass Allgemeinmedizin für alle Studierenden wichtig ist, also auch für diejenigen, die später eine andere Facharztqualifikation erwerben wollen. Wir verbessern dadurch die Kooperation zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Bereich.

Nachdem ich hier sehr viel über Praxisorientierung gesprochen habe, möchte ich an dieser Stelle noch einmal klarstellen, dass uns die Wissenschaftlichkeit genauso wichtig ist. Praxisorientierung und Wissenschaftlichkeit sind gleich zu gewichten! Das ist auch in der Approbationsordnung für Ärzte so niedergelegt. Das Ziel der ärztlichen Ausbildung ist nach § 1 Absatz 1 der Approbationsordnung für Ärzte „der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. (…) Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt."

Das hat auch der Wissenschaftsrat 2014 noch einmal in den Blickpunkt gerückt: „Wissenschaftliches Denken und Handeln bildet (…) die Grundlage für die adäquate patientenorientierte Auswahl diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. (…) Der obligatorische Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen im Studium ist notwendige Voraussetzung für die verantwortungsvolle ärztliche Berufsausübung und steht nicht in Widerspruch zu einer versorgungsorientierten Ausbildung."

Vor diesem Hintergrund lassen sich die Fragestellungen für den Masterplan Medizinstudium 2020 ableiten:

> Wie richten wir die Ausbildung künftig kompetenzorientiert aus?
>
> Wie stärken wir insbesondere klinisch-praktische Kompetenzen, die kommunikativen Kompetenzen und die Wissenschaftskompetenz?

Dabei haben wir die Allgemeinmedizin immer im Blickpunkt.

> Welche Konsequenzen hat das für die Ausgestaltung der Prüfungen, insbesondere der Staatsprüfungen?
>
> Welche Veränderungen sind bei der Studierendenauswahl zu treffen?

Wie kann der ländliche Raum gestärkt werden?
Ist die Zahl der Studienplätze zu erhöhen?

Zum Ablauf des Verfahrens ist zu sagen, dass zunächst eine Vorbereitungsphase ablief, in der Gespräche zwischen BMG und BMBF stattfanden, um eine einheitliche Position des Bundes abzustimmen. Der Auftakt fand dann am 8. Mai 2015 auf Ministerebene statt. Beteiligt sind an diesem Prozess der Bundesminister für Gesundheit und die Bundesministerin für Bildung und Forschung und die Vertreterinnen und Vertreter der Länder – das sind für die GMK die Länder Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und das Saarland, für die KMK die Länder Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt. Beteiligt sind auch die Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages, d.h. die bildungspolitischen Sprecherinnen und Sprecher. Ergebnis war ein Papier zu Themen und Verfahren, welches zu den verschiedenen Themenblöcken einzelne Themen festlegt und das Verfahren beschreibt. Das war dann auch die Grundlage für die weitere Arbeitsphase auf Abteilungsleiterebene.

Von Juli bis Dezember 2015 fanden in sechs Arbeitssitzungen zwei Durchgänge durch die Themenblöcke statt. Dabei wurde mit der Allgemeinmedizin begonnen und mit Praxisnähe und Zulassung fortgesetzt. Anhand von Arbeitspapieren wurde zunächst die Ausgangslage beleuchtet und danach anhand von Leitfragen diskutiert. Das war insofern gut, weil auf diese Weise noch bestehender Informationsbedarf ermittelt werden konnte.

So wurde beispielsweise bei den Ländern nach Modellen für die Ausbildung im ländlichen Raum nachgefragt. Wir haben geprüft, welche Modelle es bereits für die interprofessionelle Ausbildung gibt. Wir haben uns über die bereits gezahlten Aufwandsentschädigungen für Lehrärztinnen und Lehrärzte in der Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr informiert. Schließlich haben wir nach Beispielen für den longitudinalen Aufbau von Lehrveranstaltungen in der Allgemeinmedizin gefragt.

Im zweiten Durchgang haben wir uns auf mögliche Maßnahmen fokussiert. Diese haben wir in einem Ergebnispapier zusammengeführt, welches die Grundlage der Klausursitzung im Februar 2016 bildete. Auf dieser Grundlage haben wir uns dann über die Umsetzungsschritte, die Akteure, Kosten und den Finanzrahmen verständigt. Dazu fand eine ergänzende Arbeitssitzung im Mai 2016 statt.

Die Verbände haben wir bereits im Juni 2015 beteiligt, indem wir sie um eine schriftliche Stellungnahme mit konkreten Maßnahmenvorschlägen baten. Das war dann auch die Grundlage für vertiefende Gespräche im November 2015.

In die Arbeitssitzungen haben wir gezielt Experten eingebunden. Diese waren Prof. Hans-Jochen Heinze vom Wissenschaftsrat, Prof. Ferdinand M. Gerlach vom Sachver-

ständigenrat, Prof. Jana Jünger im Vorgriff auf ihre derzeitige Funktion beim IMPP, Prof. Mario Martini und Prof. Jan Ziekow, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit das Rechtsgutachten zur Landarztquote erstellt haben.

Ich kann den aktuellen Stand wie folgt beschreiben: Es gibt einen Entwurf für den Masterplan Medizinstudium 2020 mit konkreten Maßnahmenvorschlägen. Als Verhandlungsgrundlage liegt eine Verständigung über Umsetzung, Akteure und Kosten/Finanzrahmen vor. Grundsätzlich werden die Vorschläge von allen begrüßt. Es gibt natürlich auch Streitpunkte, Aber die Finanzierung muss klar sein.

Zu den Ergebnissen kann ich nicht mehr sagen, denn es wurde Vertraulichkeit vereinbart. Und: „Nichts ist verhandelt, bevor alles verhandelt ist!“ Es werden also keine unumstrittenen Punkte herausgelöst und für sich beschlossen. Den Masterplan wird es vielmehr nur als Gesamtpaket geben.

Die Verhandlungen werden derzeit auf Staatssekretärsebene geführt. Im nächsten Monat finden die Ministerkonferenzen statt. Der Bund erwartet von den Ländern eine gemeinsame Position. Das ist wichtig, weil bei der GMK und der KMK jeweils fünf Ländervertreter in den Prozess eingebunden sind. Wir möchten aber, dass der Masterplan am Ende von allen mitgetragen wird.

Wir hoffen sehr, dass wir dann zeitnah den Masterplan Medizinstudium 2020 der Öffentlichkeit vorstellen können. Danach wird es keine weitere Abstimmungsrunde mit den Verbänden geben. Der Masterplan steht dann, und es wird sich die Umsetzung anschließen. Sollten sich Veränderungen der Approbationsordnung für Ärzte ergeben, so wird das ein normales Verordnungsgebungsverfahren sein, in dem auch die Verbände beteiligt werden.

Der Prozess ist gegenwärtig zeitlich offen. Der Masterplan umfasst im Moment etwa 30 bis 40 Maßnahmen. Ich finde es schade, wenn man sich immer nur auf die strittigen drei großen Punkte Studienplätze, Landarztquote, Pflichtquartal Allgemeinmedizin im PJ konzentriert. Der Masterplan soll mehr sein als das, und das sollte in die Diskussion aufgenommen werden.

Vielen Dank!

Diskussion

Wissing
Es ist sicher wichtig, auch die anderen Punkte des Masterplans in den Blick zu nehmen, doch dazu sollte man wissen, um welche Punkte es sich handelt. Ein Punkt im Koalitionsvertrag ist die zielgerichtetere Auswahl der Studierenden. Welches Ziel soll angestrebt werden und was war bei der bisherigen Auswahl falsch oder unzureichend?

Beppel
Das Wort „zielgerichteter" steht so im Koalitionsvertrag. Dieser Begriff musste ausgelegt werden – ich würde ihn nicht zu wörtlich nehmen. Wenn man das Studium verändert und kompetenzorientiert ausrichtet, muss man auch die Prüfungen verändern. Denkt man umgekehrt, müssen sich bei einer Veränderung der Prüfungen die Ausbildungsinhalte und dann auch die Studienzulassung ändern. Unter Umständen müssen dann neue oder andere Kriterien angelegt werden.

Berneburg
Ich freue mich hier zu sein und will eine Kritik anbringen: Der Deutsche Ärztinnenbund ist immer wieder eingeladen worden, konnte aber nie teilnehmen, weil zur gleichen Zeit der Deutsche Ärztetag stattfindet. Ich bin Regionale Vorstandsbeauftragte der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern für den Bezirk Unterfranken. Hier wird die ganze Zeit über die Allgemeinmedizin gesprochen, dass dort ein Loch ist, dass es eine Unterversorgung gibt. Der Landesausschuss in Bayern hat für bestimmte Regionen eine Unterversorgung definiert. Wir haben ein Gebiet, in dem wir eine Unterversorgung mit Hautarztpraxen haben, wir haben eine Unterversorgung bei den Urologen. Bei den Plänen, das Studium mehr auf die hausärztliche Tätigkeit auszurichten, sollten neben der Allgemeinmedizin auch die übrigen Gebiete nicht vergessen werden. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sind 1.000 Facharztstellen bundesweit neu eingerichtet worden. Wie die Förderung der Fachärzte in diesem Gesetz geregelt werden soll, ist nicht ganz klar. Es werden sich aber in absehbarer Zeit 1.000 Ärztinnen und Ärzte auf diese Stellen bewerben, und sie wollen weitergebildet werden. Ich merke hier an, dass es auf Grund der Freiberuflichkeit des Arztberufes nicht möglich ist, ein Gebiet festzulegen. Wenn ein Medizinstudium auf die Allgemeinmedizin und die Niederlassung im ländlichen Bereich fixiert wird, nimmt es dem Studierenden diese Freiberuflichkeit und verstärkt zudem den Mangel in den anderen Facharztdisziplinen.

Beppel
Wir haben allgemein über die Stärkung des ambulanten Bereiches diskutiert. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Überlegungen über den hausärztlichen Bereich hinausgehen.

Frosch
Es betrifft sicher nicht nur die Niederlassung, denn die gleichen Versorgungsprobleme sehen wir auch in den kleineren ländlichen Krankenhäusern, wo sie, um hier in der Region zu bleiben, bei ihrer stationären Aufnahme Glück haben müssen, auf einen Deutsch sprechenden Arzt zu treffen.

Fischer
Vielen Dank für die sehr gute Darstellung des Prozesses. Wo kann man zu den 16 bis 17 Punkten, die zu erwarten sind, Informationen finden? Als ich als Vertreter der GMA im letzten Jahr zu genau den drei immer wieder angesprochenen Themenblöcken beteiligt wurde, gab es ebenfalls keine weiteren Informationen. Wie kann man sich insbesondere zur kompetenzorientierten Ausbildung und zum NKLM äußern?

Beppel
Wir haben uns im Ergebnispapier von den bisherigen Themenblöcken gelöst und versucht, einen roten Faden zu finden. Im Papier zu Themen und Verfahren, das Grundlage der Verbändebeteiligung war, waren die kompetenzorientierte Ausrichtung und der Lernzielkatalog dem Themenblock „Förderung der Praxisnähe" zugeordnet. Es ist also nicht neu. Sie haben dazu schon Stellung nehmen können.

Treede
Die AWMF freut sich über die Betonung der Wissenschaftlichkeit und die Nennung der Wissenschaftskompetenz in den Ausführungen zum Masterplan. Die AWMF schlägt schon seit einem Jahrzehnt vor, die Ausbildung zur Wissenschaftskompetenz mit einem kurzen Satz in § 1 der Approbationsordnung für Ärzte zu verankern. Das würde genügen, würde vieles bewirken und auch die Forderungen des Wissenschaftsrates vorantreiben. Nachdem Wissenschaft und Praxisnähe im Anfangsblock nebeneinander stehen, fehlt die Wissenschaft vollkommen im Rest der Approbationsordnung. Deswegen der Hinweis der AWMF auf das Wissenschaftsratspapier und auch auf das Arbeitspaket des NKLM. Nicht alles muss in der Approbationsordnung geregelt werden, denn vieles kann vor Ort umgesetzt werden.

Rutert-Klein
Als Vertreter des Rheinland-Pfälzischen Gesundheitsministeriums war und bin ich an der Erarbeitung des Masterplans mit beteiligt und möchte Frau Beppel beispringen. Dass das Thema Allgemeinmedizin bei der Diskussion um den Masterplan so in den Fokus gerückt wird, ist weder den Vertretern des BMG noch den übrigen am Masterplan Beteiligten anzulasten. Es ist vielmehr eine politische Vorgabe aus dem Koalitionsvertrag. Die Betonung der Allgemeinmedizin bedeutet nicht, dass in der weiteren gesundheits- und wissenschaftspolitischen Debatte nicht auch andere Facharztbereiche angesprochen werden, aber eben nicht im jetzigen Masterplan. Wie Sie wissen, sind manche der in der Öffentlichkeit diskutierten Vorschläge auch auf der politischen Ebene umstritten. Damit im Masterplan dennoch ein Ergebnis erzielt werden kann,

sich die beteiligten Gesundheits- und Wissenschaftsressorts von Bund und Ländern auf einen gemeinsamen Masterplan verständigen und nicht die Blamage entsteht, dass trotz der Aufgabe aus dem Koalitionsvertrag am Ende nichts herauskommt, war es erforderlich, einen geschützten Rahmen zu schaffen und sich strikte Vertraulichkeit zuzusichern. Ich weiß, dass das für alle nicht unmittelbar Beteiligten unbefriedigend ist, wir können dafür nur um Verständnis und noch für ein paar Wochen um Geduld bitten, bis Sie das Ergebnis des Masterplans präsentiert bekommen. Ich hoffe, dass er dann auch Ihre Unterstützung finden wird.

Rothkötter
Ich verstehe die politische Diskussion, möchte aber für die Fakultäten sehr klar sagen, dass Forderungen nach der Übernahme zusätzlicher Aufgaben durch die Fakultäten nicht kostenneutral sein können. Wenn im Masterplan neue Perspektiven für die Fakultäten benannt werden, muss gesichert sein, dass die Fakultäten diese Dinge auch leisten können. Das kostet manchmal auch Geld.

Hoffmann
Die im Vortrag als Schwerpunkte benannten Positionen treffen gleichermaßen für die Zahnmedizin zu. Wir wissen, dass Probleme in der medizinischen Ausbildung ein Jahrfünft später auch in der zahnmedizinischen Ausbildung auftreten werden. Im Masterplan wird die Zahnmedizin überhaupt nicht erwähnt. Wir wissen aus NKLM und NKLZ, dass bei einem gemeinsamen Agieren von Medizin und Zahnmedizin gute Ergebnisse entstehen können. Wie ist die Position des BMG dazu?

Beppel
Ich kann hier nur auf den Wortlaut im Koalitionsvertrag verweisen, der ausschließlich auf die Medizin bezogen ist. Wir sehen den Zusammenhang Medizin-Zahnmedizin und haben daher in dem Prozess die Zahnmedizin beteiligt, indem wir Bundeszahnärztekammer, VHZMK, DGZMK und BdZM um Stellungnahmen gebeten haben. Wir haben dieses Problem im Blick.

Gerlach

Gewünscht und gefürchtet: Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Frankfurt am Main

Lieber Herr Frosch,
meine sehr geehrten Damen und Herren,
Spectabiles!

Ich freue mich, dass ich heute zu Ihnen über die Rolle der Allgemeinmedizin sprechen darf und möchte Ihnen die Position unserer Fachgesellschaft zu den bisher in der Diskussion zum Masterplan Medizinstudium 2020 angesprochenen Punkten vorstellen.

Es ist sicherlich gut, sich die Ausgangslage des Medizinstudiums in seiner jetzigen Form mit Stärken und Grenzen noch einmal zu vergegenwärtigen: Es findet überwiegend in hochspezialisierten Kliniken der „Supramaximalversorgung" – so die Selbstbeschreibung des VUD – statt. In diesen Kliniken können die Studierenden die High Tech-Medizin nach dem State of the Art kennen lernen und erleben neueste, zum Teil experimentelle diagnostische und therapeutische Verfahren, zum Teil schon, bevor sie in die allgemeine Versorgung kommen. Es gibt dort eine forschungsgetriebene Lehre, und das ist es ja auch, was uns von den Fachschulen unterscheidet. Das wollen wir, und ich möchte an dieser Stelle betonen, dass Wissenschaftlichkeit kein Gegensatz zur Praxisnähe ist. Der Transfer von Wissenschaft in die Praxis muss stattfinden. Schließlich ist in den Universitätsklinika die Krankenversorgung auf höchstem technisch-wissenschaftlichem Niveau ein Kernelement der Ausbildung der Studierenden.

Das ist gut so – aber keinesfalls ausreichend! Und das war auch der Grund, warum dieses Thema in den Koalitionsvertrag der Bundesregierung aufgenommen wurde.

Das Medizinstudium in der eingangs beschriebenen Form hat eben auch Grenzen. Nur 0,5 % aller Patienten werden in den Universitätsklinika behandelt, hier zumeist auf der Ebene einer Tertiär- bzw. Quartärversorgung. Das hat zur Folge, dass hier eine besondere Medizin unter spezialisierten Bedingungen stattfindet. Die durchschnittlichen Liegezeiten betragen zwischen sechs und acht Tagen. Es sind oft schwer kranke Patienten, die als komplexe Hochkostenfälle für die Lehre oft nicht geeignet sind. Ganz wichtig erscheint mir auch, dass die rasante „Ambulantisierung" auch vor der Universi-

tätsmedizin nicht Halt macht. Es gibt Fächer, wie z.B. Augenheilkunde, Dermatologie, Diabetologie, Endokrinologie, Onkologie, in denen heute schon über 50 % aller Therapien ambulant ablaufen. Diese Veränderung muss sich zukünftig auch in der Aus- (und Weiter-)bildung niederschlagen, denn sie wurde bisher kaum berücksichtigt.

Nur wenige Universitätsklinika erwarten ein positives Ergebnis. Die meisten sind defizitär und erwarten zunehmend DRG-getriebene Mengenausweitungen. Stellvertretend nenne ich hier Wirbelkörperoperationen, Linksherzkatheter und Knieendoprothesen. Das ist den Umständen geschuldet und Ergebnis eines fehlgeleiteten Anreizsystems – aber es ist damit auch die Ausbildungsrealität, und unsere Studierenden lernen genau dieses hochproblematische System einer fehlgesteuerten Medizin kennen.

Hochspezialisierte Lehrer vermitteln hier Diagnostik und Therapie, die aufwendig, spezialisiert und teuer sind – aufwendiger, spezialisierter und teuerer als im gesamten Gesundheitssystem. Eine spätere Anwendung des hier Gelernten in der Grund- und Regelversorgung würde Überdiagnostik und Übertherapie sowie einen ineffizienten Ressourceneinsatz begünstigen.

Mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 werden drei Ziele verfolgt, die auch etwas mit dieser Realität der Medizin und den eben genannten Problemen zu tun haben, eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber, eine Förderung der Praxisnähe und die Stärkung der Allgemeinmedizin.

Die Ziele und Wünsche, mit denen die Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in die Diskussion des Masterplans gegangen ist, waren folgende:

- Ein Quartal in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen für alle Studierenden im Praktischen Jahr;
- Obligatorische Prüfung im Fach Allgemeinmedizin in der abschließenden mündlich-praktischen Staatsexamensprüfung (M3) für alle Studierende;
- Klarstellung: ganztägiges zweiwöchiges Blockpraktikum Allgemeinmedizin;
- Ergänzend (nicht alternativ zu PJ oder Blockpraktikum): Allgemeinmedizin als longitudinales Fach im Curriculum (regelmäßige Praxistage, u. a. zum Kennenlernen der Langzeitversorgung chronisch Kranker);
- Wahlpflichtfach Allgemeinmedizin als Angebot an allen Medizinfakultäten.

Ein kurzer Blick über den Gartenzaun mag die Lage der Allgemeinmedizin in der medizinischen Ausbildung in anderen europäischen Ländern verdeutlichen: In Belgien haben bereits vor mehreren Jahrzehnten Studierende wegen des Fachs Allgemeinmedizin im Medizinstudium gestreikt. Aber nicht gegen, sondern für eine feste Verankerung im Curriculum! Es wurde damals das Recht auf Ausbildung auch in ambulanten Praxen erkämpft und eine Verpflichtung zur einseitigen Ausbildung in Universitätskliniken abgelehnt. Eine länger dauernde Ausbildung in allgemeinmedizinischen

Lehrpraxen ist in vielen Nachbarländern (u. a. Niederlande, Großbritannien, Skandinavien) obligatorisch und breit akzeptierte Realität. Die Diskussion, die wir hier führen, würde dort gar nicht verstanden werden.

Ich möchte noch einmal den schon erwähnten § 1 der Approbationsordnung für Ärzte zitieren, in dem die Dinge stehen, die das, was ich hier gerade angeführt habe, bekräftigen. Dort heißt es: „Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. (…) Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, praktische Erfahrungen im Umgang mit Patienten, einschließlich der fächerübergreifenden Betrachtungsweise von Krankheiten und der Fähigkeit, die Behandlung zu koordinieren, (…) Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, (…), die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens fördern." Das ist genau das, was Allgemeinmediziner in Deutschland tagtäglich in ihrer Arbeit mit den Patienten tun, und das umfassender, als das ein Spezialist in der Supra- oder Maximalversorgung tun könnte.

Damit bin ich bei den Vorteilen, die eine Ausbildung in Lehrpraxen mit sich bringt. In den Praxen gibt es zahlreiche für Ausbildungszwecke geeignete Patienten, wesentlich mehr als in einem Universitätsklinikum. Wir haben in Frankfurt zum Beispiel 140 Lehrpraxen und 400 Forschungspraxen. Allein in den 140 Lehrpraxen haben wir durchschnittlich im Quartal 140.000 Patienten mit einem extrem breiten Krankheitsspektrum. Das führt dazu, dass die PJ-ler in der Allgemeinmedizin sagen: „Erst seit ich Allgemeinmedizin habe, weiß ich, dass nicht alle Kinder Leukämie haben." Natürlich wird in unserer Universitätskinderklinik eine hervorragende Therapie der Leukämie gemacht. Aber eine häufige Infektionserkrankung, wie eine Bronchitis oder eine Otitis media kommt dort nicht vor. Auch Frühstadien von Erkrankungen oder unspezifische Erkrankungen (z.B. Rückenschmerz) gibt es nur in der ambulanten, nicht aber in der stationären Versorgung.

Impfungen werden, vielleicht mit Ausnahme von Tetanus, an den Universitätsklinika kaum durchgeführt. Früherkennungsuntersuchungen dürfen, außer bei Neugeborenen, in den Universitätsklinika gar nicht durchgeführt werden. Kein Universitätsklinikum macht Hausbesuche. Die Altenheim- und Pflegeheimversorgung, die Langzeitversorgung chronisch Kranker – über die sechs bis acht Liegetage und über die Spezialfälle hinaus – erlebt der Studierende nur in der ambulanten Versorgung. Der Umgang mit Multimorbidität und Multimedikation ist die (!) Herausforderung im deutschen Gesundheitswesen der Zukunft – 80 % der Kosten werden von 20 % chronisch Kranker verursacht, über 50 % der Patienten haben gleichzeitig mehrere chronische Erkrankungen.

Das alles bedeutet, dass die Ausbildung im ambulanten Bereich eine größere Breite

und Tiefe der Ausbildung für Alle impliziert. Sie kann zusätzlich (!) zur stationären Ausbildung das bieten, was in den Universitätsklinika allein nicht möglich ist.

Ein Spezifikum der allgemeinmedizinischen Ausbildung ist die Betreuungsintensität, denn wir bieten eine 1:1-Betreuung. Hier gibt es die Möglichkeit des Lernens am Modell, inklusive des Lernens ärztlicher Einstellungen oder Haltungen. Es erfolgt die Vermittlung praktisch relevanter und unverzichtbarer Basisfertigkeiten, wie der ärztlichen Gesprächsführung – in der Sprechstunde das Kernwerkzeug, der Anamneseerhebung und auch von Fertigkeiten der klinischen Untersuchung.

Die Studierenden lernen eine ressourceneffektive Medizin in der Praxis kennen. Wir können es uns in der ambulanten Praxis nicht leisten, bei jedem unspezifischen Rücken- oder Kopfschmerz ein CT anzufertigen, weil das eine andere Versorgungsstufe ist. Eine bessere Kenntnis des hausärztlichen Versorgungsbereichs fördert darüber hinaus die spätere Kooperation zwischen Ärzten unterschiedlicher Versorgungsebenen bzw. Fachdisziplinen. Wenn ein Studierender, der jetzt schon genau weiß, dass er später einmal Psychiater oder Chirurg wird, einige Wochen oder Monate seiner sechsjährigen Ausbildung in einer Hausarztpraxis verbringt, wird er sein Leben lang davon profitieren. Er wird wissen, was Hausärzte können, unter welchen Bedingungen sie arbeiten, welche Grenzen sie haben. Die spätere Kooperation von Haus- und Fachärzten wird davon profitieren.

Es gibt in Deutschland aktuell bereits über 5.000 akkreditierte akademische Lehrpraxen. Die Akkreditierung erfolgt nach Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und der Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA), und das garantieren wir auch flächendeckend. Insgesamt wird die Qualität der ambulanten Ausbildung durch die Einbeziehung akademischer Lehrpraxen breiter und besser.

Uns liegen inzwischen auch Evaluationsergebnisse vor, die das hier Gesagte bekräftigen. Das Blockpraktikum Allgemeinmedizin, welches für alle Studierenden über 14 Tage obligatorisch ist, hat durch das Kennenlernen allgemeinmedizinischer Tätigkeit in akademischen Lehrpraxen eine motivierende Wirkung. Danach steigt der Anteil Studierender, die eine Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin erwägen oder konkret beabsichtigen. Das gilt auch für das PJ, obwohl es dort nur die bereits besonders motivierten Studierenden für vier Monate fakultativ absolvieren: Wir sehen eine weitere Verfestigung des Berufswunsches Hausarzt und eine sehr hohe Zufriedenheit mit der 1:1-Betreuung. Die Studierenden haben hier ein eigenes Sprechzimmer, sehen in den vier Monaten PJ oft mehr Patienten als im gesamten Studium vorher. Durch das oft vorhandene Mentorenverhältnis zum Lehrarzt erleben wir deutliche Kompetenzzuwächse, insbesondere bei der Anamneseerhebung, der Kommunikation, der Arzt-Patienten-Beziehung und der körperlichen Untersuchung. Das ist auch in zwei Publi-

kationen (Böhme et al. 2013, Schäfer et al. 2009*) so nachzulesen. Insgesamt finden wir als wichtigen Sekundärnutzen eine höhere Motivation zur Weiterbildung.

Es gibt somit zwei Ziele, die man durch eine Stärkung der Allgemeinmedizin im Medizinstudium erreichen kann: Zum einen eine breitere, realitätsnähere, versorgungsadäquatere und (damit) qualitativ verbesserte Ausbildung für alle Studierenden sowie zum anderen eine Fachkräftesicherung, insbesondere im Fach Allgemeinmedizin. Erst wenn Studierende ein Fach wirklich kennen lernen, können sie sich bewusst dafür oder dagegen entscheiden. Wir sind davon überzeugt, dass sich viele für das Fach Allgemeinmedizin entscheiden werden.

Lassen Sie mich an dieser Stelle anmerken, dass die Fakultäten die Landeszuführungsbeträge für Forschung und Lehre zu 100 % aus Steuermitteln erhalten. Medizinstudierende profitieren von einer für sie weitgehend „kostenlosen" Ausbildung, die von Bürgern, d.h. Steuerzahlern mit je ca. 200.000 Euro finanziert wird. Die Bürger erwarten, dass wir Ärztinnen und Ärzte ausbilden, die sie in der Zukunft versorgen können und werden. Wir reden heute darüber, wie die Absolventen, die mit einem Masterplan 2020 ausgebildet werden, dann 2026 oder 2030 in der Versorgung tätig werden. Die Frage, was Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2030 oder 2040 können müssen, welchen Herausforderungen sie sich stellen müssen, ist keine ideologische, sondern eine fachliche Frage. Daraus resultiert für uns als Ausbildende auch eine gesellschaftliche Verantwortung.

Wir haben uns um eine praktische Umsetzung sehr intensiv Gedanken gemacht und halten eine Umstellung der Ausbildung 2020 bei schrittweiser Vorbereitung für realistisch. Der Bedarf an Lehrärzten würde bei einer kompletten Umsetzung eines PJ-Quartals für alle Studierenden bei ca. 5.000 (falls bei etwa 10.000 Absolventen zwei PJ-Studierende je Praxis und Jahr ausgebildet werden), minimal bei 2.500 Lehrärzten (falls vier PJ-Studierende je Praxis und Jahr ausgebildet werden) liegen. Es gibt aktuell bundesweit bereits gut 5.000 aktive Lehrärzte, die die dezidierten Anforderungskriterien von DEGAM und GHA erfüllen. Das reicht aber nicht aus, denn wir brauchen Lehrärztinnen und -ärzte für das Blockpraktikum und nicht jeder qualifizierte Lehrarzt verfügt über die für die Lehre geeigneten Räumlichkeiten. Somit müssten wir bei einer kompletten Umsetzung eine zusätzliche Rekrutierung von geschätzt ca. 2.500 neuen Lehrärzten, das entspricht durchschnittlich ca. 68 neuen Lehrpraxen je Standort bei insgesamt 54.000 Hausärzten bundesweit, einplanen. Diese Zahl an neuen Lehrärzten ist überschaubar, und wir können dabei immer noch die besten, motiviertesten und qualifiziertesten auswählen.

---

* Böhme K, Kotterer A, Simmenroth-Nayda A. Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr - eine Lösung für Nachwuchsprobleme in der hausärztlichen Versorgung? Z Allgemeinmed 2013; 89: 48-54.

Schäfer HM, Sennekamp M, Güthlin C, Krentz H, Gerlach FM. Kann das Blockpraktikum Allgemeinmedizin zum Beruf des Hausarztes motivieren? Z Allgemeinmed 2009;85;206-209.

Dies alles würde eine fachliche Flankierung durch das bereits vorhandene PJ-Logbuch für das Tertial Allgemeinmedizin, ein Train the Trainer-Programm, Prüfertraining, Evaluation und Qualitätssicherung erfahren. Die DEGAM und die GHA sind bereit, ein Nationales Entwicklungsprogramm – insbesondere für „schwache" Standorte – aufzulegen.
Dass wir in der Allgemeinmedizin schon einiges erreicht haben, soll das Kartenbild mit den Standorten der Lehrstühle belegen (Abbildung 1). Gegenwärtig gibt es bereits an 30 von 38 Standorten eigenständige Institute oder Abteilungen für Allgemeinmedizin, und es laufen fünf Berufungsverfahren (Bochum, Essen, Halle, Ulm, Würzburg). Die hellblau markierten fünf Standorte haben mindestens eine Wissenschaftlerstelle in der Allgemeinmedizin.

Abb. 1: Abteilungen oder Institute für Allgemeinmedizin in Deutschland 2016.

Mit fünf laufenden Berufungsverfahren ist die volle akademische Etablierung in Kürze an vier von fünf Standorten (32 von 38 = 84 %) erreicht. Die restlichen Fakultäten und der dafür erforderliche qualifizierte Nachwuchs werden in den kommenden geschätzt ca. fünf bis zehn Jahren schrittweise folgen. Daher ist die Etablierung neuer Lehrstühle aktuell auch keine prioritäre und vor allem keine allein ausreichende Forderung.

Natürlich können mit der Umsetzung des Masterplans auch Elemente gestrichen werden. So könnte die vierwöchige Pflichtfamulatur in hausärztlichen Praxen bei Einführung eines PJ-Quartals Allgemeinmedizin entfallen. Generell sollten in der Weiterbildung zu erwerbendes Wissen und ebensolche Fertigkeiten auf Facharztniveau nicht in der Ausbildung bzw. im Studium vermittelt werden. Eine Zuordnung von Kompetenzen zu Aus- oder Weiterbildung und eine konsequente Trennung der Lernziele könnte Studieninhalte fokussieren und maßgeblich entlasten. Würde man Aus- und Weiter-

bildung als eine kontinuierliche Qualifizierungsphase betrachten, könnten zahlreiche Inhalte, die heute noch im Studium vermittelt werden, dann in der folgenden Stufe, der Weiterbildung umgesetzt werden, ohne dass die Wissenschaftlichkeit des Studiums leiden würde.

Lassen Sie mich ein Fazit ziehen und einen Ausblick versuchen:

- Die Allgemeinmedizin ermöglicht im Studium mehr Breite, mehr Realitätsnähe und damit auch eine versorgungsadäquatere und qualitativ verbesserte Ausbildung für alle Studierenden!
- Die „Ambulantisierung" der Medizin ist unaufhaltsam. Dieser Entwicklung muss auch in der Ausbildung Rechnung getragen werden, um den Anforderungen einer Medizin der Zukunft gewachsen zu sein!
- Netzwerke von akademischen Lehr- und Forschungspraxen eröffnen für Medizinische Fakultäten und Universitätsklinika wichtige Zukunftschancen: Versorgungsforschung, klinische Praxisforschung, regionale integrierte Versorgung etc. Die Möglichkeiten reichen hier von Vertragslösungen über gemeinsame elektronische Patientenakten, bis hin zu geplanter sektorenübergreifend integrierter Versorgung.

Um eine Diskussion anzustoßen, sage ich hier mit aller Deutlichkeit: Die DEGAM ist bereit, sachgerechte Kompromissformulierungen im Masterplan zu unterstützen! Ein aus Sicht der DEGAM sinnvoller Kompromiss könnte konkret folgendes beinhalten:

1. Aufteilung des Praktischen Jahres in vier Quartale.
2. Einführung eines ambulanten Quartals in einer vertragsärztlichen Praxis und nicht ausschließlich in einer Hochschulambulanz – neben einem frei wählbaren Quartal.
3. Mündlich-praktische Prüfung im Fach Allgemeinmedizin für alle Studierenden im abschließenden Staatsexamen (M3). Damit würde genau der Inhalt von § 1 der Approbationsordnung in einer verbindlichen Überprüfung des Zielerreichungsgrads umgesetzt werden, und dem Aspekt der Stärkung der Allgemeinmedizin aus dem Koalitionsvertrag wäre in sinnvoller Weise Rechnung getragen.
4. Falls die Optionen 1., 2. und (!) 3. umgesetzt werden: Wegfall der Pflichtfamulatur in hausärztlichen Praxen.

Dieses Paket stellen wir uns als sinnvollen Kompromiss vor und wünschen es uns auch, denn es wäre für die deutsche Hochschulmedizin und die Ausbildung der Studierenden sinnvoll. Wenn Sie sich überzeugen wollen, auf welchem akademischen Niveau die Allgemeinmedizin in Deutschland inzwischen angekommen ist, lade ich Sie zum 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der DEGAM vom 29. September bis 1. Oktober 2016 nach Frankfurt am Main ein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Diskussion

Marschall
Ich stimme mit vielen Ihrer Punkte völlig überein, was die Ausbildungsziele angeht. Aus meiner langjährigen Erfahrung als Studiendekan sehe ich jedoch zwei Probleme. Zum einen versuchen Sie, die Ausbildungsziele methodisch mit Präsenzverpflichtungen zu erreichen, d.h. mit Verpflichtungen für die Studierenden, in bestimmten Bereichen zu agieren, ohne dass die strukturellen oder methodischen Punkte, die dazu erforderlich sind, adäquat berücksichtigt werden. Sie mahnen zu Recht an, dass die Ausbildung in den Universitätsklinika durch Spezialisten durchgeführt wird, die Universitätsklinika haben aber auch ein Selbstkorrektiv im Prozess. Ich sehe es als eine Gefahr, dass die Studierenden in einer Praxis nur von einem Individuum unterrichtet werden und das Selbstkorrektiv der Arbeitsgruppe wegfällt. Das lesen wir so auch in den Kommentaren der Studierenden zu den Blockpraktika.

Als zweite Gefahr sehe ich den Versuch, durch Präsenzen in den Praktika/Famulaturen etwas erreichen zu wollen, was einer strukturellen Unterfütterung bedarf. Wir haben mit einer neuen Generation von Studierenden zu tun, die mit adäquaten Methoden anstelle von Präsenzverpflichtungen ausgebildet werden will.

Gerlach
Die gesamte Approbationsordnung ist eine einzige Präsenzverpflichtung. Das gilt für alle Fächer und alle Vorgaben, nicht nur für die Allgemeinmedizin. Die Präsenz ist das Instrument, welches die Approbationsordnung nutzt, sie definiert die Lehr- und Lernziele und die Wege, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen. Ich verstehe nicht so ganz, warum man gerade bei der Allgemeinmedizin so sehr an verpflichtenden Dingen Kritik übt, die in anderen Fächern gar nicht zur Disposition stehen.

Zum Qualitätszweifel muss ich auf die bundesweite Evaluation der verschiedenen Fächer verweisen. Dabei steht die Allgemeinmedizin mindestens unter den „Top Ten“, meist sogar in den „Top Five“. Wir als Fachgesellschaft sichern die Qualität der Ausbildung durch strukturierte Logbücher, durch die DEGAM-Leitlinien als Unterrichtsmaterial, durch entsprechende Leistungsüberprüfungen, durch Lehrqualitätszirkel, durch Supervision und durch die Akkreditierungen. Ich möchte hier behaupten, dass die durchschnittliche Lehrqualität in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen jedem Vergleich standhält. Das soll nicht heißen, dass es nicht auch Praxen geben wird, wo es noch nicht optimal läuft – da müssen wir im Einzelfall sicher gegensteuern.

Wenn eine Stärkung der Allgemeinmedizin im Masterplan umgesetzt wird, erwarte ich, dass das PJ in Allgemeinmedizin ab etwa 2025 Realität wird. Bis dahin haben wir noch genügend Zeit, entsprechend nachzurüsten. Unsere akademischen Fachvertretungen sind dazu bereit.

Fischer
Die Kompetenzorientierung ist wichtig. Wir haben im NKLM jahrelang darum gerungen, wo dort welches Fach steht. Jetzt wird wieder sehr fachbezogen und mit der Versorgungslogik argumentiert. Wir sollten hier nicht über Versorgungslogik streiten, sondern unsere Studierenden befähigen, nicht nur im universitären Kontext zu agieren. Ohne Zweifel ist die Allgemeinmedizin unverzichtbar – was spricht aber dagegen, der Formulierung der GMA zu folgen und die ambulante, primärärztliche Versorgung insgesamt in den Blick zu nehmen? Dort kann man auch die Internisten und Pädiater und alle anderen Fächer, die ambulant betreuen, mit einbeziehen. Das erscheint mir besser, als Fachprofilierungen mit Kompetenzen oder Versorgungsengpässen gegeneinander auszuspielen. Es muss um handlungskompetente Ärztinnen und Ärzte gehen, die nach ihrem Studium weiterbildungsbefähigt sind.

Gerlach
Unser Vorschlag lockert den Fachbezug erheblich, denn mit „ambulanter vertragsärztlicher Versorgung" hat der Studierende über 50 Versorgungsdisziplinen zur Auswahl. Wir sollten aber bedenken, dass es nicht die eine Kompetenz gibt, die in jedem Versorgungsbereich gleich ist. Beispielsweise unterscheidet sich eine ambulant erworbene Pneumonie in der Hausarztpraxis gravierend von der Pneumonie im stationären Bereich oder gar von einem Beatmungspatienten mit MRSA auf der Intensivstation. Es ist immer die Pneumonie, die ich auskultiere und antibiotisch behandeln werde – aber es ist eine versorgungsstufenspezifische Behandlung. Da sich die ambulante Therapie von der stationären unterscheidet, muss man auch im Kontext das Setting, die Prävalenz, das Keimspektrum, die Resistenzlage und die entsprechend zu fokussierende Strategie in den unterschiedlichen Versorgungsstufen kennen. Der Vorschlag, die primärärztliche Versorgung als Gegenstand zu wählen, stimmt mit unseren Ideen völlig überein.

Die in Deutschland häufig disziplinär geführten Diskussionen, etwa ambulant versus stationär, Hausärzte versus Fachärzte, Ärzte versus andere Gesundheitsberufe sind grundsätzlich deplatziert. Das muss von uns allen überwunden werden und diese Überwindung muss in der Aus- und Weiterbildung und in der Versorgung stattfinden. Die sektorale Versäulung unseres Gesundheitswesens behindert uns an ganz vielen Stellen. Ich will hier damit nicht der Beliebigkeit das Wort reden oder gar für eine Gleichmacherei auftreten.

Frosch
Ich will die Beschreibung der Universitätsmedizin als ausschließlichem Supramaximalversorger doch etwas kritisch hinterfragen. Es gibt genügend universitätsmedizinische Standorte in Deutschland, die einen breiten Versorgungsauftrag haben, deren Notfallaufnahmen überlaufen und die eine umfangreiche ambulante Versorgung im Territorium übernehmen. Daher kann ich nicht nachvollziehen, dass die Hochschulambulanzen nicht in das Konzept einer verstärkten ambulanten Ausbildung einbezogen werden.

Gerlach
Wenn alle Standorte solche Versorgungsleistungen wie z.B. Marburg oder Greifswald übernehmen würden, wäre eine solche Einschränkung auch nicht nötig. Es gibt aber auch Berlin, Frankfurt am Main oder Hamburg, wo das stattfindet, was ich in einem Schwarz-Weiß-Kontrast dargestellt habe. Das Überlaufen der Notfallambulanzen ist im Übrigen eine dringend korrekturbedürftige Fehlinanspruchnahme, die so nicht bleiben kann und darf. Wir setzen uns als Gesellschaft an anderer Stelle dafür ein, dass die Fehlinanspruchnahme von Rettungsdiensten oder Klinikambulanzen insgesamt durch Steuerung auf der Patientenseite und Veränderung der Anreizsysteme abgebaut wird. Der augenblickliche Fehlsteuerung kann nicht die Basis der Ausbildung von Ärzten im Jahr 2030 sein.

Völker
Ich vertrete die Studierenden im Hartmannbund. Mir erscheint das hier vorgestellte Konzept der Ausbildung als ein denkbares Modell. In Witten ist die Allgemeinmedizin breit aufgestellt, und ich hätte als Studierender auch kein Problem, in kurzer Zeit einen Praktikumsplatz Allgemeinmedizin im Nahbereich zu finden. An anderen Standorten ist das nicht der Fall. Ich habe die Sorge, dass sowohl die Motivation als auch der Aufwand Hinderungen bilden werden, wenn man für das Praktikum weite Wege zu einer Praxis zurücklegen müsste. Ist es denn in der kurzen Zeit leistbar, nicht nur die Zahl der benötigten Fachärzte als Lehrärzte für Allgemeinmedizin, sondern sie auch möglichst nahe der Hochschulstandorte zu rekrutieren?

Gerlach
Es gibt dafür Lösungen. In unseren Nachbarländern wird das auch gemacht, und auch in Deutschland gibt es solche Lösungen. Ich habe selbst in Frankfurt erlebt, dass unsere Studierenden das PJ eben nicht am Standort Frankfurt machen, sondern weg von der Universität wollen. Wenn das Ganze durch entsprechende Vergütungen oder Aufwandsentschädigungen flankiert wird, wenn es auf hohem Niveau läuft, ist es eher eine Chance als ein Problem. Man muss für die Lösungen arbeiten, und ich will das auch nicht verharmlosen. Wir werden dieses Problem aber lösen, weil wir die Zeit dafür haben. Eine Gegenfinanzierung für diese Maßnahmen muss allerdings Teil des Masterplans sein.

Pfeilschifter
Vielen Dank für den Vortrag, dem ich in vielen Punkten zustimme. Andererseits sind wir als Fakultäten gerade im Umsetzungsprozess der letzten Änderung der Approbationsordnung für Ärzte und müssen bis 2019 jedem Studierenden, der es wünscht, ein Tertial Allgemeinmedizin im PJ ermöglichen. Warum verlassen wir uns nicht darauf, wenn die Allgemeinmedizin in den Bewertungen so hoch gerankt wird oder in Belgien die Studierenden sogar für sie demonstriert haben, dass unsere Studierenden mit der Freiheit, mit der sie im deutschen Hochschulsystem wählen sollen und dürfen, sich in der bisherigen Tertialstruktur in hinreichender Zahl für die Allgemeinmedizin ent-

scheiden werden? Sind die Allgemeinmediziner nicht zu ungeduldig und ihre Fachgesellschaft nicht zu vorwärtsdrängend mit ihren Vorschlägen?

Gerlach
Das kann mein Dekan sehr gut sagen, weil er weiß, dass die Allgemeinmedizin in Frankfurt auch bei den Studierenden einen guten Stand hat. Man muss aber realistisch sein und könnte die gleiche Frage auch in Richtung Tertial in Chirurgie oder Innerer Medizin stellen. Warum sollte man den Studierenden diese beiden Fächer vorschreiben? Ich glaube, dass das eine Grundsatzfrage ist. In Mannheim gibt es bereits ein quartalisiertes PJ mit einem Ambulanzquartal, dort gibt es leider keinen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und damit auch keine Ausbildung in diesem Fach im PJ. Wenn der Masterplan aus guten Gründen die Stärkung der Allgemeinmedizin zum Ziel hat, muss auch etwas Konkretes dazu darin stehen. Die Wahlfreiheit erhöht sich durch die jetzt vorgeschlagene Änderung ja sogar erheblich. Die Kosten werden nicht ansteigen, weil die Dauer der PJ-Abschnitte von vier auf nur noch drei Monate sinkt.

Treede
Wir hatten auch mit der AWMF über diese Dinge gesprochen, und ich würde dringend nahelegen, dass man mit Herrn Obertacke das Mannheimer Modell prüfen sollte. Im Vortrag wurden die Ambulantisierung und die Repräsentation der Grundversorgung angesprochen. Für die Repräsentation der Grundversorgung wäre ein longitudinales Curriculum wichtig, in Mannheim übernimmt diese Anteile die Arbeitsmedizin mit einem Praxisnetz, insofern können wir den fehlenden Lehrstuhl Allgemeinmedizin ein wenig ausgleichen. Für das Quartal der ambulanten Medizin nutzen wir nicht nur vertragsärztliche Praxen, sondern auch Hochschulambulanzen. Der Grund dafür war, dass gerade die Hochschulambulanzen einbezogen werden mussten, um ein breiteres Spektrum an Erkrankungen in der Ausbildung präsentieren zu können. Am Beispiel Rückenschmerz kann ich sagen, dass wir zwar über keine Schmerzbetten verfügen, der Rückenschmerz wird aber im ambulanten Quartal abgehandelt. Wir müssen aufpassen, dass ein Teil der genannten Probleme nicht zwingend den Unterricht bei Vertragsärzten erfordert, auch dürfen wir die Hochschulambulanzen nicht grundsätzlich ausschließen, denn dort findet z.B. ein nicht geringer Teil der ambulanten Onkologie statt. Herr Obertacke, der unser Ausbildungskonzept für das PJ wesentlich mit entworfen hat, war der Vertreter des MFT bei der Anhörung zum Masterplan im November 2015, und er war sehr enttäuscht, dass dort nicht mehr Details vorgestellt wurden. Als einen Kompromiss schlage ich vor, dass man die Vertragsärzte in der Lehre zwingend braucht, aber auch die wichtige Rolle der Hochschulambulanzen nicht unter den Tisch fallen lässt.

Gerlach
Der Rückenschmerz, der von einem Anästhesisten in einer spezialisierten Ambulanz behandelt wird, ist ein anderer Rückenschmerz als der unspezifische Rückenschmerz, den wir in der Primärversorgung sehen. Ich habe nichts gegen eine Einbeziehung der

Hochschulambulanzen in die Lehre, es kann aber nicht das ausschließliche Modell sein. Es muss auch die Grundversorgung in der ambulanten Ausbildung vorkommen. Eine völlige Freigabe des Curriculums sehe ich mit Sorge, denn die Studierenden lernen letztlich das, was auch geprüft wird. Wenn etwas nicht geprüft wird, ist es nicht wichtig und wird nicht gelernt. Deshalb unsere Forderung nach einer Prüfung in Allgemeinmedizin. Unser Kompromissvorschlag sieht ja vor, dass nicht alle Studierenden in eine Praxis der Allgemeinmedizin gehen, sondern die Allgemeinmedizin zu einem Wahlfach zu machen, wobei mehr Wahlfreiheit als jetzt gegeben sein wird. Ein teilweises, aber nicht ausschließliches Einbeziehen der Hochschulambulanzen in das Wahlquartal des PJ ist ja durchaus vorstellbar.

Heilani

Sichtweise der Studierenden

Myriam Heilani
Stellvertretende Bundeskoordinatorin der AG Medizinische Ausbildung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschlands (bvmd), Berlin

Sehr geehrter Herr Prof. Kroemer,
liebe Damen und Herren,
liebe anwesende Studierende!

Wir freuen uns sehr, dass die DEGAM von ihren Forderungen nach einem Pflichtquartal Allgemeinmedizin Abstand genommen hat. Das ambulante Wahlquartal ist aus unserer Sicht eine Verbesserung gegenüber den ursprünglichen Forderungen. Wie immer steckt aber der Teufel im Detail, und das Kleingedruckte muss auch hier noch einmal explizit ausdiskutiert werden.

Ich möchte mit Ihnen über andere Dinge als die Allgemeinmedizin reden: In der letzten Woche gab es in der Studierendenschaft große Aufregung. Es fand an über 20 Medizinischen Fakultäten bundesweit der Aktionstag zum Masterplan Medizinstudium 2020 statt. Allein in München, Erlangen und Leipzig sind über 1.000 Studierende zusammengekommen, um für eine faire Studienreform zu protestieren.

Warum gehen Studierende auf die Straße und was genau hat diesen Protest motiviert? In Artikel 5, Absatz 3 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland ist die Freiheit von Forschung, Lehre und Studium verankert. Den ersten und zweiten Punkt kennen alle – die Freiheit der Forschung, die Freiheit, Lehrveranstaltungen frei zu gestalten und die Lehrmeinung frei zu äußern. Nur die letzte Freiheit, die Freiheit des Studiums, wird nur allzu leicht vergessen. Die Studierenden können frei wählen, welche Lehrveranstaltungen sie besuchen, und auch, ob sie eine Prüfung ablegen wollen.

Eigentlich müssten wir von Freiheit von Forschung, Lehre und Lernen sprechen. Aus diesem Freiraum erwachsen für die Studierenden einmal mehr, einmal weniger Gestaltungsmöglichkeiten im Hinblick auf die akademische Ausbildung. In der Medizin haben wir gar keinen Spielraum. Die Medizin ist das verschulteste Studium in Deutschland. Es gibt im Wesentlichen nur drei Wahlmöglichkeiten, denen sich ein Medizinstudierender während seines Studiums stellt: Wo mache ich meine Doktorarbeit? Wo

leiste ich meine Famulaturen ab? Und gegen Ende des Studiums: Sollte ich nicht doch lieber zu McKinsey gehen?
Während die letzte Frage nicht ganz ernst gemeint war, zeigen die beiden anderen doch recht eindrücklich, als welches Korsett das Medizinstudium vor den Studierenden steht.

Wenn man jetzt dazu übergeht, das Medizinstudium von heute mit dem Medizinstudium von damals zu vergleichen, dann fällt eine deutliche Zunahme an verpflichtenden Inhalten auf: Präsenzpflichten, verpflichtende Praktika und das zwingende Abprüfen jedes noch so kleinen Detailwissens. Das alles schnürt uns Studierenden die Luft zum Atmen ab.

Dabei wünschen wir uns doch alle Ärztinnen und Ärzte, die eigenverantwortlich und selbständig denken und handeln. Der Grundstein einer solchen Verantwortlichkeit wird doch im Studium gelegt. Bevormundung in der Erwachsenenbildung kann kein eigenständiges Denken hervorrufen.

Insofern war der studentische Protest aus Belgien, den Sie, Herr Prof. Gerlach, vorhin erwähnt hatten, interessant, denn es ist nicht der Punkt, dass die Studierenden für oder gegen die Stärkung der Allgemeinmedizin protestieren. Der Punkt ist, dass wir gegen eine Bevormundung sind und wir mehr Perspektiven im Studium geboten bekommen möchten.

Bei der Umsetzung eines jeglichen Vorhabens sollten Sie immer die Akzeptanz der Studierenden im Hinterkopf behalten. Sie spielt eine Schlüsselrolle, wenn Sie wollen, dass Maßnahmen Erfolg zeigen. Hier kann ich Ihnen nur sagen: Nehmen Sie die Studierenden mit und beziehen Sie sie von Anfang an in die Projekte mit ein! Wenn die Studierenden von Anfang an dabei sind, ist die Chance, dass sie die Projekte annehmen viel größer, als wenn sie aufoktroyiert werden.

Wenn Sie nach meinem Plädoyer für akademische Freiheit nun fragen, woher denn der ganze Freiraum für die individuelle Schwerpunktsetzung im Studium kommen soll, denn Sie müssen schon so viel medizinisches Wissen kontinuierlich in das Studium pressen, antworte ich, dass das nicht sein muss. Nicht jedes Detailwissen muss durch eine Klausur abgeprüft werden, deren Fragenzahl so gering ist, dass sie meinen Wissensstand im Fach nicht abbildet. Das Studium soll mich auf jegliche Facharztweiterbildung vorbereiten. Ich muss also keine halbe Internistin sein, wenn ich meine Approbation erhalte.

Was wir stattdessen brauchen, ist eine Fokussierung der Studieninhalte auf ein Kerncurriculum. Das schafft den nötigen Platz für die Freiräume im Studium. Der Wissenschaftsrat hat eine Schaffung eines Wahlpflichtbereiches von etwa 20 % im Stu-

dium vorgeschlagen. Nötig dazu ist, dass sich die Lehrenden und die Fachgesellschaften an ihre Nasen greifen und die Lernziele nach der nötigen Relevanz überprüfen.

Es soll das interprofessionelle Lernen ermöglicht werden. Es muss auch sichergestellt werden, dass die Fakultäten die Erprobungsphase des NKLM vorantreiben. In einer gemeinsamen Stellungnahme der Studierenden, von VUD, MFT und AWMF haben wir vor einigen Wochen einen breiten Konsens zu diesem Thema erreicht. Den Fakultäten, die bisher Schwierigkeiten in der Umsetzung haben, kann ich nur ans Herz legen, den Austausch mit den anderen Fakultäten zu suchen. Beispielhaft ist das erst in der vergangenen Woche passiert, als das Frankfurter Dekanat im Austausch mit Frau Dr. Lammerding-Köppel erfahren hat, wie curriculares Mapping am Beispiel der Universität Tübingen unter Einbindung der Studierenden funktionieren kann.

Was ich außerdem an meiner Fakultät in Frankfurt gerade beispielhaft erlebe, ist die Rolle, die die Allgemeinmedizin in der Vermittlung zentraler Kompetenzen für den Arztberuf einnehmen kann. In Frankfurt ist es das Institut für Allgemeinmedizin, welches das Promotionskolleg organisiert. Es organisiert auch Landarzt- und Hausarzttreffs und kann mit einer wunderbaren Betreuung der Studierenden punkten. Durch die Anamnesekurse können kommunikative Kompetenzen vermittelt werden. Mit diesem longitudinalen Ansatz der Vermittlung von Kompetenzen kann die Allgemeinmedizin das breite Spektrum der Krankheitsbilder vermitteln.

Wir Studierende teilen im Übrigen die Befürchtung, dass bei der Umsetzung der Studiumsreform Masterplan 2020 auch symbolpolitische Forderungen Anklang finden könnten, wie z.B. die Landarztquote, und dabei wichtige Forderungen, wie die Interprofessionalität, das Kerncurriculum oder festgeschriebene Lehr- und Lerntage im Praktischen Jahr scheitern könnten. Die Reform mag ja versorgungspolitisch begründet sein, doch wir Studierende mussten auch erkennen, dass unser Studium Spielball sehr gegensätzlicher Interessen ist. In diesem Zusammenhang können wir nur an die Politik appellieren, die Reform so umzusetzen, dass sich das Medizinstudium tatsächlich weiterentwickeln kann.

Dass diese Themen Relevanz haben, zeigt der sogenannte „Black Wednesday“ (Abbildung 1). Das ist der erste Mittwoch im August eines jeden Jahres im National Health Care System in Großbritannien. An diesem Tag tritt die erste Kohorte der jungen Absolventen des Studiums ihre Tätigkeit in den Krankenhäusern an. An diesem Tag ist die Patientenmortalität im Vergleich zum Vormonat um 6 % höher. In den Medien wird das reißerisch formuliert, und es gibt wohl eher eine Korrelation als eine Kausalität. Solche Zahlen geben aber grundsätzlich über den Einfluss der medizinischen Ausbildung auf das Patientenoutcome zu denken. In einer Studie im *New England Journal of Medicine* zur strukturierten Patientenübergabe wurde nachgewiesen, dass Interventionen, wie Übergabe- und Kommunikationstrainings, zu einer Fehlerreduktion von etwa 23 % führten.

Mail Online

Home | News | U.S. | Sport | TV&Showbiz | Australia | Femail | Health | Science | Money |

Latest Headlines | Health | Health Directory | Health Boards | Diets

Black Wednesday: Today junior doctors will start work - and cause A&E death rates to increase by SIX per cent

- Today is one of the most dangerous days of the year to go to an Accident and Emergency Department
- It is the day junior doctors start work and more experienced doctors swap departments
- Heart attack and stroke patients today are eight per cent more likely to die than they were last Wednesday

By EMMA INNES

PUBLISHED: 11:27 GMT, 7 August 2013 | UPDATED: 12:53 GMT, 7 August 2013

Abb. 1: Internetpublikation zum sogenannten „Black Wednesday“ in Großbritannien

Die Bedeutung der Lehre in der Krankenversorgung macht vor allem eines deutlich: Wenn es uns auf das Patientenoutcome ankommt, muss Lehre wieder attraktiv werden. Es gibt so viele, die eine exzellente Lehre machen. Das muss auch honoriert werden! Dazu müssen langfristig attraktive Karrierewege in der Ausbildung und Ausbildungsforschung geschaffen werden. Diese müssen eine echte Alternative zu den üblichen Karrierewegen darstellen.

Das Medizinstudium ist zu wichtig, um es nur einzelnen Verbänden zu überlassen, und es ist zu kompliziert, um die Politik damit alleine zu lassen.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Diskussion

Marschall
Vielen Dank für den spritzigen und die Grundsätze einer modernen Vorlesungsgestaltung heute wahrscheinlich am meisten berücksichtigenden Vortrag. Mir hat aber eine Kurzcharakteristik des Studierenden gefehlt, der diesen Weg gemeinsam mit den Lehrenden beschreitet.

Heilani
Die Kurzcharakteristik ist klar: Wir Studierende sind selbstbewusst und möchten Anteil an dem haben, was künftig umgesetzt wird. Die politische Reform hat uns gezeigt, dass wir in diesem Zusammenhang etwas bewegen können. Wir müssen schauen, wie wir das umsetzen können, was vor Ort bei uns Studierenden ankommt. Die politische Ebene kann viel vorgeben. Die Umsetzung der Worte kommt aber erst zum Leben, wenn die Lehrenden und die Studierenden gemeinsam wirken. Insofern ist das ein Auftrag an beide Seiten.

Gerlach
Die Studierenden wünschen sich mehr Freiheit und weniger Reform. Dieses Ziel teile ich grundsätzlich. Man muss eine gute Balance finden, um der Messung des Zielerreichungsgrades eines Ausbildungsziels und der Notwendigkeit in gleicher Weise gerecht zu werden. Ich möchte deshalb noch ergänzen, was ich in meinem Vortrag nicht gesagt habe: Auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin spricht sich gegen eine Landarztquote aus. Wir halten das weder für eine gute Idee, noch haben wir eine solche Quote jemals vorgeschlagen. Wir betrachten diese Quote vielmehr als eine potentielle Gefahr für eine Stigmatisierung des Faches Allgemeinmedizin und als eine Überforderung des 17-, 18- oder 19-jährigen Abiturienten, mit einer so weitreichenden Entscheidung zu diesem Zeitpunkt fertig zu werden. Wir haben uns auch niemals für ein Pflichttertial in der Allgemeinmedizin ausgesprochen. Wir waren die ersten, die sich für eine Quartalisierung des Praktischen Jahres aussprachen. Ich sehe im Masterplanprozess die Gefahr, dass Dinge, die hier kaum jemand möchte, auf die politische Agenda kommen und möglicherweise sogar beschlossen werden, weil es keine fachliche Einigung gibt. Daher möchte ich dringend dafür plädieren, dass wir uns inhaltlich-fachlich einigen. Scheitert der Prozess, werden die Konsequenzen noch weniger in unserem Interesse sein, als das jetzt absehbar ist.

Tagungsimpressionen III

Urkundenverleihung
zum
Master of Medical Education

Die Studiengangsleitung, Absolventinnen und Absolventen des MME-Studiengangs 2016: hintere Reihe v.l.n.r. Prof. Dr. Andreas Draguhn, Prof. Dr. Reinhard Hickel, Prof. Dr. Jana Jünger; Dr. Felix Nickel, Dr. Sebastian Herbert Höfer, Dr. Gunther Hempel, PD Dr. Gertraud Gradl-Dietsch, PD Dr. Edward Felder, PD Dr. Sabine Sennhenn-Kirchner; vordere Reihe v.l.n.r. Prof. Dr. Martin Fischer; Dr. Philipp Stieger, PD Dr. Iris Schleicher, Dr. Bert Urban, Prof. Dr. Lars Knudsen, Maike Lippmann, Prof. Dr. Katrin Bekes, Hanjo Groetschel, Dr. Holger Buggenhagen.

Übergabe der Urkunden zum Master of Medical Education (MME)

Prof. Dr. Reinhard Hickel
Vorsitzender der Akademie für Ausbildung in der Hochschulmedizin (AHM), München
Prof. Dr. Andreas Draguhn
Studiendekan der Medizinischen Fakultät, Heidelberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wie in jedem Jahr haben wir die Ehre, die Urkunden der diesjährigen Absolventen des Studiengangs Master of Medical Education zu übergeben. Der Studiengang Master of Medical Education ist ein gemeinsamer Studiengang des MFT, der Akademie für Ausbildung in der Hochschulmedizin (AHM) und der Medizinischen Fakultät Heidelberg. Da die AHM nur eine virtuelle Hochschule ist, brauchen wir eine Universität, an der der Studiengang angesiedelt ist. Herr Kollege Draguhn ist nicht nur Studiendekan der Medizinischen Fakultät Heidelberg, sondern auch Leiter des MME-Studiengangs in Heidelberg. Er wird mit mir gemeinsam die Urkunden überreichen.

Wir dürfen nun die Absolventinnen und Absolventen nach vorn bitten:
Prof. Dr. Katrin Bekes, Medizinische Universität Wien
Dr. Holger Buggenhagen, Universitätsmedizin Mainz
PD Dr. Edward Felder, Medizinische Fakultät der Universität Ulm
PD Dr. Gertraud Gradl-Dietsch, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen
Hanjo Groetschel, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen
Dr. Gunther Hempel, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig
Dr. Sebastian Herbert Höfer, Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt
Prof. Dr. Lars Knudsen, Medizinische Hochschule Hannover
Maike Lippmann, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Dr. Felix Nickel, Universitätsklinikum Heidelberg
PD Dr. Iris Schleicher, Justus-Liebig-Universität Gießen
PD Dr. Sabine Sennhenn-Kirchner, Universitätsmedizin Göttingen
Dr. Philipp Stieger, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Dr. Bert Urban, Klinikum der Universität München

Tagungsimpressionen IV

Lehre und Ausbildung

Eckpunkte des Wissenschaftsrates zur nichtstaatlichen Medizinerausbildung in Deutschland

Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze
Vorsitzender des Ausschusses Medizin, Wissenschaftsrat, Köln

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Ich bedanke mich für die Einladung und will Ihnen heute die Überlegungen des Wissenschaftsrates zur nichtstaatlichen Medizinerausbildung vorstellen. Der Wissenschaftsrat hat dazu ein Eckpunktepapier verfasst, welches kürzlich verabschiedet wurde.

Der Anlass für das Eckpunktepapier war, dass der Wissenschaftsrat im Akkreditierungs- und Medizinausschuss mit nichtstaatlichen Initiativen für die Medizinerausbildung in Deutschland befasst ist. Diese Initiativen nehmen deutlich zu, und in letzten Jahren sind auch grenzüberschreitende Angebote nach EU-Recht in Deutschland entstanden. Die Konzeptprüfung und Akkreditierung nichtstaatlicher Initiativen stellen Grundsatzfragen zu Voraussetzungen und Standards der Medizinerausbildung in Deutschland.

Die Ziele des Eckpunktepapiers lassen sich in drei Punkten zusammenfassen:

1. Festlegung einer allgemeinen Position zur Medizinerausbildung durch nichtstaatliche Anbieter in Deutschland;
2. Formulierung von Grundsätzen der staatlichen und nichtstaatlichen Medizinerausbildung;
3. Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der nichtstaatlichen Medizinerausbildung.

Der Wissenschaftsrat hat in der Vergangenheit bereits einige Initiativen begutachtet. Er hat sich Konzepte vorlegen lassen und diese geprüft. Der Medizinausschuss hat zunächst eine Übersicht über die bisherige Befassung des Wissenschaftsrates mit diesem Feld im Rahmen Akkreditierung (UW/H, MHB, MSH) angefertigt und dann einen Fragebogen an alle ihm bekannten nichtstaatlichen Anbieter in Deutschland versandt. Darin wurde z.B. nach dem Ziel des gewählten Profils, dem Leitbild, den in den Curricula verfolgten Zielen und nach der Gewährleistung der praktischen Umsetzung gefragt.

Es schloss sich eine Anhörung ausgewählter nichtstaatlicher Anbieter (Hamburg/Semmelweis, Kassel/Southampton, Nürnberg/Salzburg, Universität Witten/Herdecke) an. Schließlich gab es Anhörungen von Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheits- und Wissenschaftsministerien der Länder.

Der Medizinausschuss des Wissenschaftsrates hat das Positionspapier, das der Wissenschaftsrat im Januar 2015 verabschiedet hat, vorbereitet, dessen Inhalt ich nun in seinen Grundzügen vorstellen will.

I. Rahmenbedingungen der nichtstaatlichen Medizinerausbildung

Es gibt derzeit nur eine geringe Zahl nichtstaatlicher Angebote (auch nach EU-Recht). Sie belaufen sich auf etwa 3 % der Studienplätze, was knapp 400 Studienplätzen pro Jahr entspricht.

Die Motive für die Gründungen werden in den von uns durchgeführten Befragungen wie folgt angegeben: Es wird mit der Reformbedürftigkeit von Medizinstudium und Zulassungskriterien in Deutschland argumentiert. Die Ausbildung an einem kommunalen Krankenhaus würde die Standortattraktivität erhöhen und damit Wettbewerbsvorteile bringen. Schließlich ist der Ärztemangel in den ländlichen oder strukturschwachen Regionen eine Begründung für die Einrichtung eines Studienganges Medizin.

Es ist völlig klar, dass diese Motive unterschiedlich zu bewerten sind. Der Wissenschaftsrat hat bereits in seinen Empfehlungen zum Medizinstudium darauf hingewiesen, dass das Medizinstudium einen Reformbedarf hat, begründet durch den wissenschaftlichen Fortschritt, die veränderten Inhalte der Medizin, und auch die veränderten Versorgungsaspekte spielten dabei eine Rolle. Auch die Zulassungskriterien bedürfen einer Reform – ob aber die nichtstaatlichen Anbieter das besser können, wäre zu fragen. Dennoch sind für uns diese Motive nachvollziehbar. Auch über den Ärztemangel in den ländlichen Regionen haben wir uns im Medizinausschuss ausgetauscht, doch hier sehe ich ein berufspolitisches Problem, aber keines, für dessen Lösung wir auf nichtstaatliche Ausbildungsanbieter angewiesen wären.

Wir müssen zwischen den Angeboten nach deutschem Recht, d.h. einem deutschen Abschluss des Medizinstudiums mit Staatsexamen und Approbation nach ÄAppO und den grenzüberschreitenden Angeboten nach EU-Recht, d.h. einem Abschluss nach Recht eines EU-Landes mit nachfolgender Anerkennung nach EU-Berufsanerkennungsrichtlinie RL 2005/36/EG bzw. RL 2013/55/EU unterscheiden. Nichtstaatliche Anbieter nach deutschem Recht sind die Universität Witten/Herdecke und die Medizinische Hochschule Theodor Fontane Brandenburg. Bei grenzüberschreitenden Angeboten nach EU-Recht kooperiert in der Regel eine Universität im europäischen Ausland mit einem deutschen Krankenhaus. Dabei wird ein Abschluss nach dem Recht der Universität des Sitzlandes vergeben.

Ich will die Besonderheiten des nichtstaatlichen Sektors noch einmal herausstellen: Die Zulassung zum Studium erfolgt unabhängig vom zentralen Zulassungsverfahren und unabhängig vom Kapazitätsrecht. Die Angebote nach EU-Recht sind unabhängig von den Regelungen der ÄAppO and damit freier in der Curriculumsgestaltung. Alle nichtstaatlichen Angebote sind gebührenfinanziert.

II. Grundsätze der staatlichen und nichtstaatlichen Medizinerausbildung

Bei den Konzeptprüfungen, die der Medizin- und der Akkreditierungsausschuss des Wissenschaftsrates bislang durchgeführt haben, wurde uns klar, dass neben einer Bewertung des jeweiligen Einzelfalls auch bestimmte übergreifende Grundsätze berücksichtigt werden müssen. Diese Grundsätze für die Medizinerausbildung in Deutschland sollten in dem Eckpunktepapier formuliert werden. Das haben wir getan und uns dabei von einer zentralen Prämisse leiten lassen: Diese besagt, dass wir in Deutschland eine einheitliche Medizinerausbildung mit universitärem Anspruch wollen und eine Zweiklassenausbildung ablehnen. Wir haben in unseren Empfehlungen zum Medizinstudium niedergelegt, dass die Medizinerausbildung in Deutschland an Universitäten stattfindet. Das ist kein rein formaler Grundsatz, sondern bedeutet, dass die Medizinerausbildung in Deutschland universitäres Niveau haben muss.

Aus dieser zentralen Prämisse haben wir fünf allgemeine Grundsätze der Medizinerausbildung abgeleitet, die für alle Einrichtungen gelten, d. h. auch für die staatlichen Anbieter.

Grundsatz 1 (Prämisse): „Einheitlicher universitärer Anspruch“
„An die Medizinerausbildung und die sie tragenden und durchführenden Institutionen richtet sich ein einheitlicher universitärer Anspruch.“
Der Arztberuf erfordert eine wissenschaftsbasierte und qualitätsgesicherte Ausbildung, die den universitären Anspruch erfüllt, d.h. den engen Bezug von Lehre, Forschung und Krankenversorgung, didaktisch und wissenschaftlich qualifizierte Lehrende, ein strukturell abgesichertes, forschungsaktives Umfeld, Freiräume und Ressourcen für Lehre und Forschung und ein breites Spektrum medizinischer Fächer und Versorgungsleistungen.

Grundsatz 2: „Gesamtheit von Lehre, Forschung und Krankenversorgung“
„Die Medizinerausbildung findet in einer Gesamtheit von Lehre, Forschung und Krankenversorgung statt. Dabei kommt Lehre und Forschung ein herausgehobener Stellenwert zu.“
Der Wissenschaftsrat hat einmal formuliert, dass an einem Universitätsklinikum die Krankenversorgung Forschung und Lehre unterstützen soll. Der Forschung und Lehre kommt demnach ein hoher Stellenwert im Aufgabengefüge der Hochschulmedizin zu. Das kann man auch sehr konkret bei Prüfungen von Konzepten der Neueinrichtung von Ausbildungsgängen hinterfragen. Zur Erfüllung dieses Grundsatzes muss es von Beginn an eine Verbindung von Grundlagen- und klinischer Medizin mit Betonung

wissenschaftlicher Kompetenzen für die ärztliche Praxis und der unterstützenden Funktion der Krankenversorgung geben.

Grundsatz 3: „Qualifizierte Lehre“
„Die Medizinerausbildung vermittelt auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes die für die ärztliche Berufsausübung zwingend erforderlichen Kompetenzen (Wissen, Fertigkeiten und Haltungen).“
Das bedeutet im Umkehrschluss, dass eine reine Lehreinrichtung keine Studierenden der Medizin ausbilden kann. Wir brauchen engagierte Lehrende mit Kompetenzen in Forschung und Didaktik und hinreichende Freiräume für Lehre und Forschung, in denen das Lehrpersonal diese Forschungskompetenz auch ausüben kann. Das impliziert, dass wir ein wissenschaftsadäquates, transparentes Berufungsverfahren haben und keine automatisierte Berufung von Chefärztinnen und -ärzten auf die klinischen Professuren. In der Regel, mit Rücksicht auf die hohe Varianz an unseren Hochschulen, sind 50 % der Lehre von hauptberuflichen Professorinnen und Professoren zu erbringen.

Grundsatz 4: „Strukturell breit verankerte Forschung“
„Die Medizinerausbildung findet an einer Einrichtung statt, an der Forschung strukturell breit und nachhaltig verankert ist.“
Das bedeutet nach Meinung des Wissenschaftsrates, dass ein eigenes Forschungskonzept erkennbar sein muss. Das Forschungsumfeld muss der Fächerkultur der Medizin entsprechen, muss kompetitiv sein, und es muss aktive klinische Forschung an der ausbildenden Einrichtung selbst betrieben werden. Die Forschung soll dabei mittelfristig nach der DFG-Definition sowohl die grundlagen-, die krankheits- und die patientenorientierte Forschung beinhalten. Die Teilnahme an Pharmastudien allein qualifiziert einen Standort nicht für die Ausbildung in der Medizin. Es müssen Anreize, Freiräume und Ressourcen für die Forschung vorhanden sein und das betrifft insbesondere auch die Klinikpartner. Schließlich müssen Konzepte für den wissenschaftlichen Nachwuchs und für wissenschaftliche Karrierewege vorhanden sein.

Grundsatz 5: „Krankenversorgung auf hohem Niveau“
„Konstitutiv für die Medizinerausbildung ist eine Krankenversorgung auf hohem Niveau, die den Belangen von Lehre und Forschung ambulant wie stationär Rechnung trägt.“
Das bedeutet, dass Maximal-, Grund- und Regelversorgung in einem angemessenen Verhältnis ablaufen müssen. Wir betonen hier, dass auch bei kommunalen Krankenhäusern, die ganz besonders effizient nach ökonomischen Kenngrößen arbeiten müssen, die Forschung einen entsprechenden Stellenwert einnehmen muss, wenn ein solches Krankenhaus Studierende der Medizin ausbilden will. Im Prinzip müsste dieses Krankenhaus sogar auf die Forschung ausgerichtet sein. Wir wissen aber, dass das auch in den Universitätsklinika immer wieder ein Problem darstellt. Daher plädieren wir für eine gemeinsame Zielsetzung im Sinne akademischer Medizinerausbildung, für die

Schaffung von Konfliktregelungsmechanismen und für die Berücksichtigung der Belange von Forschung und Lehre und eine entsprechende Ressourcenallokation. Schließlich ist die räumliche Nähe von Klinik und Hochschule wünschenswert, aber nicht an jedem Standort realisierbar. Was aber von uns zwingend gefordert wird, ist, dass man die räumliche Distanz durch entsprechende Interaktionen überwindet, so dass die Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung im Studium tatsächlich gelebt werden kann.

III. Empfehlungen zur Qualitätssicherung

Wir müssen hier die unterschiedliche Gesetzeslage berücksichtigen und somit unterschiedliche Empfehlungen für die Angebote nach deutschem Recht und für die grenzüberschreitenden Angebote nach EU-Recht abgeben.

Unsere Empfehlungen zur Qualitätssicherung bei Angeboten nach deutschem Recht können grundsätzlich so umgesetzt werden: Wir wollen bei Gründungsinitiativen verpflichtend die Konzeptprüfung und die Institutionelle Akkreditierung durch den Wissenschaftsrat durchführen lassen. Das ist zurzeit noch nicht so, nur wenige Bundesländer haben eine solche Pflicht in die entsprechenden Regularien aufgenommen. In den übrigen Bundesländern wird nur von Akkreditierungseinrichtungen gesprochen. In der Regel prüft der Wissenschaftsrat dann.

Die Gründungsphase ist ein großes Problem, denn das Krankenhaus muss sich mit einem akademischen Träger assoziieren und alle Prozesse des Ausbildungsbetriebes in Gang setzen. Der Wissenschaftsrat vertritt die Position, dass die Gründungsphase spätestens sechs Jahre nach Aufnahme des Studienbetriebes abzuschließen ist und dann alle Anforderungen durch die neue Ausbildungsstätte vollständig zu erfüllen sind.

Bereits in Gründungsphase müssen nach unserer Meinung die vollständigen Forschungs- und Lehrkonzepte vorliegen, und es muss qualifiziertes Lehrpersonal vor Ort sein. Die Berufungsverfahren müssen wissenschaftsadäquat und transparent ablaufen. Es darf auf keinen Fall passieren, dass die Absolventen der Gründungsphase infolge organisatorischer oder personeller Unzulänglichkeiten eine schlechtere Ausbildung erfahren.

Für die Konzeptprüfung bzw. Akkreditierung gilt es, das universitäre Niveau der Ausbildung als institutionellen Anspruch zu sehen. Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Verleihung des Promotionsrechts sehen vor, dass das frühestens nach der Gründungsphase und drei Jahre nach Beginn einer regelmäßigen Beteiligung an kooperativen Promotionsverfahren erfolgen soll. Zudem soll die Verleihung des Promotionsrechts nur befristet erfolgen.

Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Qualitätssicherung bei Angeboten nach europäischem Recht müssen den Rechtsvorschriften der EU Rechnung tragen. Wir

haben dadurch viel weniger Eingriffsmöglichkeiten und müssen gleichzeitig eine immer größere werdende Zahl von Angeboten bewerten.

Die Qualitätssicherung ist bei Einrichtungen nach EU-Recht auf EU-Regelungen beschränkt, denn die Qualitätssicherung obliegt primär dem Land, das den Abschluss verleiht. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, dass die Bundesländer ihre Kontroll- und Aufsichtsrechte innerhalb dieses europarechtlichen Rahmens zur Gewährleistung eines einheitlichen Ausbildungsstandards umfassend ausschöpfen. Wir empfehlen weiterhin eine freiwillige institutionelle Akkreditierung auch grenzüberschreitender Angebote durch den Wissenschaftsrat, weil wir dadurch eine Vereinheitlichung der Qualitätsstandards und die Schaffung von Transparenz erreichen. Die Institutionelle Akkreditierung durch den Wissenschaftsrat könnte bei der zunehmenden Zahl von Anbietern sogar eine Möglichkeit der Werbung sein und sich zu einem Wettbewerbsvorteil entwickeln.

Optimal wären konkrete, europaweit einheitliche Grundsätze der Qualitätssicherung grenzüberschreitender Angebote, die am universitären Ausbildungsstandard orientiert sind. Dazu wären aber mittel- bis langfristig die Präzisierung der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie und die Entwicklung eines europäischen Kriterienkatalogs notwendig. Wir halten das für absolut erforderlich, glauben aber nicht, dass das bei der stetig wachsenden Zahl der Angebote schnell umgesetzt werden wird.

Kurzfristig sehen wir aber berechtigte Chancen für eine Verständigung europäischer Medizinischer Fakultäten bzw. Hochschulen auf gemeinsame hohe Standards unterhalb einer gesetzlichen bzw. Richtlinien-Ebene. In einem intensiven Austausch untereinander wäre es z.B. leicht möglich, best practices zu identifizieren. Aus unserer Sicht ist hier der MFT gefordert, einen solchen Prozess anzustoßen und mit zu gestalten. Der MFT sollte seine Möglichkeiten nutzen, dabei auf europäischer Ebene für universitäre Qualitätsstandards einzutreten.

IV. Ausblick

Nachdem der Wissenschaftsrat mit seinem Eckpunktepapier Positionen einer objektiven Beurteilung formuliert hat, wollen wir mittelfristig ein medizinspezifisches Addendum zum Leitfaden der Konzeptprüfung bzw. Akkreditierung durch den Wissenschaftsrat entwickeln. Zurzeit läuft bereits das nächste medizinspezifische Konzeptprüfungsverfahren im Akkreditierungs- und Medizinausschuss des Wissenschaftsrates.

Lassen Sie mich abschließend noch zu den Chancen des nichtstaatlichen Sektors einige Ausführungen machen. Die Meinungen gehen da auch sehr weit auseinander und nicht wenige fragen, was solche Angebote überhaupt sollen, wenn in jedem Jahr etwa 10.000 Absolventen die staatlichen Medizinausbildungsstätten in Deutschland verlassen und dem etwa 400 Studierende an nichtstaatlichen Ausbildungsstätten gegenüberstehen.

Nichtstaatliche Anbieter können allerdings die Entwicklung und Erprobung neuer Studienkonzepte voranbringen. So wird der Begriff der Kompetenz von diesen Einrichtungen seit vielen Jahren propagiert und ist keine Erfindung der staatlichen Anbieter. Kleinere Einrichtungen können damit anregend sein und auf neue, wichtige Inhalte hinweisen, die für alle Ausbildungsstätten Bedeutung haben können.

Nichtstaatliche Anbieter können bei der Etablierung breiter ausgerichteter Auswahlverfahren helfen. Wir alle wissen um die Unzulänglichkeiten bei der Verwendung der Abiturnote als alleiniges Auswahlkriterium. Auch wenn es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Abiturnote und Studienerfolg gibt, gibt es diesen Zusammenhang nicht zwingend auch mit der Qualität der späteren ärztlichen Tätigkeit. Hier können die nichtstaatlichen Anbieter mit anderen Verfahren experimentieren. So gibt es an der Universität Witten/Herdecke ein Assessment-Verfahren, andere Anbieter setzen auf umfangreiche Auswahlgespräche etc. und bewerten die Abiturnote tendenziell weniger. Es muss aber auch bei gebührenfinanzierten Modellen eine Bevorzugung finanziell besser gestellter Bewerberinnen und Bewerber vermieden werden.

Nichtstaatliche Anbieter können weitere Qualitätsverbesserungen in der Lehre initiieren, indem sie z.B. ein international ausgerichtetes Studium anbieten. Auch die Alumni-Strukturen, die von diesen Einrichtungen teilweise sehr intensiv gepflegt werden, sind u.a. für Absolventenstudien nutzbar.

Das sind prinzipielle Vorteile, die aber nur funktionieren können, wenn die Basis, d.h. die durch den Wissenschaftsrat formulierten fünf Grundsätze in ihrem Geist eingehalten werden.

Vielen Dank!

Diskussion

Neugebauer
Ich habe in der Darstellung unter Punkt 4 – Nachweis der Wissenschaft – eine Berücksichtigung der Versorgungsforschung vermisst. An vielen Strukturen, die neu beginnen, spielt gerade die Versorgungsforschung eine große Rolle, weil sie mit den zu Beginn vorhandenen Strukturen möglich ist. Warum wurde sie aber in den Positionen des Wissenschaftsrates nicht erwähnt?

Heinze
Der Wissenschaftsrat hat die Versorgungsforschung auf keinen Fall ausgeschlossen. Wir müssen aber beachten, dass in einer Reihe von angebotenen Initiativen ausschließlich die Versorgungsforschung und sonst keine weitere Forschungsaktivität angeboten wurden. Wir erachten es als problematisch und für nicht ausreichend, wenn Studierende in einer Einrichtung zu Ärztinnen und Ärzten ausgebildet werden und während der gesamten Ausbildung niemals mit echter biologisch-medizinischer Forschung zu tun haben, sondern lediglich Fragebogenstudien durchführen und/oder auswerten. Deswegen haben wir auch in den Überlegungen zum Medizinstudium die Einführung einer wissenschaftlichen Arbeit für jeden Studierenden gefordert.

Kroemer
Die einheitliche Gestaltung der Ausbildung in Deutschland, wie sie der Wissenschaftsrat fordert, widerspricht schon jetzt der Realität bei den Ausbildungsstätten der Medizin. Wir haben einen Flickenteppich an Ausbildungsformen, der durch die nichtstaatlichen Einrichtungen immer größer wird. Man hat den Eindruck, dass die Bundesländer nicht daran interessiert sind, dass selbst in einem Bundesland die angebotenen Modelle einer kritischen Evaluation unterzogen werden. Wie wird sich das mittelfristig entwickeln?

Heinze
Die Beschreibung der Bestandsaufnahme ist absolut zutreffend. Das macht es auch so schwer, Maßstäbe zu formulieren, was eine Universität eigentlich ausmachen soll. Wir haben alle unsere Idealbilder, was eine volluniversitäre Ausbildung ausmacht. Selbst bei der Betrachtung der Universitätsklinika haben wir eine Varianz festgestellt. Es gibt Einrichtungen, an denen kaum Forschungsschwerpunkte existieren. Der Wissenschaftsrat fordert einen ausreichenden Freiraum für Forschung. Das kollidiert aber bereits mit der Realität in den Universitätsklinika, in denen nicht selten Forschung hinter der Versorgung hintangestellt wird.

Ich hoffe, dass die Debatten um den Masterplan Medizinstudium 2020 oder um die neuen nichtstaatlichen Anbieter die Diskussion dahin bringen, die Aufgaben und die von einer Universitätsklinik geforderten Leistungen besser zu definieren. Wir werden das in den derzeit erarbeiteten „Perspektiven der Universitätsmedizin“ auch so formu-

lieren. Ich selbst bin absolut überzeugt davon, dass ein intensives Nachdenken darüber stattfinden muss, wie wir die derzeit in Deutschland an der Medizinausbildung beteiligten universitären Standorte weiter verbessern. Der geschilderte Flickenteppich muss reduziert werden.

Konietzko
Für die nichtstaatlichen Ausbildungsstandorte, die nach EU-Recht ausbilden, wünscht sich der Wissenschaftsrat eine starke Kontrolle durch die Bundesländer und schlägt eine freiwillige Akkreditierung durch den Wissenschaftsrat vor. Wird das überhaupt möglich sein?

Heinze
Eine starke Kontrolle existiert de facto nur ganz wenig. Der Wissenschaftsrat hat gefordert, dass die Länder ihre Kontrollmöglichkeiten ausschöpfen. Man muss sich überlegen, welche Angebote vorgelegt werden, wenn z.B. eine ausländische Universität mit einem Krankenhaus kooperieren will, das über weniger als 400 Betten verfügt. Wir haben gegen solche Angebote keinerlei Handhabe. Daher richtet sich der Appell des Wissenschaftsrates an die Länder zu prüfen, ob solche Angebote den Anforderungen an eine hohe Ausbildungsqualität genügen, ansonsten dürften sie nicht zugelassen werden.

MEDIZINISCHER
FAKULTÄTENTAG

AMSE Qualitätssicherungsinitiative

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

Meine Damen und Herren!

Ich freue mich, dass ich Ihnen die Association of Medical Schools in Europe (AMSE) und ihre Qualitätssicherungsoffensive vorstellen darf. Beginnen möchte ich aber mit einem Problem, auf das mich in der letzten Zeit zahlreiche Vertreter deutscher Medizinischer Fakultäten hingewiesen haben. Sie fragen, wie sie es ihren Studierenden ermöglichen können, ab dem Jahr 2023 eine USMLE-Prüfung abzulegen, um dann in den USA als Ärztinnen und Ärzte am Patienten tätig sein zu dürfen.

Das Problem beginnt mit der Entscheidung der ECFMG vom 21. September 2010, als in den USA ein Gesetz herausgebracht wurde, welches besagt: „The Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) has announced that, effective in 2023, physicians applying for ECFMG Certification will be required to graduate from a medical school that has been appropriately accredited. (…) To satisfy this requirement, the physician's medical school must be accredited through a formal process that uses criteria comparable to those established for U.S. medical schools by the Liaison Committee on Medical Education (LCME) or that uses other globally accepted criteria, such as those put forth by the World Federation for Medical Education (WFME)."

Man begründet diese Forderung mit der Notwendigkeit, dass Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland einen vergleichbaren Qualitätsstandard wie in den USA ausgebildete Absolventen haben müssen. Damit können nur noch Absolventen in den USA ärztlich tätig werden, die einen international und nach US-Recht akkreditierten Studiengang Medizin absolviert haben. Eine solche internationale Akkreditierung gibt es bislang nicht, die USA haben ihre eigene Akkreditierungsagentur, das Liaison Committee on Medical Education (LCME).

Daher gab es Gespräche mit der World Federation for Medical Education (WFME), die auch Qualitätsstandards definiert hat. Es wurde ein Abkommen beschlossen, das besagt, dass sich eine Akkreditierungsagentur durch WFME überprüfen lassen muss und danach internationale Studiengänge nach dem WFME-Standard überprüfen und die Gleichwertigkeit der Ausbildung feststellen darf.

In den sechs Jahren, die seit der Entscheidung der ECFMG vergangen sind, haben sich weltweit vier Akkreditierungsagenturen diesem Prüfprozess unterzogen und dürfen nun weltweit Medizinstudiengänge bewerten. Diese sind:

Karibische Gemeinschaft (Caribbean Community)
- Caribbean Accreditation Authority for Education in Medicine and other Health Professions (CCAM-HP)

USA
- Liaison Committee on Medical Education (LCME)

Kanada
- Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools (CACMS)

Türkei
- Association for Evaluation and Accreditation of Medical Education Programs (TEPDAD).

Alle jene Absolventinnen und Absolventen, die von einer Medical School kommen, die von einer der vier genannten Akkreditierungsagenturen geprüft wurde, dürfen die USMLE-Prüfung absolvieren und nach dem Bestehen in den USA auch praktizieren. Die USA brauchen Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland, um ihren Bedarf zu decken, und es gibt gegenwärtig dort bereits Sorgen, dass es nach 2023 zu einem Mangel an ausländischen Ärztinnen und Ärzten kommen könnte.

Das World Directory of Medical Schools listete für das Jahr 2014 2.409 durch die jeweiligen Landesbehörden anerkannte und in der Ausbildung tätige Medical Schools in 180 Ländern auf (Abbildung 1).

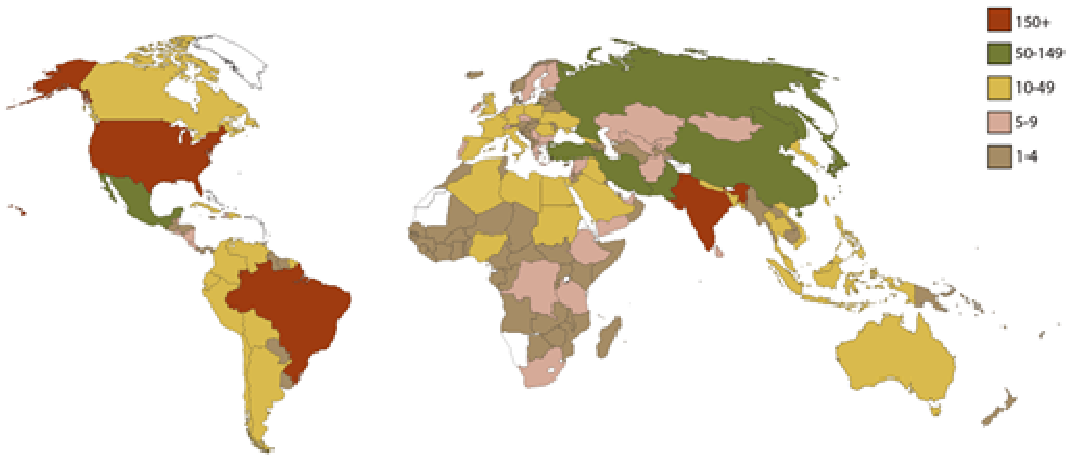


Abb. 1: World Directory of Medical Schools – Es gibt gegenwärtig etwa 2.400 von den Autoritäten des jeweiligen Landes anerkannte und in der Ausbildung tätige Medical Schools in 180 Ländern. Die Farbe gibt die mittlere Anzahl pro Land an. Quelle: http://www.faimer.org/resources/mapping.html.

Durch die ECFMG wurde folgendes zur Listung im World Directory of Medical Schools festgelegt: „Eligible schools will be listed in the World Directory as meeting the requirements for their students and graduates to apply to ECFMG for ECFMG Certification and examination, as described below. To determine whether your medical school meets these eligibility requirements:
Search the World Directory for your medical school. If your medical school is not listed in the World Directory, you are not eligible to apply to ECFMG for ECFMG Certification or for examination.
2023
Consult the Sponsor Notes tab of your medical school's World Directory listing. For those medical schools that meet ECFMG eligibility requirements, there will be an ECFMG note on the Sponsor Notes tab. If there is no ECFMG note on your medical school's Sponsor Notes tab, you are not eligible to apply to ECFMG for ECFMG Certification or examination."

Augenblicklich sind alle deutschen Medizinischen Fakultäten im World Directory of Medical Schools gelistet. Ab 2023 werden aber alle jene Fakultäten, deren Studiengänge nicht durch eine durch die WFME anerkannte Agentur akkreditiert wurden, in diesem Directory mit einem roten Fähnchen markiert sein. Akkreditierte Fakultäten werden mit einem grünen Fähnchen markiert werden, und nur deren Studierende dürfen sich dann bei der ECFMG anmelden. Gegenwärtig gibt es im World Directory of Medical Schools noch keine grünen oder roten Fähnchen. Es könnte aber sein, dass ab 2023 alle deutschen Fakultäten ein rotes Fähnchen bekommen, was „nichtakkreditiert" bedeutet.

In Deutschland gibt es derzeit keine Akkreditierungsagentur für Medizinstudiengänge, die durch die WFME anerkannt und damit berechtigt ist, unsere Studiengänge nach USA-Recht zu akkreditieren. Es gibt Agenturen im deutschsprachigen Raum, die eine Anerkennung durch die WFME anstreben, damit sich dann die Fakultäten auf freiwilliger Basis akkreditieren lassen und ihren Absolventinnen und Absolventen die Tätigkeit in den USA ermöglichen können.

Einige Ausführungen möchte ich hier noch zur Association of Medical Schools in Europe (AMSE) anschließen. AMSE repräsentiert gegenwärtig 54 Länder (zum Vergleich: die EU repräsentiert 28 Länder) mit 508 Medizinischen Fakultäten (zum Vergleich: in der EU gibt es etwa 300). Die Differenz begründet sich in der Definition Europas durch die WHO, die AMSE vertritt (Abbildung 2).

Abb. 2: Territorium WHO-Europas (grüne Flächen) als Region der Mitgliedsfakultäten von AMSE, Quelle http://www.whoiran.org/introduction_English.htm.

Zahlende Mitglieder bei AMSE sind gegenwärtig 65 Medical Schools aus 29 Ländern. In Deutschland sind zurzeit 15 Fakultäten Mitglied: Aachen, Berlin, Köln, Dresden, Frankfurt, Göttingen, Halle, Hannover, Magdeburg, Marburg, Münster, München (LMU, TU), Witten und Würzburg. Aus Österreich ist die Medizinische Universität Graz, aus der Schweiz ist Zürich AMSE-Mitglied. Ich würde mich freuen, wenn sich noch einige deutsche Fakultäten zur Mitgliedschaft entschließen können, der Mitgliedsbeitrag kostet 200 Euro pro Jahr.

Der Sitz von AMSE ist mittlerweile in Berlin. Der Vorstand von AMSE trägt dem europäischen Charakter Rechnung:

Präsident:	Prof. Peter Dieter (Dresden, Deutschland)
Generalsekretär:	Prof. Dusan Suput (Ljubljana, Slowenien)
Schatzmeister:	Prof. Harm Peters (Berlin, Deutschland)
Weitere Mitglieder:	Prof. David Gordon (Ferney-Voltaire, Frankreich), WFME-Präsident
	Prof. Sam Leinster (Norwich, Großbritannien)
	Prof. Vladimir Palicka (Prag, Tschechische Republik)
	Prof. Coralia Vicente (Porto, Portugal)
	Prof. Valerie Wass (Keele, Großbritannien)
Kooptierte Mitglieder:	Prof. Colette Creusy (Lille, Frankreich)
	Prof. Gabor Kovacs (Pecs, Ungarn)
	Prof. Zdravko Lackovic (Zagreb, Kroatien)
Kassenprüfer:	Prof. Ladislav Mirossay (Kosice, Slowakei)
	Prof. Maria Judit Molnar (Budapest, Ungarn)
Ex-officio:	Prof. Trudie Roberts (Leeds, Großbritannien), AMEE-Präsidentin

In jüngster Zeit hat AMSE eine Qualitätssicherungsinitiative gestartet. Wir stehen vor einer Reihe von Risiken, die eine solche Maßnahme begründen lassen. Im September 2014 trafen sich in Berlin 50 Teilnehmer aus 18 Ländern auf einem AMSE-MFT Joint

Symposium „Evolution of Medical School systems across Europe – are we at a risk?", bei dem Fragen der Ausbildungsqualität auf europäischer Ebene diskutiert wurden. Der Tagungsband ist auf der AMSE-Webseite abrufbar.

Eine erste Gruppe von Risiken erwächst aus unserer Sicht durch den enormen und unkontrollierten Anstieg an Medizinischen Fakultäten/Medical Schools in Europa, aber auch in Deutschland. An zahlreichen neuen Fakultäten/Schools gibt es keine Forschung. Ein großer Prozentsatz von ihnen ist in privater Trägerschaft und arbeitet profitorientiert. Je kürzer der angebotene Studiengang, der dem Studierenden die Approbation ermöglicht, umso besser ist das Geschäftsmodell. Die Qualität der Ärzte, die an diesen Einrichtungen ausgebildet werden, macht uns besorgt. Wir haben hier schon mehrfach über die sogenannten Franchise Modelle gesprochen, bei denen der Studierende die Zulassung in Land erhält, die Ausbildung aber in Land 2 (in einem Krankenhaus) stattfindet, welches nicht zur Universität in Land 1 gehört.

Eine zweite Gruppe von Risiken ergibt sich aus den Unterschieden in der Qualität der Ausbildung, die in jedem Land anders definiert und überprüft wird. Die Regelungen für die Qualitätssicherung und Anerkennung von Leistungen/Abschlüssen sind unterschiedlich. Die Kriterien (Standards) für die Ausbildungsqualität sind länderspezifisch. Genauso sind Qualitätssicherung und Anerkennung länderspezifisch, denn nur in 60 % gibt es eine obligatorische Akkreditierung durch national anerkannte Agenturen, in 20 % eine optionale Akkreditierung durch national anerkannte Agenturen, und in den übrigen 20 % findet gar keine Akkreditierung statt, weil die Studiengänge auf der Basis politischer Entscheidungen eingerichtet werden.

Ein weiteres Risiko sehen wir in der Richtlinie 2005/36/EC - 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates, die seit dem 18. Januar 2016 effektiv, d.h. bindend für alle EU-Mitgliedsstaaten ist. In dieser Richtlinie sind die EU-weite freie Berufsausübung und damit die automatische Anerkennung der Arztlizenzen geregelt. In dieser Richtlinie sind auch die Qualitätskriterien der ärztlichen Ausbildung festgeschrieben: „Die ärztliche Grundausbildung umfasst mindestens fünf Jahre (kann zusätzlich in der entsprechenden Anzahl von ECTS-Punkten ausgedrückt werden) und besteht aus mindestens 5.500 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität."

Wir haben Sorge, dass mit dieser Mindestforderung z.B. die bisher in Deutschland geltenden Qualitätsstandards in der medizinischen Ausbildung unterlaufen werden und qualitativ schlechter ausgebildete Absolventen aus dem Ausland eine automatische Berufserlaubnis als Arzt in Deutschland erhalten. Ähnliches gilt für andere europäische Länder.

Worin besteht das Risiko für uns?
Unsere akademischen Medizinischen Fakultäten mit ihrer hochqualitativen Ausbildung und Forschung werden gegenüber den neuen Medizinischen Fakultäten/Medical Schools ohne eigene Forschung ins Hintertreffen geraten. Ich habe berechtigte Sorge um die Gesundheitsversorgung und Patientensicherheit und erlaube mir, in Diskussionen mit Politikern immer wieder die Frage zu stellen, ob sie ihre Kinder von einem unzureichend ausgebildeten „Dr. light" behandeln lassen würden.

Um diese Risiken abzuwenden, hat AMSE einen Vorschlag erarbeitet, der zu 99 % mit den Vorstellungen des Wissenschaftsrates übereinstimmt und für alle europäischen Länder gelten sollte:

1. Die medizinische Ausbildung muss wissenschaftsbasiert sein.
2. Die medizinische Ausbildung darf nur an anerkannten Universitäten/Medizinischen Fakultäten/Krankenhäusern etc. stattfinden.
3. Die Definition eines gemeinsamen Qualitätsstandards in Europa ist unbedingt erforderlich.

Es gibt in Europa bereits Standards für die allgemeine Akkreditierung als ESG (European Standards and Guidelines for Quality Assurance), die aber nicht medizinspezifisch sind. Dazu gibt es die Standards der WFME, die weltweit gültig und medizinspezifisch sind. AMSE schlägt nun die Überprüfung und Anerkennung beider Standards und der länderspezifischen Regelungen durch europäisch (EQAR) anerkannte oder international (WFME) anerkannte Akkreditierungsagenturen. Weiterhin sollte eine Änderung der Akkreditierung dahingehend erfolgen, dass von einem formalen zu einem kompetenzorientieren Verfahren übergegangen wird. Damit könnten die Prozesse, Inhalte und Strukturen der Ausbildung geprüft und verglichen werden.

Viele von Ihnen werden die EQAR (European Quality Assurance Register for Higher Education) bereits kennen. Alle in EQAR gelisteten Agenturen müssen die ESG erfüllen. Allerdings enthalten die ESG allgemeine, nicht medizinspezifische Kriterien. Gegenwärtig sind 21 Länder mit 35 Agenturen im EQAR organisiert. Es sind Norwegen (1), Finnland (1), Russland (1), Estland (1), Litauen (1), Dänemark (1), UK (1), Irland (1), Portugal (1), Niederlande (1), Belgien (1), Österreich (1), Slowenien (1), Kroatien (1), Serbien (1), Kosovo (19), Rumänien (1), Polen (1), Schweiz (2), Spanien (7), Deutschland (8), wobei die Zahl in der Klammer die Zahl der Akkreditierungsagenturen benennt. Derzeit erkennen 12 Länder in Europa eine Akkreditierung durch eine Agentur aus einem anderen Land an.

Das Ziel von AMSE besteht darin, dass die automatische Anerkennung der Arztlizenzen und freien Berufsausübung nur erfolgt, wenn die von AMSE geforderten Qualitätsstandards erfüllt sind und Sprachkenntnisse nachgewiesen werden, die eine zweifelsfreie Kommunikation zwischen Arzt und Patient ermöglichen. Es wäre dazu notwendig, die EU-Richtlinie der automatischen Anerkennung der Arztlizenzen in einer Wei-

se modifiziert wird, die dem Qualitätssicherungsaspekt Rechnung trägt. Die USA haben einen derartigen Schritt mit ihrer eingangs genannten Festlegung bereits getan.

Die Qualitätssicherungsinitiative ist ein weiterer wichtiger Schritt von AMSE, um die medizinische Ausbildung auf hohem wissenschaftlichen Niveau und die Gesundheitsversorgung und Patientensicherheit in der Zukunft zu gewährleisten.

Lassen Sie mich zum Schluss noch die Gelegenheit nutzen, Sie zum Jahreskongress von AMSE am 7. Oktober 2016 nach Prag einzuladen, der diesmal unter dem Motto „Challenges of Doctor Mobility in a Changing Europe. Standards and Recognition for Patient Safety“ stehen wird und wo es Gelegenheit geben wird, die hier angesprochene Thematik mit Vertretern aus ganz Europa weiter zu diskutieren.

Vielen Dank!

Diskussion

Wissing
Vielen Dank für den Vortrag und die Übersicht, welche Rolle die Akkreditierung spielen kann. Wir haben uns mit der Thematik in den verschiedenen Arbeitsgruppen des MFT, unter anderem in der AG Lehre, auseinandergesetzt. Die Qualitätssicherung wird uns weiter beschäftigen, wenn es darum geht, Qualitätskriterien zu entwickeln, damit wir den Prozess begleiten können und uns nichts von außen übergestülpt wird. Die Absicht des Wissenschaftsrates, sich damit auseinanderzusetzen, wurde im Vortrag aufgegriffen, aber auch geschildert, wie komplex das ganze System ist. Es gibt ein sehr unterschiedliches Niveau der Qualitätssicherung. Wir haben im Vortrag von Herrn Heinze schon einige konkrete Punkte gehört, so z.B., dass Lehre in eine fachliche Forschungskompetenz eingebettet sein muss. Inwieweit bilden die Vorgaben der WFME diese Forschungskompetenz bereits ab?

Dieter
Die WFME-Standards sind in neun Kategorien gegliedert. In fünf dieser Kategorien werden Forschung und Wissenschaftsbasiertheit gefordert. Die WFME-Standards müssen sehr allgemeiner Natur sein, denn sie sollen die medizinische Ausbildung in der ganzen Welt abbilden. Aber auch diese Standards fordern, dass Lehre und Forschung gemeinsam an einem Standort erfüllt sein müssen. Wir müssen sehen, ob wir vielleicht in Europa diese WFME-Standards präzisieren und konkretere Forderungen hineinschreiben. Dazu müssen die europäischen Länder zusammenkommen und sich auf ein bestimmtes Niveau einigen, welches Länder nicht ausschließt, aber das Niveau auch nicht unzulässig absenkt. Ich habe in der Vergangenheit an einigen Akkreditierungen der medizinischen Ausbildung in osteuropäischen Ländern teilgenommen und konnte erfreut feststellen, dass an den von mir besuchten Standorten Forschung und Lehre mindestens so integriert ablaufen wie in Deutschland. Möglicherweise ist das Niveau nicht so hoch, aber Forschung ist dort ein Teil des Curriculums, und das ist mehr, als wir es in einigen deutschen Fakultäten beobachten können. Wir werden als AMSE Minimalstandards so formulieren müssen, dass nicht alles erlaubt ist, aber wir keine Länder ausschließen. Meine Vorstellung dazu ist, dass AMSE die European Standards genereller Natur mit den WFME-Standards zusammenführt und daraus eine Art „Gold-Standard“ formuliert. Daran arbeiten wir derzeit, um daraus einen gemeinsamen European Medical Standard zu entwickeln und die Fakultäten nur eine Akkreditierung machen müssen. Wir wollen weg von der aktuellen Praxis, dass sich eine Medizinische Fakultät national akkreditieren lässt, sie die europäische Akkreditierung durch EQAR erhalten muss und schließlich noch die WFME-Akkreditierung benötigt. Das können wir den Akkreditierungsagenturen nicht zumuten. Wenn wir europäische Standards definiert haben, wird es leichter sein, die nationalen Standards an diese anzupassen.

Hanspach
Ich finde es etwas erschreckend, dass die USA eine Regelung treffen und wir uns sofort überlegen müssen, wie wir uns dem amerikanischen Recht anpassen können. Wir sollten als Medizinische Fakultäten Selbstbewusstsein haben und sagen, dass wir als staatlich anerkannte Fakultäten nach einer staatlich vorgegebenen Ordnung, der ÄAppO ausbilden. Wenn dies den Amerikanern nicht ausreicht, haben sie damit ein Problem, nicht wir.

Dieter
Ich wollte nicht für Akkreditierungen und Akkreditierungsagenturen werben. Wir sollten aber gewährleisten, dass unsere Studierenden, wenn sie es wollen, weltweit arbeiten können. Die USA hat keine Angst davor, wenn sich Deutschland aus der Regelung der ECFMG ausschließt, denn aus Deutschland kommt eine verschwindend kleine Zahl an Ärzten in die USA. Dieser Verlust würde leicht verkraftet werden. Die USA hat vielmehr Angst, dass Ärztinnen und Ärzte aus den osteuropäischen und den asiatischen Ländern, wie z.B. Indien oder Pakistan, nicht mehr in den USA zugelassen werden könnten, um das Gesundheitssystem USA zu versorgen. Bei Gesprächen machten mir die Vertreter der USA aber auch sehr deutlich, dass es für Deutschland keine Ausnahme von den Vorgaben der ECFMG geben wird.

Strukturierte Promotionen in der Medizin/Zahnmedizin

Prof. Dr. Matthias Frosch
Mitglied des MFT-Präsidiums, Würzburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich möchte mit meinen Ausführungen an den Vortrag von Frau Dzwonnek und ihre Aussage anknüpfen, dass in der nächsten Exzellenzinitiative die Förderung der Graduiertenschulen nicht mehr vorgesehen ist, weil DFG und Wissenschaftsrat davon ausgehen, dass die strukturierten Promotionsprogramme, die in den Graduiertenschulen entwickelt, angeboten und gelebt werden, mittlerweile Selbstverständlichkeit jeder Universität sind. Die strukturierten Promotionsprogramme sollten auch der Standard für die medizinischen Promotionen sein.

Die DFG hat sich bereits 2010 zu strukturierten Promotionen positioniert. Diese Überlegungen wurden gemeinsam mit den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Wissenschaftlichkeit der Medizinerausbildung durch die Arbeitsgruppe Wissenschaft des MFT (M. Frosch, C. Baum, T. Boeckers, A. Grüters-Kieslich, J. Pfeilschifter, R.-D. Treede, J. Westermann, F. Wissing) analysiert und fanden ihren Niederschlag in dem Positionspapier des MFT vom 13. April 2016 „Strukturierte Promotion und wissenschaftliche Ausbildung in der Medizin".

Eine der Kernaussagen in der Einleitung des Positionspapiers lautet: „In der medizinischen Promotion als selbständig erbrachter, originärer Forschungsleistung, die zum Erkenntnisgewinn in der jeweiligen Disziplin beiträgt, erfährt der Erwerb der Wissenschaftskompetenz im Studium seine stärkste Ausprägung." Das bedeutet, dass die Promotion Ausdruck einer wissenschaftlichen Ausbildung im Studium ist und dass die Promotion im Studium angefertigt werden kann.

Dieser Gedanke ist die Fortführung der MFT-Positionen aus den vergangenen Jahren. Der MFT hatte sich unter der Präsidentschaft von Herrn Bitter-Suermann 2009 intensiv mit den Promotionskulturen und der studienbegleitenden Promotion in der Medizin befasst und in mehreren Publikationen, unter anderem in *Forschung und Lehre* darauf hingewiesen, wie wichtig die Heranführung des wissenschaftlichen Nachwuchses an diese wissenschaftliche Arbeit ist. Unser wissenschaftlicher Nachwuchs steht früh vor der Entscheidung, eine wissenschaftliche Karriere einzuschlagen oder sich für

die praktische Medizin zu entscheiden. Bei all den Sorgen, die wir um die Rekrutierung unseres wissenschaftlichen Nachwuchses haben, wären wir gut beraten, an der Nachwuchsgewinnung über die Promotion bereits sehr frühzeitig, d.h. schon während des Studiums festzuhalten.

Es wurde immer wieder auf die Unvereinbarkeit von langer Studiendauer plus Weiterbildungszeit und postgradualer Promotion hingewiesen, die keinen Raum für eine zusätzliche wissenschaftliche Qualifikationsphase lässt. Würde man das fordern, wären die Absolventen Mitte bis Ende 30, wenn sie ihre Qualifikationen erworben haben, und das ist nicht akzeptabel.

Dass die studienbegleitende Promotion die wissenschaftliche Qualifikation verbessert, wird auch durch den Erfolg promovierter Mediziner bei der Drittmitteleinwerbung belegt. Nach den Angaben der DFG werden mehr als 60 % der Förderquote für Mediziner im Bereich Lebenswissenschaften vergeben.

Die Kritiker der studienbegleitenden Promotion in der Medizin führen immer wieder eine nicht ausreichende Qualität dieser Arbeiten ins Feld. Dem deutschen Dr. med. würde die internationale Anerkennung fehlen. Als Beispiel wird immer die ERC-Förderung vorgebracht, doch das ist ein Trugschluss (Abbildung 1).

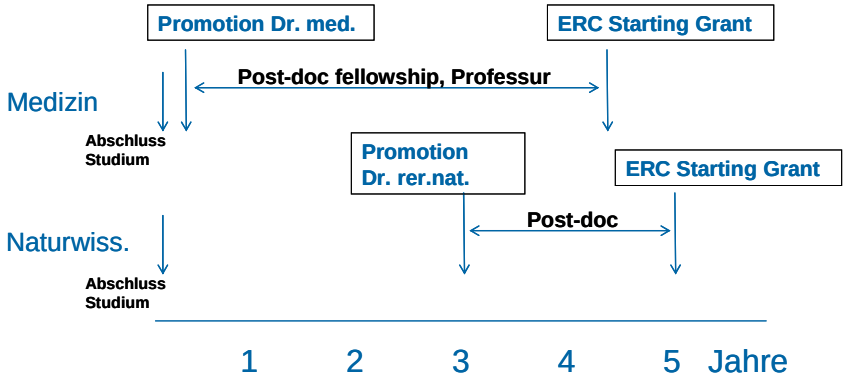


Abb. 1: Internationale Anerkennung und Förderfähigkeit durch das ERC nach dem Ende des Studiums

Vergleicht man nämlich die Zeitstrecke von Studienabschluss bis zur ersten Förderfähigkeit (starting grant), unterscheiden sich Mediziner und Naturwissenschaftler nur wenig. Wenn ein Mediziner unmittelbar nach Abschluss des Studiums promoviert, schließt sich eine vier- bis fünfjährige Phase der wissenschaftlichen Weiterqualifikation als Post-Doc im Rahmen der Habilitation an. In dieser Phase muss sich der Promovierte mit guten Publikationen dem Wettbewerb stellen. Die Naturwissenschaftler haben nach ihrem Studienabschluss die mindestens dreijährige Promotionsphase, woran sich nach den ERC-Regeln eine zwei- bis zehnjährige Wartephase anschließt. Damit hat auch der Naturwissenschaftler eine durchschnittlich fünfjährige Weiterqualifikationsphase vom Studienabschluss bis zum ersten ERC-Grant. Wenn sich die Mediziner

nicht in dem Maße an den ERC-Grants beteiligen, liegt das nach meiner Überzeugung weniger an deren Qualifikation, sondern an den unzureichenden Karrierewegen in der Wissenschaft, die wir unserem medizinischen Nachwuchs heute an den Universitäten anbieten.

Unser Positionspapier beschreibt noch einmal ausführlich, wie solche strukturierten Promotionsprogramme aussehen sollten. Es wird die Notwendigkeit aufgegriffen, eine Annahme und zentrale Erfassung der Doktorandinnen und Doktoranden in Graduiertenschulen vorzunehmen, wobei dafür ein transparentes Auswahlverfahren mit Prüfung der bisherigen Studienleistungen, der Thematik der Arbeit und des wissenschaftlichen Umfeldes vorgeschaltet sein soll. Die Betreuungsvereinbarung ist ein wichtiges Element, denn sie regelt die Aufgaben, Rechte und Pflichten des Betreuers wie auch des Doktoranden. Mit dieser Vereinbarung wird zugleich der Zeitraum, in dem die Promotion erarbeitet werden soll, abgesteckt und schriftlich fixiert. Der MFT empfiehlt die Vergabe von Promotionsstipendien.

Die Ausgestaltung der Promotionsphase soll, so benennt es ja auch der Wissenschaftsrat, eine neunmonatige, zeitlich zusammenhängende Projektarbeit umfassen. Dabei soll die Projektarbeit von einer wissenschaftlichen Ausbildung, d.h. von theoretischen Lehrveranstaltungen oder Trainingsprogrammen begleitet sein.

Zur Konfliktbehandlung und -lösung kann die Einrichtung einer Schiedsstelle oder Ombudsstelle an den Fakultäten hilfreich sein.

In unser Positionspapier sind auch die Ergebnisse eines Workshops eingeflossen, den der MFT im Februar 2016 in Würzburg veranstaltet hat. Wir haben in den letzten Wochen eine Umfrage an den Fakultäten durchgeführt, um zu erfahren, wieweit diese Vorgaben bereits gelebte Realität sind. Es haben sich 32 der deutschen Medizinfakultäten beteiligt. Vieles von dem, was wir als strukturiertes Promotionsprogramm vorschlagen, ist bereits vorhanden oder wird aktuell umgesetzt. So müssen an den meisten Fakultäten die Doktoranden und ihre Arbeit angemeldet sein, und an zahlreichen Fakultäten sind Graduiertenschulen bereits eingerichtet (Abbildung 2).

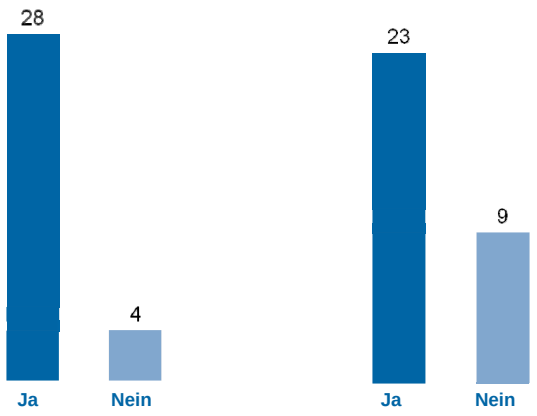


Abb. 2: Ergebnis der Umfrage, linkes Diagramm „Müssen Promotionen in der Medizin angemeldet werden?"; rechtes Diagramm Zahl der Etablierung strukturierter Promotionsprogramme (davon n=22 in inter-/fakultären Graduiertenschulen)

Wir haben weiter nach den Thematiken der Promotionsarbeiten gefragt (Abbildung 3). Dabei fanden wir, dass in den strukturierten Promotionsprogrammen der Großteil der Promotionen in der experimentellen Forschung angefertigt wird, aber auch klinisch-epidemiologische Forschung Bestandteil strukturierter Programme ist.

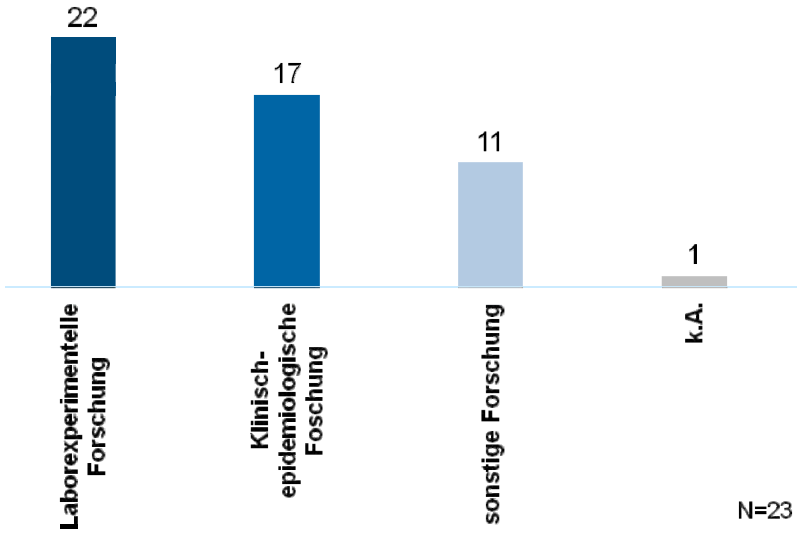


Abb. 3: Thematische Ausrichtungen strukturierter Promotionsprogramme (Mehrfachnennung möglich), n=23 Fakultäten

Die Elemente und Maßnahmen des strukturierten Promotionsprogramms beinhalten an den meisten Fakultäten ein obligates Forschungsfreisemester, welches mindestens 6 bis 12 Monate, im Durchschnitt 8 Monate dauert. In 22 Fakultäten werden Betreuungsvereinbarungen abgeschlossen. Fast die Hälfte der Fakultäten vergibt Stipendien (n=15, für 6 bis 12 Monate). Es gibt begleitende Studienprogramme mit Seminaren, Methodenkursen, der Teilnahme an Summer Schools, dem Erwerb von Schlüsselqualifikationen oder der aktiven Beteiligung an internationalen wissenschaftlichen Tagungen.

Die Anzahl an Promotionen wurde nur von neun der angeschriebenen Fakultäten gemeldet. Die Zahl der Promotionen aus den strukturierten Programmen ist noch recht gering (Abbildung 4).

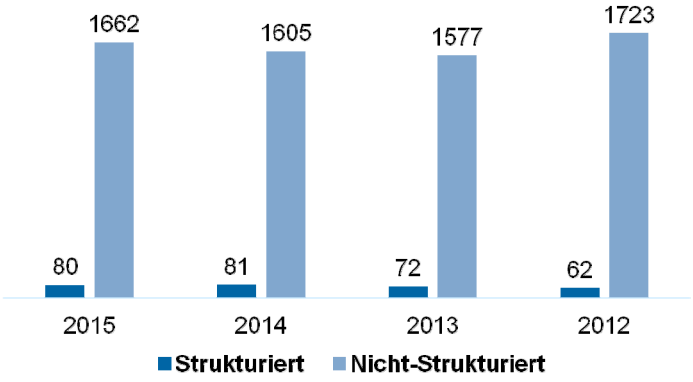


Abb. 4: Anzahl der abgeschlossenen Promotionen zum Dr. med. nach den Daten von neun Fakultäten.

Die strukturierten Programme wurden in den meisten Fakultäten erst vor kurzer Zeit eingeführt. Wir befinden uns in einem Entwicklungsprozess, der sich in den nächsten Jahren festigen und fortsetzen muss. Das betrifft insbesondere die Zahnmedizin, denn dort hat unsere Befragung ergeben, dass im selben Zeitraum gar keine Promotion in einem strukturierten Programm entstanden ist (Abbildung 5).

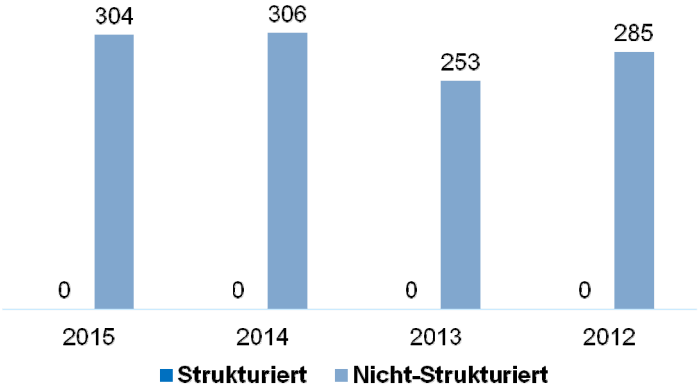


Abb. 5: Anzahl der abgeschlossenen Promotionen zum Dr. med. dent. nach den Daten von neun Fakultäten.

Betrachtet man die Notenverteilung, so führen die strukturierten Programme offensichtlich zu einer Qualitätsverbesserung (Abbildung 6). Hier muss aber eingeschränkt werden, dass es keine einheitlichen Kriterien für eine Bewertung mit „summa cum laude“ oder „magna cum laude“ gibt. Teilweise wird für diese Notenstufe die Publikation der Promotion in einem Journal mit Peer Review gefordert, und das wäre auch der Anspruch, den der MFT an eine Promotion aus einem strukturierten Programm stellt.

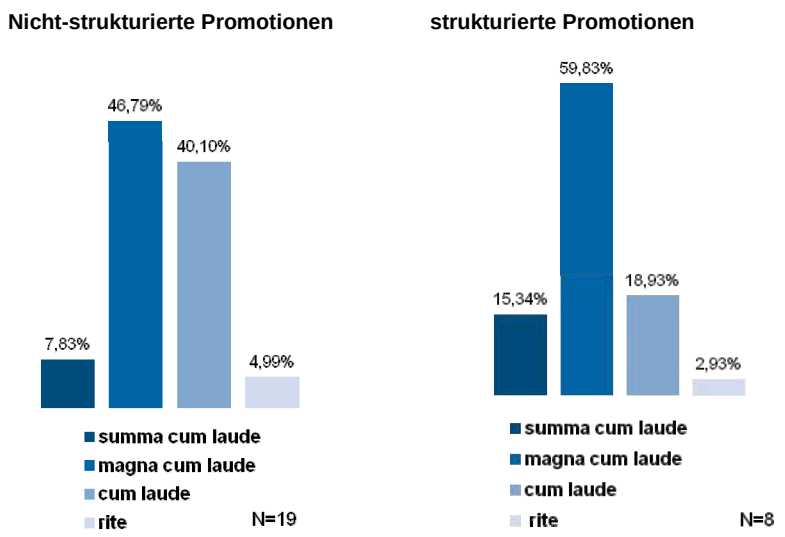


Abb. 6: Notenverteilung im Promotionsjahr 2015, die Zahl „N" gibt die Anzahl der in der Umfrage antwortenden Fakultäten an.

Ich kann zusammenfassend feststellen, dass strukturierte Promotionsprogramme an vielen Medizinischen Fakultäten etabliert sind. Sie lassen sich gut in das Curriculum integrieren und führen zur Qualitätsverbesserung. Das schließt nicht aus, dass es durch die Promotion zu einer Verlängerung der Studienzeit infolge des Aussetzens mit einem oder mehreren Forschungsfreisemestern kommen kann.

Wir sollten anstreben, dass die strukturierten Programme als Standard für alle Promotionen zum Dr. med. und Dr. med. dent. gelten. Möglicherweise müssen wir in der Zahnmedizin noch besondere Maßnahmen ergreifen, damit sich die strukturierten Promotionsprogramme auch dort durchsetzen.

Die Anreizsysteme durch Bundesländer und Fakultäten (LOM) sollten genutzt und ausgebaut werden. Es gibt Bundesländer, in denen der Landeszuführungsbetrag auch nach der Zahl der Promotionen berechnet wird. Wir sollten davon unbedingt abrücken, denn der quantitative Aspekt hat nichts mit Qualität zu tun. Wenn Promotionszahlen für die Mittelverteilung herangezogen werden, sollten es nur diejenigen sein, die aus strukturierten Promotionsprogrammen stammen.

Die Promotion in einem strukturierten Programm soll in die Qualifizierungswege für den wissenschaftlichen Nachwuchs eingebettet sein. Die Promotion ist für den wissenschaftlichen Nachwuchs der erste Schritt in der akademisch-wissenschaftlichen Laufbahn. Wir müssen jedoch erwarten, dass durch die strukturierten Promotionsprogramme die Promotionsquote noch weiter absinken wird. Ich sehe kein Problem darin, wenn sich die Quote zwischen 20 und 30 % der Absolventen bewegt, dafür aber diese Arbeiten von wissenschaftlich hoher Qualität sind und wir aus diesen Promovendinnen und Promovenden dann unseren wissenschaftlichen Nachwuchs generieren.

Wenn dann aber für mehr als die Hälfte der Absolventen die Promotion als zentrales Element der Vermittlung von Wissenschaftskompetenz im Studium der Medizin und Zahnmedizin entfällt, müssen andere Parameter in das Studium implementiert werden, um diese Kompetenz jenseits der Promotion in ausreichendem Maße zu vermitteln. Dazu sind die Handreichungen des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2015 ein gutes Werkzeug, um das Curriculum der Medizin mit entsprechenden Modulen zum Erwerb von Wissenschaftskompetenz auszugestalten.

Vielen Dank!

Diskussion

Gekle
Der Anteil von Promotionen aus strukturierten Programmen mit etwa 5 % ist zu gering. Wie kann der steinigere Weg eines solchen Programms attraktiver gestaltet und damit die Zahl der Promotionen erhöht werden? Die Individualpromotion besteht weiter und wird durch die Programme nicht tangiert.

Frosch
Die Individualpromotion, die sich aus dem Betreuungsrecht eines Hochschullehrers ergibt, ist von den strukturierten Programmen nicht tangiert. Es geht nicht um das Ausschließen von Betreuern, sondern die Fakultät oder Graduiertenschule muss anhand des Themas einer Promotion entscheiden, ob sie das für promotionswürdig hält oder nicht und dann erst das Thema zur Promotion annehmen. Schon die Annahme als Doktorandin oder Doktorand u.a. aufgrund des vorgelegten Themas der Arbeit muss strengen Qualitätskriterien unterliegen.

Incentives sind wichtig, denn ein finanzieller Ausgleich für ein oder mehrere Forschungsfreisemester ist ein wichtiger Anreiz, eine wissenschaftliche Arbeit in einem strukturierten Programm anzufertigen. Stipendien für Graduiertenkollegs werden in der Medizin viel zu selten beantragt, hier sollte bei der Einrichtung solcher Kollegs bereits darauf geachtet werden, dass Stipendienmittel beantragt werden.

Mit der Promotionsurkunde oder den sie begleitenden Dokumenten sollte klargemacht werden, welche Leistungen über die reine Doktorarbeit hinaus in dem strukturierten Promotionsprogramm erbracht und welche Kompetenzen erworben wurden. Der Nachweis zusätzlicher Qualifikationen würde dann den Doktorandinnen und Doktoranden über den reinen Titel hinaus weitere Wettbewerbsvorteile bringen, was auch als eine Art Incentive gewertet werden kann.

Draguhn
Im Curriculum HeiCuMed in Heidelberg ist eine Wissenschaftsphase von acht Monaten eingebaut, in der keine anderen Lehrveranstaltungen stattfinden. Damit wurde eine Promotionsquote von fast 90 % erreicht. Das strukturierte Promotionsprogramm ist obligatorisch. Es geht dabei nicht darum, die Individualpromotion auszuschließen, aber es müssen bestimmte Voraussetzungen für die Promotion erfüllt sein, und das kann man mit dem strukturierten Promotionsprogramm kompatibel gestalten. Die akademische Freiheit leidet darunter nicht.

Heilani
Es gab zur strukturierten Promotion in der Vergangenheit schon fruchtbare Diskussionen innerhalb der HRK. Wissenschaftliche Kompetenzen haben für die spätere Berufspraxis eine große Bedeutung. Es sollte aber die grundlegende wissenschaftliche

Kompetenz, die jeder Medizinstudierende erwerben sollte, von der Kompetenz zur wissenschaftlichen Forschung, die zum wirklichen Erkenntnisgewinn beiträgt, getrennt werden.

Im Vortrag wurde ausgeführt, dass eine studienbegleitende Promotion den frühen Kontakt zur Forschung und zu möglichen wissenschaftlichen Karrierewegen herstellen würde. Die Studierenden begrüßen diese Perspektiven in der Forschung und wissenschaftlichen Karriere sehr und sprechen sich für die Einrichtung von Forschungstracks aus.

Allerdings wird die studienbegleitende Promotion von den Studierenden durchaus kritisch gesehen. Wenn sie in ihrer Qualität internationalen Ansprüchen gerecht werden soll, z.B. durch die Publikation in einer Zeitschrift mit Peer Review, wird ein großer Teil der Durchführung und der Abschluss dieser Promotion nur postgradual erfolgen können. Eine dem PhD äquivalente Graduierungsarbeit kann studienbegleitend nicht zu leisten sein. Damit impliziert sich ein Absinken der Promotionsquote. Es bedeutet in der Konsequenz aber auch, dass nur noch diejenigen promovieren werden, die sich wirklich in der Wissenschaft engagieren wollen, und nicht diejenigen, die einen akademischen Grad für ihr Praxisschild erwerben möchten.

Frosch

Ein Äquivalent zum PhD einführen zu wollen, erscheint mir problematisch. Der PhD wird üblicherweise nach einer dreijährigen postgradualen Phase wissenschaftlichen Arbeitens vergeben. Das ist nicht parallel zu einem regulären Studium zu leisten. Wir sollten zunächst sehen, was nach einer Wissenschaftsphase von neun + x Monaten an Ergebnissen herauskommt. Wenn nach den neun Monaten der gleiche Umfang an Erkenntnissen gewonnen und in einer internationalen Zeitschrift publiziert wird, wie ihn ein Naturwissenschaftler in den drei Jahren Postgradualstudium erarbeitet, ist das auch eine dem PhD äquivalente Leistung.

Interprofessionelle Ausbildung

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus
Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine Damen und Herren!

Das Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf hat sein Handeln seit einigen Jahren unter das Leitprinzip „Wissen, Forschen, Heilen durch vernetzte Kompetenz“ gestellt. Dahinter verbirgt sich die Überzeugung, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Universitätsklinikums verschiedene Kompetenzen und Fähigkeiten haben und somit nur im Team bestmögliche Ergebnisse erzielt werden können. Ein gegenseitig respektvoller und anerkennender Umgang ist dabei Voraussetzung. Mit dieser im Leitbild zum Ausdruck gebrachten Überzeugung steht das UKE natürlich nicht alleine. Inzwischen gilt gelungenes interprofessionelles Handeln als wichtige Voraussetzung für eine effiziente und patientenorientierte Gesundheitsversorgung. So stellt Hans-Jochen Heinze in seiner Wissenschaftsratsschrift: „Gesundheitsberufe der Zukunft“ (Wissenschaftsrat 2012) fest, dass die künftige Gesundheitsversorgung wegen des veränderten Krankheitspanoramas und der Zunahme komplexer Erkrankungen wesentlich stärker arbeitsteilig und deshalb kooperativ organisiert werden müsse.

Die Canadian Interprofessional Health Collaborative hat 2010 Core-Kompetenzen für die interprofessionelle Kooperation veröffentlicht. Danach beruht interprofessionelle Zusammenarbeit auf einer Partnerschaft innerhalb eines Teams von Gesundheitsdienstleistern und mit dem Patienten. In einem durch Partizipation, Zusammenarbeit und Koordination geprägten Ansatz sollen gemeinsame Entscheidungen im Hinblick auf gesundheitliche und soziale Anliegen entwickelt werden.

Die interprofessionelle Kooperation versteht sich dabei als ein Prozess, der Kommunikation und das Treffen von Entscheidungen einschließt und synergistische Einflüsse von Gruppenwissen und Kompetenzen ermöglicht. Als zentrale Prinzipien gelten: Verlässlichkeit, Koordination, Kommunikation, Selbstbewusstsein, gegenseitiges Vertrauen und Respekt.

In den meisten Publikationen zum Thema interprofessionelle Kooperation wird davon ausgegangen, dass diese positive Auswirkungen auf die Patientenversorgung hat. Insgesamt ist die empirische Basis für diese Annahme aber noch eher schwach. Methodisch nicht immer überzeugende Studien, die oft auf kleinen Fallzahlen basieren, fin-

den sich am ehesten in Schweden, den USA und Kanada. Generalisierbare Aussagen sind auch wegen der Unterschiedlichkeit der eingesetzten Interventionen noch schwierig – diese reichen von täglichen interprofessionellen Gesprächsrunden über monatliche interprofessionelle Meetings bis hin zu extern unterstützten interprofessionellen Audits. Ergebnistrends erster Reviews, u.a. Zwarenstein et al. 2009, West et al. 2015, weisen aber darauf hin, dass sich gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit auf die Patientensicherheit (z.B. bei Operationen) und auf Patientenzufriedenheit, ggfs. auch auf Effektivität und Effizienz auswirken können.

Interprofessionelles Lernen

In Zusammenhang mit der Wahrnehmung der interprofessionellen Kooperation als möglichem Wirkfaktor einer gelungenen Patientenversorgung wurde bald auch die Bedeutung interprofessioneller Erziehung erkannt. Interprofessionelle Erziehung (IPE) zielt nach dem Verständnis des Institute of Medicine, USA (2001, vgl. auch Bridges et al., 2011) auf die Vermittlung der Fähigkeit, Kompetenzen und Kenntnisse zwischen den Professionen zu teilen, auf das Teilen von Werten und auf Respekt vor den Rollen anderer Gesundheitsberufe.

Internationale Modelle interprofessionellen Lernens

Eine sehr gute Übersicht über Studien zum interprofessionellen Lernen gibt Thistlethwaite (2012). Der Beitrag von Bridges et al. (2011) zeigt die große inhaltliche und didaktische Vielfalt von Ansätzen zur Förderung von interprofessionellem Lernen an drei Best Practice Modellen unterschiedlicher amerikanischer Universitätskliniken. Alle drei Programme zielen auf interprofessionelle Teambildung, auf das Wissen über die anderen Professionen, auf patientenzentrierte Versorgung, und weisen eine interprofessionelle klinische Komponente auf. Als gemeinsames Ergebnis der drei Modelle zeigte sich, dass die Studierenden ihre eigene professionelle Identität und auch die Rollen der anderen professionellen Rollen im Health Care-Team besser verstehen lernten. Als Schlüssel des Erfolges erwiesen sich ein gesicherter administrativer Support, eine interprofessionelle programmatische Infrastruktur, ein Commitment von Seiten der Fakultät sowie eine studentische Beteiligung an Programmentwicklung und Durchführung.

Die Medizinische Fakultät der Linköping University in Schweden hat bezüglich des interprofessionellen Lernens eine besonders lange Tradition, die bis in das Jahr 1986 zurückreicht. Das Programm, das sich auf eine gemeinsame Lernstrecke von insgesamt 12 Wochen bei angehenden Ärztinnen und Ärzten, von Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie weiteren Berufsgruppen bezieht, ist stufig angelegt und verteilt sich auf verschiedene Studienabschnitte. Das erste interprofessionelle Modul, das sich inhaltlich auf Grundlagen zu Gesundheit und Gesundheitsförderung bezieht, findet gleich zu Beginn des Studiums statt.

An der University of Southampton (England) wird – ebenfalls curricular verankert – das interprofessionelle Programm „Common Learning“ seit 2000 internetbasiert umgesetzt. In den zwei Lerneinheiten tauschen sich pro Jahr etwa 3.500 Studierende aus elf Gesundheitsberufen und der Sozialarbeit miteinander aus.

In der Schweiz entstanden seit 2005 – also deutlich früher als in Deutschland – zahlreiche meist kleinere Projekte zur interprofessionellen Ausbildung. Diese Entwicklung dürfte durch die Gesundheitspolitik auf der Ebene des Bundes und der Kantone, die weiter fortgeschrittene Akademisierung der nicht ärztlichen Gesundheitsfachberufe und die konsequente Umsetzung der Bologna-Reform in der Schweiz begünstigt worden sein. Die künftige Entwicklung der interprofessionellen Aus- und Weiterbildung in der Schweiz könnte durch die von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013) herausgegebenen Charta „Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ positiv beeinflusst werden.

Zur Entwicklung in Deutschland

Die 2009 eröffnete Hochschule für Gesundheit in Bochum hat in die Curricula ihrer fünf gesundheitsbezogenen Bachelorstudiengänge (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Hebammenkunde und Pflege) interprofessionelle Lerneinheiten über den gesamten Studienverlauf integriert. In der Weiterentwicklung entstand ein interprofessionelles Modellprojekt unter Mitbeteiligung der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum.

An der Medizinischen Fakultät Heidelberg wurde strukturell ein anderes Konzept gewählt. Hier entstand 2011 ein Bachelorstudiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“, in dem neun unterschiedliche Gesundheitsberufe gemeinsam studieren.

Seit 2013 gibt es das Förderprogramm „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“, unterstützt durch die Robert Bosch Stiftung (Klapper und Schirlo 2016). In der ersten Projektphase 2013 bis 2015 wurden acht Projekte vergeben, für die es eine Anschlussförderung 2015 bis 2017 gab. In der zweiten Phase (ab 2016 bis 2018) werden weitere zehn Projekte gefördert. Damit gibt es derzeit an 17 deutschen Medizinischen Fakultäten ein Projekt dieses Modellprogramms.

In der ersten Projektphase ging es um Projekte, in denen gemeinsam interprofessionelle Lerneinheiten an medizinischen Fakultäten und nicht-medizinischen Ausbildungsstätten für Fachkräfte aus der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Medizin, Pflege und Physiotherapie entwickelt werden sollten. Die acht Modellprojekte, auf die sich die inzwischen vorliegenden Evaluationsergebnisse beziehen, unterscheiden sich in ihrer inhaltlichen Schwerpunktsetzung, in der Strukturierung der interprofessionellen Lerneinheiten, der Zielgruppenkonstellation sowie in der Projektarchitektur erheblich.

Die Evaluation (Nock, 2016) machte deutlich, dass sich die überwiegende Zahl der Projekte in ihrer interprofessionellen Interaktion an einem Modell der partizipativ-dialogischen Partnerschaft orientierte. Die Beteiligung aller vertretenen Professionen/Einrichtungen an sämtlichen Aufgaben und Entscheidungen war dabei das handlungsleitende Prinzip. In zwei Projekten wurde dagegen eher eine instrumentelle Partnerschaft realisiert, bei der die inhaltliche und formale Konzeption des Projektes bereits im Vorfeld der Kooperation weitgehend durch einen Hauptakteur aus der Medizin festgeschrieben war.

Die inhaltliche Ausgestaltung der interprofessionellen Lerneinheiten wies zwei unterschiedliche Schwerpunkte auf: Vermittlung von Interprofessionalität entlang eines für alle beteiligten Berufsgruppen gleichermaßen relevanten fachlichen Themas sowie Interprofessionalität als expliziter Unterrichtsgegenstand. Als restriktive Faktoren einer erfolgreichen Gestaltung der interprofessionellen Lerneinheiten stellten sich u.a. heraus:

- gemeinsamer Unterricht für Medizinstudierende als freiwillige Veranstaltung, für Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler verpflichtend,
- zeitliche Nähe zu den Prüfungsphasen,
- Ansetzung des Unterrichts in Randzeiten,
- lange Wegzeiten.

Als weitere für das Gelingen der Veranstaltung u.a. wichtige Faktoren erwiesen sich unterschiedliche Lernkulturen der beteiligten Berufsgruppen und das Verständnis der Lehrkräfte.

Eine differenzierte Darstellung der Projektergebnisse der ersten Phase des Programms „Operation Team“ erfolgt gegenwärtig in einem gemeinsam von der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und der Robert Bosch Stiftung herausgegebenen Themenheft *Journal of Medical Education* im Juni 2016.

In der zweiten Programmphase erfolgt eine thematische Ergänzung des Programms der ersten Runde mit neuen Themen wie Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung oder neue didaktische Zugänge.

Die Medizinische Fakultät der Universität Hamburg hat hier ein eigenes Projekt eingeworben. Dies zielt unter dem Titel „GESUND & HUMAN“ auf Auszubildende und Studierende der Pflege, Studierende der Humanmedizin, sowie weitere Ausbildungsbereiche/Studiengänge aus den Gesundheitsberufen (z.B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Orthoptisten…). Das Kernstück des gemeinsamen Ausbildungsmoduls bildet eine simulierte Krankenstation des UKE aus dem Regelbetrieb. Auszubildende und Studierende der Pflege und Medizin sollen diese Station managen. Im Laufe einer Woche werden die Patienten von diesem Team nach selbst entwickelten Pflege- und medizinischen Versorgungsplänen interprofessionell versorgt. Besondere Herausforderungen stellen hier z.B. simulierte Notfallsituationen oder Todesfälle dar, die eine sofortige

und enge interdisziplinäre Interaktion erfordern. Für den Nachmittag sind interprofessionelle Fallbesprechungen vorgesehen. Diese zielen auf die interdisziplinäre Interaktion z.B. in Notfallsituationen oder auf die Analyse von Schnittstellenproblematiken. Eine dritte Lernumgebung wird in der Palliativmedizin gebildet, wo Pflegende und Medizinstudierende gemeinsam mit Musiktherapie-Studierenden der Hochschule für Musik und Theater Konzepte in der Versorgung von Palliativpatienten erarbeiten.

Geplant ist eine umfassende Evaluation nach dem Mixed-Methods-Schema, die auch einen Vergleich der Ergebnisse mit Lernenden ermöglicht, die noch nicht an den Lernumgebungen teilgenommen haben. Die Verstetigungsphase des Projektes sieht die verpflichtende Verankerung von aus dem Projekt abgeleiteten interprofessionellen Lerneinheiten in die Curricula aller beteiligten Berufsgruppen vor. Für den integrativ eingerichteten iMED-Studiengang bestehen am UKE hierfür gute Voraussetzungen.

Zur Frage der einzuschlagenden Strategien, um eine stärkere Implementierung von interprofessioneller Ausbildung in Deutschland zu erreichen, hat der GMA-Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in Gesundheitsberufen“ ein Positionspapier (Walkenhorst et al., 2015) vorgelegt. Der Ausschuss empfiehlt für den deutschsprachigen Bereich:

- die Entwicklung eines Gesamtkonzepts „Interprofessionelle Kompetenz“, das sich an die Ausbildungen der verschiedenen Gesundheitsberufe richtet;
- eine am Gesamtkonzept orientierte Erarbeitung eines Curriculum mit entsprechenden didaktischen Konzepten;
- hochschuldidaktische Konzepte für die Qualifizierung der Lehrenden aller beteiligten Berufsgruppen;
- Organisationsentwicklung in den Institutionen, die es ermöglicht, interprofessionelle Konzepte zu entwickeln, zu reflektieren und zu gestalten;
- weiterhin: Entwicklung von Konzepten zur Qualitätssicherung und Evaluation und die Schaffung von Netzwerkstrukturen.

Der Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ der GMA bietet an, zu wichtigen der zuvor genannten Punkte Verantwortung zu übernehmen.

Zur Frage der Strukturierung einer interprofessionellen Ausbildung gibt es zurzeit sicher noch bei den beteiligten Berufsgruppen sehr divergierende Vorstellungen. Ich verweise hier lediglich auf Hans-Jochen Heinze, der in seiner Wissenschaftsratsschrift „Gesundheitsberufe der Zukunft“ von 2012 zwei Modelle diskutiert. Das kooperative Modell (Gesundheitscampus): Einrichtung von Studiengängen an Fachhochschulen unter dem Dach einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften und in enger Kooperation mit einer Universität mit medizinischer Fakultät. Das integrative Modell: Einrich-

tung von Studiengängen für unterschiedliche Berufsgruppen unter dem Dach einer medizinischen Fakultät in angegliederten Departments für Gesundheitswissenschaften. Heinze favorisiert, vor allem mit dem Hinweis auf die Sicherstellung hoher wissenschaftlicher Standards, eindeutig die integrative Lösung.

Fazit

Interprofessionelle Ausbildung ist zu Recht als wichtiges Zukunftsthema erkannt worden. Sie stellt eine zentrale Voraussetzung für ein abgestimmtes Handeln der verschiedenen Gesundheitsberufe im Rahmen einer künftig noch komplexer werdenden medizinischen Versorgung dar. Die wirksame Umsetzung interprofessioneller Ausbildungskonzepte ist vermutlich in unterschiedlicher Form erreichbar, allerdings unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen in jedem Falle schwierig. Sie verlangt einen langen Atem und Fürsprecher, auch solch einflussreicher Organe wie des Medizinischen Fakultätentages.

Literatur

Bridges, D., Davidson, R., Soule Odegard, P., Maki, I., Tomkowiak, J. (2011): Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. Med Educ Online, 16:6035

Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework (February 2010): Available from: http://www.cihc.c/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf (cited 20 March 2010)

Nock, L. (2016): Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen. Qualitative Evaluation des Förderprogramms „Operation Team“ der Robert Bosch Stiftung. GMS Zeitschr. f. Med. Ausbildung. Vol. 33(2), ISSN 2366-5017

Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm. (2001): a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press

Klapper, B., Schirlo, C. (2016): „Interprofessionelle Ausbildung“ – herausgeben von der Robert Bosch Stiftung und der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. GMS J Med Educ; 33(2): DOC38 (20160429)

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013). Charta Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Bulletin SAMW., 2:7

Thistlethwaite, J.E. (2012): „Interprofessional Education: a review of context, learning and the research agenda”. Medical Education, Vol. 46(1), 58-70

Walkenhorst, U., Mahler, C. Aisleithner, R., Hahn, E.G., Kaap-Fröhlich, S., Karstens, S., Reiber, K., Stock-Schröer, B., Sottas, B. (2015): Positionspapier GMA-Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“. GMS Zeitschr. f. Med. Ausbildung, Vol. 32(2), ISSN 1860-3572

West, C., Veronin, M., Landry, K. Kurz, T. Watzak, B., Quiram, B. Graham, L. (2015): Tools to investigate how interprofessional education activities link to competencies. Med Educ Online, 20:28627

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen

Zwarenstein, M., Goldman, J., Reeves, S. (2009): Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 3. Art.No.: CD000072

Diskussion

Wissing
Der MFT wird sich diesem Thema auch in Zukunft widmen. Waren die genannten Beispiele alle für den stationären Bereich oder gibt es auch Beispiele aus dem ambulanten Bereich?

Koch-Gromus
Die vorgestellten internationalen Modelle kamen alle aus dem stationären Bereich. Auch die Projekte der Projektphase I der Robert Bosch Stiftung waren alle stationär orientiert. In der Projektphase II, in der diese Projekte weiterentwickelt werden, sind erstmals auch ambulante Modelle enthalten.

MEDIZINISCHER
FAKULTÄTENTAG
Wir bilden Ärzte aus, forsc
und sorgen für Ihre Gesun

Schlussworte und Ankündigung des oMFT 2017

Prof. Dr. Heyo K. Kroemer
Präsident des MFT, Göttingen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine Damen und Herren!

Wir haben, wie bei den Ordentlichen Medizinischen Fakultätentagen üblich, ein breites Spektrum abgearbeitet, in dem es von Forschungsstrategien über Lehre bis zum Medizinstudium 2020 ging. Es ist wieder einmal deutlich geworden, dass die Medizin sowohl in Lehre als auch in Forschung und Krankenversorgung unmittelbar an politischen Entscheidungen hängt, und wir versuchen, solche Entscheidungen zu beeinflussen. Ich halte die zwei halben Tage, die wir gemeinsam verbringen, für eine wichtige Möglichkeit für den Informationsaustausch.

Ich möchte mich nun ganz herzlich bei unserer gastgebenden Fakultät bedanken. Herr Frosch, wir haben uns hier sehr wohl gefühlt und Sie haben uns ein tolles Programm geboten!

Ich bedanke mich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle des Medizinischen Fakultätentages in Berlin dafür, dass die Veranstaltung organisatorisch so reibungsfrei ablaufen konnte.

Schließlich danke ich Ihnen allen für Ihr Kommen. Kommen Sie gut nach Hause, bleiben Sie dem MFT gewogen und besuchen Sie den nächsten Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag 2017 in Hamburg. Das traditionsgemäß allerletzte Wort hat nun der Gastgeber des kommenden Jahres, Herr Kollege Koch-Gromus aus Hamburg.

Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus
Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das Einladungsbild von Würzburg war eindrucksvoll. Ich habe meinen Computer abgesucht und ein Bild gefunden, mit dem ich Ihnen nahebringen will, wie schön Hamburg ist. Sie werden Hamburg lieben, besonders, wenn das Wetter schön ist.

Wir müssen uns als Veranstalter um das inhaltliche Programm kümmern und der akademische Festabend ist besonders wichtig. Dafür haben wir bereits alle Vorsorge getroffen und einen Elbdampfer angemietet. Das steht also schon fest – schönes Wetter haben wir auch bestellt.

Ich lade Sie alle zu uns nach Hamburg ein. Der Medizinische Fakultätentag war gut 35 Jahre nicht mehr in Hamburg. Ich denke, es ist nun einmal wieder Zeit. Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Die Einladung wird von den Anwesenden mit Beifall angenommen.

Mit dem Aussprechen der Einladung ist der Ordentliche Medizinische Fakultätentag 2016 beendet.

Prof. Dr. Heyo K. Kroemer
Präsident des MFT

Prof. Dr. Frank Richter
Schriftführer des 77. oMFT

Mitgliederversammlung des 77. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages*

An der Mitgliederversammlung nahmen Vertreter der Medizinischen Fakultäten und Fachbereiche der Bundesrepublik Deutschland teil. Nicht teilgenommen haben die Medizinische Fakultät Homburg/Saar und die Universitätsmedizin Rostock.

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

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

Der Haushaltsplan des MFT für das Geschäftsjahr 2017 wurde vorgestellt und beschlossen.

Durch Prof. Dr. Matthias Frosch wurde das am 13. April 2016 verabschiedete Positionspapier des MFT „Eine wissenschaftliche Ausbildung und klare Anforderungen an die Promotion sind grundlegend für den Dr. med." vorgestellt, welches auch ein Thema des 77. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages war.

Die Mitgliedschaften im MFT-Präsidium von Prof. Dr. Matthias Frosch (Würzburg) und Prof. Dr. Joachim Thiery (Leipzig) endeten satzungsgemäß. Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich (Berlin) ist aus dem MFT-Präsidium ausgeschieden. Prof. Dr. Matthias Frosch wurde erneut zum Mitglied des MFT-Präsidiums gewählt. Als neue Mitglieder wurden Prof. Dr. Kerstin Krieglstein (Freiburg) und Prof. Dr. Michael Gekle (Halle/Saale) in das MFT-Präsidium gewählt.

Das Mitglied des Vorstands der Akademie für Ausbildung in der Hochschulmedizin (AHM), Prof. Dr. Reinhard Hickel (LMU München), wurde durch die Mitgliederversammlung für weitere drei Jahre in den Vorstand der AHM gewählt.

---

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

Die Mitgliederversammlung wählte als Schatzmeister des MFT Prof. Dr. Dr. Jürgen Schüttler (Erlangen). Für die neu geschaffene Funktion der Kassenprüfer wurden Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus (Hamburg) und Dr. Karin Werner (Freiburg) gewählt.

Der Präsident des MFT dankte dem aus dem Präsidium ausgeschiedenen Prof. Dr. Joachim Thiery für seinen Einsatz für die Belange des MFT. Er würdigte außerdem die 25-jährige Tätigkeit von Prof. Dr. Frank Richter als Schriftführer des MFT.

Teilnehmer des 77. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages

Präsidium des Medizinischen Fakultätentages

Prof. Dr. Heyo K. **Kroemer**
MFT-Präsident und Sprecher des Vorstands, Vorstand Forschung und Lehre/Dekan der Universitätsmedizin Göttingen

Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen **Schüttler**
MFT-Schatzmeister und Dekan der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Dr. Frank **Wissing**
MFT-Generalsekretär, Berlin

Prof. Dr. Ingo **Autenrieth**
Dekan und Vorsitzender der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen

Prof. Dr. Matthias **Frosch**
Dekan der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Prof. Dr. Reinhard **Hickel**
Dekan der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians Universität München

Prof. Dr. Josef **Pfeilschifter**
Dekan des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Prof. Dr. Joachim **Thiery**
Ehemaliger Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

Prof. Dr. Stefan **Uhlig**
Dekan der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen

Teilnehmer der Fakultäten und Gäste

Prof. Dr. Guido **Adler**, Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Heidelberg

Aria **Ahadzada**, Bundeskoordinatorin für Europäische Integration, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Heidelberg

Bettina **Armbruster**, Leitung Gremien, Berufungen und Akademische Angelegenheiten, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Dörthe **Arnold**, Leiterin Referat „Medizinstudium", Hartmannbund, Berlin

Sukhdeep **Arora**, Präsident der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Berlin

Dr. Ulf **Bade**, Geschäftsführer, Stiftung für Hochschulzulassung, Dortmund

Prof. Dr. Max **Baur**, Wissenschaftlicher Vorstand und Dekan der Medizinischen Fakultät, Universitätsmedizin Greifswald

Dr. Yasmin **Bayer**, Leitung Studiendekanat, Medizinische Fakultät, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Prof. Dr. Ingo **Bechmann**, Prodekan, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig

Christiane **Becker**, Komm. Direktorin des Pflegedienstes, Universitätsklinikum, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Prof. Dr. Katrin **Bekes**, Leiterin, Fachbereich Kinderzahnheilkunde, Universitätszahnklinik der Medizinischen Universität Wien

Prof. Dr. Klaus Benndorf, Dekan und Wissenschaftlicher Vorstand, Universitätsklinikum, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Dr. Antje **Beppel**, Referentin, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Prof. Dr. Pascal **Berberat**, Direktor TUM Medical Education Center, Klinikum rechts der Isar, Fakultät für Medizin der Technischen Universität München

Dr. Hildgund **Berneburg**, Vorsitzende Regionalgruppe Würzburg, DAEB-Deutscher Ärztinnenbund e.V., Würzburg

Richard **Blomberg**, Referent, MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., Berlin

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

Dr. Hagen **Bode**, Persönlicher Referent des Dekans, Medizinische Fakultät, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Dr. Matthias **Bode**, Abteilungsleiter IV, Justitiar, Stiftung für Hochschulzulassung, Dortmund

Dr. Dirk **Böhmann**, Justitiar, Deutscher Hochschulverband, Bonn

Ruth **Bohnefeld-Schruhl**, Referentin Dekanat, Universitätsmedizin, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Dr. Patrick D. **Boldt**, Referatsleiter Hochschule, Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf

Dr. Markus **Bönte**, Geschäftsführer Dekanat, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Dr. Diana **Brümmer**, Referentin, Universitätsmedizin, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Insa **Bruns**, Wissenschaftliche Leitung, Geschäftsstelle KKS-Netzwerk, Berlin

Prof. Dr. Albrecht **Bufe**, Dekan der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

Dr. Holger **Buggenhagen**, Oberarzt und Leitender Notarzt, Lernklinik der Universitätsmedizin Mainz

Stefanie **Busch**, Referatsleiterin Zulassung und Kapazitätsrecht, Hochschulmedizin, Studentische Angelegenheiten, Hochschulrektorenkonferenz, Bonn

Martina **von Campe**, Leiterin des Referats Hochschulmedizin, Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur, Hannover

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

Irina **Cichon**, Projektleitung, Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

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

Dr. Anke **Deggerich**, Fachreferentin, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Bonn

Dr. Jan **de Laffolie**, Kinderarzt, Justus-Liebig-Universität Gießen

Prof. Dr. Peter **Dieter**, AHM-Vorstand und Präsident AMSE The Association of Medical Schools in Europe, Auslandsbeauftragter für Nicht-EU-Ausland im Studiengang Medizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Alexandra **Dinges-Dierig**, Mitglied des Deutschen Bundestages, Berlin

Dr. Corinne M. **Dölling**, Referentin, MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., Berlin

Dennis **Dombrowski**, Projektleiter Schwerpunkt Hochschulmedizin, HIS-Institut für Hochschulentwicklung, Hannover

Prof. Dr. Andreas **Draguhn**, Studiendekan der Medizinischen Fakultät Heidelberg der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Prof. Dr. Hans **Drexler**, Studiendekan, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

PD Dr. Roman **Duelli**, Leiter des Studiendekanats, Medizinische Fakultät Heidelberg der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Dorothee **Dzwonnek**, Generalsekretärin, Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Bonn

Dr. Johannes **Eberle**, Abteilungsleiter Forschung und Planung, Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst, München

Dr. Alice **Edler**, Koordinatorin der Munich Medical Research School, Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Michael **Ehrenfeld**, Direktor, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Ludwig-Maximilians-Universität München

PD Dr. Michael **Eiselt**, Geschäftsführer Dekanat, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Christian **Epp**, Referent des Dekans, Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. Lilla **Farkas**, Direktorin, Semmelweis Universität Innovationszentrum, Budapest

Dr. Karsten **Feil**, Fakultätsgeschäftsführer, Medizinische Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen

PD Dr. Edward **Felder**, Institut für Allgemeine Physiologie, Ulm

Prof. Dr. Martin **Fischer**, Studiendekan „Klinik-Humanmedizin", Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Bernd **Fleischmann**, Institutsdirektor und Lehrstuhlinhaber, Institut für Physiologie I, Universität Bonn

Anja **Flender**, Geschäftsführerin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., Berlin

Prof. Dr. Alfred **Forchel**, Präsident der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Prof. Dr. Ulrich **Förstermann**, Wissenschaftlicher Vorstand und Dekan der Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Roland **Frankenberger**, Studiendekan, Fachbereich Medizin, Philipps-Universität Marburg

Dr. Melanie **Gahrau**, Referat Hochschulbau, Universitätsmedizin, Investitionen, Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin

Prof. Dr. Dr. Gerd **Geißlinger**, Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie, Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Prof. Dr. Michael **Gekle**, Dekan der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Prof. Dr. Ferdinand **Gerlach**, Präsident, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, DEGAM, Frankfurt am Main

Dr. Gabriele **Gerlach**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Hygiene und Mikrobiologie, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Prof. Dr. Manfred **Gessler**, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Simon **Goller**, Studentischer Vertreter, Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V., Medizinstudent an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Kitzingen

PD Dr. Gertraud **Gradl-Dietsch**, LVR Klinikum, Universität Duisburg/Essen, Mülheim

Hanjo **Groetschel**, Ärztlicher Leiter, SkillsLab, Medizinische Fakultät Duisburg-Essen, Essen

Michael **Gruber**, Referent, Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft, Wien

Prof. Dr. Stefan **Gründer**, Prodekan für Studium und Lehre, RWTH Aachen

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

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

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

Prof. Dr. Dr. Hermann **Handwerker**, Institut für Physiologie und Pathophysiologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Günther **Hansen**, Research Solution Manager, Elsevier B.V., Amsterdam

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

Nils **Hapke**, Fachschaftssprecher, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

RDin Sabine **Hauptmann**, Referentin, Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Erfurt

Myriam **Heilani**, Stellvertretende Bundeskoordinatorin für Medizinische Ausbildung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Frankfurt am Main

Prof. Dr. Hans-Jochen **Heinze**, Vorsitzender Ausschuss Medizin, Wissenschaftsrat, Köln

Dr. Gunther **Hempel**, Facharzt für Anästhesie und Lehrbeauftragter, Medizinische Fakultät - Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universität Leipzig

Prof. Dr. Peter **Henningsen**, Dekan der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München

Susanna **Henschke**, Leiterin Studiendekanat, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Dr. Heidrun **Hermecke**, Referentin des Dekans, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Jan Philipp **Heroven**, Referent, MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., Berlin

Prof. Dr. Stefan **Herzig**, Prorektor für Lehre und Studium, Universität zu Köln

Ralf **Heyder**, Generalsekretär, Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), Berlin

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

Prof. Dr. Andreas **Hochhaus**, Prodekan Forschung, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Jena

Sebastian **Höfer**, Unterrichtsbeauftragter der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Prof. Dr. Thomas **Hoffmann**, Studiendekan Zahnmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Prof. Dr. Wolfgang **Hoffmann**, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine, Universitätsmedizin, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Dr. Marzellus **Hofmann**, Prodekan für Lehre, Fakultät für Gesundheit, Department Humanmedizin, Universität Witten/Herdecke, Witten

Dr. Anke **Hollinderbäumer**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Angela **Hübner**, Studiendekanin Medizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Dr. Christoph **Jermann**, Geschäftsführer, Asklepios Medical School, Hamburg

Prof. Dr. Wolfgang **Jilg**, Leiter des Zentrums für Lehre, Medizinische Fakultät, Universität Regensburg

Prof. Dr. Jana **Jünger**, Direktorin, Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), Mainz

Prof. Dr. Ingo **Just**, Studiendekan der Medizinischen Hochschule Hannover

Prof. Dr. Martina **Kadmon**, Studiendekanin, Professorin für Medizinische Ausbildung und Ausbildungsforschung, Fakultät VI – Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Dieter **Kaufmann**, Kanzler, Universität Ulm

Dr. Tobias C. **Kerscher**, Leiter Referat Vorstand, Persönlicher Referent des Dekans, Universitätsmedizin Göttingen

Prof. Dr. Klaus J. **Klose**, Emeritus, Fachbereich Medizin, Dekanat der Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. Lars **Knudsen**, Hochschullehrer und Arbeitsgruppenleiter, Institut für Angewandte und Funktionelle Anatomie; Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Dr. Uwe **Koch-Gromus**, Dekan Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Peggy **Koerner**, Bereichsassistentin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Ingo **Köhler**, Geschäftsführer, ECONUM Unternehmensberatung GmbH, Ludwigsburg

Heike **Koll**, Geschäftsführerin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Raffael **Konietzko**, Bundeskoordinator für Medizinische Ausbildung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Erlangen

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

Prof. Dr. Rudolf **Korinthenberg**, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Julian **Krause**, Schwerpunkt Hochschulmedizin, HIS-Institut für Hochschulentwicklung, Hannover

Prof. Dr. Dr. Thomas **Krieg**, Dekan, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Prof. Dr. Kerstin **Krieglstein**, Dekanin der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Dr. Michael **Kuhn**, Referent des Dekans, Medizinische Fakultät, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Dr. Maria **Lammerding-Köppel**, Leitung, Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in der Medizin, Eberhard Karls Universität Tübingen

MR Dr. Maximilian **Lang**, Bayerisches Wissenschaftsministerium, München

Katharina **Lemcke**, Teamassistentin, MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., Berlin

Prof. Dr. Stephan **Letzel**, Prodekan für Studium und Lehre, Universitätsmedizin Mainz

Käthe **Lewicki**, Stellvertretende Vorsitzende, Ausschuss Medizinstudierende, Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V., Greifswald

Maike **Lippmann**, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig

Dr. Reinhard **Lohölter**, Dekanat, Fachbereich Medizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Ansgar **Lottermann**, Referatsleiter Gesundheitsberufe, Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart

Dr. Reiner **Mansch**, Geschäftsführung Fakultät und Ressort Forschung und Lehre, Universitätsmedizin Göttingen

Dr. Bernhard **Marschall**, Studiendekan, Medizinische Fakultät, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Petra **Meinhardt**, Referatsleiterin Studienangelegenheiten, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Jürgen **Meixensberger**, Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

Prof. Dr. Michael **Meyer**, Studiendekan Vorklinik „Humanmedizin", Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

MD Carsten **Mühlenmeier**, Abteilungsleiter, Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur, Hannover

Christoph **Müller**, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Universitätsklinikum Würzburg

Dr. Anja **Munkelt**, Komm. Referatsleiterin, Referat Lehre, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Prof. Dr. Edmund **Neugebauer**, Seniorprofessur für Versorgungsforschung, Universität Witten/Herdecke, Köln

Dr. Felix **Nickel**, Assistenzarzt Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg

PD Dr. Christoph **Nikendei**, Ars Legendi Preisträger, Leitender Oberarzt, Leiter der Sektion Psychotraumatologie, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Prof. Dr. Udo **Obertacke**, Stellvertretender Klinikdirektor Orthopädisch-Unfallchirurgisches Zentrum, Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Dr. Katrin **Offe**, Geschäftsführerin, TUM Medical Graduate Center, Technische Universität München

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

Dr. Barbara **Pardon**, Leitung Dekanat, Leitung Promotionsbüro, Fachbereich Medizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

MR Uwe **Paul**, Referatsleiter, Referat 43, Ministerium für Wissenschaft und Wirtschaft des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Dr. Martina **Peter-Kern**, Mitarbeiterin Studiendekanat, Lehrkoordinatorin, Medizinische Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Prof. Dr. Axel Radlach **Pries**, Dekan, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Chantal **Rabe**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lehrstuhl für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Stefan **Rau**, Persönlicher Referent der Dekanin, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Dr. Heinz **Reichmann**, Dekan, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Prof. Dr. Rainer **Rettig**, Studiendekan, Universitätsmedizin, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

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

Mathias **Richter**, Gruppenleiter für Hochschulmedizin, Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Dr. Eva **Richter-Kuhlmann**, Journalistin, Deutsches Ärzteblatt, Berlin

Prof. Dr. Anita **Rieder**, Vizerektorin für Lehre, Medizinische Universität Wien

Sven Olaf **Rohr**, Bundeskoordinator für medizinische Ausbildung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), München

Dr. Tanja **Rohweder**, Geschäftsführerin, Dekanat, Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Astrid **Rose**, Fakultätsgeschäftsführerin, Medizinische Fakultät, RWTH Aachen

Friederike **Rosenbaum**, Fachreferentin, KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Prof. Dr. Hermann-Josef **Rothkötter**, Dekan der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Dr. Thomas **Rotthoff**, Ars Legendi Preisträger, Oberarzt, Klinik für Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Helmut **Rubin**, Rechtsanwalt, Ltd. MR a.D., Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Essen

Tom **Rutert-Klein**, Abteilungsleiter, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Demografie Rheinland-Pfalz, Mainz

Prof. Dr. Dr. Dr. Robert **Sader**, Studiendekan Klinik des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main

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

Stefan **Scharmach**, Rechtsanwalt, Rechtsanwaltskanzlei Riehn, Berlin

Dr. Christian **Schirlo**, Stabsleiter Dekanat, Medizinische Fakultät der Universität Zürich

PD Dr. Iris **Schleicher**, Oberärztin, Justus-Liebig-Universität Gießen, Marburg

Dr. Jens-Jörg **Schnorr**, Abteilungsleiter, Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. (DLR) Projektträger, Bonn

Prof. Dr. Jens **Scholz**, Vorstandsvorsitzender und Vorstand für Krankenversorgung, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Ltd. MR Hartmut **Schrade**, Referatsleiter, Ministerium für Wissenschaft und Kunst Baden-Württemberg, Stuttgart

Cornelia **Schubert**, Mitarbeiterin Referat Lehre, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Dr. Georg **Schütte**, Staatssekretär, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin

Prof. Dr. Wolfgang **Schütz**, Rector emeritus, Medizinische Universität Wien

Dr. Beatrix **Schwörer**, Abteilungsleiterin, Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates, Köln

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

Sebastian C. **Semler**, Geschäftsführer, TMF - Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V., Berlin

Dr. Jutta **Semrau**, Referentin, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

PD Dr. Sabine **Sennhenn-Kirchner**, Leitung des zahnmedizinischen SkillsLab SINUZ, Universitätsmedizin Göttingen

Dr. Karen **Sievers**, Studiengangskoordination, Universität zu Lübeck

Prof. Dr. Babette **Simon**, Vorstandsvorsitzende und Medizinischer Vorstand, Universitätsmedizin Mainz

Sonia **Sippel**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitätsklinikum, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Prof. Dr. Werner **Solbach**, Vertreter des Präsidenten, Universität zu Lübeck

Dr. Florian **Staeck**, Journalist, Ärzte Zeitung, Ressort Gesundheitspolitik, Neu-Isenburg

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

Oliver **Stenzel**, Referent Politik und Gremienarbeit, Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), Berlin

Prof. Dr. Ulrich **Stephani**, Dekan der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Dr. Philipp **Stieger**, Oberarzt/Leiter Bereich Lehre in der Kardiologie, Universitätsklinik für Kardiologie und Angiologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Jörg **Strate**, Leiter Präsidialamt, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Michael **Stumvoll**, Dekan, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig

Prof. Dr. Gregor **Theilmeier**, Dekan, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Prof. Dr. Oliver **Thews**, Kapazitätsbeauftragter, Julius-Bernstein-Institut für Physiologie, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Dr. Stefan A. **Thomas**, Fakultätsgeschäftsführer, Medizinische Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

Dr. Kaspar **Traub**, Geschäftsführer, Medizinische Fakultät, Universität Basel

Prof. Dr. Rolf-Detlef **Treede**, Präsident IASP, Präsident DPG, Lehrstuhl Neurophysiologie, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Mannheim

Prof. Dr. Lorenz **Trümper**, Direktor der Klinik für Hämatologie und Medizinische Onkologie, Universitätsmedizin Göttingen

Prof. Dr. Harald **Tschernitschek**, Studiendekan Zahnmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Bert **Urban**, Bereichsleiter Medizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, München

Marya **Verdel**, Kaufmännischer Vorstand, Universitätsklinikum Leipzig

Moritz **Völker**, Vorsitzender, Ausschuss Medizinstudierende, Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V., Witten

Arnd **Weber**, Referatsleiter Hochschulmedizin, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, Kiel

Prof. Dr. Rainer **Weber**, Prodekan Lehre II/Klinik, Medizinische Fakultät der Universität Zürich

Prof. Dr. Susanne **Weber**, Lehrstuhlinhaberin und Vorstand des Instituts für Wirtschaftspädagogik, Ludwig-Maximilians-Universität München

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

Prof. Dr. Nicolas **Wernert**, Dekan der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Prof. Dr. Thomas **Wieland**, Studiendekan, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Mannheim

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

Dr. Elke **Williamson**, Geschäftsführerin, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Brigitte **Wingen**, Geschäftsführerin, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Prof. Dr. Thomas **Wirth**, Dekan der Medizinischen Fakultät Ulm

RD Wilko **Wittke**,0 Stiftung für Hochschulzulassung, Dortmund0

Dr. Annette **Wosnik**, Leitung Bereich Studium und Lehre, Medizinische Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen

Dr. Peter **Zervakis**, Projektkoordinator Inhalte, Hochschulrektorenkonferenz, Bonn

Ekkehard **Zimmer**, Kaufmännischer Direktor (Vorstand), Universitätsklinikum Düsseldorf

Prof. Dr. Stephan **Zipfel**, Prodekan Lehre und ärztlicher Direktor der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, Medizinische Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen