

Gesundheitsforschungsprogramm der Helmholtz-Zentren

Prof. Dr. J. Mlynek

Präsident der Helmholtz-Gemeinschaft, Berlin

Lieber Herr von Jagow,
lieber Herr Bitter-Suermann,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine sehr geehrten Damen und Herren!

Herzlichen Dank für die Einladung, heute mit Ihnen über Perspektiven der Gesundheitsforschung in Deutschland zu diskutieren. Ich möchte Ihnen darlegen, was sich die Helmholtz-Gemeinschaft überlegt, wie sie mit den großen Herausforderungen umgeht und ihren Teil zu signifikanten Fortschritten beitragen kann.

Dazu werde ich Ihnen zunächst einen Überblick über den Forschungsbereich Gesundheit geben und ihnen einen Eindruck vermitteln, wie gut unsere Zentren bezüglich der wichtigsten Volkskrankheiten aufgestellt sind.

Etwas genauer möchte ich dann diejenigen Schwerpunkte darlegen, die wir mittelfristig als ganz besonders wichtige Ziele ansehen: die schnellere Umsetzung von Ergebnissen aus der Grundlagenforschung in die klinische Anwendung, hier werde ich als Stichwort die translationale Forschung nennen sowie die Stärkung der präventiven Medizin, hier das Stichwort Helmholtz Kohorte. Auf beiden Feldern ist die Zusammenarbeit vor allem mit universitären Partnern unerlässlich.

Zum Schluß lassen Sie mich einige Eckpunkte zusammenfassen, die wir in der Helmholtz-Gemeinschaft für wesentlich erachten, und die wir als Impulse für eine zukünftige Gesundheitsforschung in unserem Land verstanden wissen möchten. Mittel- und langfristig streben wir dabei eine signifikante Ausweitung unserer Zusammenarbeit mit universitären und anderen außer-

universitären Partnern zu Nationalen Netzwerken auf dem Gebiet der wichtigsten Volkskrankheiten an.

Daten zur Helmholtz-Gemeinschaft und zu ihrem Forschungsbereich Gesundheit

Die Helmholtz-Gemeinschaft stellt die Dachorganisation von 16 Nationalen Großforschungseinrichtungen dar. Sie verfügt im Jahr 2009 über ein Gesamtbudget von etwa 2,9 Milliarden Euro. Von dieser Summe sind 2,1 Milliarden Grundfinanzierung des Bundes und der Länder im Verhältnis 90/10, etwa 800 Millionen jährlich werben wir als Drittmittel ein, davon etwa 100 Millionen von der Industrie, etwa 100 Millionen Euro aus der EU und etwa 600 Millionen im Wettbewerb eingeworbene Drittmittel der öffentlichen Hand.



Abb. 1: Standorte der Helmholtz-Gemeinschaft in Deutschland

Die Helmholtz-Gemeinschaft betreibt 16 Forschungszentren mit 240 Instituten und etwa 28.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, davon sind 8.000 Wissenschaftler, 4.000 Doktoranden, die gemeinsam mit den Universitäten ausgebildet werden und 1.500 Auszubildende.

Die Helmholtz-Gemeinschaft verfolgt vor allem drei Ziele

- Strategische Forschung als nationale Aufgabe
Dies bedeutet, wir betreiben für die Gesellschaft wichtige Forschungsthemen mit langem Atem (mittel und langfristig) wobei wir uns auf die ausgesuchten wichtigen Bereiche fokussieren:
 - Energie
 - Erde & Umwelt
 - Schlüsseltechnologien
 - Struktur der Materie
 - Luftfahrt, Raumfahrt und Verkehr
 - Gesundheit.
- Große Infrastrukturen und Gerätschaften
Beispiele sind die Lichtquellen Petra III, FLASH und XFEL sowie in der Kernphysik die Beschleunigeranlage FAIR (Facility for Antiproton and Ion Research), Großgeräte also, die wie XFEL und FAIR jeweils über 1 Mrd. Euro kosten.
- Transfer in Industrie und Gesellschaft
Dies betrifft natürlich Patente und Lizenzen, die u. a. helfen Spin-off Companies zu gründen. Aber es gibt auch den Aspekt des Transfers in die Gesellschaft, wie z. B. die Entwicklung des Tsunami-Frühwarnsystems.

Das Helmholtz-Gesundheitsprogramm

Das Gesundheitsprogramm der Helmholtz-Gemeinschaft hat ein Gesamtbudget von etwa 500 Mio. Euro pro Jahr. Davon sind 380 Mio. Euro grundfinanziert mit 90 % Anteil des Bundes und 10 % der Sitzländer der Zentren, 120 Mio. Euro sind eingeworbene Drittmittel. Es sind vor allem 4 Zentren, die sich praktisch ausschließlich mit Gesundheit beschäftigen (Abb. 2): in München das HMGU, welches umweltbedingte Erkrankungen untersucht, das HZI in Braunschweig untersucht Infektionserkrankungen, das DKFZ in Heidelberg und das MDC in Berlin. Hinzu kommt das Forschungszentrum

Jülich (FZJ) und das neu gegründete Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE).



Abb. 2: Biomedizinische Forschung durch die Helmholtz-Gemeinschaft in Deutschland

Die Arbeit im Gesundheitsbereich konzentriert sich auf die großen Volkskrankheiten, wobei jedes der Gesundheitszentren die Koordination eines der Krankheitsprogramme übernimmt. Dies sind das DKFZ für die Krebserkrankungen, das MDC für die Herz-Kreislauf- und metabolischen Erkrankungen sowie die regenerative Medizin und aktive Biomaterialien, das FZJ für die Erkrankungen des Nervensystems, das HZI für Infektionskrankheiten und das HMGU für umweltbedingte Erkrankungen und die systemische Analyse von Krankheiten. Das von Herrn Lange bereits vorgestellte DZNE schließlich wird sich in Zukunft auf die neurodegenerativen Erkrankungen fokussieren.

Die Helmholtz-Gemeinschaft erhält ihre Mittel in Verbindung mit forschungspolitischen Vorgaben, die alle fünf Jahre mit den Zuwendungsgebern ausgehandelt werden. Von dieser Warte aus ist unsere Gemeinschaft am politiknächsten. Auf der Basis dieser Vorgaben erarbeiten unsere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Programme, die alle fünf Jahre durch hochkarätige internationale Gutachter begutachtet werden. Auf der Basis der Gutachterempfehlungen gibt es dann Finanzierungsempfehlungen für die Programme. Über die Programme setzen sich die Budgets der Zentren zusammen. Die Politik wollte von uns die Konzentration auf die großen Volkskrankheiten.

Wir können mit dem Ergebnis hochzufrieden sein. So wird uns auf mehreren Gebieten der Gesundheitsforschung auch international eine führende Rolle zugeschrieben, so in der Krebsforschung, wo der Rolle der Papillomviren bei der Entstehung des Cervix-Carcinoms mit der Verleihung des Nobelpreis für Medizin an Prof. Harald zur Hausen im letzten Jahr gewürdigt wurde. Seine Forschung hat zur Entwicklung eines prophylaktischen Impfstoffs (Gardasil) geführt, was, wie Sie alle wissen, eine große Pionierleistung war. Auch auf anderen Gebieten ist es gelungen, neuartige und gezielt wirkende Therapeutika zu entwickeln, so das Etoposin gegen Tumorerkrankungen. Das vor kurzem zugelassene Removab, wirksam gegen malignen Aszites, war ursprünglich vom HMGU entwickelt und wird inzwischen von Fresenius vermarktet.

Führend sind wir auch auf dem Gebiet der Schwerionentherapie, die wesentlich auf Ergebnissen der Forschung der Gesellschaft für Schwerionentherapie in Darmstadt beruht. Kohlenstoffionen sind sehr gut geeignet, um Gewebe an ganz definierten Stellen in der Tiefe zu „bestrahlen“ bzw. zu zerstören. In der medizinischen Bildgebung sind mehrere unserer Einrichtungen, vor allem das FZJ an gemeinsamen Entwicklungen neuer Geräte zusammen mit industriellen Partnern (Siemens) beteiligt, untersuchen neue Einsatzmöglichkeiten und bringen diese Methoden, zusammen mit Partnern aus der universitären Medizin, in die klinische Anwendung. Ein Beispiel ist die MR-Technologie, wo vor kurzem in Jülich ein 9,6 T Gerät in Betrieb genommen werden konnte. Derzeit wird intensiv an einem kombinierten MRT-PET-System gearbeitet, welches völlig neue Möglichkeiten der Bildgebung eröffnen wird.

Auch im medizintechnischen Bereich können wir international einiges vorweisen. An der Entwicklung eines implantierbaren Hirnschrittmachers zur gezielten bedarfsgerechten Stimulation bei Parkinson und anderen neurodegenerativen Erkrankungen waren Wissenschaftler des FZJ zusammen mit universitären Partnern maßgeblich beteiligt. Weiterhin wurde ein Herzschrittmacher gegen bestimmte Formen erblicher Herzmuskeldystrophien entwickelt. Im Bereich der regenerativen Medizin und aktiven Biomaterialien können wir völlig neue Entwicklungen, z. B. auf dem Gebiet von Nahtmaterialien und Gefäßprothesen vorweisen.

Translationale Gesundheitsforschung

Grundsätzlich werden die Gesundheitszentren weiterhin auf drei Dinge besonderen Wert legen, auf die Grundlagenforschung, in die sehr stark investiert wird, auf die Analyse komplexer Systeme und der Modellierung im Rahmen der Systembiologie, und, besonders wichtig, die translationale Forschung. Ich möchte unterstreichen, daß wir es für absolut notwendig erachten, auf dem Gebiet der Translation zu wesentlichen Fortschritten zu kommen, was uns gerade in letzter Zeit auch gelungen ist.

Hier legen wir ganz besonderen Wert auf die Kooperation mit den universitären Zentren, für Helmholtz sind die Universitäten der strategische Partner Nummer 1. Wir brauchen die Universitäten für den wissenschaftlichen Nachwuchs und wir brauchen die Universitäten, um auf dem Gebiet der Spitzenforschung mehr kritische Masse zu erzeugen. Umgekehrt brauchen die Universitäten uns, damit die Absolventen nach dem Abschluß auf Zeit oder auf Dauer weiter Wissenschaft und Forschung betreiben können. Die Universitäten brauchen uns aber auch als Kooperationspartner. Die Erfolge der Exzellenzinitiative zeigen ganz klar die Vorteile der universitären Standorte, die versucht haben, mit den außeruniversitären Partnern zu kooperieren.

Als Beispiele will ich auf das in Heidelberg, in enger Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik, gegründete sog. Nationale Zentrum für Tumorerkrankungen (NCT) verweisen, das neben engen Kooperationen in direktem Umfeld der klinischen Praxis auch essentielle Plattformen zur Verfügung stellt, wie z. B. eine Zentrale für klinische Studien, ein Tumorregister, Tumorbanken und Gewebebanken etc.

In Berlin betreiben MDC und Charité als gemeinsame translationale Einrichtung das Experimental and Clinical Research Centre (ECRC). Gruppen von Charité und MDC können sich hier in einem wettbewerblichen Verfahren um Projektförderung und Räume bewerben. Die Projekte betreffen vor allem die Gebiete Herz-Kreislauf-, Krebs und neurologische Erkrankungen.

In Hannover wurde, in enger Zusammenarbeit zwischen dem HZI und der MHH, das Translationszentrum TwinCore gegründet, wo Grundlagenforschung zur Infektionsbiologie des Helmholtz-Zentrums in Braunschweig mit der Expertise der MHH in der klinischen Infektionsforschung kombiniert wird. Themen sind u. a. Infektion und Krebs, Methoden der Zell- und Gentherapie, experimentelle Virologie und Infektionsforschung.

Schließlich wird in München derzeit das „Comprehensive Pneumology Centre“ (CPC) aufgebaut, ein Kooperationsprojekt zwischen HMGU, der LMU und der Asklepios Lungenfachklinik in Gauting, welches zu einem Lungenzentrum der europäischen Spitzenklasse führen soll. Diese Erkrankungen sind gesundheitspolitisch von enormer Bedeutung, denn die Zahl der Lungenerkrankungen nimmt ständig zu und bereits heute zählen sie weltweit zu den häufigsten Krankheits- und Todesursachen.

In all diesen Zentren wird versucht, durch die direkte Zusammenarbeit von Klinikern und Grundlagenforschern in effektiver Weise neue Wege im diagnostischen wie therapeutischen Bereich zu gehen, bzw. diese Strategien rasch in die klinische Anwendung zu bekommen. Darüber hinaus finden in all diesen Translationszentren zusätzliche spezielle Ausbildungsprogramme für Mediziner statt, um diesen Zweig der medizinischen Forschung nachhaltig zu festigen.

Die großen Herausforderungen für die nächsten Jahre sind Entwicklung innovativer, auf den Einzelnen zugeschnittener Therapien („personalized medicine“) und die Entwicklung effizienter Strategien der Risikoerfassung, Frühdiagnostik und Prävention („preventive medicine“).

Helmholtz Kohorte

Neben der translationalen Forschung stellt die Stärkung der Epidemiologie, der Präventiven Medizin und der individuellen Risikoerfassung ein weiteres sehr wichtiges Ziel für die Gesundheitsforschung von Helmholtz dar.

Ich möchte Ihnen dazu ein Großprojekt vorstellen, das wir derzeit, zusammen mit universitären Partnern und der Leibniz-Gemeinschaft planen, die sog. Helmholtz-Kohorte. Es handelt sich dabei um eine große, prospektive Populationsstudie, in die 200.000 Teilnehmer mit einbezogen werden sollen. Hintergrund dieses Großprojekts ist, daß wir als Strategie für eine verbesserte zukünftige Gesundheitsversorgung im wesentlichen zwei große Herausforderungen identifizieren können:

- Wir benötigen für praktisch alle häufigen Volkskrankheiten neue und bessere Therapien, die speziell auf das Individuum zugeschnitten sind.
- Darüber hinaus gibt es noch eine zweite sehr wichtige Aufgabe, die darauf zurück geht, daß praktisch alle chronischen Volkskrankheiten erst festgestellt werden, wenn es für eine Heilung schon zu spät ist. Wenn jemand vergeßlich wird, ist die Alzheimersche Krankheit bereits so fortgeschritten, neuronales Gewebe bereits so irreversibel zerstört, daß selbst die beste Therapie diesen Menschen nicht mehr heilen kann. Ähnliches gilt für viele Krebserkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats.

Wir möchten in Zukunft weit besser als bisher Risiken für Erkrankungen erkennen können bzw. den Ausbruch vieler Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium erfassen. In Stadien, in dem noch wenig irreversible Schäden aufgetreten und Therapien weit wirksamer einzusetzen sind. Tatsächlich müssen wir stärker „Health Management“ statt „Disease Management“ betreiben, weil wir möglichst noch vor Eintritt von Symptomen tätig werden wollen. Das bietet die Chance, frühzeitig präventive Maßnahmen einzuleiten bzw. die Erkrankung abzumildern oder wirksam aufzuhalten.

Wie wollen wir das angehen?

Um mehr über Frühstadien oder Risikofaktoren zu erfahren, muß man gesunde Menschen systematisch erfassen und über einen längeren Zeitraum begleiten. Wir haben uns entschlossen, für eine solche prospektive Studie in Zusammenarbeit mit mehreren Universitäten eine Kohorte mit 200.000 Teilnehmern in einem Alter von 40-60 Jahren aufzubauen (Abb. 3). Diese

werden über 20 Jahre oder sogar länger konsequent verfolgt und begleitet. Die Teilnehmer werden zunehmend Krankheiten entwickeln, und man kann dann, wenn die Krankheit zum Ausbruch kommt, auf die ursprünglichen Informationen z. B. über Lebensweise, Umwelt, genetische Komponenten usw. der Betroffenen zurückgreifen bzw. Schlüsse daraus ziehen, ob, wann und wie man Erkrankungen frühestens erkennen kann, bzw. ob Risikofaktoren bestehen, die mit dem Verlauf und der Schwere der Erkrankung assoziiert sind.

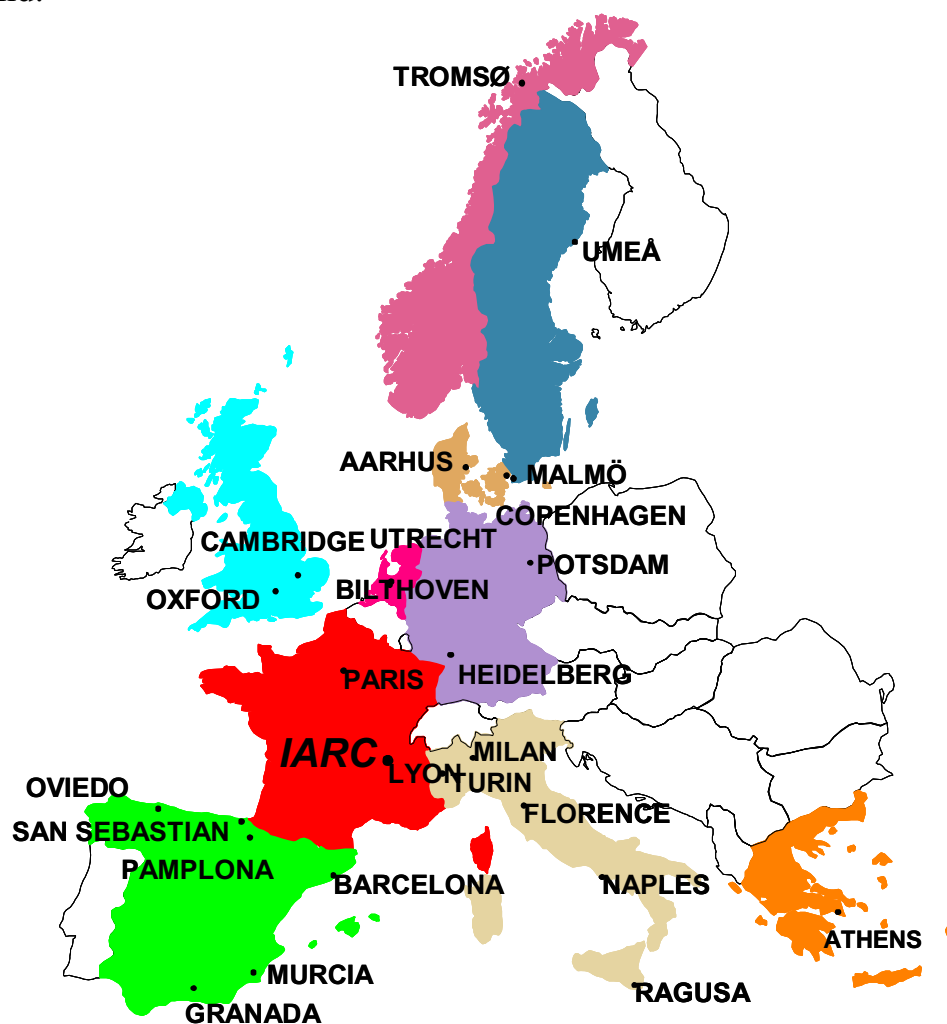


Abb. 3: Erfahrungen aus EPIC: Kollaborierende Zentren mit 500,000 Teilnehmern in 10 europäischen Ländern

Wir planen, dieses Projekt durch eine geeignete Anschubfinanzierung anzustoßen. Das Projekt paßt zur Mission der Helmholtz-Gemeinschaft, was die

Größe, Komplexität und Langfristigkeit betrifft. Was die Kosten betrifft, rechnen wir grob mit 200 Millionen Euro für die nächsten 10-15 Jahre. Das bedeutet, daß sich sowohl der Bund wie auch die Länder an der Förderung beteiligen müssen. Das Projekt wurde vor einem Jahr im Laufe unserer Helmholtz-Begutachtungen im Gesundheitsbereich durch ein internationales Gremium evaluiert und es wurde vorgeschlagen, zunächst eine gründliche Planungsphase von etwa 18 Monaten zusammen mit den universitären Partnern zu fördern. Der Senat der Helmholtz-Gemeinschaft hat diesem zugestimmt und eine Anschubfinanzierung von 20 Millionen Euro aus dem Helmholtz-Haushalt bewilligt. Mittlerweile gab es zahlreiche Treffen auf Arbeitsebene und das Projekt ist insgesamt auf einem guten Weg.

Mittel- und langfristige Perspektiven und Planungen im Verbund mit anderen Forschungsinstitutionen

Die Gesundheitsforschungsinitiative

Wie ich anfangs erwähnte, stehen wir bereits seit einem Jahr in einem intensiven Diskussionsprozeß um die zukünftige Aufstellung und Weiterentwicklung der Gesundheitsforschung in Deutschland und unseren Aufgaben dabei. Resultat dieses Strategieprozesses ist das Konzept einer Gesundheitsforschungsinitiative der Helmholtz-Gemeinschaft, die im wesentlichen von 4 Säulen getragen wird (Abb. 4).



Abb. 4: Neue Impulse: Gesundheitsforschungsinitiative der Helmholtz-Gemeinschaft

Die Helmholtz-Gesundheitsforschung richtet sich entlang der wichtigsten Volkskrankheiten aus. Dabei wollen wir eine Koordinierungsrolle in fairer Partnerschaft einnehmen. Förderelemente der Projektförderung, wie sie z. B. die DFG betreibt, sind zeitlich befristet. Ich habe als Leiter der Humboldt-Universität erleben müssen, wie schwierig es sein kann, ein ausgezeichnet arbeitendes Projekt nach Auslaufen der Projekt-Förderung aus den universitären Mitteln weiter zu betreiben. Wir bieten Ihnen eine institutionalisierte Förderung in fairer Partnerschaft an. Man muß sich dafür nur auf eine gemeinsame Reise mit gemeinsamen Zielen einlassen.

Lassen sie mich zum Schluß etwas genauer auf die mittelfristig angestrebten nationalen Konsortien eingehen. Unsere Zentren sehen sich hier insgesamt hervorragend aufgestellt, um bei der Bearbeitung der häufigsten chronischen Erkrankungen auch die Rolle eines nationalen Impulsgebers übernehmen zu können, so etwa bei den neurodegenerativen Erkrankungen. Ziel ist es, die vorhandene Expertise in unserem Land durch den Aufbau von Konsortien und Netzwerken auf den wichtigsten Krankheitsgebieten zu bündeln und in einer effektiven translationalen Wertschöpfungskette zusammen zu fassen, so wie dies etwa beim DZNE der Fall ist. Nach diesem Modell eines nationalen Verbundes, inzwischen auch schon häufiger das „Schavan-Modell“ genannt, soll es gelingen, im Verbund mit weiteren Partnern ausreichend kritische Masse in hochrelevanten Bereichen der Gesundheitsforschung herzustellen. In diesem Netzwerk arbeitet ein großes Helmholtz-Kernzentrum mit breiter Thematik im Verbund mit spezialisierten Partneereinrichtungen, die als Außenstellen z. B. an universitären Standorten aufgebaut werden. Das fördert die Zusammenarbeit mit Universitäten, Universitätskliniken und anderen Forschungseinrichtungen. Eine wichtige Folge davon ist auch, daß die Vorteile und Möglichkeiten einer institutionellen Förderung durch diese Zusammenarbeit indirekt auch von den Universitäten genutzt werden können. So können z. B. gemeinsame Forschungsarbeiten längerfristiger und nachhaltiger geplant werden.

Wir möchten dieses Modell fortentwickeln und auf andere geeignete Indikationsgebiete übertragen. Als Beispiele möchte ich nennen:

- Für die Krebsforschung das geplante Nationale Konsortium für Translationale Onkologie, mit dem DKFZ als Kernzentrum und ausgewähl-

ten Partnern an Universitätskliniken. Dieses Modell ist vor einigen Tagen der Öffentlichkeit von Frau Schavan vorgestellt worden.

- Für die Infektionsforschung das Twincore mit strategischen Partnern aus universitärer und außeruniversitärer Forschung.
- Für Diabetes und die Lungenerkrankungen das HMGU (CPC) und nationale Partner, wie vor allem die Leibniz-Gemeinschaft. Hier ist der Aufbau einer Föderation Deutscher Diabetes-Forschungsinstitute bereits weit fortgeschritten.
- Für Herz-Kreislauf und Stoffwechselerkrankungen, wobei sich MDC, Charité und nationale Partner aus der universitären und außeruniversitären Forschung verbünden. So plant das MDC die Gründung eines Nationalen Netzwerks für kardiovaskuläre Erkrankungen (NNKE). Als zentrale Einrichtung dafür soll auf dem Campus Berlin-Buch das Nationale Institut für kardiovaskuläre Erkrankungen (NIKE) als eine Einrichtung des MDC und der Charité als wesentlichem klinischem Partner gegründet werden.

Wie schwierig ist dieser Weg?

Es soll hier nicht verschwiegen werden, daß dies vor allem auch wegen unseres föderalen Systems kein leichtes Unterfangen ist. Natürlich unterscheiden sich die universitären und außeruniversitären Forschungsinstitutionen in vielfacher Hinsicht, z. B. was die Finanzierung betrifft, was das Aufgabenspektrum, die jeweiligen Forschungsstrategien und vieles mehr betrifft. Es herrschen verschiedene Denkkulturen, die Forschungsstrategien und Portfolios sind ebenfalls verschieden. Hier stehen wir nach meinen Erfahrungen noch eher am Anfang eines Entwicklungsprozesses. Uns begegnet bei Helmholtz zum Beispiel häufig die Meinung, wir wollten die finanziell nicht immer so gut ausgestatteten, gleichwohl sehr kompetenten und hochangesehenen universitären Partner quasi „schlucken“. Es sind auch andere Befürchtungen da, so zum Beispiel, daß die genannten großen Nationalen Konsortien dazu führen könnten, zu tief in die Forschungsstrategien der einzelnen Partner einzugreifen. Ich halte diese Ängste für irrational und möchte dafür plädieren, offen für neue Formen der Kooperation zu sein. Es ist meine tiefe Überzeugung, daß wir uns eine den unterschiedlichen Interessen Rechnung tragende Kultur der Zusammenarbeit in solchen Verbänden aneignen können. Dazu gehört allerdings, daß wir Grundsätze, Regeln und Standards

entwickeln sollten, nach denen wir in solchen Verbänden zusammenarbeiten wollen. Das betrifft die Auswahl der Themen, die in der Regel etwas Neues adressieren, einen Mehrwert anstreben sollten, wie er von den einzelnen Partnern allein nicht erreicht werden kann. Das betrifft die Auswahl oder die Zugangsbedingungen der Partner, hier muß die Qualität oder die Erfahrung an oberster Stelle stehen, wobei die Auswahl sicherlich mit Hilfe externer Expertise erfolgen sollte. Das betrifft die Zusammensetzung der Arbeitsgremien, Einrichtung von wissenschaftlichen Beiräten und vieles mehr.

Wir wollen zunächst Kompetenzen auf vier ausgewählten Gebieten weiter aufbauen. Darunter zählen die Neurowissenschaften, die Translationszentren. Wir gründen jetzt Helmholtz-Institute an universitären Standorten. In der Gesundheitsforschung/Biomedizin wird es auf dem Gebiet der pharmazeutischen Biotechnologie eine Kooperation der Braunschweiger Kollegen mit der Universität Saarbrücken geben. Das ist eine neue Form der institutionalisierten Kooperation von Helmholtz-Zentren mit universitären Standorten. Wir haben 100 Helmholtz-Hochschulnachwuchsgruppen, davon viele im Bereich der Gesundheitsforschung. Es gibt Helmholtz-Allianzen, die z. T. aus dem Impuls- und Vernetzungsfonds (sog. „Präsidentenfonds“) über 5 Jahre mit 40-50 Mio. Euro finanziert werden, 3 davon sind im Gesundheitsbereich (Systembiologie, Mental Health in an Ageing Society und Translation in der Onkologie).

Neben diesen Aufgaben, die wohl vor allem durch die eingebundenen Wissenschaftler zu lösen sind, kommen auch auf die Politiker und Ministerialvertreter gewaltige Aufgaben zu. Neben dem Bund sind natürlich immer auch die Länder beteiligt, nicht nur, wenn es um die Finanzierung geht, sondern auch bei personalrechtlichen Themen. Schließlich wird es sehr wichtig sein, institutionell geförderte Projekte durch eine geeignete Projektförderung zu flankieren bzw. zu ergänzen. Dies wird gerade im Bereich der Ausbildung und Nachwuchsförderung eine wichtige Rolle spielen müssen.

Lassen Sie mich kurz die wichtigsten Punkte nochmals zusammenfassen:

1.) Das Gesundheitsprogramm der Helmholtz-Gemeinschaft orientiert sich entlang der wichtigsten Volkskrankheiten, und konnte sich in einigen Fällen hervorragend international positionieren.

2.) Wichtigste mittelfristige Ziele sind:

a) die Einrichtung translationaler Zentren mit den entsprechenden Plattformen, um eine raschere Umsetzung interessanter Ergebnisse aus unserer Grundlagenforschung in die klinische Anwendung zu erreichen

b) der Aufbau einer großen prospektiven Kohorte, um die präventive Medizin in Deutschland signifikant zu stärken.

3.) Diese Ziele sowie die konsequente Fortentwicklung der Ausbildungsmöglichkeiten des wissenschaftlichen Nachwuchts und schließlich die längerfristig angestrebte Bildung Nationaler Konsortien (Modell DZNE) zur Bearbeitung aller wichtigen Krankheiten sind Bestandteil unserer gesundheitspolitischen Initiative. Diese baut strikt auf die faire Zusammenarbeit mit universitären und anderen außeruniversitären Partnern auf.

4.) Für die Zusammenarbeit in Nationalen Verbänden sollten von Seiten der Wissenschaftler Grundsätze, Regeln und Standards erarbeitet werden, um eine Zusammenarbeit auf hohem qualitativen Niveau zu ermöglichen. Schließlich sollte von politischer Seite versucht werden, institutionelle Förderung stärker als bisher mit Projektförderung zu verknüpfen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!