

# Impulspapier der deutschen Hochschulmedizin (DHM)

## Stärkung des akademischen Mittelbaus

*Eine Stärkung des akademischen Mittelbaus bietet attraktive berufliche Alternativen und der Leitungsebene Entlastung.*

Der Nachwuchs an den medizinischen Universitäten orientiert sich zunehmend häufiger beruflich von der Hochschulmedizin weg; diese Nachwuchssorgen sollten in einem Workshop der DHM-AG Personalentwicklung mit den Mitarbeiter:innen des Mittelbaus in den Lebenswissenschaften (also solchen in der sog. PostDoc Phase) diskutiert werden. Was sind die Gründe dafür, dass die akademische Karriere mit Endziel Professur heutzutage weniger attraktiv erscheint und gibt es Lösungen?

Eine kürzlich veröffentlichte Untersuchung zu Zielpositionen für junge Mediziner ergab, dass insgesamt weniger als 20% das Berufsziel Chefarzt/Chefärztin anstreben und sogar weniger als 10% ein Ordinariat. Während die männlichen Befragten am häufigsten eine universitäre Sektions-/Departmentleitung (knapp 30% aller Befragten) anstreben, gaben die Frauen als Ziel eine Oberarztposition (knapp 40% der Befragten) an [ref Dr. Liberatore, Winterthur]. Während die Autonomie der Chefarztposition und die Freude, Mitarbeiter zu führen und zu entwickeln, neben Prestige und Gehaltswünschen, Gründe für das Anstreben einer Chefarztposition wären, gaben die Befragten als wichtigsten Grund gegen die Verfolgung dieses Berufsziels den erwarteten finanziellen und organisatorischen Druck der Klinikverwaltungen und die unausgeglichene Work-Life-Balance an.

Die Diskussionen mit Betroffenen in den Workshops der DHM-AG Personalentwicklung bestätigten diesen Eindruck. Der ärztliche Nachwuchs beklagt, dass die Herausforderungen bezüglich Arbeitsbelastung, insbesondere in der Krankenversorgung, sowie die nicht ausreichende Vorbereitung auf die verschiedenen benötigten Kompetenzen eine Chefarztposition nicht erstrebenswert erscheinen lassen. Stellenbefristungen, Finanzdruck und die Vielzahl an eigentlich ausbildungsfremden Tätigkeiten kommen hinzu. Des Weiteren fehlt die Zeit für Forschung, und das, obwohl der Stelleninhaber basierend auf Drittmittelwerbungen und Publikationen bewertet wird. Der Mangel an Raum für Kreativität in der Tätigkeit ist hinderlich für Innovation und Forschungsmotivation. Berufliche Alternativen

werden gesucht; Planungssicherheit bei der eigenen Stellensituation wird als wichtiges Kriterium angesehen, genauso wie eine Akzeptanz einer möglichen regionalen Gebundenheit. Dies erklärt auch die in der Umfrage von Herrn Liberatore erzielten Ergebnisse, die aufgrund der Zusammensetzung des Panels primär Aussagen aus ärztlich-wissenschaftlicher Sicht getroffen haben.

Für die medizinnah arbeitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die keine Approbation als Arzt oder Ärztin besitzen, oder Mediziner, die nicht direkt in der Krankenversorgung tätig sind (sog. Medical Scientists) gibt es ebenfalls spezifische Herausforderungen. Wie eine Bestandsaufnahme sowie eine Befragung dieser Gruppe im Rahmen des BMBF-Forums Gesundheitsforschung<sup>1,2</sup> gezeigt haben, ist das Interesse an professoralen Leitungspositionen ebenso wie an Mittelbaupositionen mit eigener Führungsverantwortung in der Forschung groß. Allerdings wird deren Zahl insgesamt zu gering wahrgenommen und die Möglichkeit, eine unbefristete Stelle einzunehmen, ergibt sich im Mittel erst nach 8,6 Jahren nach der Promotion. Mehr Professuren und andere Forschungspositionen mit Führungsverantwortung werden im Sinne der Perspektivsicherheit, verbunden mit einem früh dahin führenden, begleitenden Mentoring gewünscht.

Welche Lösungen zur Attraktivitätssteigerung sind denkbar, um z.B. für Entlastung zu sorgen, auch bei der Vielfalt der Aufgaben, die mit einer Leitungsfunktion verbunden sind? Wie könnten attraktive Beschäftigungsmodelle aussehen? Eine (Ver-) Teilung der Aufgaben und Kompetenzen einer Führungskraft auf mehrere Schultern, z.B. als Tandemlösung, wird als attraktiv empfunden. Eine solche Umgestaltung der Positionen ist für den Nachwuchs interessant; durch Umverteilung von Verantwortlichkeiten und intelligente Aufteilung von Kompetenzen die Belastung durch administrative Aufgaben zu verringern sei wichtig.

Arbeitszeitmodelle, die eine Beschäftigung in Teilzeit (z.B. 80%) ermöglichen, werden gefordert. Solche Optionen ermöglichen eine Verbesserung der zunehmend wichtigeren Work/Life Balance und die in dieser Lebensphase wichtige Gründung einer Familie. Die oben beschriebene Aufgabenteilung würde solche Arbeitszeitmodelle eher möglich machen.

Die Integration von neuen Berufsfeldern (z.B. akademisierte Pflege) in arbeitsteilig organisierten Teams und Prozessen kann besonders im Bereich der unmittelbaren oder mittelbaren Patientenversorgung Unterstützung bieten, den verschiedenen, benötigten Kompetenzen besser gerecht zu werden. Die wurde auch im Rahmen der Diskussion der Gesundheitsfachberufe und deren Schnittstelle mit dem bisherigen ärztlichen Bereich beispielhaft deutlich<sup>3</sup>. Die Zukunftssicherung der Universitätsmedizin muss mit vermehrter und gut abgestimmter Substitution, die auch den Bereich der Heilkunde umfasst, einhergehen und darf sich nicht auf Delegation beschränken. Wesentlich wird dabei sein, dass es zu keiner Verantwortungsdiffusion kommt. Hierfür sind entsprechende Regelungen und Absprachen zu treffen und die erforderliche Qualifizierung für die jeweilige Aufgabe sicherzustellen.

Eine Teilübertragung von Aufgaben und Kompetenzen im Sinne einer Teilautonomie auf einen Mitarbeiter unterhalb der Leitungsebene ist außerdem geeignet, diesen erste Führungserfahrungen zu er-

---

<sup>1</sup> [https://projekttraeger.dlr.de/media/gesundheit/GF/Konzept\\_Medical\\_Scientists\\_final.pdf](https://projekttraeger.dlr.de/media/gesundheit/GF/Konzept_Medical_Scientists_final.pdf) (14.3.2023)

<sup>2</sup> [https://projekttraeger.dlr.de/media/gesundheit/GF/2022-04-14\\_Ergebnisbericht\\_Befragung\\_MedicalScientists\\_final.pdf](https://projekttraeger.dlr.de/media/gesundheit/GF/2022-04-14_Ergebnisbericht_Befragung_MedicalScientists_final.pdf) (14.3.2023)

<sup>3</sup> Impulspapier der deutschen Hochschulmedizin (DHM) -. Akademisierung der Gesundheitsfachberufe

möglichen. Hierzu gehört z.B. das Ergreifen einer aktiveren Rolle in der Gestaltung der Klinik als (Funktions-)Oberarzt und/oder Sektionsleiter oder für Medical Scientists z.B. die Leitung einer Core Facility als unabhängige Einheit mit eigenständiger Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Bereichs. Im Bereich Forschung und Lehre ist die Schaffung teilautonomer Profilbereiche als Zielpositionen einfacher möglich als in der Klinik.

Diese Entwicklungen sollten gezielt begleitet werden durch ein Angebot aus Mentoring/Coaching und früher Karriere- und darauf abgestimmter Familienplanung sowie Kinderbetreuungsangeboten. Ein gezieltes und gefördertes Kennenlernen auch anderer Abteilungen und Standorte in dieser Phase der Ausbildung machen solche teilautonomen Positionen im Mittelbau attraktiv.

Mobilität und die Offenheit für einen Ortswechsel werden bisher in der akademischen Karriere als wichtiger Meilenstein gewertet. Was muss ein neuer Arbeitgeber bieten, damit ein Umzug in der mittleren Lebensphase erleichtert wird? Jüngere Wissenschaftler sind früh nach dem Studium oft gern bereit, ihre Erfahrungen an anderen Standorten oder im Ausland zu erweitern. In der PostDoc Zeit und Familiengründungsphase ist moderne Mobilität mit vielen Hürden verbunden. Kreative Lösungen der Hochschulmedizin, um diese Schritte zu erleichtern, müssen entwickelt werden.

Für die nicht-ärztlich tätigen Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen sind viele der vorgenannten Elemente ebenfalls anwendbar. Insgesamt sollten die Finanzierungsmodelle von Bund und Ländern einen Ausbau langfristiger und unbefristeter Stellen im Mittelbau ermöglichen. Diese sollten eine eigene Führungs- und Forschungsautonomie beinhalten und nur in eingeschränktem Maße an die Lehrkapazität anzurechnen sein. Dadurch könnten Fakultäten, in größerem Umfang als bislang solche Stellen, auch mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus dem Ausland anbieten. Auch hier muss dies durch ein früh beginnendes Mentoring begleitet und im Sinne einer förderlichen Kultur der Personalführung geschult werden.

Die Möglichkeit zur Fortführung von wissenschaftlichen Tätigkeiten auch nach Ausscheiden aus der Hochschulmedizin sollte ausgebaut werden; eine solche Durchlässigkeit unterstützt die angestrebte Arbeitsteilung in der Klinik und bindet Expertise an die Hochschule. Forschungsnetzwerke mit niedergelassenen Kollegen und die Einbindung von Lehrpraxen sind eine gute Basis. Damit würde die Niederlassung mit z. B. fortbestehender Teilzeitanstellung zu einem interessanten Arbeitsmodell. Ähnliches ist auch für die Ausübung von Chefarztpositionen an nichtuniversitären Häusern denkbar, um damit Forschungsnetzwerke noch enger knüpfen zu können. Insbesondere für solche Fachdisziplinen, in denen die Bindung des Nachwuchses an die Hochschulmedizin eine besondere Herausforderung ist (z.B. Pathologie, Zahnmedizin), können von dieser Option profitieren.