

Tagungsbericht

86. Ordentlicher Medizinischer Fakultätentag

**am 12. und 13. Juni 2025
in Freiburg**

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

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

ISBN 978-3-9825004-3-0

Herausgeber: Prof. Dr. Matthias Frosch

Schriftführer: Prof. Dr. Frank Richter

MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V.

Geschäftsstelle

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

Telefon: +49-(0)30/6449 8559-0

Telefax: +49-(0)30/6449 8559-11

E-Mail: berlin@mft-online.de

Homepage: www.mft-online.de

alle Rechte vorbehalten

1. Auflage

Berlin, Januar 2026

Fotos: MFT/ Benjamin Schulze

Inhalt

	Seite
Begrüßung Prof. Dr. Matthias Frosch	7
Tagungsimpressionen I	13
Grußwort des 1. Vorsitzenden des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands Prof. Dr. Jens Scholz	15
Tagungsimpressionen II	19
Grußwort der Rektorin der Universität Freiburg Prof. Dr. Kerstin Kriegelstein	21
Tagungsimpressionen III	25
Eröffnungsvortrag MD Dr. Hans J. Reiter, Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst	27
Tagungsimpressionen IV	35
Podiumsgespräch: Internationale Kooperationen der Universitätsmedizin: Globale Herausforderungen gemeinsam angehen Amélie Belosevic Prof. Dr. Matthias Frosch Prof. Dr. Joybrato Mukherjee Prof. Dr. Jens Scholz Moderation: Armin Himmelrath	39
Impulsvortrag und Podiumsgespräch: Transfer und Ausgründungen: Besondere Herausforderungen in der Gesundheitsforschung Impulsvortrag Dr. Isabel Nahal Schellinger	61
Tagungsimpressionen V	69

Podiumsgespräch: Besondere Herausforderungen in der Gesundheitsforschung Sigrid Koeth Dr. Matthias Meergans Dr. Isabel Nahal Schellinger Prof. Dr. Bernd Weber Moderation: Armin Himmelrath	71
Tagungsimpressionen VI	87
Festveranstaltung: Grußwort des Dekans der Medizinischen Fakultät Freiburg Prof. Dr. Lutz Hein	91
Festveranstaltung: Grußwort des Präsidenten der Hochschulrektorenkonferenz Prof. Dr. Walter Rosenthal	95
Verleihung des Ars legendi-Fakultätenpreises für exzellente Lehre in der Medizin Prof. Dr. Martina Kadmon Prof. Dr. Ralf Schmidmaier	101
Tagungsimpressionen VII	107
Einführung zum Thema: Vermeidung von Machtmissbrauch in der Wissenschaft Elif Şenel	111
Impulsvortrag und Podiumsgespräch: Präventive Ansätze zur Vermeidung von Machtmissbrauch in der Wissenschaft Impulsvortrag Prof. Dr. Jochen Sautermeister	113
Podiumsgespräch Prof. Dr. Walter Rosenthal Prof. Dr. Jochen Sautermeister Dr. Isabel Nahal Schellinger PD Dr. Tim von Oertzen Moderation: Elif Şenel	123
Übergabe der Urkunden zum Master of Medical Education (MME) Moderation: Elif Şenel	141

Tagungsimpressionen VIII	147
Einführung zum Thema: Bedeutung des Abiturs als Studienvoraussetzung Elif Şenel	151
Impulsvortrag und Podiumsgespräch: Voraussetzungen für ein erfolgreiches Studium – muss das Abitur noch eine Rolle spielen? Impulsvortrag Prof. Dr. Martina Kadmon	155
Podiumsgespräch: Dr. Pedram Emami Prof. Dr. Wolfgang Hampe Prof. Dr. Florian Hertel Prof. Dr. Martina Kadmon Moderation: Elif Şenel	167
Schlussworte und Ankündigung des oMFT 2026 in Dresden Prof. Dr. Matthias Frosch PD Dr. Jessica Barlinn Prof. Dr. Martina Kadmon	181 183 185
Mitgliederversammlung des 86. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages	187
Anhang – Liste der Teilnehmenden	189



Begrüßung durch den Präsidenten des Medizinischen Fakultätentages

Prof. Dr. Matthias Frosch
Präsident des MFT, Würzburg

Sehr geehrte Frau Präsidentin, liebe Frau Kriegelstein,
sehr geehrter Herr Dr. Reiter,
sehr geehrter Herr Kollege Mukherjee,
lieber Jens Scholz,
Conspectabiles,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
verehrte Gäste, meine Damen und Herren,

ich heiße Sie alle ganz herzlich willkommen zum diesjährigen ordentlichen Medizinischen Fakultätentag, den ich hiermit eröffne. Es freut mich, dass wir in diesem Jahr in Freiburg zu Gast sein zu dürfen, der sonnenreichsten Stadt der Republik, und an einer der ältesten Universitäten Deutschlands, deren medizinische Fakultät nicht nur auf eine lange Tradition zurückblickt, sondern bis heute durch Forschungsstärke und Innovationsgeist besticht. Ganz herzlichen Dank für Ihre Gastfreundschaft, liebe Frau Kriegelstein, und Dir, lieber Lutz Hein.

Ich möchte in meiner Eröffnungsrede heute den Bogen etwas weiter spannen von dem Beginn meiner Präsidentschaft bis heute und auch auf die Herausforderungen der Universitätsmedizin von Morgen eingehen. Denn nach 6 Jahren geht mit dem Ende des diesjährigen oMFT auch meine Zeit als Präsident des MFT zu Ende. Die Mitgliederversammlung hat heute Vormittag Martina Kadmon zur neuen Präsidentin gewählt. Ich freue mich sehr über diese Wahl und weiß den MFT bei Dir, liebe Martina, in guten Händen, denn ich habe mit Dir als MFT-Vizepräsidentin und als Dekanskollegin in Bayern in den vergangenen Jahren bereits eng und vertrauensvoll zu allen wichtigen Themen der Universitätsmedizin zusammengearbeitet.

Die sechs Jahre meiner Präsidentschaft waren am Anfang und sind auch am Ende geprägt von außerordentlichen Herausforderungen und einem Druck auf die Medizinische Forschung und das gesamte Wissenschaftssystem, in einem Ausmaß, wie wir es bislang nicht erleben mussten:

Wenige Monate nach meiner Amtsübernahme brach die Corona-Pandemie aus, die uns alle maximal gefordert hat. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen konnten wir zwei oMFT nur in virtuellen Räumen abhalten. Aber trotz aller notwendigen Kontaktbeschränkungen ist nach meiner Wahrnehmung der Zusammenhalt unter den Fakultäten gewachsen und durch enge Abstimmungen, einen unkomplizierten Austausch von Erfahrungen und Lösungen haben wir es gemeinsam erreicht, dass unsere Studierenden ohne Qualitätseinbußen und ohne Verlängerung der Studienzeit das Medizin-Studium beenden konnten, und dass auch der Forschungsbetrieb weitergehen konnte und die Universitätsmedizin erstmals in umfassend kooperierender Weise im Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) herausragende Beiträge zur Beherrschung der Pandemie und leisten konnte und über die Pandemie-Thematik hinaus zukünftig in diesem Rahmen noch leisten wird.

Die Universitätsmedizin ist mit der Pandemie damit auch ein Stück resilienter geworden. Und es wurde deutlich, dass die Investitionen in die medizinische Forschung und Forschungsinfrastruktur, wie Biobanken, IT oder klinische Studienzentren gut angelegtes Geld im Sinne der Gesundheitsfürsorge waren. Auf die aus diesen Investitionen erwachsenden Innovationen müssen wir immer wieder hinweisen, auch und gerade in Zeiten sehr eng werdender finanzieller Spielräume der staatlichen Haushalte. Die Zukunftsfähigkeit des Landes und die Resilienz gegenüber äußeren Bedrohungen hängt ganz wesentlich auch von einer schlagkräftigen und gut ausgestatteten und damit innovationsfähigen Universitätsmedizin ab.

Dabei müssen wir auch die Förderung unseres ärztlichen wissenschaftlichen Nachwuchses miteinbeziehen, der wesentlich zur Bewältigung der Pandemie beigetragen hat, und auf den auch in Zukunft entscheidende Innovationen zurückgehen werden. Die Förderung der Clinician Scientists war mir immer ein großes Anliegen und sie muss als Daueraufgabe der Medizinischen Fakultäten auf der Agenda bleiben. Mit den Strukturen, die der MFT für die Clinician Scientists und für die verschiedenen CS-Programme aufgebaut hat, kann auch sichergestellt werden, dass die Förderprogramme sich kontinuierlich an neue Aufgaben und Herausforderungen anpassen. Hierbei denke ich für die Zukunft speziell auch an Programme zur Förderung von CS in der Durchführung klinischer Studien. Im MFT-Präsidium haben wir hierzu gestern ein Empfehlungspapier verabschiedet, das aufzeigt, wie die klinische Studententätigkeit im Rahmen von Clinician Scientist Programmen gefördert werden kann.

Soweit mein Blick zurück. Am Ende meiner Eröffnungsrede des oMFT 2024 in Bonn hatte ich mit Blick auf die Wahlen zum EU-Parlament im vergangenen Jahr und die damals bevorstehenden Landtagswahlen in einigen ostdeutschen Bundesländern auf die Bedrohung der Freiheit von Forschung und Lehre hingewiesen und vor den Gefahren für unser pluralistisches Wissenschaftssystem durch undemokratische und mittlerweile als verfassungsfeindlich eingestufte Parteien gewarnt und zur Verteidigung der Meinungsfreiheit aufgerufen. Für uns alle war damals die Brachialgewalt unvorstellbar, mit

der eine neue Administration in Washington gewachsene Forschungsstrukturen zerstört und Universitäten in ihren Kernaufträgen behindert, die Wahrheit wissenschaftlicher Erkenntnisse leugnet, zensiert und ins Gegenteil verkehrt und auch dem internationalen Austausch und der globalen Vernetzung irreparablen Schaden zuzufügen versucht. Damit ist unmittelbar auch unser Wissenschaftssystem betroffen, wenn Forschenden die Möglichkeiten von Karriere-prägenden Auslandsaufenthalten genommen, der freie Austausch im Rahmen von Wissenschaftskonferenzen eingeschränkt und länderübergreifende Forschungsprojekte behindert oder unterdrückt werden. Umso wichtiger ist es, unsere Offenheit gegenüber Studierenden und Forschenden aus allen Ländern zu bewahren und die Verbindungen zu unseren Kooperationspartnern in den USA zu pflegen, mit dem transatlantischen Austausch und fest etablierten Kooperationen nicht nachzulassen und damit der politisch getriebenen Destruktion des Wissenschaftssystems entgegenzuwirken und die offene Zusammenarbeit mit US-amerikanischen Universitäten und Forschungseinrichtungen zu stärken und dauerhaft zu sichern.

Mit diesen jüngsten Entwicklungen in den USA hat der für heute vorgesehene Themenblock zu den globalen Herausforderungen internationaler Kooperationen noch einmal besondere Aktualität erfahren, wir werden hier aber über die transatlantischen Kooperationen hinaus diskutieren und auch die Kooperationen mit Einrichtungen in anderen Krisengebieten und Regionen, in denen wir auch in historischer Verantwortung stehen, nicht außer Acht lassen.

Lassen Sie mich aber noch den Blick in die Zukunft richten. Wir haben eine neue Bundesregierung mit einem Koalitionsvertrag, in dem so viel für die Universitätsmedizin enthalten ist, wie selten zuvor: etwa die Spitzeninitiative für die Universitätsmedizin, Gesundheitsforschung als strategisches Zukunftsfeld, Deregulation und Entfesselung von kleinteiliger Förderbürokratie, die Stärkung der Rahmenbedingungen für klinische Studien, Technologietransfer, Weiterentwicklung des Medizinstudiums und einiges mehr. Man kann gespannt sein, wie diese Themen konkret umgesetzt werden sollen und bei der angespannten Haushaltssituation auch umgesetzt werden können. Als Deutsche Hochschulmedizin, in enger Abstimmung von MFT und VUD, werden wir uns aktiv in die Ausgestaltung dieser Ideen und Initiativen einbringen und beteiligen müssen.

Dies betrifft auch die Krankenhausreform, bei der die Universitätsmedizin eine koordinierende Aufgabe zugeschrieben bekommen hat, und diese Rolle zu erhalten und sie weiter auszuformulieren, wird eine Aufgabe für die nächsten Jahre bleiben.

Umso mehr, als sich deutlich abzeichnet, dass Veränderungen in den Strukturen des Krankenhaussystems auch unmittelbare Auswirkungen auf das Medizinstudium und die Lehre haben werden. Welche Konsequenzen ergeben sich für die Lehre in einem ausdifferenzierten Versorgungsstufensystem, in dem nicht mehr alle für die Lehre benötigten Krankheitsbilder in den Akademischen Lehrkrankenhäusern, vielleicht auch

nicht innerhalb der Universitätsmedizin abgebildet werden können? Welche Konsequenzen ergeben sich für die Universitätsmedizin aus der Ambulantisierung? Haben wir hierfür bei uns ausreichende Kapazitäten für den Unterricht am Patienten? In welchem Umfang sind wir für diesen Teil der Lehre auf externe Kooperationspartner angewiesen und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für das Kapazitätsrecht und die Personalbemessung im klinischen Unterricht?

Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung bekennt sich weiterhin zu den Zielen des Masterplans Medizinstudium aus dem Jahr 2017, auch wenn die daraus abgeleitete und immer noch ausstehende Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung nicht explizit genannt ist.

Die alte Bundesregierung hat es nicht geschafft, die im Koalitionsvertrag 2021 angekündigte Verabschiedung einer neuen Ärztlichen Approbationsordnung umzusetzen und ist letztendlich an der Finanzierungsbereitschaft durch die Länder gescheitert. Hier zeigt sich einer der grundsätzlichen Webfehler des am grünen Tisch geplanten Masterplan/Approbationsordnungsprozesses: der bereits im Masterplan 2017 fixierte Finanzierungsvorbehalt der Finanzminister der Bundesländer. Mit der Zeit wurde immer deutlicher, dass die Umsetzung des Masterplans zusätzliche Kosten in der Größenordnung von 300 Millionen Euro jährlich verursachen würde, allein der Betreuungs- und Organisationsaufwand würde um etwa 20 Prozent zunehmen.

Ein zweiter Webfehler in diesem Prozess war in den Referentenentwürfen für die AO zu erkennen, dass nämlich eine Regelungs- und Detaildichte für das Studium beabsichtigt war, die die Gestaltungsmöglichkeiten eines Curriculums durch die Fakultäten eingeschränkt, die vor allem aber keine schnelle Reaktionsmöglichkeit auf kurzfristige Ereignisse zugelassen hätte. Wie wichtig diese Flexibilität ist, haben wir in der Pandemie gesehen, als nur mit kurzfristig in Kraft getretenen Notverordnungen das Studium ordnungsgemäß durchzuführen war. Und auch die Reaktion auf grundsätzliche Strukturveränderungen im Gesundheitssystem, wie wir sie jetzt mit dem KHVVG erleben, ist mit einem Verordnungs- und Gesetzgebungsverfahren für eine Approbationsordnung, die sich, wie wir sehen, 10 bis 20 Jahre (erfolglos) hinziehen kann, überhaupt nicht vereinbar.

Ein dritter Webfehler war es, die Medizinischen Fakultäten in den Masterplanprozess zu Beginn nicht einzubeziehen und auf die Expertise und die Erfahrungen unserer Hochschullehrenden zu verzichten. Wenn die neue Bundesregierung ankündigt, die Ziele des Masterplans weiterverfolgen und eine Verständigung über Ausgestaltung und Finanzierung in einer Bund-Länder-Kommission herbeiführen zu wollen, müssen die Medizinischen Fakultäten beteiligt sein, weil am Ende nur sie mit all ihrer Erfahrung und der Verantwortung für das gesamte Studium, und ohne Blick durch die Brille von Vertretern einzelner Fächer und ohne berufs- und standespolitischer Einflussnahmen ein zeitgemäßes, dereguliertes und finanzierbares Studium definieren und umsetzen

können. Mit dem NKLM haben die Medizinischen Fakultäten hierfür bereits eine hervorragende Grundlage geschaffen.

In diese Diskussion können wir gerne auch die Sichtweise der Medizinischen Fakultäten zu den tatsächlich benötigten Studienplätzen und die richtige Auswahl der für das Studium und den Arztberuf Geeignetsten einbeziehen. Diese Diskussion werden wir in unserem Programm morgen Vormittag mit einem Impulsvortrag von Frau Kadmon und einem anschließenden Podiumsgespräch zu den Voraussetzungen für ein erfolgreiches Studium und die Rolle der Abiturnote beginnen.

Lassen Sie mich mit Blick auf das Programm des diesjährigen oMFT noch zwei weitere Aspekte ansprechen.

Der Koalitionsvertrag setzt an mehreren Stellen Akzente zur Stärkung und Beschleunigung des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Anwendung. Gerade die Universitätsmedizin ist hierbei ein ganz wichtiger Innovationsmotor. Im Forum Gesundheitsforschung des BMBF, bzw. jetzt BMFTR, wurde gerade erst in der vergangenen Woche ein Empfehlungspapier zur Förderung akademischer Ausgründungen und Unterstützung des Transfers in der biomedizinischen Forschung verabschiedet, an dessen Erstellung auch der MFT beteiligt war und das Handreichungen für eine engere Zusammenarbeit von Akademie und Industrie gibt.

Ergänzend hierzu haben MFT und VUD gestern gemeinsam als Deutsche Hochschulmedizin ein Papier mit Empfehlungen zu Ausgründungen und den Rahmenbedingungen für Ausgründungen verabschiedet. Darin werden die Konditionen der sogenannten USIT-Guides übernommen, die im anglo-amerikanischen Sprachraum zwischen dortigen Universitäten, Gründern und Investoren ausgehandelt und bereits erprobt wurden. Damit können wir nicht nur den Gründerinnen und Gründern einen verlässlichen Startpunkt für gemeinsame Gespräche mit ihren Forschungseinrichtungen bieten. Wir sind damit auch unmittelbar anschlussfähig für international tätiges Venture Capital.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich das wichtige, aber oft schwer zu fassende Thema Machtmissbrauch. Es ist nicht spezifisch für die Universitätsmedizin, vielmehr ist das Risiko dafür wohl allen institutionellen und gesellschaftlichen Situationen inhärent, in denen ein Machtgefälle herrscht. Sei es, weil es um Hierarchien, Wettbewerb um Ressourcen oder Reputation und Karrierewege geht. Die Wissenschaft vereint mehrere dieser Risikofaktoren und bildet bei diesem Thema daher leider keine Ausnahme. Als Besonderheit im akademischen Setting kommt hinzu, dass wir im Rahmen von Ausbildung und Karriereentwicklung regelmäßig beurteilen und bewerten müssen. Deswegen ist klar, dass wir alle, auch die Medizinischen Fakultäten, uns mit dem Thema Machtmissbrauch, seiner Prävention und dem Umgang damit beschäftigen müssen. Bei der Schaffung einer Kultur, die Machtmissbrauch verhindert, geht es auch um die Zukunftsfähigkeit der Universitätsmedizin und unser aller Verantwortung für die vielen Tausend Menschen, die bei uns beschäftigt sind, bei uns ihre Ausbildung erfahren und bei uns

versorgt werden. Auch wenn wir vermutlich nicht auf alle Situationen und Konstellationen möglichen Machtmissbrauchs fertige Antworten haben werden, ist die stete Reflexion wichtig und daher steht auch dieses Thema morgen auf unserer Agenda.

Ich danke Ihnen allen nun für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen einen stimulierenden Austausch, viele Anregungen für unsere Arbeit in den Fakultäten und damit uns allen einen erkenntnisreichen und erfolgreichen oMFT 2025!

Tagungsimpressionen I





Grußwort des 1. Vorsitzenden des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands

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

Sehr geehrter Prof. Frosch, lieber Matthias,
sehr geehrte Frau Prof. Krieglstein,
sehr geehrter Herr Dr. Reiter,
sehr geehrte Damen und Herren,

nach sechs Jahren als Präsident des Medizinischen Fakultätentags – und vielen Jahren zuvor als Vizepräsident – verabschieden wir Prof. Dr. Matthias Frosch, der diese Institution mit Weitsicht, Integrität und Sachverstand geprägt hat.

Lieber Matthias,
Dein Wirken stand stets im Zeichen des Zusammenhalts in der Universitätsmedizin, der politischen Stetigkeit und fachlichen Exzellenz. Du hast entscheidende Entwicklungen mitgestaltet: von der Weiterentwicklung des Medizinstudiums bis hin zur Debatte um die Rolle der Hochschulmedizin in einer sich wandelnden Versorgungslandschaft. Bei all dem hat die Politik die Verantwortung der Fakultäten zunehmend anerkannt.

Es war mir eine Freude, mit Dir zusammenzuarbeiten. Dein Engagement ging weit über die universitäre Medizin hinaus. So beeindruckt Dein nachhaltiger Einsatz in Tansania, wo Du Brücken zwischen Wissenschaft und – ja man kann sagen – globaler Verantwortung gebaut hast. Ich freue mich auf unsere Diskussion hierzu nachher auf dem oMFT-Podium.

In Deiner Amtszeit wurde die Zusammenarbeit zwischen dem MFT und dem VUD zu einer noch tieferen Partnerschaft – getragen von einem gemeinsamen Ziel: die Hochschulmedizin zukunftssicher zu machen und als maßgeblichen Akteur im Wissenschafts- und Gesundheitssystem weiter zu etablieren. Du warst ein Präsident im besten Sinne – verlässlich, klar in der Haltung und stets dem Ganzen verpflichtet. Und Du warst immer ein Teamplayer – Deine zugewandte Art hat viele Türen geöffnet.

Dafür vielen Dank!

Im Namen des VUD danke ich Dir herzlich für Dein Engagement und wünsche Dir für Deinen weiteren Weg alles Gute – Gesundheit, Freude und viele erfüllende neue Aufgaben. Deine Nachfolgerin, Prof. Dr. Martina Kadmon, übernimmt ein stabiles Fundament – und eine große Verantwortung. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit und wünschen gutes Gelingen.

Prof. Kadmon, ich freue mich sehr, dass Sie nun das Ruder übernehmen. Mit fachlicher Expertise werden Sie den MFT hervorragend weiterentwickeln, davon bin ich überzeugt und darauf freue ich mich. Und ich bin mir sicher, dass Sie mit Weitblick und Hands-on-Mentalität die Hochschulmedizin gemeinsam mit dem VUD weiter voranbringen werden.

Auch politisch stehen die Zeichen auf Aufbruch: Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung sendet wichtige Signale - für mehr Innovation und Forschung und für neue Strukturen in der Gesundheitsversorgung. Du hast es gerade zusammengefasst, lieber Matthias, der Koalitionsvertrag enthält viele positive Weichenstellungen für die besondere Rolle der Universitätsmedizin – angefangen bei strukturellen Reformen über Digitalisierung bis hin zur gezielten Forschungsförderung.

Die Universitätsmedizin ist darin erstmals genannt – als Schlüsselakteurin in dieser Transformation. Das ist ein toller Erfolg, doch wir wissen auch, dass das Eine der Vertrag ist, er muss aber dann auch in Gesetze umgesetzt werden. Dass die Krankenhausreform fortgeführt werden soll, ist ein positives Zeichen. Denn die Einführung von Leistungsgruppen und einer Vorhaltefinanzierung schafft den Ländern erstmals ein Instrument zur sinnvollen, regionalen Steuerung. Doch wir sagen auch klar: Diese Reform darf nicht durch zu viele Änderungen verwässert werden.

Die im Koalitionsvertrag vorgesehenen zusätzlichen Ausnahmen bei der Krankenhausplanung dürfen nicht zu einer Aufweichung der Reformziele führen. Struktur braucht Klarheit – sonst bleibt die Reform Stückwerk. Und das können wir uns nicht leisten. Demografie, Innovationen und medizinischer Fortschritt warten nicht auf föderale Unterstützung. Angesichts der Situation unserer Sozialversicherungssysteme und angesichts des demografischen Wandels, ist es umso wichtiger, die Krankenhausreform so zu gestalten, dass sie Effizienz und Qualität für unsere Patientinnen und Patienten steigert. Jetzt geht es dringend um eine verantwortungsvolle Planung, um Stabilität auch in 10 Jahren noch zu gewährleisten.

Zurecht hast Du lieber Matthias, gerade auch darauf hingewiesen, dass die Krankenhausreform auch mehr Flexibilität für Lehre und Studium erforderlich machen wird. MFT und VUD gehen da miteinander in der Stärkung der Universitätsmedizin als koordinierende Instanz.

Die Rolle der Universitätsmedizin ist eindeutig: Sie übernimmt Verantwortung für die hochkomplexe Versorgung, für Forschung, Lehre und Ausbildung. Doch Verantwortung braucht Ressourcen. Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Beteiligung der Universitätsklinika am Transformationsfonds ist daher keine Kür, sondern Pflicht.

Denn Ziel der Reform ist eine Konzentration der Versorgung – und diese wird sich in hohem Maße an den Universitätsklinika vollziehen. Diese Konzentration macht auch Umstrukturierungen und Kapazitätserweiterungen bzw. -veränderungen unausweichlich – und diese müssen über den Transformationsfonds mitfinanziert werden können.

Gen- und Zelltherapien, wie sie im Koalitionsvertrag mehrfach hervorgehoben werden, haben enormes Potenzial für Diagnostik und auch Therapie. Universitätsklinika als Zentren medizinischer Innovation sollten künftig systematisch in die Erprobung und Implementierung solcher Verfahren eingebunden werden. Das Modellvorhaben zur Genomsequenzierung, das wir gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband initiiert haben, ist dafür ein wegweisendes Beispiel. Es markiert einen wichtigen Schritt hin zu einer evidenzbasierten, versorgungsnahen Nutzung moderner Medizin.

Doch der Weg hin zur breiten Anwendung ist anspruchsvoll – er braucht koordinierte Prozesse und starke Partner. Hier kommt das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) ins Spiel: Mit seiner Verstetigung im Koalitionsvertrag erkennt die Politik den besonderen Wert universitärer Forschung und Kooperation an. Universitätsmedizin ist der Ort, an dem Spitzenforschung und Patientenversorgung untrennbar zusammengehören – das hat nicht zuletzt die Pandemie eindrucksvoll gezeigt. Du hast auch die positiven Impulse der Pandemie mit der Modernisierung in Lehre und Beförderung der Digitalisierung gerade genannt, lieber Matthias.

Doch die Krisenerfahrung lehrt uns auch: Forschung und Versorgung müssen nicht nur innovativ, sondern auch krisenfest organisiert sein. Um künftige Herausforderungen wie Pandemien, Naturkatastrophen, Terror oder Krieg bewältigen zu können, bedarf es einer belastbaren Infrastruktur und klarer, koordinierter Strukturen und Zuständigkeiten. Universitätsklinika stehen bereit, bei der Umsetzung eines zivilmilitärischen Koordinierungsmechanismus Verantwortung zu übernehmen – in enger Zusammenarbeit mit Bundeswehrkrankenhäusern und dem Sanitätsdienst, aber auch den BG Kliniken und kommunalen Großkrankenhäusern. Kritische Infrastruktur zu stärken, bedeutet, dass sie ihrer Versorgungsrolle effizient nachkommen kann.

Meine Damen und Herren,
die Zukunft der Universitätsmedizin entscheidet mit über die Zukunft unseres gesamten Gesundheitssystems. Wir haben in den letzten Jahren bewiesen, was wir leisten können – in der Forschung, in der Versorgung, in der Lehre. Jetzt ist es an der Zeit, die avisierte

Ziele entschlossen umzusetzen – für eine resiliente, innovative und international wettbewerbsfähige Hochschulmedizin. Die Universitätsmedizin steht bereit – als Partner der Politik, der Gesellschaft und der Zukunft.

Vielen Dank!

Tagungsimpressionen II





Grußwort der Rektorin der Universität Freiburg

Prof. Dr. Kerstin Krieglstein

Sehr geehrter Ministerialdirektor Reiter,
lieber Herr Frosch,
lieber Herr Scholz,
lieber Herr Hein,
herzlich begrüßen möchte ich ebenfalls Herrn Mukherjee als Präsidenten des DAAD,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

es ist mir eine große Freude, Sie im Namen der Universität Freiburg ganz herzlich in unserer Stadt und hier in der Aula unserer Universität willkommen zu heißen. Der Ordentliche Medizinische Fakultätentag ist nach mehr als zwei Jahrzehnten wieder in Freiburg zu Gast – 2004 war die medizinische Fachcommunity zuletzt hier versammelt.

Seitdem hat sich Vieles verändert – in der Universitätsmedizin, in der Hochschullandschaft und nicht zuletzt auch an unserem eigenen Standort. Wenn wir heute auf Freiburg als Universitätsstadt blicken, dann sehen wir eine Hochschule, die sich im besten Sinne weiterentwickelt hat – forschungsstark, international vernetzt und strategisch klar ausgerichtet.

Besonders sichtbar wird dies im Rahmen der bundesweiten Exzellenzstrategie, deren Ergebnisse in der Wettbewerbslinie „Exzellenzcluster“ seit dem 22. Mai 2025 vorliegen. Ab dem 1. Januar 2026 fördert die DFG zwei Exzellenzcluster der Universität Freiburg. Das ist ein starkes Zeichen für die Qualität und Dynamik unserer Forschung.

Gefördert wird zum einen unser neuer Exzellenzcluster „Future Forests – Adapting Complex Social-ecological Forest Systems to Global Change“. Er steht beispielhaft für unsere disziplinübergreifende Forschungskultur und für den Anspruch, Wissenschaft und gesellschaftliche Transformation miteinander zu verbinden. „Future Forests“ bringt Expertisen aus Ökologie, Sozialwissenschaften, Rechtswissenschaften und Technik zusammen und adressiert globale Herausforderungen, wie Biodiversitätsverlust, Klimafolgenanpassung und Nachhaltigkeit.

Dieser systemische Blick auf komplexe Wechselwirkungen zwischen Mensch, Umwelt und Technologie ist auch für die medizinische Forschung von zunehmender Bedeutung

– etwa mit Blick auf Fragen der Planetary Health, der globalen Gesundheit oder im Rahmen des One-Health-Ansatzes. So verwundert es nicht, dass auch die Medizinische Fakultät bei den „Future Forests“ mit dem Principal Investigator Prof. Marcus Panning vertreten ist.

Die Rolle der Universitätsmedizin reicht weit über das klassische Feld der Patientenversorgung hinaus und wird in Zukunft noch weiter an Bedeutung gewinnen. Dies zeigt auf eindrucksvolle Weise auch unser zweiter Exzellenzcluster „CIBBS – Centre for Integrative Biological Signalling Studies“, der um weitere sieben Jahre fortgesetzt wird. CIBBS vereinigt 75 Forschungsgruppen aus 6 Fakultäten, darunter natürlich die Medizinische Fakultät, sowie das Universitätsklinikum und das Max-Planck-Institut für Immunbiologie und Epigenetik. Dort wird die Frage beantwortet, wie Zellen miteinander interagieren und wie dieses Wissen für neue Therapien in der Immunologie, Onkologie und regenerativen Medizin genutzt werden kann. Dass CIBBS für weitere sieben Jahre gefördert wird, ist für uns Bestätigung und Ansporn zugleich.

Die Universitätsmedizin ist in diesen Clustern nicht nur beteiligt, sondern zentrales Verbindungsglied zwischen molekularbiologischer Grundlagenforschung, technologischer Entwicklung und klinischer Anwendung. Sie ist wie kaum ein anderer Bereich auf den strukturellen und kulturellen Zusammenhalt innerhalb der Universität angewiesen – auf die Nähe zu den Lebenswissenschaften, die Offenheit für Kooperation mit Informatik, Technik, Ethik und den Sozialwissenschaften und auf eine verlässliche Einbettung in die strategischen Gesamtziele der Universität.

Gerade in den vergangenen Jahren konnten wir beobachten, wie stark sich die Anforderungen an die Medizin gewandelt haben. Neue digitale Technologien, der Einsatz von künstlicher Intelligenz, komplexe ethische Fragen, aber auch die Notwendigkeit globaler Kooperation. All das macht die heutige Universitätsmedizin zu einem dynamischen, hochinterdisziplinären System, zu einem Herzstück der modernen Universität.

Freiburg steht hier beispielhaft: Das Universitätsklinikum ist nicht nur medizinischer Spitzenversorger in der Region; gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät ist es auch in Ort, an dem Forschung, Lehre und Versorgung der Patientinnen und Patienten auf engstem Raum zusammen gedacht wird. Der Standort Freiburg ist mit all seinen Herausforderungen ein Labor für die exzellente Medizin der Zukunft – und das nicht nur interdisziplinär, wie gerade beschrieben, sondern in der Krankenversorgung auch interprofessionell.

So bietet das Institut für Pflegewissenschaft nicht nur einen Bachelor- und Master-Studiengang (B.Sc. und M.Sc. für Pflegewissenschaft) an, sondern auch einen B.Sc. für die Hebammenwissenschaft. Hier wird das wissenschaftliche und fachspezifische Handwerkszeug aus einer Hand vermittelt, welches Pflegende und Hebammen zu Expertin-

nen und Experten macht, wenn es darum geht, Praktiken zu hinterfragen, Defizite auszugleichen und neue Wege zu gehen. Ziel ist es, die akute und Langzeitversorgung von Patientinnen und die Begleitung von Schwangerschaft und Geburt durch hochqualifiziertes Personal zu optimieren. Mein Dank gilt hier an dieser Stelle ganz besonders dem Engagement unseres Pflegedirektors Helmut Schiffer.

Doch Exzellenz ist für uns kein Selbstzweck. Sie ist ein Anspruch, der sich an den drängenden Fragen und Herausforderungen unserer Zeit orientieren muss. Wir bilden die künftigen Medizinerinnen und Mediziner aus, und zwar so, dass sie den komplexen Anforderungen gewachsen sind.

Wie sichern wir Forschungsfreiheit – vor allem unter den aktuellen politischen Bedingungen? Wie schaffen wir Strukturen, die Machtmissbrauch verhindern?

Wir fördern Gründungsgeist und Innovation, ohne die Grundlagenforschung zu vernachlässigen.

Wie gelingt internationale Zusammenarbeit unter den Bedingungen geopolitischer Spannungen?

Diese beiden Fragen stehen an den kommenden beiden Tagen im Zentrum der verschiedenen Panels und Diskussionen.

Sie, meine sehr verehrten Damen und Herren, werden sich konkret mit den Herausforderungen und Chancen globaler Kooperationen beschäftigen, mit Fragen des Transfers und medizinischen Ausgründungen, mit präventiven gegen Machtmissbrauch und der Frage, wie wir den Hochschulzugang zum Medizinstudium zukünftig gestalten. Es sind Themen, die auch uns als Universität Freiburg beschäftigen – in unseren Gremien, in den Fakultäten und auf Leitungsebene.

Ich begrüße es sehr, dass Sie hier auf dem Fakultätentag diese Themen so klar adressieren. Wenn ich heute hier zu Ihnen spreche, dann tue ich das auch mit einem gewissen historischen Akzent: Der letzte Fakultätentag in Freiburg war 2004, seitdem hat sich viel verändert, strukturell, institutionell und politisch.

Eines ist aber geblieben – die Überzeugung, dass Spitzenmedizin und eine exzellente Universität gemeinsam gedacht und gemacht werden können. Ich danke dem Medizinischen Fakultätentag, dass er diese Überzeugung Jahr für Jahr mit Leben erfüllt, durch wissenschaftlichen Austausch, durch klare Positionierung und fokussierte Debatten.

Ich danke Ihnen, dass Sie diesen Austausch in diesem Jahr hier bei uns in Freiburg führen. Ich wünsche Ihnen zwei anregende, erkenntnisreiche Tage mit spannenden Diskussionen hier im Kollegiengebäude und natürlich auch in unserer schönen Stadt.

Herzlich willkommen!

Tagungsimpressionen III





Eröffnungsvortrag

Dr. Hans J. Reiter
Ministerialdirektor und Amtschef im Ministerium für
Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg

- Es gilt das gesprochene Wort -

Sehr geehrte Frau Rektorin Krieglstein,
sehr geehrter Herr Präsident des MFT Professor Frosch,
sehr geehrte Frau Prof. Kadmon als heute neu gewählte Präsidentin,
sehr geehrter Herr Generalsekretär Dr. Wissing,
sehr geehrter Herr Präsident des VUD Professor Scholz,
sehr geehrter Herr Bussmann,
von der Freiburger Universitätsmedizin begrüße ich Herrn Dekan Prof. Hein und Herrn
Prof. Wenz als LÄD des Universitätsklinikums Freiburg,
sehr geehrter Herr Prof. Mukherjee (Präsident DAAD),
sehr geehrte Frau Belosevic,
sehr geehrte Dekaninnen und Dekane,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

Gerne darf ich mich Ihren Worten, liebe Frau Rektorin Krieglstein, anschließen und Sie, liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 86. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag, bei uns im schönen Baden-Württemberg und im besonders schönen Freiburg, am Rand des Schwarzwalds und im Dreiländereck gelegen, begrüßen – auch im Namen von Frau Wissenschaftsministerin Petra Olschowski, die mich gebeten hat, Ihre herzlichen Grüße zu überbringen.

Es ist uns als Land und als Wissenschaftsministerium eine große Freude und Ehre, Sie bei uns willkommen zu heißen.

Ganz an den Anfang stellen möchte einen ausdrücklichen und großen Dank an Sie, sehr geehrte Dekaninnen und Dekane der 39 deutschen Medizinfakultäten, aber auch der 5 Gastfakultäten in Österreich, der Schweiz und den Niederlanden – für Ihre tagtägliche Arbeit und Ihre Leistungen in der Ausbildung unserer Medizinstudierenden, in der medizinischen Forschung und im Zusammenwirken mit den Universitätskliniken und Krankenhäusern in der Krankenversorgung.

Sie sind Zukunftsmacher im Dienste der Menschen: Sie rüsten die Studierenden mit modernstem medizinischen Wissen aus, Ihre Forschung ermöglicht innovative Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, verbessert und verlängert Leben. Was für manche Betroffene oder Angehörige ein „medizinisches Wunder“ darstellt, ist in Wahrheit wissenschaftsbasierte, forschungsbasierte, anwendungserprobte Medizin.

Wissenschaftsfreiheit

Basis erfolgreicher Wissenschaft, in Ausbildung und Forschung, meine verehrten Damen und Herren, ist die Wissenschaftsfreiheit – und Aufgabe der Wissenschaftspolitik ist es, diese zu respektieren und zu gewährleisten und – das muss man heute mehr denn je betonen – sie zu verteidigen.

Neben den Staaten, in denen es schon traditionell nicht gut um die Freiheit der Wissenschaft steht, richten sich aktuell die Blicke auf die Vereinigten Staaten von Amerika, wo eine Regierung mit der Vision, Amerika groß zu machen, dabei ist, Wissenschaft klein und gefügig zu machen und in eigendefinierte Schranken zu verweisen.

Hier zeigt sich aktuell wie unter einem Brennglas, wie verletzlich die Wissenschaftsfreiheit und die Autonomie der Hochschulen sein kann. Und alles, was wir über die Methoden wissen, mit denen die Freiheit von Wissenschaft, Forschung und Kunst eingeschränkt werden kann, finden wir wie aus dem Lehrbuch hier wieder. Es beginnt mit Unberechenbarkeit, Einschüchterung und Angst, mit dem Entzug von Mitteln, mit Intransparenz und Missachtung von Recht.

Hinter den Angriffen steckt eine einfache Logik: Es geht um Machtdemonstration. Es ist Machtmissbrauch der Politik an der Wissenschaft, der sich vermeintliches Fehlverhalten von Einrichtungen und Personen zu Nutzen macht.

Auch deshalb ist es so wichtig, dass wir in Deutschland weiter an der Resilienz unseres Wissenschaftssystems arbeiten. Transparenz, Diskurs und Selbstreflexion der Wissenschaft, nicht nur bezogen auf ihre Arbeiten, sondern auch auf den Umgang miteinander, sind dabei essentiell.

Sorge, Ärger und Wut über diese Entwicklung werden auch dadurch verstärkt, dass wir jahrzehntelang die Dynamik des US-amerikanischen Wissenschaftssystems bewundert haben. Nicht wenige von Ihnen werden wichtige biografische Abschnitte in den USA verbracht haben.

Was früher in Politiker-Reden vielleicht manchmal wie ein Allgemeinplatz klang, entpuppt sich als Aussage von grundlegender Bedeutung: Der Hinweis auf den engen Zusammenhang von Wissenschaft und Demokratie ist aktuell alles andere als trivial.

Wahrheit ist für eine nicht evidenz-geleitete Politik die größte Bedrohung.

Wissenschaft im umfassenden Sinne ist auf Demokratie und Freiheit und Rechtsstaatlichkeit angewiesen.

Mehr noch: Wissenschaftsfreiheit ist ein wesentlicher Bestandteil einer liberalen Demokratie und daher auch vom Grundgesetz garantiert. Nur so kann eine freie und unabhängige Suche nach Wissen und Erkenntnissen stattfinden, was wiederum für den gesellschaftlichen Fortschritt und eine fundierte öffentliche Debatte unerlässlich ist.

Heute sehen wir, dass dieser grundlegende Zusammenhang zwischen Wissenschaft und Freiheit in Frage gestellt wird.

Aber, zur Wahrheit gehört auch: Dieses Thema betrifft nicht nur die USA: Auch hierzulande gibt es Strömungen, die sich pauschal gegen die sogenannten „Agendawissenschaften“ aussprechen, bei denen sie „Fehlallokationen von Forschungsfördergeldern“ sehen.

Dabei gilt es doch angesichts der enormen Herausforderungen, vor denen die Menschheit steht, ob in Bezug auf Klimawandel, Transformation und Technologie oder Medizin, die Wissenschaft zu unterstützen und zu stärken, ihre Freiheit zu sichern und ihr Freiräume zu geben, für Kreativität, inter- und transdisziplinäres Zusammenarbeiten und internationale Vernetzung.

Finanzierung

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
neben der Wissenschaftsfreiheit steht der berechtigte Anspruch auf eine angemessene Finanzierung („ohne Moos nichts los“) – auch und gerade in finanziell herausfordernden Zeiten.

Mit unserer vor 10 Wochen unterzeichneten neuen Hochschulfinanzierungsvereinbarung des Landes mit den Hochschulen sichern wir diesen und selbstverständlich auch den Medizinischen Fakultäten in der kommenden Finanzierungsperiode weiterhin die volle Ausfinanzierung des stellungsföhrten Personals und ab 2027 einen jährlichen Aufwuchs der Grundfinanzierung von 3,5 %.

Gegenüber dem laufenden Jahr 2025 werden die Grundmittel der Landeshochschulen im Jahr 2030 um rund 700 Millionen Euro höher liegen. Hinzu kommt ein mit 180 Mio. Euro unterlegtes Zukunftsprogramm Hochschule 2030, das aus einem Transformationsbudget und Transformationsstellen besteht. Bisher befristete Sonderförderungen für die Medizin wurden entfristet und in die Grundfinanzierung überführt. Damit schaffen wir Vertrauen und Planungssicherheit.

Und all dies tun wir ohne Zielvereinbarungen mit einzelnen Standorten, ohne inhaltliche Auflagen, ohne von der Politik festgeschriebene Schwerpunktsetzungen. Wir geben

den Hochschulen damit die Möglichkeit, frei und autonom über die Mittel zu verfügen in allen Bereichen von Studium, Lehre und Forschung.

Es ist nicht einfach, ein anderes Land zu finden, dass seinen Hochschulen so viel Freiheit und Verantwortung weitergibt.

Das bedeutet für uns Autonomie der Wissenschaft.

Das bedeutet Vertrauen und Zutrauen.

Und diese Übereinkunft stärkt – davon bin ich überzeugt – gleichermaßen unsere Gesellschaft wie die Innovationskraft in unserem Land.

Strukturelle Entwicklungen

Daneben treiben wir strukturelle Entwicklungen in der Universitätsmedizin Baden-Württembergs weiter voran:

In Freiburg haben wir das Universitätsherzzentrum Bad Krozingen vollständig übernommen und in das Universitätsklinikum Freiburg integriert.

In Ulm ist nach der bereits erfolgten Übernahme des für die Neurowissenschaften zentralen RKU durch das Universitätsklinikum ebenfalls eine Vollintegration geplant. Daneben baut das Universitätsklinikum Ulm seine Kooperation mit dem benachbarten Bundeswehrkrankenhaus stetig weiter aus.

In der Rhein-Neckar-Region streben wir einen strategischen Verbund der Universitätskliniken Heidelberg und Mannheim an, mit dem Ziel, beide Medizinstandorte aufzuwerten und jeweils weiter zu stärken.

Dies kommt der Versorgung zugute – Kernelement und leitend für die Verbundstrategie ist jedoch eindeutig die Wissenschaftsorientierung. Der Verbund-Start ist für den 1. Januar 2026 geplant.

Neben dem Verbundprozess auf der Klinikseite bereiten die beiden Medizinischen Fakultäten der Universität Heidelberg (Mannheim und Heidelberg) selbständig und autonom die Fusion zu einer Medizinischen Fakultät vor.

IC Health and Life Science und Forum Gesundheitsstandort

Lassen Sie mich noch zwei weitere strukturelle Maßnahmen erwähnen: Im 2021 gegründeten Innovationscampus Health and Life Science Alliance in und um Heidelberg und Mannheim verknüpfen wir Forschung, Wissenschaft, Wirtschaft und Gesundheitsversorgung. Solche Initiativen sind nicht nur auf regionale Besonderheiten ausgerichtet, sondern können auch wertvolle Impulse für eine deutschlandweite Weiterentwicklung bieten.

Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft als Wirtschaftsfaktor wird in den kommenden Jahren in ganz Deutschland wachsen. Sie wird nicht nur einen wichtigen Beitrag zur

Wirtschaftskraft leisten, sondern hat auch große Bedeutung für die ganz alltägliche Lebensqualität der Bevölkerung.

Wir haben mit dem 2018 gegründeten Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg unter Federführung von Staatsministerium, Sozialministerium, Wirtschaftsministerium und Wissenschaftsministerium gezeigt, wie ein starkes Netzwerk mit allen relevanten Akteuren landesweit aufgebaut werden kann.

Das Forum vereint aktuell mehr als 600 Expertinnen und Experten aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen, Forschungsinstituten und Universitäten sowie Biotech-, Pharma- und Medizintechnikfirmen aus Baden-Württemberg.

Doch die Aufgaben, vor denen wir stehen, betreffen nicht nur einzelne Bundesländer, sondern das ganze Land.

Wir müssen sicherstellen, dass alle Akteure der Gesundheitswirtschaft auf bundesweiter Ebene gleichermaßen berücksichtigt werden, mit einer starken Integration von Forschung, Medizin und Industrie. Hierfür sind auf allen Ebenen der Politik koordinierte Maßnahmen erforderlich, um eine umfassende und gerechte Versorgung zu gewährleisten und die wirtschaftliche Bedeutung der Branche weiter zu stärken.

Herausforderungen und Chancen

Die Finanzierung der Medizinischen Fakultäten, die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung der Studierenden ist ein Thema, das sich nicht auf die Landesebene beschränken lässt, sondern bundesweite Anstrengungen erfordert. Es muss eine nachhaltige Strategie entwickelt werden, um die medizinische Ausbildung den sich ändernden Anforderungen anzupassen und die Fachkräftesicherung langfristig zu gewährleisten.

Die heutigen und zukünftigen medizinischen Fachkräfte werden durch die enormen Potenziale der digitalen Transformation viele neue Möglichkeiten bekommen. Und sie wird die medizinische Ausbildung und die Patientenversorgung zu verbessern.

Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) und die Nutzung von Gesundheitsdaten eröffnen neue Perspektiven, sowohl in der Diagnostik als auch in der Forschung. Aber die Nutzung von KI in der Medizin sowie die effektive Vernetzung und Nutzung von Gesundheitsdaten müssen in unserem Land deutlich vorangetrieben werden.

Translation und wirtschaftliche Entwicklung stärken

Insgesamt müssen wir die Translation und wirtschaftliche Entwicklung stärken. Wir brauchen Innovationspartnerschaften mit Unternehmen und Start Ups. Dazu haben wir

uns in Baden-Württemberg 2023 eine Landesstrategie zur Verbesserung der medizinischen Translation gegeben, die eng mit allen Beteiligten abgestimmt wurde.

Oberstes Ziel dabei: keine Maßnahmen, die an den Bedürfnissen in der Realität vorbeigehen und Bürokratie so gestalten, dass sie Probleme löst und nicht neue schafft. Alles dies tun wir, um medizinische Erkenntnisse schneller in die Versorgung zu bringen.

Prävention

Ein wichtiger Schlüssel vor dem Hintergrund beschränkter Ressourcen ist das Thema Prävention. Die Medizin ist nach wie vor stark auf eine krankheitsbezogene, interven-tionelle Herangehensweise ausgerichtet. Prävention in der medizinischen Wissenschaft und wie wir Prävention wirkungsvoll implementieren können, ist ein starkes Zukunfts-thema.

In Baden-Württemberg unterstützen wir seit 2021 ein entsprechendes Netzwerk unserer Medizin-Fakultäten mit rund 7,8 Millionen Euro und auch das Forum Gesundheits-standort Baden-Württemberg hat sich des Themas Prävention angenommen und erar-beitet Vorschläge für eine Präventionsstrategie für das Land. Die parallelen Aktivitäten des Wissenschaftsrates sind daher sehr willkommen und werden auch auf Bundesebene wichtige Impulse setzen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Auf seinem letztjährigen Kongress hat der MFT die politischen Entwicklungen mit Zu-versicht, aber auch Skepsis begleitet. Beides dürfte sich im Jahr 2025 und nach Bundes-tagswahl und Start der neuen Regierung nicht geändert haben.

Um so wichtiger ist der Dialog zwischen medizinischer Wissenschaft und Wissen-schaftspolitik, gerade auch bei schwierigen Themen. Der Ressourcenbedarf der Medizin bringt die Länder in ihrer Gesamtheit an ihre Grenzen. Auch in Zukunft stoßen wir an harte haushalterische Grenzen.

Die Diskussion um die zusätzlichen Investitionsmittel hat schnell gezeigt, dass selbst ein so enormer Betrag wie 100 Milliarden Euro angesichts der Vielzahl notwendiger Aufga-ben doch für jeden einzelnen Bereich auf ein kleineres Maß schrumpft.

Neuer Koalitionsvertrag

Wie viel Zuversicht und wie viel Skepsis sind nun mit dem neuen Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung verbunden? Vieles ist dort angelegt, doch die konkreten Ant-worten und Umsetzungen stehen noch aus.

Immerhin sind für den Bereich der Medizin positive Signale zu erkennen: So das Be-kenntnis zur „Veranlassungskonnexität“, dass im Verhältnis zwischen dem Bund auf der einen Seite und den Ländern und Kommunen auf der anderen Seite derjenige bezahlt,

der zuvor bestellt hat. Das Prinzip ist richtig, abzuwarten bleiben die Entscheidungen, die sich hieran orientieren!

Wir Länder erwarten seit Jahren, dass der Bund endlich seinen Teil der Verantwortung für die Umsetzung der Reform der ärztlichen Approbationsordnung übernimmt. Die Länder haben immer wieder die Kosten für Reformen der akademischen Ausbildung im Gesundheitsbereich übernommen, für die der Bund die föderale Zuständigkeit innehat. Zuletzt zum Beispiel in der Zahnmedizin.

Die Länder stehen weiterhin zu der verabredeten Reform, auch wenn sicherlich an der einen oder anderen Stelle ein gewisser Korrekturbedarf besteht. Aber es geht nicht ohne finanzielle Mitwirkung des Bundes, die für eine solche gesamtstaatliche Aufgabe angemessen ist.

Gut, richtig und wichtig ist, dass sich die Medizinischen Fakultäten auf den Weg gemacht haben, gute Elemente – soweit möglich – bereits aus eigener Kraft umzusetzen.

Skepsis ist aus unserer Sicht angebracht gegenüber einem weiteren Ausbau des Studienangebotes. Hier dürften dringende und kluge Reformen des Versorgungssystems sinnvoller sein als der immer weitere Ausbau von Studienplätzen, dessen Effekte frühestens Ende der 2030er Jahre spürbar wären.

Mit der neuen „Spitzeninitiative Hochschulmedizin“ nimmt der Koalitionsvertrag Forderungen auch der Länder auf, Verlässlichkeit und Perspektive in die Förderung der Medizinforschung von Bundesseite zu bringen. Details der Ausgestaltung sind noch nicht bekannt. In jedem Fall sind die Länder angemessen an künftigen Strukturen zu beteiligen.

Hoffnung macht die von den Koalitionspartnern formulierte Schnellbauinitiative von Bund und Ländern zur Modernisierung, energetischen Sanierung und digitalen Ertüchtigung von Hochschulen und Unikliniken, deren Umsetzung abzuwarten bleibt. In jedem Fall müssen hinsichtlich der Bau- und Ausstattungsmaßnahmen die unterschiedlichen Bedarfe von Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken auseinandergehalten und jeweils berücksichtigt werden.

Zu guter Letzt bleibt der Ausbuchstabierung der Krankenhausstrukturreform entgegen zu sehen, die zwar im Grundsatz für die Universitätsmedizin in die richtige Richtung weist, das konkrete Ergebnis steht aber auch hier noch aus und die konkreten Auswirkungen der Maßnahmen auf die Universitätsmedizin werden noch ein paar Jahre auf sich warten lassen.

MFT und VUD als Stimme

Die Erfahrungen bei der Krankenhausstrukturreform, bei der die Wissenschaftsseite mit der Universitätsmedizin erst sehr spät und auf eigenes Drängen angehört wurde, haben sehr deutlich gezeigt, wie wichtig eine Stimme für die Universitätsmedizin und eben auch für die Medizinischen Fakultäten ist.

Diese Stimme, meine sehr geehrten Damen und Herren, sind Sie, der Medizinische Fakultätentag und auch der Verband der Universitätsklinika Deutschlands.

Lassen Sie uns gemeinsam die Vielzahl der Themen und die großen Herausforderungen, mit denen Sie sich auch hier heute und morgen beschäftigen, angehen – im konstruktiven Dialog und mit hoffentlich raschen, umsetzungsstarken und guten Entscheidungen auf der Bundesebene für die Universitätsmedizin.

Vielen Dank!

Tagungsimpressionen IV





Internationale Kooperationen in der Universitätsmedizin: Globale Herausforderungen gemeinsam angehen

Moderation: Armin Himmelrath



Die Teilnehmenden an der Podiumsdiskussion zu internationaler Kooperation in der Universitätsmedizin: Armin Himmelrath, Prof. Dr. Matthias Frosch, Amélie Belosevic, Prof. Dr. Joybrato Mukherjee, Prof. Dr. Jens Scholz v.l.n.r.)

Podiumsgespräch

Amélie Belosevic

Vizepräsidentin für Internationale Angelegenheiten 2025, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd)

Prof. Dr. Matthias Frosch

Präsident des Medizinischen Fakultätentages, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg

Prof. Dr. Joybrato Mukherjee

Präsident des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD)

Prof. Dr. Jens Scholz

1. Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands

Moderation: Armin Himmelrath

Wissenschaftsjournalist, Köln

Himmelrath

Vielen Dank für die drei Grußworte, die deutlich gemacht haben, in welcher Perspektivenvielfalt wir auf die Themen schauen müssen, mit denen sich der oMFT in diesem Jahr beschäftigt. Es ist mehrfach durchgeklungen – als vor einem Jahr in Bonn die Rede von der Wissenschaftsfreiheit war und wie stark man darauf achten und damit umgehen muss, war das für viele von Ihnen ein theoretisches Konstrukt und eine theoretische Diskussion, in der wir uns bewegt haben. Jetzt zeigt sich plötzlich, wie konkret das Ganze wird, wie eng die Arbeit des Medizinischen Fakultätentages, die Arbeit der Universitätsklinika in der Universitätsmedizin mit dem verwoben ist, was auf allen politischen Ebenen passiert, sowohl in der Außen- als auch der Finanz- oder Wissenschaftspolitik.

Wir wollen das aufgreifen und weiter diskutieren, wollen neue Blickwinkel eröffnen, darauf schauen, was es noch zu bedenken, zu erwägen, vielleicht auch zu verlieren gibt. Ich freue mich sehr, dass ich Sie im Laufe dieses Nachmittags moderierend durch die Diskussion begleiten darf.

Himmelrath

In dieser Runde soll es um internationale Kooperation, um die Universitätsmedizin in globaler Perspektive und um die gemeinsam anzugehenden Herausforderungen gehen. Lassen Sie uns mit dem großen Thema beginnen, den USA. Wir wollen nicht nur über

die USA reden, müssen sie aber ansprechen. Daher an Sie, Herr Mukherjee, die Frage, wie viele schlaflose Nächte bereitet Ihnen das, was gerade mit der Wissenschaft in den USA passiert, auch im Hinblick auf den Austausch von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und auch von Studierenden, denn in beiden Bereichen engagiert sich der DAAD?

Mukherjee

Vielen Dank für diese Eingangsfrage; die letzte Nacht war schon wieder schlaflos, denn das Fulbright-Board in den USA ist komplett zurückgetreten. Fulbright ist für den DAAD eine ganz wichtige Partnerorganisation. Wir sind seit den frühen Morgenstunden intern und mit dem Auswärtigen Amt darüber im Gespräch, wie wir damit umgehen. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Nominierungen zu einem künftigen Fulbright-Board direkt vom Department of State kommen werden. Damit kann man sich vorstellen, wie seine Zusammensetzung in Zukunft sein wird. Man muss sehen, ob das der erste Schritt in Richtung einer Abwicklung von Fulbright sein wird.

Es gäbe hier vieles über die USA zu besprechen, vieles ist auch in den vorangegangenen Beiträgen bereits angeklungen. Wir sollten in Solidarität zu unseren US-Partnerinstitutionen stehen. Eine Universität wie Columbia kann nicht einfach umziehen. Wir sollten sie in ihrem politischen Kampf um die Wissenschaftsfreiheit stärken und tun dies auch. Wir müssen Optionen für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, für Promovierende und Studierende aus der ganzen Welt schaffen, die normalerweise in die USA gegangen wären und sich jetzt umorientieren. Das passiert gerade überall in der Welt, und es ist wichtig, darauf zu reagieren. Dafür sind alle Initiativen bei den Wissenschaftsorganisationen sehr zu begrüßen, sie müssen idealerweise konzertiert sein und strategisch verfolgt und in abgestimmter Weise umgesetzt werden.

Wir müssen selber eine Strategie entwickeln, wie wir mit den Entwicklungen in den USA darüber hinaus umgehen, damit wir in unseren Strukturen und Einrichtungen souverän bleiben. In der Medizin spielen die gemeinsamen Infrastrukturen eine große Rolle. Wir sind in der Allianz der Wissenschaftsorganisationen dabei, genau zu überlegen, wie wir uns vorbereiten, wenn die USA aus gemeinsamen Datenbanken, Einrichtungen usw. herausgehen. Wir sind sehr abhängig von den USA und dürfen uns hier nichts vormachen. Ein realistischer Blick auf das, was wir uns als nächsten Schritt vornehmen, ist daher sehr wichtig.

Wir sollten aber auch die Dinge nicht an den falschen Stellen überdramatisieren. Es geistert immer wieder durch die Presse, dass die Einreise in die USA erschwert werde. Es gibt tatsächlich unschöne Einzelfälle, die Standards werden gerade verändert. Dagegen stehen aber die vielen Tausend Personen, die tagtäglich in die USA einreisen können. Daher ist es für uns als DAAD im Beratungsgeschäft immer wieder wichtig, darauf hinzuweisen, dass es keinen Grund gibt, aufgrund dieser Einzelfälle für sich selbst hier und jetzt zu entscheiden, gar nicht mehr in die USA zu reisen.

Himmelrath

Wie groß ist dieses Thema bei Ihnen, Frau Belosevic, in der studentischen Perspektive? Wenn Sie sich in der bvmd mit internationalen Kooperationen befassen, überlagert das Thema USA dann alles andere? Es gibt ja viele Länder, mit denen der Austausch auch kompliziert ist.

Belosevic

Viele Studierende wollen in die USA, und man muss nachdenken, wo man sie nun unterbringen kann, wenn die Option USA nicht mehr besteht. Wir haben aber auch ein intensives Austauschprogramm mit anderen Ländern und nicht alle Studierenden wollen in die USA, sondern sehen Perspektiven z.B. in Asien oder Afrika. Somit dominiert die Sorge um die Vorgänge in den USA nicht unser Alltagsgeschäft in der bvmd, sondern ist eher ein Problem für Einzelpersonen, die zu Spitzenuniversitäten in den USA wollen.

Himmelrath

Die Überlagerung oder Nicht-Überlagerung ist ein interessanter Aspekt. Wie stellen wir sicher, Herr Frosch, dass diese Debatte, die der Universitätsmedizin in gewisser Weise aufgezwungen wird, nicht alles kaputt macht, was auch an Kooperationen und Forschungsgemeinschaften funktioniert?

Frosch

Es ist nicht leicht. Aus Sicht der Studierenden eröffnet ein Auslandsaufenthalt Einblicke in andere Gesundheitssysteme oder auf Erkrankungen, die es in Deutschland nicht gibt. Der wissenschaftliche Nachwuchs hat in der Vergangenheit sehr vom Austausch mit den USA gelebt. Die USA waren ein sehr beliebtes und führendes Ziel und waren für viele wissenschaftliche Karrieren prägend. Das droht nun wegzubrechen. Umgekehrt ist Internationalität keine Einbahnstraße, sondern lebt auch davon, dass Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus anderen Ländern zu uns kommen und unser Wissenschaftssystem befruchten. Wenn Kolleginnen und Kollegen nicht mehr den ganz großen Sprung über den Atlantik machen wollen, bietet Europa exzellente Möglichkeiten. Diese Form der Kooperation gilt es zu erreichen und auszubauen.

Himmelrath

Nun muss ich nachfragen: Wie nervös werden Sie, Herr Scholz, wenn gesagt wird, dass wir in Deutschland als ein Puffer auftreten und alle Forschenden, die nicht mehr in die USA gehen können oder wollen, nach Europa oder direkt nach Deutschland einladen? Haben wir dafür Ressourcen und Kapazitäten innerhalb der Universitätsklinika, um das auszuhalten?

Scholz

Diese Kapazitäten müssen wir gemeinsam entwickeln. Die erste Aktion dafür ist das „1000-Köpfe-Programm“ des Bundes, mit dem Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die am Beginn ihrer Karriere stehen, angesprochen werden. Das klingt gut, aber die Infrastruktur ist nicht so einfach zu transferieren. Gebäude und Labore entstehen nicht von heute auf morgen. Auch wenn Geld des Bundes bereitsteht, dauert es, bis es für Forschung bereitsteht oder z.B. verbaut ist. Außerdem: Forschende aus den USA treffen hier in Deutschland auf andere Rahmenbedingungen. Man kann nicht einfach bestehende Strukturen oder Arbeitsprozesse übertragen.

Wir helfen, wo wir helfen können, aber das allein löst nicht das Problem, denn es geht nicht nur um Infrastruktur und Rahmenbedingungen. Wenn wir lesen, dass der neue US-Gesundheitsminister Kennedy, ein Impfgegner, erklärt, dass wissenschaftliche Arbeiten nicht mehr in den hochrangigen Journalen, sondern in den regierungsnahen Publikationen veröffentlicht werden dürfen, in denen kein Peer Review stattfindet, dann zeigt sich: Da bricht dort so viel weg, ein ganzer wissenschaftlicher Qualitätsrahmen, das können wir nicht einfach in Deutschland oder Europa ausgleichen oder auffangen.

Ein weiteres Problem ist die Datensicherung. Auch das braucht Zeit, und die IT-Firmen, die die Datenbanken betreiben, sitzen in den USA. Viele klinische Studien, die in den USA initiiert werden, werden dann in Deutschland oder Europa durchgeführt. Werden sie durch politische Eingriffe gestoppt, hat das unmittelbare Folgen auch für unseren Standort.

Man muss sicherlich keine schlaflosen Nächte haben, dass nun plötzlich Tausende Forschende aus den USA nach Deutschland kommen. Vielmehr haben wir schlaflose Nächte, wenn es darum geht, die inhaltlichen und strukturellen Folgen dieser Entwicklungen aufzufangen. Deshalb sollten wir stärker in Richtung anderer Länder und Regionen schauen, um uns zu orientieren.

Frosch

Es ist nicht nur so, dass Infrastrukturen wegbrechen. Es gibt einen Widerspruch zwischen den Ergebnissen aus der Wissenschaft und dem, was die Regierung gern als wissenschaftliche Ergebnisse vorweisen möchte. Das kann unmittelbare Konsequenzen für die Patientensicherheit hier haben. Es könnte nötig werden, ein eigenes Review-System

aufzubauen, um nachzubewerten, was in den amtlichen regierungsnahen Verlautbarungen veröffentlicht wird.

Mukherjee

Wir sollten versuchen, aus dem Empörungs- und Reaktionsmodus wieder etwas heraus zu kommen. Es mangelt an einer eigenen Strategie und eigenen Prioritäten. Wir müssen die europäischen Kräfte und Ressourcen bündeln, uns stärker abstimmen. Das gilt auch für die Attrahierung von internationalen Studierenden, Promovierenden, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Wir warten auf die Ausgestaltung des europäischen Programms "Choose Europe for Science", wobei abzuwarten bleibt, ob das in Konkurrenz zu nationalen Programmen treten soll.

Wir sollten uns klarmachen, dass im US-Wissenschaftssystem nur etwa 20 % die US-Staatsbürgerschaft besitzen. Über alle Karrierestufen hinweg haben 80 % eine andere Staatsangehörigkeit. Diese 80 % überlegen sich aufgrund der jetzt gesäten Unsicherheit, wie es für sie selbst und ihre Familien weitergehen kann, ob ihr Status sicher ist, ob sie nach einem Besuch im Heimatland wieder in die USA einreisen dürfen. Diese Unsicherheit betrifft nicht nur Indien, wo es aktuelle Beispiele für die Zurückweisung gab, sondern die ganze Welt. Wir sollten für diese Personen Optionen über alle Karrierestufen hinweg schaffen. Das ist eine Chance.

Belosevic

Wir müssen die Globalperspektive und den internationalen Gedanken niederschwellig stärken, denn es bricht nicht nur in den USA, sondern auch in vielen anderen Ländern vieles weg. Der prestigeträchtige USA-Aufenthalt hat sicherlich dazu beigetragen, dass wir uns heute in einer Abhängigkeit von den USA befinden. Wir müssen für die Offenheit des Austausches in beide Richtungen eintreten, um einander verstehen zu lernen. Dafür ist der Beginn bereits im Studium sehr wichtig.

Himmelraht

Als eine kurze Rückfrage – wie groß sind in Ihrer Wahrnehmung im Alltag des Medizinstudiums die Offenheit oder der Blick für internationale Kooperation? Wie groß ist der Blick für internationale oder globale medizinische Herausforderungen?

Belosevic

Es ist natürlich individuell abhängig. Ich selbst und meine Mitstudierenden haben es als sehr positiv wahrgenommen, wie einfach es ist, eine Famulatur im Ausland zu absolvieren. Es gibt zwar immer wieder Probleme mit der Finanzierung oder der Organisation, die wir im Blick behalten müssen, denn ein Auslandsaufenthalt darf nicht nur Studierenden möglich sein, die große finanzielle Rücklagen haben. Das Interesse ist groß, das zeigt sich an den vielen Auslands-Famulaturen oder Teilnehmenden am Erasmus-Programm. Es ist wichtig, dass dies weiter gefördert wird, die Offenheit weiter bestehen bleibt und man bereits im Studium Auslandserfahrungen sammeln kann.

Frosch

Ein Blick über alle Karrierestufen hinweg muss differenzierter sein. Es macht einen Unterschied, ob Studierende Einblicke in andere Gesundheitssysteme erlangen oder Forschende auf eine akademische Karriere vorbereitet werden sollen. Auch unterscheidet es sich, ob es um den Beginn einer Karriere oder um die Fortsetzung wissenschaftlicher Tätigkeit bereits etablierter Forschender geht. Ein weiterer für Europa bedeutsamer Aspekt ist der Fachkräftemangel. Daher wird nur ein Gesamtkonzept nicht ausreichen, um alle diese unterschiedlichen Bedarfe abzudecken.

Mukherjee

Wir sind im Rahmen des „1000-Köpfe-Programms“ gerade dabei, uns so aufzustellen, dass wir uns nicht gegenseitig Konkurrenz machen. Die Aufgabe des DAAD liegt primär darin, für den Austausch auf der Ebene der Studierenden und Promovierenden zu sorgen. Die Alexander-von-Humboldt-Stiftung ist dann für die Personenförderung auf den Karrierestufen darüber zuständig. Die DFG kümmert sich um die Projektförderung, auch dort findet internationaler Austausch statt. Im Rahmen dieser arbeitsteiligen Vorgehensweise gilt es, sich genau so abzustimmen, dass Angebote für alle aufgesetzt werden können.

Deutschland ist einerseits sehr attraktiv. Wir haben 405.000 internationale Studierende und Promovierende in Deutschland und sind damit weltweit auf Platz 3 hinter den USA und UK. Bei internationalen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sind wir schon heute das zweitattraktivste Land nach den USA (75.000 internationale Forschende in Deutschland).

Wir müssen uns aber auch eingestehen, dass es nicht nur an unseren Optionen und unserem akademischen System liegt, ob wir ausbauen können, ob wir weiter attraktiv sind oder attraktiver werden können. Es liegt vielmehr an gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, an Akzeptanzfragen, die uns im Übrigen auch beim DAAD beschäftigen. Freiburg im Breisgau ist da wahrscheinlich nicht typisch für alle deutschen Hochschulstandorte. Wir können nicht im akademischen Maschinenraum allein nach Möglichkeiten und Optionen suchen und dann feststellen, dass das in der Realität nicht funktioniert, weil z.B. der Übergang in den Arbeitsmarkt nicht funktioniert, weil es im ländlichen Raum Akzeptanzprobleme oder Diskriminierungserfahrungen gibt.

Wenn wir es richtig anstellen, und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stimmen, dann sind die ausländischen Studierenden die „Idealzuwanderer“, denn ihr deutscher Studienabschluss macht keine Anerkennungsprobleme, es hat eine sprachliche und kulturelle Integration während des Studiums stattgefunden und die Integration in den Arbeitsmarkt kann sofort erfolgen. Das ist angesichts des Fachkräftemangels in Deutschland eine große Chance.

Himmelrath

Ich greife den Aspekt des gesellschaftlichen Rückenwindes auf. Wie viel Akzeptanz ist da? Spüren Sie, Herr Scholz, den gesellschaftlichen Rückenwind in der Gesamtheit der Bundesrepublik?

Scholz

Wir leben momentan in einer Welt des gesellschaftlichen Umbruchs, in der Dinge, die wir immer für selbstverständlich gehalten haben, plötzlich nicht mehr gültig sind. Das gilt nicht nur für die Wissenschaft in den USA, sondern für ganz viele Bereiche, auch in Deutschland. Deshalb haben wir jetzt eine so große gesellschaftliche Debatte. Wir haben je nach Region über 35 % Wählerinnen und Wähler, die radikal an den Rändern des politischen Spektrums wählen. Auch das konnten wir uns früher nicht vorstellen.

Deshalb muss man regional unterschiedliche Antworten finden. Obwohl 80 % der deutschen Bevölkerung in den Städten wohnen, wird immer wieder der ländliche Raum hervorgehoben. Weil die politischen Notwendigkeiten anders sind zwischen Stadt und Land, reagieren die Bundesländer unterschiedlich. Sind die Ressourcen in einem Bundesland noch ausreichend vorhanden, können bessere Antworten gegeben werden als in Regionen mit begrenzten finanziellen Mitteln. Das war ja auch einer der Gründe, jetzt ein Sondervermögen aufzulegen. Wir haben uns als Gesellschaft in der Vergangenheit zu viel ausgeruht, uns nicht ausreichend um unsere Infrastruktur gekümmert, das Erhaltenswerte nicht ausreichend gepflegt.

So ist das Sondervermögen auch als eine Art Weckruf zu verstehen. Es wird darauf unterschiedliche politische und gesellschaftliche Reaktionen geben. Wir ringen um die beste Antwort, und niemand hat heute schon eine perfekte. Wir wollen aus den verschiedenen Modellen die beste Lösung wählen - nach dem Best-Practice-Prinzip.

Belosevic

Genau das war meine Intention, als ich mich für die Weiterführung der Programme aussprach. Weckruf bedeutet für mich, an den Programmen festzuhalten, weiter zu fördern, aber nicht etwa zu kürzen. Wenn wir jetzt nicht den internationalen Austausch fördern, werden wir viel verlieren.

Himmelrath

Frau Belosevic, Sie haben im Vorgespräch erwähnt, dass Sie Studienerfahrungen in Uganda haben – warum ausgerechnet dorthin und nicht nach Frankreich, Schweden oder die USA? Was hat Sie an diesem Land interessiert?

Belosevic

Ich war auch in Frankreich. Uganda war eine sehr bewusste Entscheidung, denn man sieht Krankheitsbilder, die es in Deutschland nicht gibt, und ich hoffe, dass mir das in einer globalisierten Gesellschaft im späteren Beruf etwas bringen wird. Ich wollte auch lernen, wie Medizin in einem solchen Land funktioniert und welche Privilegien wir hier haben, die uns gar nicht bewusst sind. Der Aufenthalt in Uganda hat mich verändert, denn es gibt einen ganz anderen Blick auf die Weltpolitik, wenn man vor Ort sieht, wie z.B. eine Aids-Klinik aufgegeben werden muss, weil keine Mittel mehr vorhanden sind. Ich würde solche Erfahrungen der eigenen Anschauung gern so vielen Studierenden wie möglich ermöglichen. Dafür brauchen wir niederschwellige Möglichkeiten.

Himmelrath

Brauchen wir so etwas wie ein Pflichtprogramm für alle Medizinstudierenden, ins Ausland zu gehen und dabei auch nicht-klassische Länder zu besuchen?

Frosch

Ich sehe bei unseren Studierenden eine sehr hohe Mobilität. Ich sehe aber auch eine große Differenzierung an Interessen. Ich würde mich mit einer Verpflichtung, in ein bestimmtes Land zu gehen, sehr schwer tun. Die Offenheit der Studierenden ins Ausland zu gehen, ist groß genug; wir müssen eher schauen, dass die Freiräume hierfür und unterstützende Maßnahmen erhalten bleiben.

Himmelrath

Brauchen wir mehr Fenster, mehr Möglichkeiten für Auslandsaufenthalte der Studierenden?

Frosch

Wir haben die Möglichkeit der mehrmonatlichen Famulaturen, für die es keine Länderbeschränkung gibt. Auch im PJ besteht Offenheit, einen Teil der Tertiale im Ausland zu verbringen. Auch da machen wir keine Vorgaben, welche Länder es sein müssen. Das überlassen wir der Entscheidung der Studierenden.

Mukherjee

Grundsätzlich ist die Mobilität der deutschen Studierenden recht hoch, sie ist in den letzten Jahren allerdings etwas zurückgegangen. Seit der Corona-Pandemie beobachten wir einen Abwärtstrend. Es gibt die Finanzierungselemente beim DAAD, wie das Erasmus Plus-Programm, welches weltweit in Anspruch genommen und unbürokratisch direkt bei der Hochschule beantragt werden kann. Wir haben Spezialprogramme wie das Programm zur Steigerung der Mobilität von Studierenden deutscher Hochschulen PROMOS, welches von den Studierenden in den Famulaturen oder im PJ auch genutzt wird.

Jeder Staatsexamensstudiengang ist durchstrukturiert. Die Studierenden müssen überlegen, wo sie ihr Mobilitätsfenster ausgestalten wollen. Finanzielle Fragen spielen natürlich eine Rolle. Die schwieriger werdende Finanzierungssituation in einer heterogener werdenden Studierendenschaft und die zurückgehende Mobilität hängen sicherlich auch miteinander zusammen. Daran müssen wir arbeiten. Studierende deutscher Hochschulen sind im internationalen Vergleich sehr mobil, doch es gibt Luft nach oben.

Es gibt ein paar medizinspezifische Dinge, die wir als DAAD im Blick haben und wo wir in ständigem Austausch mit den Fakultäten und den Organisationen sind, die mit Anerkennungsfragen zu tun haben. Das hat sich vor einiger Zeit wieder gezeigt, als ich eine Delegation der Bundesregierung unter Bundeskanzler Scholz nach Indien begleiten durfte, wo verstärkt nach Sprachanforderungen gefragt wurde. Hier geht es nicht nur um die wissenschaftlichen Inhalte, sondern auch um die notwendigen Schritte nach einem Aufenthalt oder dem Studium, damit wir bei der Fachkräfteintegration erfolgreich sein können.

Frosch

Wir diskutieren das sehr durch die deutsche Brille und fragen nach Programmen für unsere Studierenden. Wir müssen uns aber auch um Programme für die ausländischen Studierenden kümmern. Wenn ich sehe, dass gerade in der Medizin die Internationalität zurückgeschraubt wird, wenn innerhalb der bestehenden Zulassungsquoten für immer neue Gruppen von Bewerbenden neue Quoten geschaffen werden (sollen), dann geht das auf Kosten der ausländischen Studienbewerberinnen und -bewerber. Diesen Widerspruch können die Hochschulen nicht auflösen.

Himmelrath

Was muss denn da passieren, damit die Intention einer Förderung nicht schief läuft?

Frosch

Ich kenne nur wenige Programme, mit denen ausländische Studierende für Teile ihres Studiums oder nach dem Studienabschluss nach Deutschland kommen können. In Würzburg gibt es ein durch die Else-Kröner-Stiftung finanziertes Programm, mit dem ein bidirektionaler Studierendenaustausch mit Tansania organisiert wird. Dabei kommen in jedem Jahr 6-8 Studierende aus Tansania für 6-8 Wochen nach Würzburg. Umgekehrt haben die Studierenden aus Würzburg die Möglichkeit, Tertiare ihres PJ in Tansania zu absolvieren. Aus meiner Sicht ist das ein sehr erfolgreiches Modell, mit dem man auf eine kleine Gruppe fokussiert den bilateralen Austausch umsetzen kann.

Scholz

Die deutsche Sprache ist keine Weltsprache – das darf man nicht vergessen. Es freut mich, dass die Zahlen so gut sind, aber das ist nicht selbstverständlich. Es gibt viele bürokratische Hürden, und das Studium auf Deutsch ist für internationale Studierende schon eine Hürde neben dem anspruchsvollen fachlichen Lernen. Dazu kommt: Durch

unsere föderale Struktur hat jedes Bundesland eigene Regeln und Zuständigkeiten, was den Zugang für Studierende, aber auch für Fachkräfte aus dem Ausland nicht erleichtert. Wenn wir also über Förderung sprechen, dann müssen wir auch über Entbürokratisierung sprechen, auch in diesem Bereich.

Belosevic

Die Hürde ist für ein Gesamtstudium auf jeden Fall vorhanden. Dagegen können wir in den Famulaturen mehr internationale Studierende nach Deutschland holen. Dort haben wir als bvmd den Fuß in der Tür und haben bilaterale Programme formuliert, mit denen wir bei der Suche nach Wohnraum, der Anbindung hier an die Studierendencommunity oder dem Erlangen der Deutschkenntnisse helfen. Man könnte überlegen, ob nicht etwa in Fächern, die nur einen begrenzten Patientenkontakt haben, Famulaturen ermöglicht werden könnten, bei denen die Deutschkenntnisse nicht so im Vordergrund stehen, wie in einer klassischen Stations- oder Praxisfamulatur und dass dort eine englische Begleitung stattfindet.

Mukherjee

Es gibt solche Programme auch beim DAAD. Es bestehen medizinspezifische Herausforderungen, denn die Medizin ist ein hartes N.C.-Fach, sie ist ein deutschsprachiger Studiengang, und die Herausforderungen sind anders als in anderen Fächern. Ich wäre sehr dankbar, wenn wir uns zwischen MFT, VUD und DAAD einmal austauschen könnten, wie das gemeinsame Ziel der Internationalisierung und der Gewinnung gut ausgebildeter Fachkräfte für unseren Arbeitsmarkt besser erreicht werden kann.

Wir müssen die relevanten Stellschrauben identifizieren. Es gibt Programme für internationale Studierende in Deutschland, die auch für die Medizin bedeutsam sind und wo sich die Zeitfenster der Mobilität auf ein Semester oder ein Studienjahr beschränken. Der DAAD hat nicht nur die 150.000 individuellen Scholarships in jedem Jahr als Förderung für Einzelpersonen, sondern fördert auch Projekte. Das ist ein Rahmen, in dem ein strukturierter themenbezogener Austausch stattfindet. Seit 2021 haben wir 4 globale Zentren für Gesundheit und Pandemievorsorge in Schwellen- und Entwicklungsländern eingerichtet und fördern diese. Dort findet ein sehr systematischer Austausch zwischen den Hochschulen statt, und die Anerkennungsfragen sind durch Abkommen zwischen den Hochschulen bereits geregelt. Wir sollten uns weitergehend austauschen, ob das eine oder andere Programm noch etwas medizinspezifischer angepasst werden könnte und sollte, damit es für die Medizin besser nutzbar ist.

Himmelrath

Ich öffne die Diskussion nun auch für das Plenum und bitte um Wortmeldungen und Fragen.

Emami

Wir besprechen die Fragen der Internationalität und Internationalisierung innerhalb unserer Institutionen inzwischen deutlich restriktiver und zurückhaltender als noch vor einigen Jahren. Wir haben in der Medizin die besondere Situation, dass wir nicht nur ein rein akademisches Fach sind, sondern stark in die Patientenversorgung eingebunden sind. Bereits heute können wir ohne Zuzug aus dem Ausland entweder von Fachkräften oder von Menschen, die zu Fachkräften aus, fort- oder weitergebildet werden, die Patientenversorgung in Deutschland nicht mehr absichern.

Die Frage der Zulassung hat qualitative Hintergründe, wie die Abschlüsse, die die Menschen in ihren Heimatländern erworben haben. Sie ist im Tenor aber auch an die allgemeine gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung angehängt, denn wir müssen eine gesellschaftliche Entwicklung konstatieren, die offen formuliert, dass sie weniger Zuzug aus dem Ausland und weniger Internationalität in Deutschland haben will.

Wir sagen, dass wir uns in der universitären Medizin geradezu in einem Schmelztiegel befinden, in dem nicht nur die Wissenschaft eine Kooperation als Schlüssel für Innovation begreift, sondern wir auch wissen, dass die Funktionalität der Patientenversorgung ohne Internationalität nicht möglich ist.

Wie können wir den Balanceakt schaffen zwischen den medizinischen Bedürfnissen auf der einen Seite und den gesellschaftlichen Strömungen in den letzten Jahren auf der anderen Seite, wie Ausländerfeindlichkeit, Diskriminierung, Rassismus? Wir müssen Qualität sichern und zugleich als eine weltoffene Gesellschaft eine andere Art von akademischem Zusammenleben pflegen. Wie kann das gelingen?

Scholz

Es ist unser gemeinsam erklärtes Ziel, diesen Balanceakt zu schaffen. In der Vergangenheit hatten wir in Deutschland das Problem, dass es keine gezielte Einwanderung oder ein entsprechendes Gesetz gab. Die Menschen kamen, und wir haben versucht, sie zu integrieren.

Die momentane Debatte hat sich verändert hin zu einer nötigen, gezielten Einwanderung. Wir suchen Menschen, die wir auf dem Arbeitsmarkt brauchen. Sie können sich bewerben und bekommen eine Arbeitsstelle – das wird dann auch eher gesellschaftlich akzeptiert. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung ist der Meinung, dass sie ihren Lebensabend in Deutschland in Wohlstand und mit guter Pflege nur dann verbringen können, wenn wir weiterhin Menschen einwandern lassen, allerdings gezielt.

Es wird oft vergessen, dass in der Schweiz über 25 % der Bevölkerung eingewandert ist. Diese Menschen sind gut integriert, weil die Schweiz schon immer gezielt Fachkräfte gesucht hat, die auf dem Arbeitsmarkt gebraucht werden. Wenn wir diesen Konsens in

Deutschland erreichen, wird es ebenfalls eine hohe Akzeptanz geben, zumal diese Menschen nicht im Sozialsystem landen, sondern ihren Anteil zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beitragen.

Mukherjee

Ich muss noch einmal auf die USA zurückkommen. Wir beobachten die Entwicklung dort sehr genau und haben ein großes Netzwerk des DAAD dort, nicht nur an den Küsten, sondern auch in Flächenstaaten, auch in den republikanisch regierten Bundesstaaten. Es lohnt sich, bei der Entwicklung neuer Programme auf die USA zu schauen, auch um zu lernen, denn die USA liegen wahrscheinlich 5 bis 10 Jahre vor uns.

Eine Schlussfolgerung, die man ziehen kann, wenn man mit amerikanischen Kolleginnen und Kollegen spricht, heißt, dass die jetzt aufgeworfenen Fragen gar nicht im Rahmen der Academia, sondern nur außerhalb von ihr beantwortet werden können. Ein Kollege, Oliver Günther, Präsident der Universität Potsdam, hat gerade ein kontrovers diskutiertes Interview zu seinem neuen Buch gegeben, aus dem er einige Passagen erläutern musste, in dem er aber in einem Punkt ganz sicher Recht hat – denn wir verkennen, dass wir in unserem Wissenschaftssystem in einer Art Blase ein Stück weit abgekoppelt von der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung sind. Wir müssen den intellektuellen Anspruch an uns selbst haben, damit als Wissenschaftlerin oder Wissenschaftler umzugehen. Wenn wir als Wissenschaft nur immer wieder auf rationale Argumente verweisen und der Gesellschaft alle identitätsstiftenden, kulturell relevanten Themen so erklären, greift das wahrscheinlich zu kurz.

Es fällt auch mir schwer, mir das selbst einzugestehen. Wenn wir aber nur den Gewinn für den Arbeitsmarkt oder das Stoppen des Fachkräftemangels als Argumente für Zuwanderung benennen, wird das nicht ausreichen. Vielmehr ist es eine kulturelle Debatte, in den USA bereits eine kulturelle Schlacht, die als Identitätsdebatte um Zugehörigkeit, um Zentrum oder Peripherie der Gesellschaft, um soziale und kulturelle Abstiegsängste auch in Deutschland geführt wird. Das, und nicht die wirtschaftliche Entwicklung, steht im Zentrum der Entwicklung in den USA, so die Meinung auch führender Amerikanisten an unseren Universitäten.

Ich habe kein Patentrezept für diese Auseinandersetzung. Ich möchte nur davor warnen, anzunehmen, dass wir allein mit ökonomischen Argumenten die gesellschaftliche Polarisierung abbauen könnten.

Frosch

Es gibt einen sehr engen Zusammenhang zwischen der gesellschaftlichen Akzeptanz und der Qualität, die die ausländischen Ärztinnen und Ärzte mitbringen. Es gibt bei den Kolleginnen und Kollegen, die bei uns die Berufsankennung anstreben, eine große Streubreite an Kompetenzen. Gesellschaftliche Anerkennung wird nicht zu erreichen

sein, wenn eine ländliche Bevölkerung ein Krankenhaus betritt und dort kein deutschsprachiger Arzt tätig ist oder ein zur Behandlung Kommender nicht versteht, was mit ihm geschehen soll. Fachkräftegewinnung ist ein wichtiges Thema, sie muss in der Medizin aber sehr gezielt erfolgen.

Belosevic

Es ist wichtig, Fachkräfte anzuwerben, die die erforderliche Qualität mitbringen. Die gelebte Praxis zeigt, dass gerade die Krankenhäuser im ländlichen Raum von Zuwanderung abhängig sind. Wenn die Behandlung gut erfolgt, ist dann auch die Akzeptanz da. Wir können dieser Polarisierung entgegenwirken, in dem wir auf der zwischenmenschlichen Ebene ansetzen und nicht über Menschen aus dem Ausland reden, als wären sie „anders“.

Lemmer

Wir betreiben bei der bvmd das Famulaturaustauschprogramm. Ein Ausbau in der Breite erscheint uns unbedingt erforderlich. Das deutsche Medizinstudium ist sehr angefüllt und verschult, daher erscheint uns die Famulatur als eine gute Chance, Studierende aus Deutschland in das Ausland und ausländische Studierende nach Deutschland zu bekommen. Vor zwei Jahren gab es in den Haushaltsberatungen die Idee, die Mittel des DAAD um etwa 50 % zu kürzen. Wir sind uns sicher alle einig, dass wir uns das nicht mehr leisten können. Wenn wir aber sehen, dass dem Austauschdienst eines großen europäischen Landes die Mittel um 30 % gekürzt wurden, bringt uns das in große Bedrängnis, den Austausch selbst auf ehrenamtlicher Basis weiterzuführen. Daher richte ich meinen Appell an Sie alle, die Kultur der Internationalisierung zu pflegen und den Assistenzärztinnen und -ärzten das Signal zu geben, dass Internationalisierung gewollt und für die Medizin nötig ist.

Mukherjee

Der DAAD hat kein eigenes Geld, sondern bekommt sein Geld von den Ministerien. Wenn wir Sperrungen oder Kürzungen vornehmen, hat das damit zu tun, dass wir Kürzungen der Geldgeber weitergeben müssen. Insofern richtet sich auch dieser Punkt an den Adressaten des ersten Punktes. Ich bedanke mich für die studentische Rückendeckung, denn wir sind gerade wieder in den Haushaltsdebatten für 2025 und 2026. Es ist wichtig, dass wir das, was wir uns wünschen, auch mit Geld unterlegen, doch wir befinden uns in schwierigen Haushaltszeiten.

Uhlig

Ich möchte den Blick auf Israel und China richten. Die Diskussion um Israel ist sehr stark politisiert, und in den Fachgesellschaften wurde sogar dazu aufgerufen, israelische Mitglieder aus den Fachgesellschaften auszuschließen. Ich halte solche Forderungen für sehr problematisch und würde gern dazu die Meinungen hören. Wie verhalten wir uns

gegenüber China, wenn wir davon ausgehen können, dass viele der chinesischen Studierenden staatlich angeleitet oder überwacht werden? Es sind vielfach brillante Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die hier eine tolle Arbeit leisten.

Mukherjee

Man könnte hier nun abendfüllende Antworten geben. Sie haben das aus meiner Sicht schon richtig angesprochen, denn wir wären als Deutschland das falscheste Land und das falscheste Wissenschaftssystem, um Israel akademisch zu boykottieren. Wir müssen uns ganz klar unserer historischen Verantwortung in Deutschland Israel gegenüber bewusst sein. Ich habe im letzten Jahr meine eigene Geschichte erlebt, als ich eine Person einladen und bewirten sollte, die zum Boykott aller israelischen Institutionen und Personen aufgerufen hat. Das konnte ich aus Integritäts- und Glaubwürdigkeitsgründen nicht tun und habe die Einladung widerrufen.

Wir müssen intensiv mit unseren israelischen Partnern zusammenarbeiten, denn die großen israelischen Universitäten sind der Hort des Widerstandes gegen eine Rechtsaußen-Politik der Netanjahu-Regierung. Es macht daher gar keinen Sinn, ausgerechnet diese Institutionen zu boykottieren. Wer an den israelischen Universitäten gewesen ist, weiß, dass dort der Widerspruch deutlich formuliert wird.

Wir müssen als Hochschulen auch die Kraft und den Anspruch an uns selbst haben, den Raum offen zu halten für Kritik an der Regierung Netanjahu. Solche Kritik muss möglich sein. Es ist wichtig, diese Dinge auseinander zu halten. Die israelischen Kolleginnen und Kollegen sind ziemlich verzweifelt und schauen auf Deutschland und Europa, denn wir in Deutschland sind die einzigen, die sich massiv gegen Boykottüberlegungen aussprechen. Boykottforderungen werden im Brüsseler Raum auch in der Wissenschaftsszene immer lauter, aber das wäre aus meiner Sicht der falsche Weg.

Wir beschäftigen uns sehr intensiv mit China. Es geht um Forschung und Datensicherheit im Sinne eines De-Risking, nicht aber eines Abschottens. Ich habe den Eindruck, dass die neue Bundesregierung dort anknüpfen will, vielleicht auch andere Akzente setzen will.

Der DAAD hat 2024 ein Empfehlungspapier an die Hochschulen ausgegeben, welches die hochschulpolitische Ausdeutung der China-Politik der vorigen Bundesregierung darstellte. Wir müssen an den Hochschulen sehr genau überprüfen, was wir mit wem machen wollen, wo welche Prüfinstanzen herangezogen werden müssen, und das muss geschehen, lange bevor es um harte rechtliche Fragen oder um Exportkontrolle geht. Die Bewertungen müssen bereits im vorrechtlichen Raum stattfinden, um zu entscheiden, eine Kooperation einzugehen oder sie wegen zu vieler Risiken besser nicht zu betreiben. Aus meiner Erfahrung können die chinesischen Partner mit einer Ablehnung auch umgehen.

Scholz

Ich kann das nur unterstützen. Wir waren im vorletzten Jahr in Israel, haben den Austausch intensiv gepflegt. Seitdem bestehen weiterhin gute Verbindungen unter anderem mit dem Weizman-Institut. Gerade in diesem Jahr – anlässlich des 60. Jahrestags diplomatischer Beziehungen – finden zahlreiche Veranstaltungen statt. Die Deutsche Hochschulmedizin, das Netzwerk Universitätsmedizin und das Ichilov-Krankenhaus haben anlässlich des Jubiläums eine strategische Partnerschaft zur Förderung des internationalen medizinischen Forschungsaustauschs begründet. Der wissenschaftliche Austausch ist dabei unpolitisch. Wir erleben in unseren eigenen Einrichtungen teils schwierige Situationen. Es gibt antiisraelische Vorfälle, die wir ernst nehmen müssen, doch sie dürfen den institutionellen Austausch mit Israel nicht beeinträchtigen.

Mit China haben wir ganz andere Herausforderungen. Es gibt grundsätzliche Fragen im Umgang mit geistigem Eigentum, Intellectual Property – insbesondere im Hinblick auf Datennutzung und -schutz. Hier müssen klare Regeln geschaffen werden, wenn eine langfristige und verlässliche Zusammenarbeit gelingen soll.

Appel

Wir hatten am Anfang der Diskussion kurz den Punkt der Bürokratie angesprochen, der einem schnellen Aufbau von Forschungsinfrastrukturen für ausländische Forschende entgegenstehen würde. Wieweit fallen wir durch unsere Bürokratie ins Hintertreffen auf europäischem und auf internationalem Niveau, so dass uns andere Länder die besten Köpfe wegschnappen? Wie wirkt sich das auf die Nachwuchsförderung aus? Wie gehen wir es als Medizin gemeinsam mit der Politik an, die Bürokratie abzubauen und Prozesse zu vereinfachen?

Scholz

Wir sind alle für Bürokratieabbau. Aber ehrlich gesagt: Ich kenne keine Kommission, die mit dem Ziel gegründet wurde, Bürokratie abzubauen – und danach gab es nicht noch mehr Bürokratie als vorher. Es braucht in Deutschland viele Regeln, denn sobald wir Regeln abschaffen, kommt jemand, der aufdeckt, dass genau diese Lücke in den Vorschriften und Regeln ausgenutzt wurde. Sofort wird dann öffentlich nach Regeln und Vorschriften gerufen werden. Diesen Widerspruch erleben wir immer wieder in der gesellschaftlichen Debatte. Wir haben viele gute Erkenntnisse, haben aber ein Umsetzungsproblem. Deshalb sollte jeder an seiner Stelle dafür sorgen, dass die guten Ideen dann auch in die praktische Politik übersetzt werden.

Belosevic

Es ist sicher wichtig, den Forschenden, die aus den USA weg möchten, adäquate Forschungsinfrastrukturen zur Verfügung zu stellen. Ich weiß aber nicht, wie viele wirklich nach Deutschland kommen wollen und wie groß dieses Problem dann tatsächlich sein wird. Es kann auch nicht die Antwort sein, nun alle Spitzenforschung aus den USA abzuwerben. Wissenschaft ist auch eine Kultur der Verteidigung der Wissenschafts- und Meinungsfreiheit. Dafür sollten wir Unterstützung und Beistand gewähren.

Thiery

Das Clinician Scientist-Programm ist an vielen Fakultäten sehr erfolgreich. Es zeigt sich, dass auch unsere ausländischen Kooperationspartner Interesse an diesem Programm gewinnen. Wir haben ein Kooperationsabkommen mit Tokyo und sind dabei, einen internationalen Clinician Scientist einzurichten. Dem DAAD war dieses Konzept bisher nicht bekannt bzw. es gab und gibt dafür keine Förderlinie. Es wäre eine Chance für Deutschland, wenn wir ein Clinician Scientist-Programm global aufstellen könnten, denn der klinisch-ärztliche Teil der Ausbildung würde im Heimatland gemacht, der wissenschaftliche Teil dagegen dann im gegenseitigen Austausch stattfinden. Gibt es dazu seitens des DAAD schon Überlegungen?

Himmelrath

Wo liegt das Problem – ist das die falsche Karrierestufe?

Thiery

Nein, es ist das fehlende Förderprogramm.

Mukherjee

Ein solches Förderprogramm gibt es in der Tat nicht. Das müssten wir miteinander besprechen und dann als ein neues Programm in die politische Willensbildung einbringen. Der Koalitionsvertrag nennt die ressortübergreifende Stärkung des DAAD als eine Aufgabe, insofern wäre die Einrichtung neuer Programme ein sinnvoller Input. Wir müssen uns mit der DFG abstimmen, damit keine Konkurrenz entsteht.

Frosch

Ich finde diese Idee hochinteressant, denn sie zeigt, dass unsere deutschen Programme auch international wahrgenommen werden und vielleicht auch in einzelnen Ländern zum Rollenmodell der Ärztin und des Arztes beitragen könnten. Umgekehrt sollten wir die Programme aus unserer Sicht so gestalten, dass im Rahmen der Forschungsphase ein Auslandsaufenthalt für unsere Clinician Scientists möglich wird.

Treede

Ich habe als Vertreter der AWMF auch mit den Ärztekammern zu tun und habe mich über das Statement von Herrn Emami sehr gefreut. Bei der Anwerbung ausländischer Fachkräfte habe ich aber einige Bauchschmerzen, denn es kann nicht darum gehen, hochqualifiziertes Personal, welches auch im Gesundheitswesen des Heimatlandes gebraucht wird, abgesaugt wird. Kooperation heißt Austausch zwischen beiden Seiten. Gibt es solche Programme des DAAD oder der Universitätsmedizin, die beiden Seiten nutzen?

Scholz

Das Nach-Deutschland-Kommen ist freiwillig. Da muss man kein schlechtes Gewissen haben, denn wir betreiben keinen „Brain Drain“. Viele der international Forschenden

gehen nach ihrer Karriere auch wieder in ihre Heimatländer. Somit helfen die Programme in beide Richtungen, dass auch in diesen Ländern eine Weiterentwicklung stattfindet. Wenn in den USA ein sehr großer Prozentsatz der Forschenden keinen amerikanischen Pass haben, ist die Win-Win-Situation für die USA überwältigend. Die ausländischen Forschenden werden oft auch mit Mitteln ihrer Heimatländer finanziert. Die Erkenntnisse und Patente entstehen in den USA und werden dort ökonomisch genutzt.

Frosch

Auch ich habe bei dieser Form des Austausches kein schlechtes Gewissen. In unserem heutigen Panel fehlt die große Gruppe der NGOs. In diesem Bereich gibt es sehr viel Austausch, es finden Trainings ausländischer Kolleginnen und Kollegen hier vor Ort und umgekehrt statt. Das ist aber eine andere Frage der Kooperation, als wir sie hier diskutiert haben.

Belosevic

Wenn man darüber nachdenkt, dass die Schweiz ihren Ärztemangel dadurch deckt, dass sie gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland einstellt, und wir hier dann wiederum einen Ärztemangel beklagen müssen, den wir mit zu uns kommenden internationalen Ärztinnen und Ärzten zu beheben versuchen, sollte man sich überlegen, ob man nicht bessere Bedingungen schaffen könnte, die die deutschen Absolventinnen und Absolventen im ärztlichen Beruf in Deutschland halten.

Mukherjee

Ich glaube, dass es keinen Grund für ein schlechtes Gewissen in Deutschland beim Wissenschaftsaustausch gibt. Ich kann für alle Wissenschaftsorganisationen in der Allianz sagen, dass wir einen sehr guten Ruf in der Welt haben, weil wir noch nie „Brain Drain“ betrieben haben. Wir haben immer „Brain Circulation“ betrieben und darauf gesetzt, dass Menschen aus freiwilliger Entscheidung heraus eine Karrierephase bei uns absolvieren und dann wieder zurück oder in ein anderes Land gehen oder in Einzelfällen eben auch bleiben.

Wir haben nie eine Strategie wie in den USA verfolgt, wo von überall die besten Talente in die USA mit dem klaren Ziel geholt werden, sie grundsätzlich in den USA zu halten. Wir sollten unsere Form der Kooperation weiterführen, so, wie wir es in den letzten Jahrzehnten erfolgreich getan haben. Weil wir sehr glaubwürdig agiert haben, nimmt man uns diese Einstellung international auch ab. Auch die anderen Kolleginnen und Kollegen in der Allianz berichten, dass unsere Reputation gut ist. Daran kann man jetzt in einer geopolitischen Umbruchphase auch anknüpfen, und das ist ein Vorteil für Deutschland.

Wissing

Ich will den Kreis der Länder erweitern und schaue auf die Ukraine. Es gab eine große Solidaritätswelle zu Beginn der russischen Aggression, es gab zahllose Aktivitäten in den

Fakultäten. Der MFT hatte einen guten Austausch mit dem DAAD, und es wurden Programme aufgelegt. Meine Sorge besteht darin, dass sich das alles nun verstetigt – wir müssen vom Programmdenken wegkommen und berücksichtigen, dass die Situation dort für längere Zeit so bleiben könnte. Welche neuen Herausforderungen ergeben sich daraus?

Scholz

Wir haben viel für und mit der Ukraine getan. Es gab allein 7 Mio. Euro Spenden und über 35 Hilfstransporte in die Ukraine. Es gab aber schon viele Jahre vor dem Krieg Austauschprogramme, in denen z.B. Chirurgen oder Pflegekräfte ausgebildet wurden. An diese konnten wir gut anknüpfen, weil wir die Partner in der Ukraine kannten. Zahlreiche Pflegekräfte haben vor dem Krieg Deutsch gelernt und sind in größerer Anzahl zu uns gekommen. Das alles nützt der Ukraine jetzt jedoch nur begrenzt. Was dem Land am meisten nützen würde, ist ein Waffenstillstand. Durch den Krieg ist die gesamte gesundheitliche Versorgung in der Ukraine zusammengebrochen, die russischen Angriffe treffen gezielt Krankenhäuser und andere zivile Einrichtungen. Die Bedingungen vor Ort sind erschreckend, die noch vorhandenen Krankenhäuser überlastet und überfüllt. Dieser Notstand macht gute Medizin nach bekannten Standards kaum mehr möglich. Insofern ist die Ukraine für uns ein echter Sonderfall. Wir sind alle aufgerufen, uns zu fragen, wie wir helfen können, wenn es zu einem Waffenstillstand kommt und wenn dort wieder ein Gesundheitssystem aufgebaut wird. Uns hat ein ukrainischer Kollege im UKSH besucht und den Wunsch geäußert, dass jedes deutsche Bundesland sich entschließt, ein Krankenhaus in der Ukraine wiederaufzubauen. Das würde wirklich helfen. Wenn es gelingt, die europäischen Länder zu gewinnen, sich an einem derartigen Partnerschaftsmodell zu beteiligen, könnte in kurzer Zeit ein Wiederaufbauprogramm starten, ähnlich, wie wir es in Westdeutschland nach dem Zweiten Weltkrieg erlebt haben.

Himmelrath

Wir sind bei einem schwierigen Thema angekommen und mit unserer Zeit am Ende. Daher mache ich einen Strich und bitte Frau Belosevic, noch einmal zusammenzufassen, was bei unserer Reise auf der Nordhalbkugel unseres Globus an Überlegungen zusammengetragen wurde. Was hat Ihnen besonders gut gefallen, was sollten wir unbedingt in die weitere Diskussion und Umsetzung mitnehmen, womit könnten wir aus Sicht der Medizin und Medizinausbildung in Deutschland besonders weit kommen?

Belosevic

Ich möchte hervorheben, dass wir alle Interesse am internationalen Austausch haben. Es gibt verschiedene Initiativen, kein Rezept ist die Lösung für alle Fragen. Man tritt mit vielen individuellen Ideen und Programmen heran – das ist ein Gedanke, den man auf jeden Fall beibehalten und fördern sollte. Ich finde es zudem wichtig, dass wir überhaupt über die Internationalisierung reden, über Spezifika, über die Unterschiede, und dass wir die Förderprogramme beibehalten und diese finanziell untersetzt bleiben. Es kommt leider öfter vor, dass es als interessant empfunden wird, einmal über das Thema

zu sprechen und dann keine Taten folgen. Daher finde ich es schön, dass die Diskussion gezeigt hat, dass ein Geist der Änderung an vielen Stellen vorherrscht und dadurch die schönen Ideen auch tatsächlich umgesetzt werden und dass sich die Universitäten und ihre Partner daran beteiligen.

Himmelrath

Das war ein Top-Schlusswort!

Herzlichen Dank an Frau Belosevic, an die Herren auf dem Podium sowie an alle Diskussionsteilnehmer für das Mitdiskutieren.



Transfer und Ausgründungen: Besondere Herausforderungen in der Gesundheitsforschung

Moderation: Armin Himmelrath



Impulsvortrag Transfer und Ausgründungen: Besondere Herausforderungen in der Gesundheitsforschung

Dr. Isabel Nahal Schellinger

CEO und Mitgründerin von Angiolutions (Forschungs- und
Entwicklungsunternehmen im Bereich Gefäßmedizin)

Meine Damen und Herren,
ich darf mich zunächst ganz herzlich für die Einladung bedanken. Ich freue mich sehr,
dass ich, basierend auf meinen eigenen Erfahrungen, hier einen Impulsvortrag halten
darf, der die Podiumsdiskussion einleiten soll und freue mich auch auf die anschlie-
ßende Diskussion.

Zur Frage „Wie können wir Transfer in den Lebenswissenschaften strategisch gestal-
ten?“ werde ich in vier Abschnitten einige Ausführungen machen.

1. Startpunkt Transfer - ein Blick zurück

Mit dem Forum Gesundheitsforschung hat die Bundesregierung ein Forum geschaffen,
das eine organisationsübergreifende Abstimmung zwischen den Akteuren der biomedizi-
nischen Forschung in Deutschland ermöglichen, damit Patientinnen und Patienten
künftig schneller von neuen Forschungsergebnissen profitieren.

Als das Thema „Transfer“ dort gegen Ende 2022 den ersten Eingang gefunden hat, hat
man in einer Präsentation eine Reihe von Herausforderungen aufgelistet (Abbildung 1).



- **Strukturierte Wissensvermittlung** (Vorlesungen, Seminare, Workshops) und Programme zum Thema Ausgründung (Vorbild: Stanford Biodesign) fehlen oft
- Klare Hinweise an Wissenschaftlerinnen & Wissenschaftler zum Spannungsverhältnis „**Publikation vs. Geheimhaltung**“ (ggf. durch vertragliche Auflagen -> Stanford, ggf. Anreize) fehlen oft
- Patente gehören auf Grund des **Arbeitnehmererfindungsgesetzes** dem Dienstherrn (Universitätsklinik oder Universität) -> womöglich unattraktiv für Erfinder & Kapitalgeber, wenn keine balancierte Lizenzierung, kein balancierter Erwerb etc. möglich ist (100% von 0 ist 0)
- **Beratervertrag vs. Arbeitsverhältnis** bei Ausgründung durch die Erfinder (Arbeitsverhältnis oft nicht gestattet) -> schwieriges Signal an Kapitalgeber
- **Transfer offices** mit Praxiserfahrung selten
- Optimierte Transfergesellschaften & deren **Beteiligungsformen** fehlen oft -> attraktive Beteiligungen daher schwierig

Abb. 1: Präsentation vom 09.November 2022: Deutsche Herausforderungen (ein Auszug)

Als Antwort auf diese Herausforderungen wurde die AG Transfer gegründet, in der unterschiedliche Player aus den verschiedenen Bereichen zusammengebracht. Hier sitzen Kapitalgeberinnen und Kapitalgeber, Business Profis, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Ärztinnen und Ärzte, Expertinnen und Experten auf regulatorischem Gebiet an einem Tisch. Wir haben auf Meetings unterschiedlichste Expertinnen und Experten aus Deutschland, den USA, Israel oder aus Irland gehört, hörten Rechtsexpertinnen und -experten und erarbeiteten in Untergruppen dort Materialien.

2. Wirkung durch Begegnung - Transfer ist persönlich

Ich möchte einen kleinen Rückblick auf meine eigene berufliche Entwicklung und warum Transfer für mich so wichtig ist, zwischenschalten, bevor in einige Punkte aus der Arbeit der AG Transfer vorstelle. Ich bin als Abgesandte der Jungen Akademie, deren Träger die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften und die Leopoldina sind, in das Forum Gesundheitsforschung entsandt worden. Die Junge Akademie hat 2021 die AG Troia (Transfer of Innovation in Academia) ins Leben gerufen.

Mein akademischer Weg begann mit meinem Medizinstudium in Erlangen. Ich hatte das große Glück, dass mein damaliger Doktorvater einen Studienaufenthalt in Kalifornien an der Stanford University vorschlug. Dort durfte ich einige Jahre verbringen und dann kam das, was ausschlaggebend für die spätere Gründung von Angiolutions wurde: Ich forschte in Stanford mit einem Kollegen, der später mein Partner in der Unternehmensgründung wurde, am abdominalen Aortenaneurysma, einer Erkrankung, die für 90 % aller daran Erkrankten früh diagnostiziert wird, jedoch zu diesem Zeitpunkt noch nicht behandelt werden kann (Abbildung 2). Wir fragten uns, warum man im Frühstadium außer der Diagnostik nichts macht, wo doch die Chancen einer Heilung groß sind.

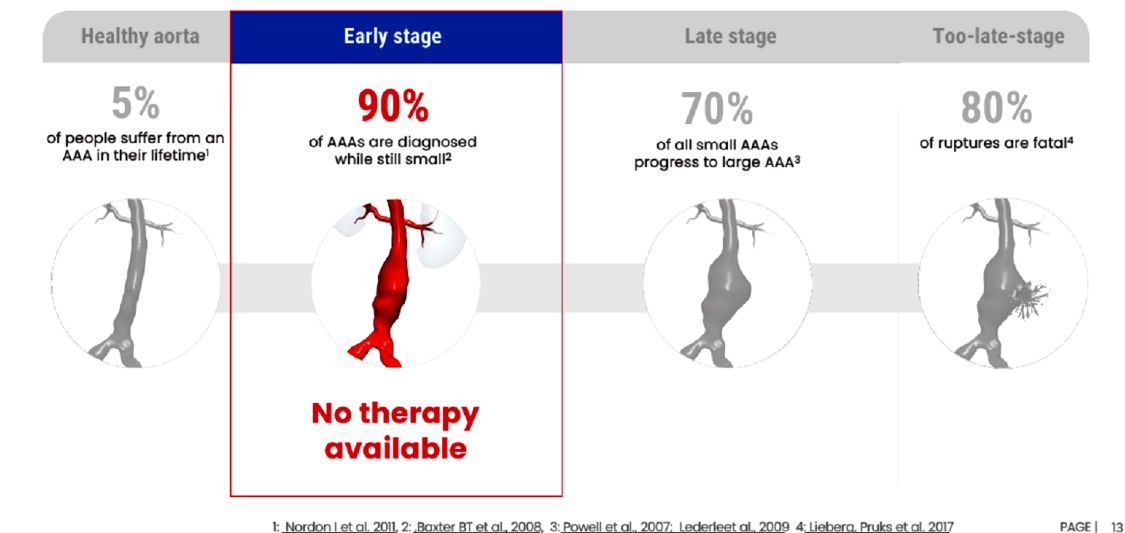


Abb. 2: Für 90 % aller Patientinnen und Patienten mit einem abdominalen Aortenaneurysma gibt es gegenwärtig keine Therapie

Wir fanden einen neuen Pathomechanismus für die Entstehung und das Wachstum dieser Aneurysmata heraus, nämlich die pulsierenden Wellen in der Aorta, die die Vergrößerung der Aortenaneurysmata hervorrufen. Aus diesen Erkenntnissen entstand ein neues Medizinprodukt der Klasse 3.

Wir wollten damals nur unsere Erkenntnis erfolgreich publizieren und mit einer guten Publikation wieder nach Hause zurückkehren. Das haben wir auch getan (Raab et al., Circulation 2015), aber erst, nachdem Stanford sein Veto eingelegt und verlangt hatte, dass wir unsere Erfindung, die im Paper beschrieben war, zum Patent anmelden. Mein Forschungspartner und ich hatten überhaupt keine Ahnung, wie man ein Patent anmeldet. Die Universität Stanford stellte uns daraufhin mehrere Experten zur Seite, und wir schafften es so, erfolgreich die Patentanmeldung zu realisieren. Dieses Patent war dann auch der Startpunkt für unsere Firma Angiolutions, die mit einer ganzen Reihe universitärer und nicht-universitärer Partner zusammenarbeitet (Abbildung 3). Aktuell befinden wir uns am Startpunkt der ersten klinischen Studien.

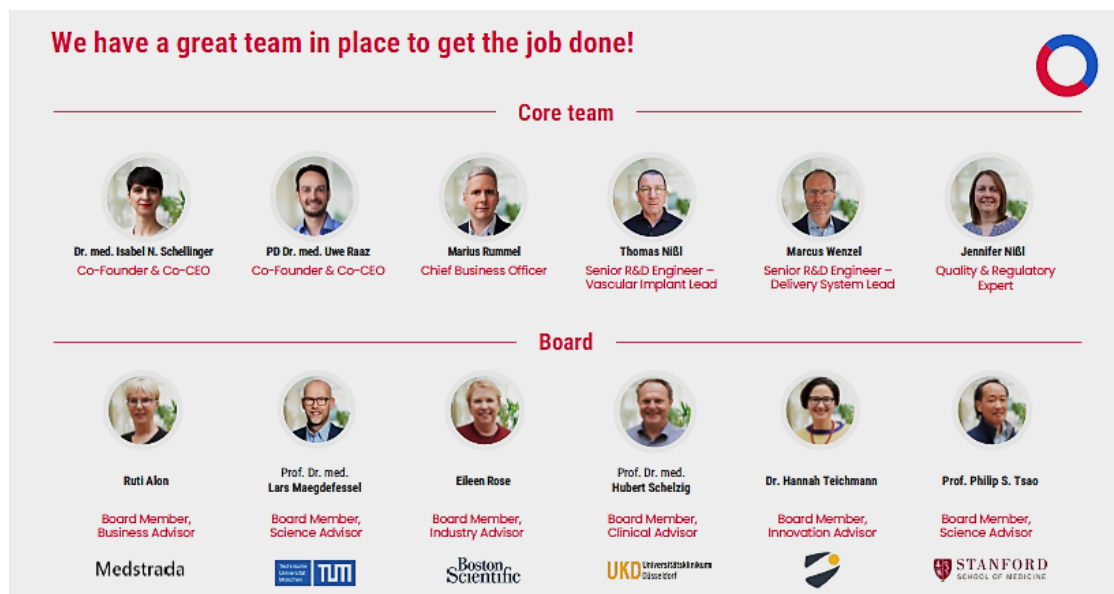


Abb. 3: Leitungsteam, Board und Partner von Angiolutions

Am Beispiel der Stanford University kann ich für das Jahr 2023 einige Zahlen nennen, die belegen, wie wichtig in den US-Universitäten die Patentierungen und daraus zu generierenden Lizenzgebühren sind (Abbildung 4).

\$59M Licensing Revenue	1,059 : More than \$100K in royalties - 65 More than \$1MM in royalties - 6 Technologies Generated \$	4,273 Active Technologies
115 Licenses/Options	Stanford FY2023 Fast Facts Office of Technology Licensing As Of Date: March 5th, 2024	568 New Technologies
27 Startup Companies	2,110 New Industry Research Agreements	2,461 Active Issued U.S. Patents
	586 Total Sponsored Research Agreements	173 New U.S. Patents Issued

Abb. 4: Intellectual property ist wichtig für die Universitäten – Beispiel Stanford University

Man weiß dort aber auch, dass das erste Patent nur der erste Baustein ist, und man viel mehr benötigt, um daraus eine Firma zu gründen. Zwischen der wissenschaftlichen Erkenntnis oder Erfindung und ihrer erfolgreichen Vermarktung und Anwendung am Patienten liegt das „Innovator’s Valley of Death“. Dort warten regulatorische Vorschriften,

die einzuhalten sind, die FDA, EU-Konformitätsprüfungen, die DRGs – alles Dinge, die Zeit, aber auch sehr viel Geld kosten (Abbildung 5).

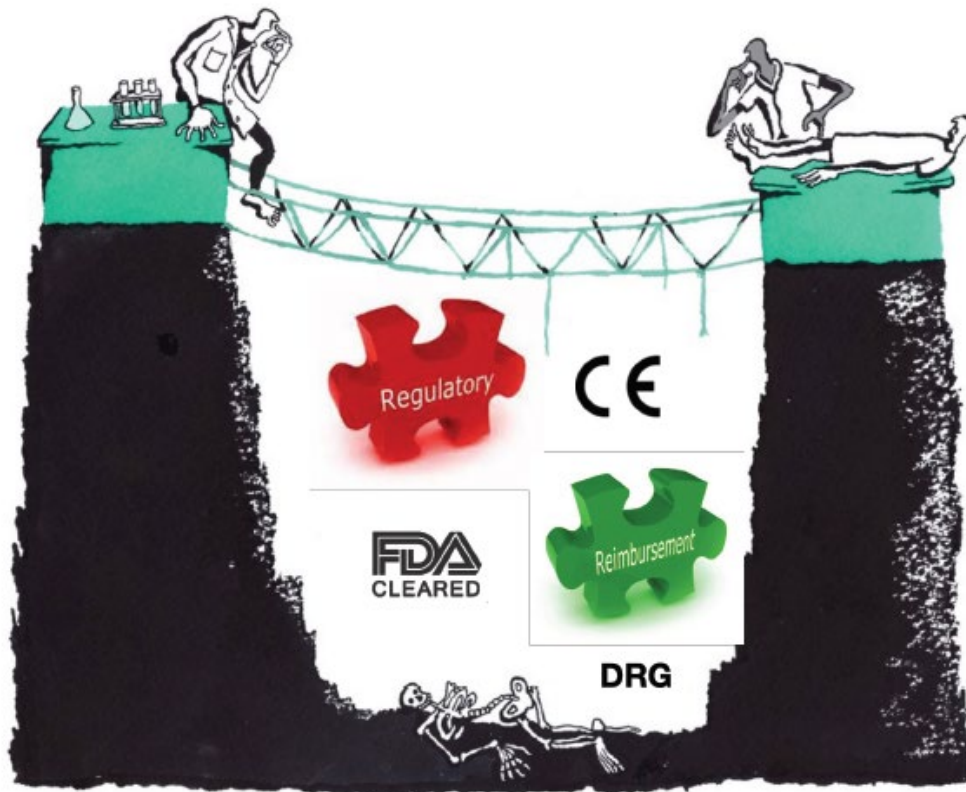


Abb. 5: Das "Valley of Death" für junge Transfer-Unternehmen

Man schätzt, dass in der Medtech-Branche etwa 30-100 Mio. US-\$ und in der Pharmaindustrie sogar etwa 1,3 Mrd. US-\$ aufgebracht werden müssen, um dieses „Tal des Todes“ zu überbrücken. Mein Forschungspartner und ich hatten von all diesen Dingen gar keine Ahnung. Wir haben zunächst versucht, bei den klassischen Forschungsförderern in der akademischen Landschaft in Deutschland, wie der DFG und den Stiftungen Mittel zu akquirieren und sind dort nicht so richtig fündig geworden.

Wir standen vor der Frage, wohin man als Ärztin oder Arzt gehen kann, um zu lernen, wie man eine Promotion macht, bei der in einem tollen Programm eine patentreife Leistung herauskommt, die man dann möglichst erfolgreich vermarkten möchte. Wir sind dann zum größten Krankenhauskomplex der Welt, dem TMC Texas Medical Center in Houston gekommen. Dort werden 10 Mio. Patientinnen und Patienten im Jahr behandelt. Das sind 10-mal mehr als in der Charité Berlin, dem größten Krankenhauskomplex in Europa.

Am TMC gibt es ein Programm, um Forschende interdisziplinär zusammenzubringen und durch Zusammenarbeit die Forschung voranzubringen. Hier schließt sich der Kreis

wieder zu Stanford, denn auch dieses Programm ist nach dem „Stanford Biodesign“ aufgebaut (Abbildung 6).

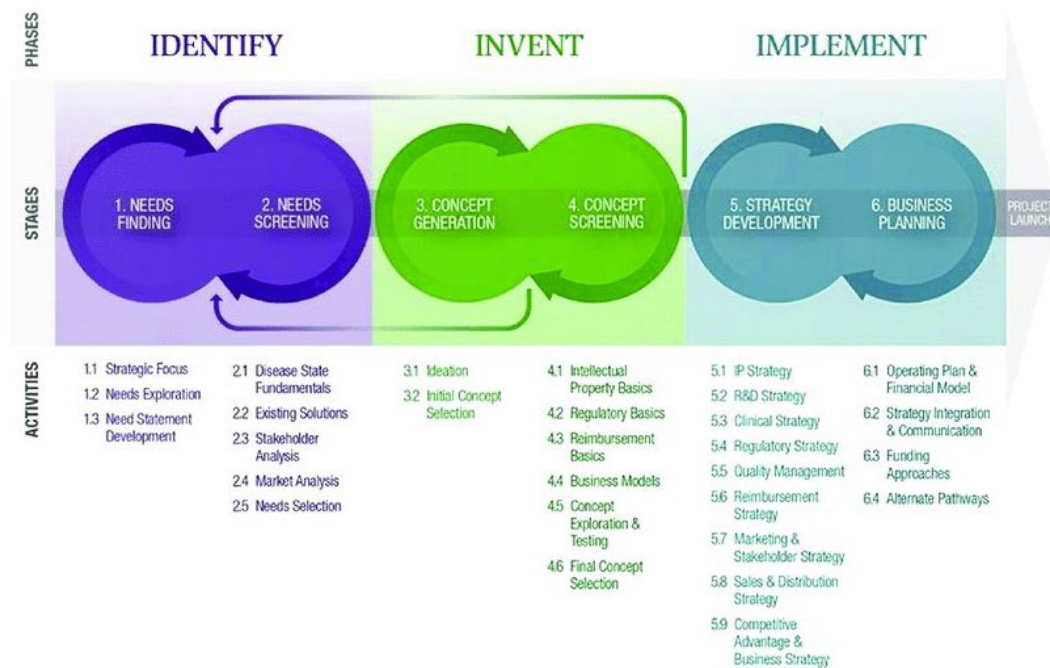


Abb. 6: Das 3-Phasen-Programm „Stanford Byers Center for Biodesign“ (Quelle: Yock PG, Zenios S, Makower J, et al. Biodesign: The Process of Innovating Medical Technologies. 2nd edition. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2015)

In den USA vertritt man die Meinung, dass man kein Genie sein müsse, um ein Erfinder oder Gründer zu sein. Jeder kann das Erfinder- oder Gründertum lernen. So lernt man dabei, wie man in kurzer Zeit sein Projekt vorstellt, wie man mit Geldgebern reden muss und, dass es gar nichts Ehrenrühriges ist, um Mittel zu bitten. Weiterhin lernt man, ein Team zusammenzustellen, welches drei Charaktere benötigt, den „Hipster“, den „Hacker“ und den „Hustler“. Der Hipster setzt sich mit dem Produkt auseinander, um es marketingtechnisch voranzubringen. Der Hacker ist der, der die Technik des Produktes voranbringt und der Hustler geht von Tür zu Tür, um Mittel zu akquirieren. In den USA wird immer ein klein wenig größer als in Deutschland gedacht, Houston konkurriert nicht mit Stanford oder mit Harvard. Dort wird im weltweiten Maßstab geplant.

3. Aus Erkenntnis wird Empfehlung - Transfer greifbar machen

Ich will nun wieder von den Verhältnissen in den USA zu denen in Deutschland wechseln und die deutschen Mentorinnen und Mentoren nicht außer Acht lassen. Auch wir sind als Patentinhaber wieder nach Deutschland zurückgekehrt, um unsere Firma zu gründen. Unsere erste Anlaufstelle war die UnternehmerTUM in München. Herr Schönberger war damals noch ein Mentor an der Bayerischen Elite-Akademie. Obwohl meine Eltern beide Unternehmer sind, wussten wir nicht, wie eine Ausgründung geht. Dieses Nicht-Wissen sagt viel über die hiesigen Verhältnisse aus. Hätte uns damals nicht

jemand gesagt, macht dieses oder tut jenes nicht, um den ersten Schritt zu starten, wäre es nichts mit der Ausgründung geworden.

Welche Fragen sollen wir im Forum Gesundheitsforschung mit der AG Transfer beantworten? Ich möchte das an drei Beispielen zeigen, welche Herausforderungen bestehen und welche Lösungsmöglichkeiten existieren.

Ein wichtiger Punkt sind die Anreize.

Wenn man Anreize setzen will, haben alle hier im Raum unterschiedliche Dinge im Kopf. Unser Anspruch war es, eine Art Kochrezept zu erarbeiten, das den jungen Gründerinnen und Gründern an die Hand gegeben wird. Wir haben dabei an LOM gedacht, zur TU in Dresden geschaut, die in ihrer Habilitationsordnung Patentschriften als Erstautorenschaften anerkennt. Solche Beispiele haben wir in unseren Empfehlungen zusammengefasst (Abbildung 7).

Transferrelevante Kriterien sollten verstärkt in internen Mittelverteilungsmechanismen, wie der leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM), berücksichtigt werden.⁸⁷ Nur wenn Transfererfolge auch positive Effekte auf die wissenschaftliche Karriere haben, wird die Motivation von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gestärkt, ihre Forschungsergebnisse aktiv in den Verwertungsprozess einzubringen. Dies erfordert grundlegende Anpassungen im System, etwa durch verbindliche Vorgaben seitens der Mittelgeber. Auch bei Berufungs- und Entfristungsentscheidungen in der biomedizinischen Forschung sollten Transferleistungen stärker gewichtet werden. Ein wegweisendes Beispiel ist die Habilitationsordnung der TU Dresden, die Patentschriften als Erstautorenschaften anerkennt.⁸⁸

Abb. 7: Empfehlungen der AG Transfer für die Weiterentwicklung des akademischen Anreizsystems

Wir haben weiter geschaut, wie man die Prozesse der Patentierung und Lizenzierungen beschleunigen und für die jungen Erfinderinnen und Erfinder vereinfachen könnte. Wenn eine Medizinische Fakultät einen gut aufgesetzten Prozess hat, ist innerhalb von drei Monaten eine Ausgründung oder Lizenzierung möglich. Es gibt den international anerkannten USIT-Guide (University Spinout Investment Terms), der für die Lebenswissenschaften eine gute Richtschnur bietet (Abbildung 8).

Da es gerade in der Ausgründungsphase auf die Geschwindigkeit der Umsetzung ankommt, sind die IP-Bewertung und der Vertragsschluss zwischen der wissenschaftlichen Heimateinrichtung und der Ausgründung innerhalb eines Zeitraums von zwölf Wochen durchzuführen. Dies ist realistisch, wenn beide Verhandlungsparteien fokussiert und wohlwollend sowie mit dem gemeinsamen Ziel, eine für beide Seiten gewinnbringende Lösung zu finden, in den Verhandlungsprozess gehen.

Eine hervorragende Basis dafür könnte neben den Empfehlungen des US-Technologietransferverbands AUTM¹⁸⁷ u. a. der von führenden Universitäten und Investoren in Großbritannien, den USA und der KU Leuven entwickelte Leitfaden *University Spinout Investment Terms (USIT-Guide)* sein, der vor allem auf die Lebenswissenschaften fokussiert ist.¹⁸⁸ Der Leitfaden wurde entwickelt, um universitären und außeruniversitären akademischen Einrichtungen, Forschenden und Investoren einen Referenzrahmen zu bieten und einheitliche Standards sowie Transparenz bei der Ausarbeitung von Investitionsbedingungen für Ausgründungen aus akademischen Institutionen zu fördern. Ein weiterer USIT-Guide mit dem Schwerpunkt Software ist kürzlich erschienen.¹⁸⁹

Abb. 8: Transparente Verträge und Standardklauseln für das IP- und Beteiligungsmanagement

Ein dritter und von mir letzter Punkt ist das Beteiligungsmanagement.

Junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben mit der Ausgründung und dem operativen Management einer Start-up-Beteiligung an sich schon sehr viel zu tun. Wir empfehlen, das operative Geschäft einem Anderen zu überlassen. In der Anfangsphase sollte die Betreibungsform eine eigene GmbH sein, in der Wachstumsphase dann in eine Treuhandgesellschaft überführt werden (Abbildung 9).

Es wird empfohlen, dass ein Großteil der Anteile bei den operativen Gründern liegen sollte. Die Beteiligung der akademischen Einrichtung könnte beispielsweise auf zehn bis 15 Prozent bei voller Verdünnung begrenzt werden,¹⁹⁹ so dass die Einrichtung nicht an allen Entscheidungen beteiligt werden muss und das junge Unternehmen seine Agilität behält. Zur Verringerung des Aufwands und um die Attraktivität für neue Investoren zu erhöhen, können in späteren Phasen die Anteile von Minderheitsgesellschaften aus der *Pre-Seed*-Phase in eine Treuhandgesellschaft oder GbR gepoolt werden. Alternativ können Gesellschaftsanteile auch im Rahmen eines Stimmrechtspooling gebündelt werden. Dabei werden alle Stimmrechte auf einen Poolführer übertragen. Effizienzgewinn und Akzeptanz dieser Lösung sind aufgrund der vor jeder Gesellschafterversammlung erforderlichen internen Abstimmungsprozesse allerdings begrenzt.

Abb. 9: Beteiligung der akademischen Einrichtung am Start-up klar definieren

4. Transfer on Track - ein Blick nach vorn

Es wäre sehr schön, wenn die eine oder andere Fakultät das Stanford Biodesign-Programm für sich entdecken würde. Es sollte überlegt werden, ob bei den verschiedenen Rollenmodellen des Clinician Scientist auch ein Clinician Scientist Entrepreneur entwickelt werden könnte. Das europäische Beratungsangebot sollte beachtet und geschärft werden. Es gibt sehr gute Innovations-Grants mit Volumina zwischen 2,5 und 15 Mio. Euro, auf die man sich mit seiner Fakultät bewerben kann. Es sind zahlreiche Anreize vorhanden, die die Fakultäten gemeinsam mit ihren jungen Gründerinnen und Gründern genau analysieren sollten (Abbildung 10).

- **Fokussierte Transfer-Veranstaltung organisieren,**
um aufbauend auf das AG-Papier zentrale Akteure gezielt zu aktivieren.
- **Feedbackstrukturen stärken,**
um Programme wie EXIST und GO-Bio durch Rückmeldungen gezielt weiterzuentwickeln.
- **Transfer verbindlich in der Exzellenzstrategie verankern,**
um ihn als festen Bestandteil wissenschaftlicher Spitzenförderung zu etablieren.
- **Rolle des „Clinician Scientist Entrepreneur“ entwickeln,**
um neue Karrierepfade an der Schnittstelle von Klinik, Forschung und Gründung zu ermöglichen.
- **Europäisches Beratungsangebot schärfen,**
um Deutschland im internationalen Wettbewerb um forschungsbasierte Gründungen strategisch zu positionieren.

Abb. 10: Transfer on Track – mögliche zukünftige Themen- und Betätigungsfelder der AG Transfer

Vielen Dank!

Tagungsimpressionen V





Die Teilnehmenden an der Podiumsdiskussion zu Transfer und Ausgründungen:
Dr. Isabel Nahal Schellinger, Prof. Dr. Bernd Weber, Sigrid Koeth,
Dr. Matthias Meergans (v.l.n.r.)

Podiumsgespräch

Sigrid Koeth

Innovationsmanagerin bei SPRIND

Dr. Matthias Meergans

Geschäftsführer Forschungspolitik beim Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)

Dr. Isabel Nahal Schellinger

CEO und Mitgründerin von Angiolutions

Prof. Dr. Bernd Weber

Dekan der Medizinischen Fakultät Bonn

Moderation: Armin Himmelrath

Wissenschaftsjournalist, Köln

Himmelrath

Erst einmal vielen Dank an Frau Schellinger für den interessanten Vortrag. Wir haben eine Menge Anregungen bekommen und sind nun eigentlich schon in der Verwertungsphase. Dort gehen die Wege auseinander, und wir wollen herausarbeiten, was dort anders ist, auf die Möglichkeiten schauen, die bestehen oder die auch noch nicht existieren und die Dinge besprechen, die nötig sind, damit im Transfer und der Ausgründung noch mehr möglich wird.

Frau Koeth, wo haben Sie beim Vortrag gerade gedacht, dass wir diesen oder jenen Punkt besonders stark machen sollten?

Koeth

Es ist nicht nur ein Punkt, sondern immer mehrere, und das Zusammenspiel macht dann die Probleme. Sorgen bereitet mir immer, wenn junge Start-ups auf mich zukommen, die ausgründen wollen, deren Intellectual Property jedoch bei mehreren Personen liegt. Auch ein Pharma-Benchmark wird teuer. Wenn dann noch dazu kommt, dass es an der Einrichtung nur ein bis zwei Ausgründungen im Jahr gibt, weiß ich auch, dass dort wenig Erfahrung existiert. Solch ein Zusammenspiel macht es immer schwierig. Auf der anderen Seite wollen wir Konditionen schaffen, die von beiden Seiten als fair empfunden werden und die jungen Unternehmen nicht behindern oder gar in ihrer Tätigkeit lähmen.

Himmelrath

Wenn Sie die Hürden so beschreiben, könnte doch eine Lösung darin bestehen, dass Sie als Innovationsmanagerin kommen und die jungen Ausgründer beraten, denn Sie wissen, wie es geht. Ist die Offenheit dafür da?

Koeth

Ja, die Offenheit ist da. Allerdings sind wir nur drei Innovationsmanager im Life Science-Bereich, und diese können nicht ganz Deutschland abdecken. Wir beraten bei den Institutionen, mit denen wir verbunden sind und wo wir auch investieren.

Himmelrath

Herr Weber, wie oft haben Sie in Ihrer Amtszeit als Dekan ausgerufen: Nicht schon wieder eine Ausgründung – ich habe so schon genug zu tun?

Weber

Das habe ich tatsächlich noch nicht gesagt, sondern mich eher gefreut, wenn solche Wünsche kamen. Allerdings habe ich Probleme dann gesehen, wenn die Prozesse für einen Transfer nicht optimal waren.

Wir konnten in den letzten Jahren viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nach Bonn rekrutieren können, die aus Boston oder Stanford mit einer Idee kommen, die sie schnell an den Markt und an die Patienten bringen wollen. Auf der anderen Seite werden Verhandlungen mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern begonnen, die noch nie Transfers gemacht haben, wenig Ahnung, aber bestimmte Erwartungen an die Institutionen mitbringen. Wir sind dann nicht kompatibel und man fängt jedes Mal wieder von vorn an. Der Prozess dauert dann sehr lange, verprellt teilweise die Investoren und am Ende passiert nichts.

Es ist unsere Aufgabe als Institution, dies zu verbessern. Dazu gibt es eine Reihe Ansätze. Auch der MFT insgesamt gibt sich sehr viel Mühe, dafür Rahmenbedingungen zu geben, die den einzelnen Standorten helfen sollen. An manchen Standorten ist das schon recht weit ausgearbeitet, an anderen dagegen noch sehr entwicklungsbedürftig.

Himmelrath

Herr Meergans, eigentlich könnten Sie nun sagen – wenn es an den Universitäten nicht läuft, dann kommt zu den forschenden Unternehmen, und wir machen das dann.

Meergans

Ich habe mich sehr über die Einladung zu diesem Panel gefreut und will noch einmal auf die Makro-Ebene zurückkommen. Wir haben in Deutschland an Ressourcen insbesondere unsere Brain-Kapazität. Deswegen passt die Biotechnologie gerade so gut, denn

sie ist in der gegenwärtigen geopolitischen Situation auf wenig Energiebedarf ausgerichtet, ist CO₂-neutral und schafft insgesamt einen hohen Wert für die Wissenschaft, die Wirtschaft, aber vor allem für die betroffenen Patientinnen und Patienten etc.

Es freut mich sehr, dass das die Regierung auch erkannt hat und im aktuellen Koalitionsvertrag sogar noch mehr darauf Wert gelegt wird, dass die Ausgründung eine Kompetenz ist, die wir unbedingt stärken wollen.

Auf Seiten des Verbands der forschenden Arzneimittelhersteller sind die 46 großen forschenden Unternehmen daran interessiert, dass in der Regel erste Forschungsergebnisse vorliegen, bevor sie eine Partnerschaft ausbauen. Was nicht heißt, dass sie nicht entlang der gesamten Wertschöpfungskette ihr Augenmerk darauf haben, nach Potentialen und Optionen suchen und teilweise auch früh eine gezielte Förderung vornehmen, wenn es zum Portfolio passt. Wir brauchen die Partnerschaft in der Wissenschaft, denn es ist ein Mannschaftssport, der die akademische Seite und die Industrieseite erfordert und nur mit beiden Kompetenzen kommen wir voran.

Himmelrath

Bleiben wir einmal bei dieser Sportmetapher. Ist das Gründen ein Mannschaftssport und gehört neben einem Partner, mit dem jeder Schritt besprochen werden kann, nicht auch noch ein Trainerstab dazu, den man zunächst suchen und vielleicht auch erziehen muss?

Schellinger

Gründen ist auf jeden Fall ein Mannschaftssport. Angiolutions ist als ein Zwei-Personen-Unternehmen gestartet. Dann wurde bei Bekannten nachgefragt, und wir konnten eine Person aus der Industrie gewinnen, die das Thema Go-to-Market eingebracht hat. Wir hatten damals über den Chefarzt in der Kardiologie in Göttingen einen Kontakt zu Herstellern bekommen. So hat eigentlich jeder ein bisschen geholfen. Kumuliert ist das Ganze dann als Konzept, als wir einen EIC Accelerator Grant erhalten haben und ein Advisory Board aus europäischen und amerikanischen Experten zusammengestellt haben. In diesem Board hatten wir ein Mitglied, das selbst Gründerin war und uns auch bei den zahllosen Herausforderungen unterstützte und manchmal auch Trost bot.

Himmelrath

Das zeigt also, dass auch bei einer Erfolgsgeschichte nicht immer eine gerade Linie gegangen wird, sondern es vielfach hin und her geht.

Schellinger

Hätte ich alle Abzweigungen aufgezählt, würde ich wahrscheinlich noch immer in meinem Impulsvortrag stecken. Diese Erfahrung werden sicherlich alle Gründer gemacht haben – Dinge die gut anfangen, bringen zahllose neue Probleme und Aufgaben mit sich. Das ist das Normale und damit muss man leben können.

Himmelrath

Frau Koeth, ist das gerade Beschriebene mit Umwegen, Neuanfängen oder Enttäuschungen ein typischer Fall?

Koeth

Ja, das ist absolut zutreffend. So sieht das Leben einer jungen Start-up-Firma aus. Wir hatten Firmen, die mit einem ganz klaren Projektplan gestartet sind, viel Geld zur Verfügung hatten und nach kurzer Zeit feststellten, dass der ganze Projektplan Makulatur wurde und neu gestartet werden musste.

Himmelrath

Das ist eine wichtige Frage – wie lässt sich Unvorhersagbares in eine planbare Struktur bringen?

Koeth

Ohne Plan kommt man nirgends an, also sind Pläne notwendig, um sich auf den Weg zu machen. Dennoch benötigt man genügend Flexibilitäten, um Opportunities aufnehmen zu können und nicht auf dem Plan zu beharren, wenn er so nicht umsetzbar wird.

Himmelrath

Sind da medizinische Ausgründungen besonders anfällig für Unwägbarkeiten, gibt es medizinspezifische Probleme?

Weber

Große Unterschiede sehe ich in den Investitionsvolumina und in den regulatorischen Anforderungen, mit denen sich ein Großteil der Kolleginnen und Kollegen in den Fakultäten auch gar nicht beschäftigt haben. Eine tolle Idee führt zu einem Paper und das soll dann als Patent genutzt werden. Dann erst wird bemerkt, dass das Vorgehen nicht so einfach ist. Dort müssen wir ansetzen und frühzeitig die Gedanken in Richtung einer Ausgründung oder eines Transfers lenken. Dazu gehört auch die Überlegung, wie die Dinge entwickelt werden müssen, um den zugehörigen regulatorischen Prozess oder die erforderlichen klinischen Studien bereits von Beginn an mitzudenken. Das braucht Erfahrungen in den Tech Transfer Offices, und diese fehlen häufig. Wir brauchen Ansprechpartner, die über solche Erfahrungen verfügen und auch wissen, wie man Geldgeber finden kann.

Meergans

Ich kann beiden Punkten nur beipflichten. Wir haben bildlich gesprochen keine gut ausgebaute Autobahn, sondern nur einen Schleichweg. Es fehlen in Deutschland Förderinstrumente, die in den USA üblich sind. Dort gibt es institutionelle Anleger, die Wagniskapital bereitstellen, denn die klinische Forschung ist kostspielig, je weiter sie in Richtung der Anwendung am Patienten geht. Die regulatorische Expertise wird auch durch

die Clinician Scientists nur unzureichend abgedeckt. Vielleicht ist das Stichwort der Public-Private-Partnership hier ein möglicher Lösungsansatz. Dafür gibt es einige gute Beispiele, die auch die Ausgründung geschafft haben. Auch Angiolutions ist auf einem sehr guten Weg. Der Erfolg ist möglich, er bedarf aber einer großen Resilienz.

Koeth

In den USA bekommen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler schon frühzeitig mit, was es bedeutet, das eigene Wissen in einem Transfer, einer Patentierung oder der Gründung einer Firma zu vermarkten. Vielfach geht es dabei um Entrepreneurship. Wenn man in der akademischen Forschung ein- oder zweimal zu einem guten Ergebnis gekommen ist und sofort eine Firma gründen will, rate ich, erst einmal zu prüfen, ob das Ergebnis wirklich stabil bleibt.

Himmelrath

Das ist dann aber schon der erste Schritt in die Richtung, in die wir wollen – nämlich, dass die Leute überhaupt auf die Idee kommen, aus ihrer wissenschaftlichen Expertise heraus etwas gründen zu können.

Koeth

Das ist absolut richtig. Ich finde es super, dass es solche Tage wie hier gibt, an denen in den Vordergrund gerückt wird, dass es nicht nur Lehre und Forschung gibt, sondern auch die Translation an die Hochschulen gehört. Ich vermute, dass es viele Schätze in den Tausenden an Patenten an den Universitäten gibt, und es ist bedauerlich, wenn wir feststellen müssen, dass ein Patent für eine Vermarktung zu alt ist.

Himmelrath

Frau Schellinger, an welcher Stelle war für Sie der Knackpunkt, Ihr Wissen ganz anders als nur in einer Veröffentlichung zu nutzen?

Schellinger

Ein für mich wichtiger Punkt war, dass Stanford den ersten Schritt gemacht hat und vor einer Publikation die Patentierung gefordert hat. Das ist dort ein sehr stringenter Prozess, der vor einer Publikation stattfindet. Dann dachte ich immer noch nicht an eine Firmengründung, sondern ging nach Stockholm und später nach Göttingen. Damals existierte GO-Bio noch, das Unterstützerprogramm EXIST gab es in dieser Form für die Lebenswissenschaften noch nicht.

Ich habe mit meinem Mitgründer versucht, an eine akademische Struktur anzudocken, denn das kannten wir und so waren wir sozialisiert. Ich wollte meinen Facharzt machen, eine Stelle als Oberärztin antreten und sehen, was sonst noch in der Forschung möglich ist. In der Grundlagenforschung hatte ich immer das Gefühl, dass meine Ergebnisse nicht sofort in Patente überführt werden können.

Der zweite Punkt für mich war der, dass ich spürte, im bestehenden System an meine Grenzen zu stoßen, als mir an einer Fakultät bedeutet wurde, dass ich mich mit meinem angestrebten Forschungsthema nicht habilitieren und auf einen Lehrstuhl bewerben könnte. Das stand im totalen Widerspruch zu meinen Erfahrungen aus den USA.

Ich sehe es daher als ganz wichtig an, die in Deutschland vorhandenen Förderprogramme auch zu bespielen und das vorhandene geistige Kapital wirklich zu nutzen. Wir müssen an dieser Stelle immer wieder fragen, wo der Medical Need liegt und was unsere Patientinnen und Patienten tatsächlich an Innovationen benötigen. Es wäre sehr wichtig, dass diese Innovationen auch aus der medizinischen Community kommen.

Meergans

Es müssen sehr unterschiedliche Erfahrungen eingebracht werden. Sie haben die Sozialisierung genannt. Es müsste Karrierepfade geben, die sowohl akademisch sind als auch die Industrie miteinbeziehen. Hier sind andere Länder etwas weiter und arbeiten geschickter als wir in Deutschland, wo das Wechseln auf die andere Seite häufig kritisch gesehen wird und eher als Stigmatisierung gilt.

Schellinger

Das ist ein ganz wichtiger Punkt, der auch die Arbeit in der AG Transfer geprägt hat. Wir müssen gar nicht immer nach dem Beispiel USA schauen. Frankreich hat uns seit 10 Jahren im Bereich Start-ups und Risikokapital überholt. Dort wird die Durchlässigkeit des Systems stark betont. Wir sollten solche positiven Know-how-Punkte sehen und uns daran orientieren.

Weber

Ich kann das mit Erfahrungen aus Bonn ergänzen: Wir haben 2017 ein Programm für Studierende zu Fragen der Entrepreneurship aufgelegt. Es kam aber kein Studierender, und wir stellten das Programm wieder ein. Wir stellten aber damals auch fest, dass dieses Thema in den Köpfen der Professorinnen und Professoren keine Rolle spielte oder nur negativ besetzt war. Der Prozess des Umdenkens dauert eine Weile, und wir müssen daran arbeiten, dass sich die Einstellungen ändern.

Das Thema Entrepreneurship sollten wir über die verschiedenen Fakultäten hinweg implementieren, um interessierten Studierenden auch entsprechende Möglichkeiten zu bieten. Gerade in den Life Sciences ist das interdisziplinär gut möglich und lässt sich gut verknüpfen. Es gibt Angebote wie GO-Bio oder EXIST und die Fakultäten können dort vieles bewegen. Wir haben in Bonn vor einigen Jahren 2 Personen eingestellt, die mit den Gruppen auf dem Campus sprechen und nach geeigneten Inhalten oder Ergebnissen suchen, die für eine Vermarktung geeignet wären. Das ist noch nicht das Level, welches z.B. in Stanford herrscht, doch so kann viel bei der Antragstellung geholfen werden. Hier können die Fakultäten viel bewegen und weiterentwickeln.

Meergans

Ein weiteres gutes Beispiel ist das auf klinische Forschung ausgerichtete Clinician Scientist-Programm, in dem Rotationen in forschende Firmen möglich sind. Dadurch kommt es für beide Seiten zu einem Know-how-Austausch.

Weber

Das Land Nordrhein-Westfalen überlegt derzeit, eine Art von Beurlaubung zu ermöglichen, die die Anstellung an der Universität aufrechterhält, dem Ausgründenden aber deutlich mehr Freiräume gewährt und die Möglichkeit des Zurückfallens auf die Stelle beinhaltet, so dass bei einem Scheitern der Ausgründung kein Karriereabbruch droht. Solche Beispiele sollten weiterverbreitet werden.

Himmelrath

Sind die Länder bereit, voneinander zu lernen?

Koeth

Das ist extrem schwierig zu beantworten, denn es ist nicht nur Ländersache, sondern häufig sogar Sache der Universitäten, eigene Regeln und Prozesse zu definieren. Ich würde mir persönlich wünschen, dass wir nur eine Blaupause in Deutschland hätten und nicht mehrere Hundert. Bei jeder Ausgründung wird versucht, eine neue Blaupause zu entwickeln. Es wäre aber schön, wenn unabhängig vom Ort und Bundesland der Hochschule nach einem System vorgegangen werden könnte. Es gibt bereits sehr gute Systeme, wie z.B. in Dortmund, sie bleiben aber lokal begrenzt.

Weber

Das ist die Idee, die wir als MFT mit den heute verabschiedeten Empfehlungen verfolgen. Wir wollen sie den Fakultäten als Richtschnur an die Hand geben. Es soll nicht passieren, dass Gründervorstellungen scheitern, weil z.B. die IP an unterschiedlichen Standorten liegt und es unterschiedliche Rahmenvorstellungen für die Ausgründung gibt.

Wir müssen überlegen, und das ist eine strategische Entscheidung, wie gründerfreundlich wir den Prozess gestalten wollen. Im Worst-Case-Szenario wird gar nichts passieren, wenn das Verfahren zu kompliziert ist. Häufig herrscht in den Institutionen die Ansicht, dass man nichts verpassen möchte und dann zu hohe Erwartungen an die damit einzuwerbenden Mittel bestehen. Die Universitätsleitungen müssen diese strategische Entscheidung für sich treffen, eine gründerfreundliche Universität sein zu wollen.

Koeth

SPRIND ist sehr auf Transformation ausgerichtet. Unsere Empfehlung lautet, so gründerfreundlich wie möglich zu sein. Die Schwelle für Ausgründungen sollte so tief wie möglich liegen, um möglichst viele Ausgründungen zu ermöglichen. Nur so schaffen wir Translationen und lassen die Patente nicht den Schubladen liegen.

Weber

Das sehen wir genauso. Nach meiner Einschätzung wird das aber von den Universitätsleitungen anders bewertet. Wir müssen Transformationen erreichen, und die Diskussion muss geführt werden.

Schellinger

Es wird oft verkannt, dass es mit nur einem Patent nicht getan ist. In den Lebenswissenschaften schließt sich oft ein jahrzehntelanger Weg an und Herr Weber hat das völlig richtig beschrieben, denn 100 % von Null sind Null. Lizenzvereinbarungen sind das Eine, ohne ein funktionierendes Start-up wird man aber keinen ökonomischen Nutzen generieren können.

Der von Frau Koeth eingebrachte Gedanke, dass die Universität oder Fakultät erst nach einiger Zeit profitieren kann, dass die erfolgreichen Personen der Fakultät treu bleiben und so über längere Zeit eine Community entsteht, erscheint mir sehr wichtig. Wenn wir aber die Gründergedanken schon im Keim ersticken, werden wir nicht vorankommen.

Himmelrath

Damit sind wir an einem interessanten Punkt angekommen. Wir müssen uns fragen, wo und wann wir ansetzen wollen, um etwas zu verändern. Eigentlich, so ging vorhin die Diskussion, müssten wir bei den Studierenden beginnen. Hat sich in der Zeit seit 2017 in Bonn in der Einstellung der Studierenden etwas verändert?

Weber

Es hat sich definitiv etwas verändert, und es werden auch neue Entrepreneurship-Programme angeboten, die auch wahrgenommen werden. Das ist nicht der einzige Punkt. Auch die agierenden Personen haben sich verändert. Es sind Personen hinzugekommen, die Interesse an Ausgründungen haben oder Patente anzumelden. Das wird immer mehr zu einem Standortfaktor, wo wir uns im Konkurrenz zu anderen Standorten sehen, an denen das sehr gut funktioniert.

Das Funktionieren des Entrepreneurship ist inzwischen zu einer bedeutsamen Frage bei unseren Berufungsverhandlungen geworden. Die Vorbildfunktion von Berufenen mit entsprechenden Erfahrungen hilft dann wieder den übrigen Angehörigen der Fakultät. Erfahrene Post Docs gehen eher in die Ausgründung als die Professoren, die lieber an der Universität bleiben wollen. Das Wollen und die Bereitschaft, damit auch Risiken einzugehen, hat sich definitiv geändert. Wir müssen nun die Rahmenbedingungen anpassen.

Himmelrath

Gibt es Veränderungen bei den Rahmenbedingungen, die z.B. durch die DFG angeboten werden?

Weber

Gründungen sind ganz sicher ein Baustein bei der Exzellenzstrategie. Es wird aber relativ wenig in den Anträgen dazu formuliert. Die Bonner Fakultät ist hier sicher verbesserungsfähig, und wir haben in den letzten Jahren daran gearbeitet. Wir müssen auch über standortübergreifende Kompetenzteilung nachdenken.

Meergans

Könnte man ein Prodekanat für Ausgründungen an den Fakultäten etablieren, um damit noch mehr Schwung in diesen Prozess zu bringen?

Schellinger

Das gibt es bereits an den Universitäten Göttingen und Bonn.

Himmelrath

Wenn Sie sich aus dem Plenum an der Diskussion beteiligen wollen, sind Sie herzlich eingeladen.

Wissing

Was ist für die Verwertung eines Patentes die bessere Variante, die Ausgründung oder die Auslizenzierung?

Koeth

Es wäre schön, wenn die Patente verkauft und so in die Ausgründung übergehen und nicht Lizenzverträge abgeschlossen würden. Die Universitäten ticken da etwas anders. Aus unserer Wahrnehmung ist aber eine Ausgründung, die ein Patent besitzt, finanziell mehr wert, als eine, die nur eine Lizenz erworben hat.

Schellinger

Ich habe die Frage anders verstanden, nämlich welches der beiden Modelle als besser wahrgenommen wird. Man darf aber nicht unterschätzen, dass am Anfang Vieles nicht lizenzierbar ist. Die großen Konzerne möchten gern erst klinische Daten sehen, bevor sie sich beteiligen wollen. Ich würde daher nicht von „besser“ oder „schlechter“ sprechen, sondern beides als unterschiedliche Optionen entlang der Wertschöpfungskette charakterisieren.

Meergans

Dem schließe ich mich an. Wir möchten erreichen, dass die Wertschöpfungskette lückenlos funktioniert und Gewinne und Nutzen hier in den Universitäten bleiben.

Uhlig

Zum Thema Auslizenzieren merke ich an, dass z.B. das Weizman Institute in Israel ausschließlich auslizenziert. Für uns sollten wir noch die Compliance-Fragen ansprechen, die besonders für die IT gelten. Wenn ein Computerprogramm entwickelt wird, welches

in einer Klinik gut arbeitet und durch eine eigene Firma vermarktet wird, können an anderen Kliniken durchaus Compliance-Probleme entstehen, wenn Daten nicht passfähig oder Formate nicht umwandelbar sind.

Schellinger

Zum Weizman Institute kann ich anmerken, dass dort der große Mittelzustrom durch die Auslizenzierung von ein oder zwei Patenten generiert wurde. Es gibt andere Beispiele, wo durch eine Beteiligung an einem großen Shot entsprechender Nutzen erzielt wurde.

Das Compliance-Problem treibt viele Personen um, man muss sich kundig machen und kümmern. Das deutsche Recht deckt schon sehr viele Compliance-Fragen ab, zusätzlich deckt das deutsche Arbeitgeberrecht viele dieser Fragen ab. Dennoch sollte dieser Bereich auch durch uns umfassend diskutiert werden.

Pichler

Es wird teilweise empfohlen, Patente möglichst früh zu verkaufen. Schweizer Universitäten warnen dagegen vor einem zu frühen Verkauf, weil gerade im Biotech-Bereich die großen Pharmafirmen im Klageweg den Start-ups überlegen sind, denn diese haben nicht die Mittel, um sich verteidigen zu können. Dort votiert man für ein Behalten der Patente und eine Übergabe an das Start-up erst dann, wenn es erfolgreich ist.

Ein niederschwelliges Anlegen von Start-ups kann zu steuerlichen Problemen führen, die dieser gewünschten Niederschwelligkeit entgegenstehen. Ist das wirklich ein Problem, oder wird es nur künstlich in der Diskussion überhöht?

Koeth

Bei den Patenten liegt die Problematik bei den meisten Verträgen, die ich kenne, darin, dass die volle Last der Verteidigung beim Start-up liegt. Damit entstehen Kosten, die kleine Start-ups überfordern. Die Pharmaindustrie hat immer mehr Geld. Es ist möglich, ein Patent zurückzugeben. Genauso kann die Universität eine Forschungslizenz einbehalten.

Das Beihilferecht, und hier verweise ich auf Artikel 22 Allgemeine Gruppenfreistellungsverordnung (AGVO) der EU, ist behilflich, einem Start-up eine bessere Position als einer Pharmafirma einzuräumen. Wir müssen überlegen, wie viel ein Patent überhaupt wert ist, bevor es überhaupt in die Translation geht. Wir haben bei SPRIND 3.0 entsprechende Passagen hinterlegt, wie man sich bezüglich der Rechtssicherheit orientieren kann.

Schellinger

Es gibt das IT-share-Programm. Es muss keine Entscheidung „entweder/oder“ getroffen werden, man kann kaufen oder lizenzieren. Man sollte sich aber vorbehalten, wann man

eine solche Entscheidung treffen und welchen Weg man dafür gehen will. Es gibt gute Rechtsanwaltskanzleien, mit denen die Fragen des Beihilferechts geklärt werden können. Unterschiedliche Wege sind möglich und führen zum Ziel, wenn nicht von Beginn an die Dinge zu hoch angebunden werden.

Troost

Mit der Lizenzierung werden Dinge weitergegeben. In den USA gibt es Universitäten, die ihre Lizenzen freigeben und im Nachgang dafür sehr viele und hohe Spenden erhalten. Wäre das in Deutschland überhaupt möglich? Wenn ja, kennen Sie dafür Beispiele?

Koeth

Mir ist nicht bekannt, dass Patente freigegeben werden. Das ist ein Problem mit dem deutschen Beihilferecht, denn man darf nichts verschenken, es muss immer ein gewisser Wert dahinterstehen. Die US-amerikanischen Kolleginnen und Kollegen profitieren am meisten von den Spenden und weniger von den Lizenzgebühren. Anders ist es mit den Lizenzeinnahmen von Harvard oder dem MIT, die damit wirklich kostendeckend arbeiten können.

Schellinger

Mit „Freigabe“ hatte ich verstanden, dass man das Patent in die Free Domain gibt, dann entsteht kein Problem einer Bevorzugung.

Koeth

Das ist grundsätzlich möglich, wahrscheinlich aber nicht im Interesse der Universitäten, die ihre Mittel und Ressourcen dort eingesetzt haben. Free Domain-Stellung wird daher eher bei älteren Patenten anzutreffen sein.

Schellinger

Also sollte man besser so niederschwellig wie möglich beginnen und die Ansprüche als Fakultät nicht zu hoch ansetzen. Die Fakultäten werden nicht jedes Patent in einem hochspezialisierten Bereich verwerten können. Die Idee eines standortübergreifenden Verwertens ist sicherlich eine sehr gute.

Weber

Ich habe in den letzten Jahren die Erfahrung gemacht, dass der Bewertungsprozess durch die Agenturen zu sehr unterschiedlichen Wertzahlen eines Patentes führt. Ist die Bewertung eines Patentes überhaupt realistisch möglich? Wenn ein potentieller Marktwert benannt ist, stehe ich als Fakultät oder Universität mit dieser Summe in den Verhandlungen, weiß aber nicht, ob sich das Patent überhaupt in einen entsprechenden praktischen Nutzen überführen lässt. Ein zu hoher Wertansatz lässt das Patent dann auch nicht günstig abgeben.

Schellinger

In Biodesign gibt es eine Handreichung, in der den Gründern ans Herz gelegt wird, nur eine externe Person zur Begutachtung und Wertermittlung zu beauftragen. Je mehr Agenturen beteiligt sind, desto unterschiedlicher werden die Angaben. Besser ist es, nur eine Agentur als eine Art „Schiedsgericht“ einzusetzen.

Weber

Wir müssen ein Neben- und Gegeneinander unbedingt vermeiden. Wenn die Gründer das Gefühl haben, einen Rechtsbeistand zu benötigen, um mit der Universität zu verhandeln, sind wir auf einem falschen Weg. Wir müssen als Fakultäten stark daran arbeiten, dass kein Gegeneinander in den Ausgründungen stattfindet.

Koeth

Niemand weiß am Anfang wie viel das IP dann wirklich wert ist. Das zeigt sich erst im Laufe der Zeit. Wir haben eine Scorecard mit einfachen Fragestellungen entworfen und lehnen jede Kalkulationsrechnung ab, denn diese Wertabschätzungen erscheinen uns an den Haaren herbeigezogen. Man sollte neutraler hineingehen und annehmen, dass die IP zunächst einmal nichts wert ist, denn es muss noch sehr viel hineingesteckt werden, damit daraus ein Marktwert wird. Wir sollten auch nicht vergessen, dass 9 von 10 Start-ups scheitern.

Himmelrath

Kommt da nun Frust auf, Herr Weber?

Weber

Nein, denn das ist die Realität. Ich bin als Dekan im Kooperationsmodell eher der Vermittler gewesen, habe aber erlebt, dass Abschätzungen von Werten eines Patentes „Random Numbers“ waren. Ich habe die Evidenz hinter solchen Zahlen nicht verstanden – wahrscheinlich ist es auch nur sehr schwer möglich, Werte im Vorfeld richtig einzuschätzen. Sobald aber Zahlen auf dem Tisch liegen, ist der administrative Prozess losgetreten und wir sind als Fakultät in einer schwierigen Rechtfertigungssituation. Daher sollten die Prozesse möglichst frühzeitig etabliert und ein Rahmen festgelegt werden und dann kann man versuchen, die Kosten möglichst niedrig zu halten.

Schellinger

Ich sehe es als schwierig, den Prozess zu flexibilisieren. Nehmen wir an, ein Mitarbeitender einer Universität sucht sich zur Auslizenzierung einen Rechtsbeistand. Sie können in dieser Position gar nicht abschätzen, was in dem Vertrag für ihren späteren Berufsweg auf sie zukommen wird. Dann kommt man eher zu den Punkten, an denen ein Gründer unrealistische Vorstellungen hat, weil das Know-how dafür nicht vorhanden ist. Ich hätte größte Bedenken, einen Vertrag mit einem Investor abzuschließen, ohne dass ein Jurist sich diesen Vertrag vorher angeschaut hätte.

Himmelrath

Sie haben nun alle Referenzen beim Ausland gemacht. Es wurden unterschiedliche Länder mit ihren Vorgehensweisen angeführt, die USA und das Weizman Institute in Israel waren genannt, es wurde darauf hingewiesen, dass Frankreich uns inzwischen überholt hat. Ich würde nun gern eine Runde machen und Sie bitten, ein Land zu benennen, von dem wir uns etwas abschauen könnten oder sollten. Welches Land und welcher Punkt wären das, gibt es Instrumente, über die wir in dieser Runde oder insgesamt in Deutschland nicht genug nachgedacht haben?

Schellinger

Es gibt ein paar Länder, die bereits genannt wurden. Ich würde nach Frankreich schauen, weil die Verhältnisse dort so ähnlich wie in Deutschland sind, sie es aber geschafft haben, durch die Verschlankung von Strukturen, dem Schaffen von bestimmten Beratungsangeboten, uns zu überholen. Bei klinischen Studien, die für den Transfer eines Patenten nötig werden, gibt es dort Beratungsangebote, die als Round Tables relativ niederschwellig angelegt sind. Man kann sich dort auch als unerfahrene Person trauen, Fragen zu stellen und um Rat zu bitten.

Meergans

In den USA ist das Scheitern und wieder Aufstehen ein üblicher Vorgang. Wenn es um die klinischen Phasen geht, müssen wir aktuell nach Spanien sehen. Spanien hat sich eine nationale Strategie gegeben, an der Behörden, Studienzentren und Sponsoren mitarbeiten. Es wurden dort auch verbindliche Verträge erarbeitet. Das alles sind Dinge, die wir jetzt in Deutschland nachholen. Mit dieser nationalen Strategie hat es Spanien geschafft, die regionalen Unterschiede zu vereinen und zu einem Pfad zusammenzuführen. Die Patientenaufklärung ist auch deutlich nutzerfreundlicher gestaltet und umfasst zum Beispiel nur 7 bis 8 Seiten Text. Das gesamte Procedere ist viel effizienter. Die Studien konnten dort in den letzten Jahren sehr gut Patientinnen und Patienten aufnehmen.

Weber

Der MFT und der VUD haben sich diesem Thema bei einem Besuch in Spanien gewidmet. Ein wichtiger Punkt ist das Vorhandensein niederschwelliger Ansprechpartner. Das kann nur schwierig vom Bereich Technologietransfer der Gesamtuniversität geleistet werden, wenn es nicht spezielle Personen gibt, die sich mit den regulatorischen Dingen in der Medizin auskennen. Es sollte Ansprechpartner für Medical Bioscience geben und dort speziell für medizinische Ausgründungen und Patentierung, die idealerweise sehr nahe an der Fakultät sind. Diese Ansprechpartner sollten die Hauptaufgabe haben, wie Scouts zu agieren, die die Entwicklungen in der Fakultät kennen und bei Bedarf direkt um Rat gefragt werden können, aber auch die Fördertöpfe und Fördermöglichkeiten kennen. Diese Kräfte könnten dann schauen, ob es gelingen kann, geeignete Investoren zu gewinnen, um in der Frühphase genügend Mittel zu akquirieren, damit die Ausgründung nicht an fehlenden Mitteln scheitert.

Das ist inzwischen erkannt worden. An einer Reihe von Fakultäten in Deutschland hat man solche Ansprechpersonen bereits etabliert.

Koeth

Ich sehe weniger ein spezifisches Land, sondern spreche mich vielmehr dafür aus, das Beste aus jedem Land hierher zu bringen. Mir gefällt das Ökosystem aus den USA, mit der die Academia mit der Start-up-Welt verzahnt ist. Wenn eine Universität ein solches Ökosystem einem Start-up zusätzlich zur IP zur Verfügung stellt, sollte sie bei einem Erfolg auch mehr kassieren dürfen. Wir geben aber kein Geld, bevor nicht die Company selbst Geld für das Start-up gibt.

Es enttäuscht, wenn Start-ups aus der Universität geworfen werden, weil keine Räume vorhanden sind. Wie sind Registrierungen zu machen, was brauche ich, um eine Medical Device-Zulassung zu erhalten? Solche Fragestellungen bestehen zuhauf, und in Belgien hat man gute Lösungen dafür gefunden.

Uhlig

Ich verweise auf die Herstellerverantwortung. Wird ausgegründet, bevor man First-in-Man war oder danach. Die Chance einer erfolgreichen Ausgründung ist besser, wenn man positive Ergebnisse am Patienten vorlegen kann. Das ist bei Arzneiprodukten schwierig, bei Diagnostika oder bei Software dagegen leichter. Auch dort müssen die Hersteller ihre Verantwortung wahrnehmen. Wir sind dafür als Hochschule noch nicht gut aufgestellt und könnten das noch besser machen.

Koeth

Ich betreue Ausgründungen, die GMP nach während der akademischen Karriere betrieben haben. Wir haben das First-in-Human noch geschafft, die Gelder waren aber so knapp bemessen, dass die produzierte GMP mehr als suboptimal war. Daher würde ich diesen Weg nicht präferieren oder als wünschenswert herausstellen. Man muss den Absprung rechtzeitig schaffen, um noch gute Konditionen zu erhalten. Bei Software sieht das anders aus.

Weber

Ich empfehle, auch mit den Versicherern zu sprechen. Bei Software in der Universitätsmedizin könnte man z.B. einen Einsatz in der eigenen Einrichtung erwägen, bevor man sie mit einem Start-up nach draußen gibt. Dabei könnte eine Art „Zwischen-GmbH“ die Herstellerverantwortung übernehmen.

Das Thema Infrastruktur ist in der Diskussion etwas untergegangen. Wir können als Fakultäten keine Infrastruktur für Start-ups zur Verfügung stellen. Es gibt, und das gilt sicherlich für alle Standorte, extreme Flächenprobleme und brauchen auf der anderen Seite Flächen für frühe Start-ups. Diesen Punkt müssen wir mit den Ländern diskutieren, um diese Start-ups möglichst nahe am Campus zu lokalisieren. Wir haben in Bonn

die schlimme Erfahrung gemacht, dass Start-ups weggegangen sind, weil sie keine Fläche zur Verfügung hatten. Wenn diese Start-ups dann gar ins Ausland gehen, findet die Wertschöpfung woanders statt. Das sollte nicht gesehen.

Himmelrath

Wir haben in unserer Runde viele Hürden beschrieben und gezeigt, was wünschenswert wäre. Wir haben funktionierende Beispiele kennengelernt.

Wenn ich unsere Podiumsteilnehmer nun frage, wo sie auf einer Skala von 0 bis 10 bewerten würden, wie hoffnungsfroh sie sind, dass wir in Deutschland in der Frage Translation/Ausgründung in fünf Jahren deutlich vorangekommen sein werden, wo liegt dann Ihr Rating?

Koeth

Ich bin relativ optimistisch und sage 8, denn wir haben schon so viele verschiedene Blaupausen, dass wir sie zusammenführen sollten.

Weber

Ich bin als Rheinländer optimistisch und sage 7 bis 8. Die Probleme sind klar und wollen angepackt werden.

Meergans

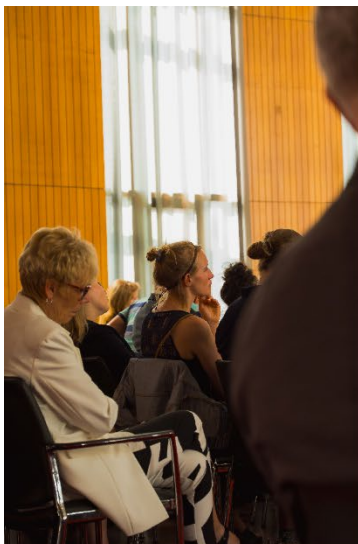
Wir werden vorankommen, allerdings ist die Skala nicht validiert. Der politische Wille der Regierung ist da, und wir haben genügend Rückenwind.

Schellinger

Ich schließe mich dem Rating 7 bis 8 an.

Himmelrath

Dann danke ich Ihnen sehr, Frau Koeth, Frau Schellinger, Herr Meergans und Herr Weber und schließe diese Paneldiskussion.



Tagungsimpressionen VI



Festveranstaltung



Begrüßung des Dekans der Medizinischen Fakultät Freiburg

Prof. Dr. Lutz Hein

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist mir eine große Freude, Sie im Namen der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg hier im Historischen Kaufhaus zum Festabend des oMFT 2025 begrüßen zu dürfen.

Ich heiße ganz besonders willkommen:

Herrn Frosch und Frau Kadmon für das Präsidium des MFT,

Herrn Scholz für das Präsidium des VUD,

Herrn Rosenthal, Präsident der Hochschulrektorenkonferenz,

Herrn Dose vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg,

sowie Frau Broer und Herrn Wenz aus dem Vorstand des Universitätsklinikums Freiburg.

Wir befinden uns heute an einem außergewöhnlichen Ort: im Kaisersaal des Historischen Kaufhauses. Wenn Sie sich umsehen, stellen Sie fest: Hier ist tatsächlich vieles Gold, was glänzt. Die Fassaden, die Ornamente, das kunstvoll restaurierte Interieur – es scheint fast so, als könne man sich hier an goldenem Überfluss kaum sattsehen. Vor 500 Jahren war dieses Gebäude tatsächlich ein Kaufhaus, in dem die Händler ihre Zölle entrichteten. Damals funktionierte das noch ganz gut, mit Zöllen Reichtum zu begründen – heute wäre ein solches Experiment wohl zum Scheitern verurteilt.

Ganz nebenbei bemerkt: „Amerika“ wurde zumindest als Name tatsächlich hier in Freiburg erfunden. Der junge Kartograph Martin Waldseemüller zeichnete 1507 eine Weltkarte und nannte den neuen Kontinent „America“, nur wenige Meter von diesem Saal entfernt. Vielleicht sollten wir uns überlegen, die Namensrechte zurückzufordern – oder, in Anlehnung an Kolumbus, großzügig „Westindien“ anzubieten.

Der Münsterplatz hier gegenüber ist ebenfalls eng mit unserer Universität verbunden. Die feierliche Eröffnung fand 1460 im Freiburger Münster statt, drei Jahre nach Gründung der Universität. Gründungsrektor war übrigens ein Mediziner: Matthäus Hummel. Das waren noch Zeiten – wenn man in alten Statuten liest, dass sämtliche Mitglieder

der Universität von Zöllen, Steuern und anderen Abgaben befreit waren. Als kleines Andenken an diesen historischen Ort finden Sie auf Ihrem Tisch eine Ausstechform des Münsters, versehen mit einigen historischen Daten.

Sie alle haben den Weg in den südwestlichsten Zipfel Deutschlands auf sich genommen – und sind damit in der Mitte Europas angekommen. Freiburg ist ein Ort, der wie kaum ein anderer für Verbindung steht: zwischen Ländern, Disziplinen und Menschen. Die Nähe zu Frankreich und zur Schweiz prägt unseren Standort und öffnet unseren Blick – für Internationalität und Grenzüberschreitungen, im geografischen wie im gedanklichen Sinne. Vielleicht ist es kein Zufall, dass gerade hier vieles entstanden ist, das weit über Freiburg hinaus wirkt: in Forschung, Lehre und in der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten. Freiburg ist ein integraler Teil des European Campus EUCOR – gemeinsam mit unseren Partneruniversitäten und -ländern.

Unsere Fakultät ist ein lebendiger Ort. Forschung, Lehre und Versorgung sind hier eng verzahnt – nicht nur auf dem Papier, sondern in der täglichen Zusammenarbeit. Das zeigt sich etwa in unseren Sonderforschungsbereichen, die molekulare Grundlagenforschung mit translationalen Ansätzen verbinden – etwa in der Immunologie, den Neurowissenschaften oder der Onkologie. Sie machen deutlich: Die wirklich großen Fragen in der Medizin lassen sich nicht innerhalb disziplinärer Grenzen beantworten. Vielmehr profitieren sie von einer engen Zusammenarbeit, die über diese Grenzen hinausgeht.

Die enge Partnerschaft zwischen Universitätsklinikum und Fakultät möchte ich in diesem Zusammenhang besonders hervorheben. Ich freue mich, dass Frau Broer und Herr Wenz heute hier sind – auf eine weiterhin so vertrauensvolle Zusammenarbeit zum Wohl unseres gemeinsamen Standorts Universitätsmedizin.

Ein besonderes Augenmerk richten wir stets auf unsere Menschen: auf die Studierenden, die strukturierten Programme zur Promotion, die Clinician Scientists, Medical Scientists und natürlich die Berufungen. Denn sie alle tragen dazu bei, dass sich die Medizin kontinuierlich weiterentwickeln kann.

Wolfgang Gerok, der von 1968 bis 1994 Ordinarius für Innere Medizin hier in Freiburg war, hat das bereits vor rund 40 Jahren sehr treffend formuliert – und seine Gedanken sind aktueller denn je:

„Erstens: Das Blühen von Forschung und Klinik hängt in erster Linie von der Auswahl besonders befähigter Personen ab.“

„Zweitens: Gute Personalentscheidungen ziehen weitere gute nach sich – wie auch das Gegenteil gilt.“

„Drittens: Wissenschaftliches und klinisches Können bedürfen der Ergänzung durch menschliche Fairness und das Bekenntnis zu den als richtig erkannten Prinzipien.“

„Viertens: Die Geschichte zeigt die verheerenden Auswirkungen, wenn Ideologien in der Wissenschaft Einfluss gewinnen oder gar ihren Lauf bestimmen.“

Ich darf hinzufügen: Freie Wissenschaft ist eine zentrale Säule unserer Demokratie. Gerade die Universitätsmedizin hat in ihrer Bedeutung für die Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen einen Stellenwert, der kaum hoch genug eingeschätzt werden kann. Wir wollen und sollen diese Verantwortung gemeinsam tragen – im Dialog mit der Politik, mit den Verbänden und nicht zuletzt mit der Gesellschaft. Der heutige Tag hat dazu bereits viele Impulse gegeben.

Bevor ich gleich das Wort weitergebe, möchte ich mich noch herzlich bedanken: bei meinem Team im Dekanat, das diesen Abend so perfekt vorbereitet hat. Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Corinne Dölling, Frau Dr. Elisabet Haas und Frau Gabriele Holt-haus. Ebenso danke ich der beschwingten Musik: Das Trio „Singularity“ hat uns bereits im Hof begrüßt und wird den Abend nach dem Dinner musikalisch weiter begleiten.

Nun freue ich mich sehr, das Wort weiterzugeben an jemanden, der die strategischen Herausforderungen für unsere Hochschulen mit großem Überblick und persönlichem Engagement begleitet: Lieber Herr Rosenthal, wir freuen uns auf Ihren Impuls.

Vielen Dank!



Grußwort des Präsidenten der Hochschulrektorenkonferenz

Prof. Dr. Walter Rosenthal

Lieber Lutz Hein,
lieber Herr Frosch,
sehr geehrte Frau Kadmon,
sehr geehrter Herr Scholz,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Einladung. Es ist mir eine besondere Freude, mich im Rahmen dieses Festabends des Medizinischen Fakultätentags hier in Freiburg mit einem kurzen Grußwort an Sie wenden zu dürfen, als Präsident der Hochschulrektorenkonferenz mit der Ressortzuständigkeit Hochschulmedizin und Gesundheitsberufe, aber auch als Arzt und Pharmakologe, der sich in verschiedenen Rollen mit der Universitätsmedizin auseinandergesetzt und sie hier und da mitgestalten konnte: als Hochschullehrer, als Leiter biomedizinischer, außeruniversitärer Einrichtungen – des Leibniz-Forschungsinstituts für Molekulare Pharmakologie (FMP) und des Max Delbrück Center (MDC) in Berlin –, als Mitgründer und Vorstandsmitglied des Berlin Institute of Health (BIH), als Vorstandsmitglied des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK) sowie zuletzt als Präsident der Universität Jena und Stellvertretender Vorsitzender des Verwaltungsrates des Universitätsklinikums Jena.

Der Medizinische Fakultätentag ist daher für mich ein fachlicher Ankerpunkt und ein wichtiger Resonanz- und Austauschraum, wenn es um die strategische Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Deutschland und darüber hinaus geht. Mein besonderer Dank richtet sich an die Herren Frosch und Wissing für gewinnbringende Gespräche.

Austausch und Positionierung braucht es besonders in der gegenwärtigen Situation, denn die Dynamik im System der Universitätsmedizin ist hoch – organisatorisch, wirtschaftlich und wissenschaftlich. Die medizinische Forschung, auf die ich mich im Wesentlichen beschränke, steht national und international vor Herausforderungen. Aktuell stehen die Entwicklungen in den USA im Vordergrund, von denen nicht nur die Universitätsmedizin, sondern das globale Wissenschaftssystem betroffen ist. Was die Trump-Administration derzeit anrichtet, ist in seinen Auswirkungen noch gar nicht

ganz zu erfassen. Ich erwähne die verstörend offenen und eskalierenden Angriffe auf die Wissenschaftsfreiheit und die institutionelle Autonomie. Die Angriffe auf die Wissenschaft seitens der Politik entwerten die Funktion von Evidenz und Erkenntnis radikal. Medizinischer Fortschritt in Forschung und Versorgung durch internationale Kooperation wird gezielt unterbunden. Das wird Menschenleben kosten, zumal auch die USAID-Mittel wegfallen. Ein Impfskeptiker hat das Ressort Gesundheit übernommen. Die kürzlich erfolgte Entlassung des Advisory Committee on Immunization (ACON) dürfte langfristig weitere erhebliche Schäden verursachen. Der bereits zu beobachtende und der drohende Verlust an Datenbanken, Daten und Wissen ist enorm, mit Auswirkungen für uns alle. Ich finde, es ist jetzt unsere Aufgabe in Deutschland und Europa, diesen Herausforderungen durch mehr Kooperation und Vernetzung zu begegnen.

Dabei gibt es auch Anlass zu vorsichtigem Optimismus. Die Universitätsmedizin hat erstmals auf Bundesebene ein eigenes Kapitel im Koalitionsvertrag erhalten. Die Stärkung der medizinischen Forschung und die Intensivierung der Kooperation, Koordination und Vernetzung beispielsweise durch die Fortführung des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) sind Kernanliegen der neuen Bundesregierung. In einem Gespräch mit Karl Lauterbach kurz vor dem Ende seiner Amtszeit als Bundesgesundheitsminister habe ich die beispielgebende Vernetzungsarbeit der Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZG) angesprochen. Wir waren uns einig, dass die medizinische Forschung in Deutschland noch mehr Kooperation und Vernetzung aller relevanten Akteure braucht – wissenschaftsgetrieben und über regionale Clusterlogiken hinweg.

Die gesamte Gesundheitsforschung ist heute beweglicher und handelt koordinierter als in den Jahren vor der Pandemie. Dies zeigen die jetzt auf den Weg gebrachten, schnellen Lösungsansätze für einige der Herausforderungen wie die Bedrohung der an den National Institutes of Health (NIH) gehosteten Datenbanksysteme. Wir müssen gemeinsam und gut abgestimmt einen Umgang finden für die in ihrem Fortbestand bedrohten Datenbanken PubMed und Clinical Trials, um die erreichte, unbedingt notwendige Vernetzung in der medizinischen Forschung zu erhalten und auszubauen.

Anlass zu Optimismus gibt auch das klare politische Bekenntnis zur herausgehobenen Rolle der Universitätsklinika im Rahmen der Krankenhausreform. Das zeigt sich u. a. in der realkostenbasierten Vorhaltevergütung und in der im Koalitionsvertrag vereinbarten Beteiligung der Uniklinika am Transformationsfonds. Diese ist nur zu berechtigt, denn die Transformation wird maßgeblich von der Universitätsmedizin im Zusammenwirken mit den regionalen Versorgungseinrichtungen getragen und vorangetrieben.

Daneben werden im Koalitionsvertrag weitere Weichenstellungen angekündigt, die die Universitätsmedizin stärken:

1. Die klinische Forschung soll umfassender gefördert werden, hoffentlich auch die Clinician Scientist-Programme. Darin sehe ich einen wichtigen Schritt.

2. Die Universitätsmedizin wird ausdrücklich in ein Schnellbauprogramm zur Sanierung und Modernisierung der Hochschulinfrastrukturen einbezogen. Das ist wichtig, um den Gebäude- und Infrastrukturbestand der Hochschulen in einer Gesamtperspektive aller Disziplinen zu modernisieren. Ein Ziel, das die Hochschulrektorenkonferenz in den vergangenen Jahren und Monaten intensiv und nun mit ersten Erfolgen in die Politik getragen hat.
3. Die zentrale Rolle der Universitätsmedizin in der Gesundheitsforschung wird explizit hervorgehoben.

Diese drei Punkte machen deutlich: Die gesellschaftliche Relevanz der Universitätsmedizin wird nicht nur erkannt, sondern sie soll in der nun begonnenen Legislaturperiode weiter gestärkt werden. Die entsprechenden politischen Weichenstellungen werden im Rahmen dieses Medizinischen Fakultätentags hier in Freiburg intensiv diskutiert werden, ebenso die Beiträge, die Hochschulen, medizinische Fakultäten und Universitätsklinika dazu in eigener strategischer Weiterentwicklung liefern können. Die Hochschulrektorenkonferenz wird diesen Prozess mit dem Ziel einer wissenschaftsgetriebenen Vernetzung, mit der medizinische Forschung gestärkt, Lehre modernisiert und Versorgung gezielter und effektiv organisiert wird, begleiten. Dazu gehört auch, bestehendes Kooperationspotenzial zwischen den Universitätsklinika, Universitäten, Hochschulen für angewandte Wissenschaften und außerhochschulischen Forschungsorganisationen noch besser zu entfalten, beispielsweise bei der vom Wissenschaftsrat angeregten Zentrenbildung im Bereich der Pflege- und Therapiewissenschaften.

Ich freue mich auf den Austausch mit Ihnen heute Abend und in den verschiedenen Runden morgen.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

**Ars legendi-Fakultätenpreis
für exzellente Lehre
in der Medizin**



Preisverleihung mit Gespräch

Prof. Dr. Martina Kadmon
Vizepräsidentin des Medizinischen Fakultätentages
und Vorsitzende der Ars Legendi-Jury, Berlin/Augsburg
Prof. Dr. Ralf Schmidmaier, München
Preisträger 2025

Meine Damen und Herren,
sehr geehrte Gäste,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
lieber Preisträger, liebe Familie des Preisträgers,

wir kommen nun zu einem sehr schönen Teil unseres Festabends, der Verleihung des Ars legendi-Fakultätenpreises Medizin. Es ist mir eine Ehre und ein besonderes Anliegen, diesen Preis an unserem Festabend zu übergeben. Ich darf Ihnen, lieber Herr Kollege Hein, danken, dass Sie so ein schönes Ambiente für unseren Festabend ausgewählt haben.

Der Ars legendi-Preis ist auch immer eine Gelegenheit, eine herausragende Persönlichkeit in Bezug auf die medizinische Hochschullehre zu würdigen, und er ist – das muss man immer wieder betonen – die höchste Auszeichnung für herausragende Hochschullehre, die wir in Deutschland haben. Somit ist die Preisverleihung eine ganz besondere Gelegenheit. Der Ars legendi-Preis ist nicht nur Auszeichnung für exzellente Lehre selbst, sondern auch Symbol für Engagement und Begeisterung für die Lehre, weit über die eigenen Fachgrenzen und auch weit über den eigenen Standort hinaus. Wir würdigen mit diesem Preis nur Personen mit einer ganz besonderen Begeisterung für die studentische Ausbildung.

Der Medizinische Fakultätentag vergibt den Ars legendi-Preis gemeinsam mit dem Stifterverband. Wir dürfen uns in diesem Jahr ganz herzlich bedanken beim Stifterverband, und bei unseren Großsponsoren, der Pfizer Pharma GmbH und der B. Braun-Stiftung. Von der B. Braun-Stiftung ist Frau Dintelmann als Vorstandsmitglied heute anwesend und wir wären sehr dankbar, wenn Sie unseren Dank mitnehmen würden.

Wir haben in diesem Jahr einen Preisträger ausgewählt, der in einer ganz besonderen Weise Versorgung, Forschung und Lehre in einer Person vereinigt. Das ist immer

schwieriger geworden und es ist daher eine besondere Leistung. Ich kenne unseren Preisträger schon lange und ich kann sagen, dass er wie kaum jemand, den ich den letzten 20 Jahren erlebt habe, als ich mich vermehrt um die Lehre gekümmert habe, diese drei Säulen als eine Einheit vertritt.

Sie haben den Namen unseres Preisträgers bereits in unserer Pressemitteilung erfahren, es ist Herr Prof. Dr. Ralf Schmidmaier, und wir haben heute erstmalig nicht nur den Preisträger, sondern seine ganze Familie hier zu Gast. Er wird heute Nacht seinen Familienurlaub antreten, und ich weiß, dass seine Familie voll hinter ihm und seiner Arbeit steht.

Herr Schmidmaier ist stellvertretender Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV für Endokrinologie des Universitätsklinikums der LMU. Er hat sich über die Jahre hinweg auf den verschiedenen Ebenen der Hochschullehre engagiert und hat sich schon sehr früh, beginnend schon während seines Studiums, intensiv mit Lehre und Prüfungsmethoden beschäftigt und diese immer bedarfsorientiert weiterentwickelt. Wenn ich hier einen Satz einwerfen darf – im letzten Jahr und auch in diesem Jahr haben wir wieder gefragt, was wir eigentlich mit den Absolventinnen und Absolventen des MME-Studiengangs machen – viele MMELer waren bereits, wie auch Herr Schmidmaier, Ars legendi-Preisträger. Herr Schmidmaier hat den MME in der 5. Kohorte unseres Studiengangs erworben.

Herr Schmidmaier hat sich an der LMU sowohl für kontinuierliche Weiterentwicklung der Lehre als auch für größere und umfassende Umwälzungen eingesetzt, und das auch interdisziplinär. Wenn man das schaffen will, braucht man einen beharrlichen Willen, um auch zwischen den Disziplinen dann auch die Diskussionen zu führen, um sich da gemeinsam weiterzuentwickeln. Das ist wirklich eine besondere Leistung und ich nenne hier für die Insider nur das Modul 23 im Curriculum der LMU.

Herr Schmidmaier steht für Clinical Reasoning, für eine fundierte klinische Ausbildung, in der die Studierenden nicht nur einfaches Faktenwissen, sondern sehr viel Begründungswissen, welches dann auch für die Forschung wichtig ist, kennenlernen. Es gelingt ihm in beispielhafter Weise, diese Elemente zusammenzubringen.

Was die Ars legendi-Jury besonders beeindruckt hat, war sein Zusammenbringen von Forschung, Lehre und Versorgung in Sinne eines Constructive Alignment. Herr Schmidmaier hat als Pathologe begonnen und hat sich dann klinisch in Richtung Endokrinologie weiterentwickelt und in diesem Bereich hochrangige Forschung betrieben. Er hat gut wissenschaftlich publiziert und sich allmählich auch in die Lehrforschung eingearbeitet und auch dort hochrangig publiziert.

Das Besondere, was auch mich beeindruckt hat, ist sein sehr starkes Einbinden von interprofessionellen Forschungsgruppen. Einen solchen Forschungsansatz hatten wir

beim Ars legendi-Preis noch nie. Er hat die DFG-Forschungsgruppe 2385 (COSIMA) an der LMU aufgebaut, in der die Medizin mit den pädagogischen Psychologen zusammengearbeitet hat. Das war eine tolle Leistung, bei der er zwei Teilprojekte geleitet hat. Seit zwei Wochen gibt es einen bestätigten DFG-Transregio, an dem Herr Schmidmaier auch wieder beteiligt ist. Das Thema dort ist das simulationsbasierte Lernen zur Diagnostik und personalisierten Intervention. Die personalisierte Lehre ist sein Thema. Das ist eine großartige Leistung.

Ich kenne Herrn Schmidmaier schon seit vielen Jahren. Wir haben im Rahmen der MME-Graduierung auch zusammengearbeitet – das gemeinsame MME-Modul war prägend – und haben uns immer einmal wieder auf der Fraueninsel getroffen. Es ist insofern etwas ganz Besonderes, dass ich die Preisverleihung übernehmen darf, und es ist für Herrn Schmidmaier ein wirkliches Glücksjahr, wenn man weiß, dass er neben diesem Preis auch in diesem Jahr noch einen DFG-Transregio in der Lehre bekommen hat. Es ist uns ein Vorbild und zeigt, was man alles in der Lehre leisten kann.

Es sind einige MME-Kolleginnen und -Kollegen anwesend, und für die bist Du ein Vorbild. Wir haben alle auf der Fraueninsel begonnen und sehen nun, was aus den MME-Lern so werden kann. Bevor ich die Urkunde für den Preis übergebe, möchte ich, wie in den Vorjahren, mit unserem Preisträger ein kleines Interview führen und ihn zu einigen Aspekten seiner Lehrtätigkeit befragen.

Kadmon

Du hast neben Deiner klinischen Tätigkeit auch versucht, Lehrforschung und biomedizinische Forschung zusammenzubringen. Das ist oft nicht mehr möglich. Kannst Du bitte noch einmal kurz umreißen, was Dir geholfen hat, dabei die Balance zu halten. Was braucht es aus Deiner Sicht, um den jungen Nachwuchs mit auf den Weg zu nehmen?

Schmidmaier

Erst einmal vielen Dank für die einführenden Worte und die Belobigungen. Vielen Dank auch der Jury. Für mich war es ein natürlicher Prozess, der nicht immer ganz einfach war, um die drei Säulen zu vereinen. Es war mir wichtig, als Lehrer authentisch zu sein, als Mediziner authentisch zu sein, so, wie ich auch als Forscher authentisch sein wollte. Es hat sich für mich auch ein bisschen so ergeben.

Der Punkt, an dem ich selber versucht habe, die Dinge zu verändern, war die erwähnte Aktion in München, bei der wir versucht haben, die konservative und die operative Medizin in der Lehre zu vereinigen. Es war für mich ein großes Aha-Erlebnis, zu sehen, dass es viel einfacher ist, wenn die Ärztinnen und Ärzte, die jeden Tag am Patienten zusammenarbeiten – inzwischen noch erweitert um viele andere Gesundheitsberufe – in einem Team lehren. Das Team, welches die Patientinnen und Patienten behandelt, lehrt gemeinsam – diesen Prozess versuchen wir momentan im Bereich Endokrinologie, Geriatrie und Osteologie umzusetzen.

Wenn wir in den gleichen Teams, die Patientinnen und Patienten behandeln und Lehre betreiben, dann auch noch Forschung machen, sehe ich einen großen Schritt nach vorn. Ich hatte nicht das Glück, an einem Clinician Scientist-Programm teilnehmen zu können, ich wollte aber immer alle drei Säulen bedienen, insofern war dieses Team-Konzept mein Weg und meine Lösung. Ich bin sehr dankbar, dass wir jetzt in diesem DFG-Transregio die Möglichkeit haben, junge Ärztinnen und Ärzte sowohl in die Lehrforschung als auch in die Weiterbildung in den Clinician Scientist-Programmen einstellen zu können.

Kadmon

Du hat das LMU-Curriculum bereits erwähnt, welches Du in den Bereichen Chirurgie und Innere Medizin maßgeblich mitgestaltet hast. Die Patientenorientierung in der studentischen Lehre war Dir sehr wichtig, wie auch die daraus entstehende Evidenz. Lehre kann man evidenzbasiert realisieren. Wo waren dabei die besonderen Herausforderungen oder was war vielleicht einfacher umzusetzen?

Schmidmaier

Im Rückblick stellt es sich immer so dar, dass man die Herausforderungen erfolgreich umschiffte oder überwunden hat. Es waren die üblichen Herausforderungen: alle unter einen Hut zu bekommen und alle zu motivieren. Das größte Aha-Erlebnis war, dass häufig die studentische Partizipation in diesem Prozess gefordert wird, wir aber nicht nur die Partizipation erlebten, sondern in Projekten die Studierenden selbst gestalten ließen und nur ganz wenig didaktischen Support gaben. Damit hatten wir so gut wie keinen Einfluss auf den Outcome dieser Projekte. Diese Projekte waren aber von fantastischer Qualität. Es ist fast unglaublich, was Menschen mit einer Vorbildung und entsprechender Motivation, die ihre eigene Zukunft gestalten wollen, dann auf die Beine stellen.

Damit war es im zweiten Schritt total viel einfacher, danach in die Kommunikation mit anderen Lehrenden, dem Dekan, anderen Studierenden zu gehen, weil man wusste, dass das Projekt eigentlich von den Studierenden stammte. Die federführende Beteiligung von Studierenden war für mich das Aha-Erlebnis. Das sollte man unbedingt weiter fördern und da lohnt es sich, die Studierenden mit ins Boot zu nehmen.

Kadmon

Die Lehrforschung war Dein späteres Standbein. Was hat Dich daran fasziniert, welche Rolle spielt Lehrforschung für Dich? Welche Rolle sollte die Lehrforschung in der Lehre spielen?

Schmidmaier

Ich will auf die evidenzbasierte Lehre noch einmal zurückkommen. In der Kommunikation mit den Rektorinnen und Rektoren oder den Dekaninnen und Dekanen und den Leitungen der Universitätsklinika und ihren Vorständen ist es sinnvoll, belegen zu können, was man in der Lehre tut, zu zeigen, dass es wirksam ist. Alle, die in diesem System arbeiten, sind es gewohnt, dass Evidenzen für die Wirksamkeit von Maßnahmen vorgelegt werden. Gerade im Bereich der Medizin erscheinen Simulationen für die Vorbereitung auf das spätere Berufsleben sehr wichtig, denn die Ausbildung klinischer Kompetenzen ist sehr ressourcenintensiv. Daher macht es Sinn, nicht nur Befragungen durchzuführen, bei denen die Teilnehmenden am Ende sagen „Es war super!“, sondern man muss sich der Herausforderung stellen, so wie wir es in der klinischen Forschung und auch in der Grundlagenforschung versuchen, und nach Mechanismen zu suchen und Lernprozesse zu klären, oder zu sagen, hier gibt es Interventionen, die man messen und beschreiben kann. Das ist die Grundlage für eine Weiterentwicklung des Studiums, und deshalb sind wir auch über die erneute DFG-Förderung so glücklich.

Kadmon

Ich glaube, das können alle hier so nachvollziehen und gehen mit. Das ist der Weg im Bereich Lehre und Lehrforschung, um die Lehre an sich wirklich voran zu bringen, in dem man den Lehrforschungsaspekt auf dem Niveau, auf dem ihr arbeitet, unterstützt.

Ich darf nun den Preis überreichen und verlese die Urkunde:

Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und der Medizinische Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland verleihen den Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2025 an Prof. Dr. Ralf Schmidmaier, Ludwig-Maximilians-Universität München in Würdigung seiner hervorragenden Leistungen in Lehre, Prüfung, Beratung und Betreuung in der Medizin.

Herzlichen Glückwunsch, Ralf, und möge der Preis Dir das bescheren, was Du Dir für dieses Jahr gewünscht hast.



Tagungsimpressionen VII





Präventive Lösungsansätze zur Vermeidung von Machtmissbrauch in der Wissenschaft

Moderation: Elif Şenel



Einführung zum Thema

Vermeidung von Machtmissbrauch in der Wissenschaft

Elif Şenel

Journalistin und Rundfunkmoderatorin

Meine Damen und Herren,

Die Frage, wie Machtmissbrauch von vornherein verhindert werden kann, ist ein großes und wichtiges Thema. Wir werden den Fokus auf die Wissenschaft und auf die Strukturen in der Wissenschaft legen. Die Wissenschaft spielt sich aber nicht im luftleeren Raum ab, sondern ist Teil unserer Gesellschaft. Aber die Wissenschaft ist nicht im luftleeren Raum, sie ist natürlich Teil der Gesellschaft. Und als Teil der Gesellschaft wird sie getragen von dem was gesellschaftlich abgelehnt oder hingenommen wird.

Deswegen ist es wichtig, den großen Bogen aufzuspannen und zu sehen, wie das Thema des Machtmissbrauchs die Grenze zur öffentlichen Wahrnehmung überwunden hat.

Es ist wichtig zu sehen, was 2010 am Canisius Kolleg öffentlich wurde, was durch #metoo weiter getragen wurde, und was Sportlerinnen und Sportler zuletzt öffentlich gemacht haben.

Immer wieder geht es in diesen Diskussionen um die Strukturen, in denen sich Menschen befinden und kollegial oder weniger kollegial zusammenarbeiten, und die den Machtmissbrauch durch einzelne überhaupt erst möglich machen. Wie kann das sein?

Die Architektur dieser Strukturen wird erst einmal von denen gezeichnet, die mehr Macht haben. So steht als eine Form der Prävention das Infragestellen dieser Strukturen. Prävention ist die Erkennung der Systematik, und im Rahmen der Prävention ist es wichtig, zu begreifen, dass eine Hierarchie nicht bedeutet, dass jemand Macht und ein anderer keine Macht hat, sondern, dass jemand eine besondere Verantwortung trägt. Wie ist diese Verantwortung in einen Common Sense eingebettet?

Daher freue ich mich, dass ich gleich liebe und kompetente Gäste auf dem Podium begrüßen kann, mit denen wir diese Fragen diskutieren werden.



Impulsvortrag

Präventive Ansätze zur Vermeidung von Machtmissbrauch in der Wissenschaft

Prof. Dr. Jochen Sautermeister

Professor für Moraltheologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Bonn / Universitätsbeauftragter gegen Machtmissbrauch

Meine Damen und Herren,

herzlichen Dank für die freundliche Einladung, hier auf dem Medizinischen Fakultätentag zum Thema „Machtmissbrauch“ sprechen und einen kurzen Impuls geben zu dürfen. Ich finde es ein wichtiges Zeichen, dass Sie heute ein ganzes Podium diesem Thema widmen. Es gibt solche Themen, die einem ausdrücklich ins Stammbuch geschrieben werden, zumindest, wenn wir wie in Nordrhein-Westfalen auf das geplante Hochschulstärkungsgesetz schauen. Wir stehen bei diesem Thema noch am Anfang. Wir alle kennen zwar viele Fälle von Machtmissbrauch und habe auf die eine oder andere Weise Erfahrungen damit gemacht. Aber solche Erfahrungen müssen mehr zur Sprache gebracht und reflektiert werden, wenn wir präventive Maßnahmen anstreben.

Was ist eigentlich Machtmissbrauch? Was heißt Macht?

In der Soziologie und Sozialphilosophie gibt es verschiedene Machttheorien. Ich möchte zwei besonders wirkmächtige Theorien typisierend zuspitzen: In der Tradition von Max Weber lässt sich Macht als eine persönliche Qualität verstehen, andere Menschen in einer Situation dazu bewegen zu können, etwas Bestimmtes zu tun, auch wenn sie es nicht wünschen. In den Worten Webers bedeutet Macht dann die „Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruht“. Macht lässt sich also zum einen als eine Eigenschaft verstehen.

Zugleich kennen wir Personen, die zwar eine Machtposition innehaben, dabei aber gegenüber anderen machtlos wirken. Hannah Arendt versteht daher Macht als etwas, das im Zwischenmenschlichen entsteht. Dies wird in folgendem Witz anschaulich: Die Mutter sagt zu ihrem Sohn, der etwas ausgefressen hat „Schämst Du Dich nicht?“ und der Sohn antwortet „Ja schon, aber es hilft nicht!“. Bei diesem Scherz ist der Versuch der Mutter, Macht über den Willen des Sohnes auszuüben, erfolglos. Macht stellt sich nämlich erst dann ein, wenn Menschen gemeinsam handeln bzw. sie in der Interaktion

wirksam wird.

Diese beiden Verständnisse von Macht sind zu beachten, wenn wir über Machtmissbrauch in der Wissenschaft sprechen.

Was heißt eigentlich Missbrauch?

Missbrauch impliziert, dass es einen falschen Gebrauch von Macht gibt. Was aber sind die normativen Voraussetzungen und Kriterien, um zwischen einem richtigen und falschem Machtgebrauch zu unterscheiden? Welche Rahmenbedingungen liegen vor, um etwas als Missbrauch zu bewerten? Ich werde das hier nur ganz kurz andeuten und freue mich darauf, dies dann in der Diskussionsrunde zu vertiefen. – Nur soweit in Kürze: Alles was rechtlich normiert ist, ist relativ gut fassbar. Rechtliche Bestimmungen, Kriterien und Verfahrenswege sind klar definiert, und wir wissen, wie wir zu agieren haben. Allerdings beinhaltet Machtmissbrauch auch viele Handlungsweisen, die gleichsam „unterhalb“ dieser rechtlichen Regelungen liegen und nicht im Recht vorkommen. Insbesondere dann stellt sich die Frage, wie wir mit solchen Verhaltensweisen umgehen sollen.

Bei den Rechten und Pflichten der Personen ansetzen

Man kann sich mit unterschiedlichen Zugangsweisen dem Thema Machtmissbrauch annähern, etwa indem man vom Leid der Betroffenen und deren Verletzbarkeit ausgeht. Ich möchte diese empathischen Perspektive in einen Zugang einbetten, der bei den Rechten der Personen ansetzt, die Machtmissbrauch erleiden. Mein Ausgangspunkt ist also: *Machtmissbrauch stellt die Missachtung oder Verletzung der Rechte anderer Personen dar*. Missbräuchliche Machtausübung kann diesem Verständnis zufolge nicht nur aus einer übergeordneten, sondern auch aus einer hierarchisch untergeordneten oder gleichrangigen Position erfolgen, also top-down, bottom-up oder auf Peer-Ebene.

Im Allgemeinen geht es bei Machtmissbrauch darum, eine andere Person zu manipulieren oder ihr zu schaden, sie zu schikanieren, sie zu benachteiligen, oder aber sich selbst oder eigenen Günstlingen persönliche Vorteile zu verschaffen. Unter Machtmissbrauch lassen sich aber auch Verhaltensweisen und Anforderungen anderen gegenüber fassen, die nicht mit der eigenen Rolle und den damit verbundenen Rechten und Pflichten legitimiert werden können, also die die eigenen Pflichten verletzen und Rechte und Befugnisse überschreiten. Ein solcher Missbrauch muss den machtausübenden Personen gar nicht bewusst sein. Auf den Vorwurf des Machtmissbrauchs reagieren sie dann mit Sätzen wie „das war doch gar nicht meine Intention“, sofern sie den Vorwurf nicht völlig von sich weisen, sondern ihn an sich heranlassen. Dann lässt sich ein Gespräch beginnen und sich vielleicht sogar das Fehlverhalten abstellen.

Es gibt allgemeine Faktoren, die Machtmissbrauch begünstigen und für alle Organisationen und Institutionen gelten, nicht nur für Wissenschaft und Universität.

Daneben gibt es Faktoren, die spezifisch für ein System sind. Wenn man unter Machtmissbrauch solche Verhaltensweisen oder Anforderungen an Andere zählt, die nicht mit der eigenen Rolle und der damit verbundenen Rechte und Pflichten legitimiert werden können, dann stellt sich ganz konkret die Frage: Was sind die jeweiligen Rechte und Pflichten in Wissenschaft und Universität? Das betrifft alle Ebenen und sämtliche Statusgruppen. Ein erster Ansatzpunkt für Prävention besteht also darin, die rollenspezifischen Rechte und Pflichten zu bestimmen.

Was fällt unter Machtmissbrauch?

Machtmissbrauch ist ein Überbegriff für verschiedenen Formen des Missbrauchs:

- Missbrauch von struktureller Macht aufgrund einer Stellung, die man in einem System innehat.
- Missbrauch von Positionsmacht in interaktionellen Gefügen (Team, Arbeitsprozesse ...); z.B., wenn jemand in einer Gruppe nicht die erforderlichen Arbeitsergebnisse liefert, ohne selbst in einer hierarchisch übergeordneten Position zu stehen.
- Missbrauch von Autorität. Autorität kann dadurch entstehen, dass man eine charismatische Person oder eine Wissensautorität ist. Wenn jemand eine solche Autorität besitzt, kann er das in ihn gesetzte Vertrauen missbrauchen – auch das ist Machtmissbrauch.
- den physischen, psychischen, emotionalen Missbrauch.
- Häufig in den Medien wird auch über sexuellen Missbrauch berichtet.

Insbesondere durch das Aufdecken des sogenannten Missbrauchsskandals in der katholischen Kirche, beginnend im Jahre 2010 am Canisius-Kolleg in Berlin, und später durch die „#Me Too“-Debatte in der Filmbranche sind sexueller Missbrauch, sexualisierte Gewalt und Übergriffigkeit in den Blick der Öffentlichkeit geraten. Davon ausgehend hat sich der Blick auf die anderen Formen von Missbrauch und Gewalterfahrungen ausgeweitet. Wie bereits gesagt: Insbesondere solche Formen von Machtmissbrauch stellen eine besondere Herausforderung dar, die unterhalb der Schwelle rechtlicher Verstöße liegen. Denn diese sind schwierig zu fassen und nachzuweisen, geschweige denn zu sanktionieren.

Wenn wir über Prävention von Machtmissbrauch reden, ist es sinnvoll, dabei auch die Intervention zu berücksichtigen. Erfolgreiche Interventionsmaßnahmen stärken das Vertrauen in eine Organisation. Wenn sich jemand aufgrund von Machtmissbrauch an die entsprechenden Ansprechpersonen wendet, und die Organisationen bzw. die Zuständigen wirksam gegen Machtmissbrauch vorgehen, dann entfaltet das zugleich eine präventive Wirkung. Prävention zielt also nicht nur auf Personen ab, sondern auch auf Verfahren und Strukturen. Ein zweiter Ansatzpunkt für Prävention ist also eine Klärung von Ansprechpersonen und Verfahrenswegen.

Darüber hinaus ist auch die Aufarbeitung von Machtmissbrauch für Prävention wichtig. Eine erfolgreiche Aufarbeitung trägt dazu bei, Gerechtigkeit für die Betroffenen herzustellen, Erkenntnisse über Machtmissbrauch in der Organisation zu gewinnen und Machtmissbrauch künftig zu unterbinden.

In den allermeisten Fällen spielt die Angst der Betroffenen eine sehr große Rolle, die sich auch nur schwer über Prozeduren und Verfahren beruhigen oder ausräumen lässt. Wenn jemand in einer abhängigen Position ist oder in einem vernetzten System arbeiten muss, besteht die große Sorge, bei einer Aussage gegen die Beschuldigten schwerwiegende Nachteile zu erleiden, etwa durch eine schlechtere Benotung der Qualifikationsarbeit, durch das Verweigern einer Vertragsverlängerung oder durch Rufschädigung in der Fachcommunity. Das gilt auch dann, wenn ich im Recht bin oder erfolgreich den Rechtsweg beschreite. Ein dritter Ansatzpunkt für Prävention besteht also darin, Betroffenen verlässliche Schutzmaßnahmen oder Auffangstrukturen zur Verfügung zu stellen.

Welche Formen und Dimensionen hat der Machtmissbrauch allgemein?

Machtmissbrauch kennt viele Formen und Dimensionen, die sich auch in Universität und Wissenschaft antreffen lassen: Korruption (Missbrauch einer Machtstellung zu privatem Nutzen), sexuelle Übergriffe, sexuelle Belästigung, sexueller Missbrauch. Zum Machtmissbrauch gehören auch Diskriminierung (ungerechtfertigte Benachteiligung oder Ungleichbehandlung), Ausbeutung, Vorteilmahme, Begünstigung. Machtmissbrauch liegt außerdem auch bei der Behinderung von Arbeitsprozessen vor oder bei einer unbegründeten Ungleichbehandlung. Wichtig ist hier „unbegründet“. Denn es gibt eine ganze Reihe von Konstellationen, bei denen eine Ungleichbehandlung sinnvoll und verantwortbar ist, um rechtliche Spielräume zu nutzen. Man kann in begründeten Fällen durchaus legitime Unterschiede machen. Das ist etwas anderes, als einen Präzedenzfall zu schaffen. Die Sorge vor Präzedenzfällen führt bisweilen dazu, dass man nicht angemessen, sinnvoll und legitim differenziert.

Zu Machtmissbrauch gehört auch unanständiges Verhalten aus einer asymmetrischen Machtposition heraus. Der Begriff „Anstand“ wird heutzutage eher selten genutzt. Manchmal muss man einfach sagen: „Das macht man nicht!“ Wenn etwa Lehrende oder Vorgesetzte abfällig über die Mitarbeitenden oder Studierende reden, ist das respektlos und unanständig.

Eine Form von Machtmissbrauch ist die Vernachlässigung von Aufgaben, etwa mangelnde Betreuung von Qualifikationsarbeiten, sind Versäumnisse der Fürsorgepflicht sowie Führungsschwäche. Ein Teil von Machtmissbrauch im Kontext von Wissenschaft ist das Nichtwahrnehmen von Führung bzw. Führungsschwäche. Denn das Ausbleiben von Führung erzeugt ein Machtvakuum, das von anderen eingenommen und ausgenutzt werden kann zum Nachteil Dritter.

Das System Wissenschaft ist nicht darauf ausgerichtet, Führungskräfte zu entwickeln. Wer wissenschaftlich arbeiten will, hat in der Regel keine Motivation dazu, Managementkurse und Führungsseminare zu besuchen. Das Wissenschaftssystem, nicht nur im Kontext der Medizin, führt jedoch mehr oder minder dazu, dass man Führungskraft werden muss, wenn man erfolgreich sein will. Führungskompetenz ist somit ein weiterer Ansatzpunkt für Prävention. Das beginnt schon bei Berufungs- oder Auswahlverfahren. Die Rolle der Führungskraft ist ein entscheidender Punkt. Bei der Personalauswahl kann man jedoch schnell in einen Zielkonflikt geraten, wenn man auf die Wirklichkeit des wissenschaftlichen Wettbewerbs blickt.

Spezifische Bereiche von Machtmissbrauch in Universität und Wissenschaft sind vor allem nachlässiges oder betrügerisches Forschungshandeln und insgesamt wissenschaftliches Fehlverhalten. Ein weiteres Thema sind befristete Arbeitsverhältnisse und die damit verbundene Ausbeutung von Abhängigkeitsverhältnissen. Wenngleich befristete Arbeitsverhältnisse in der Wissenschaft ihre Berechtigung haben und sinnvoll sind, steht eine unangemessene Befristungspraxis von Stellen in der Kritik.

Ebenso sind zu nennen: die unzureichende Betreuung von Early Research Careers (ERCs); die mangelhafte Qualität der Lehre; eine mangelhafte oder fehlende Betreuung; unnötig starke Machtgefälle (etwa Kompetenzbestimmung), wo Kompetenzen mühelos übertragen werden könnten, sie aber in der Hand einer Person gebündelt werden. Zum Beispiel könnte man Mitarbeitenden selbst die Entscheidung zu überlassen, welche Tagung sie mit den von ihnen eingeworbenen Forschungsgeldern besuchen wollen, ob sie dort übernachten oder nur für einen Tag anreisen möchten, oder aber, ob die Leitungsperson alle Details eines solchen Kongressbesuches selbst bestimmt und keine Abweichung zulässt. Solche Kompetenzräume mögen klein und unscheinbar erscheinen, sie schaffen aber ein Gesamtbild, welches von Machtmissbrauch kündigt.

Wie bereits angeklungen, kann auch eine mangelnde Qualität von Berufungsverfahren Machtmissbrauch begünstigen; ebenfalls eine mangelnde Klarheit und Verbindlichkeit ethischer Normen. Ein weiteres wichtiges Thema ist die Stärke oder Schwäche von Kontroll- und Sanktionsinstanzen. Bereits genannt habe ich das Vorkommen missbräuchlicher Bewertungs- und Betreuungspraxis, zudem verstärkt, wenn sich bei einem Doktoranden das Arbeitgeber- und das Betreuungsverhältnis verschränken.

Die Auswirkungen von Machtmissbrauch

Missbrauch von Macht und Autorität auf andere hat unterschiedliche Auswirkungen: Machtmissbrauch kann massiv emotional belasten (Angst, Scham, Schuldgefühl, Aggressionen, Ohnmachtserfahrung etc.). Missbrauch von Macht beeinflusst auch den Bereich der Kognitionen (Verunsicherung, Selbstzweifel, Verlust an Selbstvertrauen, Selbstvorwürfe, Misstrauen und Vertrauensverlust in andere etc.). Schließlich betrifft Machtmissbrauch auch die Verhaltensebene (Handlungsunsicherheit, Beschwichtigen, Bagatellisieren, Relativieren, gütliche Einigung finden, Verschweigen, innere

Immigration, sozialer Rückzug, Kündigung).

Allein die Krankschreibungszahlen machen deutlich, in welchem großem Umfang Machtmissbrauch in die Gesundheit und den Arbeitsprozess eingreifen kann. Missbrauch von Macht und Autorität kann körperlich und seelisch krank machen und sich beruflich und im sozialen Miteinander negativ auswirken. Auch die Qualität der Arbeit kann erheblich darunter leiden.

Allein schon aus ökonomischen Gründen müsste eigentlich das Interesse bestehen, Machtmissbrauch zu reduzieren. Denn dadurch ließe sich die Arbeitsqualität verbessern und die Arbeitsmotivation steigen.

All das könnte auch zur Bildung einer psychosozialen Exzellenz führen, um Fakultät und Universität zu stärken und im Wettbewerb um die klügsten Köpfe die Attraktivität einer Hochschule stärken.

Ansatzpunkte für Prävention

Neben den bereits genannten Aspekten lassen sich grundsätzlich drei Ebenen unterscheiden, an denen präventive Maßnahmen ansetzen können: Auf der Organisationsebene sind die Strukturen und Verfahren sowie die Bestimmung von Rechten und Pflichten angesiedelt. Diese bilden die Rahmenbedingungen für eine Organisationskultur, die sich durch eine Kultur der Achtsamkeit und des Respekts sowie durch eine konstruktive Fehlerkultur auszeichnet. Beide Ebenen sind für das Organisationsvertrauen und die sogenannte Organisationsintegrität entscheidend; sie sind dafür maßgeblich, ob eine Universität oder Klinik als verlässlicher und sicherer Ort wahrgenommen wird.

Auf der individuellen Ebene bedeutet Prävention die Sensibilisierung und Information über Rechte und Pflichten, über Formen und Dynamiken von Machtmissbrauch sowie die Ermutigung und das Empowerment der Mitarbeitenden durch Fortbildung und Professionalisierung. In Verbindung mit einer konstruktiven Fehlerkultur führt dies zu einer Professionalisierung und Kompetenzstärkung.

Welche konkreten Möglichkeiten bestehen, Machtmissbrauch vorzubeugen oder ihn zu verhindern?

Selbstverständlich zählen hierzu die Kenntnisse der eigenen Rechte und Pflichten, die Förderung Guter Wissenschaftlicher Praxis (GMP), die Schaffung einer Feedback-Kultur und konstruktiven Fehler-Kultur. Gerade hier bestehen auf einer Peer-Ebene die besten Interventionsmöglichkeiten bei Machtmissbrauch, denn die Freiheitsgrade vermehren sich mit der jeweiligen Höhe einer Position im Wissenschaftsbetrieb, so dass eine frühzeitige informelle Rückmeldung besonders wichtig ist.

Konkrete Möglichkeiten bestehen zudem in der Einrichtung von Betreuungsverträgen zwischen Professorinnen/Professoren und ERCs, im Erreichen einer Wertschätzung für

gute Lehre wie auch in der Entwicklung valider Methoden der Lehrevaluation. Es geht ferner um die Reduktion von Machtgefällen, um eine Professionalisierung der Führungskompetenz, um die Verbesserung von Berufungsverfahren und insgesamt um das Schaffen bzw. Stärken von Bewusstheit für Missbrauch von Macht und Autorität und Fehlverhalten. Darüber hinaus sind Kontroll- und Sanktionsinstanzen zu stärken.

Auf hilfreiche Haltungen und Verhaltensweisen werde ich später in der Diskussion noch eingehen. Kurz erwähnt seien psychologische Aspekte, wie ein verlässliches, klares, transparentes und ehrliches Agieren. In Gespräch mit Betroffenen geht es darum empathisch zuzuhören, die andere Person erzählen zu lassen und auch schweigen zu können. Wichtig ist es, nicht auszufragen, nicht zu (be-)drängen oder unter Druck zu setzen, die Aussagen der anderen Person nicht infrage zu stellen, ihr Zeit zu lassen und Geduld haben, nicht zu bagatellisieren und nicht zu dramatisieren. Dabei sollte man es unterlassen, falsche Versprechungen zu machen. Im Gespräch sollte man wertschätzend und akzeptierend sein, dem Gegenüber achtsam begegnen und, wo nötig, Grenzen respektieren. Es ist sehr bedeutsam, negative Selbstbewertungen nicht zu bestärken oder zu validieren. In den Gesprächen sollte über Unterstützungsangebote informiert werden. Wichtig ist es, nicht gegen den Willen der betroffenen Person zu handeln.

Was ist Betroffenen zu raten?

- Der eigenen Wahrnehmung trauen.
- Den Mut haben, sich an Vertrauenspersonen zu wenden.
- Das Recht in Anspruch nehmen, NEIN zu sagen.
- Das Recht in Anspruch nehmen, Hilfe zu suchen.
- Professionelle Beratung und Unterstützung wahrnehmen.

Universitätsbeauftragte gegen Machtmissbrauch

Eine besondere Rolle kommt hier den zuständigen Ansprechpersonen wie etwa Universitätsbeauftragten gegen Machtmissbrauch zu. Sie sollen die Hochschulleitungen und die Fakultäten über Prozessabläufe beraten, wie mögliche Kontrollmechanismen und Instanzenwege im Bereich Machtmissbrauch eingerichtet werden können. Sie können die interne Beratung bei Fällen von Machtmissbrauch übernehmen sowie Unterstützung bei der Weiterentwicklung von Maßnahmen gegen Machtmissbrauch leisten und die Evaluierung getroffener Maßnahmen begleiten.

Als Ansprechpersonen in Fällen von Machtmissbrauch ist es wichtig, je nach Fokus, etwa Diskriminierung oder wissenschaftliches Fehlverhalten an die spezialisierten Stellen innerhalb der Universität zu vermitteln. Dabei ist zu vermeiden, dass die Betroffenen unnötig oft ihre belastenden Erlebnisse wiederholen müssen.

Prävention gegen Machtmissbrauch im Hochschulgesetz verankern

Ich hatte eingangs erwähnt, dass ein neues Hochschulstärkungsgesetz in Nordrhein-Westfalen in Vorbereitung ist. Ziel dieses Gesetzes ist zum einen die Umsetzung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes. Dazu beinhaltet der öffentlich einsehbare Referentenentwurf die §§ 84-97:

§ 84 Sicherung und Redlichkeit des Hochschulraums

§ 85 Redlichkeitsverstöße und -maßnahmen

§ 86 Sicherheitsverstöße und -maßnahmen

§§ 87-92 Verfahren bei Redlichkeits- und Sicherheitsverstößen mit Rechten und Schutzmaßnahmen für Betroffene

§ 93 Integration der Universitätskliniken in die Regelungen

§§ 94-97 Verhältnis des Hochschulstärkungsgesetzes zum Landesdisziplinargesetz, in Verbindung mit Sonderregelungen

Gerade der letzte Punkt ist wichtig. Denn je nachdem um welche Statusgruppe es sich handelt, fällt Machtmissbrauch unter unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen und Regelungen, die sanktionsrelevant sind. Dazu zählen die Sanktionen mit Entzug von Rechten (z.B. Weisungsbefugnis, Mitwirkung in Gremien, Finanzausgaben, Wahlrecht) bzw. Verbote (z.B. Hausverbot und Verpflichtung auf digitale Lehre, Kontaktverbot) u.a.m., dazu gehört aber auch der Hinweisgeberschutz und der Schutz vor ungerechtfertigtem Vorwurf.

Wie der Referentenentwurf auf die zahlreichen Rückmeldungen überarbeitet wird und in einen Gesetzesentwurf überführt wird, bleibt abzuwarten. Doch lassen Sie mich auf einen grundsätzlichen Punkt hinweisen: Keine Hochschule wird jemals einen sicheren Hochschulraum gewährleisten können. Sie kann aber ihr Bestmögliches dafür tun, Machtmissbrauch zu unterbinden.

Vielen Dank!



Die Teilnehmenden an der Podiumsdiskussion zu Machtmissbrauch in der
Universitätsmedizin: Prof. Dr. Jochen Sautermeister, PD Dr. Tim von Oertzen,
Dr. Isabel Nahal Schellinger, Prof. Dr. Walter Rosenthal, Elif Şenel (v.l.n.r.)

Podiumsgespräch

Prof. Dr. Walter Rosenthal

Präsident der Hochschulrektorenkonferenz, Berlin

Prof. Dr. Jochen Sautermeister

Professor für Moralthologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Bonn / Universitätsbeauftragter gegen Machtmissbrauch

Dr. Isabel Nahal Schellinger

Mitglied Junge Akademie

Prof. Dr. Tim von Oertzen

Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Würzburg

Moderation: Elif Şenel

Journalistin und Moderatorin, WDR

Şenel

Erst einmal vielen Dank für den Impulsvortrag, der gezeigt hat, dass wir ganz unterschiedliche Bereiche abdecken können. Ich will daher bei Herrn von Oertzen beginnen und frage ihn, in welchem Maße die Veränderungen der Prozesse, die er vornehmen ließ, um sich dem Machtmissbrauch entgegenzustellen, durch die Studierenden initiiert worden sind.

von Oertzen

Ich glaube, dass es nicht nur durch die Studierenden losgetreten wurde, sondern es war auch ein Aspekt, den die Studierenden eingebracht haben und der sehr wichtig ist. Bereits vor meiner Ankunft gab es an der Universität eine Ringvorlesung zum Thema „Machtmissbrauch“, die aus der Theologischen Fakultät kam und von der Medizin und der Psychologie besetzt wurde. Im Rahmen dieser Ringvorlesung gab es eine anschließende Diskussion, in der sich die Fachschaft der Medizin meldete und berichtete, dass eine Umfrage unter ihren Studierenden ergeben hat, dass viele Studierende Erfahrungen von Machtmissbrauch erlebt haben. Die Studierenden haben uns dann dezidiert nahegelegt, welche unterschiedlichen Aspekte das waren, und dies haben wir in unsere Strategie mit aufgenommen. Wir haben insbesondere mit den Studierenden diskutiert, wo sie an diese Strategie andocken können, um das sichtbar zu machen, z.B. an den Stellen, wo sie im Krankenhaus als PJ-ler keinen direkten Zugang zu unserem Intranet haben. Das haben wir intensiv gemeinsam mit der Universität beleuchtet.

Es wurde aber nicht dadurch losgetreten, sondern es ist etwas, was wir als eine Kern- oder Herzensangelegenheit für die Führung empfinden – die Frage der Kultur. Darin ist für mich ein Miteinander auf Augenhöhe das Fundament allen Tuns. Dort gehört ein Machtmissbrauch nicht hin. Deswegen hatten wir auch in anderen Bereichen klare Signale gesetzt, dass wir Machtmissbrauch nicht dulden, und haben uns überlegt, wie wir das in den Prozess einbringen können, so dass sich auch die Studierenden Gehör verschaffen können.

Şenel

Wie haben Sie sich in ihrer Strategie positioniert?

von Oertzen

Wir haben das System der Fehlermeldungen (CIRS), in dem man zwar anonym melden kann, aber über eine Ticketnummer den Fortgang der Bearbeitung einer Meldung verfolgen und ein Feedback erhalten kann, genutzt, um eine Hinweisgeberplattform einzurichten, die nach dem gleichen Prinzip funktioniert.

Wir haben verschiedene Touchpoints neben dem anonymen Meldeprogramm, das ist die Möglichkeit, zum Personalrat zu gehen, zur Stelle für Mitarbeiterberatung zu gehen oder sich den Vorgesetzten oder einen anderen Mitarbeitenden zu wenden. Der Informationsfluss zwischen diesen Stellen wurde synchronisiert. Das gab es vorher nicht und hat nun dazu geführt, dass das gesamte Team geschlossen reagieren kann. Auch auf Seiten der Universität wurde eine anonyme Meldeplattform installiert. Damit wird der Bereich der Studierenden abgedeckt, bevor sie Zugang zu den Mitarbeiter-Touchpoints im Klinikum oder im PJ haben. Damit ist auch für die Studierenden gegeben, dass solche Dinge berichtet werden können.

Von der Theologischen Fakultät wurde ein Zertifikatsstudiengang „Machtmissbrauch erkennen und verhindern“ eingerichtet, der im Wintersemester 2025/26 als ein zweisemestriger Kurs startet und mit 10 ECTS-Punkten kreditiert wird. Wir sind weiterhin dabei, eine Zertifizierung „Safeguarding“ zu entwickeln, bei der es ein Modul geben wird, in dem Strukturen, die selbst vorgehalten werden, extern auditiert werden können.

Şenel

Die neuen Strukturen sind noch nicht sehr alt, aber schon eine Weile implementiert. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

von Oertzen

Die Tatsache, dass ein Austausch zwischen den verschiedenen Stellen, wo gemeldet werden kann, stattfindet, ist der Punkt, der am effizientesten zu einer Steigerung beigetragen hat. Die Zahl der Meldungen, die über die Plattform kommen, ist noch sehr gering. Die Tatsache, dass ein Austausch stattfindet, und wir den Gesamtüberblick dadurch erhalten, von wo überall Meldungen eingehen, wird von wesentlicher Bedeutung sein. Es ist jetzt noch etwas früh, detailliertere Einschätzungen zu geben.

Şenel

Wir werden in unserem Gespräch etwas zwischen den Ebenen hin- und herspringen und wollen nun von den Kliniken in die Struktur im Hochschulraum insgesamt wechseln. Daher an Herrn Rosenthal die Frage, ob der Hochschulraum ein besonders für den Machtmissbrauch anfälliger Raum ist, da dort auf vielen Ebenen eine ausgesprochene Kompetenzballung herrscht.

Rosenthal

Es stimmt, dass es im Hochschulraum große Ansprüche an Leistungen gibt und dass diese auch von den Vorgesetzten- die ihrerseits auch wieder unter Leistungsdruck stehen - so formuliert werden. Wir sehen den Leistungsdruck auf allen Hierarchieebenen. An Hochschulen haben Vorgesetzte an vielen Standorten weitreichende Kompetenzen, die anderswo ungewöhnlich wären, etwa bei einer Promotion, bei der die fachliche Betreuung einer Doktorarbeit und deren Begutachtung von derselben Person erfolgt, die zugleich auch noch die oder der Vorgesetzte ist und über eine Vertragsverlängerung entscheidet.

Man muss sich der Machtfülle sehr bewusst sein, um verantwortungsvoll damit umzugehen. Wir wollen und können nicht alle Machtgefälle beseitigen, da bin ich mit den Ausführungen im Impulsvortrag in völliger Übereinstimmung. Wir können uns aber überlegen, an welchen Stellen solche Machtgefälle unnötig sind und abgeschafft werden sollten. Hier nenne ich bei der Promotion z.B. die geschilderte Abhängigkeit von nur einer Betreuungsperson oder von nur einer Person, die das Gutachten erstellt. Das könnte durch die Einbeziehung anderer Personen geschehen, die dann nicht unmittelbar von dieser Promotion profitieren. Ähnliches gilt für die Publikationen.

Şenel

Das heißt, dass wir den Machtmissbrauch eindämmen und möglichst verhindern, indem wir uns Strukturen ansehen und diese verändern?

Rosenthal

Die Governance ist der entscheidende Hebel, um Machtmissbrauch zu begegnen. Die HRK hat zum Machtmissbrauch an Hochschulen mit dem HRK-Papier „Macht und Verantwortung“ 2024 eine Empfehlung publiziert, die mitunter auf Kritik stieß, weil da-

rin kein radikaler Umbau der Strukturen gefordert wurde, sondern auf bestehenden Ansätzen aufgebaut werden sollte. Ich denke indes, dass man auch in bestehenden Strukturen eine Menge gestalten kann. Es ist nicht sinnvoll, alle Abhängigkeitsverhältnisse abzuschaffen.

Wir müssen unnötige Machtgefälle abbauen. Entscheidend ist, dass Transparenz geschaffen wird und Meldestellen leicht zugänglich sind, wie das z.B. in Würzburg oder in Bonn der Fall ist. Dort findet man auf den ersten Web-Seiten Ansprechstellen zu Machtmissbrauch auf der Ebene der gesamten Universität und für jede Fakultät. Die nächsten Schritte betreffen eher die institutionelle Kultur: Ich beobachte mit großer Sorge, dass – unabhängig vom Thema „Machtmissbrauch“ – eine zunehmende Angst herrscht, seine eigene Meinung zu äußern. Ich war in Jena häufig entsetzt, wie wenig die Studierenden bereit waren, frei ihre eigene Meinung zu sagen. Das Schweigen und Nicht-Darüber-Reden-Wollen ist eingebettet in ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, aus Sorge vor Nachteilen nicht die eigene Meinung äußern zu wollen. Das müssen wir überwinden und die offene Gesellschaft erhalten oder wiederherstellen. Dazu gehört, dass man an den Hochschulen seine eigene Meinung äußern kann und es Strukturen und Einrichtungen gibt, die einen dabei auch schützen.

Şenel

Ich glaube, dass es dazu unterschiedliche Meinungen und auch Widerspruch geben könnte. Wir werden auf das Thema „Fehlerkultur“ noch später eingehen. Zunächst aber die Frage an Frau Schellinger, wie die Junge Akademie das Thema „Machtmissbrauch“ bewertet und ob die Junge Akademie dabei Unterschiede zwischen den einzelnen Bereichen sieht.

Schellinger

Den Eindruck, dass die Medizin besonders anfällig ist, kann ich aus dem eigenen Erleben bestätigen. Hier sind es aus meiner Sicht ganz besonders die strengen hierarchischen Strukturen, die einem Machtmissbrauch Vorschub leisten.

In der Akademie war das Thema unterschiedlich stark präsent – bei den eher traditionellen Fächern, wie Medizin oder Rechtswissenschaften stärker, was auch durch Daten der DFG oder anderer Universitäten bestätigt wurde, in denen die Zahl der Konflikte bei Promotionen in unterschiedlichen Fachbereichen aufgearbeitet wurde. Die Medizin ist dort trauriger Spitzenreiter und lag mit 40 % weit über dem Durchschnitt von 10 %. Gerade bei der Promotion äußert sich die Machtfülle, weil die betreuende Person alles für den Promovierenden ist. Darin unterscheidet sich die Medizin von anderen Fächern, und das zeigt, dass es sich auch um ein kulturelles Problem handelt.

In der Mathematik, der Biologie oder der Kunstwissenschaft ist die Hierarchie deutlich flacher, der Umgang mit den Vorgesetzten ist ein anderer – aber die wissenschaftlichen Werdegänge sind dort auch anders.

Die Junge Akademie hat 2025 auch ein Positionspapier „Wissenschaftsfreiheit schützen: Strategien gegen demokratiefeindliche Kräfte“ verabschiedet, welches u.a. Positionen gegen den Machtmissbrauch einnimmt. Ich glaube, dass über eine Veränderung der Kultur an den Hochschulen Vieles verändert werden kann. Es gibt einige gute Beispiele an den Universitätsklinika, wie in Mainz, wo z.B. verpflichtende Programme für die Oberärztinnen und Oberärzte zur Schulung gegen Machtmissbrauch eingeführt wurden. In Ulm wurde ein Mentoring-Kodex eingeführt, der erklärt, welche Aufgaben ein Mentor hat bzw. wo Grenzen seiner Aufgaben liegen. In Göttingen wurde ein Programm initiiert, in dem man als Peer ein Feedback bekommen kann, wie das eigene Tun von anderen gesehen wird.

Şenel

Das Beispiel der Entfristungen wurde bereits angeführt, um aufzuzeigen, an welchen Stellen im Hochschulsystem Anfälligkeiten existieren. Wo liegen aus Ihrer Sicht die wichtigsten Hebel, um Machtmissbrauch vorzubeugen oder ihn zu verhindern?

Schellinger

Aus Sicht der Jungen Akademie ist einer der wichtigsten Hebel, überhaupt erst einmal das Verständnis dafür zu schaffen, was Machtmissbrauch ist und wo er bereits beginnt. Ich habe es bisher noch nicht in dieser Deutlichkeit gesehen, dass Führungsschwäche sehr oft zu Machtmissbrauch führt. Ein Unterlassen von Sanktionen, ein Verschweigen, ein Nicht-Vorhalten von Strukturen begünstigt den Machtmissbrauch. Das war für mich einer der spannendsten Aspekte im Impulsvortrag.

Şenel

Das lässt uns zur Frage einer machtsensiblen Führung kommen, die vielleicht das Gegenteil von Führungsschwäche darstellt. Was verstehen Sie darunter, Herr Sautermeister?

Sautermeister

Machtsensible Führung bedeutet zum einen, dass man sich in der Position, in der man sich befindet, der dieser Position innewohnenden Macht oder Machtfülle bewusst ist. Zum anderen beschreibt sie den Umgang mit dieser Macht bzw. Machtfülle. Sie wird auch dann zu einem großen Thema, wenn man als Vorgesetzter führungsschwach und konfliktscheu ist. Oder wenn man nicht gut Aufgaben delegieren kann bzw. Prozesse anders verlaufen, als gewünscht oder erwartet.

Eine Frage zur Selbstreflexion in diesem Zusammenhang ist: Was bedeutet die Position für mich selbst? Was sagt sie über meine Identität aus? Es gibt in der Sozial- und Organisationspsychologie Studien zum Verhältnis von Organisation und Position. Dabei geht es um die Fragen, welche Persönlichkeiten in einer Organisation auf welche Position kommen und welche Persönlichkeitsmerkmale förderlich sind, um eine bestimmte

berufliche Stellung zu erlangen. Für bestimmte Positionen sollte man sehr durchsetzungsstark, belastbar und zielstrebig sein und zugleich davon überzeugt, dass man auch etwas zu sagen hat.

Wie wichtig ist das in der Wissenschaft? Wenn alle diese Persönlichkeitsmerkmale auf eine Person zutreffen, ist es wahrscheinlicher, dass diese auch von anderen erwartet, nach 17 Uhr noch weiterzuarbeiten oder eine Qualifikationsarbeit vor allem in der Freizeit fortzusetzen, weil man es ja selbst so getan hat. Prozesse der Selbstreflexion sind also für eine machtsensible Führung wichtig, um Machtmissbrauch vorzubeugen.

Schellinger

Der psychologische Kontext ist ein spannender Aspekt, der auch in der Jungen Akademie vielfach diskutiert wurde. Es gibt die These, dass Führungskräfte häufiger von Narzissmus, Aggressivität oder Aggression betroffen sind, als andere Mitarbeitende. Das geht – hart ausgedrückt – sehr stark mit einer Empathielosigkeit einher. Wem schreibt man wie die nächsten E-Mails, über wen und über wessen Reaktion denkt man nach einem Gespräch besonders lange nach – ist es ein Peer, ein Vorgesetzter oder ein Untergebener? Das drückt viel über die eigene Persönlichkeit aus. Ein ähnliches Verhalten wird den Doktorandinnen und Doktoranden vorgelebt. Wenn ich mich in den Gegenüber nicht gut hineinversetzen kann, kann das bereits in Richtung eines Machtmissbrauches führen.

Sautermeister

Lassen Sie mich zwei Punkte einwerfen: Das Sprechen über Machtmissbrauch ist bereits eine präventive Maßnahme. Es herrscht eine hohe Übereinstimmung, dass Machtmissbrauch nicht sein darf. Wir sind uns in der moralischen Bewertung grundsätzlich einig. Jedoch sehen wir, wenn es konkret wird, unterschiedliche Erwartungen als legitim an und verbinden mit Machtmissbrauch zum Teil ganz verschiedene Vorstellungen und Erfahrungen. Auch diese sind üblicherweise normativ aufgeladen. Daher empfiehlt es sich, über Machtmissbrauch so zu sprechen, dass es nicht moralisierend, nicht anklagend wirkt. So kann ein Raum entstehen, um offener über Führung zu sprechen und das eigene Führungsverhalten zu reflektieren. Was bedeutet es, kompetent und professionell zu führen? Meines Erachtens ist es zielführend, das Thema Machtmissbrauch bzw. machtsensible Führung im Kontext von Professionalisierung und Führungskompetenz zu behandeln. Andernfalls stößt es eher auf Reaktanz und Ablehnung bei einer Vielzahl der betreffenden Personengruppe.

Şenel

Wir sehen, wie kompliziert es ist, an dieses Thema heranzugehen. Sie, Herr Rosenthal, haben einen großen Überblick über viele Bereiche. Steht denn ein Großteil der Anzusprechenden diesem Thema offen gegenüber?

Rosenthal

Wie groß der Anteil derer ist, die dem Thema offen gegenüberstehen, vermag ich nicht zu sagen. Die Mehrzahl unserer Kolleginnen und Kollegen thematisiert es. Die Hochschulleitungen befassen sich damit und sorgen dafür, dass es in den Senaten und Fakultäten besprochen wird. Das ist schon eine sehr breite Bewegung.

Die Kunsthochschulen haben sich sehr intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt. Sie haben Beschwerdewege etabliert und vieles in den Strukturen zum Guten verändert. Insgesamt hapert es aber noch an den Strukturen: An vielen Hochschulen üben die Ansprechpersonen für Machtmissbrauch ihre Tätigkeit im Nebenamt aus. Die verbundenen Wege wie in Würzburg oder Bonn gibt es noch nicht in der Breite. Daher ist unser Plädoyer, dass man diese Wege klar beschreiben muss, dass sie leicht zugänglich sind, dass diejenigen, die sich mit Machtmissbrauch dort auseinandersetzen, unabhängig sind und in einem Vertrauensverhältnis stehen, wenn sie angesprochen werden. Hier ist noch einiges an Aufbauarbeit zu tun.

Şenel

Es geht um die Schaffung einer Kultur. Vielfach üben die Ansprechpersonen ihre Aufgaben, wie Gleichstellung, im Nebenamt oder Nebenberuf aus und haben eigentlich dafür neben ihrer Tätigkeit in Forschung und Lehre nur wenig Zeit. Wie lässt sich das in einer gewachsenen Kultur verändern? Welche Wege oder Prozesse sollte die HRK anstoßen?

Rosenthal

Wir müssen den Machtmissbrauch als ein eigenes Thema stärker ins Bewusstsein bringen und sicherstellen, dass es neben der Vielzahl anderer Themen, die auch ihre Berechtigung haben, nicht untergeht. Wir müssen darüber aufklären, dass Machtmissbrauch eine eigene Kategorie ist. Die Ansprechpersonen müssen niedrigschwellig erreichbar sein.

Es gibt bei diesem Thema nicht nur Begeisterung. Daher ist es mir wichtig, dass wir nicht nur moralisierend unterwegs sind, sondern auf die Professionalisierung achten. Die Community an einer Hochschule muss bei diesem wichtigen Thema mitgenommen werden.

Die Presse schenkt dem Machtmissbrauch an Hochschulen eine hohe Beachtung. Hier herrscht nach meinem Eindruck ein großes Misstrauen gegenüber der Hochschulwelt, die als besonders anfällig für Machtmissbrauch erscheint und wo er in sehr großem Umfang stattfinden würde. Vor einigen Wochen erschien in „Nature“ ein Artikel zu Machtmissbrauch in der deutschen Wissenschaft (Gewin V. Can Germany rein in its academic bullying problem? Nature 641, 545-547 (2025), doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-025-01207-8>), in dem fast die Gleichung aufgemacht wird „solange es befristete Stellen

gibt, wird es Machtmissbrauch geben“. Solche Vereinfachungen kann ich nicht akzeptieren. Ich bemühe mich daher um eine informiertere und differenzierte Diskussion in den Medien.

Şenel

Sie sind im Auditorium alle eingeladen, sich an der Diskussion zu beteiligen. Ich würde vorher gern noch eine Runde zur bereits mehrfach angesprochenen Fehlerkultur machen wollen. Warum sollten wir unbedingt über die Fehlerkultur sprechen, was ist darin essentiell, um dem Machtmissbrauch entgegenzutreten?

von Oertzen

Die Fehlerkultur ist in der Medizin ohnehin ein großes Thema, nicht nur in Bezug zum Machtmissbrauch, sondern auch bei Fragen der medizinischen Diagnostik und Therapie. Das Erreichen einer offenen Fehlerkultur ist wichtig, um zu Lernen und künftig die Wiederholung gleicher Fehler zu vermeiden. Das bezieht sich auf Behandlungsalgorithmen genauso wie auf Verhaltensalgorithmen.

Schellinger

Ich stehe externen Auditierungen sehr positiv gegenüber. Ich habe bei einem externen Audit gehört, dass die Einrichtung einer interdisziplinären Konferenz in der Medizin, um dort Fehler zu besprechen, von der Führungsebene zurückgewiesen wurde, weil man das nicht brauchen würde. Eine solche Positionierung sagt für mich sehr viel aus. Dass das Fliegen eines der sichersten Verkehrswege ist, liegt u.a. daran, dass in der Zivilluftfahrt eine sehr offene Fehlerkultur gelebt wird. Dort werden sehr exakte Algorithmen vorgehalten, es gibt eine starke Professionalisierung, es wird nicht moralisiert. Davon könnten wir in unseren Bereichen sicherlich viel lernen.

Rosenthal

Es ist ein sehr verbreitetes Phänomen in der Wissenschaft, dass ihr Kern, Dinge in Frage zu stellen, sehr vernachlässigt wird. Das gilt besonders für die Lebenswissenschaften und die Medizin. Von dieser Fehlentwicklung müssen wir wegkommen und eine andere Kultur schaffen. Das hat dann auch Auswirkungen auf den Machtmissbrauch. Eine andere wichtige Voraussetzung ist die frühe Selbständigkeit. Die unnötige lange Abhängigkeit von Post-Docs ist ein Problem, das beseitigt werden muss.

Şenel

Das erfordert dann wieder ein hinreichendes Maß an Vertrauen, welches man in die andere Person haben muss.

von Oertzen

Die heutige Diskussion hilft uns allen, das Bewusstsein zu schärfen. Ein wichtiger Punkt dabei ist der Austausch zwischen den Generationen. Wir wissen, dass die junge Generation schneller Verantwortung übernehmen möchte, dass sie flexibler ist, weniger loyal

zu ihren Arbeitgebern steht, als es die älteren Generationen waren. Diese Dinge müssen wir aktiv besprechen, die Werte und Wertevorstellungen uns vor Augen führen und damit für ein besseres Generationenverständnis gerade in den Fragen von Macht und Machtmissbrauch sorgen.

Hertel

Ich arbeite gerade selbst in einer Kommission gegen Machtmissbrauch. Uns wurde von den Angehörigen der älteren Generation mehr oder weniger deutlich gesagt, dass Machtmissbrauch funktional für die Schaffung der Güter, die eine Universität produziert, also den wissenschaftlichen Output, sei. Ohne Machtmissbrauch könnte die Menge an wissenschaftlichem Output überhaupt nicht generiert werden. Ich habe das in diesen Diskussionen stark verneint und über die Qualität argumentiert, denn Machtmissbrauch reduziert Qualität. Als ein Beispiel schlechter wissenschaftlicher Praxis nenne ich hier das Stereotyp, den Abteilungsleiter/Direktor als Koautor in einem Paper aufzuführen, auch wenn diese Person an der Erstellung der Daten und des Papers gar nicht beteiligt war.

Schellinger

Die gerade beschriebene Situation ist ganz typisch in der Klinik. Man internalisiert diese Strukturen und verteidigt sie sehr stark. Auch das ist ein psychologischer Effekt.

Sautermeister

In der Wissenschaft existieren verschiedene Systemlogiken parallel nebeneinander. Und diese Logiken sind nicht deckungsgleich. Der Begriff „Kultur“ wird bisweilen auch genutzt, um Aspekte zusammenzubringen, die eigentlich nicht so recht zusammenpassen oder zusammengehören. Es ist ja so, dass man einen höheren wissenschaftlichen Output generieren kann, wenn man bestimmte Dinge ausklammert, ignoriert und für sich oder für das angestrebte Ziel, den Zweck als unnötig oder hinderlich ansieht. Das bedeutet natürlich nicht, dass es wissenschaftlich legitim wäre, dies auch so zu tun.

Wenn man einen realistischen Blick auf das Wissenschaftssystem wirft, zeigt sich, dass dieses eine gewisse Anfälligkeit hat und spezifische systemische Faktoren wirksam sind. Diese Einsicht kann sensibilisieren und ein Bewusstsein für einen mehrdimensionalen Ansatz schaffen. Das ist auch eine wichtige Voraussetzung für Governance, die meines Erachtens entscheidend von der Universitätsleitung getragen sein muss, ansonsten lassen sich kaum wirksame Veränderungsprozesse nachhaltig verwirklichen.

Auch hier zeigt sich, wie wichtig die eigene Haltung ist und das, was man tut und wie man sich verhält. sind Wege eingerichtet, sich gegen Missbrauch zu wenden. Könnte

man neben Preisen für gute Lehre nicht auch Preise für gute Führung auf der Leitungsebene ausloben? Solche Ideen werden bereits an manchen Orten umgesetzt.

Teichgräber

Ich möchte zur Meldekultur anführen, dass in Jena auch das CIRS-System geöffnet wurde, um den Studierenden die Möglichkeit zu geben, Fehler bei der Lehre direkt zu melden. Nach einer Diskussion in der Fakultät haben wir aber gemerkt, dass CIRS kein gutes Meldesystem für Machtmissbrauch ist, denn die Anonymität ist nicht gegeben, ein Rückschluss auf die Veranstaltung und/oder die meldende Person ist möglich. Die Studierenden haben dieses System nicht genutzt. Auch die Meldung über die Leitstelle wurde nicht genutzt. Dafür enthalten die Jahresevaluationen der Studierenden in zunehmendem Maße Meldungen zu machtmisbräuchlichem Verhalten der Lehrenden. Meldungen über sexistische oder rassistische Äußerungen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Wir gehen einzeln auf die Meldungen ein und gehen mit den jeweiligen Ordinarien auf Augenhöhe in den Diskurs.

Wie geht man aber mit anonymen Meldungen um? Es kommt vor, dass beim Gespräch auf Augenhöhe dann ein solcher Vorfall heruntergespielt wird (z.B. „wir sind einfach richtige Männer“). Die Einstellung, dass in der Medizin ein Bisschen noch erlaubt sein muss, ist nicht selten anzutreffen. Wo bleibt bei einer solchen Einstellung die Unternehmenskultur, wie können wir hier einen Kulturwandel erzielen? Wir brauchen effektive Meldewege, bei denen die Anonymität gewahrt bleibt und gleichzeitig eine vernünftige Reaktion auf ein Fehlverhalten.

von Oertzen

Es ist keine Zunahme der Fälle, sondern eine Zunahme der Berichte der Fälle. Das für sich ist ein positives Zeichen und nicht negativ zu deuten. Ein Kulturwandel braucht Zeit und Führung. Wir müssen deutlich machen, dass wir ein Fehlverhalten nicht tolerieren und von der Führungsebene das Signal geben, Vorbild zu sein. Das braucht mehr als ein Gespräch und ist eine kontinuierliche Arbeit. Es braucht eine strategische Ausrichtung, dass die Bekämpfung von Machtmissbrauch ein Punkt ist, der kontinuierlich auf der Tagesordnung steht, der im Bewusstsein und in den Handlungen steht.

Schellinger

Mich würde der Ansatz von Herrn Sautermeister sehr interessieren, denn er hat durch seine Funktionen sicherlich die größte Erfahrung. Es geht um die Governance, die Prozesse, aber auch um die persönliche Ebene, Fehlverhalten nicht unter den Teppich zu kehren.

Sautermeister

Wir brauchen Rollenklarheit. Es macht eben einen Unterschied, ob man lediglich als Kollege oder in der Funktion des Studiendekans mit diesem Kollegen spricht. Als Studiendekan bewertet man etwa einen Vorfall als gravierend und nicht akzeptabel und hat

deshalb entsprechend zu reagieren. Für bestimmte Formen und Schweregrade von Fehlverhalten, nämlich Diskriminierung, sind spezielle Ansprechpersonen zuständig und gilt das AGG, also das Allgemeine Gleichstellungsgesetz. Dann können festgelegte Prozeduren und Maßnahmen greifen. Solche Verfahrenswege sind dann konsequent anzuwenden.

Lassen Sie mich noch etwas Anderes sagen, weil es mir wichtig ist: Je häufiger die von Machtmissbrauch Betroffenen ihre Erfahrungen gegenüber unterschiedlichen Ansprechpersonen erneut schildern müssen, desto belastender ist es für die Betroffenen. Das ist möglichst zu vermeiden. Und zugleich ist eine solche Wiederholung ein Indikator für einen Verbesserungsbedarf, um die Transparenz und Distinktheit der Ansprechpersonen zu verbessern, um die Verfahrenswege hinsichtlich klarer Zuständigkeiten zu überdenken und um zielführende Unterstützungsangebote zu schaffen.

Rose

Ich habe mich wegen meiner eigenen Erfahrungen mit Machtmissbrauch gegen eine Karriere in der Wissenschaft entschieden. Die bestehenden Hierarchien und Strukturen fördern den Machtmissbrauch, weil Personen in bestimmten Positionen Macht erhalten und es genießen, sie ausnutzen zu können. Es wurde hier über die Reflexion von Menschen in Führungspositionen gesprochen. Was tun wir, wenn Menschen nicht führen können und was muss sich ändern, damit nicht noch mehr Personen aus der Wissenschaft vertrieben werden?

Rosenthal

Sie haben die Frage schon zu einem Teil selbst beantwortet – man muss in solchen Fällen konsequent durchgreifen. Es gibt gesetzliche Regelungen. Diese müssen angewendet werden. Ein kollegialer Umgang reicht in diesen Fällen nicht.

Es ist relativ schwierig und aufwendig, dann weitergehende Maßnahmen zu ergreifen. Außenstehende erwarten, dass bei einem Vorkommnis die betreffende Person sofort gehen muss. Zwar kann auf Grundlage des Hausrechts dafür gesorgt werden, dass diese Person für eine bestimmte Zeit nicht in die Institution kommen darf. Letztlich ist es aber dann doch ein juristisches Verfahren, welches den Vorfall klären muss, strafrechtlich und beamten- bzw. arbeitsrechtlich. Das ist Außenstehenden relativ schwer zu vermitteln.

Um auf das neue Hochschulstärkungsgesetz in Nordrhein-Westfalen zurückzukommen – in dem neuen Gesetzentwurf sehe ich etwas die Tendenz, dass die Hochschulen gezwungen werden sollen, selbst Aufgaben der Strafverfolgungsbehörden zu übernehmen, was nicht ihre Aufgabe ist. Ich habe da Bedenken.

Der Prozess eines Kulturwandels ist nicht einfach und schnell umzusetzen. Das bedeutet aber nicht, dass wir nicht konsequent Fälle eines Machtmissbrauches oder Fehlverhaltens in erforderlichem Maße ahnden müssen.

Schellinger

Kann man diese Dinge nicht schnell ändern? Bei einem langwierigen Prozess werden viele unzufrieden sein. Ich habe inzwischen mehr mit der Industrie zu tun, und meine vielfältigen Auslandserfahrungen haben mir gezeigt, dass Trainings und Workshops schnell etwas ändern können, schneller, als es Gerichtsverfahren tun.

Wir müssen konsequent handeln. Wenn wir mit der Industrie zusammenarbeiten, erleben wir dort einen Professionalisierungsgrad, der viele im wissenschaftlichen Alltag als „normal“ empfundene Vorgehensweisen als ein komplettes „No Go“ klassifizieren würde. Es sind dort keine anderen Menschen, sie haben aber etwas Anderes gelernt. Wir müssen daher immer wieder an die Lernfähigkeit von Führungspersonen appellieren.

Sautermeister

Hinzu kommt, dass viele Formen von Machtmissbrauch unterhalb der juristischen Schwelle bleiben. Das meiste davon lässt sich nicht juristisch regeln, wenn man eine Überregulierung vermeiden möchte. Das bedeutet aber nicht, dass es keine Selbstverpflichtungen von Universitäten und ihrer Angehörigen geben könnte. Wir benötigen daher weitere Differenzierungen. Denn Machtmissbrauch ist nicht gleich Machtmissbrauch. Man braucht eine Typologie, um dann zu klären, wie man mit den einzelnen Formen umgehen soll.

Nehmen wir als Beispiel die Machtfülle einer Person, die eine Promotion betreut. Ist eine Fakultät bereit, eine Kommission aus mehreren Personen einzurichten, an die sich ein Doktorand wenden kann, wenn er sich einem Machtmissbrauch durch seinen Promotionsbetreuer ausgesetzt sieht? Wenn er sich unter Druck gesetzt fühlt und keinen Ausweg sieht, kann er sich an die Kommission wenden, um sich um eine Klärung zu bemühen. Sollte sich keine konstruktive Lösung zwischen Doktoranden und Betreuer finden lassen, könnte die Kommission für eine neue Betreuerin sorgen. Der Promotionsausschuss wäre dann befugt, diese als neue Betreuungsperson zu benennen, gegebenenfalls auch gegen den Willen des ursprünglichen Betreuers.

Sicherlich, schnelle Änderungen sind schwierig zu erzielen. Viele Instrumente und Maßnahmen haben mit Selbstverpflichtung zu tun, um eine achtsame und machtsensible Kultur umzusetzen. Eine Kultur kann man nicht ohne strukturelle Maßnahmen verändern, und man kann sie nicht ohne Personen umsetzen. Es sind also viele Schritte, die

gegangen werden können und müssen. Jeder einzelne Schritt hat einen Impact, die in ihrem Zusammenwirken dann zu einer Änderung führen können.

Rosenthal

Ein Machtmissbrauch spielt sich zumeist zwischen zwei Personen in einem abgeschlossenen Raum ab. Es ist wichtig, diese abgeschlossenen Räume zu öffnen. Eine Kommission oder eine Plattform in der Fakultät ist eine Möglichkeit der Öffnung. Post Docs sollten nicht nur auf eine Person angewiesen sein. Stattdessen sollte es eine breitere Interaktion geben, in der alle Personen ihre Stimme erheben können, die kein direktes Interesse an dieser Position haben. Das ist ein wichtiger Grundsatz von Strukturveränderungen, die wir anstreben müssen.

Hornberg

Ich fand den Aspekt sehr interessant, welche Wege Menschen in der Hierarchie gehen, und welche Menschen mit welchen Kompetenzen erlangen Führungspositionen. Das geht in Richtung der Frage „Wen wählen wir aus?“. Gibt es dazu Forschung? Meine zweite Frage zielt darauf ab, dass sich Menschen verändern, wenn sie in eine Position kommen. Es können sich dann plötzlich Persönlichkeitseigenschaften offenbaren, die vorher gar nicht erkannt worden sind. Haben erlernte Persönlichkeitscharakteristika eine Bedeutung im Arbeitsalltag?

Sautermeister

Die Personalauswahl ist daher ein wichtiger Punkt. Ein konkretes Beispiel: Wenn man in einem Berufungsverfahren als Kriterium einführt, dass die Bewerbung den Nachweis einer absolvierten Führungskräfte-Weiterbildung beinhalten soll, stellt sich die Frage, ob das als ein notwendiges Kriterium definiert wird und, wenn ja, ob man so geeignete Bewerbungen nicht von vornherein ausschließt. Wenn man solche Qualifikationen dagegen als Anreiz formulieren würde, könnte die Auszahlung eines Teils der Berufungszusagen an die Teilnahme an einer Weiterbildung geknüpft werden. Um bei der Personalauswahl also beweglich zu werden, müssen die Instrumente flexibel sein.

Bekanntermaßen lassen sich stabile Persönlichkeitsmerkmale nicht so einfach verändern. Wenn dann noch eine entsprechende eher machtunkritische Organisationskultur und entsprechende Strukturen dazu kommen, wird es noch schwieriger. Dann sind Trainings und Workshops ein erster und wichtiger Ansatzpunkt. Ich habe selbst gute Erfahrungen damit gemacht, über verschiedene Fakultäten hinweg mit unterschiedlichen Statusgruppen miteinander zu arbeiten. Üblicherweise bleiben die Statusgruppen gern unter sich. Spannend wird es, wenn die Diskussionen und Gespräche generatio-

nenübergreifend und statusübergreifend ablaufen. Das halte ich für ein weiteres, wichtiges Element, um Kulturen überhaupt sichtbar und besprechbar zu machen in der Hoffnung, sie zu verändern.

Emami

Bis vor einigen Jahren existierte dieses Problem in unserem Bewusstsein noch gar nicht. Die Aufgaben für Führungspersonen sind sehr vielfältig. Man ist Lehrer, Forscher, Abteilungsleiter, Ökonom u.s.w. in einer Person. Das bedeutet aber auch, dass die Wahrnehmung dieser Funktion mit einer extremen Machtfülle einhergeht. Warum tun wir uns in der Medizin so schwer und lassen die Abteilungen nicht nur von einer Person, sondern von einem Kollegium leiten? Was spricht gegen Kollegialsysteme, die anderenorts auch praktiziert werden?

von Oertzen

Ich habe 9 Jahre in England gearbeitet, wo ein Kollegialsystem herrscht. Das bedeutet aber nicht, dass dort keinen Machtmissbrauch stattfindet. Es gibt ihn dort in anderer Art und Weise. Wir müssen die Probleme anders angehen, als nur die Struktur der Hierarchie zu beleuchten. In der kollegialen Struktur habe ich häufig Entscheidungsschwächen gesehen, weil alle *primum inter pares* sind und niemand da ist, der sagt, wo es langgeht. Damit kommen wir zur Führungsschwäche, denn, wenn keine Entscheidung getroffen wird, ist das nicht unbedingt von Vorteil. Das wäre ein Thema für eine eigene Podiumsdiskussion. Wir müssen uns gut überlegen, mit welchen Maßnahmen wir dem Machtmissbrauch begegnen können. Unser Zertifikatsstudiengang könnte ein solcher Schritt in Richtung einer Führungsposition sein, die auch noch deutlich unter der Ebene eines Direktorates liegen kann, wie z.B. die Position einer Oberärztin oder eines Oberarztes. Gleiches gilt auch für Leitungsfunktionen außerhalb der ärztlichen Ebene, wie z.B. für die Stationsleitungen.

Sautermeister

Um das Problem anzugehen, braucht es eine starke Leitung. Man wird auf viel Widerspruch und Widerstand stoßen und darf nicht sofort auf eine breite Zustimmung hoffen.

Schellinger

Manche möchten alles bei einer Person zusammenhalten und können gar nicht delegieren, während andere froh sind, Aufgaben abgeben zu können. Diese Persönlichkeitsmerkmale müssen mit bedacht werden.

Şenel

Ich danke allen Diskussionsteilnehmern für ihre Fragen und den Teilnehmenden auf dem Podium für ihre Beteiligung an der Diskussion und schließe damit diesen Tagesordnungspunkt.



Urkundenverleihung Master of Medical Education



Übergabe der Urkunden zum Master of Medical Education (MME)

Moderation: Elif Şenel
Journalistin und Rundfunkmoderatorin

Meine Damen und Herren,
liebe Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs,

wir werden jetzt gleich viele Menschen vorstellen, die einer sehr verantwortungsvollen Aufgabe in der Weiterbildung nachgehen und viele weitere Aspekte der Lehre vertieft haben. Es geht um den Master of Medical Education (MME). Seit über 20 Jahren wird dieser Master-Studiengang nun schon angeboten, viele Master-Studierende haben ihn in dieser Zeit absolviert. Der MME ist aus einer Initiative des Medizinischen Fakultätentags entstanden und erhält eine Förderung vom Stifterverband der Deutschen Wissenschaft und der Heinz-Nixdorf-Stiftung.

Im MME geht es um eine sehr anspruchsvolle Frage: Wie kann ich gut Wissen weitergeben? Es geht um die Lehre, um das Erlernen von didaktischen Techniken, um medizinische Ausbildung und um die Professionalisierung der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung, damit die Lehre eine höhere Qualität erreicht.

Frau Prof. Kadmon ist die Vorsitzende der Akademie für Ausbildung in der Hochschulmedizin (AHM) und wird nun einige Worte der Einführung für unsere Absolventinnen und Absolventen sprechen:

Kadmon

Vielen Dank für die Einführung. Ich würde gern drei Punkte ansprechen, bevor wir mit der Urkunden-Übergabe beginnen.

1. Der MME hat etwas verändert. Wir haben eine große Zahl an Protagonisten, die der Hochschullehre an den Fakultäten eine Stimme gegeben haben. Das geht nun schon so seit 21 Jahren. Gerade hat die 21. Kohorte ihr Masterstudium begonnen.
2. Der MME erfreut sich immer noch großer Zustimmung – größerer, als wir es in unserer Anfangsphase wahrgenommen haben. Wir haben jetzt doppelt so viele Bewerbungen, wie wir Plätze haben. Ich würde uns als Fakultäten ermutigen, deshalb diese Unterstützung unbedingt aufrecht zu erhalten.

3. Die Fakultäten haben etwas von den Absolventinnen und Absolventen. Wir können gern in eine zukunftsorientierte Diskussion eintreten, bei der wir sehen werden, was wir gewinnen und was wir noch mehr tun können. Unabhängig davon haben die Absolventinnen und Absolventen etwas ganz Persönliches vom MME, und das wollen wir jetzt erst einmal in den Vordergrund stellen.

Ich gebe daher nun das Wort an Frau Şenel zurück und bitte sie, mit der Urkundenübergabe zu beginnen.

Şenel

Ich werde nun die 24 Absolventinnen und Absolventen in Sechsergruppen nach vorn auf die Bühne bitten. Mit einigen von Ihnen werde ich ein kurzes Interview führen, bevor wir uns am Ende zu einem großen Gruppenbild hier versammeln werden.

Die Urkunden für das MME-Master-Diplom werden von den Mitgliedern der MME-Studiengangsleitung, Prof. Dr. Jana Jünger und Prof. Dr. Martin Fischer, beide Angehörige der Universität Heidelberg, und von Prof. Martina Kadmon, Vorsitzende der AHM, übergeben.

Ich bitte die ersten Absolventinnen und Absolventen nach vorn:

Dr. Farzin Adili, Klinik für Gefäßmedizin, Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie, Klinikum Darmstadt

Barbara Annweiler, Medical School Hamburg, Campus Schwerin

Dr. Till Bachmann, Helios Universitätsklinikum Wuppertal

Dr. Tim Clarner, Institut für Anatomie und Zellbiologie, Universität Bonn

Dr. Sabine Drossard, Universitätsklinikum Würzburg

Dr. Henning Fischer, Luzerner Kantonsspital

Ich stelle mich einmal zwischen Sie, Herr Bachmann und Herr Clarner und frage Sie, was Ihnen persönlich der MME gebracht hat. Haben Sie bereits jetzt Pläne, die Sie für die Lehre umsetzen möchten? Welche Rolle spielt der MME in der Grundlagenforschung?

Till Bachmann

Ich komme aus Wuppertal und musste dort erst etwas kämpfen. Etwas möchte ich in der eigenen Abteilung umsetzen. Wir haben schon einiges getan, können das aber nun noch professioneller tun und wollen das, was wir in der Anästhesie starten, auf die anderen Abteilungen auszuweiten. Das ist schwierig, man trifft auf Widerstände. Wir haben bereits das PJ-Logbuch in Gebrauch. Das haben wir überarbeitet und werden es für die anderen Abteilungen auch so ausrollen. Das wird nicht ganz einfach, aber ich bin motiviert.

Tim Clarner

Für mich persönlich war das Größte am MME, Einblick in die Lehre an anderen Fakultäten zu erhalten, Abläufe und Strukturen, die man an allen Fakultäten hat, miteinander vergleichen zu können und welche tollen Projekte es überall gibt und wie unterschiedlich und wie erfolgreich die verschiedenen Lehrprojekte umgesetzt werden. Dieses Netzwerk und diesen Einblick will ich in die Planung und Strukturierung der eigenen Lehrveranstaltungen mitnehmen. Die Veränderungen im Curriculum waren für mich der wichtigste Aspekt. Für uns in der Vorklinik ist es besonders wichtig, die Verbindungen in die Klinik zu erreichen und zu sehen, welche Denkweisen und welche Ansätze es in den klinischen Bereichen gibt, die man dann in die Vorklinik einbinden kann und umgekehrt. Hier erfahre ich die Unterstützung der Studierenden und auch aus der Leitungsebene der Fakultät.

Şenel

An Frau Drossard richte ich die Frage, was für Sie das Spannendste auf dem Weg zum MME war. Was kommt nun nach dem Master?

Sabine Drossard

Ich bin und bin auch die erste Kieferchirurgin, die den MME gemacht hat. Ich engagiere mich jetzt vor allem für die chirurgische Weiterbildung. Ich möchte erreichen, dass sich die kieferchirurgische Aus- und Weiterbildung verbessert, damit wir mehr Vertreterinnen und Vertreter dieses Faches in Deutschland haben. Der MME hat mir gezeigt, dass man an dieses Thema wissenschaftlich herangehen kann.

Şenel

Ich rufe nun die nächsten Absolventinnen und Absolventen nach vorn:

Dr. Kristina Flägel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Prof. Dr. Sabine Fredersdorf-Hahn, Innere Medizin/Kardiologie, Universität Regensburg

Sabine Gehrke-Beck, Charité Universitätsmedizin Berlin

Dr. Jaqueline Jennebach, Leiterin Bereich Lehre beim Medizinischen Fakultätentag, Berlin

Dr. Daniela Kampmeyer, Lehrbeauftragte der Medizinischen Klinik 1, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

PD Dr. Fee Klupp, Universitätsklinikum Heidelberg

Nun führe ich ein kleines Interview mit Frau Gehrke-Beck und Frau Jennebach. Was war für Sie in diesem Masterstudiengang ganz zentral? Was haben Sie für Pläne, die Sie nach dem Abschluss umsetzen wollen?

Sabine Gehrke-Beck

Am erstaunlichsten und tollsten für mich war, was entsteht, wenn man der Lehre Raum gibt und Menschen hat, die sich dafür interessieren. Das habe ich auf den verschiedenen

Ebenen festgestellt. Wir haben nun ein Institut für Lehrforschung gegründet und wollen die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner unter den allgemeinmedizinischen Standorten bundesweit vernetzen. Wir wollen dabei jene, die an der Lehre interessiert sind, zusammenbringen, um gemeinsam eine Verbesserung der allgemeinmedizinischen Lehre zu erreichen.

Jaqueline Jennebach

Für mich ist die Situation ein wenig anders, denn ich bin beim Medizinischen Fakultätentag in der Verbandsleitung tätig. Ich profitiere von dem, was ich beim MME mitgenommen habe, enorm, denn ich habe viele Standorte kennen gelernt. Jetzt wartet auf mich ein bunter Strauß an Themen, in die ich durch die Grundlagen, die ich beim MME gelernt habe, viel besser einsteigen kann. Durch das entstandene Netzwerk kann ich zudem auch ein Ohr am Gleis haben und hoffe, so meine Erfahrungen weiter ausbauen zu können.

Şenel

Ich bitte nun die nächste Gruppe nach vorn und begrüße auf der Bühne

Dr. Richard Lux, Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen IMPP, Mainz

Helen Mayrhofer, Universitätsmedizin Göttingen

Dr. Melissa Annabelle Neubacher, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Dr. Rastislav Pjontek, RWTH Aachen

Dr. Rebecca Reichel, Universitätsklinikum Tübingen

PD Dr. Fabian Riedel, Universitätsklinikum Heidelberg

Herzlichen Glückwunsch auch Ihnen allen.

Herr Pjontek, wie hat bei Ihnen in den Jahren des MME ganz viel bewegt, was möchten Sie weiter als Master in Ihren Bereich hineinragen?

Rastislav Pjontek

Wie wir es schon von den Absolventinnen vor mir gehört haben, ist das Netzwerk, die MME-Community für mich besonders wichtig. Ich konnte ein Teil dieser Community werden. Das werde ich fortsetzen und weiter ausbauen, denn das ist eine wichtige Voraussetzung für interdisziplinäre und multizentrische Zusammenarbeit. Dafür bin ich sehr dankbar.

Şenel

Ich darf nun die letzte Gruppe nach vorn bitten und begrüße

Dr. Philipp Spitzer, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik Erlangen

Katharina Sternecker, Anatomische Anstalt der LMU München

Dipl.-Psych. Kai-Uwe Ralph Strelow, Leiter Patientensicherheit und Human Factors, Universitätsmedizin Mainz

Dr. Désirée Tampe, ehemals Universitätsmedizin Göttingen, jetzt Eintritt in hausärztliche Praxis

Dr. Tina Thomas, Universitätsklinikum Dresden

Dr. Christian Weigel, Universitätsklinikum Düsseldorf.

Wie groß ist die Erleichterung, nun alles geschafft zu haben?

Tina Thomas

Die Erleichterung ist schon groß. Der MME hat meinen Horizont erweitert. Ich konnte die Erfahrungen der eigenen Fakultät mit denen anderer Fakultäten verbinden, vieles Neue kennen lernen und habe davon sehr profitiert.

Şenel

Herzlichen Glückwunsch und einen ganz großen Gesamtapplaus an alle Absolventinnen und Absolventen des MME-Studienganges 2025.



Tagungsimpressionen VIII



Voraussetzungen für ein erfolgreiches Studium – muss das Abitur noch eine Rolle spielen?

Moderation: Elif Şenel



Einführung zum Thema Bedeutung des Abiturs als Studienvoraussetzung

Elif Şenel

Journalistin und Rundfunkmoderatorin

Meine Damen und Herren,

Im letzten Teil unserer Tagesordnung wird es um ein wichtiges und spannendes Thema gehen, die Voraussetzungen für die Zulassung zum Medizinstudium. Wenn man bei Google „n.c. Medizin“ eingibt, erhält man einen ganzen Satz an Fragen, die zu diesem Thema gestellt wurden, und eine davon ist „Kann ich mit einem Abiturdurchschnitt 4,0 auch Medizin studieren?“ Die Antwort ist gar nicht so einfach.

Wir werden diese Frage sicherlich nachher beantworten und in der Diskussion auch versuchen zu klären, was das Ziel der verschiedenen Zulassungskriterien sein soll. Der Abiturdurchschnitt ist seit vielen Jahren ein wichtiger Faktor bei der Auswahl der Studienbewerbenden. Für das Medizinstudium benötigt man einen Durchschnitt von 1,0 bis 1,2. Dieser Durchschnitt war für viele Jahre ein recht zuverlässiger Prädiktor für den erfolgreichen Studienabschluss. Der gute Studienabschluss ist dann die Voraussetzung, eine gute Ärztin oder ein guter Arzt zu werden. Wenn das so richtig ist, kommt die Frage auf, warum wir überhaupt an den Zulassungskriterien oder dem Wert des Abiturs etwas ändern sollten. Sollte man den n.c. überhaupt in Frage stellen?

Man könnte aber auch die Frage formulieren, was denn ein erfolgreiches Studium überhaupt ausmacht. Ist es das erfolgreiche Absolvieren aller Prüfungen, der Studienabschluss in der Regelstudienzeit, oder müsste man die Frage anschließen, was eigentlich die gute Ärztin oder den guten Arzt ausmacht und welchen Anteil daran der gute und erfolgreiche Studienabschluss hat?

Was nützt mir eine hervorragende Ärztin, wenn ich erst einmal über Stunden unterwegs bin, um zu ihr zu kommen? Den Begriff des Ärztemangels gibt es nicht erst seit einigen Tagen. Brauchen wir dann nicht viel mehr Ärztinnen und Ärzte und können wir dieses Problem durch mehr Studienplätze und mehr Zulassungen lösen? Irgendwann sind die Arztstellen in den Großstädten gesättigt, dann müssen die neuen Absolventinnen und Absolventen in die Randgebiete gehen. Ist damit das Problem des Ärztemangels dann gelöst? Brauchen wir vielleicht etwas Anderes als den n.c. und könnten wir das Problem durch Quoten, wie die Landarztquote oder die Landeskinderquote lösen?

Wer wird eigentlich Ärztin oder Arzt? Fast die Hälfte der Medizinstudierenden hat zwei Elternteile, die über einen Hochschulabschluss verfügen. Wie gerecht und fair sind unsere Auswahl- und Zulassungssysteme, wie gewähren sie die Chancengleichheit?

Ich freue mich auf unsere Podiumsteilnehmenden und die Diskussion!



Impulsvortrag

Voraussetzungen für ein erfolgreiches Studium: Muss das Abitur noch eine Rolle spielen?

Prof. Dr. Martina Kadmon
Dekanin der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg
Vizepräsidentin des MFT, Augsburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren,

die Frage, ob das Abitur bei der Auswahl von Medizinstudierenden als Voraussetzung für ein erfolgreiches Studium noch eine Rolle spielen sollte, kann ich mit „ja“ beantworten.

Aktuell wird immer wieder eine zu starke Gewichtung der Abiturnote bei der Auswahl von Medizinstudierenden kritisiert, die viele motivierte und sozial engagierte Schulabgänger abschrecken könnte, das Medizinstudium in Angriff zu nehmen. Es besteht noch immer der Eindruck, dass Medizinstudierende nur nach Abiturnote ausgewählt werden – das ist allerdings schon seit fast 15 Jahren nicht mehr der Fall. Es wird ebenfalls befürchtet, dass wir die Falschen auswählen und dass bei Abiturientinnen und Abiturienten mit einem 1,0er Abitur zwar eine hohe Intelligenz gegeben ist, dass ihnen aber soziale und kommunikative Kompetenzen fehlen – **dafür gibt es aber keine Evidenz!**

Bereits seit 2011 – damals noch mit einer Abiturbestenquote für 20% der Studienplätze – besteht eine breite Chance auch ohne 1,0er Abitur Medizin zu studieren. Selbst mit einem Abiturdurchschnitt von 4,0, wenn die kognitiven Leistungen in einem Studieneignungstest sehr gut sind. Wir können also schon heute das Abitur deutlich geringer gewichten, nutzen diese Möglichkeit allerdings flächendeckend noch nicht so, wie wir es könnten.

Ich möchte in meinem Impulsreferat vier Themenkomplexe adressieren, die uns möglicherweise dann auch in der anschließenden Podiumsdiskussion begleiten werden:

Wie wählen wir Medizinstudierende aktuell aus?

Welche Spielräume können die Fakultäten nutzen und welche nutzen sie tatsächlich?

Wählen wir die Falschen aus?

Sind (weitere) Vorabquoten eine Lösung für Versorgungsengpässe?

Die aktuelle Auswahl der Medizinstudierenden erfolgt in vier Quoten (Abbildung 1). Eine Vorabquote von bis zu maximal 20 % ist im Staatsvertrag festgelegt. Dazu gehören Studierende mit einer verpflichtenden Berufsausübung in Bereichen eines besonderen öffentlichen Bedarfs, wie z.B. Studierende in der Landarztquote. Nach Abzug der Vorabquoten werden die verbliebenen Studienplätze in drei Hauptquoten vergeben. Die „zusätzliche Eignungsquote“ (ZEQ) im Umfang von 10 % der Studienplätze hat die frühere Wartezeitquote abgelöst, sie müssen schulnotenunabhängig vergeben werden. Für Bewerbende in dieser Quote werden Studieneignungstests, Interviewverfahren und Berufstätigkeit in einem medizinnahen Fachgebiet zur Auswahlentscheidung herangezogen. Für das Auswahlkriterium einer beruflichen Qualifikation gibt es übrigens keine durchgängige Evidenz für eine größere Studieneignung. Im Auswahlverfahren der Hochschule (AdH) müssen nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2017 neben der Abiturnote noch zwei weitere Kriterien zur Auswahl der Studierenden herangezogen werden. Das ist auch der Grund, warum jede Fakultät für ihr Auswahlverfahren das Ergebnis eines Studieneingangstests nutzt. Es können fachbezogene Abitureinzelnoten oder die Abiturdurchschnittsnote eingesetzt werden. Dabei sagt die Durchschnittsnote den späteren Studienerfolg besser voraus als Einzelnoten, die auch von keiner Fakultät genutzt werden. In der AdH-Quote können die Fakultäten auch eine Binnenquote nutzen und zum Medizinstudium ganz ohne Abitur zulassen. Die Abiturbestenquote hat momentan einen Anteil von 30 % an den Zulassungen. Es waren bis 2019 nur 20 %, und es war damals in der Diskussion ein wirklich großes Anliegen, diesen Anteil auf 30 % zu steigern. Auch diese 30 % sind im Staatsvertrag verankert.

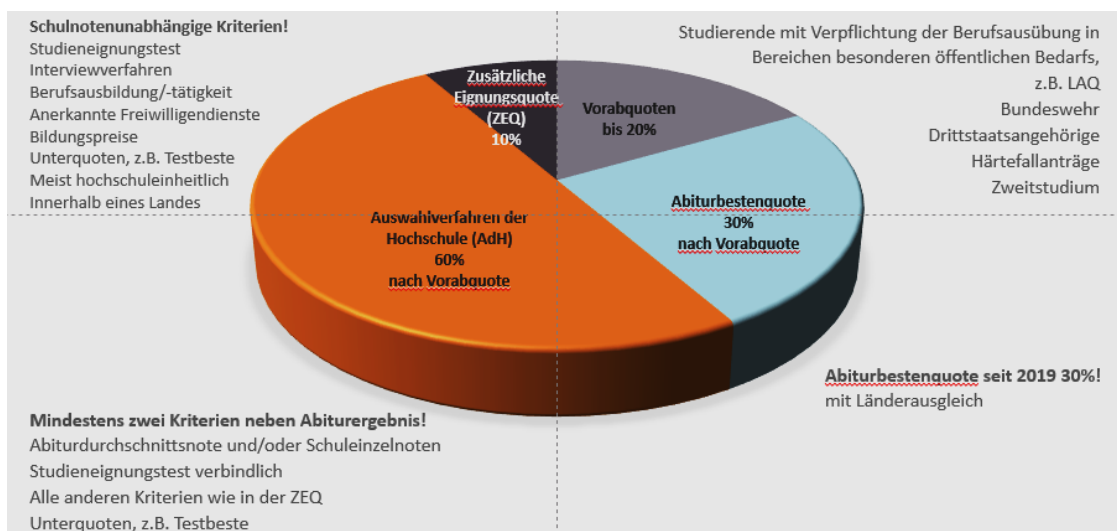


Abb.1: Auswahlkriterien für die vier Zulassungsquoten zum Medizinstudium. Die Prozentanteile der Abiturbestenquote und der Quoten für ZEQ und AdH ergeben sich nach Abzug der Vorabquote von maximal 20 %.

Die Spielräume, die die Fakultäten bei der Auswahl nutzen können, sind in Abbildung 2 zusammengefasst. Die größten Spielräume haben die Fakultäten in der AdH und ZEQ. Viele dieser Spielräume werden allerdings nicht genutzt. Der Staatsvertrag sagt z.B., dass mindestens ein schulnotenunabhängiges Kriterium in AdH erheblich gewichtet werden muss. Er sagt aber nicht, was die „erhebliche Gewichtung“ ausmacht. Die frühere Regelung, dass dem Abitur mehr als 50 % der Gewichtung zufällt, gilt nicht mehr. Es braucht aber einen gewissen Mut, der Abiturnote eine deutlich geringere Gewichtung zuzuweisen. In der ZEQ-Quote besteht die Möglichkeit, bestimmte Leistungen, wie Studieneignungstests oder vorhandene Berufsausbildung besonders zu gewichten oder auch eine Testbesten-Unterquote einrichten. Das ist dann eine Entscheidung, die in den Bundesländern getroffen und beschlossen werden muss.



Abb. 2: Spielräume der Fakultäten bei der Auswahl der Bewerbenden in den Quoten ZEQ und AdH.

Wie nutzen wir diese Möglichkeiten tatsächlich?

Beim Vergleich der Gewichtung von Abitur versus Test (Abbildung 3) zeigt sich, dass nur wenige Fakultäten das Abitur mit weniger als 25% gewichten, die überwiegende Mehrzahl der Fakultäten gewichtet das Abitur noch immer zwischen 25 und 50% oder höher. Die Gewichtung von Studieneignungstests im AdH liegt in der überwiegenden Mehrzahl der Fakultäten unter der Gewichtung der Abiturnote.

Hier gäbe es noch Spielräume, die Abiturnote im Vergleich zu Studierfähigkeitstests geringer zu nutzen, wenn das gewollt ist.

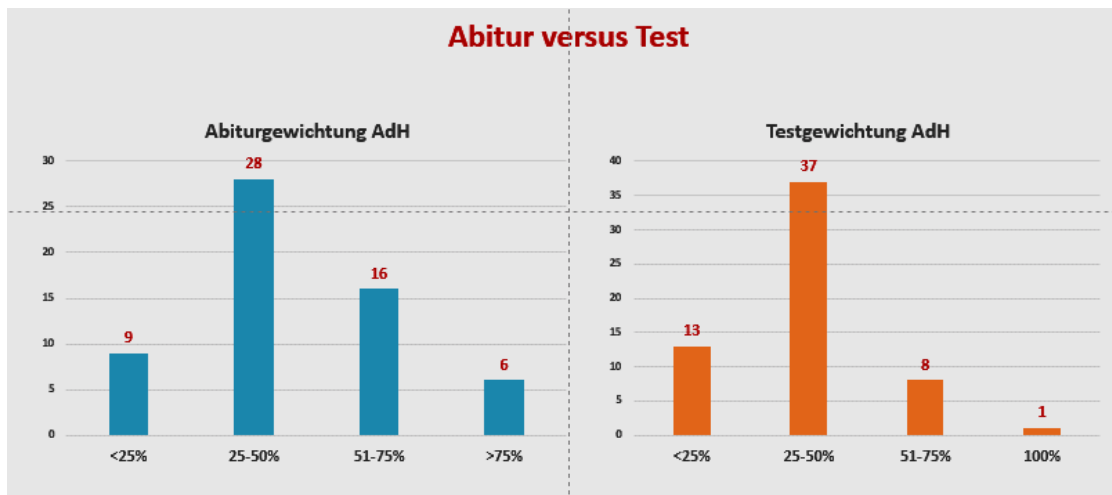


Abb. 3: Nutzung der Spielräume durch die Fakultäten: Betrachtung von Abiturgewichtung und Testgewichtung. Zahlen in Rot sind Anzahlen der Fakultäten.

Bei der Nutzung des Tests ergibt sich ein ähnliches Bild für die Auswahl im AdH (Abbildung 4): Nur wenige Fakultäten nutzen die Studierfähigkeitstests mit einer sehr hohen Gewichtung. In der ZEQ sind das mehr, weil dort das Abitur keine Rolle spielt, sondern die Auswahl schulnotenunabhängig erfolgen muss. Das Vorgehen bei der ZEQ ist in den Bundesländern sehr unterschiedlich. Hier wäre eine Diskussion über weitere Nutzung von Spielräumen möglich.

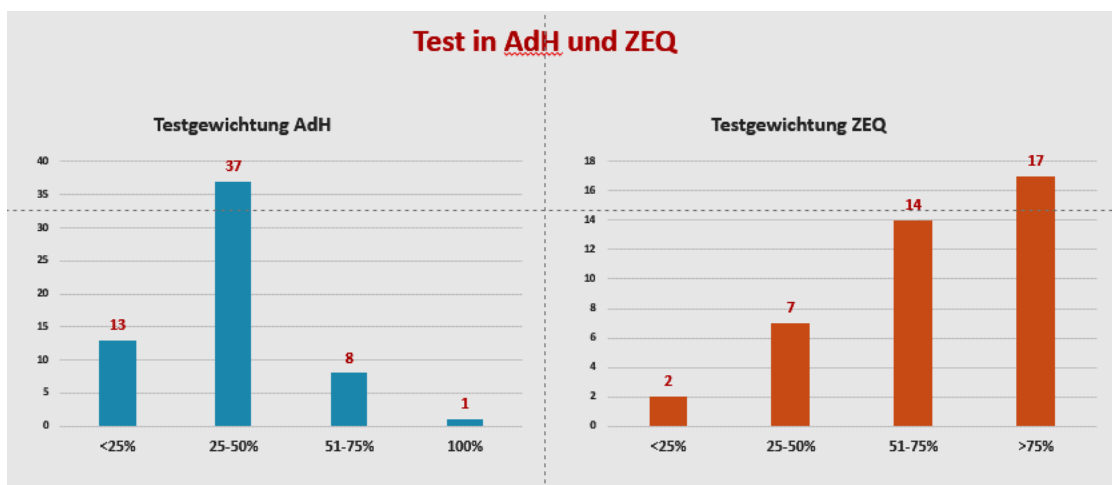


Abb. 4: Nutzung der Spielräume durch die Fakultäten: Betrachtung von Testgewichtung in den Quoten AdH und ZEQ. Zahlen in Rot sind Anzahlen der Fakultäten.

Ich kann an dieser Stelle ein erstes **Zwischenfazit** ziehen:

Wir haben die Spielräume und die Rechtssicherheit, die Abiturdurchschnittsnote im Vergleich zu anderen Kriterien deutlich weniger zu gewichten, nutzen sie aber nicht in dem Maße, wie wir es könnten.

Wählen wir die Falschen aus?

Ich glaube nicht, dass wir die falschen Bewerbenden auswählen. Das Bundesverfassungsgericht hat uns in seinem Urteil auferlegt, dass wir Auswahlkriterien nutzen müssen, die

- die Eignung für Studium und späteren Beruf ausdrücken,
- eine hohe Vorhersagekraft für Studienerfolg und den „guten Arzt“ haben
- validiert und standardisiert sind.

Ich möchte an dieser Stelle anmerken, dass eine Auswahl nach Eignung für den ärztlichen Beruf eine sehr schwierige und hochkomplexe Fragestellung ist. Hier müsste zunächst definiert werden, was eigentlich die gute Ärztin oder den guten Arzt ausmacht. Wir führen diese Diskussion, haben dabei aber Nachholbedarf. Auch die Forderung nach Validierung und Standardisierung der Auswahlkriterien ist sehr hoch.

Ob die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Medizinstudium bei einer Bewerberin oder einem Bewerber gegeben sind, sagen am besten die Abiturnote und das Ergebnis eines Studierfähigkeitstests voraus. Herr Kollege Hampe wird uns in der nachfolgenden Diskussion sicher noch weiter erklären, welche Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Auswahlprozess einfließen.

In Abbildung 5 sind die aktuellen Evidenzen aus einer noch nicht veröffentlichten Publikation zusammengefasst, die für die Nutzung des Abiturs oder von Studieneignungstests zur Studierendenauswahl sprechen. Untersucht wurden die Zusammenhänge zwischen selbstberichteten Studienleistungen in den ersten beiden Studienjahren und den Ergebnissen in den Studieneignungstests sowie der Abiturdurchschnittsnote.

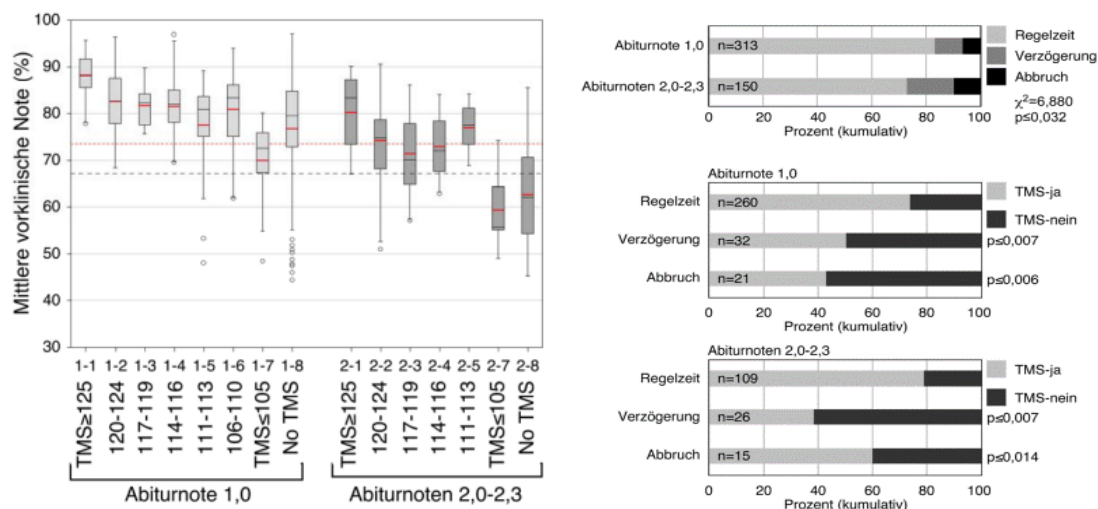
Aktuelle Evidenzen	
Abitur	Studieneignungstests
▪ Substantielle prädiktive Validität für Studien- erfolg, besonders im ersten Studienabschnitt ▪ Aktuell Tendenz einer geringeren prädiktiven Validität im Vergleich zu Studieneignungstests erkennbar ▪ Geringe inkrementelle Validität zusätzlich zu Studieneignungstests ▪ Wenig Varianz in der <u>Abiturbestenquote</u> ▪ Starker Zusammenhang zwischen <u>sozioökono-mischem Status</u> und Bildungserfolg ▪ Wenig bis keine Adaptivität	▪ Substantielle prädiktive Validität für Studien- erfolg, besonders im ersten Studienabschnitt ▪ Inkrementelle Validität zusätzlich zur Abiturnote ist höher als umgekehrte inkrementelle Validität der Abiturnote ▪ Konstruktvalidität → Fähigkeits- und Wissens-anteile ▪ Eingesetzte Testverfahren sind adaptiv und kürzbar und können kombiniert weitere Informationen ergänzen

Jähn et al., BMC Medical Education, under review

Abb. 5: Ergebnisse einer multizentrischen Studie aus den Jahren 2017 bis 2022 zum Wert von Abitur und Studieneignungstest für die Zulassung zum Medizinstudium.

Diese Analyse gründet sich ausschließlich auf selbstberichtete Erfolgsdaten. Andere Daten sind aus Datenschutzgründen derzeit nicht zugänglich.

Daten aus einer älteren monozentrischen Studie aus Heidelberg zeigen zudem, dass sich eine Gruppe von Studierenden mit mittleren Abiturleistungen und einem exzellenten TMS-Test in den Studienleistungen, wenn sie direkt nach dem Abitur ihr Studium beginnen, nicht von den Studierenden unterscheidet, die einen Abiturdurchschnitt von 1,0 zur Bewerbung mitbrachten (Abbildung 6). Das bedeutet, dass auch eine durchschnittliche Abiturnote – damals lag sie bei 2,3 – keine Vorhersage für ein Ausbleiben des Studienerfolges darstellt. Die Studienleistungen und der Studienerfolg hängen nicht allein von der Abiturnote ab. Zur Analyse wurden in dieser Studie die Ergebnisse fakultätsinterner Klausuren und Leistungskontrollen genutzt. Der TMS sagt nach diesen Daten sehr gut die Adhärenz zum Studium und die Einhaltung der Regelstudienzeit voraus.



- Studierende mit exzellenten TMS-Ergebnissen → gute Studienleistungen
- TMS kann die differentielle Studienleistung und -kontinuität von Studierenden mit durchschnittlichen Abiturnoten prognostizieren

Abb. 6: Vergleich der Studienleistungen bei Studierenden mit Abiturnote 1,0 und TMS-Test versus Studierende mit mittleren Abiturnoten und TMS-Test (linkes Diagramm) und Prädiktion des Studienabschlusses (Adhärenz zum Studium) in Abhängigkeit von Abiturnote und TMS-Testteilnahme (rechtes Diagramm). (Quelle: Kadmon & Kadmon, GMS Journal for Medical Education 2016, Vol. 33(1), 15-29, ISSN 2366-5017)

Die Daten aus Heidelberg sind sicher dadurch limitiert, dass sie monozentrisch nur an diesem Standort erhoben wurden.

Eine neue monozentrische Studie unter aktuellen Bedingungen aus Hannover (Tsikas & Fischer, GMS Journal for Medical Education 2025; 42(2)) belegt aber, dass die Zahl der Studienabbrüche nach Änderung der Auswahl in allen Quoten (AdH, Abiturbeste, ZEQ und auch noch Wartezeit) in jüngeren Studierendenkohorten (2020/21 versus 2017/19) tendenziell gesunken ist. In den jüngeren Kohorten war die Abiturnote weniger gewichtet als in den Kohorten 2017/2019, weil zum ersten Mal der TMS mitgenutzt wurde. In der älteren Kohorte waren das Abitur und das Interview die Auswahlkriterien.

Es zeigte sich außerdem ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Zulassungsquote und dem Studienfortschritt. Die Abiturbesten und die Studierenden der AdH-Quote schneiden besser in Prüfungen ab als Studierende der ZEQ oder der früheren Wartezeitquote.

Weiter zeigte diese Studie, dass signifikant mehr Prüfungen in den ersten beiden Studienjahren in der Regelstudienzeit abgelegt werden, wenn die Zulassung unter Nutzung des TMS erfolgte, dagegen Studierende, die über die Wartezeitquote ihre Zulassung erhielten, signifikant länger für die Prüfungen im ersten Studienabschnitt brauchten als die Studierenden, für deren Zulassung ein Studieneignungstest in der Auswahl mitgenutzt wurden.

Als letzten Punkt aus dieser Studie ergab sich ein wesentlich verlangsamtes Studium, wenn Studierende der Wartezeitquote mit Studierenden aus den neuen Quoten mit Tests verglichen wurden. Die Abiturbesten und die Studierenden aus der AdH-Quote schnitten besser in Prüfungen ab als Studierende der ZEQ oder der früheren Wartezeitquote. In der AdH-Quote der Studierenden ab dem Zulassungsjahr 2020/21 war die Gewichtung der Abiturnote reduziert zugunsten der Berücksichtigung des TMS.

Mein nächstes **Zwischenfazit** aus den genannten Studien lautet daher:

Testergebnisse sind den Abiturdurchschnittsnoten in Bezug auf ihre prädiktive Validität heute überlegen!

Wenn wir Tests einsetzen, kann die Abiturdurchschnittsnote geringer gewichtet werden, ohne wesentliche prädiktive Validität zu verlieren!

Fakultäten (AdH) und Länder (ZEQ) können innerhalb des aktuell geltenden Rechtsrahmens die Gewichtung der genutzten Auswahl-Verfahren anpassen, ohne den Staatsvertrag anpassen zu müssen.

Sind nun Vorabquoten Lösungen für Versorgungsengpässe?

Sie ahnen bei dieser Frage bereits meine Antwort – sie sind es nicht. Dennoch müssen wir sie differenziert diskutieren, denn sie steckt in vielen Köpfen, und der Druck ist hoch, das Problem des Ärztemangels auf diesem Wege lösen zu wollen.

Zunächst einmal erscheint es wichtig, dass sich die Hauptquoten von den Vorabquoten grundsätzlich dadurch unterscheiden, dass in den Hauptquoten eine Bestenauswahl nach bestimmten Kriterien stattfindet (Abbildung 7), während in den Vorabquoten ganz bewusst Bewerbende, die sich in eine bestimmte Karriererichtung entwickeln wollen, umworben werden.



Abb. 7: Konzepte, Vorschläge und bereits umgesetzte Vorab-Unterquoten in den einzelnen Bundesländern.

In der Abbildung 7 sind einige solcher Vorabquoten benannt, mit denen bestehende oder gefühlte Versorgungsengpässe beseitigt werden sollen. Im Forum Studierenden-auswahl des MFT diskutieren wir gerade, wofür bei diesen Quoten überhaupt Evidenz besteht und was für oder gegen die Einführung solcher zusätzlicher Vorabquoten spricht.

Ich will mal an einem konkreten Beispiel zeigen, welchen Karriereweg eine Bewerberin oder ein Bewerber nimmt und welche Erfahrungen er dabei machen kann im Gegensatz zu einer Bewerberin oder einem Bewerber, der mit 18 Jahren sein Abitur abgelegt hat und sich jetzt in einer Vorabquote auf einen Studienplatz bewirbt. (Abbildung 8).



Abb. 8: Ein Zeitstrahl des Medizinstudiums und einer 5-jährigen fachärztlichen Weiterbildung endet 2037/38 bei einem Studienbeginn im Jahr 2025.

Wenn die oder der Bewerbende in einer der Hauptquoten seine Zulassung zum Wintersemester 2025/26 erhält und seine Regelstudienzeit einhält, wird 2030 das M2-Examen abgelegt sein. Dazwischen passiert eine Menge, denn das Pflegepraktikum, die zunehmenden klinischen Inhalte im Studium und die Famulaturen verändern seine klinischen Erfahrungen. Auch das PJ bietet mit dem Wahlfach weitere Orientierungsmöglichkeiten. Es schließt sich nach dem Studium die fachärztliche Weiterbildung an und unser Bewerbender würde 2037/38 als Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin eigenverantwortlich tätig sein dürfen. Hat sich unsere hypothetische Bewerberin bzw. unser hypothetischer Bewerber in der Landarztquote um einen Studienplatz beworben, spielen alle neuen klinischen Erfahrungen während des Studiums für seine Karriereentscheidung keine Rolle mehr.

Ich habe das bewusst so deutlich und pointiert formuliert, denn wir müssen uns klarmachen, was es für einen jungen Menschen bedeutet mit all den neuen Erfahrungen während des Studiums, **keine Entscheidungs spielräume** mehr zu haben, wenn sie oder er über eine Vorabquote zugelassen werden. Neigungsorientierung ist ein wichtiger Punkt für Studienmotivation und Studienerfolg, diese spielt bei den Vorab-Unterquoten aber keine Rolle. Das Rollenmodell einer Landärztin oder eines Landarztes ist in den Vorstellungen der Bewerbenden sicher bis zu einem gewissen Grad vorhanden. Für viele der anderen geplanten Vorab-Unterquoten fehlt diese Vorstellung dagegen komplett.

Ich möchte das mit einigen anekdotischen Erfahrungen zu Zugelassenen aus der Landarztquote unterfüttern: In einem Bundesland, in dem die Daten vorliegen, haben 61 % der Zugelassenen den TMS mit einem durchschnittlichen Standardwert von 95 Punkten geltend gemacht. Diese Leistung im TMS hat aber keinerlei positiven Prädiktionswert für den Studienerfolg. An einem Standort haben über drei Jahrgänge hinweg nur zwischen 38,5% und 57% der Zugelassenen das M1 in Regelstudienzeit bestanden. Das ist in den anderen Quoten deutlich mehr. Drei Studierende (von 42) haben früh das Studium abgebrochen, bei 40 - 60% lief das Studium verzögert ab.

Auch wenn das nur anekdotische Daten sind, sollten wir diese Aspekte ernst nehmen, weil sie zeigen, dass wir mit Vorabquoten unter Umständen nicht die Ziele erreichen können, die erreicht werden sollen. Um das besser zu verstehen, müssen wir für die Vorab-Unterquoten unbedingt qualitätssichernde Maßnahmen einführen. Wir müssen wissen, was wir mit diesen Unterquoten tun, um gegebenenfalls adaptiv sein zu können.

Lassen Sie mich ein **letztes Zwischenfazit** ziehen:

Der Effekt der Vorabquoten kommt zu spät, um die aktuelle Versorgungsthematik adäquat zu adressieren oder gar zu lösen.

Immer mehr Vorabquoten führen zu immer mehr Komplexität in Auswahlverfahren und zur Verunsicherung von Bewerberinnen und Bewerbern.

Wir haben keinerlei Evidenz für die Eignung der in Vorabquoten eingesetzten Kriterien für den Erfolg im Studium und als Arzt oder Ärztin.

Aus all diesen Überlegungen und Daten ziehe ich **folgendes Fazit zur Frage „Muss das Abitur noch eine Rolle spielen?“**:

Das Abitur sollte aufgrund seiner guten Prädiktion auch weiterhin eine Rolle spielen.

ABER die Gewichtung des Abiturs im AdH kann sinken, ohne dass es dadurch zu einer Einschränkung des Studienerfolgs oder zu einer Studienverlängerung kommt.

All das erfordert keine Anpassung des Staatsvertrags!

CAVE bei der Einführung neuer (Vorab)quoten wegen fehlender Evidenz, verzögerter Wirksamkeit und Erhöhung der Komplexität für die Bewerberinnen und Bewerber!

Vielen Dank!



Die Teilnehmenden des Podiumsgesprächs zum Stellenwert des Abiturs für die Studierendenauswahl: Prof. Dr. Martina Kadmon, Prof. Dr. Wolfgang Hampe, Prof. Dr. Florian Hertel, Dr. Pedram Emami, Elif Şenel (v.l.n.r.)

Podiumsgespräch

Prof. Dr. Wolfgang Hampe

Zentrum für Experimentelle Medizin, Institut für Biochemie und Molekulare Zellbiologie, UKE Hamburg

Prof. Dr. Florian Hertel

Leiter der BMBF-geförderten Nachwuchsforschungsgruppe ACCESS – Institutionelle Hürden bei Studienentscheidungen, Europa-Universität Flensburg

Prof. Dr. Martina Kadmon

Vizepräsidentin des Medizinischen Fakultätentages, Dekanin der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg

Dr. Pedram Emami

Präsident der Ärztekammer Hamburg, Co-Vorsitzender des Ausschusses „Ausbildung und Universitätsmedizin“ der Bundesärztekammer

Moderation: Elif Şenel

Freie Journalistin und Moderatorin

Şenel

Ich möchte mit meiner ersten Frage noch einen Schritt vor den Impulsvortrag gehen und Herrn Hampe fragen, worin das Ziel des Zulassungsverfahrens besteht und warum es so komplex sein muss.

Hampe

Mit der Zulassung verbindet sich die Forderung, der Gesellschaft die guten Ärzte zu geben, die sie benötigt. Es ist aber sehr schwierig, im Alter von 18 Jahren zu prognostizieren, wer später eine gute Ärztin oder ein guter Arzt sein wird. Wir können zu diesem Zeitpunkt lediglich abschätzen, ob ein Studienerfolg wahrscheinlich ist. Für das Medizinstudium sind die kognitiven Leistungen sehr wichtig, sie sind aber nicht die einzige Voraussetzung für gute Ärztinnen und Ärzte. Wir konzentrieren uns bei der Auswahl in der Regel darauf, dass die ausgewählten Studierenden mit hoher Wahrscheinlichkeit das Studium abschließen werden und durch das Studium und die fachärztliche Weiterbildung zu guten Ärztinnen und Ärzten werden. Bereits die Definition, wer eine gute Ärztin oder ein guter Arzt ist, ist überaus schwierig.

Şenel

Wie revolutionär ist es überhaupt, das Abitur jetzt so auf den Prüfstand für die Studierendenauswahl stellen, nachdem es für Jahrzehnte ein Standard war?

Kadmon

Es ist jetzt gar nicht mehr so revolutionär, sondern bereits seit mehr als 15 Jahren gelebte Praxis, mehr und andere Kriterien als die Abiturnote allein für die Auswahl zu nutzen. Das ergab sich aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts 2017. Eines der Ziele eine Chancenerweiterung bei der Zulassung durch die Nutzung weiterer Auswahlkriterien, die gleichzeitig Eignung ausdrücken.

Wir hingen vor dieser Zeit sehr an der Abiturnote, weil wir wussten, was wir damit erreichen. Es bestand damals unter den letztendlich Zugelassenen ein ganz breiter Gap bezüglich der Abiturleistungen zwischen den Abiturbesten und den Studierenden aus der Wartezeitquote. Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts 2017 hatten wir dann die Möglichkeit, die Abiturnoten auf den Prüfstand zu stellen. Wir drangen aber in der Diskussion um eine geringere Gewichtung der Abiturnote nicht genug durch, und die Zeit für die Einführung und Umsetzung anderer Kriterien mit neuer Gewichtung war zu kurz. Der Anteil der Abiturnoten bei der Auswahl wurde damals sogar im Rahmen der Abstimmung des neuen Staatsvertrags auf 30 % hochgesetzt. Jetzt kommt eine neue und gegenläufige Diskussion bezüglich der Abiturnote auf. In meinem Impulsvortrag war es mir wichtig, die Botschaft zu vermitteln, dass wir nicht auf eine neue große Gesetzesänderung warten müssen, sondern bereits jetzt die Gewichtung der Zulassungskriterien innerhalb des bestehenden rechtlichen Rahmens anpassen könnten.

Şenel

Ich möchte nun Herrn Hertel bitten, uns zu erklären, wo institutionelle Hürden bei der Studienentscheidung liegen, wie groß sie sind und welchen Effekt sie bei einer Studienentscheidung haben.

Hertel

Wir untersuchen in diesem Forschungsprojekt nicht nur die Medizin, sondern die Rolle des Zulassungswettbewerbs auf die Studienentscheidung in allen Studiengängen. Hier geht es ganz besonders um die Ungleichheit der Studienentscheidung, den Eintritt in ein Studium und die Fachwahl.

Medizin gehört mit einigen anderen Fächern zu den Studiengängen, in denen der höchste Wettbewerb stattfindet. Wir können feststellen, dass in den Fächern mit höherem Wettbewerb Ablenkungserscheinungen bestehen. Studienberechtigte aus statusniedrigeren Familien werden, wenn sie einen Studiengang mit höherem Wettbewerb studieren wollen, von ihrem angestrebten Studienfach häufiger abgelenkt als solche aus Familien mit privilegierten Ressourcen! Unsere empirischen Analysen zeigen zudem, dass der Ablenkungseffekt bei stärkerem Wettbewerb höher ist.

Bei der Realisierung des Studienfachwunsches liegen die höchsten Chancen bei Menschen aus ihren Ressourcen nach privilegierten Familien. Das führt bei den zentral vergebenen Studienplätzen zu einem multiplikativen Vorteil über die Abiturnote hinweg. Bei Zugangsberechtigten aus mit Ressourcen privilegierten Familien und eher mittleren bis schlechten Abiturnote sehen wir eine Verdrängung auf lokal zulassungsbeschränkte Studienplätze. Diese Studienplätze werden auch von leistungsstarken Bewerbenden aus ihren familiären Ressourcen nach benachteiligten Familien gewählt. Hier können wir eine weitere Verschiebung hin in den zulassungsfreien Bereich feststellen.

Wir sollten in der Diskussion versuchen, uns nicht nur auf das Abitur als Kriterium der Auswahl zu konzentrieren, sondern auch überlegen, was auf dem Weg zur Erlangung dieses Kriteriums passiert. Das Abitur als Auswahlkriterium ist keine Bestenauswahl, wenn viele Menschen durch die Komplexität des Zulassungsverfahrens schon von einer Bewerbung abgelenkt werden und somit in der Kohorte der Medizinbewerbenden gar nicht erst auftauchen. Zudem zeigen Arbeiten zu optionalen Auswahltests, dass hier Kinder mit schlechteren Abiturnoten ihre Chancen durch erhöhte Testbereitschaft erhöhen können. Schließlich weisen empirische Analysen daraufhin, dass die Studienabbruchswahrscheinlichkeit höher ist, wenn Studierende ihr Studium durch Nebenjobs finanzieren müssen.

Şenel

Ich sehe an vielen Stellen zustimmendes Kopfnicken. Das Ziel der Auswahl ist es, später gute Ärztinnen und Ärzte zu haben. Inwieweit muss die Ungleichheit bei der Auswahl auch ein Thema sein – kann man sagen: „Eigentlich will ich von einer kompetenten Ärztin oder Arzt diagnostiziert und behandelt werden und es ist mir als Patientin egal, aus welchem sozioökonomischen Hintergrund dieser Mensch kommt.“?

Hertel

Natürlich geht es hier um Kompetenz, denn wir brauchen kompetente Ärztinnen und Ärzte. Die Frage geht auch nicht so sehr in Richtung der Ungleichheit in der Herkunft, sondern Ungleichheit in den Chancen, diese Kompetenzen zu erwerben.

Wir wissen gar nicht, ob wir viele gute Ärztinnen und Ärzte durch unser Zulassungsverfahren verloren haben, weil sie nicht zum Studium zugelassen wurden oder sich überhaupt nicht beworben haben.

Die Frage, wer eine gute Ärztin oder ein guter Arzt ist, ist ein weiterer Diskussionspunkt. Wir wissen aus US-amerikanischen Studien, dass es zahlreiche Stereotype zu Ärzten und Patienten gibt, die teilweise über Generationen tradiert sind. Reicht für einen guten Arzt die Abiturnote? Können wir gute Ärzte aus denen machen, die wir auswählen? Auch der Second-Chance-Gedanke spielt hier mit hinein. Wir sollten nicht versuchen, alles über

das Auswahlverfahren lösen zu wollen. Es sollte aber gleiche Chancen in den Auswahlverfahren geben, zumal wir durch das Grundgesetz Artikel 3 und viele andere Gesetze verpflichtet sind, nicht nach der sozialen Herkunft zu diskriminieren.

Şenel

Wie wichtig ist den Ärztekammern das Thema der Zulassung und ihrer Kriterien?

Emami

Die Sprache macht das Bewusstsein. Wir reden hier über Zulassung und Eignung in einem Atemzug und bringen dabei viele Dinge durcheinander. Es muss uns klar sein, dass die Zulassungsbeschränkungen historisch das Allokationsthema hätten regeln sollen. Es standen damals viele Bewerbende zu wenigen Studienplätzen gegenüber. Wir haben dann zwar über die Jahre versucht, daraus eine Art von Eignung und Eignungsprüfung zu entwickeln. Da hat sich, und hier verweise ich auf das, was Herr Hertel gesagt hat, der Denkfehler perpetuiert, und wir haben ein System aufgebaut, welches sich im Moment selbst nährt.

Auch unsere wissenschaftliche Betrachtungsweise hat von vornherein den Selection-Bias. Einige, die genauso gut oder vielleicht sogar noch besser im Studium oder der Weiterbildung wären, kommen nicht hinzu, denn sie haben sich entweder gar nicht bewerben können oder keinen Studienplatz erhalten.

Wenn wir sagen, dass die Abiturnote eine Prognosekraft dafür hat, wer gut durch das Studium kommt, definieren wir das derzeitige Studium als die bestmögliche Ausbildungsmethode für eine Ärztin oder einen Arzt. Dieser Schluss ist in Frage zu stellen, denn wir alle streben seit über 10 Jahren eine Reform des Medizinstudiums an. Denn wir finden, dass genau dieses heutige Studium nicht mehr den Ansprüchen des Arztes der Gegenwart und schon gar nicht den Ansprüchen des Arztes der Zukunft gerecht wird.

Auch mit unserer wissenschaftlichen Betrachtungsweise drehen wir uns im Kreis, solange wir den Kreis nicht öffnen und uns grundsätzlich überlegen, wie wir fair und chancengleich jedem Bewerbenden ermöglichen können, einen Bildungsweg einzuschlagen, der am Ende in den Arztberuf führt. Das ist aber ein großer Topf, denn damit müssen wir eine gesellschaftliche Debatte über Bildungschancen und Chancengleichheit anfangen und dort steht am Ende auch die Frage nach dem Stellenwert des Abiturs für den Studienzugang.

Um auf den ursprünglichen Punkt zurückzukommen: Unsere Zulassungsverfahren sind keine Garantie dafür, dass am Ende im Output eine gute Ärztin oder ein guter Arzt herauskommt.

Şenel

Wir können gleich darüber sprechen, wie das Studium aussehen könnte. Es gibt einen großen Andrang an sich bewerbenden Personen, für die das Zulassungsverfahren, das das Nadelöhr darstellt, um auf die begrenzte Zahl der Studienplätze zu gelangen. Würde es denn helfen, mehr Studienplätze zur Verfügung zu stellen?

Kadmon

Dann müsste man fragen – Helfen wofür? Mehr Studienplätze helfen nicht in der Situation, die wir jetzt haben. Ich bin sehr stark bei Herrn Emami, denn, wenn wir versuchen, alle Themen über die Auswahlkriterien zu adressieren, werden wir keinen Erfolg haben. Die neu eingeführten oder geplanten Kleinstquoten reagieren auf die aktuelle Situation und werden erst in frühestens einem Jahrzehnt wirksam.

Es gibt Studien aus Australien und aus dem anglo-amerikanischen Raum, die zeigen, welche Faktoren für die Wahl der Karriere von Studierenden eine Rolle spielen und welche Auswahlkriterien und Maßnahmen und Erfahrungen im Studium dazu führen, dass jemand z.B. als Primärarzt auf dem Land arbeiten möchte. Sie geben aber keine Antwort auf die Aufgabe, die das Bundesverfassungsgericht letztlich mit seinem Urteil verbunden hat, die Chancen für eine erfolgreiche Studienplatzbewerbung zu erweitern.

Es wurden in den letzten Jahren bereits deutlich mehr Studienplätze über unterschiedliche Maßnahmen geschaffen. Noch mehr Studienplätze in der jetzigen Situation ohne zusätzliche Rahmenbedingungen könnten unser Studium tendenziell sogar verschlechtern, weil damit die Individualität der Fakultäten in der Gestaltung eingeschränkt und das Studium wieder hin zu Großgruppen gelenkt werden würde.

Şenel

Welche Kriterien wurden bei der Analyse anderer Maßstäbe bei der Zulassung untersucht?

Hampe

Ich will erst einmal bestätigen, dass wir das Fairness-Problem nicht durch mehr Studienplätze lösen können, denn dann würden wiederum mehr Studierende aus den Ressourcen-begünstigten Familien als Studierende aus den dabei eher benachteiligten Familien zugelassen werden. Das Problem würde sich erst dann lösen, wenn wir die Zahl der Studienplätze mindestens verzehnfachen könnten.

Wir sehen, dass an den privaten Medizin-Hochschulen keine Auswahl nach der Abiturnote oder nach Testergebnissen stattfindet. Dort ist die massive Selbst-Selektion durch die Studiengebühr gegeben – ich muss mir ein solches Studium leisten können. Damit bringen wir eine noch größere soziale Ungleichheit ein.

Unsere Analyse hatte das Ziel, die Einflüsse der Änderung der Gewichtung der Abiturnote und der Einführung des Bundeslandausgleiches zwischen den Abiturnoten zu prüfen. Die Schwierigkeitsgrade im Abitur variieren zwischen den Bundesländern. Das Bundesverfassungsgericht hat das als eine Unfairness bei der Studienplatzbewerbung angemahnt. Der Bundeslandausgleich hat aber Effekte erzielt, denn es wurden mehr Studierende aus bestimmten Bundesländern als bisher zugelassen, dagegen waren die sich Bewerbenden aus den östlichen Flächenbundesländern die Verlierer. Diese hatten bisher durch ihre im Mittel gute Abiturnote einen Vorteil, geraten nun aber durch den komplizierten Rechenalgorithmus eher in Nachteil. In den bevölkerungsärmeren Flächenbundesländern gibt es weniger Bewerbungen für das Medizinstudium und weniger dieser Landeskinder erhalten eine Zulassung.

Şenel

Das ist besonders bitter, denn dort ist der Ärztemangel besonders groß.

Hampe

Diese Bundesländer sind gerade die, aus denen eine große Abwanderung besteht, und die durch eine große Zahl älterer Bewohner einen hohen Bedarf an ärztlicher Versorgung haben. Das konterkariert nun die Landarztquote. Bei der Einführung des Notenausgleichs wurde nicht vorhergesehen, dass die Umsetzung der Forderungen des Bundesverfassungsgerichts hier einen gegenläufigen Effekt erzeugen könnten.

Natürlich könnte man nun erneut die Regeln ändern und die Abiturbestenquote anders festlegen. Wir können aber als Fakultäten schon jetzt und ohne gesetzliche Änderungen das Gewicht der Abiturnote in der AdH-Quote reduzieren. Dadurch können wir den Effekt des Bundeslandausgleiches abschwächen.

Şenel

Das wäre nun ein weiterer Grund, das Gewicht der Abiturnote bei der Auswahl weiter zu reduzieren.

Hampe

Das Abitur ist ein sozial ungleiches Kriterium. Die Tests sind deutlich weniger sozial selektiv als die Abiturnote. Wenn wir das Gewicht der Abiturnote reduzieren, können wir die Verteilungsproblematik entschärfen und mehr Studierende aus unterschiedlichen sozialen Gruppen in das Studium aufnehmen. Die Versorgungsforschung zeigt, dass die Versorgung besser wird, wenn Ärztinnen und Ärzte aus ähnlichen sozialen Gruppen wie die Patientinnen und Patienten kommen.

Şenel

Was ist die Perspektive der Bundesärztekammer, diesem massiven Mangel entgegenzutreten?

Emami

Darauf habe ich ganz sicher keine Patentantwort. Wenn wir uns die sogenannten dünn besiedelten Regionen ansehen, zu denen sich auch die Bundesärztekammer mehrfach geäußert hat, sehen wir dort strukturelle Probleme, die über die Fragen der medizinischen Versorgung weit hinausgehen. Stellen Sie sich eine junge ärztliche Familie mit zwei kleinen Kindern vor, die aufgrund einer Quotierung in einem kleinen Dorf in der mecklenburgischen Seenplatte eine Hausarztpraxis betreibt, wo es kein Gymnasium, keine Musikschule, keinen Sportverein oder schnelles Internet für die elektronische Patientenakte gibt. Da fragt man sich, ob man sich mit einer Quote einen Gefallen getan hat. Die Quotierung wird die Versorgungsengpässe dauerhaft nicht lösen können. Wir müssen nach Lösungsansätzen in der Versorgung suchen, sollten sie aber nicht in Quotierungen der Studierenden finden.

Alle Regionen, die solche Quotierungen betreiben, haben das nicht durch eine Evaluierung begleitet. So wird man am Ende keine Aussage treffen können, ob diese Maßnahme wirklich über eine Epoche von mehreren Jahrzehnten einen Nutzen bringen wird. Es ist für mich mehr eine politische, aber keine durch sachliche Begründungen gestützte Entscheidung.

Şenel

Sie sind im Plenum eingeladen, Fragen zu stellen und sich an der Diskussion zu beteiligen. Wo liegen die neuralgischen Punkte, wo könnte man mehr steuern? Wäre die Weiterbildung mit Modellen aus anderen Ländern ein solcher Ansatzpunkt?

Emami

Hier stehen wir vor derselben Frage – wie definieren wir Versorgungsbedarfe? Auch diese Frage kann nicht schnell und aus dem Stehgreif beantwortet werden. Es hat sich aufgrund der natürlichen Entwicklung eine Art von Gleichgewicht eingestellt. Ob wir am Ende auch alle Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie benötigen werden, die wir heute ausbilden, oder eine Art von angebotsinduzierter Nachfrage erzeugen (was uns die Politik bisweilen vorwirft) und wir Dinge behandeln würden, die nicht behandlungsbedürftig wären, weiß heute noch keiner.

Das liberale Modell in Deutschland wird vielerorts kritisiert, weil viele sagen, dass es neben der Zulassung zum Studium auch eine Zulassung zur fachärztlichen Weiterbildung geben müsse. Wenn wir aber bisher nicht wissenschaftlich begründen können, wen wir aufgrund fachlicher Kompetenz zum Studium zulassen – wie soll das dann für die fachärztliche Weiterbildung gelingen?

Ich glaube, dass die natürlichen akademischen Wege im Rahmen der Selbstverwaltung, wie sie in Deutschland üblich sind, sehr viel Spielraum lassen, um eine Art Gleichgewicht herzustellen, das auch weitgehend kongruent mit dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung ist. Alles, was darüber hinaus geht, ist politische Entscheidung und entbehrt an vielen Stellen der Sachlichkeit.

Hertel

Ich finde es total absurd, dass man Versorgungssicherheit über die Studierendenauswahl lösen will. Wieso sollte man junge Menschen im Alter von 18 Jahren zu einer Verpflichtung zwingen, deren Ausmaß sie noch gar nicht abschätzen können. Es geht nicht nur um den unterversorgten ländlichen Raum, sondern auch um bestimmte städtische Regionen, die als „Problemlagen“ beschrieben werden.

Kadmon

Herr Emami hat auf einige Aspekte hingewiesen. Diese Fragen sind keinesfalls allein durch die Studierendenauswahl zu lösen. Wir widmen den Überlegungen einer künftigen Fachrichtungswahl oder Karriereentwicklung nicht sehr viel Raum im Studium. Es braucht diesen Raum, doch wir geraten schnell in Gefahr, das ohnehin bereits sehr volle Studium dann noch weiter zu überladen. Erfahrungen im Studium sind aber ein wichtiger Baustein, um Entscheidungen über die künftige Karriere zu treffen. Die Literatur beschreibt dazu, dass bereits kurze Interventionen und Erfahrungen ausreichen.

Alle diese Systeme müssten wir im zweiten Studienabschnitt mit unseren Studierenden diskutieren und das Lernen dort so gestalten, dass tatsächlich Neigungen entwickelt oder ausgebaut werden können. Neigung entsteht über Inhalte und nicht nur über den klinischen Kontext. Vielleicht ist das ein Weg, ohne noch mehr Inhalte in das Studium einzubringen, um das, was alle hier so sehr beschäftigt, mit unseren Studierenden zu teilen. Auch das könnten wir als Fakultäten ohne gesetzliche Änderungen oder eine neue Approbationsordnung bereits jetzt umsetzen.

Şenel

Es ist das Ziel, die Studieneingangstests TMS und HAM-Nat zusammenzulegen. Warum wird von dieser Vereinheitlichung ein so guter Effekt erwartet?

Hampe

Die beiden Tests TMS und HAM-Nat unterscheiden sich hinsichtlich der Logik. Der TMS versucht, Kompetenzen zu messen. Der HAM-Nat ist in wesentlichen Teilen ein Naturwissenschaftstest und die künftigen Studierenden sollen sich auf diesen Test vorbereiten. Der Test zeigt uns, dass sie in der Lage sind, zu lernen und Energie in den Lernprozess zu legen. Das sind genau die Kompetenzen, die später im Studium verlangt werden. Unsere gemeinsame Forschung der letzten Jahre hat nun gezeigt, dass es optimal wäre, beide Aspekte in einem Test zusammenzubringen. Der neue TMSnat soll diese

Kombination schaffen. Wir wollen prüfen, welche Testteile diejenigen sind, die Kompetenzen anzeigen, die für einen Studienerfolg prädiktiv sein können

Şenel

An Sie, Herr Hertel, geht noch einmal die Frage nach der Vision für das Studium. Welche Hürden haben einen starken Effekt in der Ungleichheitsdiskussion? Wie sollten nach Ihrer Meinung die Ungleichheitsstrukturen möglichst aufgehoben werden?

Hertel

Es würde mich sehr interessieren, was herkunftsabhängige Größen sind – was man lernen kann, wo man sich Hilfe kaufen kann, wo privilegierte Familien ihre Vorteile einsetzen können. Basiskompetenzen sind ebenso an die Herkunft geknüpft. Die meisten Klassenunterschiede entstehen im Vorschulbereich und setzen sich in der Schule mit einer Begrenzung nach oben und einer Begrenzung nach unten fort.

Wir sollten nicht nur über Kriterien und Auswahlkriterien sprechen, sondern auch über die Themen der Auswahl. Wir könnten herkunftsneutral auswählen, wenn wir z.B. unsere Bewerbenden in Gruppen nach dem Einkommen der Eltern sortieren und dann einen Test innerhalb einer jeden Gruppe durchführen und danach über die Auswahl in jeder Gruppe entscheiden. Das wäre ein Contextualized Admission-Verfahren.

Alternativ könnte im ersten Studienjahr eine Open Admission Politik gelten, d.h. alle Bewerbenden werden zunächst zugelassen, könnten gemeinsam lernen und nach einem Jahr gibt es „Aussiebe“-Prüfungen, die über Fortsetzung oder Ausscheiden aus dem Studiengang entscheiden.

Aus dem internationalen Vergleich wissen wir, dass auch in einem reinen Losverfahren, wie es in den Niederlanden der Fall war, die ungleiche Struktur der Bewerbenden sich durchsetzt.

Ein privatwirtschaftlicher Markt in der Hochschulausbildung spiegelt die Vorteile der begünstigten Elternhäuser wider.

Wenn man die Ungleichheit angehen will, müsste man von der Kriteriendiskussion wegkommen und mutiger Systeme schaffen, die diese ganzen Auswahlprozesse und -verfahren überflüssig machen. Die unterschiedlichen Auswahlverfahren in den verschiedenen Studienfächern erzeugen wiederum Verdrängungsmechanismen zwischen den Studiengängen. Fast 50 % der Studiengänge haben eine Zulassungsbeschränkung und rund 2/3 der Studienberechtigten, die sich auf einen Studienplatz bewerben, sind davon betroffen. Der Großteil unserer Studierenden hat ein Zulassungsverfahren durchlaufen. Das sollte man in dieser Generalität auch einmal berücksichtigen.

Ahlers

Nicht nur die Wahl der Fachrichtung ist ein Problem. Viele Absolventinnen und Absolventen werden nach ihrem Studium nicht kurativ am Patienten tätig. Ich spreche mich für Tests aus. Es gab einmal die aufwendige Idee, die Motivation der Studierenden zu erfragen. Wir haben nichts davon, wenn trotz eines guten Studienabschlusses keine ärztliche Tätigkeit nach dem Studium aufgenommen wird. Ich kenne die Zahlen nicht, es sind gefühlt aber nicht wenige.

Hampe

Die jetzt angesprochene Problematik gehört zur Frage „was ist ein guter Arzt?“. Wir wollen Ärztinnen und Ärzte haben, die Patienten behandeln. Daneben werden aber auch Ärztinnen und Ärzte benötigt, die nicht am Patienten arbeiten, dennoch aber im Sinne der Frage „gut“ sein müssen. Wir haben wenig Möglichkeiten, die Motivation zu untersuchen. Wir bekommen Studienauswahldaten, auch noch Daten über den Studienerfolg. Was nach dem Studium kommt, kann zum Teil durch Befragungen erfasst werden, wobei die Responseraten sehr gering sind. Eine solche Datenbank wird gerade aufgebaut. Dann wird es vielleicht möglich sein, Korrelationen zwischen Testergebnis, Studienerfolg und einer späteren Tätigkeit am Patienten herzustellen.

Emami

Es gibt in Deutschland etwa 570.000 Ärztinnen und Ärzte, von denen etwa 100.000 im Ruhestand sind. Eine ganze Anzahl arbeitet nicht im ärztlichen Beruf, aber 428.000 Ärztinnen und Ärzte sind im Gesundheitswesen tätig und davon etwa 360.000 bis 370.000 in der Patientenversorgung in Krankenhäusern und im ambulanten Bereich. Hier spricht die Statistik für sich, dass Ärztinnen und Ärzte außerhalb des medizinischen Berufes nicht das gravierende Problem beim Versorgungsengpass sind. Ärztinnen und Ärzte leisten wichtige Arbeit in der medizinischen Grundlagenforschung oder auch in patientenferneren Fächern. Auch diese Kräfte brauchen wir, und auch sie machen die Medizin mit aus.

Uhlig

Ich finde die Auswahldiskussion nicht ungefährlich. Die Schaffung von immer neuen Quotierungen führt in eine Gesellschaft, die ich mir nicht wünsche. Eltern sollten die Möglichkeit haben, ihre Kinder bestmöglich zu fördern. Daraus sollte aber keine Fairness-/Unfairness-Diskussion erwachsen.

Was sind gute Ärztinnen und Ärzte? Es gibt zahlreiche Fachdisziplinen, für die sich ein Studierender nach dem Studium entscheiden kann. Für jede Disziplin wird die Aussage „gut“ an andere Parameter zu knüpfen sein. Deswegen erscheint es mir auch sehr schwierig bis unmöglich, eine solche Festlegung bereits an den Studienanfang zu stellen.

Kadmon

Wir sind uns in der Runde einig, dass wir diese Frage aktuell nicht beantworten können und diese Frage vielleicht auch nicht beantwortbar ist. Es spricht aber Vieles sehr dafür, während des Studiums Gelegenheiten für Einblicke in die unterschiedlichen Disziplinen und auch Gelegenheiten zur Selbstselektion zu schaffen. Damit können wir eine Basis für die spätere Entscheidung legen.

Die Thematik „wo werden Ärztinnen und Ärzte gebraucht?“ müssen wir im Studium mit den Studierenden teilen. Es gibt nie nur einen einzigen Weg. In dieser Entscheidungsfindung müssen wir die Studierenden unterstützen und sie einbinden. Das gehört zur Professional Identity Formation

Fischer

Was soll nun geändert werden? Gibt es eine Konvergenz der Zulassungsprofile zwischen den Fakultäten, wie können wir voneinander lernen, was hat sich bewährt und was nicht?

Wie bekommt man Daten im Sinne eines Broad Consent zwischen der Stiftung Hochschulstart, dem IMPP und den Ärztekammern integriert? Die Daten, die uns eine bessere Auskunft geben könnten, sind vorhanden. Sie liegen aber an unterschiedlichen Stellen mit unterschiedlichen Verwendungen.

Hampe

Die Verträge zwischen der Stiftung Hochschulstart und dem IMPP sind gerade in der Unterschriftenrunde. Damit sollte sich die für uns zugängliche Datenlage verbessern. Ich bin auch der Hoffnung, dass wir die Ärztekammern mit in das Boot bekommen.

Auch ich glaube nicht, dass immer mehr und spezifischere Quoten für die Zulassung eine Lösung sein können. Wenn die Fakultäten infolge des neuen Tests ihre Auswahl-satzungen neu schreiben müssen, sollten sie über die Auswahlkriterien nachdenken. Es verstärken sich einige Evidenzen in Richtung des Fairness-Aspektes. Die Abiturnote hat große Schwierigkeiten bei der Prädiktion und bei der sozialen Fairness, und es gibt Alternativen. Der Wert der Abiturnote ist nicht so hoch, wie er immer angenommen wurde. Daher können die Fakultäten sofort das Gewicht der Abiturnote zugunsten anderer Kriterien heruntersetzen, ohne dass dadurch die Qualität der Studierendenauswahl leiden würde.

Şenel

Leider ist unsere Zeit nun so weit fortgeschritten, dass ich die Diskussion an dieser Stelle beenden muss. Ich danke allen Diskussionsteilnehmenden und den vier Gesprächspartnern hier auf dem Podium.





Schlussworte und Ankündigung des oMFT 2026

Prof. Dr. Matthias Frosch
Präsident des MFT, Würzburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine Damen und Herren,

wir sind am Ende des diesjährigen Ordentlichen Medizinischen Fakultätentags angekommen. Das ist für mich ein ganz besonderer Moment, denn mit dem Abschluss dieses oMFT geht das Präsidentenamt an Martina Kadmon über.

Ich will noch einen kurzen Rückblick auf diesen Fakultätentag richten: Unser Generalsekretär Frank Wissing hat wieder ein sehr attraktives Programm zusammengestellt, das haben die lebhaften Diskussionen, die wir heute gar nicht zu Ende führen konnten, wieder einmal gezeigt. Wir haben für unsere tägliche Arbeit wichtige Impulse mitbekommen.

Am Schluss will ich noch einmal ein herzliches „Danke!“ sagen, nicht nur an die, die hier das Podium gestaltet und uns mit den Diskussionen bereichert haben, sondern ganz besonders an unseren Gastgeber Lutz Hein – Du und Deine Fakultät, Ihr wart hervorragende Gastgeber mit der Location hier im Herzen Eurer Universität. Auch der Festabend gestern wird uns allen in sehr guter Erinnerung bleiben – Nochmals ganz herzlichen Dank dafür!

Ich weiß, dass nicht nur Du für die Ausrichtung hier die Verantwortung getragen hast, sondern ein tolles Team Dich dabei unterstützt hat. Stellvertretend nenne ich hier nur Corinne Dölling, die auch ein ganz tolles Team um sich hat, und zusammen mit den Mitarbeitenden unserer MFT-Geschäftsstelle in Berlin, allen voran nenne ich hier Frau Lentz, das ganze Organisatorische um die vergangenen zwei Tage gemeistert haben.

Ihnen – Euch Allen ganz herzlichen Dank!

Nach dem Fakultätentag ist vor dem Fakultätentag, und wir freuen uns auf die Einladung zum nächsten oMFT nach Dresden. Da die Dekanin, Frau Troost, nicht mehr anwesend sein konnte, wird die Geschäftsführerin des Medizinischen Dekanats, Frau Barlinn, nun die Einladung aussprechen.



PD Dr. Jessica Barlinn

Geschäftsführerin des Dekanats der Medizinischen Fakultät „Carl Gustav Carus“ der Technischen Universität Dresden

Meine Damen und Herren,

nach den zwei inspirierenden Tagen hier in Freiburg freue ich mich, ankündigen zu dürfen, wohin die Reise im nächsten Jahr gehen wird. Der Ordentliche Medizinische Fakultätentag 2026 wird in Dresden stattfinden, und wir freuen uns schon, dass wir Sie in der Sächsischen Landeshauptstadt begrüßen dürfen.

Unsere Medizinische Fakultät ist Teil der Technischen Universität Dresden, einer der wenigen Universitäten in Deutschland, die aktuell gleich fünf Exzellenz-Cluster für sich verzeichnen kann. Genau dieser interdisziplinäre Kontext, die Zusammenarbeit der Natur-, Ingenieurs- und Lebenswissenschaften prägt unseren Standort besonders, so wie auch unsere besondere Rolle in der Region mit unserem Zweitcampus in Chemnitz. Dies wird auch schöne Anknüpfungspunkte für die Themen des nächsten oMFT mit sich bringen.

Freuen Sie sich also auf spannende Diskussionen, neue Perspektiven und natürlich auf das besondere Flair Dresdens mit seiner barocken Altstadt, dem Elbtal und den Zukunftslabors – Wir sehen uns in Dresden!

Vielen Dank!

Die Einladung wird von den Anwesenden mit Beifall angenommen.



Prof. Dr. Martina Kadmon
Neu gewählte Präsidentin des MFT, Augsburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine Damen und Herren,

Vielen Dank, Matthias, und vielen Dank an Alle, die am Gelingen dieses tollen oMFT beteiligt waren. Wir freuen uns schon jetzt auf das nächste Jahr in Dresden.

Für Matthias Frosch und für mich war das ein ganz besonderer Fakultätentag. Ich danke Dir, Matthias, für die Zusammenarbeit im MFT und an vielen anderen Stellen. Und ich freue mich, dass wir diese gemeinsame Arbeit noch eine Weile fortsetzen können.

Die Diskussionen in den Tagen hier haben viele Themen aufgezeigt, die auch in Zukunft weiterentwickelt werden wollen, und wo wir als Fakultäten gemeinsam weiterkommen können. Das muss unser Ziel sein.

So wünsche ich Ihnen nun einen schönen Heimweg, ein schönes Wochenende. Wenn Sie noch hierbleiben, genießen Sie die schöne Stadt Freiburg.

Ich freue mich auf unsere weitere gemeinsame Arbeit.

Damit ist der Ordentliche Medizinische Fakultätentag 2025 beendet.



Prof. Dr. Matthias Frosch
Präsident des MFT



Prof. Dr. Frank Richter
Schriftführer des 86. oMFT

Mitgliederversammlung des 86. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages*

In der Mitgliederversammlung waren 35 Medizinische Fakultäten und Fachbereiche der Bundesrepublik Deutschland vertreten. Die Medizinischen Fakultäten Duisburg-Essen und Regensburg nahmen nicht teil.

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

Der Bericht des Schatzmeisters mit dem Haushaltsplan des MFT, des PJ-Portals und des MME-Studienganges und der Bericht der Kassenprüfer für das abgelaufene Geschäftsjahr wurden entgegengenommen. Das Präsidium wurde für die vergangene Geschäftsperiode entlastet.

Der Haushaltsplan des MFT für das Geschäftsjahr 2025, der Wirtschaftsplan des MFT für 2026 und der Finanzplan des MME-Studienganges für die Jahre ab 2025 wurden vorgestellt und beschlossen.

Dem Antrag der neu gegründeten Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL-CT) auf Anwartschaft im MFT wurde zugestimmt.

Die Teilnehmer der Mitgliederversammlung diskutierten die Themen:

- Studierendenauswahl nach der Zusammenlegung von TMS und HAM-Nat in einen bundeseinheitlichen Test
- Empfehlungen für Rahmenbedingungen zum Transfer von geistigem Eigentum in Spin-Offs im Bereich Medical Life Science
- Prüfzentrenverträge für akademisch initiierte Studien an Medizinischen Fakultäten (IIT)
- Fortsetzung des NKLM- und des NKLZ-Prozesses auch unabhängig von einer neuen ÄApprO
- Weiterentwicklung des Medizinstudiums unter den Bedingungen der gültigen ÄApprO und Möglichkeiten der Fakultäten, erforderliche Modifikationen des Curriculums vorzunehmen
- Themen der neuen Legislaturperiode, Universitätsmedizin im Koalitionsvertrag

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

In der Mitgliederversammlung wurden die neue Präsidentin des MFT, der neue Schatzmeister, vier Mitglieder des MFT-Präsidiums und zwei Kassenprüfer gewählt.

Satzungsgemäß endete die Mitgliedschaft im MFT-Präsidium des MFT-Präsidenten Prof. Dr. Matthias Frosch (Würzburg), der nicht erneut kandidierte. Gemäß der Satzung endete auch die Amtszeit der Präsidiumsmitglieder Frau Prof. Dr. Blanche Schwappach-Pignataro (Hamburg), die sich der Wiederwahl stellte, sowie von Prof. Dr. Thomas Wirth (Berlin) und Prof. Dr. Michael Gekle (Halle/Saale). Beide kandidierten nicht erneut. Mit seinem Ausscheiden aus dem MFT-Präsidium endete auch die Funktion von Prof. Dr. Thomas Wirth als Schatzmeister des MFT. Herr Prof. Dr. Bernd Weber (Bonn) schied satzungsgemäß aus der Funktion des Kassenprüfers aus.

Als neue Präsidentin des MFT wurde Frau Prof. Dr. Martina Kadmon (Augsburg) gewählt. Herr Prof. Dr. Roland Frankenberger (Marburg) wurde zum neuen Schatzmeister des MFT gewählt.

Frau Prof. Dr. Blanche Schwappach-Pignataro (Hamburg) wurde erneut zum Präsidiumsmitglied gewählt. Prof. Dr. Lutz Hein (Freiburg), Prof. Dr. Bernd Weber (Bonn) und Frau Prof. Dr. Daniela C. Dieterich (Magdeburg) wurden als neue Mitglieder des MFT-Präsidiums für die Dauer von drei Jahren gewählt.

Als Kassenprüfer stellte sich Herr Prof. Dr. Joachim Thiery (Kiel) der Wiederwahl. Prof. Dr. Wolfgang Brück (Göttingen) und Prof. Dr. Joachim Thiery wurden als Kassenprüfer des MFT gewählt.

Der MFT-Generalsekretär würdigte die Arbeit des scheidenden MFT-Präsidenten Matthias Frosch in den vergangenen Wahlperioden, in denen der MFT seine Sichtbarkeit weiter vergrößerte und ein ständiger Partner in den politischen Diskussionen war. Die Mitgliederversammlung verabschiedete Herrn Prof. Dr. Frosch mit langanhaltendem Beifall.

Teilnehmende des 86. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages

Präsidium des Medizinischen Fakultätentages

Prof. Dr. Matthias **Frosch**

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

Prof. Dr. Martina **Kadmon**

MFT-Vizepräsidentin und Gründungsdekanin der Medizinischen Fakultät der Universität
Augsburg

Prof. Dr. Thomas **Wirth**

MFT-Schatzmeister und Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität, Ulm

Dr. Frank **Wissing**

MFT-Generalsekretär

Prof. Dr. Gereon **Fink**

Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Prof. Dr. Roland **Frankenberger**

Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. Michael **Gekle**

Institut für Physiologie der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg, Halle

Prof. Dr. Blanche **Schwappach-Pignataro**

Dekanin der Medizinischen Fakultät, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Esther **Troost**

Dekanin der Medizinischen Fakultät „Carl Gustav Carus“ der Technischen Universität
Dresden

Prof. Dr. Joachim **Spranger**

Dekan der Medizinischen Fakultät, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Teilnehmende der Fakultäten und Gäste

Bettina **Abels**, Stellvertretende Fakultätsgeschäftsführung, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

Dr. Farzin **Adili**, MME-Absolvent, Klinikdirektor/Chefarzt Klinik für Gefäßmedizin, Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie, Klinikum Darmstadt

Prof. Olaf **Ahlers**, Institut für Gesundheitswissenschaftliche Ausbildungsforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Neuruppin

Dr. Mehmet Deniz **Akyüz**, Healthcare Partnership Manager, TriNetX, Cologne/Bonn

Monika **Alke**, Vorstand COO, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Kiel

Prof. Bilal **Al-Nawas**, Prodekan Lehre des Fachbereichs Medizin, Universitätsmedizin Mainz

Barbara **Annweiler**, MME-Absolventin, Oberärztin, MSH, Campus Schwerin

Marc **Appel**, Leitung Studiendekanat, Medizinische Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Dr. Till **Bachmann**, MME-Absolvent, Helios Universitätsklinikum Wuppertal

Dr. Jessica **Barlinn**, Bereichsdezernentin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Amélie **Belosevic**, Vizepräsidentin für Internationale Angelegenheiten 2025 der bvmd, Berlin

Prof. Nikola **Biller-Andorno**, Vizedekanin Innovation und Digitalisierung, Medizinische Fakultät der Universität Zürich

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

Richard **Blomberg**, Leiter Außenbeziehungen und Strategie, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle, Berlin

Jan **Bobbe**, Geschäftsbereichsleitung Studium und Lehre, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Tobias **Bokowski**, Vorsitzender studentischer Sprecherrat, Marburger Bund, Hamburg

Dr. Birgit **Borgards**, Wissenschaftliche Referentin des Dekans, Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg

Prof. Michael **Boutros**, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg

Dr. Peter **Brand**, Geschäftsführer im Studiendekanat, Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität, Jena

Pia **Brocke**, Referatsleitung Medizinische Fakultät der Universität Bielefeld

Franziska **Broer**, Kaufmännische Direktorin, Universitätsklinikum Freiburg

Dr. Claudia **Bülles**, Fachbereichsleiterin Struktur und Entwicklung, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Michael **Bungarten**, Kaufmännischer Direktor, Medizinische Fakultät der Universität, Augsburg

Dipl.-Kfm. Jens **Bussmann**, Generalsekretär, Verband der Universitätsklinika, Berlin

Prof. Dr. Svenja **Caspers**, Studiendekanin, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Prof. Tim **Clarner**, MME-Absolvent, Institut für Anatomie und Zellbiologie, Medizinische Fakultät der Universität Bonn

Prof. Stephanie E. **Combs**, Dekanin, TUM School of Medicine and Health, München

Marie **Danzeisen**, Sachbearbeitung Abteilung Medizin, Wissenschaftsrat, Köln

Prof. Dr. Daniela C. **Dieterich**, Dekanin, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Yvonne **Dintelmann**, Vorstandsmitglied, B. Braun-Stiftung, Melsungen

Dr. Corinne **Dölling**, Büroleiterin/Persönliche Referentin des Dekans, der Medizinischen Fakultät der der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Dr. Carsten **Dose**, Referent Hochschulmedizin, Wissenschaftsministerium Baden-Württemberg, Stuttgart

Dr. Sabine **Drossard**, MME Absolventin, Universitätsklinikum Würzburg

Monika **Duderstadt**, Studiendekanatsleitung, Johann Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt

Prof. Michel **Eisenblätter**, Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum OWL, Bielefeld

Dr. Pedram **Emami**, Präsident der Ärztekammer Hamburg und Vorsitzender des Ausschusses Ärztliche Ausbildung und Universitätsmedizin (BÄK), BÄK und Ärztekammer Hamburg

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

Christian **Epp**, Wissenschaftlicher Referent des Dekans der Medizinischen Fakultät der LMU, München

Dr. Jennifer **Esser**, Referentin Forschungsdekanat, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Dr. Henning **Fischer**, MME Absolvent, Luzerner Kantonsspital/Universität Luzern

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

Dr. Kristina **Flägel**, MME-Absolventin, Campus Lübeck

Dr. Gerrit **Fleige**, Kanzler der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB), Neuruppin

Prof. Stefan **Frantz**, Klinikdirektor, Universitätsklinikum Würzburg

Prof. Sabine **Fredersdorf-Hahn**, MME-Absolventin, Oberärztin in der Inneren Medizin/Kardiologie, Universität Regensburg

Prof. Dr. Alex W. **Friedrich**, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster

Dr. Julia **Fürwitt-Born**, stellvertretende Leiterin der Abteilung Medizin, Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats, Köln

Dr. Kirsten **Gehlhar**, Leitung Studiendekanat, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät VI – Medizin und Gesundheitswissenschaften, Oldenburg

Sabine **Gehrke-Beck**, MME-Absolventin, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Dr. Gabriele **Gerlach**, Referentin Dekanat der Medizinischen Fakultät, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Dr. Anne **Gieseler**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Referentin der Dekanin, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Dr. Rainer **Girgenrath**, Abteilungsleiter, DLR Projektträger, Bonn

Julian **Gnatz**, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, HIS-Institut für Hochschulentwicklung e. V., Hannover

Dr. Joachim **Grammer**, Deputy Managing Director, TUM School of Medicine and Health, München

Prof. Dr. Andreas H. **Guse**, Prodekan für Lehre, Medizinische Fakultät der Universität, Hamburg

Dr. Elisabet **Haas**, persönliche Referentin des Dekans der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Ben **Hahn**, Associate Director Strategic Key Accounts |Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg

Prof. Wolfgang **Hampe**, Leiter der AG Auswahlverfahren, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Matthias **Hannig**, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

Martina **Häring**, Presse, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle, Berlin

Claudia **Harnisch**, Teamassistentin, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle, Berlin

Christine **Harrell**, Geschäftsführerin des Dekanats, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Essen

Juliane **Hayward**, Referentin für Forschung, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle, Berlin

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

Prof. Dr. Lutz **Hein**, Dekan, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

Prof. Dr. Andrea **Heinzmann**, Oberärztin Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose, Universitätsklinikum Freiburg

Tobias **Henke**, Vizepräsident für Externes, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), Freiburg

Susanna **Henschke**, Leiterin des Studiendekanats, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle

Jan Philipp **Heroven**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle Berlin

Prof. Florian **Hertel**, Leiter der BMBF-geförderten Nachwuchsforschungsgruppe ACCESS, Europa-Universität Flensburg

Prof. Michael **Herzog**, Lehrdekan, Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem, Cottbus

Armin **Himmelrath**, Journalist, Medienbüro, Köln

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

Renate **Höchstetter**, Ärztliche Referentin, Verband der Universitätsklinika, Berlin

Dr. Anke **Hollinderbäumer**, wissenschaftliche Mitarbeiterin/ Koordination Umsetzung ZApprO, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Christine **Holmberg**, Dekanin der Fakultät für Medizin und Psychologie, Leitung des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Brandenburg

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

Prof. Rüdiger **Horstkorte**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle

Dr. Christine **Huber**, Leitung Studiendekanat, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Carola **Hunte**, Prodekanin Forschung, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

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

Dr. Jacqueline **Jennebach**, Leiterin Lehre und Ausbildung, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle, Berlin

Dr. Anika **Josef**, Leitung Projektmanagement Klinische Studien, Universitätsklinikum Freiburg,

Prof. Dr. Christoph **Josten**, Medizinischer Vorstand, Medizinische Fakultät der Universität, Leipzig

Prof. Dr. Jana **Jünger**, Leiterin des Instituts für Kommunikations- und Prüfungsforschung, Mitglied der MME-Studiengangsleitung, Heidelberg

Jens **Junkersdorf**, Ausschussvorsitzender Sicherheit und Gesundheit, Kreis Ostholstein, Lübeck

Dr. Daniela **Kampmeyer**, MME-Absolventin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

Prof. Dr. Thomas **Kamradt**, Dekan und Wissenschaftlicher Vorstand, Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität, Jena

Margarita **Karaivanova**, Studentin, Hartmannbund, Berlin

Dr. Annette **Klepper**, Fakultätsgeschäftsführerin, Eberhard Karls Universität, Tübingen

Prof. Nikolaj **Klöcker** Dekan der Medizinischen Fakultät, Heinrich-Heine-Universität/Universitätsklinikum Düsseldorf

Dr. Fee **Klupp**, MME Absolventin, Universitätsklinikum Heidelberg

Sigrid **Koeth**, Innovationsmanagerin, SPRIND, Berlin

Heike **Koll**, Geschäftsführerin, Medizinische Fakultät der Universität, Hamburg

Philipp **Konhäuser**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle, Berlin

Prof. Dr. Sarah **König**, Studiendekanin, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Prof. Kerstin **Krieglstein**, Rektorin der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Dr. Dagmar **Krefting**, Medizinische Fakultät der Georg-August-Universität, Göttingen

Prof. Heyo **Kroemer**, Vorstandsvorsitzender, Charité-Universitätsmedizin, Berlin

Prof. Birgitta **Kütting**, Leiterin des Fachbereichs Medizin, IMPP, Mainz

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

Dr. Britta **Lang**, Leitung ZKS – Universitätsklinikum Freiburg

Dr. Jonas **Leipziger**, Referent, HRK, Berlin

Dr. Dietmar **Leitner**, Referent LMU München

Pascal **Lemmer**, Präsident der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd)

Susanne **Lentz**, Referentin für Lehre und Ausbildung, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle, Berlin

Dr. Susanne **Lerm**, Leiterin Studiendekanat Medizin/Zahnmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Prof. Jürgen **Lohmeyer**, Dekan des Fachbereichs Medizin der Julius-Liebig-Universität Gießen

Dr. Richard **Lux**, MME-Absolvent, Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, IMPP, Mainz

Dr. Asja **Maaz**, GB Leitung Studium und Lehre Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem, Cottbus

Markus-Benedikt **Mahlendorf**, Student, Hartmannbund, Freiburg

Prof. Klaus **Markstaller**, Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Augsburg

Prof. Dr. Bernhard **Marschall**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster

Prof. Jens **Maschmann**, Leitender ÄD und Vorstandsvorsitzender Universitätsklinikum Tübingen

Helen **Mayrhofer**, MME-Absolventin, Universitätsmedizin Göttingen

Dr. Matthias **Meergans**, Geschäftsführer Forschungspolitik, Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa), Berlin

Prof. Susanne **Michl**, Prodekanin für Studium und Lehre, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Prof. Martin **Möckel**, Ärztlicher Leiter Notfall- und Akutmedizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Prof. Christian **Mühlfeld**, Studiendekan, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Joybrato **Mukherjee**, Präsident, Deutscher Akademischer Austauschdienst (DAAD), Bonn

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

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

Dina **Müller-Selb**, Administrative Koordinatorin, Forschungsdekanat, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Dr. Thomas **Münste**, Vizepräsident Medizin (Dekansfunktion), Universität Lübeck

Tobias **Nagel**, Bundeskoordination für Medizinische Ausbildung, bvmd, Münster

Daniela **Nellen-La Roche**, Justitiarin (Recht und Beratung), Deutscher Hochschulverband, Bonn

Dr. Melissa Annabelle **Neubacher**, MME-Absolventin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Prof. Simone **Niclou**, Vize-Rektorin für Forschung, Universität Luxemburg, Luxemburg

Prof. Dr. Hans Gerd **Nothwang**, Dekan, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät VI – Medizin und Gesundheitswissenschaften, Oldenburg

Barbara **Ogrinz**, Pressesprecherin, VUD e.V., Berlin

Julian **Özkaya**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle, Berlin

Dr. Martina **Peter-Kern**, Mitarbeiterin Studiendekanat, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Prof. Jens **Peters**, Geschäftsfeldleiter Klinische Forschung, BPI, Berlin

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

Prof. Dr. Bernd **Pichler**, Dekan, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen

Miriam **Pittet**, Referentin für Forschung, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle, Berlin

Dr. Rastislav **Pjontek**, MME-Absolvent, RWTH Aachen

Prof. Dr. Uwe **Platzbecker**, Medizinischer Vorstand Universitätsklinikum Dresden

Dr. Rebecca **Reichel**, MME-Absolventin, Universitätsklinikum Tübingen

Dr. Hans **Reiter**, Ministerialdirektor und Amtschef MWK, Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg, Stuttgart

Dr. Karin **Richter**, Grundsatzangelegenheiten, Fachbereiche Medizin, Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Prof. Frank **Richter**, MFT-Schriftführer, Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität, Jena

Eva **Richter-Kuhlmann**, Redakteurin Deutsches Ärzteblatt, Berlin

Dr. Caroline **Riedel**, Ärztin (Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik), Universitätsklinikum Heidelberg

Dr. Fabian **Riedel**, MME-Absolvent, Universitätsklinikum Heidelberg

Frauke **Rogalla**, Referatsleitung, Universität Bielefeld

Astrid **Rose**, Fakultätsgeschäftsführerin, Medizinische Fakultät RWTH Aachen

Prof. Walter **Rosenthal**, Präsident der HRK, Berlin

Prof. Miriam **Rüsseler**, Studiendekanin Klinik, Professorin für Medizindidaktik, Medizinische Fakultät der Goethe Universität Frankfurt

Prof. Dr. Michael **Sander**, Prodekan für Forschung FB 11 – Medizin, Universitätsklinikum Gießen, UKGM GmbH Gießen

Veronika **Satlow**, Leiterin Bereich Lehre, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Martina **Saurin**, Vizepräsidentin und Vorstand Wirtschaftsführung und Administration, Medizinische Hochschule, Hannover

Prof. Jochen **Sautermeister**, Professor für Moraltheologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Bonn / Universitätsbeauftragter gegen Machtmissbrauch, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Prof. Dirk **Schädler**, Studiendekan der Medizinischen Fakultät der CAU, Kiel

Prof. Dr. Thorsten **Schäfer**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität, Bochum

Dr. Isabel Nahal **Schellinger**, CEO und Mitgründerin, Angiolutions, Hannover

Erik **Schiller**, Referent Digitalisierung, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle, Berlin

Wiebke **Schlenzog**, Fakultätsgeschäftsführerin, Universitätsmedizin, Rostock

Prof. Ralf **Schmidmaier**, Ars legendi-Preisträger, Medizinische Klinik und Poliklinik IV LMU Klinikum, München

Karen **Schmidt**, Referentin für Rechtsangelegenheiten, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Sabrina **Schmutz**, Referentin Lokale Stabsstelle im NUM, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Dr. Jens **Scholz**, CEO, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Dr. Tim **Schöne**, Leitung Studiendekanat, Eberhard Karls Universität, Tübingen

Dr. Fides **Schreur**, Referentin, Bundesärztekammer, Berlin

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

Annette **Seitz-Fix**, Fakultätsgeschäftsführerin, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

Elif **Şenel**, Freie Rundfunk-Moderatorin

Dr. Eva-Maria **Silies**, Fakultätsgeschäftsführerin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät VI – Medizin und Gesundheitswissenschaften, Oldenburg

Prof. Hans-Uwe **Simon**, Präsident, Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB), Neuruppin

Dr. Philipp **Spitzer**, MME-Absolvent, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik
Erlangen

Svenja **Steffens**, Geschäftsführung, Dekanat der Medizinischen Fakultät der Kiel

Dr. Christiane **Stehle**, Vorstandsvorsitzende und Ärztliche Vorständin, Universitäts-
medizin Rostock

Prof. Sebastian **Stehr**, Klinikdirektor/Studiendekan für Humanmedizin Universitäts-
klinikum Leipzig

Dr. Katharina **Sternecker**, MME-Absolventin, Anatomische Anstalt der LMU Mün-
chen

Dr. Sandra **Straßburg**, EU-Referentin, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Uni-
versität Freiburg

Kai Uwe **Strelow**, MME-Absolvent, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Ulf **Teichgräber**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-
Universität Jena

Dr. Andrea **Thelen-Frölich**, Geschäftsbereichsleiterin Forschungsförderung und Dritt-
mittelmanagement, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Prof. Annette **Thierauf-Emberger**, Studiendekanin, Medizinische Fakultät der Albert-
Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Joachim **Thiery**, Dekan der Medizinischen Fakultät CAU und Vorstand FuL Uni-
versitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Dr. Tina **Thomas**, MME-Absolventin, Universitätsklinikum Dresden

Philipp **Tosberg**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Geschäftsstelle, Berlin

Prof. Dr. Rolf-Detlef **Treede**, Präsident der AWMF, AWMF e. V., Berlin

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

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

Dr. Anke **Väth**, Stellv. Fakultätsgeschäftsführung Medizinische Fakultät, der Eberhard
Karls Universität, Tübingen

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

Dr. Tim **von Oertzen**, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, Universitätskli-
nikum Würzburg

Prof. Dr. Bernd **Weber**, Dekan, Medizinische Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wil-
helms-Universität Bonn

Dr. Christian **Weigel**, MME-Absolvent, Funktionsoberarzt, Universitätsklinikum Düs-
seldorf

Prof. Frederik **Wenz**, Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Gerhard **Werner**, Rechtsanwalt/Partner, Dr. Fettweis & Sozien, Freiburg

Dr. Karin **Werner**, Leitung Forschungsdekanat, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Marjo **Wijnen-Meijer**, Direktorin des Instituts für Didaktik und Lehrforschung in der Medizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Dr. Elke **Williamson**, Geschäftsführerin, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster

Brigitte **Wingen**, Geschäftsführung, Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Tim **Wittenberg**, Geschäftsführung heiTEST, Medizinische Fakultät Heidelberg/heiTEST, Heidelberg

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