



# Karrierewege in der Hochschulmedizin

# Inhalt



## Einführung

Krankenversorgung und Lehre – mit Anspruch und Spaß	3
Der Motor ist ins Stocken geraten!	4
Impressionen	5



## Ausbildungsphase

Doktor werden – aber wie?	6
Vorbilder ebnen den Weg in die Forschung	8
Forschen und studieren im Einklang	9



## Qualifizierungsphase

Freiraum gefragt	10
Der Nachwuchs im Porträt	12
Internationale „Kaderschmiede“	14
Flexible Ausbildungsmodelle für den Nachwuchs gefragt	16
Attraktive Karriereoptionen	18



## Langzeitperspektive

Ganz oben wird die Luft dünn	19
Das Beste aus beiden Welten	21
Forscherin aus Leidenschaft	22



## Gehaltsstrukturen

Leistung muss sich wieder lohnen	23
„Im eigenen Land gut sein und gut bezahlt werden“	26
„Irgendwann ist die Grenze der Zumutbarkeit erreicht“	28



## Ausblick

Es bleibt viel zu tun	29
-----------------------	----

*Karrierewege*

# Krankenversorgung und Lehre – mit Anspruch und Spaß



**K**napp 80 Prozent der angehenden Medizinerinnen und Mediziner beginnen ihr Studium aufgrund persönlicher Neigungen und Begabungen, etwa 60 Prozent geben wissenschaftliches Interesse an. Doch während die Medizin beides ist, eine Wissenschaft und ein Kunsthandwerk, tritt im Studium die Wissenschaft zugunsten der Krankenversorgung in den Hintergrund. Und auch in den anschließenden Phasen der Weiterqualifizierung und Spezialisierung liegt der Schwerpunkt auf der Praxis. Wer trotzdem forschen und lehren, also wissenschaftlich tätig sein möchte, tut dies unter erschwerten Bedingungen, das heißt in der Regel

- außerhalb der „normalen“ Arbeitszeit (die für Ärzte durch Nachtschichten und Wochenendeinsätze sowie so recht ausgedehnt ist),
- ohne dafür entsprechende Anerkennung zu erhalten (oftmals im Gegenteil!) und
- bei niedrigerer Bezahlung als die nur klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Die Doppelfunktion von Krankenversorgung und Forschung ist nötig: Denn die Forschungstätigkeit erleichtert das Verständnis von Krankheiten und steigert somit die ärztliche Kompetenz. Die Erfahrung als Arzt oder Ärztin wiederum ist wichtig, um in der klinischen Forschung – sei es grundlagen-, krankheits- oder patientenorientierte Forschung – die richtigen Fragen zu stellen und aus den Erkenntnissen geeignete Schlussfolgerungen für die Praxis zu ziehen. Aber die Vereinbarkeit von beidem ist schwierig, und forschende Ärztinnen und Ärzte sind zunehmend rar. Die Gründe dafür sind seit Langem bekannt: Es fehlt an Ausbildung für die medizinische Forschung, an Wertschätzung und an Honorierung. Was ist also zu tun?

## In der Ausbildung

Die Ausbildung von Medizinern und Medizinerinnen orientiert sich an der praktischen ärztlichen Tätigkeit. Es mangelt in allen Phasen der Qualifizierung an „freier Zeit“ für die Forschung. Dies können wir ändern, indem wir die Promotion in der Medizin aufwerten und in dieser Phase etwa durch „Forschungsfreiemester“ Raum für eigenes wissenschaftliches Arbeiten eröffnen. Wir müssen uns außerdem darüber klar werden, dass patientenorientierte Forschung nicht mit der ärztlichen Tätigkeit konkurriert, sondern sie unterstützt. Die Ermöglichung und Anerkennung von Forschungszeiten im Rahmen der Weiterbildung ist daher eine *conditio sine qua non*.

## In der Wertschätzung

Forschung bringt Freude und Gewinn. Aber keine intrinsische Motivation – wie stark auch immer – kann auf Dau-

er bestehen, wenn das Engagement nicht entsprechend anerkannt und im wörtlichen Sinne honoriert wird. Dies gilt für Leistungen in der Forschung wie für die in der Lehre, sie müssen gleichermaßen in der leistungsorientierten Mittelvergabe berücksichtigt werden. Ärztliche und wissenschaftliche Tätigkeit in der Hochschulmedizin sind ebenbürtig und daher ebenso zu vergüten.

## In der Förderung

Eine Karriere in der Hochschulmedizin hat von jeher den Vorteil unterschiedlicher Laufbahnoptionen. Insbesondere für die Qualifizierung zu einer wissenschaftlichen Leitungsfunktion stellt die DFG mit den Graduiertenkollegs und den Forschungsstipendien, dem Emmy Noether- und dem Heisenberg-Programm sowie den spezifischen Programmen ‚NIH DFG Research Career Transition Awards‘ und Klinische Forschergruppen eine große Bandbreite an Fördermöglichkeiten zur Verfügung, die insbesondere die frühe Selbstständigkeit unterstützen. Hochschulen und Politik sind demgegenüber gefordert, auch im weiteren Karriereverlauf die Laufbahnoptionen flexibel zu halten und zugleich über Tenure Track-Angebote belastbare Perspektiven zu eröffnen. Die Forschungsförderung muss mehr noch als bisher ihren Beitrag dazu leisten, damit risikoorientierte Forschung in der klinischen Medizin unterstützt wird.

Die DFG hat sich des Themas Klinische Forschung schon wiederholt angenommen, im Herbst 2007 besonders unter dem Aspekt des medizinischen Nachwuchses, da hier dringlicher Handlungsbedarf besteht. Anlässlich der Konferenz „Karrierewege in der Hochschulmedizin“, die am 15./16. November in Berlin stattfand, ist es gelungen, viele beteiligte Gruppen zu versammeln, um Abhilfe für die oben beschriebenen Mängel zu diskutieren. Die vorliegende Dokumentation beschränkt sich nicht darauf, die Diskussionen in den vier Workshops nachzuzeichnen; sie hält auch die „Hausaufgaben“ fest, die den verschiedenen Handlungsträgern – den Hochschulen, der Politik, den Ärztevertretungen und den Forschungsförderern – auf den Weg gegeben wurden. Sie – nein, wir alle – werden uns daran messen lassen müssen, inwieweit wir in unseren jeweiligen Bereichen an der Umsetzung arbeiten. Ich bin zuversichtlich, dass mit dieser Konferenz ein wichtiger Anstoß erfolgte und durch die gemeinsamen Anstrengungen Fortschritte möglich gemacht werden. ■

PROFESSOR JÜRGEN SCHÖLMERICH,  
VIZEPRÄSIDENT DER DEUTSCHEN FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT



PROFESSOR AXEL HAVERICH IST DIREKTOR DER KLINIK FÜR THORAX-, HERZ- UND GEFÄSSCHIRURGIE AN DER MEDIZINISCHEN HOCHSCHULE HANNOVER UND PRÄSIDENT DER DGTHG – DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR THORAX-, HERZ- UND GEFÄSSCHIRURGIE IN BERLIN.

## Der Motor ist ins Stocken geraten!

Die Karriere in der Hochschulmedizin ist in den vergangenen Jahrzehnten immer

weniger attraktiv geworden, wie Statistiken und Umfrageergebnisse zeigen. Die Befunde scheinen eindeutig, die Ursachen vielschichtig – und eine Therapie (un)möglich? | VON PROFESSOR AXEL HAVERICH

### Befunde:

- Wissenschaftlich interessierte junge Ärztinnen und Ärzte orientieren sich zunehmend ins Ausland, namentlich die USA. Im Gegenzug wächst an deutschen Universitätskliniken die Zahl ausländischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, vor allem aus Osteuropa und dem Orient.
- Ein Großteil der Hochschulabsolventinnen und -absolventen der „Humanmedizin“ wendet sich keiner klinischen Tätigkeit zu. Auch während der Weiterbildung wandern viele wissenschaftlich interessierte Assistenten und Oberärzte in Felder wie Gesundheitsökonomie, Krankenhausmanagement oder Versorgungsforschung ab.
- Der Frauenanteil in leitenden Positionen des klinischen Wissenschaftsbetriebs bleibt gering, nach Umfragen des Marburger Bundes sind Universitätskliniken alles andere als familienfreundlich.
- Im DFG-Begutachtungssystem, da Publikationsleistung und Drittmittelinwerbung stark gewichtet, klinische Arbeit aber nicht, sind Kliniker benachteiligt.
- Die Vergütung im Sinne von Verdienst pro geleistete Arbeitsstunde gilt als unzureichend.

Im Gegensatz dazu sprechen zwei wesentliche Befunde für eine eigentlich sehr gute Ausgangsposition der Hochschulmedizin bezüglich ihres Nachwuchses:

- Nach wie vor studieren die besten Abiturienten bevorzugt „Humanmedizin“.
- Des Weiteren, erneut nach einer Umfrage des Marburger Bundes, ist die Leistungsbereitschaft der Mediziner an Universitätskliniken signifikant höher als in anderen Krankenhausbereichen.

### Ursachen (ebenso leicht zu durchschauen wie schwierig zu beheben):

In den 1970er- und 80er-Jahren hat sich die Anzahl von universitären klinischen Spitzenpositionen verdoppelt bis verdreifacht – eine für den Nachwuchs hoch attraktive Situation. Seit Mitte der 90er-Jahre aber stagniert die Zahl in den meisten klinischen Feldern, was natürlich die

Attraktivität einer Karriere in der Hochschulmedizin für Nachwuchswissenschaftler erheblich reduziert.

Darüber hinaus wurde vielerorts versäumt, Curricula zu entwickeln, die in einer gewissen Breite erfolgreich klinische Weiterbildung und wissenschaftliche Tätigkeit gemeinsam gestaltbar machen. Die ökonomischen Rahmenbedingungen mögen ein Grund sein, dass der Nachwuchs zunächst zielgerichtet die Facharztqualifikation angestrebt und etwa Rotationsstellen, auf denen er sich vorübergehend auf die Forschung konzentrieren könnte, nicht ausreichend wahrnimmt. Bei näherem Hinsehen ist es jedoch vor allem das Versagen vieler Klinikleitungen, dem funktionierenden Klinikbetrieb einen florierenden wissenschaftlichen Betrieb an die Seite zu stellen, das zu den beschriebenen strukturellen Defiziten führt.

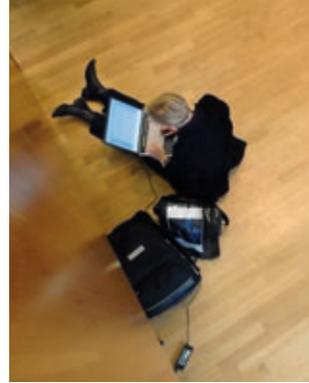
Schließlich ist als weitere Ursache zu nennen, dass in den letzten zwei Jahrzehnten wissenschaftliche Erfolge vornehmlich mit molekularer Forschung erzielt werden konnten, während klinische Durchbrüche in der Patientenversorgung weniger zählen.

### Therapie (einfach, aber schwer umzusetzen):

- Während der Aus- und Weiterbildung brauchen wir kombinierte Karrierewege für Klinik und Forschung.
- Unterhalb der Leitungspositionen von Abteilungen müssen attraktive (Dauer-)Positionen mit einer Teilverantwortung für die Bereiche Forschung, Lehre und Krankenversorgung geschaffen werden.
- Spitzenleistung in Forschung und Lehre sowie der Krankenversorgung wird aber in Zukunft nur erzielbar, wenn eine duale Leitung der Abteilung mit folgenden Kennzeichen gestaltet wird: eine überwiegende Verantwortung im klinischen Bereich durch die eine Leitung, im Forschungsbereich durch die andere bei gemeinsamer Verantwortung im Lehrbereich sowie akademischer Positionierung auf Augenhöhe.
- Außerdem müssen die Verdienstmöglichkeiten der Forschenden jenen der klinisch Tätigen vergleichbar werden. ■



IMPRESSIONEN



# Doktor werden – aber wie?

Der klinischen Forschung geht der Nachwuchs aus. Neben fehlenden Anreizen für die jungen Medizinerinnen und Mediziner mangelt es häufig auch an attraktiven Ausbildungsmöglichkeiten. | VON JEANNETTE GODDAR

**E**s gibt nicht vieles, was noch nicht gezählt, gemessen und erfasst wurde. So ist es auch mit denen, die ein Studium der Humanmedizin aufnehmen. Der durchschnittliche Studienanfänger ist in zwei von drei Fällen weiblich und wurde zu 38 Prozent vor allem durch ärztliche Vorbilder – zu 29 Prozent aus der eigenen Familie – überzeugt, dass Medizin das Richtige für ihn oder sie sei. Gefragt nach der intrinsischen Motivation steht auf Platz eins der Antworten: „persönliche Neigungen“, auf Platz zwei: „wissenschaftliches Interesse“.

Letzteres könnte für die klinische Forschung in Deutschland ein besonders erfreulicher Zustand sein. Das ist es allerdings nur im Prinzip – in der Praxis sucht die Medizinforschung bundesweit händeringend Nachwuchs und findet ihn nicht. Irgendwo und irgendwann zwischen Immatrikulation und Promotion scheint das wissenschaftliche Interesse zu verglühen. Oder sind ausschließlich Arbeitsbedingungen und Gehaltsstrukturen in der Forschung für das Missverhältnis zwischen Interesse und Berufswahl verantwortlich?

Nein! – Darüber, dass die Art der Ausbildung an Universitäten den Nachwuchs nicht für die klinische Forschung begeistert, war man sich bei der Tagung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) „Karrierewege in der Hochschulmedizin“ in Berlin von Beginn an einig. DFG-Vizepräsident Professor Jürgen Schölmerich brachte das größte Manko bereits in seinem Einführungsreferat auf den Punkt: „Die forschenden Ärzte, die wir benötigen, bilden wir gar nicht aus.“

Der Frage, woran das liegt und wie man es besser machen könnte, widmete sich im Rahmen der Berliner Konferenz der Workshop über die „Ausbildungsphase“. Die Analyse einiger Defizite fiel den Expertinnen und Experten nicht schwer: Die medizinische Ausbildung an



den deutschen Universitäten vernachlässigt nicht nur die Lehre, sondern auch die Forschungsnähe. Während ihres Studiums konzentrieren sich angehende Medizinerinnen und Mediziner vor allem auf das Erlernen wissenschaftlicher Grundlagen sowie auf die Praxis der Patientenbetreuung – damit aber gehen viele von ihnen schon in dieser Phase der klinischen Forschung verloren. Dabei sei es ungeheuer wichtig, „an der Forschung interessierte und begabte Studenten frühzeitig zu identifizieren und zu fördern“, berichtete Martin Kolb von seinen Erfahrungen aus Deutschland wie aus Kanada. Der in Würzburg ausgebildete Mediziner lehrt seit Jahren an der kanadischen McMaster-University. Dort werden Studierende mit Eignung und Interesse für die Forschung nicht nur frühzeitig erkannt, sondern ihnen wird anschließend auch an einer Graduiertenschule unter idealen Bedingungen der Weg zu einem wissenschaftlich hochwertigen PhD geebnet.

Doch auch in Deutschland wird das Problem an einigen Universitäten konstruktiv angegangen. In Greifswald zum Beispiel können Studierende die allgemein klinische und strukturiert forschungsorientierte Ausbildung gleich auf mehrere Arten und Weisen miteinander verbinden. Außerdem gibt es einen eigenen Studiengang Humanbiologie, der gezielt Nachwuchs für die klinische Forschung ausbildet. Genau am anderen Ende der Republik, in Konstanz am Bodensee, hat ein Team um den Biochemie-Professor Albrecht Wendel bereits vor 20 Jahren ein Modell erdacht, das auch heute noch in mancherlei Hinsicht als Vorbild dienen könnte: Binnen sechs bis zehn Monaten bildet ein Graduiertenkolleg dort Expertinnen und Experten in biomedizinischer Forschung aus. Zunächst war dies eine alleinige Initiative der Universität Konstanz, inzwischen geschieht dies in Zusammenarbeit



mit der ETH Zürich und der forschenden Pharmaindustrie. Der Mitgründer Albrecht Wendel zog in Berlin eine rundum positive Bilanz: „Die Zusammenarbeit von Naturwissenschaften und Medizin erweist sich als äußerst fruchtbar.“

Dass das Modell der Zukunft mehr Wert darauf legen müsse, durch gut betreute strukturierte Promotionen, zum Beispiel in den von der DFG geförderten Graduiertenkollegs, zu mehr Forschung unter Doktorandinnen und Doktoranden beizutragen, auch darüber gab es unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops keine Debatten. Uneins waren sie sich allerdings, wie mit der deutlichen Kluft umgegangen werden soll zwischen jenen Promovierenden, die eine auf umfassenden Forschungen beruhende Doktorarbeit abliefern, und jenen, die die unter Medizinern eher übliche, mit wenig Zeitaufwand erstellte Minimalvariante als Dissertation einreichen. Es gäbe da „überhaupt nichts schön zu reden,“ kommentierte Wendel, „für die meisten Studierenden ist die Promotion kein Forschungserlebnis, sondern schlicht Mittel zum Zweck – um am Ende ein D, ein R und einen Punkt dahinter auf das Türschild schreiben zu können.“

Das ist nicht nur für die Wissenschaft bedauerlich, sondern auch für jene Studierenden ärgerlich, die Lust haben, sich in der Forschung zu engagieren. Sarah Braungart ist so eine. „Ich hatte immer vor, wissenschaftlich zu arbeiten,“ berichtete die 22-Jährige den in Berlin Versammelten, „und das tue ich nun auch – doch fühle ich mich regelrecht bestraft.“ Um ihr Interesse zu verfolgen, nahm sie nach dem ersten klinischen Jahr ein Forschungsfreiemester, das, statt ihr hoch angerechnet zu wer-

den, nur negativ auf ihre Regelstudienzeit durchschlage. Am Ende wird sie, aufbauend auf ihrer Forschungsphase, eine hochwertige wissenschaftliche Arbeit abliefern, deren Würdigung sich von der all jener, die den herkömmlichen Weg gegangen sind, nicht unterscheidet: Für die in Dresden studierende Sarah Braungart ist die Lage klar: „Man sollte den Dr. med. in seiner bisherigen Lightversion abschaffen.“

Die Mehrheit der in Berlin Versammelten folgte ihrer Argumentation nicht. Stattdessen forderte der Workshop „Ausbildung“ neben dem „Dr. med. für die Haustür“ die Einführung eines zusätzlichen Titels für anspruchsvolle wissenschaftliche Arbeiten. Der Arbeitstitel solle MD/PhD lauten – allerdings ohne das integrierte US-amerikanische System, in dem auf den dreijährigen Bachelor der vierjährige integrierte MD/PhD folgt, automatisch zu übernehmen. Auch die Übernahme des BA-MA-Systems bewerteten die Workshop-Teilnehmer kritisch. Um für den einen wie den anderen Dokortitel künftig eine klare Unterscheidung zu haben, wurde die Einführung bundesweiter Kriterien angemahnt.

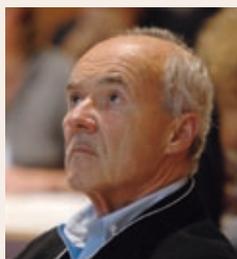
Die Runde hielt außerdem fest, dass ansonsten keine grundsätzlichen Reformen nötig seien. Die geltende Approbationsordnung wie auch die bestehenden Förderinstrumente der DFG und anderer Organisationen böten reichlich Spielräume, die nur besser ausgenutzt werden müssten. Wesentlicher als neue Strukturen sei, – auch bei der DFG – den Einsatz von Hochschullehrern in Nachwuchsförderung und Lehre in der Leistungsbewertung stärker zu gewichten und auch besser zu honorieren, zum Beispiel durch die Einbeziehung der Lehrtätigkeit in die leistungsorientierte Bezahlung. Eine zentrale Forderung war in dem Zusammenhang, die Karriereperspektiven für jene zu verbessern, die sich für eine Verbesserung der Lehre an den Universitäten engagieren. Das sollte insbesondere für Arbeit gelten, die im Rahmen von Mentoring-Programmen oder in Graduiertenkollegs geleistet wird. „Auch dieser Einsatz“, forderte der Workshop, „muss in die bestehenden Leistungssysteme aufgenommen werden.“

Die intensive Erörterung des Ist-Standes der Mediziner-Ausbildung in Deutschland ergab aber auch: Die Masse der Studierenden muss erreicht werden, nicht nur, aber auch um vielversprechenden wissenschaftlichen Nachwuchs schon frühzeitig identifizieren zu können. Darüber hinaus sprach sich die Mehrheit dafür aus, die Ausbildung für alle auf hohem wissenschaftlichen Niveau stattfinden zu lassen. Dazu gehöre auch, schon in der Vorklinik Methodenkurse anzubieten sowie Kurse in „Evidence-Based-Medicine“ auszubauen. Einige Teilnehmer forderten sogar, die Trennung zwischen vorklinischer und klinischer Phase aufzuheben und die angehenden Mediziner früher als bisher an die Forschungspraxis heranzuführen.

Ob mit den geforderten Änderungen der Nachwuchs nun massenhaft und voller Enthusiasmus in die Labore der klinischen Forschung strömt, das bleibt natürlich offen. Aber Impulse zum Nachsteuern in die richtige Richtung hat die Tagung aufgezeigt. ■



SARAH BRAUNGART



PROFESSOR ALBRECHT WENDEL



PROFESSOR MARTIN KOLB



PROFESSOR JÜRGEN SCHÖLMERICH



## »Die Vorklinik bremst die Begeisterung für Wissenschaft aus«

DR. JAKOB HEIN IST OBERARZT UND  
LEHRKOORDINATOR AN DER KLINIK FÜR  
PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE  
CCM DER BERLINER CHARITÉ.

# Vorbilder ebnen den Weg in die Forschung

Die theoretische und praktische Ausbildung in der Medizin muss besser miteinander verzahnt werden, fordert der Berliner Mediziner Dr. Jakob Hein.

**duz:** Viele Studierende der Medizin, heißt es beim Wissenschaftsrat und bei der DFG, starten voller Interesse für die medizinische Forschung – und am Ende widmet sich ihr kaum einer im Hauptberuf. Woran liegt das?

**Jakob Hein:** Ein zentraler Grund ist meines Erachtens, dass die Trennung zwischen vorklinischer und klinischer Phase die Begeisterung für Wissenschaft ausbremst. Studierende, die neugierig und aufnahmebereit an die Universität kommen, lernen zwei Jahre fast ohne Kontakt zur Praxis und zu klinischen Forschern – das ist zu lange.

**duz:** Sie würden die Vorklinik abschaffen?

**Jakob Hein:** Als strikt getrennte Phase demotiviert sie viele Studierende. „Vorklinik“ heißt eben „vor der Klinik“ – und die meisten Medizinerinnen und Mediziner wollen in die Klinik und nicht davor. Warum lassen wir sie erst einmal durch eine Art brennenden Reifen springen, bevor sie die Praxis erleben dürfen? Zielführender im Sinne der Forschung wäre, den Elan, den sie mitbringen, vom ersten Tag an zu hegen und pflegen.

**duz:** Ist „mehr Praxis“ gleichbedeutend mit „mehr Wissenschaft“? Manche argumentieren, zu viel Praxisnähe schade der Wissenschaft und insbesondere der Vermittlung ihrer Grundlagen?

**Jakob Hein:** Ich kann dem nicht folgen. Wissenschaft hat mit Kreativität zu tun; ein guter Forscher wird nur jemand, der kreatives Potenzial mitbringt und auch die Gelegenheit bekommt, dieses zu entwickeln. Zurzeit fördert das Medizinstudium vor allem Kompetenzen, die die Studierenden schon haben: Jeder von ihnen hat bereits gelernt, zu lernen und fleißig zu sein; sonst wären ihre Noten nicht gut genug. Bei uns pauken sie dann einfach weiter. So entsteht zusätzlich auch noch der Eindruck, das sei alles, was Wissenschaft zu bieten habe. Natürlich ist das in der Vorklinik vermittelte Grundlagenwissen unerlässlich. Aber warum soll es nicht möglich sein, es in die Praxis zu integrieren?

**duz:** Zuweilen heißt es auch, die Betonung der Praxis im Medizinstudium habe zu einem Rückgang der Wissenschaftlichkeit geführt.

**Jakob Hein:** Ich verstehe nicht, dass „Praxis“ und „Wissenschaft“ ein Widerspruch sein sollen. Bis heute bildet nur eine kleine Minderheit der Universitäten praxisnah aus – und dann noch meist in Modellstudiengängen. An der Charité, die als eine der ersten bundesweit einen Reformstudiengang mit problemorientiertem Lernen und regelmäßigem Patientenkontakt einführte, haben wir keineswegs die Erfahrung gemacht, dass nicht wissenschaftlich ausgebildet wird. Die Studierenden dort promovieren genauso häufig wie ihre Kommilitoninnen und Kommilitonen anderswo; ebenso häufig widmen sie sich der Forschung.

**duz:** Häufig berichten Menschen, die in die Forschung gehen, sie hätten entsprechende Vorbilder gehabt: also klinische Forscherinnen oder Forscher, die sie gefordert und gefördert haben.

**Jakob Hein:** Ja. Studierende leiden enorm darunter, dass sie über die Jahre nicht einen regelmäßigen Ansprechpartner haben, sondern genau das Gegenteil: nämlich alle paar Monate einen neuen Chef oder eine Chefin. Niemand an der Fakultät übernimmt zurzeit Verantwortung für einzelne Studierende und sagt: Ich bin für dich da, hast du Fragen? Wir brauchen aber regelmäßigen Kontakt zwischen Studierenden und Professorinnen und Professoren, und zwar strukturiert. Mentoring wäre gut – dann hätte jeder Studierende einen festen Ansprechpartner für regelmäßige Gespräche über den Studienverlauf und mögliche Optionen. So ließen sich auch wissenschaftliche Vorbilder finden: Wenn jemand beispielsweise eine Affinität zu Chirurgie oder Biomedizin hat, würde man sich frühzeitig dafür einsetzen, dass derjenige einen entsprechenden Mentor bekommt. Darüber hinaus gilt aber insgesamt: Die Betreuungsrelation an den medizinischen Fakultäten muss dringend verbessert und mehr Gewicht auf die Lehre gelegt werden. Mit der Einstellung „Lehre muss eben auch sein!“ ist qualifizierter Nachwuchs nicht angemessen zu fördern. ■

INTERVIEW: JEANNETTE GODDAR

# Forschen und studieren im Einklang

Mit ihrem interfakultären Studiengang Humanbiologie bildet die Universität Greifswald gezielt Nachwuchs für die biomedizinische Forschung aus. | VON JEANNETTE GODDAR



PROFESSORIN BARBARA M. BRÖKER ARBEITET AM INSTITUT FÜR IMMUNOLOGIE UND TRANSFUSIONSMEDIZIN DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD UND IST SPRECHERIN DES GRADUIERTENKOLLEGS „DIE WECHSELWIRKUNGEN ZWISCHEN ERREGER UND WIRT BEI GENERALISIERTEN BAKTERIELLEN INFESTIONEN“.

**W**enn Professorin Barbara Bröker vor Publikum über ihre Universität spricht, fängt sie etwas unerwartet an. Zunächst zeigt sie eine Deutschland-Karte und deutet weit nach oben und weit nach rechts. „Dort oben, das ist Greifswald“, sagt sie, und ein Blick in die Reihen lässt erahnen, dass sie so manchem damit tatsächlich etwas Neues verrät.

Dabei gibt es gute Gründe, sich die Universitätsstadt in Mecklenburg-Vorpommern genauer anzusehen. Seit dem Mauerfall hat die Ernst-Moritz-Arndt-Universität ihre Studentenzahlen beinahe vervierfacht: von 3.000 auf mehr als 11.000 Immatrikulierte, Tendenz stetig steigend. Gerade in dem Fachgebiet, in dem die Immunologin Barbara Bröker tätig ist, eilt der Hochschule ihr guter Ruf bis in den Westen voraus – dies legt ein Blick auf die Statistik nahe: Nach Berlin ist Greifswald bundesweit der beliebteste Studienort für angehende Mediziner. In diesem Jahr bewarben sich nahezu 2.700 Abiturienten um die 180 Plätze. Um dem Ansturm wie dem Anspruch an eine qualitativ hochwertige Ausbildung gerecht zu werden, entsteht an der Universität zurzeit für 260 Millionen Euro ein topmoderner und interdisziplinärer Life-Science-Campus. Ab 2009 werden in ihm alle 21 Kliniken und 19 Institute an einem Standort vereint sein.

Interdisziplinär studieren kann man in Greifswald schon länger. Bereits in den 90er-Jahren erkannte die Universitätsleitung, dass die medizinische Forschung daran krankt, dass es zu wenige Menschen gibt, die sowohl in der Medizin als auch den Naturwissenschaften qualifiziert sind: also Medizin mit naturwissenschaftlichem Fundament und Naturwissenschaft mit medizinischen Kenntnissen. Gemeinsam entwickelten und gründeten die mathematisch-naturwissenschaftliche und die medizinische Fakultät den interfakultären Studiengang Humanbiologie. In ihm wird seither gezielt Nachwuchs für die biomedizinische Forschung ausgebildet. Das viersemestrige Grundstudium vereint Grundlagen aus beiden Fachbereichen. Im Hauptstudium wählen die Studierenden ein Haupt- und

zwei Nebenfächer: also beispielsweise Biochemie/Molekularbiologie sowie Genetik und Pharmakologie, oder auch Immunologie, Mikrobiologie und Humanökologie. Zwei Drittel ihrer Zeit verbringen die Studierenden im Labor. Am Ende steht das Diplom, das demnächst durch den Bachelor und Master of Science ersetzt wird.

Seit 2003 bietet die Universität zusätzlich eine forschungsintensive Richtung im Medizinstudium an: Unter dem Titel „Medizin-plus“ wurde ein Programm entwickelt, das die Möglichkeiten der neuen Approbationsordnung kreativ für den Ausbau der wissenschaftlichen Arbeit nutzt. Mit der Umwandlung der Semester in Studienjahre können Humanmedizinerinnen und -mediziner die (ehemaligen) Semesterferien zu einem kompakten Forschungsblock bündeln und so binnen 18 Monaten eine experimentelle Dissertation erarbeiten. Etwas mehr als jeder zehnte Medizin-Studierende nutzt diese Chance zur fundierten Beschäftigung mit einem eigenen Forschungsthema.

Seit dem Wintersemester 2007/08 bietet „Medizin-plus“ den angehenden Humanmedizinerinnen und -mediziner die bundesweit bisher einzigartige Möglichkeit, an einer universitätseigenen Graduate School einen naturwissenschaftlichen Dr. rer. nat. zu erwerben. Das Angebot richtet sich an Studierende, die nach dem dritten Studienjahr vorübergehend in die Naturwissenschaften „umsatteln“ und binnen eines Semesters einen „Bachelor of Science“ machen. Wer diesen und den ersten Teil der Ärztlichen Prüfung (das frühere „Physikum“) mindestens mit „Gut“ abschließt, kann sich um Aufnahme in die „Greifswald Graduate School of Science“ bewerben und dort in drei Jahren die Promotion abschließen. Danach setzen die Doktorinnen und Doktoren der Naturwissenschaften ihr Medizinstudium fort. Das Greifswalder MD/PhD-Programm „Medizin-plus“ lebt vor, dass es möglich ist, Forschen und Studieren in Einklang zu bringen und über die Fakultätsgrenzen hinweg eine sehr hochwertige Qualifizierung anzubieten. ■

# Freiraum gefragt



In der klinischen Weiterbildung kommt die Forschung oft zu kurz. Damit Nachwuchswissenschaftler nicht nur Dienste auf der Station machen, sondern auch Zeit fürs Labor finden, fordern Experten eingehende Reformen. | VON MARION HARTIG

**E**s endet für sie oft in Feierabendforschung. Nach einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin von 2006 sind Assistenzärztinnen und -ärzte in der Klinik im Schnitt zehn Stunden am Tag damit beschäftigt, auf der Station Kranke zu versorgen. Nur 100 Minuten investieren sie an Werktagen in "nicht-ärztliche Tätigkeiten", sprich die Forschung, das Experimentieren im Labor, das Erheben von Daten und Verfassen von wissenschaftlichen Texten. Am Wochenende sind es 140 Minuten pro Tag.

„Viele Ärztinnen und Ärzte finden erst nach dem Dienst Zeit zum Forschen“, sagt Professor Robert Thimme. Er ist geschäftsführender Oberarzt der Abteilung Innere Medizin II an der Universitätsklinik Freiburg. Nach wie vor sei es für Medizinerinnen und Mediziner, die eine Hochschullaufbahn anstreben, ein Problem, klinische Aus-

bildung und Forschung unter einen Hut zu bringen. Doch auch in Zukunft sollten praktische und theoretische Medizin möglichst miteinander verwoben werden: Es gelte nicht, dieses Konzept aufzuheben, sondern vielmehr, die Rahmenbedingungen für angehende Forscherinnen und Forscher zu verbessern, sagt Thimme. „Von der oft fehlenden wissenschaftlichen Ausbildung bis zu mangelnden beruflichen Perspektiven gibt es Handlungsbedarf.“

Die Qualifizierung läuft nicht optimal, meint auch Professor Ulf Müller-Ladner, der am Lehrstuhl für Innere Medizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen tätig ist. „Wir haben kein klar strukturiertes Weiterbildungsprogramm, das zum klinischen Forscher führt.“ Forschung bleibe allein der Eigeninitiative eines Mediziners überlassen.

„Wir brauchen verbindliche Curricula für die Facharzt-ausbildung, die das Verhältnis von praktischer Medizin



PROFESSOR ROBERT THIMME,  
GESCHÄFTSFÜHRENDER OBERARZT  
AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
FREIBURG

und Forschung festlegen“, fordert ebenfalls Professorin Babette Simon, Vizepräsidentin der Universität Marburg. Ein entscheidendes Manko während der Weiterbildung sei die geringe Zeit, die für Forschung bleibe. Wegen personeller Unterbesetzung hätten Ärztinnen und Ärzte oft kaum Freiräume für das Arbeiten im Labor. „Die Dienstpläne müssen mit mehr Rücksicht auf Lehre und Forschung erstellt werden.“ Sie schlägt vor, dass Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler selbst eingeworbene Drittmittel nutzen können sollten, um sich für die Forschung „freizukaufen“.

Es gibt eine Reihe an einigen Kliniken bereits realisierter Modelle, die dafür sorgen, dass die Forschung in der klinischen Qualifizierung nicht zu kurz kommt. Der Mediziner Müller-Ladner empfiehlt eine einjährige komplette Auszeit oder einen Tag in der Woche für die Forschung. „Wir brauchen mehr ‚Gerok-Stellen‘“, meint Robert Thimme: Über die nach dem ehemaligen DFG-Vizepräsidenten Wolfgang Gerok benannten und von der DFG geförderten Positionen werden Personalmittel bereitgestellt, um bereits in einer Klinik angestellten Ärztinnen und Ärzten Zeit fürs Labor zu geben.

Dabei haben gerade exzellente Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner die Möglichkeit, sich ihre Forschungszeit durch zahlreiche Förderprogramme zu sichern (siehe Kasten Seite 15). Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat ein entsprechendes Angebot, Stiftungen vergeben Stipendien und Preise. Mit Drittmitteln können Stellen eingeworben, Nachwuchsgruppen aufge-

baut und Forschungsprojekte realisiert werden. „Es gibt sehr gute Förderprogramme“, meint Babette Simon. Diese reichten aber nicht aus, die Situation zu verbessern. „Schließlich ist das nicht nur eine Angelegenheit der DFG – auch die Fakultäten und Universitätskliniken sind gefordert.“

Auch weniger aufwendige Mittel können große Wirkung entfalten. „In der Phase der Qualifikation brauchen junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Mentoren, die ihnen Rückkopplung geben, sie begleiten und ihnen ihre Perspektiven aufzeigen“, erklärt Simon. So sei vielen Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner unbekannt, welche Möglichkeiten es gebe, Stellen und Projekte fördern zu lassen. Die Mentorinnen und Mentoren könnten dabei wichtige Informationsarbeit leisten.

Es gehe also darum, bereits vorhandene Mittel und Wege besser zu nutzen, aber auch weiter zu optimieren, sagt die Medizinprofessorin. Denn: Hochschulmedizin hänge entscheidend von wissenschaftlicher Innovation ab. „Daher ist es von großer Bedeutung, dass Forschung schon während der Qualifikationsphase einen angemessenen Platz einnimmt.“ ■

## Zur Person



**Professorin Babette Simon** hat in Freiburg und Basel studiert und an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg promoviert. Anschließend war sie, unter anderem mit einem DFG-Stipendium, als Postdoc am Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School. 1998 folgte die Habilitation im Fach Innere Medizin, ein Jahr später die Anerkennung als Fachärztin mit Schwerpunkt Gastroenterologie. Seit 2003 ist die Mutter von drei Kindern Professorin am

Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg. 2005 hat sie einen Master in Health Care Management an der Universität Heidelberg/Mannheim abgeschlossen und seit 2006 ist sie Vizepräsidentin der Marburger Philipps-Universität.

In Deutschland ist die Vereinbarkeit von Karriere und Familie vor allem für Frauen und insbesondere in der Medizin noch immer schwierig. Ärztinnen in den höheren Rängen der Kliniken sind rar. Dass ein Aufstieg in die Chefarztetagen und Universitätsleitungen ohne Verzicht auf Kinder und Privatleben möglich ist, dafür setzt sich Babette Simon ein – und bietet auch selbst ein überzeugendes Beispiel.

Die Medizinerin drückt es so aus: „Wenn ich meinen ersten Sohn nicht in den USA bekommen hätte, könnte es gut sein, dass ich kinderlos geblieben wäre.“ Dies begründet sie mit der gesellschaftlichen und insbesondere auch im beruflichen Umfeld vorhandenen Akzeptanz der Familiengründung, die sie in Amerika bereits vor 20 Jahren kennengelernt hat. Das Thema „Kinder“ hat sie in ihrem Berufsleben in Deutschland dagegen lange möglichst nicht angesprochen. In den letzten Jahren allerdings – nicht zuletzt wegen ihres Engagements als Frauenbeauftragte für Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen der Universitätsklinik in Marburg

und seit 2006 als Vizepräsidentin mit der Zuständigkeit für das Ressort Wissenschaftlicher Nachwuchs und Chancengleichheit – setzt sie sich dafür ein, auch für Frauen die Möglichkeiten zu verbessern, Karriere und Familie zu verbinden, zur Not mit der umstrittenen Frauenquote: „Ich persönlich war früher vollkommen gegen eine Quote, mittlerweile befürworte ich sie. Ohne eine Frauenquote wird sich nur wenig ändern, und es gibt genügend hoch qualifizierte Wissenschaftlerinnen.“ Als Mitglied der Anfang 2008 etablierten Kommission zur Erarbeitung Forschungsorientierter Gleichstellungsstandards der DFG kann sie ihre Vorstellungen an entscheidender Stelle mit einbringen.

In ihrer Verantwortung für den wissenschaftlichen Nachwuchs setzt sie sich jedoch primär geschlechtsunabhängig für Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von wissenschaftlicher Karriere und Familie ein. Sie gibt dabei zu bedenken: „Beruflicher Erfolg mit Familie kann nur mit viel persönlichem Engagement und Arbeitseinsatz gelingen, und die Akzeptanz des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin ist Voraussetzung.“ In einem Punkt ist die erfolgreiche Medizinerin eindeutig: „Keine Karriere ist es wert, dass man auf Kinder verzichtet!“ ■

DR. ANJANA BUCKOW, DFG

Arzt im Glück



**Wo Forschung und Arztsein nur ein paar Schritte auseinander liegen: Dr. Jan Wehkamp fand in Stuttgart ideale Bedingungen, um sich zum forschenden Arzt zu qualifizieren**

Nach dem dritten Semester hat Jan Wehkamp mit dem Forschen angefangen – und es hat ihn nicht mehr losgelassen. Seitdem befasst sich der Mediziner mit der Entstehung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen. Über dieses Thema schrieb er auch seine Doktorarbeit. Dazu forschte er nach seinem Studium in den USA und Deutschland – unter anderem als Postdoc und später als Fakultätsmitglied der University of California. Heute arbeitet er in Stuttgart an dem Thema weiter.

„Die Voraussetzungen sind für mich ideal“, sagt der junge Wissenschaftler. In Stuttgart kann der 33-Jährige verbinden, was für viele Mediziner ein Problem ist: Wehkamp ist Assistenzarzt am Robert-Bosch-Krankenhaus und leitet außerdem im nur ein paar Schritte entfernten Dr. Margarete-Fischer-Bosch-Institut für Klinische Pharmakologie eine Emmy Noether-Nachwuchsgruppe. Dass er das Gros seiner Arbeitszeit in die Forschung investieren kann, „macht neben der Deutschen Forschungsgemeinschaft und der Robert Bosch Stiftung auch der Ernst Jung-Karriere-Förderpreis für Medizin möglich“, erklärt Wehkamp. 2006 wurde er mit dem Nachwuchspreis ausgezeichnet. Mit den Förderungen kann Wehkamp die eigene Stelle und die Arbeitsgruppe eigenständig finanzieren und organisieren.

Jan Wehkamps Tag fängt mit der Familie an. Nach dem Frühstück setzt er seine beiden Söhne ins Auto und bringt sie in Kindergarten und Schule. Im Institut angekommen trifft er sich mit seiner Arbeitsgruppe und bespricht den Tag. Vom Institut pendelt er zum Dienst in die Ambulanz und von dort in sein Büro, wo er Daten analysiert und Texte schreibt. Zehn bis elf Stunden arbeitet er täglich, erzählt er. Oft nimmt er sich wissenschaftliche Lektüre mit nach Hause.

Ohne den Rückenwind seines Mentors hätte er aber kaum die Chance, in der internationalen Spitzenforschung mitzumischen: „Er hält mich aus vielem raus“, sagt der Mediziner. „Wenn ich eine Station führen müsste, könnte ich sicher nicht auch noch auf hohem Niveau ein Forscherteam leiten“. Die Zeiten, in denen er für die Patienten da ist, sind zumindest zurzeit genau festgelegt. Auch wenn er Vorträge hält oder zu Meetings etwa nach Regensburg, Paris oder Kalifornien reist, lässt sich das intern regeln. Kollegen übernehmen Dienste.

Wohin ihn seine Karriere führen soll, weiß Jan Wehkamp noch nicht. Sein Ehrgeiz ist es, bisherige und zukünftige Erkenntnisse aus der Forschung mittelfristig in der Therapie anzuwenden. Seine Ausbildung ist darauf ausgerichtet: Er plant, Facharzt für Gastroenterologie und Pharmakologie zu werden. Daneben steht die Habilitation an.

In ein paar Jahren würde er gern ein Institut mit einer zugeordneten klinischen Abteilung leiten. Aber er kann sich auch anderes vorstellen. „Hauptsache ich kann unabhängig und in einem guten Team weiter an meinem Thema forschen – und wenn möglich als Arzt arbeiten.“ Dazu gehört für ihn aber auch, dass die Bezahlung international wettbewerbsfähig ist. ■

Marion Hartig

MITEINANDER IM GESPRÄCH: NACHWUCHSWISSENSCHAFTLERINNEN UND -WISSENSCHAFTLER AUS VERSCHIEDENEN KARRIERESTUFEN SOWIE VERTRETERINNEN UND VERTRETER AUS DEM HOCHSCHULBEREICH, AUS KLINIKEN, VERBÄNDEN UND DER POLITIK.



**Der Lübecker Mediziner Dr. Philipp Steven bahnt sich seinen Weg zwischen Klinik und Forschung**

Am Anfang seines Studiums war die Sache ganz klar. Philipp Steven hatte einen beeindruckenden Anatomie-Dozenten, das Fach machte ihm großen Spaß. Er beschloss, Anatom zu werden und sich mit dem Aufbau von Organismen zu befassen. Doch im Laufe der Semester lernte der Mediziner das Klinikleben kennen. Die Arbeit mit den Patienten reizte ihn. Und plötzlich taten sich zwei berufliche Wege auf. Sollte er nun Forscher oder Arzt werden?

„Inzwischen wäre ich gern beides“, sagt der 31-Jährige. Sein wissenschaftliches Interesse konzentriert sich allerdings nicht mehr nur auf die Anatomie, sondern auch auf das Auge. Ein Forschungsaufenthalt in Australien hat ihm das „ästhetische Organ“ näher gebracht. Nun wechselt Steven seit einigen Jahren zwischen Forschung und Arztsein hin und her – und hofft, in den nächsten Jahren eine Position zu finden, auf der sich beides verbinden lässt.



Der Augenforscher



## Auf dem Weg zur



## Infektiologin

**Wie die Assistenzärztin Dr. Christine Dierkes am Universitätsklinikum Regensburg Intensivstation und Labor unter einen Hut bekommt**

Christine Dierkes hat ein konkretes Bild davon, wie ihre berufliche Zukunft aussehen soll: In ein paar Jahren ist sie an einer Universitätsklinik als Oberärztin für Infektiologie tätig und versorgt Patienten. Außerdem hat sie genug Zeit, um im Labor zu arbeiten und Veröffentlichungen zu schreiben.

Dass es allerdings nicht leicht ist, Klinikärztin zu sein und gleichzeitig zu forschen, und dass die Jobs, in denen beides zu verbinden ist, rar sind, bekommt die Assistenzärztin schon heute zu spüren.

Christine Dierkes arbeitet an der Universitätsklinik Regensburg. In zwei Jahren hat die 29-Jährige voraussichtlich ihren Facharzt für Innere Medizin in der Tasche. „Bei uns gibt es das Rotationsprinzip“, erklärt sie. Das heißt: In ihrem ersten Jahr war sie Ärztin in der Klinik, dann hat sie ein halbes Jahr geforscht. Jetzt hat sie der Krankenhausalltag wieder. Auf einer Intensivstation kümmert sie sich um die Schwerkranken. 42 Stunden in der Woche, in Tag- und Nachtschichten, betreut sie zum Beispiel Patienten mit schweren Blutvergiftungen, Bauchspeicheldrüsenentzündungen oder Lebererkrankungen.

Zum Forschen hat sie im Moment daher kaum noch Zeit. Erst wenn Christine Dierkes nach ihrem Dienst den grünen Kittel abgestreift hat, kann sie sich auf den Weg ins Labor machen.

Ideal findet sie die Bedingungen nicht. „Wer als Klinikarzt ausgebildet wird, sollte festgeschriebene Zeiten zum Forschen haben“, meint sie. Sonst habe man keine Chance, wissenschaftlich am Ball zu bleiben. Auch das Gehalt, das ihr als Forscherin winkt, erscheint ihr nicht sehr attraktiv. Dennoch: Sie würde sich für keinen anderen Beruf entscheiden. Für die Forschung nimmt sie auch unbezahlte Überstunden in Kauf. Um auf ihrem Gebiet voranzukommen, plant sie, zwei Jahre in die USA zu gehen und sich dort noch einmal intensiv der Infektiologie zu widmen.

Die Regensburger Klinik ist inzwischen ihr zweites Zuhause geworden. Private Termine kann sie kaum einhalten. Um abzuschalten, kehrt sie Regensburg den Rücken, fährt Freunde besuchen, reist, wenn es der Dienstplan erlaubt, in ferne Länder, nach Thailand zum Beispiel oder Tansania.

Es war ihr Interesse an den Naturwissenschaften, das sie dazu brachte, sich an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz für Medizin einzuschreiben. „Ich wollte schon immer verstehen, wie der menschliche Körper funktioniert“, sagt Dierkes. Das Versorgen von Patienten kam erst an zweiter Stelle. Heute ist das anders. „Mir macht beides viel Spaß“, sagt die Medizinerin. Müsste sie wählen, würde sie sich wohl für die Patienten entscheiden. ■

Marion Hartig

Der 31-Jährige mit der markanten Brille ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Anatomie der Universität zu Lübeck. In diesem Job gibt er Präparierkurse und hält Vorlesungen und Seminare. Hauptsächlich aber ist er Grundlagenforscher. Mit einem Zwei-Photonen-Mikroskop versucht er an Mäusen, zelluläre Abwehrmechanismen und Wundheilungsprozesse der Bindehaut zu verstehen. Doch damit nicht genug.

Daneben arbeitet Steven noch als Assistenzarzt in der Lübecker Augenklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und gibt Sprechstunden. Facharzt für Augenheilkunde darf er sich allerdings noch nicht nennen. Dazu fehlen ihm weitere knapp eineinhalb Jahre Ausbildung.

Und das ist sein Dilemma. „Facharzt zu werden, ist ein Vollzeitjob“, sagt Steven. Er muss sich entscheiden. Entweder er unterbricht seine Forschung und qualifiziert sich als Augenarzt. Oder er setzt das Bindehaut-Projekt fort, arbeitet halbtags in der Klinik – und würde damit doppelt so lange bis zum Titel brauchen. Denn die zuständige Ärztekammer rechnet Forschung bislang nicht als Weiterbildungszeit für den Facharzt an.

Steven wird sich wohl für den zweiten Weg entscheiden und neben der Ausbildung weiterforschen, auch wenn er dafür mehr Zeit investieren muss. „Der Titel ist für mich beruflich notwendig“, sagt er. Um langfristig in der Universitätsklinik forschen und mit Patienten arbeiten zu können, brauche er die Anerkennung. Außerdem ist der Facharzt seine berufliche Absicherung: „Falls die Universitätskarriere in der Sackgasse endet, kann ich mich immer noch als Augenarzt niederlassen“, sagt er.

Leisten kann er sich die Forschung aber nur, wenn er einen Geldgeber findet, der ihm die Stelle finanziert. Mit seinem Augen-Projekt will sich Steven nun bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft um Drittmittel bewerben. „Eigene Stelle“ heißt das Förderprogramm, auf das der Nachwuchswissenschaftler sein Augenmerk gerichtet hat. ■

Marion Hartig

# Internationale „Kaderschmiede“

Das Universitätsklinikum Gießen-Marburg gilt als Best-Practice-Beispiel für die medizinische Qualifizierung. Professor Werner Seeger gibt Einblick in die speziellen Fördermaßnahmen.



*PROFESSOR WERNER SEEGER IST DIREKTOR DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS GIESSEN UND MARBURG AM STANDORT GIESSEN. MIT VERSCHIEDENEN PROGRAMMEN FÖRDERT DAS AUF LUNGENMEDIZIN SPEZIALISIERTE KLINISCHE ZENTRUM DEN MEDIZINISCHEN FORSCHERNACHWUCHS.*

**»Unsere Nachwuchsförderung lebt von Drittmitteln«**

**duz:** Herr Professor Seeger, in der Biomedizin fehlt es an jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Haben Sie auch in Gießen und Marburg Nachwuchsprobleme?

**Werner Seeger:** Viele Medizinerinnen und Mediziner entscheiden sich gegen die Forschung, weil sie dort keine beruflichen Perspektiven sehen. Wir haben das Problem glücklicherweise nicht, weil wir uns im Bereich der Nachwuchs- und Karriereförderung stark engagieren, was inzwischen international bekannt ist. Zudem hat unser „University of Giessen Lung Center“ (UGLC) mittlerweile eine hohe Attraktivität entwickelt. Wir erhalten sehr viele Bewerbungen.

**duz:** Ihr Klinikum gilt als Best-Practice-Beispiel für die medizinische Qualifizierung. Was bieten Sie dem Nachwuchs?

**Werner Seeger:** Unser Graduiertenprogramm „Molecular Biology and Medicine of the Lung“ zum Beispiel ist eine hervorragende internationale „Kaderschmiede“ für Mediziner und Grundlagenforscher im Bereich der Lungenforschung. Parallel zur medizinischen oder naturwissenschaftlichen Promotion erhält der Nachwuchs eine fundierte Basisausbildung zu molekularen und klinischen Grundlagen der Lungenforschung. Außerdem gibt es das Exzellenzcluster „Cardio-Pulmonary System“, unsere Sonderforschungsbereiche, klinische Forschergruppen, EU-Projekte und jetzt auch eine Kooperation mit einem Max-Planck-Institut.

**duz:** Wodurch zeichnen sich Ihre Programme aus?

**Werner Seeger:** Zum einen sind sie, wie eben beschrieben, fokussiert auf die grundlagenwissenschaftliche Basis unseres Lungenzentrums. Zum anderen verbinden wir klinische Aufgaben und Forschung zum Beispiel dadurch, dass wir klinisch tätige Forscherinnen und Forscher bis zu 50 Prozent ihrer Arbeitszeit von klinischen Aufgaben freistellen, damit sie Forschungsprojekte durchführen können.

**duz:** Gerade das ist für viele Kliniken ein großes Problem. Wie setzen Sie das um?

**Werner Seeger:** Alle hierfür nötigen Finanzmittel sind im Wettbewerb eingeworben. Unsere Nachwuchsförderung lebt von diesen Drittmitteln, und wir nutzen systematisch Gerok-Positionen: Über die Deutsche Forschungsgemeinschaft, das Bundesforschungsministerium oder andere Förderinstitutionen finanziert stellen wir zusätzliche Kräfte für die Klinik ein, die dann regelmäßig die klinischen Forscherinnen und Forscher von ihren Routineaufgaben in der Krankenversorgung entlasten.

**duz:** Wenden Sie sich vor allem an exzellente Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler?

**Werner Seeger:** Wir bieten auf allen Ebenen Positionen an, etwa Forschungsprofessuren im Exzellenzcluster, – und damit auch

optimale Karriereperspektiven. Selbstverständlich versuchen wir auf diesem Weg, möglichst exzellente Wissenschaftler und klinische Forscher zu gewinnen.

**duz:** Welche Schwierigkeiten hatten Sie bei der Einrichtung der Programme?

**Werner Seeger:** Unsere permanente Herausforderung ist es, ausreichend Drittmittel einzuwerben, um die verschiedenen Projekte zu finanzieren. Am Lungenzentrum Gießen übersteigt die Drittmittelquote die Grundausrüstung um ein Vielfaches.

**duz:** Also lassen sich doch Wege finden, um Forschung und Klinik zu vereinbaren?

**Werner Seeger:** Beides parallel auszubilden, ist immer eine doppelte Belastung. Wir versuchen aber, optimale Rahmenbedingungen zu schaffen, um Forschung und Klinik in einer Institution zusammenzuführen und für die forschenden Kliniker eine parallele Qualifikation zu realisieren.

**duz:** Viele Medizinerinnen und Mediziner entscheiden sich gegen die Forschung, weil sie zu wenig Einkommen verspricht.

**Werner Seeger:** Es ist nach wie vor ein Problem, dass medizinische Forschung schlechter bezahlt wird als die Arbeit in der Klinik. Und wenn sie besser bezahlt würden müssten natürlich auch die Biomedizinerinnen und -mediziner in derselben Forschungsgruppe mehr Geld erhalten. Dafür brauchen wir dringend Lösungen.

**duz:** Haben Sie einen Vorschlag?

**Werner Seeger:** Es wäre ein erheblicher Anreiz, Erfolge bei der Drittmittelinwerbung auf das persönliche Gehalt anzurechnen, im Sinne einer zusätzlichen Gratifikation.

**duz:** Was sollten Mediziner mitbringen, wenn sie sich bei Ihnen bewerben?

**Werner Seeger:** Sie sollten bereit sein, sich von der Forschung und der klinischen Betreuung von Patienten faszinieren zu lassen, und getrieben sein von dem Wunsch, die Erkenntnisse der Grundlagenforschung zu nutzen, um Therapien weiterzuentwickeln und so die Patientenversorgung zu verbessern. ■

INTERVIEW: MARION HARTIG

## Förderung nach der Promotion

### Das Emmy Noether-Programm

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft will mit diesem Programm die frühe wissenschaftliche Selbstständigkeit fördern. Dazu ermöglicht sie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zwei bis vier (approbierten Medizinerinnen und Mediziner bis sechs) Jahre nach der Promotion die Einrichtung und Leitung einer eigenen Nachwuchsgruppe. So soll der Weg zu einer Professur geebnet werden.

### Das Heisenberg-Stipendium

Die DFG unterstützt herausragende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die alle Voraussetzungen erfüllen, um auf eine unbefristete Professur berufen zu werden, bei der Vertiefung ihrer Forschungsthemen.

### Die Heisenberg-Professur

Die Heisenberg-Professur der DFG eröffnet berufbaren Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern eine echte Tenure Track-Option. Die DFG finanziert fünf Jahre die Professur in einem wissenschaftlichen Schwerpunkt, der für den Standort neu ist. Bei einer positiven Evaluation übernimmt anschließend die Universität die Professur dauerhaft.

### Die „Eigene Stelle“

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler können bei der DFG ihre „Eigene Stelle“ in Zusammenhang mit einem Forschungsprojekt einwerben und selbstständig ein Projekt durchführen.

### Klinische Forschergruppen

In Klinischen Forschergruppen können herausragend ausgewiesene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in ihrer mittelfristig angelegten, engen Zusammenarbeit an einer besonderen Forschungsaufgabe in der krankheits- oder patientenorientierten klinischen Forschung unterstützt werden.

### Das Max-Eder-Programm

Die Deutsche Krebshilfe unterstützt hoch qualifizierte junge Onkologinnen und Onkologen während oder nach der Facharztausbildung bei der Etablierung einer eigenständigen Arbeitsgruppe.

## Informationen im Internet

[www.dfg.de/wissenschaftliche\\_karriere/nachwuchsfoerderung/index.html](http://www.dfg.de/wissenschaftliche_karriere/nachwuchsfoerderung/index.html)

[www.dfg.de/for](http://www.dfg.de/for)

[www.krebshilfe.de/nachwuchsfoerderung.html](http://www.krebshilfe.de/nachwuchsfoerderung.html)



*PROFESSORIN CARLA NAU, JAHRGANG 1968, HAT SEIT 2006 EINE PROFESSUR FÜR ANÄSTHESIOLOGIE MIT DEM SCHWERPUNKT SCHMERZFORSCHUNG AN DER FRIEDRICH-ALEXANDER-UNIVERSITÄT ERLANGEN-NÜRNBERG UND IST OBERÄRZTIN AN DER ANÄSTHESIOLOGISCHEN KLINIK DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS ERLANGEN. NACH APPROBATION UND PROMOTION 1996 VERBRACHTE SIE MIT EINEM DFG-FORSCHUNGSTIPENDIUM BIS 1999 EINEN FORSCHUNGSaufenthalt AN DER HARVARD MEDICAL SCHOOL, ANSCHLIESSEND LEITETE SIE BIS 2005 IHRE EMMY NOETHER-NACHWUCHSGRUPPE, DIE SICH MIT NOZIZEPTIVER SIGNALTRANSDUKTION BESCHÄFTIGTE. EIN WEITERER FORSCHUNGSSCHWERPUNKT VON CARLA NAU IST POSTOPERATIVE SCHMERZVERARBEITUNG.*

## Flexible Ausbildungsmodelle für den Nachwuchs gefragt

Die Medizin braucht junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die sich für einen dualen Karriereweg entscheiden, der Klinik und Wissenschaft kombiniert. Warum dies eine attraktive Option ist und wie sie gefördert werden kann, zeigen Privatdozentin Britta Siegmund und Professorin Carla Nau auf.

**duz:** Es ist in der Medizin anerkanntermaßen schwierig, Patientenversorgung, Forschung und Weiterqualifizierung „unter einen Hut zu bringen“. Was bedeutet das insbesondere für junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zwischen Promotion und erster Berufung?

**Carla Nau:** Junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in einem klinischen Fach der Medizin sind einer besonderen Doppelbelastung ausgesetzt, da sie neben der wissenschaftlichen Qualifikation auch ihre klinische Weiterbildung, d. h. ihre Facharztausbildung, absolvieren müssen. Wissenschaftliche Tätigkeiten werden jedoch in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern nicht anerkannt und bestehen häufig auch aus Tätigkeiten außerhalb der üblichen Krankenversorgung. Auch die Weiterbildungsstrukturen in den Kliniken selbst geben wenig Raum für wissenschaftliche Tätigkeiten.

**Britta Siegmund:** Nach Abschluss des Medizinstudiums und der Promotion stellt die erstmalige eigenständige Patientenversorgung und gleichzeitige fachliche Weiterqualifikation für die jungen Ärztinnen und Ärzte eine spannende Herausforderung dar. Die Mehrheit von ihnen strebt eine zügige Facharztausbildung an, nicht zuletzt um einen adäquaten finanziellen Ausgleich für die meist hohe Arbeitsbelastung zu erhalten. Dies ist heute an nichtuniversitären Häusern meist besser möglich, es herrschen geregelte Arbeitszeiten und es werden Arbeitsverträge für die gesamte Facharztausbildung abgeschlossen.

**duz:** Wie sieht ein attraktiver Qualifizierungsweg für junge Medizinerinnen und Mediziner aus, die auch forschen möchten?

**Carla Nau:** Ein ideales System gewährt Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern eine flexible Schwerpunktsetzung in der Qualifikationsphase, abhängig vom Fach, von organisatorischen Gegebenheiten und von der Entwicklung ihrer Forschung; lässt genügend Zeit für die wissenschaftliche Tätigkeit, fördert aber auch gezielt die persönliche klinische Entwicklung.

In der Hochschulmedizin muss es auch Personen geben, die sich auf die Krankenversorgung oder die Forschung konzentrieren. Die klinischen Wissenschaftler, also die sowohl in der Krankenversorgung als auch in der Forschung versierten Mediziner, sind aber ebenso absolut notwendig: Sie bilden die Schnittstelle zwischen Forschung und Krankenversorgung, formulieren die für die Krankenversorgung relevanten wissenschaftlichen Fragestellungen und sorgen für die Übertragung präklinischer Erkenntnisse in die Krankenversorgung. Für diese Mediziner ist es nicht sinnvoll, die klinische und wissenschaftliche Qualifikation strikt nacheinander absolvieren zu wollen.

Sowohl der Einstieg in die klinische Medizin als auch in die Wissenschaft sollte früh in einer Karriere erfolgen, weil hier die Belastbarkeit und Kreativität am höchsten ist.

**Britta Siegmund:** Einen jungen Menschen dazu zu bringen, sich für den „dualen“ Weg, also Klinik und Wissenschaft zu entscheiden,

*PRIVATDOZENTIN BRITTA SIEGMUND, JAHRGANG 1971, IST SEIT 2007 OBERÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN AN DER CHARITÉ IN BERLIN UND SEIT 2003 LEITERIN EINER EMMY NOETHER-NACHWUCHSGRUPPE, DIE DIE ROLLE DES HORMONS LEPTINS BEI DARMENTZÜNDUNGEN UNTERSUCHT. SIE STUDIERT HUMANMEDIZIN AN DER LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT IN MÜNCHEN UND DER HARVARD MEDICAL SCHOOL IN BOSTON. MIT EINEM DFG-FORSCHUNGSSTIPENDIUM WAR SIE VON 2000 BIS 2002 AN DER UNIVERSITY OF COLORADO IN DENVER, BEVOR SIE NACH BERLIN GING, WO SIE SICH 2006 FÜR DAS FACH „EXPERIMENTELLE MEDIZIN“ HABILI-TIERTE. IHRE FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE SIND CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN UND MUKOSALE IMMUNOLOGIE.*



erscheint nicht einfach. Klar ist aber auch, dass diese „Hybride“ gebraucht werden.

Junge Medizinerinnen und Mediziner müssen also schon während des Studiums und der Promotion für diesen kombinierten Weg motiviert und gewonnen werden. Ihnen müssen Perspektiven aufgezeigt werden, wie die Ausbildung zum „Hybriden“ möglich ist und in die weitere klinische Tätigkeit integriert werden kann. Eine Möglichkeit stellen hier strukturierte Promotionsprogramme dar. „Hybride“, die diesen Weg gegangen sind, können in dieser Phase eine wichtige Vorbild- oder auch Mentorenfunktion einnehmen.

»Eine wissenschaftliche Tätigkeit an einer Universitätsklinik sollte kein Sonderfall sein, sondern vielmehr der Normalfall«

Im zweiten Schritt sind klinische Ausbildungsmodelle gefragt, die Forschungszeiten (z. B. im Ausland) ermöglichen und diese in die Weiterbildung und Qualifikation integrieren. Diese Phase der Ausbildung wird attraktiver, wenn diese „Forschungszeiten“ zumindest teilweise auf die Facharztausbildung angerechnet werden.

Der dritte Schritt stellt eine gefährliche Hürde dar. Auf der einen Seite drängt die klinische Weiterbildung, auf der anderen muss eine wissenschaftliche Selbstständigkeit etabliert werden. Die Umsetzung der parallelen klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit erfordert in Abhängigkeit der einzelnen Fachdisziplinen spezifische Lösungen. Ein Idealmodell stellt sicherlich das Emmy Noether-Programm (ENP) der DFG dar, welches eine maximale Selbstständigkeit der Geförderten ermöglicht und so die nötigen Freiräume schafft. Vergleichbar mit dem ENP ist das Max-Eder-Programm der Deutschen Krebshilfe. Im vierten Schritt stellt sich die Frage nach der weiteren Laufbahn. Attraktive Stellen für diese wissenschaftlich aktiven Mediziner sind gefordert. Verschiedene Modelle sind hier denkbar oder bereits im Entstehen: 1) W-Stellen (mit konkurrenzfähiger Vergütung), die eine forschende Tätigkeit innerhalb der Klinik ermöglichen, 2) der Ausbau des Mittelbaus für Mediziner, die forschend tätig sind, aber keine leitende Position in einer klinischen Abteilung oder Forschungsabteilung anstreben, 3) Forschungsprofessuren im Rahmen von klinischen

Forscherguppen sowie 4) die Heisenberg-Professur der DFG. 5) Ein weiteres Modell ist das amerikanische System, wo der klinisch tätige Forscher durch eingeworbene Drittmittel freie Zeit für Forschung „kaufen“ kann.

**duz:** Was bedeutet das Emmy Noether-Programm für Ihre Karriere als klinisch tätige Forscherin?

**Carla Nau:** Das ENP hat mir die nötige Freiheit und Unabhängigkeit gegeben, um meine Forschungsvorhaben mit einer eigenen Arbeitsgruppe verwirklichen zu können und in die klinische Weiterbildung und klinische Tätigkeit zu integrieren.

**Britta Siegmund:** In der kritischen Phase 3 hat das ENP die einmalige Möglichkeit geboten, frühzeitig eigenständig wissenschaftlich zu arbeiten und individuell die Arbeit zwischen Klinik und Wissenschaft einzuteilen. Die Etablierung einer funktionierenden Arbeitsgruppe hatte so optimale Rahmenbedingungen.

**duz:** Wenn Sie an die Forschungsförderer, die Politiker und Klinikleitungen je einen Wunsch richten könnten, welche wären das?

**Carla Nau:** Zu den Forschungsförderern sage ich: Weiter so! Die derzeitige Dynamik im System ist enorm und vielversprechend, die Nachwuchsförderung auf einem guten Weg, auch weil dem Nachwuchs Gehör geschenkt wird. Die Politiker müssen die spezifischen Aufgaben der Hochschulmedizin im Gesundheitswesen berücksichtigen. Nur Forschung garantiert, dass die wachsenden Anforderungen an die Versorgung der Patienten erfüllt werden können und auch in Zukunft eine sichere Gesundheitsversorgung gewährleistet ist. Vonseiten der Klinikleitung muss der Polarisierung von Klinik und Forschung in der Hochschulmedizin entschieden entgegen getreten werden! Eine Betonung wissenschaftlicher Aspekte im klinischen Handeln schafft eine Atmosphäre, in der Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler motiviert werden und gedeihen können.

**Britta Siegmund:** Die frühzeitige Förderung zu selbstständigen wissenschaftlichen Arbeiten ist unabdingbar und sollte von den Forschungsförderern analog zum ENP und Max-Eder-Programm

weiter ausgebaut werden. Aber auch bei der Laufbahnentwicklung sind die Forschungsförderer gefragt. Der Ausbau von „Forschungsprofessuren“ innerhalb der Medizin, die den „Hybriden“ eine Perspektive geben, ist essenziell, bereits existierende Beispiele sind die Heisenberg-Professur der DFG oder auch die Professur innerhalb einer klinischen Forschergruppe.

Die Politiker und Ärztekammern müssen dafür sorgen, dass eine flexible Gestaltung der Facharztausbildung möglich bleibt, Forschungszeiten müssen zumindest teilweise auf sie angerechnet werden. Solange die W-Besoldung für klinisch tätige Wissenschaftler den Ärztetarif unterschreitet, ist dies unattraktiv und stellt keine Perspektive für junge Mediziner dar. Klinikleitungen müssen mit den Fakultäten gemeinsam attraktive, das heißt feste und angemessen bezahlte Positionen für die klinisch tätigen Wissenschaftler in die Strukturen der Universitätskliniken einbauen, um eine Perspektive aufzuzeigen.

**duz:** In den Klinikleitungen sind Medizinerinnen immer noch stark unterrepräsentiert. Was könnte oder müsste getan werden, um mehr Frauen den Aufstieg in der Klinikhierarchie zu ermöglichen?

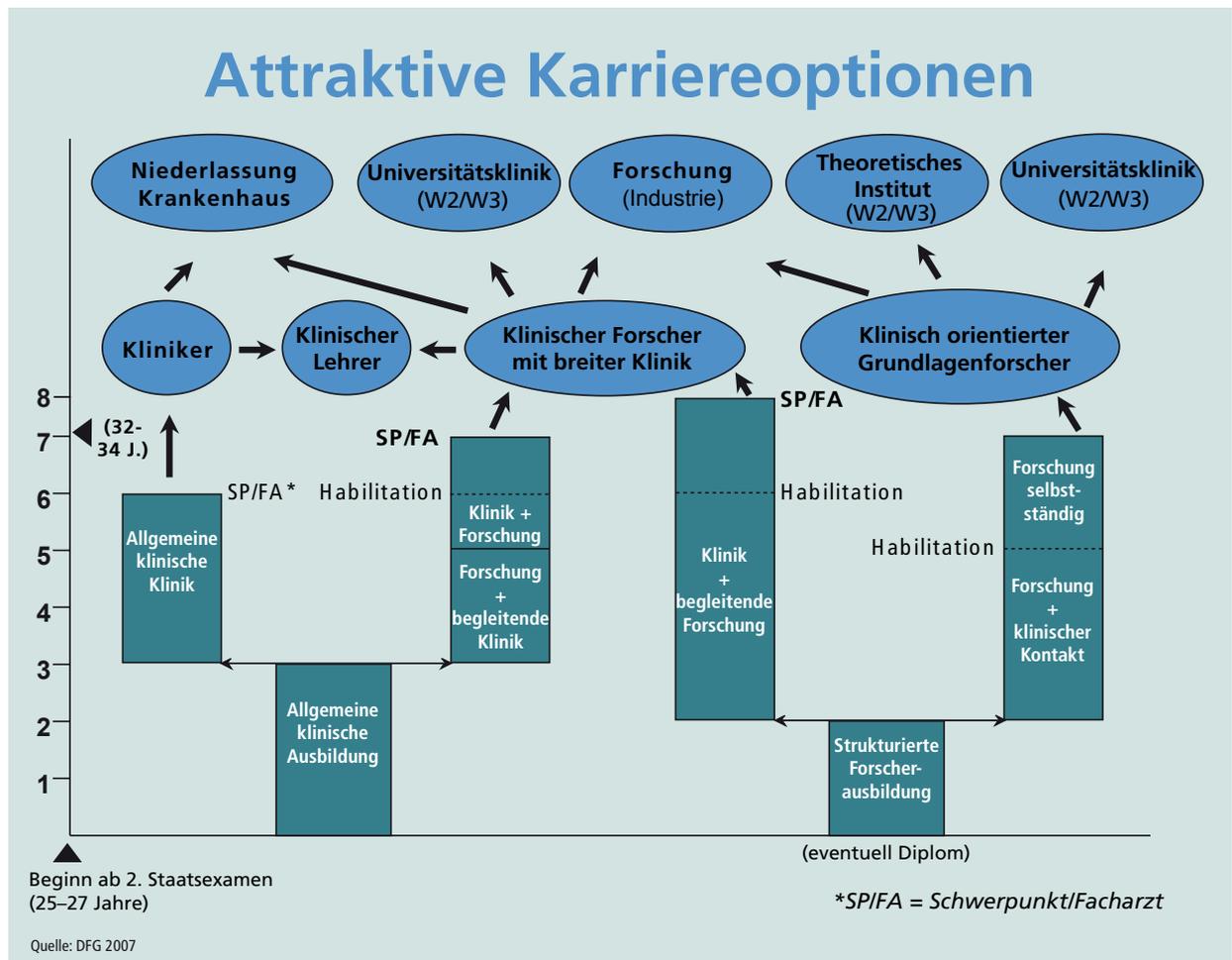
**Carla Nau:** Vorbehalte gegenüber Frauen in Führungspositionen sind nach wie vor groß und verhindern – bewusst oder unbewusst –

den Aufstieg in der Klinikhierarchie. Unter den Lehrstuhlinhabern etwa findet sich in vielen Fachdisziplinen keine Frau. Solange Frauen in Führungspositionen derart stark unterrepräsentiert sind, wird sich dieses System kaum von selbst regulieren. Daher plädiere ich mittlerweile für systematische Maßnahmen, um dieses Ungleichgewicht aufzubrechen.

Selbstverständlich sollten auch Universitätskliniken familienfreundliche Arbeitsplätze anbieten und Klinikleitungen Frauen gegenüber Karriereperspektiven aufzeigen, die auch familienbedingte Pausen berücksichtigen.

**Britta Siegmund:** Häufig sind individuelle Lösungen gefragt, die über das Angebot einer Kindertagesstätte hinausgehen. Wichtiger erscheint jedoch Frauen überhaupt zu motivieren, diesen Weg zu gehen und sich nicht abschrecken zu lassen. Eine Vernetzung der Frauen, die sich für diesen Weg entschieden haben, ist notwendig, schon um dem Nachwuchs Unterstützung zu bieten. Gleichzeitig müssen sich die Männer mit dem Gedanken anfreunden, dass es in Deutschland durchaus qualifizierte Frauen gibt, die auch in die oberen Etagen der Klinikhierarchie eindringen werden. ■

INTERVIEW: DR. ANJANA BUCKOW, DFG



VIELFÄLTIGE AUSBILDUNGSWEGE UND LAUFBAHOPTIONEN FÜR MEDIZINER ZWISCHEN KLINIK UND FORSCHUNG

# Ganz oben wird die Luft dünn

Attraktive Positionen für ambitionierte Nachwuchskräfte sind in der Hochschulmedizin rar. Ebenso mangelt es an Anreizen, wie Tenure Track-Optionen. Spitzenkräfte wandern deshalb ins Ausland ab. | VON DR. PETRA KRIMPHOVE

**A**uf dem Gipfel ist wenig Platz. Das gilt nicht nur beim Bergsteigen, sondern auch für wissenschaftliche Karrieren in Deutschland – auch und gerade in der Hochschulmedizin. Und es gilt besonders dann, wenn die bereits Angekommenen an der Spitze lange ausharren. So bleibt ambitionierten Forscherinnen und Forschern in der Hochschulmedizin häufig nur eins: Warten. Zumal Professuren oder gar Lehrstühle für sie an deutschen Universitäten rar sind. „Wir können forschenden Medizinerinnen kaum langfristige Optionen bieten“, kritisiert Professor Axel Haverich von der Medizinischen Hochschule Hannover. Die Folge: Der Nachwuchs sucht nach Karriereperspektiven im Ausland – und findet sie dort häufig auch.

## Forschung und Krankenversorgung „unter einen Hut bringen“

Doch exzellente Forscherinnen und Forscher zieht es nicht nur in die Ferne, weil sie dort bessere Stellen finden und angemessen entlohnt werden, sondern auch, weil sich dort die Arbeit im Labor und am Klinikbett leichter verbinden lassen. Hierzulande, so kritisiert Professor Haverich, stelle das System den Nachwuchs zu schnell vor die Alternative: Klinik oder Forschung. An der Medizinischen Hochschule Hannover geht man bewusst einen anderen Weg. Innerhalb des dortigen Duo-Konzeptes kann der Nachwuchs auf allen Hierarchieebenen zwischen den Stationen der wissenschaftlichen und klinischen Laufbahn hin- und herwechseln. Das duale System setzt sich an Haverichs Klinik für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie bis an die Spitze fort. Dort teilen sich ein klinischer und ein Forschungsprofessor die Leitung. Die Flexibilität zahlt sich aus: „Wir können Bewerberinnen interessante inhaltliche und finanzielle Bedingungen bieten“, unterstreicht Professor Haverich. Entsprechend leichter falle es, exzellenten Nachwuchs nach Hannover zu holen.

Derartige Bedingungen wären auch anderorts gefragt. Immer wieder artikulieren Nachwuchswissenschaftler den Wunsch, Forschung und Krankenversorgung miteinander zu verbinden. „Viele Forscherinnen und Forscher möchten auch weiterhin operieren, um sich alle Optionen offen zu halten“, sagt Privatdozent Michael Ghadimi, Mediziner am Universitätsklinikum Göttingen. Und immer wieder

werden die USA als Vorbild genannt. Dort ist der Wechsel zwischen Krankenbett und Labor Alltag. Beispielsweise verbringen forschende Medizinerinnen und Mediziner einen Monat im Jahr oder einen Tag in der Woche in der Klinik.

Diese Zweigleisigkeit bewog auch Professor Detlef Schuppan dazu, seine Professur auf Lebenszeit in Erlangen aufzugeben und an die Harvard Medical School zu gehen. „35 Prozent meiner Zeit verbringe ich hier in der Klinik, 65 Prozent mit der Forschung“, sagt der Gastroenterologe. In Deutschland sei dies nicht möglich gewesen. Hier müssen Klinikerinnen und Kliniker, die forschen möchten, häufig am Wochenende oder nachts den Weg ins Labor antreten – eine Frage der Selbstaussbeutung. Hinzu kommt, dass forschende Medizinerinnen und Mediziner hierzulande weitaus weniger verdienen als ihre Kollegen am Krankenbett.

Viele deutsche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler kennen das amerikanische System aus eigener Erfahrung, vom Studium oder aus der Postdoc-Phase. Sie haben neben der größeren Flexibilität in den USA auch den weniger hierarchischen Umgang miteinander geschätzen gelernt. An deutschen Kliniken bestehen hingegen häufig noch starre Rangordnungen, wie Professor Axel Haverich beklagt. „In den Hochschulkliniken herrschen die Dinosaurier“, bestätigt auch DFG-Vizepräsident Professor Jürgen Schölmerich. Sie entscheiden darüber, wer die nächste Stufe erklimmen darf. „Diese hierarchischen Strukturen sollten abgebaut werden“, rät Professor Detlef Schuppan. Er lobt das amerikanische System, das durch seine pagodenförmige Struktur auch auf der obersten Ebene etliche Professorenstellen bereitstellt. In diesem Modell kann der Nachwuchs leichter die Spitze erklimmen – weil es dort mehr Raum, sprich: Positionen gibt. Ein gutes Vorbild für Deutschland, findet auch Professor Thomas Deufel, Klinikdirektor an der Universität Jena. „Die Verantwortung in den Kliniken sollte in Deutschland verteilt werden, um mehr Führungspositionen zu schaffen.“ Ein Weg in diese Richtung wäre die Einrichtung von Strukturen unterhalb der Institutsebene, in denen eine themenorientierte Zusammenarbeit mehrerer Kliniken und Institute möglich ist. Und warum sollten nicht verschiedene Führungsmodelle im Klinikalltag ausgetestet werden,

etwa Chefs mit langfristigen Verträgen an der Spitze, eine Doppelspitze aus Klinik und Forschung wie in Hannover oder auch eine rotierende Leitung. Im Wettbewerb der Modelle könne sich zeigen, welches im jeweiligen Fall am besten funktioniere.

Neben starren Hierarchien bemängelt die junge Generation auch mangelnde Transparenz auf dem Weg nach oben. Undurchsichtige Berufungsverfahren, die sich über bis zu zweieinhalb Jahre erstrecken, schreckten potenzielle Bewerber ab, sagt Michael Ghadimi.

So manches Mal würden Stellenausschreibungen so formuliert, dass eigentlich nur der bereits ausgewählte Aspirant diese Kriterien erfülle. Wer sich trotzdem bewerbe, durchlaufe mit viel Aufwand ein Scheinberufungsverfahren. Kein Wunder, dass die Forderung nach Veränderung laut wird. „Wir brauchen ein externes peer-reviewing statt interne Kommissionen“, formuliert Professor Christopher Baum von der Medizinischen Hochschule Hannover eines der Ergebnisse der DFG-Konferenz im November. Eine weitere Forderung lautet: Echte Berufungsverfahren, die zügig, transparent und strukturiert durchgeführt werden. Und wie in den USA sollten auch jene, die es in den „Olymp“ geschafft haben, sich einer regelmäßigen Evaluation anhand transparenter Leistungskriterien unterziehen.

### Immer noch zu wenig Tenure Track-Positionen

Nicht selten ist es die Aussicht auf eine Festanstellung, die exzellente Forscherinnen und Forscher ins Ausland zieht. In Deutschland sind jedoch nach wie vor nur ein Teil der Stellen für den Nachwuchs mit einer langfristigen Perspektive ausgestattet. „Uns fehlen die Tenure Track-Optionen“, räumt DFG-Vizepräsident Schölmerich ein. Es gibt Ausnahmen: Zu ihnen gehört unter anderen die Heisenberg-Proffessur der DFG, die an eine Zusage auf Verstetigung durch die Universität bei positiver Evaluation der Geförderten geknüpft ist. Auch an der Humboldt-Universität Berlin werden Juniorprofessuren mit Tenure Track-Option ausgeschrieben; der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, die VolkswagenStiftung und das Forschungszentrum Jülich bieten ebenfalls Tenure Track-Programme für Spitzenwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler. Das sind alles hoffnungsvolle Zeichen, aber sie sind noch lange nicht die Regel. Mitte 2006 waren von 1.000 Juniorprofessuren nur zehn Prozent mit Tenure track ausgeschrieben.

### Was besser werden muss: Ausstattung, Selbstständigkeit und Planungssicherheit

Dass eine Karriere in Deutschland für viele nur als zweite Wahl erscheint, liegt jedoch nicht nur an den mangelnden Tenure Track-Stellen, sondern auch an deren Ausgestaltung.

„In Deutschland ist man als Wissenschaftler viel zu spät unabhängig“, kritisiert Professor Lenhard Rudolph, Direktor des Instituts für Molekulare Medizin an der Universität Ulm. Er selbst war einer der ersten Mediziner, die eine Heisenberg-Proffessur erhielten. Bereits nach einem Jahr kam der Ruf aus Ulm, dem er folgte. Trotz seiner eigenen erfolgreichen Laufbahn geht Rudolph mit dem System hart ins Gericht: Während der Habilitationsphase besäßen Forscher hierzulande viel zu wenig Freiheit und Ausstattung. Er zitiert eine Um-

frage, nach der 67 Prozent der Juniorprofessoren ohne Mitarbeiter, 86 Prozent ohne Laborpersonal und 33 Prozent ohne Forschungsbudget auskommen müssen. Eine löbliche Ausnahme, so Rudolph, stellten das Emmy Noether-Programm der DFG sowie das Max-Eder-Programm der Deutschen Krebshilfe dar. „Davon brauchen wir viel mehr!“

Wer hingegen als „Assistant professor“ in die USA geht, findet dort häufig neben mehr Selbstständigkeit auch bessere Konditionen für seine Forschung als in Deutschland – und er findet sie auch weiter oben auf der Karriereleiter: „In den USA gibt es erheblich mehr Professorenstellen für Forscher“, sagt Rudolph, – viele von ihnen mit dem begehrten Tenure Track, der den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern viel Unabhängigkeit und Planungssicherheit

gewähre. Die Inhalte der Forschung

könnten sie ebenso frei bestimmen wie den Einsatz ihrer Forschungsgelder.

Noch sind die Bedingungen für forschende Mediziner in Deutschland also nicht ideal. Eines sollten sie nach Meinung der Tagungsteilnehmer trotz aller Hürden jedoch nicht tun: die medizinische Forschung allein den Naturwissenschaftlern überlassen und sich auf das Krankenbett konzentrieren. „Medizinerinnen und Mediziner bringen das Grundverständnis für menschliche Erkrankungen mit und sehen Probleme in der Behandlung“, gibt Lenhard Rudolph zu Bedenken. Die Verbindung vom Klinikbett ins Labor dürfe nicht abreißen. ■



# Das Beste aus beiden Welten

PROFESSOR DETLEF SCHUPPAN KAM 2004 AN DIE HARVARD MEDICAL SCHOOL, BOSTON, MA, WO ER SEIT 2007 ASSOCIATE PROFESSOR IST. VORHER HATTE ER EINE C3-PROFESSOR AUF LEBENSZEIT UND WAR STELLVERTRETENDER KLINIKDIREKTOR AM KLINIKUM DER UNIVERSITÄT ERLANGEN-NÜRNBERG.

Die amerikanischen Medical Schools stehen für exzellente Karriereförderung. Diese Erfahrung machte auch der deutsche Internist Professor Detlef Schuppan. | VON DR. PETRA KRIMPHOVE



**D**as Land der unbegrenzten Möglichkeiten: Die USA werden diesem Ruf gerecht, zumindest was die Karrieren und Perspektiven in der Hochschulmedizin betrifft. In den Medical Schools der Vereinigten Staaten stellt sich anders als an deutschen Hochschulen nicht die Wahl zwischen Klinik und reiner Wissenschaft. Wer will, kann sich für einen dieser Wege entscheiden – oder sie auch miteinander kombinieren. 80 Prozent Forschung – 20 Prozent der Zeit am Klinikbett. „Das ist in den USA ganz normal“, sagt Professor Detlef Schuppan, „alle Optionen sind im akademischen Umfeld gleichermaßen akzeptiert.“ Der Gastroenterologe entschied sich spät – nämlich erst auf dem Höhepunkt seiner Karriere – für die USA: Er gab 2004 eine Professur auf Lebenszeit an der Universität Erlangen-Nürnberg auf und ging an die renommierte Harvard Medical School. Ein Grund: „Wissenschaftler sind in den USA besser in das medizinische System integriert als in Deutschland.“ Sie würden als genauso wichtige Pfeiler des Systems angesehen wie die Kliniker. Seit 2007 ist Schuppan in Harvard „Associate Professor for Medicine“.

Was der Mediziner aus seiner amerikanischen Wahlheimat berichtet, könnte deutsche Kolleginnen und Kollegen leicht neidisch machen. „Es gibt vielfältigere Karriereoptionen als in Deutschland“, sagt Schuppan. „Klare Aufstiegschancen, relative Unabhängigkeit und eine völlige Transparenz des Gehaltssystems“, nennt er als zentrale Pluspunkte. Hinzu kommen klare Leistungsanreize: Forscherinnen und Forscher profitieren finanziell von den von ihnen eingeworbenen Drittmitteln. An den National Institutes of Health (NIH) liegt die Obergrenze für den persönlichen Bonus bei stattlichen 190 000 US-Dollar pro Jahr. Wer möchte, kann sogar neben seiner Tätigkeit für die Universität noch in einer privaten Praxis praktizieren, in der Industrie oder im eigenen Unternehmen arbeiten. Zudem sind die begehrten Professorenstellen erheblich breiter gestreut als hierzulande – auch für Wissenschaftler, die ihre Zeit lieber im Labor verbringen. Forscherinnen und Forschern wird so auch langfristig eine Perspektive geboten.

Die wissenschaftliche Etablierung und damit eine Langzeitperspektive beginnt an amerikanischen Universitäten mit der Berufung zum „Assistant Professor“. Häufiger als in Deutschland ist diese erste Stufe der Professorenlaufbahn eine Tenure Track-Position. Wer nach vier Jahren eine

sehr gute Publikationsliste mit hochrangigen Veröffentlichungen, substanzielle Drittmittelprojekte und eine eigene Arbeitsgruppe vorweisen kann, ist in Harvard auf dem besten Weg zum „Associate Professor“ – sofern die sechs verlangten Gutachten positiv ausfallen. Das mit 40 Jahren zu schaffen, ist keine Seltenheit. Schwieriger gestaltet sich dann jedoch der Aufstieg in den „Wissenschaftler-Olymp“ nach etwa weiteren sechs Jahren. „Der ‚Full Professor‘-Titel ist in Harvard sehr rar“, sagt Detlef Schuppan. Und er räumt ein, dass auch an der Elite-Universität die Tenure Track-Positionen nicht mehr die Regel sind.

Auf einer Professorenstelle ausruhen kann man sich in den USA allerdings nicht. Die Anforderungen sind sehr hoch. Harvard will die besten Studierenden aus aller Welt an die Hochschule holen – die wiederum erwarten für ihre hohen Studiengebühren eine erstklassige Ausbildung. Entsprechend wichtig nimmt die Universität die Qualität von Forschung und Lehre. Die Professorinnen und Professoren stehen unter fortwährender Beobachtung, werden kontinuierlich evaluiert – erhalten aber im Gegenzug auch breite Unterstützung in ihrer Arbeit und bei der Karriereplanung. Schuppan hebt besonders die Transparenz der Berufungsverfahren hervor. „Bewerber werden an der Harvard Medical School in einem mehrphasigen Verfahren extern und intern begutachtet.“

Generell stellt das amerikanische System durch seine verschiedenen Professoren-Stufen und bessere finanzielle Ausstattung mehr Stellen für eine langfristige Karriereplanung zur Verfügung als deutsche Hochschulen. Und: Auch reine Forscher können Toppositionen in der Hierarchie erreichen: „Grundlagen-Wissenschaftler können sogar ‚Division‘ oder ‚Department Chief‘ werden“, sagt Detlef Schuppan. Dass Exzellenz und nicht Bestandswahrung höchstes Ziel der Elite-Universitäten wie Harvard ist, erleichtert guten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ebenfalls den Zugang. Wer gut ist, so Schuppan, hat gute Chancen, denn auch an den Toppositionen ist ein Wechsel Alltag. Selbst die Klinikleiterinnen und -leiter werden nicht selten nur für einige Jahre berufen und rotieren oft anschließend in die Professorenstellen zurück. Das wird aber nicht als Schande angesehen, denn dann gewinnen sie nämlich wieder die nötige Zeit zum Forschen, Lehren und ärztlichen Praktizieren. Und zudem ist die Rotation an der Spitze gängige Praxis. ■



## »Ich gehe dahin, wo ich die besten Perspektiven in der Forschung habe«

PROFESSORIN SIMONE FULDA IST SEIT 2007 INHABERIN DES LEHRSTUHL FÜR PÄDIATRISCHE FORSCHUNG AN DER UNIVERSITÄT ULM UND LEITERIN DER DORTIGEN KLINISCHEN FORSCHERGRUPPE APOPTOSE.

### Forscherin aus Leidenschaft

Die Entscheidung für die Forschung ist Professorin Simone Fulda nicht schwergefallen. Mithilfe hochkarätiger Stipendien und Forschungsaufenthalte im Ausland hat die Kinder- und Jugendmedizinerin ihr Talent fürs Forschen entdeckt. | VON DR. PETRA KRIMPHOVE

**D**ie nach Mitternacht gesendete Mail spricht Bände: Der Arbeitstag von Professorin Simone Fulda ist wieder einmal lang geworden. „15 Stunden sind keine Seltenheit“, sagt sie. Erstaunlich scheint die quirlige Wissenschaftlerin das aber nicht zu finden: „Das gehört eben dazu.“ Sie betreibt Forschung aus Leidenschaft: „Da gibt es keine zeitlichen Grenzen.“

Während des Studiums mit Stationen in Köln, Boston, San Francisco, Phoenix und Dublin, gefördert durch Stipendien der Studienstiftung des Deutschen Volkes und des Deutschen Akademischen Austauschdienstes, spürte sie ihr starkes Interesse an naturwissenschaftlichen Zusammenhängen. 1995 schloss sie ihr Studium und die Promotion ab, 2001 war sie im Alter von 33 Jahren Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und habilitiert. Danach widmete sie sich voll der Forschung, unter anderem als Heisenberg-Stipendiatin der DFG. Derzeit untersucht sie zusammen mit ihrer von der DFG geförderten klinischen Forschergruppe Apoptose-Signalwege bei Krebs. Ein besseres Verständnis des programmierten Zelltodprogramms könnte neue Therapiewege eröffnen. Seit 2007 ist die 39-Jährige Professorin für Pädiatrische Forschung an der Universität Ulm. Simone Fulda hat mit der Forschungsprofessur eine Perspektive in der klinischen Forschung in Deutschland gefunden. Aber sie weiß, dass sie damit eher die Ausnahme darstellt. „Es gibt in der klinischen Medizin zu wenige Stellen, die auf die Forschung ausgerichtet sind“, sagt sie.

Simone Fulda ist in ihren Entscheidungen und Ansichten nicht unbedingt repräsentativ, aber klar und eindeutig: Sie vermisst die Tätigkeit am Krankenbett nicht. Das vergleichsweise bescheidene Salär in der Forschung hat sie nicht davon abgehalten, sich für diesen Karriereweg zu entscheiden, zumal die Erfolge sichtbar sind: Stipendien

und Ehrungen zuhauf hat die Forscherin erhalten, unter anderem kürzlich den Johann-Georg-Zimmermann-Preis, eine der höchsten Auszeichnungen in Deutschland für Verdienste in der Krebsforschung. Wenn sie nicht die Arbeit ihres 20-köpfigen Laborteams koordiniert, sitzt sie in einem der zahlreichen Gremien der wissenschaftlichen Gesellschaften oder leitet verschiedene nationale und internationale Forschungsverbundprojekte, darunter ein europäisches Forschungsnetzwerk.

Was für Simone Fulda wichtig ist, sind „gute Zukunftsaussichten. Wenn die Leistungsbereitschaft da ist, will man Perspektiven sehen.“ Und was schafft Perspektiven? „Die Rahmenbedingungen müssen stimmen“, sagt die Professorin: „Das Budget für die Forschung, die Ausstattung und die Unabhängigkeit“, listet sie dann einige für sie zentrale Aspekte auf und fügt hinzu: „ein stimulierendes wissenschaftliches Umfeld“. In Harvard hat Simone Fulda erlebt, wie faszinierend es ist, mit den Besten des Fachs zusammenzuarbeiten – zumal auch die Laborausstattungen exzellent waren.

Wenn das Ausland mit einer neuen Perspektive lockt, zieht es sie dann in die Ferne? Simone Fulda überlegt einen Moment. Sie hat viel erreicht – „auch weil ich in den Genuss vieler Förderungen gekommen bin“ – und hat nun eine gute Position. „Ein Wechsel in diesem Karriereabschnitt und bei einer Arbeitsgruppengröße von 20 Mitarbeitern muss wohlüberlegt sein“, sagt sie. Zumal die Aussichten auch für forschende Mediziner in Deutschland langsam besser würden. „Möglichkeiten gibt es mittlerweile auch hierzulande.“ Und dennoch kann sie es sich gut vorstellen, auch in anderen Ländern zu arbeiten. „Ich bin frei zu wechseln und gehe dahin, wo ich die besten Perspektiven in der Forschung habe.“ ■

# Leistung muss wieder sich lohnen



Wissenschaftlich arbeitende Ärztinnen und Ärzte klagen über ungerechte Gehaltsstrukturen. Auf der DFG-Tagung forderten sie eine tarifliche Gleichstellung mit ihren Kolleginnen und Kollegen in der Klinik und machten Vorschläge für eine leistungsorientierte Vergütung für Forschung und Lehre. | VON JÖRG VON BILAVSKY

Über Geld spricht man nicht, Geld hat man. So heißt es landläufig. Folglich lautet der logische Umkehrschluss: Hat man kein Geld, muss man darüber sprechen. Und genau das haben über 200 Spitzenvertreterinnen und -vertreter der Universitätsklinika, wissenschaftlicher Fachverbände und politischer Gremien sowie Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler auf der DFG-Tagung „Karrierewege in der Hochschulmedizin“ ausgiebig getan. Wie die derzeitigen Gehaltsstrukturen in der medizinischen Forschung beweisen, hatten die betroffenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler dazu auch allen Grund.

## Dreifachaufgabe mit geringerem Einkommen

Angesichts der Tatsache, dass der vorwiegend forschende Arzt ungleich schlechter entlohnt wird als sein Kollege in der Krankenversorgung, wird der Unmut verständlich. Immerhin verdient ein ausschließlich für die Patienten verantwortlicher Oberarzt über 2.000 Euro mehr als

der mitunter höher der Forschung, Rogler (Zürich) Vergleichstadien dokumentierte. ne klafft die sogar noch weiter



qualifizierte Kollege aus wie Professor Gerhard in seinem Vortrag mit bellen eindrucksvoll Auf der Chefärztebene Einkommenslücke auseinander. Und das, obwohl der akademisch tätige Arzt einer Dreifachbelastung ausgesetzt ist. Sprich: neben dem anstrengenden Schichtdienst am Krankenbett leisten viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auch noch hoch qualifizierte Arbeit in Lehre und Forschung. Eine Zusatzbelastung, die nicht angemessen bezahlt wird und die Qualität von Forschung, Lehre und Patientenversorgung gleichermaßen mindert. Eine Wochenarbeitszeit von bis zu 70 Stunden ist in deutschen Unikliniken deshalb keine Seltenheit. „Forschung findet oft nur noch am Abend oder am Wochenende statt“, bemerkte Professor Rogler in seiner kritischen Bestandsaufnahme.



Leider haben die bundesweiten Ärztestreiks vor knapp zwei Jahren die Lage der wissenschaftlich tätigen Medizinerinnen und Mediziner nicht verbessert. Die von der deutschen Ärztegewerkschaft, dem Marburger Bund, ausgehandelten Tarifver-

träge (TV-Ä) gelten in aller Regel für die Patienten versorgenden Ärzte. „Weitergehende Forderungen für das wissenschaftliche Personal an den Universitätskliniken waren in diesen Tarifverhandlungen nicht durchsetzbar“, sagt der Verhandlungsführer der gewerkschaftlichen Ärztevertretung, Lutz Hammer-schlag.

**„Ein Rätsel, wieso Mittel nicht genutzt werden“**

Medizinerinnen und Mediziner, die primär forschen, werden also weiterhin nach dem allgemeinen Tarif im öffentlichen Dienst (TV-L) oder der W-Besoldung vergütet, die zwar von ihrer Anlage her durchaus leistungsbezogen ist, aber deren Möglichkeiten von den Universitäten und Ländern oft nicht ausgeschöpft werden. Selbst die zusätzlich mit der Krankenversorgung betrauten und nach TV-Ä ein-

gestuften Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler müssen Einkommenseinbußen hinnehmen, wenn sie sich etwa für einen Forschungsaufenthalt im Ausland freistellen lassen. In dieser „Auszeit“ werden sie automatisch wieder in den alten Tarif zurückgestuft und nehmen auch nicht am Stufenaufstieg, also an der sukzessiven Erhöhung ihrer Bezüge, teil. Für drittmittelgeförderte und befristet angestellte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gehören diese Regelungen zum Alltag, berichtete Professor Peter Propping vom Bonner Institut für Humangenetik im Workshop.

Dabei gewährt die Deutsche Forschungsgemeinschaft Personalmittel in der Höhe, wie es die Berufserfahrung der jeweiligen Person rechtfertigt, wobei deren Leistungen in der Forschung ebenso anzurechnen sind wie ihre sonstigen Leistungen, sei es in der Krankenversorgung oder Lehre. Die Einstufung erfolgt durch die Universitäten. DFG-Programmdirektor Dr. Frank Wissing ist es deshalb „ein Rätsel, wieso viele Universitätsverwaltungen die flexibel bewilligten Mittel nicht nutzen, um ihre Wissenschaftler besser, sprich nach TV-Ä oder mit den im TV-L möglichen Zulagen zu bezahlen“. Der tarifrechtliche Rahmen dafür existiere. Doch die Arbeitgeber fürchten, dass dann auch alle anderen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in der Hochschulmedizin auf eine bessere Bezahlung pochen könnten.

Eine leistungsgerechte Vergütung, die auch die lange Ausbildungszeit berücksichtigt, sowie eine materiell abgesicherte Laufbahn sehen anders aus. Dabei ist zu bedenken, dass die notwendige Mobilität und die Abfolge verschiedener Arbeits- und Stipendienverträge mit zusätzlichen Kosten und Unsicherheiten behaftet sind, die der Nachwuchs tragen muss. „Gehaltsdefizite“, sagte Professor Propping, „die bis zur Berufung auf eine Professur aufgelaufen sind, können meist nicht aufgeholt werden.“ Auch wenn es dem akademischen Nachwuchs weniger um das Gehalt geht als vielmehr um die berufliche Zukunft, soll sich ihre Leistung nicht allein in der Zahl der Publikationen, Preise, Vorträge und Forschungsprojekte widerspiegeln, sondern auch in einer angemessenen Bezahlung.

**„Bewertungspunkte“ kontra Exodus**

Bei solcher Unzufriedenheit erstaunt es nicht, dass immer mehr Talente das Weite, sprich, die besser dotierten

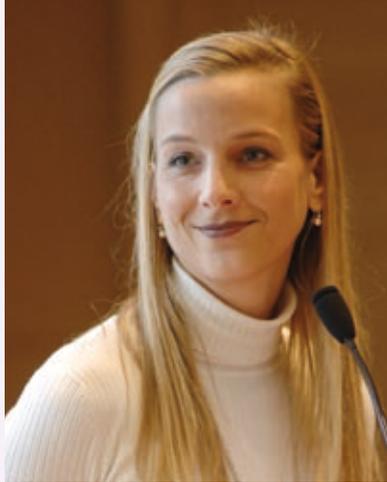
Monatliche Bruttoentgelte nach Ärztetarif TV-Ä (West) ab 1. Januar 2008					
Entgeltgruppe	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
Ä1 Weiterbildung	3.705 € 1. Jahr	3.915 € 2. Jahr	4.065 € 3. Jahr	4.325 € 4. Jahr	4.635 € ab 5. Jahr
Ä2 Facharzt	4.890 € ab 1. Jahr	5.300 € ab 4. Jahr	5.660 € ab 7. Jahr		
Ä3 Oberarzt	6.125 € ab 1. Jahr	6.485 € ab 4. Jahr	7.000 € ab 7. Jahr		
Ä4 Ltd. Oberarzt	7.205 € ab 1. Jahr	7.720 € ab 4. Jahr	8.130 € ab 7. Jahr		

Quelle: www.marburger-bund.de

Monatliche Bruttoentgelte nach Wissenschaftlertarif TV-L (West) ab 1. Januar 2008					
Entgeltgruppe	Grundentgelt		Entwicklungsstufen		
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
15	3.485 €	3.870 €	4.015 €	4.530 €	4.920 €
14	3.150 €	3.500 €	3.705 €	4.015 €	4.490 €
13	2.900 €	3.225 €	3.400 €	3.740 €	4.210 €

Quelle: www.gew.de

PRIVATDOZENTIN  
NATALIJA NOVAK,  
FACHÄRZTIN FÜR  
DERMATOLOGIE  
UND ALLERGOLOGIE  
AM KLINIKUM  
DER UNIVERSITÄT  
BONN, STELLTE DIE  
ERGEBNISSE DES  
WORKSHOPS ÜBER DIE  
GEHALTSSTRUKTUREN  
IM PLENUM VOR.



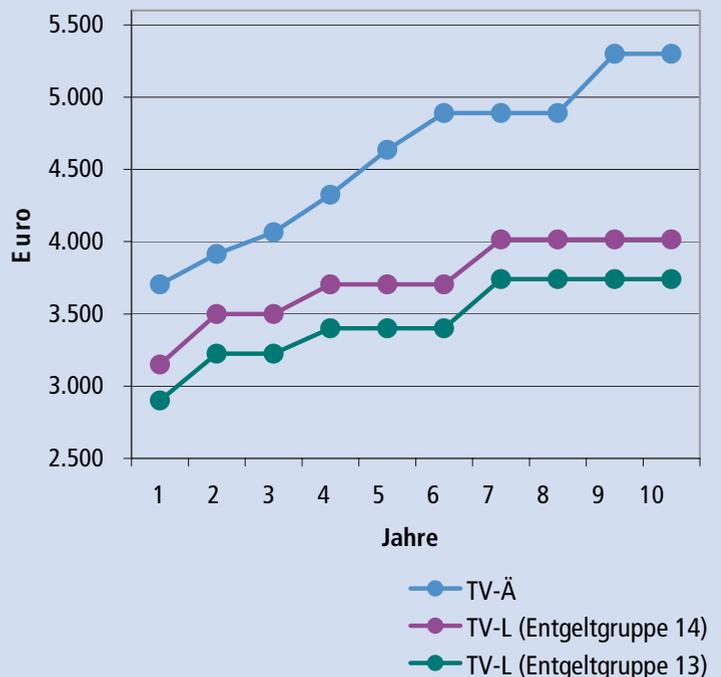
privater und öffentlicher Drittmittel klar definierte „Bewertungspunkte“ sammeln, die am Ende bares Geld wert sind.

Dieses leistungsorientierte Prämienmodell zeigt, dass auch im Rahmen der jetzigen Haushalts- und Förderbudgets durchaus finanziell attraktive Anreize für alle forschenden Medizinerinnen und Mediziner geschaffen werden können. Freilich lässt sich dieses Vergütungssystem nicht ohne Weiteres in allen Universitätsklinik und anderen medizinischen Forschungsinstituten realisieren. Dem stehen nicht nur klinikspezifische Regelungen, sondern auch die unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen der Bundesländer im Wege. Deshalb muss sich für die „breite Masse“ der forschenden Medizinerinnen und Mediziner mit bundeseinheitlichen und verbindlichen Regeln grundlegend etwas ändern.

und ausgestatteten Stellen im Ausland suchen – und sie auch finden. Allein im Jahr 2006 sind knapp 2.600 deutsche Ärzte „ausgewandert“; Tendenz steigend, wie die „Schweizerische Ärztezeitung“ im September letzten Jahres berichtete. Die USA und Großbritannien, aber auch die Nachbarn südlich der Alpen konnten sie mit deutlich höheren Grundbezügen, Leistungszulagen, günstigerer Ausstattung und Arbeitszeit locken. Denn forschende Medizinerinnen und Mediziner aus Deutschland gelten im Ausland nach wie vor als besonders hoch qualifiziert und motiviert.

Wie der Exodus medizinischer Spitzenforscherinnen und -forscher aus Deutschland gestoppt werden könnte, und zwar nicht nur mit strukturellen, sondern auch mit finanziellen Maßnahmen, veranschaulichte der Geschäftsführer der Hertie-Stiftung, Professor Michael Madeja. So wird am Hertie-Institut für Klinische Hirnforschung in Tübingen seit Kurzem das Modell einer leistungsabhängigen Gehaltszulage erprobt. Je 100.000 Euro stellen die Hertie-Stiftung und das Universitätsklinikum den dort beschäftigten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern jährlich zur Verfügung. Nach einem austarierten Verteilerschlüssel können alle ihr Grundgehalt mit besonderen Leistungen aufbessern. Während jeder der vier Abteilungsleiter für die Gesamtleistung seiner Forschergruppe honoriert wird, können der einzelne Forscher und die einzelne Forscherin durch die Publikation von Artikeln in wichtigen Fachzeitschriften wie „Science“ oder durch die Einwerbung

### Voraussichtliche Entwicklung des monatlichen Durchschnitts-Bruttogehalts



Quelle: Nach Berechnungen von Professor Peter Propping, Bonn 2007

Durchschnittliches Jahresgehalt für wissenschaftliches Personal 2008				
Wissenschaftler				
Ärzte				nicht-ärztliche Wissenschaftler
Assistenz- arzt	Facharzt	Oberarzt	Direktor	
60.975 €	79.500 €	97.275 €	72.028 €	

Quelle: Nach Berechnungen von Professor Peter Propping, Bonn 2007

Jahresgehälter an der Stanford University (2006–2007) Clinical and Basic Science Faculty			
Fächer	Full Professor	Associated Professor	Assistant Professor
Herzchirurgie, Neurochirurgie, Plastische Chirurgie, Krebs-Chirurgie etc.	170–495	150–330	120–295
Anästhesie, Gynäkologie, Ophthalmologie, HNO, Neurochirurgie etc.	150–330	120–295	100–245
Dermatologie, Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Pathologie etc.	120–295	100–245	85–210
Biochemie, Genetik, Mikrobiologie etc.	110–220	84–140	66–120

Jahresgehalt in 1.000 US-Dollar (Quelle: Stanford Report May 30, 2007)

**Das Mögliche erreichen**

An Forderungen und Ideen seitens der Hochschulmedizin herrschte auf der Tagung denn auch kein Mangel. Man war sich sofort einig, dass alle wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie auch andere in der Klinik tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, zum Beispiel Biologen und Physiker, mit den klinischen Kolleginnen und Kollegen tariflich mindestens gleichziehen müssen. Vor allem die W-Besoldung bedürfe dringend einer Aufwertung durch außertarifliche und verhandelbare Zusatzverträge. Darüber hinaus wurde aber auch der Ruf nach ausdifferenzierten Leistungsprämien laut. Gefordert sind hier in erster Linie die Gesetzgeber und Universitätsverwaltungen, die den medizinischen Fakultäten mehr Spielraum bei der leistungsbezogenen Vergabe ihrer Finanzmittel einräumen sollten. Ein beispielsweise von der Deutschen Forschungsgemeinschaft zu erarbeitender Kriterienkatalog könne dabei als Richtschnur für die leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) dienen.

Ob eine eigene Interessenvertretung beziehungsweise ein spezifischer Tarifvertrag für die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in der Hochschulmedizin realistisch ist, war allerdings ebenso umstritten wie die Forderung nach größerer finanzieller Unterstützung durch die öffentliche Hand. Insbesondere der Tarifexperte des Marburger Bundes, Lutz Hammerschlag, warnte vor einer weiteren Zersplitterung und Schwächung der ärztlichen Interessenvertretungen sowie allzu großen Erwartungen. Von solchen Bedenken ließen sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler jedoch nicht entmutigen. Aus dem von DFG-Vizepräsident Professor Jürgen Schölmerich vorgebrachten Zitat des britischen Philosophen Bertrand Russell „Die Wissenschaftler bemühen sich, das Unmögliche möglich zu machen. Die Politiker bemühen sich oft, das Mögliche unmöglich zu machen“ hatten sie längst den Schluss gezogen: Wir können zwar den Job der Politiker nicht übernehmen, wohl aber das Unmögliche fordern, um das Mögliche zu erreichen. ■



**„Im eigenen Land gut sein und gut bezahlt werden“**

*PROFESSOR LENHARD RUDOLPH IST DIREKTOR DES INSTITUTS FÜR MOLEKULARE MEDIZIN UND LEITER DER MAX-PLANCK-FORSCHERGRUPPE FÜR STAMMZELLENALTERUNG AN DER UNIVERSITÄT ULM. ER HAT AN DER GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT IN GÖTTINGEN PROMOVIIERT UND WAR ALS POSTDOKTORAND DREI JAHRE AM ALBERT-EINSTEIN-COLLEGE OF MEDICINE IN NEW YORK UND AM DANA FARBER CANCER INSTITUTE IN BOSTON TÄTIG. AN DER MEDIZINISCHEN HOCHSCHULE HANNOVER HABILIERT ER SICH IM FACHBEREICH EXPERIMENTELLE GASTROENTEROLOGIE UND NAHM DORT EINE HEISENBERG-PROFESSUR DER DFG WAHR, BEVOR ER 2007 DEM RUF AN DIE UNIVERSITÄT ULM FOLGTE.*

**duz:** Spielte das zukünftige Gehalt bei Ihrer Karriereplanung eine Rolle?

**Lenhard Rudolph:** Als ich anfing, Medizin zu studieren, habe ich mir über das Geld keine Gedanken gemacht. Mir war damals nicht klar, welche Gehaltsstrukturen in der deutschen Hochschulmedizin existieren. Das spielte erst in dem Moment eine Rolle, als ich das System durchschaute und man sich Gedanken über die finanziellen Perspektiven machen musste. Als Oberarzt, Abteilungsleiter, Chefarzt oder niedergelassener Facharzt verdient man in der Regel gutes Geld. Aber ich wollte möglichst lange klinisch und forschend tätig sein.

**duz:** Nach der Promotion haben Sie drei Jahre als Postdoc an Instituten in New York und Boston gearbeitet. War die Arbeit in den USA auch finanziell attraktiv?

**Lenhard Rudolph:** Zum damaligen Zeitpunkt waren für mich die USA finanziell noch nicht attraktiv. Ich war dort, als der Dollar stark und die Mark schwach war. Umgerechnet hatte ich in dieser Zeit nicht mehr Geld als ein deutscher Arzt im praktischen Jahr. Das

Postdoc-Stipendium der DFG ermöglichte mir aber, mich drei Jahre von der klinischen Arbeit „freizukaufen“, um Top-Forschung betreiben und meine Kenntnisse in der Wissenschaftssprache Englisch verbessern zu können.

**duz:** Hätten Sie danach mit einer gut dotierten Stelle in den USA rechnen können?

**Lenhard Rudolph:** Ja, ich hätte dort bleiben können. Als „Physician Scientist“ hätte ich wohl ungefähr das Doppelte von dem bekommen, was man in Deutschland für eine vergleichbare Position zahlt. Bis zu 120.000 Dollar, denke ich. Ich wollte aber in Deutschland meine medizinische Ausbildung abschließen. In den USA hätte ich mein Physikum nachholen, das ganze Grundwissen auffrischen müssen, um auch klinisch arbeiten zu dürfen.

**duz:** Dass ein medizinischer Wissenschaftler in Deutschland weniger verdient, störte Sie nicht?

**Lenhard Rudolph:** Doch. Aber nach meiner Rückkehr aus den USA hatte ich das Glück, sofort in das Emmy Noether-Programm der

GEBALLTES INTERESSE: LUTZ HAMMERSCHLAG, STELLVERTRETENDER HAUPTGESCHAFTSFÜHRER DES MARBURGER BUNDES, DISKUTIERT MIT DEN TEILNEHMERN DES WORKSHOPS ÜBER DIE GEHALTSSTRUKTUREN AN UNIVERSITÄTSKLINIKEN.



## Professor Lenhard Rudolph über attraktive Jobangebote aus den USA, das reformbedürftige Gehaltssystem in Deutschland und außertarifliche Zusatzvereinbarungen

DFG aufgenommen zu werden. Damit war man – salopp gesprochen – „über den Durst finanziert“. Im klassischen System wäre ich erst mal als Assistenzarzt eingestuft worden und von den Interessen meines Chefs abhängig gewesen. Die DFG-Förderung ermöglichte mir dagegen, frei zu entscheiden: Wie viel Forschung, wie viel Klinik will ich machen.

**duz:** Sie haben dann 2006 als einer der erster Mediziner eine Heisenberg-Proessur der DFG erhalten. Erhöhte das Ihren „Marktwert“?

**Lenhard Rudolph:** Das Heisenberg-Programm zielt ja auf exzellente Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler, die prinzipiell berufbar sind. Durch diese Förderung wird der eigene „Marktwert“ klar gesteigert. Ich erhielt bereits wenige Monate nach Annahme des DFG-Angebots Rufe auf permanente Professuren aus Ulm und Lexington (USA).

**duz:** Wieso haben Sie sich letztlich für die W3-Stelle in Ulm und nicht für die USA entschieden?

**Lenhard Rudolph:** Ich wäre vermutlich nach Amerika zurückgegangen, wenn man in Ulm meine W3-Stelle finanziell nicht deutlich attraktiver gestaltet, sprich: außertarifliche Lösungen gefunden hätte. In Lexington war man sogar bereit, mir anfangs das Dreifache der W3-Besoldung inklusive Zulagen zu bezahlen. Selbst wenn man die Kosten für die soziale Absicherung in den USA abzieht, wäre das immer noch das Doppelte gewesen. Die Ulmer haben das zwar nicht überboten, aber ihr Angebot nochmals deutlich verbessert. Solche Zusatzvereinbarungen sind die Ausnahme und in Deutschland momentan noch nicht flächendeckend umzusetzen.

**duz:** Was muss sich also am deutschen System ändern, um Spitzenforscher hier zu halten?

**Lenhard Rudolph:** Wenn wir akademische Spitzenkräfte in Deutschland halten wollen, müssen wir leistungsorientierte Gehaltsstrukturen entwickeln. Das W3-Gehalt ist als Grundvergütung in Ordnung. Aber es ist nicht adäquat für jemanden, der hocheffektiv ist, eine Gruppe von 20 bis 30 Forscherinnen und Forschern führt und 14 Stunden am Tag arbeitet. Man sollte sich am amerikanischen Vorbild orientieren, ein einheitliches Grundgehalt bezahlen und die Forscherinnen und Forscher an ihren eingeworbenen Drittmitteln beteiligen. Vielleicht 10 Prozent. Ich habe letztes Jahr 500.000 Euro an Drittmitteln organisiert. Das wären dann 50.000 Euro. Und wenn eine Doktorandin oder ein Doktorand die Mittel einwirbt, bekommt er oder sie den Bonus. Aber dazu muss die Politik entsprechende Strukturen schaffen, den Vergaberahmen und das Beamtenrecht modernisieren. Im eigenen Land gut sein und gut bezahlt werden, das muss die Richtlinie sein.

**duz:** Welche Chancen geben Sie solchen Forderungen?

**Lenhard Rudolph:** Die DFG-Tagung hat mich zuversichtlich gestimmt. Und ich glaube, die Politik kann das auch umsetzen. Wie ich gehört habe, denkt man in Baden-Württemberg bereits intensiv über leistungsbezogene Gehaltszulagen nach. Dann bräuchte man solche Sonderlösungen wie in Ulm nicht mehr. Das wäre nicht nur für den Einzelnen, sondern für den Forschungsstandort Deutschland insgesamt das Beste. ■

INTERVIEW: JÖRG VON BILAVSKY



PROFESSOR GERHARD ROGLER HAT SEIT 2007 DEN NOVARTIS-LEHRSTUHL FÜR GASTROENTEROLOGIE UND HEPATOLOGIE AN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH INNE. VORHER WAR DER INTERNIST UND GASTROENTEROLOGE AUF EINER C3-PROFESSUR AM KLINIKUM DER UNIVERSITÄT REGENSBURG.

## „Irgendwann ist die Grenze der Zumutbarkeit erreicht“

Eine attraktive akademische Zukunft und bessere Einkommensbedingungen haben den deutschen Hochschulmediziner Professor Gerhard Rogler in die Schweiz gelockt. | VON JÖRG VON BILAVSKY

Zürich ist die Stadt mit der weltweit höchsten Lebensqualität – sagt zumindest eine im Jahr 2007 erschienene Studie. Der See, die Berge, das Kulturangebot, die Altstadt – verlockend für viele Touristen, aber auch für viele Auswanderer. Doch erfolgreiche Mediziner wie der aus Bayern stammende Professor Gerhard Rogler haben noch ganz andere Gründe, ihre deutsche Heimat in Richtung Zürichsee zu verlassen. Seit einem guten halben Jahr lebt und arbeitet der 44-jährige Gastroenterologe und promovierte Philosoph am bedeutendsten Hochschulstandort der Schweiz. Und bislang hat er den Wechsel von der Regensburger Universitätsklinik an das Universitäts-Spital in Zürich weder finanziell noch fachlich bereut. Nach mehreren erfolglosen Bewerbungen – die wenigen C4-Professuren in Deutschland werden nicht immer in transparenten Verfahren vergeben – konnte er schließlich seine C3-Stelle mit weniger als 60.000 Euro Jahresgehalt gegen den doppelt so hoch dotierten Novartis-Lehrstuhl in Zürich eintauschen. Das höhere Einkommen war für ihn keineswegs der einzige, aber doch ein wichtiger Grund, seine akademische Karriere im Ausland fortzusetzen. „Wenn man als forschender Arzt für die zusätzliche Arbeit und Verantwortung nicht mindestens ebenso gut bezahlt wird wie der ausschließlich klinisch tätige Kollege, wird man sich von seinen Angehörigen sagen lassen müssen, dass irgendwann die Grenze der Zumutbarkeit erreicht ist“, sagt der Vater von drei Kindern.

In Deutschland habe sich „über viele Jahre das Bild von einem selbstlosen Forscher festgesetzt, für den finanzielle Aspekte keine Rolle zu spielen haben“, meint Rogler mit Hinweis auf die seiner Meinung nach viel zu gering entlohnten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in der Heimat. Einige von ihnen werfen ihm deshalb vor, aus rein wirtschaftlichen Motiven „Fahnenflucht“ begangen zu haben. Doch wenn es ihm nur um die beste Bezahlung gegangen wäre, hätte er in einer Schweizer Privatpraxis

garantierte 600.000 Franken im Jahr verdienen können. Aber weder die Aufgaben eines niedergelassenen Facharztes noch ein attraktives Angebot aus der Industrie reizten ihn intellektuell. Ihn treibt nach wie vor die Begeisterung für die Wissenschaft und das Bedürfnis, kranken Menschen zu helfen. Wenn Leidenschaft und Leistung angemessen belohnt werden, wirkt sich das seiner Ansicht nach auch produktiv auf die Forschung aus. Nicht zuletzt deshalb hält er die Gehaltsstrukturen in der deutschen Hochschulmedizin auch „für blockierend und motivationshemmend“. Im Zeitalter der Globalisierung kann es sich Deutschland einfach nicht länger leisten, hervorragende Medizinerinnen und Mediziner auszubilden und sie dann wegen schlechter Gehaltsperspektiven ans Ausland oder die Privatwirtschaft zu verlieren, mahnt er die verantwortlichen Politiker in Bund und Ländern.

Obwohl Gerhard Rogler an seinem Schweizer Lehrstuhl ideale Bedingungen vorfindet, er nun voll liquidationsberechtigt ist, also Privatpatienten privat abrechnen kann, und über genügend Personal sowie Forschungsmittel verfügt, schätzt er den Wissenschaftsstandort Deutschland noch immer wegen der Qualität der dort geleisteten Forschung. Er kann sich durchaus vorstellen, wieder an eine deutsche Universitätsklinik zu wechseln. Vorausgesetzt, die medizinische Hochschulkarriere in Deutschland gewinnt an finanzieller Attraktivität. Sprich: forschende Professoren müssen an den von ihnen eingeworbenen Drittmitteln ebenso verdienen dürfen wie an den von ihnen eingereichten Patenten. Noch glaubt Rogler aber nicht daran, dass diese auf der DFG-Tagung vorgeschlagenen „Incentives“ in der Hochschulmedizin so bald umgesetzt werden. Mindestens bis es soweit ist, will er die neu,gewonnene finanzielle und wissenschaftliche Freiheit dazu nutzen, sich am Züricher Universitäts-Spital ein eigenes Forschungsumfeld aufzubauen. ■

# Es bleibt viel zu tun



Die DFG-Konferenz ‚Karrierewege in der Hochschulmedizin‘ hat deutlich gemacht, wie groß der Reformbedarf auf diesem Sektor ist. Ein Überblick über die wichtigsten Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen der Konferenz. | VON DR. BEATE SCHOLZ, DFG

Im System der Hochschulmedizin in Deutschland muss sich einiges ändern, um eine Karriere in diesem Bereich (wieder) attraktiver zu machen. Darüber waren sich die mehr als 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der DFG-Tagung einig. Dass aber vieles, wenn die Bereitschaft dazu besteht, schon machbar ist – wie etwa eine wissenschaftsbasierte Promotion als Bestandteil des Medizinstudiums oder die transparente Vergabe leistungsbezogener Gehaltszuschläge – mag manche überrascht haben. In jedem Fall sind verschiedene Akteure gefordert, wenn es darum geht, das System als Ganzes nachhaltig zu verändern und zu verbessern.

## WELCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN LASSEN SICH AUS DER TAGUNG FÜR DIE DFG ABLEITEN?

◆ **Experimentierfeld für wissenschaftliche Promotionen in der Medizin:** An Ideen und Überlegungen, wie Promotionen in der Medizin wissenschaftlicher werden

und in das Medizinstudium eingebaut oder daran angehängt werden können, mangelt es nicht. Was bislang jedoch fehlt, ist ein systematisches Förderprogramm, das einen qualitätsbasierten Wettbewerb der verschiedenen Modelle ermöglicht. Dieser könnte von der DFG durch eine Förderinitiative ‚Medizinpromotion‘ in ihrem Programm Graduiertenkollegs sowie gegebenenfalls dem Programm Klinische Forschergruppen organisiert und die überzeugendsten Konzepte durch eine Förderung prämiert werden.

◆ **Die Tür zur Rückkehr öffnen:** Förderangebote der DFG wie das Rückkehrstipendium, das Emmy Noether- und das Heisenberg-Programm sowie die „Eigene Stelle“ haben viele hoch qualifizierte junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu einer Rückkehr nach Deutschland ermutigt. Für bereits berufbare Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in der Hochschulmedizin hat sich die Heisenberg-Professur als beson-

ders erfolgreiches Förderinstrument erwiesen. Die DFG plant, dieses Programm weiter auszubauen, um weltweit noch mehr qualifizierte Wissenschaftler für eine Hochschulkarriere in Deutschland zu gewinnen. Der Forderung insbesondere junger Forscher nach mehr Beratung und Wegweisung durch Erfahrene möchte sie ferner mit einem Pilot-Mentoring-Programm für Medizinerinnen und Mediziner begegnen.

- ◆ **Keine Angst vor dem ersten Mal:** Statistisch gesehen haben jüngere oder weniger erfahrene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bei der DFG genauso gute Bewilligungschancen wie Etablierte. Dies mag auch daran liegen, dass in der Begutachtung ihre geringere wissenschaftliche Erfahrung berücksichtigt wird. Dennoch besteht bei vielen eine „gefühlte“ Unsicherheit, die manche möglicherweise ganz davon abschreckt, eigene Anträge zu stellen. Die DFG wird hier durch eine spezielle Startförderung für Erstantragstellende, die auch eine Informations- und Beratungskampagne umfasst, Abhilfe schaffen.
- ◆ **Mit unterschiedlichen Maßen messen:** An Peer Review-Systemen wird oft kritisiert, sie benachteiligten risikoorientierte Forschung. Die DFG hat deshalb das Fördermodul „Reinhard Koselleck-Projekte“ eingerichtet: Demnach könnten besonders ausgewiesene Forscherinnen und Forscher eine „Förder-Bonität“ erlangen, die ihnen den Zugang zu einer Projektförderung ohne allzu detaillierte Beschreibung des Vorhabens ermöglicht. Klinisch sehr engagierte Wissenschaftle-

rinnen und Wissenschaftler befürchten oftmals, dass ihre Leistungen bei einer Begutachtung, die primär auf Publikationen und Drittmittel als Erfolgsindikator setzt, nicht angemessen berücksichtigt werden. Fachkollegen und die Senatskommission für Klinische Forschung werden daher die bisherigen Bewertungskriterien in ihrer Validität für klinische Forschungsanträge überprüfen, ohne jedoch die geltenden Qualitätskriterien infrage zu stellen.

- ◆ **Spielräume nutzen und weiter ausbauen:** Bereits jetzt übernimmt die DFG für die von ihr geförderten Projekte alle Personalkosten, die sich aus der Umsetzung tariflicher Bestimmungen ergeben. Sie versucht insofern, die Spielräume der Tarifverträge auszuschöpfen, um so eine gleichwertige Vergütung aller in der Klinik tätigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu ermöglichen. Gemeinsam mit ihren Geldgebern wird die DFG darüber hinaus prüfen, ob und gegebenenfalls wie eine anteilige persönliche Refinanzierung aus Drittmittelanträgen möglich werden kann.

**WIE KÖNNEN DIE HOCHSCHULEN ZUR VERBESSERUNG DER LAGE BEITRAGEN?**

- ◆ **Aktive Personal- und Laufbahnentwicklung in allen Karrierephasen:** Karrierewege in der Hochschulmedizin lassen verschiedene Laufbahnoptionen zu – meist jedoch nur bis zu einem gewissen Stadium in der wissenschaftlichen Weiterqualifizierung als Postdoc. Berufskarrieren verlaufen heute in der Regel



**OPTIMISTISCHE EXPERTEN:**

WENN ALLE BETEILIGTEN INNOVATIONSBEREIT SIND, SIND DIE ANSTEHENDEN REFORMEN AUCH UMSETZBAR – SO EIN ERGEBNIS DER PODIUMSDISKUSSION, AN DER BETEILIGT WAREN (V.L.N.R.): PROFESSOR DIETER BITTER-SUERMANN, PRÄSIDENT DER MHH; PROFESSOR GEBHARD VON JAGOW, PRÄSIDENT DES MEDIZINISCHEN FAKULTÄTENTAGES; DR. FRANK ULRICH MONTGOMERY, VIZE-PRÄSIDENT DER BUNDESÄRZTEKAMMER; PROFESSOR WERNER SEEGER, DIREKTOR DER UNIKLINIKEN GIESSEN, UND RÜDIGER STREHL, KAUFMÄNNISCHER DIREKTOR DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS TÜBINGEN.

jedoch weniger linear, und Organisationen, insbesondere in der Hochschulmedizin, müssen dynamisch auf Anforderungen reagieren. Hochschulen sind daher gefordert, durch aktive Personalpolitik die Durchlässigkeit zwischen den Feldern Forschung, Lehre und Patientenbetreuung sowie dem außeruniversitären Bereich zu erhöhen und so individuelle Schwerpunktsetzungen in unterschiedlichen Karrierephasen zuzulassen.

- ◆ **Mehr Selbstständigkeit wagen:** Der Trend zu früherer Eigenständigkeit in einer wissenschaftlichen Karriere, der durch die Einrichtung von Nachwuchsgruppen und Juniorprofessuren beschleunigt wurde, hat die Attraktivität einer wissenschaftlichen Karriere in Deutschland erhöht. Für die Hochschulmedizin wird der Bedarf gesehen, dass Universitäten Juniorprofessuren mit kompetitiver Ausstattung und Tenure Track einrichten.

- ◆ **Geschäft auf Gegenseitigkeit:** Berufungsverfahren sind nicht nur für die Kandidatinnen und Kandidaten, die sich um eine Professur bewerben, wichtig, sondern in gleichem Maße für die Hochschulen, die damit Entscheidungen über die Besetzung ihrer Führungspositionen mit langfristiger Perspektive treffen. Der Wissenschaftsrat hat bereits im Mai 2005 klare ‚Empfehlungen zur Ausgestaltung von Berufungsverfahren‘ vorgelegt. Diese sollten konsequent umgesetzt werden, um die Auswahl von Kandidatinnen und Kandidaten zügig, transparent, vergleichbar und fair durchzuführen und in geeigneten Fällen Wissenschaftler aktiv zu rekrutieren – insbesondere wenn es darum geht, Forschungsschwerpunkte strategisch zu stärken.

- ◆ **Motivation durch Leistung und Anerkennung:** Eine erfolgreiche Karriere in der Hochschulmedizin hat vielleicht noch mehr als in anderen Bereichen etwas mit Berufung und persönlicher Hingabe zu tun. Umso wichtiger ist es, die individuelle Leistungsbereitschaft durch Anreize sicherzustellen und den großen Einsatz angemessen zu belohnen. Dazu können Hochschulen beitragen, indem sie leistungsbezogene Gehaltszuschläge nach nachvollziehbaren Kriterien gewähren. Ferner sollten sie definierte Forschungszeiten von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in der Weiterbildungsphase finanziell unterstützen und die Weiterbildungsphase insgesamt durch klar definierte Curricula berechenbar machen.

- ◆ **Veränderungen in Organisationsstruktur und -kultur:** Nicht jeder, der die Leitung einer Klinik übernommen hat, fühlt sich mit dem Spagat, in Klinik und Forschung gleichermaßen permanent Höchstleistungen erbringen zu müssen, dauerhaft wohl. Abhilfe können hier Tandem-Modelle schaffen, in denen ein Mitglied des Tandems für den wissenschaftlichen Bereich und das andere Mitglied für die Patientenversorgung verantwortlich ist, oder Rotationsmodelle wie an der Harvard Medical School, bei denen die Klinikleitung im Turnus von unterschiedlichen Mitgliedern wahrgenom-



„ES IST MÖGLICH, DIE KULTUR IN DER DEUTSCHEN HOCHSCHULMEDIZIN ZU VERÄNDERN, WENN ALLE BETEILIGTEN DAZU BEREIT SIND“, MEINT DR. BEATE SCHOLZ, PROGRAMMDIREKTORIN FÜR DEN BEREICH WISSENSCHAFTLICHER NACHWUCHS BEI DER DFG.

men wird. Auf jeden Fall sollte die Leitungs- und Organisationsstruktur fachlichen Notwendigkeiten folgen. Hochschulen sollten in dieser Hinsicht auch fördern, dass sich themenbezogenen Schwerpunkte und darauf bezogen übergeordnete Funktionseinheiten mehrerer Kliniken und Institute herausbilden können.

#### WO SIND POLITIK, VERBÄNDE UND VERWALTUNGEN GEFORDERT?

- ◆ **Vereinbarkeit von klinischer Weiter- und wissenschaftlicher Ausbildung:** Bislang verlaufen die Phasen, in denen junge Ärztinnen und Ärzte ihre Facharztausbildung absolvieren und sich für eine weitere wissenschaftliche Karriere vorbereiten, oft konsekutiv. Wollen sie beide Zielsetzungen miteinander verknüpfen, führt das in der Regel zu einer deutlichen Verlängerung beider Phasen. Daher sollten Ärztekammern die Forderung der jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aufgreifen und ihre Weiterbildungsordnungen so reformieren, dass Forschungsphasen als Weiterbildungszeit anerkannt werden, wenn sie damit inhaltlich im Zusammenhang stehen. Die zusätzlichen Kompetenzen, die sie so erwerben, kommen unmittelbar der Patientenversorgung zugute.
- ◆ **Gleichwertigkeit und Flexibilität von Vergütungen:** Damit die Hochschulmedizin für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterschiedlicher Fachgebiete ein interessantes Betätigungsfeld bleibt, erscheint es notwendig, eine einheitliche Grundvergütung zu gewährleisten und diese je nach Leistung durch Prämien zu ergänzen. Die Grundlagen und Rahmenbedingungen dafür sollte ein eigener Wissenschaftstarifvertrag definieren, der die besonderen Anforderungen der Hochschulmedizin berücksichtigt. Um ihre Forderungen angemessen vertreten zu können, erscheint Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in der Hochschulmedizin die Bildung einer übergeordneten tariflichen Interessenvertretung für diesen Bereich sinnvoll. ■

Deutsche  
Forschungsgemeinschaft

## »Karrierewege in der Hochschulmedizin«

Fachtagung,  
15. bis 16. November 2007



**DFG**

### Impressum

Beilage zur *duz* – das unabhängige Hochschulmagazin,  
22. Februar 2008

Das *duz* SPECIAL erscheint im RAABE Fachverlag für  
Wissenschaftsinformation (Klett-Gruppe).

**duz SPECIAL-Redaktion:** Dr. Wolfgang Heuser (w.heuser@  
raabe.de), Angelika Fritsche (fritsche@redaktion-recherche.de)  
in Zusammenarbeit mit Dr. Anjana Buckow (verantwortlich) und  
Dr. Beate Scholz, DFG

**Fotos:** David Ausserhofer (S. 3-5, S. 7, S. 9, S. 12-17, S. 21, S.25-28,  
S. 30-31), DigitalVision (Titel), Phillips-Universität Marburg  
(S. 11 unten), Bollinger/pixelio (S. 19), S. Hofschlaeger/pixelio  
(S. 24, S. 29), privat (S. 8, S. 11 oben, S. 22), Ruhr-Universität  
Bochum, Pressestelle (S. 6-7 oben), Gabi Schoenemann/pixelio  
(S. 23), stihl/024/pixelio (S. 10, S. 20)

**Layout:** ESM Satz und Grafik GmbH, Berlin

**Druck:** Kessler Druck + Medien, Bobingen

**Verlagsanschrift:**

RAABE Fachverlag für Wissenschaftsinformation,  
Kaiser-Friedrich-Str. 90, 10585 Berlin, Tel.: 030 / 21 29 87-0,