

Tagungsbericht

87. Ordentlicher Medizinischer Fakultätentag

**am 11. und 12. Juni 2026
in Dresden**

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 978-3-9825004-4-7

Herausgeber: Prof. Dr. Martina Kadmon

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, Oktober 2026

Fotos: MFT/ André Wirsig (Dresden)

Inhalt

	Seite
Begrüßung Prof. Dr. Martina Kadmon	7
Grußwort des 1. Vorsitzenden des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands Prof. Dr. Jens Scholz	15
Grußwort des Prorektors Bildung und lebensbegleitendes Studieren der TU Dresden Prof. Dr. Niels Modler	19
Tagungsimpressionen I	21
Podiumsgespräch Alexander Dierks Prof. Dr. Martina Kadmon Prof. Dr. Dr. Esther Troost	25
Impulsvortrag und Podiumsgespräch: Hochschulpolitik als Standortfaktor: Warum Forschung, Klinik und Industrie zusammengehören Impulsvortrag Prof. Dr. Manfred Schubert-Zsilavecz	37
Panel-Diskussion: Prof. Dr. Lutz Hein Jörg Schaub Prof. Dr. Manfred Schubert-Zsilavecz Dr. Christoph Willers Moderation: Anja Koebel	47
Impulsvortrag und Podiumsgespräch: Wenn Fakten unter Druck geraten: Populismus versus Wissenschaft in der Medizin Impulsvortrag Dr. Christina Berndt	61
Panel-Diskussion: Dr. Christina Berndt Prof. Dr. Georg Duda Prof. Dr. Leif Erik Sander Dr. Manja Schüle Moderation: Anja Koebel	69
Tagungsimpressionen II	83
Festveranstaltung: Begrüßung durch die Dekanin der Medizinischen Fakultät der TU Dresden und die Staatssekretärin im Sächsischen Staatsministerium für Wissenschaft, Kultur und Tourismus. Prof. Dr. Dr. Esther Troost Prof. Dr. Heike Graßmann	87

Verleihung des Ars legendi-Fakultätenpreises für exzellente Lehre in der Medizin Prof. Dr. Martina Kadmon	95
Tagungsimpressionen III	103
Begrüßung zum zweiten Beratungstag Prof. Dr. Martina Kadmon	109
Einführung zum Thema „Forschung in der Zeitenwende: Zivilmilitärische Kooperationen in der Medizin neu denken“ Elif Şenel	111
Forschung in der Zeitenwende: Zivilmilitärische Kooperationen in der Medizin neu denken – Impulsvortrag Prof. Dr. Kai Kehe	115
Panel-Diskussion Prof. Dr. Udo X. Kaisers Prof. Dr. Kai Kehe Dr. Alexander Kelle Prof. Dr. Walter Rosenthal Moderation: Elif Şenel	123
Übergabe der Urkunden zum Master of Medical Education (MME) Moderation: Elif Şenel	139
Tagungsimpressionen IV	145
Einführung zum Thema „Eine neue Generation Medizinstudierender: Erwartungen, Werte, Perspektiven“ Elif Şenel	151
Eine neue Generation Medizinstudierender: Erwartungen, Werte, Perspektiven – Impulsvortrag Prof. Dr. Dr. Klaus Hurrelmann	153
Panel-Diskussion Dr. Anja Bittner Erik Bodendieck Prof. Dr. Dr. Klaus Hurrelmann Paula Szumotalski Moderation: Elif Şenel	165
Schlussworte und Ankündigung des oMFT 2027 in Berlin Prof. Dr. Martina Kadmon Prof. Dr. Michl	179
Mitgliederversammlung des 87. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages	181
Anhang – Liste der Teilnehmenden	183



Das Präsidium des Medizinischen Fakultätentages 2026 in Dresden: v.l.n.r. Prof. Dr. Roland Frankenberg (Marburg), Prof. Dr. Daniela Dieterich (Magdeburg), Prof. Dr. Esther Troost (Dresden), Dr. Frank Wissing (Berlin), Prof. Dr. Martina Kadmon (Augsburg), Prof. Dr. Bernd Weber (Bonn), Prof. Dr. Gereon Fink (Köln), Prof. Dr. Lutz Hein (Freiburg), Prof. Dr. Blanche Schwappach-Pignataro (Hamburg), Prof. Dr. Joachim Spranger (Berlin)



Begrüßung durch die Präsidentin des Medizinischen Fakultätentages

Prof. Dr. Martina Kadmon
Präsidentin des MFT, Augsburg

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident Dierks,
sehr geehrter Herr Professor Scholz, lieber Jens,
sehr geehrte Frau Professorin Troost,
sehr geehrter Herr Professor Modler,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
verehrte Gäste,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie alle hier in Dresden zum 87. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag begrüßen zu dürfen.

Der oMFT ist jedes Jahr ein besonderer Moment – er bietet Raum und Zeit für den Austausch und die Diskussion zu brennenden Themen, für gemeinsame Überlegungen zu Lösungsansätzen, aber auch für das Setzen und die Priorisierung neuer Themen. Das Besondere ist, dass wir aus den Fakultäten, aus den Universitätskliniken, aus Ministerien, Wissenschaftsorganisationen, Verbänden, aus der Studierendenschaft und aus vielen Partnerinstitutionen zusammenkommen und damit unterschiedliche Perspektiven mitbringen. Dennoch haben wir eine gemeinsame Aufgabe vor Augen: Wir wollen die Hochschulmedizin in Deutschland allen Herausforderungen zum Trotz gestalten und voranbringen – und Hochschulmedizin bedeutet Lehre und Ausbildung von motivierten, interessierten und innovativ denkenden jungen Menschen für eine exzellente Forschung und für die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten, aber auch für die Unterstützung gesundheitskompetenter zukünftiger Generationen. Das ist komplex – und deshalb braucht es die unterschiedlichen Perspektiven, mit denen wir alle hier zusammenkommen.

Dass wir in diesem Jahr hier in Dresden sind, passt wunderbar. Dresden steht wie kaum eine andere deutsche Stadt für die Fähigkeit, nach tiefgreifenden Brüchen Neues zu schaffen. Die Spuren ihrer Geschichte sind bis heute sichtbar. Und – Dresden hat sich zu einem profilierten Wissenschafts- und Forschungsstandort entwickelt – mit einer außergewöhnlichen Dichte an Hochschulen, außeruniversitären Forschungseinrichtungen und innovativen Partnern.

Die Medizinische Fakultät trägt den Namen Carl Gustav Carus. Das ist mehr als ein historischer Bezug. Carus war Arzt - Gynäkologe, Naturforscher, Psychologe, Philosoph und Künstler. Er verband viele Perspektiven in seiner Person, er steht für einen ganzheitlichen Blick auf den Menschen, der nicht an Fachgrenzen endet. Er steht für eine Medizin, die durch wissenschaftliche Neugierde geprägt ist, die aber nicht nur technisch daherkommt, sondern Verantwortung übernimmt; für eine Medizin, die präzise ist, aber den gesamten Menschen nicht aus dem Blick verliert - ganz so, wie wir es in unseren personalisierten Versorgungsansätzen, wenn wir sie breit denken, heute integrieren.

Viele der Fragen, die uns in den kommenden beiden Tagen beschäftigen, bewegen sich genau in diesem Spannungsfeld: Wir möchten wissenschaftlichen Fortschritt ermöglichen und zugleich der Verantwortung gerecht werden, die Hochschulmedizin für die Gesellschaft trägt.

Mein herzlicher Dank gilt der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus, dem Universitätsklinikum Dresden und allen Mitarbeitenden und Unterstützenden, die diesen oMFT vorbereitet haben und uns hier mit großer Gastfreundschaft willkommen heißen.

Lassen Sie uns zunächst **einen Blick auf die Rahmenbedingungen** werfen, mit denen Hochschulmedizin heute ihre Verantwortung in Einklang bringen muss.

Wenn wir auf die vergangenen Monate zurückblicken, sehen wir Bewegung – aber auch große Unsicherheit. Wir erleben eine Bundesregierung, die mit hohen Ambitionen gestartet ist und zugleich in zentralen Fragen immer wieder um gemeinsame Linien ringt. Viele notwendige Reformvorhaben werden intensiv diskutiert, manches angekündigt, manches verschoben oder auch wieder zurückgenommen. Und wir erleben einen zunehmend polarisierten gesellschaftlichen Diskurs. Vertrauen in Institutionen, in wissenschaftliche Expertise und in faktenbasierte Debatten ist längst keine Selbstverständlichkeit mehr.

International befinden wir uns in einer Phase wachsender Instabilität. Der russische Angriffskrieg gegen die Ukraine dauert an. Das transatlantische Verhältnis hat sich verändert, Verlässlichkeit fehlt. Neue geopolitische Spannungen verstärken das Gefühl globaler Unsicherheit. All dies bleibt für Hochschulen und Wissenschaft nicht folgenlos - es verändert die Bedingungen, unter denen wir arbeiten.

In unserem unmittelbaren Umfeld des Gesundheitswesens stehen schwierige und strittige Entscheidungen an. Der finanzielle Druck ist hoch, Konsolidierung wird notwendig sein. Auf die Folgen für die Universitätsklinika wirst Du, Jens, im Anschluss näher eingehen.

Aus Sicht der Medizinischen Fakultäten muss sichergestellt bleiben, dass notwendige Einsparungen auf keinen Fall dazu führen dürfen, dass Universitätsmedizin nicht mehr

im bisherigen Umfang neben der Krankenversorgung ihrer Verantwortung für Forschung und Lehre gerecht werden kann. Hochschulmedizin muss ein Ort exzellenter Forschung und medizinischer Versorgung bleiben. Sie muss ein Ort sein, an dem wissenschaftsbasierte Entscheidungen verteidigt werden. Und sie muss ein Ort sein, an dem junge Menschen ausgebildet werden zu Ärztinnen und Ärzten, zu Forschenden und zu Menschen, die diese Gedanken und die beschriebene Verantwortung weitertragen, die auch in herausfordernden Zeiten und in Krisen handlungsfähig sind. Es geht also neben Inhalten immer auch um professionelle Haltung.

Ausbildung ist also integraler Bestandteil der Verantwortung von Hochschulmedizin.

Wir sprechen seit vielen Jahren über den Masterplan Medizinstudium 2020 und über eine Reform der ÄApprO. Aus Finanzierungsgründen ist vieles davon bislang nicht umgesetzt worden. Das ändert aber nichts daran, dass Reformbedarfe bestehen. Die Medizinischen Fakultäten sind sich dessen sehr wohl bewusst und haben in den letzten zwei Jahren eine ganz neue Position eingenommen, nämlich zu analysieren, welche Reformbedarfe am dringlichsten sind, um kompetenten Nachwuchs für die Zukunft auszubilden, und welche Spielräume wir haben, diese Entwicklungen innerhalb eines machbaren finanziellen Rahmens auch ohne neue regulatorische Vorgaben voranzutreiben.

Deshalb haben MFT und AWMF jüngst gemeinsam Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums innerhalb der geltenden Approbationsordnung vorgelegt. Wo Bund und Länder bislang keinen tragfähigen Kompromiss für die grundlegende Reform gefunden haben, übernehmen die Medizinischen Fakultäten Verantwortung. Weitere Jahre des Wartens können wir uns nicht leisten. Die Empfehlungen beinhalten eine Stärkung der Wissenschaftskompetenz, die stärkere Integration ambulanter Lernorte, um die Systementwicklung im Gesundheitswesen auch im Studium abzubilden, kompetenzorientierte Prüfungen vor Klinikeinsätzen wie Famulatur und PJ, um besser im Versorgungsteam integriert werden zu können, und die Stärkung des Erwerbs ärztlicher Handlungskompetenz im PJ.

Aktuell zeigt sich, dass auch wieder mehr Bewegung in Bezug auf die ÄApprO entsteht. Der vorliegende Referentenentwurf zur Anpassung im Rahmen des Beschleunigungsgesetzes zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen beinhaltet noch keine durchgreifenden inhaltlichen, sondern eher formale Änderungen und ersetzt keine grundlegende Reform. Der MFT bezieht hier klar Stellung im Sinne der Fakultäten. Gerade dort, wo Ausbildungsqualität, Prüfungsstandards und Patientensicherheit berührt werden, müssen die Medizinischen Fakultäten ihre Perspektive einbringen und aus ihrer Expertise heraus Deutungshoheit für das Medizinstudium behalten.

Um diese Deutungshoheit wahrzunehmen, haben die Fakultäten und Fachgesellschaften gemeinsam mit dem MFT an zwei zentralen Instrumenten gearbeitet, mit denen wir das Medizinstudium und das Zahnmedizinstudium weiterentwickeln können – am NKLM 2.1 und am NKLZ 2.0.

Mit dem NKLM 2.1 haben wir heute in unserer Mitgliederversammlung eine weiterentwickelte Fassung für die humanmedizinische Ausbildung vorgestellt. Der Katalog wird künftig nutzerfreundlicher sein: Eine Kompaktansicht und ein neuer Internetauftritt sollen den Einstieg erleichtern und die Orientierung verbessern.

Zugleich haben wir heute den NKLZ 2.0 für die zahnmedizinische Ausbildung verabschiedet.

An dieser Stelle möchte ich allen Expertinnen und Experten aus den Fakultäten und Fachgesellschaften herzlich danken, die sich mit großer Sorgfalt und persönlichem Einsatz in die Weiterentwicklung beider Kataloge eingebracht haben.

Der NKLM 2.1 greift Themen auf, die für die Medizin und für die Gesellschaft zunehmend an Bedeutung gewinnen: Digitalisierung, Künstliche Intelligenz, geschlechtersensible Medizin, Wissenschaftskompetenz, Interprofessionalität und Medizin in Krisenzeiten.

Die Bestrebungen des MFT enden aber nicht mit diesen Katalogen, sondern sie werden ergänzt durch Positionspapiere, Handlungsempfehlungen und Diskussionsräume, in denen es nicht nur um die Vermittlung von neuen technischen Inhalten geht, sondern auch darum, wie wir Lehrende und Studierende auf einen reflektierten und verantwortungsvollen Umgang mit Neuerungen vorbereiten. Mit der neuen Arbeitsgruppe „Interprofessionelle Ausbildung“ wurde auch die Zusammenarbeit mit den akademisierten Gesundheitsfachberufen weiter ins Zentrum gerückt.

Ich habe eben schon die Entwicklung einer professionellen Haltung angesprochen, für die im Rahmen unserer Studiengänge Raum für Reflexion geschaffen werden sollte. In diesem Zusammenhang möchte ich ein Thema ansprechen, das in den vergangenen Wochen zu Recht große Aufmerksamkeit erfahren hat: sexuelle Belästigung und Grenzüberschreitungen im Medizinstudium. Einige von Ihnen werden den intensiven Austausch zum Thema Machtmissbrauch letztes Jahr beim oMFT in Freiburg erinnern. Wir haben nach der damaligen Podiumsdiskussion viel zustimmende Resonanz erhalten zur Relevanz des Themas und zur Wahrnehmung, dass der Umgang damit eine ganz zentrale Führungsaufgabe ist. Die aktuelle öffentliche Debatte macht erneut deutlich, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema eine dauerhafte Aufgabe der Hochschulmedizin ist und nicht nur anlassbezogen geführt werden sollte. Der MFT hat am 22. Mai eine Stellungnahme veröffentlicht und unmissverständlich klargemacht: Sexuelle Belästigung, Grenzverletzungen und missbräuchliches Verhalten sind mit dem Anspruch an eine verantwortungsvolle medizinische Ausbildung nicht vereinbar. Wir werden das Thema auch in unseren Ausschüssen und weiteren Formaten aufgreifen.

Lassen Sie mich nun auf die Forschung kommen.

Auch hier erleben wir eine Phase großer Dynamik. Das Netzwerk Universitätsmedizin hat gezeigt, welches Potenzial in standortübergreifenden Forschungsstrukturen, in gemeinsamer Datennutzung und vernetzten Studien liegt. Dass Bund und Länder die dauerhafte Förderung des NUM beschlossen haben, ist deshalb ein starkes und wichtiges Signal. Nun kommt es darauf an, die bisherigen Erfolge und auch die in der Medizinformatik-Initiative geschaffenen Strukturen sinnvoll weiterzuführen. Dabei ist klar: Ohne die Medizinischen Fakultäten wird dies nicht gelingen. Sie schaffen wissenschaftliche Strukturen, sie stellen Expertise, Daten, Biobanken und Forschungsumgebungen bereit. Sie sind nicht nur Nutzerinnen dieser Infrastrukturen, sondern gestalten sie maßgeblich mit.

Auch die Nutzung von Gesundheitsdaten und Künstlicher Intelligenz wird die Hochschulmedizin in den kommenden Jahren prägen. Der European Health Data Space und der aktuelle Entwurf für ein Gesetz über Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen eröffnen große Chancen. Gemeinsam mit dem VUD, der TMF und zahlreichen weiteren Akteuren der Gesundheitsforschung haben wir uns dafür eingesetzt, dass Datenzugänge praktikabel, Verknüpfungen rechtssicher und Verfahren möglichst unbürokratisch ausgestaltet werden. Datenschutz, Datenqualität und Forschungsfähigkeit müssen zusammen gedacht werden.

Ähnliches gilt für die Hightech-Agenda der Bundesregierung. Mit den im Mai vorgelegten Roadmaps werden aus übergeordneten Zielen konkrete Vorhaben. Gerade die Roadmap Biotechnologie macht deutlich, welche Rolle die Hochschulmedizin bei Gen- und Zelltherapien, klinischen Studien, Biobanken und datengetriebener Forschung spielt. Der MFT bringt die Perspektive der Medizinischen Fakultäten in die Beratungen des Bundesforschungsministeriums ein – besonders, um deutlich zu machen, dass die Fakultäten keine nachgelagerten Anwender technologischer Entwicklungen sind, sondern diese Innovationen an den Fakultäten entstehen, wissenschaftlich geprüft und in die medizinische Praxis gebracht werden.

Auch durch die Beteiligung im Forum Gesundheitsforschung des BMFTR ist der MFT in die organisationsübergreifende Abstimmung zur Zukunft der biomedizinischen Forschung eingebunden. Gerade bei komplexen Themen zeigt sich immer wieder, dass wir nur vorankommen, wenn Wissenschaftsorganisationen, Politik und Hochschulmedizin ihre Perspektiven frühzeitig zusammenbringen und ihre Aktivitäten bündeln.

Ein besonderes Anliegen bleibt weiterhin die Förderung von Clinician Scientists und Medical Scientists. Ärztinnen und Ärzte, die Forschung und klinische Versorgung verbinden, sind unverzichtbar für die Zukunft der Hochschulmedizin. Nach rund 15 Jahren strukturierter Förderung ist es an der Zeit, genau hinzuschauen, was die Programme erreicht haben, wo Hürden bestehen und was wir für einen solchen Karriereweg in der Zukunft aus der Erfahrung lernen können. Mit dem von der Else-Kröner-Fresenius-Stiftung geförderten ECLiPSE-Projekt erfassen wir erstmals bundesweit auch die

Perspektiven von Fellows, Alumni und weiteren klinisch-wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzten. Die Ergebnisse werden wir im September gemeinsam mit den Evaluationsergebnissen der DFG-Förderlinie diskutieren und Schlussfolgerungen für zukünftige Maßnahmen ziehen.

Das war ein breiter Blick auf die Themen, die uns im letzten Jahr und aktuell beschäftigen. Eine Vielzahl der angeführten Themen wird uns auch im **Programm dieser Tagung** begegnen.

Wir werden heute über die Hochschulmedizin als Standortfaktor diskutieren – gemeinsam mit Professor Manfred Schubert-Zsilavecz, Jörg Schaub, Dr. Christoph Willers und unserem Kollegen Lutz Hein. Gerade Dresden zeigt eindrucksvoll, welche Bedeutung das Zusammenspiel von Wissenschaft, Klinik und Industrie für Innovation und regionale Entwicklung haben kann.

Wir werden über wissenschaftsfeindlichen Populismus und den Umgang mit Fakten unter Druck sprechen – mit Frau Ministerin Schüle, Dr. Christina Berndt, Prof. Georg Duda und Prof. Leif Erik Sander. Wissenschaft braucht offene Debatten. Aber sie braucht auch Vertrauen in wissenschaftliche Methoden, in Fakten und in Institutionen. Dieses Vertrauen entsteht nicht von selbst. Es muss immer wieder neu begründet werden – durch Transparenz, Dialog und die Bereitschaft, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen.

Morgen werden wir über Forschung in der Zeitenwende und über zivil-militärische Kooperationen in der Medizin sprechen. Die Zeitenwende verändert nicht nur sicherheitspolitische Debatten, sondern auch die Anforderungen an Forschung, Ausbildung und internationale Zusammenarbeit. Gerade für die medizinische Lehre stellt sich zunehmend die Frage, wie wir zukünftige Ärztinnen und Ärzte auf Krisensituationen, Katastrophenlagen und außergewöhnliche Versorgungsszenarien vorbereiten. Umso wichtiger ist der Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft und Bundeswehr wie Prof. Kai Kehe, Prof. Udo Kaisers und Dr. Alexander Kelle.

Ebenso wichtig ist mir der Blick auf die nächste Generation. Dazu gehört eine Lehre, die sich kontinuierlich weiterentwickelt. Mit der Übergabe der MME-Urkunden würdigen wir den erfolgreichen Abschluss des Master-of-Medical-Education-Studiengangs – eines Programms, das hierfür seit Jahren wichtige Impulse setzt. Und mit der Diskussion über Erwartungen und Perspektiven einer neuen Generation Medizinstudierender – gemeinsam mit Prof. Klaus Hurrelmann, Paula Szumotalski, Dr. Anja Bittner und Erik Bodendieck – richten wir den Blick bewusst nach vorn.

Denn letztlich geht es bei all unseren Diskussionen um die Frage, wie wir Hochschulmedizin belastbar zukunftsfähig gestalten: wissenschaftlich stark, gesellschaftlich verantwortungsvoll und dem Gemeinwohl verpflichtet – ohne dabei die Grundlagen guter Medizin aus dem Blick zu verlieren.

Carl Gustav Carus hätte vermutlich nicht in unseren heutigen Kategorien von Lehre, Forschung und Versorgung gedacht. Aber er hätte die Position vertreten, dass Wissenschaft mehr ist als Technik, und dass Medizin immer auch eine Frage der Haltung ist, und dass der Schulterschluss und das Zusammenspiel zwischen den drei Bereichen das ist, was Hochschulmedizin ausmacht.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen einen anregenden, offenen und diskussionsfreudigen oMFT hier in Dresden.

Ich freue mich auf die Gespräche und Begegnungen in den kommenden Tagen und erkläre damit den 87. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag für eröffnet.



Grußwort des 1. Vorsitzenden des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands

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

Sehr geehrter Herr Dierks,
sehr geehrter Herr Professor Modler,
sehr geehrte Frau Professor Troost,
sehr geehrte Frau Professorin Kadmon, liebe Martina,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,
liebe Festgäste,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich freue mich, dass ich auf diesem Medizinischen Fakultätentag ein kurzes Grußwort im Namen des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands abgeben darf. Das zeigt, wie gut die Zusammenarbeit zwischen VUD und MFT in der Deutschen Hochschulmedizin ist. Wir kommunizieren viele Probleme miteinander, wir verabschieden viele gemeinsame Stellungnahmen und treten gemeinsam in der Öffentlichkeit auf.

Wir treffen uns in einer Zeit, in der sich Gewissheiten verschieben. Das gilt für unser Gesundheitssystem ebenso wie für das Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Gesellschaft. Vieles ist in Bewegung – strukturell, finanziell, aber auch im Grundverständnis dessen, was wir tun und wofür wir stehen.

Die großen Reformvorhaben in der Gesundheitsversorgung, die Krankenhausreform, die Notfallreform, aber auch die erweiterten Möglichkeiten für Versorgung und Forschung durch Digitalisierung und Gesundheitsdatennutzung sind Ausdruck dieses Wandels. Sie sind notwendig, sie sind mehr als strukturelle Anpassungen. Die Frage, wie wir künftig Versorgung organisieren, ist eine Frage nach dem Verständnis der Gesellschaft von Medizin und berührt immer auch die Rolle von Universitätsmedizin: Wie verbinden wir wissenschaftlichen Fortschritt und Verantwortung so, dass Innovation dem Menschen dient?

Die Universitätsmedizin bewegt sich dabei in einem Spannungsfeld, das größer zu werden droht. Auf der einen Seite stehen steigende Erwartungen und auch politische Ansprüche: an Qualität, an Innovation, an Krisenfestigkeit. Auf der anderen Seite wachsen ökonomische Zwänge. Das Gesetz zur Stabilisierung der GKV-Finanzen ist ein Beispiel

für diese Entwicklung. Es folgt nachvollziehbar dem Ziel kurzfristiger Entlastungen. Aber es wirft die zentrale Frage auf: Wie lassen sich notwendige Investitionen in die Zukunft der Gesundheitsversorgung, in Forschung, Innovation und Spitzenmedizin dauerhaft sichern, wenn die Gegenwart zunehmend unter Kostendruck gerät?

Die Ausgestaltung der vorliegenden Sparmaßnahmen verstärkt den Eindruck, dass es der Bundesregierung schwerfällt, verlässliche finanzielle Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung zu schaffen. Dieses Gesetz hat kein Zielbild für die großen Herausforderungen des Gesundheitswesens. Es geht einmal mehr zulasten insbesondere der Universitätsklinika, die ohnehin unter der strukturell für sie unzureichenden Finanzierung leiden. Die bestehenden Defizite werden sich verschärfen und die Leistungsfähigkeit wird weiter unter Druck gesetzt. Doch ein dauerhafter Defizitausgleich über die Landeshaushalte infolge unzureichender struktureller Weichenstellungen kann keine Lösung sein. Jetzt braucht es dringend einen langfristig angelegten Ansatz, der die besondere Rolle der Universitätsklinika berücksichtigt. Auf Strukturreformen zu hoffen, die vorher verwässert wurden, ist dabei nicht zielführend.

Denn Fortschritt entsteht nicht im Modus kurzfristiger Stabilisierung. Innovationen benötigen Verlässlichkeit und den Mut, in Entwicklungen zu investieren, deren Nutzen sich nicht immer sofort bemessen lässt. Gerade die Universitätsmedizin lebt von dieser Perspektive: vom Vorausdenken und vom Erproben.

Gleichzeitig eröffnet gerade diese Zeit auch Chancen. Die Dynamik in Forschung und Technologie ist enorm. Neue Therapieansätze, datengetriebene Medizin, interdisziplinäre Kooperationen – all das verändert unsere Möglichkeiten grundlegend.

Die Frage ist nicht, ob wir diese Entwicklungen nutzen. Die Frage ist, unter welchen Bedingungen wir sie gestalten. Dazu braucht es mehr als Reformgesetze. Es braucht ein gemeinsames Verständnis davon, wohin wir wollen. Und es braucht Institutionen, die in der Lage sind, dieses Verständnis zu tragen – auch über Legislaturperioden hinaus.

Und es braucht meines Erachtens in den Debatten vor allem: die klare Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz. Gerade in Zeiten zunehmender gesellschaftlicher Polarisierung müssen wir deutlich sagen: Medizin beruht auf wissenschaftlicher Erkenntnis, klinischer Erfahrung und überprüfbarer Evidenz.

Ein besonderes Augenmerk liegt auch beim diesjährigen oMFT auf Krisenresilienz und der Vorbereitung auf einen Bündnisfall. Gerade hier in Dresden bekommt das Thema eine besondere Bedeutung. Die Stadt steht wie kaum eine andere für die Erfahrung massiver Zerstörung im Zweiten Weltkrieg. Diese Geschichte erinnert uns daran, wie schnell Strukturen in Krisen zerbrechen – und wie viel Zeit und Anstrengung es braucht, um sie wieder aufzubauen. Resilienz heißt eben auch: aus Erfahrungen lernen und die Fähigkeit entwickeln, in schwierigen Zeiten handlungsfähig zu bleiben.

In einer Zeit geopolitischer Unsicherheiten – sei es durch humanitäre Krisen, Pandemielagen oder sicherheitspolitische Spannungsfelder – muss Hochschulmedizin sehr gut gerüstet sein, auch organisatorisch, logistisch und strukturell. Das bedeutet, unsere Strukturen krisenfest zu gestalten, die Koordination mit zivilen und staatlichen Partnern zu optimieren und die Patientenversorgung auch in außergewöhnlichen Lagen sicherzustellen. Diese Verantwortung tragen wir als Deutsche Hochschulmedizin in der politischen Diskussion, denn es geht um die Sicherstellung von Versorgung in allen denkbaren Szenarien.

Der Medizinische Fakultätentag und der Verband der Universitätsklinika Deutschlands haben in den vergangenen Jahren gezeigt, wie viel sich durch Austausch und gemeinsame Verantwortung für die Universitätsmedizin bewegen lässt. In diesem Sinne freue ich mich auf die Diskussionen dieses Tages und auf die Impulse, die von hier ausgehen werden.

Vielen Dank.



Grußwort des Prorektors Bildung und lebensbegleitendes Studieren der TU Dresden

Prof. Dr.-Ing. Niels Modler

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident Dierks,
sehr geehrte Abgeordnete,
sehr geehrte Präsidentin des Medizinischen Fakultätentages, Professorin Kadmon,
sehr geehrter Vorsitzender des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands,
Professor Scholz,
sehr geehrte Dekaninnen und Dekane, liebe Esther,
liebe Kolleginnen und Kollegen aus Hochschulmedizin, Wissenschaft, Politik und Industrie,
meine Damen und Herren,

herzlich willkommen hier an der Technischen Universität Dresden, herzlich willkommen hier in unserem Haus. Es ist mir eine große Freude und Ehre, Sie heute als Gastgeber hier in der Medizinischen Fakultät begrüßen zu dürfen. Dass der diesjährige Medizinische Fakultätentag in Dresden hier an der Fakultät „Carl Gustav Carus“ stattfindet, erfüllt uns mit Stolz und dem klaren Willen, Ihnen hier zwei Tage voller angeregter Diskussionen und konstruktiver Begegnungen zu bieten.

Die Technische Universität Dresden ist eine der forschungsstärksten und mittlerweile renommiertesten Universitäten in Deutschland. In ihrer fast 200-jährigen Geschichte hat sie sich von einer technischen Bildungseinrichtung zu einer breit aufgestellten, international vernetzten Voll-Universität entwickelt. Heute umfasst die TU Dresden fünf Bereiche mit 17 Fakultäten, rund 28.000 Studierenden und mehr als 8.000 Beschäftigten in Forschung, Lehre und Verwaltung. Sie ist Exzellenzuniversität, Gründungspartnerin der Forschungsallianz DRESDEN-concept und damit Teil eines einzigartigen Wissenschafts-Ökosystems, das Universität, außeruniversitäre Forschungsinstitute und Wirtschaft in dieser Stadt vereint. Damit wird Dresden nicht nur zur kulturellen Metropole, sondern auch zu einem Zentrum von Wissenschaft und Innovation.

In diesem starken Gefüge nimmt die Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“ eine ganz besondere Stellung ein, denn sie ist die Medizinische Fakultät in Sachsen an einer Technischen Universität. Die Hochschulmedizin in Dresden kommt durchaus technisch daher, natürlich unter dem Dach des ganzheitlichen Ansatzes und mit dieser Säule, die es uns erlaubt, mit unserer Expertise, unseren Fähigkeiten und Fertigkeiten in

Informationssystemtechnologie und technischen Naturwissenschaften diesen Einsatz, insbesondere auf dem heute so notwendigen Feld der personalisierten Medizin, tatkräftig zu unterstützen.

Die TU Dresden lebt Interdisziplinarität und diese breite Interdisziplinarität ist unser stärkstes Alleinstellungsmerkmal. Die Medizin ist für unsere Universität weit mehr als nur ein Fachbereich. Sie ist strategische Partnerin in der Drittmittelforschung, treibende Kraft bei Ausgründungen und Start-ups in Biotech und im Gesundheitsbereich und nicht zuletzt unverzichtbarer Bestandteil bei der Wahrnehmung unserer gesellschaftlichen Verantwortung.

Das Universitätsklinikum versorgt jährlich etwa 100.000 Patientinnen und Patienten und verbindet dabei Spitzenforschung unmittelbar mit exzellenter Krankenversorgung. Ich darf an dieser Stelle unseren Medizinischen Vorstand des Universitätsklinikums, Herrn Kollegen Platzbecker, ganz herzlich begrüßen. Lehre und Forschung, Klinik und Labor, Theorie und Praxis, das alles gehört in Dresden untrennbar zusammen.

Der Medizinische Fakultätentag ist das Plenum der Deutschen Hochschulmedizin. Was hier debattiert und beschlossen wird, prägt die medizinische Ausbildung, die Forschungsagenda und die strukturellen Rahmenbedingungen. Ich bin überzeugt, dass die Fragen, die Sie in den nächsten zwei Tagen hier bearbeiten werden, von erheblicher gesellschaftlicher Tragweite sind. Ich freue mich besonders, dass neben hochrangigen Vertreterinnen und Vertretern der klinischen Medizin und medizinischen Grundlagenforschung auch Gäste aus der Politik und der Industrie zugegen sind, denn die großen Herausforderungen, vor denen unser Gesundheitssystem heute steht, wie Fachkräftemangel, demographischer Wandel, Digitalisierung, lassen sich nur im Dialog zwischen Politik und Gesellschaft bewältigen.

Dieser Dialog braucht Räume wie diesen, und ich bin sehr froh, dass wir in Dresden heute einen solchen Rahmen bieten können. In diesem Sinne wünsche ich dem diesjährigen Medizinischen Fakultätentag produktive Diskussionen, kluge Beschlüsse, bereichernde Begegnungen und zwei inspirierende Tage in unserem Elbflorenz.

Vielen Dank!

Tagungsimpressionen I







Teilnehmende am Podiumsgespräch zur Eröffnung des oMFT 2026: Anja Koebel,
Prof. Dr. Esther Troost, Alexander Dierks, Prof. Dr. Martina Kadmon (v.l.n.r.)

Podiumsgespräch

Alexander Dierks

Präsident des Sächsischen Landtags

Prof. Dr. Martina Kadmon

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

Prof. Dr. Dr. Esther Troost

Dekanin der Medizinischen Fakultät der TU Dresden

Moderation:

Anja Koebel, Mitteldeutscher Rundfunk (MDR)

Koebel

Damit Sie mich hier in dieser Runde einordnen können, ein kleiner Einwurf: Die Medizin war auch einmal ein kleiner Teil meines beruflichen Umfeldes, als ich als Schwesternschülerin hier an der Medizinischen Akademie, wie sie damals noch hieß, meine Ausbildung machte. Nach der politischen Wende in der DDR ergab sich auch für mich eine neue Entwicklung, denn nach meinem Studium blieb ich beim 1992 neu gegründeten MDR. Durch meine journalistische Tätigkeit zieht sich wie ein roter Faden die Arbeit mit medizinischen Themen, medizinischen Innovationen, der Versorgungslandschaft, und ich habe mit Frau Professorin Troost schon die eine oder andere schöne Veranstaltung gestalten dürfen.

1999 war der Medizinische Fakultätentag das letzte Mal hier in Dresden. Ich freue mich, dass Sie in dieser durchaus schwierigen Zeit hier sind. Die Themen, die für die kommenden beiden Tage gesetzt sind, sind mehr als zeitgemäß und spannend. Gerade Standortfaktoren und Populismus als die Themen, die heute diskutiert werden, beschäftigen uns alle sehr. Das gilt für mich als Journalistin genauso wie für Sie als Medizinerinnen und Mediziner, denn wir wissen nicht, was auf uns zukommt und das bedeutet, aufzuwachen.

Ich darf nun den Präsidenten des Sächsischen Landtags, Alexander Dierks, gemeinsam mit Frau Professorin Kadmon und Frau Professorin Troost nach vorne bitten und unser Podiumsgespräch zu führen.

Meine erste Frage richte ich an Herrn Dierks: Sie haben über sieben Jahre die Gesundheitspolitik hier in Sachsen vorangetrieben. Was waren die Schwerpunkte, die Sie gesetzt

haben und auf die Sie mit Stolz oder auch mit dem einen oder anderen negativen Aspekt zurückschauen?

Dierks

Ich möchte mich zunächst für die Einladung hier in die Podiumsdiskussion bedanken. Wir haben in den letzten sieben Jahren eine ganze Reihe von Themen diskutiert, die jetzt immer virulenter werden. Wir erleben ganz allgemein, dass sich wirtschaftlich und mentalitätsmäßig saturierte Gesellschaften immer dann zu bewegen beginnen, wenn es gar nicht anders mehr geht. Ansonsten sind die Beharrungskräfte und Stillstandsbewahrung größer als die Lust an Veränderung.

Wir haben von Anfang an gesehen, dass die medizinische Versorgung die zentrale Frage von Lebensqualität in den nächsten Jahrzehnten sein wird. Dass das in der Vergangenheit nicht so wahrgenommen wurde, liegt mutmaßlich an der Selbstverständlichkeit, mit der wir diese Versorgung erlebt haben und auch an der noch nicht so durchschlagenden Demographie. Was Prof. Dr. Kurt Biedenkopf vor etwa 40 Jahren als Zukunftsszenario beschrieben hat, ist nun Realität. Die Generation der Baby-Boomer, das sind zum Beispiel meine Eltern, denen ich den Ruhestand herzlich gönne, läuft nun durch alle Versorgungssysteme, die Sozialversicherung, die Gesundheitspflege etc. Das stellt uns vor große Herausforderungen. Im ländlichen Raum ist es bereits schwierig und wird es zunehmend schwieriger, medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten. Wir brauchen Spezialisierung und wir brauchen Ortsnähe der Leistungen, die jeder Mensch regelmäßig nachfragt. Das gilt für den immer wieder beschworenen Hausarzt und genauso für den Zahnarzt.

Wir haben in der vergangenen Legislaturperiode ein Landarztgesetz auf den Weg gebracht, ähnlich denen, die es in anderen Bundesländern bereits gibt. Es wurde nun durch ein Landeszahnarztgesetz ergänzt. Denn wir sehen, dass es spätestens 2030 eine eklatante Unterversorgung bei Kieferchirurgie und Zahnärzten geben wird. Wir haben den Studiengang MEDiC gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät in Dresden als innovativen Modellstudiengang auf den Weg gebracht. Wenn wir die nächsten Schritte richtig gehen, kann das Modellcharakter für Versorgungsüberlegungen in ganz Deutschland haben.

Das waren aus meiner Sicht wesentliche Entscheidungen der letzten Jahre gemeinsam mit dem Krankenhausgesetz des Freistaates Sachsen. Dieses Gesetz ist zwar nicht besonders populär, aber es spricht einige sehr notwendige Wahrheiten aus. Die Krankenhäuser werden sich anpassen müssen. Sie können nicht so bleiben, wie sie jetzt sind. Wir brauchen eine abgestufte Versorgung, die sich an zwei Prämissen orientiert: Exzellenz dort, wo Exzellenz entscheidend ist, und Ortsnähe dort, wo Ortsnähe entscheidend ist. Wir brauchen eine Notfallversorgung vor Ort, wir brauchen eine stärkere Verzahnung der Sektoren und müssen die fachärztliche Versorgung näher an die Krankenhäuser heranbringen. Ebenso wichtig ist aber auch die medizinische Spitzenversorgung. Sie kann

es aber nur an wenigen Orten – und das sind in einem so dicht besiedelten Raum wie Sachsen die Universitätsklinika – geben.

Das sind aus meiner Sicht die Wegmarken der letzten Jahre. Ich weiß aber auch, dass diese Transformation politisch viel leichter zu beschreiben ist als dann praktisch umgesetzt werden kann.

Koebel

An Frau Troost die Frage nach den Erfahrungen mit MEDiC oder der Landarztquote. Sind Ihre Erwartungen erfüllt worden?

Troost

Die Anfangserwartungen sind erfüllt, denn zunächst ging es darum, den Studiengang erfolgreich zu starten. MEDiC wurde in der Corona-Phase als ein digitaler Studiengang eingeführt und war damit seiner Zeit eigentlich schon weit voraus. Im Oktober 2020 konnten wir in Chemnitz die ersten Studierenden willkommen heißen. Ich war damals Forschungsdekanin, und die Umstellung von Präsenz- auf Digitalunterricht von heute auf morgen war eine große Herausforderung. Gemeinsam mit den Vorständen des Uniklinikums haben wir fortlaufend intensiv beraten, wie wir die Studierenden aus dem digitalen Raum wieder zurück in die tatsächliche Medizin an die Patientinnen und Patienten bekommen können. Der erste Jahrgang von MEDiC tritt nun in das Praktische Jahr ein, und am Ende dieses Jahres werden wir die ersten MEDiC-Absolventinnen und –Absolventen gemeinsam mit den Absolventinnen und Absolventen der Regelstudiengänge Humanmedizin und Zahnmedizin verabschieden können.

Die Landarztquote war ebenfalls eine interessante Entwicklung. Nach anfänglichen Schwierigkeiten bei der Auswahl für den Studiengang geeigneter Kandidaten und Kandidatinnen sind wir nun mit den Kollegen in Leipzig eng in die Selektion durch das SMS involviert. Wir sind daher optimistisch, dass die jetzigen Studierenden die erste Hürde des Physikums nehmen werden.

Wir sind uns einig – und da stimme ich Herrn Dierks zu –, dass es Dinge gibt, die man nur an einem universitären Standort in Sachsen, also in Leipzig oder Dresden machen kann. Dort liegen die Kernkompetenzen für beispielsweise Gen- oder Zelltherapie oder andere hochinnovative Therapien. Hier nutzen wir ganz bewusst die Ressourcen und die Exzellenz der TU Dresden-, das sind unsere Investitionen in die Zukunft- um das, was wir heute entwickeln, morgen in die Translation und den Transfer an den Patienten zu bringen. Das ist der Hochschulmedizin Dresden sehr wichtig.

Koebel

Wie steht denn nun Sachsen in der Betrachtung aller deutschen Medizinstandorte, frage ich Frau Kadmon.

Kadmon

Ich sehe Sachsen mittendrin. Die gerade vorgestellten Themen und Lösungsansätze beschäftigen uns alle gleichermaßen. Wir sind als Medizinstandorte mit manchen Entwicklungen nicht glücklich und nicht überzeugt, dass sie die Probleme lösen werden. So stellt sich etwa die Frage, ob die Sicherung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen, in denen sie zum jetzigen Zeitpunkt nicht gesichert erscheint, mit der angesprochenen Landarzt- oder Landzahnarztquote wirklich erreicht werden kann. Diese Quotenregelungen beschäftigen uns in ganz Deutschland sehr, insbesondere mit Blick auf die Frage, ob wir die mit ihnen verbundene Zielsetzung erreichen werden.

Die Effektivität solcher Maßnahmen kann man frühestens nach 12 Jahren bewerten. Es gibt aber zwischenzeitlich Surrogat-Parameter, die man betrachten kann. Ich würde mir wünschen, dass solche Parameter in der allgemeinen Diskussion mehr Berücksichtigung finden, besonders dann, wenn sie schon absehbar zeigen, dass Zielsetzung und Maßnahmen weit auseinanderweichen. Wenn wir also zum Beispiel sehen, dass die Studierenden der Landarztquoten sich schwertun, die M1-Prüfung, in einer akzeptablen Zeit zu bestehen, müssen wir unser Tun kritisch überprüfen und die eingeleiteten Maßnahmen wissenschaftlich begleiten und evaluieren.

Ich glaube, dass solche Einzelmaßnahmen viel zu kurz greifen, um das komplexe Ziel der flächendeckenden Versorgungssicherheit zu erreichen. Wir müssen uns immer wieder fragen, welche weiteren flankierenden attraktivitätssteigernden Maßnahmen sonst noch benötigt werden. Am Beispiel Sachsens meine ich, dass es interessant wäre, die Chemnitzer Studierenden zu befragen, was sie zum Hierbleiben bewegen würde. Es kristallisiert sich immer erst im Laufe des Studiums heraus, wohin ein späterer Weg führen wird – die Quote allein löst das Problem sicher nicht.

Wenn ich aus der Elterngeneration an unsere Kinder denke, bin ich auch skeptisch, wenn wir einem 18-Jährigen Karrierewege vorgeben und ihm nicht die Möglichkeit lasse, Erfahrungen zu sammeln und dann seine Entscheidungen zu treffen. Wenn sein Herz für die Chirurgie brennt und nicht für die hausärztliche Tätigkeit, sollte er Chirurg werden dürfen.

Koebel

Herr Dierks, wie kann die Politik hier noch konkrete Unterstützung bieten?

Dierks

Ich bin mit dem bisher Gesagten völlig einverstanden. Ich sage immer: Seid misstrauisch zu Menschen, die einfache Lösungen für ein sehr komplexes Problem als Stein der Weisen versprechen. Niemand im parlamentarischen Raum wird behaupten, dass mit den wenigen Studienplätzen im Rahmen der Landarzt- oder Landzahnarztquote alle Versorgungsprobleme gelöst werden.

Es ist immer ein Stück weit „trial and error“ – zu schauen, welche Steuerungsmöglichkeiten wir in unserer sehr freien Gesellschaft überhaupt haben. Es gibt Vorstellungen, dass man ähnlich den beamteten Lehrern den jungen Absolventinnen und Absolventen Vorgaben macht, wo sie ihre Tätigkeit aufnehmen. Die Realität ist eine andere. Und das ist auch gut so, dass junge Menschen nicht nur innerhalb von Disziplinen wählen, sondern auch frei entscheiden können, wo sie ihre Tätigkeit aufnehmen wollen. Alles andere würde meinem Verständnis von Demokratie widersprechen. Dadurch haben wir aber auch nur eine begrenzte Zahl an Möglichkeiten, wie die angesprochenen Quoten, eine Kooperation mit der Semmelweis-Universität in Ungarn oder das MEDiC-Programm.

Wenn wir in den Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte schauen, müssen wir auch fragen, wie der Arztberuf in der Fläche wieder attraktiver gestaltet werden kann. Das betrifft nicht nur die finanzielle Seite, sondern auch die Regulatorik, die nicht nur fachspezifisch medizinisch sein muss, sondern auch bürokratische Hemmnisse beinhaltet. Gemeinsam mit der Landesärztekammer müssen wir Gespräche für Modernisierungen und Vereinfachungen führen, um den Beruf wieder näher an den Menschen zu bringen. Dabei geht es auch um ein attraktives Umfeld, was in Zeiten knapper Kassen noch schwieriger ist. Es mangelt immer am Geld, das war in Zeiten der Hochkonjunktur so und ist in Zeiten der Rezession erst recht so.

Es gibt aber starke Signale, die uns positiv stimmen sollten. Es ist zwar nicht das Universitätsklinikum, doch am 8. Mai 2026 konnte der Grundstein für das neue Herzzentrum der Sana Kliniken AG in Dresden gelegt werden. Es ist ein Finanzumfang von 300 Mio. Euro für den Neubau vorgesehen. Damit wird die Patientenversorgung nicht nur durch neue Räumlichkeiten verbessert, sondern auch insgesamt ein noch attraktiveres Umfeld geschaffen.

Ebenso notwendig erachte ich ein klares Bekenntnis zur Wissenschaftsfreiheit. Dabei reden wir über Dinge, die wir bisher immer als selbstverständlich angesehen haben. Ich hätte nie erwartet, einmal Sorge haben zu müssen, dass das Vertrauen in valide wissenschaftliche Erkenntnisse infrage gestellt wird.

Im Sächsischen Landtag wurde ein Untersuchungsausschuss gefordert, dessen Aufgabe Ihnen bekannt sein wird. Ich hätte nie geglaubt, dass Menschen, die ihr ganzes berufliches Denken und Handeln über Jahrzehnte der Medizin gewidmet haben, dort in einer Weise behandelt werden, die schon ehrabschneidend ist. Politik und Medizin müssen

hier gemeinsam offensiver in die Auseinandersetzung gehen und dafür kämpfen, dass die Prinzipien der Freiheit der Wissenschaft und der wissenschaftlichen Meinung auch weiterhin gelten. Diese Prinzipien haben unser Land über Jahrzehnte stark gemacht und die Lebensqualität grundlegend verbessert.

In meiner Elterngeneration sind noch Kinder als Folge der Kinderlähmung an Krücken gelaufen. Die Impfung gegen Kinderlähmung hat dafür gesorgt, dass das heute nicht mehr so ist. Sie wissen, worauf ich hier abziele: Es ist eine große Herausforderung, wenn ich mit den Kollegen des Fraunhofer-Instituts für Zelltherapie und Immunologie (IZI) in Leipzig spreche und dort ähnliche Diskussionen um Sinn und Nutzen von Impfungen geführt werden müssen. Das ist hochgradig bedenklich.

Für das Ansehen Sachsens als Wissenschaftsstandort ist es daher wichtig, in diesen Fragen in die Offensive zu gehen und nicht aus Bequemlichkeit auf den Boden zu schauen. Wir müssen Populisten widersprechen und deutlich sagen, warum die Dinge so liegen, wie sie liegen.

Koebel

Was erwarten Sie, Frau Troost, als Dekanin von der Politik?

Troost

Ich erwarte, dass Politik zuhört. Die Herausforderungen, die wir in der Wissenschaft, in der Lehre und in der Krankenversorgung anmerken, sollten einen Raum haben, um gemeinsam mit der Politik Lösungen zu finden. Ich wünschte mir, dass wir aus der Palette an Lösungsoptionen eine Auswahl treffen und mit einem Ansatz beginnen könnten.

Es macht uns allen keinen Spaß, aber wir bemühen uns redlich, dort zu kürzen, wo es sinnvoll und vertretbar ist. Gleichzeitig wollen wir effizienter arbeiten und gemeinsam kreativere Ansätze finden, wie zum Beispiel die Erweiterung der Auftragsforschung mit der Industrie. Entscheidend ist, dass wir die Errungenschaften, die über viele Jahre in Deutschland kreiert wurden, erhalten und weiterentwickeln, damit Deutschland nicht von der Entwicklung abgehängt wird und man den Mut bewahrt, notwendige Veränderungen umzusetzen.

Ich hatte im vergangenen Jahr die Ehre, einer Delegation anzugehören, die mit unserem Ministerpräsidenten Taiwan besucht hat. Dort habe ich unter anderem eine Intensivstation für Pulmologie besucht. Auch dort waren die Stationen vom Fachkräftemangel gezeichnet, dennoch wurden innerhalb von 18 Monaten mit einem Team von nur 12 Personen alle sechs Intensivstationen digitalisiert. Selbst die Visiten wurden teilweise digital durchgeführt und trotzdem gab es Raum für die Patientengespräche. Sie haben die Digitalisierung einfach getan. So etwas ist für uns häufig ein Problem: der Föderalismus steht im Weg, der Datenschutz behindert mehr als er wirklich schützt. Das ist die Frage,

die uns alle umtreibt – wie können wir trotz der Rahmenbedingungen pragmatisch vorwärtskommen, um den Transformationsstau zu überwinden.

Koebel

Die Deutsche Hochschulmedizin ist ein Standortfaktor. Was kann die Hochschulmedizin übergeordnet leisten?

Kadmon

Das Meiste ist bereits angesprochen. Wir haben an den hochschulmedizinischen Standorten eine sehr hohe Spezialisierungs- und Expertiseentwicklung, die eine exzellente Grundlage für eine hochqualitative Forschung, Lehre und Versorgung darstellt. Ich möchte noch einmal an die Frage anknüpfen, wie man diese Chancen dann auch in der Breite umsetzen und zugänglich machen kann. Vieles ist über einen gut ausgebildeten Nachwuchs erreichbar. Dafür müssen wir Rahmenbedingungen auch in Umfeldern schaffen, in die der Nachwuchs nicht so gerne geht. Viele junge Absolventinnen und Absolventen wollen im Team arbeiten, sie wünschen sich den Austausch und machen sich Sorgen, wenn er fehlt, wie etwa in einer Einzelpraxis auf dem Land. Wir sollten Strukturen mitgestalten, die den Austausch und gemeinsames Arbeiten ermöglichen. Das kann in größeren Ärztehäusern oder auch in Gemeinschaftspraxen sein oder auch in anderen Verbundstrukturen. Dazu gehören auch regionale und überregionale Netzwerke, die heute durch die wachsende Digitalisierung vereinfacht werden. Wir haben in den letzten Jahren erlebt, wie in geradezu atemberaubender Geschwindigkeit digitale Strukturen aufgebaut werden konnten, die die Vernetzung unterstützt haben. Darüber kann die Universitätsmedizin einen Beitrag leisten.

Gleichzeitig steht die Universitätsmedizin unter Druck, wie sie unter den aktuellen Bedingungen ihren vielfältigen Anforderungen gerecht werden kann. Die Universitätsmedizin sollte deshalb zentral in Entscheidungs- und Veränderungsprozesse eingebunden werden. Die Bereitschaft dazu ist da.

Koebel

Um den Faden weiter zu spinnen – was kann das Land Sachsen tun?

Dierks

Es wird nicht ganz ohne Geld gehen. Seit der Wiedervereinigung war der Freistaat Sachsen nie das reichste Bundesland in Deutschland. Mit dem vorhandenen Geld musste schon immer zielgerichtet umgegangen werden. Dass wir mit dem Universitätsklinikum Dresden eine deutschlandweit in der Spitzengruppe agierende Einrichtung haben, hat auch damit zu tun, dass sowohl auf der medizinischen Seite als auch politisch positive Weichenstellungen erfolgten. Um das Klinikum hat sich ein exzellentes Ökosystem an Forschung entwickelt und darum wiederum sind Unternehmen entstanden. Das ist in der Summe ein ganz bedeutsamer Standortfaktor für den Freistaat und lässt uns mit Zuversicht in die Zukunft blicken.

Dazu braucht es das Vertrauen in die Wissenschaft. Wie kann ein Laie einem erfahrenen Wissenschaftler unterstellen, dass seine wissenschaftlichen Erkenntnisse falsch seien? Wir haben in der Corona-Pandemie immer wieder darauf hingewiesen, dass eine Wahrscheinlichkeit des Irrtums besteht. Aber jemand, der über keinerlei Expertise verfügt, kann das nicht vernünftig beurteilen.

Ich bin ein großer Befürworter der arbeitsteiligen Gesellschaft und begrüße es, wenn sich Cluster aus Wissenschaft, Politik, Medizin, Forschung und Industrie zusammenschließen. Weiterhin sollten wir den Modus verlassen, eine neue Regulatorik für Dinge zu entwickeln, die noch gar nicht existieren. Stattdessen sollten wir eine Diskussion über Möglichkeiten und Chancen beginnen und im positiven Sinne Experimentierfreude entwickeln. Das bezieht sich nicht nur auf die Medizin, sondern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Wir sollten nicht immer versuchen, uns gegen alle nur denkbaren Möglichkeiten versichern zu wollen und gleichzeitig zu hoffen, dass alle Dinge, die in der Welt passieren, ohne einen Einfluss auf uns in Deutschland bleiben. Unsere Innovationskraft ist sehr hoch. Sie bedarf aber der richtigen politischen und privatwirtschaftlichen Investitionen und einer Veränderung des Mindsets. Ich wünsche mir dazu im positiven Sinne etwas mehr Angriffslust – um zu dokumentieren, dass wir ein Land sind, mit dem in Zukunft zu rechnen ist. Dazu brauchen wir die richtigen Rahmenbedingungen. Die Reformdiskussionen müssen mehr als das Zusammentragen von Geldmitteln sein. Sie sollten vielmehr dazu führen, dass wir uns strukturell für die Zukunft aufstellen. Wir brauchen Optimismus, denn in Deutschland steckt noch immer ein riesiges Potenzial, das zu heben ist.

Koebel

Auch von Ihnen, Frau Troost, möchte ich ein kurzes Fazit zum Ende unserer Diskussion hören.

Troost

Ich wünsche mir den Mut, Entscheidungen zu treffen. Wir brauchen nationale und internationale Kooperationen, und ich setze auf den Optimismus.

Koebel

Das klingt alles immer sehr einfach, doch ich frage weiter in unserer Runde.

Kadmon

Ich würde mir wünschen, dass wir das gerade Gehörte an die Menschen bringen und dabei die Bevölkerung in der Breite erreichen. Ohne das gemeinsame Verständnis wird es nicht funktionieren. Dabei müssen wir den richtigen Ton finden, damit die Motivation, die wir haben, auch überspringen kann. Das ist nicht so einfach, denn es bedarf eines bereitwilligen Empfängers auf der anderen Seite. Mein größter Wunsch ist es, die

aktuelle defensive und skeptische Einstellung verändern und, wie es Herr Dierks sagte, im positiven Sinne offensiv aufzutreten.

Dierks

Wir sollten die Menschen auf den herausfordernden Weg mitnehmen. Es wird nicht ohne Zumutungen gehen. Gesamtgesellschaftlich sehe ich das Bewusstsein, dass nicht alles so wie bisher weitergehen kann. Gleichzeitig muss gezeigt werden, was dieser neue Weg auch verheißt. Dazu brauchen wir ein positives Szenario, um das Erstrebenswerte deutlich zu machen. Dieses Bild fehlt in der Diskussion ganz oft. Es gilt, tiefhängende Früchte zu pflücken und kleine Erfolge auch als solche zu würdigen. Das motiviert Menschen dann auch, größere Strukturanpassungen mitzugehen. Wir Deutschen neigen dazu, möglichst alles gleichzeitig verändern zu wollen. In anderen Ländern ist man vielfach pragmatischer. Davon sollten wir lernen.

Koebel

Vielen Dank für das optimistische Schlusswort. Viele Gedanken, die wir gerade gehört haben, werden wir in den kommenden Diskussionen erneut aufgreifen und vertiefen.



Hochschulmedizin als Standortfaktor: Warum Forschung, Klinik und Industrie zusammengehören

Moderation:
Anja Koebel



Impulsvortrag Hochschulmedizin als Standortfaktor: Warum Forschung, Klinik und Industrie Zusammengehören

Prof. Dr. Manfred Schubert-Zsilavecz

Sprecher des House of Pharma & Healthcare, Goethe-Universität Frankfurt

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich bin sehr dankbar, dass Sie mich zum Vortrag eingeladen haben. Ich war 2014 als Vizepräsident Gastgeber des damaligen oMFT in Frankfurt und erinnere mich voller Freude an einen herrlichen Sommertag, an dem wir Sie auf unserem schönen Campus begrüßen durften.

Ich möchte zur Einstimmung auf die nachfolgende Panel-Diskussion einige Thesen aufstellen und Fallbeispiele vorstellen. Beginnen möchte ich mit einer aktuellen Aussage aus dem Bundesministerium für Gesundheit, die uns vor Augen führt, dass die Gesundheitswirtschaft in Deutschland ein wichtiger Faktor ist. Im Jahre 2025 wurden durch sie etwa 500 Mrd. Euro umgesetzt, was etwa 12 % der Bruttowertschöpfung der Gesamtwirtschaft entspricht. Jeder sechste Erwerbstätige in Deutschland ist in der Gesundheitswirtschaft tätig. Gerade die Hochschulmedizin mit ihren Standorten ist ein konstitutives Element dieser Gesundheitswirtschaft. Wenn wir bedenken, dass andere Bereiche, wie die Autoindustrie oder die Zulieferindustrie gegenwärtig schwächeln, dann wird die Gesundheitswirtschaft ökonomisch immer bedeutsamer.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie man sich selbst sieht und wie man von anderen gesehen wird. Die Kultusministerkonferenz (KMK) stellt fest, dass „...Hochschulmedizin und Universitätsklinika tragende Säulen im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland (sind). Sie verbinden die klinische Versorgung der Bevölkerung mit wissenschaftlicher Forschung und akademischer Ausbildung von Personal in den Gesundheitsberufen.“ Der Medizinische Fakultätentag benennt als seine drei grundsätzlichen Themengebiete das Studium, die Forschung und die Universitätsmedizin.

Damit kann ich ein erstes Zwischenfazit ziehen, welches ein wenig provokant sein mag: Die Hochschulmedizin und die Universitätsklinika leisten exzellente Arbeit unter

schwierigen Rahmenbedingungen und stehen für Studium, Grundlagen-/Versorgungsforschung und Patientenversorgung. Die Themen Innovation, Translation, Gründungen und wirtschaftliche Kooperationen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Anhand einer Übersicht aus einer aktuellen Publikation will ich diese These verdeutlichen (Abbildung 1). Sie zeigt die Arzneimittelzulassungen der US-Behörde FDA. Dabei wurden 2025 immerhin 46 neue Arzneimittel zugelassen, die blauen Säulen beschreiben die „Small Molecules“, die roten Säulen zeigen die Biologicals.

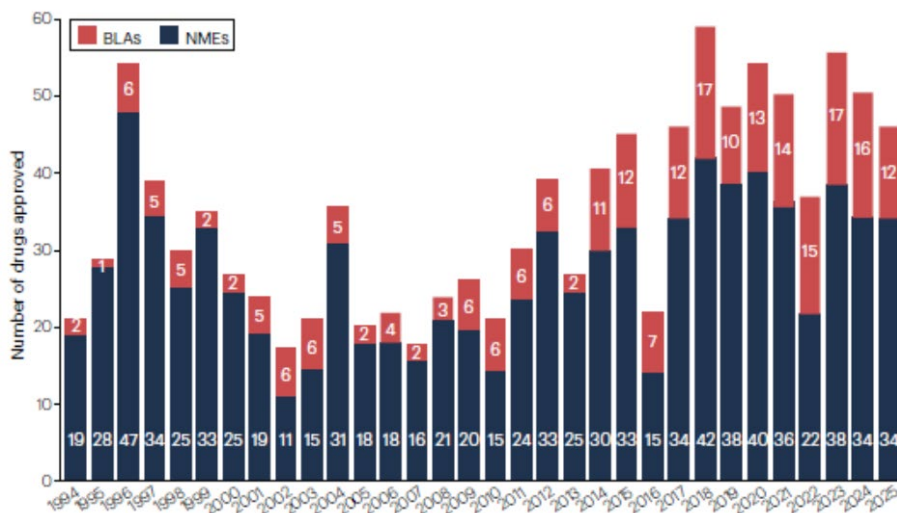


Abb. 1: Arzneimittelzulassungen durch die FDA in den USA zwischen 1994 und 2025, getrennt nach „Small Molecules“ (NMEs) und Biologicals (BLAs). Quelle: Mullard (2026) Nat Rev Drug Discov 25: 81-87.

Die Arzneimittelzulassung ist ein mehrstufiger Prozess, der u. a. voraussetzt, dass klinische Prüfungen der Phase 1 bis 3 erfolgreich durchgeführt wurden. Weltweit stehen die Universitätskliniken auch für die Durchführung dieser klinischen Studien. Wo stehen wir in Deutschland? Die Daten der europäischen Zulassungen zeigen ein durchaus vergleichbares Bild mit der FDA (Abbildung 2). Wir sind aber langsamer als die FDA, die deutlich schneller zulässt.

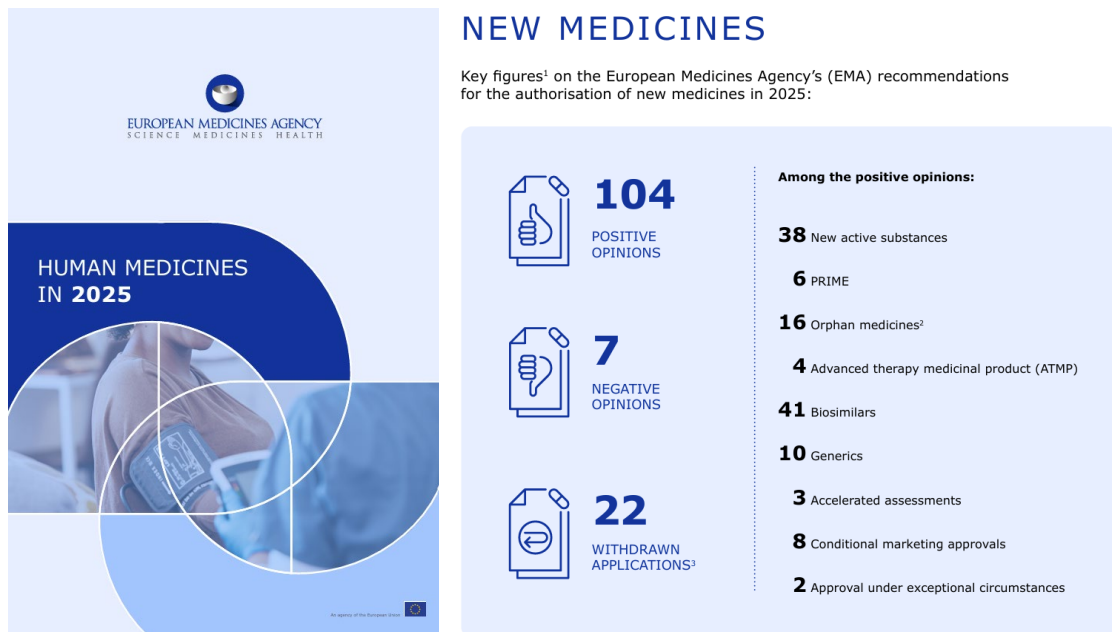


Abb. 2: Arzneimittelzulassungen in Europa 2025. Quelle: www.ema.europa.eu

Um ein erstes positives Fallbeispiel zu nennen, verweise ich auf die Charité Research Organisation (CRO), die vor über 20 Jahren gegründet wurde. Sie hat etwa 290 Mitarbeitende und einen hohen Millionenumsatz. Sie führt für internationale Kunden Phase 1- und Phase 2-Studien durch. Die Erfolgsfaktoren, die vor 20 Jahren zur Gründung dieses Unternehmens führten, in einer Zeit, in der die Politik kein Interesse an einer solchen Einrichtung hatte und es auch innerhalb der Charité Widerstände und Zweifel gab, waren die Weitsicht des damaligen Dekans und des Vorstandsvorsitzenden der Charité und man fand einen charismatischen CEO. Überhaupt möglich wurde das CRO aber erst durch die großzügige Stifterin Johanna Quandt, die die Ausgründung des Unternehmens finanziell ermöglichte. Weiterhin war wichtig, dass das CRO als eine unabhängige Einheit nach marktwirtschaftlichen Prinzipien wirken konnte und kann. Das ist nicht ohne weiteres mit einem Universitätsklinikum unter einen Hut zu bringen, ist aber die Erfolgsgeschichte.

Eine zweite Erfolgsgeschichte: Der Landtagspräsident hat in der vorangegangenen Diskussion ausgeführt, und das ist in vielen Diskussionsbeiträgen bestätigt worden, dass der Wohlstand und damit auch die Möglichkeit, zukünftig in Deutschland zu forschen, ganz entscheidend davon abhängen, dass Innovationen auch an den Markt gebracht werden und neue Unternehmen gegründet werden können. Eine wahrscheinlich gar nicht so bekannte Erfolgsgeschichte aus Deutschland ist das Unternehmen BIOSPRING®. Es hat seinen Sitz in Frankfurt/M., hat etwa 700 Mitarbeitende und ist das Unternehmen weltweit, welches die komplette Expertise im Bereich der oligonukleotidbasierten Arznei- und Impfstoffe von der Grundlagenforschung bis hin zur Zulassung besitzt. Es wird in den nächsten Jahren auf über 1.000 Mitarbeitende am Standort Frankfurt/M. anwachsen. Die Erfolgsfaktoren waren eine exzellente Berufung (Prof. Joachim Engels als RNA-

Spezialist), der mit seinem SFB 579 „RNA-Ligand-Wechselwirkungen“ einen ganzen Verbund an Grundlagenforschenden verschiedener Disziplinen zusammenführte. Es machten sich sechs Doktoranden aus diesem SFB auf, ein eigenes Unternehmen zu gründen, zwei von ihnen sind heute die CEOs. An der Gründung waren der Fachbereich Medizin und die GSH beteiligt, die Gründer bewiesen Mut und Weitsicht.

Das Beispiel BioNTech AG ist allgemein bekannt. Hier waren die Erfolgsfaktoren wiederum eine exzellente Berufung (Prof. Dr. Christoph Huber), der es verstand, ein inspirierendes Umfeld aufzubauen, welches großartige Wissenschaftler (u.a. Türeci und Sahin) nach Mainz zog. Dieses Unternehmen wäre aber in Konkurs gegangen, wenn nicht weitsichtige Investoren, wie Andreas und Thomas Strüngmann, Helmut Jeggel, Michael Motschmann, zusätzlich die Gunst der Stunde durch die Corona-Pandemie und mit Pfizer ein starker Partner zur Seite gestanden hätten. Sie alle haben an die Idee geglaubt, biologische Medikamente auf der Basis von RNA zu entwickeln.

An dieser Stelle sei mir eine kleine politische Aussage erlaubt: Wer im Oval Office wie ein Strohalm im Wind umfällt, sollte sich mit Aussagen zum Wirtschaftsstandort Deutschland eher zurückhalten. Das ist eine kleine Grußadresse an alle CEOs US-amerikanischer Pharmaunternehmen.

Lassen Sie mich mit der Entwicklung des Produktes Obnitix® ein persönliches Beispiel anführen. Als ehemaliger Aufsichtsratsvorsitzender einer 100 %igen Tochter der Goethe-Universität Frankfurt und damaliger Vizepräsident möchte ich erläutern, wie schwierig es ist, auch im eigenen Apparat Dinge durchzusetzen. In der Kinderonkologie unseres Universitätsklinikums gab es eine tolle Entdeckung, standardisierte mesenchymale Stromazellen aus gepoolten Knochenmarkzellen zur Behandlung von Steroidrefraktären GvHD-Leukämiepatienten nach allogener Stammzelltransplantation einzusetzen. Zum Glück haben die beteiligten Kollegen ihre Entdeckung vor der Publikation patentieren lassen. Sie kamen dann zu mir mit der Idee, ein eigenes Pharma-Unternehmen zu gründen, um das eigene Produkt herzustellen und zu vermarkten. Meine Antwort darauf war, dass das niemals funktionieren wird, denn ein Wissenschaftler ist nicht zwingend ein guter Unternehmer und schon gar nicht in einem Umfeld, in dem es um Geschwindigkeit und um schnelle Ergebnisse geht. Ich konnte sie überreden, kein eigenes Unternehmen zu gründen, sondern mit ihrem Produkt in unser 100 %iges Tochterunternehmen Innovectis zu gehen. Ich musste damals noch viel Geld aus der Universität in die Hand nehmen, um dieses Produkt weiterzuentwickeln und musste um Geduld bitten, bis dieses Produkt auf dem Markt stand. Interessanterweise waren die größten Kritiker dieses Projektes dann diejenigen, die als erste fragten, was denn nun mit dem Gewinn aus der Vermarktung dieses Produktes durch Innovectis geschehen würde.

Ohne professionelle Strukturen werden Sie weder erfolgreich gründen noch gut auslizenzieren können. Sie müssen Personen aus der Wirtschaft ins Boot holen. Diese haben aber Gehaltsvorstellungen, die deutlich über den Gehältern einer W3-Professur liegen.

Das ist in einer Universität nicht so einfach zu vermitteln. Auch dieses Problem muss angesprochen werden, wenn man erfolgreich gründen will.

Als ein zweites Zwischenfazit möchte ich zusammenfassen:

Die Erfolgsfaktoren für Hochschulmedizin und Universitätsklinika im Zusammenhang mit Innovation, Translation, Gründungen und Kooperationen sind u.a.

- Herausragende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler
- Exzellente Forschung
- Unternehmerischer Geist (Patentieren und Publizieren)
- Professionelle Strukturen
- Langer Atem

Ich behaupte, dass Deutschland aktuell hinter seinen Möglichkeiten zurückbleibt!

Als ein nächstes Fallbeispiel will ich die Genschere nennen. Ich erinnere an das Science-Paper von 2012, in dem erstmals von Clustered regularly interspaced short palindromic repeats (CRISPR)/CRISPR-associated (Cas) systems gesprochen und eine mögliche klinische Anwendung aufgezeigt wurde. Diese Forschung war ganz entscheidend mit Jennifer A. Doudna aus Berkeley und Emmanuelle Charpentier aus dem MPI für Infektionsforschung auf dem Campus der Charité Berlin verbunden. Damals standen die USA und Europa gleichrangig in einem ganz wichtigen Durchbruchpaper. Wenige Jahre später werden die beiden Forscherinnen in der Paulskirche Frankfurt mit dem Paul-Ehrlich-und-Ludwig-Darmstaedter-Preis ausgezeichnet. Vier Jahre später gab es für beide den Nobelpreis.

Wer hat aus dieser Forschung den ersten wirtschaftlichen Nutzen gezogen? Die Entdeckung kam aus Deutschland und den USA. Die Umsetzung in ein Arzneimittel Exagamglogene autotemcel (Casgevy®) für die CRISPR/Cas9 Genom-editierte Zelltherapie zur Behandlung der Sichelzellanämie und transfusionsabhängigen Beta-Thalassämie fand in der Schweiz statt, wohin ein Teil des Know Hows ausgelagert worden war. Dort wurde ein Unternehmen mit dem Namen CRISPR Therapeutics gegründet, welches das Präparat mit Blick auf die klinische Anwendung weiterentwickelte. Ein US-amerikanisches Unternehmen (Vertex Pharmaceuticals) übernahm dann das Patent und machte daraus Casgevy®, welches die Zulassung durch die FDA im Dezember 2023 und durch die EMA im Februar 2024 erhielt.

Es ist also gut, wenn wir uns für bedeutende Entwicklungen loben. Wir sollten aber auch realistisch sein, wenn es um die Geschwindigkeit der Umsetzung und Vermarktung geht.

Ich habe noch drei Beispiele, die zeigen sollen, was in der Welt passiert, und wo wir uns an der einen oder anderen Stelle etwas anschauen können. Am 1. Mai 2026 wurde durch die FDA eine völlig neue Klasse von Wirkstoffen zugelassen, die sogenannten PROTACs (Proteolysis-Targeting Chimeras), die zur Behandlung von bestimmten Formen des

Brustkrebses eingesetzt werden. Die PROTACs wurden von einem kleinen Biotech-Unternehmen (Arvinas) in Zusammenhang mit einem US-Pharmakonzern (Pfizer) entwickelt. Der Wirkstoff heißt Vepdegestrant. Er blockiert nicht etwa wie Aromatasehemmer den Östrogen-Rezeptor, sondern wirkt an drei Orten, denn er besitzt einen Wirkstoff, der an das Zink-Protein geht, dann einen flexiblen Linker für den Östrogen-Rezeptor Alpha und ein Molekül, welches an die E3-Ligase bindet (Abbildung 3).

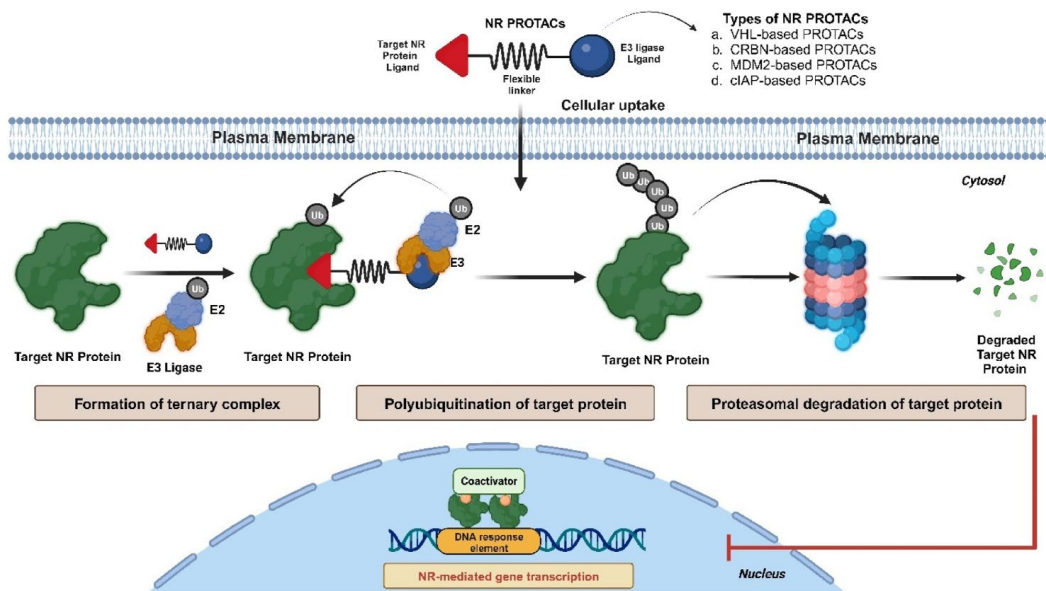


Abb. 3: Wirkprinzip der PROTACs zur Tumorthherapie. Quelle: Campone et al (2025) N Engl J Med 393: 556-68c

Die klinischen Daten, die mit diesem neuen Wirkstoff erhoben wurden, sind sehr vielversprechend (Abbildung 4), die Überlebensraten sind deutlich verbessert.

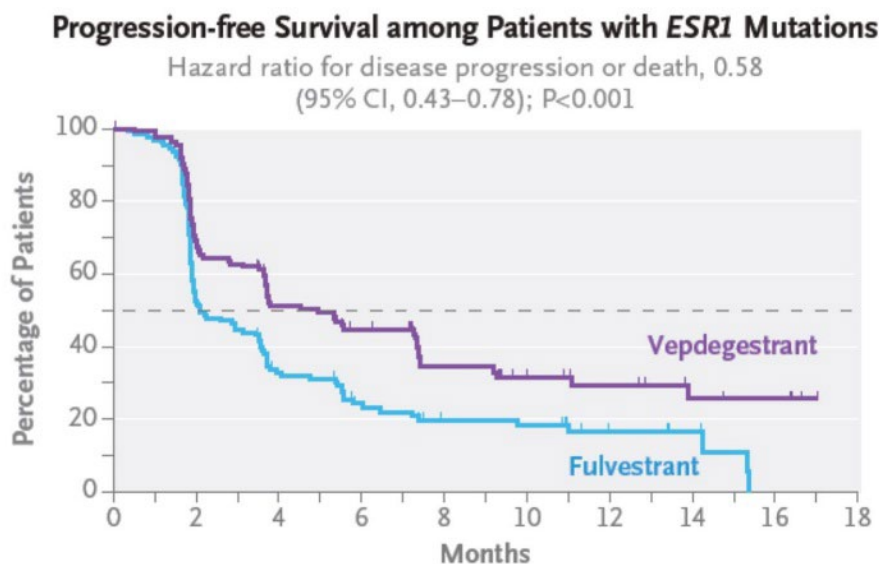


Abb. 4: Tumorprogressionsfreie Überlebensraten bei Patientinnen mit *ESR1*-Mutationen im Vergleich bisheriger Pharmatherapie versus PROTAC. Quelle: Tripathi et al (2025) Molecular and Cellular Endocrinology 605: 112569

Solche Innovationen passieren leider nicht primär in Deutschland, sondern vor allem in den USA und im asiatischen Raum, womit ich zum letzten Teil meiner Ausführungen komme. Ich möchte Sie dafür sensibilisieren, dass sich gerade China aufmacht, auf dem Arzneimittelsektor sehr erfolgreiche Wege zu beschreiten. Früher hieß es, dass aus China nur nachgeahmte Präparate kommen würden. Das hat sich geändert. Heute ist China auf dem Weg, zahlreiche wirklich innovative Produkte auf den Markt zu bringen.

Ich will nur ein Schema zeigen (Abbildung 5), wie die Zahl der innovativen Arzneimittel der Klasse 1 nach der Terminologie Chinas angestiegen ist.

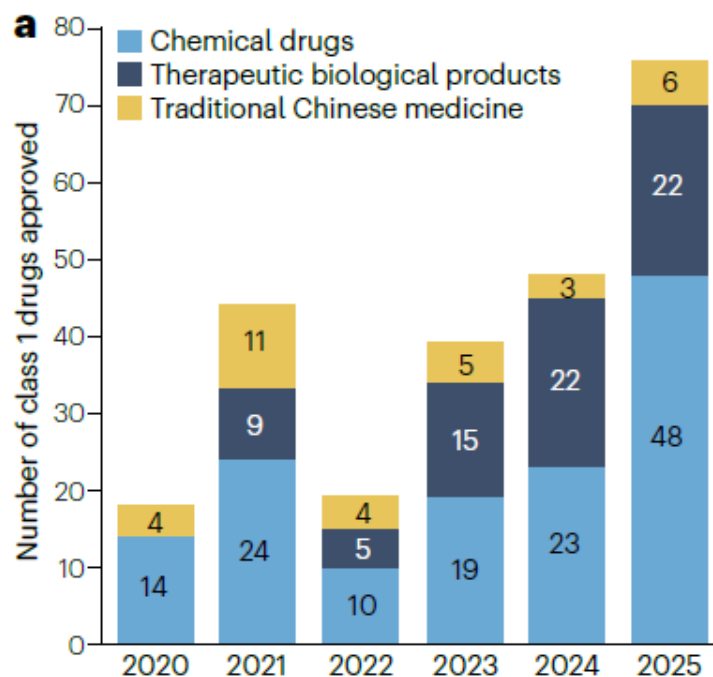


Abb. 5: Arzneimittelzulassungen 2020 bis 2025 in China (NMPA). Quelle: Jing et al (2026) Nat Rev Drug Discov 25: 164 –165

Diese Arzneimittel waren zum Zeitpunkt der Zulassungsantragstellung in keinem anderen Land der Welt zugelassen. Darunter sind wirklich innovative Arzneimittel, die vor allem in China selbst entwickelt wurden.

In der vorangegangenen Diskussion wurde sehr viel über zukünftige Therapien gesprochen und auch der Standort Dresden genannt. Es bedarf hier aber auch eines realistischen Blicks im Ländervergleich, und wir müssen bedenken, dass diese Advanced Therapy Medicinal Products (ATMPs) nicht nur bei uns entwickelt werden, sondern vor allem in China, in den USA und in anderen europäischen Ländern. Deutschland steht dabei nicht schlecht da, nimmt aber auch keine überragende Position ein (Abbildung 6).

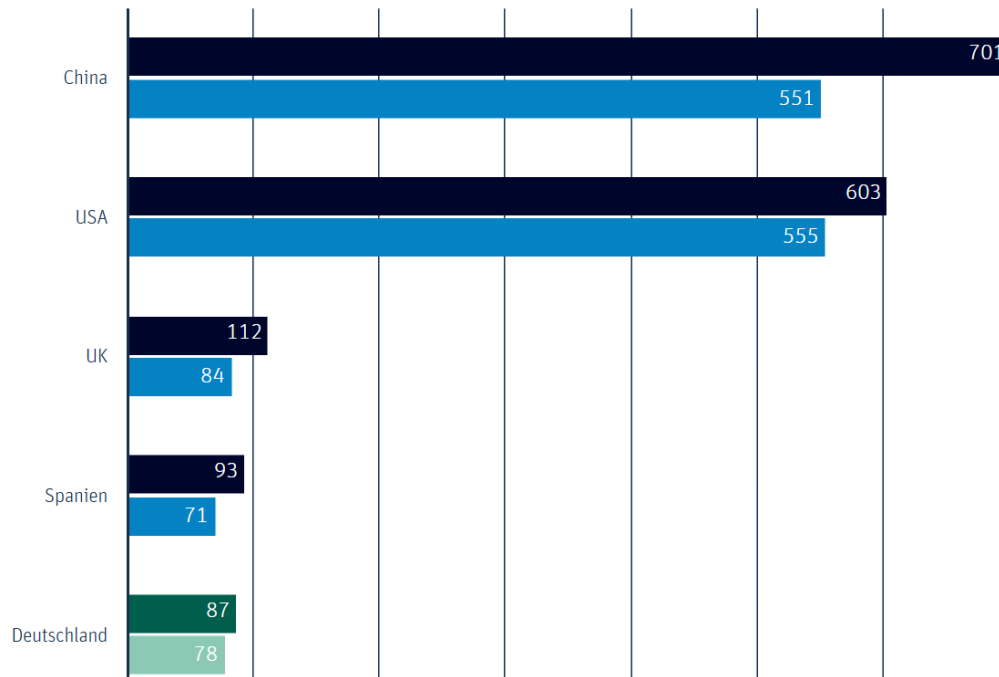


Abb. 6: Laufende und geplante Studien mit ATMP im Ländervergleich 2023/2024. Quelle: vfa.

Wir müssen uns ins Zeug legen, um in diesem Bereich zukünftig voran zu kommen.

Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.



Die Teilnehmenden an der Podiumsdiskussion Hochschulmedizin als Standortfaktor:
Anja Koebel, Prof. Dr. Manfred Schubert-Zsilavecz, Prof. Dr. Lutz Hein,
Dr. Christoph Willers, Jörg Schaub (v.l.n.r.)

Panel-Diskussion

Prof. Dr. Lutz Hein

Dekan der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg

Jörg Schaub

Neuroscience Business Unit Leader: Lilly Deutschland GmbH

Prof. Dr. Manfred Schubert-Zsilavecz

Sprecher des House of Pharma & Healthcare, Goethe-Universität
Frankfurt

Dr. Christoph Willers

Geschäftsführer, Chief Science Officer, medac GmbH, Wedel

Moderation:

Anja Koebel, Mitteldeutscher Rundfunk (MDR)

Koebel

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für die Panel-Diskussion nehmen. Wenn ich aus dem Vortrag entnehme, dass es in Deutschland zu lange dauert, eine Innovation auf den Markt zu bringen und das Geld an allen Enden fehlt, möchte ich Sie, Herr Hein als Dekan einer Medizinischen Fakultät fragen, wie groß der Druck auf die Universitäten ist.

Hein

Wir sind in der Forschung hervorragend aufgestellt. Nahezu alle hier genannten Arzneimittel - mit wenigen Ausnahmen - basieren auf molekularen Targets, die zu einem ganz großen Teil in Deutschland entwickelt wurden. Etwa 50 % der in den vergangenen Jahren neu zugelassenen Arzneimittel gehen auf Patente aus Universitäten zurück. Im nächsten Schritt werden diese Erkenntnisse häufig in Start-ups und kleineren Unternehmen weiterentwickelt. Auch die Zulassungsanträge beruhen überwiegend auf Innovationen aus diesen Unternehmen. Big Pharma steigt meist erst später in diesen Prozess ein, wenn die Phase 3-Klinischen Studien anstehen. Diese sind so aufwendig und kostenintensiv, dass kleinere Unternehmen sie finanziell in der Regel nicht allein tragen können. Für die Entwicklung eines neuen Arzneimittels werden heute Investitionen von ein bis zwei Milliarden Euro veranschlagt – dafür braucht es die finanzielle Stärke großer Pharmaunternehmen.

Aus der gezeigten Übersicht wurde nicht hinreichend deutlich, dass in den letzten 10 Jahren in den USA über 500 neue Arzneimittel zugelassen wurden, in Europa hingegen

rund ein Drittel weniger. Zwar gibt es zeitliche Verzögerungen bei den Zulassungen, dennoch entspricht dieser Unterschied rund 175 Arzneimitteln innerhalb eines Jahrzehnts. Etwa zwei Drittel davon entfallen auf Orphan Drugs und andere innovative Therapien, die Patientinnen und Patienten in Europa bislang nicht zur Verfügung stehen. Im internationalen Vergleich ist das bereits heute ein deutlicher Wettbewerbsnachteil.

Eine Studie der vergangenen Jahre zeigt, dass deutsche und europäische Unternehmen ihre Zulassungsanträge zunehmend zuerst in den USA und erst anschließend in Europa einreichen. Dadurch entsteht eine erhebliche Verzögerung bei der Verfügbarkeit neuer Arzneimittel in Europa. Ein Grund dürfte sein, dass in den USA nach wie vor deutlich höhere Preise erzielt werden können – teilweise bis zum Dreifachen. Hinzu kommt, dass die Europäische Arzneimittel-Agentur in ihren Zulassungsverfahren teilweise deutlich langsamer arbeitet als die FDA. Ein Zeitvorteil von rund 100 Tagen ist für die Industrie ein starkes Argument, zunächst den US-Markt zu bedienen. Dabei ist China in dieser Betrachtung noch gar nicht berücksichtigt. Viele der dort entwickelten Arzneimittel sind bislang weder in den USA noch in Europa zugelassen.

Insgesamt gelingt es uns zunehmend weniger, das wirtschaftliche Potenzial der exzellenten Forschungsergebnisse aus Deutschland und Europa auszuschöpfen. Dieser Entwicklung müssen wir mit entsprechenden Maßnahmen begegnen.

Koebel

Darüber werden wir gleich weiter diskutieren. Zuvor aber die herzliche Einladung in das Plenum, Fragen zu stellen und sich an der Diskussion zu beteiligen.

Drees

Mit dem Beispiel BioNTech AG haben Sie mir aus dem Herzen gesprochen. Wir haben in Mainz ein ganzes Forschungsgebäude gebaut, denn die Ausgründungen am Standort waren erheblich größer. Schon 2010 wurde mit der TRON – Translationale Onkologie an der Universitätsmedizin Mainz gGmbH gemeinsam mit dem Land eine dafür notwendige institutionelle Struktur geschaffen. TRON, GANYMED Pharmaceuticals und BioNTech waren am Cluster für Individualisierte ImmunIntervention (CI3) beteiligt.

Was aber versäumt wurde, war die Beteiligung der Universität an den IPs der BioNTech AG. Die Vorstellung, dass die Universität Mainz nun goldene Türklinken hat, ist vollkommen falsch. Wir haben vom wirtschaftlichen Erfolg der BioNTech AG in keiner Weise profitiert, denn die Verträge waren, wie sie waren. Daher müssen Verträge hochprofessionell abgefasst werden, ansonsten bleibt uns zwar der wissenschaftliche Ruhm, die Universität verdient aber nichts daran.

Willers

Ich möchte als Kommentar dazu einwerfen, dass die Universität von der medac GmbH profitiert hat. Das ist fair und im Sinne einer Partnerschaft. Es müssen an den

Universitäten und an den Kliniken Strukturen geschaffen werden, dass der Profit aus der Arzneimittelproduktion und -vermarktung wieder reinvestiert wird, um damit weitere Innovationsgrundlagen zu schaffen. Zweitens braucht die Industrie Ansprechpartner, denn wir wissen häufig nicht, wen wir in dem Konglomerat der Universitätsklinika herausuchen sollen, wer dort vielleicht Projekte oder Innovationen für uns hat. Wir haben in der Industrie Strukturen geschaffen, in denen Mitarbeitende ausschließlich potentielle Projektpartner und Innovatoren suchen. Das fällt uns in den Universitätsklinika nicht leicht.

Schubert-Zsilavec

Das ist jetzt vielleicht der richtige Zeitpunkt, um darauf hinzuweisen, dass wir im Fall von Obnitix® gemeinsam mit der Goethe-Universität den Beschluss gefasst haben, dass diese eingehenden Mittel für die Universität eingesetzt werden – nicht nur für den Fachbereich Medizin, sondern für die gesamte Universität, um die Forschung voranzubringen. Ich halte das für wichtig, weil wir damit die gesamte Universität mitnehmen und ein Mindset erzeugen, dass sich eine Ausgründung wirklich lohnen und die Geschichte mit dem nächsten Beispiel erfolgreich weitergeschrieben werden kann.

Koebel

Herr Schaub, die Lilly Deutschland GmbH hatte in den letzten Jahren geplant, umfangreich in Deutschland zu investieren. Die aktuellen Nachrichten klingen nun aber ganz anders. Woran liegt das?

Schaub

Ich vertrete hier den Bereich der Pharmaindustrie. Wir sind ein US-amerikanisches Unternehmen, das bereit ist, in Deutschland entlang der Wertschöpfungskette viel zu investieren. Wir wollen Partnerschaften gründen und haben 2026 mit der Dresdener Firma Seamless Therapeutics einen Vertrag im Wert von über 1 Mrd. US-\$ unterschrieben.

2023 hatten wir angekündigt, 2,3 Milliarden Euro in den Bau einer Hightech-Produktionsstätte in Alzey zu investieren. Wir wünschten uns stabile Rahmenbedingungen, die auch zugesagt waren. Der Bau selbst begann 2024. Das Gebäude selbst ist quasi fertiggestellt und muss nur noch behördlich abgenommen werden. Wir werden zum Jahreswechsel 2026/27 mit der Produktion beginnen. Deutschland ist ein toller Standort, aber die neuen Sparpläne der Bundesregierung stellen die Dinge, die uns vor 2023 versprochen wurden, jetzt infrage. Wir stehen als Pharmaunternehmen im internationalen Wettbewerb und sind von dieser Entwicklung enttäuscht. Als Konsequenz werden wir die Kapazitäten erst einmal nur zur Hälfte nutzen und auch mit der Zahl der Mitarbeitenden entsprechend zurückzugehen.

Wir sind sehr innovationsbereit. Zum Stichwort Ausgründungen und Co-working merke ich an, dass wir mit der TU München BioLabs|TUM gegründet haben. Das ist ein

in neues Innovationszentrum für Biotechnologie im Zentrum von München, welches darauf abzielt, Biotech-Start-ups in der Frühphase zu fördern, indem es ihnen Zugang zu modernster Laborinfrastruktur, fachkundigem Mentoring und globalen Branchennetzwerken ermöglicht. Dort können junge Forschende nach ihrer Bachelor- oder Masterarbeit ihre wissenschaftliche Tätigkeit fortsetzen und an ihren Ideen weiterarbeiten, wenn sie nicht mehr an der Universität bleiben können. Venture-Capital haben wir zum Beispiel in Dresden eingesetzt. Wir sind an Kooperationen interessiert, brauchen aber Rahmenbedingungen, die stabil und verlässlich sind.

Koebel

Herr Willers, wie sehen Sie das neue Gesetz mit den Reformen im Gesundheitswesen, die in diesen Tagen in erster Lesung im Bundestag beraten werden?

Willers

Es schafft, wie es Herr Schaub gerade sagte, einmal wieder Unsicherheit und Verunsicherung. Bereits für das kommende Jahr werden sich die Rahmenbedingungen verändern. Auch in unserem Unternehmen sind die Budgets nicht unendlich und können nur das investieren, was wir vorher erwirtschaftet haben. Wenn wir im kommenden Jahr verschlechterte Rahmenbedingungen bekommen oder weniger Einkünfte haben werden, können wir weniger reinvestieren. Dann werden wir auch hinterfragen müssen, welche Forschungsprojekte noch weitergeführt werden und an welchen Stellen wir Kürzungen vornehmen müssen. Das ist eine ähnliche Reaktion, wie sie Lilly auch macht, und sie beruht auf den Budget-Begrenzungen.

Wir entwickeln ganz viele Innovationen in Deutschland und hätten damit die Grundlage, in der Basis-Forschung in den Universitätskliniken und anderen akademischen Einrichtungen, wie den Max-Planck- oder den Fraunhofer Instituten sehr gut zu arbeiten. Wir schaffen es aber nicht genügend, diese Forschung zu transferieren, um zu einem Arzneimittel zu kommen. Wenn wir es schaffen, haben wir anschließend auch mit einer großen Wahrscheinlichkeit die Produktion in Deutschland.

Wir produzieren in Deutschland, weil die Innovation und die Expertise aus Deutschland kamen und es gelungen ist, die Expertise in den Entwicklungsprozess bis zu den Stufen zu überführen, in denen es dann wirklich teuer wird. Wenn uns das gelingt, halten wir nicht nur Wissenschaft, Innovation und Start-ups, sondern eine langfristige Produktion in Deutschland.

Koebel

Wo liegen die Sollbruchstellen?

Schubert-Zsilavec

Ich trete für eine verbale Abrüstung ein und möchte, dass wir alle wieder gemeinsam und miteinander sprechen. Wir sollten ein klein wenig die Fakten sprechen lassen. Der

deutsche Arzneimittelmarkt belief sich 2025 auf rund 55 Mrd. Euro. 80 % der Versorgung sind mit Generika abgedeckt, wofür nur 2,5 Mrd. Euro ausgegeben wurden. Der Rest wurde für innovative Arzneimittel ausgegeben.

Das ist schon ein Grund, der pharmazeutischen Industrie zu sagen, dass sie gebraucht wird und wir sie in Deutschland halten möchten – sie möge sich aber auch an den Zahlen orientieren. Die Zuwächse der Arzneimittelbudgets in den letzten Jahren von 5-9 % haben nichts mit den Zuwächsen der Beiträge für die Sozialversicherungssysteme zu tun. Man muss daher die Arzneimittelkosten etwas an die Realität anpassen. Ich stehe nicht hinter der Arzneimittelindustrie, sondern neben ihr. Wir sollten die Kirche im Dorf lassen und nun nicht mit Investitionskürzungen drohen oder ein Klima, welches uns auseinanderdividiert. Wir sitzen in einem Boot und sollten gemeinsam handeln.

Schaub

Da stimme ich Ihnen gern zu. Wir haben in Deutschland mehr als 20 Preisinstrumente. Ohne hier in die Details zu gehen, merke ich an, dass wir in Deutschland immer Abschlüsse erlebt haben. Die neuen Ideen gehen aber ganz klar an die Innovation heran und sind in ihren Auswirkungen unkalkulierbar. Auch wir sind solidarisch und sehen, dass die GKV bezahlbar bleiben muss, und ich bin selbst GKV-Mitglied. Als wir 2017 Länder besuchten, in denen das Gesundheitswesen zu 100 % digital ist, sagten wir damals, dahin will Deutschland auch einmal kommen. Seitdem sind wir einen kleinen Schritt vorangekommen, doch Doppel-Untersuchungen und -Diagnosen sind noch immer mehr der Standard als die Ausnahme. Eine wirkliche Reform wäre notwendig. Wenn man aber den aktuellen Vorschlag so umsetzen sollte, wird man in drei Jahren wieder vor den gleichen Problemen stehen. Der Pflegebedarf steigt, dennoch wird die Prävention in Deutschland noch immer sehr stiefmütterlich behandelt. Die Pharmaindustrie will ihren Beitrag leisten – sie benötigt aber eine verlässliche Perspektive.

Hein

Die Verlässlichkeit der Rahmenbedingungen ist ein ganz entscheidender Punkt. Mit dem Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG), das vor mehr als zehn Jahren eingeführt wurde, sollte der Anstieg der Arzneimittelausgaben in Deutschland begrenzt werden. Die Grundidee war überzeugend: Arzneimittel mit nachgewiesenem Zusatznutzen sollten zu einem nachvollziehbaren und kalkulierbaren Preis angeboten werden. Dieser Ansatz wurde jedoch im Laufe der Zeit immer wieder aufgegriffen und anschließend durch neue Regelungen relativiert. Im aktuellen Pharmadialog wird dieser Ansatz immer wieder durch nicht vorhersehbare Rabattmechanismen beeinträchtigt. In einem Neuordnungsgesetz sollte der Dialog so geführt werden, dass die Arzneimittel, die einem Patienten einen wirklichen Benefit bieten, dann auch in ihren Preisen diskutiert werden. Es gibt solche Mechanismen bereits in Europa. Ein Dialog über mögliche und zugleich bezahlbare Innovationen wäre für mich der richtige Weg. Vor welchen Herausforderungen wir stehen, zeigt auch ein Beispiel aus dem Klinikalltag: Wenn unser Krankenhaus-apotheker in Freiburg ein Medikament persönlich auf die Station bringt, geschieht das

nicht aufgrund von Personalmangel, sondern weil eine einzelne Ampulle mehr als 100.000 Euro kostet. Hier geraten wir an Grenzen.

Willers

Es geht nicht nur um die Innovation, sondern auch um das Auf-den-Markt-Bringen. Wir brauchen dafür, wenn es gut läuft, 7 bis 10 Jahre. Somit ist das, was wir heute investieren, eine Black Box, denn wir kennen die Preise oder Wiedererstattungen in 7 oder 10 Jahren nicht. Wir sind bereit, dieses Risiko einzugehen und wollen das auch tun. Wir könnten aber noch viel mehr machen, wenn wir stabilere Rahmenbedingungen hätten.

Koebel

Herr Hein, im Vorgespräch sagten Sie, dass in der Pandemie-Zeit alles viel einfacher war und die Kooperation zwischen Wissenschaft und Forschung und der Industrie besser funktionierte. Waren die Bedingungen damals andere?

Hein

Während der Pandemie bestand ein erheblicher Handlungsdruck. Das hat vieles beschleunigt und uns gezeigt, dass wir zahlreiche Verbesserungen auch ohne zusätzliche finanzielle Mittel erreichen können. Das Medizinforschungsgesetz hat uns bei regulatorischen Fragen spürbar geholfen. Auch der European Health Data Space (EHDS) wird die Rahmenbedingungen verbessern, wenngleich seine volle Wirkung voraussichtlich erst ab 2029 entfaltet wird. Entscheidend ist, dass wir unsere Prozesse stärker professionalisieren und von Beginn an parallel organisieren. Wenn jedoch jeder Standort dies für sich allein entwickelt, entstehen erneut erhebliche Herausforderungen. Eine stärkere Harmonisierung – zunächst auf Landesebene und perspektivisch bundesweit – wäre deshalb ein sinnvoller Ansatz.

Auch für die Industrie sind standardisierte Verfahren ein wichtiger Hebel, um Bearbeitungszeiten zu verkürzen. Digitalisierung allein reicht allerdings nicht aus. Ein Papierdokument lediglich durch eine digitale Signatur zu ersetzen, verbessert den Prozess noch nicht. Wir müssen die Prozesse optimieren. In Deutschland gibt es mehr als 50 Ethikkommissionen, mit denen wir jeweils separate Abstimmungen und zahlreiche Feedback-Schleifen durchlaufen müssen. Verlässliche Planbarkeit erscheint auf den ersten Blick selbstverständlich, ist in der praktischen Umsetzung jedoch nach wie vor eine große Herausforderung.

Schubert-Zsilavec

Ich möchte noch einmal auf das Thema „Arzneimittelvermarktung“ zurückkommen. Die Industrie sagt, dass sie verlässliche Rahmenbedingungen braucht. Ich kann die augenblickliche Verunsicherung der pharmazeutischen Industrie in hohem Maße nachvollziehen. Bisher war es so, dass in den USA 2/3 der Pharmagewinne gemacht wurden, wobei dort nur 6 % der Weltbevölkerung leben. Man muss die US-Administration nicht mögen, doch wenn sie sagt, dass man dieses Geld in den USA und nicht im Ausland

verdienen soll, werden der europäische und insbesondere der deutsche Markt immer bedeutsamer, besonders dann, wenn sich auch andere Länder überlegen, ob sie sich diese teuren Arzneimittel noch leisten können.

Es ist jetzt ganz entscheidend, mit klugen Vorschlägen, die nicht nur in den Kliniken zum Sparen auffordern, in allen Bereichen zu überlegen, wie Innovationen gesichert, mit guten und fairen Preisen Innovationen weiterhin ermöglicht werden können. Ohne Gewinne wird die pharmazeutische Industrie in den nächsten Jahren keine Innovationen finanzieren können. Das muss aber in einem klug ausbalancierten System erfolgen. Ich wiederhole mich – wir müssen reden!

Hein

Der Austausch findet bereits statt. Gleichzeitig müssen wir uns fragen, welchen unmittelbaren Nutzen die Universitätsmedizin selbst aus dem Transfer zieht. Dass dieser den Patientinnen und Patienten zugutekommt, steht außer Frage. Wir müssen aber auch diskutieren, wie der Transfer gestaltet werden sollte und welche Anreize geschaffen werden können. Ein Vorschlag von uns war, dass zumindest ein Teil der Gewinne wieder zurück in die Universitäten fließt. Wir haben aber eine sehr heterogene Landschaft mit sehr verschiedenen Bewertungssystemen. Wenn wir zum Beispiel ein Patent als Vorleistung für eine Habilitation gleichwertig zu einem Paper anerkennen wollen, gibt es heftige Diskussionen. Bislang steht häufig die individuelle Forschungsleistung im Mittelpunkt akademischer Anerkennung, während Teamleistungen deutlich weniger berücksichtigt werden.

Dabei gibt es durchaus andere Bewertungsmaßstäbe. Allerdings tun wir uns mit deren Etablierung sehr schwer. Bei den erwähnten Biotech-Firmen waren es immer einzelne engagierte Personen, die die Entwicklung vorangetrieben haben. Hier besteht Entwicklungsbedarf.

Schaub

Wir investieren 25 % des Umsatzes in Forschung, doch davon bleibt viel zu wenig in Deutschland. Das ist ein leidiges Thema, und es wird mit dem Medizinforschungsgesetz daran gearbeitet, doch andere Länder stellen sich dort viel gezielter und besser auf und sind dann schneller als wir. Die Geschwindigkeit ist extrem wichtig. 2017 war Deutschland letztmalig das Land mit den meisten klinischen Studien in Europa, aktuell stehen wir auf Platz 6. Das ist traurig, denn die Qualität ist exzellent. 2020 lagen wir bei 80 Mio. Euro Investitionen in die klinische Forschung in Deutschland und haben das 2024 auf 100 Mio. Euro gesteigert. Das Wachstum könnte aber viel größer sein.

Ich habe die Anekdote schon im Vorgespräch erzählt: 2023 hatten wir die Phase 3-Studie für ein Alzheimer-Medikament auf einem Kongress in Amsterdam vorgestellt und waren damit erstmals mit einem positiven Ergebnis aus einer solchen Studie gekommen. Uns freute das sehr, doch die Frage, ob es denn auch Studien zu diesem Präparat in

Deutschland gegeben hätte, konnten wir nur verneinend beantworten. So etwas ist für ein Unternehmen immer sehr unangenehm, doch die Geschwindigkeit der Studierendurchführung war für uns so wichtig, dass wir nicht auf deutsche Studien warten konnten. Wenn in anderen Ländern die Rekrutierung der Studienteilnehmenden abgeschlossen ist und die Studie praktisch anläuft, ist man in Deutschland gerade einmal mit dem Papierkram fertig. Es gibt andere Länder, in denen auch der Föderalismus gilt, wo aber zum Beispiel Ethik-Kommissionen eine gesamtverbindliche Aussage treffen.

Koebel

Wenn man das Problem nun erkannt hat, kann man dann die Prozesse nicht beschleunigen?

Hein

Noch ein Wort zu den Standortfaktoren: Wir haben in Freiburg mit Pfizer einen global bedeutenden Pharmastandort und einen der größten Produktionsstandorte des Unternehmens. Im Rahmen einer kürzlich geführten Standortdiskussion wurde die Frage gestellt, warum gerade Freiburg ein attraktiver Standort sei. Die Antwort lautete: wegen des hervorragenden Human Capitals an den Universitätsstandorten in Deutschland. Die wissenschaftliche Exzellenz und das vorhandene Know-how sind vorhanden. Nun gilt es, die Prozesse entsprechend weiterzuentwickeln.

Willers

Es ist gut, dass wir reden. Ich will ein Beispiel aus dem Medizinforschungsgesetz anbringen: Es geht wieder um die klinische Entwicklung und die Verträge, die die klinischen Zentren mit dem Sponsor abschließen. Im Medizinforschungsgesetz gibt es dazu ein Template, welches einen verwendbaren Vorschlag darstellt. In Deutschland weichen aber viele Universitäten von diesem Template ab, und wir müssen alle Abweichungen einzeln diskutieren. In Spanien dagegen gibt es ein einziges Template, welches alle Zentren erhalten und es dann auch einhalten. Damit sind wir schneller und verbrauchen weniger Ressourcen. Lassen Sie uns das in Deutschland vereinfachen und Dinge, die vereinfacht werden können, auch so verändern und dann nutzen.

Wir als Pharmaindustrie brauchen die Kooperation mit den Universitäten. Ich sehe die Universitäten auch als Impulsgeber für die kommenden Projekte und nicht nur als Auftragnehmer. Dort brauchen wir Gesprächsebenen und Kommunikationsplattformen, die besser sind als das, was wir heute haben.

Als konkretes Beispiel nenne ich die Partnering-Konferenzen, die wir in der Industrie machen. Dort können Start-ups ihre Projekte vorstellen und größere Pharma-Unternehmen können sich beteiligen. Vielleicht könnte auch aus der Universität jemand sein Portfolio mit seinen Projekten auf einer solchen Konferenz vorstellen und nach Partnern suchen. Wir haben als Industrie höchstes Interesse daran, denn wir wissen, dass das nur

auf partnerschaftlicher Ebene funktioniert und am Ende profitiert auch die Universität davon.

Binder

Ich möchte den letzten Punkt von Dr. Willers aufgreifen und dabei einen früheren Ansatzpunkt anregen. Wenn wir es schaffen, in das Medizinstudium zu integrieren, dass eine Nähe zur Industrie ermöglicht wird und solche Kontakte ohne ein Shaming ablaufen, wäre viel Positives erreicht. Die Empfehlungen von AWMF und MFT zu einem longitudinalen Wissenschaftscurriculum können ohne Industrie nicht umgesetzt werden. Zu meiner Studienzeit hatte das immer einen Beigeschmack, doch nun wissen wir, dass die eine Gruppe nicht ohne die andere Gruppe arbeiten kann. Daher sollte diese Kooperation schon im Medizinstudium mitgedacht werden. Formate, die die Studierenden ansprechen, sind vorhanden.

Hein

Das ist ein sehr interessanter Vorschlag. In Freiburg haben wir den Verein Academia Meets Industry e.V. Freiburg gegründet. Dort fließt kein Geld. Vielmehr treffen sich Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft und Industrie regelmäßig zu wissenschaftlichen Vorträgen und zum Austausch über gemeinsame Ideen. Solche Netzwerke sind wichtige Keimzellen, in denen man ohne große Regulatorik miteinander in Kontakt kommen kann. Sie ermöglichen einen niedrigschwelligen Austausch, fördern das gegenseitige Verständnis für unterschiedliche Perspektiven und schaffen Raum für neue gemeinsame Initiativen.

Wissing

Ich möchte den Gedanken von Herrn Willers noch einmal aufgreifen. Wir haben gemeinsam mit anderen Verbänden, etwa dem VfA oder dem BDI, eine Standardvertragsklausel als komplettes Template erarbeitet. Darin bieten wir sehr vielen Standorten einen Fast Track an. Wenn aber Sonderkonditionen oder Abweichungen eingearbeitet werden, wird sich die Bearbeitung verzögern. Wir müssen uns von beiden Seiten diesem Thema nähern und werden dazu in Kürze auch noch ein englischsprachiges Webinar anbieten. Ich sehe uns dort auf einem guten Weg.

Drees

Aufgrund unterschiedlicher Landesregierungen und Parteifarben ist es für uns problematisch, schnelle und vernünftige Entscheidungen zu treffen. Wir haben in Rheinland-Pfalz ein großes Problem mit den Tierversuchen und hoffen, dass das nun einfacher wird. Eine Region wie Mainz könnte eigentlich die Apotheke Europas werden. Rund um Mainz stehen die großen Pharma-Unternehmen und dennoch schaffen wir es nicht, die Innovationen auf die Straße zu bekommen.

Wenn wir uns auf Vertragsstandards einigen könnten, könnten wir den Sprung nach vorn wirklich schaffen. Momentan scheitert es noch an den Regularien. Wenn wir aber

sagen „Wir machen das jetzt!“, dann könnten wir manche Dinge aufweichen und wären viel schneller.

Koebel

Aber es gab die politische Aussage, dass die Pharmaindustrie die Automobilindustrie als Leitindustrie in Deutschland ablösen soll.

Drees

Das wird wahrscheinlich auch so eintreten, aber der politische Wille muss kommen.

Schubert-Zsilavec

Der Bund muss in den sogenannten „Kleinen Bereichen“ entscheiden, Hürden abzubauen und uns einfach einmal machen lassen. Das passiert in anderen europäischen Ländern auch. Wir neigen in Deutschland dazu, alles sehr genau zu prüfen und alle nur erdenklichen Vorschriften einzuhalten. Das ist grundsätzlich richtig, manchmal aber hinderlich.

Koebel

Ich sehe keine Fragen mehr im Plenum und möchte daher die Diskussion mit einer kurzen Runde zur Frage „einfach machen?“ beschließen. Wo liegen die wichtigsten Stellschrauben, um voran zu kommen?

Schubert-Zsilavec

Wir haben exzellente Arbeiten im Medizinbereich. Wir brauchen Professionalisierung, wenn es um das Thema Gründen, Transferieren und Innovation geht. Wir müssen bürokratische Hürden abbauen. Schließlich brauchen wir eine neue innere Einstellung zu diesen Themen. Ein Paper in „Nature“ ist durch nichts zu ersetzen – es macht allein aber noch keinen wirtschaftlichen Erfolg und sichert keinen Wohlstand. Wir müssen das besser ausbalancieren.

Hein

Es war eine gute Diskussion heute. Die Universitätsmedizin ist unwahrscheinlich stark. Jedoch ist die Regulatorik häufig ein Hemmnis, das wir durch Diskussionen mit den Behörden und Institutionen der Länder überwinden müssen. Wenn es gelingt, unsere Stärken noch mehr in Netzwerken zu bündeln und bestehende Hindernisse zu überwinden, werden wir den Forschungs- und Innovationsstandort Deutschland nachhaltig stärken.

Schaub

Ich nehme die Diskussion so wahr, dass wir in dem, was wir hier besprechen, viel Einigkeit haben. Wir haben kein Erkenntnisproblem. Unser Problem liegt in der Umsetzung und Operationalisierung. Das kann man angehen und das sollten wir auch tun.

Koebel

Wir gehen optimistisch aus dieser Diskussion heraus – wir müssen reden, wir müssen machen und wir müssen etwas schneller werden!

Vielen Dank an Sie als Teilnehmer des Podiums und an alle Diskussionsteilnehmer.



Wenn Fakten unter Druck geraten: Populismus versus Wissenschaft in der Medizin

Moderation:
Anja Koebel



Impulsvortrag

Wenn Fakten unter Druck geraten: Populismus versus Wissenschaft in der Medizin

Dr. Christina Berndt

Leitende Redakteurin im Ressort Wissen der Süddeutschen
Zeitung

Meine Damen und Herren, liebe Zuhörende,

den meisten von Ihnen wird das Thema „Populismus versus Wissenschaft“ schon geläufig sein. Es liegt mir wie auch Ihnen sehr am Herzen, denn die Lage ist ernst und wir müssen uns der Herausforderung stellen, die die immer größer und lauter werdende Zahl an Populisten für uns als Journalistinnen und Journalisten wie auch für Sie als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler darstellt.

In den USA halten viele Ihrer Kolleginnen und Kollegen gerade die Füße still. Sie denken vielleicht, dass es nur eine Phase ist, die vorübergeht und man besser nicht auffallen sollte. Es ist ja auch so: Die, die auffallen, werden schnell öffentlich verunglimpft. Da fallen Worte wie „shit science“, „sinnlose Forschung“ oder „lächerlicher Professor“, da wird ganz schnell die Forschungsförderung eingestellt. Wenn man Pech hat, geht es noch viel weiter, wie ich gerade von Eirliani Abdul Rahman erfuhr, einer Sozialwissenschaftlerin, die in Harvard über Online-Sicherheit und digitale Belästigung forschte. Sie war über lange Zeit im Trust and Safety Council von Twitter tätig und trat dort unter Protest aus, als Elon Musk Twitter übernahm, es zu „X“ umformte und die Algorithmen so veränderte, dass Beleidigungen und Hass dort salonfähig oder besser „plattformfähig“ wurden. Nach ihrem Austritt aus dem Beirat hetzte Musk seine Follower auf sie. Als Resultat erhielt sie 400 Hassnachrichten pro Minute. Es gab Hetze und Morddrohungen. Sie entschloss sich schließlich, ihre Forschung an der Universität Mannheim fortzuführen und spricht selbst von einer Zufluchtsuche in Deutschland.

Es kann einem mit Blick auf die USA also wirklich angst und bange werden. Und das hat auch bereits Einfluss auf Deutschland und die deutsche Wissenschaft. Vielleicht haben Sie auch an sich selber schon bemerkt, dass Sie bestimmte Wörter oder Begriffe in Ihren Forschungsanträgen inzwischen meiden oder Forschungsthemen in ihrer

Bezeichnung abändern, wenn Sie sich um US-Grants bewerben oder mit Forschenden in den USA zusammenarbeiten wollen.

Es ist ein Irrglaube, man könne die Trump-Ära in den USA einfach als eine vorübergehende Phase aussitzen, weil die Wissenschaft am Ende schon siegen werde. Denn der Populismus breitet sich aus, und damit ein wissenschaftsfeindliches Umfeld auch in unserem Land.

Dass Populismus und Wissenschaft nicht zusammenpassen, liegt auf der Hand. Schließlich ist es die **Wissenschaft, die mit ihren über Jahrhunderte etablierten Methoden von Beleg und Zweifel am Ende jene Fakten liefert, die Populisten am liebsten in alternative Fakten verdrehen möchten**. Die also oftmals, sehr schmerzlich für Phrasendrescher, widerlegen kann, was Populisten einfach mal so behaupten. Weil es ihrem Weltbild entspricht. Weil sie es wollen. Weil es ihnen in den Kram passt, wenn sie mal wieder auf Seelenfang sind. **Die Wissenschaft stört dabei nur.**

Deshalb wird diese Zeit des aktiv betriebenen Wissenschaftsskeptizismus und der Wissenschaftsfeindlichkeit nicht so einfach vorübergehen, vielleicht nicht einmal dann, wenn die Legislaturperiode der Trump-Regierung vorüber sein wird. Das wissenschaftsfeindliche Umfeld wächst in den USA wie auch in vielen anderen Ländern und auch hier in Deutschland.

Es ist kein Zufall, dass die Trump-Administration mit so viel Engagement die Wissenschaft bekämpft. Der Kampf gegen die Wissenschaft war dabei der dritte Akt nach Justiz und Medien. Zunächst wurden die Universitäten Harvard und Columbia direkt angegangen, indem ihnen Vorgaben über Stellenvergabe und Forschungsthemen gemacht wurden. Die Angriffe gehen und gingen dabei sogar ad personam, indem die Scientific Community als eine vermeintliche „Elite“ diskreditiert wird, die **abgedrehtes Zeug erforsche** und nicht **die leiseste Ahnung habe von den Sorgen normaler Menschen**. Wir mögen darüber schmunzeln, wenn ein Trump oder Kennedy, die selbst aus milliarden-schweren Dynastien stammen und deren Leben sehr weit entfernt ist von dem normaler Durchschnittsamerikaner, wissenschaftliche Eliten zum Ziel von Angriffen erklären. Aber: Die Strategie geht auf und die Erklärung dafür ist einfach: In der Wissenschaft geht es nun einmal oft sehr differenziert und kompliziert zu. Forschende arbeiten mit Methoden, die für Nicht-Fachleute nicht immer zu verstehen sind.

Und zugegebenermaßen gibt es durchaus Forschungsthemen, die sich nicht im ersten Moment als etwas, was die Welt voranbringen wird, erschließen – etwa, wenn an der University of California untersucht wird, ob alle Menschen gleich viele Haare in der Nase haben. Allerdings: Auch der Ig-Nobelpreis, der in jedem Jahr verliehen wird, macht zwar Forschungsvorhaben lächerlich, die abwegig erscheinen mögen. Dennoch können selbstverständlich gerade auch aus Forschungsprojekten, die ungewöhnliche Fragestellungen bearbeiten und Wege beschreiten, tiefgreifende neue Erkenntnisse

entstehen. Nur: Leider nutzen Wissenschaftsgegner solche Projekte, um die Wissenschaft insgesamt ins Lächerliche zu ziehen und den Forschenden ihre Berechtigung abzusprechen. Mit Berichten über vermeintlich lächerliche Forschung machen rechte Sender wie Fox News derzeit kräftig Quote.

Die Wissenschaft hat aber noch ein weiteres Problem: Wissenschaft ist komplex, in der Regel sachlich und differenziert. Verschwörungsmythen hingegen sind oft packend, verführerisch einfach, möglichst vage und emotionalisiert. Damit holen sie die Menschen viel leichter ab, zumal sie noch mit zuckersüßen Versprechungen einhergehen.

Das, was die Wissenschaft verspricht, passiert oft erst im 10. oder 15. Schritt, dann, wenn man von der Grundlagenforschung zur Anwendung kommt. Der Weg dorthin ist lang. Die Verschwörungsmythen hingegen bieten schnelle Lösungen: Klimawandel? Papperlapapp. Verzicht auf Fleisch oder aufs Fliegen? Völlig unnötig. Umwelt- oder Arbeitsschutzaufgaben für die Industrie? Weg damit. Wenn man die Wissenschaftler und die Wissenschaft in den Dreck zieht, kann man sich umso leichter über die bedrohlichen Ergebnisse der Klimaforschung hinwegsetzen, gegen Windräder zu Felde ziehen und gegen ein noch so nötiges Heizungsgesetz.

So besteht die reale Gefahr, dass die Wissenschaft, gerade wenn sie sich aus den aufgeheizten Debatten zurückzieht, wenn sie zu wenig argumentiert, zu wenig informiert, zu sehr die Füße stillhält, die Menschen noch mehr in die Arme der Populistinnen und Populisten treibt, die vorgeben, einfache und bequeme Antworten auf die gegenwärtigen Probleme zu haben.

Die medizinische Forschung ist da ganz vorn mit dabei. Ganz schnell wurden unter der Ägide von US-Gesundheitsminister Kennedy das Vertrauen in die wissenschaftliche Medizin torpediert und medizinische Komitees wie das Gremium, das über Impfpläne entscheidet, ausgetauscht. Es gibt bereits Ankündigungen, dass selbst das Publikationswesen in die Hände von Robert Kennedy und seinem Ministerium wandern soll. Hinzu kommen interessen geleitete Forschungen unter dem Einfluss von Regierungen oder Lobbyisten, die erwünschte Ergebnisse produzieren. Und im April 2026 hat Donald Trump das gesamte National Science Board (NSB) entlassen und damit einen weiteren Meilenstein gesetzt, was die Forschungsförderung und Forschungsfreiheit in den USA betrifft. Denn das NSB ist das zentrale Gremium, das die US-Regierung und den Kongress berät, Richtlinien für die National Science Foundation NSF erlässt und wichtige Forschungsgelder der NSF genehmigt. Damit ist es entscheidend für die wissenschaftliche Innovation und die Wahl der Forschungsthemen in den USA. Man munkelt übrigens, dass diese Entlassung mit einem Bericht des NSB zu tun haben könnte, der belegte, dass die USA hinter China in der Wissenschaft zurückfallen könnte.

Man könnte auch über diesen Fakt fast lachen, weil erneut eine Eitelkeit dieses Präsidenten getroffen wurde und er völlig inadäquat reagiert – aber tatsächlich ist die Lage

der Wissenschaft in den USA nicht zum Lachen, sondern eine Katastrophe – für die Wissenschaft wie für die gesamte Gesellschaft. Letztlich bedroht der Verlust der Wissenschaftsfreiheit nicht weniger als die Demokratie. Zuerst gehen die Forschenden, dann geht die Vernunft, dann geht auch die Freiheit und letztlich der Wohlstand einer Gesellschaft und die Gesundheit der Menschen. Ich erinnere in diesem Zusammenhang nur an die abstrusen Ideen zum Thema Impfung, die aus Washington kamen und kommen.

Wir drohen von einer Kultur der Vernunft, des Wissens und der Argumente in eine Welt vor der Aufklärung zurückzufallen, in der Glauben und Glaubenwollen, das Bauchgefühl und die starken Meinungen die entscheidenden Faktoren sind.

Ich habe jetzt viel über die USA geredet. Diese Dinge sind uns aber schon viel näher, als viele von uns sehen wollen. Ähnlich wie jenseits des Atlantiks nutzen auch in Deutschland Populistinnen und Populisten und ganz besonders die Vertreter der AfD genau diese wissenschaftsfeindliche Rhetorik. Es wird gegen Universitäten oder renommierte Impfstoff-, Klima- oder Genderforscher gehetzt. Auch die vermeintlichen Eliten und „links-grün versifften“ Universitäten stehen im Fadenkreuz der Angriffe, und – es scheint zu funktionieren.

Man kann sich auf den Standpunkt zurückziehen, dass die Wissenschaftsfreiheit in Deutschland im Grundgesetz festgeschrieben ist. Unser Wissenschaftssystem ist anders und nicht so sehr von staatlicher Förderung abhängig. Dennoch muss man fragen, ob wir in unserem Wissenschaftssystem wirklich gut gegen den Populismus und gegen mögliche Angriffe auf die Autonomie der Hochschulen und die Freiheit von Forschung und Lehre aufgestellt sind.

Ich möchte an den Herbst 2024 erinnern, als die damalige Wissenschaftsministerin Stark-Watzinger untersuchen ließ, inwieweit man nicht genehme Personen aus der Universität entfernen und ihre Verträge kündigen kann. Das war eine Politikerin der FDP. Wie Sie sehen, ist die Frage von Wissenschaftsfreiheit nicht unbedingt nur mit der AfD verbunden.

Wir brauchen in der Wissenschaft Resilienz gegenüber solch wissenschaftsfeindlichen Bestrebungen. Der Wissenschaftsrat, die Kultusministerkonferenz und viele weitere Gremien beschäftigen sich bereits mit diesen Fragen. Das ist genau der richtige Weg.

Wie schafft man aber diese Resilienz? Eine wichtige Strategie ist, dass man sich anschaut, was in den USA passiert. Der Forderungskatalog der US-Regierung an die Harvard-Universität gibt Hinweise, worauf man sich vorbereiten sollte. Die US-Regierung verlangt von Harvard zum Beispiel einen **veränderten Zulassungsprozess** für Studierende, eine veränderte **Personalpolitik** und schärfere **Disziplinarmaßnahmen**.

Ebenso wichtig ist es aber, dass Wissenschaft stärker ins öffentliche Bewusstsein dringt. Die deutsche Wissenschaft hat sich lange darauf zurückgezogen, nur Fakten zu

transportieren. Fakten sind gewiss relevant, sie sind der Kern der Wissenschaft. Sie reichen aber in dieser Zeit nicht mehr aus. Es gilt zu vermitteln, wie man Fakten von Fake unterscheidet, wie man vermeintliche Fakten hinterfragt, mit welcher Methodik Wissenschaft arbeitet. Wissenschaftler denken allzu oft, **sie müssten politisch neutral sein**. Aber das ist falsch. **Je mehr man von einem Problem versteht, desto mehr sollte man sich positionieren**. Auch damit **verteidigt man am Ende die Wissenschaftsfreiheit**.

Das gilt gerade auch für die Medizin, die ein wirklich vulnerables Feld für Wissenschaftsfeinde ist.

In ein paar Monaten sind in Sachsen-Anhalt Landtagswahlen. Das ist gleich hier nebenan. Wenn man sich anschaut, was im Wahlprogramm der AfD, die durchaus Wahlsieger werden und den Wissenschaftsminister stellen könnte, zum Thema Wissenschaft steht, läuft es jedem, der etwas von evidenzbasierter Medizin versteht, kalt den Rücken herunter. Hans-Thomas Tillschneider ist derzeit **Vizechef der AfD** und deren **Fraktionssprecher für Wissenschaft, Bildung und Kultur**. Er hat nach der Landtagswahl beste Aussichten auf das Wissenschaftsministerium. Er leugnet den menschengemachten Klimawandel. Er möchte Gender-Studies und postkoloniale Forschung abschaffen und will einen Lehrstuhl einrichten, der das „Absterben unseres Volkes“ untersuchen soll. Laut dem AfD-Wahlprogramm soll die deutsche Universität wieder eine deutsche Universität sein, wo es deutsche Studiengänge und deutsche Studienabschlüsse gibt. Tillschneider will das Ziel der Gleichstellung aus dem Hochschulgesetz streichen, Hochschulgremien und Studierendenvertretungen sollen an Einfluss verlieren. Er will ein „Landesinstitut für kritische Islamforschung“ gründen. Er hat sich in einer Kleinen Anfrage bereits danach erkundigt, unter welchen Voraussetzungen ausländische Studierende abgeschoben werden können. Ein Zitat von ihm: „Wir wollen in Sachsen-Anhalt die Wissenschaft zu alter Größe führen. Wir wollen keine linken Schwätzer und Pseudowissenschaftler mehr an unseren Hochschulen.“ Er sagt auch: „Ich weiß, wie Landesregierungen Druck auf Hochschulen ausüben. Genauso werden auch wir unsere Vorstellungen durchsetzen.“

Das kann man alles in allem nur als einen Angriff auf die Unabhängigkeit von Forschung und Lehre betrachten. Die Lage ist ernst, das gilt nicht nur für Sachsen-Anhalt, denn es ist nicht das einzige Bundesland, in dem man bei den Landtagswahlen mit einem hohen Stimmenanteil für die AfD rechnen muss. In Mecklenburg-Vorpommern sehen wir eine parallele Entwicklung und auch im Bund nimmt der Zuspruch für diese Partei immer mehr zu.

Gerade in der Hochschulpolitik sind wir besonders vulnerabel. Aufgrund der föderalistischen Struktur kann eine Landesregierung hier viel bewirken. Während Bundesländer bei vielen Themen von Entscheidungen in Berlin oder Brüssel abhängig sind, haben sie im Schul- und Hochschulrecht eine recht freie Hand. Sie können Institute finanzieren oder auch auflösen. Sie können Berufungen auf Professuren verschleppen oder in

gemeinsamen Gremien Beschlüsse anderer Bundesländer blockieren und sitzen letztlich auf dem Geld.

Mein Appell mag sehr intensiv klingen. Aber tatsächlich soll er ein Weckruf sein. Es ist letztlich eine Außenbetrachtung durch eine Vertreterin der Medien, die ihre eigenen Probleme mit dem Populismus hat. Ich schaue mit Sorgen in die Zukunft von Wissenschaft und Medizin, aber auch mit der Hoffnung, dass die Probleme erkannt sind. Ich hoffe auf die Stärkung der Resilienz gegenüber Wissenschaftsgegnern und -leugnern.

Die Wissenschaft ist zweifelsohne eine Basis der Demokratie. Sie als ihre Vertreterinnen und Vertreter sind deshalb wesentlich für die Zukunft dieses Landes. Noch ist das Vertrauen der Gesellschaft in die Wissenschaft hoch, noch haben wir keine US-amerikanischen Verhältnisse. Dennoch ist die Vulnerabilität für wissenschaftsferne, wissenschaftsfeindliche und verschwörungstheoretische Modelle groß. Deshalb muss die Wissenschaft dagegenhalten und aktiv werden, damit sie letztendlich als Sieger aus dieser Auseinandersetzung hervorgeht.

Vielen Dank!



Die Teilnehmenden an der Podiumsdiskussion
Populismus versus Wissenschaft in der Medizin:
Anja Koebel, Prof. Dr. Georg Duda, Prof. Dr. Leif Sander, Dr. Christina Berndt, Dr. Manja Schüle
(v.l.n.r.)

Panel-Diskussion

Dr. Christina Berndt

Leitende Redakteurin im Ressort Wissen der Süddeutschen Zeitung

Prof. Dr. Georg Duda

Mitglied im Senat der DFG

Prof. Dr. Leif Sander

Direktor der Klinik für Infektiologie und Intensivmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. Manja Schüle

Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg

Moderation:

Anja Koebel, MDR

Koebel

Als es darum ging, die Ergebnisse der Klimaforschung anzuzweifeln – dabei denke ich nicht nur an die USA, sondern auch an den Brandenburgischen Landtag – musste ich mich fragen, wie Sie, Frau Dr. Schüle, das als Wissenschaftsministerin auszufechten haben und wie resilient Sie selbst sind.

Schüle

Ich persönlich bin ziemlich resilient. Das liegt an meiner märkischen Bodenständigkeit und einem mir innewohnenden Optimismus. Aber die Lage ist ernst und die Diskussionen im Landtag von Brandenburg haben eine andere Qualität angenommen. Seitdem die AfD in unserem Landtag sitzt, kann man nachvollziehen, wie Angriffe auf die Wissenschaftsfreiheit quantitativ und qualitativ zunehmen. Ich würde mir hier wieder mehr Agora und weniger Arena wünschen.

Ein Beispiel: Wir haben in unserer Landeshauptstadt das Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung, dieses wird regelmäßig nicht nur in den Landtagsdebatten angegriffen, sondern auch mit Kleinen, Großen und mündlichen Anfragen bearbeitet, um das Vertrauen in die Wissenschaft und in wissenschaftliche Studien zu untergraben. Hintergrund dieser Aktionen war eine fehlerhafte Studie, die von den Autoren zurückgezogen und überarbeitet wurde – ein in der wissenschaftlichen Welt nicht ungewöhnlicher Vorgang. Das nehmen die Gegner der Demokratie nun zum Anlass, die Finanzierung dieses Instituts durch Landesmittel bei jeder sich bietenden Gelegenheit infrage zu stellen.

Unsere Aufgabe ist es, dies nicht unwidersprochen zu lassen, denn wenn wir solche Angriffe normalisieren, kommen wir in eine Art der Selbstzensur: Ich verhalte mich still und ruhig in meiner Wissenschaftsblase und mache nur Dinge, die genehm sind – dann bin ich aber auch nicht mehr der Wissenschaftler, der seine Freiheiten nutzt, den die Gesellschaft braucht, um die Wissenschaftskultur und die Wissenschaft selbst voranzubringen.

Ohne Wissenschaft werden wir die großen Herausforderungen der Menschheit nicht lösen können. Man denke nur an den Klimawandel.

Es liegt im Übrigen auch an Ihnen, die Sie heute hier sind, Haltung und Solidarität zu zeigen – das ist nicht nur eine Aufgabe von Politikerinnen und Politikern, sondern auch der Wissenschaft und der Gesellschaft insgesamt. Das hat mir bei Ihnen, Frau Berndt, im Vortrag gefehlt. Sie haben von politischen Verantwortungsträgern gesprochen, was richtig ist. Genauso wichtig ist aber das Vertrauen der Gesellschaft in Wissenschaft und Forschung. Das können wir in den USA beobachten, wo die Forschenden sich nicht gegenseitig unterstützen und die sanktionierten Universitäten nicht unterstützt werden. Das darf uns in Deutschland nicht passieren.

Daher wiederhole ich meinen Appell: Wo immer wir Zeuge von wissenschaftsfeindlichen Positionen werden, dies nicht unwidersprochen zu lassen. Das gilt für die Klimaforschenden genauso wie für die Mediziner, für Forschende im Bereich Postkolonialismus oder auch in den Rechtswissenschaften. Ich möchte daran erinnern, wie man mit Frauke Brosius-Gersdorf umgegangen ist, einer Rechtswissenschaftlerin an der Universität Potsdam, die für das Bundesverfassungsgericht nominiert war. Was dieser Frau widerfahren ist und wie still die Wissenschaft sich dabei verhalten hat, das kann ich bis heute nicht akzeptieren.

Wenn Sie Lust haben, einmal nach Potsdam zu kommen, lade ich Sie zu einem Meeting ein. Wir werden am 8. Juli 2026 im Landtag in Potsdam eine Veranstaltung zum Thema „Wissenschaftsfreiheit ist ein Grundpfeiler unserer Demokratie“ durchführen – mit Frauke Brosius-Gersdorf, Ottmar Edenhofer, Dorothee Bär und Vertreterinnen und Vertretern von Wissenschaftsrat und DFG und anderen Organisationen.

Genauso wie die Wissenschaftsfreiheit sehe ich übrigens die Kunstfreiheit durch den Populismus bedroht. Das ist im Impulsvortrag ein wenig untergegangen. Es ist nicht zufällig, dass Kunst und Kultur, Wissenschaft und Forschung von Populisten angegriffen werden. Sie genießen verfassungsrechtlich den höchsten Rang. Wer die Wissenschaft und die Kulturfreiheit verachtet, der verachtet am Ende des Tages die Freiheit des Denkens.

Koebel

Wir haben vor unserer Diskussion bereits darauf hingewiesen, dass wir nicht immer nur auf die anderen sehen sollten, sondern uns auch an die eigene Nase fassen müssen. Das ist an dieser Stelle schon einmal Konsens und ein wichtiger Gedanke, mit dem wir aus diesem Nachmittag gehen sollten. An Herrn Sander richte ich die Frage zum Wissenschaftsschwerpunkt Impfen, was sich in den Jahren nach Corona in welche Richtung verändert hat.

Sander

Das Thema Impfen, Impfskepsis und Impfmythen ist so alt, wie die Impfungen selbst. Seit den allerersten Impfungen vor Jahrhunderten gegen die Kuhpocken gibt es Karikaturen, auf denen den Menschen Hörner oder Euter als Impffolgen wachsen oder man gleich zur Kuh wird. Möglicherweise agiert die Kritik gegen das Impfen auch deshalb so intensiv, weil es sich dabei um eine Maßnahme handelt, die vom Staat im Sinne der Volksgesundheit eingeführt oder gar angeordnet wird. Es wurde als eine Kritik an der herrschenden Klasse betrachtet, obgleich Impfungen bereits viel früher im alten China beschrieben sind. Die Opposition gegen das Impfen wurde und wird einer Opposition gegen den Staat oder seine Machtorgane gleichgestellt. Das ist die einzige Erklärung, die für mich noch plausibel ist.

Wenn wir an die Corona-Pandemie denken, hatten wir aus deutscher Sicht mit den Impfstoffen von vorn bis hinten eine Erfolgsgeschichte. Ein kleines Unternehmen aus Deutschland legt mit einer neuen Technologie einen Impfstoff vor, der nach 11 Monaten positive Phase 3 Daten hat und 95 % Wirksamkeit in einer Studie mit 40.000 Personen zeigt. Wir haben dann gesehen, dass dort, wo wir mit dem Impfen begonnen haben, die Sterblichkeit herunterging. Die Menschen merkten, dass nach der Impfung für sie das Leben langsam wieder in den normalen Rhythmus überging. Die Freiheit, die an einigen Stellen eingeschränkt war, kam langsam wieder zurück. Genau das war mit der Einführung der Impfungen assoziiert, die auch noch in Deutschland erfunden wurden. Anstatt das als einen Erfolg zu würdigen, verbindet man ausgerechnet die Impfungen mit Unfreiheit und Risiken. Es ist für mich bis heute nicht nachvollziehbar, wie man mit diesem Narrativ Erfolg haben kann. Alle Horror-Erzählungen von schlimmen Impffolgen haben sich nicht bewahrheitet.

Ich gehe in letzter Zeit in Brandenburg zu kleineren Veranstaltungen, wie Bürger-Dialogen, wo es um Gesundheits- und Präventionsthemen geht und versuche zu verstehen, warum man sich ausgerechnet so gegen die Impfung wendet. Wir legen die Messlatte bei den Zulassungskriterien für Impfstoffe am höchsten. Die regulatorischen Vorschriften sind bei Impfstoffen am schwierigsten. Dennoch sind Skepsis und unwissenschaftliche Vorstellungen weit verbreitet. Natürlich hat die Pharmaindustrie an den Corona-Impfstoffen verdient. Es ist aber ganz schwer, Finanzierungs- und Produktionspartner in der Pharmaindustrie für einen Impfstoff zu finden, denn man verdient an der in der Regel einmaligen Impfung nicht so viel wie an einer langfristigen Immuntherapie. Wir

haben aus den Impfungen einen gesellschaftlichen Nutzen, einen ökonomischen Nutzen, natürlich den gesundheitlichen Nutzen und auch persönlichen Nutzen gezogen, denn wir konnten wieder am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, weil ein Teil der Einschränkungen der persönlichen Freiheit nach den Impfungen aufgehoben wurde.

Koebel

Ich denke, dass das eine ganze Reihe guter Beispiele und Argumente waren und gebe das Wort im Podium an Frau Berndt weiter.

Berndt

Das sind gute Beispiele, denn sie stehen genau für das, was ich in meinem Impulsreferat angesprochen habe. Wenn simple Zusammenhänge plötzlich ganz einfach erscheinen, wie der Tod eines Angehörigen in zeitlicher Nähe zu einer Impfung, dann ist es leicht, als Todesursache eine Impfkomplication anzunehmen, auch wenn es gar keine Komplication gab und der Tod aus ganz anderen Gründen eintrat. Man darf aber auch nicht unterschätzen, wie verletzend teilweise die Diskussionen über eine Impfpflicht geführt und nicht Geimpfte als Schuldige am Fortgang der Pandemie stigmatisiert wurden. Ich glaube, dass das auch eine der Lektionen für die Wissenschaft und die Politik ist, die aus der Pandemie gelernt werden sollten. Das Schwert „Impfzwang“ oder „Impfpflicht“ sollte man nur sehr überlegt einsetzen.

Duda

Ich bin heute im Rahmen eines Arbeitskreises des DFG-Senats hier, der sich mit Wissenschaftsfreiheit beschäftigt und dazu ein DFG-Papier erarbeitet. Wir wissen, dass viele auf dieses Papier warten. Wir bearbeiten zwei Themen, das sind die Resilienz der Infrastrukturen und die Wissenschaftsfreiheit. Ein Aspekt ist der Umgang mit solchen Situationen als Einrichtung, und es ist uns wichtig, Sie als Medizinische Fakultäten damit anzusprechen.

Es wird Angriffe auf Einzelpersonen geben und wir wollen darstellen, wie Universitäten oder Fakultäten Schutz für Personen bieten können, die ins Fadenkreuz solcher Attacken geraten. Wie geht man mit Forschungsgruppen um, die solchen Angriffen ausgesetzt sind? Wir diskutieren zum Beispiel eine Art „Asylprozess“, bei dem an anderen Standorten für eine solche Gruppe Raum geschaffen wird. Wie geht man damit um, wenn ganze Themengebiete oder eine ganze Fakultät Ziel solcher Aktionen ist? Reagieren dann alle Fakultäten in Deutschland? Das müsste eigentlich so sein. Wir würden uns wünschen, dass bei einem Angriff auf die Wissenschaftsfreiheit alle Fakultäten aufstehen, auch wenn es nicht die eigenen Forschungsthemen betrifft. Genau das ist in den USA nicht eingetreten.

Welche Mechanismen haben wir, was sind schnelle Reaktionsketten? Wie schafft man schnelle Mechanismen unter den Rahmenbedingungen der finanziellen Engpässe? Für all diese Fragen wollen wir mit unserem Papier Lösungen anbieten. Diese Lösungen

sollen verlässlich sein und auch der nächsten Generation aufzeigen, dass Engagement für Wissenschaft attraktiv ist.

Lassen Sie mich einen zweiten Themenbereich ansprechen, der mir auf dem Herzen liegt: Warum Wissenschaftsfreiheit ein zentraler Standortfaktor für Deutschland ist: Wenn man diese These zu Ende denkt, wird klar, dass man für Innovationen in der Wissenschaft Freiheit benötigt. Wenn man die Freiheit der Wissenschaft infrage stellt, wird die Forschung und Innovation nicht vorankommen und damit der Wohlstand in unserem Land geschwächt. Wir haben vorhin das Beispiel USA gehört, müssen aber gar nicht so weit über den Atlantik blicken, denn hier in Europa, in Ungarn hatte die Orbán-Administration bereits ein Klima geschaffen, in dem Wissenschaftsfreiheit massiv eingeschränkt war.

Wie geht man damit um? Wir haben vor Fertigstellung unseres erwähnten Papiers ein Hearing mit Kolleginnen und Kollegen aus Ungarn gehabt. Für mich war im Ergebnis dieses Hearings die ganz zentrale Aussage, dass das Festschreiben des Grundrechts der Wissenschaftsfreiheit in der Verfassung eine sehr gute Sache ist. Da juristische Prozesse aber viele Jahre dauern, die die betroffenen Personen erstmal allein durchstehen müssen, ist es dann nicht so einfach, für diese Grundgesetzsicherheit einzustehen. Sich nur auf das in der Verfassung festgemachte Grundrecht zu verlassen, mag dann zu wenig sein.

Wir müssen alle darüber nachdenken, wie wir unsere jetzigen Strukturen vorbereiten können, sie so aufstellen, dass sie bei Angriffen schnell reaktionsfähig sind.

Koebel

Wie können wir uns aufstellen, dass wir schnell reaktionsfähig sind, möchte ich nun Frau Schüle fragen. Wie viel Zeit haben wir?

Schüle

Ich könnte nun vier Ebenen aufmachen und finanzielle, institutionelle, individuelle sowie gesellschaftliche Aspekte benennen – so hat es auch die DFG getan, so haben wir es in der Wissenschaftsministerkonferenz und in der GWK analysiert. Wir haben uns dann angesehen, wie wir uns auf den einzelnen Ebenen besser aufstellen können, allerdings nicht mit Alarmismus oder Verteidigungsrhetorik, sondern im Sinne einer vorsorgenden Strukturpolitik. Denn resilient sein, heißt, zu jeder Zeit handlungsbereit sein.

Ich möchte noch einmal auf die Corona-Pandemie zurückkommen: Wissenschaft arbeitet mit Unsicherheit. Das ist keine Schwäche, sondern ihre Methode. Genau das nutzen die Populisten aber aus, indem sie auf das Nichtwissen und die Unsicherheit verweisen und dies als den Mangel der Wissenschaft verkaufen. Dass dies bei vielen fruchtet, zeigt leider, dass ein Teil der Bevölkerung von den Prinzipien wissenschaftlicher Arbeit keine Kenntnis hat.

Auch in der Corona-Pandemie bestand diese Unsicherheit. Es gab unterschiedliche Meinungen und Einstellungen unter Fachkolleginnen und -kollegen. Das Vorliegen unterschiedlicher Meinungen ist kein Fehler, sondern normal in der Wissenschaft – ein Fehler damals war aus meiner Sicht daher, dass in so manchen politischen Aussagen und in vielen Medien hingegen Eindeutigkeiten suggeriert wurden, die den Faktor der Wahrscheinlichkeit gar nicht mehr berücksichtigt haben. Wir haben Dinge behauptet und uns dabei hinter dem Rücken von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern versteckt. Wir haben zudem Vertreter verschiedener Disziplinen befragt und waren in unserem Handeln nicht konsistent. Das kann man damit entschuldigen, dass auch wir uns in einem lernenden System befanden, denn wir hatten noch nie eine Pandemie bewältigt.

Ich kann meine Kolleginnen und Kollegen und auch mich selbst immer wieder daran erinnern, dass wir nie die Sphären von Politik und Wissenschaft vermischen dürfen. Für die Politik ist der Kompromiss konstruktiv; Wissenschaft soll unparteiische Erkenntnisse generieren und erklären. Sie muss die Freiheit haben, Studien zu generieren, Studienergebnisse vorzustellen und die Inhalte so in den Raum stellen, dass sie uns als Politik möglichst auch Handlungsempfehlungen mitgeben kann. Es darf aber nicht passieren, dass Politik die Verantwortung an Wissenschaft delegiert. Es ist unsere Verantwortung, politische Entscheidungen zu treffen – und am besten tun wir dies wissenschaftsbasiert.

Es ist mir auch wichtig, die Journalistin an meiner Seite zu fragen, inwieweit der Journalismus in dieser Zeit seine Aufgaben erfüllt hat. Es soll hier keine Medienschelte sein, aber zur Aufarbeitung der Pandemie gehört es für mich dazu, diese Seite mitzubetrachten.

Im November 2019 wurde ich als Ministerin vereidigt und hatte den Auftrag, eine Medizinische Universität in der Lausitz zu gründen. Es gab dort keine humanmedizinischen Studiengänge und am Klinikum auch keine universitäre Tradition. Dann kam die Corona-Pandemie, und wir haben wie durch ein Brennglas gesehen, wo es Fehler im System gibt und wo Lücken bestehen. Mit vielen Beratungen von Herrn Einhäupl, Frau Kuhlmei und anderen Expertinnen und Experten haben wir dann überlegt, wie man eine neue Universitätsmedizin gestalten kann; wie man Entwicklungen antizipieren und gleich Antworten darauf geben kann. Wir haben in der Region Lausitz zum Beispiel eine ausgesprochen skeptische Bevölkerung, was die Digitalisierung betrifft, was unter anderem auf der Erfahrung von 40 Jahren Diktatur beruht.

Die neue Universität wird in diesem Jahr ihre ersten Studierenden aufnehmen – damit gehen wir nur sechseinhalb Jahre nach der Entwicklung der Idee schon an den Start. Digitalisierung und Gesundheitssystemforschung sind als ihre Schwerpunkte definiert und bereits jetzt merken die Menschen in der Region, dass ihr Leben dadurch besser wird, dass es einen Mehrwert und einen praktischen Nutzen für sie hat. Genauso müssen wir Wissenschaft kommunizieren. Wir betreiben Wissenschaft nicht um ihrer selbst

willen, sondern für den menschlichen und gesellschaftlichen Nutzen. Das müssen wir immer wieder unter Beweis stellen, müssen es betonen und das mit Stolz, Überzeugung und Leidenschaft tun. Das ist meine Empfehlung nicht nur an meine Kolleginnen und Kollegen in der Politik, sondern auch an die Vertreterinnen und Vertreter des Journalismus.

In der Region Lausitz hat das zum Erfolg geführt. Dort ist der Strukturwandel in einer Region, die faktisch als abgeschrieben galt, so angekommen, dass sie nach einer Analyse der Deutschen Industrie und Wirtschaft nun als die dynamischste Region gewertet wird. Wenn es uns gelingt, aus Skeptikern überzeugte Mitbürgerinnen und Mitbürger zu machen, dann ist die These, dass Wissenschaft mein Leben besser macht, in der Realität des Alltags angekommen.

Koebel

Dann sollten wir alle nach Brandenburg ziehen?!

Schüle

Brandenburg ist ein wunderschönes Bundesland – und Sie sind natürlich alle herzlich eingeladen. Aber, noch einmal ernsthaft: wir sind auf dieses Projekt MUL – Medizinische Universität Lausitz – sehr stolz. Als wir mit der Planung begannen, wurden wir landauf und landab belächelt. Der Strukturwandel hat uns eine große Milliardensumme für die Transformation in die Hand gegeben. Wir haben uns entschlossen, diese Gelder nicht in touristische Attraktionen zu investieren oder mit der Gießkanne über das ganze Land zu verteilen, sondern den Großteil davon in Wissenschaft und Forschung zu investieren. Rund um die Universität sind neue Arbeitsplätze und Zentren für neue Technologien entstanden – und so kann die Transformation in der Region Lausitz gelingen. Denn wir wissen: Gelungener Strukturwandel bedeutet, dass es den Menschen nachher besser geht als vorher.

Sander

Natürlich ist es so, dass gesundheitlicher und gesellschaftlicher Nutzen miteinander gehen und daraus ergibt sich ein gesamtwirtschaftlicher Nutzen. Deutschland befindet sich insgesamt in einem Strukturwandel, ich erinnere hier nur an die Empfehlungen der Wirtschaftsweisen, die auf die Notwendigkeit von Innovationen und die Berücksichtigung des demographischen Wandels hingewiesen haben. Es ist eine gute Empfehlung, neue Erfindungen und neue Wertschöpfungen in Deutschland zu machen.

Wenn man sich überlegt, wie erfolgreich das Modell Harvard Boston ist und wie mutwillig die US-Administration darangeht, dieses Modell zu zerstören, kann man nur mit dem Kopf schütteln. Der dort auch mit beträchtlichen staatlichen Mitteln entstandene Biotechnologie- und Pharma-Hub trägt erheblich zum Bruttosozialprodukt der USA bei, und nun entzieht man ihm die Grundlagen – das ist völlig unverständlich und wird weittragende Folgen nach sich ziehen. Insofern finde ich es mutig und gut, gerade in

einer Region wie der Lausitz umfangreiche Mittel in die Entwicklung der Wissenschaftsstruktur zu stecken.

Schüle

Es geht nicht nur darum, dass die Politik das den Menschen erzählt, sondern auch darum, dass die Inhalte bei den Menschen ankommen und diese dann die Geschichte selbst weitertragen. Die meisten sind inzwischen stolz auf die Region Lausitz, in der sie leben, in der so viel gerade passiert und dass es funktioniert. Das ist das Rezept für die Zukunft. Dass wir als Politiker Standortvorteile erklären können, ist unser Beruf. Wir müssen die Menschen mitnehmen. In Cottbus sagten mir die Menschen „wir wissen gar nicht, was da entsteht, aber wir sehen, dass sich etwas verändert, und das macht etwas mit dieser Stadt“. Es sind neue Menschen in die Region gekommen, es siedeln sich Unternehmen an, neue Verkehrswege sind ebenso entstanden wie Einrichtungen für Kinder und Jugendliche – dieses Gefühl, dass etwas in einer Region aufgeht, das nimmt die Menschen besser mit als jede politische Rede.

Koebel

Dem kann ich nur zustimmen. Aber es gibt auch Regionen wie Aue/Bad Schlema, wo wir fast den ersten Oberbürgermeister aus den Reihen der AfD gehabt hätten. Die Strukturen sind teilweise sehr kompliziert und man muss immer wieder gegen Vorurteile ankämpfen. Wie schaffen wir es, den Unterschied zwischen Wahrheit und Erkenntnis zu verdeutlichen?

Duda

Ich möchte den Gedanken der Diskrepanzen und des Versteckens hinter der Wissenschaft aufnehmen. Hier geht es nicht nur um die Politik, sondern auch um die Frage, was wir als Vertreter der Wissenschaft getan haben. Wir haben es auch in unserem Arbeitskreis sehr deutlich ausgesprochen, dass das Verständnis von Wissenschaft in der breiten Bevölkerung nicht so ist, wie wir uns das wünschen würden.

Als medizinische Wissenschaft sind wir wahrscheinlich sehr stolz auf unsere Erfolge, und das tun wir zu Recht. In der Darstellung überwiegt aber dann das Gefühl, dass alles richtig läuft und wir nur Erfolgsgeschichten berichten. Erzählen wir die Erfolgsgeschichten viel zu häufig und viel zu selten die Geschichten der Miss- oder Nichterfolge?

Wissenschaft ist das Ringen nach Erkenntnis. Das Wort „Wahrheit“ kommt in der DFG-Stellungnahme nicht vor, denn dieser Begriff ist nicht wissenschaftlich definiert. Wir reden stattdessen vom Erkenntnisgewinn. Erkenntnis ist immer zeitabhängig, und mit jeder Entwicklungsepoche werden neue Erkenntnisse generiert. Insofern ist die Erkenntnis selbst nur eine Momentaufnahme. Genau das müssen wir unseren Bürgern als Steuerzahlern, die unsere Wissenschaft so finanzieren, auch erklären. Es ist genauso wichtig, zu erklären, dass wir nur das wissen, was wir erarbeitet haben, und nicht mehr.

Damit gibt es auch „die Wahrheit“ nicht und damit ist die Wissenschaft auch fehlbar. Erkenntnisse werden sich mit der Zeit ändern.

Darüber reden wir zu wenig. Viel zu selten wird darüber gesprochen, was wir noch nicht wissen, was noch an Fragen offen ist, welche Unklarheiten bestehen oder wo wir noch weiter in die Tiefe gehen müssen. Damit reduziere ich vielleicht auch dieses Missverständnis zwischen dem, was Wissenschaft leistet und was sie nicht kann.

Berndt

Ich möchte widersprechen. Die Wissenschaft hat in der Pandemie und auch vorher und nachher zu großen Teilen sehr genau differenziert, was man wusste und was man nicht wusste. Herr Drost etwa hat das in seinem Corona-Podcast mit Bravour getan. Genau wie er haben das sehr viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler so differenziert. Es gab Querschläger und Personen, die wilde Theorien verbreitet haben, keine Frage. Gleiches gilt für die Medien. Auch hat sich die Politik oft hinter der Wissenschaft versteckt, anstatt zu sagen, dass sie das jetzt aus ihrer Befugnis heraus entscheidet.

Aber: Die seriösen Medien haben seit Jahrzehnten einen starken Wissenschaftsjournalismus. Sie differenzieren sehr genau, was der Stand des Wissens ist, wo Unsicherheiten bestehen, was es an kritischen Stimmen gibt – das ist unser tägliches Brot, und das haben wir auch in der Pandemie so getan. Ich bin sogar der Meinung, dass die Pandemie so etwas wie die Sternstunde des Wissenschaftsjournalismus war und alle seriösen Medien eine gute Arbeit geleistet haben. Dass es trotzdem Fehler gab, man fehlerhafte Studien oder ungereviewte Preprints zu schnell zitiert hat, das ist im Einzelfall passiert. In der Anfangszeit der Pandemie hatten auch die Zeitungsredaktionen das Ohr zu sehr an der Wissenschaft und haben sich hinter deren Aussagen versteckt. Mit gewisser Latenz kamen dann aber die kritischen Fragen.

Schüle

Ich würde dem gern folgen und es wäre schön, wenn alle Wissenschaftsredaktionen in ganz Deutschland mit dieser Erklärung beschrieben werden könnten – aber wir beobachten seit Jahren, wie die Wissenschaftsredaktionen zusammengestrichen werden. Es gibt immer weniger Kolleginnen und Kollegen, die die Zeit, Kontakte und Netzwerke haben, um seriösen Wissenschaftsjournalismus zu betreiben. So gibt es bei beiden Potsdamer Tageszeitungen keinen Wissenschaftsjournalisten mehr. Wenn ich dieses Thema anspreche, muss ich den Journalismus in Gänze ansprechen, und es war in der Pandemie schon so, dass sich die Medien versuchten, mit Meldungen zu überbieten. Beide Sphären, Politik und Medien, bildeten da keine glückliche Allianz – wir sind ganz oft auf das aufgesprungen, was man von uns erwartet hat, und es wurde zum Teil auch nicht reflektiert. Hier würde ich mich gern mit den Journalistinnen und Journalisten vertiefter austauschen, damit eine solche Situation nicht noch einmal passiert.

Ich gebe Herrn Duda vollumfänglich Recht. Ich würde lediglich nicht so viel über die Dinge reden, von denen wir noch nicht so viel wissen. Wir müssen viel öfter über die Arbeitsweise und die Wirkweise von Wissenschaft sprechen. Da geht es um Transparenz, Korrigierbarkeit, Reproduzierbarkeit, um Fehlerkultur, aber auch um die Frage der Interessenkonflikte. Das ist kein Nebenschauplatz, sondern entscheidet am Ende des Tages auch über Vertrauen oder Nicht-Vertrauen.

Duda

Ich meine, dass wir nicht wieder eine reine Erfolgsberichterstattung zurückfallen sollen. Natürlich sollen wir über die Dinge, die wir erreicht haben und auf die wir stolz sind, auch mit Stolz berichten können. Aber dazu gehört auch, was noch nicht erreicht wurde oder für das Gesamtergebnis noch fehlt. Der Prozess des Erkenntnisgewinns muss noch deutlicher und transparenter dargestellt werden.

Koebel

Schauen wir einmal nach vorn und versuchen, konkret das anzusprechen, was wir neu denken sollten, was anders sein sollte, was wir uns von der Politik wünschen oder was die Politik leisten sollte.

Sander

Aus dem Blickwinkel eines aktiven Wissenschaftlers und aus den Erfahrungen der Pandemie muss ich anmerken, dass die Wissenschaftsredaktionen das eine waren, viel mehr waren es aber die Politikredaktionen, die von uns Statements verlangten.

Wir wünschten uns gewisse Rahmenbedingungen und Vorab-Absprachen, wie wir mit absehbaren Tendenzen als Organe der Wissenschaft umgehen sollen. Wir müssen uns immer wieder fragen, welchen Beitrag wir als Medizin für die Gesellschaft leisten wollen. Wenn die Menschen begreifen, dass mit dem Einrichten einer Medizinischen Fakultät Wertschöpfung für die Leute vor Ort stattfindet, dann bringt das neben der Ausbildung neuer Ärztinnen und Ärzte greifbare Vorteile für sie.

Ich wünsche mir, dass wir das Thema Innovation und die Rolle der Wissenschaft dabei in einer ähnlichen Weise transportieren. Es gibt Beispiele, wo es wunderbar funktioniert hat – und es gibt intensive Angriffe. Wir sollten vor die Welle kommen und beispielsweise vermitteln, dass hochqualifizierte Jobs, die Dinge erschaffen, die weltweit nachgefragt werden, nur mit der Wissenschaft möglich sind. Wenn man das beste Medikament auf der Welt nutzen will, wird man aus der ganzen Welt genau dieses Präparat kaufen wollen und sich nicht mit dem zweit- oder drittbesten zufriedengeben. Dafür ist aber die gesamte Kette von der Grundlagenforschung bis zur Kommerzialisierung erforderlich und die sollte im eigenen Land ablaufen.

Diese positive Erzählung macht Wissenschaft für die Menschen interessant und lässt sie die Wissenschaft akzeptieren. Wenn Wissenschaft nur mit dem Verbreiten schlechter Nachrichten verbunden wird, werden wir die Wissenschaftsskepsis nicht überwinden.

Duda

Hinter der Frage der Wissenschaftsfreiheit steht für mich der Standortvorteil und letztlich der Erhalt unseres Wohlstandes. Die Biotech-Industrie muss auf vernünftiger wissenschaftlicher Basis aufbauen, sonst wird dort niemand investieren. Wir müssen als Wissenschaft zeigen, was wir mit den Steuergeldern machen und wo die Patienten von unserer Forschung profitieren. Innovation, Translation und praktische Nutzung bilden die Basis für den Wohlstand. Das muss adäquat kommuniziert werden und dafür brauchen wir Rahmenbedingungen. Als zweiten Punkt nenne ich eine optimierte Regulierung und ein Auflösen der fragmentatorischen europäischen Regelwerke.

Den Fakultäten rate ich, auf zu erwartende Angriffe vorbereitet zu sein. Für mich ist das Thema „Diversitätsforschung“ ein ganz typisches Beispiel, denn wir wollen in der medizinischen Versorgung für alle Menschen adäquate Angebote machen. Warum ist das so schwer zu vermitteln und steht im Zentrum der Angriffe der Populistinnen und Populisten?

Berndt

Ich finde es gut und richtig, wenn Sie sagen, dass wir zeigen müssen, dass Wissenschaft und Medizin wertvoll und ein Garant von Wohlstand und Demokratie sind. Aber das allein reicht nicht aus. Wenn wir über das Thema „Populismus versus Wissenschaft in der Medizin“ ernsthaft nachdenken, dann holen Wohlstand, Fortschritt, Innovationen und eine bessere medizinische Betreuung die Menschen ab. Die Menschen wählen vor allem deshalb die AfD, weil sie sich abgehängt fühlen. Wenn Herr Tillschneider in Sachsen-Anhalt nur noch 25 % der Schülerinnen und Schüler zum Abitur bringen will, sieht man, wie tief die Wissenschaftsfeindlichkeit ist. Man mag das mit ein paar tollen Medikamenten etwas aufbrechen, aber Wissenschaftsfeindlichkeit geht viel tiefer.

Wir sollten die schon erwähnte Solidarität üben und nicht nur überlegen, wie man mehr Nachwuchs für die Medizin gewinnen kann. Was ist mit den Geisteswissenschaften? Auch die brauchen wir für unsere Demokratie. Ich sehe die Lage ernster, als dass die Probleme nur mit mehr Wohlstand und Aufschwung zu lösen wären.

Wir müssen mehr tun – Sie als Fakultäten müssen resilient werden und Resilienzkataloge erstellen.

Duda

Beim Thema Resilienz und Angriffe auf die Wissenschaft ist nicht nur die Medizin angesprochen, sondern alle Fakultäten. Stehen alle Fakultäten auf, wenn z. B. eine philosophische Fakultät angegriffen wird?

Schüle

Das war eben die schönste Abschlussfrage. Es geht um die Solidarität zwischen den Disziplinen, zwischen den Ländern, die in unterschiedlichster Form betroffen sind. Am Ende geht es um uns alle. Es wird die Frage kommen, ob Sie als Mediziner aufstehen, wenn Philosophen oder Naturwissenschaftler oder deren Fakultäten angegriffen werden.

Ich stimme Ihnen, Frau Berndt, zu, dass wir nicht nur von den blühenden Landschaften sprechen dürfen. Ich komme aus dem Osten und weiß daher, was solche Ankündigungen und die dann folgende Realität mit den Menschen gemacht haben. Wir werden aber keinen Menschen begeistern, indem wir sagen, wie wunderbar das Leben in Demokratie und Wissenschaftsfreiheit ist, wenn wir ihm nicht Zukunftsgewissheit und Optimismus vermitteln können.

Natürlich geht es auch um die Fragen von institutioneller Unabhängigkeit, finanzieller Stabilität, den Schutz angegriffener Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Am Ende steht und fällt alles mit dem gesellschaftlichen Vertrauen in die Wissenschaft und die sie betreibenden Vertreterinnen und Vertreter. Wir brauchen solche Veranstaltungen, wie diese Panel-Diskussion viel öfter, auf denen wir Probleme ansprechen und sie nicht verschweigen oder mit guten Nachrichten überdecken.

Troost

An die Medizinerinnen und Mediziner hier im Saal wende ich mich mit der Aufforderung, auch den Nachwuchs in diese Diskussion einzubinden. Ich war im Corona-Jahr gerade zwei Wochen Dekanin hier, als sich eine große Horde Impfgegner auf unseren Hochschulmedizin-Campus zubewegte. Der ganze Campus war abgeriegelt und wir überlegten, wie wir auf diese Situation reagieren sollten. Wunderbarerweise waren es unsere Studierenden, die in einer fast 2 Kilometer langen Menschenkette unseren Campus umgaben und ihn gegen die Horde der Impfgegner buchstäblich verteidigt haben.

Koebel

Was für ein schönes Bild am Ende unserer Panel-Diskussion. Wir könnten sicherlich noch lange weiterreden, aber die Zeit ist fortgeschritten und Ihre Tagesordnung ist noch nicht abgearbeitet, denn es folgt die Verleihung des Ars legendi-Preises. Daher schließe ich mit dem Dank an die Panel-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer die Diskussion.



Tagungsimpressionen II





Festveranstaltung



Begrüßung durch die Dekanin der Medizinischen Fakultät der TU Dresden und durch die Staatssekretärin im Sächsischen Staatsministerium für Wissenschaft, Kultur und Tourismus¹

Prof. Dr. Dr. Esther Troost
Prof. Dr. Heike Graßmann

HG

Herzlich willkommen zu Ihrem Festabend im Deutschen Hygienemuseum anlässlich des 87. Medizinischen Fakultätentages 2026 in Dresden. Es ist uns eine Ehre, dass Sie heute hier sind. Ich darf als Staatssekretärin im Sächsischen Ministerium für Wissenschaft, Kultur und Tourismus Herrn Staatsminister Gemkow heute Abend vertreten.

Für den Festabend haben Sie sich eine außergewöhnliche Location ausgesucht. Das Hygienemuseum wurde 1912 als ein modernes Museum vom Menschen gegründet. Heute würden wir vielleicht sagen, dass sich das Museum mit dem „System Mensch“ beschäftigt. An diesem Ort finden neben oft partizipativen Ausstellungen viele Debatten und Diskussionsrunden statt. Falls Sie noch nicht die Zeit gefunden haben – vielleicht morgen oder wenn Sie noch etwas länger hier in Dresden bleiben können – ein Museumsbesuch lohnt sich in jedem Fall. Momentan gibt es beispielsweise die Sonderausstellung „Wie geht’s?“, die sich mit der mentalen Gesundheit auseinandersetzt.

1912 wurde das Deutsche Hygienemuseum in Dresden gegründet. Der Ordentliche Medizinische Fakultätentag hat zum ersten Mal 1913 in Halle an der Saale getagt. Seitdem tagen Sie regelmäßig und diskutieren Fragen der Forschung, der Lehre und der Studierendenausbildung im Medizinstudium. Ich kann gar nicht oft genug sagen, dass Sie für uns in der Politik eine wichtige Stimme sind, auch für die Gesellschaft insgesamt und für die Zukunft der medizinischen Ausbildung. Nochmals: Schön, dass Sie hier sind.

Ich begrüße zunächst Frau Prof. Dr. Kadmon als Präsidentin des Medizinischen Fakultätentages. Seit 2022 ist sie Dekanin der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg und seit 2025 lenkt sie als Präsidentin die Geschicke des Medizinischen Fakultätentages mit sehr viel Engagement und großem Weitblick.

¹ Zur besseren Lesbarkeit sind die Anteile der beiden Rednerinnen, die sich im Vortrag abwechselten, mit ET (Prof. Dr. Dr. Esther Troost) und HG (Prof. Dr. Heike Graßmann) gekennzeichnet.

Neben mir steht Frau Prof. Dr. Dr. Troost. Sie ist Dekanin der hiesigen Medizinischen Fakultät „Carl Gustav Carus“ der TU Dresden, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie.

ET

Ich freue mich als Dekanin auch, Sie heute Abend hier begrüßen zu dürfen. Frau Staatssekretärin, liebe Heike, auch uns verbinden viele Dinge. Du hast in verantwortungsvollen Positionen schon maßgeblich mitgestaltet, hier im Freistaat Sachsen, am Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung, in der Helmholtz-Gemeinschaft und zuletzt auch als administrative Vorständin des Max-Delbrück-Centrums für Molekulare Medizin. Das sind natürlich große Fußstapfen und große Schritte, die Du schon zurückgelegt hast. Diese umfassenden Erfahrungen in Wissenschaft, Forschungspolitik und Hochschulmanagement hast Du 2025 hierher nach Sachsen als Staatssekretärin im Sächsischen Staatsministerium für Wissenschaft, Kultur und Tourismus mitgebracht. Ich freue mich sehr, heute Abend mit Dir auf der Bühne hier sein zu dürfen.

HG

Fahren wir mit der Begrüßung fort: ein herzliches Willkommen an Frau Ministerin Dr. Manja Schüle. Sie ist Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg. Heute Nachmittag war sie an einer spannenden Diskussion zum Thema „Resilienz und Wissenschaftsfreiheit“ beteiligt. Schön, dass Sie da sind.

ET

Wir begrüßen den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Dr. Erik Boddendieck.

HG

Wir begrüßen den Präsidenten der Hochschulrektorenkonferenz, Herrn Prof. Dr. Walter Rosenthal als eine wichtige Stimme in der deutschen Wissenschaftslandschaft.

ET

Wir begrüßen herzlich den Vorstandsvorsitzenden des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands (VUD), Herrn Prof. Dr. Jens Scholz.

HG

Es geht weiter mit der Begrüßung des Präsidenten der Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschlands (bvmd), Herrn Pascal Lemmer.

ET

Wir begrüßen sehr herzlich auch die Laudatorin des heutigen Abends, Frau Marte Sybil Kessler vom Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft e.V. – herzlich willkommen.

HG

Der Vorstand des MFT ist anwesend – ich nenne alle Mitglieder: Prof. Dr. Bernd Weber, Prof. Dr. Roland Frankenberger, Dr. Frank Wissing und den vormaligen Präsidenten Prof. Dr. Matthias Frosch.

ET

Genauso herzlich begrüßen wir die Präsidiumsmitglieder des MFT: Frau Prof. Dr. Daniela Dieterich, Prof. Dr. Gereon Fink, Prof. Dr. Lutz Hein, Frau Prof. Dr. Blanche Schwappach-Pignataro, Prof. Dr. Joachim Spranger.

HG

Ein herzliches Willkommen auch allen Dekaninnen und Dekanen der Medizinischen Fakultäten, und ich begrüße zudem alle Vorstände der Universitätsklinika Deutschlands.

ET

Und schließlich ein herzliches Willkommen allen weiteren Gästen aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft sowie den Mitgliedern der Medizinischen Fakultäten.

Ohne die Zeit an diesem schönen sommerlichen Abend zu sehr auszudehnen, möchte ich an dieser Stelle den Bogen auf die tiefgreifenden gesellschaftlichen und technologischen Veränderungen schlagen, über die wir heute Nachmittag bereits gesprochen haben. Gerade in Zeiten des Wandels ist der Austausch zwischen Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Hochschulmedizin aus unserer aller Sicht wichtiger denn je. Wir alle teilen die Einschätzung, dass es dafür regelmäßige Kommunikations- und Austauschformate braucht – und was wäre besser, als gemeinsam einen solchen Tag gemeinsam ausklingen zu lassen und einen schönen Abend in guter Gesellschaft zu verbringen.

HG

Der Medizinische Fakultätentag ist seit vielen Jahren eine wichtige Stimme der Hochschulmedizin in Deutschland. Das hat der heutige Nachmittag mit seinen vielfältigen Diskussionen gezeigt.

Es ist wichtig, immer wieder in den Dialog zwischen Wissenschaft, Gesellschaft und Politik zu treten.

ET

Wir haben heute bereits gesehen, dass wir trotz unterschiedlicher regionaler Rahmenbedingungen eine gemeinsame Verantwortung für die Zukunft der Hochschulmedizin tragen. Gerade hierin liegt eine besondere Stärke des oMFT, gemeinsame Herausforderungen zu benennen, zu diskutieren und Lösungsansätze zu entwickeln.

Am Ende des heutigen Nachmittags haben wir uns mit dem Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Populismus beschäftigt und wir werden morgen über zivil-

militärische Kooperationen in der Medizin und auch über die neue Generation der Medizinstudierenden reden. Der Austausch über diese strukturellen Herausforderungen ist die Basis für Kooperationen, für gegenseitiges Vertrauen und den Mut zur Veränderung.

HG

Von diesem Austausch profitieren nicht nur Sie, die Fakultäten, sondern auch wir in der Wissenschaftspolitik enorm.

Die Medizin ist eine treibende Kraft für die gesellschaftliche Entwicklung und zugleich ein Stabilitätsanker.

ET

Lassen Sie mich zum Abschluss noch ein Wort zur Digitalisierung sagen: Die KI ist unsere gemeinsame Zukunftsaufgabe. Datenbasierte Forschung und verantwortungsvolle KI-Anwendungen sind Themen, die uns umtreiben. In der vergangenen Woche berichtete mir eine Kollegin von einer Fragestellung, mit der sie sich beschäftigt: Wie wirkt unsere Nutzung der KI auf die KI zurück und beeinflusst damit ihre Ergebnisse? Ist der Mensch gestresst oder schlecht gelaunt, kommt auch die KI zu einem anderen Ergebnis. Auch an solchen Fragestellungen müssen wir weiter forschen.

HG

Alle diese Themen könnten wir auch unter der dritten Dimension des Wissenstransfers zusammenfassen. Dieses Thema beschäftigt uns im sächsischen Wissenschaftsministerium ebenso wie Sie in der Hochschulmedizin.

ET

In den Medizinischen Fakultäten gibt es enormes Innovationspotential, aber auch große Herausforderungen. Umso wichtiger sind verbindliche und verlässliche Rahmenbedingungen und eine gemeinsame Gestaltung dieses Wandels mit der Politik. Dabei müssen wir Innovationskraft mit Wissenschaftsfreiheit, klinischer Verantwortung und einer exzellenten Ausbildung zukünftiger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verbinden.

ET

Die Herausforderungen sind groß,

HG

aber die Innovationskraft der Hochschulmedizin ist es auch.

ET

Und genau deshalb ist der Austausch zwischen den Fakultäten so wichtig.

HG

Und darüber hinaus auch der Austausch mit der Wissenschaft, der Politik und der Praxis.

Gemeinsam

Und deshalb wünschen wir beide Ihnen und uns einen wunderbaren, schönen und inspirierenden Abend!

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



Preisverleihung mit Gespräch

Prof. Dr. Martina Kadmon

Präsidentin des Medizinischen Fakultätentages
und Vorsitzende der Ars Legendi-Jury, Berlin/Augsburg

Dr. Götz Fabry

Akademischer Oberrat am Institut für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Frei-
burg

Sehr geehrte Gäste unseres Festabends, liebe Kolleginnen und Kollegen,
lieber Preisträger,

die Jahrestagung des Medizinischen Fakultätentages nutzen wir jedes Jahr, um über brennende Fragen der Hochschulmedizin zu diskutieren, über Veränderungen und Herausforderungen, die die Hochschulmedizin von innen und von außen beeinflussen. Und wir haben im Moment eine ganze Reihe davon. Eine zentrale Frage in solchen Zeiten der rasanten Veränderungen muss immer sein: Wie machen wir uns, unsere Institutionen, unsere Netzwerke und nicht zuletzt diejenigen, die in der Zukunft mit diesen Veränderungen umgehen müssen, fit dafür? Letztere sind unsere Studierenden, ist unser Nachwuchs, den wir vorbereiten müssen aufs verantwortungsvolle Arztsein und Forschen unter Bedingungen, die wir selbst noch gar nicht so genau kennen.

Gute medizinische Ausbildung muss weit über die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten hinausgehen und die Möglichkeit beinhalten, eine verantwortungsvolle Haltung zu entwickeln. Sie muss Orientierung für professionelles Handeln schaffen – gerade in einer Medizin, die immer komplexer wird und sich immer rasanter verändert und entwickelt. Genau an diesem Punkt setzt der Ars legendi Fakultätenpreis an. Er soll eine Auszeichnung für Hochschullehrende sein, die genau dieses Ziel verfolgen, mit innovativen Methoden, als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, als Rollenmodelle, als Begleiter für junge Studierende in ihrer professionellen Entwicklung.

Es ist für mich eine besondere Freude, dass wir heute Abend eine Persönlichkeit auszeichnen dürfen, die sich seit vielen Jahren mit außergewöhnlichem Engagement, mit sehr viel Überlegung, mit sehr viel Ringen, wie man es am besten macht, genau diesen Fragen widmet.

Um den Preis einzuordnen: Der Ars legendi Fakultätenpreis ist die bedeutendste Auszeichnung, die in Deutschland für die Lehre vergeben wird. Er würdigt

Lehrpersönlichkeiten, die weit über ihren eigenen Standort hinaus wirken, die Lehre aktiv weiterentwickeln und die zeigen, dass gute Lehre weit mehr ist als reine Wissensvermittlung. Er wird gemeinsam vom Medizinischen Fakultätentag und dem Stifterverband vergeben. Ich freue mich sehr, dass für den Stifterverband heute Frau Kessler hier ist. Sie ist Mitglied der erweiterten Geschäftsführung des Stifterverbands und Bereichsleiterin. Bevor ich ihr das Wort erteile, möchte ich auch der B.Braun-Stiftung meinen Dank aussprechen, die uns in jedem Jahr unterstützt, diesen Preis vergeben zu können. Ich darf an dieser Stelle Herrn Evers als Kuratoriumsmitglied der B.Braun-Stiftung ganz herzlich begrüßen. Der gleiche Dank gilt natürlich dem Stifterverband.

Grußwort Marte Sybill Kessler,

Mitglied der erweiterten Geschäftsleitung des Stifterverbandes und Co-Leiterin der Abteilung „Programm und Förderung“

Vielen Dank, liebe Frau Kadmon!

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie Sie eben gehört haben, hat der Ars legendi Fakultätenpreis für exzellente Lehre eine lange Geschichte und kann in diesem Jahr sein 20-jähriges Jubiläum feiern. Er wird seit 2006 vergeben, ursprünglich zusammen mit der HRK, und wurde dann kontinuierlich weiterentwickelt. Er gehört zu den ältesten Lehrpreisen in Deutschland. Es ist mir aber wichtig zu betonen, dass er trotz seines Alters hochaktuell ist. Er ist kein altes Eisen, und wir brauchen ihn heute dringender und zwingender denn je, denn gute Lehre ist keine Selbstverständlichkeit.

Gute Lehre ist mehr als reine Wissensvermittlung, sie ist ein zentrales Instrument, das dabei unterstützt, dass Menschen ihr Potential gut ausschöpfen können. Gute Lehre sorgt dafür, dass Verantwortung übernommen wird. Das gilt für die Wissenschaft, die Wirtschaft, die Gesellschaft und natürlich auch für die Medizin. Sie haben heute schon ausführlich diskutiert, dass gerade der Punkt der Verantwortungsübernahme sehr relevant ist, wenn wir uns die aktuellen politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen ansehen. Es kommt auf jeden Einzelnen an, um Veränderungen und Transformationen zu gestalten. Gerade für die Gestaltung von Transformationen braucht es nicht nur in der Medizin, sondern in allen Feldern Fachkräfte, die gut ausgebildet sind. Wir brauchen vor allem Menschen, die neue Ideen entwickeln und die Innovationen vorantreiben. Dafür haben wir genau die passenden Akteure hier im Raum, die dafür sorgen, dass Innovationen entstehen und vorangetrieben werden.

Eine gute Lehre schafft dafür die Grundlagen, indem sie Wissen mit der fachlichen Anwendung verknüpft und Future Skills in der Breite und in der Spitze schafft, um an den entscheidenden Fragen gemeinschaftlich und über Disziplinen hinweg arbeiten zu können. Dafür steht der Ars legendi Fakultätenpreis in der Medizin, um diesen Unterschied deutlich zu machen.

Ich freue mich, dass wir mit dem Preis herausragende Lehre sichtbar machen und heute eine Persönlichkeit auszeichnen, die mit sehr viel Engagement, Herzblut und Kreativität für die Ausbildung der Studierenden sorgt und sich weit über das normale Maß hinaus dafür einsetzt. Der Preis wird deutschlandweit in verschiedenen Fachrichtungen vergeben. Der Preis in der Medizin ist der älteste und erste Ars legendi Fakultätenpreis, den wir vergeben haben. Er zeigt seit 2006, was in der Lehre in der Medizin möglich ist, und ich freue mich und möchte mich auch bedanken, dass wir als Stifterverband diesen Preis gemeinsam mit dem Medizinischen Fakultätentag vergeben. Vielen Dank für die 20-jährige Erfolgsgeschichte.

Kein Preis ist so gut wie die Preisträgerinnen und Preisträger selbst. Daher will ich gar nicht mehr Redezeit in Anspruch nehmen, sondern das Wort wieder an Frau Kadmon übergeben, damit wir nun den Ars legendi Fakultätenpreis 2026 übergeben können. Vielen Dank!

Kadmon

Vielen Dank für die Einordnung des Preises.

Ars legendi Fakultätenpreisträger 2026 ist Dr. Götz Fabry, der seit vielen Jahren am Institut für Medizinische Psychologie und Soziologie der Universität Freiburg arbeitet. Mit Herrn Fabry wird ein Lehrender ausgezeichnet, der die medizinische Ausbildung über viele Jahre hinweg auf sehr unterschiedlichen Ebenen mitgestaltet hat: in der Lehre selbst mit sehr innovativen Ansätzen, in der Curriculumsentwicklung, in der Medizindidaktik und in der Lehrforschung.

Die Preis-Jury hat besonders überzeugt, mit welcher Konsequenz und mit welchem Engagement Herr Fabry wissenschaftliches Denken, Kommunikation und professionelle Identitätsbildung als zusammengehörige Bestandteile der Ausbildung versteht. In seinen Lehrveranstaltungen geht es nicht nur um die inhaltlichen Aspekte, sondern auch um die Frage, wie Studierende lernen, diese Inhalte verantwortungsvoll in der ärztlichen Versorgung umzusetzen. Dieses Verständnis prägt auch Götz Fabrys curriculare Arbeit in Freiburg. So hat er maßgeblich zum Aufbau eines longitudinalen Kommunikationscurriculums beigetragen und federführend die Lehrveranstaltung „Wissenschaftliches Denken und Handeln“ entwickelt. Beides steht exemplarisch für einen Ansatz, der Studierende dazu befähigen will, medizinische Entscheidungen kritisch zu reflektieren und wissenschaftliche Erkenntnisse verantwortungsvoll einzuordnen.

Beeindruckt hat die Jury außerdem, mit welcher Verbindlichkeit und mit welcher Kontinuität Götz Fabry sich für die Lehre engagiert. Lehrinnovationen entstehen häufig zunächst als einzelne Projekte. Schwieriger ist es, solche Ansätze dauerhaft curricular zu verankern und nachhaltig weiterzuentwickeln. Genau das ist ihm gelungen. Es waren keine Eintagsfliegen, was gut war, wurde dauerhaft weitergeführt.

Götz Fabry hat auch die Medizindidaktik in Deutschland nachhaltig geprägt. Zu seinem Beitrag zählen sowohl lehrforschungs-basierte Weiterentwicklungen als auch medizindidaktische Diskurse, die dafür sorgten, dass er als eine Person, die Lehrforschung beherrscht, wahrgenommen wird. Er bringt sich außerdem durch seine Rolle als Schriftleiter des „GMS Journal for Medical Education“ in aktuelle Entwicklungen der Medizindidaktik ein.

Ein besonders innovatives Beispiel dafür ist das von ihm konzipierte Wahlfach „Ärztliche Ausbildung im Kunstmuseum“. Dabei werden Kunstwerke benutzt, um Wahrnehmungen, Empfindungen und Bewertungsprozesse zu reflektieren, zu Themen, die nicht originär Themen der Medizin sind, aber in der ärztlichen Tätigkeit eine Rolle spielen. Mit diesem Projekt konnte Götz Fabry an einem Fellowship am Harvard Macy Institute teilnehmen.

In der Stellungnahme der Studierenden, die bei der Preisvergabe immer einen ganz besonderen Stellenwert einnimmt, sieht man, dass Herr Fabry als eine Lehrperson wahrgenommen wird, die Diskussionen und Reflexionen ermöglicht und sie auch einfordert. Er stellt hohe Ansprüche an das wissenschaftliche Denken und professionelles ärztliches Handeln von Studierenden. Damit wird deutlich, dass hohe Ansprüche und eine gute Bewertung durch die Studierenden kein Widerspruch sein müssen. Es wird in der Stellungnahme sehr viel von dialogorientierten Ansätzen gesprochen. Herr Fabry motiviert die Studierenden, eigene Positionen zu entwickeln und diese argumentativ zu vertreten.

Nun bitten wir Herrn Dr. Götz Fabry nach vorn zum Pult und möchten in einem kleinen Interview einige Aspekte seiner Lehrtätigkeit näher beleuchten.

Lieber Götz, ich habe schon viel von Dir erzählt – jetzt möchten wir gerne Dir noch Gelegenheit geben, selbst ein paar Gedanken zu Deiner Lehre mit uns zu teilen und ein paar Fragen zu beantworten.

Du beschäftigst Dich seit vielen Jahren mit wissenschaftlichem Denken, professioneller Haltung und wie beides in der Ausbildung der Studierenden zusammengeführt werden kann. Da gibt es sicher Leute, die sagen, dass das im Studium zu früh sei und in die Weiterbildung und in die Entwicklung einer Karriere gehören würde. Warum ist ein so früher Beginn wichtig?

Fabry

Zunächst möchte ich mich für den Ars legendi Preis ganz herzlich bedanken und bin wirklich gerührt ob der Entscheidung der Jury. Über die Auszeichnung freue ich mich sehr und bin ganz dankbar gegenüber all denen, die mich auf meinem Weg begleitet haben.

Zum frühen Beginn der Professionalität ist die Antwort sehr einfach und gleichzeitig sehr schwer. Ärztliches Handeln kann nicht auf reine Wissensfragen reduziert werden, sondern es geht im Kern darum, dass wir es immer mit Menschen zu tun haben, die mit sehr komplexen Fragen an uns herantreten. Natürlich sind unsere Antworten immer faktenbasiert, sie müssen aber gleichzeitig mit Normen und Werten einer Güterabwägung unterzogen werden, und das kann sehr schwierig werden, sowohl auf der individuellen Ebene als auch der gesellschaftlichen Ebene.

Wir müssen daher sehr viel über die Reflexion von individuellen wie auch kollektiven ärztlichen Normen und Werte nachdenken. Im Studium haben wir dabei schon viel erreicht, sind aber noch immer zu stark auf der Wissensebene. In den Prüfungen geht es in allererster Linie um Wissen. Im Studium stehen Krankheiten, Wissen, Diagnosen im Vordergrund und das mag zu einem Denken verleiten, dass mit dem Finden der Diagnose das Problem gelöst ist. Alle, die praktisch-ärztlich tätig sind, wissen, dass mit der Diagnose ein Problem häufig erst richtig beginnt. Dann kommen wir in wirklich schwierige Abwägungsprozesse, wenn wir z. B. an Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Malignome denken. Dort haben wir es häufig mit sehr einschneidenden Fragen der Lebensführung zu tun, und die Frage heißt dann „Worum soll es hier gehen?“. Gesundheit ist nicht das einzige Gut und sogar nicht immer das wichtigste. Da geraten wir in Abwägungsprozesse, bei denen wir unsere Patientinnen und Patienten begleiten müssen. Da sollten wir wissen, was in diesem spezifischen Fall wichtig ist. Auch auf der gesellschaftlichen Ebene geht es häufig um diese Fragen – wie positionieren wir uns als Ärzteschaft zu bestimmten Problemen?

Vieles dreht sich um Risikofaktoren. Nehmen wir das Beispiel Rauchen – wir haben uns als Gesellschaft darauf verständigt, dass es bestimmte Maßnahmen gibt, um das Rauchen einzuschränken (Rauchverbote, Zigarettenpreise, Warnungen auf allen Packungen). Anders ist es bei der Adipositas, bei der wir uns sehr auf die individuelle Ebene fokussieren. Wir wissen aber alle, dass es auch ein kulturell-gesellschaftliches Problem ist. An den Fakt, dass wir alle im Überfluss leben, trauen wir uns noch nicht so recht heran. In anderen europäischen Ländern ist man z. B. mit der Zuckersteuer da schon viel weiter. Das alles sind sehr schwierige gesellschaftliche Fragen und normative Abwägungen, die wir nicht faktisch lösen können, die aber von Beginn des Studiums an mit einbezogen werden müssen. Wenn wir gute Ärztinnen und Ärzte ausbilden wollen, müssen wir uns diesen Fragen stellen.

Kadmon

Deine Antwort hat gerade die Komplexität aufgezeigt. Ich schließe gleich eine Frage an: Eine Seite Deiner Lehrveranstaltungen ist die ärztliche Ausbildung im Kunstmuseum. Was glaubst Du dort besser vermitteln zu können als in einem klassischen Setting? Ich mache immer wieder die Erfahrung im Studierendenunterricht, dass es gar nicht so einfach ist, bestimmte Themen einzubringen, weil wir das Studium so sehr auf Fakten fokussieren. Man muss die Studierenden richtig herauslocken, um solche Themen

ansprechen zu können. Manche kommen auch gar nicht erst. Wie schaffst Du das mit Deinen Veranstaltungen?

Fabry

Wenn ich meinen Studierenden sage „wir gehen ins Museum“, ernte ich häufig fragende Blicke und Stirnrunzeln, denn sie fragen sich, was das mit medizinischer Ausbildung zu tun hat. Wir sehen uns auch keine Bilder an, auf denen Krankheiten abgebildet sind oder beschäftigen uns mit den Krankheiten großer Künstler. Es geht vielmehr darum, Kunstwerke zu nutzen, um Wahrnehmungsprozesse zu reflektieren.

Häufig ist es so, dass Museumsbesucher die erklärenden Tafeln viel länger studieren als sie die Bilder betrachten. Ich will diese Reaktion aufbrechen, denn es geht nicht um die Darstellung oder die Intentionen des Künstlers, sondern um die eigene Wahrnehmung. Ich will die Prozesse etwas verlangsamen und die Reaktionen sehen – stößt mich das Bild ab, empfinde ich überhaupt dabei etwas. In der Gruppe der Studierenden habe ich stets sehr unterschiedliche Reaktionen. Das Erste, was man dabei lernt, ist, dass wir zwar alle das gleiche sehen, es aber sehr unterschiedlich wahrnehmen. Es erfordert Mut, zu sagen, dass ich das ganz anders sehe oder erlebe, oder, dass mir bestimmte Dinge noch gar nicht aufgefallen sind. Mir ist es auch sehr wichtig, die Ideen, die ein Kunstwerk auslöst, an die Wahrnehmung rückzukoppeln, also nicht einfach zu spekulieren, sondern konkret zu untersuchen, warum eine Wahrnehmung eine bestimmte Reaktion auslöst. Ich bin überzeugt, dass solche Reflexionen auch für den Umgang und die Behandlung von Patienten wichtig sind, auch wenn wir uns selten Zeit dafür nehmen.

Wir nutzen die Bilder aber auch, um gezielt bestimmte Themen zu reflektieren, z. B. wie es den Studierenden mit ihrem Studium geht, welche Vorstellungen sie zu ihrer beruflichen Zukunft haben. Das wäre auch im Seminarraum möglich, aber im Museum geht es leichter, denn es ist eine andere Umgebung als der immer mit Fakten und Begriffen verbundene Seminarraum. Wenn wir das dagegen mit der Ruhe des Museums verbinden, reden die Studierenden plötzlich über die Dinge, die sie bewegen. Ich bin froh, dass diese Veranstaltung bei den Studierenden so gut ankommt. Es gibt viel mehr Anmeldungen als belegbare Plätze. Es ist eine ganz tolle Veranstaltung. Ob sich hier bestimmte Dinge besser vermitteln lassen, als in anderen Veranstaltungen ist schwer zu sagen. Die AAMC, das US-amerikanische Pendant zum MFT, hat eine Denkschrift veröffentlicht (FRAHME, The Fundamental Role of Arts and Humanities in Medical Education), in der auch empirische Erkenntnisse zusammengetragen sind, die nahelegen, dass solche Veranstaltungen tatsächlich wichtige Beiträge zur ärztlichen Ausbildung leisten. Kunst und Geisteswissenschaften haben grundlegende Bedeutung auch für die Medizin und daher sollten wir sie unbedingt stärker einbeziehen.

Kadmon

Eine letzte Frage: Viele gute Lehrideen entstehen, sie werden eingeführt und überleben nicht, vielleicht auch, weil uns der lange Atem fehlt, argumentativ langfristig zu wirken. Es ist Dir gelungen, viele Deiner Projekte langfristig zu erhalten und in den Ausbildungsgang wirklich zu implementieren. Wie hast Du das geschafft?

Fabry

Ich sehe die Problematik. Es ist uns mit der Veranstaltung zu wissenschaftlichem Denken und Handeln sehr gut gelungen. Wir haben sehr früh damit angefangen, sie als Pflichtveranstaltung für alle Studierenden zu definieren. Ein großzügiger Preis der Universität Freiburg (Instructional Development Award) hat zusätzlich geholfen, die Fakultät davon zu überzeugen, dass es wichtig ist, dieses Konzept weiterzuführen.

Ganz wichtig ist, dass die Projektförderung an den Fakultäten in strategische Überlegungen eingebettet sein muss. Es muss an allen Fakultäten überlegt werden, wohin wir eigentlich mit der Lehre wollen und welche Projekte deshalb gefördert werden müssen. Natürlich können immer Risiken eingegangen werden – man probiert es einmal aus und verwirft es beim Scheitern einfach wieder. Für eine langfristige Wirkung ist aber eine strategische Planung wichtiger.

Die Förderdauern dürfen nicht zu kurz sein. Eine Projektförderung über nur ein Jahr hinweg ist aus meiner Erfahrung nicht gut, denn bis das Projekt am Start ist, ist die Förderphase schon zu 1/3 vorüber. Wenn ich als Leiter ein Projekt beantrage, habe ich zunächst Arbeit damit, muss planen, organisieren, bevor ich es umsetzen kann, und das kostet Zeit. Wir sollten die Projektförderung ähnlich wie die Förderung von Forschungsprojekten so anlegen, dass individuelle Gratifikationen analog zu einer Publikation der Forschungsergebnisse möglich werden. Damit würden sich Lehrprojekte ähnlich wie die Forschungsprojekte auch für die Karriereentwicklung lohnen und über den intrinsischen Anreiz der Verbesserung der Lehre hinauswirken können. Die Fakultäten müssen sich zudem immer wieder überlegen, dass nicht immer neue Projekte aufgelegt werden können, ohne alte Dinge stillzulegen oder einzustellen.

Kadmon

Vielen Dank! Das waren viele Aufträge an uns, die wir alle mitnehmen werden.

Ich darf jetzt den Preis übergeben und verlese den Text der 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 2026 an Dr. Götz Fabry, Master Health Professions Education (MHPE) Albert-Ludwigs-Universität Freiburg in Würdigung seiner hervorragenden Leistungen in Lehre, Prüfung, Beratung und Betreuung in der Medizin.

Ganz herzlichen Glückwunsch!



Der Preisträger des Ars legendi-Fakultätenpreises für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin 2026 mit Vertretern der Stifter und der Jury: v.l.n.r. Marte Sybill Kessler, Dr. Götz Fabry, Arne Evers, Prof. Dr. Martina Kadmon

Tagungsimpressionen III









Forschung in der Zeitenwende: Zivilmilitärische Kooperationen in der Medizin neu denken

Moderation: Elif Şenel



Begrüßung zum zweiten Beratungstag

Prof. Dr. Martina Kadmon
Präsidentin des MFT, Augsburg

Meine Damen und Herren,

herzlich willkommen zum zweiten Tag des Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages 2026. Wir haben gestern einen interessanten Nachmittag mit anregenden Diskussionen erlebt und einen sehr schönen Festabend gemeinsam verbringen dürfen. Die ansprechende Umgebung gestern Abend und das tolle Wetter haben uns wunderbar an der frischen Luft sein lassen. Ich darf mich an dieser Stelle noch einmal bei unseren Dresdner Kolleginnen und Kollegen für die tolle Vorbereitung, das Nahe-Dran-Sein und das Immer-Präsent-Sein bedanken.
Noch einmal vielen Dank dafür!

Wir werden mit unseren heutigen Themen an den gestrigen Nachmittag anknüpfen. Das Thema „Populismus“ hat sehr sorgenerfüllt nachgeklungen und wurde am Abend noch weiter diskutiert. Neben den Sorgen war aber auch der Eindruck wahrzunehmen, dass wir uns gemeinsam positionieren können und wollen und es dafür einen offenen Raum des Austausches gibt. Es wurde das Gefühl deutlich, dass man in der Gemeinsamkeit eine gute Position entwickeln kann. Im Sinne dieser Wahrnehmung haben wir uns überlegt, ob Sie nicht jetzt einmal kurz aufstehen und sich umsehen, wie viele hier im Saal mit Ihnen gemeinsam stehen und so Ihre Partnerinnen und Partner bei der Auseinandersetzung mit dem Populismus sind.

Ich freue mich, dass Sie, Frau Şenel, wieder die Diskussionen dieses Vormittags moderieren werden und dass noch eine ganze Reihe Besucher heute Vormittag hinzugekommen sind.

Vielen Dank dafür und damit übergebe ich an Frau Şenel.



Einführung zum Thema Forschung in der Zeitenwende: Zivilmilitärische Kooperationen in der Medizin neu denken

Elif Şenel

Journalistin und Rundfunkmoderatorin

Meine Damen und Herren,

es ist für mich eine große Freude hier zu sein, weil auch für mich die heutigen Themen sehr spannend sind. Man merkt, dass das MFT keine Angst vor Themen hat, die zu kontroversen Diskussionen anregen können. Das finde ich enorm wichtig.

Ich bin im Hauptberuf Journalistin, vor allem im Radio bei WDR 5, das ist der Info-Sender in Nordrhein-Westfalen. Wir haben heute zwei Podiumsgespräche und wir haben einen Grund zu feiern, wenn wir den Absolventinnen und Absolventen des Master-Studiengangs Master of Medical Education des Jahres 2026 ihre Abschlussurkunden überreichen dürfen.

Die beiden Themen der Podiumsgespräche, scheinen auf den ersten Blick nicht so viel miteinander zu tun zu haben. Wenn wir aber genauer hinschauen, finden wir dann doch eine Menge Bezüge. Wir werden über die Generationsfrage sprechen, und über Erwartungen, Werte und Perspektiven von jungen Medizinstudierenden, jungen Ärztinnen und Ärzten. Professor Hurrelmann, der den Impulsvortrag halten wird, schaut ganz besonders auf die Zeit, die die jeweiligen Generationen charakterisiert, in der sie aufwachsen. Das ist wichtig, um zu verstehen, welche Werte und Ansichten diese jeweiligen Generationen prägen.

Wenn wir darauf schauen, in welcher Zeit junge Menschen heute aufwachsen, sind wir schon bei unserem ersten Thema des Tages, das ist die Forschung in der Zeitenwende. Unsere Zeit ist gerade geprägt von Krisen und in Europa vom russischen Angriffskrieg gegen die Ukraine. Dieser Krieg hat Deutschland politisch, wirtschaftlich und gesellschaftlich aufgewühlt und hat viele Fragen, die vielleicht schon lange bestanden haben, plötzlich an die Oberfläche gebracht.

Es gab schon immer Bereiche in der Forschung, z. B. in den Ingenieurwissenschaften, in denen an sicherheitsrelevanten Themen geforscht wurde. Dual-Use ist hier das Schlagwort. Ein aktuelles Beispiel: Vor kurzem gab es hier an der TU Dresden eine Diskussion, weil an der TU ein israelischer Drohnenmotor im Rahmen eines Drittmittelprojektes untersucht worden war. Will man das – will man das nicht!? Die Fragen sind nicht einfach zu beantworten, denn sie sind komplex. In den Lebenswissenschaften gibt es ähnliche Fragen, die nicht weniger komplex sind und die Diskussion hat ganz verschiedene Ebenen: Es geht um konkrete Forschungsfragen, um Drittmittel, um die Universitätskliniken und deren Rolle als Versorger im Falle militärischer Auseinandersetzungen, um die Sicherheit von Kliniken und Forschungseinrichtungen.

Die Vorstellung allein ist schon unbehaglich, vor allem für jemanden, der sein ganzes Leben im Frieden verbracht hat. Deshalb fand ich den Satz von Sachsens Staatsminister für Wissenschaft Gemkow bei der Fraunhofer-Gesellschaft in Mainz ganz hilfreich „Frieden ist nicht nur eine moralische Hoffnung, sondern ebenso das Ergebnis von Vorsorge, Stärke und kluger Vorbereitung.“.

Deswegen freue ich mich sehr auf unsere Gäste. Wir beginnen mit einem Impulsvortrag von Generalarzt Kai Kehe, Pharmakologe und Toxikologe an der LMU München und Direktor Wehrmedizinische Wissenschaft und Fähigkeitsentwicklung Sanitätsdienst und stellvertretender Kommandeur der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München.



Impulsvortrag

Forschung in der Zeitenwende: Zivilmilitärische Kooperationen in der Medizin neu denken

Prof. Dr. Kai Kehe,
Generalarzt, Sanitätsakademie der Bundeswehr München

Meine Damen und Herren,

herzlichen Dank, dass ich hier sprechen darf und auch herzlichen Dank für die freundliche Anmoderation. Es ist mir eine große Ehre, hier sein zu dürfen. Als Vater von drei Kinder habe ich natürlich ein großes Interesse daran, dass sie im Frieden und in einer freiheitlichen demokratischen Grundordnung aufwachsen können. Ich selbst habe mehrere Monate in Afghanistan meinen Dienst leisten dürfen und habe dort den Sanitätsdienst in Nordafghanistan geleitet. Wenn man selbst einmal Krieg und kriegsähnliche Zustände miterlebt hat, wird klar, dass das ein vernünftiger Mensch nicht wollen kann. Tatsache ist aber leider, dass die Welt nicht so friedlich ist, wie man sich das wünscht. Wir müssen vorbereitet sein – und dies wird auch der Inhalt meines Vortrages sein.

Bisher war die Bundeswehr in den letzten 80 Jahren relativ friedlich eingesetzt. Oftmals ging es um Hochwasserhilfen, um den Bereich der zivil-militärischen Katastrophenhilfe, um Waldbrandbekämpfung. Einen größeren Beitrag haben wir in den letzten 30 Jahren im internationalen Krisenmanagement und zuletzt in der COVID19-Pandemie geliefert, als der Sanitätsdienst z. B. sehr viele Gesundheitsämter unterstützt hat. Wir haben auch international ausgeholfen, wie in Indien und in Portugal. Das war eine Zeit, in der der Sanitätsdienst die Bundesrepublik Deutschland unterstützen konnte. Wenn es um die Landes- und Bündnisverteidigung geht, stellt sich alles anders dar, denn dann muss die zivile Seite die Bundeswehr mit unterstützen.

Was ist die aktuelle sicherheitspolitische Lage?

Wir befinden uns gegenwärtig in Deutschland in keiner bewaffneten Auseinandersetzung, aber jeder von Ihnen wird bestätigen können, dass die Lage nicht mehr ganz so friedlich wie in der Vergangenheit ist. Wir erleben Desinformationen, Cyber-Angriffe, insbesondere auch in der Wissenschaft. Auch in den wissenschaftlichen Publikationen werden Falschinformationen gestreut, die nach meiner Bewertung nicht zufällig falsch sind, sondern die Wissenschaftler auf falsche Fährten locken sollen. Es gibt Spionage und Ausspähungen und bei Großschadenslagen fragt man sich inzwischen, ob denn

nicht doch eine Intention dahinterstehen könnte. Es gibt Sabotageakte und Demonstrationen. Die Spaltung der Gesellschaft wird teilweise auch von ausländischen Diensten befeuert, sodass sich die Gesellschaft weiter auseinander dividiert. Dort zählt auch der Aspekt, dass eine immer stärkere Spaltung die Verteidigungsbereitschaft eines Landes zwangsläufig weiter schwächt. Die Einwirkungen gehen bis hin zu Angriffen auf kritische Infrastrukturen. Das alles können Vorboten einer kriegerischen Auseinandersetzung, müssen es aber auch nicht sein.

Ohne jetzt die Phasen, die in einen Krieg führen, in allen Details durchzudeklinieren, springe ich in meinem Vortrag jetzt in eine angenommene kriegerische Auseinandersetzung – was passiert dann? Was kommt auf uns in Deutschland bzw. auf die NATO zu, wenn wir beispielsweise einen Bündnisfall an der Ostflanke der NATO erleben würden?



Abb. 1: Konzept der Gesamtverteidigung

Wir gehen davon aus, dass wir bei den verletzten Soldatinnen und Soldaten etwa 70 % Verwundete haben werden, zusätzlich gibt es die sogenannten „Disease and Non-Battle Injuries“ (DNBI). Darunter versteht man Erkrankungen wie z. B. die Tuberkulose, Durchfallerkrankungen und andere Erkrankungen, die einen Menschen kampfunfähig machen können. Ich erinnere an die Spanische Grippe, die allein im letzten Kriegsjahr des 1. Weltkrieges etwa 900.000 deutsche Soldaten betroffen hat und deren Kampffähigkeit deutlich reduzierte. Die Zahlen auf Seiten der Amerikaner werden ähnlich hoch gewesen sein. Zusätzlich müssen wir mit 15 % Gefallenen rechnen. Kalkulatorisch setzen wir etwa 1.000 Verwundete pro Tag auf deutscher Seite an, die zurücktransportiert werden müssen. Davon sind 1/3 in unterschiedlichem Ausprägungsgrad intensivpflichtig. Der Rest wäre leichter verletzt. Zusätzlich müssen Strukturen vorgehalten werden, mit

denen diese Soldatinnen und Soldaten dann auch wieder zu ihren Einheiten zurückgeführt werden können („Return to Duty“) (Abbildung 1).

Diese Leistungen kann der Sanitätsdienst der Bundeswehr nicht allein erbringen. Er verfügt über fünf Krankenhäuser, deren Maximalgröße 500 Betten beträgt. Damit ist eine umfassende Versorgung schon rein rechnerisch nicht möglich. Darüber hinaus wird ein Großteil der Ärztinnen und Ärzte aus den Bundeswehr-Krankenhäusern an der Ostflanke der NATO tätig, um vor Ort die Verwundeten zu versorgen. Der Personalbestand wäre somit stark ausgedünnt und wird – soweit wie möglich – durch Reservistinnen und Reservisten aufgefüllt. Es ist in der Konsequenz logisch, dass die Versorgung der Verwundeten keine rein militärische Aufgabe sein kann, sondern zu einer gesamtstaatlichen Aufgabe wird.

In einem solchen Bündnisfall müssen wir davon ausgehen, dass nicht nur die verwundeten Militärangehörigen nach Deutschland zu transportieren sein werden, sondern dass sich auch etwa 1 Million Flüchtlinge in Richtung Westen bewegen werden und damit das Gesundheitssystem zusätzlich belasten. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass durch Angriffe oder Sabotageakte in Deutschland weitere zivile Opfer zu beklagen sein werden. Wir sehen gegenwärtig in der Ukraine, dass nicht nur militärische Ziele, sondern gezielt auch Wohngebiete angegriffen werden.

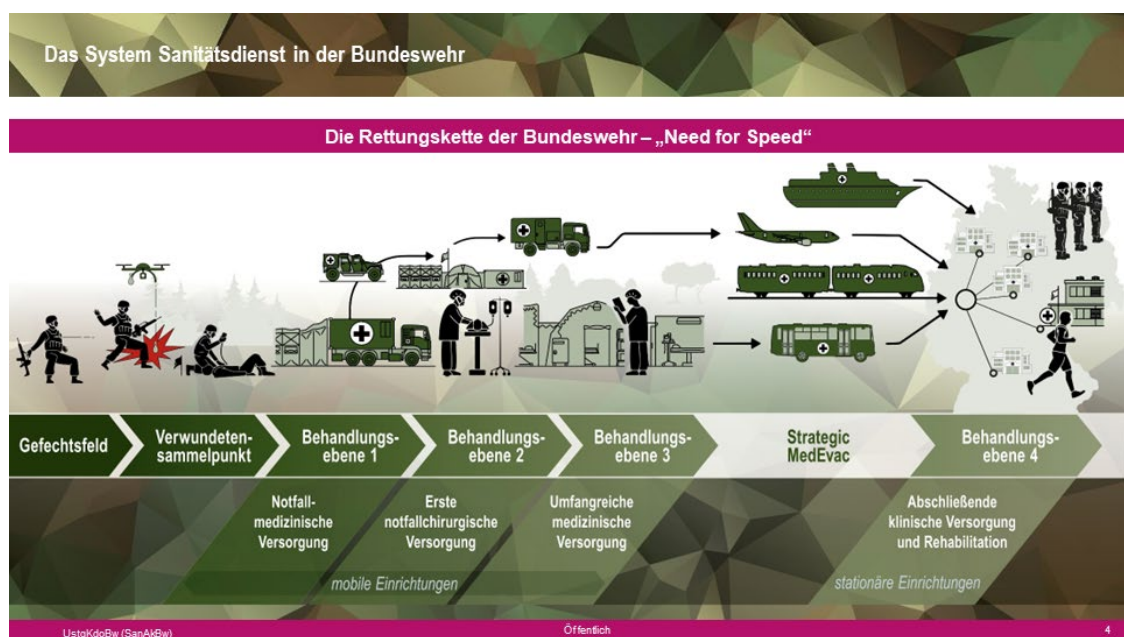


Abb. 2: System des Sanitätsdienstes – Rettungskette.

Die Bundeswehr hat eine Rettungskette so organisiert, dass eine verwundete Person sehr schnell repatriert wird (Abbildung 2).

Es war bisher so, dass ein Verwundeter innerhalb von 10 Minuten qualifizierte erste Hilfe erhielt und zum Verwundetensammelpunkt transportiert wurde und dann

innerhalb 1 Stunde bis zur Behandlungsebene 1 (erste notfallmedizinische und transportstabilisierende Versorgung) gebracht wurde, um dort erste notärztliche Versorgung zu erhalten, um dann innerhalb von 2 Stunden die erste chirurgische Versorgung durchzuführen. In Afghanistan kam dann bei Erfordernis eine fliegende Intensivstation, und der Verwundete war innerhalb von 24 Stunden in einem deutschen Bundeswehrkrankenhaus. Diese Rettungskette ist so konzipiert, dass möglichst niemand auf dem Weg in das Krankenhaus verstirbt. Die Optimierung folgte dem Prinzip „Need for Speed“.

Bei 1.000 Verwundeten pro Tag wird diese Rettungskette so nicht mehr funktionieren. Wenn die Patienten dann in Deutschland ankommen, müssen sie verteilt werden. Dazu haben wir ein Cluster- und Hubkonzept entwickelt, welches ich am Beispiel „Cluster Süd“ darstellen möchte.

In Süddeutschland sind 9 Universitätskliniken und 4 Kliniken der BG verortet. Das Bundeswehrkrankenhaus Ulm hat eine untergeordnete Rolle, da dessen Ärztinnen und Ärzte hauptsächlich an der Ostflanke der NATO tätig werden. Damit ergibt sich ganz klar, dass verwundete Soldatinnen und Soldaten u. a. in den Universitätskliniken behandelt werden müssen. Damit das auch planerisch funktioniert, hat die Bundeswehr ein Pilotprojekt mit dem Freistaat Bayern und dem Land Baden-Württemberg initiiert, in dem ein digitales Gesundheitslagebild erstellt werden kann, mit dem möglichst viele Daten für eine adäquate Steuerung der Patientenströme erfasst werden. Dieses digitale Lagebild soll in Zukunft auf die gesamte Bundesrepublik ausgedehnt werden.

Man lernt natürlich immer auch aus den Konflikten, die aktuell stattfinden. In der Ukraine haben wir ein sehr komplexes Geschehen. Sie müssen davon ausgehen, dass dort ein Krieg, wie wir ihn in den verschiedenen Epochen der Vergangenheit erlebt haben, also Mann-gegen-Mann oder Bajonett-gegen-Bajonett genauso stattfindet, wie ein Stellungskrieg, den man aus dem 1. Weltkrieg kennt, sowie mobile Operationen, wie im 2. Weltkrieg und schließlich hochmoderne Operationen, wie der Einsatz von unbemannten Kampfmitteln, wie Drohnen. Das hat zur Konsequenz, dass wir im Bereich zwischen Frontlinie und etwa 20 km davon entfernt eine sogenannte „Kill-Zone“ haben, in der jeder, der sich dort bewegt, keine Überlebenschance hat. Dort kämpfen Maschinen gegen Maschinen, und es ist extrem schwierig, Personen aus diesem Feld heraus zu extrahieren. Man nutzt unbemannte Fahrzeuge, um Material nach vorn zu bringen und auf dem Rückweg Verwundete nach hinten bringen („Forward Evacuation Concept“). Die vorhin von mir dargestellte Rettungskette funktioniert unter diesen Bedingungen nur bedingt.

Wie reagiert die Wissenschaft?

Als Konsequenz muss unsere Forschung sehr translational angelegt sein. Wir müssen die Konzepte zur taktischen Verwundetenversorgung und der sogenannten „Prolonged Casualty Care“ vorantreiben, damit ein Verwundeter an der Front länger überleben kann als das bisher konzeptionell vorgesehen war. Wir befassen uns vermehrt mit den

Themen Bluttransfusion, Beatmung, Hypothermie, Wundinfektionen und Infektionsschutz, Analgesie und Wundbehandlung. Vermehrt wird auch die Telemedizin zum Einsatz kommen. Es wird auch versucht, Sanitätsmaterial relativ weit nach vorn in Frontnähe zu bringen und nicht-medizinisches Personal so zu qualifizieren, dass es einfache medizinische Maßnahmen durchführen kann.

Im Bereich der Bundeswehr wird das so operationalisiert, dass es verschiedene Forschungskorridore gibt, in denen wir uns bewegen. Das findet zum einen im Direktorat Wissenschaft statt, wo ich jetzt tätig bin, und hat auch ein historisches Vorbild. Es gab früher einmal die Pépinière in Berlin, die Anstalt zur Aus- und Weiterbildung von Militärärzten im Königreich Preußen, an der viele berühmte Ärzte, wie Hermann von Helmholtz, Rudolf Virchow, Emil von Behring studierten und ausgebildet wurden. Die Pépinière wurde mit dem Versailler Vertrag 1919 aufgelöst, der Traditionsstrang aber durch die Bundeswehr bis heute fortgeführt.

Heute haben wir das Wissenschaftssystem des Sanitätsdienstes (Abbildung 3). Darin gibt es 6 Ressort-Forschungsinstitute. Davon gehören die Mikrobiologie, die Radiobiologie, die Pharmakologie und die Präventivmedizin alle zur Sanitätsakademie. Weiterhin gibt es Institut für Militärmedizinische Ethik, und die Teilstreitkräfte Marine und Luftwaffe verfügen über jeweils ein eigenes sanitätsdienstliches Ressort-Forschungsinstitut. Im Bereich der Sanitätsakademie sind etwa 500 Personen in der Wissenschaft tätig, zusätzlich gibt es etwa 200 in den anderen Teilstreitkräften. Diese etwa 700 Personen sind zu über 50 % mit wissenschaftlichen Aufgaben betraut.

Weiterhin gibt es fünf Bundeswehr-Krankenhäuser, vier davon sind akademische Lehrkrankenhäuser bzw. akademische Krankenhäuser. Das Bundeswehr-Zentralkrankenhaus in Koblenz ist als Medizincampus der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz seit 2026 in den Status einer Universitätsklinik gekommen und bildet selbst Medizinerinnen und Mediziner aus.

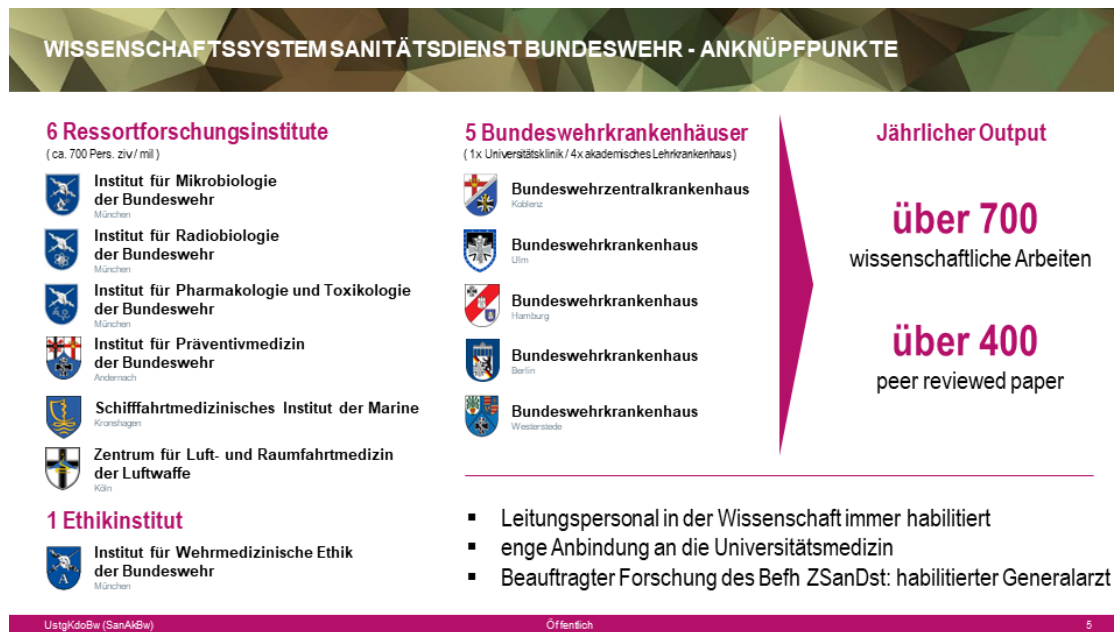


Abb. 3: Struktur des Wissenschaftssystems des Sanitätsdienstes.

Der jährliche Output an wissenschaftlichen Publikationen liegt bei über 700 Arbeiten, davon sind 400 peer reviewte Originalarbeiten, die sich teilweise im zweistelligen Impact-Faktor-Bereich bewegen. Diese Leistungen können sich sehen lassen. Das Leitungspersonal in unseren Instituten ist immer habilitiert, und wir pflegen standortbezogen eine enge Anbindung an die Universitätsmedizin. Der Forschungsbeauftragte des Befehlshabers für den Sanitätsdienst („Chief Scientist“) bin aktuell ich selbst, und damit bekleidet erstmalig in der Geschichte der Bundeswehr ein originärer Wissenschaftler und Hochschullehrer diese Funktion. Damit wurde der Erkenntnis von der hohen Bedeutung der Wissenschaft auch personell Rechnung getragen. Wenn Sie Anknüpfungspunkte in der Forschung suchen, können Sie sich jederzeit an mich wenden.

Erwähnenswert ist auch der Neubau eines Zentrums für Medizinischen ABC-Schutz im Bereich der Sanitätsakademie. Dort wird auch ein BSL-4-Labor gebaut werden. Das wird dann das erste und auch einzige BSL-4-Labor im süddeutschen Raum sein. Die geplanten 600 Mio. Euro an Baukosten sind zugesagt, der politische Wille, dieses auch umzusetzen, ist jetzt spürbar.

Ich möchte ein Beispiel aus der eigenen Forschungstätigkeit ganz kurz erwähnen: Der nikotinische Acetylcholinrezeptor spielt eine Rolle bei der Organophosphatvergiftung mit Nervenkampfstoffen. Wir konnten Bindungsstellen an diesem Rezeptor identifizieren, an denen eine Mustersubstanz binden kann. Über diesen Rezeptor können dann wieder positive Effekte durch Analogverbindungen erzielt werden. Damit das gelingt, arbeiten wir mit Strukturbiologen zusammen, und wir nutzen KI zur Optimierung. Die Berechnungen laufen u. a. auf dem Forschungsrechner in Jülich, sodass wir hier eine überaus vernetzte Forschung betreiben. Erwähnenswert ist, dass an einer Bindungsstelle

am nikotinischen Acetylcholinrezeptor wahrscheinlich auch die Substanz angegriffen hat, mit der der Kreml-Kritiker Nawalny vorgeblich umgebracht wurde. Wir brauchen also gute Wissenschaft, um so etwas herauszufinden und bewerten zu können.

Ich möchte noch die Kooperationsmöglichkeiten und Anbindungsstellen benennen: Das Bundesministerium für Verteidigung (BMVg) hat eigene Drittmittel, diese sind aber mit gegenwärtig 4 Mio. Euro pro Jahr noch recht gering. Da die Vertragsjuristen gerade in großen Rüstungsprojekten gebunden sind, ist die Vertragsgestaltung mit den Universitäten aktuell eher schwierig. Wir sind dabei, andere Wege der Förderung zu finden. Meine Hoffnung besteht darin, auf einen anderen Projektträger auszuweichen. Im Moment empfehle ich daher das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR), welches derzeit Digitalisierungsprojekte fördert. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Bereich der Pandemie-Fragestellungen Forschungsmittel und auch die Deutsche Forschungsgemeinschaft fördert dort. Gefördert durch die DFG gibt es ein Postgraduiertenkolleg an der LMU München, wo wir sehr eng miteinander zusammenarbeiten.

Im europäischen Bereich gibt es die EDF-Förderung (European Defence Fund). Für Start-ups in der Universitätsmedizin gibt es NATO-DIANA (Defence Innovation Accelerator for the North Atlantic) und als Pendant dazu in Deutschland den Palladion Defence Accelerator der Universität der Bundeswehr München, der Finanzierungen für Start-ups zur Verfügung stellt. Neuerdings fördert auch das neu aufgestellte Innovationszentrum der Bundeswehr in Erding Start-ups.

Ich will ein kurzes Fazit ziehen:

- Deutschland muss sich auf einen Krieg vorbereiten, ansonsten ist keine glaubhafte Abschreckung möglich.
- Die finale medizinische Versorgung Verwundeter wird vorzugsweise im zivilen Bereich und damit auch in den Universitätskliniken stattfinden.
- Seltene Verletzungen werden mit wissenschaftlichen Methoden untersucht und behandelt. Den Verletzten soll die optimale Therapie zukommen.
- ABC-Kampfmittel stellen noch immer eine reale Bedrohung dar. Daher müssen sich die Universitätskliniken in gewisser Form auf ABC-Szenarien vorbereiten, über gewisse Grundkenntnisse verfügen und Infrastrukturmaßnahmen vorhalten.
- Wissenschaftliche Erkenntnisse sind überlebenswichtig.
- Die Forschung muss sehr translational ausgerichtet sein, das gilt auch für die grundlagennahe Forschung.
- Die Katastrophenmedizin und die Militärmedizin sollten verstärkt Eingang in die Curricula in der medizinischen Ausbildung finden.

„Si vis pacem para bellum“ – Vielen Dank!



Die Teilnehmenden an der Podiumsdiskussion Forschung in der Zeitenwende:
Dr. Alexander Kelle, Prof. Dr. Walter Rosenthal, Prof. Dr. Udo X. Kaisers, Elif Şenel, Prof. Dr. Kai Kehe
(v.l.n.r.)

Panel-Diskussion

Prof. Dr. Udo X. Kaisers

Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Ulm

Prof. Dr. Kai Kehe

Generalarzt, Sanitätsakademie der Bundeswehr München

Dr. Alexander Kelle

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Friedensforschung und Sicherheitspolitik an der Universität Hamburg (IFSH)

Prof. Dr. Walter Rosenthal

Präsident der Hochschulrektorenkonferenz (HRK), Berlin

Moderation: Elif Şenel

Journalistin und Rundfunkmoderatorin

Şenel

Erst einmal vielen Dank, Prof. Kehe, für den Beitrag. Das Anliegen unserer Diskussion wird heute weniger sein, das Thema zu Ende zu besprechen, als vielmehr Impulse und Anregungen für die weitere Diskussion und die Beschäftigung mit dieser Thematik zu geben. An der Panel-Diskussion beteiligen sich neben Herrn Generalarzt Kehe auch Herr Dr. Kelle, der am IFSH zur Proliferation und zum Verbot chemischer Waffen forscht und sich aktuell mit der Stärkung von Normen gegen B- und C-Waffen beschäftigt und dazu auch ein Kompetenznetz leitet, dann als weiterer Pharmakologe und Mediziner Herr Prof. Dr. Rosenthal, der Präsident der HRK, der als einen besonderen Schwerpunkt die Resilienz des Hochschulsystems in Deutschland sieht. Mit Herrn Prof. Dr. Kaisers, dem Ärztlichen Direktor und Vorstandsvorsitzenden des Universitätsklinikums Ulm, haben wir einen Gesprächspartner, der mit dem Bundeswehr-Krankenhaus Ulm und dem Cluster Süd seit vielen Jahren eng verbunden ist.

Ich würde gern mit Ihnen, Herr Kelle und einem Zitat von Bundesforschungsministerin Dorothea Bär beginnen wollen „Die Trennung zwischen ziviler und militärischer Forschung ist überholt.“. Können Sie dem zustimmen?

Kelle

Das Statement der Ministerin ist zwar „catchy“, als historische Beschreibung finde ich es nicht besonders zutreffend, denn es impliziert, dass es eine klare Trennung zwischen ziviler und militärischer Forschung gegeben haben soll. Das sehe ich nicht so. Natürlich gab es beschränkte Bestrebungen auf universitärer Ebene und auch auf

Bundeslandebene, über das Mittel der Zivilklauseln eine strikte Trennung beider Forschungsgebiete zu erreichen. Das hatte für mich aber eher den Stellenwert einer Ambition, denn eine flächendeckende Trennung sehe ich historisch nicht gegeben. Daher sehe ich die Aussage der Ministerin eher als eine programmatische Begründung für die Neujustierung von Forschungssicherheit sowie den Umgang mit Dual-Use Forschung und Zivilklauseln.

Şenel

Die HRK hat sich mit dieser Frage schon beschäftigt und ein Positionspapier verfasst. Wie wird die zivilmilitärische Forschung an den Hochschulen diskutiert?

Rosenthal

Die Hochschulen nehmen natürlich wahr, dass die Zeiten sich geändert haben. Bedrohungen gab es zwar schon immer, sie haben sich in den vergangenen Jahren aber stark konkretisiert. Das hat an den Hochschulen zu einem Nachdenken geführt. Es gibt intensive Debatten über die Sicherheitsforschung. Sicherheitsforschung würde ich dabei sehr breit sehen und darin etwa auch den Katastrophen- und Zivilschutz einordnen, neben der Verteidigungsforschung. Das sind relativ neue Überlegungen, die wir lange nicht angestellt haben. Es gibt Diskussionen über die bereits erwähnten Zivilklauseln. Diese sind eine Richtschnur. Ihre Kernfunktion ist es, zur kontinuierlichen wissenschaftsethischen Reflexion über mögliche Verwendungsformen und Folgen der eigenen Forschung einzuladen. Sie verhindern aber keine Forschung, die nicht ausschließlich auf zivile Inhalte ausgerichtet ist.

Ich habe gerade heute Morgen gelesen, dass sich die Studierenden an der TU Berlin gegen jegliche militärisch nutzbare Forschung wenden und nur eine rein zivile Forschung betrieben sehen wollen. Ich glaube, dass das nicht richtig ist, auch weil eine strikte Trennung zwischen ziviler und militärischer Nutzung nicht möglich ist. In der Vergangenheit haben wir die Möglichkeit einer militärischen Anwendung von Forschungsergebnissen nicht immer bedacht. Das ist an den Hochschulen und sicher auch in der Medizin so gewesen. Nehmen wir nur die Klimaforschung, wo es großflächige Überwachung und Beobachtungen von Ländern und ganzen Erdteilen gibt, die für die zivile Nutzung gedacht sind und gemacht werden, die aber auch militärisch nutzbar sind. Wir müssen das einfach klarer und bewusster sehen.

Şenel

Wie sieht an Ihrem Standort in Ulm die Zusammenarbeit mit dem Bundeswehr-Krankenhaus konkret aus?

Kaisers

Wir haben die Besonderheit in Ulm, ein Bundeswehr-Krankenhaus auf dem Campus zu haben. Die Geschichte der Universitätsmedizin in Ulm ist jünger als das Bundeswehr-Krankenhaus, denn es war so etwas wie ein Geburtshelfer für die Universitätsmedizin,

denn die Kommandeure (Abteilungsleiter) im Bundeswehr-Krankenhaus waren in Doppelfunktion in der in Bildung befindlichen Universitätsmedizin tätig. Wir haben in den 40 Jahren unseres Bestehens immer Kolleginnen und Kollegen in Uniform bei uns in den Kliniken. Die Nähe zum Sanitätsdienst hilft uns auch bei der jetzigen Situation besser zu verstehen, welche Bedarfe auf der militärischen Seite entstehen, wenn die Bundeswehr außerhalb der Bundesrepublik im Verteidigungsfall eingesetzt werden würde. Wir – als zivile Seite – müssten dann die Bundeswehr in den Stand versetzen, dass sie ihre verfassungsgemäße Aufgabe erfüllen kann. Die Verbindungen sind sehr intensiv, und daher haben wir auch ein Verständnis dafür, was im System benötigt wird. Wir haben in Ulm einen Trauma-Schwerpunkt, der auf die Forschung stark einwirkt, und den SFB 1149 „Gefahrenantwort, Störfaktoren und regeneratives Potential nach akutem Trauma“.

Zur zivil-militärischen Zusammenarbeit führen wir intensive Diskussionen, u.a. mit den Studierenden. Ich finde, dass wir dadurch nicht kriegstüchtig werden, vielmehr vertrete ich als Arzt eine sehr eindeutige Position: Ich soll allen Patienten, gleichgültig ob Uniformträger oder Zivilisten, unter allen Umständen die bestmögliche Gesundheitsversorgung zukommen lassen.

Şenel

Gibt es da ganz konkrete Dinge, die an der Universitätsklinik in Ulm, aber an keiner anderen Universitätseinrichtung passieren?

Kaisers

Es hat sowohl Bezüge zur Forschung als auch zum Üben. Wir üben mit dem Bundeswehr-Krankenhaus sogenannte Lagen. Im Bündnisfall wären die Sanitätsoffiziere des Bundeswehr-Krankenhauses anderswo. Dann müsste die Universitätsmedizin einen Teil der Funktion dieser Einrichtung übernehmen. Wir machen das konkret in Szenarien, in denen ein Massenanfall an Patienten vorkommt. Dort lernen wir immens von der Bundeswehr, denn anders als am Uniklinikum ist die Bundeswehr auf solche Situationen besser vorbereitet. Wir können so durchaus von dem profitieren, was der Sanitätsdienst tut.

Şenel

Der Bereich der Versorgung ist mit den Aufgaben eines Mediziners recht gut zu beschreiben. Wie anders verhält es sich, wenn wir die Forschung betrachten, Herr Kelle?

Kelle

Ich möchte erst noch einen Schritt zurück gehen und fragen, was heißt die Zeitenwende für die zivil-militärische Kooperation. Ich verstehe die Diskussion so, dass die zivil-militärische Kooperation gestärkt werden soll. Wenn ich mich mit Dual-Use-Forschung beschäftige, bedeutet das per definitionem, dass es zu einer Zunahme an Dual-Use-Forschung kommen wird, denn es ist das beabsichtigte Ziel, die zivil-militärische

Kooperation zu stärken. Wir werden idealerweise doppelt verwertbare Forschungsergebnisse haben, die sowohl im zivilen als auch im militärischen Kontext sinnvoll sind. Das ist für sich erst einmal vernünftig und unter Effizienzkriterien auch nachzuvollziehen. Es bedeutet gleichzeitig aber auch, eine größere Angriffsfläche für den Abfluss von sicherheitsrelevanten Informationen zu bieten, schon, weil in einem ersten Schritt mehr sicherheitsrelevante Informationen generiert werden.

Dual-Use hat in der Vergangenheit oft im Sinne von Dual-Use Research of Concern zu einer negativen Konversation geführt. Vom Verständnis her ist das nun auf den Kopf gestellt. Das ist eine der grundlegenden Veränderungen, die die Zeitenwende mit sich gebracht hat. Damit stellt sich auch die Frage, ob eine Governance von Dual-Use-Forschung, die auf der Basis von wissenschaftlicher Selbstverpflichtung basiert, noch zeitgemäß ist.

Ich habe das mit einem Kollegen für die USA untersucht und dafür den US-Diskurs über Dual-Use Research of Concern über die letzten 20 Jahre mit Blick auf die Virologie angeschaut und dort war die risikobasierte Selbstregulierung das vorherrschende Governance-Muster. Wenn Sie sich im deutschen Forschungssystem ein wenig auskennen, kennen Sie den gemeinsamen Ausschuss von DFG und Leopoldina (Gemeinsamer Ausschuss zum Umgang mit sicherheitsrelevanter Forschung). Dieser hat Guidelines und Leitfragen formuliert, die sich Forschende zur Risikobewertung der eigenen Arbeit stellen sollen. Das sind ähnliche Strukturen der wissenschaftlichen Selbstverwaltung zur Governance von Dual-Use-Forschung. Ich frage mich momentan mit einem etwas mulmigen Gefühl im Bauch, ob das den heutigen Bedingungen noch angemessen ist.

Rosenthal

Das ist ein Top-Thema an den Hochschulen in Deutschland. Wir haben mit unserer Erklärung („Zur sicherheitsrelevanten Forschung und Entwicklung an Hochschulen“; Entschließung der 42. Mitgliederversammlung der HRK am 28.4.2026) u. a. festgeschrieben, dass jede Hochschule und jede dort forschende Person selbst entscheidet, ob sie sicherheitsrelevante Forschung durchführen möchte.

Die Zivilklauseln stellen dabei kein Hindernis für Verteidigungsforschung dar. Hochschulen, die eine Zivilklausel haben, betreiben nicht unbedingt weniger Verteidigungsforschung als Hochschulen ohne Zivilklausel. Die Zivilklauseln sind Basis einer Diskussion und Auseinandersetzung mit dieser Thematik an den Hochschulen. Ich finde wichtig, dass wir uns nun nicht unreflektiert in Verteidigungs- und Militärforschung stürzen, wir sollten das als Hochschulen stets überlegt und bewusst tun.

Es gibt, wie es Herr Kehe auch ausgeführt hat, derzeit noch keine spezifische Förderung. Wir hatten neulich einen Termin mit Verteidigungsminister Pistorius, in dem er eine Förderung von militärischer Forschung ankündigte, die auch die Hochschulen einschließt. Das ist bisher nicht so, sondern es gibt nur punktuell Förderungen von sehr

wenigen Hochschulen, oder im außeruniversitären Bereich, z.B. des DLR oder von Fraunhofer-Instituten.

Şenel

Ich möchte den Gedanken der Kontrollmechanismen und Gremien noch einmal aufgreifen. Wer sieht darauf, wo welche Forschung stattfindet, wer entscheidet am Ende?

Kehe

Dual-Use ist ein sehr schwieriger Begriff, und man muss immer nachdenken, was man eigentlich genau damit meint. Wenn ich damit meine, dass ich Erkenntnisse aus der militärischen Rettungskette in der zivilen Notfall- und Katastrophenmedizin verwende, ist das eine Dual-Use-Forschung, die sehr zweckdienlich ist. In anderen Bereichen, wie beispielsweise der Infektionsforschung, besteht aber immer eine latente Gefahr unbeabsichtigt in das Fahrwasser der Entwicklung gefährlicher Krankheitserreger und damit offensiver Forschung zu geraten. Das bewegt uns auch, denn wir haben in der Bundesrepublik Deutschland eine Selbstverpflichtung, die uns solche Forschungen verbietet.

In meinem Bereich gibt es Institute, die sich mit dieser Thematik befassen. Wir haben Kommissionen, die Dual-Use-Aspekte prüfen und diese sehr transparent darstellen. Es gibt Vorgaben der WHO und verschiedener anderer internationaler Organisationen, die die Herstellung von solcher Transparenz fordern, um zu verhindern, dass eine offensive Forschung stattfindet. Im zivilen Bereich ist das in diesem Umfang so nicht der Fall.

Unsere Mitarbeitenden sind alle so „durchleuchtet“, dass kein Zweifel an ihrer Einstellung zur freiheitlich-demokratischen Grundordnung und zum Grundgesetz in Deutschland besteht. Genauso gehe ich auch die Forschungsprojekte an, für die wir Finanzierung nach außen geben sollen. Wenn ich auch nur ansatzweise den Eindruck habe, dass ein geplantes Projekt einen Offensivcharakter haben könnte, wird es keine Förderung erfahren.

Wenn wir uns die Publikationen an den Universitäten z. B. zu Künstlicher Intelligenz ansehen, finde ich das schon manchmal besorgniserregend und mit einer gewissen Naivität ausgestattet und es wäre schon sinnvoll, über die Veröffentlichung im Sinne einer Technologiefolgenabschätzung noch einmal nachzudenken. Da bin ich völlig bei Herrn Kelle, was den möglichen Abfluss sicherheitsrelevanter Informationen betrifft. Dual-Use hat verschiedene Aspekte.

Kaisers

Ich möchte hier aus der Sicht der Hochschulmedizin kommentieren, dass wir im zivilen Bereich zwar eine Polytraumaversorgung machen, zu Folgen von kinetischen Verletzungen, wie Schrapnellen oder durch Loitering Munition, wie sie aktuell in Russlands Krieg gegen die Ukraine entstehen, im zivilen Bereich jedoch praktisch keine Erfahrungen

bestehen. Wenn wir in einen Konflikt kämen, können wir nicht erst dann anfangen zu forschen, wie solche Wunden zu behandeln sind.

Es erscheint mir daher unglaublich wichtig, dass die Hochschulmedizin Konzepte und Strukturen entwickelt und wir uns mit den erwartbaren Folgen eines solchen Konfliktes beschäftigen. Das ist sicher präventiv, aber in der Medizin unbedingt notwendig, denn wir beschäftigen uns bei der Traumaversorgung in Deutschland mit stumpfen Traumata. Dagegen kennen wir uns überhaupt nicht mit Explosionstraumata oder ihren infektiologischen, thermischen oder kinetischen Folgen aus.

Wir können das in der Ukraine beobachten. Die Russen haben nach Angaben verschiedener Dienste etwa 1,2 Mio. Verluste an Soldaten, davon möglicherweise bis zu 50 % Gefallene, die Ukraine etwa 600.000 Verluste. Die sogenannte Letality Rate ist nach britischen Angaben dort 1:1,2, d.h. ein großer Anteil der Patienten stirbt dort initial. Das ist eine viel schlechtere Rate, als wir sie derzeit in der zivilen Versorgung haben. Wir haben dort einen enormen Forschungsbedarf und keine Erfahrungen, und könnten dort eine Forschung betreiben, die am Ende nicht nur unsere Soldaten, sondern auch unsere Bevölkerung schützt.

Rosenthal

Ich möchte den Begriff Naivität aufnehmen und stimme Herrn Kehe zu. Wir haben über viele Jahre zu wenig über unbeabsichtigte Konsequenzen von Forschung nachgedacht. Es ist insofern wichtig, dass wir Strukturen haben, innerhalb derer diese Reflexion möglich ist und eine Einzelfallprüfung von Projekten vorgenommen wird, wie etwa durch die bereits erwähnten Kommissionen für Ethik sicherheitsrelevanter Forschung (KEF). Davon gibt es derzeit etwa 150 an den deutschen Hochschulen. Die KEF beschäftigen sich vor Ort mit den ethischen Aspekten und den möglichen Folgen konkreter Forschungsvorhaben.

Wir brauchen aber auch übergeordnete Strukturen. Eine solche Struktur ist die geplante nationale Plattform für Forschungssicherheit. Letztendlich müssen die Entscheidungen über Projekte allerdings immer in den Institutionen getroffen werden, nicht von einer zentralen Stelle. Entscheidungen müssen qualifiziert getroffen werden, und es ist gut, wenn es eine nationale Plattform gibt, die vernetzt und informiert und Institutionen dann auch kompetent beraten kann.

Şenel

Sie haben vorhin die Förderungen angesprochen – es gibt „Horizon Europe“, das 9. EU-Forschungsrahmenprogramm, das sich Dual Use-Projekten öffnet. Damit könnte sich etwas bei den Projekten, die an den Universitäten entstehen, verändern.

Rosenthal

Das ist nicht trivial. So müssen bei sicherheitsrelevanter Forschung bestimmte Vorkehrungen getroffen werden. Das Publizieren kann eingeschränkt sein. Man braucht Zugangsbeschränkungen und Strukturen an Hochschulen oder Forschungsinstituten, die den jeweiligen Sicherheitsstufen gerecht werden. In der Folge kann es dazu kommen, dass Projekte nicht mehr an den Hochschulen selbst durchgeführt werden, sondern an zentralen Einrichtungen, die die nötigen Rahmenbedingungen bieten, wie sie am Innovationszentrum der Bundeswehr in Erding bei München derzeit geschaffen werden.

Hertl

Ich finde die Diskussion sehr gut. Die Medizin ist ein sich entwickelndes Fach und muss sich an dem, was in der Welt vorgeht, auch orientieren. Wir haben ein großes Defizit bei Erkrankungen jenseits unserer Breitengrade und müssen lernen. Das muss bis in das Curriculum gehen. Forschung ist dabei erst einmal die Arbeit an den Patienten und wird u.a. Versorgungsforschung sein, denn zahlreiche Erkrankungen z. B. in der Infektionsmedizin kennen wir nicht mehr. Wir werden z. B. neue Leitlinien benötigen. Aus meiner Sicht ist Dual-Use auch das Einbringen unserer Tools aus den Universitäten in die Lösung eines komplexen Problems und weniger eine philosophische Frage. Wenn es vom Bund große Forschungsförderungen geben wird, werden sich viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beteiligen.

Sander

Es wurde hier unterschwellig ein Auftrag an den MFT formuliert, mitzudenken. Das passiert bisher offensichtlich noch zu wenig. Was kann man öffentlichkeitswirksam tun, um die Bevölkerung mitzunehmen? Es wäre wenig hilfreich, wenn die Studierenden solche Forschungspläne rundheraus ablehnen würden. Es erscheint mir wichtig, ein Verständnis für die Bedeutung dieses Themas zu entwickeln und sich damit zu beschäftigen.

Kehe

Ich bin seit 1983 Soldat und trage eine Uniform. Das konnte bis gegen Ende der 1990er Jahre manchmal eine Herausforderung sein. Spätestens mit dem Krieg in der Ukraine hat ein Umdenken stattgefunden, und ich erlebe bei fast jeder Bahnfahrt, dass Menschen auch anderer Nationalitäten im Zug auf mich zukommen und mir für meinen Dienst für Deutschland danken.

Auch an den Universitäten erlebe ich stets offene Türen und stets eine freundliche Aufnahme. Es gibt zahlreiche Reservisten und Studierende, die bei uns Dienst tun möchten. Das sind Beobachtungen, die deutlich machen, dass das Problem in der Bevölkerung Raum gefunden hat. Natürlich gibt es auch Menschen, die eine andere Meinung haben. Das ist auch gut so und das verteidigen wir auch. Wir müssen die Pluralität zulassen und

dürfen uns nicht in eine bestimmte Ecke drängen lassen. Forschen bedeutet für mich, sowohl zivil und friedensbewegt tätig zu sein, aber auch unsere Freiheit zu verteidigen.

Kaisers

Ein Problem verschwindet nicht dadurch, dass wir es totschweigen. Die Menschen erwarten zu Recht von uns Orientierung. Ich will als Beispiel benennen, dass Studierende der Psychologie während der COVID-Pandemie tief frustriert waren, denn sie waren praktisch weggesperrt und mussten Homeschooling betreiben. Die Medizinstudierenden dagegen wurden zum Testen und zum Impfen eingesetzt. Das gab ihnen eine Selbstwirksamkeitserfahrung. Heute sehen wir, dass sehr viel weniger Medizinstudierende unter den Späteffekten von COVID leiden als bei anderen Fakultäten, denn sie waren aktiv einbezogen und konnten einen Beitrag zur Lösung des Problems leisten. Wir müssen die jungen Studierenden an dieser Stelle ernst nehmen und ihnen als Fakultät Orientierung geben..

Rosenthal

Ich sehe das ähnlich. Und ich nehme zunehmende Akzeptanz und Zuspruch zur Uniform und ihren Trägerinnen und Trägern in der Gesellschaft wahr, auch an den Hochschulen. Wir haben in der HRK vor einigen Wochen mit dem Bundesverteidigungsminister zusammengesessen – noch vor zehn Jahren hätte ich mir einen Austausch auf dieser Ebene nicht recht vorstellen können.

Ein anderes Beispiel: Wir hatten unlängst eine Senatssitzung der HRK, zu der wir einen Vertreter der Nachrichtendienste eingeladen haben. Gleichzeitig ist mir wichtig, dass wir nicht unkritisch agieren und stets auch denen Raum geben, die skeptisch sind. Wir müssen uns damit auseinandersetzen, dass nach einer langen Friedenszeit der Bedeutungszuwachs von Sicherheitsforschung von einigen kritisch gesehen wird.

Şenel

Bevor ich diese Frage an unseren Friedensforscher weitergebe, will ich noch Fragen aus dem Plenum aufrufen.

Fischer

Herr Kehe hat in seinem Impulsvortrag dazu aufgerufen, die Militär- und Katastrophenmedizin in das Curriculum aufzunehmen. Wie gut bauen wir Studierende, die über die Bundeswehr studieren, in unsere Ausbildung schon jetzt sichtbar ein? Aus meiner Erfahrung als Studiendekan sind sie nicht gut sichtbar. Wäre es möglich, deren Sichtbarkeit z. B. in einer Diskussion um die damit gemeinsam verfolgten Ziele zu erhöhen?

Ein zweiter Punkt: Wir hatten und haben zahllose Kooperationen mit ukrainischen Fakultäten. Wir waren durch den DAAD eingebunden und sollten ihnen Unterstützung geben, in den Kriegszeiten die Lehre aufrecht zu erhalten. Mir erscheint es auch wichtig, von den Kolleginnen und Kollegen aus der Ukraine zu lernen, wie man medizinische

Ausbildung unter Kriegs- und Krisenbedingungen gestaltet. Könnten wir auch darüber diskutieren, was und wie wir uns dabei verabreden können?

Kehe

Die meisten Sanitätsoffiziersanwärter sind an der TU München immatrikuliert, werden dort wahrgenommen und haben eine gewisse Sichtbarkeit. Auch in Ulm haben sie eine große Sichtbarkeit, aber das ist zwischen den Universitäten doch sehr unterschiedlich. Wenn Kontakte mit der Ukraine in der angesprochenen Richtung gewünscht sind, kann das organisiert werden. Wir sammeln solche Informationen und geben sie bei Interesse und entsprechender Freigabe auch weiter.

Kadmon

Ich möchte aufgreifen, was der MFT und die Fakultäten beitragen können. Wir überlegen uns, wie wir die Medizinstudierenden seriös und entsprechend ihrer Kompetenz in besonderen Bedarfsfällen einsetzen können und wollen. Das soll so geschehen, dass sie sich bei einem solchen Einsatz auch sicher fühlen. Bei der Corona-Pandemie war das gut möglich, denn es handelte sich um eine Erkrankung, auf die die Studierenden hervorragend vorbereitet waren. Sie haben bei den Testungen und den Untersuchungen häufig sehr viel genauer gearbeitet.

Es ist zu entscheiden, in welchen Kontexten wir sie einsetzen können und was der Kompetenz der Studierenden entspricht. Dabei überlegen wir uns auch, was das für unsere Curricula bedeutet. Dazu zählt es auch, sicherzustellen, dass die Studierenden ihr Studium mit dem Abschlussexamen beenden können. Das gilt für Kompetenzen, die z. B. jetzt in der Ukraine benötigt werden, aber auch für solche, die für die „normale“ zivilärztliche Tätigkeit erforderlich sind. Wir müssen gemeinsam die Diskussion führen, wo wir dann wen benötigen und daran gegebenenfalls auch das Curriculum ausrichten.

Kaisers

Ich teile Ihre Einschätzung bezüglich des Corona-Einsatzes der Studierenden, wo die Studierenden teilweise viel genauer waren, als das andere taten. Studierende muss man schrittweise befähigen. Das muss ein auf Kompetenzen aufbauender Weg sein, damit man sie z. B. im letzten Studienabschnitt im Bereich Notfallmedizin unterstützend einsetzen kann. Man wird das skalieren müssen und das im Curriculum schon vorsehen. Ich finde es sehr klug, das zu tun.

Wir müssen bei den Studierenden Kompetenzen aufbauen, prüfen, welche Fähigkeiten und welche Skills erforderlich sind, um sie sinnvoll in Prozesse einbauen zu können, ohne dass das Risiko einer Überforderung entsteht. Es ist fast ein Wunder, dass die Ukraine immer noch Tumoroperationen oder Herzchirurgie betreibt und noch immer Medizinstudierende ausbildet, trotz eines Krieges, der schon länger als der Erste Weltkrieg dauert. Unser System muss so intelligent und anpassungsfähig werden, dass wir die

Ausbildung und die Versorgung in ähnlicher Weise sicherstellen könnten, wenn wir es müssten.

Duderstadt

Ich bin neben meiner Tätigkeit im Dekanat ehrenamtlich beim Technischen Hilfswerk und auch noch in einer Ausbildungseinheit tätig. Dort wird sanitätsmäßig in Katastrophenmedizin geschult. Ich würde ein solches Fach im Medizin-Curriculum Katastrophenmedizin nennen. Ich habe immer geglaubt, dass das, was ich nach dem Erdbeben in Haiti erlebt habe, in Deutschland nicht möglich wäre, doch dann kam die Ahrtal-Flut. Eine solche Katastrophe ist also durchaus in Deutschland möglich und deshalb sollte die Katastrophenmedizin in das Curriculum aufgenommen werden. Die Grundlagen dafür sollten im klinischen Studienabschnitt von Anfang an gelegt werden.

Greishop

Ich vertrete den Hebammenwissenschaftlichen Fachbereichstag und kann da gut anschließen. Ich möchte darum bitten, dass alle Gesundheitsberufe bei einer solchen Einordnung mit bedacht werden. Wir müssen systemisch denken und brauchen alle Gesundheitsberufe einschließlich der Pflegeberufe. Auch die EU plant, den Katastrophenschutz mit in die Ausbildung zu integrieren. Wir sollten das gebündelt umsetzen.

Nothwang

Die Forschung für Dual-Use mit der Bundeswehr läuft unter besonderen Bedingungen ab. Ich möchte Herrn Rosenthal fragen, ob er die Hochschulen allgemein für gut vorbereitet hält, um den besonderen Bedingungen dieser Forschung Rechnung zu tragen und wie wir mit dem Nachwuchs umgehen, der aus dieser Forschung hervorgeht und beispielsweise nicht so publizieren konnte, wie es in anderen Forschungsrichtungen möglich ist.

Rosenthal

Wir sind in sehr intensiven Gesprächen an den Hochschulen. Bisher war die Sicherheitsforschung kein herausgehobenes Thema. Jetzt ist es in den Hochschulen angekommen und sie wissen, dass besondere Bedingungen dafür gegeben sein müssen. Es gibt schon heute Hochschulen, an denen Sicherheitsbereiche eingerichtet sind. Das sind im Moment noch Einzelfälle, ich denke aber, dass es mehr werden. Hier wurde eine Entwicklung angestoßen.

Zugleich ist zu bedenken, dass Sicherheitsforschung, die besonders geschützt sein muss, nicht an allen Hochschulen stattfinden kann. Mit Blick auf die Bewertung von Forschungsleistungen sollte jeder Fall einzeln betrachtet werden. Sie darf sich nicht auf das Zählen von Publikationen beschränken. U. a. gehören Patente zu den originären Forschungsleistungen. Diese Einstellung muss auch in die Universitätssenate einziehen, die an Berufungen mitwirken.

Jünger

Vorhin wurde ausgeführt, dass die Medizinstudierenden sich während der Corona-Pandemie eine bessere mentale Gesundheit erhalten hätten, weil sie in das Geschehen aktiv einbezogen wurden. Wie binden wir über die medizinischen Fachkräfte, Schulgesundheitspfleger die Schülerinnen und Schüler in diese Prozesse im Falle einer Katastrophe oder eines anderen Ereignisses mit ein, ohne dass das als Kriegstreiberei oder Panikmache ausgelegt wird? Wie schlagen wir die Brücke von den Medizinstudierenden in die Schulen zu den Lehrkräften und Schülerinnen und Schülern?

Kaisers

Unlängst hatte ich die Gelegenheit, mit einer Delegation Finnland zu besuchen. Dort gehen Schulklassen einmal die Woche in einen Bunker, der sich an der Schule befindet. Kinder lernen so den Bunker nicht als etwas Bedrohliches, sondern als Raum kennen, in dem man sich aufhalten, spielen oder Sport treiben kann. Dort ist der Bunker als Schutzraum in den normalen Lebensablauf inkludiert. Die Finnen haben 1.350 km Grenze mit Russland. Das und Erfahrungen aus den 1940er Jahren schärfen die Sinne.

Rosenthal

Ich werde immer wieder gefragt, wie unser Verhältnis zu Israels Universitäten und Forschenden ist, die in einer ständigen Bedrohungslage leben und arbeiten müssen. Dort sind die Verbindungen zu Militär und Zivilschutz notgedrungen sehr eng. In Deutschland sind Hochschulen dagegen generell wenig vernetzt. Selbst der Kontakt der Medizin zu den Gesundheitsämtern ist oft wenig ausgeprägt. Insofern müssen wir über neue Wege der Vernetzung nachdenken, ohne dabei die Autonomie der Hochschulen aufzugeben.

Şenel

Ich möchte zum Ende unserer Diskussion noch einmal Herrn Kelle um eine Positionierung aus der Sicht eines Nichtmediziners und Friedensforschers bitten.

Kelle

Mein Institut ist das Institut für Friedensforschung und Sicherheitspolitik an der Universität Hamburg. Schon von meiner institutionellen Einbindung und auch meiner Einstellung können Sie keinen Widerspruch zum hier Gesagten finden. Frieden und Sicherheit, Frieden und Vorsorge hängen eindeutig zusammen. Es gibt Teilbereiche, die genauer betrachtet werden müssen, Grauzonen, in denen man sicherstellen muss, dass die freie Willensentscheidung in der Wissenschaft gewahrt bleibt. In Bayern gab es im Hochschulgesetz eine Kooperationsverpflichtung, danach wäre eine zivil-militärische Forschung per Gesetz verpflichtend gewesen. Das wurde aber vom Bayerischen Verfassungsgerichtshof für unzulässig erklärt.

Wenn sich Studierende oder Fachbereiche gegen eine solche Forschung entscheiden, ist das für mich Ausdruck einer freien wissenschaftlichen Entscheidung – genauso, wie die

Entscheidung für eine solche Forschung. Eine verstärkte zivil-militärische Kooperation wird in bestimmten Bereichen auch mehr sicherheitsrelevante Informationen generieren, die dann wiederum gesichert werden müssen. Dazu braucht es ein gestärktes Dual-Use-Bewusstsein. Ich bin Herrn Kehe sehr dankbar, dass er auf die verschiedenen Verständnisse von Dual-Use hingewiesen hat.

Mein Interesse lag und liegt seit vielen Jahren auf Dual-Use Research of Concern, d. h. besorgniserregender Dual-Use-Forschung, die leicht durch Dritte für schädliche Zwecke missbraucht werden könnte. Dafür das Bewusstsein zu stärken, ist eine große Aufgabe, die noch vor der Medizin liegt. Auch die Biosicherheit gehört in diesen Katalog mit hinein und sollte mit in das universitäre Curriculum integriert werden.

Şenel

Ich danke Ihnen vielmals für diese Diskussion und die wichtigen Impulse. Schließen möchte ich mit einem Zitat des früheren Präsidenten des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe „Don't be scared, be prepared“.



Urkundenverleihung Master of Medical Education



Die Urkunden zum Abschluss des MME-Studiengangs werden überreicht von Prof. Dr. Jana Jünger, Harding-Zentrum für Risikokompetenz Heidelberg und Mitglied der Studiengangsleitung des Master of Medical Education (MME) und von Prof. Dr. Martin Fischer, LMU München und Mitglied der Studiengangsleitung des Master of Medical Education (MME). Moderation: Elif Şenel

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 waren in der vorangegangenen Diskussion mitten in der Frage, was junge Absolventinnen und Absolventen für ihre Tätigkeit als Ärztinnen und Ärzte brauchen. Hier sind es nun die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die MME-Absolventinnen und -Absolventen, die dieser Frage in ihrem Masterstudiengang in ganz besonderer Weise nachgegangen sind und heute ihre Masterurkunde zum erfolgreichen Abschluss überreicht bekommen.

Für diesen sehr schönen Teil des Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages möchte ich nun die Moderation an die Leitung des MME-Studiengangs übergeben, der durch die Akademie für Ausbildung in der Hochschulmedizin (AHM) organisiert und betreut wird. Ich bitte nun stellvertretend für die AHM und die Studiengangsleitung Frau Professorin Kadmon, die Moderation zu übernehmen und gemeinsam mit Frau Professorin Jana Jünger und Herrn Professor Martin Fischer aus der Leitung des MME-Studiengangs die Urkunden zu übergeben.

Kadmon

Als allererstes möchte ich alle MME-Absolventinnen und -Absolventen hier ganz herzlich begrüßen. Es sind heute wieder viele, und das ist schön. Es ist uns wirklich ein großes Anliegen, dass Ihr hier seid.

Aus Sicht der AHM seien mir einige Worte erlaubt. Die AHM begleitet den MME-Studiengang und ist in die Adaptationen und Weiterentwicklungen dieses Studiengangs eingebunden. Ich habe mich in den letzten über 20 Jahren immer wieder auf das erste MME-Modul gefreut, das ich als Modulleiterin sehr lange betreuen durfte. Ich will drei Punkte ansprechen, die mir an dieser Stelle wichtig sind.

Der erste Punkt ist, dass aus den Fakultäten immer wieder Fragen an uns gerichtet werden, was sie von der MME-Qualifikation ihres wissenschaftlichen Nachwuchses haben, wenn sie die MME-Stipendien finanzieren. Worin liegt der Return on Investment? Darauf kann ich hier keine umfassende Antwort geben. Aber ich bin überzeugt, und das ist

an uns als Fakultäten und als Dekaninnen und Dekane gerichtet, dass wir den Nutzen ziehen können, den wir ziehen wollen. Wir haben in den letzten Jahren eine Gruppe von Personen qualifiziert, die für komplexe Situationen in der Lehre und in der Fakultätsentwicklung sehr gut ausgebildet ist, die Regeländerungen für das Curriculum und den Ablauf der Ausbildung bewältigen und dabei den Studiengang weiterentwickeln kann. Ich würde uns als Fakultäten wirklich anraten, im Vorfeld genau zu prüfen, was während der MME-Ausbildung gemeinsam erreicht werden soll und darüber das Gespräch vor Studienbeginn mit den Teilnehmenden des MME-Studienganges zu führen.

Der zweite Punkt: Wenn wir das eben Genannte als Fakultäten wirklich wollen, sollten wir gemeinsam überlegen, wie wir unsere Strukturen weiterentwickeln, damit genau solche Karrierewege möglich sind, die MME-Absolventinnen und Absolventen in die Lage versetzen, uns als Fakultäten voranzubringen. Alle, die mich kennen, wissen, dass mir Karrierewege in allen drei Bereichen, in der Versorgung, der Forschung, aber eben ganz besonders auch in der Lehre, wichtig sind.

Der dritte Punkt richtet sich noch einmal an Euch, die MME-Absolventinnen und - Absolventen: Es reicht oftmals gar nicht aus, wenn eine Fakultät Möglichkeiten anbietet, sondern Ihr müsst sie einfordern und Euch mit Euren Ideen einbringen. Wir haben das gestern bei Götz Fabry gehört, wie er seine Projekte nachhaltig machen konnte. Das hatte etwas mit eigenem Investment und eigener Initiative zu tun.

Das waren meine drei Punkte, von denen zwei an die Fakultäten und einer an Euch gerichtet war. Ich freue mich, dass Ihr den Studiengang geschafft habt, und beglückwünsche Euch dafür. Ich wünsche mir, dass Ihr diese Qualifikation wirklich nutzt, um Eure Fakultäten voranzubringen.

Nun gebe ich die Moderation an Jana Jünger und Martin Fischer weiter.

Martin Fischer / Jana Jünger

Vielen Dank!

Wir haben nun die Freude, an 23 Absolventinnen und Absolventen, die vor Ort sind, die Urkunden zu übergeben. Wir werden jetzt die erste Gruppe nach vorn bitten und mit Einzelnen noch ein ganz kurzes Interview anschließen, bevor das gleiche Procedere mit den beiden nächsten Gruppen folgt. Am Ende wollen wir uns alle hier im Hörsaal zu einem Gruppenfoto aufstellen.

Ich darf nun nach vorn bitten

PD Dr. Patrick Altmann

Dr. Christopher Cramer

PD Dr. Clemens Höbaus

Dr. Dr. HaangJeung-Maarse

Dr. Denise Andrea Schaller

Liebe Denise, was hast Du aus dem MME zentral für Dich, für Deine Fakultät mitgenommen?

Denise Andrea Schaller

Ich kann nur unterstreichen, was auch Martina Kadmon schon gesagt hat: Man kann mit dem MME tatsächlich Dinge positiv entwickeln. Das MME-Studium war sehr praxis- und umsetzungsorientiert, das hat mir in meiner Entwicklung sehr geholfen. Dann ist es die Netzwerkstruktur, denn man lernt von Menschen, die schon viel bewegt haben und für das, was sie tun, auch brennen.

An Clemens Höbaus geht die Frage, was Du aus Deiner österreichischen Perspektive aus dem MME mitgenommen und was für Dich an der Medizinischen Universität Wien wirkmächtig geworden ist.

Clemens Höbaus

Es gibt in Österreich einen Karrierepfad für die Lehre (IKV Lehre), bei dem der MME ein optionaler Bestandteil ist. Es ist gut, wenn man einmal über die Grenze schaut und sieht, wie die Dinge in anderen Ländern laufen. Man entwickelt ein Netzwerk von Gleichgesinnten und sieht, dass die anderen vor gleichen Hindernissen oder Möglichkeiten stehen. Es kann sich jetzt eine Generation ausbilden, die versucht, die Lehre professionalisierter und gemeinsamer zu gestalten.

Wir bitten als zweite Gruppe nach vorn:

PD Dr. Constanze Buhrmann

Prof. Dr. Cornelia Erfurt-Berge

Dr. Sophie Förster-Streffleur

Dr. Anna-Lena Hillebrecht

Dr. Nicolas Hoffmann

Dr. Tanja Jähnig

PD Dr. Zoltan Kender

Dr. Anika Krochmann

PD Dr. Philipp Linde

Dr. Moritz Mahling

Ich habe nun eine Frage an Anna-Lena Hillebrecht: Was hast Du aus dem MME-Studiengang für die Zahnmedizin mitgenommen? Kannst Du uns ein Beispiel für die Umsetzung geben?

Anna-Lena Hillebrecht

Ich bin sehr dankbar, dass wir heute hier sein dürfen. Auch wenn die Zahnmedizin auf diesem Fakultätentag bisher noch nicht die große Rolle gespielt hat, habe ich bereits eine Anfrage aus dem Bundeswehr-Krankenhaus in Ulm erhalten. Ich beschäftige mich mit maxillofazialer Prothetik, einem Gebiet, auf dem viele Menschen einen großen Unterstützungsbedarf haben. Der MME hat mir dabei ganz viele interessante Kontakte vermittelt und ich freue mich, diese in Zukunft weiter nutzen zu können. Wir haben Anträge geschrieben, gemeinsam publiziert, gemeinsam vieles gelernt. Wir haben im MME

gelernt, dass wir auch Haltungen gestalten können. Ich freue mich, dass ich das künftig gemeinsam mit Euch allen in Freiburg, aber auch an anderen Standorten umsetzen kann.

Herrn Philipp Linde frage ich, was seine Studierenden davon haben, dass er diesen Studiengang absolviert hat.

Philipp Linde

Meine Studierenden in Köln bekommen eine strukturiertere, evidenzbasierte Lehre, die mit einem gewissen Selbstverständnis empower ist. Selbstverständnis im Sinne der Wichtigkeit des eigenen Tuns und auch, dass die Studierenden eine Bedeutung haben. Sie sind Lernende und werden als solche respektiert. Eine gut strukturierte Vorlesung oder ein Seminar mit rotem Faden zeigen, dass die Lehrenden sich für die Mühe in der gemeinsamen Gestaltung gemacht haben. Das ist das, was der MME mir gegeben hat. Es haben sich Forschungsk Kooperationen ergeben.

Ich vertrete mit der Radioonkologie und Strahlentherapie ein relativ kleines Fach, welches im Kanon der Medizin immer ein wenig hinten runterfällt. Ich will dort Lernziele gestalten, die die Studierenden am Ende des Studiums im PJ wirklich wissen müssen. Sie sollen aus meinen Lehrveranstaltungen einen Benefit mitnehmen. Wir haben ein White Paper konsentiert und verabschiedet und freuen uns sehr, dass wir diese Lehre bundesweit mitgestalten dürfen.

Ich möchte mich an dieser Stelle stellvertretend für alle MME-Absolventinnen und - Absolventen bei der Studiengangsleitung und hier ganz speziell bei Jana Jünger und Martin Fischer bedanken. Die beiden Jahre, in denen wir gemeinsam mit Euch lernen durften, haben uns alle in bestimmter Weise geprägt. Wir alle haben uns weiterentwickelt, und auch das ist ein Teil des MME. Ich hoffe, dass es diesen Studiengang noch über viele Jahre geben wird und er weitere Generationen von MME-Studierenden qualifizieren kann.

Wir bitten als dritte und letzte Gruppe nach vorn:

Dr. Gregor Massoth

Dr. Theresa Meißner

Sr. Stefan Mohr

Dr. Lisa Morlock

Dr. Mara Sophia Müssigmann

Prof. Dr. Stefanie Oess

Dr. Sandra Schuh

Dr. Caroline Stochlinski

Diethard Tauschel

Marie-Christin Willemer

Ich frage Stefan Mohr, was die MMELer noch mehr tun könnten. Wo könnten sie sich noch stärker in den Fakultäten einbringen?

Stefan Mohr

Das ist eine spannende Frage. Wir sind in den Fakultäten in der Curriculumsentwicklung gut sichtbar und gut eingebunden. Wir könnten aber an der Schnittstelle von Aus- und Weiterbildung noch mehr tun. In die Phase bis zum Ende der Facharztweiterbildung sind wir noch nicht an allen Standorten richtig gut eingebunden.

Die letzte Interview-Frage geht an Stefanie Oess, die an der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) Theodor Fontane in Neuruppin als Studiendekanin tätig war. Was hast Du an Lehrinnovation durch den MME entwickelt und was willst Du noch entwickeln?

Stefanie Oess

Als Studiendekanin war das größte Projekt, mit einer Arbeitsgruppe am Standort einen Modellstudiengang Zahnmedizin zu entwickeln, der ein Z-Curriculum hat, eine starke Verschränkung und Integration der verschiedenen Fächer aufweist, der interdisziplinär ausgerichtet ist, der ein zentrales Lehr- und Lernprogramm hat, ein Wissenschaftspraktikum hat, über einen Kommunikationstrack verfügt. Aus dem MME habe ich das Wissen und die Kompetenz mitgenommen, konnte das MME-Netzwerk nutzen und all das ist in großem Umfang in diese Studiengangsentwicklung eingeflossen.

Auf der anderen Seite ging es für mich um die Biochemie und ihre vertikale Verzahnung in einem Spiralcurriculum, darüber haben wir in der GMA-Zeitschrift publiziert. Gern würde ich im Rahmen der Weiterbildung die Studierenden aus dem Studium in den Praxisübergang begleiten wollen, und dabei die Studierenden zu unterstützen, sich weiterhin in ihren Netzwerken zu bewegen und gegenseitige Unterstützung zu leisten. Ich würde mir perspektivisch das Öffnen von Karrierewegen für die Lehre wünschen, in denen die Lehre ein Schwerpunkt ist und in die die Ergebnisse der Ausbildungsforschung noch stärker einfließen.

Weiterhin haben den MME-Studiengang erfolgreich abgeschlossen, konnten aber aus terminlichen Gründen nicht an der Übergabe teilnehmen:

Dr. Pernilla Virginia Conrad

Dr. Florian Hartenstein

Dr. Matthias Carl Laupichler

PD Dr. Cihan Papan

Dr. Manulea Friederike Richter

Dr. Katrin Uebbing

Dr. Thorsten Buddelmann

PD Dr. Rabi Raj Datta

Herzlichen Glückwunsch und einen ganz großen Gesamtapplaus an alle Absolventinnen und Absolventen des MME-Studienganges 2026.



Tagungsimpressionen IV







Eine neue Generation Medizinstudierender: Erwartungen, Werte, Perspektiven

Moderation: Elif Şenel



Einführung zum Thema

Eine neue Generation Medizinstudierender: Erwartungen, Werte, Perspektiven

Elif Şenel

Journalistin und Rundfunkmoderatorin

Meine Damen und Herren,

wir haben mit der Übergabe der MME-Urkunden gerade die Bedeutung der Lehre gewürdigt. Bei unseren Medizinstudierenden kann man Fakten, Kenntnisse und Kompetenzen bewerten, es gibt aber auch Vieles, das sie ausmacht und darüber hinausgeht. Das soll in einer Podiumsdiskussion nachher vertieft werden.

Es geht um die zentrale Frage, was die Erwartungen, die Perspektiven, die Werte von jungen Medizinstudierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten am Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit sind.

In dieser Phase clashen dabei manchmal Vorstellungen verschiedener Generationen aufeinander.

Dabei geht es auch immer um die Frage des eigenen Berufsverständnisses. Es gibt bestimmte Ideale und Vorstellungen, nach denen Sie als junge Ärztinnen und Ärzte arbeiten wollen. Mein Schwiegervater kommt aus der Eifel und schwärmt heute noch von seinem Hausarzt aus den 1980er Jahren, der zu jeder Tages- oder Nachtzeit gerufen werden konnte und dann zu ihm nach Hause kam. Ich glaube, dass das heute nicht mehr so ist. Ist das denn ein Nachteil?!

Wir werden die Diskussion aus sehr unterschiedlichen Perspektiven führen: wo kommen wir mit unseren unterschiedlichen Vorstellungen her, was sind unsere Werte, und wo wollen wir hin. Dabei bleibt zu klären, wer eigentlich dieses „wir“ ist.

Nun freue ich mich sehr auf den Impulsvortrag von Professor Hurrelmann, einem der bekanntesten Generationenforscher in Deutschland, der sich sehr genau mit den Vorstellungen der jungen Generation auseinandergesetzt hat und an vielen Jugend- und Familienstudien beteiligt ist.



Impulsvortrag

Eine neue Generation Medizinstudierender: Erwartungen, Werte, Perspektiven

Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus Hurrelmann
Senior Professor of Public Health and Education
Hertie School – University of Governance

Meine Damen und Herren,

Viele leitende Ärztinnen und Ärzte beschäftigt heute eine drängende Frage: Wie steht die junge Generation von Medizinerinnen und Medizinern zur Arbeit im gesundheitlichen Versorgungssystem? Das gilt insbesondere für Krankenhäuser und große Gemeinschaftspraxen, in denen mehrere Generationen eng zusammenarbeiten.

Viele Medizinerinnen und Mediziner in Führungspositionen gehören zur Generation der „Babyboomer“ und sind heute über 60 Jahre alt. Sie haben das Gesundheitssystem über Jahrzehnte mit hohem persönlichem Einsatz getragen, häufig unter enormer zeitlicher Belastung, mit Nachtdiensten, Wochenendarbeit und erheblichen Einschränkungen des Privat- und Familienlebens. Für sie war es selbstverständlich, berufliche Verantwortung über persönliche Bedürfnisse zu stellen. Viele von ihnen stehen inzwischen kurz vor dem Ruhestand und wünschen sich eine Fortführung ihrer Arbeit.

Doch diese Erwartung wird zunehmend enttäuscht. Ein Chefarzt berichtete mir kürzlich von seinen Erfahrungen mit zwei neu eingestellten Assistenzärztinnen Anfang dreißig. Beide seien fachlich hervorragend vorbereitet, kommunikativ stark und hoch motiviert. Gleichzeitig achteten sie jedoch konsequent auf ihre Belastungsgrenzen. Überstunden würden hinterfragt, freie Tage selbstverständlich eingefordert, und nach belastenden Diensten bestehe ein klares Bedürfnis nach Erholung.

Für den Chefarzt, der kurz vor der Pensionierung steht, war das irritierend. Er selbst hatte gelernt, ärztliches Ethos vor allem über permanente Verfügbarkeit und persönliche Aufopferung zu definieren. Er sah durch die ihm fremden Einstellungen der jungen Ärztinnen das traditionelle Selbstverständnis der Medizin in Gefahr, in dem Leistungsbeurteilung, Verfügbarkeit und persönlicher Verzicht als selbstverständliche Bestandteile ärztlicher Professionalität galten.

In diesem Beitrag werde ich der Frage nachgehen, wie solche unterschiedlichen Arbeitshaltungen zustande kommen. Ich werde mich dabei an der Generationenforschung

orientieren. Sie geht davon aus, dass jede Generation unter bestimmten historischen und gesellschaftlichen Bedingungen aufwächst und diese Erfahrungen in charakteristische Einstellungen, Werthaltungen und Verhaltensmuster übersetzt. Unterschiedliche Vorstellungen von Arbeit, Führung und Lebensführung sind demnach nicht in erster Linie Ausdruck individueller Eigenschaften, sondern Ergebnis unterschiedlicher Generationslagerungen und der daraus hervorgehenden Generationsgestalten.

Der Ansatz der Generationenforschung

Der Sozialphilosoph Karl Mannheim hat bereits in den 1920er Jahren in seinem berühmten Essay „Das Problem der Generationen“ die Konzepte der „Generationslagerung“ und der „Generationsgestalt“ entwickelt. Seine Grundidee lautet: Menschen einer ähnlichen Altersgruppe teilen in der besonders prägenden Zeit des Jugendalters zwischen 15 und 25 Jahren historische Erfahrungen, die sich aus ihrer Lebenssituation ergeben. Aus solchen gemeinsamen Erfahrungen entstehen typische Sichtweisen auf Arbeit, Familie, Politik und Lebensführung. Zwei Begriffe kennzeichnen diesen Ansatz:

- Mit dem Begriff der Generationslagerung bezeichnet Mannheim die objektiven gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in die eine Altersgruppe hineinwächst. Dazu gehören wirtschaftliche Entwicklungen, technologische Veränderungen, politische Krisen und kulturelle Leitbilder. Diese Bedingungen unterscheiden sich von Jahrzehnt zu Jahrzehnt zum Teil erheblich.
- Mit dem Begriff Generationsgestalt bezeichnet er die subjektive Verarbeitung dieser Erfahrungen. Gemeint sind die typischen Einstellungen, Werthaltungen und Verhaltensmuster, die sich aus einer bestimmten Generationslagerung heraus entwickeln. Gesellschaftliche Veränderungen prägen junge Menschen also nicht mechanisch, sondern werden aktiv verarbeitet und in individuelle Lebensentwürfe übersetzt.

Von Karl Mannheim stammt auch die Idee, dass nach Ablauf von jeweils 15 Jahren die äußeren Lebensbedingungen sich so verändert haben, dass sie zu einer jeweils neuen Generationsgestalt führen. Damit hat er den Grundstein für eine – zugegeben manchmal etwas sehr enge – Konzeption von Generationen gelegt, der heute sehr gerne in der Forschung aufgegriffen wird.

In meiner eigenen Arbeit habe ich den Ansatz Mannheims aufgenommen und in das persönlichkeits-theoretische Modell der „produktiven Verarbeitung der inneren und der äußeren Realität“ einbezogen (zuletzt in meinem gleichnamigen Buch „Produktive Realitätsverarbeitung“ 2025). Die Kernidee: Grundlegende Persönlichkeitsmerkmale formen sich aus der aktiven Auseinandersetzung eines Menschen mit seinem Körper und seiner Psyche (innere Realität) auf der einen und seiner sozialen und physischen Umwelt (äußere Realität) auf der anderen Seite. Junge Menschen reagieren nicht passiv auf gesellschaftliche Bedingungen, sondern setzen sich produktiv mit ihnen auseinander. Sie

versuchen, ihre körperlichen und psychischen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Interessen mit den Anforderungen ihrer sozialen und physischen Umwelt in Einklang zu bringen.

Dieser Ansatz stellt eine Verbindung zwischen der Generationen- und der Gesundheitsforschung her, denn vom Gelingen der Balance zwischen innerer und äußerer Realität hängt ab, welche Position ein Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einnimmt (dazu aktuell das Buch „Gesundheitstheorien“ von Matthias Richter und mir 2026). Lebens- und Arbeitseinstellungen sind nach diesem Ansatz immer von dem Versuch eines Menschen geprägt, die Balance herzustellen. Je nach den äußeren Bedingungen in Gesellschaft, Wirtschaft und Gesundheitssystem prägen sich dadurch charakteristische Muster der Persönlichkeitsentwicklung aus, die sich von Generation zu Generation unterscheiden.

Die etablierten Generationen im Gesundheitswesen

Nach diesem Ansatz lassen sich die heute im Gesundheitswesen tätigen Altersgruppen als unterschiedliche Generationsgestalten beschreiben, die aus jeweils spezifischen Generationslagerungen hervorgegangen sind. Die äußeren gesellschaftlichen Bedingungen prägen dabei nicht unmittelbar das Verhalten, sondern werden von jeder Altersgruppe auf ihre Weise verarbeitet und in charakteristische Einstellungen und Lebensentwürfe übersetzt.

In idealtypischer Betrachtung lassen sich drei etablierte Generationen unterscheiden:

- Die etwa zwischen 1950 und 1965 Geborenen, die sogenannten Babyboomer, prägen bis heute viele Führungspositionen in Kliniken, der Universitätsmedizin und der ärztlichen Selbstverwaltung. Ihre Generationslagerung war durch eine Phase wirtschaftlicher Stabilität, gesellschaftlichen Aufbruchs und des starken Ausbaus des Gesundheitswesens gekennzeichnet. Der Arztberuf bot attraktive Aufstiegsmöglichkeiten und genoss hohes gesellschaftliches Ansehen. Aus dieser Generationslagerung entwickelte sich eine Generationsgestalt, die von Leistungsorientierung, Konkurrenz und einer hohen Identifikation mit dem Arztberuf geprägt war. Ärztliche Tätigkeit wurde häufig als Lebensaufgabe verstanden. Berufliche Verantwortung besaß Vorrang vor persönlichen Bedürfnissen, und hohe zeitliche Belastungen galten als selbstverständlicher Bestandteil ärztlicher Professionalität.
- Die heute 45- bis 60-Jährigen, die etwa zwischen 1965 und 1980 geboren wurden und häufig als Generation X bezeichnet werden, erlebten dagegen bereits eine Generationslagerung, die durch wirtschaftliche Krisen und gesellschaftliche Unsicherheiten geprägt war. Im Gesundheitswesen fielen diese Erfahrungen mit zunehmender Ökonomisierung, Arbeitsverdichtung und wachsender Bürokratisierung zusammen. Die daraus hervorgegangene Generationsgestalt unterschied sich bereits spürbar von derjenigen der Babyboomer. Viele Angehörige dieser Altersgruppe versuchten, beruflichen Erfolg stärker mit privater Lebensqualität zu verbinden. Aus Sicht älterer Kolleginnen und Kollegen wurden sie deshalb nicht

selten als weniger berufsorientiert wahrgenommen und gelegentlich sogar als „Null-Bock-Generation“ etikettiert.

- Die heute etwa 30- bis 45-Jährigen, die zwischen 1980 und 1995 geboren wurden und häufig der Generation Y zugerechnet werden, wuchsen bereits teilweise im digitalen Zeitalter auf. Ihre Generationslagerung war durch wirtschaftliche Krisen, zunehmende Unsicherheit und einen wachsenden ökonomischen Druck im Gesundheitswesen gekennzeichnet. Aus diesen Erfahrungen entwickelte sich eine Generationsgestalt, die fachliche Leistungsorientierung mit neuen Ansprüchen an die Qualität der Arbeitsbedingungen verbindet. Viele Angehörige dieser Generation suchen nicht nur professionelle Exzellenz, sondern legen zugleich Wert auf Sinnorientierung, Teamkultur, Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sowie gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen.

Die Entwicklung über die Generationen hinweg zeigt, dass sich die Vorstellungen von ärztlicher Professionalität nicht abrupt verändern. Vielmehr verschieben sich die Akzente schrittweise. Während für die Babyboomer berufliche Hingabe und persönliche Aufopferung im Vordergrund standen, gewannen für die Generation X Lebensqualität und für die Generation Y Sinnorientierung und Teamkultur an Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Generationslagerung die heute unter 30-jährigen Medizinstudierenden, die oft als Generation Z bezeichnet werden, prägt und welche Generationsgestalt sich daraus entwickelt.

Welche Erfahrungen prägen die jüngste Generation Medizinstudierender?

Um diese Frage zu beantworten, können wir auf eine ganze Reihe von Studien zurückgreifen. Dazu zählt die Trendstudie Jugend in Deutschland, die ich mit Simon Schnetzer, Kilian Hampel und Nina Kolleck regelmäßig durchführe. Sie beruht auf repräsentativen Befragungen der 14- bis 29-Jährigen im Vergleich mit den 30- bis 59-Jährigen und den über 60-Jährigen. Spezifizieren lassen sich diese Befunde durch die Ergebnisse durch das Berufsmonitoring Medizinstudierende der KBV und gezielte Untersuchungen zu Generationseinstellungen jungen Ärztinnen und Ärzten verschiedener Medizinfakultäten.

Aus diesen Studien lässt sich die heute vorherrschende Generationsgestalt junger Medizinstudierender auf fünf prägende Erfahrungen ihrer Generationslagerung zurückführen.

Erstens: Aufwachsen im Modus der Dauerkrise

Zur Generationslagerung der jüngsten Altersgruppe gehört die Erfahrung einer ungewöhnlichen Verdichtung von Krisen. Anders als frühere Generationen erleben die heute jungen Erwachsenen ihre formative Lebensphase unter dem Eindruck von ineinander geschachtelten Krisen in den Bereichen Klima, Pandemie, Krieg, Inflation und wirtschaftlicher Unsicherheit. Viele haben den Eindruck, ihr Leben vollziehe sich im Modus

einer Dauerkrise. Besonders Medizinstudierende und junge Ärztinnen und Ärzte wurden während der Corona-Pandemie früh mit Krankheit, Überlastung und den Grenzen des Gesundheitssystems konfrontiert. Schon während ihrer Ausbildung erlebten sie überfüllte Kliniken, erschöpfte Teams und erhebliche psychische Belastungen des Personals.

Aus dieser Generationslagerung hat sich eine Generationsgestalt entwickelt, die durch eine erhöhte Sensibilität für Gesundheit und Belastungsgrenzen geprägt ist. Viele junge Ärztinnen und Ärzte möchten ihren Beruf mit hoher fachlicher Qualität ausüben, lehnen aber die Vorstellung ab, dauerhafte Überforderung als selbstverständlichen Bestandteil ärztlicher Professionalität zu akzeptieren. Planbare Arbeitszeiten, verlässliche Dienststrukturen, eine realistische Arbeitsbelastung und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben besitzen deshalb einen hohen Stellenwert. Arbeitsbedingungen werden nicht als Nebensache betrachtet, sondern als Voraussetzung langfristiger Leistungsfähigkeit.

Zweitens: Sozialisation im digitalen Zeitalter

Zur Generationslagerung der heutigen Medizinstudierenden gehört die umfassende Digitalisierung aller Lebensbereiche. Die Angehörigen dieser Generation bewegen sich selbstverständlich in digitalen Netzwerken und sozialen Medien, erleben dort jedoch zugleich permanente Beobachtung und Bewertung. Auch die Medizin befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel. Elektronische Dokumentation, digitale Kommunikationssysteme, Telemedizin und Anwendungen Künstlicher Intelligenz eröffnen neue Möglichkeiten, werden aber zugleich häufig als Quelle zusätzlicher Beschleunigung und Bürokratisierung wahrgenommen.

Diese Erfahrungen haben eine Generationsgestalt hervorgebracht, die Digitalisierung zugleich als Chance und als Belastung wahrnimmt. Junge Medizinerinnen und Mediziner sind es gewohnt, in allen Bereichen ihres Alltags digital zu arbeiten, und übertragen diese Selbstverständlichkeit auf ihren Beruf. Nicht selten reagieren sie irritiert auf die Skepsis oder Ablehnung digitaler Verfahren, die sie bei älteren Generationen beobachten.

Zugleich prägt die Sozialisation in digitalen Netzwerken, teamorientierten Lernumgebungen und einer Kultur permanenter Kommunikation ihre Erwartungen an Zusammenarbeit. Viele haben während Studium und Ausbildung erlebt, wie wichtig funktionierende Teams gerade in Krisensituationen sind. Autoritäre Führungsstile in hierarchischen Strukturen werden deshalb deutlich kritischer beurteilt als von früheren Ärztegenerationen. Erwartet werden respektvolle Zusammenarbeit, transparente Kommunikation und kollegiale Unterstützung. Führung wird akzeptiert, soll aber auf Autorität basieren, die durch Kompetenz, Nachvollziehbarkeit und Beteiligung hergestellt wird.

Drittens: Ein langer Berufsweg unter Bedingungen hoher Unsicherheit

Zur Generationslagerung der jüngsten Altersgruppe gehört die Erfahrung eines schwer kalkulierbaren Übergangs in das Berufsleben. Zwar sind die Beschäftigungsaussichten in der Medizin ausgesprochen günstig, der Weg zum Arztberuf ist jedoch lang, leistungsintensiv und stark reglementiert. Staatsexamina, Facharztweiterbildung, Konkurrenz um attraktive Ausbildungsplätze und Unsicherheiten hinsichtlich künftiger Arbeitsbedingungen erschweren eine langfristige Lebensplanung. Viele junge Menschen erleben Unsicherheit daher bereits zu Beginn ihres Berufsweges.

Aus dieser Erfahrung hat sich eine Generationsgestalt entwickelt, die ein starkes Bedürfnis nach Orientierung und individueller Förderung erkennen lässt. Viele junge Ärztinnen und Ärzte erwarten strukturierte Weiterbildung, regelmäßiges Feedback, Mentoring und transparente Karrierewege. Beruflicher Erfolg wird nicht allein über Status oder Position definiert, sondern auch über fachliche Entwicklungsmöglichkeiten, persönliche Lernfortschritte und die Chance, die eigenen Potenziale zu entfalten. Der Arztberuf soll nicht nur Pflichten auferlegen, sondern Entwicklung ermöglichen.

Viertens: Zukunftsskepsis bei gleichzeitigem Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit
Kennzeichnend für die Generationslagerung der heutigen jungen Erwachsenen ist eine eigentümliche Spannung zwischen persönlichem Optimismus und gesellschaftlichem Pessimismus. Viele vertrauen auf ihre eigenen Fähigkeiten, blicken jedoch skeptisch auf die Zukunft gesellschaftlicher Institutionen. Dies gilt auch für das Gesundheitssystem. Viele Medizinstudierende rechnen mit zunehmendem Personalmangel, wachsendem wirtschaftlichem Druck und einer weiteren Verdichtung ärztlicher Arbeit. Fragen der psychischen Gesundheit, der Burnout-Prävention und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewinnen deshalb bereits während des Studiums an Bedeutung.

Die daraus hervorgehende Generationsgestalt ist durch ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Verlässlichkeit geprägt. Viele junge Ärztinnen und Ärzte wünschen sich klare Karriereperspektiven, stabile Arbeitsbedingungen und transparente Vergütungssysteme. Auch finanzielle Sicherheit gewinnt wieder an Bedeutung. Der Arztberuf wird zwar weiterhin als attraktiver und vergleichsweise krisenfester Beruf wahrgenommen. Zugleich achten junge Medizinerinnen und Mediziner stärker auf Einkommen, Arbeitszeit und langfristige Planbarkeit ihrer beruflichen Existenz.

Die Arbeitshaltung der heutigen jungen Ärztegeneration durch den Versuch gekennzeichnet, fachliche Leistungsorientierung mit Gesundheit, Lebensqualität und langfristiger Arbeitsfähigkeit zu verbinden. Altruismus, Verantwortungsbewusstsein und Leistungsbereitschaft bleiben wie bei den älteren Generationen zentrale berufliche Motive. Neu ist jedoch die Erwartung, dass diese Motive nicht mehr mit dauerhafter Selbstüberforderung erkaufte werden müssen.

Fünftens: Wandel der Familien- und Geschlechterverhältnisse

Zur Generationslagerung der heutigen jungen Erwachsenen gehört schließlich ein tiefgreifender Wandel familiärer Strukturen und Geschlechterrollen. Aufgrund der zahlreichen Unsicherheiten und Planungsungewissheiten ist die Herkunftsfamilie für viele junge Menschen wichtiger geworden als für frühere Generationen. Eltern spielen häufig eine zentrale Rolle bei der finanziellen Absicherung sowie bei Bildungs-, Berufs- und Lebensentscheidungen. Nicht selten treten sie als Beschützer und Fürsorger auf, die ihre jugendlich und jungerwachsen gewordenen Kinder vor den Unwägbarkeiten des Lebens bewahren wollen. Viele junge Menschen sind daher intensive Unterstützung, regelmäßige Bestätigung und organisatorische Entlastung gewohnt. Das hat ihre Fähigkeit zur Selbstorganisation und Konfliktbewältigung teilweise geschwächt.

Auffällig ist auch der grundlegende Wandel der Geschlechterrollen. Frauen haben ihre Bildungs- und Berufschancen in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich verbessert und stellen inzwischen die Mehrheit der Medizinstudierenden. Sie treten häufig mit klaren Vorstellungen von der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf. Gleichzeitig entwickeln auch viele junge Männer neue Vorstellungen von Partnerschaft, Vaterschaft und beruflicher Karriere.

Diese Veränderungen haben eine Generationsgestalt hervorgebracht, in der Fragen der Lebensgestaltung einen deutlich höheren Stellenwert besitzen als in früheren Ärztegenerationen. Viele junge Ärztinnen und Ärzte – Frauen ebenso wie Männer – möchten berufliches Engagement mit Familie, Partnerschaft und persönlicher Lebensqualität verbinden. Flexible Arbeitszeiten, Teilzeitmodelle, familienfreundliche Strukturen und eine Kultur gegenseitiger Rücksichtnahme werden deshalb als selbstverständliche Bestandteile moderner Arbeitsorganisation betrachtet.

Welche Konsequenzen ergeben sich für Medizinische Fakultäten und Versorgungsorganisationen?

Die Analyse von Generationslagerung und Generationsgestalt der jungen Ärztegeneration macht deutlich: Die veränderten Erwartungen an Studium und Beruf entstehen nicht zufällig. Sie stellen vielmehr eine nachvollziehbare Reaktion auf die Lebensbedingungen einer von Krisen, Unsicherheit und beschleunigtem Wandel geprägten Gesellschaft dar. Die junge Ärztegeneration sucht nach einer Form ärztlicher Professionalität, die hohe fachliche Qualität mit persönlicher Stabilität, kooperativer Zusammenarbeit und einem eigenständigen Leben außerhalb des Berufs verbindet.

Daraus ergeben sich gemeinsame Herausforderungen für Medizinische Fakultäten ebenso wie für Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren und Arztpraxen. Die fünf Merkmale der Generationsgestalt geben dabei eine Orientierung.

Erstens: Gesundheit und Belastungsgrenzen ernst nehmen

Die erhöhte Sensibilität der jungen Generation für psychische Belastungen und gesundheitliche Risiken sollte nicht als Schwäche missverstanden werden. Sie ist eine nachvollziehbare Reaktion auf die Erfahrungen von Pandemie, Krisen und Arbeitsverdichtung. Für die Medizinischen Fakultäten bedeutet dies, Kompetenzen der Selbstfürsorge, Stressbewältigung und Resilienz ausdrücklich als Bestandteil professioneller ärztlicher Kompetenz zu vermitteln. Die Ausbildung sollte nicht nur fachliches Wissen und klinische Fertigkeiten fördern, sondern auch den reflektierten Umgang mit Belastungen. Für medizinische Versorgungsorganisationen folgt daraus die Notwendigkeit, Schutz vor Überlastung zu einem zentralen Element moderner Personalpolitik zu machen. Flexible Arbeitszeitmodelle, verlässliche Dienstplanung, Hilfe bei mentalen Belastungen, Gesundheitsförderung und familienfreundliche Strukturen sind keine Zusatzangebote mehr, sondern Voraussetzungen für langfristige Leistungsfähigkeit und die Bindung qualifizierter Fachkräfte.

Zweitens: Digitalisierung und kooperative Zusammenarbeit fördern

Die Sozialisation im digitalen Zeitalter hat die Erwartungen an Kommunikation und Zusammenarbeit nachhaltig verändert. Teamorientierung und gegenseitige Unterstützung besitzen für die junge Ärztegeneration einen hohen Stellenwert.

Medizinische Fakultäten sollten deshalb Lernumgebungen schaffen, die weniger auf Konkurrenz und stärker auf Teamarbeit, gemeinsame Problemlösung und aktive Beteiligung ausgerichtet sind. Gleichzeitig gilt es, digitale Kompetenzen und den reflektierten Umgang mit neuen Technologien systematisch zu fördern.

Für medizinische Versorgungsorganisationen wird das Betriebsklima damit zu einem entscheidenden Wettbewerbsfaktor. Junge Ärztinnen und Ärzte erwarten respektvolle Zusammenarbeit, transparente Kommunikation und nachvollziehbare Entscheidungen. Autoritäre Führungsstile verlieren an Akzeptanz. Gefragt sind Führungskräfte, die Orientierung geben, Beteiligung ermöglichen und eine Kultur der Wertschätzung fördern.

Zugleich eröffnet die Zusammenarbeit der Generationen neue Chancen. Während ältere Kolleginnen und Kollegen klinische Erfahrung und institutionelles Wissen einbringen, verfügen jüngere häufig über hohe digitale Kompetenz und technologische Flexibilität. Modelle des Reverse Mentoring können diesen Austausch gezielt fördern.

Drittens: Orientierung und persönliche Entwicklung ermöglichen

Der lange, anspruchsvolle und schwer kalkulierbare Ausbildungsweg verstärkt das Bedürfnis nach Orientierung und individueller Förderung.

Medizinische Fakultäten sollten deshalb strukturierte Lern- und Weiterbildungswege, Mentoring, regelmäßiges Feedback und transparente Entwicklungsperspektiven zu selbstverständlichen Bestandteilen der Ausbildung machen. Beruflicher Erfolg wird von

vielen jungen Menschen nicht allein über Status oder Position definiert, sondern über die Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten zu entfalten.

Auch für medizinische Versorgungsorganisationen gewinnen Beziehungen und persönliche Entwicklung an Bedeutung. Viele junge Ärztinnen und Ärzte erwarten transparente Weiterbildungskonzepte, Supervision und eine aktive Begleitung ihrer fachlichen Entwicklung. Interesse an ihrer fachlichen und persönlichen Entwicklung wird als Ausdruck von Wertschätzung verstanden und trägt wesentlich zur Bindung an die Organisation bei.

Viertens: Sicherheit und Planbarkeit gewährleisten

Die Erfahrungen von Krisen und gesellschaftlicher Unsicherheit haben das Bedürfnis nach Verlässlichkeit verstärkt.

Für Medizinische Fakultäten bedeutet dies, transparente Ausbildungsstrukturen und nachvollziehbare Anforderungen zu schaffen. Studierende benötigen Klarheit über Erwartungen, Entwicklungsmöglichkeiten und Übergänge in die Facharztweiterbildung. Für Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren und Arztpraxen gewinnen stabile Arbeitsbedingungen, verlässliche Karriereperspektiven und transparente Vergütungssysteme an Bedeutung. Junge Ärztinnen und Ärzte reagieren sensibel auf Ungleichbehandlung und intransparente Leistungsanforderungen. Auch die Bezahlung wird nicht allein als ökonomische Frage verstanden, sondern als Ausdruck von Anerkennung und Fairness. Zusätzliche Belastungen wie Dienste, Rufbereitschaften oder kurzfristige Einsätze sollen nachvollziehbar und angemessen honoriert werden.

Fünftens: Vereinbarkeit und Vielfalt als Normalität verstehen

Die veränderten Geschlechterrollen und die wachsende Bedeutung familiärer Beziehungen haben die Erwartungen an die Gestaltung des Berufslebens verändert.

Medizinische Fakultäten stehen deshalb vor der Aufgabe, familienfreundliche Rahmenbedingungen, Chancengleichheit und diskriminierungsfreie Lernumgebungen zu gewährleisten. Ebenso wichtig ist es, die ursprünglich hohe Motivation vieler Studierender zu bewahren und Lernformen zu fördern, die Patientennähe, Empathie und professionelle Verantwortung stärken.

Für medizinische Versorgungsorganisationen bedeutet dies, unterschiedliche Lebensentwürfe als selbstverständlichen Bestandteil moderner Arbeitswelten anzuerkennen. Viele Ärztinnen und Ärzte – Frauen ebenso wie Männer – möchten berufliches Engagement mit Familie, Partnerschaft und persönlicher Lebensqualität verbinden. Flexible Arbeitszeitmodelle, Teilzeitmöglichkeiten und eine Kultur gegenseitiger Rücksichtnahme werden deshalb zunehmend zu Kennzeichen attraktiver Arbeitgeber.

Fazit

Die Analyse von Generationslagerung und Generationsgestalt führt zu einem klaren Ergebnis: Die junge Ärztegeneration ist nicht weniger leistungsorientiert als ihre Vorgängerinnen und Vorgänger. Sie verbindet ihre Leistungsbereitschaft jedoch mit anderen Erwartungen an die Bedingungen beruflicher Tätigkeit.

Die empirischen Studien zeigen eine Generation, die weiterhin von Altruismus, Sinnorientierung und fachlichem Interesse geprägt ist, zugleich aber Wert auf Gesundheit, Teamarbeit, persönliche Entwicklung, verlässliche Strukturen und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben legt.

Für Medizinische Fakultäten und medizinische Versorgungseinrichtungen ergibt sich daraus eine gemeinsame Aufgabe. Sie müssen Rahmenbedingungen schaffen, die fachliche Exzellenz mit einer modernen Lern-, Arbeits- und Führungskultur verbinden. Gelingt dies, kann die junge Ärztegeneration ihre Potenziale voll entfalten.

Langfristig deutet vieles darauf hin, dass sich damit auch das Verständnis ärztlicher Professionalität verändert. Nicht permanente Verfügbarkeit und persönliche Aufopferung werden zum entscheidenden Maßstab, sondern die Fähigkeit, fachliche Kompetenz, Verantwortungsbewusstsein, Teamfähigkeit und persönliche Stabilität miteinander zu verbinden. Die junge Ärztegeneration stellt die ärztliche Profession damit nicht infrage. Sie trägt vielmehr dazu bei, ihre Leitbilder an die Bedingungen einer komplexen und von Unsicherheiten geprägten Gesellschaft anzupassen. Gerade darin könnte ihre eigentliche Modernisierungskraft liegen.

Vielen Dank!



Die Teilnehmenden des Panel-Diskussion Eine neue Generation Medizinstudierender:
Erwartungen, Werte, Perspektiven, v.l.n.r.: Erik Bodendieck, Elif Şenel,
Paula Szumotalski, Dr. Anja Bittner, Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus Hurrelmann

Panel-Diskussion

Dr. Anja Bittner

Prodekanin Studium und Lehre an der Medizinischen Fakultät OWL
der Universität Bielefeld

Erik Bodendieck

Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus Hurrelmann

Senior Professor of Public Health and Education

Hertie School – University of Governance

Paula Szumotalski

Bundeskoordinatorin der AG Medizinische Ausbildung, bvmd

Moderation: Elif Şenel

Journalistin und Rundfunkmoderatorin

Şenel

Der Vortrag hat viele Denkanstöße und Überlegungen beinhaltet, mit denen wir uns nun weiter auseinandersetzen können. Wir wollen das Thema mit unseren Gästen jetzt in seinen verschiedenen Facetten betrachten:

Mit Frau Dr. Bittner haben wir die Prodekanin für Studium und Lehre an einer noch jungen Medizinischen Fakultät. Sie hat hier in Dresden studiert und als Schwerpunkt ihrer Lehre die leicht verständliche Kommunikation von wissenschaftlichen Ergebnissen definiert. Im Jahre 2011 hat sie die Internetseite „Washabich.de“ gegründet und später in Hamburg in der medizinischen Ausbildungsforschung promoviert. Sie hat in Bielefeld an der Medizinischen Fakultät OWL den Modellstudiengang mit aufgesetzt, der im Wintersemester 2021/22 an den Start ging.

Weiter begrüße ich Frau Paula Szumotalski. Sie gehört zur Fachschaft Medizin an der Universität Leipzig und engagiert sich in der AG Medizinische Ausbildung der bvmd.

Mit Erik Bodendieck haben wir den Präsidenten der Landesärztekammer Sachsen zu Gast. Er ist Hausarzt, betreibt eine eigene Praxis und bildet in dieser Funktion junge Ärztinnen und Ärzte aus. Er engagiert sich für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung, der Ausbildung und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte und hat durch seine mehr als 25-jährige Lehrtätigkeit auch die Verbindung zu den Studierenden.

Ich möchte mit Ihnen, Frau Szumotalski, beginnen – haben Sie sich im Vortrag von Professor Hurrelmann mit der Beschreibung Ihrer Generation verstanden gefühlt?

Szumotalski

Vieles, was beschrieben wurde, entspricht meinen eigenen Vorstellungen und Erfahrungen. Wir leben in einer anderen Welt als vor 30 oder 50 Jahren. Ich verweise auf die Digitalisierung, die gerade mit der Corona-Pandemie einen wesentlich größeren Raum eingenommen hat. Wir haben andere Werte und uns stehen viel mehr Türen offen, als der Generation meiner Großeltern. Die junge Generation von heute möchte für sich selbst einstehen und es ist schön, dass sie sich das traut. Wir wollen nicht im selben System groß werden, wie das unsere Großeltern taten und sollten uns dabei nicht auf den Generationenkonflikt konzentrieren, sondern zusammenarbeiten und dabei voneinander lernen.

Şenel

Wie kann man das erreichen, frage ich Frau Bittner. Die Universität Bielefeld war schon immer sehr liberal und hat vieles gewagt, was andere Universitäten nicht taten. Was war in Bielefeld beim Aufsetzen des Modellstudienganges wichtig?

Bittner

Dabei spielte der eigene Erfahrungshorizont eine große Rolle. Es war nicht der Plan für mich, eine Medizinische Fakultät mit aufzubauen. Dass ich das nun durfte, erfüllt mich mit großer Dankbarkeit. Ich wollte vielmehr die medizinische Ausbildung verbessern, denn ich fühlte, dass ich mit meinem Studium nicht gut auf die ärztliche Tätigkeit vorbereitet war.

Wenn man am Reißbrett einen Studiengang gestalten kann, spielen auch Fragen nach dem Ziel der Ausbildung eine Rolle. Wo wollen wir mit dem Studium hin, worauf bereiten wir die Studierenden vor? Ich konnte mich an eigenen Erfahrungen, an schon Vorhandenem orientieren. Auch der Masterplan 2020 war, als wir mit der Konzeption begannen, noch nicht so alt, und es gab einen ersten Referentenentwurf einer neuen Approbationsordnung, an dem wir uns orientierten.

Schließlich waren es meine eigenen Erfahrungen aus dem Studium, die Frage nach der Haltung einer Ärztin und die Veränderungen, die eine solche Haltung im Laufe des Lebens erfährt, die in die Studiengestaltung eingingen. Hier war uns die Patientenzentrierung ein ganz entscheidender Punkt, denn wir wissen, dass das für eine ganze Zeit im Studium nicht so war.

Şenel

Der Studiengang ging 2021/22 nicht ganz inmitten der Corona-Pandemie an den Start. Jetzt sind einige Jahre vergangen, was ist Ihr erstes Zwischenfazit - was hat sich von den Ideen umsetzen lassen?

Bittner

Wir mussten nicht ganz unter Corona-Bedingungen starten, sondern konnten auch schon wieder Präsenzlehre anbieten. Die Generation der Studienanfänger hat aber Corona in vollem Umfang erlebt und unter diesen Bedingungen ihr Abitur gemacht. Sie hat es schwer gehabt, sich davon zu lösen. Der Präsenzanteil war in der Schule gering.

Wir erleben nicht nur in der Medizin, sondern in allen Fächern, dass der Besuch der Vorlesungen stark abgenommen hat. Wir konkurrieren mit vielen anderen Medien und Dingen, die die Aufmerksamkeit an sich ziehen. Wir hatten in Bielefeld zu Anfang auf die Anwesenheitspflicht in Seminaren verzichtet – es hat aber nicht funktioniert. Eigenverantwortung in einem liberalen Studiengang bedeutet nicht automatisch, dass Studierende die Lehrveranstaltung als für sie notwendig wahrnehmen. Wir mussten eine andere Verbindlichkeit herstellen, die neben der Verbindlichkeit für uns, die Lehrveranstaltungen pünktlich und nach dem Lehrprogramm anzubieten auch die Verbindlichkeit des Besuchs durch die Studierenden enthält.

Şenel

Herr Bodendieck, Sie haben im Vorgespräch auch gesagt, dass zwar viele Vorlesungen angeboten, dann aber von den Studierenden nicht besucht werden. Was sind Ihre Erfahrungen?

Bodendieck

Wenn ich über Lehre rede, dann meine ich die Vorlesungen, die ich selbst halte und auch meine Tätigkeit als Lehrarzt, wo der Studierende neben mir in der Praxis sitzt. Über die Jahre meiner Tätigkeit konnte ich eine Veränderung in den Generationen beobachten. Ich finde das sehr interessant und möchte das auch gar nicht als „gut“ oder „schlecht“ bewerten, sondern finde, dass das meine Tätigkeit sehr bereichert.

Ich habe das als junger Arzt anders erlebt – damals gab es strenge Hierarchien, es wurde nichts verändert und das Wort des Chefs war ein Gesetz. Es war sehr schwierig, in ein Gespräch zu kommen oder neue Ideen einzubringen. Heute gibt es das Gespräch, und das hilft beiden Seiten. Ein Generationenkonflikt ist nach meiner Ansicht immer da – da bin ich gegen ein Weichzeichnen, sondern benenne lieber so, wie es ist.

Das Medizinstudium ist ein sehr verschultes System. Die Allgemeinmedizin rotiert mit ihren Anfangszeiten in Leipzig – wenn ich bei schönem Wetter abends 18.15 Uhr im Hörsaal stehen und Vorlesung machen soll, kann ich gut verstehen, wenn niemand da ist, zumal es asynchrone Vorlesungsangebote gibt.

Ich bin aber sehr bei Frau Bittner, denn in meiner LÄK-Funktion kümmere ich mich auch um andere Gesundheitsfachberufe. Die Bundesärztekammer hat 2025 ein Paper zur Physician Assistance verabschiedet, und dort habe ich den Satz hineinschreiben lassen „Wir akzeptieren keine Fernstudiengänge!“. Das führte bei den Fernuniversitäten nicht unbedingt zu großer Freude, aber – Medizin ist etwas, was ich im gegenseitigen Miteinander mit den Patienten in der Interaktion ausübe. Das muss ich lernen. Das kann im Gespräch mit den Kommilitoninnen und Kommilitonen im Studiengang sein, das kann die Auseinandersetzung mit meinen Lehrenden sein. Dabei muss ich alle Gefühle nutzen. Trotz aller digitaler Angebote ist die Interaktion das bedeutsame Element.

Şenel

Das Stichwort Patientenkontakt möchte ich aufnehmen. Ich weiß, dass im Bielefelder Modellstudiengang der Patientenkontakt sehr früh beginnt und dass auch im MME-Programm nach Wegen gesucht wird, junge Studierende möglichst früh in die Verantwortung zu nehmen. Wie wichtig ist dieser Punkt den Studierenden?

Szumotalski

Man zieht aus den Patientenkontakten die Motivation, wie man vielleicht als Ärztin und als Arzt später einmal arbeiten kann. Das tut man nicht, wenn man in den Vorlesungen der Grundlagenfächer Physiologie oder Biochemie sitzt. Der Kontakt zu Patientinnen und Patienten sollte so früh wie möglich sein, um Empathie zu fördern und den Kontakt zum ärztlichen Personal herzustellen.

Şenel

Warum kommen die Studierenden nicht mehr zu den Präsenzveranstaltungen, die von den Lesenden mit viel Aufwand und Mühe vorbereitet werden? Was ist Ihre Wahrnehmung aus den Fachschaften?

Szumotalski

Ich studiere selbst in Leipzig und habe erlebt, dass in der Vorlesung Allgemeinmedizin 7 oder 8 von etwa 350 Studierenden saßen. Der Vorlesungsbesuch ist bei mir, im Freundes- und Kommilitonenkreis ein großes Thema. Aus unserer Sicht ist die Vorlesung nicht mehr das traditionelle Lehrformat, welches einen solch großen Stellenwert einnehmen sollte. Durch die Digitalisierung haben sich neue Plattformen und Lehrformate gebildet, und ich kann mir gar nicht vorstellen, wie frühere Generationen es geschafft haben, in solch kurzer Zeit Lehrbücher zu lesen. Man sollte überlegen, ob man die Vorlesung nicht besser digitalisieren könnte, so wie das in Leipzig angeboten wird. Es gibt andere Lebensmodelle, in denen ein Vorlesungsbesuch durch Familie, Kinderbetreuung oder die Anforderung, neben dem Studium zu arbeiten, nicht im Zentrum des Studierens steht.

Şenel

Wie kann das gehen? Wie bekommt man die Inhalte aus der Lehre so vermittelt, dass eine Interaktion mit den Patientinnen und Patienten danach möglich wird und z.B. Halungen transportiert werden? Wenn wir auf die KI sehen, kann ich dort ein Skript hochladen und bekomme daraus einen schönen Vortrag, bei dem mir eine sehr realistisch klingende Person das Material erzählt. Kann man Ressourcen für bessere Formate nutzen?

Bittner

Ich würde mir das sehr wünschen und in noch mehr Kleingruppenformaten die Lehre freier gestalten. Je kleiner die Gruppe, desto besser ist der Kontakt zu den Patientinnen und Patienten und zu den Lehrenden. Wir wissen seit vielen Jahren, dass die Vorlesung nicht das geeignete Mittel ist, um Inhalte gut zu vermitteln und Kompetenzen weiterzugeben. Es wäre wünschenswert und schön, das in ein kleineres Format zu verschieben, das ist aber mit den vorhandenen Ressourcen schwierig. Auch in Bielefeld gelingt das nur bedingt, denn es ist zu teuer.

Hurrelmann

Die Studien haben gezeigt, dass ein Appell an das Pflichtgefühl der Studierenden, eine Vorlesung zu besuchen, nichts mehr bringt. Die junge Generation denkt pragmatisch und kostenorientiert. Ich würde darauf reagieren, indem ich eine Task Force gemeinsam mit den Studierenden bilde und nach Strukturen oder Lehrformaten suche, die die Vorlesung ersetzen können und so gestaltet sind, dass die Studierenden auch kommen. Diese könnten interaktiv und viel intensiver als die traditionelle Vorlesung sein.

Szumotalski

Eine gewisse intrinsische Motivation ist bei den Studierenden wohl vorhanden, denn sonst würden sie nicht die sechs Jahre studieren wollen. Das Thema Vorlesung ist schwierig.

Şenel

Ich möchte aber auch auf die Frage der beruflichen Perspektiven eingehen wollen – wie klappt der Übergang aus dem Studium in den Beruf? Welchen Input brauchen die Berufsanfänger heute, um ihren Weg zu finden?

Bodendieck

Dabei geht es um den Übergang von der Aus- in die Weiterbildung. Beides müssen wir besser verknüpfen, ohne dabei in den Part der Universität einzugreifen. Ich kann mich an Vorlesungen erinnern, in denen der Professor sein Lehrbuch vorlas und damit im Wortsinn eine Vorlesung hielt, insofern verstehe ich manche Kritik. Der Punkt ist – was bieten wir heute an? Das hat mit den Vorstellungen über das Lernen zu tun.

Die junge Generation ist hoch engagiert. Sie will etwas lernen und wissen, sie will selbst arbeiten, und aus meiner Erfahrung hat sich das eigentliche Agens unseres Berufes auch durch die KI nicht geändert, denn unsere Aufgabe liegt in der Interaktion mit den Patientinnen und Patienten. Wenn wir das aufgeben, geben wir den ärztlichen Beruf auf.

Wir müssen die junge Generation vor allem in der Weiterbildung fördern. Wir müssen Strukturen anbieten, die im Rahmen einer Gemeinsamkeit funktionieren und trotzdem ein Stück Hierarchie beinhalten. Die Medizin braucht einen Entscheider, der nach einer gemeinsamen Beratung dann die Verantwortung übernimmt. Wir brauchen diese Autorität, denn bei allen Teamberatungen muss abschließend eine Entscheidung für die Patientinnen und Patienten getroffen werden. Das erwartet auch die Patienten von uns, die sehr genau registrieren, ob eine Entscheidung ihnen sicher und mit Überzeugung mitgeteilt wird. Ich rede in meiner Weiterbildungstätigkeit den jungen Fachärztinnen und Fachärzten nicht hinein. Sie sollen lernen, mit ihrer Entscheidung frei zu sein und werden durch den Vorgesetzten nur dann berichtigt, wenn sie eine falsche Entscheidung getroffen haben. Das hat auch mit der Berufsordnung zu tun.

Bittner

Ich glaube, die Studierenden bringen das Gefühl für Autorität versus Hierarchie sehr gut mit. Es ist das Recht der jungen Generation, die Hierarchie infrage zu stellen. Das ist nicht einmal eine Generationenfrage, sondern ein beständiges Recht. Wir haben die Diskussionen mit den Studierenden über neue Lehrformate und müssen uns austauschen, wie solche Formate in den gegebenen Rahmenbedingungen auch umgesetzt werden können.

Berberat

Ich fand den Impuls zum Generationenkonflikt sehr bereichernd. Die Idee, den Sündenbock Vorlesung durch Kleingruppenformate zu ersetzen, wenn wir denn nur das Geld dafür hätten, greift zu kurz. Wir haben das Problem der Verbindlichkeit, der Kosten-Nutzen-Relation. Das betrifft nicht nur die Jugend, sondern die gesamte Gesellschaft. Wir brauchen den Kontakt zur Praxis schon im Studium. Dabei geht es nicht nur um den Patientenkontakt, sondern auch um das Zusammensein und Arbeiten im Team. Die Beziehungen innerhalb eines Teams sind ganz wichtig. Dem stehen die Digitalisierung und Flexibilisierung entgegen.

Wir leben im Konflikt, die Studierenden wieder auf den Campus zu bringen. Das gilt nicht nur für die Medizin, sondern für alle Fächer. Die Präsenz auf dem Campus hat einen Wert an sich. Das gilt nicht nur für die Vorlesung, sondern in gleicher Weise auch für den Kleingruppenunterricht. Ich habe dafür noch keine Lösung.

Hurrelmann

Die junge Generation kalkuliert ganz direkt, was es mir bringt, eine Vorlesung zu besuchen. Ein Gewinn, den ich durch den Besuch erziele, muss somit auch spürbar sein.

Ich vermute, dass es eine hybride Struktur geben wird, bestehend aus Anwesenheit verbunden mit digitalen Kontakten. Die Verbindlichkeit muss neu aufgebaut werden und es muss klar sein, dass man mit Unverbindlichkeit nicht durchkommt. Die Verbindlichkeit muss sich selbst tragen und für die junge Generation in die heutige Technik hineinpassen. Wahrscheinlich weiß noch niemand, wie solche hybriden Strukturen aussehen könnten.

Szumotalski

Der Kontakt zu den Ärztinnen und Ärzten von Beginn an führt zu Respekt und Anerkennung. Im Praktischen Jahr erfolgt noch einmal eine Weichenstellung. Wir kämpfen als bvmd dafür, dass dort Fairness herrscht, angefangen von der fairen Bezahlung, der Limitierung der Fehltage bis hin zur Gewährleistung der Lehre im PJ.

Bittner

Wir werden über Verbindlichkeiten verhandeln müssen. Die Beziehungen zwischen Lehrenden und Studierenden spielen eine wichtige Rolle. Hier erscheint die Autorität wichtiger als die hierarchische Position. In diesem Spannungsfeld bewegen wir uns gerade und müssen austarieren.

Brandt

Unsere Sensorik sagt, dass die Vorlesung ein Thema ist, über das wir sprechen müssen. Ich habe aber auch die Sensorik der Personen in Auge, die die Lehre machen und da stehen eine Kapazitätsverordnung (KapVO) oder eine Lehrverpflichtungsverordnung (LVVO), in denen die Vorlesung noch immer Realität ist.

Die Vorlesung erlaubt es mir, meine Lehrverpflichtung mit relativ wenig Aufwand zu erbringen und dabei Wissen an 300 Studierende gleichzeitig zu vermitteln. Hier müssen wir an die Stellschrauben heran, denn wir können noch so viel über Modelle und neue Formate sprechen – solange die Abrechenbarkeit so wie in der LVVO steht, können neue Ideen wenig greifen. Das ist rechnerisch nicht zu lösen und die Kostenfrage ist dann auch zu regeln. Als MFT haben wir eine Chance, an dieser Stelle in die Politik einzuwirken, um alte und überholte Rechtsvorschriften endlich einmal abzulösen.

Uhlig

Ich gehöre zur alten Generation, für die die Vorlesung das Bestimmende des Studiums war. Für mich sind Vorlesungen ein extrem bereicherndes Element der Lehre, denn eine gute Vorlesung stellt den Stoff in einen Zusammenhang und hilft, Verbindungen zu den Nachbardisziplinen, klinische Bezüge oder praktische Bedeutungen besser zu verstehen. Ich habe die Sorge, dass Zusammenhänge durch das Herauspicken von Einzelfakten verloren gehen werden. Eine gute Vorlesung war zudem die Quelle der guten Lehrbücher.

Dose

Ich möchte auf einen speziellen Aspekt des Generationenproblems eingehen, das ist die Landarztquote. Sie belegt bestimmte Gruppen der Studierenden mit Strafzahlungen von bis zu 200.000 Euro, wenn sie ihre Verpflichtung als Landärztin/Landarzt nicht erfüllen. Das läuft allem zuwider, was man als Selbstbestimmung junger Menschen ansehen kann. Das müssen wir bedenken, wenn wir zugleich akzeptieren, dass die Gesellschaft Erwartungen an die junge Generation stellt und diese Erwartungen mit einer Form der Finanzierung des Medizin- oder Zahnmedizinstudiums verbunden sind.

Wir müssen uns alle die Frage stellen, was die gute Kombination aus den Erwartungen und vielleicht auch Verpflichtungen aus der Gesellschaft und dem Freiheitsgedanken sein kann. Die Landarztquote kann diesen Widerspruch nicht lösen.

Jünger

Ich möchte einerseits Herrn Uhlig zustimmen, denn es gibt exzellente Vorlesungen und die Interaktion und Präsenz haben einen Wert an sich. Dazu gibt es gute Forschungen. Wenn manche Studierenden glauben, dass man dabei nicht so viel lernen würde wie bei der rein digitalen Lehre, ist dieser Glaube durch die Forschung nicht belegt.

Zur Frage der Perspektiven will ich einbringen, dass die Frage der Studierenden, „Was bringt es mir selbst?“ ergänzt werden sollte durch „Was bringe ich der Gesellschaft?“. Dabei will ich den Fokus auf den Populismus und die Katastrophen legen und fragen, wie Sie das hier sehen. Wo ist dort der Auftrag an die Studierenden, wo können wir uns positionieren?

Ich kann in Deutschland sicher und geschützt meinen Beitrag zu den großen Herausforderungen leisten und die Bevölkerung hat das höchste Vertrauen, dass Ärztinnen und Ärzte und die medizinischen Fachberufe für ihre Versorgung da sind. Wie steht die Studierendenschaft dazu?

Szumotalski

Wir sind noch in der Findung unserer Position. Manchmal fehlt bei den ständig präsenten Krisen auch die Anerkennung für die heutigen Studierenden und die junge Generation. Wir werden häufig gefordert, erfahren aber zu wenig Unterstützung. Natürlich sehen wir als Studierende uns in der Pflicht, für die Gesellschaft da zu sein, brauchen dafür aber auch ein Feedback.

Bittner

Unterstützungssysteme müssen von den Eltern kommen. Die Erwartungshaltung, im Studienverlauf unterstützt zu werden, ist unter den Studierenden sehr groß.

Noch einmal zurück zu den Vorlesungen: Ich war fast überrascht, so viel Zuspruch zu meiner These zu erhalten. Natürlich gibt es ganz tolle Vorlesungen, so wie es auch

schlechte Seminare, Podiums-Diskussionen oder Kleingruppenformate gibt. Im Schnitt aber ist die Vorlesung weniger gut geeignet, Inhalte und Kompetenzen zu vermitteln.

Rosenthal

Ich gehöre zur Generation, die vor fast 50 Jahren studiert hat. Das deutsche System ist durch Hierarchien ausgezeichnet, die in gut getrennten Gruppen funktionieren. Ein Problem liegt sicherlich darin, dass es keine übergreifenden Strukturen wie in anderen Ländern gibt.

In England sind beispielsweise die Studierenden in die medizinischen Teams eingeschlossen und gelten als verbindliche Mitglieder des Teams mit entsprechenden Verpflichtungen. Diese Verpflichtungen gehen nach beiden Seiten – wenn ich als Studierender für meine Arbeit im Team ein Entgelt erhalten will, kann von mir genauso erwartet werden, dass ich um 8.00 Uhr meine Tätigkeit aufgenommen und mich um die Patientinnen und Patienten gekümmert habe. Diese frühe Eingebundenheit vermittelt Wertschätzung, schafft eine sehr gute Supervision und ist eine Verpflichtung für beide Seiten, Studierende wie Lehrende.

Wenn wir uns in Deutschland dieser Teambildung mehr nähern könnten, würde das die Ausbildung sicherlich verbessern.

Hampe

Als Mitglied der Boomer-Generation antworte ich auf Herrn Dose, dass die gesellschaftliche Notwendigkeit einer adäquaten medizinischen Versorgung auf dem Land unbestritten ist. Die Regelung über eine verbindliche Quote wird aber nicht funktionieren. Es gibt in Hamburg für diese Studienplätze viel zu wenige sich Bewerbende mit guten Qualifikationen. Die, die sich bewerben, sind zu wenige und werden zu 30 bis 40 % ihr Studium nicht beenden, weil sie bereits am M1-Examen scheitern. Wir müssen eine andere Lösung finden, medizinische Tätigkeit auf dem Land attraktiver zu machen, als es die jetzige Quotenregelung vorsieht.

Tauschel

Als MME-Absolvent bin ich total beeindruckt von den Perspektiven der Katastrophenmedizin, die wir heute Morgen diskutiert haben – wie kommt die Katastrophenmedizin in das Studium, was brauchen wir, um die Bevölkerung zu schützen und was braucht es, um die heutige junge Generation gut vorzubereiten.

Wir brauchen vor allem Formate, in denen die Motive der Studierenden aufgegriffen und sie an die Patientinnen und Patienten herangeführt werden. Wir haben in Witten-Herdecke neben dem Versuch, eine patientenzentrierte Lernumgebung zu schaffen auch die Vergangenheit parat. Wir nehmen die Studierenden mit zu Exkursionen in Gedenkstätten zur Medizin im Nationalsozialismus. Dort sammeln die Studierenden tiefgreifende Erfahrungen und werden an die Grundfragen der freiheitlichen Grundordnung, der Demokratie zurückgeführt. Wenn sie begreifen, wie Mediziner im 3. Reich verführt

oder selbst zu Verführern wurden, können sie ihren Platz in der Gesellschaft besser bestimmen.

Mir ist beim Entwurf einer neuen Approbationsordnung aufgefallen, dass mit Hinblick auf das Menschliche eine Reduktionierung stattfinden wird und der geistige Anteil des Menschen dort nicht mehr enthalten war. Ich möchte empfehlen, die Inhalte der alten Approbationsordnung, die die Lehre für die körperliche und für die geistige Seite beinhaltete, auch so fortzuführen.

Appelt

Wir müssen die Qualität der Lehrbeziehung wieder in den Vordergrund rücken. Darin sehe ich die große Chance, die Studierenden wieder auf den Campus zu bringen. Wir können ihnen dort Sicherheit bieten, wir zeigen, dass wir für sie da sind und wir helfen ihnen beim Lernprozess. Ich möchte die Skills Labs als Orte des gemeinsamen Lernens und Übens herausstellen. Dort können nicht nur die Studierenden untereinander, sondern Studierende, Lehrende und andere Mitarbeitende einschließlich der Gesundheitsberufe miteinander interagieren. Dort sind Verbindlichkeit und Sicherheit geschaffen, die Dinge, die sich die junge Generation wünscht.

Decking

Ich möchte an den Kleingruppenunterricht anknüpfen. Es gibt dort eine unglaublich gute Relation von Lehrenden zu Studierenden. Wir erleben aber in diesen sehr aufwendigen Lehrformaten schon in den ersten Studienjahren, dass die Studierenden unvorbereitet kommen und so das Anliegen verpufft. Daher richtet sich mein Appell an die Studierenden, die Verbindlichkeiten auch in die Vorbereitung von Kleingruppenunterricht zu legen, sonst kommen wir zu keiner positiven Entwicklung.

Satlow

Ich möchte anknüpfen, dass eine Kombination aus klassischen Formaten, die wir zur Verfügung haben und den Aspekten der Unterstützung wichtig ist. Die Interaktion kann auch in einem Vorlesungsformat gestaltet werden. Es ist etwas anderes, gemeinsam in einem Hörsaal ein Thema zu diskutieren und dabei mitzubekommen, welche Fragen die anderen Studierenden zu dieser Thematik haben, als nur digital vor dem Bildschirm zu sitzen. Dazu gehört natürlich die Vorbereitung, z. B. in einem Webinar oder bei einem Podcast. Wenn dann die Vorlesung von einem internationalen Experten auf einem bestimmten Gebiet gehört wird, bringt mir das einen Gewinn. Umgekehrt kann ein Lehrender seine Lehre nur so gut gestalten, wie er Rückmeldungen von den Studierenden erhält.

Şenel

Das Schaffen von Formaten, die einen Austausch zwischen Studierenden und Lehrenden ermöglichen, ist sicherlich eine Möglichkeit, die Vorlesung und den Besuch der Lehrveranstaltungen insgesamt zu verbessern.

Für eine kurze Schlussrunde möchte ich auf einen Aspekt des Impulsvortrages noch einmal eingehen, das ist der Widerspruch zwischen Pessimismus und Zukunftsvertrauen. Wie können wir das verminderte Zukunftsvertrauen gerade von jungen Studierenden wieder stärken? Wie steigern wir den Enthusiasmus junger Menschen für ihren Beruf?

Hurrelmann

Die allermeisten, die sich für ein Medizinstudium entscheiden, brennen darauf, Ärztin oder Arzt zu werden, sich den kranken Menschen zuzuwenden. Das müssen wir in das Studium aufnehmen und zu einem roten Faden machen, der sich von Beginn an durch das Studium zieht. Wir müssen deutlich machen, was das für Freude machen, welche Erlebnisse das generieren und welche Ergebnisse man in diesem Beruf erreichen kann. Das Befreien eines Menschen von seinen Gesundheitsproblemen birgt einen intrinsischen Optimismus.

Bittner

Wir haben als Ärztinnen und Ärzte einen sehr sinnstiftenden Beruf. Wir sollten den Studierenden zeigen, wo der nächste Schritt des Mitgestaltens ist. Kleine Schritte, die mit Erfolgen einhergehen, helfen da sehr.

Bodendieck

Es muss gelingen, dass die Studierenden eine Belohnung für ihr Tun erhalten – worin liegt der Erfolg des Berufes?! Es ist nicht das Geld, sondern das Erleben, die Patientinnen und Patienten zu heilen, sie gut zu versorgen. Darüber muss man sich freuen können. Man muss mit den Patienten das Glück erleben, dass man etwas Gutes für den Menschen getan hat, selbst wenn man ihn nicht heilen kann und ihn bis zu seinem Ende begleitet. Das wird von uns erwartet, und das wird sich auch nicht ändern. Dieses hohe Ansehen sollten wir nicht verspielen.

Ich werde immer wieder nach der Kernkompetenz eines Arztes gefragt: Dafür gibt es keine Definition. Ein Papier der Bundesärztekammer von 2021 hat die Kernkompetenz beschrieben, und sie umfasst alle Aspekte der ärztlichen Tätigkeit, denn sie liegt auf Grund der langjährigen wissenschaftlich fundierten Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Gesamtsicht auf den Patienten. Dabei finden alle patientenindividuellen somatischen, psychischen sowie sozialen Faktoren Berücksichtigung. Wir dürfen unseren Beruf durch immer mehr Kontrollen und Überforderung an den Rand drücken lassen.

Szumotalski

Alle Medizinstudierenden wollen später an Patientinnen und Patienten arbeiten und dafür im Studium die Grundlagen erlernen. Die Arbeitsbedingungen schrecken häufig ab. Hier müssen wir ansetzen, um optimistisch auf die Zukunft schauen zu können. Dazu brauchen wir Teamarbeit, Respekt für einander und müssen aus dem Generationenkonflikt eine Generationenbegegnung machen.

Şenel

Vielen Dank für dieses Schlusswort. Ich bedanke mich für die Einladung, hier wieder moderieren zu dürfen, danke den Gastgebern für die beiden interessanten Tage und schließe diese Diskussion.

Damit sind wir schon am Ende des diesjährigen oMFT und ich übergebe die Moderation wieder an die Präsidentin des MFT, Frau Professorin Kadmon.



Schlussworte und Ankündigung des oMFT 2027

Prof. Dr. Martina Kadmon
Präsidentin des MFT, Augsburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine Damen und Herren,

lassen Sie mich an die letzte Diskussionsrunde anschließen. Wir haben das Thema „Eine neue Generation Medizinstudierender“ deshalb gewählt, weil es uns alle so umtrieblich macht und wir es auch weiter auf der Agenda behalten werden, so zum Beispiel auf einer Klausurtagung in etwa drei Wochen. Sie haben mit Ihrem Impulsreferat, Herr Kollege Hurrelmann, geradezu eine Vorlage geliefert, die man immer dabei haben muss, wenn man sich mit dem Thema beschäftigt, und wir kommen sicher noch einmal auf Sie zu.

Anstatt noch einmal die Themen zu wiederholen, über die wir uns in den letzten beiden Tagen so intensiv ausgetauscht haben, möchte ich mich jetzt bedanken – bei Ihnen allen für Ihre rege Beteiligung an den Diskussionen und Beratungen. Wir haben viele Rückmeldungen bekommen – auch dafür herzlichen Dank –, dass die Themen gut gewählt waren.

Ich habe meinen Dank an die hiesigen Organisatoren schon ausgesprochen, trotzdem möchte ich noch einmal der Dekanin, Esther Troost, und ihrem Team in der Medizinischen Fakultät „Carl Gustav Carus“ ganz herzlich für die beiden wunderbaren Tage danken. Außerdem lebt eine solche Tagung von ihren Referentinnen und Referenten und Moderatorinnen und Moderatoren, die wesentlich zur Lebhaftigkeit und zum Erkenntnisgewinn beitragen. Auch dafür ein herzlicher Dank.

Und schließlich gilt noch ein besonderer Dank den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der MFT-Geschäftsstelle, die in der Vorbereitung in Berlin oder dann auch hier vor Ort zum perfekten Gelingen dieses Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages beigetragen haben.

Nach dem Fakultätentag ist vor dem Fakultätentag und daher übergebe ich nun an Sie, Frau Michl, denn im kommenden Jahr werden wir in Berlin sein, und wir wollen eine kurze Staffelübergabe vornehmen.

Ich wünsche Ihnen schon jetzt eine gute Heimfahrt und ein schönes Wochenende und freue mich auf unsere nächsten Treffen.

Prof. Dr. Susanne Michl
Prodekanin für Studium und Lehre, Charité – Universitätsmedizin
Berlin

Meine Damen und Herren,

da es eine Staffelübergabe ist, wird mein Redebeitrag hier auch nur ganz kurz sein. Auch von meiner Seite noch einmal ein großer Dank an die Gastgeberinnen und Gastgeber der Fakultät „Carl Gustav Carus“, die eine phantastische Veranstaltung ausgerichtet haben.

Wir in Berlin laufen nun los und freuen uns, Sie alle in Berlin am 10. und 11. Juni 2027 im Klinikum Rudolf Virchow der Charité – Universitätsmedizin Berlin begrüßen zu dürfen.

Die Einladung wird von den Anwesenden mit Beifall angenommen.

Damit ist der Ordentliche Medizinische Fakultätentag 2026 beendet.



Prof. Dr. Martina Kadmon
Präsidentin des MFT



Prof. Dr. Frank Richter
Schriftführer des 87. oMFT

Mitgliederversammlung des 87. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages*

In der Mitgliederversammlung waren 32 Medizinische Fakultäten und Fachbereiche der Bundesrepublik Deutschland vertreten. Die Medizinischen Fakultäten Bochum, Hannover, Mannheim und Witten nahmen nicht teil.

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

Der Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer für das abgelaufene Geschäftsjahr wurden entgegengenommen. Der MFT-Vorstand und das MFT-Präsidium wurden für die vergangene Geschäftsperiode entlastet.

Der Haushaltsplan des MFT für das Geschäftsjahr 2026, der Haushaltsplan des MME-Studiengangs für das Geschäftsjahr 2026, der Wirtschaftsplan des MFT für 2027 und der Finanzplan des MME-Studiengangs 2027 wurden vorgestellt und beschlossen. Die Mitgliedsfakultäten beschlossen eine Erhöhung des MFT-Mitgliedsbeitrages ab 2027.

Die Teilnehmer der Mitgliederversammlung diskutierten die Themen:

- Möglichkeiten der Fakultäten, unter den Bedingungen der gültigen ÄApprO erforderliche Modifikationen des Curriculums vorzunehmen
- Spitzeninitiative/Transferinitiative des BMFTR
- Hightech-Agenda der Bundesregierung
- Aktueller Stand zum Netzwerk Universitätsmedizin (NUM)

Es wurde beschlossen:

- die Veröffentlichung des NKLM 2.1 und die Fortsetzung des NKLM-Prozesses mit dem Zielbild des NKLM 3.0 auch unabhängig von einer neuen ÄApprO;
- die Verabschiedung des NKLZ 2.0, um ihn den Fakultäten zu übergeben;
- der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) (gegründet 2017) eine Anwartschaft im Medizinischen Fakultätentag zu gewähren.

In der Mitgliederversammlung wurde ein Mitglied des MFT-Präsidiums gewählt. Satzungsgemäß endete die Mitgliedschaft im MFT-Präsidium von Herrn Prof. Dr. Ge-reon Fink (Köln). Herr Prof. Fink stellte sich der Wiederwahl und wurde als Mitglied des MFT-Präsidiums für die Dauer von drei Jahren gewählt.

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

Teilnehmende des 87. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages

Präsidium des Medizinischen Fakultätentages

Prof. Dr. Martina **Kadmon**

MFT-Präsidentin und Dekanin der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg

Prof. Dr. Bernd **Weber**

MFT-Vizepräsident, Dekan der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Prof. Dr. Roland **Frankenberger**

MFT-Schatzmeister und Mitglied des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

Dr. Frank **Wissing**

MFT-Generalsekretär

Prof. Dr. Daniela **Dieterich**

Dekanin der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Prof. Dr. Gereon **Fink**

Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Prof. Dr. Lutz **Hein**

Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg

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

Dekanin der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prof. Dr. Joachim **Spranger**

Dekan der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Dr. Esther **Troost**

Dekanin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Teilnehmende der Fakultäten und Gäste (nach Anmeldeliste)

Prof. Dr. Olaf **Ahlers**, Studiendekan der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Neuruppin

Monika **Alke**, Vorstand CHRO Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck/Kiel

Prof. Dr. Patrick **Altmann**, Neurologe, Medizinische Universität Wien

Dr. Marc **Appel**, Leitung Studiendekanat, Universitätsklinik Würzburg

Jenny **Appelt**, Ansprechperson zur Qualität von Studium und Lehre, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Prof. Dr. Ingo **Autenrieth**, Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, Medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg

Franziska **Baessler**, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Prof. Dr. Jessica **Barlinn**, Bereichsdezernentin Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Prof. Dr. Ingo **Bechmann**, Dekan, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Katrin **Beck**, Referentin Qualität und Medizin, Verband der Universitätsklinika (VUD), Berlin

Andrea **Becker**, Referatsleiterin, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Prof. Dr. Pascal **Berberat**, Lehrstuhlinhaber & Studiendekan, TUM School of Medicine and Health, Lehrstuhl für Medizindidaktik, med. Lehrentwicklung und Bildungsforschung, München

Dr. Christina **Berndt**, Leitende Redakteurin im Ressort Wissen Süddeutsche Zeitung GmbH, München

Dr. Anja **Bittner**, Prodekanin für Studium und Lehre, Medizinische Fakultät OWL, Bielefeld

Prof. Dr. Jutta **Bleidorn**, Sprecherin DEGAM-ForNet, Jena

Richard **Blomberg**, Leiter Außenbeziehungen, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Jan **Bobbe**, Leitung Geschäftsbereich Studium & Lehre, Charité - Universitätsmedizin Berlin

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

Prof. Dr. Maximilian **Bockhorn**, Klinikdirektor Allgemein- und Viszeralchirurgie, Klinikum Oldenburg AöR

Erik **Bodendieck**, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Dresden

Tobias **Bokowski**, Marburger Bund, Vorsitzender des Sprecherrats der Studierenden, Universität Hamburg,

Prof. Dr. Angelika **Borkowetz**, Studiendekaninm Universitätsmedizin Rostock

Prof. Dr. Michael **Boutros**, Dekan der Medizinischen Fakultät Heidelberg der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

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

Pia **Brocke**, Leitung des Referats Personal und Personalentwicklung, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Wolfgang **Brück**, Dekan, Vorstand Forschung und Lehre und Sprecher des Vorstands, Medizinische Fakultät der Georg-August-Universität, Göttingen

PD Dr. Constanze **Buhrmann**, MME-Absolventin, Akademische Oberrätin, Universität Augsburg

Dr. Susen **Burock**, 2. Stellv. Vorstandsvorsitzende, KKS-Netzwerk, Berlin

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

Dr. Christopher **Cramer**, MME-Absolvent, Arzt, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. Chris Lasse **Däbritz**, Referent, Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats, Köln

Wiebke **Dammann**, Referentin Recht, Universitätsklinikum Dresden

Peggy **Darius**, Leiterin des Referats Kommunikation und Medienarbeit, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Prof. Dr. Ulrich **Decking**, Geschäftsführer des Studiendekanats, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Dr. Anke **Deggerich**, Programmdirektorin Gruppe Medizin, DFG - Deutsche Forschungsgemeinschaft, Bonn

Janet **Diep**, ReferentinMedizinischer Fakultätentag, Berlin

Alexander **Dierks**, Landtagspräsident, Sächsischer Landtag, Dresden

Dr. Meike **Dirmeier**, Leitung Student Office, TUM Klinikum, München

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

Sebastian **Draeger**, Stv. Leiter der Geschäftsstelle, Verband der Universitätsklinika, Berlin

Prof. Dr. Philipp **Drees**, Wissenschaftlicher Vorstand & Dekan, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Georg **Duda**, Mitglied im Senat der DFG, Direktor des Julius Wolff Instituts am Berlin Institute of Health der Charité, Deutsche Forschungsgemeinschaft e. V. (DFG), Bonn

Monika **Duderstadt**, Stellv. Dekanatsleitung, Johann Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Prof. Dr. Angelika **Eggert**, Ärztliche Direktorin & Vorstandsvorsitzende, Universitätsklinikum Essen

Armin **Ehl**, Hauptgeschäftsführer, Marburger Bund – Bundesverband; Berlin

Prof. Dr. Ali **El-Armouche**, Prodekan Forschung, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Katja **El-Armouche**, Leitung der Dresden School of Clinical Science, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Lilian **Ellerich**, Leiterin des Referats Medizinstudium und Weiterbildung, Hartmannbund, Berlin

Prof. Dr. Karlhans **Endlich**, Dekan und Wissenschaftlicher Vorstand, Universitätsmedizin, Greifswald

Prof. Dr. Joachim **Fandrey**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Essen

Prof. Dr. Martin **Fischer**, Studiendekan, Medizinische Fakultät LMU, München

Dr. Katharina **Flemming**, Geschäftsbereichsleitung Forschungsservice, Charité – Universitätsmedizin, Berlin

Anja **Flender**, Geschäftsführerin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie & Beatmungsmedizin, Berlin

Prof. Dr. Cornelia **Erfurt-Berge**, MME-Absolventin, Oberärztin, Universitätsklinikum Erlangen

Dr. Götz **Fabry**, Ars legendi-Preisträger 2026, Akademischer Oberrat, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Dr. Barbara **Fitscher**, Fakultätsgeschäftsführerin, Medizinische Fakultät Mannheim der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Prof. Dr. Martin **Fischer**, Institutsleiter und Dekan, LMU DAM, München

Dr. Sophie **Förster-Streffleur**, MME-Absolventin, Ärztin, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften Krems

Prof. Dr. Hans-Christo **Friederich**, Studiendekan der Medizinischen Fakultät Heidelberg der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Prof. Dr. Alex W. **Friedrich**, Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Münster

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

Dr. Julia **Fürwitt-Born**, Stellv. Leiterin der Abteilung Medizin, Wissenschaftsrat, Köln

Kimberley **Gärtner**, Studentin, Hartmannbund, Berlin

Thomas **Gazlig**, Geschäftsbereichsleiter Charité BIH Innovation, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. Gabriele **Gerlach**, Referentin, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Dr. Anne **Gieseler**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg

Rilana **Glaschick**, Leiterin der Koordinierungsstelle Universitätsklinika Baden-Württemberg Universitätsklinikum Heidelberg

Julian **Gnatz**, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, HIS-Institut für Hochschulentwicklung e. V., Hannover

Dr. Eliette **Gondoin**, Compliance- und Antikorruptionsbeauftragte, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, der TU Dresden

Prof. Dr. Melita **Grieshop**, Präsidentin des Hebammenwissenschaftlichen Fachbereichstags e. V. (HWFT), Berlin

Dr. Lydia **Günther**, Lehrkoordinatorin Medizinische Biologie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

Prof. Dr. Andreas H. **Guse**, Prodekan für Lehre, Medizinische Fakultät der Universität, Hamburg

Dr. Judith **Hahn**, Leitung Bereich Forschung und Internationales, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Miriam **Halle**, Geschäftsleitung Nachwuchsförderung, Berufungs-/Ernennungsverfahren, Universitätsmedizin Greifswald

Prof. Dr. Wolfgang **Hampe**, Leitung Studierendenauswahl, Uniklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Christoph **Hanefeld**, Medizinischer Geschäftsführer (Sprecher), Katholisches Klinikum Bochum

Prof. Dr. Christian **Hannig**, Studiendekan Zahnmedizin Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Prof. Dr. Matthias **Hannig**, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg

Claudia **Harnisch**, Teamassistentin, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Juliane **Hayward**, Referentin, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Prof. Dr. Steffen **Heide**, Studiendekan Medizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Dr. Hanna **Heidel-Fischer**, Geschäftsführerin des Dekanats der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Dr. Sylvia **Heinis**, Ärztliche Geschäftsführerin, Universitätsklinikum Marburg

Dr. Rolf **Hennighausen**, Delegierter der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM), AWMF, Homburg

Jan Philipp **Heroven**, Büroleiter Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Prof. Dr. Anne **Herrmann-Werner**, Prodekanin Lehre, Medizinische Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen

Prof. Dr. Michael **Hertl**, Dekan der Medizinischen Fakultät der Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. Michael **Herzog**, Studiendekan, Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem, Cottbus

Dr. Jürgen **Hippchen**, Geschäftsführung des Ressorts Forschung und Lehre, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Clemens **Höbaus**, Facharzt für Innere Medizin, Medizinische Universität Wien

Renate **Höchstetter**, Ärztliche Referentin Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD), Berlin

Dr. Vincent **Hoeber**, Leitung des Studiendekanats, Universitätsmedizin Oldenburg

Dr. Nicolas **Hoffmann**, MME-Absolvent, Arzt, Albertinen Krankenhaus, Hamburg

Dr. Stephanie **Hoffmann**, Begleitung MME-Absolvent Dr. N. Hoffmann, Asklepios Westklinikum Hamburg

Antje **Höhne** Forschungsreferentin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Dr. Anke **Hollinderbäumer**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Christine **Holmberg**, Dekanin der Fakultät für Medizin und Psychologie Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Institut für Allgemeinmedizin, Neuruppin

Maxi **Hoops**, Persönliche Referentin der Ministerin, Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg, Potsdam

Prof. Dr. Claudia **Hornberg**, Dekanin, Medizinische Fakultät OWL, Bielefeld

Prof. Dr. Rüdiger **Horstkorte**, Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Markus **Huber-Lang**, Direktor, Institut für Experimentelle und Trauma-Immunologie, Ulm

Prof. Dr. Frank T. **Hufert**, Professor and Director, Institute of Microbiology and Virology, Brandenburg Medical School Fontane, Neuruppin

Dr. Stefanie **Hülßenbeck**, Koordination Mainzer Medizin Didaktik Programm / Sprecherin 22. MME-Kohorte, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. Dr. Klaus **Hurrelmann**, Senior Professor of Public Health and Education, Hertie School - University of Governance, Berlin

Astrid **Ilgenstein**, Leitung des Referats Lehre, Medizinische Fakultät der Universität, Leipzig

Dr. Robert **Jacob**, Kaufmännischer Vorstand, Medizinische Fakultät der Universität, Leipzig

Tanja **Jähnig**, MME-Absolventin, Ärztin, Institut für Allgemeinmedizin Ulm

Dr. Julia **Japtok**, Wissenschaftliche Koordinatorin MEDiC, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Dr. Haang **Jeung-Maarse**, MME-Absolventin, Oberärztin, Ev. Klinikum Bethel der Uni Bielefeld

Prof. Dr. Christoph **Josten**, Medizinischer Vorstand, Universitätsklinikum Leipzig

Prof. Dr. Jana **Jünger**, Mitglied der Studiengangsleitung MME, Harding-Zentrum für Risikokompetenz, Institut für Kommunikations- und Prüfungsforschung gGmbH, Heidelberg

Prof. Dr. Udo X. **Kaisers**, Leitender Ärztlicher Direktor u. Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Ulm

Mall **Kand**, Operative Leiterin Studienorganisation und -konzeption, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Lars **Kandsperger**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Prof. Dr. Kai **Kehe**, Generalarzt, Sanitätsakademie der Bundeswehr, München

Dr. Annkathrin **Keiler**, Wissenschaftliche Forschungsreferentin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Dr. Alexander **Kelle**, IFSH Institut für Friedensforschung und Sicherheitspolitik an der Universität Hamburg

PD Dr. Zoltan **Kender**, MME-Absolvent, Medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Prof. Dr. Anette **Kersting**, Prodekanin für Struktur, Universitätsklinikum Leipzig

Prof. Dr. Heike **Kielstein**, Dekanin der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Dr. Annette **Klepper**, Fakultätsgeschäftsführerin, Eberhard Karls Universität, Tübingen

Prof. Dr. Nikolaj **Klöcker**, Dekan der Medizinischen Fakultät, Universitätsklinikum Düsseldorf

Susanne **Koch**, Referentin IT und Digitalisierung, Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD), Berlin

Dr. Holger **Kock**, Fakultätsgeschäftsführer, Universitätsmedizin Greifswald

Anja **Koebel**, TV-Moderatorin MDR, Dresden

Cornelia **Kohl**, Projektkoordination Modellstudiengang Humanmedizin MEDiC, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Prof. Dr. Till **Köhne**, Studiendekan Zahnmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Heike **Koll**, Geschäftsführerin der Medizinischen Fakultät, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Philipp **Konhäuser**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Prof. Dr. Sarah **König**, Studiendekanin, Medizinische Fakultät der Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Prof. Dr. Bernd J. **Krause**, Wissenschaftlicher Vorstand & Dekan, Universitätsmedizin Rostock

Dr. Anika **Krochmann**, MME-Absolventin, Oberärztin, Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie Universitätsklinikum Düsseldorf

Prof. Dr. Johannes **Kruse**, Studiendekan des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Prof. Dr. Adelheid **Kuhlmey**, Vorstand Wissenschaft, Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem, Cottbus

Prof. Dr. Birgitta **Kütting**, Fachbereichsleiterin Medizin. IMPP, Mainz

Dr. Jonas **Leipziger**, Referent Allianz der Wissenschaftsorganisationen, Wissenschaftspolitik, Hochschulrektorenkonferenz, Berlin

Pascal **Lemmer**, Präsident der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd), Berlin

Dr. Susanne **Lerm**, Leiterin des Studiendekanats Medizin/Zahnmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Dr. Philipp **Linde**, MME-Absolvent, Oberarzt & Lehrkoordinator, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Dr. Frank **Lohkamp**, Geschäftsführer Medizinische Fakultät OWL, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Jürgen **Lohmeyer**, Dekan des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität, Gießen

Aljoscha **Lorentz**, Vizepräsident für Externes, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd), Berlin

Adrian **Lorenzen**, Geschäftsführer GE Healthcare Financial Services, GE HealthCare GmbH, Düsseldorf

Alexandra **Lübke**, Leitung Referat Lehre, Medizinische Fakultät der LMU München

Dr. Asja **Maaz**, GB Leitung Studium und Lehre, Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem, Cottbus

Prof. Dr. Moritz **Mahling**, MME-Absolvent, Medizinische Fakultät der Universität Tübingen

Prof. Dr. Bernhard **Marschall**, Studiendekan, Direktor IfAS, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms- Universität, Münster

Dr. Gregor **Massoth**, MME-Absolvent, Arzt, UT Southwestern Medical Center Dallas

Dr. Matthias **Meergans**, Geschäftsführer Forschungspolitik, Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa), Berlin

Nina **Meißner**, Referentin, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Dr. Theresa Maria **Meißner**, Lehrkoordination Chirurgie, Universitätsklinikum Dresden

Dr. Anne-Kathrin **Merz**, Fakultätsgeschäftsführerin, Fakultät für Medizin der Universität Regensburg

Prof. Dr. Susanne **Michl**, Prodekanin für Studium und Lehre, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Niels **Modler**, Prorektor Bildung und lebensbegleitendes Studieren, Medizinische Fakultät Karl Gustav Carus der TU Dresden

Dr. Stefan **Mohr**, MME-Absolvent, Oberarzt, Medizinische Fakultät Heidelberg der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Dr. Lisa **Morlock**, MME-Absolventin, Zahnärztin, Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. Frank **Müller**, Dekan, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster

Dr. Felix **Müller-Sarnowski**, Leitung Lehre Medical Information Sciences Akademischer Oberrat & Facharzt für Neurologie, Psychiatrie & Psychotherapie, Medizinische Fakultät der Universität Augsburg

Prof. Dr. Thomas **Münste**, Vizepräsident Medizin (Dekansfunktion), Universität Lübeck

Dr. Mara **Müssigmann**, MME-Absolventin, Ärztin, Curriculumkoordination, Lehrforschung, LMU Klinikum, München

Prof. Dr. Marcus **Neudert**, Oberarzt, HNO Universitätsklinik, Dresden

Prof. Dr. Hans Gerd **Nothwang**, Dekan, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg

Prof. Dr. Stefanie **Oess**, MME-Absolventin, Medizinische Hochschule Brandenburg

Barbara **Ogrinz**, Pressesprecherin, Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD), Berlin

Julian **Özkaya**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Peter **Pansegrau**, Kfm. Vorstand, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Dr. Martin **Pauli**, Akadem. Rat/ Sprecher 22. MME-Kohorte Physiologisches Institut, Schwerpunkt Neurophysiologie, Medizinische Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Dr. Martina **Peter-Kern**, Mitarbeiterin Studiendekanat, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

Prof. Dr. Rainer **Petzina**, Rektor & Departmentleiter Humanmedizin, Medical School Hamburg

Miriam **Pittet**, Referentin, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Dr. Sina **Radke**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, DLR Projektträger, Bonn

Prof. Dr. Uwe **Reuter**, Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Vorstand, Universitätsklinikum Bonn

Prof. Dr. Frank **Richter**, MFT-Schriftführer, Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität, Jena

Dr. Eva **Richter-Kuhlmann**, Redakteurin, Deutsches Ärzteblatt, Berlin

Prof. Dr. Ingo **Röder**, Studiendekan, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Dresden

Prof. Dr. Walter **Rosenthal**, Präsident der Hochschulrektorenkonferenz, Berlin

Dr. Magnus **Rüde**, Leiter der Geschäftsstelle Vorstand und Geschäftsstelle Aufsichtsrat, Charité – Universitätsmedizin, Berlin

Prof. Dr. Miriam **Rüsseler**, Studiendekanin, Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt

Dr. Steffen **Rützenhoff**, Justitiar, Deutscher Hochschulverband, Bonn

Prof. Dr. Leif Erik **Sander**, Direktor der Klinik für Infektiologie und Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin, Berlin

Prof. Dr. Michael **Sander**, Direktor der Klinik für Anästhesiologie & Prodekan, Universitätsklinikum Gießen

Veronika **Satlow**, Leitung Bereich Lehre, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Prof. Dr. Dirk **Schädler**, Studiendekan, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Dr. Denise **Schaller**, MME-Absolventin, Ärztin, Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Jörg **Schaub**, Neuroscience Business Unit Leader, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg

Prof. Dr. Jan **Schildmann**, Sprecher AG Weiterentwicklung NKLM, Medizinische Fakultät der MLU Halle-Wittenberg

Erik **Schiller**, Referent, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Wiebke **Schlenzog**, Referentin der Fakultätsleitung, Universitätsmedizin, Rostock

Dr. Sarah **Schmidt**, Wissenschaftliche Leiterin Curriculare Administration, Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dr. Anke **Schmidt-Gehlhoff**, Referentin, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Monika **Schneider**, Persönliche Referentin der Dekanin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Prof. Dr. Jens **Scholz**, CEO, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Dr. Tim **Schöne**, Leitung Bereich Studium und Lehre, Eberhard Karls Universität, Tübingen

Maria **Schramm**, Mitarbeiterin Studienbüro, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Dr. Fides **Schreur**, Referentin, Bundesärztekammer, Berlin

Prof. Dr. Manfred **Schubert-Zsilavec**, Sprecher des House of Pharma and Healthcare, Goethe-Universität Frankfurt

Dr. Sandra **Schuh**, MME-Absolventin, Oberärztin, Universitätsklinikum Augsburg

Dr. Manja **Schüle**, Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg, Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg, Potsdam

Kathrin **Schuller**, Koordinatorin NKLM-Implementierung, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Stephan **Schulz**, Vorstand Finanzen, Universitätsklinikum Heidelberg

Dr. Leonore **Schulze-Meeßen**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, HIS-Institut für Hochschulentwicklung e. V., Hannover

Prof. Dr. Jürgen **Schüttler**, Prodekan der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Dr. Beatrix **Schwörer**, Abteilungsleiterin, Wissenschaftsrat, Köln

Dr. Friederike **Seifert**, Präsidiumsmitglied, HWFT - der Hebammenwissenschaftliche Fachbereichstag e. V., Dresden

Elif **Şenel**, Journalistin & Moderatorin WDR, Köln

Dr. Eva-Maria **Silies**, Fakultätsgeschäftsführerin, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg

Dr. Andreas **Söhnelt**, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Prof. Dr. Sebastian **Stehr**, Klinikdirektor/Studiendekan für Humanmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Oliver **Stenzel**, Associate Director-External Engagement | Environment Shaping, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg

Karolina **Stonawska**, Ärztliche Referentin, Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD), Berlin

Joerg **Strate**, Leiter Akad. Medizin u. Wissenschaft, Universitätsklinikum Ostwestfalen-Lippe - Campus Klinikum Lippe

Paula **Szumotalski**, Bundeskoordination der AG Medizinische Ausbildung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd), Jena

Prof. Dr. Ulf **Teichgräber**, Studiendekan, Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Melanie **Thurrow**, Leiterin des Referats für Forschung und Drittmittelverwaltung, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Prof. Dr. Henrike **Todorow**, Institutsleitung, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Prof. Dr. Rolf-Detlef **Treede**, Präsident der AWMF, Berlin

Prof. Dr. Lorenz **Trümper**, Vorstand Krankenversorgung & Ärztlicher Direktor, Universitätsmedizin Göttingen

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

Stefan **Wagener**, Koordination Studiengang Master of Medical Education, Medizinische Fakultät Heidelberg der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Dr. Christiane **Weidenfeld**, Leiterin der Kommunikation, Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Maria **Wiedemann**, Leiterin des Referats Finanzen, Dekanat der Medizinischen Fakultät der LMU München

Prof. Dr. Marjo **Wijnen-Meijer**, Institut für Didaktik und Lehrforschung in der Medizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Marie-Christi **Willemer**, Leiterin Medizinisches Interprofessionelles Trainingszentrum, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Dr. Christoph **Willers**, CSO, medac GmbH, Wedel

Dr. Frank **Wissing**, Generalsekretär Medizinischer Fakultätentag, Berlin

Tim **Wittenberg**, Geschäftsführer heiTEST, heiTEST/Medizinische Fakultät Heidelberg der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Prof. Dr. Hinnerk **Wulf**, Studiendekan des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

Dr. Lutz **Zeitlmann**, Stellv. Institutsleiter Fraunhofer ITMP, Fraunhofer-Gesellschaft, Frankfurt/Main

Peggy **Zolal**, Referentin Internationales, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Prof. Dr. Klaus **Zöphel**, Studiendekan MEDiC, Medizincampus Chemnitz der TU Dresden (MCC-TUD)

Marlen **Zumpe**, Auslandskoordinatorin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden