

Hendriks/Schendzielorz/Heger/Reinhart

Kritische Bestands- aufnahme des BIH Charité (Junior) Clinician Scientist Programms: Untersuchungen einer integrierten Forschungs- und Facharztweiterbildung in der Universitätsmedizin

Ergebnisse der Programmevaluation 2019/20

Dieses Werk steht unter der Creative Commons Namensnennung, nicht kommerziell, keine Bearbeitung 3.0 Deutschland Lizenz (CC-BY-NC-ND)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/>



Projektleitung

Dr. Barbara Hendriks
Telefon +49 (0)30 2093-66619
E-Mail: hendriks@dzhw.eu

Prof. Dr. Martin Reinhart
Telefon +49 (0) 30 2093-66616
E-Mail: martin.reinhart@hu-berlin.de

Projektmitarbeiter*innen

Dr. Cornelia Schendzielorz
Christophe Heger

Layout

Petra Nölle

Impressum

Herausgeber

Deutsches Zentrum für Hochschul- und
Wissenschaftsforschung GmbH (DZHW)
Lange Laube 12 | 30159 Hannover | www.dzhw.eu
Postfach 2920 | 30029 Hannover
Tel.: +49 511 450670-0 | Fax: +49 511 450670-960

Geschäftsführerinnen:

Prof. Dr. Monika Jungbauer-Gans
Karen Schlüter

Vorsitzender des Aufsichtsrats:

Ministerialdirigent Peter Greisler

Registergericht:

Amtsgericht Hannover | B 210251

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer:

DE291239300

April 2021

Executive Summary

Die vorliegende **Kritische Bestandsaufnahme des BIH Charité (Junior) Clinician Scientist Programms** ist auf Initiative der Biomedical Innovation Academy (BIA) des Berlin Institute of Health (BIH) entstanden und wurde durch das Deutsche Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) in Kooperation mit der BIA durchgeführt. Das BIH Charité (Junior) Clinician Scientist Programm – von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) 2015 als „best practice-Modell“ ausgewiesen – wurde anlässlich seines zehnjährigen Bestehens erstmalig im Rahmen einer zweijährigen sozialwissenschaftlichen Evaluation systematisch untersucht. Mithilfe von standardisierten Online-Surveys und leitfadenstrukturierten Interviews wurden Chancen und Herausforderungen für die erfolgreiche Integration von akademischer Forschung in die Facharztweiterbildung im Rahmen des BIH Charité (Junior) Clinician Scientist Programms analysiert. Die Evaluation umfasst dabei die Erfahrungen und Perspektiven von insgesamt 90 (aktiven und ehemaligen) Geförderten des BIH Charité (Junior) Clinician Scientist Programms und vergleichend dazu 145 wissenschaftlich tätigen Mediziner*innen an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, die keine Förderung durch das Programm erhalten haben. Aus diesen empirischen Befunden heraus ermittelt die Studie allgemeine Handlungsempfehlungen für die Entwicklung und den Ausbau von Clinician Scientist Programmen im Kontext der deutschen Universitätsmedizin.

Zentrale Ergebnisse

- Auf das BIH Charité (J)CSP bewerben sich an Forschung interessierte Ärzt*innen, die primär den Wunsch haben geschützte Forschungszeit in die Facharztweiterbildung zu integrieren, um damit eine akademische Laufbahn (weiter) zu verfolgen. Faktoren wie Reputation und Bezahlung spielen bei der Bewerbung auf das (J)CSP eine untergeordnete Rolle.
- Das BIH Charité (J)CSP bildet den Einstieg zu solider Forschung (während der Arbeitszeit) in der Medizin und wird durch das BIH Charité (J)CSP im Rahmen der Facharztweiterbildung weitergeführt. Das (J)CSP ist damit ein Vehikel zum Ausbau und zur Sicherung eines Mindestmaßes an Forschungsqualität im Kontext medizinischer Forschung.
- Die Einhaltung von geschützter Forschungszeit gelingt die Hälfte aller befragten (Junior) Clinician Scientists problemlos, unabhängig von der Programmlinie (CSP/JCSP) und Position zum Zeitpunkt der Befragung (Alumni/Fellow). Die Einstellung und Unterstützung von Vorgesetzten und Kolleg*innen im direkten Forschungs- und Arbeitsumfeld sind dabei zentrale Gelingensbedingungen.
- Die andere Hälfte der Befragten im (J)CSP gelingt die Einhaltung von Forschungszeit größtenteils teilweise und in Ausnahmefällen gar nicht. Die Ursachen für die teilweise oder nicht eingehaltene Forschungszeit sind dabei vielfältig: Die Patientenversorgung nimmt mehr Zeit in Anspruch, zudem wirken sich der (akute) Personalmangel und die gesetzten Prioritäten in Bezug auf die Patientenversorgung innerhalb der jeweiligen Klinik mitunter auf die Einhaltung der geschützten Forschungszeit aus.
- Feierabendforschung ist und bleibt auch bei (Junior) Clinician Scientists integraler Bestandteil des Arbeitsalltags. Zwar hält sie sich zu großen Teilen auf einem eher niedrigen Niveau (regelmäßig bis zu 10 Stunden/Woche), wird aber von einem Drittel der Befragten auf hohem Niveau (ab 15 Stunden/Woche) betrieben. Es ist eine Rekalibrierung von Forschung zu beobachten: Die Anforderungen an eine wissenschaftliche Karriere und damit einhergehend das Erreichen akademisch renommierter Positionen – wie die Professur – machen Feierabendforschung auch trotz geschützter Forschungszeit zu einem wesentlichen Bestandteil der medizinisch-akademischen Qualifizierung.

- Die Sichtbarmachung und Dokumentation von Forschungszeiten stellt in Zeiten der Ungleichbehandlung von Forschung und Patientenversorgung – wie es im gegenwärtigen System der Universitätsmedizin der Fall ist – eine wichtige Maßnahme zur Sicherung von Forschung dar, vorausgesetzt, die elektronische Erfassung der Forschungszeiten erfolgt aus erster Hand eigenständig durch die (Junior) Clinician Scientists.
- Die persönliche Einstellung der jeweiligen Klinikleitung spielt für die erfolgreiche Integration von (Junior) Clinician Scientists im Klinikalltag eine zentrale Rolle. Den Befragten zufolge gelingt die nachhaltige Integration in den Klinikkontext nur dann, wenn Führungskräfte Forschung selbst als elementaren Bestandteil des klinischen Alltags anerkennen und die mit jeweils spezifischen Herausforderungen gespickte Durchsetzung der geschützten Forschungszeit als strategisch relevant erachten.
- Innerhalb der Klinik hat die Patientenverantwortung die oberste Priorität, dies gilt für (Junior) Clinician Scientists genauso wie für Vollzeitkliniker*innen. Forschung sollte daher zeitlich und – wenn nötig und möglich – auch räumlich von klinischer Arbeit und somit getrennt von der Klinikverantwortung durchführbar sein. Eine derartige räumliche Trennung kann unter Umständen eine erforderliche Fokusverschiebung auf Forschung und vice versa im Arbeitsalltag erleichtern.
- Die Patientenversorgung ist mitunter an die Erfüllung spezifischer Leistungskennzahlen gekoppelt, deren Einhaltung folglich eine Arbeitsverdichtung und Einschränkung der Handlungsautonomie auf Ebene des Klinikpersonals zur Folge haben. Auch im Rahmen des BIH Charité (J)CSP ist die Ökonomisierung des Klinikalltags eine wesentliche Ursache für vereinzelte Probleme, die Einhaltung der geschützten Forschungszeit zu gewährleisten.
- Die Reduktion von Klinikzeiten im Rahmen der Facharztweiterbildung wirkt sich nicht negativ auf die Entwicklung medizinischer Schlüsselkompetenzen aus; vorausgesetzt, es sind keine operativ-händischen Fähigkeiten zu erlernen, die nur über eine kontinuierliche Einübung und andauernde Routine erlangt werden können. Die strukturierte Integration von Forschungszeit im Rahmen der Facharztweiterbildung erweitert mitunter die Ausbildung von medizinischen Schlüsselkompetenzen.
- Die Professur und die Position als „Oberärztin/Oberarzt“ sind die am häufigsten genannten Zielpositionen der Befragten im (J)CSP, was das Profil der Clinician Scientist Qualifizierung widerspiegelt, die auf eine Verbindung von Patientenversorgung und Forschung setzt. Nur wenige Befragte streben eine hausärztliche Niederlassung und damit das Verlassen des Systems der Universitätsmedizin an.
- Geschlechterdifferenzen im Karriereweg von Clinician Scientists manifestieren sich vor allem in den akademischen Zielpositionen und damit innerhalb der Wissenschaft und nicht in den medizinischen Zielpositionen. Dies gilt unabhängig von den Förder- bzw. Programmstrukturen der Befragten.
- Für eine Verstetigung von Clinician Scientist Karrieren über die Zeit der Facharztweiterbildung hinaus bedarf es alternativer Karrierewege, neben den gängigen Zielpositionen wie bspw. die Klinikleitung, um so eine andauernde Forschungsaktivität im klinischen Kontext zu ermöglichen. Neue Förderlinien, wie das „Advanced Clinician Scientist Programm“ werden von den Befragten als wichtige Meilensteine für die Verlängerung forschungsorientierter Karrierewege in der Medizin betrachtet.
- Die Förderung durch das BIH Charité (J)CSP wirkt sich positiv auf die subjektiv empfundene Arbeitsbelastung aus, wobei insbesondere die weiblichen Befragten von den Strukturen profitieren, um auch mit Doppelbelastung kompatible Berufs- und Karrierewege zu verfolgen.
- Bessere Forschungsbedingungen, d.h. in unserer Untersuchung mindestens eine Forschungsfinanzierung, führen allgemein zu einer Verringerung der subjektiv wahrgenommenen Arbeitsbelastung. Dies gilt unabhängig von den Förder- bzw. Programmstrukturen. Bessere Forschungs- und damit in der Konsequenz auch bessere Arbeitsbedingungen wirken sich nicht, wie häufig befürchtet, negativ auf die Leistungsbereitschaft der (forschenden) Kliniker*innen aus.

- Die höchste Zufriedenheit mit dem BIH Charité (J)CSP findet sich in der Gruppe der Clinician Scientists mit einer Aufteilung von 50% Patientenversorgung und 50% Forschung. Diese Aufteilung entspricht am ehesten den allgemeinen Wunschvorstellungen hinsichtlich der Einteilung von Patientenversorgung und Forschung auf Ebene aller Befragten unabhängig von Förder- bzw. Programmstrukturen. Die größten Friktionen und damit Unzufriedenheit finden sich bei den Junior-Fellows, bedingt durch den geringeren Anteil an geschützter Forschungszeit von 20 Prozent.

Inhalt

Executive Summary	III
Zentrale Ergebnisse	III
Inhalt	VII
Abbildungsverzeichnis	X
Tabellenverzeichnis	11
1 Kritische Bestandsaufnahme des BIH Charité (Junior) Clinician Scientist Programms	13
2 Studiendesign	15
2.1 Clusterung der medizinischen Facharztbereiche an der Charité	15
2.2 Qualitative Interviewbefragung	16
2.2.1 Interviewleitfaden	16
2.2.2 Interviewsampling	17
2.2.3 Interviewsetting und -auswertung	19
2.3 Online-Survey	19
2.3.1 Befragungs- und Kontrollgruppe	19
2.3.2 Fragebogentestung und Feldphase	20
2.3.3 Cluster- und Geschlechterverteilung	21
3 Bewerbungsverfahren und -motive	23
3.1 Bewerbungsmotive	23
3.2 Wahrnehmung des Bewerbungsverfahrens	24
3.3 Bewerbungsabsichten der Junior-Fellows	25
3.4 Alternativen zum Programm	25
4 Geschützte Forschungszeit	29
4.1 Einhaltung der geschützten Forschungszeit	29
4.2 Gründe für Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Forschungszeit	31
4.2.1 Klinische Verpflichtung und Personalmangel	32
4.2.2 Patientenverantwortung	36
4.2.3 Ökonomisierung des Klinikalltags	36
4.3 Erfassung von Forschungsleistungen: „CSP-Button“	37
4.4 Unterstützung durch klinisches Mentoring und Dienstplaner*innen	39
4.5 „Feierabendforschung“	42
4.6 Wunschaufteilung Forschung und Klinik	45
4.7 Modalität zur Einteilung von Forschung und Klinik	47

5	Maßnahmen zur Qualitätssicherung	51
5.1	Berichtsmodalitäten	51
5.2	Wahrnehmung Häufigkeit der Veranstaltungen	52
6	Habilitation und Zielpositionen	55
6.1	Habilitation und Dauer der Habilitation	55
6.2	Zielposition.....	57
7	Trias der Universitätsmedizin: Patientenversorgung, Forschung und Lehre	61
7.1	Aktuelle Verteilung der Aufgaben.....	61
7.2	Gewünschte Verteilung der Aufgaben	62
7.3	Betreuung von Promovierenden	63
8	Entwicklung der Facharztweiterbildung	65
8.1	Relevanz medizinischer Schlüsselkompetenzen	65
8.2	Erwerb medizinischer Schlüsselkompetenzen	66
8.3	Umgang mit reduzierter Klinikerfahrung	67
9	Arbeits- und Forschungsumfeld	69
9.1	Direktes Arbeitsumfeld	69
9.2	Interdisziplinarität des Forschungsumfeldes	70
10	Arbeitsbelastung und Familienfreundlichkeit	73
10.1	Wahrnehmung Arbeitsbelastung.....	73
10.2	Einfluss (J)CSP auf die individuelle Arbeitsbelastung.....	74
10.3	Ursachen für die hohe Arbeitsbelastung in der Universitätsmedizin	76
10.4	Vereinbarkeit von Familie und Beruf.....	77
11	Zufriedenheit mit dem BIH Charité (J)CSP	79
12	Virulente Themen: Chancen und Herausforderungen	83
12.1	Die Rolle von Innovationen und Verwertungen.....	83
12.2	Hierarchien in der Klinik: Die spezifische Rolle von Vorgesetzten	88
12.3	Karriereausstieg und Entwicklung neuer Karriereoptionen.....	89
12.4	Grenznutzen bei der Förderung von (Junior) Clinician Scientists.....	91
12.5	Die Rolle von Forschungsinfrastrukturen	93
12.6	Interdisziplinarität und Kooperation	95
12.7	Ein Programm mit vielen Chancen: Mehrwehrt des BIH Charité (J)CSP.....	97
13	Empfehlungen für die Praxis	99
	Das Einstiegsmodell „Junior“	99
	Implementierung einer Clinician Scientist Geschäftsstelle.....	99
	Unterstützung für weniger forschungsintensive und operative Fächer.....	100
	Verbesserung von Forschungsbedingungen auf Ebene der Universitätsklinik	100
	Kollaboration und Vernetzung	100
	Zugang zu Forschungsinfrastrukturen	101

Entwicklung neuer Karrierewege	101
Erfassung von Forschungszeiten	101
Standortspezifische Anzahl von Clinician Scientists.....	101
14 Literatur	103
15 Danksagung	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Interviewsampling.....	18
Abbildung 2: Anteil Freistellung Charité Habilitation	20
Abbildung 3: Motive Bewerbung im (Junior) Clinician Scientist Programm	24
Abbildung 4: Wahrnehmung des Bewerbungsverfahrens im (Junior) Clinician Scientist Programm.....	25
Abbildung 5: Bewerbungsabsichten der Fellows im Junior Clinician Scientist Programm	25
Abbildung 6: Einhaltung von Forschungszeit im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung	30
Abbildung 7: Einhaltung von geschützter Forschungszeit im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm sowie Fellows und Alumni	30
Abbildung 8: Einhaltung von geschützter Forschungszeit im (Junior) Clinician Scientist Programm.....	31
Abbildung 9: Einhaltung von geschützter Forschungszeit Charité Habilitation.....	32
Abbildung 10: Implementierung des „CSP-Button“ im (Junior) Clinician Scientist Programm.....	38
Abbildung 11: Implementierung des „CSP-Button“ differenziert nach Cluster im (Junior) Clinician Scientist Programm	38
Abbildung 12: Feierabendforschung im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm sowie Fellows und Alumni.....	43
Abbildung 13: Feierabendforschung im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung	45
Abbildung 14: Wunschaufteilung Forschung und Klinik differenziert nach Cluster im (Junior) Clinician Scientist Programm.....	46
Abbildung 15: Wunschaufteilung Forschung und Klinik im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm.....	46
Abbildung 16: Modalitäten Einteilung Forschung und Klinik differenziert nach Cluster im (Junior) Clinician Scientist Programm.....	48
Abbildung 17: Maßnahmen zur Qualitätssicherung im (Junior) Clinician Scientist Programm	52
Abbildung 18: Häufigkeit der Veranstaltungen im (Junior) Clinician Scientist Programm.....	53
Abbildung 19: Habilitationsdauer im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung.....	56
Abbildung 20: Abschluss der Habilitation differenziert nach Geschlecht im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation	57
Abbildung 21: Angestrebte Zielposition im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit Freistellung	58
Abbildung 22: Angestrebte Zielposition differenziert nach Geschlecht im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit Freistellung.....	59
Abbildung 23: Tatsächliche Verteilung der Aufgaben im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung	62
Abbildung 24: Gewünschte Verteilung der Aufgaben im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung	63
Abbildung 25: Gründe für Promotionsbetreuung im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit Freistellung	64

Abbildung 26: Relevanz medizinischer Schlüsselkompetenzen im (Junior) Clinician Scientist Programm..... 66

Abbildung 27: Wahrnehmung des Erwerbs medizinischer Schlüsselkompetenzen im (Junior) Clinician Scientist Programm..... 67

Abbildung 28: Wahrnehmung des Arbeitsumfelds im (Junior) Clinician Scientist Programm..... 70

Abbildung 29: Wahrnehmung des Forschungsumfelds im (Junior) Clinician Scientist Programm .. 71

Abbildung 30: Wahrnehmung der Arbeitsbelastung im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung..... 73

Abbildung 31: Wahrnehmung der Arbeitsbelastung differenziert nach Geschlecht im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung..... 74

Abbildung 32: Wahrnehmung von Reduktion der Arbeitsbelastung durch Programm im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm sowie Fellows und Alumni 75

Abbildung 33: Wahrnehmung von Reduktion der Arbeitsbelastung durch Programm differenziert nach Cluster im (Junior) Clinician Scientist Programm 76

Abbildung 34: Allgemeine Zufriedenheit im (Junior) Clinician Scientist Programm 79

Abbildung 35: Allgemeine Zufriedenheit im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm sowie Fellows und Alumni 80

Abbildung 36: Allgemeine Zufriedenheit differenziert nach Cluster im (Junior) Clinician Scientist Programm..... 81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Cluster medizinische Facharztbereiche an der Charité 16

Tabelle 2: Rücklaufquote Interviewbefragung..... 18

Tabelle 3: Prozentuale Verteilung der medizinischen Cluster im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation..... 21

Tabelle 4: Geschlechterverteilung Hauptgruppenbefragung im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm 22

Tabelle 5: Geschlechterverteilung Hauptgruppenbefragung im Vergleich Fellows und Alumni 22

Tabelle 6: Geschlechterverteilung im Vergleich Charité Habilitation mit und ohne Freistellung..... 22

1 Kritische Bestandsaufnahme des BIH Charité (Junior) Clinician Scientist Programms

Die Entwicklung und der Auf- und Ausbau von Clinician Scientist Programmen sind wichtige Bestandteile wissenschaftspolitischer Strategien zur Förderung akademischer Forschung in der Medizin. Diese Entwicklungen finden auf globaler Ebene statt: In den USA, Kanada, in der EU sowie Großbritannien, aber auch in Japan und Asien, ist eine zunehmende strukturierte Förderung von forschungsorientierten Mediziner*innen zu beobachten. Verschiedene Universitäten und Universitätskliniken wie die Harvard Medical School und die University of Toronto – um zwei konkrete Beispiele zu nennen – bieten Clinician Scientist Programme an (Blümel et al. 2015). Clinician Scientists, so die übereinkommende Feststellung, liefern wichtige Impulse für die Innovationskraft der Universitätsmedizin und die Gesundheitsversorgung der Gesellschaft (DFG 2015). Der Clinician Scientist verbindet im praktischen Alltag die Trias aus klinischer Patientenversorgung, akademischer Forschung und Lehre (Dragun et al. 2019) und leistet einen zentralen Bestandteil für Translation (Hendriks et al. 2019; Wilson-Kovacs und Hauskeller 2012; Vignola-Gagné 2014).

Strukturierte Clinician Scientist Programme bieten für die Qualifizierung von Clinician Scientists einen gesicherten organisationalen Rahmen und sollen dazu beitragen, die Ausbildung forschungsorientierter Ärzt*innen zu professionalisieren. In Deutschland hat sich mit dem BIH Charité (Junior) Clinician Scientist Programm – im Folgenden BIH Charité (J)CSP abgekürzt – ein Modell mit Vorbildcharakter für die strukturierte Qualifizierung von Clinician Scientists etabliert (Wissenschaftsrat 2016). Seit 2011 ermöglicht es forschungsaktiven Ärzt*innen eine kompetenzbasierte Facharztweiterbildung mit einem verbindlich geschützten Raum („protected time“) für klinische und translationale Forschung (Dragun et al. 2019). Das Berliner-Modell ist 2015 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft als „best-practice-Modell“ ausgewiesen worden (Dragun/Huber 2017) und zeichnet sich durch eine vergleichsweise hohe Anzahl an bereits geförderten (Junior) Clinician Scientists und Alumni aus (mehr als 200). Das BIH Charité (J)CSP verfügt über ein differenziertes Programmangebot – seit 2014 gibt es das Junior CSP, 2018 kam das (Junior) Digital CSP hinzu und 2020 ein Advanced CSP – und zeichnet sich zudem durch die partnerschaftliche Nähe zum Max-Delbrück-Centrum für biomedizinische Forschung (MDC)¹ aus. Darüber hinaus wird die Verbindung von Patientenversorgung in der Charité – Universitätsmedizin Berlin und klinischer Forschung mittels einer Verbundstruktur über das Berlin Institute of Health (BIH) institutionell gesichert.

Das 10-jährige Bestehen des BIH Charité (J)CSP ist Anlass für eine **erste systematische Bestandserfassung des Programms**. Im Rahmen einer zwei Jahre andauernden sozialwissenschaftlichen Evaluation (2019-2021) wurde eine methodisch umfassende Untersuchung des Programms vorgenommen. Diese wurde von der Frage angeleitet, inwiefern die Integration von Forschung in die Facharztweiterbildung im BIH Charité (J)CSP gelingt und welche Chancen und Hürden sich hierbei auf Praxisebene ergeben.

1 <https://www.mdc-berlin.de/de/news/press/integration-des-bih-die-charite-und-privilegierte-partnerschaft-mit-dem-mdc>

Zur Beantwortung dieser Frage wurden mehr als 250 Personen an Charité und MDC zum BIH Charité (J)CSP mithilfe eines standardisierten Online-Surveys und qualitativen Interviews befragt. Die wissenschaftliche Evaluation zielt inhaltlich auf individuelle, organisationale und strukturelle Rahmenbedingungen und bildet damit ein großzügiges, analytisches Spektrum zur Erfassung der Forschungs- und Arbeitsbedingungen des BIH Charité (J)CSP ab.

Der vorliegende Evaluationsbericht präsentiert im Anschluss an die Vorstellung des Studiendesigns (Kap. 2) empirische Ergebnisse zur ersten Bestandsaufnahme des BIH Charité (J)CSP anhand folgender Themenschwerpunkte: „Bewerbungsverfahren und -motive“ (Kap. 3), „Geschützte Forschungszeit“ (Kap. 4), „Maßnahmen zur Qualitätssicherung“ (Kap. 5), „Habilitation und Zielpositionen“ (Kap. 6), „Trias der Universitätsmedizin: Patientenversorgung, Forschung und Lehre“ (Kap. 7), „Entwicklung der Facharztweiterbildung“ (Kap. 8), „Arbeits- und Forschungsumfeld“ (Kap. 9), „Arbeitsbelastung und Familienfreundlichkeit“ (Kap. 10) und „Zufriedenheit mit dem BIH Charité (J)CSP“ (Kap. 11). In Kapitel 12 erfolgt eine Darstellung von ausgewählten „virulenten Themen aus der Interviewbefragung“. Kapitel 13 widmet sich standortspezifischen unabhängigen Empfehlungen für die Durchführung und Entwicklung von Clinician Scientist Programmen in Deutschland.

2 Studiendesign

Die Evaluation umfasst die Erfahrungen und Perspektiven von insgesamt 90 (ehemaligen) Geförderten des (Junior) Clinician Scientist Programms und 145 wissenschaftlich tätigen Ärzt*innen an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, die nicht im Rahmen des (J)CSP gefördert wurden. Erstere wurden im Rahmen eines standardisierten Online-Surveys im Jahr 2020 befragt, letztere im Rahmen einer standardisierten Kontrollgruppenbefragung, die ebenfalls in einem Online-Survey erhoben wurden. Zudem enthält die Evaluation vertiefende Einblicke und Einschätzungen von 20 befragten (Junior) Clinician Scientists, Klinikdirektor*innen und Mentor*innen aus Forschung und Klinik, die im Kontext einer qualitativen Interviewstudie in den Jahren 2019/2020 erhoben wurden. Die Evaluation umfasst somit die Erfahrungen und Perspektiven von mehr als der Hälfte der Geförderten des BIH Charité (J)CSP sowie weiteren zentralen, an der Organisation und Entwicklung des Programms beteiligten Akteuren aus Klinik und Forschung.

2.1 Clusterung der medizinischen Facharztbereiche an der Charité

Das BIH Charité (J)CSP ist themenoffen ausgerichtet und zeichnet sich durch eine hohe Diversität hinsichtlich der Facharztbereiche der (Junior) Clinician Scientist-Fellows aus. Dabei zeigt sich ein heterogenes Bild bei der Verteilung der Fellows auf die verschiedenen Facharztbereiche: In der Psychiatrie und Neurologie finden sich eher viele, in chirurgisch-operativen Facharztbereichen, im Vergleich, eher wenige (Junior) Clinician Scientists. Damit eine Rückführung von Aussagen einzelner Fellows, insbesondere in den von (Junior) Clinician Scientists geringer besetzten Facharztbereichen, ausgeschlossen werden kann, wurde in Absprache mit den Programmverantwortlichen eine Clusterung der im BIH Charité (J)CSP vertretenen medizinischen Facharztbereiche vorgenommen (siehe Tabelle 1). Die Clusterung dient sowohl für die standardisierte als auch für die qualitative Befragung als analytisches Raster.

Tabelle 1: Cluster medizinische Facharztbereiche an der Charité

Konservativ	Operativ/ Interventionell	Diagnostisch	Hybrid
Dermatologie	Allgemeine und Viszeralchirurgie	Humangenetik	Gastroenterologie
Endokrinologie	Anästhesiologie	Neuropathologie	Neonatologie
Hämatologie/Onkologie	Gynäkologie/Geburtshilfe	Pathologie	Nephrologie
Neurologie	Herzchirurgie	Radiologie	Pädiatrische Kardiologie
Pädiatrische Endokrinologie	Kardiologie	(Labormedizin)	Pädiatrische Pulmologie
Pädiatrische Hämatologie/Onkologie	MKG-Chirurgie		Pulmologie
Pädiatrische Neurologie	Neurochirurgie		Infektiologie
Psychiatrie	Ophthalmologie (Augenheilkunde)		
Rheumatologie	Orthopädie und Unfallchirurgie		
Strahlentherapie	Urologie		

2.2 Qualitative Interviewbefragung

Im Folgenden wird das Vorgehen der qualitativen Erhebung erläutert, beginnend mit der Darstellung der inhaltlichen Dimensionen der Interviewleitfäden (Kap. 2.2.1). Es folgen Beschreibungen des Interviewsamplings (Kap. 2.2.2) sowie des Interviewsettings und der Auswertung (Kap.2.2.3).

2.2.1 Interviewleitfäden

Mithilfe von leitfadengestützten Interviews (Helfferich/Bauer/Blasius 2014) wurde eine Erhebung von individuellen Perspektiven und Erfahrungen der Akteure im Umgang mit dem BIH Charité (J)CSP adressiert, um einen vertieften Einblick in die Alltagspraxis der Akteure zu erhalten. Der qualitative Leitfaden ist durch verschiedene Leitthemen strukturiert, die sich jeweils in spezifische Unterfragen gliedern. Die inhaltlichen Fragedimensionen ergeben sich dabei auf Basis des allgemeinen Literaturstands über die Clinician Scientist- Qualifizierung, den diversen Vorstudien am DZHW² und der Kernbefunde (Hendriks et al. 2019, Simons et al. 2018, Krueger et al. 2019), den Beschreibungen des BIH inklusive der Selbstbeschreibung auf der Webpage (<https://www.bihealth.org/de/angebote/akademie>) sowie dem wissenschaftspolitischen Diskurs (siehe dazu die Positionspapiere der DFG (2015) und des Wissenschaftsrats (2016)).

Der Leitfaden für die (Junior) Clinician Scientists und Alumni widmete sich den folgenden Themenschwerpunkten, um das **ganze Spektrum des Karriereprofils** zu erfassen:

- Motive der Antragsstellung
- Geschützte Forschungszeit
- Translationale Forschung
- Clinician Scientist Identität
- Kollaboration, Inter- und Transdisziplinarität
- Innovation

2 Kerninhalte, Organisationsstrukturen und Bewertungsverfahren translationaler medizinischer Forschung. Online unter: https://www.dzhw.eu/forschung/projekt?pr_id=520, zuletzt zugegriffen am 19.01.2021.

- Forschungsinfrastrukturen
- Räumliche Kontextualisierung
- Karriereaspiration
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Offene Bedarfe/Anmerkungen

Für die Befragungen auf der Leitungsebene, d.h. Klinikdirektor*innen, Board Member und/oder professoralen Mentor*innen, wurden neben den oben genannten Themenschwerpunkten zusätzliche Leitthemen integriert, die insbesondere **wissenschaftspolitische Aspekte** adressieren:

- Maßnahmen zur erfolgreichen Integration von Clinician Scientists in die Klinik
- Chancen der Clinician Scientist Qualifizierung für Patientenversorgung und Forschung
- Qualitätssicherung von Forschungsleistungen
- Grenznutzen von Clinician Scientists im Klinikalltag
- Verhältnis von Clinician Scientists und Kliniker*innen im Klinikalltag
- Empfehlungen für die erfolgreiche Umsetzung von Clinician Scientist Programmen auf nationaler Ebene
- Umgang mit Zweifachanforderung durch Forschung und Patientenversorgung
- Maßnahmen für den Ausbau und Weiterentwicklung von Clinician Scientist Karrieren im Kontext der deutschen Universitätsmedizin

2.2.2 Interviewsampling

Für die qualitativen Interviews wurde im Sinne des theoretical Samplings ein breites Spektrum an Akteuren kontaktiert, um das breite Spektrum der im Rahmen der BIH Charité (J)CSP Programme geförderten Ärzt*innen adäquat zu erfassen. Die Definition relevanter Akteursgruppen in Bezug auf das BIH Charité (J)CSP erfolgte in Absprache mit den Programmverantwortlichen der BIH Biomedical Innovation Academy.

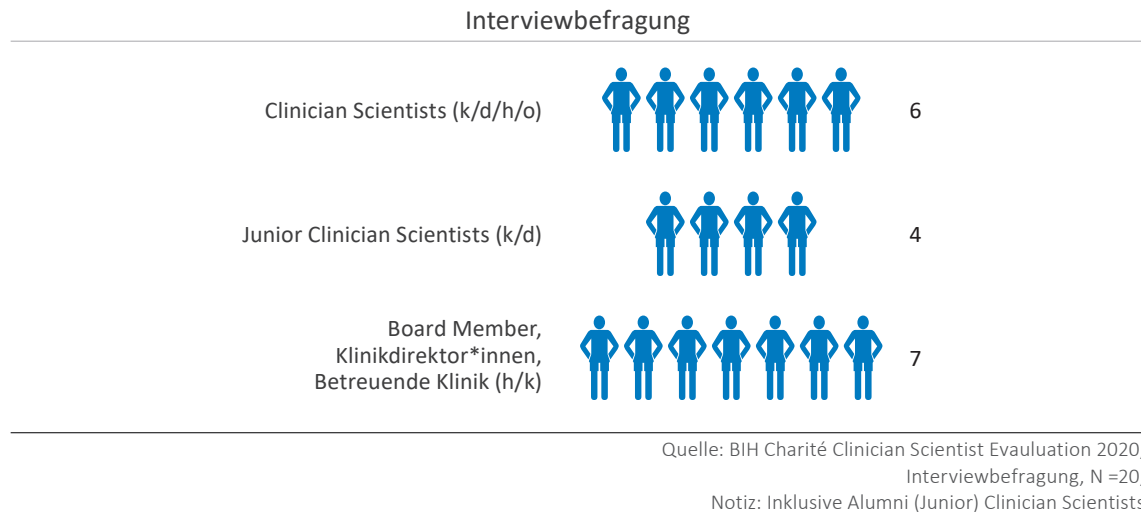
Relevante Untersuchungsgruppen für die qualitative Interviewstudie sind:

- BIH Charité (Junior) Clinician Scientists
 - Clinician Scientists
 - Junior Clinician Scientists
 - Alumni Clinician Scientists
 - Alumni Junior Clinician Scientists
- Klinikdirektor*innen/Betreuende Klinik
 - In ihrer Funktion als klinische*r Mentor*in
 - In ihrer Funktion als Klinikleitung (Arbeitgeberperspektive)
 - In Ihrer Funktion als Board Member
- Clinician Scientist Board Member
 - In ihrer Funktion als strategisch-beratendes Mitglied und am Auswahlverfahren beteiligten Gutachter*innen
- Wissenschaftliche und klinische Mentor*innen
 - Mentor*innen am Max-Delbrück-Centrum (MDC)
 - Mentor*innen an der Charité – Universitätsmedizin Berlin
 - Oberärzt*innen mit Personalfunktion

Die in einem strategischen Sampling ausgewählten Personen wurden zwischen November 2019 und März 2020 schriftlich zu einem Interview eingeladen. Nach zehn erfolgten Interviews wurde eine Auswertung vorgenommen sowie damit einhergehend die Entscheidung getroffen, welche Personen zusätzlich rekrutiert werden müssen, um noch fehlende Perspektiven zu ergänzen. Es wurden insgesamt

20 Interviews über die verschiedenen Gruppen hinweg geführt, davon waren 11 Personen weiblichen und 9 männlichen Geschlechts.

Abbildung 1: Interviewsampling



Zu einem Interview eingeladen wurden die Personen, deren Kontaktdaten entweder über die Internetseite der Charité und des MDC und/oder über das Programmbuch des BIH Charité (J)CSP öffentlich zugänglich waren (vgl. https://www.bihealth.org/fileadmin/akademie/dateien/180706_BIH_CSP_Programmbuch_web_einzelseiten_rz.pdf). Erfolgte auf eine schriftliche Intervieweinladung sowie daraufhin gesendeten Erinnerungsschreiben keine Rückmeldung, wurde den Eigenschaften der avisierten zu interviewenden Person entsprechend nachgesampelt.

Die Rücklaufquote der eingeladenen Interviewpersonen beträgt in etwa 45 Prozent (siehe dazu Tabelle 2). Um für mögliche Anschlussstudien Erfahrungswerte zu generieren, werden die Rückläufe der qualitativen Haupterhebung tabellarisch dargestellt.

Tabelle 2: Rücklaufquote Interviewbefragung

Eingeladene Gruppen	Eingeladen	(in %)	Zusagen/ Geführt	(in %)
Clinician Scientists inkl. Alumni	26	57,8 %	9	45,0 %
(Junior) Clinician Scientists inkl. Alumni	7	15,6 %	4	20,0 %
Board Member/ Klinik- direktor*innen/ Mentor*innen	12	26,7 %	7	35,0 %
Summe	45	100 %	20	100 %

Zur Sicherstellung der Anonymisierung von Interviewbefragten werden in der Ergebnisdarstellung die Interviewausschnitte aus den Gruppen Board Member, Klinikdirektor*innen, Oberärzt*innen mit Personalfunktion und Mentor*innen einheitlich mit dem Begriff „Klinikleitung“ pseudonymisiert.

2.2.3 Interviewsetting und -auswertung

Die Interviews mit den (Junior) Clinician Scientists wurden von zwei Forscherinnen durchgeführt und erfolgten jeweils face-to-face als Zwiegespräch zwischen Interviewerin und Interviewten. Die Durchführung erfolgte entweder in den Räumlichkeiten der jeweiligen Kliniken oder in den Büroräumlichkeiten der Interviewerinnen. Die Wahl der Örtlichkeit wurde den Befragten überlassen. Um den Aufwand für die Befragten so gering wie möglich zu halten, wurde der Besuch in der jeweiligen Klinik obligatorisch angeboten. Jedoch stand nicht allen Befragten ein störungsfreier bzw. störungsarmer Raum in ihrer Arbeitsstätte zur Verfügung, was eine Voraussetzung für eine gelungene Interviewdurchführung darstellt. In diesen Fällen haben die Interviews in den Räumlichkeiten der DZHW-Mitarbeiterinnen stattgefunden. Die Interviews wurden nach Zustimmung der Befragten auf Tonband aufgezeichnet. Die Länge der Interviews beträgt über die verschiedenen Befragungsgruppen hinweg mindestens 45 und höchstens 120 Minuten.

Die Interviewaufnahmen wurden im Anschluss transkribiert und mithilfe der Software für qualitative Datenauswertung MAXQDA komplett „Zeile für Zeile“ kodiert und mittels eines induktiven Kodierverfahrens ein Kodierschema entwickelt (Mayring 2000, 2010). Das induktive Kodierverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse zielt darauf ab, die von den Befragten verbalisierten Inhalte kondensiert auf Ebene von Codes wiederzugeben. Es wurden in den 20 Interviewdokumenten insgesamt 1931 Textsegment-Kodierungen vorgenommen und diesen inhaltlich übergeordneten Codes zugewiesen. Die Codes bilden zusammengenommen das Kodierschema ab. Die Auswertung der Interviews wurde von den zwei Personen durchgeführt, welche die Interviews geführt haben, um eine Intercoder-Reliabilität bei der Interpretation und Auswertung der qualitativen Daten zu gewährleisten.

2.3 Online-Survey

Im Folgenden wird das Vorgehen des standardisierten Onlinesurveys erläutert, beginnend mit der Darstellung der Befragungs- und Kontrollgruppe (Kap. 2.3.1). Es folgen Hinweise zur Fragebogentestung und Feldphase (Kap. 2.3.2) sowie eine Beschreibung der Rückläufe und Cluster-Response für die Haupt- und Kontrollgruppenbefragung (Kap. 2.3.3).

2.3.1 Befragungs- und Kontrollgruppe

Die Onlinebefragung setzt sich aus einer Haupt- und einer Kontrollgruppenbefragung zusammen. In der Hauptgruppenbefragung wurden befragt:

- Fellows (Junior) Clinician Scientists
- Alumni (Junior) Clinician Scientists

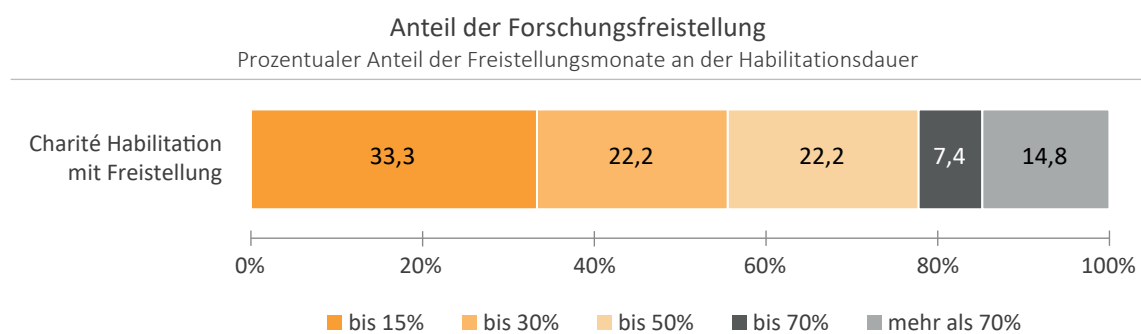
Die **Hauptgruppenbefragung** setzt insgesamt auf drei Analyseebenen an: Sie fokussiert einen Vergleich zwischen Junior Clinician Scientists und Clinician Scientists, einen Vergleich zwischen Fellows und Alumni sowie einen Clustervergleich der medizinischen Fachbereiche. Diese drei Analyseebenen sind von Relevanz, da die Perspektiven und Erfahrungen der Befragten vor dem Hintergrund der im Programm zur Verfügung gestellten Forschungszeit (50 % beim CSP resp. 20 % beim JCSP), dem Status des Fellowships (Fellow/Alumni) sowie der Zugehörigkeit des medizinischen Fachbereichs (Cluster) variieren können. Die befragten Fellows sind dem Programm zwischen 2015 und 2020 beigetreten. Bei den befragten Alumni haben wir Programmabschlüsse zwischen 2016 und 2020 erhoben.

Für die **Kontrollgruppenbefragung** wurden Habilitierende und habilitierte Mediziner*innen an der Charité befragt. Die Kontrollgruppe wird ferner differenziert nach:

- **Charité Habilitation mit Freistellung:** Habilitierende und habilitierte Mediziner*innen mit bezahlter Forschungsfreistellung
- **Charité Habilitation ohne Freistellung:** Habilitierende und habilitierte Mediziner*innen ohne bezahlte Forschungsfreistellung.

Das BIH Charité (J)CSP hat eine fest definierte Einteilung für die Forschungsfreistellung: entweder 20 Prozent Forschungsfreistellung im Junior CSP oder 50 Prozent Forschungsfreistellung im CSP. Für eine bessere Interpretation der Vergleichbarkeit von Daten aus der Hauptgruppenbefragung und der Kontrollgruppenbefragung wurde explizit nach dem prozentualen Anteil der Freistellungsmonate an der Habilitationsdauer gefragt. Umgerechnet auf die Habilitationsdauer ergeben sich prozentuale Freistellungen in der Kontrollgruppe, die dem Freistellungsanteil der (Junior) Clinician Scientists ähnlich sind: Die Freistellung rangiert zwischen kleineren Freistellungsanteilen (bis 30 %) und der Patientenbehandlung gleichwertigen Anteilen an Forschungsfreistellung (bis 50 %). Eine kleine Gruppe von Befragten in der Kontrollgruppe (22 %) verfügt über einen höheren Anteil an Freistellung (bis 70 % und mehr als 70 %). Es wurde in der Erhebung des Freistellungsanteils explizit darauf hingewiesen, dass die „Feierabendforschung“ nicht in die Angabe einbezogen werden soll.

Abbildung 2: Anteil Freistellung Charité Habilitation



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, Charité Habilitation mit Freistellung N=27

Zu eben diesem Zweck der genaueren Interpretation der Vergleichbarkeit, wurde innerhalb der Kontrollgruppe zusätzlich zwischen Habilitation mit und ohne Forschungsfreistellungsmonate differenziert. Wir nehmen an, dass bezahlte Freistellung im Kontext der Habilitation den Forschungs- und Arbeitsbedingungen am nächsten kommen, die wir in den Programmstrukturen des BIH Charité (J)CSP beobachten. Folglich unterscheiden wir immer dann, wenn die Analyseziele eine solche Differenzierung erfordern, drei Gruppen: Charité (J)CSP, Habilitation jeweils mit und ohne Forschungsfreistellung. Zeitlich hatten die Befragten ihre Habilitation in verschiedenen Kohorten zwischen 1992 und 2019 begonnen.

Die Befunde aus der Kontrollgruppenbefragung werden nicht durchgängig für jeden Themenschwerpunkt der Evaluation herangezogen, sondern dienen als eine Ergänzung hinsichtlich spezifischer Themen. Im Sinne dieser Komplementarität wurde die Kontrollgruppenbefragung in verkürzter Form versendet, um die Teilnahmebereitschaft an der Befragung zu erhöhen. Wir haben die zentrale und das (J)CSP übergreifende Themen wie „Geschützte Forschungszeit“, „Feierabendforschung“, „Zielpositionen“, „Habilitations“ und „Arbeitsbelastung“ in die Kontrollgruppenbefragung aufgenommen.

2.3.2 Fragebogentestung und Feldphase

Der Fragebogen wurde mit jeweils einer*m Sprecher*in des Junior CSP und des CSP im März 2020 face-to-face getestet. Dabei wurde den Tester*innen der Fragebogen in Papierform vorgelegt und die Fragen systematisch mit der Interviewleitung durchgearbeitet. Die Fragebogen-Tester*innen wurden zudem gebeten, sämtliche Gedanken und Emotionen, die sich in Bezug auf eine Frage ergaben, zu erläutern. Mit diesem Verfahren sollte geprüft werden, ob die Fragen inhaltlich verständlich sind, die Vollständigkeit der gestellten Fragen gewährleistet ist und ob die Fragen eher negative oder positive Gefühle bei der Beantwortung auslösen. Wir gehen davon aus, dass positive Emotionen sich förderlich auf die Beendigung des Fragebogens auswirken und vorzeitige Abbrüche dadurch verringert werden können.

Die erste Testung des Online-Fragebogens nahm zwischen 60 und 90 Minuten Zeit in Anspruch. Sämtliche Anmerkungen der Tester*innen wurden schriftlich festgehalten, ausgewertet und für die Weiterentwicklung des Fragebogens verwendet.

Die Hauptgruppenbefragung erfolgte im Zeitfenster 01.07.2020 – 31.08.2020. Nach Beendigung der Hauptgruppenbefragung wurden zunächst explorative Auswertungen vorgenommen und die Ergebnisse mit den Daten der qualitativen Interviews trianguliert, um die wichtigsten Frage- und Problembezugspunkte für die Entwicklung des Kontrollgruppendesigns zu identifizieren. Die Feldphase für die Kontrollgruppenbefragung erfolgte anschließend vom 04.12.2020 – 07.01.2021 nach Klärung des Feldzugangs. Die Survey-Fragen wurden so formuliert, dass Effekte der Covid-19-Pandemie auf die Arbeits- und Forschungsbedingungen weitgehend ausgeschlossen werden können. Beide Befragungen wurden mit drei Erinnerungsschreiben versendet und eine Woche nach Versenden des letzten Erinnerungsschreibens geschlossen.

2.3.3 Cluster- und Geschlechterverteilung

In der Hauptgruppen- und in der Kontrollgruppenbefragung ist die prozentuale Verteilung der Befragten auf die medizinischen Cluster unterschiedlich ausgefallen. Die Rückläufe der Cluster unterscheiden sich jedoch nicht wesentlich zwischen den Vergleichsgruppen. Die prozentuale Verteilung der (Junior) Clinician Scientists auf die vier Cluster stellt sich dabei wie folgt dar:

Tabelle 3: Prozentuale Verteilung der medizinischen Cluster im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation

Prozentuale Verteilung der medizinischen Cluster		
Cluster	(J)CSP	Kontrollgruppe
konservativ	43 %	48 %
operativ/interventionell	28 %	23 %
diagnostisch	10 %	11 %
hybrid	19 %	13 %
Vorklinik	0 %	5 %
Total	100	100

Die Cluster selbst dienen vorrangig einer Gruppierung der Befragten und sind für allgemeine Erklärungen alleinstehend noch nicht hinreichend aussagekräftig. Eine solche hinreichende Erklärungskraft besitzen allerdings die Forschungsintensität des jeweiligen Arbeitsumfeldes sowie die praktizierten Modalitäten der Einteilung von Forschung und Klinik, die bspw. in Abhängigkeit davon variieren, ob terminbasierte Patientenversorgung erfolgt oder ein akutmedizinisches Setting, wie z. B. in der Intensivmedizin, vorliegt.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass die männlichen Befragten in der Hauptgruppenbefragung leicht überrepräsentiert sind (siehe Tabelle 4 und Tabelle 5: Geschlechterverteilung Hauptgruppenbefragung diff. nach Fellows/Alumni), was jedoch der Geschlechterverteilung des BIH Charité (J)CSP entspricht. Aus Datenschutzgründen wird die Kategorie „divers“ und „keine Angabe“ nicht dargestellt.

Tabelle 4: Geschlechterverteilung Hauptgruppenbefragung im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm

Welches Geschlecht haben Sie?			
BIH Charité (J)CSP	Weiblich	Männlich	Total
Junior-CSP	40,0	60,0	100
CSP	37,1	62,9	100
Total	37,9	62,1	100

Tabelle 5: Geschlechterverteilung Hauptgruppenbefragung im Vergleich Fellows und Alumni

BIH Charité (J)CSP	Weiblich	Männlich	Total
Fellows	46,0	54,0	100
Alumni	32,0	68,0	100
Total	100	100	100

Eine leichte Überrepräsentanz von männlichen Befragten findet sich ebenfalls in der Kontrollgruppenbefragung. Die Geschlechterverteilung der Grundgesamtheit ist in diesem Fall jedoch unbekannt.

Tabelle 6: Geschlechterverteilung im Vergleich Charité Habilitation mit und ohne Freistellung

Charité Habilitation	Weiblich	Männlich	Total
Ohne Freistellung	39,5	60,5	100
Mit Freistellung	48,9	51,1	100
Total	42,9	57,1	100

3 Bewerbungsverfahren und -motive

Die Frage nach den Motiven für die Bewerbung auf das BIH Charité (J)CSP ist im Kontext der Evaluation von Bedeutung, da die Motivlagen den Erwartungshorizont der Fellows in Bezug auf das Programm markieren. Was erwarten die Befragten von dem Qualifizierungsprogramm, welche Wünsche und Vorstellungen soll das Programm aus Sicht der Befragten erfüllen? Beabsichtigen Junior-Fellows eine Bewerbung auf ein weiterführendes CSP? Und wenn ja, auf welches?

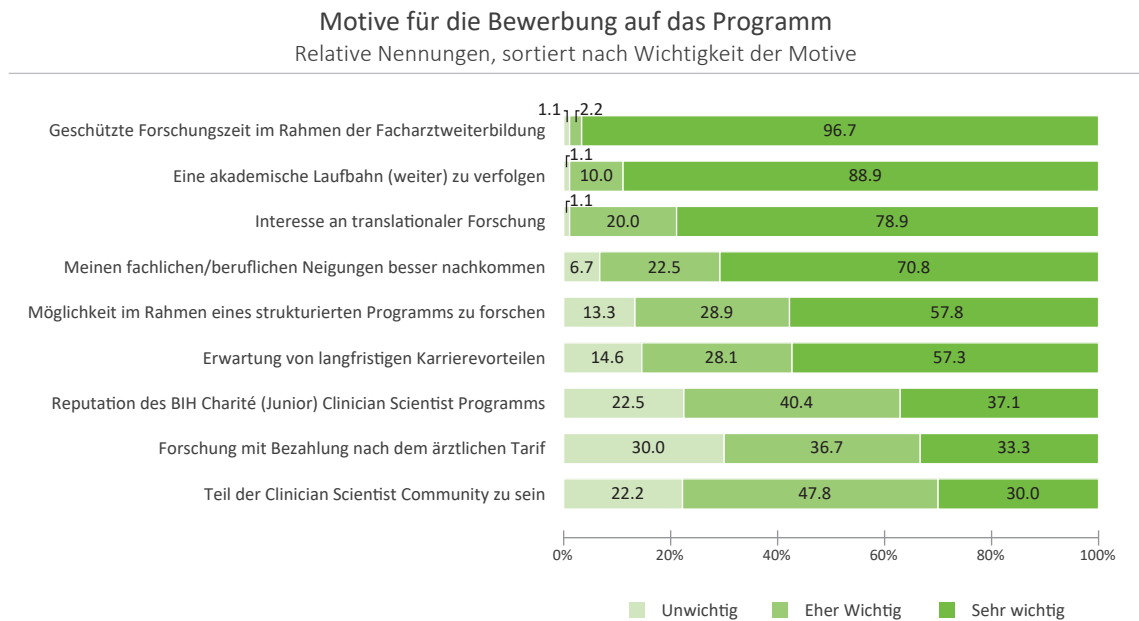
3.1 Bewerbungsmotive

97 Prozent³ von 90 befragten (Junior) Clinician Scientists schätzen die „geschützte Forschungszeit im Rahmen der Facharztweiterbildung“ als ein „sehr wichtiges“ Motiv für die Bewerbung auf das Programm ein, dicht gefolgt von dem Motiv „(Weiter-)Verfolgung einer akademischen Laufbahn“ (89 %) sowie das „Interesse an translationaler Forschung“ (79 %). Die „Reputation des Programms“ (37 %), monetäre Aspekte, wie die „Bezahlung nach ärztlichem Tarif“ (33 %) und „Teil der Clinician Scientist Community sein“ (30 %) werden seltener als „sehr wichtige“ Motive für die Bewerbung auf das Programm genannt. Für insgesamt zwei Drittel der Befragten sind diese Motive dennoch mindestens „eher wichtig“ und stellen damit für die Mehrheit der Befragten relevante Aspekte dar. Wenn auch die Reputation des Programms kein zentrales Bewerbungsmotiv darstellt, zeigt ein vertiefter Blick auf die (geplanten) Forschungsaufenthalte der Fellows im Ausland, dass sich die hohe Reputation des BIH Charité (J)CSP als wesentliche Zugangsvoraussetzung für die Erreichung reputationsreicher Forschungsstellen erweist.

Ferner erweist sich das Motiv „Forschung mit Bezahlung nach dem ärztlichen Tarif“ im Hinblick auf die Entscheidung, sich auf das BIH Charité (J)CSP zu bewerben, als das Motiv, welches am häufigsten als „unwichtig“ bewertet wird (30 %). Gleichzeitig betonen die Befragten in den Interviews sehr häufig die faire Bezahlung durch das Programm.

3 Prozentwerte werden im Text gerundet dargestellt.

Abbildung 3: Motive Bewerbung im (Junior) Clinician Scientist Programm



Mit Blick auf die qualitativen Interviews wird außerdem deutlich, dass das BIH Charité (J)CSP die Möglichkeit für den Einstieg zu solider Forschung bietet, was von vielen Interviewten als zentrale Motivation angegeben wurde, sich auf das BIH Charité (J)CSP zu bewerben. Exemplarisch sind dazu zwei Interviewantworten auf die Frage aufgeführt, was die Gründe für die Bewerbung auf das BIH Charité (J)CSP waren:

” Ich habe angefangen als Arzt Vollzeit zu arbeiten und da hat man einfach keine Zeit Forschung zu betreiben, ernsthafte Forschung, sage ich mal. In Berlin gab es dann den Vorteil, dass wir dieses Clinician Scientist Programm hatten. Und dann habe ich mich ziemlich schnell darauf beworben, weil für mich klar war, dass man eigentlich nur so wirklich Forschung machen kann.“ (JCS, Cluster: konservativ, männlich).

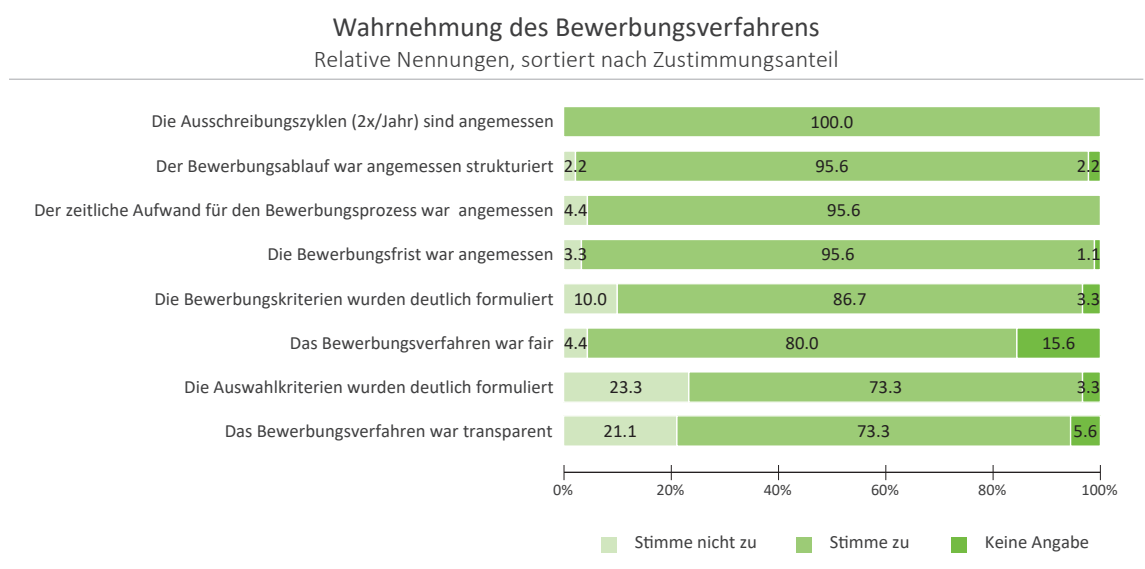
” Das Programm war für mich der ideale Einstieg in eine laufende Studie, um einfach etwas Freiraum zu bekommen, um die Forschung wieder mit aufzunehmen, den Einstieg wieder zu schaffen. Und, um dann letztendlich den Grundstein zu legen, um das Projekt fortzuführen und auszubauen und dann jetzt natürlich im Clinician Scientist Programm mit einem noch größeren Forschungsfreiraum das deutlich weiter auszubreiten und neue Programmbereiche zu etablieren.“ (CS, Cluster: hybrid, weiblich).

3.2 Wahrnehmung des Bewerbungsverfahrens

Alles in allem wird das Bewerbungsverfahren von den 90 befragten (Junior) Clinician Scientists positiv beurteilt. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass alle Befragten zu den ins Programm ausgewählten Bewerber*innen zählen und die Perspektive der abgelehnten Bewerber*innen hier nicht abgebildet ist. Die Häufigkeit der Ausschreibungszyklen (100 %), die Strukturierung des Bewerbungsablaufes (96 %), der zeitliche Aufwand für den Bewerbungsprozess (96 %) und die Bewerbungsfrist (96 %) werden als angemessen bewertet. Zudem gibt ein Großteil der Befragten an, dass die Bewerbungskriterien deutlich formuliert wurden (87 %) und das Bewerbungsverfahren fair war (80 %). Der Aussage, dass die Auswahlkriterien deutlich formuliert wurden, stimmen hingegen deutlich weniger Befragte zu (73 %) gegenüber 23 Prozent die der Aussage nicht zustimmen. Eine ähnliche Einstellung findet sich zu Transparenz des Bewerbungsverfahrens: 73 Prozent erachten das Verfahren als transparent, während 21 Prozent

dieser Aussage nicht zustimmen. Die Formulierung der Auswahlverfahren sowie die Transparenz des Bewerbungsverfahrens bergen aus Sicht der Befragten somit Verbesserungspotenziale.

Abbildung 4: Wahrnehmung des Bewerbungsverfahrens im (Junior) Clinician Scientist Programm



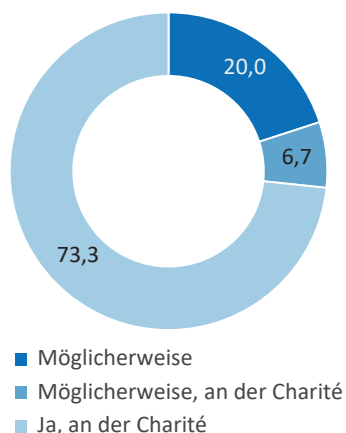
Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=90
Notiz: sortiert nach Zustimmungsteil

3.3 Bewerbungsabsichten der Junior-Fellows

15 Junior-Fellows (ohne Junior-Alumni) wurden zudem gefragt, ob sie nach Abschluss der Förderung durch das BIH Charité JCSP eine Bewerbung auf ein weiterführendes Clinician Scientist Programm planen. Unter den befragten Fellows im Junior-CSP gab niemand an, eine Bewerbung auf ein Clinician Scientist Programm nicht mindestens zu erwägen. Mehr als ein Drittel der Befragten gab an, sich definitiv (73 %) oder möglicherweise (7 %) auf das BIH Charité JCSP bewerben zu wollen.

Abbildung 5: Bewerbungsabsichten der Fellows im Junior Clinician Scientist Programm

Bewerbungsabsichten der Junior-CSP
Planen Sie nach Abschluss der Förderung durch das BIH Charité Junior Clinician Scientist Programm eine Bewerbung auf ein Clinician Scientist Programm?



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=15 (nur Fellows im Junior-CSP)

Die hohe Quote an Absichtserklärungen im Berliner Programm verbleiben bzw. sich darauf bewerben zu wollen, kann als allgemeiner Zufriedenheitsindikator auf Ebene der Junior-Fellows gewertet werden. Institutionen- bzw. Arbeitgeberwechsel, Abbruchgedanken und Fluktuation werden als Merkmale für strukturell bedingte berufliche Unzufriedenheit diskutiert, die auf Ebene des Junior Clinician Scientist Programms nicht zu finden sind.

3.4 Alternativen zum Programm

Der grundlegende Tenor unter den Befragten ist, dass es keine Alternativen zum BIH Charité (J)CSP gibt, die gleichwertige Forschungs- und Arbeitsbedingungen bieten. Denn außerhalb des (J)CSP erfordert intensive Forschungszeit in der Regel einen zumindest zeitweiligen ein bis zwei Jahre andauernden Ausstieg aus der klinischen Arbeit. Ein solcher ist häufig verknüpft mit einer anderen Bezahlung,

die in der Regel niedriger ist als der ärztliche Tarif. Hinzu kommt, dass diese Forschungszeiten nicht auf die Facharztweiterbildung anerkannt werden.

” Nein, ich würde tatsächlich sagen: Nein. Ich hatte tatsächlich auch ein anderes Stipendienprogramm angeguckt, eine Förderung um die Habilitation noch zu erreichen als Arzt. Die bezahlen aber sehr wenig, das würde sich für mich finanziell einfach nicht lohnen, weil ich da so einen geringen Anteil für die Forschungszeit bekommen würde, dass es nicht reichen würde. Und der Clinician Scientist gleicht ja komplett die Kosten der 100%-Stelle aus und damit fällt mir aktuell keine Alternative dazu ein, die das zusätzlich zu meinem Wunsch, den Facharzt zu beenden, ermöglicht hätte.“ (CS, Cluster: konservativ, weiblich).

Viele potenzielle Bewerber*innen für das BIH Charité (J)CSP werden über Kolleg*innen und Vorgesetzte auf das Programm aufmerksam und bewerben sich aus ihrem konkreten Arbeitsumfeld und den dortigen Forschungsmöglichkeiten, -interessen, und -bedarfen heraus auf das Programm.

” Also ich hatte die Arbeitsstelle an der Charité, und das war, glaube ich, das Beste, was es damals gab. Es gab ja noch nicht so viele Alternativen, auch für die klinische Freistellung. Ich meine, Gelder anwerben kann man immer durch irgendwelche anderen Programme, mit der Voraussetzung, dass man schon viel vorher publiziert hat und so weiter. Das hatte ich ja zu der Zeit eigentlich nicht. Ja, und das war eigentlich so die beste Möglichkeit für mich.“ (JCS, Cluster: konservativ, männlich).

Jene, die sich vorab kundig machen und alternative Programme, die eine Freistellung für Forschung vergleichen, betonen, dass ein ausschlaggebender Vorteil des BIH Charité (J)CSP die Anerkennung der Zeit auf die Facharztweiterbildung ist.

” Vor allem gibt es keine Programme, die sich so auf die Facharztzeit anrechnen lassen. Und das war für mich auch mit ausschlaggebend. Ich war schon drei Jahre aus der Klinik raus, habe nur geforscht. Und dann war das für mich eigentlich auch mit ein wesentlicher Grund zu sagen: „Okay, das Programm muss es eigentlich sein.“ (CS, Cluster: operativ, männlich).

Bezüglich alternativer Programme ohne Anerkennung von Forschungszeiten durch die Ärztekammer wird zudem die Sorge geäußert, dass sich die Verlängerung der Zeit für die Facharztweiterbildung ungünstig auf die Möglichkeit auswirkt, im Zuge der beruflichen Facharztweiterbildung ins Ausland zu gehen, da auch die Auslandszeiten meist den Erwerb des Facharztes verzögern. In Kombination mit Freistellungen für Forschungszeit würden dann größere Verzögerungen im Rahmen der Facharztweiterbildung angehäuft.

” Ja. Also ich kenne ein anderes Programm, wo man aber komplett freigestellt wird über zwei Jahre, was Vor- und Nachteile hat. Ich sage mal so, der größte Nachteil ist, dass es eben von der Ärztekammer nicht anerkannt wird, dass es halt eben zwei Jahre zusätzlich sind. [...] Es sind natürlich Freiräume, die man eben sonst nicht kriegt. Und natürlich auch die Finanzierung der Stelle für zwei Jahre für ein Projekt. [...] Aber es ist eben ein klarer Nachteil zum Programm hier, dass man eben Zeit verliert, sage ich mal.“ (CS, Cluster: hybrid, männlich).

Eine solche im Zuge von Forschungsfreistellung und Auslandsaufenthalt akkumulierte Verzögerung des Facharztabschlusses kann trotz der erworbenen Zusatzqualifikation wiederum als ein Nachteil für das Erreichen der auf den Facharzt folgenden Karriereschritte und langfristigen Karriereziele gesehen werden.

Die zentralen Vorteile des BIH Charité (J)CSP, die als Alleinstellungsmerkmale wahrgenommen werden sind somit: 1) Die Anerkennung der Zeit auf die Facharztweiterbildung sowie 2) die Finanzierung von eigenständigen Forschungsprojekten, die im (J)CSP schon früher möglich ist als auf anderweitigen Drittmitteln.

” Man kann sich ja quasi ab dem ersten Ausbildungsjahr bewerben. Das heißt, man kann schon sehr früh Klinik und Forschung verbinden. Da kenne ich jetzt persönlich auch kein anderes Programm, was das macht. Es sei denn, man würde über Drittmittel von Anfang an finanziert. Über seinen Klinikdirektor. Das ist aber dann eine Alleinstellung, die abhängig ist vom Willen des Klinikdirektors. [...] Also im Prinzip wo man sich selber drauf bewerben kann, wo man sich selbst engagieren kann, ist es eigentlich das einzige Programm, was ich so kenne“. (JCS, Cluster: konservativ, weiblich).

Im Vergleich zu anderen internen oder bspw. in Drittmittelprojekten akquirierten Forschungsfinanzierungen wird hier die frühe Unabhängigkeit der Ärzt*innen in ihren Forschungsvorhaben betont. Diese inhaltlich-forschungsbezogene als auch finanzielle Selbstständigkeit, die durch die persönliche Bewerbung und die personenbezogene Mittel abgesichert wird, ist besonders im hierarchiegeprägten Klinikalltag auf der Position der Assistenzärzt*innen eine Ausnahme, die positiv gesehen und wertgeschätzt wird.

Alternative Mitteleinwerbung bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), werden aus Sicht von befragten Junior Clinician Scientists als sehr schwierig eingeschätzt, da diese Förderformate meist höhere Zugangsschwellen aufweisen, da sie mehr in Publikationen nachgewiesene Forschungserfahrung erfordern, oder aber unmittelbar von Vorgesetzten und deren Drittmittelakquise abhängen. Umso mehr wird geschätzt, dass das Junior CSP auch jungen forschungsinteressierten Ärzt*innen auch ohne einschlägige Nachweise ihrer Forschungserfahrung eine Chance gibt.

” Ansonsten könnte man theoretisch noch DFG-Anträge stellen. Aber das ist sehr, sehr schwierig. [...] wenn man noch nicht bekannt ist. Also bekannt in dem Sinne, dass man noch nicht viel publiziert hat. Und das ist eben beim BIH ein Alleinstellungsmerkmal, dass man auch ohne viel Forschungserfahrung, also nur das, was man in der Doktorarbeit gemacht hat, dass man sich damit quasi schon bewerben kann und dass man für voll genommen wird. Und, dass man eben mit seinen Ideen auch ernst genommen wird. Das würde ich als Alleinstellungsmerkmal, also sehr positiven Punkt bewerten was andere nicht haben.“ (JCS, Cluster: konservativ, weiblich).

Auch im Vergleich mit anderweitigen Fördermöglichkeiten für medizinische Forschung bietet das BIH (J)CSP den Befragten zufolge sowohl für Forschungsprojekte im Bereich der Grundlagenforschung als auch für stärker anwendungsorientierte Forschung somit einzigartige Rahmenbedingungen, indem es die Verbindung der Forschung mit und die Anrechnung der Forschungszeit auf die Facharztweiterbildung ermöglicht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das BIH Charité (J)CSP eigenständige anspruchsvolle translationale Forschung von Ärzt*innen fördert, indem es die dafür nötigen Rahmenbedingungen schafft. Diese ermöglichen es mit Blick auf die Karriere zu einem sehr frühen Zeitpunkt selbstständig zu forschen, ohne den außerhalb des Programms anfallenden erheblichen Zeitverlust für die klinische Facharztweiterbildung in Kauf nehmen zu müssen. Darüber hinaus ermöglicht es durch die Staffelung der verschiedenen Programmlinien an bisherige Forschungstätigkeiten außerhalb oder innerhalb des Programms anzuschließen.

4 Geschützte Forschungszeit

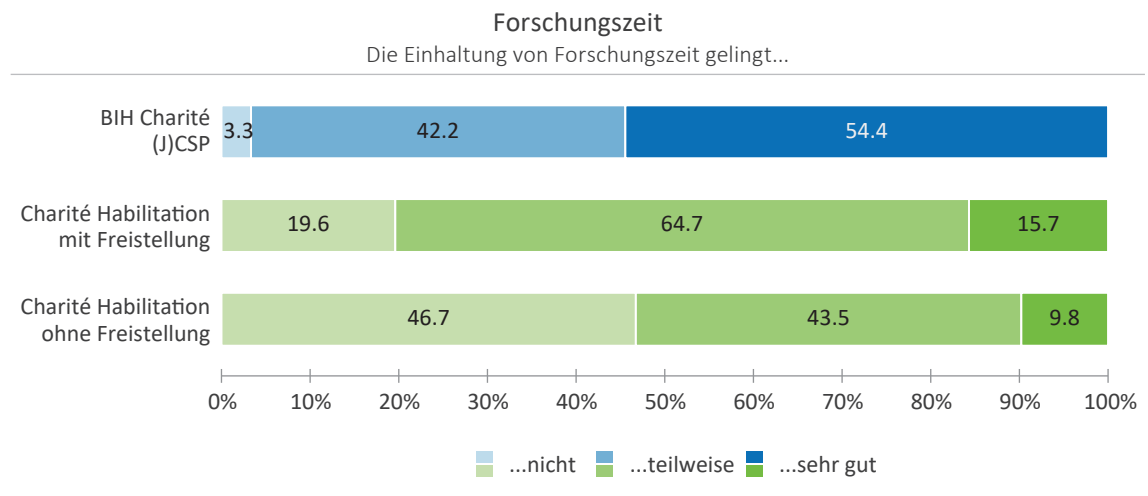
Die geschützte Forschungszeit bildet das Kernelement des BIH Charité (J)CSP. Wesentliches Ziel des Programms ist die Sicherung von geschützter Forschungszeit, die entsprechend separat durch das Programm finanziert wird. Vor diesem Hintergrund adressiert die Evaluation folgende Fragen: Inwiefern gelingt es den Befragten die vereinbarte Forschungszeit in der Praxis tatsächlich einzuhalten? Welche Gründe werden genannt, die eine Einhaltung der geschützten Forschungszeit erschweren? Und welche Rolle spielen Institution und Profession für die Einhaltung von geschützter Forschungszeit?

4.1 Einhaltung der geschützten Forschungszeit

Wir vergleichen in dieser Frage 90 (Junior) Clinician Scientists und 51 Befragte aus der Kontrollgruppe Charité Habilitation mit Freistellung sowie 92 Befragte ohne Freistellung. Die Verteilung über die verschiedenen Gruppen zeigt, je formalisierter und strukturierter die Einbindung von Forschung, desto besser gelingt die Einhaltung von Forschungszeit. Den (Junior) Clinician Scientists gelingt die Einhaltung von Forschungszeit am besten. Mehr als die Hälfte der befragten (Junior) Clinician Scientists gelingt die Einhaltung sehr gut (54 %) und 42 Prozent gelingt die Einhaltung zumindest noch teilweise. Nur ein sehr kleiner Anteil gibt an, dass die Einhaltung gar nicht gelingt (3 %). Große Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Forschungszeit haben dagegen die Befragten in der Kontrollgruppe, die *nicht* über Mittel für eine Forschungsfreistellung verfügen. Fast die Hälfte der Befragten gibt an, dass die Einhaltung von Forschungszeit nicht gelingt (47 %). 44 Prozent sagen, es gelinge immerhin teilweise. Nur 10 Prozent teilen mit, dass die Einhaltung von Forschungszeit sehr gut gelingt.

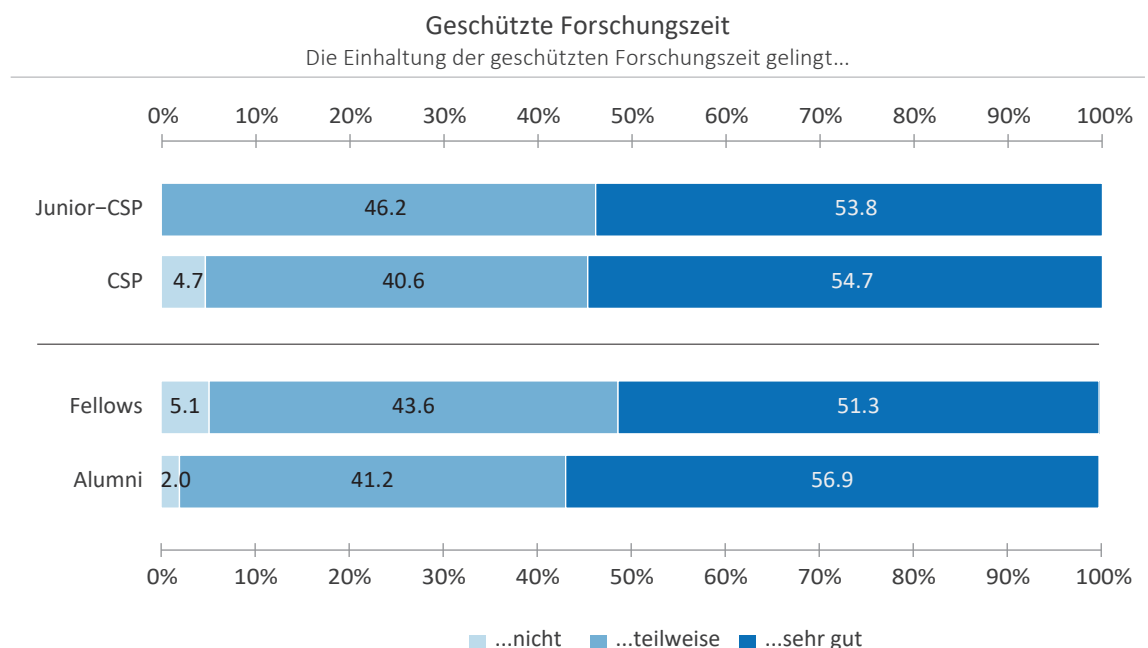
Ein vergleichender Blick in die Kontrollgruppen mit Freistellung und ohne Freistellung zeigt zudem, dass sich der Anteil jener, die angeben, die Einhaltung von Forschung gelingt nicht (20 % der Befragten mit Freistellung), um mehr als die Hälfte im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Freistellung reduziert (47 % der Befragten). Zudem erhöht der Faktor Forschungsfreistellung den Anteil derer, die sagen, die Einhaltung gelinge sehr gut (16 %) um fast das Doppelte im Vergleich zu den Befragten ohne Freistellung (10 %). Das bedeutet, dass auch innerhalb der Kontrollgruppe die Forschungsfreistellung zu einer starken Differenzierung in der Einhaltung von Forschungszeiten führt.

Abbildung 6: Einhaltung von Forschungszeit im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung



Ein vertiefender Blick in das (J)CSP, der nach den Vergleichsgruppen Junior CSP und CSP differenziert, zeigt, dass die Einhaltung der geschützten Forschungszeit jeweils der Hälfte der Befragten (54 % Junior CSP; 55 % CSP) „sehr gut“ gelingt. 46 Prozent der Junior Clinician Scientists sind der Meinung, dass die Einhaltung der geschützten Forschungszeit „teilweise“ gelingt, bei den befragten Clinician Scientists sind es 41 Prozent. 5 Prozent der befragten Clinician Scientists geben jedoch an, dass die Einhaltung der geschützten Forschungszeit „nicht“ gelingt. Die Feindifferenzierung offenbart, dass sich die massiven Schwierigkeiten bei der Einhaltung von geschützter Forschungszeit – d.h., dass es den Befragten gar nicht gelingt ihre Forschungszeit einzuhalten – erst bei den Clinician Scientists mit ihrem höheren Forschungsanteil ergeben und nicht auf Ebene der Junior Clinician Scientists.

Abbildung 7: Einhaltung von geschützter Forschungszeit im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm sowie Fellows und Alumni



Eine Differenzierung nach den Vergleichsgruppen Fellows und Alumni zeigt keine wesentlichen Unterschiede bei der Bewertung der Einhaltung von geschützter Forschungszeit. Zwar schätzen die Alumni retrospektiv die Einhaltung etwas besser ein als die Fellows, weil sie mit 57 Prozent etwas häufiger als die Vergleichsgruppe (51 %) angeben, dass die Einhaltung „sehr gut“ gelang und mit einem Anteil von 2 Prozent seltener als die Vergleichsgruppe (5 %) angeben, dass die Einhaltung nicht gelang. Allerdings ist dieser Unterschied vergleichsweise gering und könnte zudem auf eine positivere Betrachtung durch die Retrospektive zurückzuführen sein, aus der die Alumni an dieser Stelle sprechen.

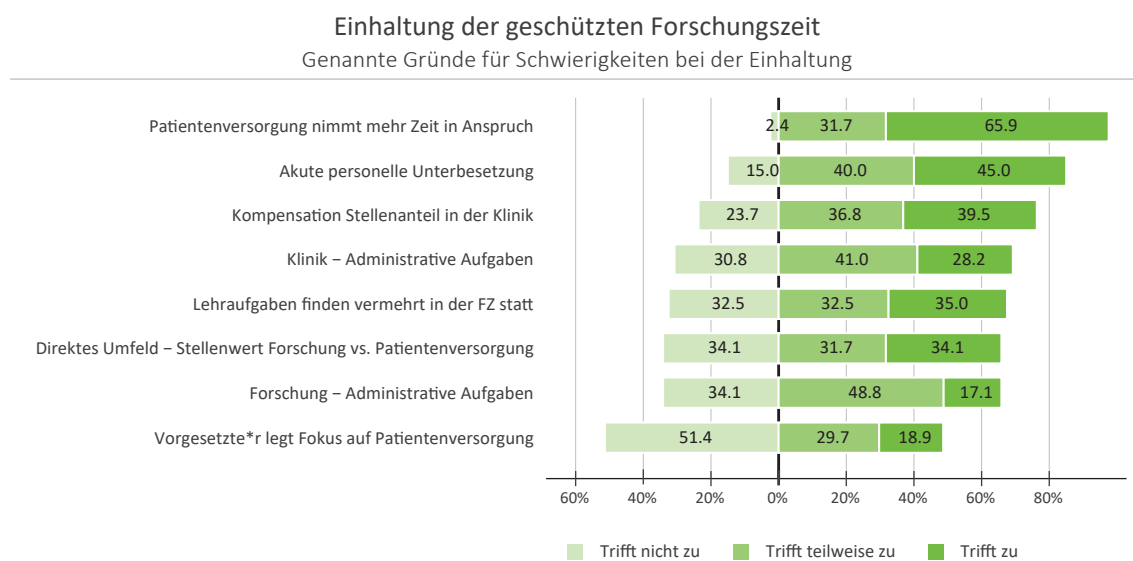
Wir schlussfolgern aus den Befunden, dass die Einhaltung von Forschungszeit der Mehrheit der Befragten sehr gut gelingt. Nichtsdestotrotz bestehen für fast die Hälfte aller Befragten Probleme, welche die Einhaltung der geschützten Forschungszeit entweder zumindest erschweren oder gar, wie bei einigen befragten Clinician Scientists der Fall, verunmöglichen. Diese Faktoren gilt es im Weiteren zu identifizieren.

4.2 Gründe für Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Forschungszeit

Um die Gründe für Schwierigkeiten bei der Einhaltung von geschützter Forschungszeit zu erforschen haben wir 41 (Junior) Clinician Scientists sowie 126 Personen aus der Kontrollgruppe Charité Habilitation befragt. Diesen Personen gelang die Einhaltung von Forschungszeiten entweder nur teilweise oder gar nicht.

Ein Großteil der befragten (Junior) Clinician Scientists gibt an, dass die „Patientenversorgung mehr Zeit in Anspruch nimmt“. Zusammengenommen sagen 98 Prozent der Befragten, dass dies mindestens teilweise zutrifft. 85 Prozent der Befragten verweisen außerdem auf die „akute personelle Unterbesetzung“ und 76 Prozent der Befragten benennen eine mindestens teilweise zutreffende unzureichende „Kompensation des fehlenden Stellenanteils“ als Ursache für die Nichteinhaltung von geschützter Forschungszeit. Der Umstand, dass der/die „Vorgesetzte den Fokus primär auf die Patientenversorgung legt“ und damit eine Nicht-Einhaltung von Forschungszeit befördert, stimmen zusammengenommen mindestens teilweise die Hälfte (49 %) der Befragten zu, wohingegen die andere Hälfte (51 %) ferner der Auffassung sind, dass dieser Aspekt keine Ursache für Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Forschungszeit ist.

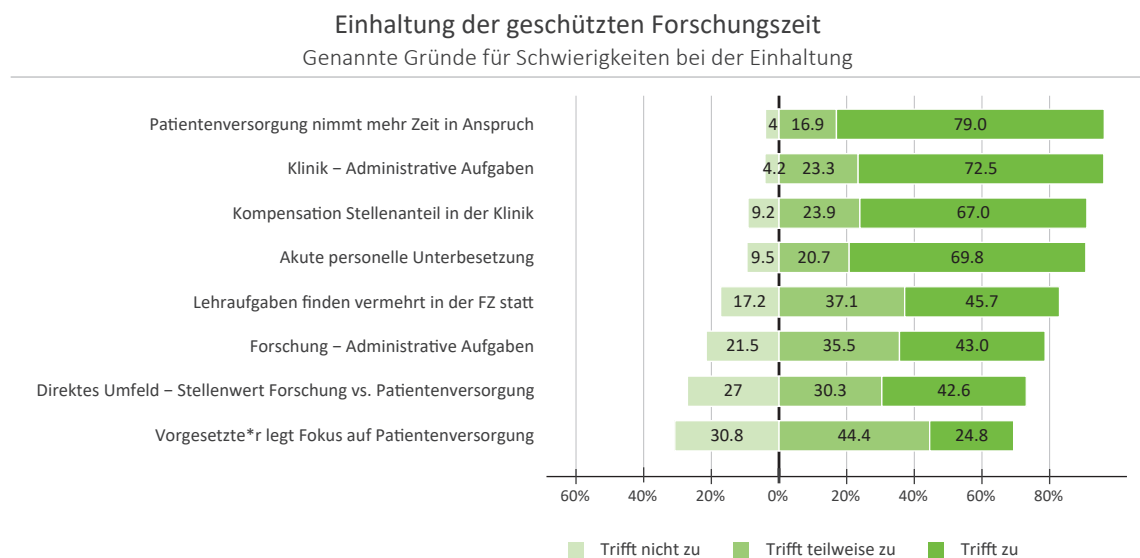
Abbildung 8: Einhaltung von geschützter Forschungszeit im (Junior) Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=41
Notiz: Ohne 'kann ich nicht beurteilen' und ohne Befragte mit sehr guter Einhaltung

Mit Blick auf die Kontrollgruppe Charité Habilitation zeigt sich, dass die Gründe für Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Forschungszeit größtenteils ähnlich gelagert sind wie bei den (Junior) Clinician Scientists. Ein Großteil der 126 Befragten gibt an, dass die „Patientenversorgung mehr Zeit in Anspruch nimmt“. Zusammengefasst sagen 96 Prozent der Befragten, dass dies mindestens teilweise zutrifft. Ebenso spielt die „akute personelle Unterbesetzung“ eine wesentliche Rolle, welche 91 Prozent der Befragten mit mindestens „teilweise zutreffend“ beantwortet haben. Entgegen ihrer Kolleg*innen im (J)CSP geben Befragte aus der Kontrollgruppe Charité Habilitation jedoch häufiger an, dass die Vorgesetzten „vermehrt Fokus auf die Patientenversorgung legen“: zusammengefasst sagen knapp zwei Drittel der Befragten (69 %), dass dieser Umstand mindestens teilweise zutrifft.

Abbildung 9: Einhaltung von geschützter Forschungszeit Charité Habilitation



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020,
Charité Habilitation N=126
Notiz: Ohne *kann ich nicht beurteilen*

Wir folgern aus den Befunden, dass die Programmstrukturen strukturell bedingte Probleme der Universitätsmedizin, wie den Personalmangel, nicht in dem Maße entgegensteuern können, dass die qua Programm zugesicherte Forschungszeit tatsächlich gänzlich davor geschützt wird und für den Ausgleich akuter Überauslastungen in der Klinik genutzt zu werden. Unsere Befunde zeigen jedoch auch, dass sich die Programmstrukturen positiv auf die Forschungskultur in den jeweiligen Kliniken auswirken, was darin zum Ausdruck kommt, dass der Fokus auf die Patientenversorgung bei den Klinikvorgesetzten der (J)CSP-Fellows seltener zu Lasten der Forschungszeiten geht.

4.2.1 Klinische Verpflichtung und Personalmangel

Die Interviewauswertungen ergeben, dass Abweichungen von den eingeplanten Forschungszeiten durch Personalmangel entstehen, bspw. im Rahmen von zeitweiligen Stellenvakanzen, Beschäftigungsverboten oder auch Krankenständen.

Die Einhaltung meiner Forschungszeit gelingt überwiegend gut. Natürlich ist es letztendlich so, dass es immer diese klinischen Verpflichtungen gibt und einen Mangel an Assistenzärzten oder Ärzten, die auf Station arbeiten können. Und wenn es gerade besonders brennend ist, weil Grippesaison ist und viele ausfallen, war es des Öfteren so, dass dann spontan angefragt wurde, ob ich nicht meine Forschungstage zurückgeben könnte und dann in die Klinik wechseln kann.“ (CS, Cluster: hybrid, weiblich).

Im Hinblick auf den Umgang mit kurzfristigen Änderungen der Aufteilung von Forschung und Klinik, z. B. aufgrund akuter Personalengpässe, zeichnen die Äußerungen der Befragten ein heterogenes Bild. In den meisten Fällen können spontane Abweichungen an anderer Stelle kompensiert werden. Somit wird zumindest verhindert, dass durch spontane Umplanungen Forschungsprozesse gravierend gestört werden. In der Regel konnten die Forschungszeiten dann wie geplant realisiert werden.

” Also, dass ich aus meiner forschungsfreien Zeit rausgerufen wurde, also sprich, dass ich das dann doch nicht nehmen konnte. Das ist eigentlich fast nie passiert.“ (JCS, Cluster: konservativ, weiblich).

” Also wir hatten solche Notfälle noch nicht. Ist mir nicht Erinnerlich, dass man jemanden wegen sowas aus dem Labor holen musste. Also da haben wir schon noch genug Möglichkeiten, das auch anderweitig zu kompensieren. Mal für einen Dienst einspringen, das kann mal sein. Aber jetzt für ein längeres Engagement oder so, dass irgendwie ein geplantes Laborprojekt platzt, weil man auf einmal in der Klinik antreten muss, das hatten wir noch nicht.“ (CS, Cluster: hybrid, weiblich).

Allerdings können das kurzfristige Einspringen und Umplanen der Aufteilung von Forschungszeiten durchaus die Rahmenbedingungen für die Forschung beeinflussen und mitunter verschlechtern. Auf die Frage, inwiefern die ihnen zustehenden und eingeplanten Forschungszeiten auch realisiert werden konnten, schildern einige Befragte Unannehmlichkeiten, die eher zu Lasten der Forschungszeiten gehen und es somit erschweren, die Forschungsarbeit effektiv zu gestalten:

” Die Menge konnte realisiert werden, aber nicht unbedingt immer zu dem Zeitpunkt, zu dem ich es haben wollte. Man gibt bei der Dienstplanschreibung Dienstplanwünsche an und genauso habe ich dort auch angegeben, wann ich zum Beispiel Forschungstage haben möchte. Das war aber nicht immer eins zu eins umzusetzen. Es ist natürlich manchmal einfach effektiver, wenn man drei Forschungstage am Stück hat, anstatt einen Forschungstag pro Woche oder eben manchmal auch so einen “Spaß“ wie ein Forschungstag nach einem Nachtdienst. Also das bringt mir dann natürlich auch nichts.“ (CS, Cluster: hybrid, weiblich).

Besonders in Kombination mit Rotationen können solche unvorhersehbaren Personalengpässe dazu führen, dass akut Forschungsfreistellungen zu Gunsten der Abdeckung der klinischen Patientenversorgung zurückgestellt werden müssen. Um diese Forschungsrückstände auszugleichen, bedarf es mitunter vermehrter und beharrlicher Kommunikation und Abstimmung mit den Zuständigen, um den Programmzugehörigkeit zugesicherten Anspruch auf die geschützte Forschungszeit geltend zu machen.

” Wenn in der Klinik jemand ausfällt wegen Krankheit, Beschäftigungsverbot oder Kündigungen, jemand verlässt die Klinik, dann ist die Stelle natürlich nicht besetzt. Und in diesem Fall müssen die anderen Leute für diese Person einspringen. Und dann ist es letztendlich eine Frage der Kommunikation zwischen Dienstplaner, Geschäftspersonal und Ärzten. Jetzt bei der Rotation war das ein bisschen schwierig, weil da fehlten auch Leute aus Krankheitsgründen, Schwangerschaft und so. Da musste ich natürlich auch mehr arbeiten. Dann musste ich regelmäßig darauf hinweisen, bis dann schließlich diese Tage irgendwann bei mir wieder ausgeglichen waren. Letztendlich konnte ich das dann alles gut machen.“ (CS, Cluster: hybrid, weiblich).

Zugleich wird deutlich, dass die (Junior) Clinician Scientists mit ihren Freistellungen angesichts der knappen Personalausstattung eine mitunter zur fachgerechten Patientenversorgung unverzichtbare Arbeitskapazitätsreserve darstellen, die in Situationen extremer Auslastung akut genutzt werden kann. Derart erhöhen die (Junior) Clinician Scientists, wenn sie spontan über ihr vorgesehene Kontingent hinaus

einspringen, gewissermaßen die situative Flexibilität, mit der eine Klinik auf Engpässe in der klinischen Versorgung reagieren kann. Solange diese Zeiten an anderer Stelle auch effektiv nutzbar ausgeglichen werden, scheinen die Befragten (Junior) Clinician Scientists diese Praxis im Rahmen ihrer Professionsethik als Ärzt*innen zu tolerieren.

Die Schilderungen einer befragten Clinician Scientist auf die Frage, nach der Einhaltung der Forschungszeiten, zeigt eine stark verschärfte Problemlage im Cluster der operativen Fächer. Hier scheint es den Öfteren nicht zu gelingen, Forschungszeiten, die aufgrund von Notfallsituationen und personellen Engpässen für die Klinik in Anspruch genommen werden mussten, wieder auszugleichen.

” Abgesprochen war 50 Prozent Forschung in der Woche und 50 Prozent Klinik. Aber das hat nicht funktioniert. Jetzt fehlen mir mehr als einen Monat Forschungstage und es geht um experimentelle Versuche, die beendet werden müssen. Und daraufhin wurde mir versprochen, dass das dann für das nächste Jahr irgendwie realisiert werden kann. Aber ich weiß nicht, ob das tatsächlich dann so passiert, ich sehe schon kommen, dass es gar keine Kapazität geben wird, dass ich ein Forschungsfrei bekomme.“ (CS, Cluster: operativ, weiblich).

Nicht eingehaltene Absprachen zur Einteilung der Forschungszeiten erzeugen Frustration bei den Befragten. Zudem wird deutlich, dass die Ursache dafür nicht in erster Linie im mangelnden Willen der Zuständigen, sondern vielmehr in den mangelnden personellen Ressourcen und der zur Verfügung stehenden Personalkapazität gesehen werden. Auch wenn die Einteilungen der Forschungszeiten eingehalten werden, bleibt die massive Überlastung des Personals bestehen.

” Es wurde formal eingehalten, dass ich nicht eingeteilt wurde für diese Dienste. Aber ich hatte so viel nachzuarbeiten oder vorzuarbeiten auch, um irgendwie körperlich wieder auf ein annähernd normales Niveau zu kommen, dass im Zweifel immer die Forschung hinten runterfällt. (CS, operativ, weiblich).

Die Auslastung durch für die Klinik nachzuarbeitende Arztbriefe und Dokumentationen ist auch in den Forschungszeiten mitunter so hoch, dass die physische Belastungsgrenze überschritten und beispielsweise massiver Schlafmangel zu Lasten der Forschung geht bzw. in der Forschungszeit kompensiert wird.

” Das ist halt auch ein wahnsinniger Personalmangel. Und dann hat man den Zwang in der Klinik versus Zwang in der Forschung. Das Problem ist ja, wir sind auch ohne Clinician Scientist unterbesetzt. Ich würde sagen, die Personaldecke ist fahrlässig dünn. Deutschlandweit, flächendeckend. Die ist, egal, ob mit oder ohne Clinician Scientist, da fehlt es an so vielen Ecken und Enden. Und so oft wird mit, man kann noch gar nicht mehr sagen, dass es grenzwertig ist, sondern da ist die Grenze schon überschritten. Es sind grundsätzlich zu wenig, das ist zumindest meine Erfahrung. Und dann ist es natürlich schön, wenn man durch den Clinician Scientist nicht noch weiter im Minus ist, aber man ist absolut einfach so im Minus. Und das darf man auch nicht vergessen, da sind so viele Menschen am Rande ihrer Kräfte. Dass man da nicht unbedingt Verständnis hat, weil da jetzt jemand im Labor steht und eine Idee hat, das ist menschlich. Da sind einfach höhere Kräfte mit im Spiel. Ich glaube, das ist nicht per se ein Problem des Clinician Scientist Programm, das ist einfach ein wahnsinnig schlecht besetztes Feld.“ (CS, Cluster: operativ, weiblich).

Mehrere Befragte weisen explizit darauf hin, dass die entstehenden personellen Engpässe strukturelle Ursachen haben, da die Personalausstattung zu knapp kalkuliert ist und die Bewältigung von Krankheitsstand im Personal, Jahreszeiten bedingter Überlastung (Urlaubszeiten, Grippesaison) oder notfallbedingten erhöhten Patientenzahlen etc. somit generell nicht hinreichend gewährleistet ist, ohne

jene Grenzen (Arbeitszeit, Schichtdienste etc.) zu überschreiten. Diese Mängel können somit als Kritik an der Ökonomisierung der Krankenhäuser beziehungsweise der „Gesundheitsökonomie“ verstanden werden, die unabhängig vom (J)CSP bestehen und lediglich im Zuge des Ringens um die Einhaltung der geschützten Forschungszeit thematisiert werden.

Allerdings scheint der Umgang mit diesen Überbuchungen von Personal, mit der Überlastung seitens der Klinik in den operativen Fächern besonders problematisch.

„Es ist sicherlich so, dass die chirurgischen Fächer schon problematischer sind. Und dann wird es so ausgelegt, wenn man sozusagen nicht macht, was gesagt wird, dann wird man nicht chirurgisch ausgebildet. Man wird also in Führungszeichen ein bisschen erpresst.“ (CS, Cluster: operativ, weiblich).

Offenbar können die Clinician Scientists in den operativen Bereichen in den 50 Prozent ihrer Klinik-tätigkeit in besonderem Maße unter Druck gesetzt werden. Grund dafür sind die im Rahmen der Facharztweiterbildung notwendigen, durch kontinuierliche Übung zu erwerbenden, handwerklichen Fähigkeiten, die an OP-Einteilungen gebunden sind und von den Vorgesetzten vorgenommen werden. Die Tatsache, dass sie der Klinik und dem klinischen Dienstplan nicht in Vollzeit zur Verfügung stehen, scheint der regulären Facharztweiterbildung, auch mit Blick auf die Zeitdauer, im Wege zu stehen und der Förderung einer zügigen operativen Facharztweiterbildung von Seiten der Vorgesetzten mitunter abträglich zu sein. Dieser Zustand wird von den Clinician Scientists als inakzeptabel beschrieben, nicht zuletzt, weil die übrigen 50 Prozent ihrer Tätigkeit, die der Forschung gewidmet werden, nicht aus dem klinischen Budget finanziert werden.

Diese Problematik und Gefahr, dass die klinische Verpflichtung in Situationen des Personalmangels zu Lasten der Forschungszeit geht, scheint dem Leitungspersonal bewusst zu sein.

„Nun gibt es natürlich Verpflichtungen, wie einzelne Dienste oder Lehrtätigkeiten, die wir über die Berufsgruppen gleichmäßig verteilen. Klar. Es gibt einfach auch noch einmal eine Situation von Ausfällen. Ich sage einmal: Jemand wird krank und muss ersetzt werden. Da gibt es sicherlich eine Tendenz erst einmal den Klinikbetrieb zu sichern. Aber umgekehrt glaube ich, dass jetzt rein, was die Planzeiten betrifft – also, wenn jemand eine 20-prozentige Freistellung hat, dann wird er 20 Prozent für Forschung eingeplant. Und wenn er eine 50-prozentige Freistellung hat, dann wird er 50 Prozent für Forschung eingeplant. Die Zeit ist dann ein bisschen kontaminiert sage ich jetzt einmal.“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, männlich).

Zugleich wird die Flexibilität und Solidarität der (Junior) Clinician Scientists mit dem jeweiligen klinischen Arbeitsteam gelobt.

„Es gibt in so einer Klinik ja immer mal Situationen wo, was weiß ich, Windpockenepidemie in irgendwelchen Kindergärten plus Norovirus hier, also wo halt plötzlich absolute Engpässe entstehen und man denkt es bricht alles zusammen. Und da muss man sagen, kommt es auf so ein Team an und wenn da Clinician Scientists sagen, ich verschiebe meine Forschungszeit, ich bin jetzt in der Klinik, ist überhaupt kein Problem. Also die treten schon auch in dieser Klinikgemeinschaft, wenn man das so nennen möchte, mit einer hohen Sozialkompetenz und Engagement auf. Also das sind deutlich engagierte, wirklich engagierte Mitarbeiter.“ (Klinikleitung, Cluster: hybrid, weiblich).

Ob dieses Bewusstsein seitens des Leitungspersonals hinreichend ist, um jenes spontane Einspringen an anderer Stelle in den Forschungszeiten zu kompensieren und somit eine „Kontamination“ der Forschung aufgrund des Vorrangs und der höheren Dringlichkeit der klinischen Versorgung zu verhindern,

scheint – angesichts der Darstellungen der Befragten (Junior) Clinician Scientists – je nach Cluster und konkreten Arbeitsbedingungen zu variieren.

4.2.2 Patientenverantwortung

Ein weiterer Aspekt, der für die Einhaltung von geschützter Forschungszeit relevant ist, ist das Verständnis, das „Vollzeitkliniker*innen“ ihren forschenden Kolleg*innen entgegenbringen. In den Interviews thematisieren einige Befragte ein unzureichendes Verständnis für die Forschung seitens ihrer Kolleg*innen, die Vollzeit in der Patientenversorgung tätig sind. Als Folge werden (Junior) Clinician Scientists die mitunter als „Halbtagsärzte“ umschrieben werden und sich laut Aussage eines Befragten im „forschungsfrei“ befänden, häufiger in Notfallsituationen (Engpässe auf der Station/Personalmangel) eingesetzt. Die folgenden Aussagen von zwei Befragten zeigen, dass Forschung im direkten klinischen Setting bisweilen einen geringeren Stellenwert einnimmt als die Patientenversorgung.

” Also ich sage mal, man muss eigentlich immer schon dafür kämpfen. Weil natürlich ist man immer der Kollege, der im „forschungsfrei“ ist, sage ich mal in Anführungszeichen. Und wenn irgendwo die Hütte brennt, dann wird man als erstes angerufen.“ (JCS, Cluster: konservativ, männlich (1)).

” Also, wenn man mit Kollegen zu tun hat, die nur Klinik machen, dann ist vielleicht manchmal das Verständnis nicht ganz so groß, wie wenn man mit Kollegen zu tun hat, die auch selber im Labor stehen. Sonst ist man halt dieser Halbtagsarzt und wird manchmal eher so ein bisschen belächelt“. (JCS, Cluster: konservativ, männlich (2)).

Das, was von den Befragten als „unzureichendes Verständnis“ für Forschung bezeichnet wird, kann im direkten klinischen Setting und mit Blick auf ethische Dimensionen als „Patientenverantwortung“ beschrieben werden. Im Kontext der akuten Patientenversorgung wird die Forschung konsequenterweise als nachrangig eingeordnet, weil in der Patientenversorgung die Engpässe der Versorgung unmittelbar bestehen und erlebt werden und daher praktisch-situativ bearbeitet werden müssen. Die forschenden (Bio-)Mediziner*innen und Clinician Scientists stimmen hierin mit den Kliniker*innen überein, dass die Patientenversorgung dabei die wesentliche, ethische Verpflichtung von Mediziner*innen darstellt.

” Ich sage ganz oft: „Deine erste Verpflichtung ist es, ein guter Arzt zu sein, weil da hast du dem Menschen gegenüber eine Verantwortung.“ Und wenn man dort was schlecht kann, könnte das vielleicht dramatische Konsequenzen haben, die man nicht persönlich vertreten kann. Insofern finde ich, von der Priorisierung her, ob man ein Experiment zurückstellt oder das misslingt, weniger fatal als das Andere.“ (Betreuung Forschung, Cluster: hybrid, männlich).

Wir schlussfolgern aus den Aussagen der Befragten, dass das Verhältnis von Forschung und Patientenversorgung im praktischen Klinikalltag durchaus ambivalent ist und von normativ-ethischen Anspruchshaltungen durchzogen ist. An diesen Befund schließt die Frage an, wie Forschung und Patientenversorgung im Alltag miteinander in Einklang gebracht werden können, sodass Forschung möglichst irritationsfrei integriert und praktiziert werden kann und zugleich die Patientenversorgung nicht gefährdet wird.

4.2.3 Ökonomisierung des Klinikalltags

Die Ökonomisierung des Klinikalltags spielt für die Einhaltung von geschützter Forschungszeit eine zentrale Rolle. Denn – wie von den Befragten vielfach diskutiert wurde – stehen die Universitätskliniken unter einem ökonomischen Druck und sind zudem mit der Herausforderung konfrontiert ökonomische Ziele zu erreichen. Die Ökonomisierung schlägt sich auf Ebene der Klinik insbesondere in der Patientenversorgung nieder (bspw. bei der Umsetzung und Einhaltung von Fallpauschalen) und äußert sich auf Ebene der praktizierenden Ärzt*innen als Eindruck, dass ein permanenter Ressourcen- bzw.

Personalmangel bestünde. Vor diesem Hintergrund wird die Durchführung von Forschung, die wiederum Ressourcen ge- bzw. verbraucht, die nicht direkt in die Patientenversorgung vor Ort eingespeist werden kann, zu einer zusätzlichen Herausforderung, die dann im jeweiligen Klinikalltag praktisch gelöst werden muss. Dass (Junior) Clinician Scientists im Rahmen von Personalengpässen über ihr Klinikkontingent hinaus eingespannt werden – wie weiter oben skizziert – erscheint dann als praktische Folge.

Ferner wird das Verhältnis zwischen Forschung und Patientenversorgung diskutiert, welches unablässig austariert werden muss, um den ökonomischen Anforderungen im Klinikalltag nachkommen zu können. Die Integration von Forschung in den jeweiligen Klinikkontext muss stets im Verhältnis zur Kernaufgabe der Patientenversorgung gedacht werden, wie das folgende Interviewzitat verdeutlicht.

” Jede Klinik braucht Ärztinnen und Ärzte, die überwiegend klinisch tätig sind und die quasi das Rückgrat der klinischen Versorgung übernehmen. Sonst, also nur mit Wissenschaftlern und Leuten die jetzt eine universitäre Karriere, die Habilitation anstreben, können sie heute keine Klinik betreiben. Weil wir ja alle auch unter ökonomischem Druck stehen. Und auch eben gewisse ökonomische Ziele erreichen müssen. Und das geht nicht, wenn Sie nur wissenschaftlich Interessierte in der Klinik haben.“ (Klinikleitung, Cluster: hybrid, weiblich).

Das Verhältnis zwischen forschenden Mediziner*innen und „Vollzeitkliniker*innen“ muss gemessen an den strukturellen Bedingungen austariert sein. Je nach Fokus der Klinik kann es deshalb unter Umständen von Vorteil sein, die Anzahl an (Junior) Clinician Scientists durchaus gering zu halten, dafür jedoch ein hohes Maß an Betreuung und Unterstützung für diese Personen zu gewährleisten.

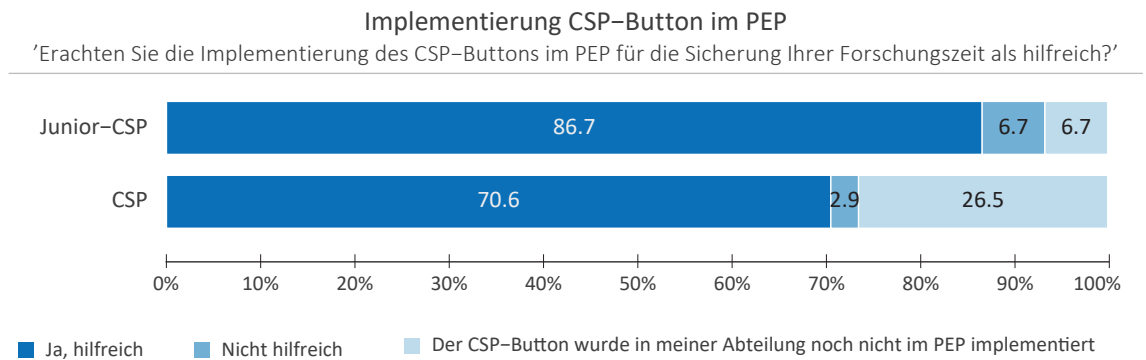
4.3 Erfassung von Forschungsleistungen: „CSP-Button“

Wie kann Forschung besser vor klinischen Anforderungen und Belastungen geschützt werden? Welche Maßnahmen werden auf Programmebene forciert und als wie hilfreich werden diese von den Befragten eingeschätzt?

Die Implementation des „CSP-Button“ im elektronischen Zeiterfassungssystem der Charité „PEP“ stellt ein wichtiges neues Instrument zur Dokumentation und Qualitätssicherung von Forschungszeiten dar. Es ermöglicht den (Junior) Clinician Scientists die praktisch aufgewendete Forschungszeit zu erfassen. Wir haben 49 Fellows (ohne Alumni) gefragt, ob sie das neue Tool als hilfreich erachten. Alumni des (J) CSP wurde diese Frage nicht gestellt, da es sich um eine im Jahr 2019 eingeführte Maßnahme handelt.

Differenziert nach den Vergleichsgruppen Junior CSP und CSP zeigt sich, dass 87 Prozent der Befragten Junior-Fellows den „CSP-Button“ als hilfreich für die Sicherung ihrer Forschungszeit empfinden. Lediglich ein kleiner Teil der befragten Junior-Fellows findet den „CSP-Button“ nicht hilfreich für die Sicherung ihrer Forschungszeit (7 %) und ein ebenso kleiner Anteil berichtet, dass der Button auf ihrer Station/in ihrer Klinik noch nicht implementiert wurde (7 %). Eine bisweilen noch fehlende Implementation dieser neuen Zeiterfassung merken hingegen 27 Prozent der befragten Fellows im CSP an. 71 Prozent der Clinician Scientists geben an, dass der CSP-Button ein hilfreiches Instrument zur Sicherung ihrer Forschungszeit darstellt und nur 3 Prozent teilen mit, der Button sei nicht hilfreich.

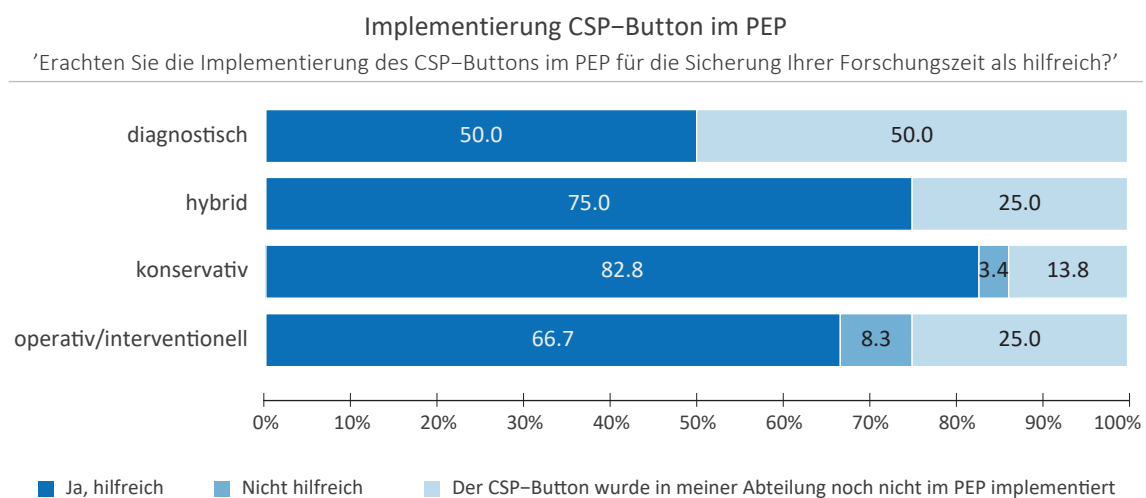
Abbildung 10: Implementierung des „CSP-Button“ im (Junior) Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=49 (ohne Alumni)

Eine Differenzierung nach den Clustern von Fachbereichen zeigt, in welchem Maße die Implementierung des neuen Zeiterfassungssystems vollzogen wurde. Die Hälfte der Befragten im Cluster „diagnostisch“ gibt an, dass eine Implementierung des „CSP-Buttons“ noch nicht stattgefunden hat. Diese verzögerte Implementierung gibt zudem jeweils noch ein Viertel der Befragten aus den Clustern „hybrid“ und „interventionell/operativ“ an und ein kleiner Anteil (14 %) aus dem Cluster „konservativ“.

Abbildung 11: Implementierung des „CSP-Button“ differenziert nach Cluster im (Junior) Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=49 (ohne Alumni)

Der „CSP-Button“, sofern implementiert, wird demnach als unterstützend für die Sicherung von Forschungszeiten gewertet. Doch wie genau unterstützt der „CSP-Button“ die (Junior) Clinician Scientists bei der Sicherung von geschützter Forschungszeit? Die detaillierte Dokumentation von Forschungszeiten ermöglicht eine bisher nicht dagewesene Sichtbarkeit und damit den Nachweis von Forschungszeiten. Die Fellows verweisen in den Interviews mehrfach auf die neue Möglichkeit, ihre freien Forschungskontingente transparent gegenüber den Vorgesetzten darzulegen und diese, wenn nötig, besser einfordern zu können.

” Das [Zeiterfassungssystem/PEP-Button] ist aber relativ neu, ich weiß auch von Kollegen, die noch vor drei, vier Jahren an dem Programm teilgenommen haben, die sehr viel mehr Klinik gemacht haben. Aber dadurch, dass es jetzt auch im PEP abgebildet

wird, dass sehr viel genauer hingeguckt wird, wann man die Forschungstage nimmt, wie viele Stunden noch übrig sind im Kontingent, ist es wirklich gut durchsetzbar“ (CS, Cluster: konservativ, weiblich).

„Aber nichtsdestotrotz ist es sicherlich so, dass man immer wieder Zeiten, die eigentlich für das Labor gedacht waren, dann in der Klinik verbringen muss. Umso besser ist es, dass jetzt genau dokumentiert wird – in PEP weiß man genau, wie viele Stunden, war ich wo. Das ist natürlich immer wieder schwarz auf weiß dann das Argument zu sagen: „So, jetzt heute Leute, ich bin jetzt aber definitiv nicht da. Fertig.“ Und das wird dann auch akzeptiert.“ (CS, Cluster: operativ, männlich).

„Also, was mir jetzt extrem geholfen hat, ist die Einführung der Forschungsstunden in der personalisierten Einsatzplanung. In dem PEP steht jetzt genau, welche Forschungszeiten wurden genommen und welche nicht. Das schafft Transparenz. Und dadurch ist man – also sind die Verantwortlichen auch so ein bisschen daran gebunden zu sagen: „Okay, er hat es tatsächlich nicht gekriegt“, das ist wirklich dokumentiert. Und genau deswegen habe ich jetzt wirklich die volle Zeit 50/50 wirklich gekriegt.“ (CS, Cluster: hybrid, männlich).

Ähnlich argumentiert ein befragter Junior Clinician Scientist, wobei der Junioren-Status stark ausgeprägte hierarchische Machtgefälle mit sich bringt und die damit einhergehenden Abhängigkeiten und Durchsetzungsschwierigkeiten verschärft.

„Ja, ja ganz klar. Das ist ein *wirklich wichtiger* Punkt, weil ich jetzt zu meinem Oberarzt gehen kann und sagen kann: „Hier so viel Stunden sind offen. [...]“. Also ich glaube wir [als Junior-Fellows] sind in der Position eher bisschen schützenswerter, weil wir letztendlich am kürzeren Hebel sitzen. Und dadurch haben wir wirklich einfach ein Schild, mit dem wir sagen können: „Hier sind so viele Stunden offen und die stehen mir eigentlich zu.“ (JCS, Cluster: diagnostisch, männlich).

Auch auf Ebene der Klinikleitung wird eine „engmaschige“ Dokumentation der Forschungszeit befürwortet. Begründet wird dies mit den knappen Personalressourcen in der Patientenversorgung (siehe dazu auch Kap. 4.2.1).

„Und man hat die Rahmenbedingungen so zu stecken, dass tatsächlich engmaschig dokumentiert wird, womit die Clinician Scientists ihre Zeit verbracht haben. Weil natürlich in der Klinik und in der Patientenversorgung die Decke immer zu kurz ist. Und dann wird jemand krank und dann fällt hier jemand aus und da ist es zu eng besetzt. Und dann kommen immer auch die eigenen Oberärzte, die klinisch arbeiten, und sagen: „Hier fehlt mir aber ein Assistent und jetzt muss Frau Müller und Herr Meier [aus dem CSP] aber doch klinisch arbeiten.“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, weiblich).

Den Befunden zufolge erweist sich die Implementation einer systematischen und elektronischen Erfassung von Forschungszeiten als hilfreiches Instrument zur Qualitätssicherung von geschützten Forschungszeiten. Dies gilt insbesondere in Anbetracht, der professionsethisch bedingten Ungleichgewichtung von Forschung und Patientenversorgung zu Ungunsten der Forschung.

4.4 Unterstützung durch klinisches Mentoring und Dienstplaner*innen

Die Äußerungen der Befragten zeigen deutlich, dass die Chancen, die Einteilung der Klinik- und Forschungszeiten entsprechend der vorgesehenen und bezahlten Arbeitszeitkontingente umzusetzen, damit die jeweiligen Zeiten auch effektiv und produktiv genutzt werden können, stark von der Unterstützung der Vorgesetzten, Mentor*innen und Dienstplaner*innen abhängen.

Der Chef ist natürlich wichtig, dass der das unterstützt prinzipiell auf Ebene der Klinik, dass er sagt: „So, ja, ich will, dass die Leute das machen“. Aber auch nach außen hin, dass er sozusagen Unterstützung signalisiert dem BIH gegenüber. Bei den Oberärzten ist das eher so, die sollten ja dann, sagen wir mal, so eine Vorbildfunktion einnehmen. Aus meiner Sicht jedenfalls.“ (JCS, Cluster: diagnostisch, männlich).

Zugleich muss die Einteilung der Klinik- und Forschungszeiten unter Berücksichtigung der mitunter knappen Personalausstattung und klinischen Erfordernisse so geplant sein, dass es realisierbar ist, ohne die Arbeitsrechte inklusive der Urlaubsrechte anderer Kolleg*innen in der Klinik zu beschneiden und diese über Gebühr zu belasten.

Ich glaube, es hängt vor allem von den Chefs ab und von den Dienstplanern, wie die das mit denen besprechen. Und natürlich, wenn ich jetzt sage, ich bin einen Monat nicht in der Klinik, dann müssten halt wahrscheinlich alle meine Kollegen die ganze Zeit arbeiten, weil die könnten sich dann natürlich kein „frei“ wünschen, weil dann fehle ich ja auf der Station.“ (JCS, Cluster: konservativ, männlich).

Die Unterstützung der Vorgesetzten, Mentor*innen, Dienstplaner*innen und Klinikchef*innen spielt insbesondere bei besonderen Herausforderungen eine Schlüsselrolle: Beispielsweise, wenn Rotationen mit halben Stellenkontingenten ermöglicht werden müssen, was sich als eine problematische logistische Anforderung abzeichnet.

Durch den Clinician Scientist habe ich 50 Prozent Forschung und 50 Prozent Klinik. Das heißt, ich bräuchte eigentlich entweder einen Tandempartner, der genau dieses Modell hat, oder jemanden, der nur eine 50 Prozent-Klinikstelle hat. [...] Und dann hat sich mein Chef persönlich auch sehr eingesetzt. [...] Aber es ist tatsächlich an der Verwaltung gescheitert [...] Ich bin aus diesem Rotationsprogramm mit Tandempartner rausgeflogen und habe jetzt meine eigene, unabhängige Stelle und kann dort meine klinische Weiterbildung machen. Also das ist im Prinzip jetzt eine gute Lösung, aber der Weg dorthin war sehr steinig und kompliziert.“ (CS, Cluster: hybrid, weiblich).

Ebenso ist es förderlich für die Gewährleistung der geschützten Forschungszeit, wenn Dienstplaner*innen selber Teil des Programms sind oder waren, da sie dann ein geschärftes Bewusstsein dafür haben, die Wichtigkeit der geschützten Forschungszeit anzuerkennen und entsprechend einteilen.

Gleiches gilt für die Unterstützung durch die wissenschaftlichen Mentor*innen, die ebenso eine erhöhte Sensibilität für das Thema zeigen, weil auch diese von vorn herein in das Programm eingebunden sind. Auf die Frage nach etwaiger Unterstützung formuliert eine Befragte:

Also vor allem von dem Stationsoberarzt, der in dem Moment der Planung der Vorgesetzte ist. Und das ist aktuell zum Beispiel auch mein Scientific Mentor, der meine Zeit natürlich als etwas wichtiger ansieht. Auf einer anderen Station, wo er jetzt nicht Oberhaupt war, war das etwas anders. Da sind dann die Prioritäten ein bisschen anders gesetzt. Das heißt, jeder protegiert so ein bisschen seinen eigenen Schützling. Aber klar, prinzipiell kann man sich da auch an unseren Klinikleiter wenden, der im Prinzip auch mein Klinikmentor ist. Und da sind wir jetzt dran, das zu planen, für die nächste Rotation, dass ich bis dahin auch die restlichen Tage, die ich noch auf meinem Konto habe, irgendwie mir gutschreibe und dass ich die bekomme.“ (JCS, Cluster: konservativ, weiblich).

Die Unterstützung der direkten Vorgesetzten, Mentor*innen und Dienstplaner*innen, ist unverzichtbar, da sie mitunter auch zur Durchsetzung der eigenen Ansprüche gegen mangelnde Rücksicht auf Seiten höherer Vorgesetzter in Anspruch genommen werden muss.

” Das Problem ist, dass der Vorgesetzte sehr hinterher ist, dass man in diesem Programm teilnimmt, weil Forschung wichtig ist für die Klinik. Aber der, der die Einteilung der Klinik pro Tag macht, also jeden Tag in der Frühbesprechung, ist ein anderer. Und wenn man nicht in seinem Team arbeitet, wird man sozusagen eher vernachlässigt, sag ich mal. Also die Priorität ist dann, dass die Klinik läuft. Da ist Forschung sozusagen zweitrangig. Die Dienstplanner sind hier kein Problem. Das ist kollegial“. (CS, Cluster: operativ, weiblich).

Dabei spielen zum einen die Erfahrung und der Überblick über die klinischen Abläufe und der Forschungsprozesse sowie die Realisierbarkeit möglicher Einteilungen eine Rolle.

” Ich glaube, primär müsste da der Mentor des Clinician Scientist den Überblick haben, welche Zeiten sinnvoll sind. Ich denke, gerade junge Clinician Scientists können das vielleicht am Anfang gar nicht einschätzen. Und idealerweise müsste der wissenschaftliche Mentor das dem klinischen Mentor überbringen, denn in der Regel hat der klinische Mentor dann mehr Macht das durchzusetzen.“ (CS, Cluster: operativ, weiblich).

Zum anderen ist es auch eine Frage der Position, da es einer Instanz bedarf, welche die Macht hat, die eingeforderte Einhaltung und sinnvolle Einteilung der geschützten Forschungszeit und entsprechend die Berücksichtigung bei der Dienstplanung auch durchzusetzen.

” Im Prinzip funktioniert es, glaube ich, dann gut, wenn die Klinik stark darauf achtet, dass es auch wirklich so umgesetzt wird, wie die Vorgaben sind. Und da wird es von Leitungsebene eigentlich schon unterstützt. Natürlich gibt es dann immer diese Aktivitäten wie Lehre und Dienst. Und natürlich ist es ein Kampf, wo man immer wieder darauf beharren muss, dass man genau dieselben Rechte hat. Und im Zweifelsfall, wenn eine Rettungsstelle nicht besetzt ist, ist es natürlich ein Problem. Aber eigentlich wird es hier fair gehandhabt. Aber natürlich gibt es unterschiedliche Interessen. Also der leitende Oberarzt hat andere Interessen als der Klinikchef und das ist sozusagen immer in Balance zu halten.“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, männlich).

Dabei können die Zwischeninstanzen auch selber unter Druck oder in „Vermittlungsdilemmata“ geraten, da die Dienstplanung gewissermaßen die Schaltstelle zwischen den verschiedenen Interessen, Anliegen und Forderungen der (Junior) Clinician Scientists, ihrer Mentor*innen und den Klinikchef*innen ist.

” Letztendlich, die Dienstplanung macht ja der Personaloberarzt. Also der steht auch wahrscheinlich bisschen zwischen den Stühlen“. (JCS, Cluster: diagnostisch, männlich).

Gleichwohl ist auch hier die Varianz je nach Fachdisziplin, der verfügbaren Personalausstattung, dem jeweiligen Klinikalltag und unterschiedlichen, akuten Dringlichkeiten der Patientenversorgung hoch.

” Das ist alles abhängig von der Klinik. Also in unserer Klinik, als ich da war, gab es kein Problem. Der Dienstplan wurde immer so geschrieben, dass es passt“. (CS, Cluster: hybrid, weiblich).

” Mein Chef sagt selbst: „Ich bilde keine Ärzte aus, ich bilde Wissenschaftler aus.“ Das ist seine Haltung. [...] Dadurch ist das bei uns kein Widerspruch, dieses Forschen. Alle meine Chefs – also sowohl die im Clinician Scientists Programm als auch in der Klinik – wollen, dass ich das tue.“ (CS, Cluster: diagnostisch, männlich).

Auch unter den Klinikleitungen ist, insbesondere nach Problemen bei der Einhaltung der geschützten Forschungszeit in der Anfangsphase des Programms, das Bewusstsein für die Dringlichkeit der Dokumentation geschärft. Es werden zwei Mechanismen expliziert, welche die Einhaltung der geschützten Forschungszeit und die dafür notwendige Unterstützung durch die Mentor*innen absichern: (1) Die

genaue Dokumentation der Forschungszeiten und deren regelmäßige Kontrolle und Bilanzierung im Halbjahresrhythmus. (2) Gespräche, die zu Beginn mit allen beteiligten Mentor*innen und (Junior) Clinician Scientists geführt werden, in denen eine Art On-Boarding erfolgt, das Maßstäbe für die Zielerreichung setzt. Konkret wird geklärt:

” Worum geht es? Was sind die Rahmenbedingungen, die eingehalten werden müssen? Und auch die Pflichten, auf der Seite der Klinik, dafür, dass sie eben diese Förderung für die eigenen Leute bekommt.“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, weiblich).

Gleichwohl werden die mit dem spezifischen Stellenformat der (Junior) Clinician Scientists verbundenen Planungsanforderungen an die Personaloberärzt*innen auch als Teil des in Universitätskliniken bereits etablierten Personalplanungsalltag betrachtet und es wird darauf hingewiesen, dass die Berücksichtigung besonderer Stellenkonstellationen im universitätsmedizinischen Klinikalltag neben dem BIH (J) CSP auch anhand anderer Positionen, wie beispielsweise Nachwuchsgruppenleitungen bereits bekannt und daher keine völlige Neuheit ist.

Darüber hinaus betonen einige (Junior) Clinician Scientists, dass insbesondere die Umsetzung und Einhaltung der Forschungszeit vom jeweiligen Umfeld und dessen Forschungshaltung mitgetragen werden muss und dass es hier eines besonders wachsamen Auges bedarf:

” Ich glaube, man muss selber eine forschungsfreundliche Einstellung haben und das wollen. Wenn man das als Last empfindet, wird das nicht funktionieren. Und man muss natürlich auch die Rahmenbedingungen so stecken, dass tatsächlich engmaschig dokumentiert wird, wofür die Clinician Scientist ihre Zeit verbraucht haben. Weil natürlich in der Klinik und in der Patientenversorgung die Decke immer zu kurz ist. [...] Auch das muss [die Einteilung] einigermaßen flexibel sein, weil auch die Projekte unterschiedlich sind. Manchmal braucht man dann für eine Weile hundert Prozent Forschungszeit im Projekt und dann wieder nur fünfzig oder gar nicht. Und man muss das so ein bisschen an das Projekt adaptieren und die Bereitschaft haben, die klinischen Prozesse dann eben auch mit den Erfordernissen des Projekts abzugleichen.“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, weiblich).

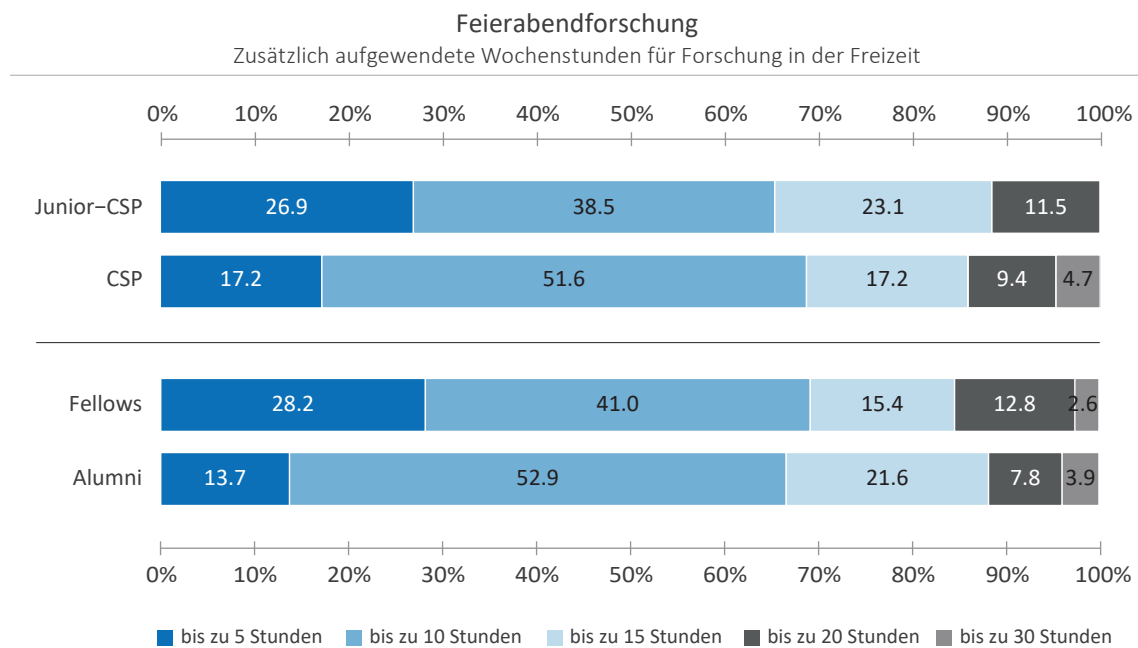
Hier thematisiert die Klinikleitung sehr deutlich und völlig in Einklang mit den (Junior) Clinician Scientists das Erfordernis einer bedarfsgerechten und variierbaren Einteilung von Forschungs- und Klinikzeiten: bedarfsgerecht zum einen in Abhängigkeit von dem jeweiligen Forschungsvorhaben mit den jeweils spezifischen technischen, infrastrukturellen Anforderungen und den entsprechend unterschiedlichen Eigendynamiken der Forschungsprozesse; zum anderen bedarfsgerecht in Abhängigkeit von den akuten klinischen Versorgungspflichten. Da an beiden „Fronten“ nicht immer alles wie geplant läuft und kurzfristiges Einspringen und kurzfristiges Umplanen unvermeidbar ist, muss im Gegenzug ebenso wachsam auf die Kompensation für die zurückgestellte Seite – meist die Forschung – geachtet werden. Angesichts dessen bleibt die fallbezogene langfristige Planung, ergänzt durch mittelfristige Anpassung und kurzfristige Abstimmung, vermutlich die einzig praktikable und zielführende Lösung.

4.5 „Feierabendforschung“

Wir haben 90 (Junior) Clinician Scientists sowie in der Kontrollgruppe 51 Kliniker*innen mit finanzierten Forschungsanteilen und 92 ohne Freistellung gefragt, wie viele Wochenstunden sie neben der geschützten Forschungszeit zusätzlich für Forschung aufwenden. Die Befunde der quantitativen Befragung zeigen eine deutliche Tendenz: Trotz geschützter Forschungszeit wird Feierabendforschung vollzogen, wenn auch in unterschiedlichem Umfang. 27 Prozent der Junior Clinician Scientists und 17 Prozent der Clinician Scientists geben an, wöchentlich bis zu 5 Stunden Feierabendforschung zu praktizieren. 39 Prozent der Junior Clinician Scientists und 52 Prozent der Clinician Scientists geben ferner an, bis zu 10 Stunden wöchentlich in ihrer Freizeit zu forschen. 23 Prozent der Junior Clinician Scientists und 17

Prozent der Clinician Scientists antworten, bis zu 15 Stunden wöchentlich zusätzliche Forschungszeit zu investieren. Immerhin 12 Prozent der befragten Junior Clinician Scientists geben an, bis zu 20 Stunden Feierabendforschung zu praktizieren. Gleiches sagen noch 9 Prozent der befragten Clinician Scientists. Ein kleiner Anteil der befragten Clinician Scientists (5 %) gibt darüber hinaus an, sogar bis zu 30 Stunden pro Woche zusätzlich für Forschung aufzuwenden.

Abbildung 12: Feierabendforschung im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm sowie Fellows und Alumni



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=90

Mit Blick auf die beiden Vergleichsgruppen Fellows und Alumni zeigt sich, dass ein Großteil der befragten Fellows entweder bis zu 5 Stunden (28 %) oder bis zu 10 Stunden (41 %) Feierabendforschung praktiziert. Gleiches gilt für die Gruppe der Alumni, die angeben, hauptsächlich bis zu 10 Stunden (53 %) und teilweise bis zu 5 Stunden (14 %) während des Feierabends geforscht zu haben. Zusammengefasst praktizieren 69 Prozent der befragten Fellows und 67 Prozent der befragten Alumni mindestens bis zu 10 Stunden Feierabendforschung. Wir schlussfolgern entsprechend daraus, dass Feierabendforschung im (J)CSP im niedrigen Bereich von bis zu 10 Wochenstunden die Regel ist.

Die Thematik „Feierabendforschung“ wird im Rahmen der Interviews vielfach diskutiert. Befragte aus den verschiedenen Clustern berichten, dass sie zusätzlich zu der forschungsfreien Zeit einen Teil ihrer Freizeit „opfern“ müssen, um den Anforderungen an Clinician Scientists gerecht werden zu können.

„Grundsätzlich. Also, nur gibt es eben halt organisatorisch-logistische Zwänge. Das bringt halt das System so mit sich, dass man quasi jemanden gleichzeitig für verschiedene Bereiche einsetzt, und dass auch gewünscht ist. Aber das ist natürlich dann im Prinzip immer ein Gezerre: Freizeit, Arbeit, Klinik, Forschung. Das ist immer ein Spannungsfeld.“ (CS, Cluster: konservativ, männlich).

„Ich glaube, das wird auch gar nicht so richtig gesehen, dass man, dass man diese Klinik, die man ja auch noch nebenbei macht. Oder die Klinik ist ja die Hauptsache und die Forschung ist ja oft so als nebenan oder als Freizeit. Und ich glaube, viele sehen gar nicht, dass man sehr, sehr viel Freizeit opfern muss. Also zusätzlich zu dieser forschungsfreien Zeit

und man schafft die Zeit oder man schafft die Arbeit nicht in dieser forschungsfreien Zeit. Das heißt, so oder so muss die Freizeit auch drauf gehen.“ (CS, Cluster: operativ, weiblich).

Das subjektive Gefühl, die geplante Arbeit nicht in der forschungsfreien Zeit zu schaffen, wie von der Clinician Scientist oben skizziert, geht mit der Vorstellung einher, welche Zielposition die Befragten anstreben und welche Qualität die praktizierte Forschung dafür aufweisen muss. Für eine wissenschaftliche Karriere – so eine Clinician Scientist weiter – reiche die Forschung im Rahmen des Clinician Scientist Programms nicht aus. Um den Qualitätsanforderungen einer wissenschaftlichen Karriere genügen zu können müsse die Forschung daher notwendigerweise in der Freizeit fortgeführt und ausgeweitet werden.

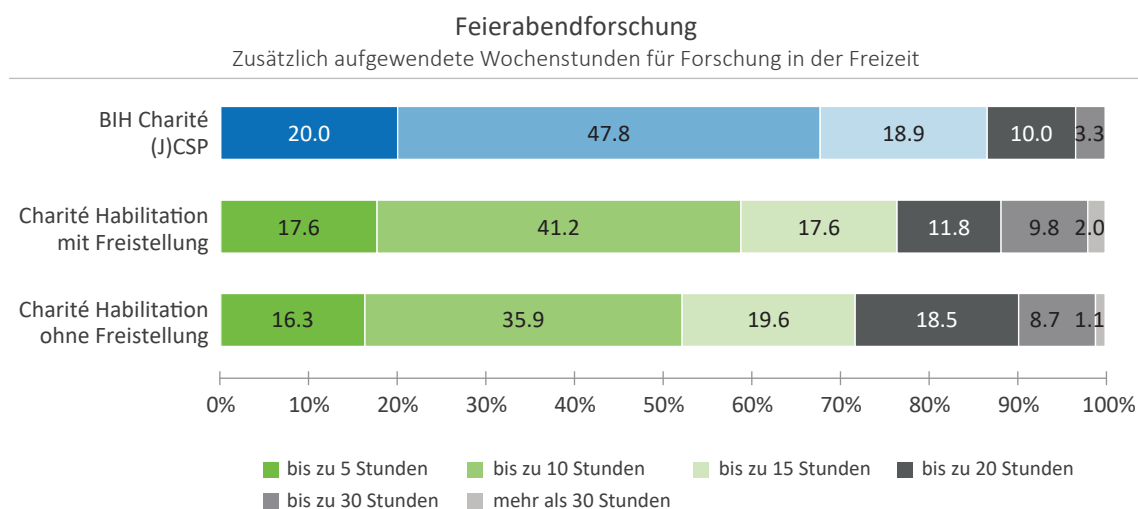
” Ja, weil ich genau dieses Gefühl habe, dass ich zwar schon eine gute klinische Forschung mache, aber die Frage, ob meine Forschungsexpertise ausreicht, um wirklich einen Lehrstuhl – also so eine klinische Professur oder Lehrstuhl auszuführen, da bin ich mir noch nicht so richtig sicher. Und auch die Tatsache, dass ich eher nicht bereit bin, das in meiner Freizeit so extensiv weiterzumachen. Also ich finde es super, das im Rahmen meiner Arbeitszeit zu machen und habe auch das Gefühl, dass ich es da gut mache und gerne mache, aber ich möchte es nicht an Wochenenden und Abenden machen.“ (CS, Cluster: konservativ, weiblich).

Die Erwartungshaltung an eine gewisse Qualität im Rahmen der Clinician Scientist Arbeit manifestiert sich nicht nur auf Ebene der (Junior) Clinician Scientists. Eine befragte Klinikleitung benennt die Anforderungen an den Clinician Scientist gezielter, indem sie darauf verweist, dass die Position des Clinician Scientists kein „nine to five“-Job ist, sondern auch „persönliche Opfer fordert“, die die Fellows bereit sein müssen zu erbringen, um ihre Karriereziele auch zu erreichen.

” Also was ich erwarte vom Clinician Scientist, ist, dass er oder sie natürlich die Habilitation und eine wissenschaftliche universitäre Laufbahn anstrebt. Und dass jedem, der diesen Weg einschlagen möchte klar ist, dass das eben nicht nine to five ist, sondern dass das eben auch persönliche Opfer erfordert. Und dass man das wirklich wollen muss, ja auch eben mehr Zeit zu investieren. Und auch Freizeit zu opfern, um das voranzutreiben und sein Ziel zu erreichen.“ (Klinikleitung, Cluster: hybrid, weiblich).

Wie verhält es sich mit der Intensität der Feierabendforschung der (Junior) Clinician Scientists im Vergleich mit den Kontrollgruppen Charité Habilitation mit und ohne Freistellung? Ungefähr zwei Drittel der befragten (Junior) Clinician Scientists (68 %) praktizieren Feierabendforschung auf einem niedrigen Niveau (bis zu 10 Std./Woche). Dieses geringe Niveau verändert sich den Rahmenbedingungen entsprechend: Sagen noch 59 Prozent der Befragten aus der Kontrollgruppe Charité mit Freistellung, dass das Ausmaß ihrer Feierabendforschung bis zu 10 Std./Woche erreicht, geben dies nur noch knapp die Hälfte der Befragten aus der Kontrollgruppe Charité ohne Freistellung (52 %) an. Zudem haben auch die Befragten ohne Freistellung mit fast einem Drittel (28 %) den höchsten Anteil an Feierabendforschung in hohem Ausmaß (ab „bis 20 Std/Woche“).

Abbildung 13: Feierabendforschung im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, (J)CSP N=90
Charité Habilitation mit Freistellung N=51, ohne Freistellung N=92

Das Thema Feierabendforschung ist mitunter hochkomplex. Die Befunde zeigen deutlich, dass sich eine Forschungsfinanzierung positiv auf den Umfang von praktizierter Feierabendforschung auswirkt und diese reduziert. Sie führt aber nicht, wie angenommen, zu einem gänzlichen Verschwinden. Dieses Faktum ist in verschiedene Richtungen interpretier- und gleichsam bewertbar: Zum einen reicht eine Forschungsfreistellung von 20 bzw. 50 Prozent mitunter nicht aus, um sowohl Eigen- wie Fremdan sprüchen von Forschung und Karriere zu genügen. Zum anderen sehen wir einen hochmotivierten, wissenschaftlich-medizinischen Nachwuchs, welcher sich bereit erklärt, die vorhandenen Eigen- und Fremdan sprüche an Forschungsqualität mittels Feierabendforschung zu kompensieren.

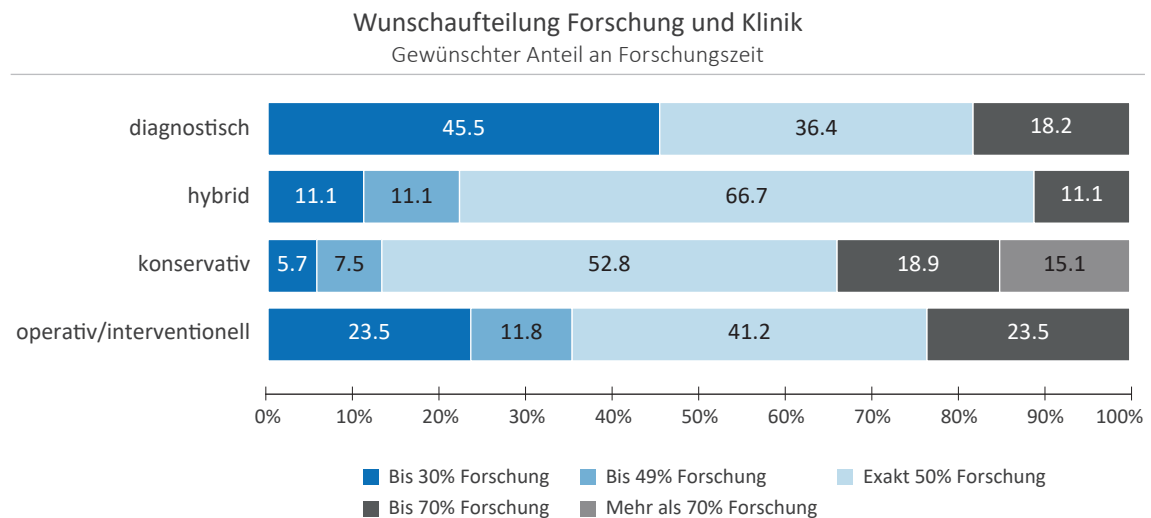
4.6 Wunschaufteilung Forschung und Klinik

In welchem Verhältnis sollten Forschung und Klinik aus Sicht der Befragten zueinanderstehen? Welche Aufteilung von Forschung und Klinik ist für die Qualifizierung von (Junior) Clinician Scientists sinnvoll? Wir haben dazu 90 (Junior) Clinician Scientists befragt.

Die praktizierte Einteilung 20 zu 80 und 50 zu 50 stellt eine von verschiedenen, möglichen Lösungsvarianten dar. Dies wird insbesondere dann deutlich, wenn man die Befunde heranzieht, die sich aus den Antworten auf die Frage „Welche Aufteilung von Forschung und Patientenversorgung würden Sie sich in Ihrer aktuellen Situation wünschen?“ ergeben. Die Befragten konnten im Survey auf fünf Prozentpunkte genau angeben, welche Aufteilung von Forschung und Klinik sie sich im (J)CSP wünschen bzw. retrospektiv gewünscht hätten.

Die von den Befragten geäußerten Wünsche sind heterogen. Eine analytische Differenzierung nach Clustern zeigt, dass über die Cluster verteilt, der Wunsch nach einer 50-zu-50-Einteilung dominiert. Diese von den Befragten gewünschte Einteilung wird bereits im BIH Charité (J)CSP angeboten. Es findet sich jedoch in jedem Cluster ferner ein Teil von Befragten, die sich einen Forschungsanteil von bis zu 70 Prozent wünschen. Im Cluster „konservativ“ existiert indes ein kleinerer Anteil an Befragten, die sich sogar mehr als 70 Prozent Forschungszeit wünschen.

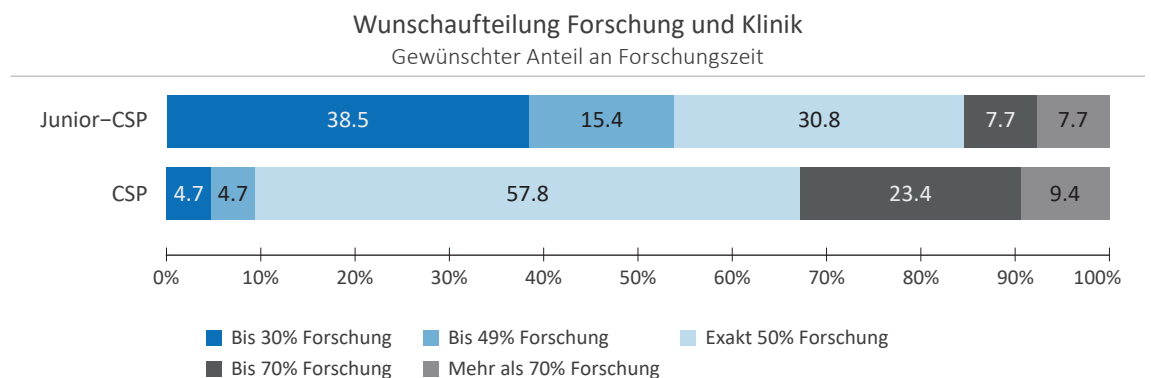
Abbildung 14: Wunschaufteilung Forschung und Klinik differenziert nach Cluster im (Junior) Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=90
Notiz: Genannte Forschungszeit summiert sich mit Patientenversorgung auf 100%

Eine Differenzierung nach den Vergleichsgruppen Junior CSP und CSP zeigt deutliche Unterschiede hinsichtlich der gewünschten Aufteilung von Forschung und Klinik. Clinician Scientists äußern nur in Ausnahmefällen (9 %) den Bedarf nach weniger, als den ihnen zur Verfügung stehenden 50 Prozent Forschungszeit. Der Großteil der Befragten Clinician Scientists (58 %) wünscht sich eine gleichmäßige Aufteilung von 50 zu 50. 23 Prozent der Clinician Scientists würden sich mehr Forschungszeit wünschen (bis 70 %). Ein kleiner Anteil (9 %) wünscht sich sogar mehr als 70 Prozent Forschungszeit. Die Antworten der Junior CSP-Fellows zeigen, dass ein Großteil der Befragten (39 %) einen Forschungsanteil von bis zu 30 Prozent wünscht, was den Programmstrukturen (mit 20/80) in etwa entspricht. Eine fast gleich große Gruppe (31 %) wünscht sich jedoch eine gleichwertige Aufteilung zwischen Forschung und Klinik (50/50). Ferner finden sich auf Ebene der Junior-Fellows Vorstellungen, die Forschung in einem Umfang von 31 bis 49 Prozent (15 %), 51 bis 70 Prozent (8 %) oder von über 70 Prozent (8 %) vorsehen.

Abbildung 15: Wunschaufteilung Forschung und Klinik im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=90
Notiz: Genannte Forschungszeit summiert sich mit Patientenversorgung auf 100%

Die gleichwertige Aufteilung zwischen Forschung und Klinik (50/50) liegt in allen Teilgruppen an erster Stelle und entspricht deshalb der weithin beliebtesten Variante. Wir schlussfolgern entsprechend

der Ergebnisse, dass eine 50 zu 50-Aufteilung von Patientenversorgung und Forschung den Wunschvorstellungen der Befragten deutlich mehr entspricht als eine 80/20-Aufteilung wie sie im Junior CSP realisiert ist.

4.7 Modalität zur Einteilung von Forschung und Klinik

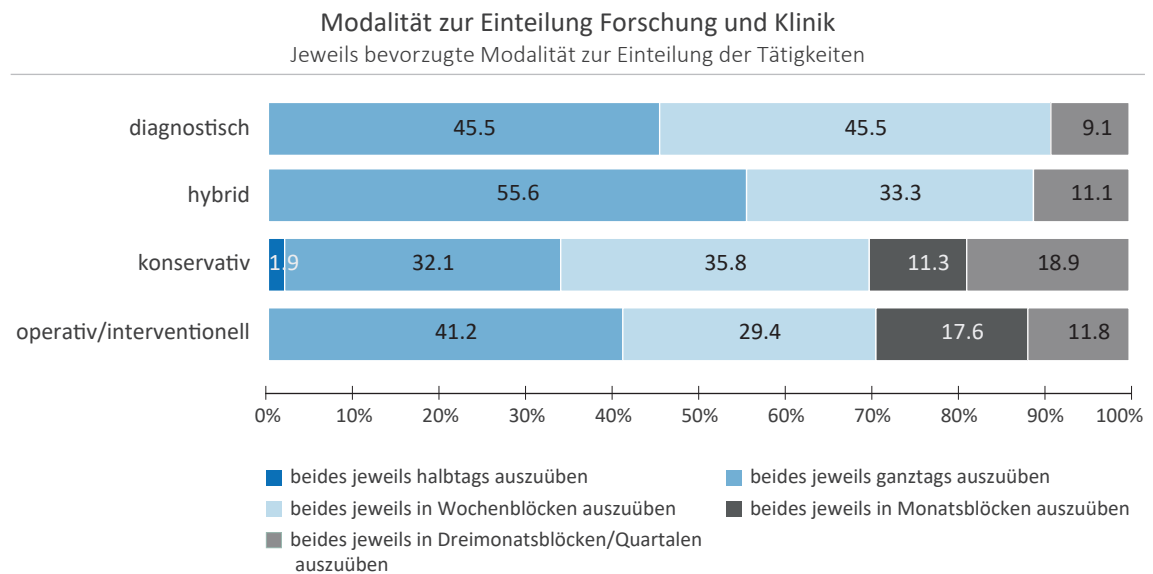
Entsprechung der vom BIH (J)CSP avisierten Verzahnung von Forschung und Klinik wird auch die fall-spezifische Ausgestaltung der Einteilung im Austausch mit allen Beteiligten in den Zielvereinbarungsgesprächen vom BIH begleitet, um Realisierbarkeit und Verbindlichkeit zu gewährleisten. Die Festlegung und Umsetzung der jeweils zielführenden Einteilung von Forschung und Klinik zwischen den Fellows, Mentor*innen, Klinikdirektor*innen und Programmleitung dient als ein weiteres Instrument zur Sicherung von Forschungszeiten. Wir haben 90 (Junior) Clinician Scientists gefragt, welche Modalitäten sie hinsichtlich der Einteilung von Forschung und Patientenversorgung im Rahmen des BIH Charité (J)CSP bevorzugen.

Eine Differenzierung entlang der vier Cluster zeigt, dass die Befragten bevorzugen, Forschung und Klinik „jeweils ganztags“ oder „jeweils in Wochenblöcken“ auszuüben: 46 Prozent der Befragten im Cluster „diagnostisch“, 56 Prozent der Befragten im Cluster „hybrid“, 32 Prozent der Befragten im Cluster „konservativ“ und 41 Prozent der Befragten im Cluster „operativ/interventionell“ bevorzugen es Forschung und Klinik „jeweils ganztags auszuüben“. 46 Prozent der Befragten im Cluster „diagnostisch“, 33 Prozent der Befragten im Cluster „hybrid“, 36 Prozent der Befragten im Cluster „konservativ“ und 29 Prozent der Befragten im Cluster „operativ/interventionell“ bevorzugen es Forschung und Klinik „jeweils in Wochenblöcken auszuüben“.

In den Clustern „konservativ“ (11 %) und „operativ/interventionell“ (18 %) geben einige Befragte ferner an, „beides jeweils in Monatsblöcken“ ausüben zu wollen. In sämtlichen Clustern gibt es Befragte, die sogar eine Aufteilung in Dreimonatsblöcken/Quartalen bevorzugen: 9 Prozent der Befragten im Cluster „diagnostisch“, 11 Prozent der Befragten im Cluster „hybrid“, 19 Prozent der Befragten im Cluster „konservativ“ und 12 Prozent der Befragten im Cluster „operativ/interventionell“.

Forschung und Klinik „jeweils halbtags auszuüben“, d.h. täglich im Wechsel zu praktizieren, wird lediglich von 2 Prozent der Befragten im Cluster „konservativ“ geäußert und ist somit mit Abstand die am seltensten angestrebte Einteilung.

Abbildung 16: Modalitäten Einteilung Forschung und Klinik differenziert nach Cluster im (Junior) Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=90

Im Rahmen der gewünschten Einteilung von Forschungs- und Klinikzeiten weisen die Befragten darauf hin, dass je nach Fachbereich, Klinikalltag und Ausrichtung des Forschungsprojektes eine bedarfsge- rechte Gestaltung der Arbeitszeiteinteilung entscheidend sei, um sowohl die Klinik- als auch die For- schungszeit effektiv und effizient zu nutzen.

” Für mich persönlich ist es eigentlich am besten, wenn man zwei Tage am Stück hat, vielleicht drei Tage, aber dann lieber öfters, anstatt einen Block und dann sehr lange gar nichts. Denn bei meinen Projekten ist es so, dass ich dort, wie bei den meisten Projek- ten, kontinuierlich am Ball bleiben muss, aber letztendlich manchmal einfach einen größe- ren Zeitblock brauche, um manche Dinge fertig zu stellen.“ (CS, Cluster: hybrid, weiblich).

Es ist ersichtlich, dass nicht nur der Rhythmus des jeweiligen klinischen Arbeitsalltags mit Dienst- und Berichtspflichten sowie dringlicher Patientenversorgung bei der Einteilung der Forschungszeiten be- rücksichtigt werden muss. Ebenso haben auch die Forschungsprozesse eine eigene, zeitliche Dynamik, der Rechnung getragen werden muss, um effektiv und qualitativ hochwertige Forschungsarbeit leisten zu können. Darüber hinaus wird deutlich, dass seitens der Fellows gewünscht ist, die jeweiligen Einteilungen je nach Anteil der Forschungszeit im Junior CSP oder im CSP und auch nach den jeweiligen For- schungsaufgaben flexibel handhaben zu können. Mitunter zeigt sich erst in der Erprobung, welches die operationalisierbaren, funktionalen und effektiven Modelle sind.

” Ich finde eher die Blockvariante ganz gut. Aber ich weiß, manche Kollegen machen es monatsweise, also wirklich einen Monat komplett Labor, einen Monat Klinik, das geht auch. Das finde ich vielleicht ein bisschen zu viel, weil im Labor muss es halt immer weitergehen. Ich sage mal, in der Klinik, wenn ich nicht da bin, kommt halt ein Kollege und arbeitet auf der Station weiter. Aber im Labor habe ich mein Projekt. Da bin ich eigenver- antwortlich. Wenn ich nicht da bin, dann geht das nicht weiter. Wenn ich jetzt einen Mo- nat richtig daran arbeiten kann, ist das natürlich super. Aber im nächsten Monat bin ich halt gar nicht da. Dann müsste ich halt die ganze Zeit in meinen Überstunden oder irgend- wann nach der Arbeit noch ins Labor gehen, das fände ich schwieriger. Ich finde es eigent- lich eher so wochenweise am besten.“ (JCS, Cluster: konservativ, männlich).

Die Befunde zeigen, dass eine fallbezogene variable Einteilung von Forschung und Patientenversorgung von Vorteil für die Befragten ist. Gleichwohl erfordert sowohl klinische als auch Forschungsarbeit eine gewisse Planbarkeit, so dass der flexiblen Einteilung von Forschung und Klinik per se engere Grenzen gesetzt sind als in der Vollzeitforschung.

5 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

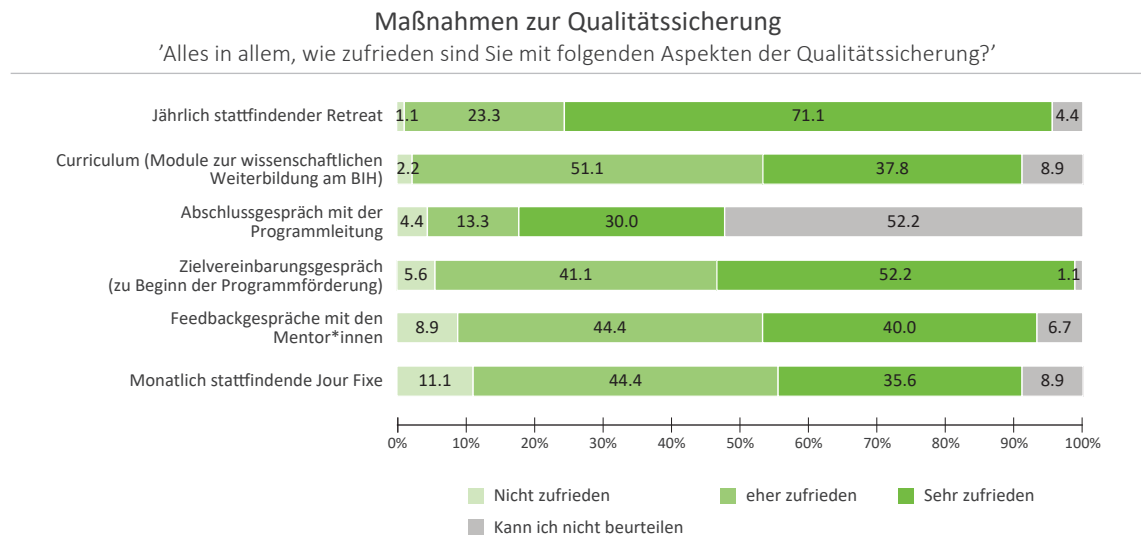
5.1 Berichtsmodalitäten

Im Rahmen der Qualitätssicherung und -prüfung werden im BIH Charité (J)CSP verschiedene Berichtsmodalitäten (Zielvereinbarungsgespräche, Feedbackgespräche mit den Mentor*innen und Abschlussgespräche mit der Programmleitung) und Veranstaltungen (monatlich stattfindende Jour Fixe, jährlich stattfindender Retreat, internationales Symposium alle zwei Jahre) angeboten, um einen regelmäßigen Austausch zwischen Klinikdirektor*innen, Mentor*innen und (Junior) Clinician Scientists sowie zwischen ihnen untereinander zu ermöglichen. 90 (Junior) Clinician Scientists wurden gefragt, wie zufrieden sie mit spezifischen Aspekten dieser Qualitätssicherung sind.

Der jährlich stattfindende Retreat wird von den meisten Personen (71 %) mit „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“ (23 %) beurteilt. Lediglich ein Prozent gibt an, nicht zufrieden zu sein. Hinsichtlich des Curriculums (Module zur wissenschaftlichen Weiterbildung am BIH) sind 38 Prozent „sehr zufrieden“ und 51 Prozent immerhin noch „eher zufrieden“. Lediglich 2 Prozent geben an, „nicht zufrieden“ zu sein. Hinsichtlich des Abschlussgespräches zeigt sich, dass ein Großteil der Befragten Fellows angeben, dieses „nicht beurteilen zu können“ (52 %), was zu erwarten ist, da das Gespräch erst zum Ende des Programms geführt wird. Ein Großteil der Befragten, die das Abschlussgespräch beurteilen können, geben an, „sehr zufrieden“ (30 %) oder „eher zufrieden“ (13 %) mit diesem Aspekt der Qualitätssicherung zu sein. 4 Prozent der Befragten geben an, „nicht zufrieden“ mit dem Abschlussgespräch zu sein. Das Zielvereinbarungsgespräch zu Beginn der Programmförderung betreffend, geben 52 Prozent der Befragten an, „sehr zufrieden“ und weitere 41 Prozent der Befragten „eher zufrieden“ zu sein. 6 Prozent der Befragten sind „nicht zufrieden“ mit dem Zielvereinbarungsgespräch. Die Feedbackgespräche mit den Mentor*innen werden von 40 Prozent mit „sehr zufrieden“ und 44 Prozent als „eher zufrieden“ eingestuft. Ferner geben 9 Prozent der Befragten an, mit den Feedbackgesprächen mit den Mentor*innen „nicht zufrieden“ zu sein. Die monatlich stattfindenden Jour Fixe werden von 36 Prozent der Befragten mit „sehr zufrieden“ und von 44 Prozent mit „eher zufrieden“ bewertet. 11 Prozent sind mit diesem spezifischen Aspekt jedoch „nicht zufrieden“.

Die angebotenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung können insgesamt als angemessen bewertet werden. Die im Durchschnitt höhere Unzufriedenheit mit dem monatlich stattfindenden Jour Fixe kann mit der Häufigkeit der Maßnahme erklärt werden (siehe dazu 5.2).

Abbildung 17: Maßnahmen zur Qualitätssicherung im (Junior) Clinician Scientist Programm



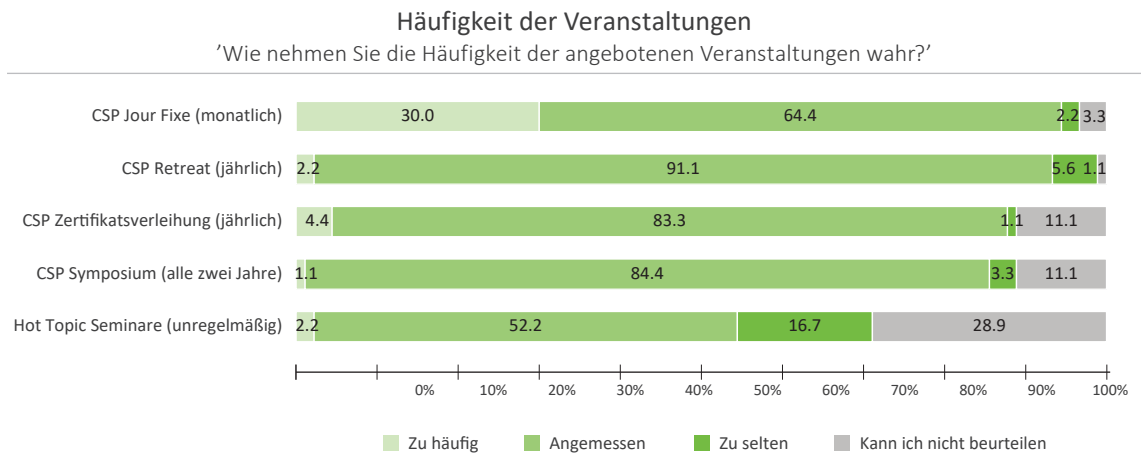
5.2 Wahrnehmung Häufigkeit der Veranstaltungen

Das BIH Charité (J)CSP bietet spezifische Veranstaltungen zum gemeinsamen Austausch (Jour Fixe, Symposium, Retreat, Hot Topic Seminare) sowie zu feierlichen Anlässen (Zertifikatsverleihung) in jeweils unterschiedlicher Häufigkeit an. Die (Junior) Clinician Scientists wurden gefragt, wie zufrieden sie mit der Häufigkeit der angebotenen Veranstaltungen sind.

64 Prozent der Befragten geben an, dass der monatlich stattfindende Jour Fixe „angemessen“ häufig stattfindet. 30 Prozent sind der Meinung, der monatliche Jour Fixe findet „zu häufig“ statt. Nur 2 Prozent sind der Auffassung, dass dieser „zu selten“ stattfindet. Hinsichtlich des jährlich stattfindenden Retreats sind 91 Prozent der Befragten der Auffassung, dass dieser „angemessen“ häufig stattfindet. Weitere 6 Prozent geben an, der jährliche Retreat findet „zu selten“ statt. Lediglich 2 Prozent sind der Meinung, dass dieser „zu häufig“ stattfindet und. Die Anzahl der Zertifikatsverleihungen beurteilen 83 Prozent der Befragten als „angemessen“, 4 Prozent als „zu häufig“ und 1 Prozent als „zu selten“. Eine beachtenswerte Anzahl von Befragten (11 Prozent) gibt an, diese Veranstaltung „nicht beurteilen zu können“. Die Häufigkeit des alle zwei Jahre stattfindenden CSP Symposiums wird von 84 Prozent der Befragten als „angemessen“ beurteilt. 3 Prozent sind der Auffassung, sie findet zu „selten statt“ und lediglich 1 Prozent gibt an, dass diese Veranstaltung „zu häufig“ stattfindet. Auch hier können 11 Prozent diesen Aspekt „nicht beurteilen“. Die unregelmäßig stattfindenden Hot Topic Seminare werden von 52 Prozent der Befragten in ihrer Häufigkeit als „angemessen“ bewertet. 17 Prozent sind der Meinung, die Hot Topic Seminare finden „zu selten“ statt, 2 Prozent geben an, diese Veranstaltungen findet „zu häufig“ statt. Weiterhin gibt ein erheblicher Anteil an Befragten (29 %) an, diesen Aspekt „nicht beurteilen“ zu können.

Die Befunde verweisen darauf, dass die Häufigkeit der Berichtsmodalitäten, mit Ausnahme des monatlich stattfindenden Jour Fixe, insgesamt als angemessen wahrgenommen wird. Der monatlich stattfindende Jour Fixe wird von den Befragten dabei eher als zu häufig stattfindend bewertet, was auf das enge, zeitliche Korsett der Clinician Scientists zurückzuführen ist.

Abbildung 18: Häufigkeit der Veranstaltungen im (Junior) Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=90

6 Habilitation und Zielpositionen

Die Erreichung der Habilitation sowie die Erreichung der angestrebten Zielposition stellen wichtige Outcome-Kriterien des BIH Charité (J)CSP dar, die wir entsprechend in der Evaluation adressieren.

6.1 Habilitation und Dauer der Habilitation

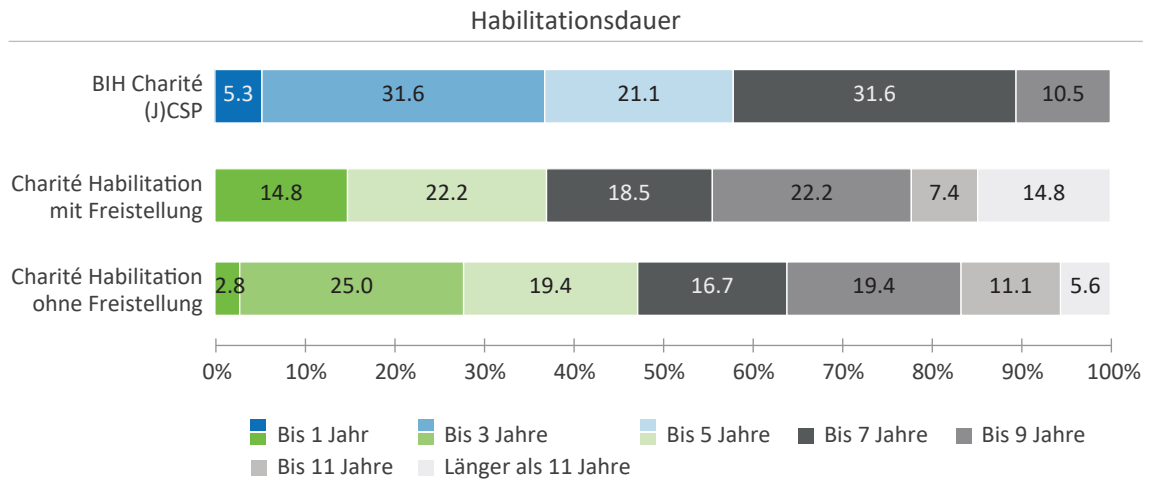
Wie habitieren die Befragten? Wie hoch ist die durchschnittliche Habilitationsdauer? Welchen Einfluss haben Programm und Forschungsfinanzierung auf die Dauer der Habilitation? Wir haben 90 (Junior) Clinician Scientists und in der Kontrollgruppe 51 Kliniker*innen mit finanzierten Forschungsanteilen und 92 ohne Freistellung gefragt, ob und wie lange sie habitieren und wie häufig sie ihre Habilitation erfolgreich abgeschlossen haben. Konkrete Angaben zum Start- und Endpunkt der Habilitation haben 19 (Junior) Clinician Scientists, 27 Kliniker*innen mit finanzierten Forschungsanteilen und 36 ohne Freistellung gemacht. Der überwiegende Teil der anderen Befragten hatte (noch) keine Habilitation abgeschlossen.

Die Habilitation mit einer kumulativen Habilitationsschrift stellt für alle Befragungsgruppen die gängigste Habilitationsform dar, wobei eine etwa gleiche Verteilung zwischen den beiden Alternativen des Nachweises einer ausreichenden Publikationsleistung mit 5 Publikationen in Erst-/Letztautorschaft mit IF > 30 bzw. 10 Originalarbeiten in Erst-/Letztautorschaft besteht.

Bezüglich der Habilitationsdauer zeigt sich, dass 90 Prozent der befragten (Junior) Clinician Scientists die Habilitation in einem Zeitraum von bis zu 7 Jahren abschließen. Im Vergleich dazu gelingt es nur 56 Prozent der Befragten aus der Vergleichsgruppe Charité mit Freistellung, die Habilitation in einem Zeitraum von bis zu 7 Jahren abzuschließen. Das heißt, dass fast die Hälfte dieser Gruppe angibt, mehr als sieben Jahre für die Habilitation aufgewendet zu haben. Etwas besser sieht es bei den Befragten in der Vergleichsgruppe Charité ohne Freistellung aus, hier geben 64 Prozent der Befragten an, dass sie die Habilitation mit einer Dauer von bis zu 7 Jahren abgeschlossen haben.

Den Befunden nach wirken sich die Programmstrukturen im BIH Charité (J)CSP positiv auf die Habilitationsdauer der Befragten aus, das heißt, die Clinician Scientist habitieren in kürzerer Zeit als die Befragten in den Kontrollgruppen. Eine abschließende Interpretation dieser Ergebnisse bleibt jedoch schwierig, da es keinen fixen, d.h. *institutionell festgelegten Startpunkt* für die Arbeit an der Habilitation an der Charité gibt. Erfasst werden nur jene Personen, die sich zur Habilitation anmelden, um das Habilitationsverfahren zu öffnen. Der Startpunkt für die Forschungsarbeiten und damit für die Habilitation obliegt somit der Einschätzung der Befragten, was unter Umständen zu der Annahme führen kann, dass die Habilitation binnen eines Jahres abgeschlossen wurde, wie es bei einem Teil der Befragten im (J)CSP (5 %) sowie in der Vergleichsgruppe Charité ohne Freistellung (3 %) und mit Freistellung (14 %) der Fall ist. Es ist nicht auszuschließen, dass Vorarbeiten (bspw. Laborarbeiten) in den Jahren davor für die Erstellung von wissenschaftlichen Publikationen, die Voraussetzung für diese Habilitation sind, geleistet wurden, aber nicht in die individuelle Einschätzung zum tatsächlichen Startpunkt der Habilitation eingeflossen sind.

Abbildung 19: Habilitationsdauer im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, (J)CSP N=19
Charité Habilitation mit Freistellung N=27, und ohne N=36

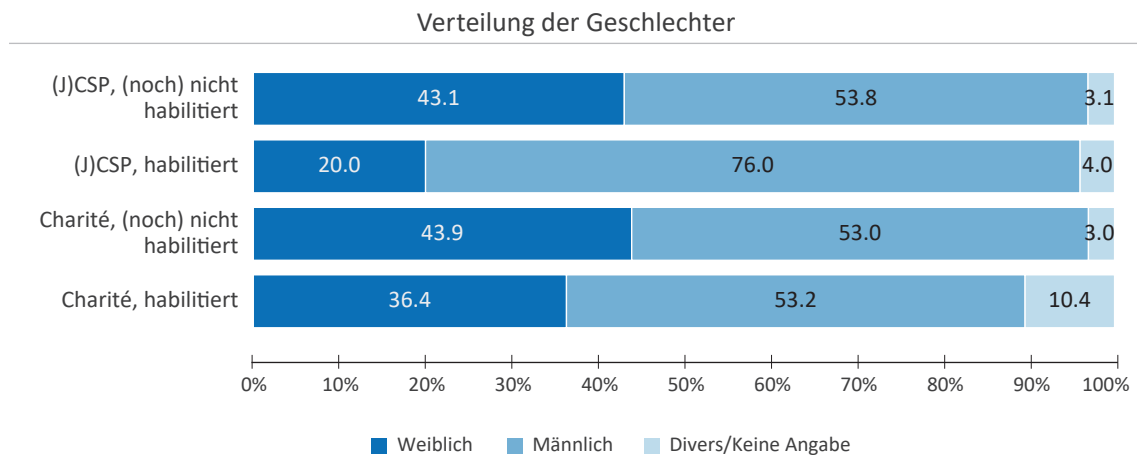
Notiz: Monatsgenau berechnet aus Beginn- und Abschlussdatum

Das BIH Charité (J)CSP legt zur Erreichung von Geschlechtergleichheit einen besonderen Fokus auf Frauenförderung. Für die Vergabe der BIH Charité (Junior) Clinician Scientist-Stellen wird ein Frauenanteil von 50 Prozent angestrebt. Vor diesem Hintergrund ist ein Blick auf etwaige Geschlechterdifferenzen relevant. Habilitieren Frauen genauso häufig wie ihre männlichen Kollegen?

Den Befragungsdaten zufolge machen Männer (54%) im (J)CSP unter den Habilitierten einen größeren Anteil als die Frauen (43%). Diese Aufteilung unterscheidet sich kaum von der noch habilitierenden Kontrollgruppe Charité Habilitation: hier geben 44 Prozent der Frauen an, zu habilitieren und 53 Prozent der männlichen Befragten.

Mit Blick auf die Quote der bereits Habilitierten zeigt sich jedoch ein Geschlechterunterschied. Unter den (J)CSP mit einer bereits abgeschlossenen Habilitation machen Männer 76 Prozent und Frauen nur 20 Prozent aus. Im Vergleich dazu sind in der Vergleichsgruppe Charité Habilitation unter denen, die ihre Habilitation abgeschlossen haben, 36 Prozent weibliche und 53 Prozent männliche Befragte. Grundsätzlich zeigt sich, dass Männer durchschnittlich häufiger ihre Habilitation abschließen als Frauen. Offen bleibt jedoch die Frage nach den Ursachen für diesen Geschlechterunterschied. Eine mögliche Erklärung wäre, dass Frauen ihr Habilitationsvorhaben häufiger abbrechen als ihre männlichen Kollegen – im (J)CSP wie auch in der Kontrollgruppe. Eine andere Ursache wäre indes ein Kohorteneffekt: Es wächst gegenwärtig eine weiblichere Generation an (Junior) Clinician Scientists heran, die ihre Habilitation noch nicht abgeschlossen haben.

Abbildung 20: Abschluss der Habilitation differenziert nach Geschlecht im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, (J)CSP N=90
Charité Habilitation N=139

Notiz: Wegen kleiner Fallzahl 'Divers' und 'Keine Angabe' zusammengefasst

6.2 Zielposition

Welche Zielpositionen streben die Befragten an? Unterscheiden sich die angestrebten Zielpositionen zwischen den Befragungsgruppen? Wir haben die Befragten gebeten, ihre gewünschten Zielpositionen zu nennen, mit der Möglichkeit Mehrfachnennungen vorzunehmen, um so das Wunschspektrum adäquater abbilden zu können. Wir haben 84 (Junior) Clinician Scientists sowie 49 Kliniker*innen mit Freistellung an der Charité dazu befragt.

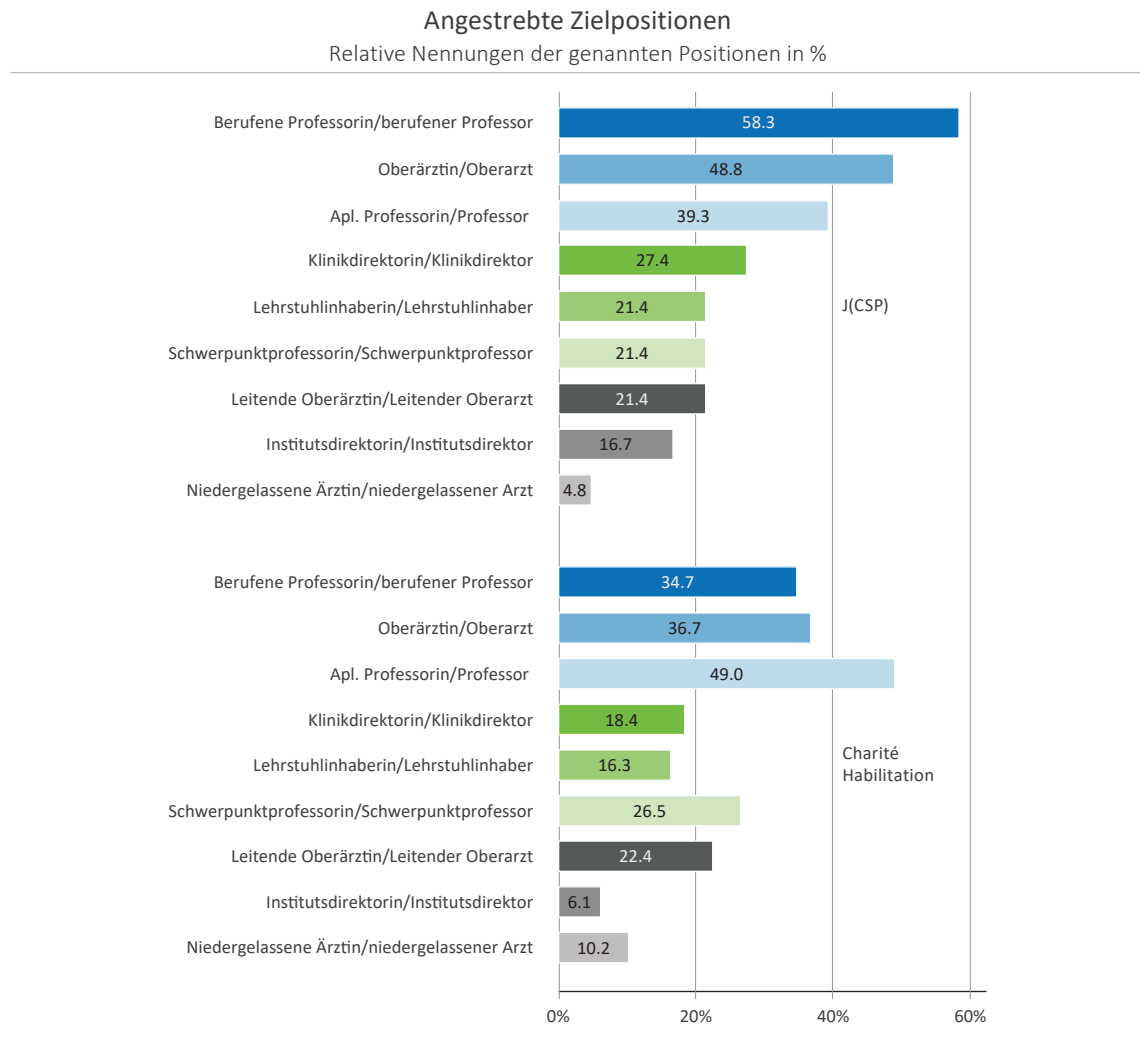
Die Professur in ihren unterschiedlichen Varianten ist mit Abstand die am häufigsten angestrebte Zielposition. Das gilt für die (Junior) Clinician Scientists ebenso wie für die Kontrollgruppe Charité mit Freistellung. Ein zentraler Unterschied besteht jedoch darin, dass die befragten (Junior) Clinician Scientists mit 58 Prozent wesentlich häufiger angeben, „Berufene/r Professor/in“ werden zu wollen, als die Befragten in der Kontrollgruppe (35 %). In der Kontrollgruppe ist die außerplanmäßige (apl.) Professur die am häufigsten genannte Zielposition (49 % der Befragten). Im Gegensatz zur außerplanmäßigen (apl.) Professur sowie Schwerpunktprofessur, die durch den Ausweis von Spezialwissen erlangt werden, ist eine Universitätsprofessur ein Karriereweg, der eine thematisch breitgefächerte Expertise sowie eine strategisch langfristige Planung erfordert.

Neben der Professur ist „Oberarzt/Oberärztin“ ein weiteres Karriereziel, das vergleichsweise häufig von den Befragten angestrebt wird. 49 Prozent der befragten (Junior) Clinician Scientists geben dies als Karriereziel an. Damit stellen sowohl die medizinische Praxis als auch die Professur, welche neben der Forschung Lehre beinhaltet, einen wichtigen Karrierpfad für die (Junior) Clinician Scientists dar, was gleichsam die Struktur des Clinician Scientist, bestehend aus den zentralen Elementen klinische Praxis und Forschung ergänzt durch Lehre, spiegelt. Im Vergleich dazu streben weniger Befragte aus der Kontrollgruppe Charité mit Freistellung die Zielposition „Oberarzt/Oberärztin“ (37 %) an.

Die Zielpositionen „Institutsdirektor/in“ sowie „niedergelassene Ärztin/niedergelassener Arzt“ werden von beiden Befragungsgruppen am seltensten genannt. Außerdem geben (Junior) Clinician Scientists

mit 5 Prozent deutlich seltener als ihre Kolleg*innen an der Charité mit Freistellung (10 %) an, die Zielposition „niedergelassene Ärztin/niedergelassener Arzt“ anzustreben. Das ist der umgekehrte Fall bei der Position des*der „Institutsdirektors/Institutsdirektorin“: Diese können sich immerhin noch 17 Prozent der (Junior) Clinician Scientists für sich vorstellen und hingegen nur 6 Prozent der Befragten Personen der Kontrollgruppe. In diesen zwei Optionen spiegelt sich der, im Vergleich zur Kontrollgruppe, relativ stärkere Fokus der (Junior) Clinician Scientists auf die Forschung wieder.

Abbildung 21: Angestrebte Zielposition im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit Freistellung



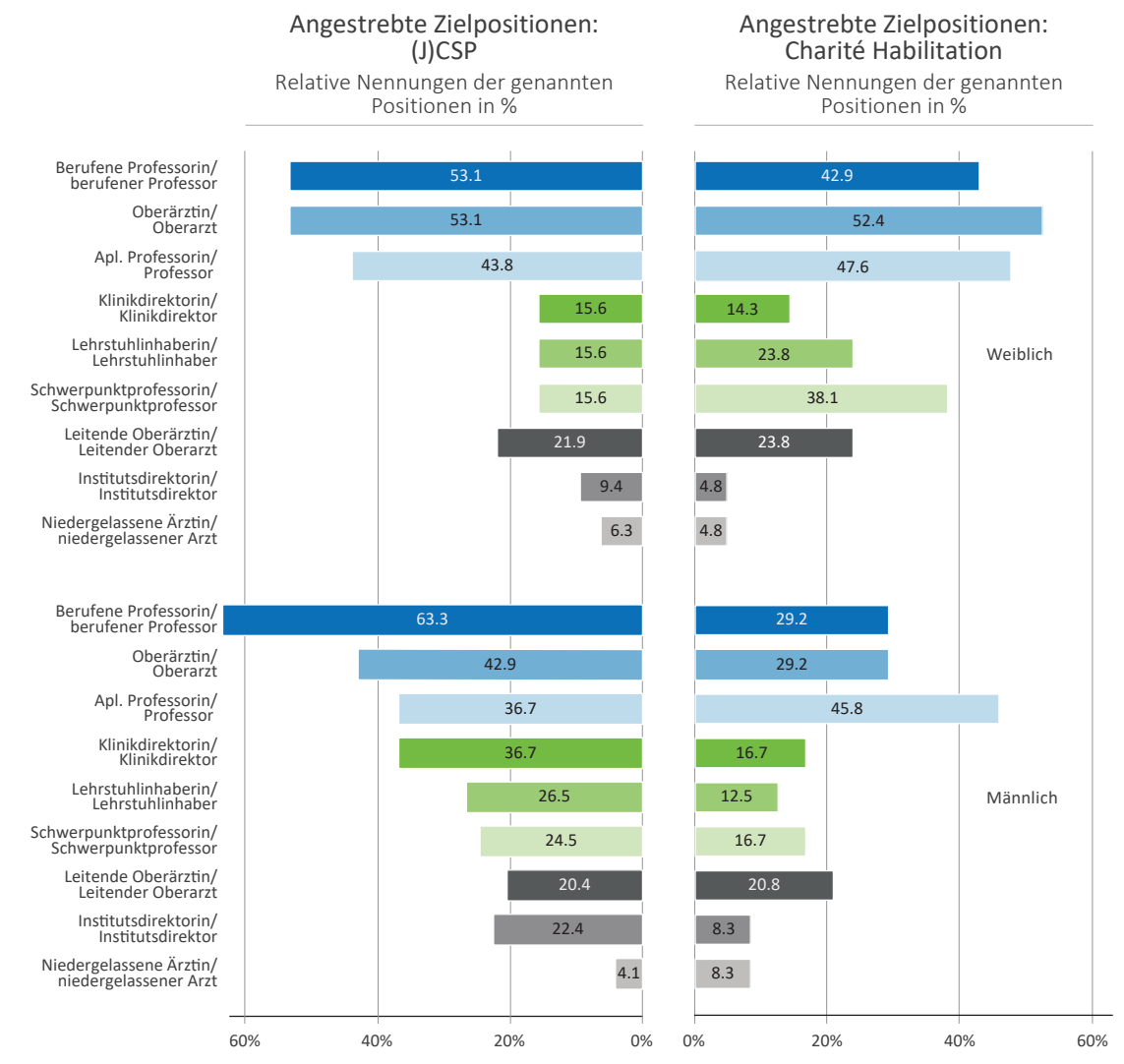
Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, (J)CSP N=84
Charité Habilitation mit Freistellung N=49
Notiz: Mehrfachnennungen waren möglich

Welche Geschlechterdifferenzen zeigen sich im Hinblick auf die adressierten Zielpositionen? Wir haben 81 (Junior) Clinician Scientists und 45 Kliniker*innen mit Freistellung dazu befragt. Im (J)CSP streben die männlichen Befragten häufiger (63 %) eine Berufung an als ihre weiblichen Kolleginnen (53 %). Zudem ist auffällig, dass die männlichen Befragten häufiger leitende Positionen, wie Klinikdirektor*in, Institutsdirektor*in und Lehrstuhlinhaber*in, anstreben. Auf Ebene der medizinischen Berufe wie (leitende*r) Oberarzt*Oberärztin und niedergelassene*r Arzt*Ärztin zeigen sich hingegen kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

In der Kontrollgruppe streben die weiblichen Befragten (43 %) deutlich häufiger eine professorale Berufung an als ihre männlichen Kollegen (29 %). Gleiches gilt auch für die Lehrstuhlposition, die die weiblichen Befragten (24 %) fast doppelt so häufig anstreben wie die männlichen Befragten (13 %). Mit Blick auf die leitenden Positionen, wie Klinikdirektor*in oder Institutsdirektor*in gilt, dass die männlichen Befragten in der Kontrollgruppe diese ähnlich oft als Zielposition adressieren wie ihre weiblichen Kolleginnen. Bei den medizinischen Positionen wie (leitende*r) Oberarzt*Oberärztin und niedergelassene*e Arzt*Ärztin zeigen sich ebenfalls geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wobei Frauen die Position als Oberärztin deutlich häufiger (52%) als ihre männlichen Kollegen (29%) als Zielposition nennen.

Wir folgern aus den Befunden, dass sich Geschlechterdifferenzen im Karriereweg von Clinician Scientists vor allem in den akademischen Zielpositionen manifestieren und damit innerhalb der Wissenschaft und nicht in den medizinischen Zielpositionen. Dies gilt unabhängig von den Förder- bzw. Programmstrukturen der Befragten.

Abbildung 22: Angestrebte Zielposition differenziert nach Geschlecht im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit Freistellung



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, (J)CSP N=81 (32 weiblich, 49 männlich) Charité Habilitation mit Freistellung N=45 (21 weiblich, 24 männlich) Notiz: Mehrfachnennungen waren möglich

7 Trias der Universitätsmedizin: Patientenversorgung, Forschung und Lehre

Patientenversorgung, Forschung und Lehre stellen zentrale Säulen der Universitätsmedizin dar (Dragun et al. 2019). Inwiefern wirken sich Fördermaßnahmen auf die Verteilung dieser drei Bereiche im Arbeitsalltag aus? Ergänzend zu Kapitel 4.6 und Kapitel 4.7 fokussiert das vorliegende Kapitel nicht nur die Verteilung von Patientenversorgung und Forschung, sondern auch die Lehre.

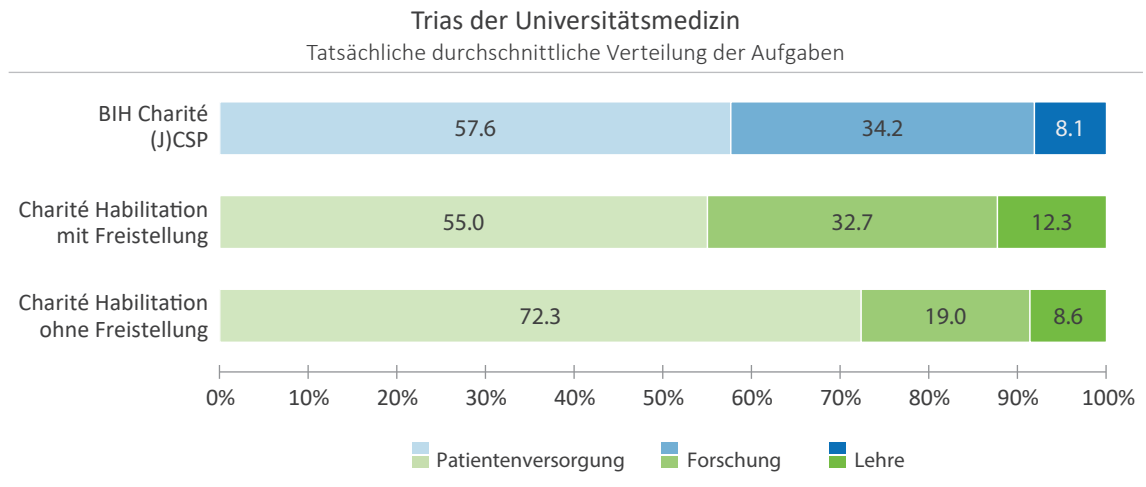
7.1 Aktuelle Verteilung der Aufgaben

Wir haben 88 (Junior) Clinician Scientists sowie 48 Kliniker*innen mit finanzierten Forschungsanteilen und 77 ohne Freistellung an der Charité gefragt, welchen prozentualen Anteil ihrer Arbeitszeit aktuell Patientenversorgung, Forschung und Lehre im Verhältnis zueinander einnehmen. Die Auswertungen ergeben wie erwartet, dass Befragte, die eine Forschungsfinanzierung erhalten grundsätzlich mehr Zeit für Forschung im Arbeitsalltag aufwenden als Befragte ohne eine finanzierte Forschungsfreistellung. Dabei macht es keinen Unterschied, ob es eine (J)CSP-Finanzierung oder eine Finanzierung über andere Forschungs- bzw. Drittmittel ist. (Junior) Clinician Scientists (34 %) sowie Befragte aus der Kontrollgruppe Charité Habilitation mit Freistellung (33 %) verbringen im Durchschnitt etwa ein Drittel ihrer Arbeitszeit mit Forschung und etwas mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit Patientenversorgung ((J)CSP:58 %; Charité Habilitation mit Freistellung: 55 %). Ein kleiner Anteil wird für Lehre aufgebracht, wobei die (Junior) Clinician Scientists (8 %) im Schnitt vergleichsweise weniger Arbeitszeit für Lehre aufwenden als die Befragten in der Kontrollgruppe mit Freistellung (12 %).

Wie erwartet verwenden Befragte aus der Kontrollgruppe ohne Freistellung (72 %) im Durchschnitt mit gut zwei Dritteln deutlich mehr ihrer Arbeitszeit für Patientenversorgung als ihre Kolleg*innen. Forschung nimmt hingegen im Schnitt nur 19 Prozent ihrer Arbeitszeit ein. Der Anteil Lehre in der Kontrollgruppe ohne Freistellung (9 %) entspricht dagegen dem Anteil Lehre in der Gruppe (Junior) Clinician Scientists (8 %).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine finanzierte Freistellung für Forschung ihr Ziel erreicht und das Verhältnis von Patientenversorgung und Forschung zugunsten eines höheren Forschungsanteils in der Arbeitszeit verschiebt: Von einem durchschnittlichen Verhältnis von 80 Prozent Patientenversorgung und 20 Prozent Forschung zu einem Verhältnis von 70 Prozent Patientenversorgung und 30 Prozent Forschung. Eine finanzierte Forschungsfreistellung wirkt sich grundsätzlich positiv auf den praktizierten Forschungsumfang aus.

Abbildung 23: Tatsächliche Verteilung der Aufgaben im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, (J)CSP N=88
Charité Habilitation mit Freistellung N=48, ohne Freistellung N=77

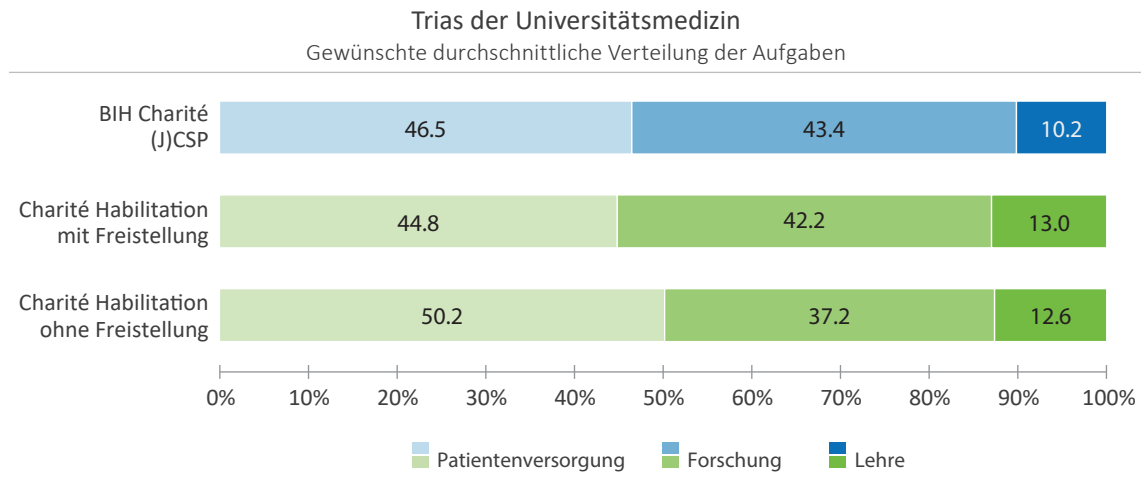
7.2 Gewünschte Verteilung der Aufgaben

Um zu erfahren, welche Verteilung von Patientenversorgung, Forschung und Lehre sich die Befragten unabhängig von ihrer aktuellen Situation wünschen, haben wir 88 (Junior) Clinician Scientists sowie 49 Personen in der Kontrollgruppe mit und 86 Personen ohne Forschungsfreistellung gefragt: Wie sieht aus Sicht der Befragten eine wünschenswerte Verteilung von Patientenversorgung, Forschung und Lehre aus?

Die Befunde weisen über die verschiedenen Befragungsgruppen grundsätzlich gleiche Tendenzen auf: Die Befragten würden im Schnitt gerne mehr Zeit ihres Arbeitsalltages für Forschung aufbringen. Das Maß an Patientenversorgung sollte zwischen 45 bis 50 Prozent liegen, wobei jene Befragten mit einer finanzierten Forschungsfreistellung sich durchschnittlich etwas weniger Zeit für Patientenversorgung wünschen – ((J)CSP: 47 %; Charité Habilitation mit Freistellung: 45 %) als Befragte ohne eine finanzierten Freistellung (Charité Habilitation ohne Freistellung: 50 %). Außerdem wird den Angaben zufolge im Mittel etwas mehr Lehranteil gewünscht, als bisher im Arbeitsalltag praktiziert wird, wobei die Differenzen zur Ist-Situation mit Ausnahme der Kontrollgruppe Charité Habilitation ohne Freistellung (Ist: 9 %; Wunsch: 13 %) eher als gering zu betrachten sind.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Befragten im Schnitt eine Verteilung von Patientenversorgung, Forschung und Lehre in folgendem Verhältnis wünschen: 50 Prozent Patientenversorgung, 40 Prozent Forschung und 10 Prozent Lehre. Verglichen mit der Ist-Situation ist der Unterschied zwischen Wunsch und Wirklichkeit bei den Befragten ohne Forschungsfördermittel am größten. Jene Befragte, die bereits eine Forschungsfreistellung haben wünschen sich eher geringfügige Anpassungen (< 10%): konkret die Reduktion der Patientenversorgung zugunsten einer Erhöhung der Forschungszeit. Damit praktizieren die Befragten im CSP mit der Aufteilung 50 Prozent Patientenversorgung und 50 Prozent Forschung die angegebene Wunschaufteilung zwischen beiden Bereichen.

Abbildung 24: Gewünschte Verteilung der Aufgaben im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, (J)CSP N=88
Charité Habilitation mit Freistellung N=49, ohne Freistellung N=86

7.3 Betreuung von Promovierenden

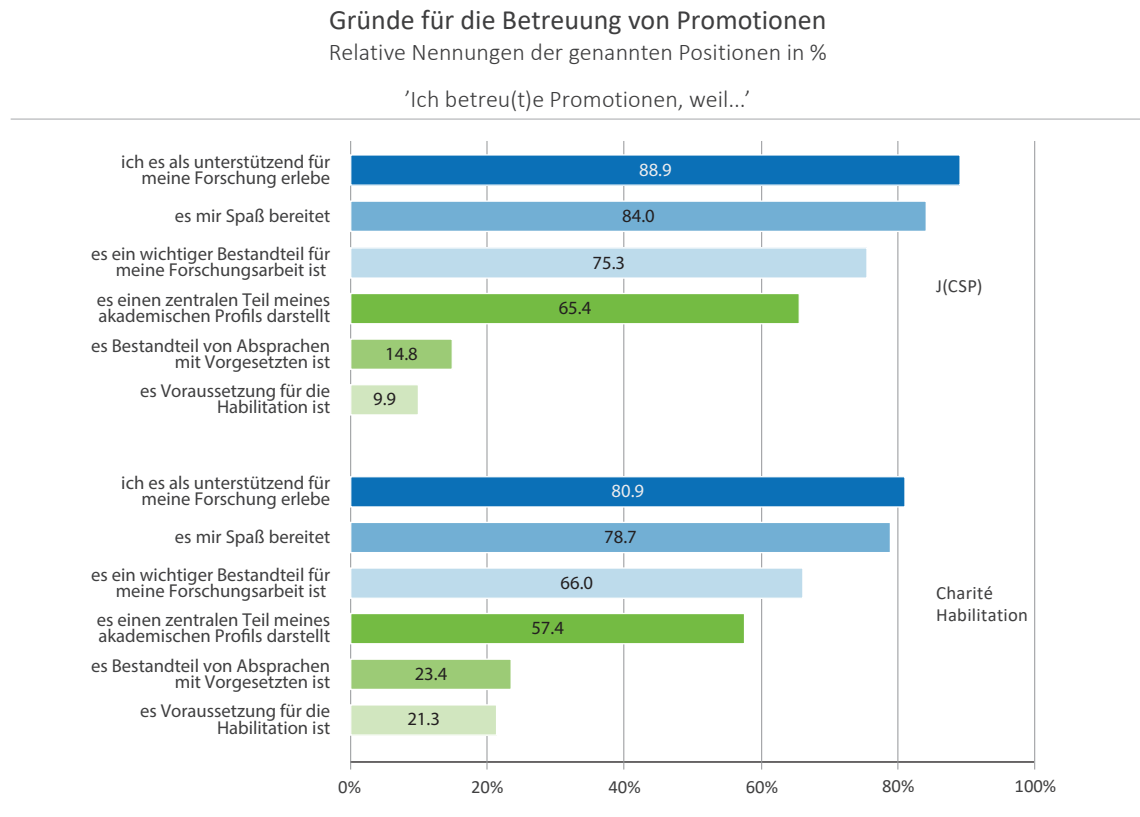
Die Betreuung von Promovierenden stellt im Kontext von Forschung und Lehre eine wichtige Aufgabe dar. Im Rahmen der Evaluation galt es somit zu identifizieren, aus welchen Motiven heraus die Befragten (Junior) Clinician Scientists Promovierende betreuen. Wird die Betreuung als akademisches Selbstverständnis erlebt oder stellt diese eine Verpflichtung für das Erreichen spezifischer Karriereziele dar? Wir haben hierzu an der Charité 81 (Junior) Clinician Scientists befragt sowie 47 Kliniker*innen mit finanzierten Forschungsanteilen befragt.

Die Tendenzen sind in beiden Vergleichsgruppen ähnlich: Als wesentliche Gründe dafür Promotio-nen zu betreuen nennen die (Junior) Clinician Scientist in erster Linie Motive, die dem akademischen Selbstverständnis entsprechen („unterstützend für meine Forschung“ (89 %)); „wichtiger Bestandteil für meine Forschungsarbeit“ (75 %); „zentraler Teil meines akademischen Profils“ (65 %) sowie einer intrinsischen Motivation („bereitet Spaß“ (84 %)) entspringen. Im Vergleich dazu bilden die Gründe „Bestandteil von Absprachen mit Vorgesetzten“ (15 %) und „Voraussetzung für die Habilitation“ (10 %) eher nachrangige Beweggründe.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe geben die Befragten (Junior) Clinician Scientists häufiger an, dass sie die Betreuung als unterstützend für die eigene Forschung erleben ((J)CSP: 89 %; Charité Habilitation mit Freistellung: 81 %); es ihnen Spaß bereitet ((J)CSP: 84 %; Charité Habilitation mit Freistellung: 79 %); es ein wichtiger Bestandteil ihrer Forschungsarbeit ist ((J)CSP: 75 %; Charité Habilitation mit Freistellung: 66 %) und sie es als zentralen Teil ihres akademischen Profils werten ((J)CSP: 65 %; Charité Habilitation mit Freistellung: 57 %). Im Gegensatz dazu geben die Befragten im (J)CSP vergleichsweise seltener an, Promovierende zu betreuen, weil es Bestandteil von Absprachen mit Vorgesetzten ist ((J)CSP: 15 %; Charité Habilitation mit Freistellung: 23 %) und/oder es Voraussetzung für die Habilitation darstellt ((J)CSP: 10 %; Charité Habilitation mit Freistellung: 21 %).

Die Befragten (Junior) Clinician Scientists nennen häufiger als ihre Kolleg*innen in der Vergleichsgruppe Beweggründe für die Betreuung von Promovierenden, die dem akademischen Selbstverständnis sowie der intrinsischen Motivation entsprechen.

Abbildung 25: Gründe für Promotionsbetreuung im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit Freistellung



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, (J)CSP N=81
Charité Habilitation mit Freistellung N=47
Notiz: Mehrfachnennungen waren möglich

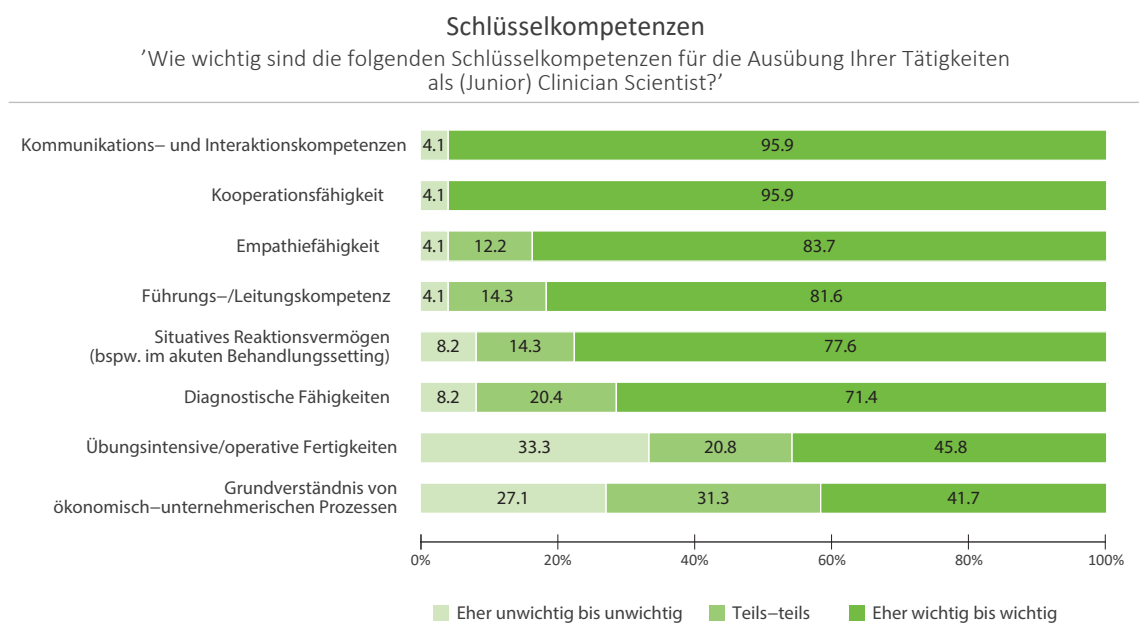
8 Entwicklung der Facharztweiterbildung

8.1 Relevanz medizinischer Schlüsselkompetenzen

Wir haben 49 (Junior) Clinician Scientists (ohne Alumni) gefragt, welche medizinischen Schlüsselkompetenzen sie für die aktuelle Ausübung von Tätigkeiten als Clinician Scientist als wichtig erachten. Da es sich um die Einschätzung der aktuellen Tätigkeiten im Programm handelt, wurden die Alumni von dieser Frage ausgeschlossen. Eine erste Gruppe von Schlüsselkompetenzen, die mindestens von 90 Prozent der befragten (Junior) Clinician Scientists als (eher) wichtig eingestuft werden, sind die „Kommunikations- und Interaktionskompetenzen“ (96 %) sowie „Kooperationsfähigkeit“ (96 %). Eine zweite Gruppe von Schlüsselkompetenzen, die mindestens 60 Prozent der Befragten als (eher) wichtig erachten, umfassen Empathiefähigkeit (84 %), „Führungs- und Leitungskompetenz“ (82 %), „situatives Reaktionsvermögen“ (78 %) und „diagnostische Fähigkeiten“ (71 %). Die dritte Gruppe von Schlüsselkompetenzen, die mindestens 40 Prozent der Befragten als eher wichtig bis wichtig betrachten, beinhalten „übungsintensive/operative Fähigkeiten“ (46 %) sowie „Grundverständnisse von ökonomisch-unternehmerischen Prozessen“ (42 %).

Obleich Wissen über ökonomische Prozesse nicht zwingend als eine Kategorie medizinischer Schlüsselkompetenzen zu werten ist, zeigen die Ergebnisse der Befragung, dass ein Grundverständnis von ökonomisch-unternehmerischen Prozessen für die Ausübung der eigenen Tätigkeiten als Clinician Scientist von Relevanz ist. Damit wird deutlich, dass ein Verständnis von ökonomischen Prozessen sowie die Fähigkeit zur Beurteilung ökonomischer Prozesse und Wirkungen Einzug in das Repertoire medizinischer Kompetenzen gehalten haben (siehe dazu auch Kapitel 4.2.3). Trotz dieser Orientierung hin zu einem „Wirtschaftlichkeitsverständnis“ werden jedoch Kooperation und Interaktionskompetenzen besonders hoch gewertet.

Abbildung 26: Relevanz medizinischer Schlüsselkompetenzen im (Junior) Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=49 (nur Fellows)
Notiz: Relative Nennungen ohne 'keine Angabe'

8.2 Erwerb medizinischer Schlüsselkompetenzen

Durch die Reduktion von Klinikzeiten im Rahmen des BIH Charité (J)CSP stellt sich indes die wissenschaftspolitisch hochrelevante Frage, ob und inwiefern sich diese Reduktion auf den Erwerb von medizinischen Schlüsselkompetenzen auswirkt. Die Frage nach den möglichen Auswirkungen einer Reduktion von Klinikzeiten auf die medizinische Ausbildung und Facharztweiterbildung spielt insbesondere vor dem Hintergrund anhaltender Diskussionen um die Anerkennung von Forschungszeiten im Rahmen von Clinician Scientist Programmen durch die jeweiligen Landesärztekammern eine zentrale Rolle⁴. 49 (Junior) Clinician Scientists (ohne Alumni) wurden daher gefragt, inwiefern sie die Aussagen „Ich verfüge über ein geringeres/gleiches/erweitertes Maß an medizinischen Schlüsselkompetenzen als meine Kolleg*innen, die Vollzeit in der Klinik arbeiten“ als zutreffend empfinden. Bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich, denn die Ausbildung und Entwicklung von medizinischen Schlüsselkompetenzen stellt einen komplexen Sachverhalt dar, dessen Bewertung im Hinblick auf spezifische Einzelaspekte durchaus variieren kann.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass – relativ betrachtet – ein Großteil der befragten Programmeförderten (69 %) der Auffassung ist, dass sie im Vergleich zu ihren Kolleg*innen, die Vollzeit in der Klinik arbeiten, nicht über ein geringeres Maß an medizinischen Schlüsselkompetenzen verfügen. 22 Prozent sind der Auffassung, dass dies jedoch zumindest „teilweise zutrifft“ und 9 Prozent geben an, dass sie über ein geringeres Maß an Schlüsselkompetenzen verfügen.

Den Aspekt, über ein „gleiches Maß“ an Schlüsselkompetenzen zu verfügen finden 54 Prozent „zutreffend“, 35 Prozent „eher zutreffend“ und 11 Prozent sind der Auffassung, dass dies „nicht zutrifft“.

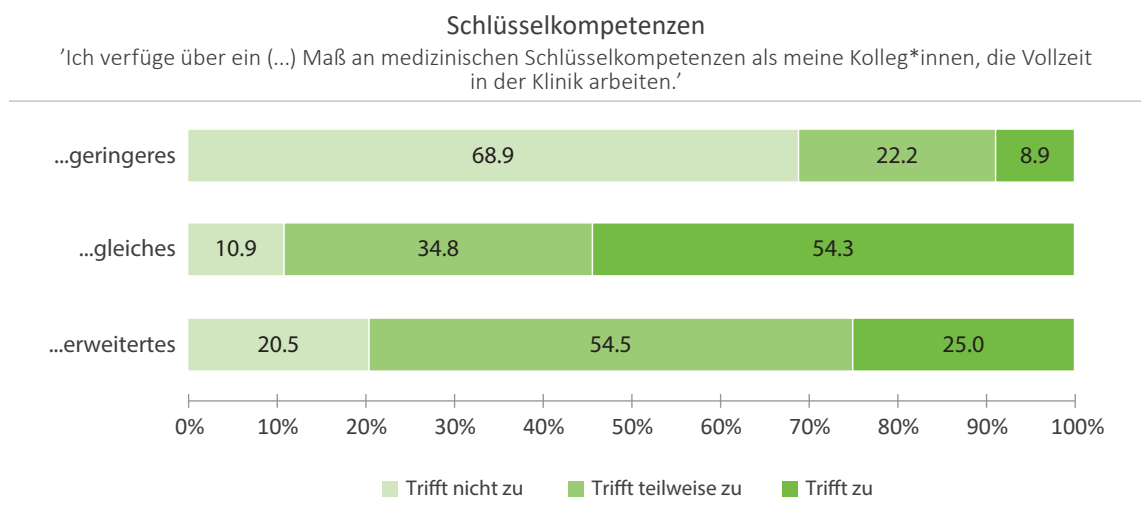
Ferner bewerten 54 Prozent der Befragten den Aspekt „Ich verfüge über ein erweitertes Maß an Schlüsselkompetenzen im Vergleich zu meinen Vollzeit in der Klinik tätigen Kolleg*innen“ als „teilweise zutreffend“ und ein Viertel (25 %) der Befragten als „zutreffend“. Ein Fünftel (21 %) geben an, dass sie

⁴ Siehe dazu die Stellungnahme des Medizinischen Fakultätentags (MFT): „Ein weiteres Problem ist, dass die in den Programmen erkämpften Forschungszeiten von vielen Landesärztekammern nicht in ausreichendem Maße als Weiterbildungszeit anerkannt werden. Die Facharztausbildung verlängert sich für die teilnehmenden Ärzte somit um mehrere Jahre.“ Online unter: <https://medizinische-fakultaeten.de/themen/aktuelle-themen/clinician-scientist-programme/>

nicht der Auffassung sind, über ein erweitertes Maß an Schlüsselkompetenzen im Vergleich zu „Vollzeitkliniker*innen“ zu verfügen.

Die Anerkennung von Forschungszeiten bis zu 18 Monaten im Rahmen des BIH Charité Clinician Scientist Programms durch die Landesärztekammer Berlin wird von vielen Befragten auf Leitungsebene als zentrale Voraussetzung für den Erfolg des Berliner Programms gewertet. Die vorliegenden Befunde der Evaluation leisten einen wichtigen Beitrag zu dieser Diskussion, da sich abzeichnet, dass sich – den Einschätzungen der Befragten zufolge – die Entwicklung von medizinischen Schlüsselkompetenzen durch die zeitliche Reduktion von Klinikzeiten im Rahmen der Facharztweiterbildung nicht negativ auf die Facharztweiterbildung auswirkt. Im Gegenteil, häufig sind die Fellows der Auffassung durch die Integration von Forschung über das eigentliche Maß hinaus gültige Kompetenzen erlangt zu haben, welche insbesondere für die erfolgreiche Translation von maßgeblicher Bedeutung sind.

Abbildung 27: Wahrnehmung des Erwerbs medizinischer Schlüsselkompetenzen im (Junior) Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=49 (nur Fellows)
Notiz: Relative Nennungen ohne 'keine Angabe' oder 'kann ich nicht beurteilen'

8.3 Umgang mit reduzierter Klinikerfahrung

Im Kontext der Entwicklung medizinischer Schlüsselkompetenzen wurde in den Interviews vielfach das Thema „fehlende Klinikerfahrung“ diskutiert. Die Abstriche bei der Klinikerfahrung ergeben sich den Befragten zufolge aus der Reduktion der klinischen Tätigkeit im Rahmen des BIH Charité (J)CSP. Als Referenzpunkt sind dabei die „reguläre“ Facharztweiterbildung ohne Forschungsfreistellung oder der*die Vollzeit in der Klinik tätige Mediziner*in zu sehen. Die Reduktion von Klinikzeiten wird auf der Ebene von (Junior) Clinician Scientists vor allem in den interventionell-operativen Fächern problematisiert, in welcher das Erlernen von routinierten, händischen Fähigkeiten für die Ausübung des Berufes von erheblicher Relevanz ist.

„Das ist gerade in den Fächern, wo man interventionell-operativ tätig ist, wo man ein-
fach die Fähigkeiten, die händischen Fähigkeiten, auch erlernen muss, eher was Hem-
mendes.“ (JCS, diagnostisch, männlich).

„Da glaube ich sogar, sind die Leute, die das 100 Prozent machen und nur das, besser
als die, die es nur Teilzeit machen. Es gibt Sachen, da zählt Routine. [...] Wie gesagt,
das ist jetzt nicht die Spezialforschung, aber die großen Sachen, Bluthochdruck, Diabetes,
all dieses Feintuning, wie reagiert man auf Tabletten, da, glaube ich, kommt man doch an

Bereiche, die, die es häufig machen, sind besser als die, die es ab und zu machen. Und für diese „Wald- und Wiesenmedizin“, sprich, man hat einen Unfall, die unkomplizierten Brüche, Leistenbrüche, Blinddarm, all diese Sachen, dafür braucht man nicht speziell Clinician Scientists.“ (Clinician Scientist, Cluster: operativ, weiblich).

Darüber hinaus signalisiert die Leitungsebene, dass Vollzeit in der Klinik tätige Mediziner*innen für den Klinikalltag und die Patientenversorgung von großer Bedeutung sind, weil sie eine „größere Expertise“ in der klinischen Tätigkeit aufweisen und zugleich eine klinische Ausbildungsfunktion für die (Junior) Clinician Scientists übernehmen.

” Den überwiegend am Krankenbett tätigen Arzt und Ärzte, Ärztinnen braucht man natürlich genauso. Und die müssen natürlich genauso wertgeschätzt werden. Weil sie ja auch meistens dadurch, dass sie eben überwiegend klinisch tätig sind, auch die größere Expertise haben. Und da dann auch zum Teil für die Clinician Scientists die Ausbildungsfunktion übernehmen.“ (Klinikleitung, Cluster: hybrid, weiblich).

Die Reduktion von Klinikzeiten wirkt sich eher in den interventionell-operativen Fächern problematisch aus und wird als „fehlend“ wahrgenommen, weil in diesen Fächern das Erlernen von routinierten, händischen Fähigkeiten für die Ausübung des Berufes von erheblicher Relevanz ist. Zudem kann aus der Perspektive der Klinik, die Reduktion von Klinikzeiten als problematisch wahrgenommen werden, wenn durch die „fehlende Klinikerfahrung“ Expertisen verloren gehen, die zugleich wichtig für eine fachlich adäquate Qualifizierung von (Junior) Clinician Scientists ist. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Beurteilung einer „fehlenden“ Erfahrung bei den Befragten dadurch generiert wird, dass die Bewertungsfolie – also das gegenwärtige „Normalklinikmodell“ – der/die Vollzeit in der Klinik tätige Mediziner*in ist.

9 Arbeits- und Forschungsumfeld

In welchem Arbeits- und Forschungsumfeld sind die (Junior) Clinician Scientists tätig? Ist ausreichend Infrastruktur für Forschung, aber auch Verständnis für die Position als (Junior) Clinician Scientist vorhanden? Durch welches Maß an Interdisziplinarität und Heterogenität zeichnet sich das Forschungsumfeld der (Junior) Clinician Scientists im BIH Charité (J)CSP aus?

9.1 Direktes Arbeitsumfeld

48 (Junior) Clinician Scientists (ohne Alumni) wurden nach spezifischen Bedingungen ihres Arbeitsumfeldes gefragt. Es ist davon auszugehen, dass sich a) eine ausreichend vorhandene Forschungsinfrastruktur, b) Verständnis für die Position als (Junior) Clinician Scientist als auch c) die Möglichkeit auf die Expertise aus anderen Fachbereichen zurückgreifen zu können, positiv auf die Entfaltung und Entwicklung des Clinician Scientist Rollenprofils auswirken.

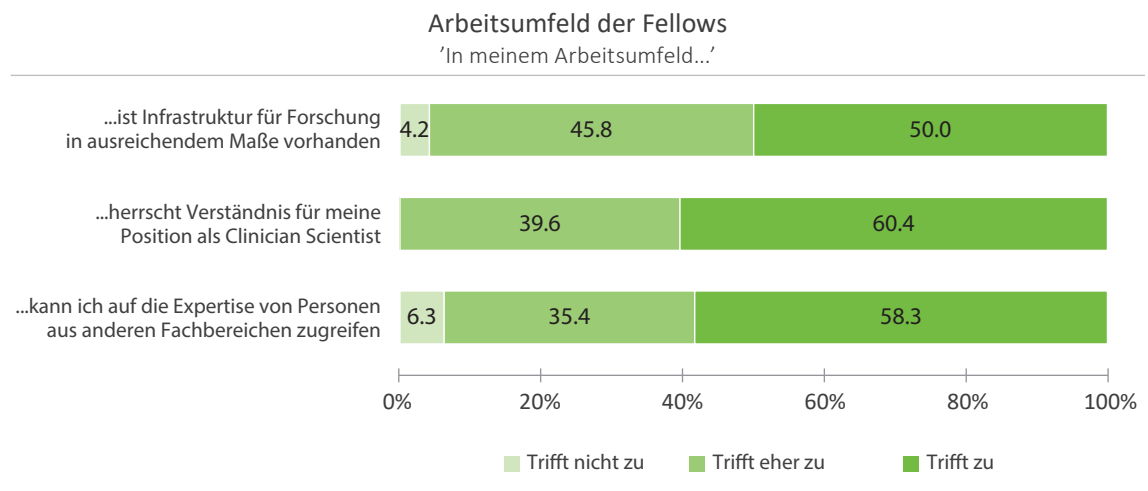
In unserer Befragung geben 50 Prozent der (Junior) Clinician Scientists an, dass die Aussage „Infrastruktur für Forschung ist in ausreichendem Maße vorhanden“ auf ihr Arbeitsumfeld zutrifft. 46 Prozent geben ferner an, dass diese Aussage bezogen auf ihr Arbeitsumfeld „eher zutrifft“. Lediglich 4 Prozent sind der Auffassung, dass die Aussage auf ihr Arbeitsumfeld „nicht zutrifft“.

Den Aspekt „Verständnis für die eigene Position als Clinician Scientist“ finden 60 Prozent der Befragten „zutreffend“ und 40 Prozent „eher zutreffend“. Keine der befragten Personen ist der Meinung, dass es in ihrem Arbeitsumfeld an Verständnis für ihre Position als (Junior) Clinician Scientist mangelt.

58 Prozent der Befragten sind ferner der Meinung, dass das „Zugreifen auf die Expertisen von Personen aus anderen Fachbereichen“ auf ihr Arbeitsumfeld „zutrifft“, 35 Prozent finden diesen Aspekt immerhin noch „eher zutreffend“. 6 Prozent geben an, dass dieser Aspekt „nicht zutrifft“.

Wir schlussfolgern aus den Ergebnissen, dass sich die (Junior) Clinician Scientists in einer Arbeitsumgebung befinden, die der Rolle und Qualifizierung von (Junior) Clinician Scientists zuträglich ist.

Abbildung 28: Wahrnehmung des Arbeitsumfelds im (Junior) Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=48 (nur Fellows)

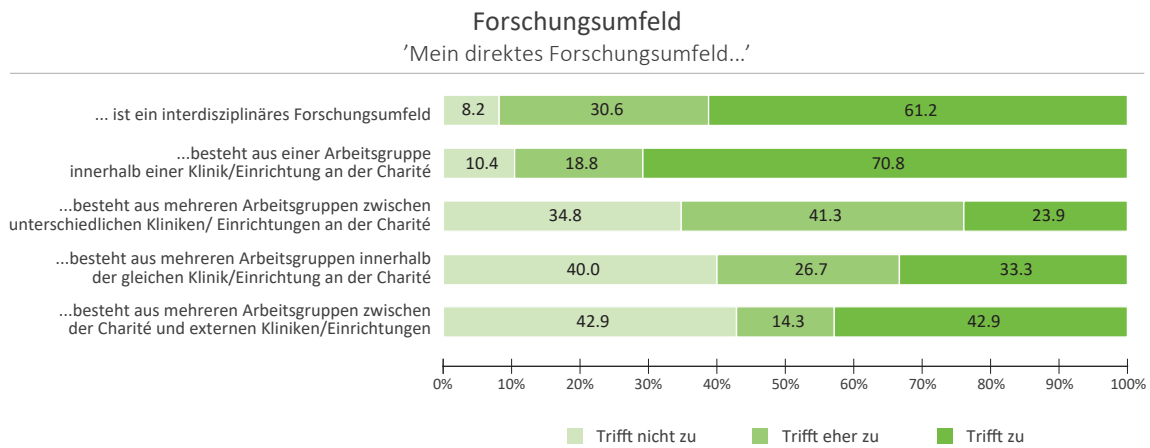
9.2 Interdisziplinarität des Forschungsumfeldes

Interdisziplinarität wird hohes Innovationspotenzial zugeschrieben. Dem „Barometer für die Wissenschaft“ zufolge sind interdisziplinäre wissenschaftliche Kooperationen deutlich seltener als fachinterne Kooperationen, wobei die Medizin mit einem Anteil an 45 Prozent interdisziplinärer Kooperationen positiv hervorsteht (Ambrasat/Heger 2020: 30). Wir haben 49 (Junior) Clinician Scientists (ohne Alumni) nach der Interdisziplinarität und Heterogenität ihres direkten Forschungsumfeldes gefragt. Zusammengefasst bekunden 92 Prozent der befragten (Junior) Clinician Scientists anhand der Antwortkategorien „zutreffend“ und „eher zutreffend“, dass sie in einem „interdisziplinären Forschungsumfeld“ arbeiten und liegen damit weit über dem Durchschnitt in der Medizin.

Zusätzlich wurde das Ausmaß an Heterogenität im Arbeitszusammenhang der Clinician Scientists erhoben. 90 Prozent der befragten (Junior) Clinician Scientists werten den Umstand, dass ihr Forschungsumfeld aus mindestens einer Arbeitsgruppe „innerhalb einer Klinik/Einrichtung an der Charité“ besteht als (eher) zutreffend. Deutlich weniger Befragte geben jedoch an, dass ihr direktes Forschungsumfeld entweder aus „mehreren Arbeitsgruppen zwischen unterschiedlichen Kliniken/Einrichtung an der Charité“ (65 %), „mehreren Arbeitsgruppen innerhalb der gleichen Klinik/Einrichtung an der Charité“ (60 %) oder aus „mehreren Arbeitsgruppen zwischen der Charité und externen Kliniken/Einrichtungen“ (57 %) besteht. Die Zusammenarbeit findet somit häufiger in derselben Arbeitsgruppe und weniger über verschiedene Arbeitsgruppen statt.

Betrachtet man die Antwortkategorie „trifft eher zu“ nochmals gesondert und schließt diese bei der Beurteilung der Daten dezidiert aus, zeigt sich, dass die Befragten häufiger mit externen Arbeitsgruppen kooperieren als mit Charité-internen Arbeitsgruppen. Demzufolge bilden die (Junior) Clinician Scientists eine Brückenfunktion nach außen über die Grenzen der Charité hinaus.

Abbildung 29: Wahrnehmung des Forschungsumfelds im (Junior) Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=49 (nur Fellows)
 Notiz: Wegen zu kleiner Fallzahl ohne 'keine Angabe'

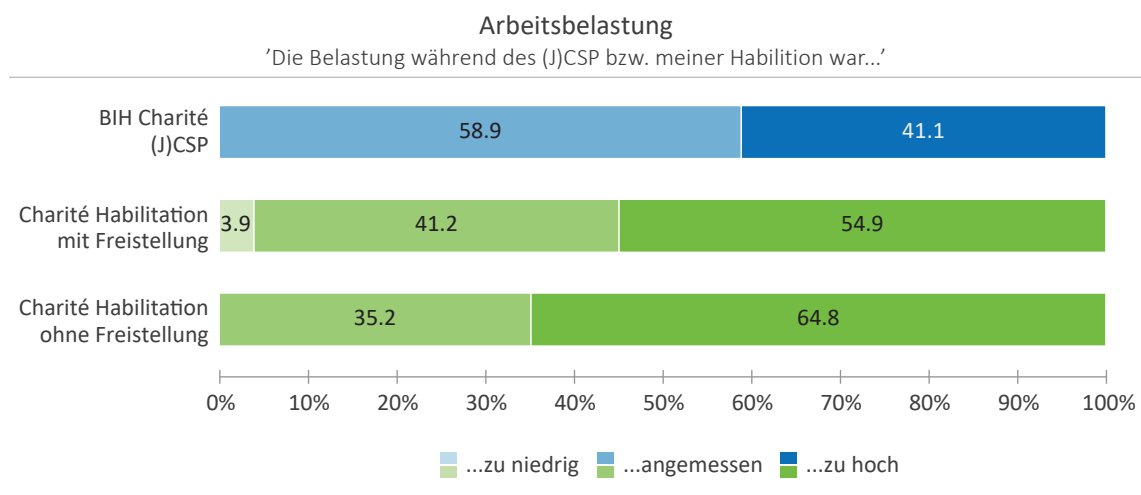
10 Arbeitsbelastung und Familienfreundlichkeit

10.1 Wahrnehmung Arbeitsbelastung

Die subjektiv wahrgenommene Arbeitsbelastung ist entscheidend für die Beurteilung der Forschungsbedingungen. Wir befragten 90 (Junior) Clinician Scientists sowie 51 Kliniker*innen mit finanzierten Forschungsanteilen und 91 ohne Freistellung an der Charité dazu, inwiefern Programmstrukturen dazu beitragen können, die Arbeitsbelastung zu verringern.

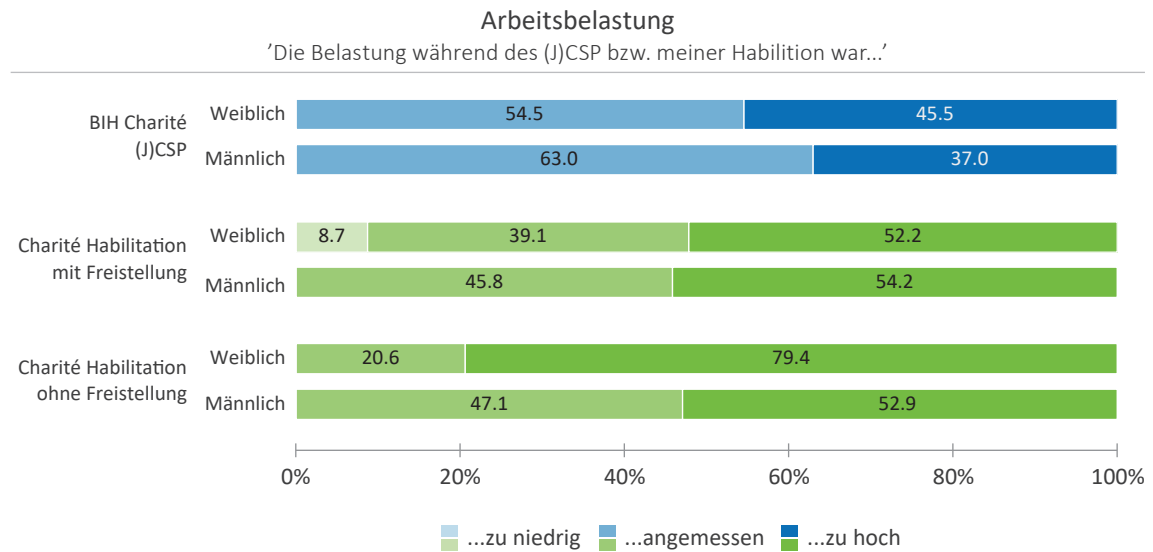
Die Ergebnisse der Befragung illustrieren, dass die subjektiv wahrgenommene Arbeitsbelastung umso geringer ausfällt, desto besser die Forschungsbedingungen strukturiert und formalisiert sind. Entsprechend empfinden mehr als die Hälfte der befragten (Junior) Clinician Scientists die Arbeitsbelastung als angemessen (59 %). Bei den Befragten in der Kontrollgruppe mit Forschungsfreistellung sind es noch 41 Prozent und bei den Befragten in der Kontrollgruppe ohne Freistellung sagt nur noch ca. ein Drittel (35 %), dass die Arbeitsbelastung angemessen ist. In dieser letzten Gruppe geben also zwei Drittel der Befragten (65 %) an, eine zu hohe Arbeitsbelastung zu erfahren, bei den Freigestellten erfahren knapp 55 Prozent und bei den (Junior) Clinician Scientists nur 41 Prozent die Arbeitsbelastung als zu hoch.

Abbildung 30: Wahrnehmung der Arbeitsbelastung im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung



Von guten Forschungsbedingungen und angemessener Arbeitsbelastung profitieren beide Geschlechtergruppen gleichermaßen. Im Vergleich: schlechtere Forschungsbedingungen (ohne Freistellung) wirken sich hingegen stärker bei den weiblichen Befragten aus und führen bei diesen zu einer höheren subjektiven Arbeitsbelastung: 79 Prozent der weiblichen Befragten ohne Freistellung geben an, eine zu hohe Arbeitsbelastung zu erfahren. Dies sagen lediglich 53 Prozent der männlichen Befragten. Dieser Effekt kann dadurch erklärt werden, dass Frauen immer noch zu großen Teilen die Kinderbetreuung übernehmen und dadurch, anders als ihre männlichen Kollegen, eine zusätzliche Belastung erfahren.

Abbildung 31: Wahrnehmung der Arbeitsbelastung differenziert nach Geschlecht im Vergleich (Junior) Clinician Scientist Programm und Charité Habilitation mit und ohne Freistellung



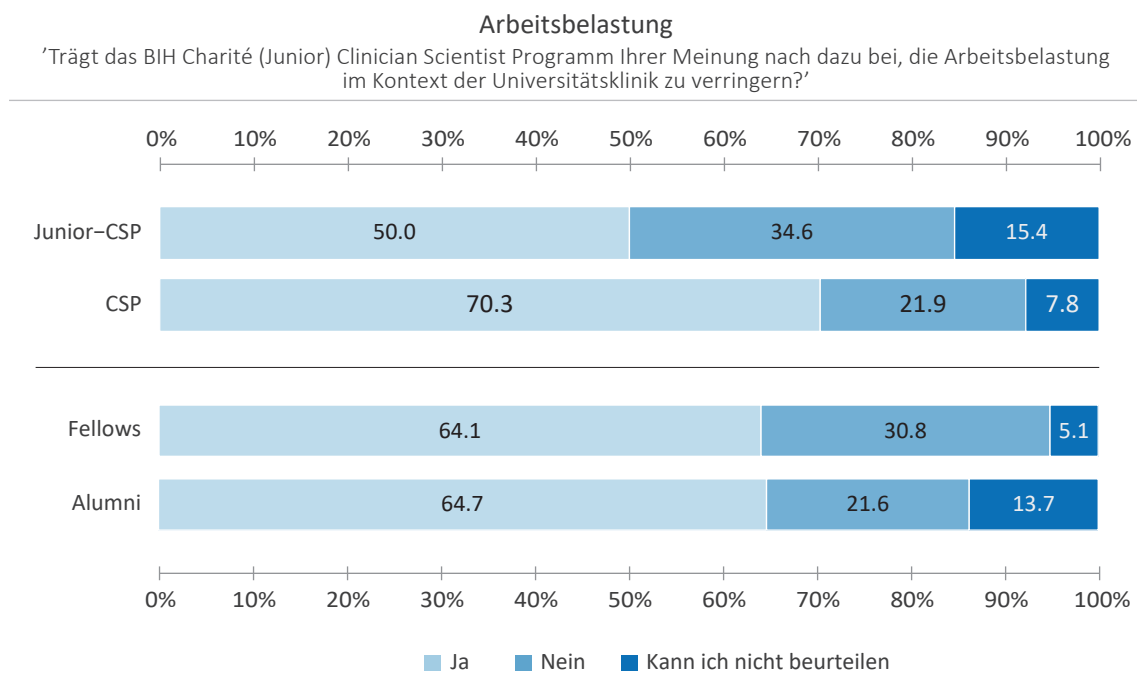
Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, (J)CSP N=87
Charité Habilitation mit Freistellung N=47, ohne Freistellung N=85
Notiz: Wegen zu kleiner Fallzahl ohne 'divers' oder 'keine Angabe'

10.2 Einfluss (J)CSP auf die individuelle Arbeitsbelastung

Um sicherzugehen zu können, dass sich die Programmförderung positiv auf die Arbeitsbelastung auswirkt, haben wir 90 (Junior) Clinician Scientists gefragt, ob und ggf. wie das BIH Charité (J)CSP dazu beiträgt, die Arbeitsbelastung im Kontext der Universitätsmedizin zu verringern.

70 Prozent der befragten CSP-Fellows sind der Auffassung, dass sich das Programm positiv auf die Arbeitsbelastung auswirkt und eine Reduktion der Belastung bewirkt. Bei den Junior-CSP-Fellows geben dies immerhin noch die Hälfte der Befragten (50%) an. Nur kleine Anteile sind der Auffassung, dass das Programm nicht zu einer Entlastung führt. Ein höherer Anteil an Forschungsfreistellung führt demnach zu einer höheren subjektiven Arbeitsentlastung seitens der Befragten.

Abbildung 32: Wahrnehmung von Reduktion der Arbeitsbelastung durch Programm im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm sowie Fellows und Alumni



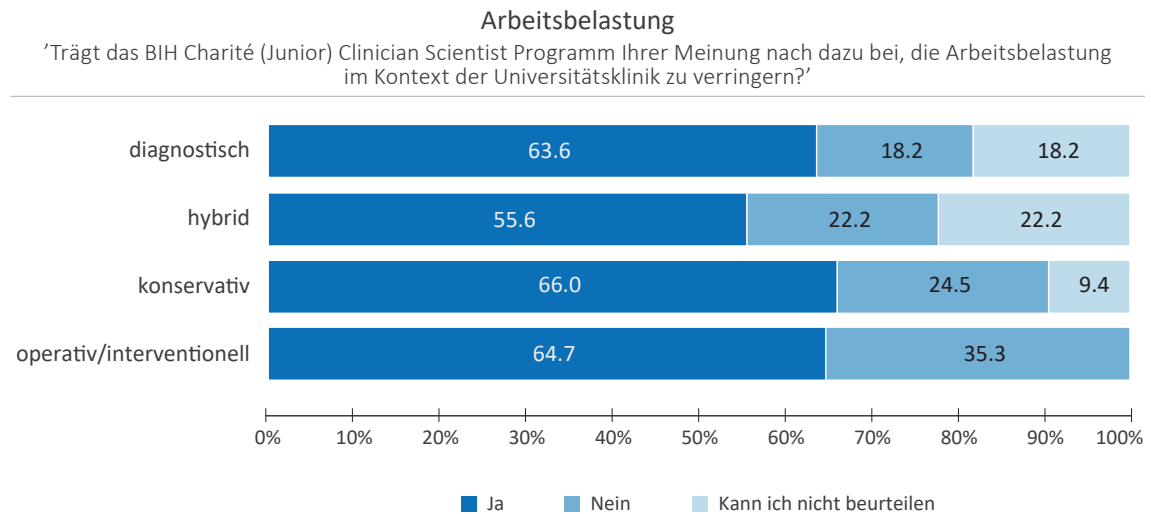
Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=90

Differenziert nach den Vergleichsgruppen Fellows und Alumni zeigt sich, dass die Alumni des (J)CSP deutlich seltener angeben, dass das Programm nicht zu einer Reduktion der Arbeitsbelastung beiträgt (22 %) als die befragten Fellows (31 %). Hinsichtlich der positiven Einschätzung zeigen sich keine wesentlichen Differenzen zwischen diesen Vergleichsgruppen. Hier stellt sich die Frage, ob an dieser Stelle die Retrospektive möglicherweise zu der positiveren Bewertungsdifferenz führt.

Gibt es Bereiche, auf die sich die Programmstrukturen häufiger positiv auswirken? Eine Differenzierung nach den Clustern von Fachbereichen macht deutlich, dass über alle vier Cluster hinweg mindestens die Hälfte der befragten (Junior) Clinician Scientists angeben, dass das Programm eine Reduktion der Arbeitsbelastung bewirkt.

Im Cluster „operativ/interventionell“ geben die meisten Befragten (35 %) an, dass das Programm nicht zu einer Entlastung führe, gefolgt von dem Bereich „konservativ“ (25 %), „hybrid“ (22 %) und „diagnostisch“ (18 %). Die befragten (Junior) Clinician Scientists im Cluster „operativ/interventionell“ scheinen hinsichtlich der wahrgenommenen Arbeitsbelastung am wenigsten von den Programmstrukturen zu profitieren.

Abbildung 33: Wahrnehmung von Reduktion der Arbeitsbelastung durch Programm differenziert nach Cluster im (Junior) Clinician Scientist Programm



10.3 Ursachen für die hohe Arbeitsbelastung in der Universitätsmedizin

Was bedingt eine zu hohe Arbeitsbelastung bei jenen Befragten, deren Forschungsanteile nicht durch die Strukturen des BIH Charité (J)CSP gesichert sind? Wir haben die Personen in der Kontrollgruppe Charité Habilitation in einer offenen Frage im Rahmen des Online-Surveys nach den zentralen Belastungsfaktoren gefragt. Unabhängig davon, ob sie über eine Forschungsfreistellung verfügen oder nicht, sind die häufigsten genannten Gründe für eine zu hohe Arbeitsbelastung aus der Befragungsgruppe Charité Habilitation:

- (1) Personalmangel: „Personalmangel“, „schlechter Personalschlüssel“, „Zunahme der Fallzahlen, Personalmangel auch in den nicht-ärztlichen Bereichen, mehr junge als erfahrene Kollegen“ (Charité Habilitation).
- (2) Hohe administrative Hürden in Forschung und Klinik: „Verlagerung von administrativen Aufgaben zu Lasten der Kliniker und Forscher“, „Übernahme administrativer Tätigkeiten durch Ärzte (Befundauskunft, QM etc.)“ (Charité Habilitation).
- (3) Feierabendforschung: „Die doppelte Belastung durch Forschung und Versorgung ohne Abgrenzungen im Alltag führt zu einer Verlagerung der Aufgaben in die Freizeit“ (Charité Habilitation).
- (4) Unzureichende Unterstützungsstrukturen für Forschung: „Es bleibt einem völlig selbst überlassen, ob und wie man sich Zeiten und Ressourcen für Forschung im Rahmen der Habilitation organisiert, viele schaffen es auch gar nicht. Am Ende ist die einzige Ressource, aus der man noch schöpfen kann, die eigene Freizeit und / oder Gesundheit“ (Charité Habilitation).

Ein wichtiger Faktor für Befragte aus der Gruppe Charité Habilitation ohne Freistellung ist, dass es eben keine Freistellung für die Habilitation gibt.

” Ich habe meine Habilitation parallel zu einer 100% - 120% klinischen Tätigkeit (ohne Freistellung für Forschung) durchgeführt, so dass die Forschung in der Freizeit und in den Urlauben stattfand, bzw. wenn ich Forschung während der regulären Arbeitszeit gemacht habe, musste die nicht erledigte klinische Arbeit dann in der Freizeit/ in den Urlauben erfolgen. Die hohe Arbeitsbelastung resultiert somit schlicht und ergreifend aus einem sehr umfangreichen klinischen „Pflichtprogramm“ (Charité Habilitation ohne Freistellung).

Es gibt strukturelle Belastungsfaktoren in der Universitätsklinik, die alle befragten Ärzt*innen unabhängig von ihrer Forschungsfördersituation betreffen. Das BIH Charité (J)CSP kann nicht sämtliche strukturbedingten Belastungsursachen abfangen. Das zeigt sich darin, dass wie die Befragten der Kontrollgruppe Charité Habilitation auch die befragten (Junior) Clinician Scientists angeben, dass der Personalmangel in der Klinik hohe Arbeitsbelastung bedingt (vgl. 4.2). Allerdings schafft das Programm wesentliche Entlastungselemente für die (Junior) Clinician Scientists: Die Programmstrukturen verhindern Feierabendforschung nicht gänzlich, reduzieren diese jedoch maßgeblich und schaffen ein Akzeptanzklima, in welchem Forschung als wesentlicher Bestandteil der Arbeit anerkannt wird (vgl. 4.5). Darüber hinaus leistet das Programm wichtige Unterstützungsstrukturen für die Forschung, auf die die Befragten in der Kontrollgruppe nicht in der Form zurückgreifen können. Und das Wichtigste: Das BIH Charité (J)CSP bietet eine geregelte Forschungsfreistellung.

10.4 Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Generell wird das Programm von den Befragten als familienfreundlich empfunden. Positiv wird hervorgehoben, dass Familiengründung, Mutterschutz und Elternzeiten mit viel Offenheit und Unterstützungsbereitschaft von Seiten der Programmleitung begegnet werden.

„Ein Punkt, bei dem das Programm sehr gut ist, sind eben Elternzeiten, wenn man die Elternzeitstatistiken sieht.“ (CS, Cluster: hybrid, männlich).

„Elternzeit, also das muss man sagen. Das Clinician Scientist Programm ist richtig gut dabei. Wenn sie dann 14 Monate Pause machen, dann sagt niemand was. Also es wird nur positiv gesehen, wenn jemand schwanger ist und so weiter. Und man muss sagen, es gibt andere Szenarien, wenn Geld gegeben wird und jemand schwanger wird, dann kommt Ärger. Also ich hatte das auch schon. Natürlich sagt das niemand so. Aber man muss schon sagen, es gibt andere Chefs, die dann vielleicht nicht so begeistert sind, dass die Kollegin oder die Mitarbeiterin schwanger geworden ist. [...] In diesem Fall, bei dem Clinician Scientist Programm, ist das anders. Also tatsächlich bekommen die Frauen da Unterstützung.“ (CS, Cluster: hybrid, weiblich).

Besonders im Vergleich zu Eindrücken aus der Klinik zeichnet sich in den Äußerungen der Befragten ab, dass sie rund um das Thema Familiengründung und Elternzeit im (J)CSP deutlich weniger Vorbehalten begegnen, als sie es bei einer Vollzeitklinikätigkeit erwarten, oder direkt bzw. mittelbar erlebt haben.

Darüber hinaus wird die Frage nach der Familienfreundlichkeit des Programms auch unter dem Gesichtspunkt thematisiert, dass diese im Frauen-Mentoring Programm noch weiterentwickelt, begleitet und auch mit Blick auf die Einbindung aller Geschlechter ausgebaut werden könnte.

„Auch die Karriereplanung als Frau, wie geht man mit der Reduktion um, wie plant man den nächsten Karriereschritt – ich finde, das könnte eine viel größere Rolle einnehmen – und das fände ich sinnvoll. Gerade auch, weil ja auch viele Männer drin sind in dem Programm, die auch Kinder haben, und die müsste man ja gerade mit gewinnen, dass eben auch denen mal ein halbes Jahr Elternzeit und nicht immer nur zwei, drei Monate ermöglicht werden. Und dass man in der Charité mal so ein Klima von Gleichberechtigung schafft, was hier wirklich nicht vorhanden ist.“ (CS, Cluster: konservativ, weiblich).

Dabei wird die nach wie vor konventions- und erwartungsbedingte Ungleichverteilung der Elternzeit auf die Geschlechter, die sich auch durch das Programm zu ziehen scheint, als problematisch gesehen und hier wird Verbesserungspotential identifiziert:

„Es ist halt immer noch eine klare Umverteilung zwischen Frauen und Männer, wie viel Forschungs- oder wie viel Elternzeit man nimmt. Weil wir immer noch ein sehr,

sehr klassisches Familienbild haben, dass die Frau zu Hause bleibt und der Mann arbeiten geht. Ich meine, dass die Frau länger zu Hause bleibt, ist ja doch noch relativ selbstverständlich. Und, dass wenn natürlich ein Partner Arzt ist, er natürlich wahrscheinlich eher der Besserverdienende ist, und das natürlich auch eine finanzielle Situation ist. Aber ich finde, dass sich ja teilweise auch Forschung gar nicht so schlecht verträgt mit Elternzeit. Also ich hatte in meiner Elternzeit eine Zwanzig-Prozent-Stelle zur Forschung, sodass ich eben schon noch was nebenbei machen konnte. Und das fand ich schon sehr, sehr attraktiv, dass es diese Möglichkeit gab, dass man eben nicht ganz raus ist. Trotzdem ist es auch noch schwierig, längere Elternzeiten zu verkaufen.“ (CS, Cluster: hybrid, männlich).

Viele Befragte schildern, dass die Forschungszeiten tendenziell leichter an familienintensive Zeiten anzupassen und beispielsweise mit Elternzeiten zu verbinden sind. Im Vergleich zu einer Vollzeitklinikstelle empfinden einige befragte Clinician Scientists die geteilte Stellenkonstellation mit 50 Prozent Forschungs- und 50 Prozent Klinikzeit mit Blick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Vorteil.

” Viele meiner Forschungstage habe ich genommen als ich schwanger geworden bin, weil da ziemlich viele Tierversuche gelaufen sind. Und das war dann relativ unproblematisch.“ (CS, Cluster: hybrid, weiblich).

Darüber hinaus werden Anliegen formuliert, dass programminterne Termine zu familienfreundlichen Zeiten wünschenswert sind, wobei auch ein Bewusstsein für die Schwierigkeit der Terminkoordination vieler Ärzt*innen zu den Kernarbeitszeiten geäußert wird.

Zudem lässt sich bisweilen in der Forschungsarbeit flexibler auf unvorhergesehene Klinikkonstellationen reagieren, beispielsweise derart, dass sich die Forschungsarbeit gut zur Kompensation eignet, wenn die klinische Weiterbildung zeitweilig bspw. durch verzögerte Rotationen verlangsamt ist und Routine-Arbeiten dominieren.

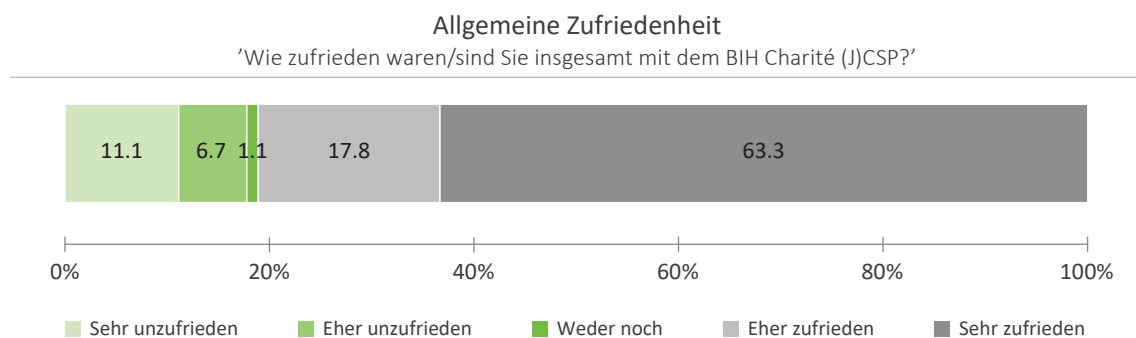
” Zum Beispiel: ich wollte gerne länger auf der Stelle gewesen sein, wo ich auch viele Patienten sehe. Und dann stand dem aber auch entgegen, privat, dass ich gesagt habe: „Ich gehe in Elternzeit.“ Dann war das kürzer als ich dachte. Als ich wieder kam war eigentlich geplant, dass ich wieder auf die Stelle gehe. Das hat dann aber nicht geklappt. Und dann kann man entweder sagen: „Ah so ein Scheiß. Jetzt habe ich meine Traumposition nicht gefunden.“ Oder man überlegt nüchtern: „Was bedeutete das jetzt? Gut, Klinik habe ich jetzt nicht. Dann kommt mir aber auch das nicht in die Quere, wenn ich jetzt für das nächste halbe Jahr sage, ich pushe, dass ich zwei Paper schreibe.“ Und dann ist das okay.“ (JCS, Cluster: diagnostisch, männlich).

In der Bilanz scheint die Kombination von Forschung und Klinik für die Eltern den Spielraum der Kombinatorik zu erweitern, um für die jeweilige Phase familien-, betreuungs- und arbeitsadäquate Lösungen zu finden. Jedoch nur unter der Voraussetzung, dass in dem jeweiligen medizinischen Bereich die vertraglich geregelten Anteile von Forschung und Klinik auch eingehalten werden, ohne zu Lasten der Facharztweiterbildung oder der Forschungsvorhaben zu gehen.

11 Zufriedenheit mit dem BIH Charité (J)CSP

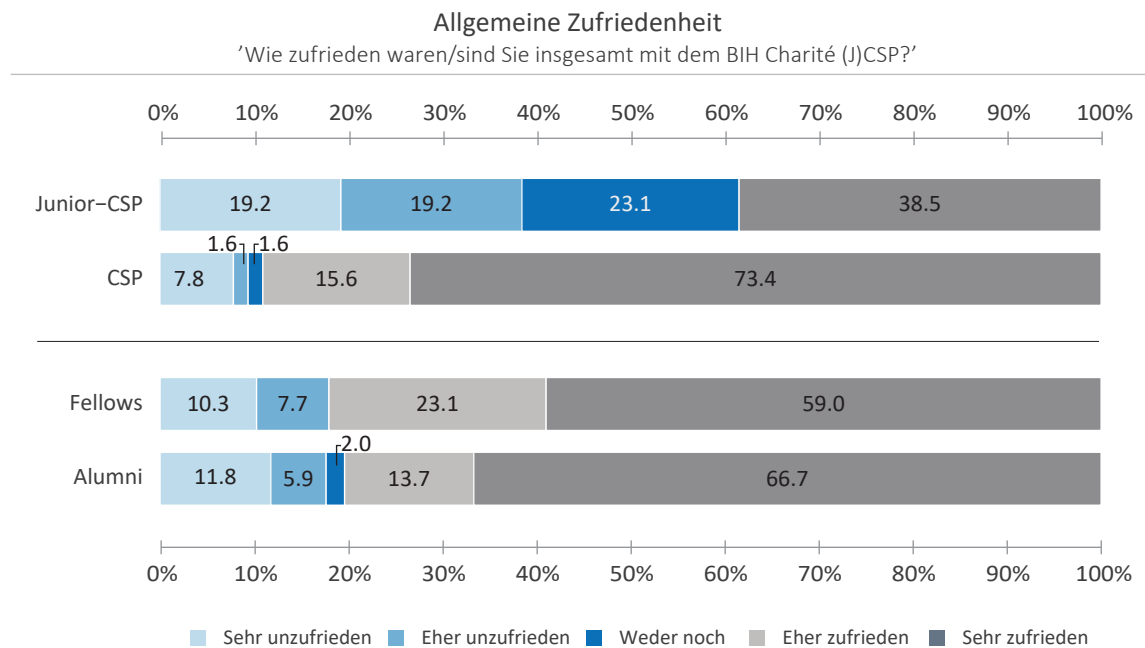
Die Zufriedenheit mit dem BIH Charité (J)CSP ist unter den 90 befragten (Junior) Clinician Scientists sehr hoch. Insgesamt 81 Prozent der Befragten sind entweder „sehr zufrieden“ (63 %) oder „eher zufrieden“ (18 %) mit dem BIH Charité (J)CSP. Lediglich 18 Prozent der Befragten geben an, „eher unzufrieden“ (7 %) oder „sehr unzufrieden“ (11 %) damit zu sein.

Abbildung 34: Allgemeine Zufriedenheit im (Junior) Clinician Scientist Programm



Bei dem Vergleich von Junior CSP und CSP werden die höchsten Zufriedenheitswerte von den Personen im CSP erreicht. 73 Prozent der befragten Clinician Scientists geben an, insgesamt „sehr zufrieden“ mit dem Programm zu sein. Ferner sind 16 Prozent immerhin noch „eher zufrieden“. Kleinere Anteile von Programmgeförderten sind „weder noch“ (2 %), „eher“ (2 %) oder „gar nicht zufrieden“ (8 %). Die Junior Clinician Scientists sind mit einem Anteil von 39 Prozent jedoch deutlich seltener „sehr zufrieden“ als ihre Kolleg*innen im CSP. Entsprechend findet sich eine höhere Anzahl an Befragten im Junior CSP, die „eher unzufrieden“ (19 %) oder „sehr unzufrieden“ (19 %) sind: zusammengenommen machen im Junior CSP die tendenziell Unzufriedenen 38 Prozent aus.

Abbildung 35: Allgemeine Zufriedenheit im Vergleich Junior Clinician Scientist Programm und Clinician Scientist Programm sowie Fellows und Alumni

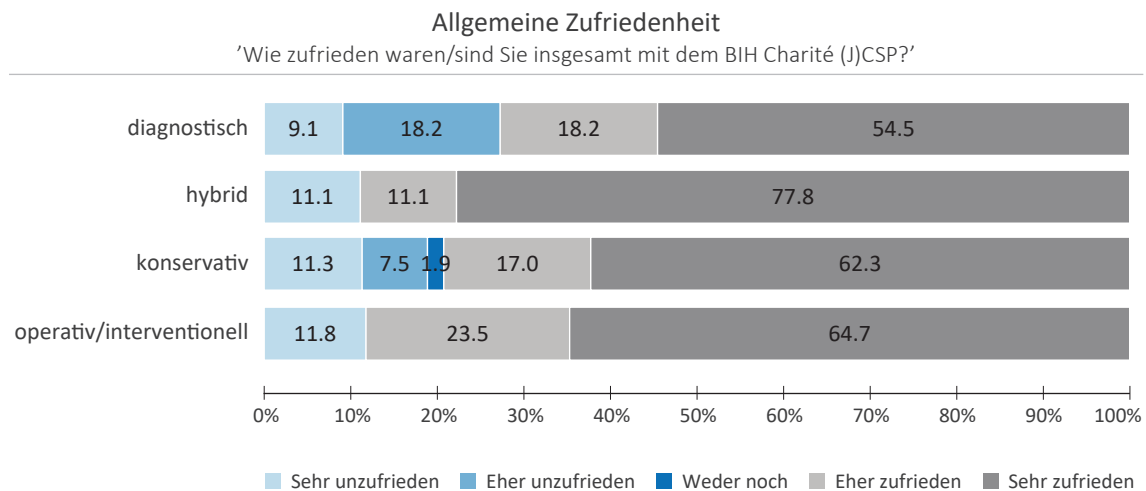


Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=90

Eine Differenzierung nach den beiden Vergleichsgruppen von Fellows und Alumni zeigt, dass Alumni (67 %) etwas häufiger angeben, insgesamt „sehr zufrieden“ mit dem BIH Charité (J)CSP zu sein als die Fellows (59 %). Dieser Wert könnte jedoch durch die Retrospektive bedingt sein, die die Alumni einnehmen. 14 Prozent der Alumni geben ferner an „eher zufrieden“ zu sein, im Vergleich dazu sind es bei den Fellows 23 Prozent. Ein kleiner Anteil an Alumni antwortet „weder noch“ (2 %) und zusammengekommen geben 18 Prozent der Befragten an „eher oder sehr unzufrieden“ zu sein. Ebenso geben 18 Prozent der Fellows an, „eher oder sehr unzufrieden“ mit dem Programm zu sein.

Eine Differenzierung der allgemeinen Zufriedenheit nach den Clustern zeigt, dass das Cluster „hybrid“ mit 78 Prozent den höchsten Anteil an Befragten aufweist, die „sehr zufrieden“ mit dem Programm sind. Im Cluster „operativ/interventionell“ sind noch 65 Prozent und im Cluster „konservativ“ 62 Prozent „sehr zufrieden“. Im Cluster „diagnostisch“ sind im Vergleich nur noch 55 Prozent der Befragten „sehr zufrieden“. In den Clustern „diagnostisch“ (18 %) und „konservativ“ (8 %) finden sich ferner Befragte, die angeben lediglich „eher zufrieden“ zu sein. Hingegen sind nur kleinere Anteile insgesamt mit dem Programm „sehr unzufrieden“: Dies trifft auf 9 Prozent der Befragten im Cluster „diagnostisch“, auf 11 Prozent im Cluster „hybrid“ und „konservativ“ und auf 12 Prozent im Cluster „operativ/interventionell“ zu.

Abbildung 36: Allgemeine Zufriedenheit differenziert nach Cluster im (Junior) Clinician Scientist Programm



Quelle: DZHW BIH Charité Clinician Scientist Programmevaluation 2020, N=90

Die Zufriedenheitswerte im BIH Charité (J)CSP sind also über alle internen Differenzierungen hinweg als hoch einzustufen. Dazu passt der Befund, dass alle befragten (Junior) Clinician Scientists bejahend auf die Frage geantwortet haben, ob sie sich noch einmal für das BIH Charité (J)CSP entscheiden würden. Trotz vereinzelt bestehender Unzufriedenheiten, insbesondere unter den Junior Clinician Scientists, verweist dies auf eine grundsätzlich positive Haltung der (Junior) Clinician Scientists gegenüber dem Programm. Die höhere Anzahl an unzufriedenen Junior Clinician Scientists hängt den Befunden der Evaluation zufolge mit den zeitlichen Rahmenbedingungen für die Forschung zusammen, die für die JCSP-Fellows in zweifacher Hinsicht restriktiver sind: Sie verfügen mit einer Dauer von zwei Jahren über eine kürzere Förderlaufzeit sowie mit 20 Prozent Freistellung über einen geringeren Umfang an geschützter Forschungszeit im Vergleich zu den Kolleg*innen im CSP. Die Integration und die Erfüllung von Qualitätsansprüchen und -vorstellungen sind bei einer Freistellung von 20 Prozent insgesamt weniger gut zu realisieren als bei einer 50-Prozent-Forschungsfreistellung. Hinzu kommt, dass Junior Clinician Scientists bei Schwierigkeiten, bspw. bei der konsequenten Einhaltung und effektiven Nutzbarkeit ihrer Forschungszeiten, als weniger erfahrene und statusniedrigere Ärzt*innen mitunter erschwerte Bedingungen zur Durchsetzung ihrer Ansprüche haben und besonders stark auf Unterstützung und Schutz von Vorgesetzten angewiesen sind.

12 Virulente Themen: Chancen und Herausforderungen

Das folgende Kapitel präsentiert Aspekte, die sehr häufig und über die verschiedenen Befragungsgruppen und Cluster hinweg thematisiert wurden. Dies betrifft ebenso Aspekte, nach denen nicht direkt im Interviewleitfaden gefragt wurde, die jedoch immer wieder von den Befragten in den Gesprächen aufgegriffen wurden. Diese, in den Interviews identifizierten virulenten Themen können helfen, potenzielle Chancen und Problemstellen zu adressieren, die bisweilen noch nicht in den Untersuchungsfokus geraten sind.

12.1 Die Rolle von Innovationen und Verwertungen

Die (Junior) Clinician Scientists wurden explizit gefragt, welche Rolle Innovation und Verwertung für ihre Forschung spielen. Die Äußerungen zeigen, dass insbesondere der Verwertung eine sekundäre Stellung zukommt. Hauptgrund dafür ist, dass das Patientenwohl auch für die Ausrichtung der Forschung für die (Junior) Clinician Scientists als Ärzt*innen an erster Stelle steht.

” In meiner [Forschung] jetzt tatsächlich nicht so viel, weil es halt viel um Medikamente geht, die quasi schon auf dem Markt sind und da geht es mehr darum zu gucken, ob die ansprechen. Auf der anderen Seite haben wir natürlich Methoden, die einzigartig sind, wo ich jetzt aber nicht so das Potenzial sehe, das irgendwie zu vermarkten oder so. Und ja, also ich tue mich damit auch ein bisschen schwer. Klar, wäre es natürlich schön, wenn man sowas hat. Aber das ist jetzt nicht mein primäres Ziel, irgendwie das zu ökonomisieren. Das primäre Ziel ist schon auch das Patientenwohl. Wenn man das natürlich verknüpfen kann, ist das natürlich optimal. Aber ich würde das eher als untergeordnetes Ziel sehen.“ (CS, Cluster: hybrid, männlich).

In Folge dessen streben (Junior) Clinician Scientists mit ihrer meist translationalen Forschung wissenschaftliche Innovationen an, die auch klinisch relevant sind, d.h. einen „Clinical Need“ bedienen.

” Ich glaube aber schon, am wichtigsten ist einfach, dass man klinischen Bedarf hat.“ (JCS, Cluster: konservativ, männlich).

” Für mich persönlich in dem Bereich gibt es gar nicht so den ökonomischen Anreiz. Eher vielleicht den klinischen Anreiz, dass man Nachsorgeprogramme für Patienten etabliert oder es letztendlich obligat durch die Krankenkasse bezahlt oder gefördert wird, dass jeder Patient eine Nachsorgeuntersuchung bekommt.“ (CS, Cluster: hybrid, weiblich).

Dieser Befund fügt sich zum einen in die Professionsethik der Mediziner*innen ein, zum anderen passt er zu dem, in Universitätskliniken auf ethischer Basis etablierten Vorrangs insbesondere akutmedizinischer Patientenversorgung gegenüber der Forschungstätigkeit. Auch von Seiten einer Klinikleitung ist das Innovationsverständnis eng an den klinischen Bedarf und den Nutzen im klinischen Alltag gekoppelt:

”Dazu kommt, es gibt immer mehr Digitalisierungsmöglichkeiten im Bereich Imaging, also Bildgebung. [...] Wenn wir Computerprogramme haben, die uns da mehr Sicherheit geben in der automatischen Bildauswertung, dann ist das einfach eine frühzeitigere Erkennung und auch eine größere Sicherheit in der Diagnostik. Das ist der andere Bereich, wo sich vieles entwickelt im Moment.“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, weiblich).

Darüber hinaus wird häufig thematisiert, dass Innovation und insbesondere die Verwertung von Forschungsergebnissen einen langen zeitlichen Vorlauf haben. Den Befragten zufolge bahnen die Forschungsarbeiten, die innerhalb von (J)CSP-Projekten durchgeführt werden, Innovationen eher an als sie unmittelbar hervorzubringen. Folglich werden Innovationen bzw. die Innovationspotentiale dieser Projekte in erster Linie in wissenschaftlichen Publikationen verwertet.

”Am Ende ist es ja so, meistens kommt da eine Publikation bei rum. Und dann versucht man es Stück für Stück weiterzuentwickeln. Und es ist ja nicht so, ein Projekt ist gleich eine Unternehmensgründung, sondern es sind häufig viele Projekte, viele Publikationen, die dann einfach alle in dieselbe Richtung zeigen. Und dann kommt es halt irgendwann dazu, dass man sagt: „Okay, das ist jetzt irgendwie ein Signalweg, den man mit der und der Substanz, die man da untersucht hat, adressieren kann.“ Und das könnte man eigentlich auch in größerem Maßstab vielleicht klinisch dann zur Entfaltung bringen.“ (CS, Cluster: operativ, männlich).

Hinzu kommt, dass selbst im Falle konkreter Verwertungsmöglichkeiten und -potentiale, die sich in Folge von Forschung in der Programmlaufzeit ergeben, deren Anbahnung und Durchführung die Laufzeit der (J)CSP bei Weitem überschreiten würde.

„Natürlich könnte man sich vorstellen, dass die Gene, die man findet, später auch als therapeutische Zielmoleküle dienen könnten oder auch als Biomarker oder so etwas. Aber das ist jetzt nicht so kurz- und mittelfristig realisierbar. Das würde eher noch ein bisschen dauern. Aber natürlich, worauf es immer ankommt, ist schon, eine Publikation zu machen, weil das System einfach so organisiert ist. Wenn man nicht publiziert, kann man keine Gelder anwerben, und dann geht das einfach nicht weiter.“ (JCS, Cluster: konservativ, männlich).

Die Breite dessen, was perspektivisch als klinisch relevant erachtet wird, spiegelt sich auch in dem weit aufgefächerten Innovationsverständnis der (Junior) Clinician Scientists wider. Die Konnotationen der Befragten reichen von einem umfassenden Fortschritt im Verstehen der erforschten Zusammenhänge, im Sinne eines vertieften Begreifens, über jegliche Arten der Neuerung, bis hin zu eng gefassteren Verständnissen, bei denen Innovation an einen konkreten Nutzen, bis hin zu einer Anwendung gebunden ist, und sich mitunter in einem spezifischen Produkt manifestiert.

”Innovation ist etwas, womit man weiterkommt. Und im Mikrokosmos meiner Forschung würde das schon bedeuten, einfach die Erkrankungen besser zu verstehen. Wir haben uns eben eine Subgruppe von erkrankten Patienten geschnappt, die wirklich noch unverstanden ist. Und sobald man die besser versteht, finde ich, ist das auch schon ein Schritt in Richtung Innovation. Innovation, weil man dann einfach mehr machen kann für diese Patienten. Es bleibt ja immer noch die Frage, ob wirklich am Ende eine Erkenntnis draus resultiert, die man anwenden, oder die man sich nutzbar machen kann. Aber ich gehe davon aus. Und dann ist das auch Innovation. Einfach besseres Verständnis.“ (JCS, Cluster: konservativ, weiblich).

Unter Innovation wird hier sehr umfassend jeder Fortschritt bei der Kenntnis einer Erkrankung zusammengefasst, der Potential hat, den Patient*innen und ihrer bestmöglichen Versorgung und Behandlung,

bis hin zu ihrer Lebensverlängerung, zu Gute zu kommen. In eine ähnliche Richtung weist das Verständnis von Innovation als Erneuerung.

„Irgendwas noch nicht Dagewesenes oder irgendwas, also was eine Erneuerung bringt.“
 „Im Prinzip ist ja jede Publikation irgendwo eine Innovation, ob es jetzt eine Innovation der Erkenntnis ist, oder eine Technik, die ich entweder verbessere oder eben völlig neu bringe. Deswegen würde ich erstmal vieles als Innovation sehen. Wenn man das jetzt irgendwie einschränkt, dann ist Innovation etwas, entweder ein Stoff oder eine Technik, die es noch gar nicht gab, und die man eben irgendwie zu Geld machen kann, wenn man sie so ganz eng definiert. Aber eigentlich würde ich sagen, eine Innovation ist eigentlich alles, was wir publizieren, da es einfach neue Erkenntnisse bringt, und damit ja auch irgendwo eine Innovation ist.“ (CS, Cluster: hybrid, männlich).

Mehrere Befragte erläutern, dass Innovation nicht zwingend an Nutzen gebunden ist.

„Ich glaube schon, dass sie was nutzen muss. Die Frage ist, ob man den Nutzen immer sofort erkennt. Weil es ja viele Dinge gibt, wo man erst im Nachhinein wirklich den Nutzen erkennt. Und alleine, dass man eine Erkenntnis, eine neue Erkenntnis hat, auch wo der Nutzen noch nicht ganz klar ist, kann natürlich trotzdem eine Innovation sein.“ (CS, Cluster: hybrid, männlich).

Andere betonen in Abgrenzung zur Grundlagenforschung, dass sie unter Innovation nicht jeglichen Kenntnisszuwachs verstehen, sondern diese als gezielte Problemlösung begreifen.

„Innovation ist, denke ich, schon *gezielt*. Also die Idee, dass man irgendwo einen Bedarf sieht und den dann durch eine Innovation sozusagen deckt. Also die *gezielte* Forschung. Nicht so sehr, dass man erstmal was probiert und dann eben im wirklichen Bereich der absoluten Grundlagenforschung dann etwas entdeckt und dann die Idee hat, was kann man eigentlich damit anfangen, irgendein Mechanismus oder ähnliches. Das ist natürlich alles innovativ, aber Innovation ist, glaube ich, jetzt in unserem Zusammenhang schon zielgerichtet auf ein Problem A. Und man hat jetzt Lösung B und das ist dann die Innovation in dem Sinne.“ (JCS, Cluster: diagnostisch, männlich).

Die Unterscheidungen der Befragten liegen zwischen einem eng gefassten Verständnis von Innovation als Substantiv und der Charakterisierung einer Forschung als innovativ, die nicht zwingend aneinandergebunden sind. Eine Forschung kann innovativ sein, ohne eine Innovation hervorzubringen. In dieser adjektivischen Attribution klingt auch hier wieder ein weiter gefasstes Konnotationsspektrum von innovativen Aspekten an.

Ein weiterer Befragter grenzt sich von dem weitgefassten Verständnis von Innovation als vertieftes Verstehen ab und koppelt Innovation an die Ermöglichung einer Anwendung. Darüber hinaus grenzt er Innovation von der Verwertung ab:

„Innovation. In meinem Sprachgebrauch verstehe ich unter Innovation, dass etwas eine Anwendung ermöglicht. Also wenn wir nur feststellen, dass etwas einen Tumor wachsen lässt, dann finde ich das keine innovative Erkenntnis. Es ist dann eine innovative Erkenntnis, wenn ich feststelle: „Okay ich kann dagegen dieses Medikament verwenden.“ Oder – was auch innovativ wäre, das muss nicht unbedingt therapeutisch sein – ich habe einen neuen Test, ein neues Testverfahren entwickelt, um etwas nachzuweisen. Das wäre auch innovativ. [...] Die Verwertung in meinem Sprachgebrauch wäre, wenn es einen kommerziellen Nutzen hat. Sonst wäre es nur Gebrauch.“ (JCS, Cluster: diagnostisch, männlich).

Diesem Standpunkt zufolge impliziert Innovation die Anwendung und den konkreten Gebrauch, beispielsweise schnellere und präzisere Tests, nicht aber die kommerzielle Nutzbarmachung. In eine ähnliche Richtung weist die beispielhafte Schilderung eines Clinician Scientists, von medizintechnischer Innovation in seiner Forschung, deren Entwicklung unmittelbar auf einen klinischen Bedarf reagiert. Die möglicherweise folgende Verwertung in Form einer Vermarktung des medizintechnischen Produktes wird auch hier primär für die klinische Verwendung anvisiert und nicht gezielt an ökonomischer Profitabilität ausgerichtet, gleichwohl die Frage der Patentierung ins Spiel kommt.

” Wir haben ein neuartiges Material getestet, was vom Prinzip her eigentlich auch schon in der klinischen Anwendung ist, tagtäglich. Wir entwickeln neuartige Materialien, deren Bedarf im klinischen Alltag entstanden ist. Da hat man einfach gemerkt, da fehlt was und daraus ist eine Idee entstanden, diese neuartigen Materialien, gemeinsam mit einem Partner aus der Industrie zu entwickeln, die diese Materialien herstellen. Wir testen die hier dann im präklinischen Modell und hoffen natürlich in zukünftigen Schritten das auch irgendwann klinisch zur Anwendung kommen zu lassen. Und möglicherweise das Ganze dann irgendwann breiter auf den Markt zu bringen. Also es geht jetzt nicht um die wirtschaftliche Dimension des Ganzen, sondern eher, weil wir einfach das Gefühl haben, dass da etwas fehlt, was es noch nicht gibt. Und das kann man, glaub ich, skalieren auf weitere Kliniken, die interventionell tätig sind. [...] Dadurch, dass wir letztendlich Medizinprodukte entwickeln, spielt natürlich schon die Frage der Patentierung eine Rolle.“ (JCS, Cluster: diagnostisch, männlich).

In der Bilanz deckt das Spektrum des Innovationsverständnisses wie bei den (Junior) Clinician Scientists dargelegt die gesamte Palette ab, die aus dem allgemeinen Verständnis bekannt ist. Es reicht vom Zugewinn an Verständnis biochemischer Zusammenhänge, über das vertiefte Verständnis spezifischer Krankheitssymptome und -verläufe, bis hin zur Entwicklung sowie der Validierung neuer Therapieansätze etc. in klinischen Studien. Diese Breite des Bedeutungsspektrums manifestiert sich auch in der wissenschaftspolitischen Verwendung des Terminus, wenn Innovation als Qualitätskriterium für Forschung jeglicher Ausrichtung ausgelobt wird. Die vielfältige Ausdeutung und breitgefächerte Konnotation des Begriffs prädestiniert ihn geradezu als forschungsprogrammatisch dynamisierendes Schlüsselkonzept, da er so in diverse Richtungen anschlussfähig ist und somit diskursiv mit ihm operiert werden kann.

Deutlich wird auch: Nicht jeder Gebrauch, nicht jede Nutzung wird als ökonomische Verwertung begriffen. Auch die weiteren diversen Innovationsformen, denen von (Junior) Clinician Scientists ein Verwertungspotential zugetraut wird, werden vor dem Hintergrund des klinischen Bedarfs und der klinischen Relevanz erörtert. Solche konkreten Ergebnisse reichen, wie dargelegt, von spezifischen bildgebenden Verfahren, über medizintechnische Produkte bis hin zu Ausgründungen und Software-Entwicklung.

” Ich glaube, gerade auch im Kontext eines translationalen Forschers, der auch in der Klinik arbeitet, macht es einfach wenig Sinn, so gar nicht daran zu denken, ob das jemals in irgendeiner Form einen klinischen Einfluss haben wird. Wir haben zum Beispiel ein Projekt [...] das wird sicherlich auch klinisch kommen. Und da gibt es auch eine Firma, die jetzt gerade so in *Gründung* ist, wo man versucht, das dann auch kommerziell, sozusagen, durchzubringen oder durchzusetzen.“ (CS, Cluster: operativ, männlich).

” Ein Kollege hat hier zum Beispiel an einer *Software* mit entwickelt, die offen zugänglich ist und jetzt auch weltweit eingesetzt wird. Und da war sicherlich auch eine Überlegung, zu schauen, ob man das irgendwie auch kommerziell vertreibt.“ (JCS, Cluster: konservativ, weiblich).

Allerdings dominiert in den Äußerungen der Tenor, dass die Gewinnorientierung bei den (Junior) Clinician Scientists kein bedeutender Anreiz oder Motivator für ihre Forschung ist. Das zeigt die vielfach

thematisierte Problematik, dass mit der Frage der Verwertung eine Gewinnorientierung- und Ökonomisierungslogik Einzug halten, die mit dem vorrangigen Zweck bestmöglicher Patientenversorgung in Konflikt geraten bzw. unvereinbar sind.

” Ich glaube, dass das System Klinik nicht funktioniert, wenn man einen ökonomischen Druck dahinter setzt und sagt, man muss irgendwie gewinnorientiert arbeiten, weil Patientenversorgung halt nicht gewinnorientiert ist.“ (CS, Cluster: hybrid, männlich).

Insgesamt thematisieren viele befragte (Junior) Clinician Scientists allgemeine Spannungsverhältnisse, die sich rund um die Frage der Verwertung aufturn und damit einhergehende ethische Fragen. Sie reichen von der Kommerzialisierung bis hin zum datenschutzrechtlich angemessenen Umgang mit Patientendaten.

” Software-Dinge haben immer ein hohes ökonomisches Potenzial. Wir haben ja auch Kooperationspartner aus der Wirtschaft. Und das bringt mich ganz persönlich in eine schwierige Situation. Denn meine Ambition ist nicht, besonders viel Geld damit zu verdienen. Das könnte ich machen, aber dann wäre ich dumm an der Universitätsklinik zu bleiben. Dann könnte ich auch einfach sagen: „Gut, ich suche mir eine große Softwarefirma.“ Und könnte sagen: „So, ich habe Expertise in seltenen Erkrankungen und Big Data.“ Dann lasse ich mich gut bezahlen. Will ich offenbar nicht. Für mich besteht das Problem manchmal darin, wie ich die Patientendaten, die ich habe, vor der Kommerzialisierung schützen und gleichzeitig noch meine Forschung machen kann. Das ist wirklich ein sehr sensibler Bereich“. (JCS, Cluster: diagnostisch, männlich).

Auch im Rahmen der strategischen Publikationsplanungen, in Bereichen deren Innovationen Patentierungspotential bergen, sehen sich die Befragten mit der Anforderung eines Spagats zwischen Erkenntnisfortschritt im Dienst des Patient*innenwohls und der eigenen und institutionellen Profilierung inklusive der Verwertung dessen konfrontiert, der weitere ethische Balanceakte verlangt.

” Es würde natürlich helfen, wenn man früh veröffentlicht, so dass andere Gruppen vielleicht mit daran arbeiten könnten, um es schneller voranzubringen. Aber dann gibt es eben wieder den ökonomischen Faktor, dass man das nicht machen kann, weil dann ist es halt A, für einen selber nicht mehr da, und B, natürlich ist auch die Möglichkeit der Patentierung oder ähnliches dann weg, wenn ich es veröffentliche und sage: „Ihr könnt auch mitmachen.“ Und das ist ja immer dieser Spagat zwischen man möchte die Forschung weiterbringen, aber man möchte natürlich auch selber davon profitieren beziehungsweise auch die Institution. [...] Da geht man dann einfach strategisch vor. Aber jetzt mehr so in den Veröffentlichungen. Weil das Ziel ist ja eben, ein Therapeutikum zu finden, und da setzt man alles dran. [...] Und da steht eben ganz klar der Patient im Vordergrund.“ (CS, Cluster: hybrid, männlich).

In der Summe zeigen die kritisch-reflektierenden Abwägungen auch, dass bei den (Junior) Clinician Scientists ein waches Bewusstsein ebenso für die Herausforderungen und Risiken, wie für die Chancen und Potentiale einer unter Umständen kommerzialisierten Verwertung von Forschungsergebnissen vorhanden ist. Zudem sind sie sich des Bedarfs fachfremder Expertise im Rahmen der Verwertung in Form von Patenten, Ausgründungen etc. bewusst. Verbesserungsbedarfe sehen jene, die sich dazu äußern, allerdings in der Unterstützung, Beratung und Begleitung der Ärzt*innen bei der Anbahnung solcher verwertungsorientierten Unternehmungen.

” Diese BIH-Innovations haben sich bei dem Retreat vorgestellt und kamen schlecht an, weil sie halt sehr auf „wir wollen Geld machen“ fixiert haben. Und ich habe dann gedacht: „Ach wie schade eigentlich. Es wäre doch gut, wenn die Charité Ausgründungen

finanzieren würde, die zwar marktwirtschaftlich arbeiten – müssen sie ja – aber die sich selbst als gemeinnütziges Unternehmen verstehen. Ich glaube da würden die gerade bei uns als Publikum auf offene Ohren stoßen. Eine ist auch aufgestanden und hat gesagt: „Ganz ehrlich, wenn wir Geld machen wollen würden, dann könnten wir auch einfach sagen, ich muss nicht.“ Wir können auch woanders Kohle machen. Und das haben die nicht ganz verstanden. Da könnte man viel machen und ich halte es für notwendig“. (JCS, Cluster: diagnostisch, männlich).

Abschließend ist festzuhalten, dass die (Junior) Clinician Scientists unter Innovation im weitesten Sinne den im Zuge der Forschung generierten und am klinischen Bedarf orientierten Fortschritt im Rahmen der breiten Palette medizinischen Wissens verstehen, das sowohl wissenschaftliches Hintergrundwissen mit etwaiger Relevanz in der Diagnostik, als auch konkretes Handlungswissen, Therapieformen und Nutzen im Sinne von medizinischen Werkzeugen umfasst. Im Unterschied zu Innovation, impliziert Verwertung für die (Junior) Clinician Scientists nicht nur den konkreten Gebrauch, sondern auch immer einen kommerziellen Marktzugang. Die Bedeutung von Innovation und Verwertung für und in ihrer Forschung ist dabei eindeutig sekundär und dem Patientenwohl nachgeordnet. Im Vergleich mit Verwertung spielt Innovation für Clinician Scientists noch eine größere Rolle. Das erklärt sich unter anderem durch das sehr weit gefasste Begriffsverständnis.

12.2 Hierarchien in der Klinik: Die spezifische Rolle von Vorgesetzten

Die persönliche Einstellung und Haltung der Leitungsebene spielt eine zentrale Rolle im Kontext der Einhaltung von geschützter Forschungszeit und damit auch hinsichtlich der Frage, inwiefern die praktische Umsetzung des BIH Charité (J)CSP in der jeweiligen Klinik bzw. Einrichtung gelingt. Der Zusammenhang zwischen der persönlichen Einstellung von Vorgesetzten und der Einhaltung von geschützter Forschungszeit wurde in den Interviews vielfach diskutiert. Die befragten (Junior) Clinician Scientists thematisieren dabei nicht nur die „schützende Rolle“, die Vorgesetzte im günstigen Fall einnehmen, wenn es um die Einhaltung von Forschungszeit geht, sondern reflektieren zugleich die unterschiedlichen Interessen der jeweiligen Positionen (bspw. Oberärzt*innen/Klinikleitung) in der Klinik, die in der Praxis „in Balance zu halten“ sind.

” Im Prinzip funktioniert es dann gut, wenn die Klinik stark darauf achtet, dass es auch wirklich so umgesetzt wird, wie die Vorgaben sind. Natürlich gibt es immer diese Aktivitäten, wie Lehre und Nachtdienst usw. Und natürlich ist es ein Kampf, wo man sozusagen immer wieder auch darauf beharren muss, dass man genau dieselben Rechte hat [wie Vollzeitkliniker*innen]. Und im Zweifelsfall ist es natürlich, wenn beispielsweise eine Rettungsstelle nicht besetzt ist, ist es ein Problem. Aber eigentlich wird es hier fair gehandhabt. Aber natürlich gibt es unterschiedliche Interessen. Also der leitende Oberarzt hat andere Interessen als der Klinikchef. Und das ist sozusagen immer in Balance zu halten.“ (CS, Cluster: konservativ, männlich).

Die besondere Rolle der Leitungsebene in Bezug auf die Einhaltung von geschützter Forschungszeit wird nicht nur von den (Junior) Clinician Scientists diskutiert. Die befragten Klinikleitungen reflektieren gleichermaßen ihre Rolle als Vorbilder und Verantwortliche, wenn es um die Integration von Forschung in den Klinikalltag geht.

” Es ist nicht nur eine Einstellungsfrage, sondern es ist auch eine Frage dessen, was tatsächlich da ist. Auch das kommt nicht von irgendwo. Das schenkt einem keiner. Und das ist ein langer Prozess. In einer Klinik, ich sage einmal, Arbeitsgruppen zu etablieren, forschungsaktive Oberärzte oder Professoren. Die wiederum über Drittmittelanträge dann überhaupt erst ein Umfeld und Möglichkeiten schaffen, Forschung zu ermöglichen.“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, männlich).

” Also das hängt schon, finde ich, an der Leitungsebene. Wenn man die Einstellung hat, als erstes muss ganz geschmeidig und geräuschlos die Patientenversorgung funktionieren, was ja auch ein hehres Ziel ist. Auch das ist unsere Aufgabe als Klinikdirektor, dann kann ich das auf der anderen Seite [die Forschung] nicht so vehement fördern. Das heißt, ich muss schon auch in der Lage sein, auszuhalten, dass man Reibungsverluste auf der Seite der Patientenversorgung hat, dadurch, dass man mehr Übergaben braucht zwischen mehr Leuten. Dass eben nicht ein Mensch hundert Prozent durchgehend sich um die Patienten kümmert, sondern da auch mal ein Wechsel ist, dass sich zwei Menschen eine Klinikstelle teilen und beide dafür forschen können. Das sind Strukturen, die ja auch eine Unbequemlichkeit in die Patientenversorgung bringen. Und das muss man tolerieren lernen.“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, weiblich).

Die Frage nach der Rolle der persönlichen Einstellung von Vorgesetzten für die Einhaltung von geschützter Forschungszeit gilt einer befragten Klinikleitung zufolge sodann auch für die routine- und versorgungsintensiven, operativen Bereiche.

” Ich glaube, es hängt von den Leitungen ab. Ich glaube, der Kollege XY zum Beispiel kriegt das ganz gut umgesetzt im operativen Bereich. [...] Also ich glaube es ist schon, so ein bisschen, wie die Leitungsebene das lebt. [...] Aber wer wissenschaftlich wenig Interesse zeigt und wenn auch wenig Wertschätzung da ist, und ich glaube, das ist wichtig, dann wird man auch den Nachwuchs nichtdazu bringen.“ (Klinikleitung, Cluster: hybrid, weiblich).

Die Aussage einer befragten Clinician Scientist aus dem operativen Bereich unterstützt die Aussage der oben zitierten Klinikleitung, dass die Einstellung von Vorgesetzten auch in den operativen Bereichen eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Einhaltung von geschützter Forschungszeit darstellt. In einer verstärkt mit Hierarchie durchsetzten Klinikstruktur werden die Vorgesetzten zu zentralen Figuren, wenn es um die Integration von Forschung in den Klinikalltag geht.

” Man kriegt es eben viel von Kollegen mit, die irgendwie in chirurgischen Fachgebieten, wo das halt auch in der eigenen Abteilung nicht wirklich klappt, dass sie freigestellt werden, weil halt sehr viel Klinik zu tun ist. Und da ist es aber eben halt so, dass meinem Chef eben die Forschungszeit sehr, sehr wichtig ist. Und der da von Anfang an einfach viel Wert darauf legt und deswegen auch Freiräume *schafft*. Also ich musste mich jetzt noch nicht beklagen. Aber sobald es quasi irgendwie in die falsche Richtung gehen würde, müsste ich, glaube ich, nur ein Wort sagen, und der würde sofort dafür sorgen, dass ich die freie Zeit kriege.“ (CS, Cluster: hybrid, männlich).

Vor dem Hintergrund der Bedeutung, die die Klinikleitungen für die erfolgreiche Umsetzung des Programms einnehmen, kommt der BIH (Junior) Clinician Scientist Geschäftsstelle eine besondere Rolle zu, wenn es darum geht, im Bedarfsfall zwischen den (Junior) Clinician Scientists und der Klinikleitung zu vermitteln. So verwiesen Befragte darauf, dass sie sich bei massiven und dauerhaften Verstößen gegen Vereinbarungen, die in der Regel die Einhaltung der geschützten Forschungszeit betreffen, an die BIH Clinician Scientist Geschäftsstelle wenden konnten.

12.3 Karriereausstieg und Entwicklung neuer Karriereoptionen

Im Kontext der Interviewbefragung wurde vielfach diskutiert, was „Erfolgs- bzw. Misserfolgsmerkmale“ eines Clinician Scientist Programms sind. Als Erfolgsmerkmale werden in den Interviews insbesondere genannt: (1) Exzellente Forschung, die sich unter anderem in hochrangigen Publikationen und Drittmittelinwerbungen, im Abschluss einer Habilitation und im Erreichen einer Professur bzw. der Berufungsfähigkeit und/oder in wissenschaftlichen Preisen manifestiert; (2) Translation zwischen Forschung und Klinik, um gesellschaftlichen Ansprüchen von (bio-)medizinischer Forschung und Entwicklung gerecht zu werden; und (3) eine qualitative, dem allgemeinen Medizinethos entsprechende

Patientenversorgung, die sich gegenüber ökonomischen Einflüssen als beständig erweist. Dieser Dreiklang bildet das Erwartungsspektrum, das auf unterschiedlichen Ebenen ((Junior) Clinician Scientists, Klinikleitung) formuliert und an die Rolle des Clinician Scientist herangetragen wird. Unter der Maßgabe, dass dieses elitäre Spektrum an Leistungen nicht von sämtlichen (Junior) Clinician Scientists gleichermaßen erreicht werden kann, haben wir nach dem Umgang und den Konsequenzen gefragt. Was leistet ein Clinician Scientist Programm mindestens, wenn die genannten Anforderungen an individuelle Exzellenz, Translation und Patientenversorgung im Dreiklang nicht von sämtlichen Personen dauerhaft erfüllt werden (können), die das Programm durchlaufen haben?

” Wenn wir nur fünf Leute in unser Fellowship-Programm nehmen und denen ermöglichen, zwei Jahre zu forschen und ein Jahr klinisch zu arbeiten, in der Summe, dann ist bei vier von fünf Leuten Perlen vor die Säue geworfen. Aber der eine, für den, der da was draus macht, der ist derjenige, der auch die Innovation in der Medizin in die Fläche trägt und für den einen lohnt es sich fünf Leute zu finanzieren. Und das ist die richtige Einstellung, glaube ich. Wir dürfen nicht erwarten, dass aus jedem Clinician Scientist der Superforscher wird. Das wird nicht passieren. Aber es gibt welche, die das schaffen. Und für die ist es das ganze Programm wert.“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, weiblich).

Ein potenzielles Maß an Clinician Scientist Karriereaussteiger*innen, d.h. Personen, die das (J)CSP zwar erfolgreich durchlaufen haben, aber nicht dauerhaft in der Forschung verbleiben und/oder exzellente Forschung betreiben, wird von den Befragten auf klinischer Leitungsebene grundsätzlich als eher gewöhnliche Selektion im Rahmen von Prozessen der beruflichen Weiterqualifizierung gewertet. Die allgemeine Auffassung ist, dass nicht jede Person „Superforscher“ wird, dauerhaft Clinician Scientist bleiben kann und/oder will. Entsprechend wird dies auch nicht von den Befragten auf Leitungsebene gefordert.

Eine weitere Befragte auf Leitungsebene problematisiert vor diesem Hintergrund die fehlenden Positionen für Clinician Scientists im gegenwärtigen System der Universitätsmedizin. Sie verweist darauf, dass das bestehende System nur über unzureichend attraktive Karriereoptionen für Clinician Scientists verfügt. Im Wesentlichen bietet die Universitätsmedizin die für forschende Kliniker*innen meist wenig attraktiven Positionen der Klinikleitung, welche zugleich mit einem hohen Maß an Bürokratie und Verantwortung einhergehen.

” Die eigentlich viel spannendere Frage, die Sie [als Interviewerin] ja stellen: „Wo sollen die Clinician Scientists hingehen und was sind die Zielpositionen?“ Das ist eine Frage, die bislang unzureichend adressiert ist, die wir uns aber stellen müssen. Wenn ich hier meine Nachwuchsleute frage: „Was wollt ihr denn mal machen?“. Und da sind Leute bei, die haben brillant publiziert und die sagen dann zu mir- und die sind auch gute Kliniker und die sagen dann zu mir „Mensch, so eine Nische irgendwo in der Klinik, aber deine Position als Klinikdirektorin will ich auf keinen Fall haben“, also diese Leitungsebene, diese Verantwortung, die Bürokratie, das wollen die nicht. Das ist kein Einzelphänomen und ich denke, man muss in das Gespräch mit dem Nachwuchs gehen und sagen: „Was sind eigentlich eure Ideen? Wie wollt ihr, in den Möglichkeiten, die das System bietet, wie wollt ihr die Leitungsebenen in zehn, zwanzig Jahren an Universitätskliniken in Deutschland gestalten?““ (Klinikleitung, Cluster: hybrid, weiblich).

Die unzureichenden Strukturen und Zielpositionen, die den Clinician Scientists ermöglichen weiterhin und dauerhaft auch Forschung zu betreiben, werden ebenso von einer betreuenden Person aus der Forschung kritisiert.

” Aber wofür bildet die Charité sich einen Clinician Scientist aus, wenn er hinterher kein Scientist mehr sein kann, *strukturbedingt keiner mehr sein kann*? Das, finde ich, ist eine Fehlinvestition. Nein, ich nehme es zurück. Es ist insofern keine Fehlinvestition, weil,

ich glaube, ein Clinician Scientist ist ein besserer Arzt geworden. Auch unabhängig davon, ob er hinterher weiter Chance zum Forschen hätte. Aber den Anspruch, den Universitätsmedizin haben muss, auch zu forschen, dem würde natürlich nicht Rechnung getragen.“ (Betreuung Forschung, Cluster: hybrid, männlich).

Die Frage danach, wie viele (Junior) Clinician Scientists dauerhaft den Dreiklang aus individueller Exzellenz, Translation und Patientenversorgung schaffen, so zeigen die Interviews, ist immer auch an die Frage gebunden, wieviel potenzielle Nischenpositionen i.S.v. Zielpositionen das System für Clinician Scientists nach Abschluss der Fellowships offeriert. Vor diesem Hintergrund erhält das zum Zeitpunkt der Befragung geplante „Advanced Clinician Scientist Programm“ eine besondere Bedeutung, weil es darauf ausgelegt ist, derartige – dringend benötigte – Nischenpositionen für Clinician Scientists im Kontext der Universitätsmedizin zu schaffen und damit eine Verstetigung von Clinician Scientist Karrieren im aktuellen System zu forcieren.

” Es gibt ein ungelöstes Problem. Also wir produzieren jetzt in großem Maße Forscherpersönlichkeiten, wo man sich fragt: „Was wird denn aus denen allen einmal?“ Und das System, also das Universitätsklinikum, sieht erst einmal strukturell nur bestimmte Karrierewege vor. Der übliche Karriereweg ist, als Oberarzt tätig zu werden oder als Oberärztin tätig zu werden. Das ist jetzt vor allem im Tarifgefüge und Verantwortungsbereich. Und der ist klinisch definiert. Und wir haben dann die Situation, dass ein Nadelöhr kommt. Dass also viele Clinician Scientists habilitiert zum Facharzt gebracht werden und im Zweifel eine Oberarztposition haben wollen. Die wenigsten oder nur ein Teil kann das erreichen, zumindest bei uns, weil die Stellen limitiert sind. Und insofern ist das Advanced-Programm, wenn man es klug macht, eine tolle Möglichkeit, um diesen Karriereschritt zu ermöglichen, und zwar in zwei Möglichkeiten. Sowohl für einzelne einen nächsten Karriereschritt zu machen, in eine Art vorläufige Oberarzt- oder anteilige Oberarztposition zu kommen, aber insbesondere auf der Ebene oberärztlicher Tätigkeit an Universitätskliniken eben auch vom System eine Möglichkeit zu schaffen, Forschungsfreistellung zu ermöglichen.“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, männlich).

Die Schaffung von neuen Karrierewegen und Zielpositionen für Clinician Scientists ist somit eine politisch relevante und aktuelle Frage, mit denen sich die Klinikleitungen auseinandersetzen.

” Spitzenforschung für exzellente Personen gibt es bereits: Es gibt das Heisenbergprogramm der Deutschen Forschungsgemeinschaft, es gibt das Max-Ehler-Programm der deutschen Krebshilfe, es gibt das Freigeist Fellowship von VW, also es gibt BMBF-Nachwuchsgruppen, also Spitzenpersonen bekommen da ihre Förderungen. In dem Advanced-Programm geht es eher darum, diese Idee, dass wir mit dieser Programmkombination eine strukturelle Intervention in die Universitätsmedizin bringen. Das heißt, wenn Kliniken sagen können, dass und das ist mein Weiterbildungstrack und so baue ich die Wissenschaftler ein, kriegen die für gute Konzepte, was weiß ich, eine Oberarztstelle oben drauf und können dann zwei draufsetzen und die damit weiterentwickeln. Also sprich, man will damit strukturell die akademische Medizin in die nächste Qualifizierungsgruppe mit rein entwickeln.“ (Klinikleitung, Cluster: hybrid, weiblich).

12.4 Grenznutzen bei der Förderung von (Junior) Clinician Scientists

Gibt es bei der Förderung von (Junior) Clinician Scientists einen Grenznutzen? Wann ist in einer Klinik der Punkt erreicht, an dem der Einsatz von (Junior) Clinician Scientists eher zu einer Belastung und damit zu herausfordernd für die Durchführung der Patientenversorgung wird? Diese Fragen wurden insbesondere den Klinikleitungen gestellt, die mit der Aufgabe konfrontiert sind, das Verhältnis von Forschung und Patientenversorgung im Klinikalltag in Einklang zu bringen. Die Antworten weisen eine

relativ hohe Varianz bei der Angabe einer Mindest- bzw. Maximalanzahl an (Junior) Clinician Scientist-Stellen auf. Eine befragte Klinikleitung skizziert, dass pro Station nicht mehr als ein Clinician Scientist eingesetzt werden sollte – es sei denn im Rahmen einer sinnvollen Tandem-Konstellation. Tandem-Konstellationen ermöglichen es, dass zwei Clinician Scientists zusammen eine volle Stelle in der Klinik einnehmen, was zu einer Entlastung der Personalplanung führt.

” Also man sollte nicht mehr als einen Clinician Scientist pro Station zum Beispiel haben. Also es sei denn man hat diese Tandemlösung. Wenn man die Tandemlösung *nicht* hat, weil zum Beispiel zwei Clinician Scientists in ihrem klinischen Ausbildungsstand ganz unterschiedlich sind oder weil sich die Wissenschaftszeiten nicht gut miteinander koordinieren lassen, dann kann man auch zwei Clinician Scientist auf einer Station haben. Aber ich würde grundsätzlich nicht, eigentlich nicht unbedingt anstreben mehr als einen auf einer Station zu haben. Und dafür sorgen, dass der eine auf der Station eben auch mitgetragen wird.“ (Klinikleitung, Cluster: hybrid, weiblich).

Eine weitere Befragte, die eine eher forschungsintensivere Klinik leitet, sieht den Grenznutzen zwischen 50 bis 80 Prozent erreicht, wobei sich eine Mindestgröße nach den Kompetenzen der Bewerber*innen richten sollte. Die Festlegung eines Mindeststandards für eine Klinik ist der Aussage der Befragten zufolge jedoch nicht erstrebenswert.

” Es kommt so ein bisschen auf die Leute an. Ich würde nicht sagen, mehr als fünfzig Prozent oder achtzig Prozent in einer Klinik sollten es nicht sein. Wir könnten sicherlich, also im Moment können wir nicht jeden fördern, den wir als potentiell exzellent empfinden, sag ich mal so. Dafür reicht es noch nicht. Also ein bisschen mehr Budget können wir da noch gut unterbringen und trotzdem kompetitiv genug sein. Natürlich kann auch nicht das Ziel sein, wir fördern jeden, der das möchte. Es soll ja eine Exzellenz-Förderung sein. Also eine gewisse Competition ist gesund und ist wichtig und dass man eben nicht jeden, der sich bewirbt, dann auch aufnimmt [...] aber ein bisschen mehr Budget für die, die es wirklich wert sind, wäre schon noch hilfreich.“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, weiblich).

Um eine translationsorientierte Kultur zu etablieren, so eine weitere Befragte, braucht es jedoch zumindest an der Charité eine spezifische Untergrenze, d.h. eine Mindestanzahl an (Junior) Clinician Scientists. Eine Obergrenze wird vor dem Hintergrund der Krankenversorgung von Bedeutung. Die Befragte verweist auf eine Auslastung von ungefähr 30 bis 50 Prozent an (Junior) Clinician Scientists.

” Also damit das greift, was Sie eben angesprochen haben, also so eine Kultur, Dynamik, also ich glaube, da gibt es durchaus auch eine Untergrenze. Also wenn es da nur einen Clinician Scientist in einer großen Klinik gibt, dann wird man diese Dinge nicht erreichen. Und jetzt ist natürlich die spannende Frage: Gibt es eine Obergrenze? Und da wäre meine Einschätzung auch, also jetzt als jemand, der das sehr gut und wichtig findet, glaube ich trotzdem, dass es nicht 100 Prozent der Mitarbeiter sein müssen und dass das wahrscheinlich auch nicht realistisch ist. Das ist für die Krankenversorgung auch nicht ideal. Also ich denke, eine Uniklinik braucht auch einen Stamm von Mitarbeitern, die rein klinisch arbeiten. Die haben wir. Und was uns fehlt, ist ein Stamm von Mitarbeitern, die langfristig beides machen. Von denen brauchen wir mehr und wenn Sie mich jetzt fragen, wie viele, dann würde ich, lehne ich mich jetzt mal aus dem Fenster und sage, ideal wäre irgendwas zwischen 30 und 50 Prozent.“ (Klinikleitung, Cluster: hybrid, weiblich).

Die Frage, wie viele (Junior) Clinician Scientists eine Klinik braucht wird indes auch auf wissenschafts-politischer Ebene geführt. Eine befragte Klinikleitung grenzt sich bei der Definition einer Mindestanzahl

von Clinician Scientists von den politischen Vorgaben des Wissenschaftsrats (2016: 29) ab, welcher es für „angemessen hält künftig fünf bis acht Prozent der Ärztinnen und Ärzte, die ihre Facharztweiterbildung an Universitätsklinikum absolvieren [...] als Clinician Scientists zu qualifizieren“.

„Aber die Frage ist ja ziemlich interessant, weil Ihre Frage zielt darauf ab, wie viele Clinician Scientist brauche ich eigentlich? Und bundesweit gibt es ja ziemliche Diskussionen. Der Wissenschaftsrat sagt, fünf bis acht Prozent der Weiterbildung, wir sagen eher, es sind zehn Prozent. Alles unter zehn Prozent ist für uns ein Zeichen, dass das Thema Wissenschaft eigentlich verloren ist in der Klinik. [...] Die [aktuelle] Stammgruppe hat so etwa 120 Personen und unser Gefühl im Moment ist so, das ist so die Größe, die wir dauerhaft brauchen an der Charité“. (Klinikleitung, Cluster: hybrid, weiblich).

Die Frage nach dem Grenznutzen und damit einhergehend die Frage nach Unter- und Obergrenzen von (Junior) Clinician Scientists variiert je nach Bezugspunkt der befragten Personen: Geht es um das Triggern eines Kulturwandels, geht es um den praktischen Einsatz auf der Station, etc.? Ferner zeigt sich, dass sich eine diskutierte Untergrenze auf Ebene des gesamten Klinikbereichs der Charité nicht zwingend in einzelnen Kliniken spiegeln muss, da die einzelnen Kliniken sehr heterogen in Bezug auf Patientenversorgung und Forschung aufgestellt sind.

12.5 Die Rolle von Forschungsinfrastrukturen

Die Nutzung der Forschungsinfrastrukturen und insbesondere der Charité/BIH Core Facilities sind bei den (Junior) Clinician Scientists sehr unterschiedlich ausgeprägt. Entsprechend der breiten Streuung über die medizinischen Fachdisziplinen und den verschiedenen Forschungsvorhaben sind die Nutzung und der Bedarf an Forschungsinfrastrukturen heterogen. In der Gruppe der befragten (Junior) Clinician Scientists werden u.a. die Cell Core Facilities, die Genomics Core Facility, Stammzellen, Core Unit Proteomik und Core Unit Bioinformatics, Cytometry sowie die Biobank genutzt.

„Ich nutze die zentrale Biobank, da bin ich auch über das Scientist Programm darauf gestoßen, und das war wirklich eine große Bereicherung.“ (CS, Cluster: konservativ, weiblich).

„Jetzt gibt es eine Core Facility und die ist Teil des BIH. Und die machen das als Service-Leistung. Und das funktioniert super. [...] Ich habe bisher nur mit der Core Facilities für Bioinformatik zu tun. Und die finde ich sehr gut.“ (JCS, Cluster: diagnostisch, männlich).

In manchen Fällen erwächst aus der Zusammenarbeit mit dem Personal der Core Facilities sogar ein inhaltlich vertiefender Austausch, der insgesamt als kenntnisweiternd und bereichernd empfunden und geschätzt wird.

„Die Plattform hat eine Expertise in gewissen Techniken, die sehr zeit- und geldaufwendig sind. Da haben wir uns dann beim BIH bei dieser Plattform beworben, mit den Leuten zusammen und haben es gefördert bekommen. Wir liefern im Prinzip die Proben, die werden dahingehend analysiert und wir treffen uns regelmäßig, um diesen Austausch zu schaffen. Da lernt man auch nochmal sehr viel über verschiedene andere Dinge, weil die natürlich dann eine Expertise vielleicht in anderen Dingen haben, und dass sich dann manches eben übertragen lässt.“ (CS, Cluster: hybrid, männlich).

Darüber hinaus wird Bedarf für die Anfertigung histologischer Schnitte und für statistische Analysen geäußert. Der Zugang zu den Core Facilities wird von den (Junior) Clinician Scientists sehr unterschiedlich geschildert. In manchen Fällen läuft alles von der Anfrage, über die Terminierung und Zeitplanung bis hin zur Finanzierung problemlos.

„Das, was wir aktuell nutzen, da klappt der Austausch relativ gut. Man muss einfach nur mit dem Ansprechpartner Kontakt aufnehmen. Dann lässt sich das eigentlich ganz gut organisieren. Ich habe das Gefühl, dass man jetzt nicht lange warten muss. Also bei der Plattform gab es zeitlich oder terminlich keine Probleme. Wir wurden ganz am Anfang auch schon mal angefragt, welche Facilities wir nutzen wollen bzw. welche wir häufig nutzen. Eben damit auch Kapazitäten geschaffen werden können. Und von der Bezahlung läuft das dann eben über Drittmittel.“ (JCS, Cluster: konservativ, weiblich).

In anderen Fällen reiht sich eine Schwierigkeit an die nächste und das Prozedere des Zugangs sowie das der Finanzierung scheint unklar und das vergebliche Bemühen hinterlässt Unzufriedenheit.

„Also es wird so viel geredet von den Core Facilities, aber ich frage mich, wo ist unser Vorteil. Wir werden nicht vorgezogen. Es gibt keinen Rabatt und man kriegt keine Unterstützung, wenn Geld fehlt.“ (CS, Cluster: operativ, weiblich).

Ein ebenso unterschiedlich stark ausgeprägtes Problem scheint die Finanzierung zu sein. Während einige (Junior) Clinician Scientists berichten, die Nutzung sei für sie kostenlos, schildern andere die stetige Bezahlung durch eigenständig oder gemeinsam mit Vorgesetzten eingeworbene Drittmittel. Auch die Verfügbarkeit von Drittmitteln ist offenbar sehr unterschiedlich, denn für wieder andere stellen die aufzubringenden finanziellen Mittel nach wie vor das zentrale Problem für den Zugang und die Nutzung der Infrastrukturen dar und erzeugen somit Folgeprobleme.

„Das ist ein finanzielles Problem, ja. Ich habe persönlich keine Kostenstelle. Ich habe keine Gelder. Das ist tatsächlich eine Sache, das könnte man verbessern. Wenn man sagt, man gibt jedem Clinician Scientist anstatt diese 2000 Euro, wo man auf Kongresse fliegen kann, eher mal irgendwie 5000 Euro an Forschungsgeldern, die man dann einsetzen kann, um eine solche Analyse zu machen. Ich bin immer abhängig davon, dann letztendlich doch einen Oberarzt mitreinzuholen. Und ganz klar, wer in dem Projekt mitmacht, der will natürlich am Ende auch auf dem Paper draufstehen. Das ist halt so. Das muss man sich überlegen.“ (CS, Cluster: diagnostisch, männlich).

Hier wird deutlich wie zentral die Unabhängigkeit der (Junior) Clinician Scientists für die Durchführung ihrer vom (J)CSP geförderten Forschungsvorhaben ist. Auch die finanzielle Unabhängigkeit erweist sich als zentral, um die in der Forschungszeit geleistete Arbeit auch eigenständig bspw. in Publikationen verwerten zu können. Aus fehlenden finanziellen Forschungsmitteln ergeben sich somit ganz konkrete Abhängigkeiten.

„Als Clinician Scientist per se hat man ja eigentlich kein Geld. Man hat quasi seine Freistellung. Man hat aber keine Gebrauchsmittel. Also man ist eigentlich immer auf seine Gruppe angewiesen, dass die einem das bezahlt.“ (JCS, Cluster: konservativ, männlich).

Zugleich werden viele Vorschläge gemacht, wie hier Abhilfe geschafft werden könnte. Eine vieldiskutierte Idee, jedem (Junior) Clinician Scientist jährlich einen festen Betrag an Sachkosten oder Voucher für die Nutzung von Core Facilities zur Verfügung zu stellen, über welche die (Junior) Clinician Scientists eigenmächtig verfügen, werden hier als mögliche Problemlösungen thematisiert.

„Stichwort Voucher, das hatte ich mir tatsächlich gewünscht. Das wäre sehr schön gewesen, wenn man da vom Programm aus Unterstützung gehabt hätte.“ (CS, Cluster: operativ, männlich).

„Wenn man das schaffen würde, dass man jedem einzelnen Clinician Scientist eine Kostenstelle gibt, es muss ja nicht viel sein. Es reicht ja, wenn es ein paar Tausend Euro wären.“ (JCS, Cluster: diagnostisch, männlich).

” Wenn die Clinician Scientists von vornherein ein bisschen Drittmittel hätten, um eben Experimente durchzuführen, das wäre auch eine Idee. Zum Beispiel wie so ein Festbetrag. Wenn man Junior ist, kriegt man, ich sage einfach mal eine Nummer, 5000 oder so. Und als Clinician Scientist kriegt man 10.000 oder so, pro Jahr.“ (JCS, Cluster: konservativ, männlich).

Eine solche Bereitstellung eines Budgets von Sachkosten würde den (Junior) Clinician Scientists zufolge die Eigenständigkeit sichern und zudem die Hemmschwelle senken, aufwendige und komplexe Analysen für die eigene Forschung zu nutzen. Um einem unbedachten Umgang mit bereitgestellten Geldern vorzubeugen, wird vorgeschlagen, die Auswahl und die Entscheidung, welche Anfragen und Anträge zur Nutzung der Core Facilities den Zuschlag und damit eine Finanzierung bekommen, im Zuge eines niedrighschwelligigen Peer Review Prozesses zu fällen.

” Es sollte ein niedrighschwelliges Peer-Review-Verfahren sein, dass man wirklich sich Gedanken gemacht haben sollte darüber, warum will man das. Wenn man das im Antrag sieht, kann man dann sagen fördern wir das ggf. auch mit einer Anschubförderung, um eine Pilotstudie zu machen. Das fände ich sehr gut“. (CS, Cluster: hybrid, männlich)

Insgesamt zeigen die Äußerungen der Befragten, dass eine breite und vielfältige Nutzung der Forschungsinfrastruktur und der Core Facilities erfolgt, hinreichend Bedarf besteht und mitunter eine Ausweitung des Spektrums und der Kapazität der Services erwünscht ist. Die bisher sehr uneinheitlichen Befunde zum Zugang, zur Finanzierung und zur Bedeutung des Status als (Junior) Clinician Scientist werden als Ansatzpunkte für Verbesserungen artikuliert. Konkret sind transparentere niedrighschwellige Bewerbungs- und Entscheidungsprozesse sowie den (Junior) Clinician Scientist ad personam bereitgestellte finanzielle Mittel gewünscht, um die Core Facilities eigenständig und ohne aufwendige interne Verhandlungsprozesse oder Drittmittelinwerbungen nutzen zu können.

12.6 Interdisziplinarität und Kooperation

Einen weiteren Mehrwert des BIH Charité (J)CSP sehen die Befragten darin, dass es interdisziplinäres Arbeiten ermöglicht.

” Was zeichnet es aus? Also, ich finde, es ist ein sehr interdisziplinäres Programm. Also man hat Kollegen aus allen Fachrichtungen. Also es ist jetzt nicht von vornherein irgendwie beschränkt auf nur Onkologen oder nur Radiologen. Das ist schon gut, weil man eben sieht, was für Forschung in den anderen Kliniken läuft“. (JCS, Cluster: konservativ, männlich).

Dementsprechend werden interdisziplinäre Arbeitszusammenhänge geschätzt, da sie einen Blick „über den Tellerrand“ der eigenen fachärztlichen Spezialisierung ermöglichen und somit eine Horizonterweiterung darstellen. Darüber hinaus legen die Befragten dar, was durch die interdisziplinäre Ausrichtung der Forschung gewonnen wird.

” Der Punkt, der Witz ist, glaube ich, es ist interdisziplinär. Weil die wirklich coolen Ideen kommen natürlich von außerhalb des Bereiches“. (CS, operativ, weiblich).

” Also es wird diverser, es wird interdisziplinärer und das ist auf jeden Fall eine starke Bereicherung. Aber wenn dieser Selbstentwicklungsteil [der Clinician Scientists] nicht wäre, dann gäbe es Probleme, dass alles abzudecken. Weil, man kann nicht MRT-Experte, Mikroskopie-Experte, Machine Learning-Experte und Data-Scientist sein. Das funktioniert nur, weil die auch alle selber denken, selber sich entwickeln und ihre Drittmittel einwerben“. (Klinikleitung, hybrid, männlich).

Hier wird deutlich in welchem Maße die Weiterentwicklung medizinischer Forschung auf heterogene fachliche, methodische, technische und theoretische Expertise angewiesen ist, deren profunde Ausbildung und routinierte Ausübung mitunter schwerpunktmäßig in nicht medizinischen Ausbildungen und Studiengängen erlernt und angeeignet wird. Bemerkenswert ist, dass Interdisziplinarität weit davon entfernt ist als bloßes Label zu dienen, um medizinische Forschung wissenschaftspolitisch gefällig auszuflaggen. Ganz im Gegenteil: Interdisziplinarität ist gelebte Praxis und stellt im Rahmen des BIH Charité (J)CSP eine gehaltvolle Ressource für innovative Ansätze und die Weiterentwicklung qualitativ und methodisch hochwertiger, d.h. valider, reliabler medizinischer Forschung dar, die dem „State of the Art“ anderer Fachdisziplinen Rechnung trägt und somit auch im medizinischen Bereich Synergieeffekte erzeugen und produktiv gemacht werden kann.

Diese Wertschätzung des interdisziplinären Arbeitszusammenhangs im BIH Charité (J)CSP spiegelt sich auch darin wider, dass die (Junior) Clinician Scientists auf die Frage, mit welchen Berufsgruppen sie zusammenarbeiten, die Kollaboration mit nicht medizinischen Forscher*innen hervorheben.

” Ich würde sagen vor allem mit denjenigen, die nicht Mediziner sind, weil die natürlich auch mehr Laborerfahrungen haben. Also: Biologen oder teilweise auch Physiker oder Bioinformatiker, mit denen ich auch die statistischen Auswertungen mache. Man kann halt einfach nicht alles. Und man ist super angewiesen auf deren Hilfe. Ich kann zum Beispiel nicht programmieren und wir haben so einen Bioinformatiker, der sich damit befasst. Und mit dem kann man eigentlich alles zusammen machen. Also das sind Leute, die natürlich sehr wichtig sind“. (JCS, Cluster: konservativ, weiblich).

Generell betonen die (Junior) Clinician Scientists, dass in ihrer Forschung die Zusammenarbeit mit Grundlagenforscher*innen zentral ist. Besonders häufig wird die Kollaboration mit Forscher*innen aus dem Bereich der Lebenswissenschaften (Life Sciences), die neben den diversen Subdisziplinen der Biologie auch die Pharmazie, Chemie, Biotechnologie und Bioinformatik umfasst, genannt.

Hinzu kommen Kollaborationen mit Data Scientists, Physiker*innen, Informatiker*innen, sowie Statistiker*innen und medizinisch-technischen Assistent*innen (MTAs), die mitunter alle im selben Labor gemeinsam arbeiten und die teilweise in die Analysen eingebunden sind, welche ebenso Teil der Angebote der Core Facilities sind. In der klinischen Arbeit erfordert die Patientenversorgung zudem die intensive Zusammenarbeit mit Pflegepersonal, Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen.

” Auf jeden Fall Ärzte und Psychologen und Pflege. Also wir haben hier wöchentlich Teambesprechungen, mit eben Ärzten, Psychologen und Pflegen, das sind die Hauptberufsgruppen, mit denen ich mich austausche.“ (CS, Cluster: konservativ, weiblich).

Hier wird die Breite des Spektrums der alltäglichen Kollaborationen sichtbar, in welche die (Junior) Clinician Scientists durch ihre Forschung und Klinik kombinierende Tätigkeiten eingebunden sind. Durch die Einblicke in Forschung und Klinik sind sich die (Junior) Clinician Scientists der wechselseitigen Befruchtung und komplementären Kompetenzprofile sehr bewusst und somit in der Lage zu beschreiben, wie die Expertise aus der Grundlagenforschung und das klinische Wissen der ausgebildeten Ärzt*innen hier ineinandergreifen.

” Also wir profitieren natürlich ganz klar, weil die Expertise fehlt uns. Wenn man so einen Algorithmus programmieren muss, das können wir zwar und wir machen es auch hin und wieder, aber das ist natürlich auf einem ganz anderen Niveau. Und umgekehrt, ja, man befruchtet sich da schon gegenseitig. Umgekehrt fehlt da eben das Wissen, was das für eine klinische Relevanz hat, wenn da eine bestimmte Symptomatik oder Auffälligkeit ist. Zum Beispiel werden sonst auch gewisse Dinge übersehen. Man braucht eine

Kategorisierung dessen, was relevant ist und was nicht. Und diese Kategorisierung können wir eben liefern“. (CS, Cluster: operativ, männlich).

Durch ihre Positionierung an der Schnittstelle von Forschung und Klinik erlangen die (Junior) Clinician Scientists ein translationales Wissen, das auch darin besteht einschätzen zu können, wie die Expertise aus der Forschung mit dem klinischen Wissen sowie den medizinisch relevanten Fragen und Befunden arbeitsteilig sinnvoll in Forschungsvorhaben zusammengebracht werden kann. Dafür ist neben der medizinischen Weiterbildung ein vertieftes konzeptuelles, prozedurales, methodisches und operationalisierungstechnisches Verständnis der Forschungen anderer Disziplinen notwendig. Das BIH Charité (J)CSP bietet die Rahmenbedingungen, um dieses wechselseitige Basisverständnis zu erarbeiten, auszubauen, zu pflegen, zu vermitteln und produktiv zu machen. Somit übernehmen die (Junior) Clinician Scientist hier eine Brückenfunktion, aus der heraus sie vielversprechende Anschlussstellen zwischen Forschung und Klinik identifizieren und in die betreffenden Bereiche von Forschung und Klinik vermitteln und übersetzen. In diesem Sinne bietet das BIH Charité (J)CSP einen Raum für inter- bis hin zu transdisziplinärer Forschung, die auch ein Stakeholder Engagement miteinbeziehen kann. Im Rahmen dieses kollaborationsintensiven Arbeitens werden diverse medizinische, gesundheitsbezogene ebenso wie darüberhinausgehende Anschlussstellen medizinischer Forschung ausgelotet, produktiv gemacht, erweitert und ausgebaut.

12.7 Ein Programm mit vielen Chancen: Mehrwehrt des BIH Charité (J)CSP

Das BIH Charité (J)CSP bietet im Wesentlichen die Gelegenheit strukturiert Forschung im Rahmen der Facharztweiterbildung zu ermöglichen. Es ermöglicht,

„dass Ärzte Zeit haben, ernsthaft Forschung zu betreiben. Ich glaube, das ist eine große Innovation“ (JCS, Cluster: konservativ, männlich).

Wenn die Möglichkeit „ernsthafte Forschung“ zu praktizieren das wesentliche Unterscheidungsmerkmal des Programms darstellt, werden in den Interviews eine Reihe weiterer Merkmale angesprochen, über die sich das BIH Charité (J)CSP auszeichnet. Der Mehrwert des BIH Charité (J)CSP liegt den Befragten zufolge ferner darin,

- a) Ärzt*innen auch wissenschaftlich zu qualifizieren und diese wissenschaftliche Weiterbildung als festen Bestandteil der Universitätsmedizin aufrecht zu erhalten. Das Programm ermöglicht

„Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wissenschaftlich zu qualifizieren. Also nicht nur klinisch, sondern eben auch wissenschaftlich zu qualifizieren. Das ist ja unser Merkmal, unser Unterscheidungsmerkmal gegenüber einem nicht-universitären Haus oder einem akademischen Lehrkrankenhaus“ (Klinikleitung, Cluster: hybrid, weiblich).

Im Zuge dessen vermittelt es den Fellows,

„dass es wichtig ist, von Anfang an begleitend zur ärztlichen Tätigkeit auch wissenschaftlich tätig sein zu können“ (Klinikleitung, Cluster: hybrid, männlich).

- b) Das BIH Charité (J)CSP unterstützt die Entwicklung hochwertiger Forschung und einer

„solide[n] Forschungskultur und solider Forschung im Mittelbau. Das sind dann nicht die Nature und Science Paper, aber die guten Paper“ (Klinikleitung, Cluster: konservativ, weiblich).

- c) Es ermöglicht eine Horizonterweiterung, in dem es die Rahmenbedingungen dafür schafft

” Vielfalt kennenzulernen, sich in Vielfalt zu behaupten und Forschung ist eine ganz andere Vielfalt als klinischer Alltag, das ist charakterprägend“ (Betreuung Forschung, Cluster: hybrid, männlich).

Es fördert somit eine Weitung der Perspektive, die auch der Patientenversorgung unmittelbar zu Gute kommt, indem es dazu anregt

” einen anderen Blick für die Krankheitsbilder und für die Patienten“ (JCS, Cluster: konservativ, weiblich)

zu entwickeln.

d) Das Programm unterstützt die Ausweitung der Einsatzbereiche von Ärzt*innen als Clinician Scientist. Es ermöglicht, dass

” Clinician Scientists wirklich in hoch spezialisierten Forschungsbereichen und klinischen Tätigkeitsfeldern eingesetzt werden [können], weil da können sie beides leisten, praktisch in diesen Nischenbereichen“ (CS, Cluster: operativ, weiblich).

13 Empfehlungen für die Praxis

Basierend auf den Befunden der BIH Charité (J)CSP-Evaluation lassen sich allgemeine von Standort-spezifika unabhängige Empfehlungen für die Durchführung und Entwicklung von Clinician Scientist Programmen in Deutschland formulieren.

Das Einstiegsmodell „Junior“

Das Angebot eines Junior Programms zu Beginn der Facharztweiterbildung ermöglicht den an Forschung und Translation interessierten Ärzt*innen einen Einstieg in die Forschung. Ein Junior Programm führt die Fellows an die Durchführung solider medizinischer Forschung heran und bietet ihnen die Möglichkeit auf Basis erster gesammelter Erfahrungen zu entscheiden, ob die Weiterqualifizierung zum Clinician Scientist tatsächlich attraktiv, geeignet und sinnvoll ist. Die Qualifizierung als Clinician Scientist ist mit vielen Vorteilen (u.a. Zeit für Forschung und Translationsperspektiven) verbunden, birgt aber auch spezifische Herausforderungen (bspw. die praktische Vermittlung von Patientenversorgung und Forschung im Alltag), die die Ärzt*innen in der Facharztweiterbildung bereit sein müssen, für mehrere Jahre anzunehmen. Ein Junior Programm bietet eine gute Entscheidungsgrundlage für die etwaige Weiterführung einer Clinician Scientist Qualifizierung.

Ein Junior Programm ist besonders sinnvoll und zweckdienlich, wenn auch ein anschließendes CSP, mit längerer Laufzeit sowie höheren Anteilen an geschützten Forschungszeiten angeboten wird. Ein Junior CSP kann aufgrund seiner kürzeren Dauer und geringeren Forschungszeit nicht die gleichen Ansprüche an Leistungen und Forschungserfahrung formulieren wie ein CSP. Die an das Junior Programm angepassten Leistungsansprüche und Erwartungspotenziale sind den Bewerber*innen und potenziell Interessierten im Vorhinein zu kommunizieren. Eine transparente Kommunikation im Hinblick auf die Unterschiede zwischen den Programmen soll Erwartungen von Bewerber*innen und Interessierten entsprechend kanalisieren und kann helfen, die Entstehung dadurch bedingter Unzufriedenheit, bspw. durch ein entsprechendes Erwartungsportfolio und -management, zu vermeiden.

Implementierung einer Clinician Scientist Geschäftsstelle

Eine Geschäftsstelle bzw. die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle unterstützen die Kommunikation und Austausch zwischen Klinikleitungen, Mentor*innen und Programm-Fellows. Obgleich die Klinikleitungen in der Regel bestrebt sind den Bedürfnissen der Clinician Scientists gerecht zu werden, bestehen im Klinikalltag spezifische potentielle Hindernisse, die eine zufriedenstellende Integration von Clinician Scientists erschweren können. An erster Stelle sind hier der akute Personalmangel und daraus resultierende klinische Engpässe zu nennen, die Vorgesetzte zu Priorisierungen der Patientenversorgung zwingen. Clinician Scientists werden dadurch immer wieder – über das vereinbarte Maß – in die Patientenversorgung eingespannt. Gelingt es den Klinikleitungen nicht, den Clinician Scientists die zugesicherte Forschungszeit tatsächlich zu gewähren, unterstützt die Geschäftsstelle bei der Sicherstellung der garantierten Forschungszeit und vermittelt im Bedarfsfall zwischen den Fellows und der Klinikleitung. Zudem entwickelt sie adäquate Lösungsstrategien, die für beide Parteien praktisch handhabbar und zielführend sind. Als lernende Organisation lernt sie im Laufe der Zeit ebenso die Hürden und Probleme der jeweiligen medizinischen Fachbereiche kennen und entwickelt im Umgang mit diesen passgenaue Strategien.

Eine Clinician Scientist Geschäftsstelle ist darüber hinaus relevant, um die Translation in die gesamte Organisationsentwicklung einzubringen. Sie vermittelt das Programm, dessen Ziele und Inhalte nicht nur gegenüber den Klinikleitungen, sondern auch gegenüber der Gesamtleitung des Universitätsklinikums. Die Geschäftsstelle verfügt zudem über das wissenschafts- sowie förderpolitische Potenzial Gremien und Instanzen einzurichten (bspw. das Clinician Scientist Board), die es ermöglichen strategisch relevante Maßnahmen zwischen verschiedenen Interessensgruppen (bspw. Forschung, Klinik und Politik) zu diskutieren und bei Bedarf zu implementieren.

Zum anderen agiert sie im Außenraum durch aktive Gremienarbeit (z. B. mit dem Medizinischen Fakultätentag e.V. (MFT) oder auch mit der Landesärztekammer) und fungieren somit als Policy-Akteure im Außenraum.

Unterstützung für weniger forschungsintensive und operative Fächer

Die Forschungsnähe eines medizinischen Fachbereiches hat maßgeblich Einfluss auf den Erfolg eines Clinician Scientist Programms. Damit auch per se eher forschungsferne Fächer und Fächer, die auf händischen sowie routinebasierten Fähigkeiten basieren – wie bspw. die operativen Fächer – erfolgreich in ein Clinician Scientist Programm eingebunden werden können, benötigen diese Fächer spezifische Konzepte, die darlegen, wie die Verbindung von zu erlernenden, routinehaften Aufgaben und Forschung dauerhaft sichergestellt werden kann. Mehr als bei den per se forschungsintensiveren Fächern, wie bspw. der Neurologie, müssen bei den forschungsferneren Fächern Anknüpfungspunkte und damit Synergiepotenziale zwischen Forschung und Praxis identifiziert werden.

Verbesserung von Forschungsbedingungen auf Ebene der Universitätsklinik

Die Verbesserung von Forschungsbedingungen durch ein Clinician Scientist Programm ist als Teil einer Serie von Maßnahmen zur Verbesserung von Forschungsbedingungen zu verstehen. Clinician Scientist Programme setzen Impulse für die Verbesserung, können aber nicht das Forschungsklima einer Einrichtung in Gänze verändern. Grundsätzlich muss jedoch – für die Entwicklung eines Forschungsklimas – an der allgemeinen Verbesserung von Forschungsbedingungen an der Universitätsklinik gearbeitet werden. Bessere Forschungsbedingungen führen zu einer Verringerung der subjektiv wahrgenommenen Arbeitsbelastung. Grundsätzlich profitieren alle Mitarbeiter*innen mit und ohne ein (J)CSP Fellowship von besseren Forschungsbedingungen, sei es indirekt durch die auf Grundlage der Forschung verbesserte Patientenversorgung (bspw. zielgerichtete Diagnostik, Therapieansätze etc.) oder direkt durch personelle Reserven in absoluten Notsituationen oder dadurch, dass im Zuge des CSP wachsende Bewusstsein, dass auch klinische Tätigkeiten in Teilzeitbeschäftigung effektiv gestaltet werden können und logistisch realisierbar sind. Bessere Forschungs- und damit in der Konsequenz auch bessere Arbeitsbedingungen wirken sich nicht, wie häufig befürchtet, negativ auf die Leistungsbereitschaft der Mitarbeitenden aus.

Kollaboration und Vernetzung

Gemeinsame Orte und Plattformen für die Vernetzung und den Austausch unter den Clinician Scientists aber auch zwischen den Clinician Scientists und Klinikleitungen, den Mentor*innen aus Forschung und Klinik, der Clinician Scientist Geschäftsstelle, etc. stellen wichtige Vernetzungsmaßnahmen dar. Regelmäßig stattfindende Jour Fixe sowie ein jährlicher Retreat schaffen Vernetzungspotenziale für Clinician Scientists, die nicht nur einen „Wissenstransfer über Köpfe“ leisten, sondern auch wichtige Schnittstellen zwischen Klinik und Forschung bilden. Vernetzungsmöglichkeiten, um den Transfer zwischen Klinik und Forschung zu verbessern, sind dadurch unerlässlich für die Qualifizierung von Clinician Scientists.

Die Anzahl und Dauer der Treffen sind den Forschungs- und Arbeitsbedingungen der Clinician Scientists anzupassen. Darüber hinaus ist das Anberaumen programminterner Termine zu familienfreundlichen Zeiten wünschenswert, soweit das mit den ärztlichen Kernarbeitszeiten vereinbar ist.

Zugang zu Forschungsinfrastrukturen

Der Zugang zu relevanten Forschungsinfrastrukturen ist nicht allen Mitarbeitenden in der Universitätsklinik, die sie für die Forschung benötigen, gleich gegeben. Core Facilities bilden wichtige Schnittstellen zwischen Forschung und medizinischer Praxis. Die Nutzung von Core Facilities stellt für einige Clinician Scientists zudem eine wesentliche Komponente für die Durchführung ihrer Forschung dar und dieser Zugang zu den Forschungsinfrastrukturen ist sicherzustellen. Es bietet sich daher an, denjenigen Clinician Scientists, die nicht über Drittmittelprojekte über Forschungsmittel für die Nutzung von Core Facilities verfügen, finanziell zu unterstützen. Hier wären unterschiedliche Fördermodelle denkbar: Die Verteilung kleinerer Festbeträge auf die Gesamtheit der Fellow, sodass mindestens für jeden Fellow Anschubfinanzierungen (i.S. von „Vouchers“) für die Nutzung von Core Facilities möglich sind, die sodann über die Einwerbung zusätzlicher Mittel aufgestockt werden können. Alternativ wäre auch das Einrichten eines Förderbudgets denkbar, auf welches sich die Clinician Scientists bei Bedarf mittels Antragsskizze bewerben können.

Entwicklung neuer Karrierewege

Für eine Verstetigung von Clinician Scientist Karrieren empfiehlt sich die Diskussion um und Entwicklung von Karrierealternativen für die Clinician Scientists. Die bisweilen in der Universitätsklinik verfügbaren Zielpositionen bilden das Profil des Clinician Scientist nur unzureichend ab. Fehlende Karriereoptionen im Anschluss an die Clinician Scientist Qualifizierung begünstigen den Ausstieg aus der Clinician Scientist Karriere und die Rückführung der forschungsorientiert Ausgebildeten in die reine klinische Tätigkeit. Die Beschreibung des Clinician Scientist als „*endangered species*“ (Rosenberg 1999) wird im amerikanischen Diskurs seit den 1990er Jahren breit diskutiert. Advanced Clinician Scientist Programme (siehe dazu DFG 2018) bilden vor diesem Hintergrund eine Möglichkeit, die Clinician Scientist Karriere nach dem Clinician Scientist Programm weiterzuführen, sind jedoch aufgrund ihrer zeitlichen Befristung als Option zur Verlängerung, aber nicht Verstetigung von Clinician Scientist Karrieren zu verstehen.

Erfassung von Forschungszeiten

Im gegenwärtigen System der Universitätsmedizin ist Forschung als nachgelagert zu verstehen. Diskussionen um eine „Entakademisierung“ (DFG 2010) der Forschung verweisen auf das entstandene Ungleichgewicht zwischen Forschung und klinischer Praxis zu Ungunsten der Forschung. Dieses Ungleichgewicht vorausgesetzt, empfiehlt sich die Implementierung einer systematischen Erfassung von Forschungszeiten für die Clinician Scientists. Die (elektronische) Zeiterfassung sollte dabei idealerweise in Eigenregie der Clinician Scientists vorgenommen werden und nicht durch die Personal- und Dienstplaner*innen. Ein digitales Forschungskonto, das Minus- und Plusstunden verzeichnet, steht indes einer flexiblen Zeitgestaltung nicht entgegen, d.h. Forschungsminusstunden aufgrund akuter Engpässe in der Klinik können dann zu einem späteren Zeitpunkt legitim eingefordert und nachgeholt werden.

Standortspezifische Anzahl von Clinician Scientists

Eine konstante Anzahl an Clinician Scientists im Kontext der Universitätsmedizin erhöht die Wahrnehmung für diese Gruppe und verbessert damit die Sensibilität und den Umgang mit spezifischen, die Gruppe betreffenden, Alltagsproblemen und Hürden. Es empfiehlt sich die Festlegung einer an den jeweiligen Standort angepassten Anzahl an Clinician Scientists. Der Wissenschaftsrat empfiehlt eine Qualifikation von fünf bis acht Prozent der Ärztinnen und Ärzte als Clinician Scientists (Wissenschaftsrat 2016). Zudem braucht es auch für die Entwicklung einer translationsorientierten Kultur eine spezifische Untergrenze, d.h. eine Mindestanzahl an Clinician Scientists. Clinician Scientists nehmen als „Brückenbauer zwischen Forschung und Praxis eine besondere Rolle in der Translation ein. Die Einführung einer Obergrenze wird indes vor dem Hintergrund der Krankenversorgung von Bedeutung. Die Auslastung von 30 bis 50 Prozent sollte dabei nicht überschritten werden, um die Patientenversorgung nicht zu behindern und/oder zu gefährden. Das Verhältnis zwischen forschenden Mediziner*innen und Vollzeitklinikern*innen sollte gemessen an den strukturellen Bedingungen vor Ort austariert sein. Je nach Fokus der Klinik bzw. Klinikabteilung kann es deshalb unter Umständen von Vorteil sein, die Anzahl an

Clinician Scientists gering zu halten (bspw. 1 Clinician Scientist pro Station bzw. eine Tandemlösung), jedoch zugleich ein hohes Maß an Betreuung und Unterstützung für diese Gruppe zu gewährleisten.

14 Literatur

- Ambrasat, Jens, und Christophe Heger. 2020. „Barometer für die Wissenschaft. Ergebnisse der Wissenschaftsbefragung 2019/20. Monitoringbericht“. Berlin: Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW). https://www.wb.dzhw.eu/downloads/wibef_barometer2020.pdf.
- Arno Simons, Barbara Hendriks, Nico Riedel, Ulf Tölch, Faten Ahmed, Ulrich Dirnagl, und Martin Reinhart. 2018. „Wo und wie gelingt Translation? – Perspektiven aus der Praxis“. *Forschung & Lehre 10/18*.
- Blümel, Clemens, Stephan Gauch, Barbara Hendriks, Anne K. Krüger, und Martin Reinhart. 2015. „In Search of Translational Research: Report on the Development and Current Understanding of a New Terminology in Medical Research and Practice“. iFQ-BIH-Report. Berlin: Institute for Research Information and Quality Assurance; Humboldt-University Berlin. https://www.bihealth.org/fileadmin/publikationen/dateien/iFQ-BIH-Report_2015_web.pdf.
- DFG. 2010. „Empfehlungen der Senatskommission für Klinische Forschung. Strukturierung der wissenschaftlichen Ausbildung für Medizinerinnen und Mediziner“. Empfehlungen der DFG. Bonn. https://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/geschaeftsstelle/publikationen/medizinausbildung_senat_klinische_forschung.pdf.
- DFG. 2015. „Etablierung eines integrierten Forschungs- und Weiterbildungs- Programms für ‚Clinician Scientists‘ parallel zur Facharztweiterbildung Empfehlungen der Ständigen Senatskommission für Grundsatzfragen in der Klinischen Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft“. Bonn: Deutsche Forschungsgemeinschaft. https://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2015/empfehlungen_clinician_scientists_0415.pdf.
- DFG. 2018. „Etablierung einer wissenschaftsorientierten Personalentwicklung für Fachärztinnen und Fachärzte in der Universitätsmedizin. Empfehlungen der Ständigen Senatskommission für Grundsatzfragen in der Klinischen Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft“. Bonn: Deutsche Forschungsgemeinschaft. http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/gremien/senat/klinische_forschung/empfehlung_180307.PDF?wt_zmc=nl.int.zonaudev.zeit_online_chancen_cb.m_12.03.2018.nl_ref.zeitde.bildtext.link.20180312&utm_medium=nl&utm_campaign=nl_ref&utm_content=zeitde_bildtext_link_20180312&utm_source=zeit_online_chancen_cb.m_12.03.2018_zonaudev_int.
- Dragun, Duska, und Nathalie Huber. 2017. „Clinician Scientists: Gelebte Systemmedizin“, 2017. *Deutsches Ärzteblatt 2017; 114(26): A-1322 / B-1100 / C-1078*. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/191996/Clinician-Scientists-Gelebte-Systemmedizin>.
- Dragun, Duska, Nathalie Huber, Angela Rösen-Wolff, und Richard Blomberg. 2019. „Clinician Scientists. Ärzte mit Kompetenz-Trias.“ *Deutsches Ärzteblatt 116 (50): 2339–40*.
- Helfferich, Cornelia. 2014. „Leitfaden- und Experteninterviews“. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, herausgegeben von Nina Baur und Jörg Blasius, 559–74. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_39.
- Hendriks, Barbara, Arno Simons, und Martin Reinhart. 2019. „What Are Clinician Scientists Expected to Do? The Undefined Space for Professionalizable Work in Translational Biomedicine“. *Minerva 57 (2): 219–37*. <https://doi.org/10.1007/s11024-019-09367-4>.

- Krueger, Anne K., Barbara Hendriks, und Stephan Gauch. 2019. „The Multiple Meanings of Translational Research in (Bio)Medical Research“. *History and Philosophy of the Life Sciences* 41 (4): 57. <https://doi.org/10/ggx8nr>.
- Mayring, Philipp. 2010. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, Phillipp. 2000. „Qualitative Inhaltsanalyse“. *Forum Qualitative Sozialforschung* 1 (2). <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2383>.
- Rosenberg, Leon E. 1999. „Physician-Scientists-Endangered and Essential“. *Science* 283 (5400): 331–32. <https://doi.org/10.1126/science.283.5400.331>.
- Vignola-Gagné, E. 2014. „Argumentative practices in science, technology and innovation policy: The case of clinician-scientists and translational research“. *Science and Public Policy* 41 (1): 94–106. <https://doi.org/10.1093/scipol/sct039>.
- Wilson-Kovacs, Dana M., und Christine Hauskeller. 2012. „The Clinician-Scientist: Professional Dynamics in Clinical Stem Cell Research“. *Sociology of Health & Illness* 34 (4): 497–512. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01389.x>.
- Wissenschaftsrat. 2016. „Perspektiven der Universitätsmedizin.“ 566 3-16. Weimar: Wissenschaftsrat. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5663-16.pdf>.

15 Danksagung

Besonderem Dank sind wir Prof. Dr. Duska Dragun (+) verpflichtet, denn ohne sie wäre dieses Evaluationsprojekt nicht möglich gewesen. Mit dem Tod von Duska haben wir eine Pionierin auf dem Gebiet der Clinician Scientist Qualifizierung verloren.

Wir danken Dr. Nathalie Huber, Dr. Rüdiger Hesse und Dr. Angelika Kusch für ihre langjährige und vertrauensvolle Zusammenarbeit und Unterstützung bei der Planung und Durchführung der Evaluation in all ihren Facetten.

Darüber hinaus geht unser Dank an Prof. em. Dr. Stefan Hornbostel und Dr. Sybille Hinze, die dieses Evaluationsvorhaben am DZHW wesentlich unterstützt und deren Umsetzung realisiert haben.

