

## **Hochschulmedizin im Wettbewerb – das Konzept einer privaten medizinischen Hochschule in Berlin**

*Vorgetragen anlässlich der Tagung „Deutsche Hochschulmedizin – müssen wir uns anders aufstellen“  
Münster 15. – 17.03.2007*

### **Autoren:**

Franz X. Kleber

Frank Hörmann

Axel Ekkernkamp

für die Arbeitsgruppe MUMS des ukb

Die Vermittlung von Bildung und Wissen muss am Ergebnis gemessen werden. So wie der Theut in Platons Phaidros, dem König der Ägypter, die Schrift anpreist als die Errungenschaft, die die Ägypter weiser und erinnerungsfähiger machen wird, und der König dies unter dem Verweis auf die Vernachlässigung des Erinnerns durch das Vertrauen auf die Niederschrift anstelle des Erinnerns zurückweist, so können auch wissenschaftliche Informationen, selbst wenn sie umfassend und in hoher Dichte angeboten werden, in einem Fach wie Medizin ihren Zweck teilweise verfehlen. Es muss demnach gelingen, durch Bezugspunkte im ärztlichen Handeln der auf das Studium folgenden Berufsjahre und Jahrzehnte, ausreichende und nachhaltige Verknüpfungen zu erstellen, die dieses Wissen verfügbar machen und verfügbar halten.

Die Medizin steht vor großen Herausforderungen:

Die demographische Entwicklung führt zu einer wachsenden Zahl alter und multimorbider Menschen. Ökonomische Zwänge werden vermehrt und verstärkt wahrgenommen. Die Leidensfähigkeit der Menschen und die Akzeptanz von Leiden hat abgenommen und die Medizin soll häufig wie ein Religionsersatz für alle Notlagen Lösungen schaffen. Die Internationalität und Globalisierung in der Medizin ist weiter fortgeschritten als auf vielen anderen Wissenschaftsgebieten. In der Europäischen Union wird die Arbeitszeit enger reguliert und gegenüber dem früheren Ärztebild reduziert. Die Einführung von krankheitsgruppenbezogenen Vergütungen drängt einen großen Teil der Erkrankungen, die früher stationär behandelt wurden, in den ambulanten Versorgungsbereich.

## **Private Hochschul-Trägerschaft**

Die für Lehre und Forschung Verantwortlichen müssen sich diesen Herausforderungen stellen: Die Differenzierung des Ausbildungsangebotes, der Wettbewerb durch private Anbieter und die hohe Flexibilität von Lehrenden und Lernenden, können an der Lösung erfolgreich mitwirken.

Die private Trägerschaft einer Hochschule, womöglich noch mit einer Organisationsform, die Überschüsse erzielen kann, wird in Deutschland unter wettbewerblichen, sozialromantischen Aspekten, aber auch unter ethischen Gesichtspunkten für fragwürdig gehalten. Studiengebühren werden grundsätzlich als sozial diskriminierend empfunden, insbesondere Eliteschulen sollten allen Interessenten offen stehen und Wohlhabende sollten nicht nur ihre eigenen Nachkommen fördern. Ohnehin gilt Deutschland als das europäische Land mit der höchsten Abhängigkeit der Ausbildung vom sozialen Stand der Elterngeneration. Seitens der Wissenschaft wird befürchtet, dass finanzielle Abhängigkeit vom Universitätsträger, wenn er damit auch wirtschaftliche Interessen verknüpft, die wissenschaftliche Freiheit behindern könnte. Die kritische Beäugung der Universitätskliniken Gießen/Marburg, der Universität Witten-Herdecke und der Paracelsus-Universität Salzburg ist beispielhaft.

Dem steht jedoch gegenüber, dass auch in Deutschland ein nicht unerhebliches Interesse an privaten Bildungseinrichtungen vom Kindergarten bis zur Universität besteht und dass Privatpersonen im Stande und willens sind, persönlich für die Gesamtkosten von Bildung und Ausbildung aufzukommen. Warum sollte gerade Deutschland auf diese privaten Mittel als Teil der Finanzierung der Bildung des Volkes verzichten? Solange vorwiegend vom Staat getragene Institutionen prinzipiell gleiche Bildungschancen anbieten, ist auch unter sozialen Gesichtspunkten keine substantielle Kritik angebracht. Private Institutionen eröffnen Chancen und neue Perspektiven:

Idealtypisch bieten sie:

- stringenter und schnellere Entscheidungswege als landeseigene Universitäten;
- Erfolg und Misserfolg der gesamten Einrichtung und einzelner Personen

drücken sich schneller und deutlicher in Erfolg und Misserfolg aus, ja private Universitäten können sogar in Liquiditätsprobleme geraten;

- Private Einrichtungen können durch ihren schlankeren administrativen Aufbau, der schon aus wirtschaftlichen Gründen nötig ist, schneller und effizienter auf Kritik aus den Reihen der Studierenden, der Drittmittelgeber, des Wissenschaftsrates etc. reagieren.

Deshalb kann die private Trägerschaft von medizinischen Hochschulen auch im Interesse der Studierenden, des Lehrkörpers und des Staates sein.

Unter diesen Aspekten sind die vielfältigen Überlegungen der Länder, der Medizinischen Fakultäten, der Universitätskliniken überall in Deutschland zu begrüßen, schlanke, flexiblere, moderne, international wettbewerbsfähige Trägerstrukturen zu finden. Anstalten öffentlichen Rechts, GmbH-Lösungen, Stiftungen, vielleicht sogar gemeinnützige Aktiengesellschaften kommen auf den Prüfstand, erfreulicherweise wird die Bewegung von hochkompetenten Repräsentanten Deutscher Universitätskliniken und der Medizinischen Fakultäten „getrieben“. Sorgen von Mitarbeitern und das Beharrungsvermögen mancher Bürokraten hingegen, ist noch unverkennbar ausgeprägt.

### **Die Bedeutung für Berlin**

Die Gesundheitsstadt Berlin legt seit vielen Jahren großen Wert darauf, in der wissenschaftlichen Medizin und der Entwicklung von Medizinprodukten eine zunehmende und führende Rolle zu spielen. Berlin hat aber auch eine besondere geschichtliche Verantwortung und eine besondere Führungsrolle für die Republik. Das hier vorgeschlagene Projekt einer privaten medizinischen Hochschule entsteht mit Referenz auf die strukturpolitischen Ziele Berlins und die geschichtliche Bedeutung jüdisch-deutscher Hochschulerziehung in Kooperation mit einer jüdisch-amerikanischen Initiativgruppe aus New York. Durch seinen großen persönlichen Einsatz und sein Charisma ist der jüdische Rabbi und Thoragelehrte Dr. Bernhard Lander, promovierter Soziologe der Columbia University, heute 95-jährig, die Kristallisationsfigur des Projektes zusammen mit Martin Oliner, promovierter Jurist und akademischer Lehrer an der New York University Law School und Financier zahlreicher Einrichtungen auf dem Bildungssektor und jüdischer Erziehung. Es ist

erklärtes Ziel des Projektes, auch jüdischem und jüdisch-deutschem sowie jüdisch-amerikanischem Bildungsgut und Bildungsweg wieder einen fest etablierten Platz in unserer Bildungslandschaft zu verschaffen. Entsprechend den jüdischen Traditionen soll die Einrichtung nach Moses Maimonides, hebräisch Mosche ben Maimon, oder arabisch Abu 'Imran Musa ibn 'Ubaidallah Maimun al-Kurdubi benannt werden. Maimonides, geboren 1138 in Córdoba, gest. 1204 in Kairo war ein jüdischer Philosoph, Arzt und Rechtsgelehrter, der als bedeutendster jüdischer Gelehrter des Mittelalters gilt. Sein Hauptwerk „Führer der Unschlüssigen“ trug durch allegorische Lesart überlieferter Texte wesentlich zur Auflösung des Widerspruchs zwischen in der Tora gelehrter Gottesbotschaft und naturwissenschaftlicher Erkenntnis bei. So war er gleichsam als früher Aufklärer ein idealer Pate und Namensgeber für die neue Einrichtung.

### **Neue Wege in der Ausbildung**

Private Institutionen leben von Innovation, Fortschritt und Ideenreichtum. Das von den Autoren konzipierte Curriculum geht daher in vielen Punkten neue Wege und überdenkt die deutsche Mediziner Ausbildung grundsätzlich.

Der überwältigende technische Fortschritt und die enorme Erweiterung des Wissens, verbunden mit der Massenuniversität, haben es für den Einzelnen in der Vergangenheit schwer gemacht, für sich und den Patienten das Essentielle auszuwählen und bereits früh im Berufsweg ärztlich zu handeln. Die Faszination des technischen Fortschrittes und der wissenschaftlichen Spezialisierung verschleiert den Blick für die lebensgeschichtliche, individuelle Bedeutung von Krankheit, Leiden und Tod. Ärzteausbildung muss daher die Auswahl und Bewertung von Wissen vor die lexikalischen Aspekte setzen, deren Verfügbarkeit ohne dies durch moderne Kommunikationsmittel in den letzten 25 Jahren unermesslich angewachsen ist.

Gleichzeitig muss die Vielzahl der Betätigungsfelder von Medizinern in Bereichen wie kurativer Medizin, Medizinverwaltung, Ökonomie, theoretischen Instituten, Pharmaindustrie, medizinischer und naturwissenschaftlicher Forschung, Gesundheitspolitik, Medizinrecht und vielem anderen mehr, berücksichtigt werden. Es ist besorgniserregend, dass in Deutschland ein Drittel der Staatsexamenabsolventen nicht den Weg in die kurative Medizin einschlägt. Es ist auch unwahrscheinlich, dass ein und dieselbe Ausbildungsstruktur für alle diese

Bereiche ein Optimum darstellt. Das neue Curriculum soll für alle Bereiche ausbilden, für die der Nutzen von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für den Patienten oder die Bevölkerung im Vordergrund steht. Theoretisches Wissen ohne Anwendungstemplat und Aspekte des möglichen, aber nicht gesichert nützlichen Wissens, sollen dahinter zurückstehen.

Die Ausbildung wird sich aber auch in anderen Aspekten von der bisherigen Mediziner Ausbildung unterscheiden:

Sie

- wird bilingual sein,
- wird auf den deutschen und US-amerikanischen Abschluss vorbereiten
- wird verschiedene Ausbildungskulturen durch den internationalen Lehrkörper abbilden
- wird die Ableistung eines Forschungssemesters im Ausland vorsehen
- wird die Ausbildung in der ambulanten Medizin wesentlich mehr betonen,
- integriert aus didaktischen Gründen alle Praktika wie Krankenpflegepraktikum, Famulatur und Praktisches Jahr komplett in das Studienjahr
- wird die Studierenden enger begleiten
- wird mehr Lehrstunden anbieten als vielerorts bisher realisiert (EU-Mindestvorgabe 5.500 Stunden, MUMS >10.000 Stunden)
- sieht nur 2 bis 3 Studenten pro Krankenstation vor
- unterrichtet am Krankenbett von Anfang an

Mit der hohen Stundenzahl und der Einbindung der Praktika in die aktive Lehre soll verhindert werden, dass Studenten durch zu geringe Anleitung und zu viel Ineffektivität Leerlauf empfinden.

Damit widersprechen wir dem Konzept einer Ausweitung der Lehre auf große Anteile Selbststudium und Erziehung zur wissenschaftlichen Selbstständigkeit über hohe eigendidaktische Anteile. Vertreten wird der umgekehrte Didaktik-Standpunkt: Gute Anleitung und enge Führung bildet zu mehr Selbstständigkeit aus.

## **Ausbildungsschwerpunkte**

Für die heutige wissenschaftliche Medizin spielt die Vermittlung der naturwissenschaftlichen Grundlagen eine überragende Rolle. Während über Jahrtausende praktische Erfahrung und einfache therapeutische Handlungen neben dem psychologischen Wirken des Arztes die Medizin weitgehend ausmachten, sind heute tiefe Einblicke in Zell- und Molekularbiologie, Immunologie, Genetik, Mikrobiologie, Biochemie, Physiologie, Anatomie, aber auch Biometrie, Strahlenkunde, Infektiologie und vieles andere mehr erforderlich, um den Anforderungen an unser komplexes Krankheitsverständnis gerecht zu werden.

Die sogenannten Grundlagenfächer werden jedoch heute entweder klassisch getrennt in den ersten Semestern oder teilintegriert in bestimmten Reformstudiengängen unterrichtet. Dabei wird sehr viel Wissen vermittelt, das mangels ausreichender Assoziationsmöglichkeiten mit dem späteren Berufsalltag und den behandelnden Krankheiten nicht oder in ungenügender Weise zur Verfügung steht. Dadurch wird „totes“ Wissen akquiriert und notwendiges Wissen für Krankheitsverständnis nicht verfügbar gemacht und verfügbar gehalten. Die hohe Verfügbarkeit von lexikalischem Wissen über moderne Kommunikationsmethoden, erfordert ein Umdenken im Ausbildungsprozess hin zu mehr Erkenntnis, mehr Strukturierung, mehr Auswahlmechanismen, mehr problemorientiertem Denken, um das vorhandene Wissen mehr als Werkzeug einsetzen zu können, denn es lexikalisch zu speichern. Der vorgeschlagenen Modellstudiengang soll dies grundsätzlich neu lösen. Hierzu knüpfen wir grundsätzlich nosologisch orientiert alles Basiswissen an Inhalte:

Während der ersten 2 Jahre werden anhand des Gegenstandskataloges für Medizin Krankheitssymptome und Krankheitszeichen systematisch in ihrer Entstehungsweise bis in deren Grundlagen erörtert. Nur relativ kurze Phasen von Blockunterricht werden eingesetzt, um Grundwissen in einzelnen Fächern herzustellen. In den Studienjahren 3 bis 5 wird ebenfalls anhand des Gegenstandskataloges für Medizin Krankheitsbild für Krankheitsbild mit allen beteiligten klinischen und Grundlagenfächern (in der Regel ein Krankheitsbild

pro Tag) erörtert. Hierdurch soll die immense Bedeutung der Grundlagenwissenschaften für unser heutiges Verständnis der Krankheitslehre tief im Gedächtnis verwurzelt werden und für das ärztliche Wirken erhalten bleiben. Der nosologische Aufbau mit der vorauslaufenden Symptomlehre ergibt zudem einen Wiederholungscharakter der vom Aspekt der Erkenntnisvermittlung her hochgradig erwünscht ist. Im letzten Studienjahr, das dem Praktischen Jahr des herkömmlichen Studiums ähnelt, aber die wichtigsten Erkrankungen ein weiteres Mal unter differenzialdiagnostischen und differenzialtherapeutischen Aspekten wiederholt, wird diese Ausbildung abgerundet.

Während andere Reformstudiengänge Organ- oder Organgebiets-bezogene Curricula oder aber Lebensalter-bezogene Curricula eingeführt haben, gehen wir in einem ganz gemischten Fächerkanon Krankheitsbild für Krankheitsbild mit allen beteiligten Grundlagen und Fachdisziplinen durch. Der Unterricht am Krankenbett ist in diese Curricularstruktur eingebettet:

Im Laufe des Studiums werden die Studenten bereits in den ersten 5 Studienjahren (vor dem Praktischen Jahr) 1.200 Stunden am Krankenbett verbringen. Die viermal wöchentlich stattfindenden Stunden am Krankenbett, werden mit einem einleitenden Seminar eingehend vorbereitet. Damit wird der praktischen Ausbildung eine hohe Bedeutung beigemessen. Dabei sollen die Studentinnen und Studenten neben den biomedizinischen, klinischen, methodischen und ethischen Grundlagen vor allem die Bedeutung ärztlichen Handelns für Krankheitsverständnis und Patientenschicksal erfahren und erlernen und den Anforderungen des Berufsalltags bei Abschluss des Studiums gerecht werden können.

### **Forschungssemester, Wissenschaftliche Ausbildung und Forschungsschwerpunkt**

Das Humboldt'sche Ideal gibt dem forschenden Arzt eine besondere Aufgabe in der Lehre und betont die Bedeutung der akademischen Dimension des Faches Medizin gegenüber der praktischen, pragmatischen Ausbildung. Dies hatte und hat sachliche,

aber auch historische Gründe. In der Realität sind jedoch weder alle Wissenschaftler gute Hochschullehrer, noch alle guten Hochschullehrer hervorragende Wissenschaftler. Um dennoch für die Studenten beide Seiten in einer hohen Ausbildungstiefe darzustellen, wird MUMS allen Studenten ein Forschungssemester ermöglichen, in dem in in- und ausländischen Forschungseinrichtungen wissenschaftliche Medizin sowie naturwissenschaftliche Denk- und Arbeitsweisen in besonderer Tiefe erfahren und erlernt werden können. In diesem Studiensegment sollen die Studenten einer herausragenden experimentellen oder klinischen Einrichtung in einem Verhältnis von 1 bis 2 : 1 (Student : akademischer Lehrer) zugeordnet und in wissenschaftliche Programme eingeführt werden. MUMS verspricht sich davon eine Operationalisierung und Professionalisierung der Ausbildung im Humboldt'schen Ideal und ermuntert die Studierenden, sich anknüpfend an das Forschungssemester wissenschaftlichen Themen und einer Promotion zuzuwenden.

Eine neu gegründete medizinische Hochschule kann ohne sich zu verzetteln keine breite Grundlagen – und klinische Forschung von Anfang an darstellen. Um dennoch eine hohe Profilbildung zu gewährleisten, wird zunächst eine enge Fokussierung auf das Gebiet „Humanities Research“ erfolgen. Hierunter verstehen wir eine zielorientierte, eigenständige, auf die Bedürfnisse von Patienten orientierte, klinisch betonte, aber nicht ausschließlich klinische Forschungsausrichtung mit der Aufgabe, diagnostische und therapeutische Maßnahmen unter dem Aspekt des für den Patienten relevanten Nutzens im Kontext seiner persönlichen gesamtgesundheitlichen und sozialen Umgebung zu überprüfen. Dabei spielt die Outcome-Betrachtung eine überragende Rolle. Versorgungsforschung ist ein Teilaspekt dessen, „Humanities Research“ soll jedoch weit darüber hinaus gehen.

### **Hochschulstruktur**

Am Hauptcampus stehen der Universität große Flächen und zahlreiche Gebäude zur Verfügung, teilweise historische Gebäude aus der Zeit um die vorletzte Jahrhundertwende. Die MUMS wird als GmbH geführt und errichtet eine akademische Selbstverwaltung. Die Fakultät bestimmt einen Dekan und Prodekane für jedes Studienjahr. MUMS wird eine starke zentrale Fakultät einrichten. Von den angestrebten 40 Lehrstühlen, werden mindestens 25 intern am Campus angesiedelt

sein. Die akademischen und administrativen Strukturen werden schlank gehalten, was unter anderem ein höheres Lehrdeputat und das teilweise Outsourcing zahlreicher Strukturen wie Personalverwaltung, Fundraising, IT, Buchhaltung/Finanzen, Facility-Management, Marketing etc. bedeutet.

Die Grundlagenfächer werden von theoretischen Instituten und soweit möglich, klinischen Lehrern gemeinsam unterrichtet, theoretische Institute werden in folgenden Fächern etabliert:

- Anatomie,
- Physiologie,
- Biochemie/Labormedizin,
- (klinische) Pharmakologie,
- Infektiologie/Mikrobiologie,
- Notfallmedizin,
- Epidemiologie und klinische Outcome-Forschung,
- Präventionsmedizin und Public Health.

Die Institute müssen sich teilweise selbst finanzieren durch Eigeninitiative wie z. B. Forschungsprojekte, Fortbildungskurse und anderes mehr. Die Anschubfinanzierung schließt jedoch 40 reine Forschungsassistenten ein.

### **Prüfungs- und Evaluationsstruktur**

Wie für jeden anderen Modellstudiengang ist auch für das neue Curriculum der MUMS eine Evaluationsstruktur obligatorisch. Hierzu dient ein sehr aufwendiges, wenn auch einfaches Konzept:

Die wöchentliche Prüfung, die in angeschlossenen Prüfungsgesprächen aufgearbeitet wird und als zentrales Evaluationsverfahren für Lehrende und Lernende dient. Sie ersetzt auch teilweise die Anwesenheitskontrollen. Die Prüfungen werden von einer Prüfungskommission systematisch auf ihren edukativen Charakter hin geprüft. Wöchentliche Rehearsals dienen dem freien

Austausch über die Qualität der Lehre. Einmal im Monat wird die schriftliche Prüfung durch eine praktische oder klinische Prüfung ergänzt.

### **Finanzierung- und Businessplan**

Als private medizinische Hochschule muss der Grundbedarf für die Lehre mit den Studiengebühren gedeckt sein. Pro Studienjahr werden zunächst 25.000 € Gebühren/Student erhoben. Wir streben eine Studentenzahl von ca. 100 Studenten pro Studienjahr an. Daneben wird ein professionelles Fundraising für Spenden, Stiftungen und eine gewinnorientierte Fortbildungsaktivität (CME - Continuing Medical Education) etabliert. Wissenschaftliche Programme werden weitere finanzielle Mittel einbringen und externe Forschungseinrichtungen werden ermuntert, sich am Campus niederzulassen. MUMS wird einen Teil der Gewinne für Stipendien zur Verfügung stellen und mit Geldgebern entsprechende niedrigzinsige Darlehensvereinbarungen treffen. Die Vergabe von Stipendien wird leistungsorientiert sein, die Rückzahlung von Darlehen wird einkommensabhängig geregelt werden.