

Stellungnahme



Strukturelle Rahmenbedingungen der klinischen Forschung in der deutschen Universitätsmedizin

Stellungnahme der
Ständigen Senatskommission für Grundsatzfragen
in der Klinischen Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft

Juni 2014

Präambel

Klinische Forschung dient nicht nur der Erweiterung des Wissens über Krankheitsmechanismen und deren Beeinflussung, sondern auch der Qualitätssicherung medizinischer Versorgung und der Erweiterung therapeutischer Möglichkeiten. Bis heute fehlt für viele Erkrankungen, zum Beispiel die altersbedingten Erkrankungen, die sogenannten Zivilisationskrankheiten, die meisten psychischen Störungen wie auch für viele seltene Erkrankungen, das nötige Grundlagenwissen, um ihnen gezielt und effektiv entgegenzutreten zu können. Ähnliches gilt für die immer wieder auftretenden Bedrohungen durch Infektionskrankheiten. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen ist eine auf hohem Niveau funktionierende universitäre Medizin unverzichtbar. Allerdings gibt die Entwicklung der Universitätsmedizin in Deutschland in den letzten zehn Jahren Anlass zur Sorge. Strukturelle Veränderungen mit einem stark betriebswirtschaftlichen Fokus in der Patientenversorgung haben zunehmend negative Auswirkungen auf die klinische Forschung.

Fehlende Freiräume für Ärzte zu forschender Tätigkeit. Die betriebswirtschaftlich bedingte Aufgabenverdichtung in der Krankenversorgung lässt Ärzten an den Universitätsklinika immer weniger Freiraum für translationale und klinische Forschung und die vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Krankheiten und ihren unterschiedlichen Verläufen. Besorgniserregend ist zudem die Beobachtung, dass klinische Forschungsschwerpunkte immer mehr aufgrund ihres jeweiligen wirtschaftlichen Potenzials gewählt beziehungsweise nicht gewählt werden. Auch hinsichtlich der Personalentscheidungen in der Universitätsmedizin treten wissenschaftliche Kriterien zunehmend in den Hintergrund.

Defizite in der räumlichen Ausstattung für die Forschung an Universitätsklinika. Die räumlichen Möglichkeiten an deutschen Universitätsklinika für Grundlagen- und krankheitsorientierte Forschung im engen Verbund mit der Klinik sind zunehmend unzureichend. Als Folge der Föderalismusreform wurden 2006 in erheblichem Umfang Mittel aus dem bis dahin gemeinschaftlich von Bund und Ländern getragenen HBMG-Verfahren in die Länderhaushalte überführt. Damit sind Baumaßnahmen und Geräteinvestitionen in der universitären Medizin inklusive der klinischen Forschung nunmehr primär Länderangelegenheit. Der darüber hinausgehende finanzielle Spielraum der meisten Bundesländer ist allerdings vergleichsweise limitiert. Zusätzlich schreibt die Schuldenbremse in den Länderverfassungen vor, dass die Haushalte der Länder ab 2020 strukturell ausgeglichen sein müssen. Folglich sind die Zuführungsbeträge für Forschung und Lehre in den letzten zehn Jahren in vielen Bundesländern kaum angestiegen, in Einzelfällen sogar gefallen. So sind die Möglichkeiten, aus der Grundausstattung Beiträge zur Forschung zu leisten, an vielen Orten kaum realisierbar, und Bau-

maßnahmen, soweit sie überhaupt umgesetzt werden, vielerorts für eine zeitgemäße klinische Forschung nicht ausreichend.

Zunehmendes Ungleichgewicht zwischen programmorientierter und erkenntnisgeleiteter klinischer Forschung. In den letzten Jahren hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung für einige wesentliche Volkskrankheiten etabliert, um die Möglichkeit zu translationaler Forschung in Deutschland zu verbessern. Diese Zentren fördern vornehmlich thematisch vorgegebene, an wenigen großen Fragen orientierte klinische Forschung. Die so erzielte Themenfixierung droht, die Flexibilität und Verfügbarkeit von Ressourcen für andere Forschungsthemen in der Universitätsmedizin einzuschränken. Die Möglichkeiten von Ärzten, klinische Beobachtungen und Ideen in eigene Forschungsprojekte umzusetzen, werden so eingeschränkt. Dies führt zunehmend dazu, dass gerade solche Ideen verloren gehen und nicht weiter verfolgt werden können, die das Potenzial haben, wesentlich zum Verständnis von Krankheitsprozessen und neuen Behandlungsmöglichkeiten beizutragen.

Forderungen

- 1) **Sicherstellung von Zeiten, in denen Ärztinnen und Ärzte in der Forschung aktiv sein können.** Fördermaßnahmen der DFG wie Rotationsstellen (Gerok-Stellen), Klinische Forschergruppen, klinische Studien, Graduiertenschulen und -kollegs haben sich als effektiv erwiesen, um den medizinisch-wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern. Allerdings kann eine solche Förderung nur funktionieren, wenn entsprechende Voraussetzungen an den medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika vorhanden sind und erhalten bleiben. Die Länder stehen in der Pflicht, eindeutige und verbindlichere Regeln für die Verwendung des Zuführungsbetrags für Forschung und Lehre festzuschreiben und deren Einhaltung durch die Universitätsmedizinen sicherzustellen. Die Förderung des wissenschaftlich-ärztlichen Nachwuchses hat in diesem Zusammenhang hohe Priorität. Dies impliziert auch adäquate Maßnahmen zur Anerkennung von Forschungszeiten für die Facharztausbildung durch die Landesärztekammern.
- 2) **Aufrechterhaltung und Ausbau einer angemessenen universitären Forschungsinfrastruktur** für Einrichtungen medizinischer Fakultäten und Universitätsklinika. Klinische Forschung an Universitätsklinika kann nur in zeitgemäßen, funktionellen Gebäuden wirklich erfolgreich sein. Die Finanzierung der Baumaßnahmen an Universitätsklinika übersteigt die Möglichkeiten der Länder bei Weitem. Deshalb ist entspre-

chende Unterstützung des Bundes notwendig. Die dazu erforderlichen Finanzierungsmodalitäten müssen neu geregelt werden.

- 3) **Anerkennung des hohen Stellenwertes und adäquate Förderung der erkenntnisgeleiteten, programmunabhängigen Forschung.** Das Gesamtsystem muss stets offenbleiben für die Aufnahme neuer Konzepte und Köpfe aus der Universitätsmedizin. Dafür müssen den Förderinstitutionen (wie der DFG) auch in Zukunft ausreichende Mittel zur finanziellen Unterstützung erkenntnisgeleiteter medizinischer Forschung zur Verfügung stehen. Neue Strukturen wie die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung müssen zukünftig enger mit der Universitätsmedizin abgestimmt werden und deutlich bessere Synergien schaffen.

- 4) **Einführung eines Systemzuschlags für klinische Leistungen in der Universitätsmedizin,** so wie er bereits von Wissenschaftsorganisationen und den Bundesländern gefordert wird. Da im Bereich der Universitätsklinik Forschung, Lehre und Patientenversorgung nicht trennbar sind, muss die Kompensation der klinischen Leistungen so angepasst werden, dass die klinischen Aktivitäten nicht die Erfüllung der Aufgaben in Forschung und Lehre beeinträchtigen.

Zusammensetzung der Ständigen Senatskommission für Grundsatzfragen in der Klinischen Forschung (SGKF)

| | | |
|----------------------------|--------------------------|---|
| Mitglieder der SGKF | Kommissionsvorsitzende | Professor Dr. Leena Kaarina Bruckner-Tuderman, Freiburg |
| | | Professor Dr. Christopher Baum, Hannover |
| | | Professor Dr. Klaus-Michael Debatin, Ulm |
| | | Professor Dr. Georg Duda, Berlin |
| | | Professor Dr. Steffen Fleßa, Greifswald |
| | | Professor Dr. Gerd Geisslinger, Frankfurt |
| | | Professor Dr. B. Michael Ghadimi, Göttingen |
| | | Professor Dr. Annette Grütters-Kieslich, Berlin |
| | | Professor Dr. Michael Hallek, Köln |
| | | Professor Dr. Gerd Heusch, Essen |
| | | Professor Dr. Wieland B. Huttner, Dresden |
| | | Professor Dr. Christine Klein, Lübeck |
| | | Professor Dr. Heyo Klaus Kroemer, Göttingen |
| | | Professor Dr. Georg Peters, Münster |
| | | Professor Dr. Elke Roeb, Gießen |
| | | Professor Dr. Michael A. Sendtner, Würzburg |
| | | Professor Dr. Brigitte Vollmar, Rostock |
| | | Professor Dr. Barbara Wollenberg, Lübeck |
| Gäste | | Dr. Beatrix Schwörer, Köln |
| DFG-Geschäftsstelle | Betreuung der Kommission | Dr. Tobias Grimm, Bonn |