



## **Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.**

– Kommission Klinische Forschung - Nachwuchsförderung –

**Forschungstätigkeit während der Weiterbildung**

**Forschung in Akademischen Lehrkrankenhäusern**

**Karriereoptionen primär forschungsorientierter  
Mitarbeiter an Universitätsklinika**

**Promotion von Medizinern und deren Bedeutung  
im Rahmen der Nachwuchsförderung**

Prof. Dr. med. Jürgen Schölmerich  
Vorsitzender der Kommission Klinische Forschung- Nachwuchsförderung 2003 - 2007

Generalsekretär der DGIM: Prof. Dr. med. Hans-Peter Schuster  
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. · Irenenstraße 1 · 65189 Wiesbaden  
Telefon 0611-2058040-0 · Fax 0611-2058040-46 · E-mail: info@dgim.de

---

## Forschungstätigkeit während der Weiterbildung

(Stellungnahme vom 24. 01. 2006)

An Universitätskliniken und zunehmend auch an akademischen Lehrkrankenhäusern, die sich mit klinischer Forschung beschäftigen, gewinnt das Problem der Anrechenbarkeit von Forschungstätigkeiten auf die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, unabhängig von seiner alten oder neuen Form, zunehmend an Bedeutung. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hält es für erforderlich, dass Tätigkeiten in der Forschung, sofern sie unter Anleitung oder Betreuung durch den Weiterbildungsbefugten erfolgen, auf die Weiterbildungszeit anrechenbar sind.

### Besondere Aspekte der klinischen Weiterbildung an Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern:

1) An den genannten Kliniken für Innere Medizin erlaubt die strukturierte klinische Lehre eine intensive, patientennahe Weiterbildung in der Inneren Medizin und schafft damit einen Zeitgewinn für die Gesamtweiterbildung der Assistenten. Strukturierte klinische Lehre wird gewährleistet durch die in Weiterbildung befindlichen Assistenten selbst, den in Aus-, Fort- und Weiterbildung erfahrenen Weiterbildungsbefugten, unterstützt durch darin ebenso erfahrene klinische Oberärzte und die Zuhilfenahme häufiger klinischer Weiterbildungsveranstaltungen. An den Universitätskliniken für Innere Medizin und an der Mehrzahl der Lehrkrankenhäuser werden gezielt Weiterbildungsconzepte und Fortbildungsaktivitäten geleistet, durch welche die strukturierte und kontinuierliche Weiterbildung der internistischen Assistenten am Patienten koordiniert, überwacht und sicher intensiviert wird. Hierzu gehören nicht nur die regelmäßigen klinischen Fallvorstellungen, Journal Clubs, Seminarprogramme und Fortbildungsveranstaltungen, sondern auch die enge Vorortbetreuung der Assistenten bei ihrer klinischen Tätigkeit auf den

Stationen, durch die an Universitätskliniken in der Regel vergleichsweise hohe Zahl an lehrerfahrenen klinischen Oberärzten.

2) Angesichts des Charakters der Universitätskliniken und der akademischen Lehrkrankenhäuser als Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe sind Quantität und oft auch Qualität der dem Internisten zur Verfügung stehenden technischen Untersuchungsverfahren in der Regel sehr hoch. Dies bedeutet einen erhöhten Zugang für die Assistenzärzte zu solchen Verfahren und damit wiederum Zeitersparnis und Intensivierung der Weiterbildung am Patienten.

3) Die Tätigkeiten in der klinischen Forschung, insbesondere in der patientennahen oder krankheitsorientierten Forschung, werden in zahlreichen Ländern der EU (so in Großbritannien, den Niederlanden und Italien) auf die Weiterbildungszeit zum Internisten bzw. zum internistischen Spezialisten angerechnet. Diese Rahmenbedingungen werden im Zuge der weitergehenden Anpassung der europäischen Strukturen auch in Deutschland zu berücksichtigen sein.

4) Die Tätigkeiten von Assistenzärzten in der vor allem patientenorientierten, aber auch in der krankheits- und grundlagenorientierten klinischen Forschung führt zu deutlich erweitertem pathophysiologischen Verständnis und zu besonders vertieften Kenntnissen im Bereich der Forschungsthematik. Es besteht kein Zweifel daran, dass die Forschungstätigkeit von Assistenzärzten in der Inneren Medizin neben ihrer Bedeutung für den medizinischen Fortschritt und damit für die bessere internistische Krankenversorgung auch eine wesentliche Rolle in der Schaffung klinischer und wissenschaftlicher Kompetenz zur Weiterbildung der nachfolgenden jüngeren Assistenzärzte spielt.

5) Zu den geforderten Inhalten und Zielen der Weiterbildung für Innere Medizin gehören „eingehende Kenntnisse, Erfahrung und Fertigkeiten zur Ätiologie, Pathogenese und Pathophysiologie der internistischen Erkrankungen“. Die hier grundsätzlich bestehenden Defizite in der internistischen Weiterbildung ließen sich durch verschiedene Maßnahmen, am gezieltesten aber durch die persönliche Beteiligung der Ärzte in der Weiterbildung an klinischer Forschung ausgleichen, da hierdurch ein vertieftes Verständnis für die Pathophysiologie internistischer Erkrankungen zu gewinnen ist. Hierfür bestehen an den Universitäts- und akademischen Lehrkrankenhäusern besonders gute Voraussetzungen, da die entsprechende Forschungsinfrastruktur vorhanden ist und unmittelbar ausbildungsrelevant genutzt werden kann. Die Beurteilung der Eignung, die Strukturierung und die Leistungskontrolle dieser wissenschaftlichen Tätigkeit von Assistenzärzten muss dem Weiterbildungsbefugten der jeweiligen Klinik obliegen.

6) Die Ausnutzung der Gesamtweiterbildungszeit an Universitätskliniken wird erhöht durch die Steigerung des Anteils von weiterbildungsrelevanten Arbeiten der Assistenten. Angesichts der größeren Zahl von ärztlichen Mitarbeitern und des Lehrauftrages und damit der aktiven Mitarbeit von Studenten im Praktischen Jahr ist der Anteil von Routineaufgaben an Universitätskliniken und großen akademischen Lehrkrankenhäusern in der Regel geringer, was Freiräume und Zeitgewinn für die strukturierte Weiterbildung schafft.

### Aufgrund der genannten Argumente und Rahmenbedingungen schlägt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin daher folgendes vor:

1) In die (Muster-)Weiterbildungsordnung wird aufgenommen, dass bis zu

1 Jahr Forschungstätigkeit unter Anleitung oder Betreuung durch den Weiterbildungsbefugten für Innere Medizin, aber nicht zwangsläufig auf einer Stelle der von diesem geleiteten Institution, als Weiterbildungszeit anerkannt wird.

2) Dabei wird es sich in der Regel um patientenorientierte oder krankheitsorientierte klinische Forschung nach den Definitionen der Denkschrift der

Deutschen Forschungsgemeinschaft für klinische Forschung von 1999 handeln. In geeigneten Fällen sind aber auch grundlagenorientierte Projekte, die zum Verständnis der Pathophysiologie beitragen, darunter zu subsumieren.

3) Die Qualifizierung dieser Forschungstätigkeit als Teil der Weiterbildung obliegt dem Weiterbildungsbefugten.

4) Das anrechenbare Jahr muss nicht zwangsläufig in Kontinuität in der Forschung abgeleistet werden, hier ist den inneren Notwendigkeiten des Forschungsthemas und der Struktur der Weiterbildungseinrichtung Raum zu geben.

## Forschung in akademischen Lehrkrankenhäusern

(Stellungnahme vom 06. 04. 2005)

### Probleme

Deutschland hat im internationalen Vergleich erheblichen Nachholbedarf in der Durchführung anspruchsvoller klinischer Studien. Die Gründe dafür sind vielfältig:

1) Hoch qualifizierte, universitär ausgebildete Mediziner übernehmen häufig Chefarztpositionen an akademischen Lehrkrankenhäusern. Soweit sie ihre universitäre Karriere wesentlich auf Forschungsarbeiten im grundlagenwissenschaftlichen Bereich basieren, können sie diese Arbeiten nicht einmal annähernd weiterführen, da diese Arbeiten nicht zum Aufgabenspektrum akademischer Lehrkrankenhäuser gehören. Insofern werden Träger auch nicht die entsprechende Infrastruktur bereitstellen.

2) Nur in ganz wenigen Einrichtungen sind optimale Voraussetzungen für professionell durchgeführte klinische Studien vorhanden. Einmal ist der ärztliche und pflegerische Stellenplan so eng, dass zusätzliche Tätigkeiten nicht übernommen werden können. Weiter bestehen wenige Möglichkeiten zur Ausbildung der Mitarbeiter für solche Tätigkeiten. Schließlich sind die administrativen Rahmenbedingungen (Drittmittelverwaltung, Ethikkommission) in der Regel nicht vorhanden.

3) Die pharmazeutische und medizintechnische Industrie als wesentlicher Geldgeber klinischer Studien hat aufgrund dieser unbefriedigenden Infrastruktur nur wenig Interesse daran, in großem Umfang klinische Studien an solchen Einrichtungen durchführen zu lassen.

4) Die föderale Grundstruktur der Bundesrepublik Deutschland kann hinderlich sein, wenn nationale Studien mit entsprechenden Ethikvoten einen langen Behördenweg bis zur Genehmigung durchlaufen müssen.

5) Die Motivation der ärztlichen Mitarbeiter im nichtuniversitären Bereich zur Mitarbeit an klinischen Studien ist begrenzt, da derartige Tätigkeiten für eine spätere Laufbahn nur bedingt von Interesse und deshalb wenig hilfreich sind.

### Potential der akademischen Lehrkrankenhäuser nutzen

Gerade die akademischen Lehrkrankenhäuser können ein wichtiger Pfeiler in der Verbesserung der Infrastruktur zur Durchführung klinischer Studien sein. Folgende Gründe sind dafür maßgebend:

1) Akademische Lehrkrankenhäuser versorgen in großem Umfang kurz-, mittel- und langfristig Patienten mit

den bedeutenden inneren Erkrankungen, die in diesem Maße in Universitätsklinik nicht gesehen bzw. behandelt werden.

2) In der Regel sind akademische Lehrkrankenhäuser in den Leitungspositionen mit Ärzten besetzt, die die qualitativen Voraussetzungen und die Kompetenz für die Durchführung solcher Studien haben.

3) Die Teilhabe der akademischen Lehrkrankenhäuser an Lehrveranstaltungen im Ausbildungsplan ihrer Mutteruniversitäten sowie die Möglichkeit der Durchführung von Promotionen sind gute Voraussetzungen, frühzeitig klinisch wissenschaftlichen Nachwuchs zu sichten, zu fördern und in die jeweiligen Kliniken zu integrieren.

4) Angesichts der breiten Versorgungsaufgabe akademischer Lehrkrankenhäuser besitzen diese sehr viel bessere Voraussetzungen, um auch Versorgungsforschung als weiteres Element klinischer Forschung umzusetzen. Dies gelingt nur mit repräsentativen Patientenkollektiven.

### Lösungsvorschläge

Die DGIM hält aufgrund dieser Überlegungen folgende Lösungsansätze für zweckmäßig:

1) Gründung von Studienzentren, Instituten für klinische Forschung und Netzwerken, am besten als Verbundprojekte zwischen Univerversitätsklinik und akademischen Lehrkrankenhäusern, um Infrastrukturprobleme wie Drittmittelverwaltung und Genehmigungsabläufe zu vereinfachen.

2) Schaffung von überregionalen Kompetenzzentren für klinische Forschungseinrichtungen in akademischen Lehrkrankenhäusern durch Kooperation verschiedener Träger

und dadurch Erleichterung der Vorkhaltung technologischer Infrastruktureinrichtungen wie beispielsweise Großgeräte.

3) Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnungen, in die auch die Möglichkeit einer klinisch wissenschaftlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung implementiert werden muss.

4) Klärung der Problematik der Finanzierung klinischer Studien durch unterschiedliche Kostenträger einschließlich der gesetzlichen Krankenkassen und der Bundesländer und Kommunen insbesondere bezüglich nicht industriegeförderter Studien.

Es erscheint möglich, die derzeit nur rudimentär ausgebildete Forschungslandschaft an akademischen Lehrkrankenhäusern signifikant zu verbessern. Dies würde die Defizite der klinischen Forschung in Deutschland durch eine Bündelung finanzieller, organisatorischer und fachlicher Kompetenzen und damit besserer Nutzung vorhandenen Potentials sicher verbessern. Die DGIM fordert die Medizinischen Fakultäten, die Träger der akademischen Lehrkrankenhäuser und die zuständigen Ministerien der Bundesländer auf, die o.g. Lösungsansätze im Interesse der Patienten und des Forschungsstandorts Deutschland umzusetzen.

## Karriereoptionen primär forschungs-orientierter Mitarbeiter an Universitätsklinik

(Stellungnahme vom 17. 04. 2004)

### Präambel

Wer als Arzt oder Wissenschaftler in Deutschland an einem Universitätsklinikum in der Grundlagen- oder krankheitsorientierten Forschung tätig ist (oder alternativ: eine berufliche Laufbahn mit Forschungsschwerpunkt anstrebt) und die Altersgrenze von 35 Jahren erreicht hat, für den sind die Möglichkeiten der Weiterbeschäftigung drastisch eingeschränkt. Einerseits sind die individuellen Förderprogramme über Drittmittelgeber wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) nach der Qualifizierungsphase für diese Personengruppe stark begrenzt bzw. nicht vorhanden, andererseits sind einer längerfristigen Weiterbeschäftigung wegen der damit verbundenen Unkündbarkeit enge Grenzen gesetzt. Dies hat zur Folge, dass der Forschung an Universitätsklinik viele Wissenschaftler verloren gehen, da diese strukturbedingt keine längerfristige Position einnehmen können. Insbesondere die forschungsorientierten Mitarbeiter - seien es nun

Ärzte oder Naturwissenschaftler - des akademischen Mittelbaues<sup>1</sup> an Universitätsklinik sind betroffen. Eine klinische CS-Professur ist meistens mit ausgedehnter Oberarzt-tätigkeit verbunden und deshalb für forschungsorientierte Mediziner wenig interessant.

Die Einführung entsprechender Förderprogramme ist derzeit Gegenstand von Diskussionen. Aus diesem Grund hat die Kommission „Nachwuchsförderung“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) zu diesem Thema das vorliegende Positionspapier erarbeitet und ist erfreut, dass unabhängig davon der Wissenschaftsrat<sup>2</sup> und die „Association of Clinical Research Centers“ (ACRC), der überregionale Zusammenschluss aller Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung (IZKFs)<sup>3</sup> in Deutschland, kürzlich Empfehlungen zu diesem Thema veröffentlicht haben, die sich in wesentlichen Punkten mit der Auffassung der DGIM decken.

<sup>1</sup>) Im folgenden Text wird der Begriff „Mittelbau“ in dem Sinne verwendet: aktive wissenschaftliche Mitarbeiter außerhalb der Professur, für die keine ausreichende Qualifizierungs- und Fördermöglichkeiten zur Verfügung stehen (Alter >35 Jahre)

<sup>2</sup>) Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin. Januar 2004 (Drs. 5912/04)

<sup>3</sup>) ACRC: Zur Förderung des Wissenschaftlichen Nachwuchses in der Medizinischen Forschung - Empfehlung zur Einrichtung eines „Research Career Development Awards“, Münster, Oktober 2003

### A. Zentrale Fragen bezüglich der Förderung des akademischen Mittelbaues

In den beiden o.g. Stellungnahmen wurde ausführlich die Situation des wissenschaftlichen Nachwuchses in Deutschland beschrieben, so dass diese Situationsbeschreibung hier nicht wiederholt werden soll. Es sollen deutlich verbesserte universitäre Strukturen geschaffen werden, um für forschungsorientierte Mediziner und Wissenschaftler schon frühzeitig attraktive Perspektiven einer längerfristigen / unbefristeten Forschungstätigkeit an Universitäts-

klinika aufzuzeigen. Aus der Sicht der DGIM sind insbesondere folgende Fragen bei der Stellenbeschaffung und Förderung dieses akademischen Mittelbaus zu klären.

1. Wie groß ist der tatsächliche Bedarf an Stellen für (ältere) Wissenschaftlerinnen in den medizinischen Universitätsklinika?
2. Welche Möglichkeiten gibt es zur Finanzierung der Stellen? Gibt es die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung?
3. Inwieweit sind die ärztlichen bzw. naturwissenschaftlichen Mitarbeiter weisungsgebunden bzw. üben sie eine eigenständige wissenschaftliche Tätigkeit aus?
4. Welche Forschungsmöglichkeiten im Rahmen interdisziplinärer Forschergruppen bzw. in Anbindung an andere universitäre oder außeruniversitäre Institutionen gibt es?
5. Welche universitären und außeruniversitären Fördermöglichkeiten der eigenständigen Forschung dieser Wissenschaftler können geschaffen werden?
6. Welche Anreize können geschaffen werden, um die Einbindung dieser Kolleginnen in die Lehre und in die Administration attraktiver zu gestalten?

Zu einigen Punkten haben sowohl der Wissenschaftsrat als auch die ACRC Empfehlungen ausgesprochen. Die DGIM unterstützt im Grundsatz die Analyse und die Lösungsvorschläge des Wissenschaftsrates und der ACRC.

## B. Lösungsvorschläge für die zentralen Fragen

**Zu 1.** Es besteht zweifelsfrei an den Medizinischen Fakultäten ein Bedarf an forschungsorientierten Mitarbeitern des akademischen Mittelbaus. Diese Mitarbeiter sind für das

Funktionieren von Forschung und Lehre an einer Universitätsklinik von essentieller Bedeutung. Angesichts der weiter wachsenden Bedeutung der Drittmittelfinanzierung einerseits und der deutlichen Rekrutierungsschwierigkeiten für Nachwuchskräfte andererseits ist es für die Wissenschaftseinrichtungen wichtig, hochqualifizierten Wissenschaftlern attraktive, längerfristige Perspektiven zu bieten.

Der tatsächliche Bedarf an Stellen für diese Wissenschaftler muss durch eine Umfrage bei den Universitätsklinika ermittelt werden.

**Zu 2.** Für die Finanzierung müssen unterschiedliche Möglichkeiten in Betracht gezogen werden. Eine dieser Möglichkeiten könnte die Nutzung der sogenannten „Overheads“, die bislang von der Universitätsverwaltung oder der Medizinischen Fakultät alleine vereinnahmt werden, sein.

Eine weitere Möglichkeit wäre die Bereitstellung von entsprechend ausgerichteten Stellen (inklusive Teilzeitstellen) für Wissenschaftlerinnen durch die großen nationalen und europäischen Forschungsförderungseinrichtungen (z.B. DFG) mit der Schaffung entsprechender Förderprogramme (siehe 5.). Es sind aber auch besondere Fördermöglichkeiten an den Fakultäten zu schaffen.

In diesem Zusammenhang wird auch die nachstehende Empfehlung der Wissenschaftsrates<sup>4</sup> von der DGIM mitgetragen, die wegen der Tatsache, dass es für Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen von herausragender Bedeutung ist, attraktive Beschäftigungsbedingungen zu bieten und hochqualifizierte Beschäftigte zu gewinnen, ein wissenschafts- und zeitgemäßes Tarifrecht vorschlägt mit dem Ziel eines eigenständigen Wissenschaftstarifvertrages. Auch die Möglichkeit der Supplementierung des eigenen Gehaltes aus Grant-Geldern (analog zu

NIH-Grants) sollte geprüft werden, da hierdurch ein zusätzliches Anreizsystem geschaffen würde.

**Zitat:** Dabei sollen u.a. folgende Regelungen - unabhängig von der formalen tarifrechtlichen Ausgestaltung - in ein neues Regelwerk aufgenommen werden: Das System der Entgeltbestimmung muss entschieden vereinfacht werden. Es muss eine attraktive und konkurrenzfähige Vergütung ermöglichen. Es muss mehr Flexibilität und Differenzierung erlauben. Das Gehalt soll aufgaben- und leistungsbezogen vergeben werden. Das Entgelt soll sich zukünftig aus drei Elementen zusammensetzen: Einem Grundgehalt, einer variablen Zulage sowie einer individuellen Zulage, die für besondere Leistungen vergeben wird.

Der Wissenschaftsrat unterbreitet zum anderen Empfehlungen, wie die unbefristete Beschäftigung qualifizierter Wissenschaftler unterhalb der Professur erleichtert werden kann.

<sup>4</sup>) Empfehlungen zu einem Wissenschaftstarifvertrag und zur Beschäftigung wissenschaftlicher Mitarbeiter, Januar 2004 (Drs. 5923/04)

Heute ist eine unbefristete Beschäftigung – einer befristeten Beschäftigung sind nach der Qualifizierungsphase bekanntlich enge Grenzen gesetzt – praktisch mit der Unkündbarkeit verbunden. Wissenschaftseinrichtungen stellen wissenschaftliche Mitarbeiter unter dieser Bedingung mit guten Gründen nur sehr zurückhaltend ein. Eine Einschränkung des Kündigungsschutzrechts für unbefristet beschäftigte wissenschaftliche Mitarbeiter kann es den wissenschaftlichen Einrichtungen erleichtern, vermehrt eine unbefristete Beschäftigung anzubieten.

Das Hochschulrahmengesetz sollte deshalb um eine Reihe von Einschränkungen des Kündigungsschutzgesetzes für wissenschaftliche Mitarbeiter ergänzt werden. Demnach soll der dauerhafte Weg-

fall einer Drittmittelfinanzierung einen betriebsbedingten Kündigungsgrund darstellen. Im Falle einer Kündigung soll die Sozialauswahl auf Mitarbeiter der gleichen innerfachlichen Spezialisierung beschränkt werden; die Suche nach einer alternativen Beschäftigung soll auf die jeweilige Einrichtung begrenzt bleiben. Die Verpflichtung zu Umschulung und Fortbildung zum Zwecke der Weiterbeschäftigung soll entfallen. Wissenschaftseinrichtungen sollen schließlich mehr Flexibilität bei der Zahlung von Abfindungen erhalten, (aus Empfehlung des Wissenschaftsrats<sup>4</sup>)

**Zu 3.** Nach Auffassung der DGIM soll den primär forschungsorientierten Mitarbeitern die Option gegeben werden, selbständig und größtenteils eigenverantwortlich Forschung an einer Medizinischen Universitätsklinik zu betreiben.

Als eine Karriere-Option könnten entsprechende W-Positionen für Stelleninhaber geschaffen werden, die schwerpunktmäßig klinische Forschung betreiben.

Eine weitere Option wäre die Schaffung von Forschergruppen durch die Fakultät, deren Leiter (Ausbildungsstand auf der Ebene der Habilitation) zunächst befristet angestellt ist, aber mit der Möglichkeit einer Dauerstelle.

Eine dritte Option wäre der Ausbau und die Vermehrung der akademischen Rats-Stellen, oder die Flexibilisierung von Wissenschaftler-Stellen und Schaffung von Dauerstellen, wenn dies klinisch und wissenschaftlich sinnvoll ist.

**Zu 4.** Nach Auffassung der DGIM muss die Kooperation mit bereits an der Universität bestehenden Instituten oder der Grundlagen- bzw. der Klinischen Forschung initiiert bzw. optimiert werden. In Heidelberg bestehen z. B. verschiedene klinische Kooperationseinheiten zwischen dem

DKFZ und den Universitätsklinik in Heidelberg und Mannheim.

Ähnliche Kooperationsmodelle sind mit Max-Planck-Instituten und anderen Forschungseinrichtungen (z. B. EMBL) denkbar. Darüber hinaus sind interdisziplinäre Forschergruppen auch in der Inneren Medizin und in den sich zunehmend bildenden Zentren an den einzelnen medizinischen Universitätsklinik denkbar, so dass die Finanzierung dieser Wissenschaftler aus verschiedenen Quellen von verschiedenen Kliniken/Instituten ermöglicht werden könnte.

**Zitat:** Der Wissenschaftsrat fordert eine bessere Koordination von klinischer und grundlagenorientierter Forschung und eine verstärkte Konzentration auf Forschungsschwerpunkte, die durch eine an den jeweiligen Forschungsprofilen orientierte Berufungspolitik flankiert werden muss. Naturwissenschaftler müssen stärker als bislang, auch über entsprechende Stellen, in die Klinik integriert werden. Die einschlägigen Fachbereiche müssen deshalb neu definiert und an den Schnittstellen als integrative Zentren, im optimalen Fall unter gemeinsamer Leitung von Klinikern und Wissenschaftlern, zusammengefasst werden, (aus Empfehlung des Wissenschaftsrats<sup>2</sup>)

**Zu 5.** Die DGIM schließt sich den Empfehlungen des Arbeitskreises der Sprecher der Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung an, die eine Neustrukturierung des Medizinstudiums im Sinne eines modularen Aufbaus nahe legen mit der Option eines Forschungssemesters<sup>5</sup>. In diesem Zusammenhang empfiehlt auch der Wissenschaftsrat (Zitat): Es sollte möglich sein, frühzeitig die Studierenden mit Wissenschaft und ihrer Methodik in Kontakt zu bringen, um Begabungen frühzeitig eine Chance zu geben. Das deutsche Nachwuchsförderungssystem weist darüber hinaus eine

Reihe von gravierenden Desideraten im Postdoktoranden-Bereich auf. Insbesondere ist es wenig flexibel, was die Anforderungen der unterschiedlichen Stadien einer wissenschaftlichen Laufbahn anbelangt. Die Konsequenzen treffen in erster Linie den Mittelbau. Deshalb muss das deutsche Nachwuchsförderungssystem sich stärker als bisher auf die unterschiedlichen Karrierestadien einer wissenschaftlichen Laufbahn ausrichten und insbesondere Wissenschaftlern über 35 Jahre müssen zukunftssträchtige Perspektiven eröffnet werden, um sie der medizinischen Forschung zu erhalten, (aus Empfehlung des Wissenschaftsrats<sup>2</sup>)

<sup>4</sup>) ACRC: Zur Zukunft der Klinischen Forschung an Medizinischen Fakultäten, Münster, Oktober 2003

Die Schaffung von Juniorprofessuren ist in diesem Zusammenhang kein hilfreiches Modell, da diese ja bewusst eine zeitliche Begrenzung aufweisen.

Vorbildfunktion könnten die Förderprogramme in Großbritannien sein, die dem angehenden Postdoc und dem akademischen Mittelbau mehr Möglichkeiten eröffnen.

**Zitat:** Dabei kommt für die meisten Stellen ein direkte Bewerbung des Wissenschaftlers in Frage, womit eine frühe wissenschaftliche Selbständigkeit des Antragstellers verbunden ist. Das Angebot erstreckt sich über die gesamte Laufbahn eines Wissenschaftlers, mit junior, senior und principal fellowships. Selbstverständlich ist die Zahl der angebotenen, späteren ‚Senior Research Fellowships‘ begrenzt und die Auswahlkriterien entsprechend streng. Es gibt auch spezielle Programme für ehemalige Forscher, die nach einer mindestens zweijährigen Unterbrechung der wissenschaftlichen Laufbahn zurück in die akademische Forschung möchten (z.B. Wellcome Trust Research Career Re-entry Fellowship). (aus Papier der ACRC<sup>3</sup>)

**Zitat:** Modellcharakter für Deutschland könnte die Einführung des vom Arbeitskreis der Sprecher der Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung vorgeschlagenen „Career Development Award“ erhalten. Dieses Förderinstrument würde es besonders Wissenschaftlern ab 35 Jahren erlauben, in einer Gesamtlaufzeit von bis zu acht Jahren wissenschaftlich tätig zu sein. Es ist darüber hinaus notwendig, innerhalb der klinischen Abteilungen Strukturen zu schaffen, die eine intensive und kontinuierliche Beschäftigung mit medizinischer Forschung erlauben. Dazu zählt neben der Schaffung entsprechender Einheiten (z. B. Sektionen im Tübinger Modell) auch die konsequente Freistellung klinischer Forscher von Aufgaben der Krankenversorgung, die Einrichtung von Rotationsstellen und die Schaffung von (nicht zuletzt auch finanziellen) Anreizsystemen für Forscher, (aus Empfehlung des Wissenschaftsrats<sup>2</sup>)

**Zu 6.** Bei der aufgaben- und leistungsbezogenen Vergabe des Gehaltes könnte die Einbringung der Mitarbeiterinnen in die Lehre und Administration im Rahmen der

individuellen Zulage, die für besondere Leistungen vergeben wird „belohnt“ werden. Hilfreich könnte hierbei der angestrebte Wissenschaftstarifvertrag (siehe 2.) sein, der mehr Flexibilität und Differenzierung erlaubt.

**Zitat:** Die mangelnde Attraktivität, die derzeit noch die Beschäftigung mit klinischer Forschung kennzeichnet, erfährt eine zusätzliche Steigerung dadurch, dass bislang nur unzureichende Perspektiven für eine Karriere als klinischer Forscher existieren. Das betrifft Status wie adäquate leistungsgerechte Vergütung gleichermaßen, (aus Empfehlung des Wissenschaftsrats<sup>2</sup>)

#### Schlussfolgerung der DGIM

1. 10 % der Akademikerstellen einer Universitätsklinik müssen als Voraussetzung einer sinnvollen und langfristig erfolgreichen Forschung zur Verfügung stehen.

2. Zur Finanzierung dieser Stellen müssen Teile der Landeszuschüsse und ggf. „Overheadmittel“ herangezogen werden. Die „Stellenregeln“ bedürfen einer Befreiung von Büro-

kratie und engen Kündigungsschutzrechten.

3. Es müssen an den Fakultäten Forschergruppen, Professuren und Wissenschaftlerstellen geschaffen werden ohne dass hier strikte Altersgrenzen und Befristungsregeln Entwicklungen behindern.

4. Die Interaktionen mit Grundlagenorientierten Institutionen (Max Planck Institute, Institute der Naturwissenschaftlichen Fakultäten) müssen gestärkt und langfristige Schwerpunkte etabliert werden, die aus Landeszuschussmitteln innerhalb der Fakultät gefördert werden.

5. Die direkte Antragstellung durch den einzelnen Wissenschaftler und die Förderung von Einzelprojekten muss wieder verstärkt werden (Beispiel Career development award<sup>3</sup>). Innerhalb von klinischen Einrichtungen müssen Forschungsbereiche mit längerfristigen Konzeptionen etabliert werden.

6. Ein Wissenschaftstarifvertrag, der auch die Belohnung von Engagement in anderen Bereichen (z. B. Lehre) ermöglicht, ist erforderlich.

## Promotion von Medizinern und deren Bedeutung im Rahmen der Nachwuchsförderung

(Stellungnahme vom 09. 10. 2003)

Ein wesentliches Problem der Inneren Medizin, aber insbesondere der klinischen Forschung liegt in der Gewinnung von qualifiziertem wissenschaftlichem Nachwuchs. Bereits in der Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur klinischen Forschung 1999 wurde konstatiert, dass die Mediziner Ausbildung sich in erster Linie an den Erfordernissen der ärztlichen Tätigkeit orientiert, aber kaum das Interesse für wissenschaftliches Arbeiten weckt und für diese

jedenfalls nicht qualifiziert. In diesem Zusammenhang ist die Position der medizinischen Promotion nicht klar definiert. Während sie eigentlich als Nachweis zu wissenschaftlicher Befähigung gelten sollte, dient sie faktisch als „Aushängeschild“ für den praktizierenden Arzt. Dennoch bietet sie vermutlich die beste Möglichkeit, während des Studiums Motivation zu wissenschaftlichem Arbeiten zu erzeugen. Eine aktive und gezielte Auswahl und Förderung der begabtesten

Studenten weckt frühzeitig das Interesse an der Wissenschaft. Talentiertem Nachwuchs muss bereits in einem frühen Stadium der universitären Aus- und Weiterbildung die Möglichkeit zur Teilnahme an Forschungsprojekten und später zu eigenständigem wissenschaftlichen Arbeiten gegeben werden.

Die Ausbildung der Mediziner ist bereits jetzt relativ lang, die gesamte Ausbildung einschließlich einer eventuellen qualifizierten Promotion sollte



nicht über 8 Jahre in Anspruch nehmen. Auf der anderen Seite sollte Zeitverlust durch „Paraforschung“, die oft nur im Sammeln von Krankenakten oder Telefonumfragen besteht und nicht zu qualifizierten wissenschaftlichen Ergebnissen und Publikationen führt, vermieden werden.

Die derzeit gehäuft erprobten Konzepte, bei denen die AiP-Zeit teilweise oder ganz zur Forschung und gleichzeitig zur Promotion, beispielsweise im Rahmen von Graduiertenkollegs oder MD/PhD Programmen genutzt wird, werden sich durch die Abschaffung der AiP-Zeit nicht weiter fortsetzen lassen. Ein MD/PhD-Programm mit einer finanzierten Stelle und einem geregelten Doktorandenstudium, vergleichbar einem naturwissenschaftlichen Promotionsgang, erscheint auf den ersten Blick als idealtypische Lösung, verlängert aber die Ausbildung der Mediziner auf 10 bis 11 Jahre und führt dann zu Problemen mit dem Einhalten von Altersgrenzen, z.B. für Heisenberg Stipendien. Zusätzlich erscheint es in vielen Fällen dem Nachwuchs als schwierig, sich zwischen der lange angestrebten klinischen Betätigung und einer solchen längerfristigen Forschungsaktivität zu entscheiden.

**Zur Verbesserung der Nachwuchsförderung und Nachwuchsgewinnung verfolgt die DGIM daher folgende Ziele:**

1. Frühzeitige Entdeckung der begabten Studenten und Hinführung zur Forschung.

2. Förderung begabter Studenten bereits im Studium durch geeignete Strukturen.

3. Begrenzung der Ausbildungszeit für den wissenschaftlichen Nachwuchs auf 8 Jahre einschließlich einer Promotionsphase.

4. Abschaffung der „Paraforschung“ ohne den für die Arzttätigkeit vor allem im niedergelassenen Bereich erforderlichen „Dokortitel“ zu verlieren.

5. Ausreichende finanzielle Attraktivität der wissenschaftlichen Tätigkeit.

6. Qualitätssicherung bezüglich der Betreuung durch die Medizinischen Fakultäten.

**Um diese Ziele zu erreichen, müssen folgende Maßnahmen ergriffen werden:**

1. Formale Schaffung eines Doktorandenstatus durch Einschreibung bei den Fakultäten und von diesen durchgeführte „Erfolgskontrolle“.

2. Strukturierung zu vergebender Titel Dr. med. ohne Promotion nach Abschluss des Studiums der Medizin. Dr. rer. med. nach Absolvierung einer qualifizierten Arbeit aus dem Bereich der Grundlagenorientierten, der Krankheitsorientierten oder der Patientenorientierten Forschung und entsprechender Prüfung.

3. Schaffung von Stipendienmöglichkeiten zur Ermöglichung von „Forschungssemestern“ während des klinischen Studiums zur Durchführung einer Doktorarbeit.

4. Abschaffung der Regelstudienzeit als Leistungskriterium der Fakultät, bzw. Berücksichtigung von Forschungssemestern ohne Nachteil für die Fakultät.

5. Schaffung von Stipendien und Stellen zum formalisierten Promotionsstudium (2 bis maximal 3 Jahre) nach Abschluss des Studiums mit ausreichend attraktiver Bezahlung und Studienangebot im Rahmen von Promotionskollegs oder analogen Strukturen.

Die Kommission Nachwuchsförderung ebenso wie Vorstand und Ausschuss der DGIM sind davon überzeugt, dass die erkennbaren Probleme bei der Rekrutierung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Medizin und auch in der Inneren Medizin nur überwunden werden können, wenn es gelingt, die begabten Studenten während des Studiums zur Forschung zu begeistern und anzuleiten. Da ein Großteil der klinischen Forschung auf ihren verschiedenen Ebenen in den Medizinischen Fakultäten im Gebiet der Inneren Medizin erfolgt, ist dies Problem für die DGIM von besonderer Bedeutung.