

Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung: Die Innere Medizin muss erhalten bleiben

Eine Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung darf nach Überzeugung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, wie auch immer ihr Ergebnis letztlich sein wird, nicht zum Verlust des Gebietes Innere Medizin führen. Die Existenz eines Gebietes Innere Medizin ist identisch mit der Existenz einer Fachärztin und eines Facharztes für Innere Medizin in der Weiterbildungsordnung. Ein Gebiet kann nur durch eine Prüfung mit einer Facharzturkunde nach abgeschlossener Weiterbildung erreicht werden. Ebenso sind Schwerpunkte, die nicht auf einer abgeschlossenen Gebietsweiterbildung aufbauen, eigenständige Gebiete. Wir müssen und können die sozialpolitischen Probleme, die sich aus dem derzeit gültigen Sozialrecht für die Krankenversorgung ergeben, anders lösen als durch das Aufgeben eines Gebietes Innerer Medizin in der Bildungsordnung.

Die Innere Medizin muss weiterleben. Ein Wegfallen des Gebietes Innere Medizin hätte gravierende, in ihrem ganzen Ausmaß wahrscheinlich noch gar nicht abschätzbare Konsequenzen. In zahlreichen und vielfältigen Diskussionen haben sich in Vorstand und Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, in der Konferenz der deutschen Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin sowie in allen wissenschaftlichen Schwerpunktgesellschaften der Inneren Medizin mindestens vier Argumente herauskristallisiert, die für jeden erkennbar die Notwendigkeit des Erhaltes eines Gebietes Innere Medizin zweifelsfrei belegen.

1. Ohne ein Gebiet Innere Medizin ist weder die studentische Lehre im Fachgebiet Innere Medizin noch eine entsprechende Prüfung im Staatsexamen möglich. Die Approbationsordnungen müssten geändert werden.
2. Ohne ein Gebiet Innere Medizin ist eine Weiterbildung in Innerer Medizin nicht möglich. Da Weiterbil-

dungszeiten in Innerer Medizin im jetzigen Entwurf zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorgesehen sind, hebt sich dieser wegen Unausführbarkeit von selbst auf.

3. Ohne ein Gebiet Innere Medizin kann es keine Schwerpunkte der Inneren Medizin geben. Die herausragende Grundidee der Weiterbildung in Innerer Medizin in Deutschland, die Realisierung der notwendigen Subspezialitäten in Form von Schwerpunkten der Inneren Medizin, wird aufgegeben. Die Innere Medizin zerfällt zwangsläufig in mindestens acht Spezialgebiete. Eine für die ärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten geradezu ideale Lösung des traditionellen Konfliktes zwischen gleichzeitiger und gleich wichtiger Forderung nach internistischer Patientenbetreuung einerseits und Weiterentwicklung der Subspezialitäten andererseits würde ohne Not aufgegeben.
4. Ohne ein Gebiet Innere Medizin können die Krankenhäuser einer adäquaten und qualifizierten Versorgung eines Großteils der Patienten nicht gerecht werden. Dies gilt nicht nur für alle Patientinnen und Patienten mit nicht-operativen Erkrankungen, sondern auch für die Konsiliartätigkeit für die operativen Fachgebiete.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin widersetzt sich mit allen ihr möglichen Einflüssen einer (Muster-)Weiterbildungsordnung, die die Elimination eines Gebietes Innere Medizin vorsieht.

Prof. Dr. K.-H. Usadel
Vorsitzender der DGIM

Prof. Dr. H.-P. Schuster
Generalsekretär der DGIM



Gene und Medizin – Der Weg zur personalisierten Diagnostik und Therapie

Symposium der Korporativen Mitglieder der DGIM

Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
Dienstag, 29. April 2003.

Rhein-Main-Hallen
(109. Kongress der DGIM)

Mit der Entschlüsselung des menschlichen Genoms im Rahmen des „Human Genom Project“, eröffnet sich ein neues Potential für Fortschritte in der medizinischen Praxis. Bisher beschränkte sich die klinische Bedeutung der genetischen Forschung im Wesentlichen auf die Diagnostik von Erbkrankheiten sowie einiger spezieller Krebserkrankungen. Bereits jetzt sehen wir nun konkrete Ansätze dafür, dass die Genforschung durch die Entdeckung von Krankheitsgenen und der von ihnen exprimierten Proteine medizinische Interventionen ermöglichen wird, die sich aktivierend oder inhibierend auf Körperfunktionen, aber auch z. B. auf Krebswachstum auswirken können. Aus der großen Menge genetischer Informationen gilt es nun, relevante Ansätze zu identifizieren und für die Diagnostik und Therapie nutzbar zu machen. Dabei zielt diese Forschung darauf, die Diagnose, Prävention und Therapie von

Krankheiten zu verbessern. Greifbar sind bereits die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und Wirksamkeit beim individuellen Patienten durch Einsatz der Pharmakogenomik und -genetik. Genomische Informationen können dabei nutzbar gemacht werden, um in der Therapieforschung sogenannte Targets für therapeutische Intervention aufzufinden. Genetische Informationen bekommen jedoch auch eine wachsende Bedeutung in der Aufklärung individueller genetische Variabilität (in Form von Gen-Polymorphismen) der Therapiesensitivität sowie des Arzneimittelabbaus.

In der Hämatologie konnte in den vergangenen Jahren gezeigt werden, dass es möglich ist, mittels molekularbiologischer Verfahren spezifische, antineoplastische Therapien ohne breite Nebenwirkungen zu entwickeln. Als konkrete Beispiele hierfür können das Imatinib (Glivec®) für die Behandlung chronisch myeloischen Leukämie und der monoklonale Antikörper Rituximab (MabThera®) für die Behandlung von Lymphomen genannt werden. Bei den Krebserkrankungen war beim metastasierten Mammakarzinom die Überexpression von HER2-Neu diagnostisch-prognostisch wie auch therapeutisch durch Entwicklung des Antikörpers Trastuzumab (Herceptin®) erfolgreich.

Beim kolorektalen Karzinom (KRK) beeinflusst unser Verständnis zur Molekulargenetik bereits entscheidend das klinische Management hereditärer Krebs syndrome. Durch genauere Charakterisierung der molekularen Veränderung, auch von sporadischen Tumoren sowie die konsequente klinische Überprüfung von Mutationsprofilen als Marker für Prognose und Chemosensitivität wird zukünftig eine weitere Individualisierung von Prävention und Therapie des kolorektalen Karzinoms erwartet.

In der Kardiologie haben molekulargenetische Befunde wichtige neue Erkenntnisse zur Arrhythmogenese ventrikulärer Tachykardien erbracht. Neben der molekularen Definition zuvor „idiopathischer“ Rhythmusstörungen, wird eine verbesserte Klassifikation dieser Patienten und eine Früherkennung gefährdeter Patienten erwartet.

In dem Symposium wird es um die Möglichkeiten zu der Verbesserung von Diagnostik und Therapie bei ausgewählten Krankheiten gehen, nämlich Diabetes, Kardiologie/Herzrhythmusstörungen, Onkologie/Kolonkarzinom, Hämatologie sowie die ethischen, sozialen und Kostenaspekte der Genomik in Diagnostik und Therapie. Realistisch wird zu diskutieren sein, ob Begeisterung und Hoffnung schon in naher Zukunft zu wesentlichen Fortschritten führen werden oder ob dies weniger optimistisch einzuschätzen ist. Hierzu findet ein abschließendes Rundtischgespräch (Genomics - Hype or Hope?) statt.

Das Symposium findet unter der Leitung von D. Ganten, Berlin-Buch, und T. R. Weihrauch, Wuppertal, statt.

Die folgenden Referenten werden die Probleme der Fachgebiete darstellen:

Diabetes:	W. R. Scherbaum, Düsseldorf,
Kardiologie:	G. Breithardt, Münster,
Kolonkarzinom:	W. Schmiegel, Bochum,
Hämatologische Erkrankungen:	M. Hallek, München
Kostenaspekte:	G. Glaeske, Bremen.

Prof. Dr. med. Thomas R. Weihrauch, FFPM
 1. Sprecher der Korporativen Mitglieder
 der DGIM
 Bayer AG, Pharma Forschungszentrum
 Postfach 101709
 D-42096 Wuppertal
 Telefon: ++49 202 36-8514
 Fax: ++49 202 36-4390
 e-mail: thomas.weihrauch.tw@bayer-ag.de

ÄZQ heißt jetzt Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Rolle als Kompetenzzentrum unterstrichen

Die bisherige Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung heißt nun Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Das haben die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am 24. Januar in einer gemeinsamen Sitzung beschlossen. BÄK und KBV wollen mit der Namensänderung die Rolle der Einrichtung als Kompetenzzentrum der deutschen Ärzteschaft in Fragen der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen hervorheben. 1995 als Koordinierungsbüro zwischen BÄK und KBV gegründet, entwickelte sich die ÄZQ zu einem im In- und Ausland anerkannten Kompetenzzentrum für Leitlinien und Patienteninformationen in der Medizin. Seit 1999 entwickelt die Zentralstelle das Deutsche Leitlinien-Clearingverfahren, das auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen mit dem Verband der Privaten Kran-

kenversicherung und die Gesetzliche Rentenversicherung mittragen. Im Jahre 2000 etablierte die ÄZQ den ersten unabhängigen Internet-Informationendienst zu Gesundheitsinformationen für Laien im deutschsprachigen Raum (www.patienten-information.de). Seit 2002 betreut die ÄZQ das nationale Programm für Versorgungsleitlinien bei der Bundesärztekammer. Im selben Jahr initiierte sie das Guidelines International Network (GIN), einen Zusammenschluss der 30 wichtigsten Leitlinien-Agenturen weltweit. Vorsitzender ist Prof. Günter Ollenschläger, Geschäftsführer der ÄZQ. Weitere Informationen und der Bericht „ÄZQ-Projekte 1995 bis 2002“ sind erhältlich auf der Website www.azq.de.

Ihr Ansprechpartner:

Prof. Günter Ollenschläger
 Tel.: 0221 / 4004-500
 Fax: 0221 / 4004-590
 E-Mail: ollenschlaeger@azq.de