

Stellungnahme



Die Klinischen Forschungsgruppen (KFO) der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) seit dem Jahr 2008

Studie zur bisherigen Wirksamkeit, Beantwortung der Frage zur weiteren Notwendigkeit und Empfehlungen der KFO-Evaluierungskommission zur Weiterentwicklung des Förderinstruments KFO

Deutsche Forschungsgemeinschaft e. V.

Kennedyallee 40 • 53175 Bonn

Postanschrift: 53170 Bonn

Telefon: +49 228 885-1

Telefax: +49 228 885-2777

postmaster@dfg.de

www.dfg.de

Alle Publikationen der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) werden sorgfältig erarbeitet. Dennoch übernehmen Autorinnen und Autoren, Herausgeberinnen und Herausgeber ebenso wie die DFG in keinem Fall, einschließlich des vorliegenden Werkes, für die Richtigkeit von Angaben, Hinweisen und Ratschlägen sowie für eventuelle Druckfehler irgendeine Haftung.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Dokument berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche markiert sind.

Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0) veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>.



September 2022

Ansprechpartnerin Klinische Forschungsgruppen:

Dr. Petra Hintze

Gruppe Lebenswissenschaften 3: Medizin

Telefon: +49 (228) 885-255

E-Mail: Petra.Hintze@dfg.de

DOI: 10.5281/zenodo.7398573

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 0. | Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie | 3 |
| I. | Einführung | 5 |
| II. | Überlegungen zur Evaluierung und zur Rolle der Evaluierungskommission, der Geschäftsstelle und der Evaluationsagentur | 10 |
| III. | Empfehlungen der Evaluierungskommission zur Weiterentwicklung und Anpassung des Förderinstruments KFO | 12 |
| | 1. Verbindlichkeiten der hochschulmedizinischen Einrichtungen (HME) | 12 |
| | 2. Interdisziplinäre Karrieren – Unterstützung für Medizinerinnen/Mediziner und Naturwissenschaftlerinnen/Naturwissenschaftler in KFO | 14 |
| | 3. Ortsprinzip | 14 |
| | 4. Budget und Bewertung | 15 |
| | 5. Empfehlungen an die DFG-Geschäftsstelle | 15 |
| IV. | Schlusswort | 16 |

0. Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie

Die Auswertungen und Analysen der Evaluation lassen den Schluss zu, dass mit anderen DFG-Instrumenten – mit Ausnahme von Sonderforschungsbereichen (SFBs) – die Ziele des Programms nicht in gleicher Weise erreicht werden können wie mit KFOs. Die Ziele des Förderinstruments KFO wiederum werden als weiter sinnvoll und notwendig erachtet.

Wissenschaftlich tätige Ärztinnen und Ärzte und Grundlagenwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler erhalten mit dem Förderinstrument KFO die Möglichkeit, nachhaltige Strukturen für – insbesondere interdisziplinäre und translationale – Forschung an den HME aufzubauen und diese auch nach Ende der DFG-Förderung weiterzuführen.

Die hohen strukturellen und finanziellen Anforderungen an die Einrichtung von KFOs setzen ein strategisches Bekenntnis zur Etablierung und zum Ausbau des Forschungsschwerpunktes durch die Hochschulleitung voraus. KFOs sind dadurch ein Instrument, mit dem es in sehr hohem Umfang – und besser als mit dem Instrument Forschungsgruppen (FOR) – gelingt, einen Beitrag zur Profilbildung und Stärkung von Forschungsschwerpunkten an Hochschulmedizinischen Einrichtungen (HME) zu leisten.

Die Überführung in weitere DFG-Projektverbünde, insbesondere SFB, gelingt mit einer KFO besser als mit einer klassischen FOR an HME. KFOs sind insgesamt erfolgreiche Kristallisationspunkte für weitere Infrastrukturmaßnahmen an den HME und für die Vernetzung mit (außer-)universitären Partnern am Standort.

Das Instrument leistet mit den vorgesehenen Rotationsstellen einen wesentlichen Beitrag, um Klinikern und Kliniker zeitlichen Freiraum für Forschung zu geben und unterstützt damit die wissenschaftliche Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten.

Trotz der Etablierung von Rotationsstellen, Clinician Scientist-Programmen und anderen Fördermöglichkeiten nimmt die Attraktivität von wissenschaftlicher Tätigkeit für Ärztinnen und Ärzte insgesamt weiter ab. Dies wird zum einen mit der immer stärkeren Verdichtung der ärztlichen Tätigkeiten an den Universitätskliniken und den beschränkten Möglichkeiten für duale Karrieren an den Universitätskliniken begründet.

An diesen Argumenten setzen die Empfehlungen der KFO Evaluierungskommission zur Weiterentwicklung des DFG-Förderinstruments KFO an.

Die Einrichtung einer Forschungsprofessur, dessen Inhaber bzw. Inhaberin die wissenschaftliche und organisatorische Leitung der KFO übernimmt, soll deshalb als Kernelement einer KFO grundsätzlich beibehalten werden. Hochschulmedizinische Einrichtungen sollen auch weiterhin eine Verstetigung der KFO-Leitungsprofessur zusichern, auch wenn sie diese Verstetigungszusage längerfristig bindet. Damit wird der Antritt der Professur weiterhin attraktiv

gehalten, es können somit die besten Personen für diese Position gewonnen und diesen eine klare Perspektive geboten werden.

Ist die Einbindung einer bereits am Standort vorhandenen Professur (z.B. Stiftungsprofessur oder inhaltlich für die KFO passende, bereits besetzte Professur) und deren Effekt auf die aktuelle Strukturbildung an der HME klar erkennbar, kann auf die Einrichtung einer zusätzlichen Leitungsprofessur für die KFO verzichtet werden. Die Funktion des KFO-Leiters bzw. -Leiterin kann somit auch durch eine Person erfolgen, die nicht über KFO-Mittel finanziert wird. Jedoch soll auch hier eine Verstetigungsperspektive eindeutig erkennbar sein.

Die Ausstattungsforderung für die Leitungsprofessur nach Auslaufen der achtjährigen Förderung der KFO durch die DFG wird auf das am jeweiligen Standort zur jeweiligen Zeit übliche Maß für eine Professur geändert. Eine Mindestanforderung (eine volle Stelle für einen wissenschaftlichen Mitarbeiter/einen wissenschaftlichen Mitarbeiter und eine volle Stelle für eine nicht-wissenschaftliche Mitarbeiterin/einen nicht-wissenschaftlichen Mitarbeiter sowie angemessene Sachmittel über fünf Jahre nach Auslaufen der KFO) bleibt allerdings erhalten.

Um die hochschulmedizinischen Einrichtungen, die bereits attraktive Programme für die wissenschaftlich und klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte aufgebaut haben, finanziell zu entlasten, übernimmt die DFG für diese Standorte alle in der KFO beantragen Rotationsstellen, so die Begutachtungsgruppe die bestehenden Clinician Scientist Programme positiv bewertet hat. Die bisher erwartete Gegenfinanzierung der Rotationsstellen seitens der HME soll dann künftig entfallen. Die Rotationsstelleninhaberinnen und -inhaber sollen – soweit sinnvoll – in die bereits vor Ort bestehenden Clinician Scientist-Programme integriert werden.

Die auch bisher bereits bestehende Möglichkeit, für Mitglieder der KFO aller Disziplinen und aller Karrierestufen gezielte Förderungen der jeweiligen wissenschaftlichen Laufbahn zu beantragen, soll zukünftig noch stärker beworben werden. Die vorzulegenden Konzepte sollen Ideen und Maßnahmen zur Karriereförderung sowohl für klinisch als auch nicht-klinisch tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beinhalten und die Darlegung zum Bezug der vorhandenen Strukturen beinhalten.

Da das Ortsprinzip einer KFO ein Garant für eine gelungene Schwerpunktsetzung an einer HME ist, wird daran festgehalten. Es wird aber möglich sein, bei guter Begründung ein wissenschaftliches Teilprojekt der KFO von einem weiteren Standort zu beantragen, wenn damit zusätzliche Expertise und ein Mehrwert für die KFO geboten wird.

Damit sich die DFG-geförderten KFOs untereinander noch besser vernetzen und insbesondere zu den Karriere- und Strukturentwicklungen austauschen können, wird empfohlen, dass die DFG-Geschäftsstelle in regelmäßigen Abständen solche Vernetzungsmöglichkeiten unter den geförderten KFOs anregt.

I. Einführung

Entwicklung des Programms

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) fördert im Rahmen der koordinierten Programme der Abteilung II seit dem Jahr 1962 Forschungsgruppen (FOR) und – seit dem Jahr 2001 – Klinische Forschungsgruppen (KFO)¹.

„Eine Forschungsgruppe ist ein enges Arbeitsbündnis mehrerer herausragender Wissenschaftler und/oder Wissenschaftlerinnen, die gemeinsam eine Forschungsaufgabe bearbeiten. Das Forschungsvorhaben geht dabei nach seinem thematischen, zeitlichen und finanziellen Umfang über die Förderungsmöglichkeiten im Rahmen der Einzelförderung des Normal- oder Schwerpunktverfahrens weit hinaus. Die Förderung von Forschungsgruppen soll helfen, für eine mittelfristige – meist auf acht Jahre (bis 01. Oktober 2018: bis zu sechs Jahre) – angelegte, enge Kooperation die notwendige personelle und materielle Ausstattung bereitzustellen. Forschungsgruppen tragen häufig dazu bei, neue Arbeitsrichtungen zu etablieren. Hinsichtlich der Qualitätskriterien gelten dieselben Grundsätze wie bei Sachbeihilfen.“

www.dfg.de/foerderung/programme/koordinierte_programme/forschungsgruppen

Zur Programmvariante Klinische Forschergruppen (KFO)

Im Jahr 1987 wurde die Programmvariante „Klinische Forschergruppen“ (KFO) vom Wissenschaftsrat zur Einrichtung empfohlen und die DFG gebeten, die fachliche und administrative Betreuung des Programms, bei einer Finanzierung durch das BMBF von 1988 bis Ende 2003 für maximal 35 Gruppen mit einer Laufzeit von je 6 Jahren, zu übernehmen. In diesem BMBF-geförderten Programm wurden im Jahr 1996 letztmalig und beschränkt auf die neuen Bundesländer neue KFOs mit einer Laufzeit von sechs Jahren in die Förderung aufgenommen. Alle weiteren Bewilligungen ab 1997 bezogen sich auf Fortsetzungs- oder Nachanträge.

Das Förderinstrument KFO wurde von der DFG-Senatskommission für Klinische Forschung eng begleitet und regelmäßig bewertet. Die Konzepte wurden zweimal jährlich in Sitzungen der Senatskommission beraten und hier entschieden, welche der Konzepte zur Antragstellung zugelassen wurden. Bei der Begutachtung der Anträge war stets ein Mitglied der Senatskommis-

1 Bis 2018 noch unter der Programmbezeichnung Forschergruppe bzw. Klinische Forschergruppe, danach Umbenennung in Forschungsgruppe bzw. Klinische Forschungsgruppe.

sion als Berichterstatterin oder Berichterstatter anwesend. Nach der Begutachtung wurde in der folgenden Sitzung der Senatskommission von der Begutachtung berichtet und abhängig vom Ergebnis dem DFG-Hauptausschuss empfohlen, die entsprechende KFO einzurichten oder die Einrichtung abzulehnen.

Rechtzeitig vor Beendigung des Programms durch das BMBF beschäftigte sich die Senatskommission für Klinische Forschung mit der Frage, ob KFOs in ihren damaligen Zielen ein erfolgreiches Förderinstrument waren, welche Programmänderungen zeitgemäß wären und ob die DFG die Förderung in ihr Portfolio übernehmen sollte. Mit der von der Senatskommission im Jahr 1999 verabschiedeten „Denkschrift Klinische Forschung“² (sowie zahlreichen Stellungnahmen des Wissenschaftsrats) wurden die Herausforderungen in der Klinischen Forschung aufgezeigt und unter anderem vorgeschlagen, mit einem DFG-geförderten Förderinstrument KFO die Rahmenbedingungen in der Klinischen Forschung zu verbessern. Im Jahr 2001 wurde das Förderinstrument KFO in das DFG-Portfolio übernommen, nachdem das BMBF die Finanzierung derartiger Verbände beendet hatte und zwischen 1997 und 2000 keine neuen KFOs mehr eingerichtet wurden.

„Ziel einer Klinischen Forschungsgruppe ist die Förderung von Forschungsverbänden in der krankheits- oder patientenorientierten (translationalen) klinischen Forschung und die dauerhafte Implementierung von wissenschaftlichen Arbeitsgruppen in klinischen Einrichtungen. [...] Die Förderung von Klinischen Forschungsgruppen soll unter anderem dazu beitragen, die klinische Forschung durch die Schaffung und Stärkung forschungsorientierter Strukturen in den Universitätskliniken zu verbessern, die leistungsorientierte Verteilung der Ressourcen zu unterstützen, Ausbildungsstrukturen zu etablieren oder zu stärken, den wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern, die wissenschaftliche Profilbildung der jeweiligen Medizinischen Fakultäten voranzubringen sowie die Kooperation zwischen Klinikern und Grundlagenwissenschaftlern zu intensivieren.“

www.dfg.de/foerderung/programme/koordinierte_programme/klinische_forschungsgruppen

Von 2001 bis 2007 erfolgte die Finanzierung der KFO durch die DFG nur zu 50%, die übrigen 50% mussten von der Universität aus dem Zuführungsbetrag für Forschung und Lehre aufgebracht werden. Dies sollte garantieren, dass die Universität die Zuführungsbeträge anders als zuvor nach Leistungsprinzipien wettbewerblich verteilt und diese somit für die Etablierung bzw.

2 www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/geschaeftsstelle/publikationen/reden/denkschrift_klin_forschung.pdf

den Ausbau eines Schwerpunktes an ihrer hochschulmedizinischen Einrichtung verwendet. Auf diese Weise sollte viel klarer als bisher eine Verantwortung für die strategische Gestaltung der klinischen Forschung an der jeweiligen Universitätsklinik erreicht werden. Flankierend dazu veröffentlichte die Senatskommission 2004 eine Empfehlung, dass alle medizinischen Fakultäten eine leistungsorientierte Mittelverteilung (eines Teils) der Zuführungsbeträge für Forschung und Lehre einführen sollten und schlug hierfür Kriterien vor³. Im Jahr 2007 konstatierte der Wissenschaftsrat in seiner Publikation „Allgemeine Empfehlungen zu Universitätsmedizin“, dass dieses flächendeckend erreicht worden war⁴. Damit war eines der strategischen Ziele durch die 2001 eingeführte Änderung im Programm erreicht. Nachdem über diesen Zeitraum die Einrichtung neuer und Fortsetzung dieser Klinischen Forschergruppen nur mit 50%-iger Gegenfinanzierung erfolgte, wurde jedoch mit der Zeit deutlich, dass damit auch Nachteile verbunden sind: forschungsschwache Standorte hatten evtl. nicht die Rückendeckung der Fakultät oder nicht die finanziellen Mittel, sich an der Gegenfinanzierung zu beteiligen und konnten deshalb keine oder nur sehr wenige KFOs einrichten. Für forschungsstarke Standorte mit bereits vielen geförderten KFOs und SFBs wurde die Zusage der 50%-igen Gegenfinanzierung immer schwieriger, da die Finanzmittel in den bereits geförderten Aktivitäten gebunden waren. Zudem wurden die Standorte mit (mehreren) KFOs und weiteren großen, zusätzliche Grundausstattungs-erfordernden Drittmittelprojekten in ihren freien finanziellen Mitteln zunehmend eingeschränkt. Dazu erwartete die DFG neben der 50%-igen Gegenfinanzierung während der Laufzeit der KFO auch nach deren Auslaufen die dauerhafte unbefristete Weiterfinanzierung des Kerns der KFO (Leitungsprofessur plus Stellen für wissenschaftliches und administratives Personal sowie angemessene Sachmittel).

Seit 2008 erfolgt deshalb die Finanzierung zu 100% durch die DFG. Allerdings wird auch weiterhin eine anteilige Gegenfinanzierung der hochschulmedizinischen Einrichtung gefordert. Diese leistet sie durch die zeitlich unbefristete Übernahme der Finanzierung der Leitungsprofessur ab dem fünften Jahr (d.h. ab einer möglichen zweiten Förderperiode des Verbundes) und durch die Finanzierung der Hälfte der zur Bewilligung vorgeschlagenen Rotationsstellen während der Laufzeit der KFO. Die hochschulmedizinische Einrichtung muss zudem zusagen, der Leitungsprofessur nach der Förderung der KFO (also ab dem neunten Jahr) für mindestens fünf weitere Jahre eine Kern-Ausstattung von zwei wissenschaftlich Mitarbeitenden, zwei nicht wissenschaftlich Mitarbeitenden und 50.000 € für Sachmittel pro Jahr zur Verfügung zu stellen, um auch nach Auslaufen der DFG-Förderung einen Kern der KFO zu erhalten (Nachhaltigkeitsprinzip) und dadurch den Schwerpunkt zumindest einige Zeit weiterzuführen und die Möglichkeit der Einwerbung von weiteren Mitteln zu gewähren. Die Befristung auf mindestens

3 www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/geschaeftsstelle/publikationen/stellungnahmen_papiere/2004/stellungnahme_klinische_forschung_04.pdf

4 www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.pdf?__blob=publicationFile&v=11

fünf Jahre nach Auslaufen der KFO-Förderung (und nicht unbefristet) wurde gewählt, um den hochschulmedizinischen Einrichtungen eine gewisse Flexibilität zu erhalten, ihre Schwerpunkte nach einiger Zeit ändern zu können.

Mit dem DFG-Programm KFO wurden und werden folgende Ziele verfolgt⁵:

- Wissenschaftliche Qualität und Originalität des Forschungsvorhabens auf internationalem Niveau.
- Klinische Fragestellungen (jedoch ggf. mit zunächst rein grundlagenwissenschaftlichem Fokus), Einbindung von klinischem Material und ggf. von klinischen Pilotstudien, thematischer Fokus auf translationaler Forschung mit patientenorientierten Ansätzen und Aufklärung von Krankheitsmechanismen.
- Unterstützung der Klinischen Forschungsgruppe durch die hochschulmedizinische Einrichtung und Übernahme eines Teils der notwendigen Finanzmittel (leistungsorientierte Verteilung der Ressourcen).
- Stärkung der wissenschaftlichen Profilbildung und Schwerpunktsetzung an der hochschulmedizinischen Einrichtung.
- Schaffung und Stärkung von forschungsorientierten Strukturen in den hochschulmedizinischen Einrichtungen.
- Intensivierung der Kooperation zwischen Grundlagenwissenschaftlerinnen bzw. -wissenschaftlern und Klinikerinnen bzw. Klinikern.
- Etablierung und/oder Stärkung von Ausbildungsstrukturen innerhalb der klinischen Forschung.

Diese Anforderungen werden teilweise auch an andere koordinierte Programme der DFG gestellt. So wird z. B. Forschung auf wissenschaftlich hohem Niveau ebenso in Exzellenzclustern, Sonderforschungsbereichen, Schwerpunktprogrammen und klassischen Forschungsgruppen gefordert. Strukturen für die Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in frühen Karrierestadien sind Hauptziel des Programms Graduiertenkollegs und Anträge zu Sonderforschungsbereichen werden auch an ihren Konzepten zum Aufbau von Strukturen gemessen. Dennoch verfolgt das Programm KFO ganz explizit den Anspruch, einen inhaltlichen Schwerpunkt im Bereich der medizinischen/klinischen Forschung auf- oder auszubauen. Die DFG stellt hierfür insbesondere die Finanzierung einer Leitungsprofessur und Rotationsstellen zur Verfügung und bindet die Förderung an die Kofinanzierung der hochschulmedizinischen Einrichtungen. Auch mit der Forderung, verstärkt Medizinstudierende für die Forschung zu begeis-

5 www.dfg.de/foerderung/programme/koordinierte_programme/klinische_forschungsgruppen

tern, sie dementsprechend auszubilden und Promotionen im Rahmen der KFO zu ermöglichen, werden in einer KFO besondere Akzente gesetzt. Ein Ziel der KFO ist es, die Zusammenarbeit von Grundlagenwissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern mit Klinikerinnen und Klinikern zu intensivieren. KFO können darüber hinaus auch an solchen hochschulmedizinischen Einrichtungen Strukturen aufbauen, die für die Beantragung eines Sonderforschungsbereichs die kritische Masse an Forschenden nicht aufbringen.

Jedoch ist eine KFO nicht verpflichtet, von Beginn an den Fokus auf Translation (also Überführung der Ergebnisse aus der Grundlagenforschung in die Klinik) zu legen. Sie kann ihre Thematik zunächst auch ausschließlich in der medizinischen Grundlagenforschung verorten. Zudem gibt es auch in der Programmvariante „Forschungsgruppe“ medizinisch ausgerichtete FOR, die einen Translationsansatz verfolgen, sich jedoch entschieden haben, die Strukturanforderung einer KFO nicht integrieren zu wollen.

Die KFO ist somit ein Angebot an hochschulmedizinischen Einrichtungen, im Bereich der Forschung Mittel für die Schaffung von forschungsbegleitenden Strukturen einzuwerben und zugleich selbst auch dafür anteilig zur Verfügung zu stellen.

II. Überlegungen zur Evaluierung und zur Rolle der Evaluierungskommission, der Geschäftsstelle und der Evaluationsagentur

Nach fast 15 Jahren Laufzeit des Förderinstruments KFO in seiner aktuellen Variante hat die DFG das Instrument nun umfassend und mit Unterstützung der externen Agentur inspire research evaluiert, um zu beleuchten, inwiefern das Förderinstrument die genannten Ziele erreicht hat. Zudem – sollte sich das Förderinstrument als weiter notwendig und die Ziele nicht durch andere Förderprogramme als erreichbar erweisen – sollten Anregungen aus der wissenschaftlichen Community zur Weiterentwicklung des Förderinstruments aufgegriffen werden, um es den aktuellen Bedürfnissen der klinischen Forschung entsprechend anzupassen. Basis der Evaluation ist eine differenzierte Ausarbeitung von Evaluierungsfragestellungen (vgl. Anhang 3, Evaluation der Klinischen Forschungsgruppen – Abschlussbericht von inspire research), die im Dezember 2019 von der hierfür eingerichteten Evaluierungskommission ausgearbeitet wurde. Im Kern standen dabei die drei Fragestellungen: Hat das Förderinstrument an den jeweiligen hochschulmedizinischen Einrichtungen zu einer inhaltlichen Schwerpunktsetzung oder -stärkung geführt? Hat das Förderinstrument KFO nachhaltig zum Aufbau oder zur Stärkung von forschungsunterstützenden Strukturen geführt (Infrastruktur, Nachwuchsprogramme, Leitungsprofessur und Rotationsstellen)? Wird das Förderinstrument auch weiterhin benötigt, um inhaltliche Schwerpunkte zu setzen und forschungsförderliche Strukturen aufzubauen?

Die Kommission setzte sich aus Mitgliedern der DFG-Senatskommission für Grundsatzfragen in der Klinischen Forschung und einer Expertin für Medizinsoziologie und empirische Sozialforschung zusammen. In das Förderverfahren der KFO war bis 2010 die DFG-Senatskommission für Klinische Forschung eng eingebunden, von der Konzeptbewertung über die Begutachtung bis zur Förderempfehlung an den DFG-Hauptausschuss. Darüber hinaus begleitet und bewertet sie bis heute regelmäßig die Programmvariante selbst. Die Konzeptbewertung und Begutachtung ist in die Arbeit der Fachkollegien Medizin, Neurowissenschaften und Psychologie übergegangen.

DFG-geschäftsstellenintern wurde die Studie durch ein Projektteam betreut und koordiniert. Die Aufgabe der externen Agentur inspire research war es, eine empirische Bestandsaufnahme über den bisherigen Programmverlauf zu liefern und Hinweise zu geben, ob die Programmvariante KFO (noch) einen Mehrwert gegenüber klassischen FOR an hochschulmedizinischen Einrichtungen hat. Die Evaluation stützte sich dabei auf eine inhaltliche und statistische Auswertung von DFG-Antragsunterlagen und Förderdaten, eine Online-Befragung der Sprecherinnen und Sprecher sowie der Leiterinnen und Leiter der seit 2008 entschiedenen KFO-Einrichtungsanträge mit FOR-Sprecherinnen und Sprechern an HME als Vergleichsgruppe sowie auf

qualitative Interviews mit Leitungspersonen und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern an Hochschulmedizinischen Einrichtungen. Auf Basis der empirischen Daten hat die Evaluation eine Bewertung der Leistungen im Verhältnis zu den Programmzielen als auch eine Bewertung der Strukturwirkungen des Programmes ermöglicht, sowie Optimierungsmöglichkeiten auch auf Basis von Erfahrungen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner eruiert. Eine umfassende Erarbeitung von Empfehlungen oblag der Evaluierungskommission.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen dabei insbesondere, dass das Förderinstrument KFO sich in mehreren Spannungsverhältnissen bewegt. Zum einen in einem Spannungsverhältnis zwischen den Forderungen an die Universitäten und Hochschulmedizinischen Einrichtungen der Mitfinanzierung während, vor allem aber nach Auslaufen der DFG-Förderung, um eine notwendige Nachhaltigkeit für die Ziele des Instruments zu erreichen und den Leitungspersonen eine klare Karriereperspektive zu bieten. Hierzu entgegen steht die Kritik der Hochschulmedizinischen Einrichtungen, dass sie durch diese Forderungen, die sie für die Zukunft festlegen, ihre finanziellen Möglichkeiten an anderen Stellen, insbesondere aber auch ihren flexiblen Rahmen zur Schwerpunktsetzung und Schwerpunktänderung, stark einschränken müssen. Ein weiteres Spannungsverhältnis stellt die Forderung des Ortsprinzips dar – also dass alle Teilprojektleitenden der KFO gemeinsam an einem Ort forschen und die Strukturwirkungen an exakt diesem Ort wirksam werden – und der Aussage der Forschenden, dass dadurch die Möglichkeit wegfällt, mit anderen exzellenten Forscherinnen und Forschern an anderen Standorten den Antrag für eine KFO gemeinsam zu stellen.

Die Empfehlungen der Evaluierungskommission versuchen deshalb, die Spannungsverhältnisse zu beleuchten, abzuwägen und Flexibilität zu ermöglichen, solange die mit dem Förderinstrument KFO gesetzten Ziele erreicht werden und ein überzeugendes Konzept zur Schwerpunktsetzung und Verstetigung vorgelegt werden kann.

III. Empfehlungen der Evaluierungskommission zur Weiterentwicklung und Anpassung des Förderinstruments KFO

1. Verbindlichkeiten der Hochschulmedizinischen Einrichtungen (HME)

a. Eine inhaltlich passende Stiftungs- oder bereits besetzte Professur kann eine neu einzurichtende Leitungsprofessur ersetzen.

Die Leitungsstruktur einer KFO mit einem Leiter/einer Leiterin und einer Sprecherin/einem Sprecher soll bestehen bleiben. Weiterhin soll die Einrichtung einer Forschungsprofessur, dessen Inhaber bzw. Inhaberin die wissenschaftliche und organisatorische Leitung der KFO übernimmt, als Kernelement einer KFO grundsätzlich beibehalten werden. Allerdings kann auf die Einrichtung einer zusätzlichen Forschungsprofessur an der HME verzichtet werden, wenn z.B. eine inhaltlich passende, über die gesamte Laufzeit der KFO finanzierte Stiftungsprofessur oder inhaltlich passende bereits besetzte Professur vorhanden ist. Die Funktion des KFO-Leiters bzw. -Leiterin kann somit auch durch eine Person erfolgen, die nicht über KFO-Mittel finanziert wird.

Die Einbindung dieser bereits vorhandenen Professur und deren Effekt auf die aktuelle Strukturbildung an der HME muss klar erkennbar sein. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind zudem so zu gestalten, dass diese Leitungsprofessur im Vergleich zur neu eingerichteten Leitungsprofessur ebenfalls erkennbarer Teil des weiteren Strukturaufbaus an der HME ist. Zudem muss die HME zusagen, dass sie die Stiftungs- oder bestehende Professur den KFO-Bedingungen entsprechend verstetigt.

b. Die Verstetigung der Leitungsprofessur erfolgt entsprechend einem tenure track-Verfahren.

HME sind durch frühe Verstetigungszusagen für die Leitungsprofessur gezwungen, sich auf eine Person und auch längerfristig auf einen thematischen Schwerpunkt festzulegen. Dies mag insbesondere für kleinere HME ein Hindernis darstellen, eine KFO zu beantragen. Gleichzeitig braucht die Person auf der Leitungsprofessur eine langfristige Perspektive, damit der Antritt der Professur weiterhin attraktiv bleibt. Daher soll eine Absicherung der Leitungsprofessur in einer Art „Tenure“ beibehalten werden: Mittel zur Verstetigung der Professur müssen vorgehalten werden. Nach erfolgreicher Zwischenevaluation der KFO und erfolgreicher Zwischenevaluation der Inhaberin/des Inhabers der Leitungsprofessur im Rahmen der Fortsetzungsbegutachtung ist nach einem vorab festgelegten Verfahren die Verstetigung der Leitungsprofessur notwendig. Für die Einrichtungsbegutachtung gilt: Die Person, die die Leitungsprofessur besetzen soll oder

besetzt, soll auch bei den Begutachtungen der KFO bewertet werden. Wie bisher stellen sich hierfür Anwärtnerinnen und Anwärter auf die Leitungsprofessur der Begutachtungsgruppe in einem halbstündigen Interview vor. Wenn die Fakultät dann später diese positive bewertete Person beruft, muss kein Mitglied der Begutachtungsgruppe in der Berufungskommission sein. Wenn eine andere Person berufen wird, muss mindestens ein Mitglied der Begutachtungsgruppe in der Berufungskommission sein.

c. Es kann auf die bisher übliche Ko-Finanzierung der in der KFO beantragten Rotationsstellen durch die HME verzichtet werden, wenn ein bereits etabliertes und überzeugendes Clinician Scientist-Programm vorliegt.

Die Beantragung von Rotationsstellen innerhalb der KFO ist ein verpflichtendes Element, ihre Anzahl kann je nach KFO unterschiedlich sein. Wenn möglich und sinnvoll sollen die Inhaberinnen und Inhaber von KFO-Rotationsstellen in ein an der HME bestehendes Clinician Scientist-Programm integriert werden. Überzeugen das Clinician Scientist-Programm⁶ und die Vernetzung mit der KFO, kann auf eine Ko-Finanzierung der Rotationsstellen durch die HME verzichtet werden⁷. Beide Aspekte sind im Antrag zu erläutern und werden im Rahmen der Begutachtung evaluiert. Dabei ist insbesondere die Angleichung der Rahmenbedingungen für Personen auf Rotationsstellen und Personen auf Stellen der Clinician Scientist-Programme ein wichtiges Kriterium (bspw. hinsichtlich des Auswahlprozesses für die Stellenbesetzung, Verbindlichkeit der Zeiten für Forschung, Mentoringkonzepte). Die Begriffe „Rotationsstelle“ und „Stelle im Clinician Scientist-Programm“ sollen jedoch erhalten bleiben, um für die Rotationsstellen eine große Flexibilität bei der personellen Besetzung und der zeitlichen Ausgestaltung beizubehalten.

d. Die Forderung zusätzlicher Ausstattung für die Leitungsprofessur nach Auslaufen der DFG-Förderung wird reduziert.

Die bisher geltende verbindliche Zusage von vier zusätzlichen Stellen bis fünf Jahre nach Auslaufen der KFO kann reduziert werden. Mindestanforderung sind jedoch eine volle Stelle für eine wissenschaftlichen Mitarbeiterin/einen wissenschaftlichen Mitarbeiter und eine volle Stelle für eine nicht-wissenschaftliche Mitarbeiterin/einen nicht-wissenschaftlichen Mitarbeiter über fünf Jahre nach Auslaufen der KFO. Sachmittel sollen dem am jeweiligen Standort zur jeweiligen Zeit für eine Professur üblichen Maß zur Verfügung gestellt werden.

6 Konkrete Bewertungskriterien für das Clinician Scientist-Programm sowie für die Vernetzung von HME mit dem Clinician Scientist-Programm müssen von der DFG-Geschäftsstelle entwickelt werden. Hier können Kriterien des Medizinischen Fakultätentages (https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2020/08/Minimaldefinition-CSP-MFT_August_2020.pdf) berücksichtigt werden.

7 Eine „Ko-Finanzierung“ von Rotationsstellen ist in anderen Programmen der DFG keine formale Antragsvoraussetzung. In SFB ist es bereits möglich, Rotationsstellen für die Teilnahme an etablierten integrierten Forschungs- und Weiterbildungsprogrammen für Clinician Scientists zu beantragen.

2. Interdisziplinäre Karrieren – Unterstützung für Medizinerinnen/ Mediziner und Naturwissenschaftlerinnen/Naturwissenschaftlern in KFO

a. Die Förderung von KFO-Medizinerinnen/-Mediziner und KFO-Naturwissenschaftlerinnen/Naturwissenschaftlern aller Karrierestufen soll verstärkt werden.

Auch bisher schon besteht die Möglichkeit, für die Mitglieder der KFO Mittel zur gezielten Förderung der jeweiligen wissenschaftlichen Laufbahn zu beantragen. Diese Möglichkeit besteht für alle Disziplinen und unabhängig von der Karrierestufe. Dies soll zukünftig von der Geschäftsstelle verstärkt kommuniziert werden. Zur Beantragung von entsprechenden Mitteln zur Gewinnung, Förderung und Etablierung sowohl von Clinician Scientists als auch von Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern in der medizinischen Forschung muss die HME im Antrag ein überzeugendes Konzept vorlegen. Das Konzept muss Ideen und Maßnahmen zur Karriereförderung sowohl für klinisch als auch nicht-klinisch tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beinhalten, und es muss ein Bezug zu vorhandenen Strukturen dargelegt werden.

b. Wenn sinnvoll, sollen die in der KFO bewilligten Rotationsstellen in die vor Ort vorhandenen Clinician Scientist-Programme integriert werden.

Siehe hierzu 1.c. Der Punkt wird hier noch einmal aufgeführt, da Rotationsstellen wesentliche Instrumente zur Förderung von Klinikerinnen und Klinikern sind.

3. Ortsprinzip

a. Die Hinzunahme von einem externen, die KFO bereichernden Projekt, soll vereinfacht werden.

Das Ortsprinzip ist ein Garant für eine gelungene Schwerpunktsetzung an einer HME, an dem festgehalten werden soll. Gut begründet soll jedoch die Ausnahme möglich sein, ein Teilprojekt von einem weiteren Standort mit in der KFO zu beantragen. Mit diesem Teilprojekt wird eine zusätzliche spezifische Expertise eingebracht, die für den Verbund einen klaren Mehrwert bietet.

Prinzipiell kann ergänzende Expertise jederzeit über anderweitig finanzierte, assoziiert zur KFO laufende Projekte eingebunden werden (auch wenn z.B. eine Sachbeihilfe eine kürzere Laufzeit hat).

4. Budget und Bewertung

- a. Die DFG-Geschäftsstelle soll kein eigenes Budget für KFO und keine getrennte Bewertung von KFO und FOR in den Fachkollegien vorsehen.**

Die Evaluation des Förderinstruments KFO hat keine Hinweise darauf ergeben, dass KFO im Vergleich zu klassischen FOR im Begutachtungs- und Bewertungsprozess benachteiligt sind. An der Wettbewerbssituation soll festgehalten werden.

5. Empfehlungen an die DFG-Geschäftsstelle

- a. Alle für das KFO-Programm relevanten Vordrucke und Programminformationen auf der Homepage⁸ müssen überarbeitet werden.**

Da mit den neuen, durch die Evaluationskommission erarbeiteten Empfehlungen die bisherigen Vordrucke, Merkblätter und Informationen veraltet sind, müssen diese Dokumente baldmöglichst aktualisiert und den Antragstellenden die neuen Informationen zur Verfügung gestellt werden. Die wichtigsten Neuerungen sollen über eine Information für die Wissenschaft Verbreitung finden

- b. Wenn sinnvoll, sollen die in der KFO bewilligten Rotationsstellen in die vor Ort vorhandenen Clinician Scientist-Programme integriert werden.**

Ein Ergebnis der Befragung durch die Agentur war, dass sich die DFG-geförderten KFO wünschen, sich in regelmäßigen Abständen insbesondere zu gelungenen Karriereförderungs- und Strukturmaßnahmen austauschen und so von den Erfahrungen gegenseitig profitieren zu können. Es wird angeregt, dass die DFG-Geschäftsstelle einen solche Initial-Workshop organisiert und die weiteren Vernetzungsideen in die Hand der Geförderten legt, aber auch zukünftig unterstützt.

8 Erfolgt gemeinsam mit QV. Hier u. a. wichtig: Klarere Definition der Leiterinnen- und Leiter bzw. und Sprecherinnen- und Sprecher-Funktion

IV. Schlusswort

Die im Auftrag der DFG von der Beratungsgesellschaft inspire research durchgeführte Evaluation der Klinischen Forschungsgruppen und der von ihr vorgelegte Abschlussbericht haben gezeigt, dass mit dem Förderinstrument KFO an den jeweiligen HME eine Schwerpunktsetzung und -stärkung entsprechend ihrer Ziele erreicht wird. Das Förderinstrument hat ebenfalls nachhaltig zum Aufbau und zur Stärkung von forschungsunterstützenden Strukturen hinsichtlich Infrastruktur, Unterstützung von Personen in frühen Karrierephasen, Leitungsprofessur und Rotationsstellen geführt. Die Ziele konnten und können mit keinem anderen Förderinstrument der DFG erreicht werden, so dass das fachspezifische Förderinstrument KFO, das zu einer insgesamt positiven Entwicklung an den HME beigetragen hat, auch weiterhin im Förderportfolio der DFG erhalten bleiben soll. Da aber noch längst nicht alle Ziele an den HME erreicht sind, bestehen weiterhin Handlungsbedarfe, insbesondere im Hinblick auf die finanzielle Entlastung der HME und in Bezug auf Karriere-Entwicklungsmöglichkeiten für die wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken. Daher wird empfohlen, dass die DFG die hochschulmedizinischen Einrichtungen weiter darin stärkt, ihre Unterstützungsstrukturen für wissenschaftliches Personal in der frühen und auch späteren Karrierestufe auszubauen und dass die hochschulmedizinischen Einrichtungen in ihren Anstrengungen fortfahren, auch weiterhin an den Universitätskliniken den Dreiklang von exzellenter Patientenversorgung, Lehre und Forschung zu ermöglichen.

Bonn, den 12.04.2022

Mitglieder aus der Senatskommission für Grundsatzfragen in der Klinischen Forschung:

- Professorin Dr. Anja Bosserhoff, Erlangen
- Professor Dr. Christian Etz, Leipzig
- Professorin Dr. Simone Fulda, Kiel
- Professorin Dr. Susanne Herold, Gießen
- Professor Dr. Jörg Kalff, Bonn

Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung:

- Professorin Dr. Monika Jungbauer-Gans, Hannover

Evaluationsagentur inspire research, Wien:

- Dr. Anton Geyer, Wien

DFG-Geschäftsstelle:

- Dr. Anna Christa (Verfahrensgestaltung und -kohärenz)
- Dr. Richard Heidler (Statistik und Evaluation)
- Dr. Petra Hintze (Medizin)
- Dr. Regina Nickel (Mikrobiologie)
- Dr. Eckard Picht (Medizin)
- Ursula Rogmans-Beucher (Qualitäts- und Verfahrensmanagement)



Deutsche Forschungsgemeinschaft

Kennedyallee 40 • 53175 Bonn

Postanschrift: 53170 Bonn

Telefon: +49 228 885-1

Telefax: +49 228 885-2777

postmaster@dfg.de

www.dfg.de

DFG