

1 Ausgangspunkte für Karrieren in der deutschen Hochschulmedizin

Ehrgeiz deutscher Hochschulmediziner: alles wollen – alles verlieren?

Wen würde das nicht motivieren: Ununterbrochen komplexe, hoch relevante klinische Probleme von vielen chronisch leidenden, oft verzweifelten Menschen zu lösen; neue – fast wundersame – Heilverfahren erfinden und umsetzen; auf internationalen Kongressen die neuesten Errungenschaften lehren; mitfühlende, Hoffnung spendende Patientengespräche führen; kreativ und intuitiv seltenste Diagnosen sicherstellen; das Universitätszentrum souverän mit großem Gewinn führen; mit der Klinikverwaltung in sagenhafter Kooperation neue Stellen mit selbstständigen Abteilungen für Versorgung, Forschung und Lehre schaffen; die Fakultät richtungsweisend auf große nationale und internationale Exzellenzinitiativen ausrichten; etc.

Interessanterweise begegnet man in den Hochschulen und Universitäten immer wieder omnipotenten Menschen, die von sich glauben dies zu realisieren und auch so nach außen auftreten. Prinzipiell ist selbstverständlich nichts dagegen einzuwenden; leider zeigt die Realität vieler Hochschulangehöriger jedoch nur allzu häufig klägliches Scheitern und Versinken in Mittelmäßigkeit. Alle genannten Aufgaben sind richtig, wichtig, erstrebenswert und leistbar, aber sicher nicht durch eine einzelne Person, sondern durch verschiedene Menschen, die am besten langfristig in differenzierten Teams zusammenarbeiten und gegenseitig sich und ihre Arbeit wertschätzen. Harmlos rational auf eine

Volkswisheit reduziert gilt, „wer hinter mehreren Hasen herläuft, fängt am Ende keinen“. Realistisch und emotional betrachtet ist dies aber sicher mit einer der Gründe für Mittelmäßigkeit und für die großen Probleme die der deutsche Medizinwissenschaftsbetrieb im internationalen Vergleich hat.

1.1 Kurativ tätige Ärzte oder Forschungsärzte

Der klassische Arztberuf, die Behandlung von Patienten in Praxis und Klinik, ist nach wie vor bei 90% der Nachwuchsmediziner in Deutschland das enthusiastisch angestrebte, primäre Berufsziel (Richter-Kuhlmann 2009). Diese Gruppe von Ärzten kann als kurativ tätige Ärzte beschrieben werden. Kurativ meint in diesem Zusammenhang alle heilenden Maßnahmen einschließlich Diagnostik, Prophylaxe, Therapie, Rehabilitation und Palliativmaßnahmen. Etwa 60% der Studenten geben aber auch wissenschaftliches Interesse zu Studienbeginn als Grund für ihr Medizinstudium an (DFG 2008). Dieses forschersische Interesse verliert sich aber zunehmend während des Studiums und bleibt dann später meist ganz auf der Strecke.

In den letzten 10 Jahren ist die katastrophale Situation der kurativ tätigen Ärzte in Deutschland durch die inzwischen entstandenen Missstände immer offenkundiger geworden. Angesichts des Drucks durch schlechte Arbeitsbedingungen, die zum breiten Abwandern von Medizinern ins Ausland führen (z. B. in 2008 3.065 bei etwa 8.500 Erstsemesterstudenten; Dettmer et al. 2010) und mehr als 5.000 freien Stellen in 2010 und geschätzten 10.000 Stellen in 2014 (Heinrich 2010), könnte diese Situation beginnen, sich etwas zu wandeln. Erkannt ist, dass durch flexiblere Arbeitszeiten, Entlastung von Bürokratie, Kinderbetreuung am Arbeitsplatz, verbesserte Umgangsformen im Krankenhaus sowie höherer Vergütung die Zukunftsperspektive des kurativ tätigen Arztes attraktiver gestaltet werden muss, damit die Notwendigkeiten der Versorgung aufrechterhalten werden können.

Die Situation der wissenschaftlich orientierten und an Hochschulmedizin interessierten Mediziner ist in den mit den kurativen Medizinern gemeinsamen Problembereichen ebenso unbefriedigend gelöst. Darüber hinaus sind jedoch die berufsspezifischen Probleme tief mittelalterlich nebulös zunächst, weil im Detail kaum benannt, geschweige bekannt. Allein daher ist der Karriereweg in der Hochschulmedizin mindestens unattraktiv, wenn nicht abschreckend, aber auf jeden Fall zu wenig transparent.

Eine erfolgreiche Karriere in der Hochschulmedizin, d. h. eine Karriere, die sowohl individuellen und auch kollektiven Nutzen bringt, ist wichtiger denn je für die erfolgreiche Weiterentwicklung der Medizin.

Die kurative Medizin ist die optimale Krankenversorgung und Unterstützung der Salutogenese. Diese Tätigkeit ist oft für den Behandelnden sehr befriedigend, da stetig direkt positive Rückkoppelungen durch die Patienten erfolgen. Der kurative Arzt setzt wohl abgestimmt auf der Basis medizinischen Tatsachenwissens, der eigenen integrierten Erfahrung vieler vorhergehender Fälle und unter Berücksichtigung der individuellen psychosozialen Bedingungen der Patienten die richtige Diagnostik oder Therapie ein und macht so die ärztliche Tätigkeit zu einem erfolgreichen Kunsthandwerk. Diese Arbeit stellt den Patienten zufrieden, schafft den guten Ruf von Klinik und Praxis und erfüllt den Behandler mit Genugtuung.

Eindeutig nicht notwendiger (oder besser vielleicht: noch nicht gewünschter) Beitrag dieser Arbeit ist die Vermehrung unseres Wissens oder das Erzielen medizinischen Fortschritts. Der kurativ tätige Arzt erbringt eine persönliche Dienstleistung auf sehr hohem Niveau und mit hohem inhaltlichem und oft auch moralischem Anspruch.

Erst der systematische Einbau von Wissen und neuen Erkenntnissen zu Prophylaxe, Diagnose und Therapieverfahren in die oben beschriebene kurative Tätigkeit führt den konkreten Fortschritt an den Patienten heran. Dieser Vorgang ist, wie wir weiter unten sehen werden, hoch komplex und differenziert und kann sicherlich nicht nebenbei erfolgen. Es wird aber auch gleichwohl sehr deutlich, dass gerade die Position des kurativ tätigen Arztes so nah am Patienten erst die Identifikation von relevanten Fragestellungen, Problemen und Forschungsnotwendigkeiten ermöglicht.

Genau an dieser Stelle kommt das Konzept des ohne „wenn und aber“ notwendigen, wissenschaftlich tätigen Arztes ins Spiel. Hier liegt aber auch das große Problem der akademischen oder Hochschulmedizin, da bisher keine Definition oder Stellenbeschreibung dieser Tätigkeit bewusst erfolgt ist. Gefordert werden in der Regel, wie zu Beginn dieses Kapitels dargelegt, „Eier legende Wollmilchsäue“, die sich in der Realität und im Verlauf oft als Hirngespinnst auf der Basis von Ignoranz, fehlenden Detailkenntnissen, Machterhalt oder Größenwahnsinn definieren.



Definieren und differenzieren Sie sorgsam die beiden ärztlichen Tätigkeitsfelder „kurativ tätige Ärzte“ und „Forschungsärzte“. Dies hilft bei der eigenen Fokussierung und Weiterentwicklung. Wichtiges Ziel ist die Absteckung und Markierung des konkreten Arbeitsfeldes eines Forschungsarztes (s. Abb. 1).

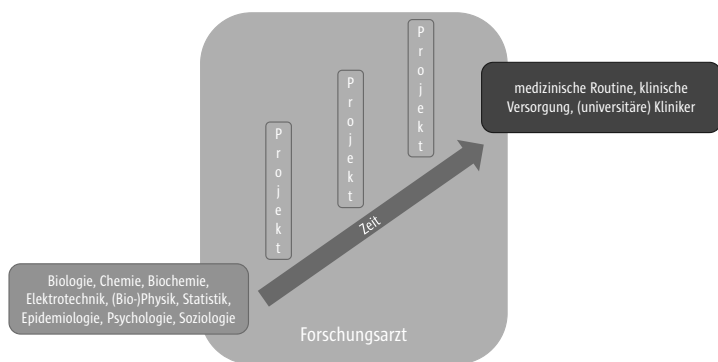


Abb. 1 Der Arbeitsbereich („Territorium“) des Forschungsarztes an der Grenzfläche zwischen Grundlagenfächern und kurativer Medizin. Medizinischer Fortschritt wird in den Grundlagenfächern (in Abb. unten links) vorbereitet und letztlich generiert, bevor die Erkenntnisse am Menschen zunächst experimentell Anwendung finden und schließlich in die Routine (in Abb. oben rechts) übergehen. Daher muss die akademische Medizin ihr Verhältnis und ihre Interaktionen definieren und optimieren. Der Forschungsarzt ist die entscheidend determinierende Kraft auf diesem Feld.

Klar ist, dass medizinischer Fortschritt in Grundlagenfächern wie Biologie, Chemie, Biochemie, Elektrotechnik, (Bio-)Physik, Statistik, Epidemiologie, Psychologie, Soziologie usw. vorbereitet und letztlich generiert wird, bevor die Erkenntnisse am Menschen zunächst experimentell Anwendung finden und schließlich in die Routine übergehen. Daher ist bei der Definition der akademischen Medizin evident, dass ihr Verhältnis zu diesen Nachbar-disziplinen – also konkret die Interaktionen an den Berührungsf lächen und Schnittstellen – definiert und optimiert werden sollte. Dies ist dringend erforderlich, bevor immer neue Forschungsförderungsprogramme, unübersichtliche, ineffiziente, verworrene und schließlich in Sackgassen endende Strukturen entstehen lassen. Auf der Hand liegt, dass ein Teamansatz mit Überlappung zu beiden Seiten der Grenzflächen (Grundlagenfächer und kurative Medizin) weiterführen wird. Dies ist das „Territorium“, d.h. der zu definierende und mit greifbarem Inhalt zu füllende Arbeitsbereich, um den es geht.

Es ist recht einfach, klare und transparente Forschungsförderprogramme in diesem Bereich aufzustellen. Dies ist ja auch erfreulicherweise in den letzten Jahren durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und auf Europäischer Ebene schrittweise und in Anfängen realisiert worden.

Zentral und viel zu wenig beachtet ist, dass durch die Förderprogramme zu einem großen Teil zunächst Individuen, also Forscherpersönlichkeiten,

d.h. Menschen, gefördert werden. Dies ist völlig richtig und für den Erfolg entscheidend. Diese Wissenschaftler benötigen für ihre Langzeitlebens- und -karriereplanung zumindest grob umrissene sichere Perspektiven und besser noch, vorskizzierte, durch eigenes Engagement und erfolgreichen Einsatz und Arbeit erreichbare Stellungen und Positionen, deren Verfügbarkeit und Vergabe transparent und offen geregelt sind.

Es geht also in diesem Buch um die leider nicht stetig wachsende, aber immer wichtiger werdende Gruppe von Menschen, die im extrem expandierenden Gebiet der Schnittstelle zwischen den genannten Grundlagenfächern und kurativer Medizin arbeiten. Für diese wissenschaftlich tätigen Ärzte gibt es im deutschsprachigen Raum nicht einmal eine geeignete Berufsbezeichnung. Verschiedene Bezeichnungen sind möglich, wie z.B. Forschungsarzt, Arztwissenschaftler, Wissenschaftsarzt, Arzt in der Wissenschaft oder Arzt in der Forschung, Studienarzt, u.a. In diesem Buch wird mit Nachdruck die Verwendung der Bezeichnung „Forschungsarzt“ favorisiert. Sie ergibt sich harmonisch in Anlehnung an die Berufsbezeichnung von Ärzten, die sich mit Kindererkrankungen (Kinderarzt), Frauenerkrankungen (Frauenarzt), usw., mit der Forschung im Bereich der Erkrankungen befasst.

Das Ziel dieses Buches ist es, wesentliche Aspekte des Forschungsarztes ganzheitlich, ausgehend von der eigenen persönlichen Erfahrung, offen zu benennen und transparent darzustellen. Freilich werden Erkenntnisse, die auf diesem Lebensweg gewonnen wurden, formuliert und diese notwendigen Forderungen und Visionen für zukünftige wissenschaftlich tätige Ärzte an die Seite gestellt. Es geht darum, die Karriereperspektiven für die 5 bis 10% oder in Zukunft vielleicht mehr Mediziner darzulegen, die sich für eine wissenschaftliche Karriere in der Hochschulmedizin interessieren könnten und für dringend erforderliche nachhaltige Verbesserungen einzutreten. Neben dieser erstmaligen grundlegenden Bestandsaufnahme sind darüber hinaus möglichst viele Vorbilder oder zumindest konkret vorgezeichnete Wege, die zum Nachmachen animieren, notwendig. Dies nicht nur um mehr erfolgreiche Karrieren in der akademischen Medizin zu initiieren, sondern auch um zu verhindern, dass Fehler immer wieder gemacht und perpetuiert werden.

1.2 Herausforderungen als wissenschaftlich tätiger Arzt

Um ein leuchtendes Karrierevorbild abzugeben zählt nicht nur das Ergebnis, sondern vor allem der Weg. Vielfach bleiben die Umstände der in Führungspositionen gelangten leitenden Ärzte nicht nur inhaltlich von medizinisch-wissenschaftlicher Seite nebulös. Mögliche verheerende familiäre oder psychosoziale Kollateralschäden, die zu einer Position „ganz oben“ geführt haben, bleiben ebenfalls oft im Dunkeln. Indirekt ablesen kann man dies an

„inoffiziellen“ Rahmenbedingungen für Ärzte, die gerne in der Hochschulmedizin wissenschaftlich tätig sein wollen, die mancherorts aufgestellt werden (s. Box). Zumindest scheuen sich viele Klinikdirektoren nicht, Begründungen dieser Art offen auszusprechen, sogar zu heroisieren und nachdrücklich einzufordern, da sie sie als „Aufmunterungen“ zur wissenschaftlichen Arbeit empfinden.



Oftmals von Vorgesetzten angeführte „Motivationshilfen“ und Rahmenbedingungen für Ärzte, die in der Hochschulmedizin wissenschaftlich tätig sein wollen

- *Tun Sie es aufgrund von Eigeninitiative nach der (aber bitte optimalen!) Patientenversorgung, nach dem spontanen Einspringen für eine Vorlesung und nach der Verwaltungsarbeit (optimal erstellte DRG [diagnosis related groups], zufriedengestellter Medizinischer Dienst der Krankenkassen [MDK], usw.).*
- *Tun Sie es außerhalb der normalen „Arbeitszeit“, also im Nachtdienstfrei oder am Sonntag, nach dem Dienst von Samstag auf Sonntag.*
- *Tun Sie es gegen geringere Bezahlung als „Wissenschaftler“ und nicht als Arzt, wenn Sie es in Vollzeit tun möchten.*
- *Tun Sie es ohne die erwartete Wertschätzung für Mühe und Zeitaufwand.*
- *Tun Sie es ohne Backup in der Klinik oder Hilfen im Labor.*
- *Tun Sie es spontan ohne stadiengerechte Weiterbildungskonzepte oder Anrechnung für die Facharztausbildung.*
- *Tun Sie es bei sich nur schemenhaft oder gar nicht abzeichnender klarer Langzeitperspektive.*
- *Tun Sie es unter Einwerbung von großen Drittmittelmengen (Anträge bitte im Urlaub verfassen), ohne dass Sie hierfür irgendeine (finanzielle) Entschädigung erhalten, die Verwaltung aber von den eingebrachten Drittmitteln 10–20% Overhead einstreicht und Sie den Ärger mit „Ihrem“ Personal haben.*
- *usw.*

Es ist selbstverständlich, dass die oben genannten Motivatoren nicht sehr tragend sind und diejenigen, die dennoch, oft aus Enthusiasmus und innerem Antrieb heraus, die Doppelrolle kurativer Arzt und Forschungsarzt übernehmen, mit extrem schwierig zu managenden Vielfachbelastungen zu kämpfen haben. Leider gibt es über Erfolg und Scheitern hierzu in Deutschland keine Zahlen. Wenn man allerdings die Ergebnisse der kürzlich publizierten psychosozialen Arbeitsbelastungen im Jahre 2008 bei chirurgisch

tätigen Krankenhausärzten kennt – 25% befinden sich in einer beruflichen Gratifikationskrise, sind also von einem Missverhältnis von Verausgabung und Belohnung betroffen, und ca. 20% haben einige Male im Monat oder häufiger daran gedacht, ihren Beruf aufzugeben (von dem Knesebeck et al. 2010) – dann wird sofort klar, wie es um die psychosoziale Situation von Ärzten, die zusätzlich wissenschaftlich orientiert arbeiten wollen, bestellt sein muss. Häufig ist die Doppelbelastung fatal, d. h. es kommt zur Aufgabe der Tätigkeit oder zum Abwandern von Spitzenkräften in Länder mit besseren Berufsbedingungen wie z. B. die USA oder die Schweiz (DFG 2008). Zurück bleiben oft Ärzte, die sich in einer psychologischen wie auch objektiven Sackgasse befinden, Burnout-Symptome aufweisen oder sich nur mit moralisch-ethisch bedenklichen Verhaltensauffälligkeiten behaupten können. Somit wird sofort klar, dass viele der relevanten Persönlichkeiten und Antriebsköpfe, die die primäre Voraussetzung für jeglichen Langzeiterfolg im Bereich der medizinischen Forschung haben, entweder gar keine Nische finden oder aber verkümmern, jedenfalls nicht zu voller Größe aufblühen können. Messbares Symptom der Lage ist der Output aus Deutschland an wissenschaftlichen Arbeiten in hochrangigen medizinischen Zeitschriften (s. Tab. 1).

Tab. 1 Anzahl Treffer „New England Journal of Medicine (NEJM) and Land and year“

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Deutschland	94	38	77	45	32	30	59
pro Millionen Einwohner	1,2	0,5	1,0	0,6	0,4	0,4	0,7
USA	3227	522	985	4210	770	944	1298
pro Millionen Einwohner	13,4	2,2	4,1	17,5	3,2	3,9	5,4
x-fach mehr (Faktor USA/Dtl., Einwohner-korrigiert)	11	5	4	31	8	10	7

Die USA haben pro Einwohner eine im Mittel etwa 10-fache Präsenz (absolut 30- bis 100-fach) im hoch rangigen NEJM. Es ist klar, dass diese Methode nur recht grob die Zahl von „peer-reviewed“ Publikationen wiedergibt, sie demonstriert jedoch anschaulich die Unterschiede. Analoge Daten kann man für andere Zeitschriften errechnen.

Diese Daten zeigen zwar die schlechte Position medizinisch wissenschaftlichen Outputs in Deutschland, sie belegen gleichzeitig jedoch auch bei genauerem Hinschauen, das Deutschland überhaupt nicht vergleichsfähig ist: Wir dürfen nicht Äpfel mit Birnen vergleichen. Es müssten die strukturell sehr unterschiedlichen Arbeitsbedingungen der Forschungsärzte bei diesen Vergleichen berücksichtigt werden. Hier ist vor allem die bereits extrem

fortgeschrittene Diversifikation der Forschungsärzte, wie sie z. B. in den USA oder den Niederlanden (BMBF 2004) im Gegensatz zu Deutschland vorhanden ist, zu berücksichtigen. Es macht schon einen erheblichen Unterschied, ob ein Forschungsarzt einen Monat pro Jahr klinisch arbeitet und 11 Monate forscht oder – wie es bei uns leider die Regel ist – in der umgekehrten Zeitaufteilung lebt.

Aufgrund des schlichten Fehlens von notwendigen mentalen und strukturellen Forschungsstrukturen im Bereich der akademischen Medizin, ist häufig beim Forschungsarzt in Deutschland heute ein Scheitern vorprogrammiert.

1.3 Die Notwendigkeit der Doppelfunktion als Arzt und Forscher

Der Forschungsarzt ist eine Persönlichkeit, die einerseits die aktuellen und wirklichen klinischen Probleme von Patienten mit bestimmten Erkrankungen aus praktischer, kurativer Erfahrung kennt und somit relevante Fragen stellen kann. Andererseits kann er aber auch gleichzeitig basierend auf seiner Ausbildung in wissenschaftlicher Methodik und seinen Kenntnissen neuester wissenschaftlicher Daten, bedeutungsvolle Lösungsansätze formulieren, realisieren und Schlussfolgerungen für die Optimierung der Versorgung dieser Patienten ziehen.

Der entscheidende Punkt ist, die Balance zwischen beiden Funktionen über längere Zeit zu halten und nur wenn absolut nötig, bewusst in die eine oder andere Richtung abzuweichen. Bei diesem Balanceakt helfen vor allem klare Rahmenbedingungen und transparente, gut sichtbare Strukturen und Modelle, die als Vorbild und Mentor fungieren können. Der naturwissenschaftlich tätige Arzt ist keine Chimäre, bestehend aus einem „Vollblut“-Kliniker, der sich sieben Tage die Woche Gedanken um seine Patienten macht und einem universal denkenden Forscherherz, das jederzeit 365 Tage des Jahres experimentelle Modelle erdenkt und umsetzt. Eine derartige Doppelbelastung kann weder sinnvoll getragen noch realisiert werden. Es ist nicht möglich, simultan Star in den Königreichen kurative Medizin und wissenschaftliche Medizin zu sein. Dieses vielleicht alte, in jedem Fall jedoch falsche Konzept der omnipotenten Persönlichkeit existiert heute definitiv nicht mehr. Ebenso sicher helfen bei der Lösung des Problems auch erworbene akademische Grade nicht, wie dies immer wieder suggeriert oder angeführt wird. „Doppeldoktoren“, d.h. Dr. rer. nat. und Dr. med. oder im angelsächsischen Bereich PhD und MD sind allenfalls Ausdruck oder Beleg vergangener Lebensabschnitte mit unterschiedlichen Tätigkeits- und Ausbildungsschwerpunkten. Das Ergebnis solcher formaler Ausbildungsbemühungen ist allzu oft im Langzeitverlauf fehlende Anerkennung in beiden Lagern, da nicht klar gemacht wird, dass es nicht Ziel ist, beide Bereiche

voll zu „beherrschen“, sondern einen dritten Bereich, der eben genau dazwischen liegt. Dieser besteht weder darin „Vollgrundlagenwissenschaftler“ zu sein, noch „Vollkliniker“ zu sein, und natürlich noch weniger beide Bereiche voll zu beherrschen, sondern „seinen Bereich“, d. h. den Transfer von Problemen und Lösungen zwischen Wissenschaft und Patientenbedürfnissen zu vertreten.

Dieser Forschungsbereich wird oft als translationale medizinische Forschung bezeichnet. Die Einführung des Begriffs translationaler Mediziner in diesem Zusammenhang erscheint unnötig. Wir verwenden den oben geprägten Begriff Forschungsarzt, um keine Doppelrolle einzuführen und um ein Äquivalent für den im angelsächsischen Bereich benutzten Begriff *Physician scientist* anzubieten. Die Bezeichnung „MD, PhD“ (Dr. med. [MD] erworben durch das Medizinstudium, Dr. rer. nat. oder hum. biol. usw. [PhD] durch eine Doktorarbeit) wird dort synonym verwendet, nicht aber bei uns. Während also die Doppelfunktion Arzt und Forscher in einer Rolle, nämlich als Forschungsarzt notwendig ist, ist eine Doppelrolle, d. h. das Ausfüllen von 2 Rollen, nämlich die des kurativ tätigen Arztes und die des Wissenschaftlers, schädlich und sollte vermieden werden.

Es gilt nun, für die jeweils notwendigen Funktionen die erforderlichen Stellen zu beschreiben und mit den geeigneten Persönlichkeiten zu füllen. Dabei wird schnell klar, dass ein Teamansatz notwendig ist, da es heute ebenso unwahrscheinlich ist, dass ein mit klinischer Arbeit bestens eingedeckter Arzt ganz nebenbei grundlegende wissenschaftliche Fragen löst, wie ein translational arbeitender Wissenschaftler ganz nebenbei die gesundheitlichen Probleme einer großen Zahl von betreuten Patienten kuriert. Alle wirklich engagierten Forscher können zusammen dazu beitragen, die richtigen Fragen zu stellen und die relevanten Schlussfolgerungen zum Wohl der Patienten zu ziehen.

Grundsätzlich hilft eine offizielle strukturelle Zuordnung von Zeit und damit Aufgaben am besten, die genannten Probleme zu lösen: Ein realistischer Vorschlag findet sich in Abbildung 2. Immer wenn der reguläre Anteil langfristig unter 33% der normalen Arbeitszeit fällt, ist die Chance für Wissenschaftler weiterführende innovative Forschung durchzuführen oder für kurativ tätige Ärzte, qualitativ hochwertige Versorgung aufgrund einer breiten klinischen Erfahrung durchzuführen, praktisch nicht mehr gegeben. Daher soll an dieser Stelle die Empfehlung ausgesprochen werden, bei Fehlen der Vorgabe eines entsprechenden Zeitfensters die genannten Funktionen nicht auszuüben.

1 Ausgangspunkte für Karrieren in der deutschen Hochschulmedizin

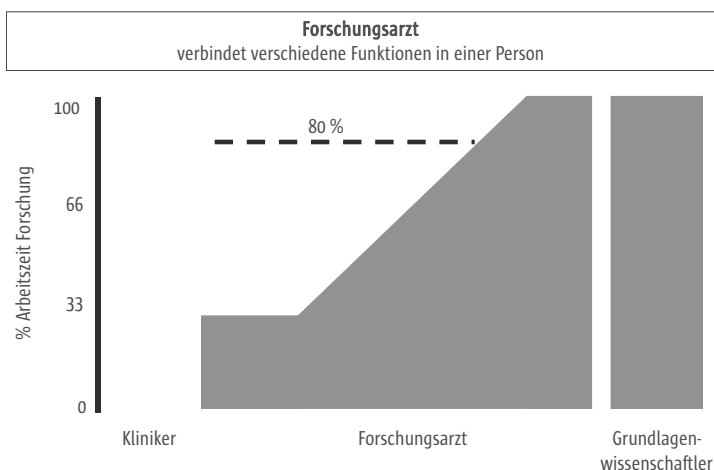


Abb. 2 Der Anteil an regulärer Arbeitszeit an Forschung und kurativer Medizin bestimmt die Entfaltungsmöglichkeiten des Forschungsarztes. Am besten sollte eine klare (strukturelle) Zuordnung von Zeit und damit Aufgaben vergeben werden. Immer wenn der reguläre Anteil für Forschungsaktivität langfristig unter 33% der normalen Arbeitszeit fällt, ist die Chance für Wissenschaftler weiterführende innovative Forschung durchzuführen (oder umgekehrt für kurativ tätige Ärzte qualitativ hochwertige Versorgung aufgrund einer breiten klinischen Erfahrung durchzuführen), praktisch nicht mehr gegeben. In den USA üblich und sicher angemessen sind (uns utopisch erscheinende) minimale Anteile von 80% der Tätigkeit als Forschungsarzt in der Forschung („80%“ in der Abb.). Dies ist analog einem kurativ tätigen Arzt zu sehen, der ja selbstverständlich auch den überwiegenden Teil seiner Tätigkeit kurativ am Patienten tätig ist.

Sicherlich muss für eine erfolgreiche Strukturierung des persönlichen Karrierewegs in der Hochschulmedizin der gesamte Weg von Beginn des Studiums bis zu einem möglichen Ziel betrachtet werden. Wie schon oben angedeutet, ergeben sich während der Ausbildung und auch im späteren Verlauf immer wieder Phasen mit Betonung der einen oder anderen Aktivität. Ferner sind die jeder Ausbildungsstufe zugeordneten Anforderungen, Aufgaben und Optionen einem stetigen Wandel unterzogen. Die aktuelle „offizielle“ Zuordnung von Zeit für kurative oder wissenschaftliche ärztliche Tätigkeit in der Hochschullandschaft Deutschlands ist völlig intransparent und es besteht ein erheblicher Klärungsbedarf. Der Anteil an wissenschaftlicher Tätigkeit in den entsprechenden Positionen muss massiv aufgestockt werden, um eine Karriere in der deutschen Hochschulmedizin attraktiv und kompetitiv gestalten zu können (DFG 2008; BMBF 2004). Am Besten kann Klarheit der Rolle durch konsequente, möglichst lange Phasen (z.B. viele Monate oder Jahre), ausschließlicher Tätigkeit in einem Bereich – sei es in Forschung oder kurativer Medizin – herbeigeführt werden. Für alle Ärzte,