

## „Forschung in akademischen Lehrkrankenhäusern“

### Probleme

Deutschland hat im internationalen Vergleich erheblichen Nachholbedarf in der Durchführung anspruchsvoller klinischer Studien. Die Gründe dafür sind vielfältig:

**1)** Hoch qualifizierte, universitär ausgebildete Mediziner übernehmen häufig Chefarztpositionen an akademischen Lehrkrankenhäusern. Soweit sie ihre universitäre Karriere wesentlich auf Forschungsarbeiten im grundlagenwissenschaftlichen Bereich basiert haben, können sie diese Arbeiten nicht einmal annähernd weiterführen, da diese Arbeiten nicht zum Aufgabenspektrum akademischer Lehrkrankenhäuser gehören. Insofern werden Träger auch nicht die entsprechende Infrastruktur bereitstellen.

**2)** Nur in ganz wenigen Einrichtungen sind optimale Voraussetzungen für professionell durchgeführte klinische Studien vorhanden. Einmal ist der ärztliche und pflegerische Stellenplan so eng, dass zusätzliche Tätigkeiten nicht übernommen werden können. Weiter bestehen wenige Möglichkeiten zur Ausbildung der Mitarbeiter für solche Tätigkeiten. Schließlich sind die administrativen Rahmenbedingungen (Drittmittelverwaltung, Ethikkommission) in der Regel nicht vorhanden.

**3)** Die pharmazeutische und medizintechnische Industrie als wesentlicher Geldgeber klinischer Studien hat aufgrund dieser unbefriedigenden Infrastruktur nur wenig Interesse daran, in großem Umfang klinische Studien an solchen Einrichtungen durchführen zu lassen.

**4)** Die föderale Grundstruktur der Bundesrepublik Deutschland kann hinderlich sein, wenn nationale Studien mit entsprechenden Ethikvoten einen langen Behördenweg bis zur Genehmigung durchlaufen müssen.

**5)** Die Motivation der ärztlichen Mitarbeiter im nichtuniversitären Bereich zur Mitarbeit an klinischen Studien ist begrenzt, da derartige Tätigkeiten für eine spätere Laufbahn nur bedingt von Interesse und deshalb wenig hilfreich sind.

### Potential der akademischen Lehrkrankenhäuser nutzen

Gerade die akademischen Lehrkrankenhäuser können ein wichtiger Pfeiler in der Verbesserung der Infrastruktur zur Durchführung klinischer Studien sein. Folgende Gründe sind dafür maßgebend:

**1)** Akademische Lehrkrankenhäuser versorgen in großem Umfang kurz-, mittel- und langfristig Patienten mit den bedeutenden inneren Erkrankungen, die in diesem Maße in Universitätsklinik nicht gesehen bzw. behandelt werden.

**2)** In der Regel sind akademische Lehrkrankenhäuser in den Leitungspositionen mit Ärzten besetzt, die die qualitativen Voraussetzungen und die Kompetenz für die Durchführung solcher Studien haben.

**3)** Die Teilhabe der akademischen Lehrkrankenhäuser an Lehrveranstaltungen im Ausbildungsplan ihrer Mutteruniversitäten sowie die Möglichkeit der Durchführung von Promotionen sind gute Voraussetzungen, frühzeitig klinisch wissenschaftlichen Nachwuchs zu sichten, zu fördern und in die jeweiligen Kliniken zu integrieren.

**4)** Angesichts der breiten Versorgungsaufgabe akademischer Lehrkrankenhäuser besitzen diese sehr viel bessere Voraussetzungen, um auch Versorgungsforschung als weiteres Element klinischer Forschung umzusetzen. Dies gelingt nur mit repräsentativen Patientenkollektiven.

### Lösungsvorschläge

Die DGIM hält aufgrund dieser Überlegungen folgende Lösungsansätze für zweckmäßig:

**1)** Gründung von Studienzentren, Instituten für klinische Forschung und Netzwerken, am besten als Verbundprojekte zwischen Universitätsklinik und akademischen Lehrkrankenhäusern, um Infrastrukturprobleme wie Drittmittelverwaltung und Genehmigungsabläufe zu vereinfachen.

**2)** Schaffung von überregionalen Kompetenzzentren für klinische Forschungseinrichtungen in akademischen Lehrkrankenhäusern durch Kooperation verschiedener Träger und dadurch Erleichterung der Vor-



haltung technologischer Infrastruktureinrichtungen wie beispielsweise Großgeräte.

**3)** Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnungen, in die auch die Möglichkeit einer klinisch wissenschaftlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung implementiert werden muss.

**4)** Klärung der Problematik der Finanzierung klinischer Studien durch unterschiedliche Kostenträger einschließlich der gesetzlichen Krankenkassen und der Bundesländer und Kommunen insbesondere bezüglich nicht industriegeförderter Studien.

Es erscheint möglich, die derzeit nur rudimentär ausgebildete Forschungslandschaft an akademischen Lehrkrankenhäusern signifikant zu verbessern. Dies würde die Defizite der klinischen Forschung in Deutschland durch eine Bündelung finanzieller, organisatorischer und fachlicher Kompetenzen und damit besserer Nutzung vorhandenen Potentials sicher verbessern. Die DGIM fordert die Medizinischen Fakultäten, die Träger der akademischen Lehrkrankenhäuser und die zuständigen Ministerien der Bundesländer auf, die o.g. Lösungsansätze im Interesse der Patienten und des Forschungsstandorts Deutschland umzusetzen.

*Prof. Dr. J. Schölmerich, Regensburg (DGIM)*

*Prof. Dr. U. Hoffmann, München (DGA)*

*Prof. Dr. M. Reincke, München (DGE)*

*PD Dr. H. Martin, Frankfurt (DGHO)*

*Prof. Dr. G. Seybrecht, Homburg/Saar (DGIIN)*

*Prof. Dr. K. Werdan, Halle/Saale (DGK)*

*Prof. Dr. T.O.F. Wagner, Frankfurt (DGP)*

*Prof. Dr. E. Märker-Hermann, Wiesbaden (DGR)*

*Prof. Dr. Dr. h.c. M. Singer, Heidelberg (DGVS)*

*Prof. Dr. J. Floege, Aachen (GfN)*

*Prof. Dr. J. Riemann, Ludwigshafen (Akad. LKH)*