

Drs. 10345-10
Lübeck 12 11 2010

Stellungnahme
zur Gründung einer
Universitätsmedizin an der
Carl von Ossietzky
Universität Oldenburg
nach dem Konzept einer
„European Medical School
Oldenburg-Groningen“

INHALT

	Vorbemerkung	5
	Kurzfassung	7
A.	Ausgangslage	9
A.I	Entwicklung und aktuelle Situation der Universität Oldenburg	9
A.II	Kontext und Zielsetzung des Konzepts einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“	13
A.III	Hochschulrechtliche Grundlagen	16
	III.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen	16
	III.2 Rechtliche Grundlagen von Studium und Ausbildung	17
A.IV	Lehre, Studium und Promotion	23
	IV.1 Bachelor of Science in Humanmedizin an der Universität Oldenburg	25
	IV.2 Master of Science in Humanmedizin und Geneeskunde an der European Medical School Oldenburg-Groningen	30
	IV.3 Doctor of Philosophy in Humanmedizin durch Promotionsstudiengang	38
	IV.4 Qualitätssicherung	41
	IV.5 Überblick zum Studium der Humanmedizin in den Niederlanden und an der Universität Groningen	41
A.V	Forschung	45
	V.1 Forschungsschwerpunkte der Universitätsmedizin	46
	V.2 Drittmittel	53
	V.3 Qualitätssicherung	54
A.VI	Universitätsklinikum	55
	VI.1 Vertragliche und finanzielle Grundlage	55
	VI.2 Krankenversorgung	57
	VI.3 Qualitätssicherung	60
A.VII	Aufbau der Universitätsmedizin in Oldenburg	61
	VII.1 Personal und Organisationsstruktur	61
	VII.2 Infrastruktur	76
A.VIII	Aufbaufinanzierung	78
	VIII.1 Personal	78
	VIII.2 Infrastruktur	81
A.IX	Aktuelle Entwicklungen	83

B.	Stellungnahme	85
B.I	Zum Konzept im Allgemeinen	85
B.II	Zu den hochschulrechtlichen Grundlagen	88
	II.1 Zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen	88
	II.2 Zu den rechtlichen Grundlagen von Studium und Ausbildung	89
B.III	Zu Lehre, Studium und Promotion	91
	III.1 Zur nicht-klinischen Lehre im Besonderen	95
	III.2 Zur klinischen Lehre im Besonderen	96
	III.3 Zur Promotion	97
B.IV	Zur Forschung	98
B.V	Zum Universitätsklinikum / Zu den Kliniken an der Universität	100
B.VI	Zum Aufbau der Universitätsmedizin in Oldenburg	105
	VI.1 Zum Aufbau der Medizinischen Fakultät	105
	VI.2 Zum Aufbau der Kliniken an der Universität	107
B.VII	Zur Aufbaufinanzierung	108
	Abbildungsverzeichnis	111
	Tabellenverzeichnis	113

Anhang: Abbildungsanhang und Tabellenanhang

Vorbemerkung

Das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur hat den Wissenschaftsrat im Mai 2008 darum gebeten, zum Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ Stellung zu nehmen. Mit diesem Konzept ist die Gründung einer Universitätsmedizin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg verbunden. Insbesondere in Hinsicht auf Studium und Lehre ist eine Kooperation mit der Rijksuniversiteit Groningen in den Niederlanden vorgesehen.

Der Ausschuss Medizin des Wissenschaftsrates hat im Oktober 2009 die beiden Standorte in Oldenburg und Groningen besucht und dort auf der Grundlage schriftlicher Unterlagen jeweils Gespräche mit den für das Konzept Verantwortlichen des Landes Niedersachsen, der beiden Universitäten und der klinischen Einrichtungen in Oldenburg sowie mit weiteren Mitgliedern der Universität Oldenburg und der Universitätsmedizin in Groningen geführt. Daraufhin wurde die vorliegende Stellungnahme vom Ausschuss Medizin erarbeitet. Im Ausschuss haben auch Sachverständige mitgewirkt, die nicht Mitglieder des Wissenschaftsrates sind. Ihnen ist der Wissenschaftsrat zu besonderem Dank verpflichtet.

Der Wissenschaftsrat hat diese Stellungnahme am 12. November 2010 in Lübeck verabschiedet.

Kurzfassung

Das Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ sieht die Gründung einer Universitätsmedizin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg vor. Es besitzt vier übergreifende Merkmale. Erstens wird die Neueinrichtung einer Medizinischen Fakultät an der Universität Oldenburg verfolgt. Zweitens wird der Aufbau eines Universitätsklinikums durch einen Zusammenschluss von drei bereits bestehenden Lehrkrankenhäusern in Oldenburg angestrebt. Drittens ist mit dem Konzept wahlweise der Erwerb eines humanmedizinischen Bachelor- und Master-Abschlusses seitens der Universität Groningen oder eines Staatsexamens seitens der Universität Oldenburg verbunden. Viertens beruht es auf einer internationalen Kooperation mit der Rijksuniversiteit Groningen; insbesondere wird im Rahmen dieser Kooperation das Studium von beiden Universitäten gemeinsam verantwortet und durchgeführt.

Der Wissenschaftsrat befürwortet grundsätzlich das Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ und die damit verbundene Gründung einer Universitätsmedizin in Oldenburg. Er verweist allerdings gleichzeitig auf den teilweise erheblichen Verbesserungsbedarf, damit diese Gründung auf lange Sicht Erfolg haben kann. Der Wissenschaftsrat betrachtet daher den im Konzept beschriebenen fünfjährigen Aufbau nicht nur als Gründungs-, sondern explizit auch als Erprobungsphase.

Grundsätzlich überzeugt haben den Wissenschaftsrat insbesondere die Erprobung neuer Wege in der universitätsmedizinischen Lehre und die Stärkung der Forschung im Bereich der Lebenswissenschaften und der Biophysik, jeweils in enger Zusammenarbeit mit der Universität Groningen. Auch die strukturpolitischen Erwägungen seitens des Landes Niedersachsen, die sowohl auf eine Stärkung der Universität Oldenburg insgesamt als auch auf die Verbesserung der regionalen Krankenversorgung in der Weser-Ems-Region abzielen, sind nachvollziehbar. In Oldenburg ist außerdem eine vorteilhafte Ausgangssituation für die Gründung einer Universitätsmedizin zu erkennen. Diese zeichnet sich durch die starke Kooperation mit einem renommierten universitätsmedizinischen Standort im nahen, benachbarten Ausland, durch bereits vorhandene positive Leistungen der Universität Oldenburg in Forschung und Lehre in den lebenswissenschaftlichen, medizinnahen Bereichen, durch die

ebenfalls bereits vorhandenen positiven Leistungen der Oldenburger Krankenhäuser als Maximalversorger, die sich zudem in einer günstigen Wettbewerbssituation befinden, sowie durch die besondere regionale Verantwortung in der Krankenversorgung für die Weser-Ems-Region aus. Der Wissenschaftsrat betont gleichzeitig, dass das Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ größtenteils, insbesondere in Hinsicht auf Studium und Lehre, keinen verallgemeinerbaren Modellcharakter für die Universitätsmedizin in Deutschland besitzt, sondern lediglich in diesem standortspezifischen Kontext verstanden werden kann.

Weil die Gründung eines neuen universitätsmedizinischen Standortes in Oldenburg mit großen organisatorischen und finanziellen Anstrengungen verbunden ist, weist der Wissenschaftsrat trotz seiner grundsätzlichen Befürwortung des Konzepts auf den teilweise erheblichen Verbesserungsbedarf hin. Er bewertet kritisch, dass in nicht allen für die Lehre erforderlichen medizinischen Fächern und Bereichen eine ausreichende wissenschaftliche Expertise ersichtlich ist und in den klinischen Einrichtungen die Leistungen in der grundlagenorientierten Forschung bisher zu gering sind, um das notwendige Methodenspektrum für eine forschungsbasierte Lehre ausreichend sicherzustellen. Der Planungsstand zur Gründung eines rechtlich selbstständigen Universitätsklinikums durch einen Zusammenschluss von drei Oldenburger Krankenhäusern in der Rechtsform einer Gemeinschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem unzureichend. Zudem genügt der vorgesehene personelle Aufbau in den klinischen Einrichtungen zum Großteil nicht den für eine universitätsmedizinische Lehre und Forschung erforderlichen Qualitätsmaßstäben. Ferner wird die Aufbaufinanzierung im Allgemeinen als unzureichend eingeschätzt, da insbesondere die Ressourcen zur Schaffung und Ausstattung der vorgesehenen klinischen Professuren ungenügend sind und zusätzliche Personalmittel zur Wahrung der Leistungsfähigkeit in der Fakultät für Mathematik und Naturwissenschaften nach den vorgesehenen Umwidmungen von Professuren in die Medizinische Fakultät in der Kalkulation keine Berücksichtigung finden.

Der Wissenschaftsrat äußert sich in der vorliegenden Stellungnahme ausführlich zu diesen Monita und gibt Empfehlungen ab, auf welche Art und Weise jeweils Verbesserungen vorgenommen werden müssen. Dabei bezieht er sich ausdrücklich nur auf die fünfjährige Erprobungsphase, wie sie im Konzept beschrieben ist. Da jedoch die Errichtung einer Universitätsmedizin einer über mehrere Jahre dauernden Planung und Entwicklung bedarf, weist er auch auf die Notwendigkeit eines über die Gründung hinausgehenden Auf- und Ausbaus hin. Der Wissenschaftsrat behält sich daher vor, nach Abschluss der Erprobungsphase erneut Stellung zur Universitätsmedizin in Oldenburg zu nehmen. Er wird dabei insbesondere die Nachhaltigkeit der Gründung und die weitere Entwicklung der Universitätsmedizin in Oldenburg bewerten.

A. Ausgangslage

A.1 ENTWICKLUNG UND AKTUELLE SITUATION DER UNIVERSITÄT OLDENBURG

Die Gründung der Universität Oldenburg fällt in das Jahr 1973. Seit 1991 trägt sie den Namen „Carl von Ossietzky Universität Oldenburg“. |¹ Geschichtlich geht sie auf ein Lehrerseminar zurück, das Ende des 18. Jahrhunderts vom Herzog Peter Friedrich Ludwig eingerichtet wurde und aus dem 1948 zunächst die Pädagogische Hochschule Oldenburg hervorging. 1969 empfahl eine Sachverständigenkommission in der allgemeinen Phase der Reform und Erweiterung des deutschen Hochschulsystems („Bildungsexpansion“) den Ausbau der Pädagogischen Hochschule Oldenburg zu einer Volluniversität. Zwar folgte die Landesregierung Niedersachsens dieser Empfehlung noch im selben Jahr, beschloss aber neben der Universitätsgründung in Oldenburg auch diejenige in Osnabrück. Die dadurch entstandenen finanziellen Restriktionen führten zu einer Verknappung der konzipierten Fächerentwicklung. Die Pläne für eine rechtswissenschaftliche wie für eine ingenieurwissenschaftliche Ausbildung mussten ebenso fallen gelassen werden wie derjenige für den Aufbau einer Universitätsmedizin in Oldenburg.

Ihren geschichtlichen Vorgängerinnen folgend lag der Fächerschwerpunkt der Universität Oldenburg zunächst, nicht zuletzt auch wegen der hochschulpolitischen Debatte um einen Lehrermangel zu Beginn der 1970er Jahre, auf der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern. 1976 empfahl der Wissenschaftsrat einen über die Lehrerausbildung hinausgehenden Aufbau der Naturwissenschaften. |² Dieser wurde schließlich im Zuge der Neustrukturierung der Universität von 1981 umfassend realisiert. Mathematik, Biologie, Physik und

|¹ Im Folgenden wird kurz von der „Universität Oldenburg“ gesprochen.

|² Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zum weiteren Ausbau der Hochschulen in Kassel, Bayreuth, Oldenburg und Osnabrück, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 1976, Tübingen 1977, S. 19–49, hier S. 35–37.

Chemie waren folglich mit jeweils einem eigenen Fachbereich vertreten. In den 1980er Jahren wurden an der Universität Oldenburg vor allem die Studienbereiche der Wirtschaftswissenschaften und der Informatik vergrößert. In den 1990er Jahren wurden die Magisterstudiengänge erweitert, insbesondere solche mit sozial- und kulturwissenschaftlichen Fächerkombinationen. 2003 erfolgte eine Umstrukturierung der Universität. Die elf Fachbereiche wurden in fünf Fakultäten überführt; diese universitäre Struktur hat bis heute Bestand. |³

Abbildung 1: Die Universität Oldenburg in der Übersicht

Fakultät I: Bildungs- und Sozialwissenschaften
Institut für Pädagogik
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Institut für Sozialwissenschaften
Fakultät II: Informatik, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften
Department für Informatik
Department für Wirtschafts- und Rechtswissenschaften
Fakultät III: Sprach- und Kulturwissenschaften
Institut für Fremdsprachenphilologien
Institut für Germanistik
Institut für Musik
Kulturwissenschaftliches Institut: Kunst – Textil – Medien
Fakultät IV: Human- und Gesellschaftswissenschaften
Institut für Evangelische Theologie und Religionspädagogik
Institut für Geschichte
Institut für Philosophie
Institut für Sportwissenschaft
Fakultät V: Mathematik und Naturwissenschaften
Institut für Biologie und Umweltwissenschaften (IBU)
Institut für Chemie und Biologie des Meeres (ICBM)
Institut für Mathematik
Institut für Physik
Institut für Psychologie
Institut für Reine und Angewandte Chemie (IRAC)

|³ Für eine Darstellung der Universitätsgeschichte vgl. Hilke Günther-Arndt: Geschichte der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg März bis Juni 1999 (in vier Teilen). <http://www.presse.uni-oldenburg.de/uni-info/1999/3/index.html> (11.08.2009)

Im Jahr 2008 lernten und lehrten 10.500 Studierende und 1.900 wissenschaftliche und nicht-wissenschaftliche Beschäftigte, darunter 180 Professorinnen und Professoren, an der Universität Oldenburg. In Bezug auf diese Zahlen ist sie die fünftgrößte von elf Universitäten des Landes Niedersachsen. Insgesamt ist die Universität Oldenburg – auch gemäß ihrem Leitbild |⁴ – als mittelgroße Universität anzusehen.

Tabelle 1: Studierenden- und Beschäftigtenzahlen der Universität Oldenburg im Überblick

	2007	2008	2009
Studierende ¹	11.215	10.600	9922
davon: beurlaubte Studierende	1.100	2.291	1607
Studienanfänger/-innen ^{2,3}	2.113	2.288	2902
Studienabsolventen/-innen ³	1.637	2.181	2245
Promotionen ³	131	120	137
Habilitationen ⁴	16	3	4
Beschäftigte ⁵	1.800	1.888	1946
davon: Professor/-innen	177	173	168

Anmerkungen:

¹ bezieht sich auf das jeweilige Wintersemester des Studienjahres (2007 = Wintersemester 2006/2007 usw.)

² Angaben berücksichtigt sowohl Erstimmatrikulierte als auch auf Neuimmatrikulierte (beispielsweise nach Fachwechsel)

³ bezieht sich auf das jeweilige Studienjahr (2007 = Wintersemester 2006/2007 und Sommersemester 2007 usw.)

⁴ bezieht sich auf das Kalenderjahr

⁵ bezieht sich auf den jeweiligen 1. Dezember des Jahres als Stichtag

Quelle: Universität Oldenburg

Die Universität Oldenburg führte bereits 2004 Bachelor- und Master-Abschlüsse für alle Lehramts- und Magisterstudiengänge ein und bietet Studienanfängerinnen und -anfängern inzwischen ausschließlich Studiengänge mit entsprechenden Abschlüssen an. Damit entfallen im Wintersemester 2009/2010 von 81 angebotenen Studiengängen 63 auf solche, in denen ein Bachelor- oder Master-Abschluss vergeben wird. |⁵ 2008 studierte bereits etwa die Hälfte aller

|⁴ Nach ihrem Leitbild versteht sich die Universität Oldenburg als „mittelgroße, eigenständige Forschungsuniversität“. Vgl. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg: Leitbild der Universität Oldenburg 2010, http://www.uni-oldenburg.de/uni/download/Uni_Oldenburg_Leitbild.pdf (10.08.2009), S. 2.

|⁵ Vgl. Angaben der Universität Oldenburg, Stabsstelle Hochschulstatistik und -informationen. http://www.uni-oldenburg.de/praesidium/statistik/download/Kennzahlen/AnzahlSG_WS0910.pdf (19.08.2009). – Promotionsstudiengänge bzw. -programme wurden nicht berücksichtigt, da ihre Zuordnung hinsichtlich eines gestuften Studiensystems uneindeutig ist.

Studierenden in gestuften Studiengängen. |⁶ Die Universität Oldenburg liegt damit weit über der Quote von Studierenden in gestuften Studiengängen an deutschen Hochschulen insgesamt, die für das Jahr 2008 bei 31 % lag. |⁷

Die Universität Oldenburg hatte im Jahr 2007 laufende Grundmittel in Höhe von knapp 82 Mio. Euro. Im Vergleich mit allen Universitäten in Deutschland handelt es sich dabei in Relation zur Anzahl der Studierenden um eine durchschnittliche, in Relation zu den wissenschaftlichen Beschäftigten um eine überdurchschnittliche Höhe an Grundmitteln. Nimmt man hingegen die Anzahl der Professuren zum Maßstab, liegen die laufenden Grundmittel mit ca. 481.000 Euro pro Professorin oder Professor leicht unter dem Durchschnitt. Ähnliche Aussagen lassen sich für einen Vergleich mit den niedersächsischen Universitäten treffen.

Tabelle 2: Finanzmittel der Universität Oldenburg für das Jahr 2007 im Überblick

	Universität Oldenburg	Zum Vergleich:	
		Universitäten in Niedersachsen im Durchschnitt	Universitäten in Deutschland im Durchschnitt
laufende Grundmittel	81.755.000 €	100.348.000 €	108.384.635
pro Studierende/n	9.840 €	11.310 €	8.420 €
pro wissenschaftliche/n Beschäftigte/n	145.990 €	143.430 €	109.980 €
pro Professor/-in	480.910 €	599.250 €	543.410 €

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur. Monetäre hochschulstatistische Kennzahlen 2007 (=Fachserie 11, Reihe 4.3.2, Berichtsjahr 2007). Wiesbaden 2009.

Die Universität Oldenburg arbeitet unter anderem intensiv mit der Rijksuniversiteit Groningen in den Niederlanden zusammen. |⁸ Mit ihr schloss die Universität Oldenburg 1980 ihren ersten Kooperationsvertrag überhaupt. An der 1614 gegründeten niederländischen Universität waren 2008 ca. 25.000 Studierende eingeschrieben und 6.500 Personen beschäftigt, darunter 291 Professorinnen und Professoren. In diesen Zahlen sind die etwa 1.500

|⁶ Es wurden Studienfälle, das heißt Studierende in jedem von ihnen belegten Studienfächern mit entsprechenden Mehrfachzählungen zugrunde gelegt, da keine andere Datenquelle vorlag. Vgl. dafür die Angaben der Universität Oldenburg, Stabsstelle Hochschulstatistik und -information unter: http://www.uni-oldenburg.de/praesidium/statistik/download/Studierende/Studierende_1._Studiengang_WiSe_2007_2008.pdf (25.08.2009).

|⁷ Vgl. Bologna Process. National Report from Germany, 2007–2009, Leuven 2009. S. 5.

|⁸ Im Folgenden wird kurz von der „Universität Groningen“ gesprochen.

Beschäftigten des *University Medical Center Groningen*, darunter 69 Professorinnen und Professoren, inbegriffen. 2006 verfügte die Universität Groningen über Grundmittel von 256 Mio. Euro. Hinzukamen zusätzliche Mittel für die Forschung und Lehre des Universitätsklinikums von insgesamt 87 Mio. |⁹

A.II KONTEXT UND ZIELSETZUNG DES KONZEPTS EINER „EUROPEAN MEDICAL SCHOOL OLDENBURG-GRONINGEN“

Die Universität Oldenburg beabsichtigt im Rahmen ihres Konzepts einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ sowohl die Gründung einer Medizinischen Fakultät als auch die Gründung eines rechtlich selbstständigen Universitätsklinikums auf der Grundlage einer Zusammenarbeit von drei bereits bestehenden Krankenhäusern in Oldenburg. Die Universitätsmedizin in Oldenburg soll daher nach dem Kooperationsmodell organisiert werden. |¹⁰ Die Universität Oldenburg plant im Zuge dieser beiden Gründungen außerdem, das erste Studium der Humanmedizin in Deutschland einzuführen, welches an den Leitlinien der Bologna-Erklärung zur Schaffung eines Europäischen Hochschulraumes orientiert ist und hier insbesondere eine gestufte Studienstruktur realisiert. Das Konzept sieht sowohl einen humanmedizinischen Bachelor- als auch einen Master-Abschluss vor. Der Abschluss eines berufsqualifizierenden Bachelor of Science (B. Sc.) in Humanmedizin soll an der Universität Oldenburg möglich sein. Der konsekutive Master-Studiengang soll im institutionellen Rahmen der geplanten European Medical School Oldenburg-Groningen angeboten werden und zu einem Doppelabschluss führen: einem von der Universität Oldenburg vergebenen Master of Science (M. Sc.) in Humanmedizin und einem von der Universität Groningen vergebenen Master of Science in Geneeskunde. Der von der Universität Groningen verliehene Master of Science soll zur Ausübung des Arztberufes in den Niederlanden qualifizieren und durch die europarechtliche Anerkennung ebenfalls zur Approbation in Deutschland, wie auch in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, führen. Des Weiteren ist ein humanmedizinischer Promotionsstudiengang mit dem Abschluss eines Doctor of Philosophy (Ph. D.) geplant.

Das Konzept beruht insgesamt auf einer Kooperation der Universität Oldenburg mit der Universität Groningen, an der bereits seit mehreren Jahren ein gestuftes

|⁹ Vgl. Rijksuniversiteit Groningen: Jaarverslag 2008 / Jahresbericht 2008, Groningen 2008. <http://www.rug.nl/Corporate/universiteit/feitenEnCijfers/jaarverslagen/2008/RUGJaarverslag2008.pdf> (29.09.2009), S. 5–7.

|¹⁰ Für eine Beschreibung des Kooperationsmodells in Abgrenzung vom Integrationsmodell vgl. Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007. S. 47–63.

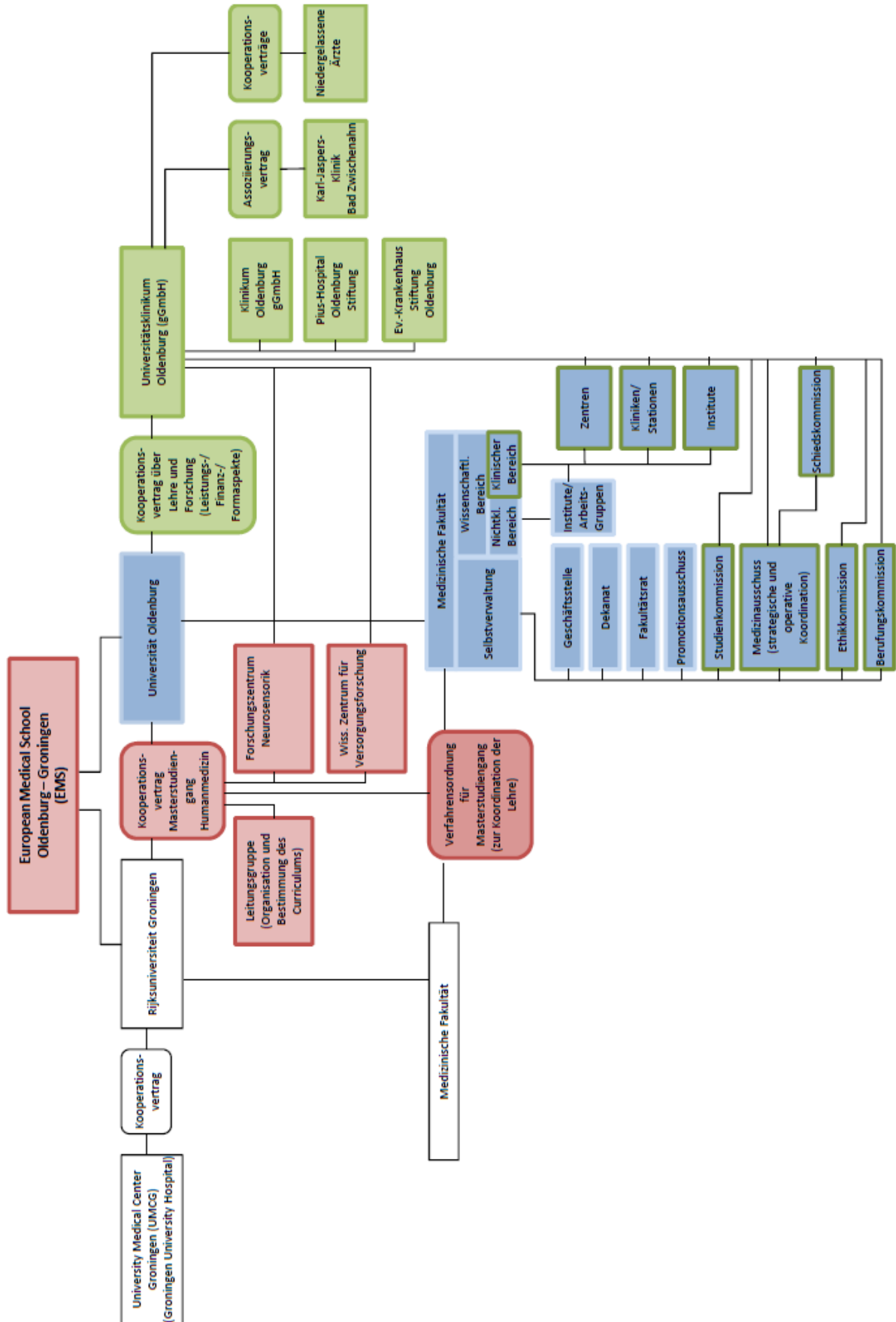
Studium der Humanmedizin angeboten wird. Die Gegebenheiten an der Universität Groningen und insbesondere am dortigen *University Medical Center Groningen* haben auf die Konzeption der Universitätsmedizin in Oldenburg entscheidenden Einfluss.

Das Land Niedersachsen verbindet mit einer an den Leitlinien des Bologna-Prozesses orientierten Gründung einer Humanmedizin an der Universität Oldenburg das Ziel einer qualitativen Verbesserung der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten gegenüber anderen universitätsmedizinischen Standorten. Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung sieht es insbesondere in der Verknüpfung von vorklinischen und klinischen Studieninhalten sowie in einem Curriculum, das insgesamt stärker auf die verschiedenen, für die medizinische Berufsausübung notwendigen Kompetenzen abhebt. Dabei soll auch den sozioökonomischen Anforderungen des Arztberufes oder verwandter Tätigkeitsfelder Rechnung getragen werden. Auch in Hinsicht auf die Studienmobilität wird ein Vorteil gegenüber den Modellstudiengängen gesehen, die die aktuelle Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (ÄAppO 2002, zuletzt geändert durch Art. 3 Abs. 3 GG vom 19. Februar 2007) ermöglicht und deren ungleichartige Ausgestaltungen an den einzelnen humanmedizinischen Standorten in Deutschland derzeit einen Studienortswechsel erschweren.

Über Aspekte des Bologna-Prozesses hinausgehend verbindet das Land Niedersachsen mit der Gründung einer Universitätsmedizin in Oldenburg eine Optimierung der regionalen und überregionalen medizinischen Versorgung. Es weist darauf hin, dass im Umkreis von 150 bis 200 Kilometern keine universitätsklinischen Einrichtungen existieren; die faktisch nächstgelegenen Standorte sind Hannover, Münster und Hamburg. Das Land Niedersachsen sieht daher in der Stadt Oldenburg einen geeigneten Standort für eine dritte niedersächsische Universitätsmedizin. Außerdem werden wichtige Impulse für die medizinische und medizinnahe Forschung an der Universität Oldenburg und in Niedersachsen überhaupt erwartet.

Einen ersten Überblick über die Struktur und den Aufbau der Universitätsmedizin in Oldenburg nach dem Konzept der European Medical School Oldenburg-Groningen gibt das nachstehende Organigramm. Die Organisationseinheiten werden im weiteren Verlauf erläutert.

Abbildung 2: Organigramm zur Universitätsmedizin in Oldenburg nach dem Konzept einer European Medical School Oldenburg-Groningen



Quelle: Oldenburg

In Hinsicht auf die Gründung einer Universitätsmedizin stellen sich einige Fragen nach den gesetzlichen Rahmenbedingungen insgesamt als auch zu den besonderen rechtlichen Bedingungen des Medizin-Studiums nach dem Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“.

III.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Im Niedersächsischen Hochschulgesetz vom 26. Februar 2007 (NHG, zuletzt geändert am 18. Juni 2009) werden Lehre und Forschung einerseits und Krankenversorgung andererseits als gleichrangige Aufgaben der Universitätsmedizin definiert. Diese Gleichrangigkeit wird allerdings ohne einen funktionalen Bezug festgeschrieben. Während in § 3 Abs.1 NHG die akademischen Aufgaben von Forschung, Lehre, Studium und Weiterbildung verankert sind, heißt es in § 3 Abs. 5 NHG: „Die Medizinische Hochschule Hannover und die Universitätsmedizin Göttingen (humanmedizinische Einrichtungen) sowie die Tierärztliche Hochschule Hannover erbringen zusätzlich Dienstleistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens. Die humanmedizinischen Einrichtungen nehmen auch Aufgaben der Krankenversorgung, die Tierärztliche Hochschule Hannover nimmt solche der tiermedizinischen Versorgung wahr.“ Inwieweit Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits im Verhältnis zueinander stehen, wird nicht genauer geregelt. Dabei ist zu bedenken, dass die niedersächsische Gesetzgebung bisher mit Hannover und Göttingen den gesetzlichen Rahmen für universitätsmedizinische Standorte abzustecken hatte, die im Sinne eines Integrationsmodells organisiert sind und für die daher eine strukturelle Einheit von akademischen Pflichten und Aufgaben der Krankenversorgung konstitutiv ist. In Hinsicht auf eine nach dem Kooperationsmodell organisierte Universitätsmedizin, wie sie in Oldenburg geplant ist, finden sich im Niedersächsischen Hochschulgesetz keine Regelungen für die Verbindung von akademischen Pflichten und Aufgaben der Krankenversorgung sowie für die daraus ableitbaren Aspekte wie das Verhältnis von Medizinischer Fakultät und Klinikum. |¹¹ Das Land Niedersachsen hat diesbezüglich die Bereitschaft zur Anpassung des Hochschulgesetzes signalisiert.

|¹¹ Für einen Vergleich der niedersächsischen Gesetzgebung mit anderen deutschen Landeshochschulgesetzen vgl. Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 64–67.

Das Gesamtkonzept zur Gründung einer Universitätsmedizin an der Universität Oldenburg läuft unter dem Namen „European Medical School Oldenburg-Groningen“. Im rechtlichen Sinn stellt die European Medical School Oldenburg-Groningen allerdings keine eigenständige juristische Person dar, sondern ist eine Bezeichnung für die Gesamtheit jener Kooperationsvereinbarungen zwischen der Universität Oldenburg und der Universität Groningen, die zum Zwecke der gemeinsamen Durchführung des humanmedizinischen Master-Studiengangs getroffen werden. Die Grundlage für diese Vereinbarungen soll ein Kooperationsvertrag bilden, den die Universität Oldenburg und die Universität Groningen miteinander schließen. Der Bachelor-Studiengang der Universität Oldenburg bleibt hiervon unberührt. De jure stellt die European Medical School Oldenburg-Groningen daher nur einen Teil der geplanten Gründung einer Universitätsmedizin in Oldenburg dar. Allerdings wird in der Stellungnahme die „European Medical School Oldenburg-Groningen“ aus Gründen der Vereinfachung auch mit dem Gesamtkonzept identifiziert.

In Hinsicht auf Studium und Ausbildung stellen sich mit der Gründung einer Universitätsmedizin in der konzipierten Art und Weise zwei entscheidende rechtliche Fragen. Zum einen ist zu klären, ob mit dem Master-Abschluss die rechtlichen Voraussetzungen für eine ärztliche Berufsausübung erfüllt werden. Zum anderen ist zu fragen, ob die mit der Gründung der Universitätsmedizin in Oldenburg zusätzlich zur Verfügung gestellten Studienplätze im Verteilungsverfahren für medizinische Studienplätze durch die Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS, seit 1. Mai 2010 Stiftung für Hochschulzulassung) berücksichtigt werden müssen.

Die Universität Oldenburg hat zu diesen beiden rechtlichen Fragen auf Anraten des Wissenschaftsrates ein unabhängiges juristisches Gutachten in Auftrag gegeben. |¹² Die rechtlichen Fragen werden darin wie folgt beantwortet.

III.2.a Rechtliche Anerkennung der mit dem Master of Science in Humanmedizin und Geneeskunde verbundenen Berufsqualifikation |¹³

Der gemeinsam von der Universität Oldenburg und der Universität Groningen geplante Studiengang soll zu einem doppelten Abschluss führen: einem Master of Science in Humanmedizin, der von der Universität Oldenburg vergeben wird,

|¹² Kay Hailbronner: Rechtliche Grundlagen für die Anerkennung eines berufsqualifizierenden Abschlusses eines europäischen Bachelor-/Masterstudiengangs „Humanmedizin“ an der Universität Groningen, Niederlande, in Kooperation mit der Carl von Ossietzky-Universität Oldenburg, Konstanz, 11. Januar 2008.

|¹³ Vgl. ebd., insbesondere S. 5–12.

und einem Master of Science in Geneeskunde, der von der Universität Groningen vergeben wird. Der Studiengang erfüllt in der geplanten Form nach Angaben der Konzeptverantwortlichen die inhaltlichen, nicht aber die formalen Voraussetzungen der Approbationsordnung für Ärzte; das trifft auch auf die Voraussetzungen für einen Modellstudiengang nach § 41 ÄAppO zu (siehe hierzu im Einzelnen A.IV.2.c). Die Befähigung zur ärztlichen Berufsausübung erfolgt daher nicht dadurch, dass der in Deutschland von der Universität Oldenburg vergebene Abschluss unmittelbar die in der Approbationsordnung für Ärzte geregelten Voraussetzungen erfüllt. Vielmehr erfolgt die Approbation auf der Grundlage der europarechtlichen Anerkennung des in den Niederlanden erworbenen Master-Abschlusses. Hierfür greifen folgende Anerkennungsregelungen:

Die deutschen Rechtsgrundlagen für die Anerkennung eines berufsqualifizierenden Abschlusses, der in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union erworben wurde und dort zur Ausübung des Arztberufes berechtigt, bilden die Bundesärzteordnung vom 16. April 1987 (BÄO, zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Oktober 2006) und wiederum die Approbationsordnung für Ärzte. Diese deutschen Vorschriften beruhen ihrerseits auf gemeinschaftsrechtlichem Sekundärrecht über die Anerkennung ausländischer ärztlicher Berufsqualifikationen. Diesbezüglich ist die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen konstitutiv. Sie ist in Deutschland mit Gesetz vom 2. Dezember 2007 für die Heilberufe umgesetzt worden. |¹⁴

Obschon § 3 Abs. 2 BÄO vorsieht, dass jemand, der einen Antrag auf Approbation stellt und seine ärztliche Prüfung nicht im Geltungsbereich des Gesetzes bestanden hat, sich grundsätzlich einer Gleichwertigkeitsprüfung zu unterziehen hat, gilt diese Bestimmung nicht, wenn die ärztliche Berufsqualifikation in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union erworben wurde. Sie gilt als gleichwertig, so dass keine weitere Prüfung abgelegt werden muss. Dafür ist das Prinzip der automatischen Anerkennung in der Europäischen Union grundlegend. Nach Art. 12 Abs. 1 der Richtlinie 2005/36/EG hat jedes Mitglied der Europäischen Union die in einem Anhang angeführten Ausbildungsnachweise, die sowohl die Aufnahme einer Tätigkeit als Ärztin oder

| ¹⁴ Das Rechtsgutachten bezieht sich auf einen Zeitpunkt, zu dem die Richtlinie 2005/36/EG noch nicht in Deutschland umgesetzt war und berücksichtigt daher für die Prüfung der Richtlinienkonformität (neben der unmittelbaren Anwendbarkeit der Richtlinie nach der Umsetzungsfrist vom 20. Oktober 2007 ohne Umsetzung in Deutschland) ebenfalls die vorherige Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise. Dies hat keine Auswirkungen auf die wiedergegebene Einschätzung.

Arzt mit Grundausbildung, einer Tätigkeit als Fachärztin oder Facharzt oder einer Tätigkeit in anderen medizinischen Berufen ermöglichen, anzuerkennen. Die Anlage der Ausbildungsnachweise, die zur ärztlichen Tätigkeit befähigen, wurde 2007 mit der Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG in die Bundesärzteordnung übertragen. Für die Niederlande ist eine „Getuigschrift van met goed gevolg afgelegd artsexamen“ (Zeugnis über ein erfolgreich abgelegtes Staatsexamen) als entsprechender Nachweis anzuerkennen.

Maßgeblich für die Frage nach der Anerkennung des im Rahmen der European Medical School Oldenburg-Groningen erworbenen Master-Abschlusses ist daher in erster Linie niederländisches Recht. Den deutschen Behörden kommt keine eigene inhaltliche Prüfungscompetenz bezüglich der vorgeschriebenen Ausbildungsinhalte zu, sofern ein Ausbildungsnachweis in der von der Richtlinie 2005/36/EG vorgeschriebenen Form vorliegt. Die in der Richtlinie vorgeschriebenen Ausbildungsinhalte sind dabei allerdings von den niederländischen Behörden als Mindeststandards umzusetzen. Es obliegt dem niederländischen Gesetzgeber, gegebenenfalls darüber hinausgehende Anforderungen an die Zulassung zur ärztlichen Berufsausübung zu stellen.

Die an die Ausbildungsinhalte gestellten Mindestvoraussetzungen ergeben sich aus Art. 24 der Richtlinie 2005/36/EG. Hiernach muss die ärztliche Grundausbildung mindestens in sechs Jahren 5.500 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität umfassen. Außerdem muss gewährleistet sein, dass Folgendes im Zuge des Studiums erworben wird:

- _ angemessene Kenntnisse in den Wissenschaften, auf denen die Medizin beruht, und ein gutes Verständnis für die wissenschaftlichen Methoden, einschließlich der Grundsätze der Messung biologischer Funktionen, der Bewertung wissenschaftlich festgestellter Sachverhalte sowie der Analyse von Daten,
- _ angemessene Kenntnisse über die Struktur, die Funktionen und das Verhalten gesunder und kranker Menschen sowie über die Einflüsse der physischen und sozialen Umwelt auf die Gesundheit des Menschen,
- _ angemessene Kenntnisse hinsichtlich der klinischen Sachgebiete und Praktiken, die ihr ein zusammenhängendes Bild von den geistigen und körperlichen Krankheiten, von der Medizin unter den Aspekten der Vorbeugung, der Diagnostik und der Therapeutik sowie von der menschlichen Fortpflanzung vermitteln sowie
- _ angemessene klinische Erfahrung unter entsprechender Leitung in Krankenhäusern.

Die aufgrund eines Master of Science in Geneeskunde von den niederländischen Behörden erteilte Erlaubnis zur ärztlichen Berufsausübung („Getuigschrift van met goed gevolg afgelegd artsexamen“) ist von den deutschen Behörden anzuerkennen, da die genannten Anforderungen der Richtlinie in den Niederlanden erfüllt werden. Insbesondere ist der erforderliche Unterricht im Umfang von sowohl sechs Jahren als auch 5.500 Stunden gewährleistet. Nicht erforderlich ist, dass die medizinische Gesamtausbildung einphasig oder in einem einzigen Mitgliedstaat stattfindet.

Gegen die beschriebene Anerkennungsfähigkeit kann der Einwand vorgebracht werden, dass sich unter den dargelegten Anerkennungsgrundsätzen Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union in missbräuchlicher Weise der Anwendung des nationalen Rechts im Bereich der Berufe zu entziehen beabsichtigen. Von einem solchen Missbrauch der gemeinschaftsrechtlichen Anerkennungsgrundsätze ist allerdings nicht auszugehen. Nach ständiger Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes und unter Bezug auf Vorschriften des EG-Vertrages über die Marktfreiheiten und die des abgeleiteten Rechts ist anerkannt, dass sich die Frage des Zugangs zu einer geregelten Berufstätigkeit nicht als ausschließlich innerstaatliche Angelegenheit des betreffenden Mitgliedstaats darstellt, weil eine Staatsangehörige oder ein Staatsangehöriger in ihrem oder seinem Mitgliedstaat eine berufliche Tätigkeit ausüben möchte. Der Europäische Gerichtshof lässt für die Anwendung der Marktfreiheiten und der gemeinschaftlichen Anerkennungsregeln bereits den Umstand gelten, dass eine Staatsangehörige oder ein Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates zum Zweck der wirtschaftlichen Tätigkeit in ihrem oder seinem eigenen Mitgliedstaat akademische Grade oder Berufsqualifikationen in einem anderen Mitgliedstaat erwirbt, die nach gemeinschaftsrechtlichen Regeln anererkennungsfähig sind. Aus diesem Grund ist es unerheblich, ob der niederländische Master of Science in Geneeskunde von deutschen oder von niederländischen Staatsangehörigen erworben wird. Der mögliche Einwand eines Missbrauchs stellt keine Befugnis für Mitgliedstaaten dar, ihren Staatsangehörigen nur dann die Berufsausübung in ihrem Hoheitsgebiet zu gestatten, wenn diese eine Ausbildung nach den inländischen Regeln absolviert haben. Lediglich in Fällen, in denen eine ausländische Hochschule nur pro forma bei der Verleihung einer Berufsqualifikation beteiligt ist, kann von einer missbräuchlichen Inanspruchnahme der gemeinschaftsrechtlichen Freizügigkeitsvorschriften gesprochen werden. Dies ist für die konzipierte European Medical School Oldenburg-Groningen nicht zutreffend.

Mit der Vergabe von Doppelabschlüssen haben die Universität Oldenburg und die Universität Groningen bereits Erfahrungen. An der Hanse Law School wird ein gestufter rechtswissenschaftlicher Studiengang in Kooperation der Universität Oldenburg, der Universität Bremen und der Universität Groningen

angeboten. Der Master-Studiengang führt auch hier zu einem Doppelabschluss; sowohl die Universität Groningen als auch die beiden deutschen Universitäten verleihen einen Master of Laws (LL. M.). Hierfür ist – analog zur European Medical School Oldenburg-Groningen (siehe IV.2.a) – ein signifikanter Anteil der Studienleistungen sowohl am jeweiligen deutschen als auch am niederländischen Studienort zu erbringen.

III.2.b Berücksichtigung der Studienplätze bei der zentralen Vergabe von Studienplätzen |¹⁵

Die ZVS hat zur Aufgabe, Studienplätze für das erste Fachsemester an staatlichen Hochschulen für solche Studiengänge zu vergeben, für die via Kapazitätsberechnungen an allen staatlichen Hochschulen Zulassungszahlen festgesetzt werden können und für die gleichsam eine höhere Zahl an Bewerbungen zu erwarten ist, als Studienplätze vergeben werden können. Rechtliche Grundlage hierfür ist der Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen vom 22. Juni 2006, der auch vom Land Niedersachsen ratifiziert wurde. |¹⁶ Das zentrale Vergabeverfahren beschränkt sich derzeit auf die Studiengänge der Medizin, Tiermedizin, Pharmazie, Zahnmedizin und Psychologie. An allen staatlichen Hochschulen, die einen medizinischen Studiengang anbieten, werden zur Zeit Studienplätze über die ZVS vergeben. Es ist zu fragen, ob der Bachelor-Studiengang der Universität Oldenburg und der Master-Studiengang im Rahmen der European Medical School Oldenburg-Groningen bei der zentralen Vergabe von Studienplätzen Berücksichtigung finden müssen.

Als Studiengänge im Sinne von Art. 8 Abs. 1 des Staatsvertrags können nur solche gelten, die eine Vergleichbarkeit, insbesondere in Hinsicht auf Studienfach und Studienabschluss, aufweisen; |¹⁷ dabei wird maßgeblich auf die Art der Berufsqualifikation abgestellt, die mit dem Studienplatz erlangt werden kann. Dies betrifft für das Medizin-Studium an deutschen Hochschulen in der Regel den ärztlichen Beruf. Demgegenüber führt der Bachelor-Studiengang der Humanmedizin an der Universität Oldenburg nicht zu einer solchen Qualifikation. Der Bachelor-Abschluss ermöglicht keine Berufstätigkeit als Ärztin oder Arzt. Er ist auch nicht zwingend als ein erster Schritt zur

|¹⁵ Vgl. Kay Hailbronner: Rechtliche Grundlagen für die Anerkennung eines berufsqualifizierenden Abschlusses eines europäischen Bachelor-/Masterstudiengangs „Humanmedizin“ an der Universität Groningen, Niederlande, in Kooperation mit der Carl von Ossietzky-Universität Oldenburg, Konstanz, 11. Januar 2008, insbesondere S. 12–15.

|¹⁶ Dieser Staatsvertrag wurde inzwischen vom Staatsvertrag über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung vom 5. Juni 2008 (StV 2008) abgelöst. Mit ihm wurde anstelle der ZVS die Stiftung für Hochschulzulassung eingerichtet.

|¹⁷ Vgl. inzwischen Art. 7 Abs. 1 StV 2008.

entsprechenden Berufsqualifikation zu betrachten, da den Bachelor-Studierenden ein Studienplatz für den weiterführenden Master-Studiengang der European Medical School Oldenburg-Groningen nicht gewährleistet wird. Im Unterschied zu den bisherigen von der ZVS vergebenen Studienplätzen der Humanmedizin ist es mit einem Bachelor-Studienplatz an der Universität Oldenburg also nicht zwingend möglich, die Qualifizierung für die ärztliche Berufsausübung zu erlangen. Ferner ist für den humanmedizinischen Studiengang an der Universität Oldenburg von einer fehlenden Vergleichbarkeit mit dem Medizin-Studium anderer Hochschulen insofern auszugehen, als neben medizinischen Kenntnissen und Fertigkeiten weitere Qualifikationen vermittelt werden, die auf vielfältigere, nicht-ärztliche Tätigkeiten im Gesundheitswesen abzielen.

In Hinsicht auf die Studienplätze des Master-Studiengangs sind für die Frage nach der Berücksichtigung bei der zentralen Vergabe durch die ZVS zwei Merkmale zu berücksichtigen. Zum einen sind nach Art.1 Abs.1 des Staatsvertrags über die Vergabe von Studienplätzen lediglich Studienplätze relevant, die das erste Fachsemester an staatlichen Hochschulen betreffen. |¹⁸ Der konsekutive Master-Studiengang an der European Medical School Oldenburg-Groningen setzt in Abgrenzung dazu einen Bachelor of Science in Humanmedizin oder einen gleichwertigen Abschluss bereits voraus. Er ist daher nicht mit einem herkömmlichen Medizin-Studium mit einer Gesamtdauer von sechs Jahren vergleichbar. Zum anderen ist zu bedenken, dass der Master-Studiengang gemeinsam von der Universität Oldenburg und der Universität Groningen durchgeführt wird und sich aus diesem Grund nicht ausschließlich an nationalen Gegebenheiten wie der zentralen Vergabe von Studienplätzen orientieren kann. Die Zulassung zum Master-Studium hat in Koordination der an beiden Standorten geltenden Zulassungsregeln zu erfolgen. Es besteht aus diesen Gründen ein gerichtlich nur beschränkt überprüfbarer Regelungsspielraum für die Festlegung von kapazitätsberechneten Zulassungszahlen und für ein daraus ableitbares zentrales Zulassungsverfahren.

Auf der Grundlage dieser Erwägungen ist davon auszugehen, dass sowohl die Studienplätze des Bachelor-Studiengangs der Humanmedizin an der Universität Oldenburg als auch die des gemeinsam von der Universität Oldenburg und der Universität Groningen durchgeführten Master-Studiengangs für die zentrale Vergabe von Studienplätzen nicht zu berücksichtigen sind.

| ¹⁸ Vgl. inzwischen Art. 5 Abs. 1 Nr. 2 StV 2008.

Das humanmedizinische Studium wird an der Universität Oldenburg in zwei Stufen konzipiert. Der Studiengang mit dem Abschlussziel „Bachelor of Science in Humanmedizin“ und einer Regelstudienzeit von drei Jahren wird ausschließlich von der Universität Oldenburg durchgeführt. Er ist berufsqualifizierend, berechtigt aber nicht zur Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit. Der konsekutive Master-Studiengang mit einer Regelstudienzeit von ebenfalls drei Jahren wird hingegen über die European Medical School Oldenburg-Groningen gleichermaßen von der Universität Oldenburg und der Universität Groningen verantwortet. Er führt zum Abschluss eines Master of Science in Humanmedizin und in Geneeskunde.

Das gestufte Studium der Humanmedizin an der Universität Oldenburg bzw. an der European Medical School Oldenburg-Groningen orientiert sich insgesamt an der bestehenden Studiengangskonzeption der Universität Groningen. Dort wird bereits seit 2003 ein gestuftes Studium der Humanmedizin angeboten. Es dient der Oldenburger Universitätsmedizin, insbesondere unter Berücksichtigung so wichtiger Aspekte wie der Studienstruktur, der Studieninhalte und der Lern- und Lehrmethoden, als Modell (siehe hierzu im Einzelnen A.IV.5).

Das übergreifende Ziel des gestuften Studiums der Humanmedizin ist die Vermittlung von Kompetenzen, die zur Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen und absehbaren Anforderungen an die medizinische Versorgung und ihrer sozioökonomischen Rahmenbedingungen befähigen. Zu diesen Kompetenzen zählen neben den medizinischen und sozioökonomischen Kenntnissen und Fähigkeiten auch solche, die zu einem professionellen ärztlichen Auftreten und einer empathischen Verhaltensweise gegenüber der Patientin oder dem Patienten befähigen. Insgesamt sind sieben Kompetenzbereiche voneinander zu unterscheiden:

- 1- Kommunikation und Empathie
- 2- Problemlösung
- 3- Wissenschaftliche Kompetenz
- 4- Diagnostik
- 5- Therapie
- 6- Sozialer und gesellschaftlicher Zusammenhang der Gesundheitsversorgung
- 7- Reflexion |¹⁹

|¹⁹ Diese sieben Kompetenzen werden auch für das ausschließlich an der Universität Groningen angebotene Studium der Humanmedizin zugrunde gelegt. Sie wurden in dieser Form im kanadischen

Von diesen Kompetenzbereichen leiten sich die Lernergebnisse des Bachelor- und Master-Studiengangs in ihrer Gesamtheit ab. Alle sind eindeutig auf das Berufsbild der Ärztin bzw. des Arztes bezogen; dies gilt bereits für das Studienprogramm des Bachelor-Studiengangs, obschon dieser allein nicht zur Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit qualifiziert. Die Kompetenzbereiche bestimmen die Humanmedizin als eine in erster Linie handlungsorientierte Wissenschaft. Sie orientieren sich an der Patientin oder dem Patienten und nicht am theoretischen Wissen. Im Zentrum des Studienprogramms steht aus diesem Grund von Beginn an die praktische Tätigkeit. Diese soll einen höheren Stellenwert als in der aktuellen Approbationsordnung für Ärzte einnehmen. Die Vermittlung von theoretischem Wissen sowie klinischen Fakten und Erfahrungen soll stets mit der Praxis eines zielgerichteten, dem Anspruch einer verantwortungsvollen Patientenbetreuung geschuldeten ärztlichen Handelns am Patientenbett einhergehen. Die frühzeitige Einbindung der Studierenden in den ärztlichen Versorgungsprozess hat zum Ziel, das soziale Bewusstsein, die Übernahme von Verantwortung und die Fähigkeiten zu kollegialer und fächerübergreifender Zusammenarbeit auszubilden.

Unter lehrmethodischen Gesichtspunkten orientiert sich das gestufte Studium der Humanmedizin am Konzept des problemorientierten und kompetenzbasierten Lernens. Im Zentrum steht demgemäß die Erarbeitung von Lerninhalten anhand einer praxisnahen Problemstellung oder eines Fallbeispiels und in Kombination aus angeleiteter Kleingruppendiskussion und Selbststudium; der Lernablauf orientiert sich an der Problembearbeitung und den hierfür nötigen Strategien. Damit geht eine weitestgehend disziplinenübergreifende Ausbildung einher.

Zur Realisierung dieses Lehransatzes und der dafür erforderlichen intensiven Betreuung der Studierenden liegt ein Mentoren- und Tutorenkonzept vor. Nach diesem soll wissenschaftliches und klinisches Personal für die Betreuung der Studierenden in einer Weise zur Verfügung stehen, dass die Lehre in möglichst kleinen Gruppen und auf einer individuellen Ebene stattfinden kann. Das Tutorenkonzept sieht eine entsprechende Betreuung im klinischen Bereich vor (Tutorengruppen). Tutorinnen und Tutoren sollen Assistenzärztinnen und -ärzte mit einer Fachqualifikation in jenem Bereich des klinischen Studiums sein, dem der jeweilige Kleingruppenunterricht gewidmet ist. Das Mentoring-Konzept bezieht sich hingegen auf den nicht-klinischen Bereich des Studiums. Neben der Leitung von Mentorengruppen übernehmen dabei Professorinnen

und Professoren die Rolle einer Vertrauensperson für eine einzelne Studierende oder einen einzelnen Studierenden.

IV.1 Bachelor of Science in Humanmedizin an der Universität Oldenburg

Der Bachelor-Studiengang, der zum Abschluss eines Bachelor of Science in Humanmedizin führt, wird ausschließlich von der Universität Oldenburg verantwortet und durchgeführt. Dabei fällt der Bachelor-Studiengang nicht unmittelbar in den Regelungsbereich der European Medical School Oldenburg-Groningen im Sinne der Kooperationsvereinbarungen. Die Universität Groningen bietet einen eigenen Bachelor-Studiengang in Geneeskunde an, wobei ein Austausch der Studierenden – wie im Falle des Master-Studiengangs – nicht vorgesehen ist. Die Kooperation mit der Universität Groningen wirkt sich allerdings auch auf die Bachelor-Phase aus. Dies betrifft insbesondere den konzeptionellen Austausch, die gemeinsame und vergleichende Durchführung des sogenannten „Maastricht Progress Test“, das von der Universität Groningen angebotene *teach the teacher*-Programm zur didaktischen Weiterbildung der Hochschullehrerinnen und -lehrer und den Aufbau einer gemeinsamen Datenverarbeitungsstruktur (siehe hierzu im Einzelnen die Ausführungen zum Master-Studiengang unter A.IV.2).

IV.1.a Studienaufbau und -inhalte

Das Bachelor-Studium in Humanmedizin umfasst drei Jahre. Es sind insgesamt 180 Kreditpunkte (KP) zu erwerben, wobei ein Arbeitspensum von 30 Stunden pro KP angesetzt wird. Das angewandte Kreditpunktesystem entspricht den Vorschlägen des European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS), wie es im Rahmen des Bologna-Prozesses nicht nur in Hinsicht auf Vergleichbarkeit und Anerkennung von Studienleistungen, sondern auch für die Gestaltung von Curricula empfohlen wird. |²⁰ Die Kreditpunkte verteilen sich auf zwölf Pflichtmodule, zwei jeweils zwei Semester umfassende Wahlpflichtmodule und ein Bachelorabschlussmodul mit jeweils 12 KP. Die aufeinander aufbauenden Module müssen dabei in der nachstehend abgebildeten Reihenfolge absolviert werden.

|²⁰ Vgl. hierzu Europäische Kommission: ECTS Users' Guides. European Credit Transfer and Accumulation System and the Diploma Supplement, Brüssel 2004. – Hochschulrektorenkonferenz: ECTS als System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen, Köln 2004. – Hochschulrektorenkonferenz: ECTS im Kontext: Ziele, Erfahrungen und Anwendungsfelder, Bonn 2007.

Abbildung 3: Aufbau des Bachelor-Studiengangs

1. Jahr				
1. Semester		2. Semester		
Prakt. Pflichtmodul 1.1 (12 KP) Der Prozess ärztlichen Handelns	Prakt. Pflichtmodul 1.2 (12 KP) Grundlagen der Medizin	Prakt. Pflichtmodul 1.3 (12 KP) Gesundheits- und Lebenserhaltung	Prakt. Pflichtmodul 1.4 (12 KP) Gesundheitsverhalten	
Wahlpflichtmodul (12 KP)				
2. Jahr				
1. Semester		2. Semester		
Theor. Pflichtmodul 2.1 (12 KP) Wahrnehmung und Reaktion	Prakt. Pflichtmodul 2.2 (12 KP) Wahrnehmung und Verarbeitung	Theor. Pflichtmodul 2.3 (12 KP) Regulation und Rückkopplung	Prakt. Pflichtmodul 2.4 (12 KP) Chronischer Funktionsverlust	
Wahlpflichtmodul (12 KP)				
3. Jahr				
1. Semester		2. Semester		
Pflichtmodul 3.1 (12 KP) Onkologie und Trauma	Pflichtmodul 3.2 (12 KP) Akuter Funktionsverlust	Pflichtmodul 3.3 (12 KP) Lebenszyklus I: Fortpflanzung und Entwicklung	Pflichtmodul 3.4 (12 KP) Lebenszyklus II: Lebensverlauf	Bachelorabschlussmodul (12 KP)

Quelle: Universität Oldenburg

Die zwölf Pflichtmodule decken das Kerncurriculum ab. Sie umfassen sowohl das naturwissenschaftliche und medizinische Grundlagenwissen als auch die Thematisierung exemplarischer Krankheitsbilder. In einem Modul werden verschiedene, meistens jeweils eine Woche in Anspruch nehmende Themen und Konzepte behandelt. Gemäß ihrer inhaltlichen Zielsetzung und ihrer Unterrichts- und Prüfungsform lassen sie sich in theoretische und praktische Pflichtmodule unterscheiden. Theoretische Pflichtmodule dienen vor allem der theoretischen Wissensaneignung und finden vornehmlich als Vorlesung statt. Praktische Pflichtmodule zielen hauptsächlich auf die Entwicklung und das Training der Kompetenzen ab; sie bestehen zumeist aus einer Vorlesung und einem praktischen Teil. Die Unterrichtsform eines praktischen Teils kann ein Seminar, Praktikum, Kurs oder eine selbstständige Übung sein und wird jeweils um einen begleitenden Kleingruppenunterricht ergänzt. Der Kleingruppenunterricht kann dabei entweder vornehmlich wissenschaftlichen (Mentorengruppen) oder klinischen Fragestellungen (Tutorengruppen) gewidmet sein. In einigen Modulen sind explizit wissenschaftsbezogene Studieninhalte vorgesehen. So werden zum Beispiel bereits im Modul „Grundlagen der Medizin“ Kompetenzen in der Statistik für Mediziner, der Literaturrecherche oder der wissenschaftlichen Methodik überhaupt vermittelt.

Sowohl für die theoretischen als auch für die praktischen Pflichtmodule findet jeweils am Ende der Woche eine Abschlussvorlesung zum behandelten Thema statt. Die theoretischen Pflichtmodule werden durch eine schriftliche Prüfung,

die praktischen durch schriftliche und durch mündliche Prüfungen abgeschlossen.

Die Wahlpflichtmodule bieten die Möglichkeit, Schwerpunkte des Studiums in Hinsicht auf die spätere Bildungs- und Berufsplanung zu setzen. Es sollen vier Wahlpflichtmodule mit entsprechenden Veranstaltungen angeboten werden:

- _ das naturwissenschaftliche Wahlpflichtmodul mit Veranstaltungen der Bereiche
 - _ Biomathematik, Statistik und Informatik,
 - _ Physik, Chemie und Biologie,
 - _ Neurowissenschaften, Psychologie und naturwissenschaftliche wie klinische Forschung,
- _ das wirtschaftswissenschaftliche Wahlpflichtmodul mit Veranstaltungen der Bereiche
 - _ Allgemeine Wirtschaftswissenschaften,
 - _ Ökonomie für Mediziner,
 - _ Recht für Mediziner,
- _ das bildungs- und sozialwissenschaftliche Wahlpflichtmodul mit Veranstaltungen der Bereiche
 - _ Empirische Sozialforschung, Statistik und Informatik,
 - _ Psychologie,
 - _ Bildungswissenschaft, Sozialwissenschaft und Philosophie sowie
- _ das Wahlpflichtmodul Sprachausbildung.

Die ersten drei Wahlpflichtmodule sollten in Hinsicht auf ein bestimmtes Berufsfeld oder entsprechende Weiterbildungspläne gewählt werden. Explizit dienen sie auch dazu, auf andere, nicht-humanmedizinische Master-Studiengänge vorzubereiten. Das Modul Sprachausbildung wird hingegen denjenigen Bachelor-Studierenden empfohlen, die das humanmedizinische Master-Studium an der European Medical School Oldenburg-Groningen fortzusetzen beabsichtigen, da hier Veranstaltungen zum Erwerb niederländischer Sprachkenntnisse gewählt werden können. Diese sind Voraussetzung für die verpflichtenden Studienanteile des Master-Studiengangs am Standort Groningen. Die niederländischen Sprachkenntnisse können alternativ auch anderweitig nachgewiesen werden.

Das Bachelorabschlussmodul unterteilt sich in die Erarbeitung der schriftlichen Bachelorarbeit, für die neun Wochen vorgesehen sind, und den Besuch eines be-

gleitenden Kolloquiums. Das Modul akzentuiert den wissenschaftlichen Anspruch des Bachelor of Science in Humanmedizin.

Über das Studienjahr verteilt finden in regelmäßigen Abständen (ca. sechs bis acht Termine) außerdem sogenannte „Kontinua“ statt. Sie werden in die Pflichtmodule integriert, so dass keine zusätzlichen Kreditpunkte für sie vergeben werden. Für den Bachelor-Studiengang sind zwei verschiedene Kontinua voneinander zu unterscheiden. Das Kontinuum „Professionelle Entwicklung“ ist der Ausbildung eines professionellen ärztlichen Auftretens und Verhaltens gewidmet und findet vor allem in Coachgruppen statt. In einer solchen werden zehn Studierende von einer erfahrenen Ärztin oder einem erfahrenen Arzt unter Berücksichtigung ihrer oder seiner jeweiligen Fachausbildung geschult. Das Kontinuum „Wissensfortschritt“ dient der übergreifenden Überprüfung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Verlauf des Studiums. Es ist stark am sogenannten „Maastricht Progress Test“ angelehnt (siehe hierzu A.IV.5).

Eine ausführlichere Darstellung der Studieninhalte und Lernziele in den einzelnen Modulen des Bachelor-Studiengangs findet sich im Anhang (siehe Abbildung A 1).

IV.1.b Anzahl der Studierenden und Zulassung

Für das humanmedizinische Bachelor-Studium werden an der Universität Oldenburg jährlich zum Wintersemester 40 Studierende aufgenommen. Um zugelassen zu werden, ist neben einer Hochschulzugangsberechtigung das erfolgreiche Durchlaufen eines zweistufigen hochschuleigenen Auswahlverfahrens erforderlich, bei dem zum einen die fachliche und zum anderen die persönliche Eignung überprüft wird. Die Durchführung des Auswahlverfahrens obliegt einem Zulassungsausschuss.

Bewerberinnen und Bewerber, die bereits ein Studium der Humanmedizin an einer anderen Universität begonnen und den vorklinischen Studienanteil abgeschlossen haben, wird unter bestimmten Bedingungen der Quereinstieg in das dritte Jahr des Bachelor-Studiengangs in Aussicht gestellt. Dabei müssen allerdings zusätzlich zum Curriculum des dritten Studienjahres Lehreinheiten des klinischen Bereichs und des Wahlpflichtbereichs nachgeholt werden, da diese in der Regel durch das bisherige Studium nicht abgedeckt wurden. Dies gilt insbesondere für Studierende, die den ersten ärztlichen Abschnitt nach der Approbationsordnung für Ärzte erfolgreich absolviert haben. Die innerhalb von Modellstudiengängen anderer Universitäten möglichen alternativen Erbringungsformen zum ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung sollen im Einzelfall als Voraussetzungen geprüft werden. Dabei dient eine Aufstellung der curricularen Vergleichbarkeiten mit den festgelegten Studieninhalten der Approbationsordnung (siehe Abbildung A 3 im Anhang) als Leitfaden.

Grundsätzlich sollen alle Leistungen mit fachlichem Bezug Berücksichtigung finden. Alle Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger haben darüber hinaus das übliche Auswahlverfahren zu durchlaufen.

Die Vergabe von Studienplätzen soll zeitlich so erfolgen, dass sie sich nicht mit der Vergabe durch die ZVS überkreuzt. Allgemein orientiert sich das Auswahlverfahren an demjenigen, das bereits für den Bachelor-Studiengang „Comparative and European Law“ der Hanse Law School praktiziert wird. |²¹

IV.1.c Berufsfelder und Weiterbildungsmöglichkeiten

Absolventinnen und Absolventen des Bachelor-Studiengangs verfügen nach Angaben der Universität Oldenburg über medizinische Kompetenzen sowie über übergreifende Qualifikationen entsprechend ihrer Wahlpflichtmodule. Der Abschluss eines Bachelor of Science in Humanmedizin qualifiziert zwar nicht zu einer ärztlichen Tätigkeit; er schafft aber die Voraussetzung zur Ausübung anderer Berufe im Gesundheitswesen. Diese umfassen Tätigkeiten im Bereich des Managements, des Marketings, der Öffentlichkeitsarbeit, des Vertriebs und des Außendienstes sowie in unterschiedlichen Berufsbereichen medizinisch-technischer Assistentinnen und Assistenten; auch journalistisch-redaktionelle und administrative Tätigkeiten können ausgeübt werden. Zu den potenziellen Arbeitgebern der Bachelor-Absolventinnen und -Absolventen zählen in diesem Sinn Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Krankenkassen, Krankenhäuser, Praxis- oder Polikliniken, Rehabilitationseinrichtungen), Institutionen im Bereich von Forschung und Entwicklung, Unternehmen der Pharma- und Medizintechnikindustrie oder für das Gesundheitswesen verantwortliche Beratungs- und Prüfungsgesellschaften, Verbände und politische Einrichtungen sowie Einrichtungen im Bereich der Medien.

Es wird davon ausgegangen, dass mit der Vergabe des Bachelor of Science in Humanmedizin einem Arbeitsmarktbedarf an Medizinerinnen und Medizinern in nicht-ärztlichen Berufen des Gesundheitswesens ebenso Rechnung getragen wird wie einem Interesse der Studierenden an einer gezielteren und schneller für diese Berufe qualifizierenden Ausbildung. Es wird vor diesem Hintergrund auch eine Einsparung an Studienkosten gemessen an der tatsächlichen Quote später praktizierender Ärztinnen und Ärzte erwartet.

Das Hauptziel des Bachelor-Studiengangs bleibt trotz der aufgezeigten Berufsfelder der Übergang in das Master-Studium der Humanmedizin. Es wird in

|²¹ Die Ordnung zu Auswahlverfahren an der Universität Oldenburg mit einer studiengangsspezifischen Anlage zum Studiengang „Comparative and European Law“ ist abzurufen unter: <http://www.studium.uni-oldenburg.de/cman/dateien/Ordnungen/BachelorOrdnungAuswahlverfahren.pdf> (26.08.2009).

Anlehnung an die Erfahrungen an der Universität Groningen eine Übergangsquote von 85 % angestrebt. Für 15 % der Absolventinnen und Absolventen wird angenommen, dass sie einen Beruf in den beschriebenen Bereichen des Gesundheitswesens ergreifen oder einen anderen Master-Studiengang mit Blick auf solche Berufe beginnen. Möglichkeiten zum Anschluss eines nicht-humanmedizinischen Master-Studiums werden generell für die folgenden Bereiche gesehen:

- _ Public Health,
- _ Epidemiologie,
- _ Nursing,
- _ Molecular Medicine,
- _ Neuroscience,
- _ Hörtechnik und Audiologie,
- _ Medizinische Biometrie/Biostatistik und
- _ Gesundheitsökonomie/Health Care Science.

IV.2 Master of Science in Humanmedizin und Geneeskunde an der European Medical School Oldenburg-Groningen

Der Master-Studiengang, der zur Vergabe eines humanmedizinischen Doppelabschlusses im Rahmen der European Medical School Oldenburg-Groningen führt, umfasst drei Jahre. Er wird gemeinsam von der Universität Oldenburg und der Universität Groningen verantwortet und durchgeführt. Die Universität Oldenburg vergibt mit erfolgreichem Abschluss des Studiums einen Master of Science in Humanmedizin und die Universität Groningen einen Master of Science in Geneeskunde. Es ist vorgesehen, dass das Curriculum des Master-Studiengangs vollständig an beiden Standorten angeboten wird. Es werden keine einzelnen Module nur an einem der beiden Standorte angeboten.

In einem Kooperationsvertrag werden die hierfür nötigen konzeptionellen und inhaltlichen Aspekte der medizinischen Ausbildung geregelt. Als Anlage zum Kooperationsvertrag wird eine Verfahrensordnung auf der Ebene der Medizinischen Fakultäten beider Universitäten verabschiedet. Sie soll insbesondere Transparenz und Rechtssicherheit für Entscheidung der Gremien beider Medizinischer Fakultäten gewährleisten. Ein Entwurf der Verfahrensordnung befindet sich im Anhang (siehe Abbildung 4).

Die Kooperation zwischen Oldenburg und Groningen gründet vornehmlich auf dem Austausch der Studierenden. Die Master-Studierenden in Oldenburg und in Groningen sind verpflichtet, mindestens ein Drittel der Studienleistungen am

jeweils anderen Studienort zu erbringen. Dabei steht es den Studierenden grundsätzlich frei, welche Module sie am jeweils anderen Standort belegen. Alle Module sollen an beiden Standorten angeboten werden. Eine optimale Auslastung der jeweils verfügbaren Kapazitäten wird unter Berücksichtigung der Studierendenwünsche durch die Geschäftsstelle und die Studiendekanin oder den Studiendekan organisiert. Der Studierendenaustausch wird dadurch ermöglicht, dass die Module eines Semesters als Blockveranstaltungen angeboten werden. Ihre Reihenfolge innerhalb eines Semesters ist – im Unterschied zu den Modulen des Bachelor-Studiengangs – variabel. Außerdem finden Kontinua statt, die im Unterschied zum Bachelor-Studiengang einen Lehrveranstaltungstypus mit eigenen Kreditpunkten ausmachen. Die Kontinua sind beim Wechsel des Studienortes auch anteilig anrechenbar. Dadurch ergeben sich mögliche Studienortswechsel in einem Rhythmus von nicht weniger als zehn Wochen im ersten Studienjahr, als vier Wochen im zweiten Studienjahr und als 20 Wochen im dritten Studienjahr. Längere durchgehende Aufenthalte, bis hin zu einem Aufenthalt für ein gesamtes Studienjahr am jeweils anderen Studienort, sind bei entsprechender Kombination der Module möglich. Der Transfer und die Unterbringung von Studierenden werden von Seiten beider Universitäten unterstützt. So wird beispielsweise eine Schnellbus-Verbindung finanziell gefördert.

Obwohl an der Universität Groningen weiterhin ein nicht-kooperativer Master-Studiengang in Geneeskunde mit etwa 400 Studienplätzen angeboten wird, wird aufgrund des internationalen Profils und des möglichen Zugangs zum deutschen Gesundheitswesen von einem besonderen Interesse der Studierenden aus Groningen zur Aufnahme des gemeinsamen Master-Studiengangs ausgegangen. Für Studierende aus Groningen, die bisher im Rahmen des nicht-kooperativen Studiengangs einen Teil ihrer klinischen Ausbildung an einem der Oldenburger Krankenhäuser absolviert haben, sollen im projektierten Klinikum keine eigene Kapazitäten mehr vorgehalten werden.

Neben dem zentralen Element des Studierendenaustauschs soll die Kooperation der beiden universitätsmedizinischen Standorte vor allem auf vier weiteren Wegen begründet werden.

Erstens ist der konzeptionelle Austausch zur Lehre von entscheidender Bedeutung. Die Umsetzung des problemorientierten, kompetenzbasierten und patientenzentrierten Lehrkonzepts und die Weiterentwicklung von entsprechenden Lehrformen und -methoden sollen im gegenseitigen Austausch stattfinden. Dies betrifft auch die gemeinsame Entwicklung von Skills Lab- und E-Learning-Angeboten.

Zweitens sollen hinsichtlich der Lehre gemeinsame Qualitätssicherungsmaßnahmen ergriffen werden. Hierfür wird insbesondere der sogenannte „Maastricht Progress Test“ vergleichend durchgeführt (siehe hierzu A.IV.5).

Drittens findet im Rahmen eines *teach the teacher*-Programms eine Weiterbildung des Lehrpersonals beider Universitäten statt, das insbesondere auf die Professionalisierung der Lehrtätigkeit im Sinne des problemorientierten, kompetenzbasierten und patientenzentrierten Lehrkonzepts abzielt. Die didaktische Schulung ist dabei auf die besonderen Inhalte im Rahmen des humanmedizinischen Studiums und ihre jeweiligen klinischen Kontexte zugeschnitten. Das *teach the teacher*-Programm wird derzeit bereits an der Universität Groningen durchgeführt. Es soll im Rahmen der European Medical School Oldenburg-Groningen zunächst ebenfalls ausschließlich von der Universität Groningen angeboten werden, steht aber den Dozentinnen und Dozenten in Oldenburg offen. Die nötigen Kapazitäten für die Weiterbildung sind von der Universität Groningen zugesagt. Das vorgesehene *basic training* umfasst insgesamt 200 Stunden und schließt einen Transfer des Weiterbildungs- bzw. Lehrpersonals in beiden Richtungen mit ein.

Viertens ist der Aufbau einer gemeinsamen Datenverarbeitungsstruktur vorgesehen. Mit dieser sollen auch die technischen Voraussetzungen für die Übertragung von Lehrveranstaltungen mittels Videokonferenz (Teleteaching) geschaffen werden.

IV.2.a Studienaufbau und -inhalte

Insgesamt sind im Master-Studiengang Studienleistungen in Höhe von 180 Kreditpunkten (KP) zu erbringen. Das erste Jahr (Juniorassistenz) ist dem Erwerb theoretischer Kenntnisse und dem Training klinischer Fertigkeiten in einem begrenzten Aufgabenbereich gewidmet. Es umfasst vier größere Module und drei unterschiedliche Kontinua. Die Module unterteilen sich jeweils in eine Einführungswoche, einen vierwöchigen Kleingruppenunterricht im klinischen Trainingszentrum, der durch interaktive Seminare, klinische Arbeitskonferenzen, Patientenbesprechungen und Phasen des Selbststudiums begleitet wird, sowie in ein fünföchiges klinisches Praktikum in einer modul-spezifischen Klinikstation bzw. Ambulanz, das durch Tutorinnen und Tutoren betreut wird und unter supervisorischer Verantwortung einer Professorin oder Professors steht.

Außerdem findet das Kontinuum „Wissensfortschritt“ erneut statt. In Ergänzung zum Bachelor-Studiengang wird die hier vorgesehene Überprüfung des Fortschritts der Kenntnisse und Fähigkeiten zeit- und inhaltsgleich in Oldenburg und Groningen durchgeführt, so dass das Kontinuum „Wissensfortschritt“ einen vergleichenden Charakter hat. Das Kontinuum „Professionelle Entwicklung“ findet wie schon im Bachelor-Studiengang statt. Gegenüber dem Bachelor-Studium neu ist hingegen das Kontinuum „Beratung/Gesprächsführung“. Es dient der übergreifenden Ausbildung von ärztlichen Kompetenzen wie der Patientenkommunikation, der Anamnese und Untersuchung, der

Differential- und der Arbeitsdiagnose, dem Aufstellen und der wissenschaftlichen Begründung eines Plans zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen oder der mündlichen und schriftlichen Wiedergabe des Modellfalls. Leistungsüberprüfungen in den Kontinua und dem klinischen Praktikum finden im Allgemeinen in Anlehnung an den Maastricht Progress Test (vornehmlich Abfrage von Wissen, siehe dazu im Einzelnen unter A.IV.5), Logbüchern (vornehmlich Abfrage von Fähigkeiten zur Umsetzung von Wissen durch Gespräche) oder Portfolios (vornehmlich Abfrage von persönlichen Fähigkeiten durch Gespräche) statt.

Abbildung 4: Aufbau des Master-Studiengangs, 1. Jahr

1. Semester		2. Semester	
Modul 1: Sensomotorik (10 KP)	Modul 2: Allgemeine Beschwerdebilder (10 KP)	Modul 3: Therapie (10 KP)	Modul 4: Lebenszyklus (10 KP)
pro Modul jew. 1 Woche Einführung, 4 Wochen Unterricht im klinischen Trainingszentrum, 5 Wochen klinisches Praktikum			
Kontinuum Professionelle Entwicklung (8 KP)			
Kontinuum Wissensfortschritt (6 KP)			
Kontinuum Beratung/Gesprächsführung (6 KP)			

Quelle: Universität Oldenburg

Im zweiten Jahr (Seniorassistenz) steht die Erweiterung der theoretischen Kenntnisse und klinischen Fertigkeiten in einem erweiterten Aufgabenbereich im Vordergrund. Es besteht aus zehn Modulen und zwei Kontinua. Die Module haben jeweils einen Umfang von vier Wochen und sind als klinische Praktika/Assistenzzeiten konzipiert. Die Module im Bereich der Allgemeinmedizin, der Anästhesie, der Allgemeinen Chirurgie und der Allgemeinen Inneren Medizin sind verpflichtend. Aus den Bereichen Arbeitsmedizin/Sozialmedizin/Umweltmedizin, Frauenheilkunde/Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neurologie, Allgemeine Pädiatrie und Psychiatrie/Psychosomatische Medizin/Psychotherapie müssen drei Module gewählt werden. Dabei besteht die Möglichkeit, diese Module bereits im ersten Master-Jahr zu absolvieren. Drei weitere Module, von denen zwei auf eine Dauer von zwei Wochen reduziert werden können, entfallen in den Wahlbereich mit folgenden Fachgebieten: Augenheilkunde, Dermatologie/Venerologie, Gastroenterologie, Gefäßchirurgie, Geriatrie, Humangenetik, Hygiene/Mikrobiologie/Virologie, Kardiologie, Kardiochirurgie, Kinderchirurgie, Klinische Chemie/Labormedizin, MKG-Chirurgie, Nephrologie, Neurochirurgie, Orthopädie, Palliativmedizin, Pathologie, Pharmakologie/Toxikologie, Pulmologie, Radiologie und Strahlentherapie, Rechtsmedizin, Rehabilitationsmedizin, Rheumatologie, Thoraxchirurgie, Urologie. Die Kontinua „Professionelle Entwicklung“ und „Wissensfortschritt“ finden ihre Fortsetzung.

Abbildung 5: Aufbau des Master-Studiengangs, 2. Jahr

1. Semester					2. Semester				
Modul (4 KP)	Modul (4 KP)	Modul (4 KP)	Modul (4 KP)	Modul (4 KP)	Modul (4 KP)	Modul (4 KP)	Modul (4 KP)	Modul (4 KP)	Modul (4 KP)
davon insgesamt:									
vier Pflichtmodule (jeweils vier Wochen)				drei Wahlpflichtmodule (jeweils vier Wochen)			drei Wahlmodule (ein Modul vier Wochen, zwei Module zwei Wochen)		
Allgemein- medizin	Anästhesie	Allgemeine Chirurgie	Allgemeine Innere Medizin	Neurologie	Frauenheil- kunde/Ge- burtshilfe	Hals-Nasen- Ohren- heilkunde	aus 25 verschiedenen Bereichen		
				Arbeits- medizin/ Sozial- medizin/ Umwelt- medizin	Allgemeine Pädiatrie	Psychiatrie/ Psycho- somatische Medizin/ Psycho- therapie			
Kontinuum Professionelle Entwicklung (10 KP)									
Kontinuum Wissensfortschritt (10 KP)									

Quelle: Universität Oldenburg

Das dritte Jahr setzt sich zusammen aus dem Ärztlichen Praktikum, dem erneuten Kontinuum „Wissensfortschritt“ und dem Masterabschlussmodul. Das Ärztliche Praktikum nimmt insgesamt 20 Wochen in Anspruch. Davon sind jeweils acht Wochen im Bereich der Allgemeinen Inneren Medizin/Allgemeinmedizin und im Bereich der Allgemeinen Chirurgie zu absolvieren. Vier Wochen bleiben für einen frei wählbaren Fachbereich. Das Ärztliche Praktikum untersteht der Supervision durch eine Ärztin oder einen Arzt mit entsprechender Facharztbildung. Im Vordergrund des Masterabschlussmoduls steht die schriftliche, nicht-experimentelle Masterarbeit, die den wissenschaftlichen Anspruch des Master-Studiengangs unterstreichen soll. Für die Erarbeitung der Masterarbeit und die Teilnahme an einem begleitenden Kolloquium stehen insgesamt 20 Wochen zur Verfügung.

Abbildung 6: Aufbau des Master-Studiengangs, 3. Jahr

1. Semester	2. Semester
Ärztliches Praktikum (27 KP, 20 Wochen)	
Kontinuum Wissensfortschritt (6 KP)	
Masterabschlussmodul (27 KP, 20 Wochen)	

Quelle: Universität Oldenburg

Eine Darstellung der Studieninhalte und Lernziele in den einzelnen Modulen des Master-Studiengangs findet sich im Anhang (siehe Abbildung 2).

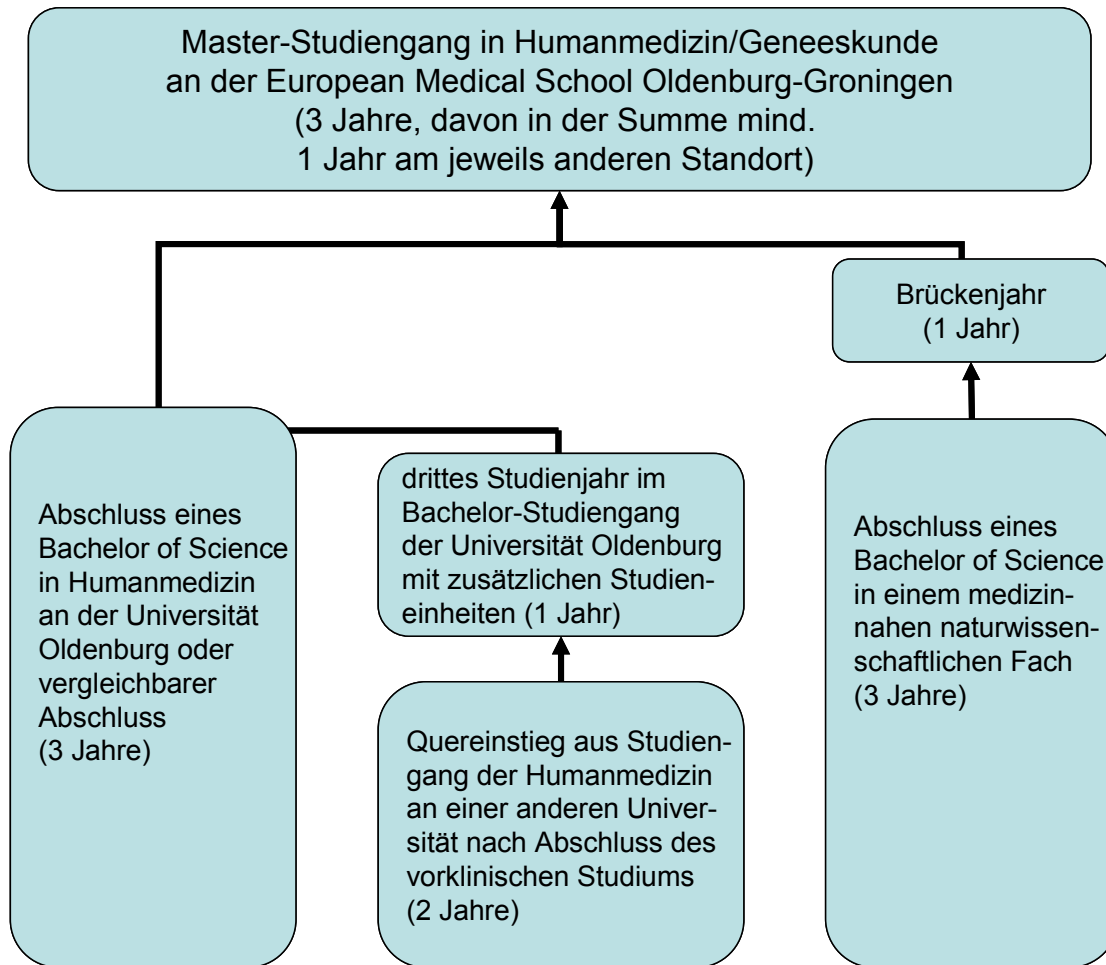
IV.2.b Anzahl der Studierenden und Zulassung

Für das humanmedizinische Master-Studium werden an der Universität Oldenburg jährlich zum Wintersemester 40 Studierende aufgenommen. Die Aufnahme setzt den Abschluss eines Bachelor of Science in Humanmedizin oder einen medizinnahen naturwissenschaftlichen Bachelor-Abschluss voraus. In beiden Fällen wird eine Gesamtnote vorausgesetzt, die nicht schlechter als „gut“ (2,5) ist. Die Bachelor-Abschlüsse in Humanmedizin der Universität Oldenburg und der Universität Groningen werden gleich behandelt; die Gleichwertigkeit der Bachelor-Abschlüsse anderer Universitäten wird von der Zulassungskommission überprüft. Studierende, die mit einem medizinnahen, naturwissenschaftlichen Bachelor-Abschluss, beispielsweise in Molekularer Biologie, (Bio-)Chemie, Medizinischer Physik, Pharmazie oder Biomedizinischer Technik, zugelassen werden, haben im Übergang in das Curriculum des Masterstudiengangs ein Brückenjahr zu absolvieren. Dieses setzt sich zusammen aus den Inhalten des dritten Jahres des Bachelor-Studiengangs und im Einzelfall für nötig befundene Module und Tutorien. Das Brückenjahr, das bereits in Groningen für den Quereinstieg umgesetzt wird, ist insgesamt weniger auf die Vermittlung naturwissenschaftlicher Kenntnisse als vielmehr auf die vorklinisch-medizinischen und die klinischen Studienbereiche gerichtet.

Während des Brückenjahres sind die Studierenden auf Widerruf im Masterstudiengang eingeschrieben. Die erforderlichen Lehrkapazitäten werden zum Großteil vom Personal des Bachelor-Studiengangs erbracht. Eigene Personalkapazitäten werden zunächst nicht berechnet, da das Brückenjahr in der Gründungsphase vor allem in starker Kooperation mit der Universität Groningen am dortigen Standort realisiert wird. Eine spätere zwischenzeitliche Erweiterung der Lehrkapazität durch Lehraufträge ist vorgesehen.

Um das notwendige Minimum von 60 KP der Studienleistungen am jeweils anderen Standort zu erbringen, sind entsprechende Sprachkenntnisse auf dem B1/B2-Niveau nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) nachzuweisen. Die Studierenden der Universität Oldenburg können Kenntnisse der niederländischen Sprache durch das entsprechende vorab im Bachelor-Studiengang belegte Wahlpflichtmodul und den dortigen Erwerb eines „Certificaat Nederlands als Vreemde taal“ nachweisen. Dieses wird von der Niederlandistik der Universität Oldenburg und dem Sprachenzentrum angeboten und ist für die Medizin-Studierenden kostenlos. Für diejenigen, die an der Universität Oldenburg keinen Bachelor of Science in Humanmedizin erworben haben, besteht die Möglichkeit, die Sprachkenntnisse während des Brückenjahres oder im ersten Studienjahr des Masterstudiums zu erwerben.

Da für die Umsetzung analog zum Bachelor-Studiengang davon ausgegangen wird, dass es mehr Bewerberinnen und Bewerber als Studienplätze geben wird, soll auch für den Master-Studiengang ein Auswahlverfahren durchgeführt werden. Die Auswahl erfolgt ausschließlich leistungsbezogen nach den Kriterien, die bereits für den Bachelor-Studiengang festgelegt wurden. Eine Bevorzugung derjenigen, die mit einem Bachelor in Humanmedizin an der Universität Oldenburg oder der Universität Groningen abgeschlossen haben, ist ausgeschlossen. Allerdings werden bei dem Auswahlverfahren die fachliche Nähe des vorherigen Bachelor-Studiengangs zur Humanmedizin, die Noten in den als relevant erachteten Fächern des vorherigen Bachelor-Studiengangs und der Umfang des möglicherweise notwendig werdenden Nachholbedarfs positiv berücksichtigt. Auf dieser Grundlage wird mit einer Übergangsquote von 85 % der Bachelor-Absolventinnen und -Absolventen gerechnet. Sofern diese Übergangsquote erreicht wird, ist mit ungefähr sechs Studienplätzen pro Jahr zu rechnen, die mit Quereinsteigerinnen und Quereinsteigern besetzt werden. Die Universität Groningen ermöglicht zum Vergleich mit einer deutlichen Kontinuität 45 Quereinstiege bei einer insgesamt weitaus größeren Gesamtanzahl von 410 humanmedizinischen Master-Studienplätzen; das entspricht einem Anteil an Quereinstiegen von 11 %. Die Quote für den Übergang der Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger vom Brückenjahr in das Curriculum des Master-Studiengangs liegt bei 100 %; es ist kein Abbruch zu verzeichnen.



Quelle: Universität Oldenburg

IV.2.c Approbation, Berufsfelder und Weiterbildungsmöglichkeiten

Das erfolgreiche Absolvieren des Studiengangs der European Medical School Oldenburg-Groningen führt zu einem Doppelabschluss: dem Master of Science in Humanmedizin, verliehen von der Universität Oldenburg, und dem Master of Science in Geneskunde, verliehen von der Universität Groningen. In den Niederlanden berechtigt er zur Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit. Die europarechtliche Anerkennung des Abschlusses soll auf den erläuterten Rechtswegen zur ärztlichen Approbation in Deutschland führen (siehe A.III.2.a). Im Unterschied dazu entspricht der ausschließlich von der Universität Oldenburg verliehene Master-Abschluss nach Angaben der Konzeptverantwortlichen nicht den Vorgaben der aktuell gültigen Approbationsordnung für Ärzte; diese Aussage bezieht sich auch auf die nach § 41 ÄAppO möglichen Modellstudiengänge. Als Gründe sind hauptsächlich formale und weniger inhaltliche Abweichungen anzuführen.

Zum einen entspricht das geplante Praktische Jahr mit 20 Wochen nicht der in § 1 Abs. 2 ÄAppO geforderten „zusammenhängende[n] praktische[n] Ausbildung (Praktisches Jahr) von 48 Wochen“. Demgegenüber beinhaltet das Studium an

der Universität Oldenburg bzw. der European Medical School Oldenburg-Groningen ab dem ersten Semester des Bachelor-Studiengangs klinisch-praktische Studienanteile, so dass über den gesamten Studienverlauf von einem mindestens entsprechenden Umfang an praktischer Ausbildung auszugehen ist; allerdings wird diese nicht in einer zeitlich zusammenhängenden Form durchgeführt.

Zum anderen sind nach § 27 Abs. 1 ÄAppO weiterhin Leistungsnachweise in 22 unterschiedlichen Fächern und 13 Querschnittsbereichen zu erbringen. Für das Curriculum in seiner modularisierten Gestaltung ist eine solche Aufgliederung der Leistungsnachweise nicht vorgesehen. Eine weitestgehend inhaltliche Übereinstimmung des nach dem Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ vorgesehenen Curriculums mit den Anforderungen der Approbationsordnung für Ärzte zeigt die Zuordnung der Module zu den Fächern und Querschnittsbereichen im Anhang (siehe Abbildung 3).

In Hinsicht auf die sich an den Abschluss eines Master of Science in Humanmedizin bzw. Geneeskunde anschließenden Berufsfelder ist der ärztliche Beruf mit deutlicher Vorrangigkeit zu nennen. Daneben steht der Zugang zu den bereits für die Bachelor-Absolventinnen und Absolventen genannten Bereichen im Gesundheitswesen, gegebenenfalls mit einem entsprechend höheren Qualifikationsniveau, offen.

Die zentrale Weiterbildungsmöglichkeit für die Master-Absolventinnen und Absolventen besteht in einer Promotion, vornehmlich im Bereich der Humanmedizin.

IV.3 Doctor of Philosophy in Humanmedizin durch Promotionsstudiengang

Sowohl im Sinne einer dritten Studienstufe als auch im Sinne eines wichtigen Beitrags zur Forschung an der Medizinischen Fakultät und hier insbesondere mit Blick auf die Neurosensorik und die Versorgungsforschung soll ein Promotionsstudiengang angeboten werden. Er soll zur Verleihung eines Doctor of Philosophy (PhD) in Humanmedizin führen. Auf Antrag kann auch der Titel „Doctor rerum naturalium (Dr. rer. nat.)“ oder „Doctor philosophiae (Dr. phil.)“ verliehen werden, sofern die Doktorandin oder der Doktorand und ein signifikanter Anteil der Prüfungskommission aus naturwissenschaftlichen bzw. geisteswissenschaftlichen Fachbereichen stammen. Entsprechende Regelungen zur Verleihung von Dokortiteln, die nicht dem Kernbereich der jeweiligen Fakultät angehören, sind in den Promotionsordnungen der Universität Oldenburg bereits enthalten.

Der Promotionsstudiengang Humanmedizin ist für eine Regelstudienzeit von drei Jahren konzipiert, in denen Leistungen im Umfang von insgesamt 180 KP erbracht werden sollen. Im Vordergrund steht dabei die mit 150 KP veranschlagte Erarbeitung einer Dissertation, die einen Beitrag zum wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt darstellen und vom Niveau mit Dissertationen anderer Wissensdisziplinen in Deutschland vergleichbar sein soll. Sie soll die Befähigung der oder des Promovierten zur eigenständigen wissenschaftlichen Arbeit bestätigen. Die Promotion führt insbesondere in Berufsbereiche der universitären oder klinischen Forschung. Außerhalb der ärztlichen Tätigkeiten werden Beschäftigungsmöglichkeiten außerdem für solche Berufsbereiche erwartet, die naturwissenschaftliche und medizinische Qualifikationen gleichermaßen erfordern. Die Dissertation wird im Rahmen des Promotionsstudiengangs durch eine *Thesis Committee* betreut, der neben der Erstbetreuerin oder dem Erstbetreuer mindestens eine weitere Person angehört. Das Betreuungsverhältnis und die mit ihm auf beiden Seiten verbundenen Rechte und Pflichten werden zu Beginn der Promotionsphase durch eine Promotionsvereinbarung geregelt.

Der Promotionsstudiengang umfasst außerdem Module im Umfang von 30 KP, die in den ersten beiden Studienjahren belegt werden sollen, so dass das dritte Jahr allein dem Abschluss der Dissertation vorbehalten ist. Für diese Module werden drei Bereiche definiert, deren genauere Ausgestaltung abhängig von der fachlichen Ausrichtung der angestrebten Promotionen und unter Berücksichtigung der Zuordnung zu anderen Promotionsprogrammen der Universität Oldenburg vorgenommen werden soll. 12 KP sind im Modulbereich „Verbreiterung und Vertiefung von Fachwissen“ zu erwerben. Er dient vor allem der Aneignung von fachlichem Wissen und methodischen Kenntnissen und Fertigkeiten, die für die Erarbeitung der Dissertation von zentraler Bedeutung sind. Außerdem werden rechtliche und ethische Grundlagen der medizinischen Forschung und Regeln guter wissenschaftlicher Praxis thematisiert. Neben Lehrveranstaltungen und Praktika können auch die Teilnahmen an Kolloquien, Tagungen, Konferenzen, Kongressen und Summer Schools in diesem Modulbereich berücksichtigt werden. Der Modulbereich „Kommunikative Kompetenzen“ schließt an die Kontinua „Kommunikation und Empathie“ des Bachelor- und Masterstudiengangs an und ist im Umfang von 6 KP abzudecken. Im Mittelpunkt stehen der Erwerb von didaktischen Kompetenzen für die wissenschaftliche Betreuung, die Lehre und die Moderation und der Erwerb von Gesprächsführungskompetenzen. Weitere 12 KP sind im Modulbereich „Instrumentale und systematische Kompetenz“ zu erwerben. Er bereitet auf die berufliche Tätigkeit als Wissenschaftlerin oder Wissenschaftler vor, indem die Konzipierung und Planung von umfassenden Forschungsprojekten oder klinischen Studien, die Einwerbung von Forschungsmitteln, Strategien für das

wissenschaftliche Publizieren sowie die Präsentation von wissenschaftlichen Ergebnissen professionalisiert werden. Die Module dieser Modulbereiche können durch Leistungen wie Publikationen, Präsentationen oder Ausarbeitungen von Projektvorschlägen abgeschlossen werden. Diese Leistungen werden nicht benotet.

Insgesamt wird davon ausgegangen, dass pro Semester Veranstaltungen in den Modulbereichen in einem Umfang von 6 KP von der Medizinischen Fakultät eigens angeboten werden müssen. Das restliche Angebot in den Modulbereichen soll sich aus Veranstaltungen anderer Studiengänge oder Promotionsprogramme sowie durch Veranstaltungen außerhalb der Universität zusammensetzen.

Abbildung 8: Aufbau des Promotionsstudiengangs

1. und 2. Studienjahr		3. Studienjahr
Erarbeitung der Dissertation (150 KP)		
Modulbereich: Verbreiterung und Vertiefung von Fachwissen (12 KP)	Modulbereich: Kommunikative Kompetenz (6 KP)	Modulbereich: Instrumentale und systematische Kompetenz (12 KP)

Quelle: Universität Oldenburg

IV.3.b Anzahl der Promovierenden und Zulassung

Die Zulassung zur Promotion im Rahmen des Promotionsstudiengangs setzt den Abschluss eines Hochschulstudiums mit einem Master of Science, einem Diplom oder Staatsexamen in Humanmedizin mit einer Gesamtnote von mindestens „gut“ voraus. Es ist vorgesehen, pro Jahr zehn Doktorandinnen und Doktoranden neu in den Promotionsstudiengang aufzunehmen. Außerhalb des Promotionsstudiengangs besteht an der Universität Oldenburg ferner die Möglichkeit zu einer individuellen Promotion, die zum Führen des Titels „Doktorin/Doktor der Medizin (Dr. med.)“ berechtigt.

Über die Zulassung zur Promotion wie über die Gestaltung und Durchführung des Promotionsstudiengangs entscheidet der Promotionsausschuss der Medizinischen Fakultät. Darüber hinaus sollen alle promovierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Fakultät am Promotionsstudiengang beteiligt werden. Sie sollen einen Teil der Betreuungsleistung (Einarbeitung in Forschungsmethodiken, Durchführung von Experimenten, Ausgestaltung der Promotionsprojekte) gegenüber den Doktorandinnen und Doktoranden übernehmen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Fakultät, die habilitiert sind oder eine der Habilitation gleichwertige Qualifikation besitzen, können Mitglieder einer *Thesis Committee* werden.

Die Qualitätssicherung von Studium und Lehre erfolgt auf drei Ebenen.

Erstens werden universitätsinterne Evaluationen durchgeführt. 2006 wurden erstmalig eine universitätsweite, onlinegestützte Lehrveranstaltungsevaluation und eine Befragung von Studienanfängerinnen und -anfängern durchgeführt. 2007 fand die erste Studierendenbefragung von Bachelor-Studierenden statt. Auch Befragungen von Abgängerinnen und Abgängern sowie Absolventinnen und Absolventen gehören zu Instrumenten der internen Evaluation.

Zweitens wird die Evaluation von Studium und Lehre nach einem landesweit eingeführten und von der Zentralen Evaluations- und Akkreditierungsagentur Hannover (ZEvA) begleiteten Verfahren durchgeführt. Dieses setzt sich zusammen aus einer leitfadengestützten Selbstevaluation, einer Vor-Ort-Begutachtung und einer Stellungnahme der Universitätsleitung und des jeweils evaluierten Fachs zum Gutachten.

Drittens ermöglicht die im Kontinuum „Wissensfortschritt“ vorgesehene und am Maastricht Progress Test (siehe A.IV.5) orientierte durchgängige Lernerfolgsüberprüfung einen Vergleich der Curricula, wie sie in Oldenburg und in Groningen sowie an den übrigen niederländischen, am Maastricht Progress Test teilnehmenden Universitäten stattfinden. Ein solcher Vergleich bietet Möglichkeiten zur Bewertung der Qualität von Studium und Lehre.

IV.5 Überblick zum Studium der Humanmedizin in den Niederlanden und an der Universität Groningen

Das Studium der Humanmedizin an der Universität Oldenburg bzw. an der European Medical School Oldenburg-Groningen orientiert sich stark an der Studienkonzeption des *University Medical Center Groningen* der Universität Groningen. Sowohl in Hinsicht auf die Studienstruktur- und die Studieninhalte als auch in Hinsicht auf die methodische Ausrichtung hat das in Groningen angebotene Studium der Humanmedizin Modellcharakter. Daher ist es geboten, einen Überblick über das Studium der Humanmedizin in den Niederlanden im Allgemeinen und an der Universität Groningen im Besonderen zu geben.

Wie in Deutschland sind in den Niederlanden die humanmedizinischen Studiengänge zulassungsbeschränkt. Im Mai 2009 existierten insgesamt knapp 2.800 Studienplätze. Die Universität Groningen und die Universität Rotterdam

halten mit einer Anzahl von jeweils 410 die meisten Studienplätze vor. |²² Bis vor Kurzem wurden die Studienplätze ausschließlich zentral vergeben. Seit 2009 können niederländische Hochschulen bis zur Hälfte ihrer Studienplätze über ein hochschuleigenes Zulassungsverfahren vergeben (Gruppe A). Die Universität Groningen macht bereits von dieser dezentralen Studienplatzvergabe Gebrauch. Die übrigen Studienplätze werden nach wie vor zentral durch die Informatie Beheer Group, die zentrale Vergabestelle in den Niederlanden, vergeben. Dabei wird ein *numerus fixus*-Verfahren angewendet. Gestaffelt nach der Durchschnittsnote der Hochschulzugangsberechtigung werden vier Verlosungsgruppen (Gruppen B, C, D und E) gebildet, wobei die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Studienplatzbewerbung mit den Gruppen abnimmt. Studierende, die ihre Hochschulzugangsberechtigung nicht in den Niederlanden erworben haben, werden ohne Berücksichtigung ihrer Vorbildung stets der Verlosungsgruppe C zugeordnet. |²³ Auf diese Weise konnten an der Universität Groningen in den letzten Jahren jährlich ein bis vier deutsche Studierende ein humanmedizinisches Studium aufnehmen.

Insgesamt waren im Wintersemester 2008/2009 ca. 19.000 Studierende in den Niederlanden für ein humanmedizinisches Studium eingeschrieben, während es in Deutschland ca. 82.000 Studierende waren. Setzt man diese Zahlen in ein Verhältnis zur jeweiligen Bevölkerung, stellt sich heraus, dass in den Niederlanden mehr Studierende der Humanmedizin ausgebildet werden. Während in Deutschland zum genannten Zeitpunkt 0,97 Studierende auf 1.000 Einwohner kamen, waren es in den Niederlanden 1,13 Studierende. Dies schlägt sich auch in der Zahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte wieder. Während in Deutschland 3,5 Ärztinnen und Ärzte auf 1.000 Einwohner kommen, sind es in den Niederlanden 3,93.

|²² Die Angaben basieren auf Informationen der zentralen niederländischen Vergabestelle Informatie Beheer Group; sie sind abzurufen unter: http://www.ib-groep.nl/Images/Definitieve%20NF%20WO2009-2010%20%20%201%20mei_tcm7-14594.xls (27.08.2009).

|²³ Vgl. hierzu die Angaben im Internet: http://nl.sitestat.com/ibg/ibg/s?foreign_diploma&ns_type=pdf&ns_url=http://www.ib-groep.nl/Images/foreign_diploma_tcm7-1024.pdf (27.08.2009)

Tabelle 3: Vergleich von Studierenden der Humanmedizin und von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in Deutschland und in den Niederlanden im Jahr 2009

Land	Studierende in der Humanmedizin pro 1.000 Einwohner ¹	Ärztinnen und Ärzte pro 1.000 Einwohner ²
Deutschland	0,97	3,50
Niederlande	1,13	3,93

Quellen:

¹ Deutschland: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur. Studierende an Hochschulen (=Fachserie 11, Reihe 4.1, mehrere Jahrgänge). Wiesbaden 2008 u. 2009. Stichtag: 31. Dezember 2009. – Niederlande: Centraal Bureau voor de Statistiek – CBS (Statistics Netherlands). Stichtag: 1. Oktober 2009.

² Health at a Glance, OECD 2009

Am *University Medical Center Groningen* wurde unter dem Titel „G2010“ ein neues humanmedizinisches Curriculum entwickelt und im Jahr 2003 eingeführt. Dieses nach einem Bachelor- und einem Master-Abschluss gestufte Studiensystem entspricht weitestgehend den Inhalten, Strukturen und Methoden, die auch nach dem Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ vorgesehen sind. |²⁴ Das weiterentwickelte Curriculum hat inzwischen den vorherigen, einphasigen Studiengang in Humanmedizin („C2000“) ersetzt. 2007 konnte zuletzt der insgesamt zwei Jahre umfassende klinische Studienteil des älteren Studiengangs begonnen werden.

Im Vergleich mit dem Studium der Humanmedizin in Deutschland können folgende Charakteristika des modularisierten Curriculums am *University Medical Center Groningen* hervorgehoben werden:

- _ Orientierung des Curriculums an nötigen medizinischen Kompetenzen und ein sich daraus ergebendes differenziertes ärztliches Rollenverständnis, wie es in dem niederländischen Lernzielkatalog definiert ist, |²⁵
- _ Fokussierung auf anwendungsbezogene und problemorientierte Wissens- und Fertigungsanforderungen,
- _ Möglichkeit zur Wahl von Studienschwerpunkten,

|²⁴ Eine Übersicht zum Studium der Geneeskunde an der Universität Groningen findet sich im Internet: <http://www.rug.nl/umcg/onderwijs/opleidingen/geneeskunde/geneeskundegids2009-2010/curriculum/curriculumg2010/BeschrijvingCurriculum2009-2010.pdf> (18.08.2009); <http://www.rug.nl/umcg/onderwijs/opleidingen/geneeskunde/geneeskundegids2009-2010/curriculum/curriculumg2010/index> (18.08.2009).

|²⁵ Metz, J. C. M.; Verbeek-Weel, A. M. M.; Huisjes, H. J. (Hg.): *Blueprint 2001: Training of doctors in The Netherlands. Adjusted objectives of undergraduate medical education in The Netherlands*, 2. Aufl., o. O. 2001 [1. Aufl.: 1994].

- _ Integration von wissenschaftsorientierten Modulen über den gesamten Studienverlauf,
- _ alternative Prüfungsmodelle wie beispielsweise die vorrangig Verständnis und Kompetenzen überprüfenden *open book tests* und die vorrangig Wissen überprüfenden *closed book tests*,
- _ inhaltliche Kontinuität und strukturelle Konsekutivität im Übergang vom jeweils drei Jahre umfassenden Bachelor- zum Master-Programm und
- _ Entkopplung von Studium und Promotion mit Ausnahme eines studienbegleitenden ergänzenden Forschungscurriculums für Studierende mit besonders guten Leistungen, das auf eine spätere Promotionsphase angerechnet werden kann.

Außerdem wird an der Universität Groningen der sogenannte „Maastricht Progress Test“ durchgeführt. Dieser wurde 1974 an der Universität Maastricht entwickelt, um die Qualität des damalig eingeführten Reformcurriculums zu überprüfen und wurde nach einigen Weiterentwicklungen auch an den niederländischen Universitäten in Leiden, Maastricht, Nimwegen, Utrecht und Groningen eingeführt. Im Gegensatz zu konventionellen Prüfungsmethoden orientieren sich die Test-Fragen dabei nicht an medizinischen Fachgebieten, sondern an Organ- und Funktionssystemen. Sie zielen dadurch auf eine Überprüfung der Ergebnisse des problemorientierten Lernens. Außerdem richtet sich der Test zu jedem Zeitpunkt des Studiums an die Wissensanforderungen, die für den Abschluss eines Master of Science in Geneeskunde erfüllt sein müssen. Er erlaubt dergestalt die Bestimmung des Lernfortschritts über die Zeit am Maßstab eines definierten Wissensziels. Der Test wird dabei jedes Semester von allen Bachelor- und Master-Studierenden der Humanmedizin durchlaufen und hat Einfluss auf die Erlaubnis, die Kurse des nachfolgenden Semesters zu besuchen. Für die Studierenden der unterschiedlichen Semester gilt dabei zwar dasselbe Testniveau; bei der Auswertung der Tests werden die Antworten allerdings in Abhängigkeit vom Semester analysiert.

Da der Maastricht Progress Test an den genannten fünf niederländischen Universitäten einheitlich durchgeführt wird, ermöglicht er einen Vergleich der Lehre an den unterschiedlichen Medizinischen Fakultäten, obwohl sich deren jeweilige Curricula teilweise stark unterscheiden. |²⁶ In Anlehnung an den

|²⁶ Für das Vorgehen und die Ergebnisse dieses universitätsübergreifenden Vergleichs in den Niederlanden vgl. Muijtjens, Arno M. M.; Schuwirth, Lambert W. T.; Cohen-Schotanus, Janke; Thoben, Arnold J. N. M.; van der Vleuten, Cees P. M.: Benchmarking by cross-institutional comparison of student achievement in a progress test, in: *Medical Education* 42 (2008), S. 82–88. – Muijtjens, Arno M. M.; Schuwirth, Lambert W. T.; Cohen-Schotanus, Janke; van der Vleuten, Cees P. M.: Differences in knowledge development

Maastricht Progress Test wurde im Wintersemester 1999/2000 auch an der Charité in Berlin ein deutschsprachiger „Progress Test Medizin“ eingeführt, der insbesondere den Regel- und den Modellstudiengang vergleichbar machen sollte. Inzwischen wird der Test auch für einen standortübergreifenden Vergleich genutzt. An ihm sind aktuell die Medizinischen Fakultäten der Universitäten Witten/Herdecke, Aachen, Bochum, Köln und Münster sowie die Medizinische Hochschule Hannover und die Universitäten Mannheim, Heidelberg, Graz und Innsbruck beteiligt. |²⁷

An der Universität Groningen wurde der Maastricht Progress Test auch im Rahmen der Umstellung vom einphasigen auf das weiterentwickelte, zweistufige Curriculum für einen Vergleich herangezogen. Die Ergebnisse für den ersten Absolventen-Jahrgang ermöglichen dabei bereits die Aussage, dass der neu konzipierte Studiengang gegenüber dem älteren hinsichtlich der Studienerfolge mindestens gleichwertig ist.

A.V FORSCHUNG

Die Universität Oldenburg weist Forschungsschwerpunkte insbesondere in den Bereichen der Naturwissenschaften und der Informatik auf. Neben den im Folgenden näher zu erläuternden Schwerpunkten, die für die Universitätsmedizin von entscheidender Bedeutung sind, ist vor allem die Informatik mit zwei zentralen Gebieten zu nennen. Hier wird ein Schwerpunkt auf sicherheitskritische und eingebettete Systeme gelegt, wie der Sonderforschungsbereich/Transregio 14 „Automatische Verifikation und Analyse komplexer Systeme“ unterstreicht. Außerdem werden verteilte Informations- und Kommunikationssysteme im Bereich von Energie und Gesundheit intensiv untersucht. Dieser zweite Schwerpunkt im Bereich der Informatik fand bisher vor allem in der Entwicklung des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen und des internationalen medizinischen Bildkommunikationsstandards DICOM seinen anwendungsbezogenen Ausdruck.

Nach dem Selbstverständnis der Universität Oldenburg sind für das Forschungsprofil außerdem die Bereiche der Energie- und Halbleiterforschung, der materialwissenschaftlichen Grundlagenforschung, der Meeresforschung,

exposed by multi-curricular progress test data, in: *Advances in Health Sciences Education* 13 (5,2008), S. 593–605.

|²⁷ Vgl. Osterberg, Katrin; Kölbel, Sebastian; Brauns, Katrin: Der Progress Test Medizin. Erfahrungen an der Charité Berlin, in: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 23 (3,2006), Dokument 46. – Informationen der Charité Berlin sind zu finden unter: <http://ptm.charite.de/> (03.02.2010)

der Umweltwissenschaften, der Lehr- und Lernforschung für die Lehrerbildung, der geistes- und sozialwissenschaftlichen Methodenforschung sowie der Frauen- und Geschlechterforschung von prägender Bedeutung.

V.1 Forschungsschwerpunkte der Universitätsmedizin

Für den medizinischen Bereich an der Universität Oldenburg sind zwei Forschungsschwerpunkte vorgesehen. Der bereits bestehende Schwerpunkt im Bereich der Neurosensorik soll weiter gestärkt und ausgebaut werden. Gleichzeitig sollen die bestehenden Leistungen in der Versorgungsforschung dergestalt gesteigert und konzentriert werden, dass auf diesem Gebiet ein zweiter Forschungsschwerpunkt entstehen kann.

V.1.a Neurosensorik

Der Forschungsschwerpunkt im Bereich der Neurosensorik ist im weitesten Sinn dem Themenkomplex „Vom Sinnesorgan zur Wahrnehmung“ gewidmet. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den Bereichen der Neurobiologie, Psychophysik, Medizin, Psychologie und Informatik widmen sich Prozessen, durch die das menschliche Gehirn auf der Grundlage der Meldungen der Sinnesorgane ein inneres Bild der uns umgebenden Welt erstellt. Dabei geht es insbesondere um jene Vorgänge, bei denen die Sinnesorgane aus der Flut der Sinneseindrücke erste sensorische Bausteine erstellen, und um die Frage, wie das Gehirn daraus eine Wahrnehmung konstruiert. Besonderes Augenmerk wird auf die Untersuchung von Interaktionen verschiedener Sinneseindrücke gelegt. Entsprechend der interdisziplinären Zusammensetzung wird eine Reihe moderner Techniken verwendet, die von der Molekularbiologie über bildgebende Verfahren bis hin zur Algorithmenentwicklung reicht.

Die Anstrengungen auf dem Gebiet der Neurosensorik werden unter dem Dach des seit 2003 bestehenden Forschungszentrums Neurosensorik zusammengefasst und koordiniert. Es bündelt die interdisziplinär angelegten Aktivitäten verschiedener Arbeitsgruppen und Forschungseinrichtungen und übernimmt eine aktive Rolle bei der Förderung der Zusammenarbeit mit außeruniversitären Institutionen. Eine wichtige Aufgabe des Zentrums ist die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und die Weiterbildung in den betreffenden Forschungsgebieten. Besonders hervorzuheben sind die Forschungsleistungen im Bereich der Hörforschung einerseits und der Retinaforschung andererseits. Hier lässt sich eine jeweils umfassende Institutionalisierung erkennen. Neben den Arbeitsgruppen, die am Forschungszentrum

beteiligt sind, |²⁸ sind für die Hörforschung zunächst verschiedene Forschungseinrichtungen zu nennen.

Hörforschung

Der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft seit 2005 geförderte Sonderforschungsbereich/Transregio 31 „Das aktive Gehör“ untersucht in Kooperation mit der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und dem Leibniz-Institut für Neurobiologie in Magdeburg Mechanismen der auditorischen Szenenanalyse mit der dabei erfolgenden Hörobjektbildung und Reizselektion, somit das Verstehen der auditorischen Wahrnehmung unter realistischen, komplexen Reizsituationen. Die experimentellen Befunde und die Modelle werden eingesetzt, um Vorschläge für eine robuste, für verschiedene akustische Umweltbedingungen optimierte Signalverarbeitung in technischen Hörhilfen zu machen und Verfahren zur Bewertung der Signalverarbeitung in komplexen akustischen Reizszenarien zu entwickeln.

Weitere Forschungseinrichtungen auf dem Gebiet der Hörforschung werden seit 2008 unter dem Dach eines gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule Hannover gegründeten Zentrums für Hörforschung zusammengeführt. Das Land Niedersachsen fördert über dieses Zentrum gemeinsame Forschungsinitiativen zum „Hören und seinen Störungen“ mit einer Gesamtsumme von 3,75 Mio. Euro für den Zeitraum von 2008 bis 2013. In diesem Kontext wird auch das im Rahmen der Exzellenzinitiative des Bundes und der Länder in der zweiten Auswahlrunde nicht in die Förderung aufgenommene Exzellenzcluster „Hearing and its Disorders“ durch das Land Niedersachsen in Teilen des gestellten Antrages unterstützt. Ziel ist es dabei auch, das Forschungsprojekt weiterzuentwickeln und die Voraussetzungen für eine Förderung im Rahmen der zweiten Runde der Exzellenzinitiative zu verbessern.

Teil des Zentrums für Hörforschung ist unter anderem das von der HörTech gGmbH betriebene Kompetenzzentrum „Hörgeräte-Systemtechnik“, dessen Ziel die Gewinnung neuer Methoden und Erkenntnisse im Bereich des Hörens ist. Es wurde im Rahmen des im Jahr 2000 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung durchgeführten nationalen Wettbewerbs „Kompetenzzentren in der Medizintechnik“ prämiert. An ihm sind unter anderem Mitglieder der Universität Oldenburg, der Fachhochschule Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth und des An-Instituts Hörzentrum Oldenburg GmbH beteiligt. Für die Durchführung vorwettbewerblicher Forschungs- und Entwicklungsprojekte im

|²⁸ Eine aktuelle Übersicht zu den universitären Arbeitsgruppen findet sich im Internet unter: <http://www.neurosensorik.uni-oldenburg.de/19011.html> (14.09.2009)

Rahmen der Hörgerätesystemtechnik verfügt das Kompetenzzentrum über enge Kooperationen zur Klinik (beispielsweise mit dem HNO-Zentrum des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg oder den HNO-Kliniken der Medizinischen Hochschule Hannover und des Universitätsklinikums Gießen) und zur Wirtschaft (beispielsweise mit Siemens Audiologische Technik, Kind Hörgeräte oder Sennheiser AG) sowie Projektpartnerschaften mit den führenden audiologischen Instituten im In- und Ausland bestehen. Die HörTech gmbH führt regelmäßig die Konferenz der Entwicklungschefs der weltweit größten Hörgerätehersteller durch. Das Kompetenzzentrum finanziert sich durch Forschungsprojekte und durch den Verkauf eigener Software-Produkte wie zum Beispiel Sprachtestverfahren für die Audiologie.

Ebenfalls am Zentrum für Hörforschung beteiligt ist die 1996 gemeinsam von der Universität Oldenburg und dem Zentrum für HNO-Heilkunde und Audiologie des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg gegründete Hörzentrum Oldenburg GmbH. Das Unternehmen evaluiert und optimiert Hörsysteme für die Hörgeräte-Industrie. Außerdem agiert es im Bereich der Spezialdiagnostik und der Verbraucherberatung. Zu den Kunden der Feldstudien mit Hörsystemen und zur Hörsystementwicklung gehört ein Großteil der weltweit agierenden Hörgeräteindustrie (Siemens Audiologische Technik, GN ReSound, Phonak, AudioService, Widex, Oticon und Kind Hörgeräte). Weiterhin werden Fort- und Weiterbildungen für Hörgeräte-Akustikerinnen und -Akustiker, HNO-Ärztinnen und -Ärzte und andere Marktteilnehmerinnen und -teilnehmer angeboten.

Das Haus des Hörens, dessen Initiator und Bauherr die Hörzentrum Oldenburg GmbH ist, beherbergt die wichtigsten Institutionen der Oldenburger Hörforschung. Es dient als Ort für öffentliche Veranstaltungen. Über den gemeinnützigen Förderverein Haus des Hörens e. V. werden die Öffentlichkeitsarbeit und weitergehende Unterstützung für die beteiligten Hörforschungsinstitutionen finanziert und organisiert.

In Oldenburg wurde 2008 außerdem eine Projektgruppe für Hör-, Sprach- und Audiotechnologie des Fraunhofer-Instituts für Digitale Medientechnologie, Ilmenau, ins Leben gerufen. Ihr Ziel ist es, die wissenschaftlichen und technologischen Erkenntnisse in den Bereichen der Hör-Rehabilitation, Sprachkommunikation und Audiotechnik weiterzuentwickeln und so das Hören im Alltag entscheidend zu verbessern. Mit den Forschungsschwerpunkten „Audio-Systemtechnik für Audiologie und assistive Systeme“, „Hör-Unterstützung in Kommunikationsumgebungen“ und „Persönliche Hörsysteme“ adressiert die Oldenburger Projektgruppe Kunden in den Branchen Gesundheit, Verkehr, Multimedia, Telekommunikation und Sicherheitstechnologie.

Die Universität Oldenburg ist überdies an den folgenden Projekten beteiligt, die durch das 6. EU-Rahmenprogramm gefördert werden: „Detection and Identification of Rare Audio-Visual Cues (DIRAC)“, „Hearing in the Communication Society (HearCom)“ und „Hearing at Home (HaH)“.

Außerdem ist das Promotionsprogramm „Funktion und Pathophysiologie des auditorischen Systems“ zu nennen. Für das gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule Hannover getragene Promotionskolleg werden zum Wintersemester 2009/2010 erstmalig 15 Stipendien vergeben.

Retinaforschung

Die Retinaforschung der Universität Oldenburg findet sich vor allem in der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschergruppe „Dynamik und Stabilität retinaler Verarbeitung“ institutionalisiert. In Kooperation mit dem Max-Planck-Institut für Hirnforschung in Frankfurt am Main, dem Max-Planck-Institut für medizinische Forschung in Heidelberg und der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg wendet sie sich der Frage zu, welche retinalen Verarbeitungsmechanismen die hohe Stabilität der Wahrnehmung unter ausgesprochen dynamischen Umweltbedingungen gewährleisten. Sie geht von der Grundhypothese aus, dass das zuverlässige Erkennen biologisch relevanter Objekte durch eine Verschaltungskonstanz erreicht wird, die aber gleichzeitig eine hohe lokale Dynamik des neuronalen Netzwerkes erlaubt.

Gemeinsam mit der Augenklinik des Universitätsklinikums Tübingen, dem Hahn-Meitner-Institut Berlin und dem Naturwissenschaftlichen und Medizinischen Institut Reutlingen wird das Verbundprojekt „Affinity-regulated artificial Synapses“ durchgeführt. Es zielt auf die Entwicklung eines neuen Implantats zur Wiederherstellung partieller Sehfähigkeit für Patienten mit degenerativen Retinaerkrankungen wie Retinitis Pigmentosa.

Die Graduate School Neurosensory Science, Systems and Applications wird zudem gemeinsam mit der Universität Groningen angeboten und seit 1999 durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft und von entsprechender niederländischer Seite gefördert. Sie widmet sich der von verschiedenen Sinnessystemen verfolgten Umsetzung des physikalischen Reizes in eine interne Repräsentation mithilfe eines multidisziplinären Methodenspektrums. Unter Einbeziehung von Molekulargenetik, Einzelzell-Elektrophysiologie, Psychophysik bei Mensch und Tier, EEG, fMRT und numerischen Modellierung wird ein breiter methodischer Rahmen für anspruchsvolle Dissertationen geboten.

Mit der Gründung einer Medizinischen Fakultät verbindet die Universität Oldenburg Möglichkeiten zur methodischen und klinischen Erweiterung der Forschung auf dem Gebiet der Neurosensorik. Insbesondere von Studien mit größeren Patientenzahlen und der Entwicklung einer individualisierten

Diagnostik verspricht man sich eine Erhöhung der bisherigen Forschungsleistung. Die verstärkte Einbindung der Kliniken wird angestrebt. Am Beispiel der vom Pius-Hospital Oldenburg an der Universität Oldenburg eingerichteten Stiftungsprofessur für Medizinische Strahlenphysik finden bereits aktuell Forschungsk Kooperationen zwischen Universität und Klinikum statt.

V.1.b Versorgungsforschung

Auf dem Gebiet der Versorgungsforschung soll auf der Grundlage bereits erbrachter Leistungen und struktureller Vorbedingungen ein zweiter Forschungsschwerpunkt der Universitätsmedizin in Oldenburg entwickelt werden. Dabei soll zum einen der aktuellen Entwicklung Rechnung getragen werden, nach der klinische Versorgungspraxis und Wissenschaft in stärkerer gegenseitiger Berücksichtigung erfolgen sollen; zum anderen verspricht die Versorgungsforschung eine positive Grundlage für die patientenorientierte Lehre.

Als eine positive Vorbedingung für die Etablierung einer Versorgungsforschung wird die klar abgrenzbare und überschaubare Versorgungsstruktur der nördlichen Weser-Ems-Region ausgewiesen. Die drei Oldenburger Krankenhäuser erfüllen bereits vor der Gründung eine entscheidende Rolle als zentrale Versorgerinnen im stationären Bereich; mit Ausnahme der Transplantation solider Organe werden durch sie alle klinischen Disziplinen der Maximalversorgung in Oldenburg vorgehalten. Die daher gut erkennbaren, alle Bereiche umfassenden Patientenströme und Versorgungspfade bilden wichtige Voraussetzungen für die Versorgungsforschung. Drei Bereiche der Versorgungsforschung sollen etabliert werden: Versorgungsepidemiologie, Qualitätsforschung sowie Datenintegration und -analyse.

Mit der Versorgungsepidemiologie sollen Fragen der Versorgungslage und Behandlung ausgewählter Krankheiten oder Symptome nachgegangen werden. Geplant ist die Erfassung von Versorgungsstrukturen und Versorgungsketten. Außerdem ist die Forschung mit Blick auf die jeweilige Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie den Bedarf ab ebendiesen geplant. Die Versorgungsepidemiologie wird sich während ihrer Etablierung zunächst auf Krankheitsbilder oder Symptome beschränken, deren Ausgangspunkt der Behandlung vorwiegend im stationären Bereich liegt. Zudem wird bei der Erfassung von Versorgungsstrukturen und -ketten auch der (weiterbehandelnde) niedergelassene Bereich miteinbezogen, um sektorenübergreifende Daten zu generieren. Hierfür bestehen zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Krankenhäusern bereits Kooperationen. Beispiele wie das intersektorale Dokumentationssystem für onkologische Erkrankungen „ONkeyLINE“ oder der Verbund „PädOnko“ mit dem Ziel wohnortnaher ambulanter und stationärer Betreuung bei

onkologischen Erkrankungen von Kindern verweisen auf bestehende Vernetzungen des niedergelassenen und des stationären Bereichs in der Region. Auch die örtlichen Krankenkassen werden eingebunden.

Ziel der versorgungsepidemiologischen Forschung ist es, bei den ausgewählten Krankheitsbildern bzw. Symptomen eine Datenbasis der Versorgungslage und Behandlung bereitzustellen. Durch diese Daten können Über-, Unter- und Fehlversorgung lokalisiert bzw. Bedarfe kanalisiert werden. Die Bereitstellung einer solchen Datenbasis für die Versorgungsrealität soll für eine Verbesserung der Versorgungsqualität nutzbar gemacht werden. Ein deutsch-niederländischer Vergleich des Versorgungssystems wird dadurch ebenfalls möglich.

Folgende Forschungsthemen sind im Bereich der Versorgungsepidemiologie zum gegenwärtigen Zeitpunkt konkret geplant:

- _ Nachsorgestrategien bei Patienten mit Hörschäden infolge einer Strahlentherapie,
- _ Bedarf und Effekte bei rehabilitationspädagogisch begleitetem Einsatz von Personal Health Assistants in der Rehabilitation von Schädelhirnverletzten,
- _ Effekte von Maßnahmen der Primärprävention von Schlaganfällen in einer mittelgroßen norddeutschen Stadt,
- _ Epidemiologie und Versorgungssituation bei Polyneuropathien,
- _ Erfassung und Analyse der Versorgungssituation von Patienten mit tuberöser Sklerose im Tuberöse Sklerosenzentrum Oldenburg,
- _ Erfassung der Überleitung von Kindern und Jugendlichen mit Epilepsien von der Kinderklinik zum Erwachsenenneurologen,
- _ Vergleich einer Versichertenkohorte von Brustkrebspatientinnen nach DMP-Status,
- _ Versorgungsepidemiologie und -qualität sowie Kosten von Patienten mit Epistaxis (Nasenbluten),
- _ Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention: Analyse des Einflusses der Schichtzugehörigkeit auf Präventionsmaßnahmen,
- _ Sozialschicht und Zahngesundheit: Versorgungsgerechtigkeit nach Einführung der Agenda 2010.

Die Forschungsergebnisse der Versorgungsepidemiologie bilden die Ausgangsbasis für die beiden weiteren Bereiche der Versorgungsforschung.

Im Mittelpunkt der Qualitätsforschung stehen die Qualität und die ökonomischen Bedingungen von Versorgungsstrukturen, sektorenübergreifenden Versorgungsprozessen sowie von Ergebnissen der Therapieverfahren

ausgewählter Krankheiten und Symptome. Im Rahmen entsprechender Einzelprojekte werden außerdem ausgewählte klinische Studien daraufhin untersucht, wie ihre Ergebnisse vermittelt werden und sich in der Versorgung niederschlagen. Unter Nutzung bereits bestehender intersektoraler Beziehungen wird so die Beziehung klinisch-wissenschaftlicher Forschung zur Versorgungspraxis und andersherum intensiviert. Die geplanten wissenschaftlichen Projekte zur Versorgungsqualität haben dabei auch zum Ziel, das Forschungsfeld der Versorgungsqualität methodisch weiterzuentwickeln. Die Entwicklung von Instrumenten für eine valide Messung und Beschreibung von Qualität wird dabei im Mittelpunkt stehen. Die Ergebnisse der Qualitätsforschung werden unter anderem als Ausgangspunkt für die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität bei der Versorgung im Krankenhaus und bei der sektorenübergreifenden Krankenversorgung sein.

Mit dem dritten Bereich der Versorgungsforschung, der Datenintegration und -analyse, sollen gegenwärtige informationstechnologische Barrieren überwunden werden; als solche können die mangelnde Akzeptanz und die starke Partikularisierung der Versorgungsforschung gelten. In diesem Bereich soll der Paradigmenwechsel von institutionen- zu patientenzentrierten Informationssystemen realisiert werden. Die Datenintegration und -analyse zielt auf die bessere Nutzarmachung sektorenübergreifender Datenbestände zum Zweck einer zielgerichteten Versorgungsforschung.

Um die Versorgungsforschung an der Universität Oldenburg zu etablieren, soll analog zum Forschungszentrum Neurosensorik eine Dachorganisation für die Versorgungsforschung aufgebaut werden. Ein solches Forschungszentrum Versorgungsforschung soll künftig das innerhalb der Medizinischen Fakultät neu zu gründende Institut für Sozialmedizin und Versorgungsforschung mit seinen fünf Lehrstühlen (Epidemiologie und Sozialmedizin, Allgemeinmedizin und ambulante Versorgung, Medizinische Informatik, Gender-Medizin sowie Philosophie, Ethik und Geschichte der Medizin) und die langfristig einzuwerbenden Projekte und Gruppenförderinstrumente verbinden.

Weiterhin wird die Vernetzung mit der Versorgungspraxis der Oldenburger Krankenhäuser weiterentwickelt. Die Brustzentren, das Neurozentrum, das Tumorzentrum und das Herzzentrum werden dabei von der Universität Oldenburg als entscheidende klinische Profilierungsbereiche ausgewiesen, die für die Versorgungsforschung von entscheidender Bedeutung sein sollen. Für die Versorgungsforschung bestehen außerdem Kooperationen mit folgenden universitären und außeruniversitären Einrichtungen:

- _ die Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen sowie das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) und dessen Gesundheitsforschungsdatenbank,

- _ das Zentrum für Sozialpolitik (ZES) an der Universität Bremen und deren GEK-Datenbank,
- _ das Oldenburger Forschungs- und Entwicklungsinstitut für Informatik-Werkzeuge und -Systeme (OFFIS), ein informationstechnologisches und anwendungsorientiertes An-Institut der Universität Oldenburg, das durch konkrete eigene Projekte und Unterstützungen bei der Erfassung, Verarbeitung und Aufbereitung von Daten, der Messung von Prozessen und der Erstellung von Datenbanken eine Querschnittsfunktion erfüllen soll,
- _ die seit 2001 aus OFFIS hervorgegangene OFFIS CARE GmbH, die insbesondere Aufgaben im Rahmen des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen (EKN) wahrnimmt und daher bereits in der Versorgungsforschung aktiv ist,
- _ das seit 2009 am Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik der Universität Oldenburg angesiedelte Ambulatorium für ReHabilitation, das mit dem Ambulatorium der Orthopädagogik der Universität Groningen zusammenarbeitet,
- _ die an der Universität Groningen eingerichtete Graduate School für Health Research (SHARE), die sich insbesondere mit Aspekten des gesunden Alterns beschäftigt,
- _ das 2009 gegründete Institut für Palliative Care (ipac).

V.2 Drittmittel

Die Universität Oldenburg verausgabte im Jahr 2007 Drittmittel in einer Höhe von 13,3 Mio. Euro. Dies entsprach einer Drittmittelquote von ca. 62.000 Euro pro Professorin oder pro Professor und ca. 27.000 Euro pro wissenschaftliche Personalstelle. Insbesondere in Relation zur Anzahl der Professuren liegen die Drittmittel der Universität Oldenburg im Vergleich mit anderen deutschen Hochschulen deutlich unter dem Durchschnitt. Dieser Befund relativiert sich bei gesonderter Betrachtung der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät, die alleine 8,3 Mio. der Drittmittel verausgabte. Legt man diese Summe auf das Fakultätspersonal um, so ergibt sich eine deutlich verbesserte Quote von ca. 101.000 Euro pro Professorin oder pro Professor und ca. 43.000 Euro pro wissenschaftliche Personalstelle. Mit Blick auf die Drittmittel in der Mathematik und den Naturwissenschaften an deutschen Hochschulen insgesamt liegt die Universität Oldenburg mit ihrer entsprechenden Fakultät in Relation zu den Professuren weniger deutlich unter dem Durchschnitt; in Relation zu den wissenschaftlichen Personalstellen übersteigt sie den Durchschnitt um das 1,5-fache. Diese unterschiedliche Relation ergibt sich aus einer im Vergleich mit deutschen Hochschulen unkonventionellen Verteilung der Personalstellen zugunsten der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zulasten der Professorinnen und Professoren.

Tabelle 4: Drittmittel der Universität Oldenburg im Vergleich

	Universität Oldenburg 2007 ¹	Universität Oldenburg Dreijahresdurchschnitt 2005 bis 2007	Hochschulen in Deutschland 2007 ²
Drittmittel insgesamt in Mio. Euro	13,3	13,2	4.353
pro Professorin/Professor in Euro	61.786	60.535	114.492
pro wissenschaftl. Personalstelle (VZÄ) in Euro	26.621	25.964	24.881
davon Drittmittel für Mathematik und Naturwissenschaften in Mio. Euro	8,3	8,7	1.242
pro Professorin/Professor in Mathematik und Naturwissenschaften in Euro	101.117	107.452	158.237
pro wissenschaftl. Personalstelle in Mathematik und Naturwissenschaften (VZÄ) in Euro	43.411	46.525	31.038

¹ Universität Oldenburg

² Personal an Hochschulen, Fachserie 11, Reihe 4.4, Wiesbaden, 2009. – Monetäre hochschulstatistische Kennzahlen, Fachserie 11, Reihe 4.3.2, Wiesbaden, 2009; die für die Hochschulen in Deutschland zugrunde gelegten Drittmittel entsprechen den Angaben unter „FuE-Ausgaben“ für „Drittmittelforschung“.

V.3 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung in der Forschung wird auf drei Ebenen vorgenommen. Standortübergreifende Evaluationen mit Blick auf die Strukturplanungen der niedersächsischen Hochschulen werden seit 1999 von der Wissenschaftlichen Kommission Niedersachsen durchgeführt. Sie erfolgen in einem zweistufigen Peer-Review-Verfahren. Das Land Niedersachsen plant, zu gegebener Zeit eine Evaluation der medizinischen Forschung in Oldenburg durchzuführen, wie dies bereits 2004 für die Standorte in Hannover und Göttingen erfolgt ist. |²⁹

Evaluationen der Forschungszentren werden von Seiten des Präsidiums der Universität Oldenburg durchgeführt. Sie sind darauf gerichtet, eine Soll-Ist-Analyse mit Blick auf die bei Beschluss zur Einrichtung eines Forschungszentrums formulierten Ziele durchzuführen. Das Verfahren ist weitestgehend an dem der Wissenschaftlichen Kommission Niedersachsen orientiert. Die Weiterführung der institutionellen Förderung eines Forschungszentrums ist an ein positives Evaluationsergebnis gebunden.

|²⁹ Vgl. Wissenschaftliche Kommission Niedersachsen: Forschungsevaluation an niedersächsischen Hochschulen und Forschungseinrichtungen. Medizin. Ergebnisse und Empfehlungen, Hannover 2004.

Eine indirekte Qualitätssicherung findet überdies im Rahmen der üblichen Antrags- und Berichtsverfahren von durch Drittmittel geförderten Projekten und Gruppenförderinstrumenten statt.

A.VI UNIVERSITÄTSKLINIKUM

Neben der Gründung einer Medizinischen Fakultät soll zur Einrichtung eines universitätsmedizinischen Standortes in Oldenburg ein Universitätsklinikum gegründet werden. Die Grundlage dafür bildet ein Zusammenschluss von drei bereits bestehenden Krankenhäusern in Oldenburg: das Klinikum Oldenburg, das Evangelische Krankenhaus Oldenburg und das Pius-Hospital Oldenburg. Im Verbund sollen sie eine klinische Einrichtung der Maximalversorgung bilden und die erforderlichen Leistungen in Lehre und Forschung erbringen. Der Zusammenschluss beruht dabei auf einer bereits gegenwärtig stattfindenden Kooperation. So sind die drei Krankenhäuser bereits seit 20 Jahren Lehrkrankenhäuser der Universität Göttingen. Studierende können über das gemeinsame Programm „pj:ol. Praktisches Jahr in Oldenburg“ Blockpraktika verschiedener klinischer Fächer und das Praktische Jahr an den drei Krankenhäusern absolvieren. Das Klinikum Oldenburg hielt hierfür zuletzt 41, das Evangelische Krankenhaus 20 und das Pius-Hospital 24 Studienplätze pro Jahr vor. Die Kooperation mit der Universität Göttingen soll nach der Gründung einer eigenen Universitätsmedizin fortgesetzt werden. Seit 2006 können überdies Studierende im humanmedizinischen Master-Studiengang der Universität Groningen einen Teil ihrer klinischen Ausbildung an den Oldenburger Krankenhäusern absolvieren. Von diesem Angebot machten 2008 13 Studierende und in den ersten beiden Tertialen des Jahres 2009 neun Studierende Gebrauch. 2009 wurde das Angebot für Groninger Studierende auf fünfmonatige klinische Wahlabchnitte und das Verfassen der Master-Arbeit erweitert.

VI.1 Vertragliche und finanzielle Grundlage

Die Gründung einer sogenannten „Universitätsklinikum Oldenburg gGmbH“ soll auf einem Gesellschaftsvertrag der drei genannten Krankenhäuser beruhen. Institutionell bleiben die Krankenhäuser im Sinne von drei Standorten des Universitätsklinikums bestehen. Als gemeinnützige GmbH soll es zwar eine privatrechtliche juristische Person sein; diese wird jedoch von öffentlich-rechtlichen und kirchlichen Trägern der bisherigen Krankenhäuser getragen. Das derzeitige Klinikum Oldenburg ist eine gemeinnützige GmbH mit der Stadt Oldenburg als Gesellschafter. Das Evangelische Krankenhaus Oldenburg gehört der Evangelischen Krankenhaus Stiftung Oldenburg, deren Träger die evangelisch-lutherische Kirchengemeinde Oldenburg, das Diakonische Werk der

evangelisch-lutherischen Kirche Oldenburg und der evangelisch-lutherische Oberkirchenrat Oldenburg sind. Das Pius-Hospital Oldenburg ist eine katholische Stiftung bürgerlichen Rechts (Stiftung Pius-Hospital). Vertreterinnen und Vertreter dieser drei Krankenhäuser sollen die Gesellschafterversammlung der zukünftigen Universitätsklinikum Oldenburg GmbH bilden und die Geschäftsführung desselben bestellen. Das Land Niedersachsen soll schließlich die gemeinnützige GmbH mit Erfüllung der hoheitlichen Aufgaben eines Universitätsklinikums, die die GmbH namentlich bereits ex ante darstellt, betrauen.

In Hinsicht auf die bestehenden und die neu zu schließenden Arbeitsverträge soll die Universitätsklinikum Oldenburg GmbH keine Funktionen der Arbeitgeberschaft ausüben. Das Personal soll vielmehr arbeitsrechtlich auch nach Gründung des Universitätsklinikums von jeweils einem der jetzigen Krankenhausträger beschäftigt bleiben. Das betrifft auch neu einzustellende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Vergütung erfolgt nach dem für den Träger jeweils gültigen Tarifwerk (TV-Ärzte, AVR Caritas und Diakonie).

Die für die Universitätsmedizin in Oldenburg nötige klinische Lehre und Forschung soll von dem Universitätsklinikum erbracht werden. Einzelheiten zu Leistungen, Finanzen, Personal, Räumlichkeiten und Ressourcen werden in einem Vertrag der Universität Oldenburg für die Medizinische Fakultät mit dem Klinikum als einzigem Vertragspartner geregelt. Der Vertrag gestaltet die Universitätsmedizin in Oldenburg im Sinne eines Kooperationsmodells (siehe dazu A.III.1). Die Leistungen in Forschung und Lehre haben den vertraglich zu vereinbarenden akademischen Leistungs- und Qualitätsstandards zwar zu genügen, werden aber von Seiten des Klinikums unabhängig und eigenverantwortlich erbracht.

Mit Blick auf die Lehre sollen die im Universitätsklinikum tätigen Professorinnen und Professoren sowie deren wissenschaftliches Personal das definierte Studienangebot auf klinischer Seite abdecken. Auch die Ausbildungskapazitäten werden vertraglich festgelegt. Mit Blick auf die klinische Forschung werden im Kooperationsvertrag Leistungs- und Qualitätsstandards festgelegt. Sie haben zum Ziel, insbesondere die universitären Forschungsschwerpunkte in der Neurosensorik und der Versorgungsforschung zu unterstützen.

Die für Lehre und Forschung erforderlichen personellen und infrastrukturellen Kapazitäten sind vom Universitätsklinikum eigenständig sicherzustellen. Die Medizinische Fakultät erwirbt lediglich den Anspruch auf Lehr- und Forschungsleistungen in der vereinbarten Menge und Form durch eine entsprechende Mittelüberweisung, die die Universität Oldenburg vollzieht. Dafür wird kurz- und mittelfristig ein Gesamtbudget von 2 Mio. Euro jährlich eingeplant (siehe auch A.VIII). Eine Kostenrechnung (Trennungsrechnung) für

die Krankenversorgung einerseits und die akademischen Aufgaben andererseits wird auf der Grundlage dieses eindeutigen Transfers von Mitteln für Forschung und Lehre an das Klinikum vorgenommen.

Eine universitätsinterne leistungsorientierte Mittelvergabe ist während der Gründungsphase der Universitätsmedizin in Oldenburg nicht vorgesehen. Das der Medizinischen Fakultät zugeordnete Budget im Globalhaushalt soll zunächst vollständig für die Grundfinanzierung eingesetzt werden. Längerfristig sollen allerdings Indikatoren für eine leistungsorientierte Mittelvergabe entwickelt werden. Hierbei soll ein Drei-Säulen-Modell als Vorbild dienen, das bereits in den nicht-medizinischen Bereichen der Universität Oldenburg zur Anwendung kommt. Die Mittelvergabe beruht hier neben einer Säule für die Grundfinanzierung, die auf historischen Bestandsgrößen (Haushaltsansätze und Stellenpläne) basiert, auf zwei Säulen der leistungsbezogenen Finanzierung. Die eine besitzt mit Ist-Indikatoren eine retrospektive Charakteristik, die andere mit Indikatoren zur Messung von Innovationspotenzialen eine prospektive Charakteristik.

Für die vertragliche Gestaltung der Kooperation zwischen der Medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum Oldenburg ist der Medizinausschuss als spezielles Koordinationsgremium der Universitätsmedizin in Oldenburg von entscheidender Bedeutung (siehe A.VII.1.e).

VI.2 Krankenversorgung

Das Klinikum Oldenburg verfügte 2008 über 792 Planbetten und stellt nach Kriterien des Landeskrankenhausplans ein Krankenhaus der Maximalversorgung dar. Das Evangelische Krankenhaus mit 387 Planbetten und das Pius-Hospital mit 363 Planbetten sind hingegen Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung. Die drei Krankenhäuser kooperieren hinsichtlich der Versorgung seit 20 Jahren im Rahmen der sogenannten „Oldenburger Kooperation“. Beispielsweise wird das Rehabilitationszentrum Oldenburg mit 200 Betten oder das Ambulante Rehabilitationszentrum Oldenburg mit 70 Betten gemeinsam unterhalten. Auch in Hinsicht auf die Schwerpunkte in der Krankenversorgung stimmen sich die Krankenhäuser teilweise ab.

Die drei Krankenhäuser decken derzeit gemeinsam den Großteil der für die universitätsmedizinische Lehre notwendigen klinischen Bereiche ab. Ausnahmen bilden die Allgemeinmedizin, die Arbeits-/Sozialmedizin sowie die Rechtsmedizin und die Psychiatrie/Psychotherapie. Die ersten beiden Bereiche sollen mit Gründung der Universitätsmedizin in Oldenburg durch entsprechende Denominationen im Institut für Sozial- und Versorgungsforschung abgedeckt werden, wohingegen der Bereich der Rechtsmedizin durch Lehraufträge sichergestellt werden soll. Die klinische Ausbildung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie soll durch die Einbindung der Karl-Jaspers-

Klinik mit ihren 525 Planbetten gesichert werden. Sie befindet sich in der Trägerschaft des Psychiatrieverbundes Oldenburger Land gGmbH, an der wiederum das Klinikum Oldenburg und das Evangelische Krankenhaus mit einem Drittel beteiligt sind. Die Karl-Jaspers-Klinik soll über einen Assoziierungsvertrag an die Universitätsmedizin angeschlossen werden. Außerdem bestehen sektorenübergreifende, regionale Netzwerke der Oldenburger Krankenhäuser, wie etwa mit dem Regionalen Tumorzentrum Weser-Ems, dem Herz-Kreislaufverbund Weser-Ems, dem Verbund Pädiatrische Onkologie Weser-Ems oder dem Oldenburger Hörzentrum.

Die drei Krankenhäuser verfügen über unterschiedliche, weitestgehend aufeinander abgestimmte Schwerpunkte in der Krankenversorgung. Schwerpunkte des Klinikums Oldenburg zeichnen sich insbesondere durch das Herzzentrum, das Perinatalzentrum und das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin aus. Das Evangelische Krankenhaus verfügt über ein Neurozentrum, das Pius-Hospital über ein Strahlencentrum. Innerhalb von bestimmten klinischen Fachgebieten bestehen überdies Profilierungsbereiche. Für das Klinikum Oldenburg sind hier die Kardiologie, die Gastroenterologie und die Nephrologie, für das Evangelische Krankenhaus die Rheumatologie und für das Pius-Hospital die Pulmologie hervorzuheben. Im Bereich der Chirurgie hat sich das Klinikum Oldenburg auf die Viszeralchirurgie und das Pius-Hospital auf die Thorax- und Gefäßchirurgie spezialisiert.

In der ambulanten Krankenversorgung verfügen die Oldenburger Krankenhäuser über ein breites Leistungsspektrum. Die Einrichtung einer Hochschulambulanz im Universitätsklinikum ist vorgesehen, um den Erfordernissen in Forschung und Lehre Rechnung zu tragen.

Fasst man die Daten der drei Krankenhäuser aus dem Jahr 2008 zum projektierten Universitätsklinikum zusammen, lassen sich einige empirische Aussagen treffen. Sie sind insofern als heuristisch anzusehen, als die Gründung des Universitätsklinikums Oldenburg nicht in allen Punkten tatsächlich einer Zusammenlegung der drei Krankenhäuser im aktuellen Ausbaustand entsprechen dürfte.

Mit 3.060 Vollzeitbeschäftigten hat das projektierte Universitätsklinikum Oldenburg im Verhältnis zu anderen Universitätskliniken, sowohl bei Zugrundelegung eines Evaluationsdurchschnittes des Wissenschaftsrates für die Jahre 2003 bis 2008 als auch im Bundesdurchschnitt von 2005, verhältnismäßig wenig Personal. Dafür allerdings fallen die Erlöse aus allgemeinen Krankenhausleistungen mit insgesamt 233 Mio. Euro vergleichsweise hoch aus. Sie übertreffen den Evaluationsdurchschnitt (220 Mio. Euro), bleiben aber unter dem Bundesdurchschnitt (247 Mio. Euro). In Relation zum Personal sind die Erlöse hingegen bei beiden Vergleichen hoch. Mit gut 76.000 Euro pro Vollzeitbeschäftigte oder Vollzeitbeschäftigten liegt der Erlös aus allgemeinen

Krankenhausleistungen über dem Bundesdurchschnitt (gut 64.000 Euro pro Vollzeitbeschäftigte oder Vollzeitbeschäftigten) und deutlich über dem Evaluationsdurchschnitt (knapp 51.000 Euro pro Vollzeitbeschäftigte oder Vollzeitbeschäftigten).

Deutlich unterhalb beider Durchschnitte liegen hingegen mit 5,2 Mio. Euro und 1.705 Euro pro Vollzeitbeschäftigte oder Vollzeitbeschäftigten die Erlöse aus ambulanten Krankenhausleistungen.

Das projektierte Universitätsklinikum Oldenburg hält insgesamt 1.587 Planbetten vor. Hat das Universitätsklinikum so bereits im totalen Vergleich mehr Planbetten zu versorgen als die Universitätskliniken der beiden Durchschnitte, so verstärkt sich dies noch im relationalen Vergleich. Im Universitätsklinikum stehen etwa zwei Vollzeitbeschäftigte für ein Planbett zur Verfügung; im Evaluationsdurchschnitt und im Bundesdurchschnitt kommen auf ein Planbett etwa drei Vollzeitbeschäftigte.

Ähnliches gilt für die Fallzahlen. Im projektierten Universitätsklinikum Oldenburg finden jährlich etwa 62.000 Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung statt. Dem stehen im Evaluationsdurchschnitt knapp 50.000 und im Bundesdurchschnitt gut 47.000 solcher Fälle bei gleichzeitig besserer personeller Besetzung dieser Vergleichskliniken gegenüber.

Die Auslastung der Betten im projektierten Universitätsklinikum von 83,5 % entspricht in etwa dem Durchschnitt. Die Verweildauer liegt mit 7,4 Tagen unterhalb des Evaluationsdurchschnitts (8,3 Tage), aber oberhalb des Bundesdurchschnitts (6,9 Tage).

Der Casemix-Index des projektierten Universitätsklinikums Oldenburg liegt mit 1,184 unter dem Evaluationsdurchschnitt (1,319). Der Basisfallwert von 2.685 Euro liegt unterhalb des Bundesdurchschnitts (2.854 Euro).

Im Vergleich der einzelnen Krankenhäuser fallen die durchweg besseren Leistungen des Klinikums Oldenburgs mit Blick auf die totalen und relativen Zahlen an Planbetten und Fallzahlen auf. Auch die Bettenauslastung ist besser als die der anderen Krankenhäuser. Der Casemix-Index und der Basisfallwert liegen für das Klinikum ebenfalls über dem des Evangelischen Krankenhauses und dem des Pius-Hospitals. Bei den Erlösen aus allgemeinen und ambulanten Krankenhausleistungen in Relation zum Personal fällt hingegen die Bilanz des Pius-Hospitals besser als die der anderen beiden Krankenhäuser aus. Auch das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit liegt hier mit 1,4 Mio. Euro Gewinn oberhalb des Ergebnisses des Klinikums Oldenburg, das einen Gewinn von 0,4 Mio. Euro verzeichnet. Das Evangelische Krankenhaus hatte hingegen im Jahr 2008 einen Verlust von knapp 80.000 Euro zu verbuchen.

Tabelle 5: Übersicht zur Krankenversorgung der Oldenburger Krankenhäuser für 2008

	Klinikum Oldenburg 2008 ¹	Evangelisches Krankenhaus 2008 ¹	Pius-Hospital 2008 ¹	Universitätsklinikum Oldenburg (bei vollständiger Zusammenführung der drei Krankenhäuser)	Zum Vergleich:	
					Evaluationsdurchschnitt 2003 und 2008 ²	Bundesdurchschnitt 2005 ³
Beschäftigte	2.300	800	1.030	4.130	-	-
davon: Vollzeitbeschäftigte	1.780	650	630	3.060	4.340,2	3.831,0
Erlöse aus allgemeinen Krankenhausleistungen	134.335.045 €	48.114.184 €	50.983.896 €	233.433.125 €	220.000.000 €	247.000.000 €
pro Vollzeitbeschäftigte/-n	75.469 €	74.022 €	80.927 €	76.285 €	50.689 €	64.474 €
Erlöse aus ambulanten Krankenhausleistungen	1.758.836 €	995.892 €	2.462.537 €	5.217.266 €	16.000.000 €	20.000.000 €
pro Vollzeitbeschäftigte/-n	988 €	1.532 €	3.909 €	1.705 €	3.686 €	5.221 €
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit (vor Steuern)	404.367 €	-78.632 €	1.084.767 €	1.410.502 €	-	-
Planbetten/-plätze (mit Intensivbetten)	792	411	384	1.587	1.438	1.289
davon: Intensivbetten	(nicht gesondert ausgewiesen)	24	21	-	147	-
Vollzeitbeschäftigte pro Bett (mit Intensivbetten)	2,25	1,58	1,64	1,93	3,02	2,97
Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung	31.454	14.573	16.164	62.191	49.836	47.082
Vollzeitbeschäftigte pro Aufnahme in die vollstationäre Behandlung	0,06	0,04	0,04	0,05	0,09	0,06
Auslastung der Betten	86,0%	80,4%	84,0%	83,5%	82,8%	-
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	7,6	7,8	6,8	7,4	8,3	6,9
Casemix-Index	1,360	1,041	1,150	1,184	1,319	-
Vereinbarter Basisfallwert	2.723 €	2.692 €	2.639 €	2.685 €	-	2.854 €

Quellen:

¹ Universität Oldenburg

² Vgl. Wissenschaftsrat: Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Bayern. In: Empfehlungen und Stellungnahmen 2006, Bd. 2, Köln 2007; Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahmen zur organisatorisch-strukturellen Entwicklung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Berlin 2008; Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Universitätsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Berlin 2009; Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Universitätsmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Berlin 2009.

³ für Anzahl der Vollzeitbeschäftigten: Bundesministerium für Bildung und Forschung; Medizinischer Fakultätentag (Hg.): Landkarte Hochschulmedizin, 2007; für alle weiteren Angaben: KMK-Unterausschuss Hochschulmedizin; erfasste Daten der Jahre 2001 bis 2005 und Kennzahlen-Auswertung (Stand: 5. Juni 2008).

VI.3 Qualitätssicherung

Mit Blick auf die Qualitätssicherung in Forschung und Lehre kommt dem Medizinausschuss eine besondere Rolle zu (siehe A.VII.1.e). Es gehört zu seinen operativen Aufgaben, die vertraglich vereinbarten Leistungen zu kontrollieren und, sofern nötig, mit Blick auf weitere Vereinbarungen Anpassungen vorzunehmen. Er übt daher eine qualitätssichernde Funktion aus. Um diese zu erfüllen, müssen erforderliche Informationen zu den für Lehre und Forschung bereitgestellten personellen und infrastrukturellen Kapazitäten von Seiten des Universitätsklinikums zur Verfügung gestellt werden.

Da die drei Krankenhäuser bereits universitäre Lehrkrankenhäuser sind, wird mit Blick auf die Lehre davon ausgegangen, dass eine hochschuladäquate Qualität bereits weitestgehend gegeben ist.

Im Bereich der Patientenversorgung erfolgt die Qualitätssicherung in eigener Verantwortung der Kliniken des Universitätsklinikums und nach Maßgabe des Sozialrechts. Die drei Krankenhäuser haben sich außerdem bereits externen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterzogen. So ist das Klinikum Oldenburg nach KTQ (2003 und 2006), das Evangelische Krankenhaus nach proCum cert/KTQ und das Pius-Hospital nach DIN EN ISO 9001-2000 zertifiziert worden.

A.VII AUFBAU DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN IN OLDENBURG

VII.1 Personal und Organisationsstruktur

Nach dem Niedersächsischen Hochschulgesetz obliegt dem jeweiligen Präsidium die Errichtung einer neuen Fakultät (§ 37 Abs. 1, Satz 3, Nr. 4 NHG). Dergestalt soll per Präsidiumsbeschluss eine Medizinische Fakultät an der Universität Oldenburg gegründet werden. Ihr nicht-klinischer Bereich wird in Instituten organisiert, die Arbeitsgruppen bilden können. Ihr klinischer Bereich untergliedert sich in Zentren, die sich ihrerseits aus einzelnen Kliniken, Abteilungen und/oder Instituten zusammensetzen; einige wenige Kliniken sind eigenständig und werden keinen Zentren zugeordnet.

VII.1.a Die Medizinische Fakultät

Die geplante Medizinische Fakultät setzt sich zusammen aus dem Institut für medizinische Physik, dem Institut für Systemische Neurowissenschaften und dem Institut für Sozialmedizin und Versorgungsforschung. Am Ende der Gründungsphase sollen an diesen Instituten 20 W2/W3-Professuren und zwei W1-Professuren bestehen. Von ihnen sollen acht unbefristete W2/W3-Professuren neu eingerichtet werden. Die dafür benötigten Mittel bringt das Land Niedersachsen über einen zusätzlichen Zuführungsbetrag in den Globalhaushalt der Universität Oldenburg ein. Eine der beiden Junior-Professuren wird von der Universität aus eigenen Mitteln geschaffen. Die dreizehn übrigen Professuren, darunter eine Junior-Professur, werden durch Umwidmungen innerhalb der Universität gewonnen. So sollen zwölf Professuren aus der Fakultät V (Mathematik und Naturwissenschaften) und ein Lehrstuhl aus dem Department für Informatik der Fakultät II (Informatik, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften) in die Medizinische Fakultät überführt werden. Übergangsweise sollen diese in Form einer Doppelmitgliedschaft weiterhin Verantwortung für die Lehre in ihrer ursprünglichen Fakultät übernehmen.

Abbildung 9: Organisationsstruktur der Medizinischen Fakultät (ohne universitätsklinische Einrichtungen)

Institut und Professur	sofern Besetzung qua Überleitung, bisherige Zugehörigkeit
Institut für medizinische Physik	
Lehrstuhl für Automatisierungs- und Messtechnik/Medizintechnik (W2)	Fakultät II, Department für Informatik
Lehrstuhl für Medizinische Optik (W2)	Fakultät V, Institut für Physik (derzeit in Berufung)
Lehrstuhl für Medizinische Physik (W3)	Fakultät V, Institut für Physik
Juniorprofessur für Strahlenphysik (W1)	Fakultät V, Institut für Physik
Lehrstuhl für Neuroakustik (W2)	Fakultät V, Institut für Physik
Juniorprofessur für Sprachverarbeitung (W1)	Neudenomination aus universitären Mitteln
Lehrstuhl für Phoniatrie und Päaudiologie (W2/W3)	Neudenomination aus zusätzlichen Landesmitteln
Institut für Systemische Neurowissenschaften	
Lehrstuhl für Allgemeine Psychologie (W3)	Fakultät V, Institut für Psychologie
Lehrstuhl für Anatomie mit Schwerpunkt Neuroanatomie (W2/W3)	Neudenomination aus zusätzlichen Landesmitteln
Lehrstuhl für Cochlea-/Hirnstammphysiologie (W2)	Fakultät V, Institut für Biologie und Umweltwissenschaften
Lehrstuhl für Genetik (W2/W3)	Fakultät V, Institut für Biologie und Umweltwissenschaften
Lehrstuhl für Klinische Neurophysiologie (W2/W3)	Neudenomination aus zusätzlichen Landesmitteln
Lehrstuhl für Molekulare Zellbiologie (W2)	Fakultät V, Institut für Biologie und Umweltwissenschaften
Lehrstuhl für Neurobiologie/Physiologie (W3)	Fakultät V, Institut für Biologie und Umweltwissenschaften
Lehrstuhl für Neurokognition (W2)	Fakultät V, Institut für Biologie und Umweltwissenschaften
Lehrstuhl für Neuropsychologie (W2)	Fakultät V, Institut für Psychologie
Lehrstuhl für Sinnesphysiologie (W2)	Fakultät V, Institut für Biologie und Umweltwissenschaften
Institut für Sozialmedizin und Versorgungsforschung	
Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und ambulante Versorgung (W2/W3)	Neudenomination aus zusätzlichen Landesmitteln
Lehrstuhl für Epidemiologie und Sozialmedizin (W2/W3)	Neudenomination aus zusätzlichen Landesmitteln
Lehrstuhl für Gender-Medizin (W2/W3)	Neudenomination aus zusätzlichen Landesmitteln
Lehrstuhl für Medizinische Informatik (W2/W3)	Neudenomination aus zusätzlichen Landesmitteln
Lehrstuhl für Philosophie, Ethik und Geschichte der Medizin (W2/W3)	Neudenomination aus zusätzlichen Landesmitteln

Quelle: Universität Oldenburg

Aus fachlichen Gründen werden die Umwidmungen vor allem die Fakultät V betreffen. Sofern nach der Gründungsphase der Medizinischen Fakultät in den jeweiligen Instituten der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät keine neuen Professuren geschaffen werden, haben die Umwidmungen zur Folge, dass sich die Anzahl der Professuren am Institut für Biologie und Umweltwissenschaften von 20 auf 14, am Institut für Physik von 14 auf 10 verringert. Das Institut für Psychologie wird mit seinen zwei Professuren vollständig in die zukünftige Medizinische Fakultät transferiert.

Von den vier bis sechs wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern pro umzuwidmenden Lehrstuhl werden schätzungsweise nur 25 % vollständig in die Medizinische Fakultät wechseln, da der Großteil dieses Personals mit Lehr-, Forschungs- und Verwaltungsaufgaben zumindest überwiegend an die

ursprünglichen Institute gebunden ist. Einem Lehrstuhl der Medizinischen Fakultät werden somit nach dem Konzept 1 bis 1,5 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter zugeordnet.

Die Umwidmungen sollen mit der Besonderheit durchgeführt werden, dass die in die Medizinische Fakultät überführten Professuren weiterhin Verantwortung für die Lehre in ihrer ursprünglichen Fakultät wahrnehmen. In Form einer Doppelmitgliedschaft sollen sie für eine Übergangszeit einen Teil ihres Lehrdeputats weiterhin in ihrer jeweiligen Ursprungsfakultät erbringen. Andererseits wird dieser Deputatsexport aus der Medizinischen Fakultät durch einen Import von Lehrkapazität aus den nicht-medizinischen Bereichen wieder ausgeglichen. Das Import-Export-Verhältnis der Medizinischen Fakultät mit anderen Bereichen der Universität, vornehmlich der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät, wird so als stets ausbalanciert angenommen. Die angegebenen Personalstellen sollen daher trotz der Doppelmitgliedschaft zu 100 % der Medizinischen Fakultät zuzuschreiben sein. Vom Präsidium zu erarbeitende Zielvorgaben und darauf basierende Vereinbarungen sollen diese Import-Export-Balance jeweils regeln. Die formale Mitbestimmung ist auf eine zu benennende Erst-Fakultät beschränkt.

Insgesamt wird außerdem davon ausgegangen, dass trotz der Doppelmitgliedschaft bei gleichbleibenden Lehrdeputaten der Professorinnen und Professoren das nötige Lehrangebot der Fakultäten II und V sowie der hinzukommenden Medizinischen Fakultät ohne Abstriche durch in der Summe lediglich neun neue Professuren vollständig abgedeckt werden kann. Begründet wird dies durch zwei Ausgangsmomente. Zum einen wird durch einen großen Überschneidungsbereich der naturwissenschaftlichen und der humanmedizinischen Lehrveranstaltungen von weit weniger als einer Verdopplung der Lehraufgaben ausgegangen. Wegen der angestrebten starken Abstimmung des Lehrangebots in der mathematisch-naturwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät wird für die Gründungsphase nur mit einem geringfügig steigenden gemeinsamen Lehrbedarf gerechnet. Zum anderen sollen nach Angaben der Universität Oldenburg umfänglichere bisher ungenutzte Kapazitäten in der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät in die Medizinische Fakultät umgeleitet werden. Über die letzten fünf Jahre stand dem Lehrangebot von in der Summe 6232 Semesterwochenstunden eine Lehrnachfrage von 5657 Semesterwochenstunden gegenüber. In der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät herrscht daher eine Auslastung des Lehrangebots von 91 % vor. |³⁰

|³⁰ In einer Erhebung der Hochschul-Informationssystem GmbH wurde für die Universitäten einiger Bundesländer eine Auslastung des Lehrangebots im Bereich der Mathematik und Naturwissenschaften von

Tabelle 6: Auslastung des Lehrangebots der Universität Oldenburg nach Fakultäten

Fakultät	2010			Summe 2006 bis 2010		
	in %	in SWS		in %	in SWS	
		Lehr- angebot	Lehr- nachfrage		Lehr- angebot	Lehr- nachfrage
I	121	673	812	133	2876	3813
II	100	657	657	106	3057	3246
III	110	670	738	102	3343	3412
IV	111	374	414	118	1654	1947
V	91	1291	1171	91	6232	5657
gesamt	103	3665	3792	105	17161	18074

Anmerkung:

Die Daten beziehen sich auf das jeweilige Studienjahr und wurden im Rahmen der Kapazitätsberechnung mit dem Stichtag am 1. Februar erhoben. Das durch die Maßnahmen des Hochschulpaktes 2020 rechnerisch erhöhte Lehrangebot wurde in den Studienjahren 2008, 2009 und 2010 berücksichtigt. Da im Lehrangebot die Erhöhung durch den Hochschulpakt ein Jahr früher berücksichtigt ist als in der Lehrnachfrage, kommt es in den betreffenden Fächern zu einer Unterschätzung der Auslastung. Die Zuordnung der Lehreinheiten zu den Fakultäten erfolgte nach dem Stand vom 01.04.2009. Für die Lehreinheit Psychologie erfolgte im Auswertungszeitraum keine Berechnung, da es dort nur auslaufende Studiengänge gab.

Quelle: Universität Oldenburg

Auf Über- und Unterbelegung von Studienplatzkapazitäten soll dauerhaft mithilfe einer an den Studierendenzahlen orientierten Mittelverteilung, mithilfe von Verflechtungsmatrizen zwischen den angrenzenden Fakultäten und Instituten und mithilfe einer Bedarfsanalyse bei der (Wieder-)Besetzung von Personalstellen als Voraussetzung zur Freigabe durch das Präsidium reagiert werden können.

Ein möglicherweise dennoch geringfügig steigender Lehrbedarf soll vorübergehend durch Aufstockung des in den ursprünglichen Fakultäten verbleibenden wissenschaftlichen Personals abgedeckt werden können.

Von den angegebenen Professuren ist lediglich der Lehrstuhl für Medizinische Optik derzeit nicht besetzt. Er wird voraussichtlich zum Ende des Wintersemesters 2009/2010 neu ausgeschrieben.

90 % im Mittel festgestellt. Dabei wurden allerdings im Unterschied zu den vorliegenden Angaben nicht die Semesterwochenstunden, sondern die Lehrkosten zugrunde gelegt. Die Erhebung kann daher nicht zum Vergleich herangezogen werden. Sie gibt aber Hinweise darauf, dass sich die Auslastung des Lehrangebots in der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Oldenburg im Rahmen durchschnittlicher Werte bewegt. Vgl. F. Dölle; C. Deuse; P. Jenker; M. Schacher; G. Winkelmann: Ausstattungs-, Kosten- und Leistungsvergleich Universitäten 2006. Kennzahlenergebnisse für die Länder Berlin, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein (=HIS:Forum Hochschule 3,2009), Hannover 2009, S. 52/53.

Das geplante Universitätsklinikum Oldenburg soll sich aus 14 Zentren und den ihnen zugeordneten Instituten und Kliniken zusammensetzen. Die Klinik für Dermatologie und Allergologie und die Klinik für Urologie sind keinem Zentrum zugeordnet.

Abbildung 10: Organisationsstruktur des Universitätsklinikums

Kopfzentrum (EVK, Klinikum, Pius)
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde I
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde II
Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Klinik für Augenheilkunde
Institut für Audiologie
Herzzentrum (Klinikum)
Klinik für Herzchirurgie
Klinik für Kardiologie und Kinderkardiologie
Klinik für Anästhesiologie (AINS), Funktionsbereich Kardioanästhesie
Thoraxzentrum (Pius)
Klinik für Pneumologie
Klinik für Gefäß-, Thorax- und endovaskuläre Chirurgie
Klinik für Allgemein Chirurgie
Klinik für Anästhesie und interdisziplinäre Intensivmedizin
Viszeralzentrum (Klinikum)
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Infektionskrankheiten
Klinik für Onkologie und Hämatologie
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin (Klinikum)
Klinik für Allgemeinpädiatrie, Hämatologie/Onkologie
Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Kinderkardiologie
Klinik für Neuropädiatrie und Stoffwechselkrankheiten
Klinik für Kinderchirurgie
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Neurozentrum (EVK)
Klinik für Neurochirurgie
Klinik für Neurologie
Klinik für Neurologische Frührehabilitation
Institut für Neuroradiologie
Zentrum für Innere Medizin (EVK, Klinikum, Pius)
Klinik für Onkologie und Hämatologie
Klinik für Rheumatologie
Klinik für allgemeine Innere Medizin, Nieren und Hochdruckkrankheiten
Klinik für allgemeine Innere Medizin
Klinik für Innere Medizin
Klinik für Palliativmedizin

Strahlencentrum (Pius)
Klinik für Strahlentherapie und internistische Onkologie
Klinik für Nuklearmedizin
Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Zentrum für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie (EVK, Klinikum Pius)
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie
Klinik für Anästhesiologie, Schmerz- und Intensivmedizin
Klinik für Anästhesie und interdisziplinäre Intensivmedizin
Zentrum für Diagnostische Medizin (Klinikum)
Institut für Laboratoriumsdiagnostik und Mikrobiologie
Institut für Pathologie
Institut für Klinische Genetik
Institut für Krankenhaushygiene
Abteilung für Ultraschalldiagnostik und vorgeburtliche Therapie
Zentrum für muskuloskeletale Chirurgie (EVK, Klinikum, Pius)
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Abteilung für Unfallchirurgie, Wiederherstellungschirurgie und Sporttraumatologie
Klinik für Orthopädie und Spezielle Orthopädische Chirurgie
Klinik für Dermatologie und Allergologie (Klinikum)
Klinik für Urologie (Klinikum)
Zentrum für Frauenheilkunde (EVK, Klinikum, Pius)
Klinik für Frauenheilkunde
Oldenburger Frauenklinik (einschließlich Brustzentrum)
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Zentrum für Rehabilitationsmedizin (Rehabilitationszentrum)
Rehabilitationszentrum Oldenburg
Ambulantes Rehabilitationszentrum Oldenburg
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie (Wehnen)
Karl-Jaspers-Klinik

Abkürzungen:

EVK = Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Klinikum = Klinikum Oldenburg

Pius = Pius-Hospital Oldenburg

Quelle: Universität Oldenburg

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums, die Aufgaben der universitären Lehre und Forschung übernehmen, können Mitglieder der Medizinischen Fakultät werden. Voraussetzung für eine Ernennung zur Professorin oder zum Professor ist ein Leistungsprofil in Forschung und Lehre, das universitären Ansprüchen genügt.

Für die Aufbauphase ist geplant, die außerplanmäßigen Professorinnen und Professoren anderer Universitäten – insbesondere der Universität Göttingen –,

die an einem der drei Oldenburger Krankenhäuser bereits als leitende Ärztinnen und Ärzte praktizieren, in einem zweistufigen Verfahren in die Medizinische Fakultät der Universität Oldenburg überzuleiten. Erstens soll ihnen die Lehrbefugnis in den humanmedizinischen Fachgebieten qua Umhabilitation erteilt werden. Zweitens sollen sie bei Vorliegen der entsprechenden universitären Voraussetzungen durch ein berufungsäquivalentes Verfahren zu klinischen Professorinnen und Professoren mit reduzierter Lehrkapazität ernannt werden. Die erwartete Kapazität für Forschung und Lehre pro klinische Professur orientiert sich dabei an den Leistungen, die das entsprechende Personal bisher als außerplanmäßige Professorinnen und Professoren erbringen konnte. Je nach Fachrichtung und Dienstaufgabe wird sie bei 0,5 bis 3 Semesterwochenstunden liegen.

Nach aktuellem Stand kommen für die Überleitung alle 24 außerplanmäßigen Professorinnen und außerplanmäßigen Professoren der drei Oldenburger Krankenhäuser infrage. Es wird davon ausgegangen, dass daraufhin aus diesem Personenkreis pro Jahr maximal zehn Personen mittels des berufungsäquivalenten Verfahrens zu klinischen Professorinnen und Professoren mit reduzierter Lehrkapazität berufen werden können. Für eine Umhabilitation ohne gleichzeitige Berufung kommen außerdem weitere sieben Privatdozentinnen und Privatdozenten infrage, die sich derzeit an den drei Oldenburger Krankenhäusern befinden. Es wird erwartet, dass aus diesem Kreis pro Jahr mindestens ein bis zwei Ernennungen zur außerplanmäßigen Professorin oder zum außerplanmäßigen Professor unter Berücksichtigung der nötigen universitären Voraussetzungen möglich sein werden. Entsprechend sollen sich am Ende der fünfjährigen Gründungsphase 21 Professorinnen und Professoren mit reduzierter Lehrkapazität und acht außerplanmäßige Professorinnen und außerplanmäßige Professoren am Universitätsklinikum Oldenburg befinden (siehe Abbildung 11).

Für das Tutorenkonzept der Universitätsmedizin werden überdies Assistenzärztinnen und -ärzte im Sinne von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Mitglieder der Medizinischen Fakultät. Sie übernehmen im Rahmen des Bachelor-Studiengangs die Leitung von Kleingruppenunterricht; innerhalb des Master-Studiengangs fällt ihnen die Betreuung von Studierenden während der klinischen Praktika zu. Weiterhin gehören der Medizinischen Fakultät auch diejenigen Beschäftigten des Universitätsklinikums Oldenburg an, die an der Fakultät zur Promotion oder Habilitation zugelassen sind.

Über diese Planungen hinausgehend hat das Universitätsklinikum Oldenburg die vertraglich vereinbarten Leistungen in Lehre und Forschung durch eine eigenständige Personalpolitik sicherzustellen.

Die Gründung der Universitätsmedizin in Oldenburg ist für das Studienjahr 2010/2011 vorgesehen. Neben allgemeinen Vorbereitungen sollen bis dahin vor allem die Berufungsverfahren und die Akkreditierung der Studiengänge stattfinden. Der Studienbetrieb soll ab dem Wintersemester 2011/2012 schrittweise implementiert werden. In den Bachelor-Studiengang sollen 2011/2012 erstmalig 40 Studierende aufgenommen werden. Ein Quereinstieg aus einem Studiengang der Humanmedizin einer anderen Universität mit der Voraussetzung eines abgeschlossenen Vorklinikums soll von Beginn an möglich sein, so dass auch das dritte Bachelor-Studienjahr bereits in der Aufbauphase angeboten werden muss. Der zweite Jahrgang der 40 Studienanfängerinnen und -anfänger soll 2012/2013 sein Studium aufnehmen, der dritte schließlich im darauf folgenden Jahr. Ab 2013/2014 wird so die angestrebte Studienkapazität erreicht sein und gleichzeitig werden zum Ende dieses Studienjahres die ersten Studierenden, die den Bachelor-Studiengang vollständig (das heißt vom ersten Semester an und nicht über den Quereinstieg) durchlaufen haben, ihren Bachelor-Abschluss erhalten.

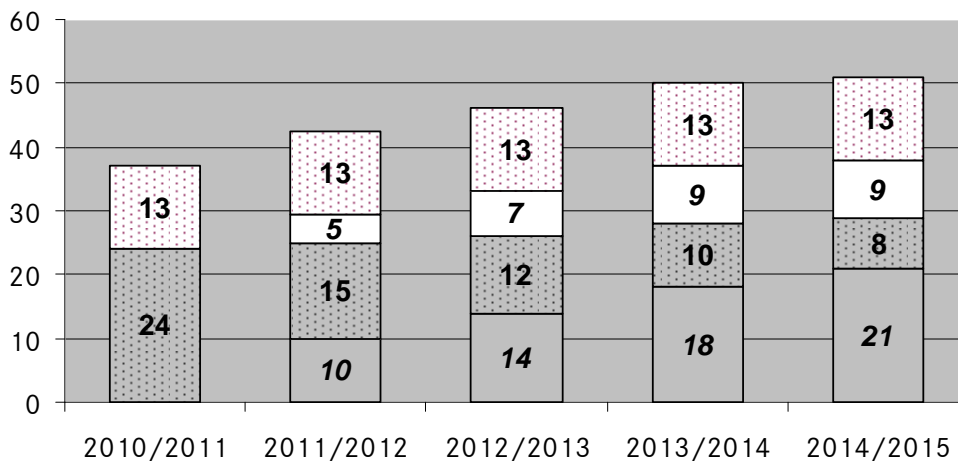
Die Hälfte der neu zu berufenden Professorinnen und Professoren im nicht-klinischen Bereich samt zugeordnetem Personal sollen 2011/2012 ihren Dienst antreten; weitere 30 % sollen im darauf folgenden Jahr und weitere 20 % schließlich 2013/2014 in der Medizinischen Fakultät beginnen. Im klinischen Bereich wird der personelle Aufbau in der zuvor bereits erläuterten Weise geplant.





Mit Blick auf den Master-Studiengang soll 2011/2012 zunächst nur das Brückenjahr für etwa zwölf Studierende, die als Voraussetzung einen Bachelor-Abschluss in einem medizinnahen naturwissenschaftlichen Fach besitzen, eingerichtet werden. Da dieses zunächst vorrangig in Kooperation mit der Universität Groningen an deren Standorten angeboten wird, soll im Vorfeld des Brückenjahres ein Kurs zum Erlernen der niederländischen Sprache besucht werden. Es ist geplant, dass der erste vollständige Jahrgang mit 40 Master-Studierenden zum Wintersemester 2012/2013 sein Studium an der European Medical School Oldenburg-Groningen aufnimmt. In diesen sollen bereits die Absolventinnen und Absolventen des Brückenjahres integriert werden. 2013/2014 soll die Studienkapazität mit dem zweiten Jahrgang zwei Drittel erreichen und 2014/2015 schließlich der volle Studienbetrieb aufgenommen werden; für die Studienanfängerinnen und -anfänger dieses Studienjahres sollen dann auch erstmals die Bachelor-Absolventinnen der Humanmedizin an der Universität Oldenburg infrage kommen. Gleichsam sollen zum Ende des Sommersemesters 2015 die ersten Master-Abschlüsse vergeben. Die ersten Master-Abschlüsse an Studierende, die vorher auch den Bachelor-Studiengang vollständig (das heißt vom ersten Semester an und nicht über den Quereinstieg)

an der Universität Oldenburg oder der Universität Groningen durchlaufen haben, können zum Ende des Wintersemesters 2016/2017 vergeben werden.

Zur Promotion sollen zum Wintersemester 2011/2012 bereits die ersten zehn Doktorandinnen und Doktoranden zugelassen werden. Ein zweiter Jahrgang soll 2012/2013 und ein dritter 2013/2014 aufgenommen werden. Am Ende des Sommersemesters 2014 sollen so die ersten Promotionen abgeschlossen sein.

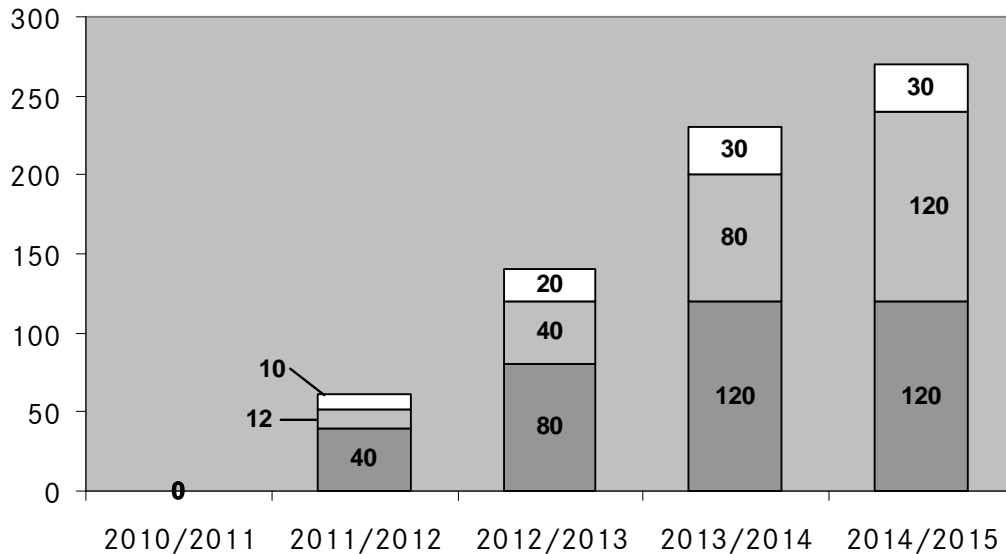
Abbildung 11: Schrittweiser Aufbau der Universitätsmedizin nach Anzahl der Professuren



-  nicht-klinische Professuren durch Umwidmung mit anfängl. Doppelmitgliedschaft
-  nicht-klinische Professuren durch Neuberufungen
-  klinische außerplanmäßige Professuren
-  klinische Professuren mit reduzierter Lehrkapazität durch Umwidmung/Berufung der bestehenden klinischen außerplanmäßigen Prof.

Quelle: Universität Oldenburg

Abbildung 12: Schrittweiser Aufbau der Universitätsmedizin nach Anzahl der Studierenden



- Studierende im Promotionsstudiengang
- Studierende im Master-Studiengang
- Studierende im Bachelor-Studiengang

Quelle: Universität Oldenburg

VII.1.d Studienkapazitäten

Mit Blick auf die jährlich insgesamt knapp 10.000 Neuzulassungen zum Studium der Humanmedizin in Deutschland ist der Zuwachs an bundesweiten Studienplätzen für ein humanmedizinisches Studium mit 0,3 % geringfügig. Mit Blick auf die Humanmedizin in Niedersachsen würden die 40 weiteren Studienplätze einen Zuwachs zu den 522 Studienplätzen im Studienjahr 2008/2009 von knapp 8 % bedeuten. |³¹ Programmatisch verbindet die Universität Oldenburg mit ihrer Gründung einer Universitätsmedizin explizit keine Erweiterung der landes- oder bundesweiten Studienkapazitäten. Vor diesem Hintergrund wäre die Universität Oldenburg diejenige staatliche Hochschule, die mit Abstand die nach Studienplätzen kleinste Humanmedizin besitzt. Eine mit der Universitätsmedizin in Oldenburg vergleichbar kleine Kapazität an

|³¹ In dieser Berechnung werden die jährlich 40 Studienanfängerinnen und -anfänger des Master-Studiengangs nicht zusätzlich berücksichtigt, da dies eine Verzerrung mit Blick auf die im Übrigen nicht-gestufteten humanmedizinischen Studiengänge in Deutschland bzw. Niedersachsen bedeutete. Faktisch werden allerdings jährlich 80 Personen zum Studium der Humanmedizin (mit Abschluss eines Bachelor of Science oder eines Master of Science) neu zugelassen.

Studienplätzen besitzt darüber hinaus lediglich die private Universität Witten/Herdecke.

Tabelle 7: Studienkapazitäten der Universität Oldenburg im Verhältnis zu den jährlichen Neuzulassungen zum Studium der Humanmedizin in Deutschland und Niedersachsen

	Zulassungen in Deutschland	Zulassungen in Niedersachsen		geplante Zulassungen an der Univ. Oldenburg ¹⁾
		Univ. Göttingen	MedH Hannover	
WiSe 2007/2008	8.377	163	270	40
SoSe 2008	1.530	136	0	0
Summe für Studienjahr 2007/2008	9.907	569		40
WiSe 2008/2009	8.454	126	270	40
SoSe 2009	1.494	126	0	0
Summe für Studienjahr 2008/2009	9.948	522		40

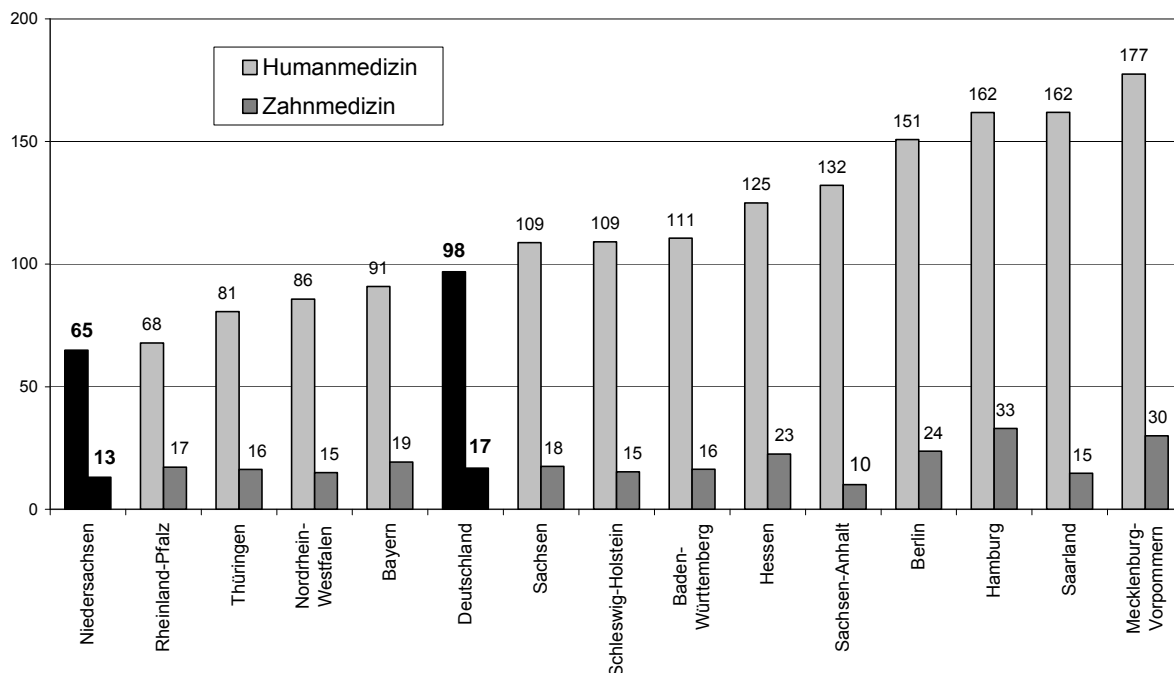
Anmerkung:

¹⁾ Zulassungen zum Bachelor-Studiengang nach Anlaufphase; zum sinngemäßen Vergleich übertragen auf die Studienjahre 2007/2008 und 2008/2009

Quelle: Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen

In Relation zur Einwohnerzahl der Bundesländer fällt auf, dass Niedersachsen mit seinen beiden bisherigen Standorten der Universitätsmedizin die geringste Anzahl an Studierenden unter allen Bundesländern verzeichnet. Auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner kamen im Wintersemester 2008/2009 in Niedersachsen 65 Studierende der Humanmedizin. Der deutschlandweite Durchschnitt lag demgegenüber bei 98 Studierenden.

Abbildung 13: Studierende der Human- und Zahnmedizin nach Bundesländern je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Wintersemester 2008/2009



Quelle: Statistisches Bundesamt: Sonderauswertung für den Wissenschaftsrat 2008; Bevölkerung und Erwerbstätigkeit 2008 - Fachserie 1, Reihe 1.3

In Deutschland übersteigt die Anzahl an Bewerberinnen und Bewerbern die zur Verfügung stehenden Plätze für ein Studium der Humanmedizin um ein Vielfaches; für das Wintersemester 2009/2010 kamen 4,4 Bewerberinnen und Bewerber auf einen Studienplatz. |³² Infolge dieser allgemeinen Situation geht auch die Universität Oldenburg davon aus, dass innerhalb kürzester Zeit mindestens 100 Bewerbungen im Jahr eingehen werden.

Vor dem Hintergrund des personellen Aufbaus der Universitätsmedizin ist die nachstehende Schätzung des Lehrangebots und der Lehrnachfrage möglich. Sie geht vom angestrebten Lehrpersonal am Ende der fünfjährigen Gründungsphase aus und setzt – soweit keine anderen Angaben vorliegen – ein durchschnittliches Lehrdeputat für die jeweilige Personalkategorie voraus. |³³ Dem

|³² Vgl. Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen: Daten bundesweit zulassungsbeschränkte Studiengänge an Universitäten Wintersemester 2009/2010. Angebot und Nachfrage in der Abiturbestenquote, in der Wartezeitquote und im Auswahlverfahren der Hochschulen im Studiengang (Staatsexamen) Medizin. S. 2. Im Internet: <http://www2.zvs.de/fileadmin/downloads/NC/WiSe2009/bew-medizin-ws2009.pdf> (26.08.2009).

|³³ Es werden die folgenden durchschnittlichen Größen verwendet: für nicht-klinische Professorinnen und -Professoren 8 Lehrveranstaltungsstunden (W2/W3) bzw. 4 Lehrveranstaltungsstunden (W1) und für wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Tutorinnen und Tutoren 4 Lehrveranstaltungs-

Lehrangebot wird die Lehrnachfrage gegenübergestellt, die auf der theoretischen Grundlage des derzeitigen nach der Kapazitätsverordnung festgelegten Curricularnormwerts für medizinische Regelstudiengänge nach der Approbationsordnung für Ärzte geschätzt wird. |³⁴ Da auf der Grundlage des problemorientierten, kompetenzbasierten und patientenzentrierten Lehrkonzepts der Universitätsmedizin in Oldenburg von einem gegenüber den Regelstudiengängen erhöhten Lehrbedarf auszugehen ist, wird für die Schätzung der Lehrnachfrage außerdem ein modellhaft erhöhter Curricularnormwert zugrunde gelegt. Dabei wird – analog zur letzten Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte, bei der der Curricularnormwert von 7,27 auf 8,2 heraufgesetzt wurde – eine Erhöhung des Lehrbedarfs um knapp 13 % veranschlagt. Diese Schätzung ist dabei unter dem Vorbehalt zu betrachten, dass das humanmedizinische Studium an der Universität Oldenburg gegebenenfalls nicht unter die kapazitätsrechtlichen Regelungen fallen wird (siehe A.III.2.b).

stunden. Die angesetzten durchschnittlich 1,75 Lehrveranstaltungsstunden für klinische Professorinnen und Professoren beruhen auf Angaben der Universität Oldenburg.

|³⁴ Die Kapazitätsverordnung geht von einer erschöpfenden Nutzung der Ausbildungskapazitäten aus und berechnet diese. Der Curricularnormwert gibt dabei den erforderlichen Ausbildungsaufwand in Lehrveranstaltungsstunden je Semester wieder, um eine Studierende oder einen Studierenden eine ordnungsgemäße Ausbildung zu ermöglichen. Die Kapazitätsverordnung berücksichtigt weitere Kriterien, die für die vorliegende Schätzung allerdings von geringer Bedeutung sind.

Tabelle 8: Schätzung des Lehrangebots und der Lehrnachfrage für die Universitätsmedizin in Oldenburg

Lehrangebot nach Aufbau des Lehrpersonals

Personalkategorie und Anzahl der Stellen	zugrundegelegtes, individuelles Lehrdeputat in LVS pro Semester	Summe der Lehrdeputate in LVS pro Semester
Nicht-klinischer Bereich		
12 W2/W3-Professuren durch Umwidmung	8	96
8 W2/W3-Professuren durch Neudenomination	8	64
1 W1-Professur durch Umwidmung	4	4
1 W1-Professur durch Neudenomination	4	4
33 Wissenschaftliche MitarbeiterInnen	4	132
Zwischensumme		300
Klinischer Bereich		
21 planmäßige Professuren mit reduzierter Lehrkapazität	1,75	36,75
8 außerplanmäßige Professuren	1,75	14
10 Tutorinnen/Tutoren	4	40
Zwischensumme		90,75
Lehrangebot insgesamt		390,75

Lehrnachfrage nach Aufbau der Studienplätze bei theoretischer Zugrundelegung des aktuellen Curricularnormwerts

(ohne Berücksichtigung der patientenbezogenen Kapazität)

Anzahl der Studierende	Curricular-normwert	Lehrnachfrage in Lehrveranstaltungsstunden pro Semester
Nicht-klinischer Bereich		
40 Studierende	2,42	96,8
Klinischer Bereich		
40 Studierende	5,78	231,2
Lehrnachfrage insgesamt		328

Lehrnachfrage nach Aufbau der Studienplätze bei theoretischer Zugrundelegung eines modellhaft erhöhten Curricularnormwerts

(Erhöhung um 12,79% analog zur Erhöhung im Rahmen der letzten Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte; ohne Berücksichtigung der patientenbezogenen Kapazität)

Anzahl der Studierenden	Curricular-normwert	Lehrnachfrage in Lehrveranstaltungsstunden pro Semester
Nicht-klinischer Bereich		
40 Studierende	2,73	109,20
Klinischer Bereich		
40 Studierende	6,52	260,80
Lehrnachfrage insgesamt		370

Quelle: eigene Berechnung

Die Gegenüberstellung des geschätzten Lehrangebots und der geschätzten Lehrnachfrage verdeutlicht, dass die projektierte Lehrkapazität der Universitätsmedizin in Oldenburg das in der Kapazitätsverordnung festgelegte Maß für Regelstudiengänge deutlich übertrifft. Auch bei einer modellhaft erhöhten Lehrnachfrage ist davon auszugehen, dass für die 40 Studierenden eine mehr als ausreichende Lehrkapazität (390,75 gegenüber 370 Lehrveranstaltungsstunden pro Semester) zur Verfügung steht. Auffällig ist bei der Zugrundelegung des Curricularnormwerts allerdings die ungewöhnliche Verteilung der Kapazitäten nach nicht-klinischem und klinischem Bereich. Das Lehrangebot im nicht-klinischen Bereich ist ungefähr um den Faktor 3 größer als das im klinischen Bereich, während für die Berechnungen nach der Kapazitätsverordnung üblicherweise ein umgekehrt gewichtetes Verhältnis angesetzt wird.

VII.1.e Selbstverwaltung

In der Medizinischen Fakultät sollen die üblichen Strukturen der Selbstverwaltung eingerichtet werden. Die Geschäftsstelle soll die dezentralen Aufgaben der Fakultät erfüllen. Ihre Leitung obliegt einer Geschäftsführerin oder einem Geschäftsführer.

Das Dekanat soll sich aus einer Dekanin oder einem Dekan und einer Studiendekanin oder einem Studiendekan sowie einer Prodekanin oder einem Prodekan für Forschung und einer Prodekanin oder einem Prodekan für klinische Angelegenheiten zusammensetzen. Gemeinsam mit dem Geschäftsführer bilden diese die Leitung der Medizinischen Fakultät.

Ein Fakultätsrat aus sieben Hochschullehrerinnen und -lehrern, zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, zwei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Technik und Verwaltung und zwei Studierenden und eine

Studienkommission aus zwei Hochschullehrerinnen und -lehrern, zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und vier Studierenden werden entsprechend dem Niedersächsischen Hochschulgesetz eingesetzt. Darüber hinaus werden ein Promotions-, ein Habilitations-, ein Prüfungs- und ein Zulassungsausschuss einberufen. Außerdem soll eine unabhängige Ethikkommission eingesetzt werden.

Berufungskommissionen werden außerdem im Rahmen von Berufungsverfahren eingesetzt. Sofern es sich dabei um eine Berufung für eine klinische Professur handelt, wird eine Vertreterin oder ein Vertreter des Universitätsklinikums Oldenburg unter Berücksichtigung des jeweiligen Campus' mit beratender Stimme an der Berufungskommission beteiligt. Dasjenige Krankenhaus, an dem die Professur besetzt wird, erhält ein Vetorecht.

Für die vertragliche Gestaltung der Kooperation zwischen der Medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum Oldenburg soll ein Medizinausschuss als spezielles Koordinationsgremium der Universitätsmedizin in Oldenburg eingesetzt werden. Mitglieder sollen Vertreterinnen und Vertreter des Dekanats der Medizinischen Fakultät und der Geschäftsführung des Universitätsklinikums Oldenburg gleichermaßen sein. Der Medizinausschuss wird dabei mit Entscheidungs- und Kontrollrechten sowohl in strategischer als auch operativer Hinsicht ausgestattet. Er ist für die Abstimmung der strategischen Ausrichtung des Universitätsklinikums Oldenburg in Hinsicht auf Forschung und Lehre, die dafür nötigen Umsetzungsmaßnahmen und Strukturplanungen ebenso verantwortlich wie für die konkrete Ausgestaltung und Kontrolle des Kooperationsvertrags der Universität Oldenburg mit dem Universitätsklinikum Oldenburg.

Eine Schiedskommission soll als schlichtendes Gremium dem Medizinausschuss übergeordnet werden, sofern ein Konfliktfall vorliegt. Sie setzt sich gegebenenfalls aus je zwei Vertreterinnen und Vertretern der Universität Oldenburg und des Universitätsklinikums Oldenburg sowie zwei weiteren externen Vertreterinnen und Vertretern, von denen jeweils eine oder einer von der Universität Oldenburg und eine oder einer vom Universitätsklinikum bestimmt werden kann, zusammen. Die Anrufung der Schiedskommission – sofern erforderlich – soll dabei aufschiebende Wirkung haben.

VII.2 Infrastruktur

Der Campus der Universität Oldenburg verteilt sich auf zwei Standorte. Die Naturwissenschaften sind auf dem Campus Wechloy, die anderen Fakultäten

und die zentralen Einrichtungen auf dem Campus Haarentor untergebracht. |³⁵
Für die Lehre stehen an beiden Standorten etwa 10.500 qm Nutzfläche zur Verfügung, davon ca. 7.300 qm Fläche für Seminar- und Übungsräume und ca. 2.100 qm Fläche für Hör- und Lehrsäle. Die medientechnische Ausstattung wurde dabei in den letzten Jahren mithilfe von Mitteln aus Studienbeiträgen verbessert. Mit Blick auf die Forschung besitzt die Universität Oldenburg eine Nutzfläche für Labore und Werkstätten von knapp 20.000 qm. Bibliotheken nehmen eine Fläche von ca. 16.500 qm ein. Hier sind Funktionsflächen wie Versammlungs- und Sitzungs-, Lese- und Bildstudioräume inbegriffen. Rechnerräume finden auf einer Fläche von ca. 3.000 qm Platz. Auf dem Campus Wechloy wurde 2009 außerdem ein Tierhaus mit einer Nutzfläche von 552 qm in Betrieb genommen, das von der Medizinischen Fakultät mitgenutzt werden kann.

Von Seiten der Universität Oldenburg ist bis 2019/2020 der Neubau eines Experimentierhörsaals für 150 bis 200 Personen vorgesehen, der insbesondere für die humanmedizinische Lehre zur Verfügung stehen soll. Ebenso wurde ein Forschungsbau nach Artikel 91b des Grundgesetzes geplant, in dem ein biomedizinisches Forschungszentrum untergebracht werden soll. Für beide Bauvorhaben wurden noch keine genaueren Absprachen mit dem Land Niedersachsen getroffen. Bisher wurde lediglich der Experimentierhörsaal in die mittelfristige Bauplanung mit vergleichsweise geringerer Priorität aufgenommen. Unabhängig von der Gründung einer Medizinischen Fakultät bestehen Planungen zum Erwerb von Grundstücken für die Universität Oldenburg. Für die Hochschulen in Oldenburg sind von der Stadt Oldenburg bereits entsprechende Sonderflächen reserviert. Deren Erwerb wird vor allem an projektbezogene Mittel gebunden.

Von den insgesamt etwa 50.000 qm werden etwa 36.000 qm ausschließlich von der Naturwissenschaftlichen Fakultät genutzt. Dem entspricht eine Nettogesamtfläche von 62.000 qm. Auf der Grundlage dieser Daten geht die Universität Oldenburg bei acht neuen Professuren von einem um 10 % steigenden Bedarf an Nettogesamtfläche aus. Einen Teil dieses Zusatzbedarfs wird durch ein neues, über das Bund-Länderförderprogramm mit 11 Mio. Euro finanziertes Forschungsgebäude gedeckt, in dem die Forschungszentren Neurosensorik und Sicherheitskritische Systeme (NeSSy) institutionell zusammengeführt werden. Der Bau soll 2011 fertiggestellt sein und wird dann über die Bereiche der Neurosensorik auch für die Medizinische Fakultät zur Verfügung stehen. Angesichts dieser Entwicklung wird von einer fehlenden

|³⁵ Ein dynamischer Lageplan findet sich im Internet unter: <http://www.uni-oldenburg.de/uni/lageplan.php> (18.09.2009)

Nettogesamtfläche von ca. 2.100 qm ausgegangen, davon 1.600 qm für Labore und 500 qm für Seminarräume und Büros. Dieser Zusatzbedarf soll durch die Anmietung von Räumen gedeckt werden. In diesem Zusammenhang wurden nach Angaben der Universität bereits konkrete Gespräche geführt. Zur Optimierung der Flächennutzung wird ein von der HIS GmbH entwickeltes Parameterverfahren genutzt. Die Medizinische Fakultät soll in dieses integriert werden.

Für das Universitätsklinikum Oldenburg wird angenommen, dass die erforderliche Infrastruktur sich aus derjenigen der bisherigen drei Krankenhäuser zusammensetzen wird. Für die mit der Gründung der Universitätsmedizin verbundene Lehre und Forschung wird im klinischen Bereich nur von einer marginal erhöhten Inanspruchnahme dieser Infrastruktur ausgegangen. Es sind keine Investitionen vorgesehen.

A.VIII AUFBAUFINANZIERUNG

Im Folgenden werden die vorgenannten Aspekte des Aufbaus der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums in Hinsicht auf ihre Finanzierung erläutert.

VIII.1 Personal

Insgesamt erfordert der Aufbau der Medizinischen Fakultät die Umwidmung von 13 bereits bestehenden Professuren aus der Fakultät für Mathematik und Naturwissenschaften und der Fakultät für Informatik; darunter ist eine Juniorprofessur. Die Universität Oldenburg plant zudem, aus eigenen Mitteln eine weitere Juniorprofessur zu schaffen. Die jährlichen Personal- und Ausstattungskosten, die dadurch zukünftig der Medizinischen Fakultät entstehen, belaufen sich kalkulatv auf insgesamt 4,8 Mio. Euro. Davon werden 3,5 Mio. Euro für Gehalt und Ausstattung und 1,3 Mio. Euro für Forschungsinfrastruktur verwendet. Für diese Professuren ist aufgrund der speziellen Situation einer fakultären Doppelmitgliedschaft eine Aufstockung des Sachmittelats von in der Summe 200.000 Euro jährlich vorgesehen. Die Kosten für die umzuwiddmenden Professuren von insgesamt 5 Mio. Euro jährlich sollen von der Universität Oldenburg durch Umfinanzierung im Globalhaushalt getragen werden.

Die acht neu einzurichtenden Professuren (W2/W3) der Medizinischen Fakultät werden mit insgesamt 2 Mio. Euro bedacht; das entspricht einer durchschnittlichen Personal- und Ausstattungssumme von 250.000 Euro. Weiterhin ist die Einrichtung von zehn Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit jährlichen Kosten in der Höhe von 600.000 Euro im Jahr

geplant. Diese sollen vor allem Aufgaben des Tutorenkonzepts übernehmen. Die damit verbundene Übernahme von Lehr- und Betreuungskapazitäten soll sich auch positiv auf das für die Professorinnen und Professoren vorgesehene Mentorenkonzept auswirken.

Sowohl in der zukünftigen Verwaltung der Medizinischen Fakultät als auch in der Zentralverwaltung ist zusätzliches Personal vorgesehen. Im Dekanat ist die Einstellung einer Geschäftsführerin oder eines Geschäftsführers (Entgeltgruppe 13 TV-L), von zwei Personen für die Sachbearbeitung (Entgeltgruppe 8 TV-L und 6 TV-L) und von einer Person für die Lehrkoordination (Entgeltgruppe 6 TV-L) geplant. Für diese sollen insgesamt 200.000 Euro jährlich aufgebracht werden. Der zusätzliche personelle Bedarf in der Zentralverwaltung, etwa in den Bereichen Personal, Finanzen, studentische und akademische Angelegenheiten, Zulassungsfragen oder Gebäudemanagement, wird mit 150.000 Euro jährlich berücksichtigt.

Die für dieses zusätzliche wissenschaftliche und administrative Personal samt Ausstattung in der Summe erforderlichen 2,95 Mio. Euro sollen durch einen entsprechenden zusätzlichen Zuführungsbetrag durch das Land Niedersachsen aufgebracht werden.

Für die im Kooperationsvertrag der Universität Oldenburg mit dem Universitätsklinikum Oldenburg vereinbarten klinischen Leistungen in Forschung und Lehre ist eine jährliche Mittelzuweisung von 2 Mio. Euro eingeplant. Dabei wird angenommen, dass die von Seiten der Universität Oldenburg eingeforderten Leistungen des Universitätsklinikums Oldenburg in Lehre und Forschung nicht umsatzsteuerpflichtig sind, sofern geeignete strukturelle Voraussetzungen geschaffen und mit der Finanzverwaltung abgestimmt werden. Die Kosten sollen ebenfalls durch das Land Niedersachsen gedeckt werden. Der Landeszuführungsbetrag für die jährlichen Personalmittel müsste daher in der Summe um insgesamt 4,95 Mio. Euro steigen.

Insgesamt ergeben sich auf der Grundlage dieses Finanzierungsplans Mittel für Forschung und Lehre der Universitätsmedizin in Oldenburg in einer Höhe von 9,6 Mio. Euro. Weitere 350.000 Euro fließen in allgemeine Verwaltungsaufgaben. Die Mittel für Forschung und Lehre lassen sich wie folgt in Relationen setzen.

Tabelle 9: Mittel für Forschung und Lehre der Universitätsmedizin in Oldenburg in Relation

	Universität Oldenburg ³ (gemäß Konzept)	Evaluations- durchschnitt 2009 ⁴
jährliche Mittel für Forschung und Lehre¹	9.600.000 €	32.496.000 €
davon für nicht-klinischen Bereich	7.000.000 €	8.020.000 €
davon für klinischen Bereich	2.600.000 €	24.476.000 €
Studienanfänger/-innen pro Jahr ²	40	345
Professor/-innen (einschließlich Juniorprofessor/-innen)	51	62
davon: im nicht-klinischen Bereich	20	13,7
davon: im klinisch-theor. u. klinisch-prakt. Bereich	29	48,5
Relationen:		
jährliche Grundmittel pro Studienanfänger/-innen	240.000 €	94.191 €
davon: für Studienanfänger/-innen pro Jahr im nicht-klinischen Bereich	175.000 €	23.246 €
davon: für Studienanfänger/-innen pro Jahr im klinisch-theoret. u. klinisch-prakt. Bereich	65.000 €	70.945 €
jährliche Grundmittel pro Professor/-in	188.235 €	524.129 €
davon: jährliche Grundmittel pro Professor/-in im nicht-klinischen Bereich	350.000 €	585.401 €
davon: jährlich Grundmittel pro Professor/-in im klinisch-theoret. u. klinisch-prakt. Bereich	89.655 €	504.660 €

Anmerkungen:

- ¹ Jährliche Mittel für Forschung und Lehre beinhalten sowohl Grundmittel für Forschung und Lehre als auch zusätzliche Mittel für Instrumente der Forschungs- und Lehrförderung.
- ² Studienanfängerinnen und -anfänger 2007 sind Studierende im ersten Hochschulsesemester des Sommersemester 2007 und des Wintersemester 2007/2008.

Quellen:

- ³ Universität Oldenburg
- ⁴ Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Universitätsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Berlin 2009; Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Universitätsmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Berlin 2009; Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Universitätsmedizin in Jena, Entwurf vom 15.12.2009; Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Entwicklung der universitätsmedizinischen Standorte Gießen und Marburg nach Fusion und Privatisierung der Universitätsklinika, Entwurf vom 10.12.2009

Setzt man die Höhe der jährlich für Forschung und Lehre eingesetzten Mittel in Relation zur Anzahl der Studienanfängerinnen und -anfänger, liegt die Universität Oldenburg mit jeweils 240.000 Euro weit über dem Durchschnitt. Das gilt insbesondere für den nicht-klinischen Bereich, in dem mit 175.000 Euro pro Studienanfängerin oder pro Studienanfänger der Evaluationsdurchschnitt von ca. 23.000 Euro um ein Vielfaches überschritten wird. Die auffallend hohen relativen Mittel ergeben sich aus der vergleichsweise geringen Anzahl von 40 Studienplätzen. Legt man hingegen die Anzahl der Professuren zugrunde, werden die Durchschnittswerte eklatant unterschritten. Nach dem Finanzierungsplan kommen an der projektierten Universitätsmedizin in Oldenburg im nicht-klinischen Bereich 350.000 Euro auf eine Professur, wohingegen der

Evaluationsdurchschnitt bei ca. 585.000 Euro liegt. Im klinischen Bereich stehen einer Professur durchschnittlich sogar nur 90.000 Euro zur Verfügung, während der Evaluationsdurchschnitt bei ca. 505.000 Euro liegt.

VIII.2 Infrastruktur

Für die zusätzliche Anmietung von Räumlichkeiten auf einer Nettogesamtfläche von 2.100 qm werden bei einer monatlichen Miete von sieben Euro pro Quadratmeter jährliche Kosten von 175.000 Euro einkalkuliert. Die nochmalige Summe wird für den Unterhalt dieser zusätzlichen Räume sowie für die erweiterte Nutzung von Werkstätten, Laboren, anderer Forschungsinfrastruktur und daran gebundene Dienstleistungen hinzugerechnet. Die Kosten für die räumliche Erweiterung werden daher auf insgesamt 350.000 Euro jährlich geschätzt.

Für die Erstausrüstung dieser Räume wird ein Investitionsbedarf von 750.000 Euro kalkuliert. An Sachkosten für die Bibliothek der Medizinischen Fakultät, den Erwerb von Büchern und elektronischen Medien und Zugänge zu Datenbanken werden weitere jährliche Kosten von 250.000 Euro angesetzt. Für die Kooperation mit der Universität Groningen werden zusätzlich 20.000 Euro im Jahr berücksichtigt; diese Mittel sollen für den Austausch der Hochschullehrerinnen und -lehrer, für die Organisation der Studierendentransfers und insbesondere für den Aufbau einer gemeinsamen Datenverarbeitungsstruktur zwischen der Universität Oldenburg und der Universität Groningen genutzt werden.

Für den Studien- und Forschungsbetrieb ist die Anschaffung eines Großgerätes für funktionelle Magnetresonanztomographie und ein Großgerät für Magnetoenzephalographie mit Kosten von insgesamt 3 Mio. Euro angedacht. Für weitere Geräte wird ein Investitionsbedarf von 1,5 Mio. Euro einkalkuliert. Die jährlichen Wartungskosten werden auf insgesamt 300.000 Euro geschätzt, wobei Einnahmen bei der Benutzung der Großgeräte durch Dritte von jährlich 100.000 Euro erwartet werden.

Die jährlichen Kosten für die Infrastruktur summieren sich auf 820.000 Euro. Sie sollen durch entsprechend hohe Mittel vom Land Niedersachsen gedeckt werden. Zusammen mit den jährlichen Kosten für Personal ergibt sich dergestalt ein notwendiger jährlicher Zuführungsbetrag vom Land Niedersachsen für die Universitätsmedizin in Oldenburg in Höhe von 5,77 Mio. Euro.

Die Investition in die Großgeräte soll mit einer zusätzlichen, einmaligen Mittelzuweisung des Landes Niedersachsen in Höhe von 3 Mio. Euro, die übrigen Investitionskosten sollen durch Umfinanzierungen im Globalhaushalt der Universität Oldenburg in Höhe von 2,25 Mio. Euro gegenfinanziert werden.

Tabelle 10: Aufstellung der Investitionskosten und der jährlichen Kosten für die Medizinische Fakultät

Kosten für einmalige Investitionen in die Infrastruktur	
Einrichtung der operativen Infrastruktur für Räumlichkeiten auf einer Nettogesamtfläche von 2.100 qm	750.000 €
Erwerb von Geräten	1.500.000 €
Erwerb von Großgeräten (Magnetresonanztomographie, Magnetoenzephalographie)	3.000.000 €
Summe	5.250.000 €
jährliche Kosten	
für Personal	9.950.000 €
davon:	
Umwidmung von 12 Professuren (W2/W3) und 2 Juniorprofessuren (W1)	4.800.000 €
Aufstockung des Sachmittelletats für die umzuwidmenden Professuren	200.000 €
Neueinrichtung von 8 Professuren (W2/W3)	2.000.000 €
Neueinstellung von 10 wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	600.000 €
Neueinstellung von Personal in der Fakultätsverwaltung (Geschäftsführer/-in, zwei Sachbearbeiter/-innen, Lehrkoordinator/-in)	200.000 €
Neueinstellung von Personal im Bereich der Zentralverwaltung (Personal, Finanzen, studentische und akademische Angelegenheiten, Zulassungsfragen, Gebäudemanagement)	150.000 €
Kosten für Leistungen in Forschung und Lehre des Universitätsklinikums Oldenburg	2.000.000 €
für Infrastruktur	820.000 €
davon:	
Mietkosten für zusätzliche Räumlichkeiten auf einer Nettogesamtfläche von 2.100 qm	175.000 €
Unterhalt der zusätzlichen Räumlichkeiten und weitere flächenbezogene Kosten	175.000 €
Sachkosten für Bibliothek, Bücher, elektronische Medien, Zugänge zu Datenbanken	250.000 €
Sachkosten im Zusammenhang der Kooperation mit der Universität Groningen (Austausch der Hochschullehrer/-innen, Studierendentransfers, Aufbau einer gemeinsamen Datenverarbeitungsstruktur)	20.000 €
Wartungskosten für Geräte	50.000 €
Wartungskosten für Großgeräte	250.000 €
Einnahmen bei Benutzung der Großgeräte durch Dritte	-100.000 €
Summe	10.770.000 €

Quelle: Universität Oldenburg

Tabelle 11: Aufstellung zur Deckung der Investitionskosten und der jährlichen Kosten für die Medizinische Fakultät

Deckung der einmaligen Investitionskosten von:	5.250.000 €
Zuführungsbetrag des Landes Niedersachsen	3.000.000 €
Umfinanzierung im Globalhaushalt der Universität Oldenburg	2.250.000 €
Deckung der jährlichen Kosten von:	10.770.000 €
Zuführungsbetrag des Landes Niedersachsen	5.770.000 €
Umfinanzierung im Globalhaushalt der Universität Oldenburg	5.000.000 €

Quelle: Universität Oldenburg

A.IX AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

Während des Beratungsprozesses haben sich Veränderungen am Konzept ergeben, die der Wissenschaftsrat lediglich nachträglich berücksichtigen kann. Diese konzeptionellen Veränderungen waren nicht Beratungsgegenstand im Rahmen der Vor-Ort-Besuche in Oldenburg und in Groningen. Sie gehen vielmehr auf wissenschaftspolitische Diskussionen zwischen den Gesundheits- und Wissenschaftsressorts des Bundes und der Länder zurück, die im Nachgang zur ersten Lesung des Empfehlungsentwurfs in den Juli-Sitzungen 2010 des Wissenschaftsrates stattgefunden haben. Insbesondere die von der Gesundheitspolitik geforderte inhaltliche und formelle Vereinbarkeit des seitens der Universität Oldenburg angebotenen Studiums der Humanmedizin mit den in der Approbationsordnung für Ärzte geregelten Mindestanforderungen wurde unterschiedlich bewertet. Die unmittelbar vor den erneuten Beratungen im Rahmen der November-Sitzungen 2010 des Wissenschaftsrates erarbeiteten konzeptionellen Änderungen zielen darauf ab, eine solche Vereinbarkeit des von der Universität Oldenburg vergebenen Abschlusses mit der Approbationsordnung für Ärzte herzustellen. Die Voraussetzungen für eine Approbation in Deutschland wären auf diesem Weg nicht nur durch die europarechtlich gewährleistete Anerkennung des Master-Abschlusses der Universität Groningen, sondern auch durch den an der Universität Oldenburg vergebenen Abschluss erfüllt.

Um dies zu erreichen, haben die Verantwortlichen die folgenden drei maßgeblichen Änderungen des vom Wissenschaftsrat bewerteten Konzepts vorgenommen:

1– Im Rahmen der European Medical School Oldenburg-Groningen wird nicht mehr lediglich der Master-Studiengang gemeinsam von der Universität Groningen und der Universität Oldenburg verantwortet und durchgeführt, sondern das gesamte sechsjährige Studium der Humanmedizin.

2– Das Studium wird lediglich noch an der Universität Groningen gestuft nach einer Bachelor- und einer Master-Phase angeboten. An der Universität Oldenburg wird kein Bachelor of Science und kein konsekutiver Master of Science in Humanmedizin mehr vergeben. Stattdessen wird das Studium der European Medical School Oldenburg-Groningen an der Universität Oldenburg als Modellstudiengang eingerichtet, der mit dem Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Staatsexamen) abgeschlossen werden kann. Die Möglichkeit zum Erwerb eines Bachelor of Science und eines konsekutiven Master of Science in Geneeskunde der Universität Groningen bleibt erhalten. Es kann jedoch kein Doppelabschluss mehr erworben werden. Stattdessen können die Studierenden wählen, ob sie den Master-Abschluss an der Universität Groningen oder das Staatsexamen an der Universität Oldenburg erlangen wollen. Die Möglichkeit zum Erwerb eines Bachelor of Science in Geneeskunde in der Verantwortung der Universität Groningen bleibt bestehen. Auch der konzipierte Quereinstieg in das vierte reguläre Studienjahr bleibt erhalten. Das hierfür erforderliche Brückenjahr wird an der European Medical School Oldenburg-Groningen weiterhin angeboten.

3– Die modulare Einteilung des Curriculums bleibt wie im Konzept vorgesehen bestehen. Die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung erfolgt durch Anerkennung der in den Modulen erbrachten Studienleistungen. Bei der Anerkennung wird die dargelegte inhaltliche Äquivalenz der Module mit den in der Approbationsordnung für Ärzte beschriebenen Anforderungen zugrunde gelegt (siehe Abbildung A 3). Dies schließt die in § 1 Abs. 2 ÄAppO geforderte „zusammenhängende praktische Ausbildung (Praktisches Jahr) von 48 Wochen“ ebenso ein wie die nach § 27 Abs. 1 ÄAppO erforderlichen Leistungsnachweise in 22 unterschiedlichen Fächern und 13 Querschnittsbereichen. Es ist nicht geklärt, ob für die Erbringung der Leistungsnachweise die Wahlpflichtmodule in dem ursprünglich konzipierten Ausmaß aufrecht erhalten werden können oder für bestimmte in der Approbationsordnung für Ärzte genannte Fächer bzw. Querschnittsbereiche aufzuwenden sind. Das im Curriculum vorgesehene Bachelor- und Masterabschlussmodul ist hingegen für die Zulassung zum Staatsexamen nicht obligatorisch.

B. Stellungnahme

B.1 ZUM KONZEPT IM ALLGEMEINEN

Eine Stellungnahme zur Gründung eines neuen universitären Bereichs unterliegt besonderen Bedingungen hinsichtlich der in ihr vorzunehmenden Bewertungen. So lässt sich im Rahmen der Neugründung eines universitätsmedizinischen Standortes der erforderliche Leistungsstand in Lehre, Forschung und Krankenversorgung nicht ohne Weiteres erfassen, mit dem anderer Standorte vergleichen und anschließend mit Blick auf die Entwicklungsperspektiven auswerten. Vielmehr müssen die gegebenen Voraussetzungen und die absehbaren Rahmenbedingungen identifiziert und das Konzept hinsichtlich seiner Realisierbarkeit und seiner Entwicklungspotenziale überprüft werden. Diese Stellungnahme des Wissenschaftsrates hat sich stärker als diejenigen zu bereits bestehenden universitätsmedizinischen Standorten an der Plausibilität des Konzepts und an dessen Möglichkeitsbedingungen zu orientieren. |³⁶

Die Gründung einer Universitätsmedizin an der Universität Oldenburg nach dem Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ besitzt vier übergreifende Merkmale. Erstens wird die Neueinrichtung einer Medizinischen Fakultät an der Universität Oldenburg verfolgt. Zweitens wird der Aufbau eines Universitätsklinikums durch einen Zusammenschluss von drei

|³⁶ Der Wissenschaftsrat hat in der jüngeren Vergangenheit zu den folgenden Gründungen bzw. grundständigen Neukonzeptionen von universitätsmedizinischen Standorten (außerhalb der Rahmenplanung für den Hochschulbau) Stellung genommen: Wissenschaftsrat: Einbeziehung von Krankenanstalten in Ludwigshafen in die Medizinausbildung, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 1980, Köln 1981, S. 330–332. – Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Errichtung einer medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätte an der Universität Augsburg, in: Empfehlungen und Stellungnahmen 1982, Köln 1983, S. 207–223. – Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Gründung einer Medizinischen Fakultät an der Technischen Universität Dresden (=Drucksache 1136/93), Dresden 1993. – Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Neukonzeptionierung der Humanmedizin im Rahmen des Akkreditierungsverfahrens der „Private Universität Witten/Herdecke gGmbH“ (UWH), in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 2006, Bd. 3, Köln 2007, S. 389–454.

bereits bestehenden Lehrkrankenhäusern in Oldenburg angestrebt. Drittens ist mit dem Konzept wahlweise der Erwerb eines humanmedizinischen Bachelor- und Master-Abschlusses seitens der Universität Groningen oder eines Staatsexamens seitens der Universität Oldenburg verbunden. Viertens beruht es auf einer internationalen Kooperation mit der Universität Groningen; insbesondere wird im Rahmen dieser Kooperation das Studium von beiden Universitäten gemeinsam verantwortet und durchgeführt.

Der Wissenschaftsrat befürwortet grundsätzlich das Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ und die damit verbundene Gründung einer Universitätsmedizin in Oldenburg. Er verweist allerdings gleichzeitig auf den teilweise erheblichen Verbesserungsbedarf, damit diese Gründung auf lange Sicht Erfolg haben kann. Der Wissenschaftsrat betrachtet daher den im Konzept beschriebenen fünfjährigen Aufbau nicht nur als Gründungs-, sondern explizit auch als Erprobungsphase.

Grundsätzlich überzeugt haben den Wissenschaftsrat insbesondere die Erprobung neuer Wege in der universitätsmedizinischen Lehre und die Stärkung der Forschung im Bereich der Lebenswissenschaften und der Biophysik, jeweils in enger Zusammenarbeit mit der Universität Groningen. Auch die strukturpolitischen Erwägungen seitens des Landes Niedersachsen, die sowohl auf eine Stärkung der Universität Oldenburg insgesamt als auch auf die Verbesserung der regionalen Krankenversorgung in der Weser-Ems-Region abzielen, sind nachvollziehbar. Der Wissenschaftsrat erkennt in Oldenburg außerdem eine vorteilhafte Ausgangssituation für die Gründung einer Universitätsmedizin. Er betont dabei, dass das Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ größtenteils, insbesondere in Hinsicht auf Studium und Lehre, keinen verallgemeinerbaren Modellcharakter für die Universitätsmedizin in Deutschland besitzt, sondern lediglich in diesem standortspezifischen Kontext verstanden werden kann. Zur förderlichen Ausgangssituation tragen folgende Umstände maßgeblich bei:

- _ die starke Kooperation mit einem renommierten universitätsmedizinischen Standort im nahen, benachbarten Ausland,
- _ die positiven Forschungs- und Lehrleistungen der Universität in den lebenswissenschaftlichen, medizinnahen Bereichen,
- _ die positiven Versorgungsleistungen der Oldenburger Krankenhäuser in einer günstigen Wettbewerbssituation und
- _ die besondere regionale Verantwortung in der Krankenversorgung für die Weser-Ems-Region.

Weil die Gründung eines neuen universitätsmedizinischen Standortes in Oldenburg mit großen organisatorischen und finanziellen Anstrengungen

verbunden ist, weist der Wissenschaftsrat trotz seiner grundsätzlichen Befürwortung des Konzepts auf teilweise erheblichen Verbesserungsbedarf hin. Er sieht den nachhaltigen Erfolg der Gründung maßgeblich an Verbesserungen hinsichtlich der folgenden vier Monita gebunden:

1- Nicht in allen für die Lehre erforderlichen medizinischen Fächern und Bereichen ist nach dem Konzept eine ausreichende wissenschaftliche Expertise ersichtlich. Die Mikrobiologie/Virologie ist mit dem vorgesehenen wissenschaftlichen Personal nicht realisierbar. Bereiche der Infektiologie/Immunologie und der Pharmakologie/Toxikologie sind ebenfalls nur unzureichend personell abgedeckt (siehe B.III). In den klinischen Einrichtungen sind außerdem die Leistungen in der grundlagenorientierten Forschung bisher zu gering. Dadurch kann das für eine forschungsbasierte Lehre notwendige Methodenspektrum nicht ausreichend sichergestellt werden (siehe B.IV).

2- Der Planungsstand zur Gründung eines rechtlich selbstständigen Universitätsklinikums durch einen Zusammenschluss der drei Oldenburger Krankenhäuser ist unzureichend. Es ist nicht ersichtlich, warum für die Gründung eines Klinikums die Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung gewählt und mit welchen vertraglichen Schritten diese GmbH realisiert werden soll (siehe B.V).

3- Der vorgesehene personelle Aufbau in den klinischen Einrichtungen, der insbesondere durch Überleitungen der in den drei Oldenburger Krankenhäusern bereits tätigen außerplanmäßigen Professorinnen und Professoren realisiert werden soll, genügt zum Großteil nicht den für eine universitätsmedizinische Lehre und Forschung erforderlichen Qualitätsstandards (siehe B.VI).

4- Die Aufbaufinanzierung ist im Allgemeinen unzureichend. Insbesondere die veranschlagten Ressourcen zur Schaffung und Ausstattung der vorgesehenen klinischen Professuren sind ungenügend. Auch zusätzliche Personalmittel zur Wahrung der Leistungsfähigkeit in der Fakultät für Mathematik und Naturwissenschaften nach den vorgesehenen Umwidmungen von Professuren in die Medizinische Fakultät finden in der Kalkulation keine Berücksichtigung (siehe B.VII).

Der Wissenschaftsrat nimmt folgend zu diesen Monita im Einzelnen Stellung. Er gibt dabei auch Empfehlungen ab, auf welche Art und Weise jeweils Verbesserungen vorgenommen werden müssen. Er betont nachdrücklich, dass die Verbesserungen im Zuge der Erprobungsphase erfolgen können und müssen. Da die Errichtung einer Universitätsmedizin außerdem einer über mehrere Jahre dauernden Planung und Entwicklung bedarf, weist der Wissenschaftsrat vorab auch auf die Notwendigkeit eines über die Gründung hinausgehenden Auf- und Ausbaus hin. Der Wissenschaftsrat appelliert an die

Konzeptverantwortlichen, im Verlauf der Erprobungsphase auch umgehend mittel- und langfristige Perspektiven zu entwickeln und dadurch einen dynamischen Entwicklungsprozess der Universitätsmedizin zu gewährleisten. Er verweist in diesem Zusammenhang auf Empfehlungen, in denen er Mindeststandards für eine dauerhafte Leistungsfähigkeit von universitätsmedizinischen Standorten in Lehre, Forschung und Krankenversorgung umfassend bestimmt hat. |³⁷

Der Wissenschaftsrat behält sich vor, am Ende der Erprobungsphase erneut Stellung zur Universitätsmedizin in Oldenburg zu nehmen. Konkret empfiehlt der Wissenschaftsrat eine erneute Stellungnahme für den Zeitpunkt, an dem der erste Studierendenjahrgang einen Abschluss erworben hat; planmäßig wird dies zum Ende des Wintersemesters 2016/2017 der Fall sein. Der Wissenschaftsrat wird in dieser erneuten Stellungnahme insbesondere die Nachhaltigkeit der Gründung und die weitere Entwicklung der Universitätsmedizin in Oldenburg überprüfen.

B.II ZU DEN HOCHSCHULRECHTLICHEN GRUNDLAGEN

II.1 Zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen

Im Niedersächsischen Hochschulgesetz wird die Gleichrangigkeit der akademischen Pflichten und der Aufgaben in der Krankenversorgung festgehalten. Allerdings wird im Gesetz kein funktionaler Bezug hergestellt. In § 3 Abs. 5 NHG wird die Krankenversorgung für Hochschulen mit einer Universitätsmedizin lediglich als zusätzliche Dienstleistung verankert, ohne dass das Verhältnis zur universitätsmedizinischen Forschung und Lehre genauer geregelt würde. Weitergehende gesetzliche Regelungen dieses Verhältnisses waren in Niedersachsen unter anderem deshalb bisher nicht geboten, weil die beiden universitätsmedizinischen Standorte in Hannover und Göttingen nach dem Integrationsmodell organisiert sind; Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum bilden hier jeweils eine organisatorische Einheit, die eine enge Verknüpfung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung mit sich bringt. Für den Standort in Oldenburg ist in Abgrenzung zu Hannover und Göttingen ein Klinikumsverbund in rechtlicher Selbstständigkeit geplant; die Universitätsmedizin soll nach einem Kooperationsmodell organisiert werden.

|³⁷ Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. 2, Köln 2006, S. 331–438.

Vor diesem Hintergrund weist der Wissenschaftsrat darauf hin, dass mit der Gründung einer Universitätsmedizin in Oldenburg zusätzlicher gesetzlicher Regelungsbedarf entsteht. Das Land Niedersachsen sollte sicherstellen, dass das Verhältnis von akademischen Pflichten und Aufgaben in der Krankenversorgung in einer sowohl für die Medizinische Fakultät als auch für die Kliniken an der Universität förderlichen Art und Weise sichergestellt wird. Die Leistungen in der Krankenversorgung sollten den Belangen in Forschung und Lehre dienen. Besonderer gesetzlicher Regelungsbedarf besteht auch in Hinsicht auf die einzelnen Stellungnahmen zu den geplanten Kliniken an der Universität (siehe B.V).

II.2 Zu den rechtlichen Grundlagen von Studium und Ausbildung

In Hinsicht auf Studium und Ausbildung stellen sich mit der Gründung einer Universitätsmedizin in Oldenburg zwei weitere grundlegende rechtliche Fragen. Der Wissenschaftsrat sieht diese durch das von der Universität Oldenburg in Auftrag gegebene unabhängige Rechtsgutachten beantwortet.

Bezüglich der Frage, ob allein mit dem Erwerb eines Master-Abschlusses der Universität Groningen die rechtlichen Voraussetzungen für eine ärztliche Berufsausübung in Deutschland erfüllt werden, verweist der Wissenschaftsrat auf die folgende resümierende Einschätzung im Rechtsgutachten: „Im Ergebnis bestehen daher gegen eine Anerkennung eines nach niederländischem Recht vergebenen Master of Science in Geneeskunde für die Zulassung zur Approbation als Arzt keine rechtlichen Bedenken.“ |³⁸ Der erfolgreiche Abschluss des Studiums an der European Medical School Oldenburg-Groningen wird allein deswegen zur ärztlichen Berufsausübung in Deutschland befähigen, weil mit dem niederländischen Abschluss eines Master of Science in Geneeskunde die Erlaubnis zur ärztlichen Berufsausübung in den Niederlanden einhergehen wird und die europarechtliche Anerkennung dieser Erlaubnis auch zu einer Approbation in Deutschland führen wird.

Mit Blick auf die Frage, ob die mit der Gründung einer Universitätsmedizin in Oldenburg zusätzlich zur Verfügung gestellten Studienplätze im Verteilungsverfahren für medizinische Studienplätze der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS, seit 1. Mai 2010 Stiftung für Hochschulzulassung) berücksichtigt werden müssen, verweist der Wissenschaftsrat auf folgende Einschätzung des Rechtsgutachtens: „Ein an der Universität

|³⁸ Kay Hailbronner: Rechtliche Grundlagen für die Anerkennung eines berufsqualifizierenden Abschlusses eines europäischen Bachelor-/Masterstudiengangs „Humanmedizin“ an der Universität Groningen, Niederlande, in Kooperation mit der Carl von Ossietzky-Universität Oldenburg, Konstanz, 11. Januar 2008, S. 12.

Oldenburg durchgeführter Studiengang Humanmedizin [...] fällt nicht in den Anwendungsbereich von § 8 Abs. 1 des Staatsvertrags über die Vergabe von Studienplätzen vom 22.6.2006 und der Regeln über die Ermittlung der Kapazität medizinischer Studiengänge.“ |³⁹ Aufgrund der fehlenden inhaltlichen und strukturellen Vergleichbarkeit mit anderen humanmedizinischen Studiengängen werden die Studienplätze des Bachelor- und des Master-Studiengangs bei der Vergabe durch die ZVS keine Berücksichtigung finden. Die jeweils im Einzelnen zugrunde gelegten Argumente des Rechtsgutachtens wurden ausführlich wiedergeben (siehe A.III).

Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass die vorgesehenen Studienplätze einer Universitätsmedizin in Oldenburg ungeachtet der Frage, ob sie nach dem Staatsvertrag einer zentralen Studienplatzvergabe unterliegen, grundsätzlich dem aus Verfassungsrecht abgeleiteten Gebot erschöpfender Kapazitätsauslastung unterliegen. Ein Abweichen von diesem Grundsatz ist bei der Erprobung neuer Studiengänge und -methoden lediglich für einen begrenzten Zeitraum möglich. |⁴⁰ Nach Auffassung des Wissenschaftsrates sind daher Regelungen zur kapazitätsrechtlichen Einbeziehung der in Oldenburg vorgesehenen Studienplätze spätestens für die Zeit nach der Erprobungsphase zu schaffen. Das Land Niedersachsen, das diesbezüglich auf Erfahrungen mit dem Modellstudiengang an der Medizinischen Hochschule Hannover zurückgreifen kann, und die Universität Oldenburg müssen für eine rechtssichere Festsetzung der Zulassungszahlen Sorge tragen und die notwendigen normativen Grundlagen für die Kapazitätsberechnung schaffen. In diesem Zusammenhang empfiehlt sich hinsichtlich der Kooperation mit der Universität Groningen im Rahmen der European Medical School Oldenburg-Groningen die Prüfung des Erfordernisses, ob und inwieweit auch Kapazitäten außerhalb des nationalen Geltungsbereiches in die Berechnungen einzubeziehen sind.

Mit Blick auf die zwischenzeitlich vorgenommenen konzeptionellen Änderungen (siehe A.IX) fordert der Wissenschaftsrat die verantwortlichen Akteure dazu auf, mögliche Auswirkungen auf diese beiden grundlegenden rechtlichen Fragen nochmals nach der Ausarbeitung juristischer Details zu prüfen.

|³⁹ Ebd. S. 17.

|⁴⁰ Diese Regelung ist noch Bestandteil des Staatsvertrags über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung vom 5. Juni 2008 (StV 2008). Vgl. Art. 6 Abs. 1 Satz 2

Der Wissenschaftsrat begrüßt das vorgelegte Studienkonzept. Es weist mehrere Elemente auf, die er als innovativ einschätzt. Unter ihnen sind insbesondere die drei nachstehend aufgeführten hervorzuheben.

Erstens ist zu befürworten, dass in den Studiengängen konsequent neue Lehr- und Lernmethoden zur Anwendung kommen sollen. Bereits die nach der Approbationsordnung für Ärzte möglichen Modellstudiengänge haben mit der verstärkten Orientierung an klinischen Fertigkeiten und fachlichen wie überfachlichen Kompetenzen sowie einer stärkeren Berücksichtigung der Studierenden und deren selbstorganisatorische Fähigkeiten im Lernprozess wichtige Veränderungen in Gang gesetzt. Der Wissenschaftsrat hat diesen Trend, sowohl fächerübergreifend als auch in gesonderter Weise für die Medizin, wiederholt begrüßt und gefördert. |⁴¹ Er sieht ihn mit Blick auf das Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ mit besonderer Konsequenz fortgesetzt und unterstützt nachdrücklich das vorgesehene problemorientierte und kompetenzbasierte Lernen, durch welches die Studierenden als „aktive Partner der Lehrenden in einem gemeinsam zu gestaltenden Lernprozess“ |⁴² betrachtet werden.

Zweitens wird im konzipierten Curriculum eine starke Verzahnung von vorklinischen und klinischen Inhalten hergestellt. Der Wissenschaftsrat hat sich bereits 1992 dafür ausgesprochen, „die Trennung von Vorklinik und Klinik aufzugeben und durch eine vollständige Integration beider Studienabschnitte zu ersetzen“. |⁴³ Er würdigt in diesem Zusammenhang das im Rahmen der European Medical School Oldenburg-Groningen entworfene Curriculum, das von Beginn an klinische Bezüge in den Studienverlauf systematisch integriert und ein patientenzentriertes Lernen ermöglicht.

Drittens hält der Wissenschaftsrat eine Stärkung der forschungsorientierten Ausbildung im Studium für außerordentlich wichtig. |⁴⁴ Die dezidiert wissenschaftsbezogenen Studieninhalte des vorgesehenen Curriculums wie zum

|⁴¹ Vgl. zuletzt Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 65–68. – Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium, Köln 2008, S. 56–64.

|⁴² Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium, Köln 2008, S. 62.

|⁴³ Vgl. Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Köln 1992, S. 44.

|⁴⁴ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 53–58. – Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 18/19.

Beispiel die Vermittlung von Kompetenzen in der Statistik für Mediziner, der Literaturrecherche oder der wissenschaftlichen Methodik überhaupt im Modul „Grundlagen der Medizin“ werden daher begrüßt. Die am Ende der Bachelor- und der Master-Phase bzw. dem entsprechenden Abschnitt nach dem Modellstudiengang jeweils anzufertigende Abschlussarbeit wird als wichtiges Indiz für eine intensiviertere Qualifizierung zum wissenschaftlichen Arbeiten während des Medizinstudiums gewertet. |⁴⁵ Eine experimentelle Abschlussarbeit im sechsten Studienjahr sollte allerdings nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden.

Der Wissenschaftsrat nimmt in Hinsicht auf die Studienstruktur die zwischenzeitlich vorgenommenen konzeptionellen Änderungen zur Kenntnis, wonach an der Universität Oldenburg kein Bachelor of Science und kein konsekutiver Master of Science in Humanmedizin mehr vergeben und stattdessen das Studium der European Medical School Oldenburg-Groningen an der Universität Oldenburg als Modellstudiengang eingerichtet werden soll (siehe A.IX, Punkt 2). Der Modellstudiengang soll mit dem Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Staatsexamen) abgeschlossen werden. Er weist aber darauf hin, dass sich die dadurch einstellende Unterschiedlichkeit der Abschlüsse an den beiden Standorten nicht negativ auf die Kooperation der Universität Groningen und der Universität Oldenburg auswirken darf. Außerdem darf den Studierenden weder durch strikte Vorgaben noch durch fehlende Aufklärung über die Rechtsverbindlichkeit der jeweils zu erwerbenden Abschlüsse die Freiheit genommen werden, sich für den Bachelor- und Master-Abschluss der Universität Groningen oder das Staatsexamen an der Universität Oldenburg zu entscheiden.

Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass sich aus den strukturellen Anpassungen keine wesentlichen Veränderungen des Curriculums an der European Medical School Oldenburg-Groningen ergeben (siehe A.IX, Punkt 3). Die konzeptionellen Änderungen dürfen keinesfalls dazu führen, dass die genannten, als innovativ bewerteten Elemente von Lehre und Studium beeinträchtigt werden. Die Erprobung neuer Wege in der universitätsmedizinischen Lehre weist der Wissenschaftsrat als einen entscheidenden Vorzug der European Medical School Oldenburg-Groningen aus. So sollte beispielsweise die Möglichkeit zur Bildung von Studienschwerpunkten durch entsprechend individuell wählbare Wahlpflichtmodule nicht zu sehr eingeschränkt werden. Dies gilt umso mehr, als der für den grenzüberschreitenden Studienverlauf gegebenenfalls bei einigen Studierenden noch erforderliche Spracherwerb des Niederländischen bzw. des

|⁴⁵ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 71–73.

Deutschen über die Wahlpflichtmodule möglich bleiben muss. Auch wenn Studierende, die das deutsche Staatsexamen ablegen wollen, die beiden wissenschaftlichen Arbeiten am Ende des dritten und am Ende des sechsten Studienjahres nach der Studienordnung der European Medical School Oldenburg-Groningen nicht nachweisen müssen und diese insofern fakultativ sind, sieht der Wissenschaftsrat darin ein wichtiges Element zur wissenschaftlichen Befähigung während des Studiums.

Der Wissenschaftsrat hält die Umsetzung des Lehrkonzepts im Allgemeinen – auch unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich vorgenommenen Änderungen – für realisierbar. Insbesondere die enge Kooperation mit der Universität Groningen wird hierfür von Vorteil sein, da diese starke und anerkannte Partneruniversität mit der Entwicklung und Umsetzung eines nahezu identischen Studienkonzepts, wie es für die European Medical School Oldenburg-Groningen vorgesehen ist, bereits Erfahrungen gemacht hat. Diese kann und sollte sich die Universität Oldenburg zunutze machen.

Hinsichtlich einiger klinischer Bereiche hat der Wissenschaftsrat allerdings seine Zweifel, ob diese mit dem für das Überleitungsverfahren vorgesehenen wissenschaftlichen Personal tatsächlich adäquat abgedeckt werden können (siehe B.VI.2). Für die Mikrobiologie/Virologie erscheint dies ausgeschlossen. Die Bereiche Infektiologie/Immunologie und Pharmakologie/Toxikologie sind nur unzureichend realisierbar. Die Universität Oldenburg ist aufgerufen, diese Bereiche noch während der Erprobungsphase durch die Besetzung entsprechender Professuren zu etablieren. Übergangsweise hält der Wissenschaftsrat es für möglich, dass diese Bereiche durch externe Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler abgedeckt werden. Dafür könnte insbesondere die Kooperation mit der Universität Groningen verstärkt genutzt werden.

In Bezug auf die Universität Groningen hat der Wissenschaftsrat neben der Vorbildfunktion die besondere Bereitschaft zur aktiven Unterstützung der Gründung einer Universitätsmedizin in Oldenburg zur Kenntnis genommen. Die Universität Oldenburg ist aufgefordert, diese Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Hierzu könnte neben den genannten Aspekten der Kooperation zu Beginn auch der bisher nicht geplante gezielte Transfer von Lehrleistungen, insbesondere mit Blick auf die inadäquate personelle Abdeckung für einige klinisch-theoretische Gebiete, gehören.

Der Wissenschaftsrat rät auch im Allgemeinen zu einer Prüfung, ob nicht für einzelne Module der jeweils in Oldenburg und in Groningen vollständig durchgeführten Curricula weitergehende Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden können. Dies gilt nicht nur für den im Rahmen der European Medical School Oldenburg-Groningen nach dem ursprünglich vorliegenden Konzept gemeinsam verantworteten Master-Studiengang, sondern auch für die eigenständig durchgeführten, aber inhaltlich ähnlich gestalteten Bachelor-

Studiengänge. Hinsichtlich des Master-Studiengangs hält es der Wissenschaftsrat für nötig, dass bei einer kleinen Anzahl von jeweils 40 Studierenden in Oldenburg und in Groningen die Belegung von Modulen optimal aufeinander abgestimmt wird. Insbesondere in der Erprobungsphase gilt es für die Universität Oldenburg zu überdenken, ob alle Module vollständig an beiden Standorten angeboten werden müssen. Für einzelne Module oder einzelne Teile von Modulen könnten Vereinbarungen geschlossen werden, so dass diese nur an einem Standort stattfinden. Der Wissenschaftsrat nimmt in dieser Hinsicht die vorgenommenen konzeptionellen Anpassungen befürwortend zur Kenntnis, nach denen die Universität Oldenburg und die Universität Groningen nicht länger nur den Master-Studiengang, sondern die gesamte sechsjährige Studiendauer gemeinsam zu verantworten und durchzuführen beabsichtigen (siehe A.IX, Punkt 1). Die Vorgabe, wonach die Studierenden mindestens ein Drittel ihrer Studienleistungen am jeweils anderen Standort erbringen müssen, sollte von der Master-Phase auf das dann sechsjährige Studium übertragen werden. Eine solche Erweiterung der Kooperation zwischen den beiden Universitäten setzt voraus, dass einem zusätzlich entstehenden Bedarf an Transfer und Unterbringung der Studierenden Rechnung getragen wird oder die vorgesehene Übertragung von Lehrveranstaltungen mittels Videokonferenz (Teleteaching) in angemessener Weise zur Anwendung kommt. In beiden Fällen ist ein zusätzlicher Organisations- und Finanzierungsbedarf zu berücksichtigen. Solche Vereinbarungen zu einzelnen Modulen stellt die Universität Oldenburg selbstverständlich nicht davon frei, bestimmte Lehrstühle der Medizinischen Fakultät oder der Kliniken der Universität wie vorgesehen zu besetzen bzw. bisher personell nicht realisierbare universitätsmedizinische Gebiete durch entsprechende Berufungen abzudecken.

Der Wissenschaftsrat hat sich in Gesprächen mit den Konzeptverantwortlichen aus den Niederlanden davon überzeugen können, dass die Kooperation auch für die Universität Groningen mit Vorteilen verbunden ist. Sie lässt eine Schärfung des internationalen Profils durch eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit, einen Zugewinn an zusätzlichen klinischen Ausbildungskapazitäten in Oldenburg für die künftig von Seiten der Universität Groningen in der European Medical School Oldenburg-Groningen eingeschriebenen Studierenden sowie die Förderung der Groninger Medizinstudierenden, die ein Interesse am deutschen Gesundheitssystem und hier insbesondere an einer fachärztlichen Weiterbildung in Deutschland haben, erwarten. Für eine beiderseitig förderliche Zusammenarbeit müssen angemessene Kooperationsvereinbarungen getroffen werden.

Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass im Curriculum mit dem sogenannten Kontinuum „Wissensfortschritt“ eine durchgängige Lernerfolgsüberprüfung vorgesehen ist, die sich am Maastricht Progress Test orientiert. Er empfiehlt ausdrücklich, den Maastricht Progress Test so anzuwenden, dass hinsichtlich

der Qualität in der Lehre ein Vergleich mit der Universität Groningen und den anderen niederländischen Universitäten möglich ist. Er hält es außerdem für sinnvoll, wenn sich die Universität Oldenburg perspektivisch an dem Progress Test Medizin beteiligt, der von der Charité in Berlin in Anlehnung an den Maastricht Progress Test entwickelt wurde und mittlerweile an einigen universitätsmedizinischen Standorten in Deutschland und Österreich durchgeführt wird. Dies würde auch einen Vergleich mit universitätsmedizinischen Standorten des deutschsprachigen Raums ermöglichen. Insgesamt sieht der Wissenschaftsrat in den Progress Tests eine wichtige Grundlage zur Schaffung und Sicherung von Qualität in der Lehre am universitätsmedizinischen Standort in Oldenburg.

Der Wissenschaftsrat sieht in dem großen Interesse von Studierenden aus den lebenswissenschaftlichen Bereichen der Universität Oldenburg an humanmedizinischen Studieninhalten eine gute Voraussetzung dafür, dass die Möglichkeit zum Quereinstieg in das humanmedizinische Studium von Beginn an angenommen wird. Er hält es daher für richtig, dass der Quereinstieg in das vierte Studienjahr der European Medical School Oldenburg-Groningen zügig möglich sein soll.

Die für das Studium an der European Medical School Oldenburg-Groningen erforderlichen Sprachkenntnisse des Niederländischen für die Studierenden der Universität Oldenburg und des Deutschen für die Studierenden der Universität Groningen werden als erforderlich in dem Maß angesehen, wie sie insbesondere im klinischen Bereich der Ausbildung für die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten und mit dem klinischen Personal erforderlich sein werden. Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass der sprachliche Kompetenzerwerb durch entsprechende Veranstaltungen im Wahlpflichtbereich als Teil des Curriculums anrechenbar ist. Er unterstützt, dass entsprechende Lehrveranstaltungen in Oldenburg prinzipiell durch die dortige Niederlandistik und das Sprachenzentrum angeboten werden können. Die erforderlichen Kapazitäten dieser Einrichtungen für die Medizin-Studierenden sind zu schaffen.

Zu dem insgesamt befürwortenswerten Studienkonzept gibt der Wissenschaftsrat folgende Empfehlungen. Zum Aufbau der Medizinischen Fakultät und der Kliniken an der Universität sowie zu dessen Auswirkungen auf die nicht-klinische und klinische Lehre nimmt der Wissenschaftsrat anschließend Stellung (siehe B.VI).

III.1 Zur nicht-klinischen Lehre im Besonderen

Die nicht-klinische Lehre wird durch Umwidmungen von Lehrstühlen anderer Fakultäten der Universität Oldenburg in die Medizinische Fakultät organisiert und durch Lehrpersonal mit einem vorrangig naturwissenschaftlichen Fachhintergrund abgedeckt. Im Sinne eines anwendungsbezogenen und

klinisch-orientierten Grundlagenstudiums einerseits und einer allgemeinen Methodenkompetenz in Bezug auf das problemorientierte und kompetenzbasierte Lernen andererseits ist eine angemessene Weiterbildung des betreffenden Lehrpersonals von großer Wichtigkeit. Der Wissenschaftsrat hält das von der Universität Groningen angebotene *teach the teacher*-Programm für geeignet, um die nötige Weiterbildung umzusetzen. Es ist zu begrüßen, dass eine umfangreiche didaktische Schulung unter Berücksichtigung universitätsmedizinischer Inhalte und deren jeweiliger klinischer Kontexte bereits zugesichert wurde sowie eine entsprechende Bereitschaft auf Seiten der Hochschullehrerinnen und -lehrer zur Annahme dieser Schulungsangebote vorhanden ist. Die Universität Oldenburg ist angehalten, eine Professionalisierung der Lehrtätigkeit in der Medizinischen Fakultät auf Dauer zu institutionalisieren und zu diesem Zweck möglichst bald eigene Qualifizierungsangebote aufzubauen.

Die vorgesehene zusätzliche Förderung von Kleingruppenunterricht und studienbegleitender Beratung durch Professorinnen und Professoren im Rahmen des vorgesehenen Mentorenprogramms wird vom Wissenschaftsrat als ein wichtiges Instrument zur Umsetzung des problemorientierten und kompetenzbasierten Lernens angesehen.

III.2 Zur klinischen Lehre im Besonderen

Die gegenwärtig bereitgestellten Lehrkapazitäten des Klinikums Oldenburg, des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg und des Pius-Hospitals Oldenburg, insbesondere für das Praktische Jahr, werden in positiver Weise nachgefragt. Die jährlich etwa 100 Studierenden aus Göttingen und Groningen finden in den Oldenburger Krankenhäusern ein insgesamt gut betreutes Angebot vor. Der Wissenschaftsrat führt diese guten Bedingungen nicht zuletzt darauf zurück, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte sowie die Oberärztinnen und -ärzte für die Zeiten in der klinischen Lehre von ihren Aufgaben in der Krankenversorgung freigestellt werden. Er begrüßt dies und fordert mit Blick auf die zukünftigen Kliniken an der Universität dazu auf, die Freistellungspraxis auf die steigenden Anforderungen in der Lehre und in der Forschung zu übertragen. Insbesondere muss es dem klinischen Lehrpersonal wie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der theoretischen und der klinisch-theoretischen Institute möglich sein, am *teach the teacher*-Programm teilzunehmen.

Der Wissenschaftsrat befürwortet das geplante Tutorenprogramm. Mit den zusätzlichen zehn wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Assistenzärztinnen und -ärzte) werden der geplante Kleingruppenunterricht und die Betreuung der Studierenden während der klinischen Praktika gefördert. Um der Verzahnung von nicht-klinischen und klinischen Studieninhalten

verstärkt Rechnung zu tragen, sollten das Mentoren- und das Tutorenprogramm aufeinander abgestimmt werden.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt ferner, im Rahmen der klinischen Ausbildung auch Angebote für Studierende bereitzuhalten, die sich für eine wissenschaftliche Laufbahn qualifizieren möchten. Solche Studierenden sollten beispielsweise frühstmöglich an der Durchführung von krankheits- und patientenorientierter Forschung beteiligt werden.

III.3 Zur Promotion

Der Wissenschaftsrat begrüßt das im Konzept vorgesehene Angebot für eine strukturierte Promotion zum Doctor of Philosophy (PhD) in Humanmedizin, welches sich an Studienabsolventinnen und -absolventen richtet. Er hat bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass damit eine erwünschte Anhebung des wissenschaftlichen Niveaus von medizinischen Dissertationen, die bisher überwiegend parallel zur Abschlussphase des Medizinstudiums erarbeitet werden, erreicht werden kann.⁴⁶ Es ist daher gutzuheißen, dass im vorgesehenen Promotionsstudiengang die Erarbeitung der wissenschaftlichen Dissertation deutlich im Vordergrund steht.

An der Medizinischen Fakultät der Universität Oldenburg soll außerdem unabhängig von einer strukturierten Promotion der Titel „Doktorin/Doktor der Medizin (Dr. med.)“ nach Qualitätsmaßstäben vergeben werden, die mit anderen universitätsmedizinischen Standorten in Deutschland vergleichbar sind. Der Wissenschaftsrat kann nachvollziehen, dass die Universität Oldenburg auf diesem Weg möglichen Nachteilen gegenüber anderen universitätsmedizinischen Standorten, die einen vergleichsweise kürzeren Promotionsweg anbieten, begegnen möchte. Der Wissenschaftsrat empfiehlt aber, auf die fachübliche Promotion zum Dr. med. zu verzichten und wie schon für die gestufte Studienstruktur auch hinsichtlich der Promotionsphase von Beginn an eigene Wege zu erproben. Das alleinige Angebot einer strukturierten und forschungsintensiveren Promotion würde dem Titel eines PhD mehr Geltung verschaffen.

Der Wissenschaftsrat weist in diesem Kontext darauf hin, dass die Abkopplung der Promotion vom Studium eine Möglichkeit zur besseren Förderung von wissenschaftlichen und klinischen Karrierewegen sowie deren Verquickungen

⁴⁶ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 2002, Bd. 1, Köln 2003, S. 7–97, hier insbesondere S. 49/50 – Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 71–73. – Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Vergabe des Promotionsrechts an nichtstaatliche Hochschulen (=Drucksache 9279/09), Berlin 2009, S. 8/9.

(*clinician scientist*) bietet. Hierfür ist es entscheidend, dass in Teilen sowohl die Leistungen im Rahmen der Promotion für die fachärztliche Weiterbildung als auch andersherum die Leistungen im Rahmen der Weiterbildung für die Promotion anerkannt werden. Flexible Modelle zur Verzahnung der strukturierten Promotion zum PhD und der fachärztlichen Weiterbildung sind zu entwerfen.

B.IV ZUR FORSCHUNG

Die Universität Oldenburg verfügt auf dem Gebiet der Neurosensorik über einen ausgewiesenen Forschungsschwerpunkt. |⁴⁷ Sowohl in der Hör- als auch in der Retinaforschung werden herausragende Forschungsleistungen erbracht. Die Publikationsleistungen sind überzeugend. Ebenso findet ein aktiver Transfer von Forschungsergebnissen in die Industrie statt. So ist es insbesondere im Bereich der Hörforschung zu erfolgreichen Ausgründungen gekommen. Gruppenförderinstrumente wurden in einem beträchtlichen Maß eingeworben. Dabei schlagen sich die Forschungsleistungen auch in der Drittmittelstatistik nieder. Die mathematisch-naturwissenschaftliche Fakultät hat mit 8,3 Mio. Euro fast zwei Drittel der gesamten Drittmittel der Universität Oldenburg verausgabt. In Relation zu wissenschaftlichen Personalstellen erreicht die mathematisch-naturwissenschaftliche Fakultät mit 47.000 Euro eine im bundesdeutschen Vergleich weit überdurchschnittliche Drittmittelquote.

Auffällig ist überdies die sehr gute Infrastruktur auf dem für die Naturwissenschaften relevanten Campus Wechloy. Für adäquate Forschungsvoraussetzungen sorgen unter anderem die Zentralisierung des Forschungsschwerpunkts (zusammen mit einem wichtigen Gebiet der Informatik) im Gebäude „Forschungszentren Neurosensorik und Sicherheitskritische Systeme (NeSSy)“, die getätigten Investitionen in Großgeräte, die moderne Bibliothek und das neu gebaute Tierhaus. Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass in Hinsicht auf die Gründung der Medizinischen Fakultät der zusätzliche Bau eines biomedizinischen Forschungszentrums begonnen wurde.

Die in Partnerschaft mit der Universität Groningen eingerichtete Graduate School Neurosensory Science, Systems and Applications verdeutlicht die Kooperation der beiden Universitäten auch hinsichtlich der Forschung.

|⁴⁷ Für die vom Wissenschaftsrat benannten Kriterien eines Forschungsschwerpunkts vgl. Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 17.

Ein zweiter Forschungsschwerpunkt soll im Bereich der Versorgungsforschung und hier insbesondere auf den drei Gebieten der Versorgungsepidemiologie und der – vorrangig methodisch angelegten – Qualitätsforschung sowie der Datenintegration und -analyse entstehen. Der Wissenschaftsrat unterstützt diese Planung und sieht für eine positive Entwicklung entscheidende Voraussetzungen bereits erfüllt.

Als besonders förderlich für die Versorgungsforschung an der Universität Oldenburg schätzt er die klar abgrenzbare und überschaubare Versorgungsstruktur der nördlichen Weser-Ems-Region ein, in der die drei Oldenburger Krankenhäuser bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt die zentralen Versorgungseinrichtungen sind. Diese zentrale Rolle in einem großen regionalen Versorgungsgebiet birgt ein Potenzial für versorgungsorientierte Studien mit gut erkennbaren, alle Bereiche umfassenden Patientenströmen und Versorgungspfaden, wie es nur an wenigen Standorten in Deutschland vergleichbar der Fall ist. Die bestehenden Kooperationen der klinischen Einrichtungen in Oldenburg mit weiteren universitären und außeruniversitären Institutionen und dem niedergelassenen Sektor bilden weitere wichtige Voraussetzungen.

Als vielversprechend schätzt der Wissenschaftsrat außerdem erneut die Kooperation mit der Universität Groningen ein, die in der Versorgungsforschung bereits international wichtige Beiträge geleistet hat. Der Wissenschaftsrat begrüßt die dadurch gegebenen Möglichkeiten einer engen Zusammenarbeit der Universität Oldenburg mit der Universität Groningen in der Versorgungsforschung, wie sie beispielsweise im Rahmen der Graduate School für Health Research (SHARE) bereits gegenwärtig genutzt werden.

Der Wissenschaftsrat begrüßt die Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Oldenburg durch die konzipierte krankheits- und patientenorientierte Forschung nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund grundsätzlicher Desiderate auf diesem Gebiet.^{|48} Er erkennt ebenso einen wechselseitig förderlichen Zusammenhang mit dem patientenzentrierten Ansatz in Studium und Lehre.

Gleichzeitig hält der Wissenschaftsrat es für unabdingbar, dass auch die grundlagenorientierte klinische Forschung vorangetrieben wird. Durch sie muss ein ausreichend breites Spektrum wissenschaftlicher Methoden dergestalt

^{|48} Der Wissenschaftsrat hat an anderer Stelle auf Defizite in der patientenorientierten Forschung in Deutschland hingewiesen. Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 58–64. – Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 14.

vermittelt werden können, dass von einer forschungsbasierten Lehre gesprochen werden kann. Hinsichtlich der klinischen Forschungsleistungen an sich sollten vor allem Anknüpfungspunkte zum Schwerpunkt Neurosensorik genutzt werden.

B.V ZUM UNIVERSITÄTSKLINIKUM / ZU DEN KLINIKEN AN DER UNIVERSITÄT

Das Klinikum Oldenburg, das Evangelische Krankenhaus Oldenburg und das Pius-Hospital Oldenburg sind wichtige Krankenversorgungseinrichtungen der Weser-Ems-Region. Das Klinikum Oldenburg erfüllt mit Ausnahme der Transplantation solider Organe die an ein Krankenhaus der Maximalversorgung gestellten Anforderungen. Für die drei Oldenburger Krankenhäuser kann mit Blick auf das Verhältnis zu anderen Leistungsanbietern der Region, insbesondere auch des privaten, niedergelassenen Sektors, von einer außergewöhnlich günstigen Ausgangsposition gesprochen werden. In der vergleichsweise hohen Anzahl an Planbetten, Aufnahmen und Erlösen spiegelt sich eine stabile Nachfragesituation in allen Krankenhäusern wider. Die Krankenhäuser befinden sich zudem in einem sehr guten baulichen Zustand. Die infrastrukturelle Ausstattung erfüllt moderne Standards. In Hinsicht auf die derzeitigen und die in der Erprobungsphase anstehenden Aufgaben in Lehre und Forschung stehen ausreichende Räumlichkeiten zur Verfügung. In der nahen Umgebung der Krankenhäuser existieren außerdem alle Voraussetzungen für zukünftige bauliche Erweiterungen.

Die Zusammenarbeit der drei Oldenburger Krankenhäuser wird seit 20 Jahren professionell im Rahmen der sogenannten „Oldenburger Kooperation“ betrieben. Die führende Stellung der drei Krankenhäuser in der regionalen Krankenversorgung ist nicht zuletzt das Ergebnis dieser intensiven Partnerschaft. Diese zeichnet sich auch durch gemeinsam getragene klinische Einrichtungen wie das wirtschaftlich erfolgreiche Rehabilitationszentrum Oldenburg und das Ambulante Rehabilitationszentrum Oldenburg oder durch inhaltliche Abstimmung der einzelnen klinischen Bereiche aus. Der Wissenschaftsrat nimmt diese von allen drei Krankenhäusern gelebte Kooperation in Hinsicht auf die Gründung einer Universitätsmedizin in Oldenburg positiv zur Kenntnis.

Für unzureichend hält der Wissenschaftsrat allerdings den derzeitigen Planungsstand zur Gründung eines rechtlich selbstständigen Universitätsklinikums durch einen Zusammenschluss der drei Krankenhäuser. Das Konzept für eine „Universitätsklinikum Oldenburg GmbH“ ist nur in Ansätzen ausgearbeitet. Die vertraglichen Vorbereitungen sind nur wenig vorangeschritten. Auch in Gesprächen mit den Konzeptverantwortlichen vor Ort

wurde nicht deutlich, warum für die Gründung eines Klinikums die Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung gewählt und mit welchen vertraglichen Schritten diese GmbH realisiert werden soll.

Dies betrifft sowohl das in einem Gesellschaftsvertrag zu definierende Verhältnis der drei Oldenburger Krankenhäuser bzw. das Verhältnis von deren jeweiligen Trägern untereinander als auch das in einem Kooperationsvertrag zu regelnde Verhältnis des Klinikums zur Universität Oldenburg mit ihrer Medizinischen Fakultät. Außerdem ist die Abstimmung der beiden Vertragswerke aufeinander zwingend erforderlich. Der Wissenschaftsrat erkennt in den bisherigen Eckpunkten der beiden für das Klinikum nötigen Vertragswerke die Absicht, die bisherigen Trägerschaften der drei Krankenhäuser im Wesentlichen in der Gesellschafterstruktur der neuen GmbH zu erhalten. |⁴⁹ Die drei Krankenhäuser blieben im Sinne von drei unterschiedlichen universitätsmedizinischen Campi in ihrer bestehenden Organisationsstruktur weitestgehend erhalten. Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass ein solcher weitestgehend virtueller Verbund einem kontinuierlichen Zusammenwachsen der Krankenhäuser, wie er in Hinsicht auf die anstehenden Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung erforderlich ist, nicht zuträglich sein kann. Einer unbedingt anzustrebenden klinikübergreifenden, patientenbezogenen Zentrenbildung dürften die bisherige Eigenverantwortlichkeit der Träger und die Distanz der Standorte entgegenstehen. |⁵⁰ Das Vorhalten eines klinischen Bereichs an zwei oder gar an allen drei Standorten zugleich hält der Wissenschaftsrat nur gerechtfertigt, wenn deutlich voneinander unterscheidbare Versorgungs- und Forschungsschwerpunkte vorhanden sind.

Auf der derzeitigen Basis hält es der Wissenschaftsrat für fraglich, ob durch den Zusammenschluss der drei Krankenhäuser von Beginn an die an ein Universitätsklinikum gestellten Anforderungen erfüllt werden können. Er sieht sich aus diesem Grund dazu veranlasst, mit Blick auf die Erprobungsphase der Universitätsmedizin in Oldenburg zunächst von einzelnen „Kliniken an der

|⁴⁹ Dieses Ziel ist in den Eckpunkten, wie sie dem Wissenschaftsrat vorliegen, jedoch nicht eindeutig beschrieben. So treten nach dem aktuellen Entwurf des Gesellschafts- und des Kooperationsvertrags beispielsweise Widersprüche für die vorgesehenen Berufungsverfahren auf. Hier ist vorgesehen, dass dasjenige Krankenhaus, an dem eine Professur besetzt wird, ein Vetorecht erhält, obwohl die Krankenhäuser nach der vorgesehenen Gründung der Universitätsklinikum Oldenburg GmbH nicht mehr als selbstständige Einheiten, sondern nur noch informell im Sinne von drei Universitätscampi zu begreifen sind. Im engeren institutionellen Sinn bleiben im konzipierten Klinikum zwar die Krankenhausträger als Gesellschafter der neuen GmbH bestehen. Wissenschaftliches und nicht-wissenschaftliches Personal zur Erfüllung des Gesellschaftszwecks wird jedoch weiterhin direkt bei den einzelnen Kliniken und entsprechend ihrer tariflichen Gegebenheiten eingestellt.

|⁵⁰ Zur Gestaltung von universitätsmedizinischen Zentren vgl. Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 7-16.

Universität“ und nicht von einem Universitätsklinikum zu sprechen. Der Wissenschaftsrat verbindet mit dieser Bezeichnung die nachdrückliche Aufforderung, die Planungen umgehend zu konkretisieren und die Zusammenarbeit der Krankenhäuser in Hinsicht auf die Standards, die für ein Universitätsklinikum anzusetzen sind, weiterzuentwickeln. Er empfiehlt dabei, weiterhin auch alternative Modelle in Betracht zu ziehen. So sind insbesondere die Vor- und Nachteile gegenüber einer Kooperation mit den einzelnen Krankenhäusern ohne eine gemeinsame Dachorganisation ernsthaft zu bedenken. Insbesondere das Regensburger Modell könnte nach dem derzeitigen Stand in Betracht gezogen werden. Nach diesem könnte mit dem Klinikum Oldenburg als alleinigem potenziellen Universitätsklinikum ein bilateraler Kooperationsvertrag geschlossen werden und Leistungen des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg sowie des Pius-Hospitals Oldenburg für Ergänzungen in einzelnen klinischen Bereichen hinzugezogen werden. Dabei sollten die Bedingungen, die der Wissenschaftsrat zum Gelingen des Regensburger Modells formuliert hat, bei der Vertragsgestaltung in Oldenburg beachtet werden. |⁵¹

Eine Lösung nach dem Regensburger Modell ist auch vor dem Hintergrund der bereits angesprochenen günstigen Position in der regionalen Krankenversorgung und der daher aus einem Zusammenschluss der Krankenhäuser möglicherweise resultierenden kartellrechtlichen Konflikte zu überdenken. Es muss im Einzelnen sorgfältig geprüft werden, ob den drei Oldenburger Krankenhäusern durch die Gründung einer gemeinsamen GmbH, aber auch schon durch multiple Kooperationsschlüsse eine marktbeherrschende oder marktstarke Stellung im Wettbewerb um Krankenhausleistungen zufallen könnte. Auch die vergaberechtlichen Bedingungen für eine solche Kooperation müssten sorgfältig bedacht werden. Diese kartellrechtlichen Bedenken einerseits gilt es, gegen Einschränkungen in der Freiheit von Forschung und Lehre andererseits abzuwägen.

Unabhängig von der Frage nach der Rechtsform sollten bei der Weiterentwicklung des derzeitigen Planungsstands zur Schaffung eines Universitäts-

|⁵¹ Zum Regensburger Modell, auch im Vergleich mit anderen Rechtsformen für die Zusammenarbeit von Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinik, vgl. Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 37–44. – Für eine Bewertung des Regensburger Modells vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Universität Regensburg, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 2006, Bd. 2, Köln 2007, S. 565–676. – Die Bedingungen des Wissenschaftsrates für die Auslagerung mehrerer klinischer Fächer in kooperierende Krankenhäuser bezogen sich unter anderem auf die Möglichkeit, ein Kooperationsverhältnis bei Schlechtleistung zu beenden, auf die Etablierung eines transparenten Abrechnungs- und Bewirtschaftungssystems für die Mittel für Forschung und Lehre sowie für die Ressourcenverantwortlichkeit der ausgelagerten Lehrstuhlinhaberinnen und -inhaber.

linikums folgende allgemeine Leitlinien berücksichtigt werden, die der Wissenschaftsrat in der Vergangenheit festgelegt hat.

Grundsätzlich sollte das Verhältnis von Lehre und Forschung einerseits zu den Leistungen der Krankenversorgung andererseits so ausgestaltet sein, dass es sowohl für die Medizinische Fakultät als auch für das Universitätsklinikum förderlich ist. Die Krankenversorgung sollte den Belangen in Forschung und Lehre dienen. Hierfür müssen auch gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Freiheit von Wissenschaft, Forschung und Lehre durch entsprechende Regelungen für das Universitätsklinikum und für alle mit diesem verbundenen klinischen Einrichtungen, die an Forschung und Lehre der Universitätsmedizin teilhaben, sichern. |⁵² Dies gilt umso dringlicher für eine Universitätsmedizin mit einem rechtlich eigenständigen Universitätsklinikum, wie sie in Niedersachsen bisher nicht existiert. Hinsichtlich der im Niedersächsischen Hochschulgesetz zwar festgehaltenen, aber funktional nicht näher geregelten Gleichrangigkeit von Lehre und Forschung einerseits und Krankenversorgung andererseits ergibt sich hieraus ein gesetzlicher Anpassungsbedarf.

Das Verhältnis von Lehre und Forschung einerseits und Krankenversorgung andererseits muss außerdem auf der operativen Ebene umgesetzt werden. Der Wissenschaftsrat hält für ein erfolgreiches Zusammenwirken der Medizinischen Fakultät und des Klinikums mindestens die folgenden Punkte für unabdingbar.

1– Die Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse zwischen Fakultät und Klinikum sind im Allgemeinen transparent und umfassend zu gestalten. Hierzu gehört die Bestimmung von Benehmens-, Einvernehmens- und Konfliktfallregelungen. |⁵³ Diese sind insbesondere (unter Berücksichtigung der jeweiligen Aufsichtsorgane) in Fragen der Struktur- und Entwicklungsplanung zu treffen. |⁵⁴

|⁵² Für die Zusammenarbeit einer Universitätsmedizin mit externen Krankenhäusern hat der Wissenschaftsrat einige konkrete Empfehlungen abgegeben, auf die hier nicht näher eingegangen wird. Vgl. Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 25–27.

|⁵³ Vgl. Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 67–76. – Sofern die Aussagen sich nicht ausschließlich auf eine Universitätsmedizin mit privaten klinischen Partnern beziehen, vgl. auch Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 2006, Bd. 2, Köln 2007, S. 7–83, hier S. 71–74.

|⁵⁴ Vgl. Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 76–80. – Vgl. auch Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 2006, Bd. 2, Köln 2007, S. 7–83, hier S. 74–78.

2- Auf der Leitungsebene sind die Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung eindeutig und transparent zuzuordnen. Für eine angemessene Berücksichtigung der akademischen Pflichten im Klinikum ist nicht zuletzt die Rolle der Dekanin oder des Dekans von zentraler Bedeutung. Sie oder er sollte hauptamtlich tätig sein und über eine adäquate Infrastruktur verfügen, um die doppelte Managementaufgabe als Leiterin oder Leiter der Fakultät und als Mitglied im Vorstand des Klinikums professionell erfüllen zu können. Die Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse sind dabei so zu gestalten, dass von ihr oder ihm gegenüber dem Klinikum Belange in Lehre und Forschung durchgesetzt werden können. Sofern die Dekanin oder der Dekan dafür mit Widerspruchsrechten ausgestattet wird, sind Verfahren der Schlichtung und Konfliktlösung zu entwickeln. |⁵⁵ Vor diesem Hintergrund erscheint der in den Eckpunkten des Gesellschaftervertrags verankerte Medizinausschuss nicht mehr erforderlich.

3- Das Universitätsklinikum muss grundsätzlich über einen handlungsfähigen Vorstand verfügen, der in allen Belangen der Krankenversorgung unmittelbar entscheiden kann.

4- Eine transparente Kostenrechnung (Trennungsrechnung) ist erforderlich, um zu gewährleisten, dass die für Forschung und Lehre zur Verfügung stehenden Mittel des Landesführungsbetrags nicht für Aufgaben in der Krankenversorgung zweckentfremdet werden und andersherum das Budget für die Krankenversorgung allein für dieselbe genutzt wird. |⁵⁶

5- Die Zuordnung des Personals, das Aufgaben der klinischen Forschung und Lehre wahrnimmt, ist eindeutig zu klären. Es muss gewährleistet sein, dass die Universität mit ihrer Medizinischen Fakultät gegenüber dem im Klinikum für Forschung und Lehre eingesetzten Personal die Funktion der Arbeitgeberin ausüben kann und Forschung und Lehre zu den arbeitsrechtlich festgeschriebenen Dienstaufgaben dieses Personals gehört. Dies gilt insbesondere für universitätsmedizinische Standorte, die nach dem Kooperationsmodell gestaltet sind. Die nötigen durchgreifenden arbeits- und dienstrechtlichen Regelungen sind zu treffen. Dies gilt mit Blick auf die Kliniken an der Universität Oldenburg

|⁵⁵ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 77/78. – Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 2006, Bd. 2, Köln 2007, S. 7–83, hier S. 79.

|⁵⁶ Vgl. Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 23/24 u. 80–87. – Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 2006, Bd. 2, Köln 2007, S. 7–83, hier S. 78/79.

umso dringlicher, als dort die Beschäftigungsverhältnisse der bisherigen, aber auch der neu einzustellenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht mit der geplanten GmbH geschlossen wurden bzw. werden, sondern mit den einzelnen Krankenhausträgern, die noch dazu an unterschiedliche Tarifwerke gebunden sind. |⁵⁷

6- Berufungsverfahren, bei denen die akademischen Leistungen und Qualifikationen entscheidend sind, und Abschlüsse von Chefarztverträgen, bei denen vorrangig das klinische Können ausschlaggebend ist, sollten in einem integrativen Austausch zwischen Fakultät und Klinikum erfolgen. |⁵⁸

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, bei der weiteren Ausgestaltung der vertraglichen Grundlagen für die klinischen Einrichtungen der Universitätsmedizin in Oldenburg professionelle Rechtsberatung in Anspruch zu nehmen. Er bietet ferner an, sich an der vertraglichen Ausgestaltung mit Blick auf die adäquate Berücksichtigung von Forschung und Lehre beratend zu beteiligen.

Der Wissenschaftsrat nimmt im Folgenden zum Aufbau der Medizinischen Fakultät und des Klinikums sowie zur Aufbaufinanzierung der Universitätsmedizin in Oldenburg Stellung. Er bezieht sich dabei in erster Linie auf die nach dem Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ vorgesehene fünfjährige Gründungs- und Erprobungsphase, nicht ohne allerdings in einigen Aspekten auch die weitere Zukunft in den Blick zu nehmen.

B.VI ZUM AUFBAU DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN IN OLDENBURG

VI.1 Zum Aufbau der Medizinischen Fakultät

Vor dem Hintergrund der besonderen Herausforderungen, die an die Leitung einer neu zu gründenden Medizinischen Fakultät gestellt werden, sollte die Position der Dekanin oder des Dekans unbedingt extern ausgeschrieben werden. Sie oder er sollte über ein herausragendes wissenschaftliches Profil und über Erfahrung in der Leitung universitätsmedizinischer Einrichtungen verfügen.

Der Wissenschaftsrat geht davon aus, dass bei einer Zahl von jährlich 40 Studienanfängerinnen und -anfängern die Lehrnachfrage durch das vorgesehene Personal der Medizinischen Fakultät abgedeckt werden kann. Eine Schätzung zeigt, dass die projektierte Lehrkapazität der Universitätsmedizin das

|⁵⁷ Vgl. Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 88–93.

|⁵⁸ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Ausgestaltung von Berufungsverfahren, Jena 2005, insbesondere S. 49.

in der Kapazitätsordnung festgelegte Maß für einen Studienplatz im Regelstudiengang zumindest für die nicht-klinische Lehre um ein Vielfaches übertrifft (siehe A.VII.1.d). Dieser Einschätzung liegt allerdings die Annahme zugrunde, dass die vorgesehenen Umwidmungen von insgesamt 13 Professuren für die Medizinische Fakultät zu einem Zugewinn an Lehrkapazität in der Höhe des jeweils vollen regulären Lehrdeputats führen. Sofern die in die Medizinische Fakultät überführten Professorinnen und Professoren im Sinne der vorgesehenen Doppelmitgliedschaft weiterhin Lehrleistungen in der Ursprungsfakultät erbringen, muss ein entsprechender Ausgleich durch das Personal anderer Fakultäten, insbesondere der Fakultät für Mathematik und Naturwissenschaften, erbracht werden.

In den Doppelmitgliedschaften erkennt der Wissenschaftsrat ein geeignetes Instrument zur interfakultären Vernetzung, die eine positive Wirkung auf die Forschungsleistungen der Universitätsmedizin und der benachbarten universitären Bereiche, insbesondere der Mathematik und der Naturwissenschaften, verspricht. Er warnt allerdings davor, die Synergieeffekte hinsichtlich der Lehrkapazität zu überschätzen. Da angesichts einer derzeitigen Auslastung des Lehrangebots von 91% in der Fakultät für Mathematik und Naturwissenschaften keine größeren Spielräume vorliegen, werden die vorgesehenen Umwidmungen der Professuren eine nennenswerte Reduktion der bisherigen Lehrkapazität in den mathematisch-naturwissenschaftlichen Studiengängen nach sich ziehen.

Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass das durch Doppelmitgliedschaften und im weiteren Verlauf durch Umwidmungen, insbesondere aus der Fakultät für Mathematik und Naturwissenschaften, vorgesehene Personal in der Medizinischen Fakultät für die dortige Qualität von Lehre und Forschung unverzichtbar ist. Um gleichzeitig die Leistungsfähigkeit der Fakultät für Mathematik und Naturwissenschaften nicht zu schwächen, muss ein personeller Ersatz in den mathematisch-naturwissenschaftlichen Instituten gewährleistet werden. Ein Abbau der mathematisch-naturwissenschaftlichen Forschung und Lehre hätte unweigerlich auch negative Effekte auf das Entwicklungspotenzial der Medizinischen Fakultät.

Der Wissenschaftsrat betont zudem, dass die vorgesehenen Umwidmungen inhaltlich begründet sein müssen. Der Transfer eines Lehrstuhls in die Medizinische Fakultät muss bereits erbrachte Leistungen in der medizinischen und medizinnahen Forschung voraussetzen. Für die Umsetzung des Studienkonzeptes ist außerdem eine medizingerichtete Lehrbefähigung unverzichtbar. Der Wissenschaftsrat sieht diesbezüglich ausreichendes Potenzial für die vorgesehenen 13 Umwidmungen, hält es aber für unabdingbar, dass die Voraussetzungen jeweils im Einzelfall sorgfältig geprüft werden.

Mit Blick auf die angedachten Doppelmitgliedschaften der umzuwidmenden Professuren muss außerdem sichergestellt werden, dass die dadurch entstehenden Import-Export-Beziehungen zwischen der Medizinischen Fakultät und anderen Bereichen der Universität eindeutig und transparent geregelt werden. Eine enge Abstimmung der Medizinischen Fakultät und der medizinnahen Bereiche anderer Fakultäten hinsichtlich des Lehrangebots ist notwendig. Die hierfür vorgesehenen Instrumente für die Analyse und Regulierung von Über- und Unterkapazitäten in der Lehre (studienplatzorientierte Mittelvergabe, Verflechtungsauswertungen, Besetzung von Personalstellen) werden vom Wissenschaftsrat als geeignet angesehen. Bei dem komplexen Austausch von Lehrpersonal aus nicht-medizinischen Bereichen der Universität ist allerdings darauf zu achten, dass die nötigen Qualifikationen des Lehrpersonals für das problemorientierte, kompetenzbasierte und patientenzentrierte Studium vorhanden sind.

VI.2 Zum Aufbau der Kliniken an der Universität

Der Wissenschaftsrat kann nachvollziehen, dass im Sinne der Planungssicherheit und eines zügigen Entwicklungsprozesses für den personellen Beginn der zu gründenden Kliniken an der Universität zunächst vor allem jene außerplanmäßigen Professorinnen und Professoren berücksichtigt werden sollen, die bereits an einem der drei Oldenburger Krankenhäuser als leitende Ärztinnen und Ärzte praktizieren und ihre Lehrbefugnis von anderen Universitäten, insbesondere der Universität Göttingen, erhalten haben. Allerdings wird für das vorgesehene zweistufige Überleitungsverfahren (Umhabilitation von außerplanmäßigen Professorinnen und Professoren und Berufung zu Professorinnen und Professoren mit reduzierter Lehrtätigkeit) großer Nachregelungsbedarf gesehen. Das betrifft insbesondere die zweite Stufe des Überleitungsverfahrens. Dem Wissenschaftsrat ist nicht deutlich geworden, wie durch das angedachte berufungsäquivalente Verfahren überprüft werden soll, ob ein Leistungsprofil in Lehre und Forschung vorliegt, das universitären Ansprüchen an eine ordentliche Berufung genügt. Er hält Maßnahmen zur Qualitätssicherung des Berufungsverfahrens, wie ein offenes Ausschreibungsverfahren und eine obligatorische Berücksichtigung externer Gutachten, für zwingend erforderlich. Die Berufung von klinischen Professorinnen und Professoren mit nachweislich herausragenden Leistungen, insbesondere auch in der Forschung, ist für die Entwicklung der Kliniken an der Universität zu einem Universitätsklinikum von zukunftsweisender Bedeutung.

Der Wissenschaftsrat geht im Gegensatz zum konzipierten personellen Aufbau der Kliniken an der Universität nicht davon aus, dass von den 24 derzeitigen außerplanmäßigen Professorinnen und Professoren an den drei Oldenburger Krankenhäusern 21 ein Leistungsspektrum in klinischer Lehre und Forschung besitzen oder zumindest innerhalb der Erprobungsphase entwickeln können,

welches eine Berufung rechtfertigt. Er schlägt daher vor, die in den Oldenburger Krankenhäusern tätigen außerplanmäßigen Professorinnen und Professoren in die Kliniken an der Universität wie geplant durch Umhabilitationen zu übernehmen, allerdings nur eine sehr geringe Anzahl derselben zu ordentlichen Professorinnen und Professoren zu berufen. Dies kann nur in berufungsäquivalenten Verfahren geschehen, in die auswärtige Gutachterinnen und Gutachter einbezogen werden. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund einer zu geringen finanziellen Ausstattung, die bei einer Verteilung auf die vorgesehenen 21 Professuren nicht wettbewerbsfähig ist (siehe unter B.VII). Der Wissenschaftsrat hält es für möglich, dass die außerplanmäßigen Professorinnen und Professoren die innerhalb der Erprobungsphase erforderlichen Kapazitäten in Forschung und Lehre ebenso abdecken können wie ordentliche Professorinnen und Professoren mit reduzierter Lehrtätigkeit. Für die Weiterentwicklung in Richtung auf ein Universitätsklinikum sind ordentliche Berufungen unter Gewährleistung universitärer Leistungs- und Ausstattungsstandards allerdings unverzichtbar und schnellstmöglich durchzuführen. Hierfür ist das berufungsäquivalente Verfahren nach der Erprobungsphase unverzüglich durch ein ordentliches Berufungsverfahren zu ersetzen, das ein offenes Ausschreibungsverfahren und die obligatorische Berücksichtigung von externen Gutachten voraussetzt.

Im Tutorenprogramm, durch das in den Kliniken an der Universität zehn zusätzliche wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt werden sollen, sieht der Wissenschaftsrat ein wichtiges Instrument zum Aufbau und zur Sicherung der Qualität in der klinischen Lehre.

B.VII ZUR AUFBAUFINANZIERUNG

Der vorgelegte Plan für die Aufbaufinanzierung der Universitätsmedizin in der fünfjährigen Erprobungsphase wird im Allgemeinen als unzureichend bewertet. Dies kann auch nicht durch das hohe Gründungsengagement, welches der Wissenschaftsrat in Oldenburg allseits feststellen konnte, kompensiert werden.

Insbesondere im klinischen Bereich ist das Finanzdefizit eklatant. Die vorgesehene jährliche Mittelzuweisung von 2 Mio. Euro an die klinischen Einrichtungen für Leistungen in Forschung und Lehre ist deutlich zu gering, um die nach dem Konzept vorgesehenen 21 ordentlichen Professuren und die 8 außerplanmäßigen Professuren in einem annähernd angemessenen Maß auszustatten. Unter Berücksichtigung der Mittel für das Tutorenprogramm entspricht dies im Mittel einer möglichen jährlichen Grundausstattung von ca. 90.000 Euro pro Professur, wohingegen eine durchschnittliche Grundausstattung klinischer Professuren in Deutschland bei mehr als dem Fünffachen liegt (siehe A.VIII.1, Tabelle 9). Der Wissenschaftsrat hält vor dem

Hintergrund einer solchen Unterschreitung finanzieller Standards die Möglichkeiten für eine klinische Forschung und Lehre mit ausreichender Qualität für nicht gegeben. Er hält es allerdings für denkbar, die Gründung der Kliniken an der Universität mit einer weit geringeren Zahl an ordentlichen Professuren durchzuführen, sofern – wie schon mit Blick auf das berufsungs-äquivalente Verfahren erläutert – zumindest in der Erprobungsphase die nötigen Lehrkapazitäten durch außerplanmäßige Professorinnen und Professoren sowie durch die Tutorinnen und Tutoren sichergestellt werden können. Eine solche Lösung kann allerdings ausschließlich für die Erprobungsphase gelten. Leistungen in der klinischen Forschung und damit auch das Erreichen von Standards einer forschungsbasierten Lehre, wie es die Weiterentwicklung der Kliniken an der Universität zu einem alle Standards erfüllenden Universitätsklinikum erfordert, sind nur mit adäquat ausgestatteten klinischen W2- und W3-Professuren in der im Konzept vorgesehenen Anzahl zu erzielen. Hierfür müssen beträchtlich mehr Mittel bereitgestellt werden, wobei als Richtwerte die in der Ausgangslage genannten Durchschnittswerte verwendet werden sollten (siehe A.VIII.1). Diese W-Stellen müssen auch im Haushalt der Universität zugunsten der Medizinischen Fakultät etatisiert werden. Dabei ist auch, nicht zuletzt mit Blick auf künftige Berufungsverfahren, das Verhältnis von W2- zu W3-Stellen und deren Ausstattung zu überprüfen.

Mit Blick auf den theoretischen Bereich ist die vorgesehene Aufbaufinanzierung im Allgemeinen ausreichend. Da allerdings geplant ist, dass nur etwa ein Viertel des wissenschaftlichen Personals eines umzuwidmenden Lehrstuhls mit in die Medizinische Fakultät wechseln wird, ergibt sich zumindest mittelfristig ein Bedarf an personeller Ausstattung einer Professur, den der Wissenschaftsrat in der bisherigen Kalkulation noch nicht berücksichtigt sieht. Sollte dieser nicht gedeckt werden, böte ein Lehrstuhl mit etwa 1 bis 1,5 wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern spätestens bei einer Neubesetzung, für die eine zweite Mitgliedschaft in der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät mit dem übrigen wissenschaftlichen Personal entfällt, keine attraktiven Arbeitsbedingungen. Für die neu einzurichtenden Professuren ist eine angemessene personelle Ausstattung von Beginn an zu garantieren. |⁵⁹

Die für die einmaligen Investitionen in die Infrastruktur veranschlagten Mittel in Höhe von 5,25 Mio. Euro. hält der Wissenschaftsrat vor dem Hintergrund der gegenwärtig sehr guten infrastrukturellen Situation der Universität Oldenburg,

|⁵⁹ Zu Richtwerten für die Personalausstattung an Medizinischen Fakultäten in Deutschland vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. 2, Köln 2006, S. 24.

110 insbesondere des Forschungsschwerpunkts im Bereich der Neurosensorik, für ausreichend. In den jährlichen Mitteln für den Erhalt und den Ausbau der Infrastruktur in Höhe von 820.000 Euro erkennt er hingegen ein nur unzureichendes Erneuerungspotenzial. Insbesondere mit Blick auf den aufzubauenden Forschungsschwerpunkt im Bereich der Versorgungsforschung erweist sich die Investitionskalkulation als kritisch.

Hinsichtlich dieser drei Punkte (klinische Professuren, Ausstattung der Lehrstühle in der Medizinischen Fakultät, jährliche Investitionskosten) fordert der Wissenschaftsrat das Land Niedersachsen mit Nachdruck dazu auf, schnellstmöglich erheblich mehr finanzielle Mittel für die Universitätsmedizin in Oldenburg aufzubringen.

Der Wissenschaftsrat weist außerdem darauf hin, dass diese zusätzlichen finanziellen Mittel nicht zulasten der anderen Fakultäten der Universität Oldenburg aufgebracht werden dürfen. Er hält wegen der vorgesehenen Umwidmungen von Professuren vielmehr eine Kompensation durch zusätzliches Personal in der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät für erforderlich. Angesichts der lediglich geringen Spielräume, die die derzeitige Lehrauslastung in den Studiengängen der Mathematik und der Naturwissenschaften lässt, ist die aktuelle Lehrkapazität anderenfalls nicht aufrecht zu erhalten.

Der Wissenschaftsrat betont nachdrücklich, dass die Gründung der Universitätsmedizin nach dem Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ mit besonderer Rücksicht auf das universitäre Gesamtgefüge geschehen muss.

Abbildung 1:	Die Universität Oldenburg in der Übersicht	10
Abbildung 2:	Organigramm zur Universitätsmedizin in Oldenburg nach dem Konzept einer European Medical School Oldenburg-Groningen	15
Abbildung 3:	Aufbau des Bachelor-Studiengangs	26
Abbildung 4:	Aufbau des Master-Studiengangs, 1. Jahr	33
Abbildung 5:	Aufbau des Master-Studiengangs, 2. Jahr	34
Abbildung 6:	Aufbau des Master-Studiengangs, 3. Jahr	34
Abbildung 7:	Zugangsmöglichkeiten zum Master-Studiengang	37
Abbildung 8:	Aufbau des Promotionsstudiengangs	40
Abbildung 9:	Organisationsstruktur der Medizinischen Fakultät (ohne universitätsklinische Einrichtungen)	62
Abbildung 10:	Organisationsstruktur des Universitätsklinikums	65
Abbildung 11:	Schrittweiser Aufbau der Universitätsmedizin nach Anzahl der Professuren	69
Abbildung 12:	Schrittweiser Aufbau der Universitätsmedizin nach Anzahl der Studierenden	70
Abbildung 13:	Studierende der Human- und Zahnmedizin nach Bundesländern je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Wintersemester 2008/2009	72

Tabelle 1:	Studierenden- und Beschäftigtenzahlen der Universität Oldenburg im Überblick	11
Tabelle 2:	Finanzmittel der Universität Oldenburg für das Jahr 2007 im Überblick	12
Tabelle 3:	Vergleich von Studierenden der Humanmedizin und von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in Deutschland und in den Niederlanden im Jahr 2009	43
Tabelle 4:	Drittmittel der Universität Oldenburg im Vergleich	54
Tabelle 5:	Übersicht zur Krankenversorgung der Oldenburger Krankenhäuser für 2008	60
Tabelle 6:	Auslastung des Lehrangebots der Universität Oldenburg nach Fakultäten	64
Tabelle 7:	Studienkapazitäten der Universität Oldenburg im Verhältnis zu den jährlichen Neuzulassungen zum Studium der Humanmedizin in Deutschland und Niedersachsen	71
Tabelle 8:	Schätzung des Lehrangebots und der Lehrnachfrage für die Universitätsmedizin in Oldenburg	74
Tabelle 9:	Mittel für Forschung und Lehre der Universitätsmedizin in Oldenburg in Relation	80
Tabelle 10:	Aufstellung der Investitionskosten und der jährlichen Kosten für die Medizinische Fakultät	82
Tabelle 11:	Aufstellung zur Deckung der Investitionskosten und der jährlichen Kosten für die Medizinische Fakultät	83

Anhang

Abbildungsanhang

Abbildung A 1: Beschreibung der Module im Bachelor-Studiengang (mehrere Fortsetzungen)	2
Abbildung A 2: Beschreibung der Module im Master-Studiengang (mehrere Fortsetzungen)	22
Abbildung A 3: Zuordnung der Module zu den Anforderungen nach der aktuellen Approbationsordnung für Ärzte mit geschätzter Verteilung der geforderten Leistungen in Kreditpunkten	26
Abbildung A 3.1: Bachelor-Studiengang	26
Abbildung A 3.2: Master-Studiengang	29
Abbildung A 3.3: Bachelor- (A 3.1) und Master-Studiengang (A 3.2) in der Summe	32
Abbildung A 4: Entwurf einer Verfahrensordnung zur Durchführung des Masterstudiengangs	34

Tabellenanhang

Tabelle A 1: Allgemeine Kennzahlen zur Krankenversorgung der Oldenburger Krankenhäuser für 2008	36
Tabelle A 1.1: Klinikum Oldenburg	36
Tabelle A 1.2: Evangelisches Krankenhaus Oldenburg	37
Tabelle A 1.3: Pius-Hospital Oldenburg	38
Tabelle A 2: Kennzahlen der Fachabteilungen der Oldenburger Krankenhäuser zur stationären Krankenversorgung für 2008	39
Tabelle A 2.1: Klinikum Oldenburg	39
Tabelle A 2.2: Evangelisches Krankenhaus Oldenburg	40
Tabelle A 2.3: Pius-Hospital Oldenburg	41
Tabelle A 3: Kennzahlen der Fachabteilungen der Oldenburger Krankenhäuser zur ambulanten Krankenversorgung für 2008	42
Tabelle A 3.1: Klinikum Oldenburg	42
Tabelle A 3.2: Evangelisches Krankenhaus Oldenburg	43
Tabelle A 3.3: Pius-Hospital Oldenburg	44

Abbildungsanhang

**Abbildung A 1: Beschreibung der Module im Bachelor-Studiengang
(mehrere Fortsetzungen)**

Modul 1.1: Der Prozess ärztlichen Handelns/anatomische, physiologische und ethische Grundlagen				
Woche	Konzept	Themen	Symptome: exemplarische Krankheitsbilder	Teilnehmende Disziplinen
1	Der Prozess ärztlichen Handelns	Der Prozess ärztlichen Handelns Schweigepflicht Bakterien und Viren Zellen	Harnwegsbeschwerden: Blasenentzündung	Allgemeinmedizin Ethik und Theorie der Medizin Gesundheitssystem Mikrobiologie, Virologie Molekular- und Zellbiologie
2	Anamnese	Anamnese Gesprächsführung Mikroskopie Blutzellenfunktion	Müdigkeit: Pfeiffersches Drüsenfieber	Allgemeinmedizin Medizinische Psychologie (Gesprächsführung in der Arzt-Patienten-Beziehung) Molekular- und Zellbiologie Medizinische Physik / Optik Mikroskopie (mikroskopische Anatomie)
3	Untersuchung und Verfahren	Untersuchung und Verfahren Gesprächsführung Anatomische Nomenklatur Gewebeaufbau Epithelgewebe	Hautveränderung: Basalzellkarzinom	Allgemeinmedizin Pathologie (Besuch Sektionsraum) Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Medizinische Psychologie (Gesprächsführung in der Arzt-Patienten-Beziehung) Anatomie Bildgebende Verfahren Molekular- und Zellbiologie Mikroskopie (mikroskopische Anatomie) Medizinische Terminologie
4	Diagnostik und Epidemiologie	Diagnostik und Epidemiologie Gesprächsführung Geschichte des Zellenbegriffs Bindegewebe Knorpel	Gelenkschmerzen: Rheumatische Arthritis	Allgemeinmedizin Epidemiologie Geschichte der Medizin Molekular- und Zellbiologie Physiologie Mikroskopie (mikroskopische Anatomie)
5	Therapie	Therapie Gesprächsführung Grundlagen der Pharmakotherapie Knochengewebe Knochenbildung Anatomie des Skeletts und der Gelenke	Knochenbruch: Osteoporose	Allgemeinmedizin Medizinische Psychologie (Gesprächsführung in der Arzt-Patienten-Beziehung) Klinische Pharmakologie/ Pharmakotherapie Anatomie Bildgebende Verfahren Molekular- und Zellbiologie

6	Gesellschaftlicher Kontext von Krankheit	Gesellschaftlicher Kontext von Krankheit Organisation des Gesundheitswesens Ethik in der Gesundheitsversorgung Neurologische Untersuchung Geschichte der Anatomie Nerven und Nervengewebe Neurophysiologie	Rückenschmerzen: Bandscheibenvorfall	Medizinische Soziologie Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege Ethik und Geschichte in der Medizin Physiologie Molekular- und Zellbiologie Neurologie Neurochirurgie Neurosensoryk
7	Ärztliche Begleitung	Ärztliche Begleitung neurologische und neuropädiatrische Untersuchung Ethik: Autonomie Muskelkontraktion Motorik	Muskelschmerzen: Duchennesche Muskeldystrophie	Kinderneurologie Allgemeinmedizin Anatomie Bildgebende Verfahren Physiologie Molekular- und Zellbiologie, Neurochemie Ethik in der Medizin
8	Krankheitsverhalten	Krankheitsverlauf Muskelgewebe obere Extremitäten Hausarztbesuch	Handtrauma	Plastische Chirurgie Medizinische Soziologie Allgemeinmedizin Anatomie Bildgebende Verfahren Innere Medizin Molekular- und Zellbiologie Berufsfelderkundung
9	Bewegen	Rehabilitation Motorik Ethik: Benevolenzprinzip, Nichtschadensprinzip, Therapieabbruch, Grenzen von Therapie	Beinamputation	Rehabilitation/physikalische Therapie Medizintechnik Anatomie Bildgebende Verfahren Ethik in der Medizin
10	Selbststudium			

Modul 1.2: Grundlagen der Medizin				
Woche	Konzept	Themen	Symptome: exemplarische Krankheitsbilder	Teilnehmende Disziplinen
1	Membrantransport	Membranaufbau aktiver und passiver Transport Membranpumpen Endo-/Exozytose vesikulärer Transport	Durst und Harn- drang, Hyper- und Hypoglykämie: Diabetes mellitus Typ I mit Komplika- tionen	Innere Medizin Molekular- und Zellbiologie, Biochemie Mikrobiologie
2	Proteinsynthese	Transkription Translation Proteinsortierung Mutationen Lebenslange Diät Screening	Konzentrations- probleme: Phenylketonurie	Kinderheilkunde Molekular- und Zellbiologie, Biochemie Prävention Diätetik
3	Gen-expression	Regulierung der Ge-	Hämoglobinopathie:	Innere Medizin

		nexpression Transkriptionsfaktoren gewebespezifische Expression Proteinfaltung	Anämie	Molekular- und Zellbiologie, Biochemie Humangenetik
4	Energie	Energiemetabolismus Glykolyse Fettsäureoxidation Atmungskette Mitochondrien maternale Vererbung	Müdigkeit, Muskelschmerzen: Mitochondriale Stoffwechselkrankheit Glykogenspeicherkrankheiten MCAD-Mangel MRCD	Kinderheilkunde Molekular- und Zellbiologie, Biochemie Physiologie
5		Selbststudium		
6	Humangenetik	Zellgenetik Polymorphismen molekularbiologische Technik	Genetische Untersuchungen: Down-Syndrom Turner-Syndrom Klinefelter-Syndrom fragiles X-Syndrom	Kinderheilkunde Humangenetik Medizinische Psychologie Ethik in der Medizin
7	Zellzyklus und Zelltod	Zellschaden DNA-Reparatur Regulation des Zellzyklus epigenetische Regulation	Geschmacksveränderungen, Appetitlosigkeit: Unerwünschte Wirkungen von Bestrahlung Refluxösophagitis (Barrett-Syndrom)	Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz) Strahlenphysik Pathologie Humangenetik Molekular- und Zellbiologie
8	Zellkommunikation	Signalübermittlung G-Proteine autonomes Nervensystem	Nervosität, Konzentrationsprobleme: Schilddrüsenerkrankungen Hyperthyreose Hypothyreose	Innere Medizin Physiologie Biochemie Molekular- und Zellbiologie Neurosensorik
9	Regulationssysteme	Endokrine Regelsysteme Hormone Körpertemperatur intra- und extrazelluläre Flüssigkeitsverteilung	Durst und Harn-drang, Hyper- und Hypoglykämie, Polypharmazie: Diabetes Mellitus Typ II	Innere Medizin Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Physiologie Molekular- und Zellbiologie, Biochemie
10		Selbststudium		
1-4	Statistik für Mediziner	Statistik für Mediziner	Diabetes Mellitus Typ II	Medizinische Biometrie Medizinische Informatik
1-9	Untersuchungsmethodologie	Literaturrecherche Epidemiologie	Diabetes Mellitus	Epidemiologie Medizinische Biometrie
1-9	Wissenschaftliche Bildung	Medizinische Forschung Protokoll schreiben Symposium	Diabetes Mellitus	Innere Medizin Pathologie Neurologie Molekular- und Zellbiologie Epidemiologie

Modul 1.3: Gesundheits- und Lebenserhaltung				
Woche	Konzept	Themen	Symptome: exemplarische Krankheitsbilder	Teilnehmende Disziplinen
1	Atmung	Basic Life Support (Reanimation, EKG, Spirometrie)	Atemnot, Kurzatmigkeit, Hyperventilation: Lungenemphysem chronische Bronchitis	Physiologie Anatomie Innere Medizin (Pulmologie) Medizinische Physik Molekular- und Zellbiologie Notfallmedizin
2	Herzrhythmus	Basic Life Support (Reanimation, EKG, Spirometrie)	Herzrasen: Kammerflimmern ventrikuläre Extrasystole	Physiologie Thoraxchirurgie Anatomie Molekular- und Zellbiologie Pharmakologie, Toxikologie Medizintechnik Notfallmedizin
3	Herz und Blutkreislauf	Basic Life Support (Reanimation, EKG, Spirometrie)	Brustschmerz, drückendes Gefühl in der Brust: Angina pectoris Aortenstenose Anämien Schock, kardiogener und hypovolämischer Schock	Physiologie Medizinische Physik Biochemie Thoraxchirurgie Pharmakologie, Toxikologie Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Notfallmedizin
4	Herz und Blutkreislauf	Basic Life Support (Reanimation, EKG, Spirometrie)	Bluthochdruck	Physiologie Medizinische Physik Biochemie Pharmakologie, Toxikologie Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Notfallmedizin
5	Wasserhaushalt		Polyurie, Anurie: Akute und chronische Niereninsuffizienz Nephrotisches Syndrom	Innere Medizin (Nephrologie) Physiologie Molekular- und Zellbiologie
6 + 7	Elektrolytgleichgewicht		Durst: Diabetes insipidus	Innere Medizin (Nephrologie) Physiologie Biochemie
8	Entzündung und Abwehr		Schwellung im Hals: Immundefizite, septischer Schock	Innere Medizin (Klinische Immunologie) Infektiologie, Immunologie Molekular- und Zellbiologie Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Mikrobiologie
9	Infektion und Abwehr		Allgemeine Malaise, Fieber, Müdigkeit: Grippe HIV Wundabszess	Innere Medizin (Klinische Immunologie) Infektiologie, Immunologie Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik

				Physiologie Molekular- und Zellbiologie Virologie
10	Impfung			Mikrobiologie Prävention

Modul 1.4: Gesundheitsverhalten				
Woche	Konzept	Themen	Symptome: exemplarische Krankheitsbilder	Teilnehmende Disziplinen
1 – 3	Gesundheitspsychologie			Medizinische Psychologie Prävention, Gesundheitsförderung
4 + 5	Pflegepraktikum			Berufsfelderkundung
6 + 7	Gesundheitspsychologie und Reflexion			Medizinische Psychologie Prävention, Gesundheitsförderung Theorie und Ethik der Medizin
8 + 9	Gesundheitsverhalten			Medizinische Soziologie Medizinische Psychologie
10	Selbststudium			

Modul 2.1: Wahrnehmung und Reaktion				
Woche	Konzept	Themen	Symptome: exemplarische Krankheitsbilder	Teilnehmende Disziplinen
1	Fühlen und Bemerkern	Sensible Modalitäten: Gewebe- vs. Nervenschmerz Räumliche Diskriminierung	Sensibilität, Schmerz: Neuropathie Bandscheibenvorfall	Neurologie Anästhesiologie Anatomie Bildgebende Verfahren Physiologie Neurosensorik
2	Motorik	Bewegungssteuerung Antizipation	Gehen und Stehen: Fallfuß Parkinson	Neurologie Anatomie Bildgebende Verfahren Physiologie Orthopädie
3	Liquor und Gefäßversorgung	Selbstregulation des Blutstroms Gehirnstoffwechsel Hirntod	Cerebrale Gefäßversorgung und Liquor: Hydrocephalus, Hemianopsie, Hirnfarkt TIA	Neurologie Anatomie Bildgebende Verfahren Biochemie / Neurochemie
4	Hirnnerven	Gliazellen vs. Neuronen Neuronale Plastizität Bewusstsein	Bewusstsein: Fazialisparese Doppelbilder	Neurologie Anatomie Bildgebende Verfahren

		(wach/schlafend)		Augenheilkunde Neurosensorik HNO Audiologie
5	Hirnrinde	Höhere Funktionen Neuronale Netzwerke Körperbewusstsein	Gedächtnisverlust, Sprachverlust: Demenz Aphasie	Neurologie Anatomie Bildgebende Verfahren Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
6	Verwirrung und Stimmung	Wahrnehmung als Interpretation Selbstbewusstsein, Gewissen, Motivation	Psychische Störungen: Psychose Depression Schizophrenie	Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
7	Zwang und Drang	Gene und Verhalten Umwelt und Verhalten	Zwanghafte Empfindungen: Angst Phobien	Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
8	Gehör und Gleichgewicht	Lärm Unterscheidungsvermögen Gleichgewichtsintegration	Störungen des Gehörs: Taubheit Morbus Menière	HNO Audiologie Neurologie
9	Sehen	Photorezeptoren Rezeptive Felder Laterale Hinderungen Sehstörungen	Sehstörungen: Katarakt Glaukom	Augenheilkunde Neurologie Neurosensorik
10	Haut	Zellerneuerung Barrierefunktion	Hautprobleme: Ekzem Psoriasis	Dermatologie

Modul 2.2: Wahrnehmung und Verarbeitung				
Woche	Konzept	Themen	Symptome: exemplarische Krankheitsbilder	Teilnehmende Disziplinen
1	Schmerz: Syndrome und Therapie	Basisprinzipien einer Therapie Schmerzmechanismen Anwendung Neuroanatomie	Schmerz: Migräne Kopfschmerz Gesichtsschmerz Rückenschmerzen	Neurologie Anästhesiologie Pharmakologie, Toxikologie Anatomie Bildgebende Verfahren, Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlentherapie, Strahlenschutz) Physiologie Allgemeinmedizin
2	Schmerz und Somatoforme Störungen	Unterscheidung Somatoformer Störungen Umgang mit medikamentösen und nicht medikamentösen Therapien	Schmerzanregung, soziale kulturelle Unterschiede: Angst Somatisierung Konversion Simulation	Neurologie Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Allgemeinmedizin Arbeits- und Sozialmedizin Medizinische Anthropologie (Theorie der Medizin)

3	Muskeln	Neuromuskuläre Basiserkrankungen und Simulation	Behinderungen und Einschränkungen: Neuromuskuläre Störungen extrapyramidale Störungen Behinderungen	Neurologie Neurochemie, Biochemie Physiologie Humangenetik Rehabilitation, physikalische Therapie Psychiatrie und Psychotherapie
4	Unsicherheit	Erkrankungen des Nervensystems (weiße Substanz), Infektionen des ZNS, Unsicherheit in der Diagnose, Persönlichkeit vs. Krankheit	Somatisches und Psychisches Gleichgewicht: MS Auto-Immunerkrankungen des Nervensystems, Infektion des ZNS Vaskulitis Phobien Ängste Persönlichkeitsstörungen	Neurologie Rehabilitation, physikalische Therapie Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Infektiologie, Immunologie Theorie der Medizin
5	Anfälle	Ätiologie von Bewusstseinsverlust und Bewegungsstörungen	Bewegungsstörungen, Bewusstlosigkeit: Epilepsie extrapyramidale Bewegungsstörungen Panik psychogene Anfälle	Neurologie Psychiatrie und Psychotherapie Arbeits- und Sozialmedizin
6	Gebrauch und Missbrauch	Beherrschung/ Enthemmung Emotionen und Stimmungen	Medikamente, Abhängigkeiten, Mehrfachmedikation: Schlafstörungen Medikamentenmissbrauch Delirium Korsakow-Syndrom	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Psychiatrie und Psychotherapie Neurologie
7	Gefahr	Urteilskompetenz und Fähigkeit zur freien Willensausübung Autonomie (als Recht zur Willensausübung)	Psychisches Funktionieren, soziale Isolation: Psychose Depression Suizid	Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Arbeits- und Sozialmedizin Ethik und Theorie in der Medizin
8	Sprechen und Sehen	Zentrale und lokale Sprach- und Schluckmechanismen Zentrales und peripheres Sehen	Sprach- und Schluckprobleme, Sehkraftverlust und Gesichtsfelder: Heiserkeit; Stimmbandprobleme Larynx- und Pharynxprobleme Aphonie; Aphasie Tumore Gesichtsfeldverlust Tonsillitis; Abszess; Sinusitiden Makuladegeneration Glaukom; Neuritis optica Horn- und Binde-	HNO Phoniatrie Physik Neurologie Augenheilkunde Neurosensorik

			hautentzündung	
9	Fühlen	Die Haut als Anzeiger Allergologie	Allergie, allergische Reaktionen im Beruf: Exanthem Herpesinfektionen neurokutane Störungen Erysipel Impetigo	Dermatologie Arbeitsmedizin Umweltmedizin Allergologie Infektiologie, Immunologie Neurologie Neurosensorik Anästhesiologie
10	Selbststudium			

Modul 2.3: Regulation und Rückkoppelung				
Woche	Konzept	Themen	exemplarische Krankheitsbilder	Teilnehmende Disziplinen
1	Flüssigkeitshaushalt	Flüssigkeitsretention und übermäßige Flüssigkeitsansammlung	Dicke Beine/Knöchel, Ödeme: Flüssigkeitsretention Ödem chronische Niereninsuffizienz nephrotisches Syndrom	Ethik der Medizin Innere Medizin Physiologie Medizinische Physik Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Arbeits- und Sozialmedizin Thoraxmedizin
2	Druck und Regulation	Hormonhaushalt	Vergrößerte Akren, Schwellung im Hals: Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenkrankheiten Cushing-Syndrom Erkrankungen der Nebennierenrinde Diabetes insipidus Akromegalie Panhypopituitarismus Hypophysentumor Tumore mit ektopischer Hormonproduktion	Innere Medizin Humangenetik Physiologie Medizinische Physik
3	Rhythmus und Zirkulation	Herzrhythmus	Herzklopfen, Bewusstlosigkeit: Sinustachykardie Supraventrikuläre Tachykardie Kammerflimmern und -flattern Nodalrhythmus (supra-)ventrikuläre Extrasystole sonstige Herzrhythmusstörungen plötzlicher Herztod	Ethik der Medizin Innere Medizin Physiologie Arbeits- und Sozialmedizin Thoraxmedizin
4	Infektion und	Abwehr	Müdigkeit, Husten:	Innere Medizin

	Abwehr		Primäre und sekundäre Immundefizienz HIV/AIDS TBC Ebola Zytomegalie Parasitäre Infektionen Opportunistische Krankheiten	Infektologie, Immunologie Medizinische Mikrobiologie Biochemie Prävention, Gesundheitsförderung
5	Immunstörungen	Maligne Hämatologie	Vergrößerte Lymphknoten: Reaktive Lymphknotenveränderungen Lymphadenitis Non-Hodgkin-Lymphom, Paraproteinämie Morbus Kahler Morbus Waldenström Leukämie	Innere Medizin Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik
6	Haut und Schleimhäute als Spiegel	Leberkrankheiten	Gelbes Aussehen: Akute und chronische Hepatitis Leberinsuffizienz Leberzirrhose portale Hypertension Ösophagusvarizen Lebertumor Budd-Chiari-Syndrom	Molekular- und Zellbiologie, Biochemie Innere Medizin Medizinische Mikrobiologie Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Arbeits- und Sozialmedizin
7	Säure und oberer Verdauungstrakt	Säuremangel und Säureüberschuss	Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Aufstoßen, Halitose, Magenschmerzen: Aphthe Kandidose Achalasie Divertikel Refluxösophagitis, Barrett-Ösophagus Hernia diaphragmatica Gastritis, Gastroenteritis, Magengeschwür Speiseröhrenkrebs Mallory-Weiss-Syndrom, Zollinger-Ellison-Syndrom	Innere Medizin Biochemie Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik
8	Stoffwechsel und Krankheit	Stoffwechsel	Durst, Polyurie: Diabetes mellitus Typ I und II diabetische Retinopathie Hypoglykämie Hyperlipo-	Biochemie Innere Medizin Augenheilkunde Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik

			proteinämie Atherosklerose Insulinom	
9	Lunge und systemische Krankheiten	Chronische Lungenkrankheiten	Atmungsgeräusche, Husten, Abmagerung: Chronische Bronchitis Bronchialasthma Status asthmaticus Allergien der Atemwege Lungenemphysem Bronchiektasie Ateminsuffizienz Lungenhochdruck Lungenfibrose Interstitielle Lungenkrankheiten	Innere Medizin Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Physiologie Medizinische Physik Humangenetik Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz) Arbeits- und Sozialmedizin
10	Gelenke	Entzündliche Gelenkerkrankungen und Weichteilrheuma	Steifheit von Gelenken, morgendliche Steifheit, Muskelschmerzen, Behinderungen und Einschränkungen: Rheumatoide Arthritis Morbus Bechterew Monoartikuläre Arthritis Gicht Akutes Rheuma Arthritis im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen Morbus Reiter	Ethik der Medizin Innere Medizin Orthopädie Plastische Chirurgie Rehabilitation, physikalische Therapie Arbeits- und Sozialmedizin

Modul 2.4: Chronischer Funktionsverlust				
Woche	Konzept	Themen	Symptome: exemplarische Krankheitsbilder	Teilnehmende Disziplinen
1	Flüssigkeitshaushalt	Herzversagen	Kurzatmigkeit, zunehmende nächtliche Miktion: Herzversagen Asthma cardiale Mitralstenose Mitral-/Trikuspidalinsuffizienz Aortenstenose Aorteninsuffizienz sonstige Herzklappenfehler Herzmuskelentzündung Kardiomyopathie	Innere Medizin Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Physiologie Biochemie Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz) Arbeits- und Sozialmedizin Thoraxmedizin
2	Druck und Regulation	Bluthochdruck	Bluthochdruck, Hypokaliämie: (sekundärer) Bluthochdruck hypertonische Krise	Physiologie Allgemeinmedizin Innere Medizin Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie

			Hyperaldosteronismus Conn-Syndrom Phäochromozytom	
3	Rhythmus und Zirkulation	Arterielle und venöse Zirkulationsstörungen	Gehschmerz in den Waden, offene Beine, Krampfadern: Verschluss / Verengung des femoropoplitealen und aorto-iliakalen Übergangs Verschluss / Verengung der Beinarterien Morbus Buerger Tiefe Beinvenenthrombose Krampfadern der Beine chronische Veneninsuffizienz Venenentzündung Beingeschwüre Lymphödem	Chirurgie Dermatologie Innere Medizin Medizinische Physik Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Arbeits- und Sozialmedizin Ethik der Medizin
4	Infektion und Abwehr	Infektionen	Fieber: Fieber unbekannter Ursache Herpes Malaria Giardiasis Toxoplasmose Morbus Weil Lyme-Krankheit Schistosomiasis Toxokariosis Amöbenruhr	Innere Medizin Medizinische Mikrobiologie Infektiologie, Immunologie Toxikologie Arbeits- und Sozialmedizin Ethik der Medizin
5	Immunstörungen	Transplantation	Komplikationen bei einer Therapie, Übelkeit nach einer Therapie: Organtransplantation Auswahl von Spender und Empfänger Prinzipien der Transplantation Auto-, Iso-, Allo- und Xenotransplantation Bluttransfusion Stammzelltransplantation Organüberlebenszeit Abstoßung	Ethik der Medizin Chirurgie Innere Medizin Mikrobiologie Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Infektiologie, Immunologie Arbeits- und Sozialmedizin
6	Haut und Schleimhäute als Spiegel	Veränderungen der Hautfarbe	Gesichtsbleiche, farbliche Veränderungen der Haut und der Schleimhäute: Eisenmangelanämie megaloblastäre und hämolytische Anämie chronische Begleiterkrankungen von Anämie Polyzythämie aplastische und hypoplastische Anämie Hämoglobinopathie Agranulozytose	Innere Medizin Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik
7	Säure und Verdauung	Verstopfung und Durchfall	Schmerzen im Abdomen, Verstopfung, Diarrhö, Blut/Schleim oder Eiter im	Molekular- und Zellbiologie, Biochemie Chirurgie Innere Medizin

			<p>Stuhlgang, geschwollenes Abdomen, aufgeblähtes Gefühl, Farbveränderung des Stuhlgangs, Blähungen, Schmerz beim Stuhlgang/im Rektum/am Anus, Jucken am Anus von Hämorrhoiden: Morbus Crohn; Colitis ulcerosa; Mastdarmentzündung Reizdarmsyndrom Divertikulose / Divertikulitis infektiöse, ischämische, pseudomembranöse Kolitis Hämorrhoiden; Analfissur Mastdarmvorfall; Fistel; Megakolon</p>	<p>Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik</p>
8	Stoffwechsel	Stoffwechsel und Stoffwechselkrankheiten	<p>Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, schlechte Nahrungsabsorption: Zöliakie chronische Pankreatitis Mukoviszidose bösartige Tumore Lebensmittelallergien</p>	<p>Biochemie Innere Medizin Allergologie</p>
9	Lunge und systemische Krankheiten	Systemische Krankheiten	<p>Bewegungsschmerz in den Gelenken, soziale Isolation, Gesundheitliche Probleme bei Arbeitsbedingungen: Systemischer Lupus erythematodes Raynaud-Syndrom; Sarkoidose Horton-Krankheit Polymyalgia rheumatica Sklerodermie Poly- und Dermatomyositis Sjögren-Syndrom Morbus Wegener Vaskulitis Goodpasture-Syndrom Morbus Behçet</p>	<p>Innere Medizin Arbeits- und Sozialmedizin Umweltmedizin Ethik der Medizin</p>
10	Gelenkbeschwerden	Degenerative Gelenkerkrankungen	<p>Knochen- und Gelenkschmerzen (mit Ausstrahlung), Krankheitsbedingte Ausfälle, Arbeitslosigkeit: Arthrosis deformans Spondylarthrose, Spondylose physische Überlastung / degenerative Tendinose Morbus Paget</p>	<p>Ethik der Medizin Innere Medizin Orthopädie Anatomie Bildgebende Verfahren Plastische Chirurgie Rehabilitationsmedizin Arbeits- und Sozialmedizin</p>

Modul 3.1: Onkologie und Trauma				
Woche	Konzept	Themen	Probleme: exemplarische Krankheitsbilder	Teilnehmende Disziplinen
1 – 3	Onkologie	Onkogenese, Onkogenetik, Malignität, Metastasierung (Symptome, Studien, EbM, Überleben, Lebensqualität, Risiko, Behandlungsprinzipien, Alternative Therapien, Screening, Prävention, Epidemiologie, Sinnggebung)	Informationsgesuch, Blut abhusten, Veränderungen des Stuhlgangs, rektaler Blutverlust, geschwollene Achsel/Abdomen, Knoten in der Brust, Veränderung der Mammille, unzureichendes Versorgungssystem: Gutartige Tumore Lungenkrebs Brustkrebs Tumore des Ernährungstraktes Hautkrebs gynäkologische Tumore urologische Tumore Hypothalamus-Hamartom Knochen- und Weichteiltumore Knochenmetastasen Bestrahlungsmyelopathie	Chirurgie Innere Medizin Radiotherapie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz) Pathologie Humangenetik Gynäkologie Urologie Dermatologie Orthopädie Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie HNO Gesundheitssystem, Gesundheitsökonomie Naturheilverfahren Prävention, Gesundheitsförderung Epidemiologie, medizinische Biometrie Medizinische Forschung Theorie und Ethik der Medizin
4	Wunden und Infektionen	Wundheilung, Entzündung, (Krankenhaus-)Infektion (Symptome, Geschichte, Philosophie, Antibiotika, Risiko, Rehabilitation, Basis Life Support, Klagen, Prävention, Nosologie, Plötzlicher Tod)	Wunden, Insektenbiss, Brandwunden, Erfrierungen, Fieber, Schüttelfrost: Dekubitus chirurgische Infektionen Sepsis, Pyämie, Bakteriämie Abszess, Anaphylaktischer Schock, Tetanus Morbus Weil	Chirurgie Plastische Chirurgie Hygiene, Mikrobiologie, Virologie Bildgebende Verfahren Allgemeinmedizin Innere Medizin Rehabilitation Geschichte, Ethik der Medizin Medizinrecht Prävention, Gesundheitsförderung Pharmakologie, Toxikologie
5 – 7	Verletzungen	Gewebeschäden, Heilungsstörungen, Komplikationen (Symptome, Geschichte, Philosophie, Antibiotika, Risiko, Rehabilitation, Basis Life Support, Klagen, Spenden, Prävention, Nosologie, Plötzlicher Tod)	Knochenbruch, Non-Compliance, Weichteilprellungen, krankheitsbedingter Arbeitsausfall, posttraumatische und ppostoperative Probleme, Therapiekomplicationen: Frakturen Sehnen- und Bänderverletzungen Verrenkungen und Instabilität Thoraxverletzungen Prellungen Geschlossene Bauchverletzung Sehnenknorpeltrauma Trauma der Sehnenknorpel Nervenverletzungen	Chirurgie Plastische Chirurgie Thoraxchirurgie Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie Orthopädie Allgemeinmedizin Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz) Anästhesiologie Innere Medizin Rehabilitation Geschichte, Ethik der Medizin Medizinrecht Prävention, Gesundheitsförderung Pharmakologie, Toxikologie

			Sudeck-Dystrophie Pseudoarthrose prä- und postoperative Pflege und Komplikationen	
8 – 9	Gelenke	Degeneration, Wachstum und Entwicklung (Symptome, Grund- konsultation, Rehabilitati- on/physikalische Therapie, Kunst- fehler)	Bewegungsein- schränkungen, geschwollene Gelenke, abweichende Gelenkeform, Fußfehlstellung: Sehnen(scheiden)ent- zündung freie Gelenkkörper Wirbelsäulen- und Band- scheibenentzündung Morbus Perthes Hüftdysplasie Hüftgelenksentzündung Klumpfuß aseptische Knochen- nekrose	Orthopädie Allgemeinmedizin Rehabilitationsmedizin, physikalische Therapie Arzthaftungsrecht Medizinische Psychologie (Gesprächsführung in der Arzt- Patienten-Beziehung)
10	Selbststudium			

Modul 3.2: Akuter Funktionsverlust				
Woche	Konzept	Themen	exemplarische Krankheits- bilder	Teilnehmende Disziplinen
1		Bewusstseins- störung	Bewusstseinsverlust, Ohnmacht, Verwirrtheit, Ertrinken: Vergiftung Bewusstseinsstörung Hirntod Gehirnerschütterung Gehirnprellung Schädeltrauma intrakranielle Drucker- höhung Papillenödem postkontusionelle Syndro- me	Neurologie Neurochirurgie Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz) Anästhesiologie Toxikologie
2		Ausfall des zent- ralen Nerven- systems	Akute Lähmung, Kraftver- lust, Störung in Koordinati- on/Sprache, schiefes Ge- sicht, eingeschränkte Mo- torik, Gesichtsfeldausfall, Pupillenveränderung: Gehirnblutung Schlaganfall Stammläsionen TIA	Neurologie Neurochirurgie Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz)
3		Schock	Niedriger Blutdruck: Sepsis Kreislaufschock multiples Organversagen Trauma akute Blutungen	Intensivmedizin Physiologie

4		Akute koronare Syndrome	Schmerzen/drückendes Gefühl in der Brust, plötzlicher Tod: Myokardinfarkt (Herzinfarkt etc.) Instabile Angina Pectoris	Thoraxmedizin Allgemeinmedizin
5		Gerinnungsstörungen	Akute Kurzatmigkeit durch Lungenembolie, Schmerzen bei der Atmung: Tiefe Venenthrombose Lungenembolie Hämostase Blutungsneigung Thrombose	Pulmologie Intensivmedizin Innere Medizin Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz)
6		Respiratorische Insuffizienz	Husten, Kurzatmigkeit: Lungenentzündung COPD Pneumothorax akute Atemnot	Pulmologie Intensivmedizin Physiologie
7		Akute Niereninsuffizienz	Abgenommene Urinproduktion und Clearance: Akute tubuläre Nekrose prärenal bedingte Nierenfunktionsstörungen Säure-Base-Gleichgewicht	Innere Medizin Physiologie Biochemie
8		Harnwegsinfektionen	Schmerzhafte Miktion, Urethraausfluss, Kolikschmerz, Schmerzen im Nierenlager, Stein im Urin, Schmerzen/Schwellung in der Leiste/im Skrotum, abweichende Urinfarbe: Blasenentzündung Prostataentzündung Nebenhodenentzündung Nierenbeckenentzündung Steinleiden	Innere Medizin Urologie
9		Akutes Abdomen	Keine Darmbewegung: Darmverschluss Peritonitis	Chirurgie
10		Akutes Abdomen	Akut auftretende Schmerzen im Abdomen: Magerweiterung Darmverdrehung Blinddarmentzündung Lymphadenitis mesenterica Douglas-Abszess Tubo-Ovarial-Abszess subphrenischer Abszess Gallenblasenentzündung Hydrops und Empyem der Gallenblase Divertikulitis Hohlorganperforation Bauchspeicheldrüsenentzündung	Chirurgie Allgemeinmedizin

Modul 3.3: Lebenszyklus I: Fortpflanzung und Entwicklung				
Woche	Konzept	Themen	Problemfelder: exemplarische Krankheitsbilder	Teilnehmende Disziplinen
1	Anatomie und Physiologie des Zyklus	Anatomie und Physiologie der Genitalien, Geschlechterunterschiede, Zyklus, Fortpflanzung	Atypische Geschlechtsentwicklung und Menstruation: Ullrich-Turner-Syndrom Klinefelter-Syndrom Gonadale Dysgenese Testikuläre Feminisierung	Gynäkologie Anatomie Physiologie Bildgebende Verfahren Molekular- und Zellbiologie Kinderheilkunde Humangenetik Allgemeinmedizin
2	Regelgebundene Beschwerden	Zyklusregulation und -störungen, Kontrazeption, Umgang mit Emotionen	Zyklus, Fertilität, Kontrazeption: Prämenstruelles Syndrom Ovulationsblutung Ungewünschte Schwangerschaft	Gynäkologie Molekular- und Zellbiologie Allgemeinmedizin
3	Geschlecht und Sexualität	Sexuelle Identität, Sexuelles Funktionieren, Sexuelle Erkrankungen	Geschlechterrolle, Geschlechtsidentität, Sexualität: Transsexualität Transgender Probleme im Zusammenhang mit sexuellen Vorlieben, Sexualverhalten und sexuellem Empfinden Impotenz Dyspareunie Scheidenkrampf	Gynäkologie Urologie Anatomie Bildgebende Verfahren Innere Medizin Medizinische Soziologie
4	Sexualität, Geschlechtskrankheiten und Gesellschaft	Sexualverhalten, sexuelle Vorlieben, sexuell übertragbare Krankheiten, Sexualität und Kultur, Sexuelle Unterstützung	Sexuelle Vorkehrungen, Geschlechtskrankheiten, grenzüberschreitendes Verhalten: Geschlechtskrankheiten sexuelle Übergriffe Vergewaltigung Sexualität in der Arzt-Patienten-Beziehung	Gynäkologie Urologie Dermatologie, Venerologie Innere Medizin Allgemeinmedizin Gesundheitsförderung, Prävention Medizinische Soziologie
5	Genetik	Basiskonzepte der Human-genetik, Diagnostik, Prävention, Intervention, prädiktive Medizin	Antrag auf genetische Untersuchung, Diagnostik und Prävention: Angeborene und erworbene Abweichungen Dysmorphologie Pränatale Diagnostik und Beratung Prognose monogenetischer Erkrankungen Humangenomprojekt dynamische Mutationen Gentherapie Down-Syndrom Trisomie 13/18	Humangenetik Geburtshilfe Kinderheilkunde Ethik und Geschichte der Medizin Prävention
6	Infertilität	Empfängnis und Empfängnisstörungen, Endo-	Schwanger werden: Ungewünschte Unfruchtbarkeit	Gynäkologie Innere Medizin Allgemeinmedizin

		krinologie und Fortpflanzung, assistierte Fortpflanzung (In-vitro-Fertilisation), Wunschmedizin	Eileiterentzündung Adnexzyste Extrauterin gravidität Torsionen Tubo-Ovarial-Abszess Hyperandrogenismus Polyzystisches Ovarialsyndrom Adipositas Ungewünschte Schwangerschaft	
7	Schwangerschaft	Die normale Schwangerschaft, intra-extrauteriner Übergang, Entwicklung Fetus, Embryo und Neugeborenes	Schwanger sein/bleiben: Fetales Wachstum und Entwicklung Extreme Schwangerschaftsübelkeit Mehrlingsschwangerschaft Frühzeitige Wehen	Geburtshilfe Allgemeinmedizin
8	Schwangerschaft und Neugeborene	Abnormale Schwangerschaft, abnormales Neugeborene, Pathophysiologie Ikterus, Asphyxie	Komplikationen während/nach der Schwangerschaft: Früh- und Fehlgeburt Schwangerschaftsbluthochdruck (Prä-)Eklampsie Polyhydramnion Fruchtwasserverlust Schwangerschaftsdiabetes Vergiftungen Intrauterine Infektionen Asphyxie Rhesusunverträglichkeit Offener Rücken Zyanotische Herzerkrankungen	Geburtshilfe Kinderheilkunde Hämatologie
9	Neugeborene	Pathophysiologische Mechanismen in der Entwicklung Neugeborener mit späteren Auswirkungen, Neonatales Screening	Empfindliche, stöhnende, viel weinende Säuglinge, Schmerz von den Windeln: Vitamin-K-Mangel neonatale Sepsis und Meningitis Zyanotische und nicht-zyanotische Herzfehler Ösophagusatresie Darmatresie Anusatresie Morbus Hirschsprung Gallengangatresie Infantile Zerebralparese Phenylketonurie CHT AGS MCAD	Kinderheilkunde Geburtshilfe Humangenetik Prävention
10	Selbststudium			

Modul 3.4: Lebenszyklus II: Lebensverlauf				
Woche	Konzept	Themen	exemplarische Krankheitsbilder	Teilnehmende Disziplinen
1	Ernährung und Wachstum	Normale Ernährung und Wachstum von Kindern, hormonale Regulation von Wachstum und Prozessen (Ernährung und Medikamente), Unterernährung, schlechte Absorption	Zu klein und zu groß, Ernährung(sprobleme) des jungen Kindes, chronische Unterernährung hier und woanders auf der Welt: Wachstumshormonmangel Ullrich-Turner-Syndrom Gastroenteraler Reflux Pylorusstenose	Kinderheilkunde Diätetik Humangenetik Physiologie
2	Motorische, intellektuelle, soziale und emotionale Entwicklung	Normale und abweichende motorische, intellektuelle, soziale und emotionale Entwicklung	Abweichungen in der anatomischen, motorischen und intellektuellen Entwicklung, Hypotonie, ein lebhaftes Kind mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, Angst: Spinale Muskelatrophie Duchennesche Muskeldystrophie Fragiles-X-Syndrom Speicherkrankheiten Tics Tourette-Syndrom Tiefgreifende Entwicklungsstörungen: PDD, ADHD	Kinderheilkunde Kinderneurologie Kinder- und Jugendpsychiatrie Humangenetik
3	Fieber und Quengeln	Entwicklung von Abwehrallergien, Immunisierungsprogramm, Embryologie des Urogenitalsystems	Infektion oder nicht, Fieber, (ausländisches) Kind mit Fieber, Kind mit hörbarer Atmung: Asthma, Obstruktion der oberen Atemwege, Lungenentzündung RSV, Keuchhusten TBC, Virusinfektionen Meningitis Myo-, Peri- und Endokarditis Ohrenentzündung Rhinitis, Sinusitis Harnwegsinfektionen, Urethralklappen, Nierenbeckenentzündung	Kinderheilkunde HNO Urologie Innere Medizin Infektiologie, Immunologie
4	Zucken und Weinen	Hypo- und Hypernatriämie, Reanimation von Kindern	Konvulsion, Bewegungsschmerz und Bauchschmerz bei Kindern, Dehydrierung, Schock, Hypoglykämie: Schüttelkrämpfe Akutes Rheuma JRA Purpura Henoch-Schönlein	Kinderheilkunde Notfallmedizin

			<p>Arthritis Knochenhautentzündung Diabetes insipidus Zöliakie Akutes Abdomen</p>	
5	Störungen der inneren Umwelt		<p>Hypoglykämie, Ödem, Dehydrierung, Schock, Anämie, Gerinnungsstörungen, Hypertensie, Hämaturie, Proteinurie: Glomerulonephritis Niereninsuffizienz Hämolytisch-urämisches Syndrom Nephrotisches Syndrom Diabetes insipidus, Leukämie Morbus Hodgkin Non-Hodgkin-Lymphom Nephroblastom, Hirntumor Neuroblastom</p>	<p>Kinderheilkunde Physiologie</p>
6	Störung der inneren und äußeren Umwelt während der Entwicklung	<p>Normale pubertäre Geschlechtsentwicklung und hormonale Veränderungen, Übergang von der Adoleszenz in die Erwachsenenheit, medikamentöses Eingreifen in den Wachstumsprozess</p>	<p>Chronische Krankheiten, Probleme mit Eltern, Angst vor Krankheit, zu frühe und zu späte Menarche, Anzeichen von Misshandlung, Spätfolgen früherer Therapien, Übergang zur Erwachsenenversorgung: Mukoviszidose Magersucht Depression Bettnässen Verfrühte Pubertät</p>	<p>Kinderneurologie Kinder- und Jugendpsychiatrie Allgemeinmedizin Innere Medizin Medizinische Psychologie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</p>
7	Frauen und Alter	<p>Alterungsprobleme, hormonale Deprivation, Lebensverlauf</p>	<p>Klimakterium, Osteoporose, Miktions- und Defäkationsprobleme, Dyspareunie, frühe Menopause, postmenopausaler Blutverlust: Zysto-, Entero-, Rektum- und Urethrozele Gebärmuttersenkung Rektum-, Vesiko- und ureterovaginale Fisteln Mastdarmvorfall Scheidenentzündung Myomatose Endometriose prämatüre Ovarialinsuffizienz</p>	<p>Gynäkologie Urologie Allgemeinmedizin Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Neurologie Medizin des Alterns und des alten Mensch</p>
8	Männer und Alter	<p>Lebensverlauf</p>	<p>Schmerzhafte Miktions, Urethraausfluss, Kolikschmerz, Schmerzen im Nierenlager, Stein im Urin, Schmerzen/Schwellung in der Leiste/im Skrotum, abweichende Urinfarbe, blutige Sperma: Prostataentzündung; Nebenhodenentzündung Nierenbeckenentzündung</p>	<p>Innere Medizin Urologie Medizin des Alterns und des alten Menschen</p>

			Steinleiden	
9	„No more, no more“	Biologische Veränderungen im Alterungsprozess, Medikalisierung, Sorgfaltspflichten am Lebensende	Inkontinenz, Stürzen, nicht mehr sehen, hören, denken, sein, nicht mehr wollen, Onkologie im hohen Alter	Innere Medizin Allgemeinmedizin Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Psychiatrie und Psychotherapie Neurologie Medizin des Alterns und des alten Menschen Ethik der Medizin
10	Sterben – und danach	Zelltod, Bewältigung, Begleitung, Intervention, Ende des medizinischen Prozesses	Sterbebegleitung, Umgang mit Schmerz, Diskussion zur Sterbehilfe, Feststellen des Todes, Obduktion, Organtransplantation, Trauer und Verlustverarbeitung, Kinder und Trauer	Kinderheilkunde Gynäkologie Innere Medizin Onkologie Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin Ärztliches Berufsrecht Anästhesiologie Neurologie Allgemeinmedizin Medizinische Psychologie Pathologie Medizin des Alterns und des alten Menschen

Quelle: Universität Oldenburg

**Abbildung A 2: Beschreibung der Module im Master-Studiengang
(mehrere Fortsetzungen)**

Modul 1: Sensomotorik			
Woche	Konzept	Probleme	Teilnehmende Disziplinen
1	Einführung		
2	Sehen; Bewusstsein	Insb. Schmerz und Juckreiz des Auges; rotes, tränendes und- oder eiterndes Auge; Kopf/Gesichtsschmerz; schiefes Gesicht; Exophthalmus/Enophthalmus; Verletzungen des Auges; Pupillen-Abweichungen; zeitweilige Blindheit; Gesichtsfeldausfall; Doppeltsehen/Schielen Bewusstseinsverlust; Ohnmacht; Epilepsie und TIA	Neurologie Augenheilkunde Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Medizinische Mikrobiologie Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz) Notfallmedizin
3	Stimmung und Verhalten	Insb. Verhaltensveränderung; impulsives Verhalten; Zwangsercheinungen; Initiative- und Interessenverlust; Stimmungsstörungen; Ängstlichkeit; Verwirrtheit; Vergesslichkeit, Desorientierung; Sprech- und Sprachstörungen; Schlaf/Wachstörungen; nächtliche Unruhe; Simulation; Alkohol- und Medikamentenmissbrauch	Psychiatrie und Psychotherapie Neurologie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Arbeits- und Sozialmedizin Geschichte und Theorie der Medizin
4	Steuerung und Rückkoppelung	Insb. Reizungen; Gefühlsstörungen; unwillkürliche Bewegungen; Tremoren; Bewegungsarmut; Muskelkrämpfe; Kraftverlust (Hemi/Paraparese); Spastizität; ruhelohe Beine; Steifheit und Trägheit; Koordinationsstörungen	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Neurologie Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Medizinische Psychologie
5	Haltung und Bewegung	Knochen- und Gelenkschmerz; Knochenbrüche; Rückenschmerz; Schwellung, Steifheit und Schmerz der Gelenke; Formabweichung der Gelenke; Quetschungen der Weichteile; Morgensteifheit; Muskelschmerz; Schmerz in den Waden während des Laufens; Fußabweichungen; Haltungsabweichungen; Gleichgewichtsstörungen; Fallen	Orthopädie Rehabilitation Neurologie; Rheumatologie Anatomie Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz) Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik
6-10	Klinisches Praktikum		

Modul 2: Allgemeine Beschwerdebilder			
Woche	Konzept	Probleme	Teilnehmende Disziplinen
1	Einführung		
2	Bekommenheit	Insb. Husten; Aufhusten von Schleim/Blut; piepende Atmung; Kurzatmigkeit; Hyperventilieren; Schmerz zusammenhängend mit der Atmung; Brustschmerzen; schmerzendes / schweres Gefühl auf der Brust; Herzasen/ 'Herzüberschlag'; akuter Tod; Blau anlaufen;	Kardiologie Pulmologie Radiodiagnostik (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz) Pathologie

		dicke Beine /Knöchel; Schmerz in den Waden beim Laufen; Tabakgebrauch	Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Medizinische Mikrobiologie
3	Bauchschmerzen	Insb. Magenschmerzen; aufgeblähter Bauch/ aufgeblasenes Gefühl; Bauchschmerz; Schwellung im Bauch; Schmerz in der Nierengegend; Kolikschmerz; Nahrungspassagestörung; Verschlucken eines unbekanntes Gegenstandes; Aufstoßen von unverdaulichem Essen; Übelkeit; Brechen; Aufstoßen; Schluckauf; Sodbrennen; Blähungen; Durchfall; veränderte Farbe des Stuhls; Blut, Schleim oder Eiter im Stuhl; Stuhldrang; schmerzhafter Stuhlgang; Inkontinenz für Stuhl; Juckreiz am Anus; Schmerz am Rektum/ Anus; Hämorrhoiden; rektaler Blutverlust; Gewichtsverlust; mangelnde Esslust; Nahrungstoleranz; Bleichsein; Gelbsucht	Gastroenterologie Nephrologie Innere Medizin Infektiologie, Immunologie Pathologie Mikrobiologie Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik
4	Schwellungen	Insb. Ödeme; mangelnde Esslust; Müdigkeit; allgemeines Unwohlsein; Fieber; Schüttelfrost; abnormales Transpirieren; Durst; übermäßiges Trinken; vergrößerte Lymphdrüsen (allgemein, lokal); erhöhtes Risiko (positives Screeningsergebnis); Heiserkeit; Veränderung der Stimme; Schwellung im Hals; Schwellung der Achsel; Schwellung in der Leiste	Endokrinologie Hämatologie Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Medizinische Mikrobiologie Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Prävention
5	Hautprobleme	Insb. veränderte Farbe der Haut/ Schleimhäute; Vitiligo; lokale und allgemeine Rötungen; Dermatitis; Hautatrophie; fettige Haut; Lichtempfindlichkeit; Juckreiz; Blutungsneigung; Insektenstich; Geschwür; Muttermal; zu viel / zu wenig Haarwuchs; Abweichungen der Nägel; offene Beine	Dermatologie Allergologie Arbeits- und Sozialmedizin Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Medizinische Mikrobiologie Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie
6-10	Klinisches Praktikum		

Modul 3: Therapie			
Woche	Konzept	Probleme	Teilnehmende Disziplinen
1	Einführung		
2	Kopf/ Hals	Kopf Insb. Kopfschmerz/ Gesichtsschmerz; drückendes/ volles Gefühl im Kopf; schiefes Gesicht/ geringere Gesichtsmotorik; Veränderung von Form und Äußerem des Auges, Lieder oder Umgebung; ungleiche Pupillen; Pupillenerweiterung; Pupillenverengung; Ex-/Enophthalmus; Schielen; zeitweilige Blindheit; Gesichtsfeldausfall; Nachtblindheit; Mouches Volantes; Lichtblitze; Doppeltsehen; Lichtscheueheit Ohr	HNO Audiologie Zahn-, Mund-Kieferchirurgie Augenheilkunde Neurochirurgie Neurologie Chirurgie Kinderchirurgie Gefäßchirurgie Plastische Chirurgie Onkologie Radiotherapie (Bildgebende Verfahren)

		<p>Insb. Ohrenschmerzen; Juckreiz am/ im Ohr; Ausfluss aus dem Ohr; Abweichung der Ohrmuschel; Taubheit/ Schwerhörigkeit; Ohrensausen</p> <p>Nase und Nasennebenhöhlen</p> <p>Insb. Nasenbluten; Abweichungen an der äußeren Nase; Nasenverstopfung; Ausfluss aus der Nase; Niesen; Schnarchen; abgenommenes/ kein Riechvermögen</p> <p>Mund- und Kehle, Hals</p> <p>Insb. Kieferstarre; Schwellung im Hals; Nackenschmerzen; Schwellung in der Achsel; Abweichungen an der Lippe, Zunge und Mund; Speichelfluss; trockener Mund; Geschmacksstörung; Foetor ex ore; Zahn- und Backenzahnschmerz; Gebissprothesenproblematik; Kehlbeschwerden; Heiserkeit; Veränderung der Stimme; Kieferstarre; Schwellung im Hals; Nackenschmerzen; Schluckprobleme; Nahrungspassagestörung; Verschlucken eines unbekanntes Gegenstandes; Globusgefühl</p>	<p>ren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz)</p> <p>Anästhesiologie</p> <p>Schlafmedizin</p>
3	Thorax	<p>Thorax</p> <p>Insb. Husten; Schleim, Blut und Aufhusten; piepemde Atmung; Beklommenheit; Kurzatmigkeit; Hyperventilieren; Schmerz zusammenhängend mit der Atmung; Schmerzen in der Brust; drückendes/ schweres Gefühl auf der Brust; Magenschmerzen; Herzrhythmusstörungen</p> <p>Mammae</p> <p>Insb. Gefühl von Schwere/ Schmerz/ Spannung; Veränderung in Größe/ Kontur/ Symmetrie; Einziehung von Haut/ Mamille; Mamillenausfluss, worunter Galactoröe; Ekzem der Mamille/ Mamillenhof; Knoten in der Brust; Gynäkomastie</p>	<p>Chirurgie</p> <p>Thoraxchirurgie</p> <p>Kinderchirurgie</p> <p>Onkologie</p> <p>Traumatologie</p> <p>Intensivmedizin</p> <p>Radiotherapie, Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz)</p> <p>Anästhesiologie</p> <p>Plastische Chirurgie</p> <p>Pathologie</p> <p>Gynäkologie</p>
4	Abdomen	<p>Allgemein</p> <p>Insb. aufgeblähter Bauch/ aufgeblasenes Gefühl; Bauchschmerz; Schwellung im Bauch; Schmerz in der Nierengegend; Kolikschmerz; Aufstoßen von unverdaulichem Essen; Brechen; 'Herzwasser'; Aufstoßen; Schluckauf; Sodbrennen; Schmerz mit der Mahlzeit zusammenhängend; Blähungen; Durchfall; veränderte Farbe des Stuhls; Blut, Schleim und Eiter im Stuhl; Veränderung des Stuhlganges</p> <p>Leiste</p> <p>Insb. Schwellung in der Leiste</p> <p>Analregion</p> <p>Insb. Andrang zum Stuhlgang; schmerzhafter Stuhlgang; Inkontinenz für Stuhl; Juckreiz am Anus; Schmerz am Rektum/ Anus; Hämorrhoiden; rektaler Blutverlust</p>	<p>Adominale Chirurgie</p> <p>Onkologie</p> <p>Gastroenterologie</p> <p>Gefäßchirurgie</p> <p>Kinderchirurgie</p> <p>Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz)</p> <p>Medizinische Mikrobiologie</p> <p>Pathologie</p> <p>Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik</p> <p>Anästhesiologie</p>
5	Extremitäten und Bewegungsapparat	<p>Insb. Acromegalie; Knochen- und Gelenkschmerz (mit oder ohne Ausstrahlen); Knochenbrüche; Rückenschmerz; multiple Gelenkbeschwerden; Schwellung der Gelenke; Quetschungen der Weichteile; Gelenksteifheit; abweichende Gelenkform; Bewegungseinschränkung, lokal/ allgemein; Morgensteifheit; Muskelschmerzen; Abnahme des Muskelumfangs; Schmerz in den Waden während des Laufens; dicke Beine/ Knöchel; Krampfadern;</p>	<p>Orthopädie</p> <p>Traumatologie</p> <p>Gefäßchirurgie</p> <p>Onkologie</p> <p>Radiologie, Radiotherapie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz)</p> <p>Anästhesiologie</p> <p>Rheumatologie</p> <p>Neurologie</p>

		offene Beine; Fußabweichungen; Kraftverlust, -verminderung; Mobilitätsstörung; Lähmung; Haltungsabweichungen; Laufprobleme; ruhelose Beine	
6-10	Klinisches Praktikum		

Modul 4: Lebenszyklus			
Woche	Konzept	Probleme	Teilnehmende Disziplinen
1	Einführung		
2	Gynäkologie	Insb. erschwertes Urinieren; 'Nachtropfen'; Polyurie; Urethraausfluss; sexuell übertragbare Erkrankungen (Mann und Frau); genitaler Ausfluss (Frau)	Gynäkologie Medizinische Mikrobiologie Arbeits- und Sozialmedizin Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Infektiologie, Immunologie
3	(In)fertilität und Schwangerschaft	Insb. ungewünschte Kinderlosigkeit; abweichende genitalia externa; nicht zu palpierende Testis; abnormale Schwellung im Skrotum; schmerzhaftes Skrotum; Krankheit in der Schwangerschaft; Schwangerschaft mit einer präexistenten Krankheit; Anfrage auf Erblichkeitsuntersuchung	Geburtshilfe Urologie Anatomie Embryologie Humangenetik Pathologie Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik Arbeits- und Sozialmedizin Ethik der Medizin Prävention
4	Neugeborenes und Säugling	Insb. abweichendes Geburtsgewicht; Vermuten einer angeborenen Abweichung; viel weinender Säugling	Kinderheilkunde; Kinderneurologie Medizinische Physiologie Humangenetik Prävention (Pränataldiagnostik) Ethik in der Medizin Medizinische Mikrobiologie Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz)
5	Das ältere Kind	Insb. das Kind in der Entwicklung; Verdacht auf Kindesmisshandlung; Beziehungsprobleme Eltern/ Kind	Kinderheilkunde Kinderneurologie Kinderpsychiatrie Medizinische Psychologie Medizinrecht Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie Radiologie (Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz) Medizinische Mikrobiologie
6-10	Klinisches Praktikum		

Quelle: Universität Oldenburg

Jahr	1. Jahr				2. Jahr				3. Jahr				Workload in Stunden			
	Der Prozess ärztlichen Handelns	Grundlagen der Medizin	Gesundheits- und Lebenserhaltung	Gesundheitsverhalten	Wahlpflichtmodul	Wahrnehmung und Reaktion	Wahrnehmung und Verarbeitung	Regulation und Rückkopplung	Chronischer Funktionsverlust	Wahlpflichtmodul	Onkologie und Trauma	Akuter Funktionsverlust		Lebenszyklus I: Fortpflanzung und Entwicklung	Lebenszyklus II: Lebensverlauf	Bachelorabschlussmodul
Lehrveranstaltung																
Kreditpunkte (KP) für Modul	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	180	
Querschnittsbereiche																
Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik	0,25	1,00											0,50		2,25	68
Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin	0,75	0,25	0,50			0,50	0,50	0,25							3,00	90
Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege	0,50		1,50												2,50	75
Infektiologie, Immunologie			1,00			0,50	0,50	0,50					0,25		2,75	83
Klinisch-pathologische Konferenz						0,25		0,25							0,00	0
Klinische Umweltmedizin															0,50	15
Medizin des Alterns und des alten Menschen															1,00	30
Notfallmedizin			1,00												1,75	53
Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie	0,25	0,25	0,50					0,75							1,75	53
Prävention, Gesundheitsförderung		0,25	0,50	3,00				0,50							5,00	150
Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz	0,50	0,25				0,50	0,25	0,25				0,50	0,25		3,75	113
Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren	0,25					0,50	0,25	0,25							1,75	53
in der AAppO nicht vorgesehene, fächerübergreifende Bereiche																
Wissenschaftliches Arbeiten															12,00	360
in der AAppO nicht vorgesehene, nichtmedizinische Bereiche (pro "x" einmalig 12 KP; hier berechnet für Sprachausbildung)																
Sprachausbildung					12,00										24,00	720
Naturwissenschaftliches Wahlpflichtmodul					x										0,00	0
Wirtschaftswissenschaftliches Wahlpflichtmodul					x										0,00	0
Bildungswissenschaftliches und sozialwissenschaftliches Wahlpflichtmodul					x										0,00	0

Quelle: Universität Oldenburg

Abbildung A 3.2: Master-Studiengang

Jahr	1. Jahr				2. Jahr				3. Jahr			KP-Summe	Workload in Stunden						
Lehrveranstaltung	Sensomotorik	Allgemeine Beschwerdebilder	Therapie	Lebenszyklus	Kontinuum Beratung/ Gesprächsführung	Kontinuum Professionelle Entwicklung	Kontinuum Wissensfortschritt	Allgemeinmed., Anästhesie, Allg. Chirurgie, Allg. Innere Medizin	Neurol., Frauenheilk., HNO, Arbeits-/Soz./Umweltmedizin, Allg. Päd., Psych.*	25 verschiedene Bereiche**	Kontinuum Professionelle Entwicklung	Kontinuum Wissensfortschritt	Ärztliches Praktikum	Masterabschlussmodul	Kontinuum Wissensfortschritt				
Kreditpunkte (KP) für Modul	10	10	10	10	6	8	6	16	12	12	10	10	27	27	6	180	5400		
Fächer des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung gemäß Anlage 1 ÄAppO																			
	Physik für Mediziner (Praktikum)																	0,00	0
	Chemie für Mediziner (Praktikum)																	0,00	0
	Biologie für Mediziner (Praktikum)																	0,00	0
	Physiologie (Praktikum und Seminar)			0,20														0,20	6
	Biochemie/Molekularbiologie (Praktikum und Seminar)																	0,00	0
	Anatomie (zwei Kurse und ein Seminar)			0,20														0,45	14
	Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (Kursus und Seminar)			0,20														0,45	14
	Einführung in die Klinische Medizin (Praktikum)		4,50	4,50	4,50													18,00	540
	Berufsfeinderkundung (Praktikum)																	0,00	0
	Medizinische Terminologie (Praktikum) ¹																	0,00	0

¹ Ein weiteres Praktikum im Bereich der medizinischen Terminologie mit fünf Veranstaltungsterminen ist zusätzlich

Jahr	1. Jahr							2. Jahr				3. Jahr			KP-Summe	Workload in Stunden	
	Sensomotorik	Allgemeine Beschwerdebilder	Therapie	Lebenszyklus	Kontinuum Beratung/ Gesprächsführung	Kontinuum Professionelle Entwicklung	Kontinuum Wissensfortschritt	Allgemeinmed., Anästhesie, Allg. Chirurgie, Allg. Innere Medizin	Neurol., Frauenheilk., HNO, Arbeits-/Soz./Umweltmedizin, Allg. Päd., Psych.*	25 verschiedene Bereiche**	Kontinuum Professionelle Entwicklung	Kontinuum Wissensfortschritt	Ärztliches Praktikum	Masterabschlussmodul			Kontinuum Wissensfortschritt
	10	10	10	10	6	8	6	16	12	12	10	10	27	27	6	180	5400
	Kreditpunkte (KP) für Modul																
Fächer/Querschnittsbereiche des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung gemäß §27 ÄAppO																	
Fächer																	
Allgemeinmedizin (mit Blockpraktikum)								4,00					9,00			13,00	390
Anästhesiologie			0,25					4,00								4,25	128
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin	0,25	0,25		0,20												0,70	21
Augenheilkunde	0,50		0,25													0,75	23
Chirurgie (mit Blockpraktikum)			1,25					4,00					9,00			14,25	428
Dermatologie, Venerologie		0,75														0,75	23
Frauenheilkunde, Geburtshilfe (mit Blockpraktikum)			0,25	0,75												1,00	30
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde			0,50													0,50	15
Humangenetik				0,25												0,25	8
Hygiene, Mikrobiologie, Virologie	0,25	0,25	0,25	0,25												1,00	30
Innere Medizin (mit Blockpraktikum)		1,50	0,25					4,00								5,75	173
Kinderheilkunde (mit Blockpraktikum)				0,75												0,75	23
Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik	0,25	0,50	0,50	0,25												1,50	45
Neurologie	0,50		0,25	0,25												1,00	30
Orthopädie	0,50		0,25	0,25												0,75	23
Pathologie		0,50	0,25	0,25												1,00	30
Pharmakologie, Toxikologie																0,00	0
Psychiatrie und Psychotherapie	0,50			0,20												0,70	21
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,50															0,50	15
Rechtsmedizin																0,00	0
Urologie				0,20												0,20	6
Wahlfach													9,00			9,00	270

Jahr	1. Jahr							2. Jahr				3. Jahr			KP-Summe	Workload in Stunden	
	Sensomotorik	Allgemeine Beschwerdebilder	Therapie	Lebenszyklus	Kontinuum Beratung/ Gesprächsführung	Kontinuum Professionelle Entwicklung	Kontinuum Wissensfortschritt	Allgemeinmed., Anästhesie, Allg. Chirurgie, Allg. Innere Medizin	Neurol., Frauenheilk., HNO, Arbeits-/Soz.-/Umweltmedizin, Allg. Päd., Psych.*	25 verschiedene Bereiche**	Kontinuum Professionelle Entwicklung	Kontinuum Wissensfortschritt	Ärztliches Praktikum	Masterabschlussmodul			Kontinuum Wissensfortschritt
Lehrveranstaltung	10	10	10	10	6	8	6	16	12	12	10	10	27	27	6	180	5400
Kreditpunkte (KP) für Modul																	
Querschnittsbereiche																	
Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik																0,00	0
Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin	0,25			0,20												0,45	14
Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitssoflege																0,00	0
Infektiologie, Immunologie		0,25		0,25												0,50	15
Klinisch-pathologische Konferenz	0,50	0,50	0,50													1,50	45
Klinische Umweltmedizin																0,00	0
Medizin des Alterns und des alten Menschen			0,25	0,50												0,75	23
Notfallmedizin	0,25															0,25	8
Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie	0,25	0,50		0,25												1,00	30
Prävention, Gesundheitsförderung		0,25		0,10												0,35	11
Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz	0,25	0,25	0,50	0,25												1,25	38
Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren	0,25															0,25	8
in der AAppO nicht vorgesehene, fächerübergreifende Bereiche																	
Wissenschaftliches Arbeiten & Kontinuum "Wissensfortschritt"							6,00								10,00	49,00	1470
Kontinua "Professionelle Entwicklung" & "Beratung/ Gesprächsführung"					6,00	8,00					10,00					24,00	720
nicht eindeutig zuordenbare Wahlpflichtbereiche																	
									12,00	12,00						24,00	720

Abbildung A 3.3: Bachelor- (A 3.1) und Master-Studiengang (A 3.2) in der Summe

	KP aus Bachelor-Studiengang	KP aus Master-Studiengang	KP in der Summe	Workload in Stunden
Fächer des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung gemäß Anlage 1 ÄAppO				
Physik für Mediziner (Praktikum)	4,50	0,00	4,50	135
Chemie für Mediziner (Praktikum)	3,00	0,00	3,00	90
Biologie für Mediziner (Praktikum)	3,00	0,00	3,00	90
Physiologie (Praktikum und Seminar)	7,00	0,20	7,20	216
Biochemie/Molekularbiologie (Praktikum und Seminar)	7,00	0,00	7,00	210
Anatomie (zwei Kurse und ein Seminar)	4,75	0,45	5,20	156
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (Kursus und Seminar)	4,50	0,45	4,95	149
Einführung in die Klinische Medizin (Praktikum)	0,00	18,00	18,00	540
Berufsfelderkundung (Praktikum)	2,75	0,00	2,75	83
Medizinische Terminologie (Praktikum) ¹	0,75	0,00	0,75	23

Fächer/Querschnittsbereiche des Zweiten Abschnitts der Fächer				
Allgemeinmedizin (mit Blockpraktikum)	5,25	13,00	18,25	548
Anästhesiologie	1,75	4,25	6,00	180
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin	2,50	0,70	3,20	96
Augenheilkunde	1,00	0,75	1,75	53
Chirurgie (mit Blockpraktikum)	7,50	14,25	21,75	653
Dermatologie, Venerologie	3,50	0,75	4,25	128
Frauenheilkunde, Geburtshilfe (mit Blockpraktikum)	5,25	1,00	6,25	188
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	2,25	0,50	2,75	83
Humangenetik	2,25	0,25	2,50	75
Hygiene, Mikrobiologie, Virologie	2,50	1,00	3,50	105
Innere Medizin (mit Blockpraktikum)	13,00	5,75	18,75	563
Kinderheilkunde (mit Blockpraktikum)	4,50	0,75	5,25	158
Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik	2,50	1,50	4,00	120
Neurologie	7,50	1,00	8,50	255
Orthopädie	1,75	0,75	2,50	75
Pathologie	3,75	1,00	4,75	143
Pharmakologie, Toxikologie	1,75	0,00	1,75	53
Psychiatrie und Psychotherapie	4,00	0,70	4,70	141
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4,25	0,50	4,75	143
Rechtsmedizin	1,50	0,00	1,50	45
Urologie	2,50	0,20	2,70	81
Wahlfach	0,00	9,00	9,00	270

	KP aus Bachelor- Studiengang	KP aus Master-Studiengang	KP in der Summe	Workload in Stunden
Querschnittsbereiche				
Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik	2,25	0,00	2,25	68
Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin	3,00	0,45	3,45	104
Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege	2,50	0,00	2,50	75
Infektiologie, Immunologie	2,75	0,50	3,25	98
Klinisch-pathologische Konferenz	0,00	1,50	1,50	45
Klinische Umweltmedizin	0,50	0,00	0,50	15
Medizin des Alterns und des alten Menschen	1,00	0,75	1,75	53
Notfallmedizin	1,75	0,25	2,00	60
Klinische Pharmakologie/ Pharmakotherapie	1,75	1,00	2,75	83
Prävention, Gesundheitsförderung	5,00	0,35	5,35	161
Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz	3,75	1,25	5,00	150
Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren	1,75	0,25	2,00	60
in der ÄAppO nicht vorgesehene, fächerübergreifende Bereiche				
Wissenschaftliches Arbeiten & Kontinuum "Wissensfortschritt"	12,00	49,00	61,00	1830
Kontinua "Professionelle Entwicklung" & "Beratung/ Gesprächsführung"		24,00	24,00	720
in der ÄAppO nicht vorgesehene, nichtmedizinische Bereiche				
Sprachausbildung	24,00		24,00	720
Naturwissenschaftliches Wahlpflichtmodul	x	x	x	x
Wirtschaftswissenschaftliches Wahlpflichtmodul	x	x	x	x
Bildungswissenschaftliches und sozialwissenschaftliches Wahlpflichtmodul	x	x	x	x
nicht eindeutig zuordenbare Wahlpflichtbereiche				
		24,00	24,00	720
Summen	180	180	360	10.800

Quelle: Universität Oldenburg

Abbildung A 4: Entwurf einer Verfahrensordnung zur Durchführung des Masterstudiengangs

**Verfahrensordnung
der medizinischen Fakultät der Carl von Ossietzky-Universität
Oldenburg
und der medizinischen Fakultät der Rijksuniversiteit Groningen
zur Durchführung des Masterstudiengangs Humanmedizin
Entwurf**

§ 1 Zweck

Zweck dieser Vereinbarung ist die Regelung der Durchführung des Masterstudiums Humanmedizin, das als länderübergreifendes Studienangebot der medizinischen Fakultät der Universität Oldenburg und der medizinischen Fakultät der Rijksuniversiteit Groningen konzipiert ist.

§ 2 Einrichtung des Studienangebots und Beginn des Lehrbetriebes

Der Masterstudiengang Humanmedizin wird durch Beschluss des Präsidiums der Universität Oldenburg zum Wintersemester xx/xx eingerichtet.

§ 3 Gemeinsame Durchführung des Studienangebots

- (1) Der Masterstudiengang Humanmedizin wird in Form einer ständigen Kooperation von den medizinischen Fakultäten der Universität Oldenburg und der Rijksuniversiteit Groningen gemeinsam betrieben. Beide Fakultäten tragen zur Lehre bei, verantworten das Curriculum und stellen das Lehrangebot sicher.
- (2) Die Organisation und Abstimmung des Studienangebots sowie Regelungen in Konfliktfällen übernimmt eine länderübergreifende Leitungsgruppe, die sich aus Mitgliedern beider Universitäten zusammensetzt (vgl. §4).
- (3) Die das Studienangebot betreffenden Beschlüsse werden von den jeweils zuständigen Gremien beider Universitäten gefasst.

§ 4 Fakultäten- und fachübergreifende Studiengangsleitung

- (1) Es wird eine länderübergreifende Leitungsgruppe eingerichtet. Die Leitungsgruppe ist zuständig für organisatorische Absprachen und die Abstimmung des Studienangebots sowie für Regelungen im Konfliktfall. Insbesondere nimmt sie folgende Aufgaben wahr:

- Planung des Lehrangebotes im Einvernehmen mit den zuständigen Gremien der beteiligten Fakultäten bzw. Universitäten
 - Qualitätssicherung, Aktualisierung und Weiterentwicklung des Lehrangebotes
 - Entsendung von Vertreterinnen bzw. Vertretern in relevante Gremien, Ausschüsse, Arbeitsgruppen und andere Gesprächskreise der beiden Universitäten
 - Befassung mit Problemen und Konfliktfällen, die im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Studienangebot stehen
- (2) Die Leitungsgruppe besteht aus x Mitgliedern:
- Dem für Studium und Lehre verantwortlichen Dekanatsmitglied (Studiendekanin bzw. Studiendekan) der medizinischen Fakultät der Universität Oldenburg
 - Dem für Studium und Lehre verantwortlichen Dekanatsmitglied (Studiendekanin bzw. Studiendekan) der medizinischen Fakultät der Rijksuniversiteit Groningen
 - Einer bzw. einem in der medizinischen Fakultät der Universität Oldenburg gewählten Fachvertreterin bzw. Fachvertreter
 - Einer bzw. einem in der medizinischen Fakultät der Rijksuniversiteit Groningen gewählten Fachvertreterin bzw. Fachvertreter
 - Einem studentischen Mitglied aus der Gruppe der Studierenden des Masterstudiengangs Humanmedizin, das in beiden Fakultäten statusgruppenbezogen gewählt wird.
- (3) Die Amtszeit der Mitglieder der Leitungsgruppe beträgt jeweils zwei Jahre, beginnend mit dem 01.10.xx. Ggf.: Die Amtszeit der studentischen Mitglieder beträgt abweichend davon ein Jahr.
- (4) Die Mitglieder der Leitungsgruppe treffen sich regelmäßig, in der Regel einmal pro Semester, zur Abstimmung in allen Fragen, die sich im Rahmen der in Abs.1 genannten Aufgaben ergeben. Entscheidungen werden mit einfacher Mehrheit getroffen.

§ 5 Laufzeit der Vereinbarung und Inkrafttreten

- (1) Die Vereinbarung tritt zum 01.10.xx in Kraft und gilt zunächst für fünf Jahre. Sie verlängert sich automatisch um weitere fünf Jahre, wenn keine der beiden beteiligten Fakultäten sechs Wochen vor Ablauf Änderungsbedarfe bzw. den Wunsch nach Aufkündigung der Vereinbarung geltend macht.

Oldenburg und Groningen, den xx.xx.xx
Dekan/in medizinische Fakultät Oldenburg
Dekan/in medizinische Fakultät Groningen

Tabellenanhang

Tabelle A 1: Allgemeine Kennzahlen zur Krankenversorgung der Oldenburger Krankenhäuser für 2008

Tabelle A 1.1: Klinikum Oldenburg

Belegungsdaten	2006	2007	2008
Planbetten mit Intensiv	740	792	792
Intensivbetten (Planbetten)	*	*	*
Aufgestellte Betten insgesamt (Jahresdurchschnitt)	746	781	793
darunter Intensivbetten	64	68	73
Nutzungsgrad der Betten in %	89 %	87 %	86 %
Verweildauer in Tagen	7,8	7,7	7,6
Aufnahmen in die vollstat. Behandlung	29.929	30.691	31.454
Entlassungen aus der vollstat. Behandlung	29.351	30.083	30.818
Berechnungs- und Belegungstage	229.999	233.761	235.397
darunter Tage der Intensivbehandlung/ überwachung	21.775	21.953	24.193
Vorstationäre Behandlungen	1.598	1.887	2.188
Nachstationäre Behandlungen	559	708	673
Tages- und Nachtambulanzplätze	40	48	48
Teilstationäre Behandlungstage	13.637	14.599	13.753
Casemix	40.559	42.528	44.160
Casemix Index (CMI)	1,31	1,34	1,360
Vereinbarter Basisfallwert in Euro (ohne Ausgleich)	2.753	2.727	2.723

Anmerkungen:

* Im niedersächsischen Krankenhausplan werden keine Intensivbetten ausgewiesen.

Quelle: Universität Oldenburg

Tabelle A 1.2: Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Belegungsdaten	2006	2007	2008
Planbetten mit Intensiv	393	393	387
Intensivbetten (Planbetten)	24	24	24
Aufgestellte Betten insgesamt (Jahresdurchschnitt)	393	393	387
darunter Intensivbetten	24	24	24
Nutzungsgrad der Betten in %	81,19 %	80,53 %	80,39 %
Verweildauer in Tagen	7,95	7,91	7,79
Aufnahmen in der vollstat. Behandlung	14643	14608	14573
Entlassungen aus der vollstat. Behandlung	14299	14587	14186
Berechnungs- und Belegungstage	116470	115512	113548
darunter Tage der Intensivbehandlung / - überwachung	7589	7845	7620
Vorstationäre Behandlungen	282	272	284
Nachstationäre Behandlungen	43	60	35
Tages- und Nachtambulanzplätze	0	0	0
Teilstationäre Behandlungstage	0	0	0
Casemix	16037	16068	15815
Casemix Index (CMI)	1,050	1,056	1,041
Vereinbarter Basisfallwert in Euro (ohne Ausgleich)	2573,38	2632,13	2692,02

Quelle: Universität Oldenburg

Tabelle A 1.3: Pius-Hospital Oldenburg

Belegungsdaten	2006	2007	2008
Planbetten mit Intensiv	363	363	363
Intensivbetten (Planbetten)	21	21	21
Aufgestellte Betten insgesamt (Jahresdurchschnitt)	383	389	368
darunter Intensivbetten	12	12	13
Nutzungsgrad der Betten in %	82,50 %	80,14 %	84,04 %
Verweildauer in Tagen	7,2	7,2	6,8
Aufnahmen in die vollstat. Behandlung	16.023	15.557	16.164
Entlassungen aus der vollstat. Behandlung (ohne Sterbefälle)	15.845	15.194	15.781
Berechnungs- und Belegungstage	115.334	113.781	112.888
darunter Tage der Intensivbehandlung/-überwachung	3.733	3.916	4.290
Vorstationäre Behandlungen	1.754	1.686	1.890
Nachstationäre Behandlungen	864	617	830
Tages- und Nachtambulanzplätze	8	8	8
Teilstationäre Behandlungstage	642	786	401
casemix	17.638	17.477	18.546
casemix-index (cmi)	1,09	1,10	1,15
Vereinbarter Basisfallwert in € (ohne Ausgleich)	2.553,10	2.580,63	2.638,92

Quelle: Universität Oldenburg

Tabelle A 2: Kennzahlen der Fachabteilungen der Oldenburger Krankenhäuser zur stationären Krankenversorgung für 2008

Tabelle A 2.1: Klinikum Oldenburg

Kliniken und deren Abteilungen	Aufgestellte Betten mit Intensivbetten ¹⁾	darunter Intensivbetten ²⁾	Nutzungsgrad der Betten (in %) ³⁾	Berechnungs- und Belegungstage insgesamt	darunter Intensiv ⁴⁾	Verweildauer ⁵⁾	Aufnahmen in die voll-st. Behandlung ⁶⁾	Entlassungen aus der voll-st. Behandlung ⁶⁾	Case-mix	CMI	Vorstationäre Behandlungen*	Nachstationäre Behandlungen*	Teilstationäre Behandlungstage*
Innere Medizin:	207	12	84%	63633	3779	6,9	9508	8850	11231,4	1,201	597	39	5.527
Nephrologie	29	1	60%	6327	434	7,3	909	821	1245,86	1,181	15	5	
Kardiologie	85	9	93%	28893	2916	5,4	5.526	5179	5860,68	1,127	539	17	
Gastroenterologie	45	1	78%	12854	313	8,2	1.636	1495	1324,94	0,857	32	12	
Haematologie	48	1	89%	15559	116	11,1	1.437	1355	2679,92	1,853	11	5	2.055
Chirurgie	141	14	86%	44509	4940	9,9	4.523	4452	7300,43	1,595	270	468	
Allgemeine Chirurgie	91	2	80%	26421	682	11,5	2.281	2298	4631,55	1,94	254	460	
Unfallchirurgie / Orthopädie	50	12	99%	18088	4258	8,2	2.242	2154	2668,88	1,219	16	8	
Herzchirurgie	54	19	123%	24158	6057	14,9	1.569	1675	9323,54	5,276	185	1	
Kinderchirurgie	10	4	105%	3840	1305	5,7	645	695	942,58	1,352	4	9	
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	74		62%	16753	74	6,0	2.776	2.772	2695,03	0,714	302	89	
Kinderheilkunde	97	22	75%	26417	6994	5,7	4.659	4.582	5085,38	1,098	25	49	
Pädiatrie	56	6	71%	14533	1378	3,6	4086	4041	2859,89	0,703	25	49	
Neonatalogie	41	16	79%	11884	5616	21,3	573	541	2225,49	3,946	0	0	
Haut- und Geschlechtskrankheiten	33		86%	10359	17	8,8	1.188	1.174	988,51	0,84	118	14	3.817
HNO	34	34	109%	13473	173	5,8	2.331	2327	1894,15	0,813	404	2	
Urologie	48	1	92%	16190	351	6,2	2.614	2.616	2826,43	1,074	90	2	
Kinder- u. Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	24		95%	8315	0	55,1	149	153			0	0	2.354
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	23	1	92%	7750	503	5,1	1.492	1522	1872,67	1,221	193	0	
Teilstationäre Versorgg.	48	0	0%		0								
Dialyse	15		101%	5527									
Teilstat. Onkol., Hämatol. u. Rheumatol.	10		56%	2055									
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	8		81%	2354									
Tagesklinik Dermatologie	15		70%	3817									
Klinikum insgesamt	793	73	81%	235.397	24.193	7,6	31.454	30.818	44.160	1,360	2.188	673	6.171

Quelle: Universität Oldenburg

Tabelle A 2.2: Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Kliniken und deren Abteilungen	Aufgestellte Betten mit Intensiv ¹⁾	darunter Intensivbetten ²⁾	Nutzungsgrad der Betten (in %) ³⁾	Berechnungs- und Belegungstage insgesamt	darunter intensiv ⁴⁾	Verweildauer ⁵⁾	Aufnahmen in die voll-st. Behandlung ⁶⁾	Entlassungen aus der voll-stat. Behandlung ⁶⁾	Casemix	CMI	Vorstationäre Behandlungen*	Nachstationäre Behandlungen*	Teilstationäre Behandlungstage*
Chirurgie:	77	2	79,78%	22423	574	7,44	3014	2968	3424	1,145	47	6	0
- Plastische Chirurgie u. Handchirurgie	15	0	67,63%	3703	117	4,71	786	802	781	0,992	0	0	0
- Unfallchirurgie	62	2	82,72%	18720	457	8,40	2228	2166	2643	1,213	47	6	0
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe:	39	0	76,03%	10823	38	5,04	2146	2144	1970	0,918	19	14	0
- Frauenheilkunde	22	0	82,00%	6585	37	5,92	1113	1114	1047	0,937	0	0	0
- Geburtshilfe	17	0	68,30%	4238	1	4,10	1033	1030	923	0,465	0	0	0
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	59	1	93,60%	20156	252	6,16	3271	3257	2602	0,814	173	14	0
Innere Medizin	64	5	86,04%	20100	1672	8,60	2337	2221	2154	0,920	4	1	0
Neurochirurgie	88	10	76,62%	24609	3457	13,54	1818	1794	3914	2,239	37	0	0
Neurologie	60	6	70,49%	15437	1627	7,77	1987	1802	1751	0,953	4	0	0
Evangelisches Krankenhaus gesamt	387	24	80,39%	113548	7620	7,79	14573	14186	15815	1,041	284	35	0

Quelle: Universität Oldenburg

Tabelle A 2.3: Pius-Hospital Oldenburg

Kliniken und deren Abteilungen	Aufgestellte Betten mit Intensiv ¹⁾	darunter Intensivbetten ²⁾	Nutzungsgrad der Betten (in %) ³⁾	Berechnungs- und Belegungstage insgesamt	darunter Intensiv ⁴⁾	Verweildauer ⁵⁾	Aufnahmen in die voll-stat. Behandlung ⁶⁾	Entlassungen aus der voll-stat. Behandlung ⁶⁾	CMI	Vorstationäre Behandlungen*	Nachstationäre Behandlungen*	Teilstationäre Behandlungstage*
Innere Medizin	89	5	90%	29108	1533	7,6	3619	3407	0,962	209	25	
- Innere Medizin allgemein	55	2	96%	19348	897	7,7	2.374	2.289				
- Pneumologie	31	3	83%	9371	636	8,6	1.030	903				
- Schlaflabor	3		52%	389		1,8	215	215				
Allgemein- und Viszeralchirurgie	47	4	81%	13918	1327	5,7	2.334	2318	1,342	920	277	
Thorax-, Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie	36	3	87%	11398	1044	8,5	1.227	1223	2,314	94	290	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	47		83%	14264	63	5,8	2.454	2428	0,929	120	154	
Orthopädie	77		77%	21544	164	10,7	1.980	1958	1,644	373	8	
Augenheilkunde	32		78%	9087	8	3,2	2.865	2824	1469	46	67	
Internistische Onkologie	16		121%	7091	142	7,8	865	811	392	6	9	
Strahlentherapie	16		64%	3724	9	15,8	218	210	554			
Nuklearmedizin	8		94%	2754	0	4,6	602	602	614	122	0	
Stationäre Versorgung gesamt	368	12	84%	112888	4290	6,8	16164	15781	18545	1890	830	
Teilstationäre Versorgung:												
Tagesklinik Onkologie	8	0	20%		0							401
Pius-Hospital insgesamt	376	12		112888	4290		16.164	15781	18545	1890	830	401

Quelle: Universität Oldenburg

Tabelle A 3: Kennzahlen der Fachabteilungen der Oldenburger Krankenhäuser zur ambulanten Krankenversorgung für 2008

Tabelle A 3.1: Klinikum Oldenburg

Klinik/Poliklinik/ Abteilung	Hochschul- ambulan- zen (§ 117) ohne Not- fälle (QF*)	Notfälle (GKV) (EF)	Ermächtigungen: Persönlich (§116) Institut (§ 98 (2)) Unterversorg. (§ 116a) (EF)	Psych. Insti- tutsamb./ Soz.- päd. Zentren: PIA (§ 118), SPZ (\$ 119) (EF)	Hochspe- zial. Leis- tungen (§ 116b) (EF)	Ambulan- te Opera- tionen (§ 115b) (EF)	BG- Fälle (EF)	Selbst- zahler (EF)	Sonstige/ Andere/ Integrier- te Versor- gung (EF)	Privat- pati- enten (EF)
Allgemeinchirurgie		564	1.591			125	3	461		
Unfallchirurgie		6.574	1.489			249	2.621	1.268		
Dermatologie		223	4.802			108	26	2.035		
Gynäkologie und Geburtshilfe		1.124	5.444			502		1.179		
Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde		476	2.974			115	64	658		
Kinderklinik		4.989	8.982			260		1.947	15	
Kinder- und Jugendpsychiatrie				1.385				117		
Urologie		568	1.018			137	15	1.406		
Herzchirurgie			549					34		
Innere Medizin		1.147	75				2	176		
Gastroenterologie			2.851				8	418	4	
Kardiologie		7	1.064				2	1.031		
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie		74	3.516				131	470		
Onkologie		1.147	4.234				1	754		
Klinik für Labora- toriumsdiagnostik und Mikrobiologie			1.467							
Klinik für Radiologie			7.345				1.604	2.258		
Klinik f. Anästhesie und Intensivmedizin			1.873					368		
Summe	0	16.893	49.274	1.385	0	1.496	4.533	13.980	19	0

* QF: Fälle im Quartal (Die Notfälle, Ermächtigungsfälle sowie Fälle des MVZ lassen sich nur quartalsweise ermitteln.)

daran beteiligte Fachgebiete	MVZ (§ 95) (EF)	MVZ (§ 95) (EF)
MVZ Neonropädiatrie, Zytogenetik und genetisches Labor ab Mai 2008		
MVZ Onkologie und Labor ab 01.01.2009		

Tabelle A 3.2: Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Klinik/Poliklinik/ Abteilung	Hochschul- ambulan- zen (§ 117) ohne Not- fälle (QF*)	Notfälle (GKV**) (EF)	Ermächtigungen: Persönlich (§116) Institut (§ 98 (2)) Unterversorg. (§ 116a) (EF)	Psych. Insti- tutsamb./ Soz.- päd. Zentren: PIA (§ 118), SPZ (§ 119) (EF)	Hochspe- zial. Leis- tungen (§ 116b) (EF)	Ambulan- te Opera- tionen (§ 115b) (EF)	BG- Fälle (EF)	Selbst- zahler (EF)	Sonstige/ Andere/ Integrier- te Versor- gung (EF)	Privat- pati- enten (EF)
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe		923	1389			220	3	127		
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde		1722	2928			126	124	261		
Plastische Chirurgie u. Handchirurgie		1083	673			404	111	198		
Neurochirurgie		921	0			0	30	96		
Unfallchirurgie		4897	1420			276	1958	798		
Innere Medizin		1694	803			0	22	187		
Neurologie		1078	669			0	30	118		
Anästhesie und Schmerzmedizin			731							
Radiologie			42							
Summe		12318	8655			1026	2278	1785		

* QF: Fälle im Quartal (Die Notfälle, Ermächtigungsfälle sowie Fälle des MVZ lassen sich nur quartalsweise ermitteln.)

** : GKV-Fälle, BG-Fälle, SZ-Fälle enthalten

Tabelle A 3.3: Pius-Hospital Oldenburg

Klinik/Poliiklinik/ Abteilung	Hochschul- ambulan- zen (§ 117) ohne Not- fälle (QF*)	Notfälle (GKV) (QF*)	Ermächtigungen: Persönlich (§116) Institut (§98 (2)) Unterversorg. (§ 116a) (EF)	Psych. Insti- tutsamb./ Soz.- päd. Zentren: PIA (§ 118), SPZ (\$ 119) (EF)	Hochspe- zial. Leis- tungen (\$ 116b) (EF)	Ambulan- te Opera- tionen (\$ 115b) (EF)	BG- Fälle (EF)	Selbst- zahler und Privatpatie- nten (EF)	Sonstige/ Andere/ Integrier- te Versor- gung (EF)
Innere Medizin		790	709					320	
Allgemein- und Viszeralchirurgie		431	1.533			224		150	
endovaskuläre Chirurgie		138	952			220		171	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		112	2.274			159		522	
Orthopädie		215	3.112			228		771	
Augenheilkunde		155	5.720			2.473		1.178	
Internistische									
Onkologie		34	2.404				16	287	
Strahlentherapie								471	
Nuklearmedizin								841	
Radiologische Diagnostik		247	3.586					985	
Summe		2.122	20.290	0	0	3.304	16	5.696	0

daran beteiligte Fachgebiete	MVZ (§95) QF*
Strahlentherapie	7.180
Nuklearmedizin	

* QF: Fälle im Quartal (Die Notfälle, Ermächtigungsfälle sowie Fälle des MVZ lassen sich nur quartalsweise ermitteln.)