

Prof. Dr. med. H.-P. Schuster · (Generalsekretär) für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin stellt sich vor

Die Aufgabenstellungen für Vorstand und Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) sind in § 2 der Gesellschaftssatzung vorgegeben:

- Förderung von Wissenschaft und Forschung auf dem Gesamtgebiet der Inneren Medizin und ihrer Entwicklung als angewandter Heilkunde,
- Zusammenfassung der auf dem Gebiet der Inneren Medizin tätigen Wissenschaftler und Ärzte und Unterstützung wissenschaftlicher Arbeiten aus ihren Fachgebieten,
- Pflege der Beziehungen zu anderen wissenschaftlichen Gesellschaften,
- Förderung der wissenschaftlich fundierten Fortbildung in Klinik und Praxis,
- Integration der Spezialgebiete der Inneren Medizin,
- Vertretung der Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung,
- Enge Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI).

In der Durchführung ihrer wissenschaftlichen, wissenschaftspolitischen und berufspolitischen Aufgabenstellungen werden Vorstand und Ausschuss durch ständige Kommissionen und Konferenzen unterstützt. Deren Aufgabenbereich liegt in der Beratung von Vorstand und Ausschuss, insbesondere in der Vorbereitung und Erarbeitung von Entschlie-

ßungen, Stellungnahmen, Resolutionen oder Positionspapieren.

Strukturen und Funktionen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin wurden in den Jahresbroschüren 2001 bis 2003 ausführlich vorgestellt:

- Organisationsstruktur und Funktionen von Vorstand, Ausschuss, Mitgliederversammlung und Kommissionen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.: Jahresbroschüre 2001.
- Struktur der Funktionen und Tätigkeitsbereiche der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.: Jahresbroschüre 2002.
- Kommissionen und Konferenzen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.: Jahresbroschüre 2003.

Die Gremien der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. 2004–2005

Vorstand

Prof. Dr. M. Weber (Köln), Vorsitzender

Prof. Dr. U.R. Fölsch (Kiel),

1. stellvertretender Vorsitzender

Prof. Dr. W. Seeger (Gießen),

2. stellvertretender Vorsitzender

Prof. Dr. W. Hiddemann (München),

3. stellvertretender Vorsitzender

Prof. Dr. H.-P. Schuster (Hildesheim),

Generalsekretär

Prof. Dr. K. Werdan (Halle), Kassenführer

Geschäftsführer

RA M. G. Broglie (Wiesbaden)

Ausschuss

Prof. Dr. M. Battegay (Basel)

Prof. Dr. H.E. Blum (Freiburg)

Prof. Dr. R. Erbel (Essen)

Prof. Dr. U. Frei (Berlin)

Prof. Dr. H. Haller (Hannover)

Prof. Dr. H.U. Häring (Tübingen)

Prof. Dr. G. Hasenfuß (Göttingen)

Prof. Dr. Else Heidemann (Stuttgart)

Prof. Dr. H. Kierdorf (Braunschweig)

Prof. Dr. K. Lechner (Wien)

Prof. Dr. H. Lehnert (Magdeburg)

Prof. Dr. H. Magnussen (Großhansdorf)

Prof. Dr. M.P. Manns (Hannover)

Prof. Dr. N. Schmitz (Hamburg)

Prof. Dr. J. Schölmerich (Regensburg)

Prof. Dr. E. Stange (Stuttgart)

Prof. Dr. Ruth H. Strasser (Dresden)

Prof. Dr. N. Suttrop (Berlin)

Prof. Dr. H. Zeidler (Hannover)

Prof. Dr. H. Rieger (Engelskirchen),

Angiologie

Prof. Dr. A. von zur Mühlen (Hannover),

Endokrinologie

Prof. Dr. J. Mössner (Leipzig),

Gastroenterologie

Prof. Dr. M. Freund (Rostock),

Hämatologie und Onkologie

Prof. Dr. Th. Meinertz (Hamburg),

Kardiologie

Prof. Dr. J. Mann (München), Nephrologie

Prof. Dr. A. Gillissen (Leipzig), Pneumologie

Prof. Dr. W. Gross (Lübeck),

Rheumatologie

Dr. W. Wesiack (Hamburg), BDI

Prof. Dr. Th. Weihrauch (Wuppertal),

Korporative Mitglieder

Korporative Mitglieder

Abbott GmbH & Co. KG

Altana Pharma Deutschland GmbH

Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften der Inneren Medizin

Die Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften in der Inneren Medizin ist ein gemeinsames Gremium der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ihrer Schwerpunkte. Der Konferenz gehören die Mitglieder des Vorstandes der DGIM sowie die Präsidenten/Vorsitzenden der Schwerpunktgesellschaften oder von diesen benannte Vertreter an. In dem Gremium soll aus wissenschaftlicher Sicht eine Diskussion und Beratung wichtiger, allgemein interessierender Fragen zu Wissenschaftspolitik, Strukturpolitik, Klinik und berufspolitischen Aktivitäten erfolgen. Die Diskussionen sollen wenn möglich zu gemeinsam abgestimmten, grundlegenden Stellungnahmen führen, die in den Organen der Gesellschaft sowie in der Jahresbroschüre der DGIM publiziert werden. Die Gründung der Konferenz wurde 2001 beschlossen. **Thema der 1. Konferenz** im Jahre 2002 war die anstehende Novellierung der (Muster-) Weiterbil-

dungsordnung durch die Bundesärztekammer. Dabei ging es im wesentlichen um den Konsens über diejenigen Fähigkeiten, die in der gemeinsamen Weiterbildung in allgemeiner Innerer Medizin für alle zukünftigen Internisten gültig sind, gleich welcher späterer Schwerpunktspezialisierung und welchen späteren Arbeitsbereiches. Dabei wurde folgender Vorschlag für den Katalog in der gemeinsamen Weiterbildung in Innerer Medizin konsentiert:

- Sonographie Abdomen und Retroperitoneum, Uro-Genitalorgane, Schilddrüse, Halsweichteile, Thoraxorgane
- Dopplersonographie extremitätenversorgender arterieller und venöser Gefäße
- Elektrokardiogramm mit Belastungs-EKG
- Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Spirometrie einschließlich Blutgasanalysen und Säurebasenhaushalt
- Prokto-/Rektoskopie
- Diabetiker-Schulung
- Psychosomatik
- Basislabor

- Koordinierende und integrierende Therapiekonzepte in Zusammenarbeit mit spezialistischer Diagnostik Therapie und Rehabilitation mit Zusammenführen, Bewerten und Aufbewahren erhobener Befunde, auch mit Behandlungs- und Betreuungskonzepten für chronische kranke, multimorbide und sterbende Patienten
- Gesundheitsberatung, Früherkennung und Prävention bei gesundheitsschädlichen Lebens- und Verhaltensweisen einschließlich der Ernährungsberatung
- Anwendung der integrierenden und koordinierenden Patientenführung bei geriatrischen Patienten
- Palliativtherapie
- Schmerztherapie

Es wurde vereinbart, diesen Katalog in allen Diskussionen zu Inhalten der Weiterbildung zu vertreten. Es schien in Anbetracht der zahlreichen zum Zeitpunkt der Konferenz bereits vorliegenden Stellungnahmen nicht sinnvoll, nochmals ein Positionspapier zu veröffentlichen. Zu den allgemeinen Grundsätzen einer Weiterbildung in Innerer Medizin wur-

Die Gremien der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. 2004–2005 (Fortsetzung)

Astra Zeneca GmbH
 Aventis Pharma Deutschland GmbH
 Bayer Healthcare AG
 Boehringer Ingelheim Pharma KG
 Dr. Falk Pharma GmbH
 Fresenius Medical Care Deutschland GmbH
 GlaxoSmith Kline GmbH & Co. KG
 Hofmann La Roche AG
 Janssen-Cilag GmbH
 Lilly Deutschland GmbH
 MediMedia GmbH
 Merck KGaA
 MSD Sharp & Dohme GmbH
 Novartis Pharma GmbH
 Novo Nordisk Pharma GmbH
 Pfizer GmbH
 Procter & Gamble Pharmaceuticals – Germany GmbH
 Schering AG

Schwarz Pharma Deutschland
 Siemens AG
 Springer Medizin Verlage
 Karl Storz GmbH & Co. KG
 Georg Thieme Verlag
 Up To Date, Wellesley
 Urban & Vogel GmbH

Sprecher der Korporativen Mitglieder
 Prof. Dr. Th. Weihrauch (Wuppertal)
 Dr. D. Götte (Bad Soden)
 Dr. G. Ralle (Heidelberg-München)

Komitee für den Theodor-Frerichs-Preis
 Prof. Dr. M. Freund (Rostock),
 Vorsitzender
 Prof. Dr. W. Gross (Lübeck)
 Prof. Dr. H. Haller (Hannover)
 Prof. Dr. P. Galle (Mainz)
 Prof. Dr. A.M. Zeiher (Frankfurt am Main)

Komitee für den Preis „Prävention in der Inneren Medizin“

Prof. Dr. H. Greten (Hamburg)
 Prof. Dr. D. Klaus (Dortmund)
 Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H.G. Lasch (Gießen)
 Prof. Dr. U.R. Fölsch (Kiel)

Ständige Kommission „Struktur, Krankenversorgung, Wissenschaftsfragen“

Prof. Dr. H. Lehnert (Magdeburg),
 Vorsitzender
 Prof. Dr. J. Meyer (Mainz)
 Prof. Dr. J.F. Riemann (Ludwigshafen)
 Prof. Dr. W. Seeger (Gießen)
 Prof. Dr. M. Weber (Kiel)

den folgende Punkte von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften besonders hervorgehoben:

1. Die Notfallmedizin muss obligater Teil der gemeinsamen Inhalte der Weiterbildung Innere Medizin sein.
2. Die Verkürzung der gesamten Weiterbildungszeit zum Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt auf 6 Jahre stellt einen Fortschritt dar, der die Bedingungen in Deutschland an diejenigen in den USA und in Europa annähert oder angleicht.
3. Die internistische Intensivmedizin mit Facharztweiterbildung zum Internisten als Voraussetzung muss bestehen bleiben und darf in keinem Falle und in keiner Weise aufgegeben werden. Die favorisierte Lösung für die Schwerpunkte besteht darin, dass in den intensivmedizinisch relevanten Schwerpunkten eine schwerpunktbezogene Weiterbildungszeit von ½ Jahr obligat vorgesehen wird und dieses ½ Jahr auf die 2 Jahre Weiterbildung im Bereich mit der Bezeichnung internistische Intensivmedizin angerechnet werden kann. In dem Bereich internistische Inten-

sivmedizin muss dann eine Weiterbildung zu allen Problemen internistischer Intensivmedizin stattfinden. Ist dies nicht möglich, wird die Innere Medizin einen Schwerpunkt internistische Intensivmedizin fordern. Die internistische Intensivmedizin muss eindeutig und unzweifelhaft besetzt sein. Die Schwerpunktlösung wird als die sicherste Lösung zur Stabilisierung der internistischen Intensivmedizin in der Weiterbildungsordnung diskutiert.

Aus der aktuellen Sicht erschien es fundamental, an diesen Grundsätzen festzuhalten und sie, gegebenenfalls durch weitere Verbesserung und Novelierungsschritte, in gültiges Weiterbildungsrecht umzusetzen.

Das **Thema der 2. Konferenz 2003** war die Qualitätssicherung in der Inneren Medizin, insbesondere auch in Fort- und Weiterbildung. Hierzu wurde eine gemeinsam abgestimmte Stellungnahme erstellt, die als Positionspapier in den Mitteilungen der Gesellschaft und in der vorliegenden Jahresbroschüre publiziert ist.

Als **Thematik für die 3. Konferenz 2004** ist eine Stellungnahme aus wissenschaftlicher Sicht zu Profil, Position und Qualitätssicherung der Inneren Medizin vorgesehen.

Kommission „Klinische Forschung – Nachwuchsförderung“

Prof. Dr. J. Schölimerich (Regensburg),
Vorsitzender
Prof. Dr. U. Hoffmann (München),
Deutsche Gesellschaft für Angiologie
Prof. Dr. M. Reincke (Freiburg), Deutsche
Gesellschaft für Endokrinologie
PD Dr. H. Martin (Frankfurt), Deutsche
Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
Prof. Dr. G. Sybrecht (Homburg/Saar),
Deutsche Gesellschaft für Internistische
Intensivmedizin und Notfallmedizin
Prof. Dr. K. Werdan (Halle),
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Prof. Dr. T.O.F. Wagner (Frankfurt),
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
Prof. Dr. E. Märker-Hermann (Wiesbaden),
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie

Prof. Dr. M. Singer (Heidelberg)
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs-
und Stoffwechselkrankheiten
Prof. Dr. J. Floege (Aachen),
Gesellschaft für Nephrologie
Prof. Dr. J. Riemann (Ludwigshafen), Vertreter
der Akademischen Lehrkrankenhäuser

Kommission Weiterbildung

Prof. M. Weber (Köln), Vorsitzender
der DGIM
Dr. W. Wesiack (Hamburg), Präsident
des BDI
Prof. H.-P. Schuster (Hildesheim),
Generalsekretär der DGIM
Prof. A. Creutzig (Hannover),
Deutsche Gesellschaft für Angiologie
Prof. A. von zur Mühlen (Hannover),
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie

Prof. W. Schmiegel (Bochum), Deutsche
Gesellschaft für Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten
Prof. V. Diehl (Köln), Deutsche
Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
Prof. H.A. Katus (Heidelberg), Deutsche
Gesellschaft für Kardiologie –
Herz-Kreislaufforschung
Prof. J. Mann (München), Gesellschaft für
Nephrologie
Prof. N. Konietzko (Essen),
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
Prof. A. Krause (Berlin), Deutsche
Gesellschaft für Rheumatologie

Vorstandsbeschlüsse der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2003/2004

Im Folgenden werden grundlegende und zielorientierte Beschlüsse des Vorstandes der DGIM, nicht jedoch Beschlüsse zur laufenden Geschäftsführung wiedergegeben.

**Prof. Dr. H.-P. Schuster, Hildesheim
Generalsekretär der DGIM**

Beschluss des Vorstandes der DGIM vom 15. Dezember 2003 in Wiesbaden

Gustav von Bergmann-Medaille in Gold

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) verabschiedet die folgende Satzung zur Vergabe der Gustav von Bergmann-Medaille in Gold.

Statut der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) über die Gustav von Bergmann-Medaille in Gold

§ 1

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin verleiht die Gustav von Bergmann-Medaille in Gold.

§ 2

Durch die Verleihung der Medaille soll Personen Dank und Anerkennung ausgedrückt werden, die sich durch ihre Arbeit und ihren Einsatz für die Interessen der Inneren Medizin und der DGIM in außergewöhnlichem Maße hervorgetan haben.

Geehrt werden große Ärzte, klinische Lehrer und Forscher für ihr Lebenswerk.

§ 3

- (1) Die Medaille wird maximal einmal im Jahr verliehen.
- (2) Die Verleihung sollte im Rahmen der Eröffnungsfeier des Jahreskongresses erfolgen.

§ 4

- (1) Die Medaille wird vom Vorsitzenden der DGIM, im Verhinderungsfall von seinem Stellvertreter überreicht.
- (2) Vorschlagsberechtigt ist jedes ordentliche Mitglied der DGIM.
- (3) Über die Verleihung entscheiden Vorstand und Ausschuss der Gesellschaft

§ 5

Der Inhaber der Medaille erhält eine Urkunde über die Verleihung. Die Verlei-

Die Gremien der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. 2004–2005 (Fortsetzung)

Kommission Korporative Mitglieder

Prof. Dr. U. R. Fölsch (Kiel)
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. H.G. Lasch (Gießen)
Prof. Dr. Dr. h.c. M. Classen (München)
Prof. Dr. Dr. h.c. P.C. Scriba (München)

Kommission Qualitätssicherung

Prof. Dr. J. Meyer (Mainz), federführend
Prof. Dr. Dr. h.c. M. Classen (München)
Prof. Dr. R. Dierkesmann (Stuttgart)
Prof. Dr. H. Heimpel (Ulm)
Prof. Dr. K.-M. Koch (Hannover)
Prof. Dr. O.A. Müller (München)
PD Dr. Ch. Specker (Essen)
Prof. Dr. W. Theiss (München)

Delegierte AWMF

Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften
Prof. Dr. P. von Wichert (Hamburg)

Delegierte EFIM

European Federation of Internal Medicine
Prof. Dr. J. Köbberling (Wuppertal)

Delegierte DIVS

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie
Prof. Dr. Ch. Baerwald (Leipzig)
Prof. Dr. Else Heidemann (Stuttgart)
Prof. Dr. G. Holtmann (Essen)

Ehrenmitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Prof. Dr. med. Felix Anschütz, Darmstadt

Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Aschenbrenner, Hamburg

Prof. Dr. Dr. h.c. Hans Erhard Bock, Tübingen†

Prof. Dr. med. Maximilian Broglie, Wiesbaden†

Prof. Dr. med. Eberhard Buchborn, München

Prof. Dr. Dres. h.c. mult. Meinhard Classen, München

Prof. Dr. Dr. h.c. Werner Creutzfeldt, Göttingen

Prof. Dr. med. V. Diehl, Köln

Prof. Dr. Dres. h.c. Konrad Federlin, Giessen

Prof. Dr. med. Eugen Fritze, Bochum

Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Gerok, Freiburg i. Br.

hung wird in den Publikationsorganen der Gesellschaft bekannt gemacht.

§ 6

Dieses Statut tritt 2004 in Kraft.

Beschluss des Vorstandes der DGIM vom 17. April 2004 in Wiesbaden

Ausschreibung Theodor-Frerichs-Preis

Der Vorstand beschließt eine Änderung des Ausschreibungstextes für den Theodor-Frerichs-Preis, die es auch kürzlich publizierten oder zur Publikation eingereichten Arbeiten ermöglicht, an der Bewerbung teilzunehmen. Damit entfällt die bisherige strikte Anonymisierung der Preisarbeiten für das Auswahlverfahren. Die Qualität der Auswahl der Preisarbeit ist durch die fünf vom Ausschuss gewählten Juroren des Frerichs-Preis-Komitees sichergestellt.

Der Vorstand wird dem Ausschuss diesen Beschluss zur Entscheidung vorlegen entsprechend § 9 der Satzung: „Der Ausschuss ist der Beirat des Vorstandes in allen wichtigen Angelegenheiten“.

Beschluss des Vorstandes der DGIM vom 17. April 2004 in Wiesbaden

Gründung einer Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) gründet gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) eine „Akademie für Fortbildung und Weiterbildung in der Inneren Medizin“.

Die Akademie strebt eine Akkreditierung durch Bundesärztekammer und Landesärztekammern an und wird sich so an der zertifizierten Fortbildung und an der Weiterbildung in Innerer Medizin aktiv beteiligen.

Die Akademie strebt eine enge Zusammenarbeit mit den Fortbildungskademien der Schwerpunkte der Inneren Medizin an.

Die Akademie für Fortbildung und Weiterbildung in der Inneren Medizin wird von zwei Direktoren geleitet, von denen je einer von DGIM und BDI berufen werden.

Beide Verbände statten die Akademie mit einem entsprechenden Budget aus.

Die Akademie enthält im Einvernehmen mit dem BDI ein Statut.

Prof. Dr. Dr. h.c. Rudolf Gross, Köln
Prof. Dr. med. Fritz Hartmann, Hannover
Prof. Dr. med. Dieter L. Heene, Mannheim
Prof. Dr. med. Dietfried Jorke, Jena
Prof. Dr. med. Helmut Kewitz, Berlin
Prof. Dr. med. Karl Martin Koch, Hannover
Prof. Dr. Dr. h.c. Kurt Kochsiek, Würzburg
Prof. Dr. med. Friedrich Krück, Bonn
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hanns Gotthard Lasch, Giessen
Prof. Dr. med. Dieter Lohmann, Leipzig
Prof. Dr. med. Jürgen van de Loo, Münster
Prof. Dr. Dr. h.c. Franz Loogen, Düsseldorf
Prof. Dr. med. Gustav Adolf Martini, Marburg
Prof. Dr. med. Hellmut Mehnert, München
Prof. Dr. med. Dr. med. vet. Karl-Hermann Meyer zum Büschenfelde, Berlin

Prof. Dr. med. Klaus Miehle, Wiesbaden
Prof. Dr. med. Karl Heinz Rahn, Münster
Prof. Dr. med. Sotirios A. Rapis, Athen
Prof. Dr. med. Gerhard Riecker, München
Prof. Dr. med. H. Schmidt, Wiesbaden
Prof. Dr. Dr. h.c. Paul Schölmerich, Mainz
Prof. Dr. Dr. h.c. Peter C. Scriba, München
Prof. Dr. Dr. h.c. Konrad Seige, Halle
Prof. Dr. Dr. h.c. Walter Siegenthaler, Zürich
Prof. Dr. Konrad Spang, Stuttgart
Prof. Dr. Heribert Thaler, Wien
Prof. Dr. s.c. med. Heinz Trenckmann, Leipzig
Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang T. Ulmer, Bochum
Prof. Dr. Jan G. Waldenström, Malmö
Prof. Dr. med. Hans-Dierck Waller, Tübingen
Dr. med. H. Weinholz, Wunstorf

Prof. Dr. med. Egon Wetzels, Rosenheim
Prof. Dr. med. Peter von Wichert, Hamburg
Prof. Dr. med. Hanns P. Wolff, Mainz
Prof. Dr. med. Nepomuk Zöllner, München

(Stand Mai 2004)

U. R. Fölsch

1. Medizinische Universitätsklinik, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel

Das Dilemma der klinischen Forschung in Deutschland

Rede zur Eröffnungsfeier der 110. Tagung der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am
18. April 2004 in Wiesbaden

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister Diehl, sehr geehrter Herr Staatssekretär Schröder, meine sehr verehrten Damen und Herren,

es ist das Privileg des Vorsitzenden dieser wissenschaftlichen Fachgesellschaft, während der Eröffnungsfeier auf Problemfelder aufmerksam zu machen, die ihn in

seiner Amtszeit besonders bewegt und gedanklich beschäftigt haben. Während mein Vorgänger, Herr Professor Usadel, u.a. aus nahe liegendem Grund die Weiterbildungsordnung thematisierte, möchte ich mich heute mit dem Stellenwert der klinischen Forschung in Deutschland beschäftigen. Die „Gesundheitsforschung“ oder eben die „klinische Forschung“ wird von vielen Mitmenschen, und nicht

zuletzt von uns allen hier, mit Interesse, ja mit besonderen Erwartungen verfolgt. Insbesondere von den Ergebnissen dieser Forschung versprechen wir uns Erfolge und Erkenntnisse bei der Vorbeugung, Entwicklung, Diagnose und Therapie von Krankheiten. Es ist durchaus bekannt, dass der Stand der klinischen Forschung in einigen Bereichen erstklassig, aber gerade bei der patientenorientierten

Adressarium der Vorstandsmitglieder

Prof. Dr. med. M. Weber
Vorsitzender der DGIM
Städtisches Krankenhaus Köln
Medizinische Klinik I
Ostmerheimer Straße 200, 51109 Köln
Tel.: 0221/8907-3200
Fax: 0221/8907-3335
E-Mail: manfred.weber@uni-koeln.de

Prof. Dr. med. U.R. Fölsch
1. Stellvertretender Vorsitzender der DGIM
Klinik für Allgemeine Innere Medizin
I. Medizinische Univ.-Klinik
Schittenhelmstraße 12, 24105 Kiel
Tel.: 0431/597-1271, Fax: 0431/597-1302
E-Mail: urfoelsch@1med.uni-kiel.de

Prof. Dr. med. W. Seeger
2. Stellvertretender Vorsitzender
Medizinische Klinik II
Zentrum für Innere Medizin
Klinikum der Universität
Klinikstraße 36, 35392 Gießen
Tel.: 0641/99-42350, Fax: 0641/99-42359

E-Mail: werner.seeger@innere.med.uni-giessen.de

Prof. Dr. med. W. Hiddemann
3. Stellvertretender Vorsitzender
Klinikum Großhadern
Medizinische Klinik III
Marchioninistraße 15, 81377 München
Tel.: 089/7095-2551, Fax: 089/7095-5550
E-Mail: sekrmed3@med3.med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. K. Werdan
Kassenführer der DGIM
Martin-Luther-Universität
Klinikum Kröllwitz, Innere Medizin III
Ernst Grube-Str. 40, 06097 Halle/Saale
Tel.: 0345/557-2601, Fax: 0345/557-2422
E-Mail: karl.werdan@medizin.uni-halle.de

Prof. Dr. med. H.-P. Schuster
Generalsekretär der DGIM
Medizinische Klinik I
Städtisches Krankenhaus Hildesheim

Weinberg 1, 31134 Hildesheim
Tel.: 05121/89-4364, Fax: 05121/605533
E-Mail: Dres.Schuster@t-online.de

RA M. G. Broglie
Geschäftsführer
Deutsche Gesellschaft für
Innere Medizin
Schöne Aussicht 1, 65193 Wiesbaden
Tel.: 0611/205-8040-0
Fax: 0611/205-8040-46
E-Mail: info@dgim.de

Geschäftsstelle
Deutsche Gesellschaft für
Innere Medizin e.V.
Haus der Internisten
Schöne Aussicht 1, 65193 Wiesbaden
Tel.: 0611/205-8040-0
Fax: 0611/205-8040-46
E-Mail: info@dgim.de

Forschung nicht zufrieden stellend ist. Vergleicht man Deutschland mit Dänemark, Großbritannien und den Niederlanden, publizieren wir, bezogen auf die Bevölkerungszahl, beispielsweise weniger Arbeiten über klinische Studien. Damit belegen wir im Ländervergleich einen der unteren Plätze. Und dies, obwohl wir prinzipiell mit durchaus leistungsfähigen medizinischen Versorgungseinrichtungen gute Voraussetzungen für die patientenorientierte Forschung besitzen. Im Folgenden möchte ich versuchen darzustellen, warum wir diese Probleme haben, und einige Überlegungen anstellen, wie dieser Zustand verbessert werden kann.

Änderungen der finanziellen Rahmenbedingungen und der Arbeitsabläufe in den medizinischen Fakultäten

In den vergangenen Jahren und bis zum heutigen Tag hat eine Reihe von Reformen und finanziellen Einschnitten im deutschen Gesundheitswesen die Ausstattung und die Arbeitsabläufe eines Klinikarztes – insbesondere des Arztes in einer Universitätsklinik – verändert bzw. wird sie verändern. Dabei handelt es sich im Einzelnen um folgende Maßnahmen:

1. 1999 hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft im Rahmen ihrer Denkschrift über die klinische Forschung darauf hingewiesen, dass der Forschung in den Universitätskliniken der gleiche Stellenwert zuzumessen sei wie der Krankenversorgung. Daher müsse – so die Forderung – die Vergabe von Forschungsmitteln aus dem Landeszuschuss in die Hände der medizinischen Fakultäten gelegt werden, was bisher nicht der Fall war [1]. Bisher flossen die Gelder der Krankenversicherungen und der Landeszuschuss zusammen, und den einzelnen Institutionen und Kliniken wurden Gesamtbudgets zugewiesen. Diese Praxis ändert sich jetzt: Jedem Institut, jeder Abteilung und Klinik wird künftig ein Betrag aus dem Landeszuschuss zugeführt, der sich aus den Leistungen in der Forschung, der Lehre und der Förderung

des Nachwuchses errechnet. Dies wird zu einer erheblichen, aber notwendigen Änderung der finanziellen Ausstattung verschiedener Einrichtungen führen: Sie macht die Vergabe des Landeszuschusses fairer und transparenter.

2. Mit der jetzt in Kraft getretenen neuen Approbationsordnung ist die Lehre an die neuen Erfordernisse anzupassen. Das heißt, gerade in der Inneren Medizin, mit dem notwendigen Unterricht in kleinen Gruppen, führt dies zu einer größeren zeitlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Mitarbeiter. So benötigte die I. Medizinische Klinik in Kiel für die Studentenpraktika nach der alten Approbationsordnung 46 Semester-Wochenstunden. Diese zeitliche Belastung wird sich nach der neuen Approbationsordnung durch die vorgeschriebenen kleinen Gruppen verdreifachen.

Meine Damen und Herren, zweifellos führt der Unterricht in kleinen Gruppen zu einer Verbesserung des Medizinstudiums, aber dies ist mit der jetzigen Personalausstattung nicht zu schaffen. Eine weitere gravierende Folge: Die Zeitsegmente zur Ausübung der klinischen Forschung schrumpfen noch stärker.

3. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das seit wenigen Monaten in Kraft ist, und die Codierrichtlinien entsprechend den DRGs schaffen neue Rahmenbedingungen, die den Arbeitsalltag der ärztlichen Mitarbeiter/-innen entscheidend beeinflussen werden. Jeder weiß, welcher enorme zeitliche Aufwand mit einem vernünftigen Codieren verbunden ist. Es ist heute schon klar, dass die Innere Medizin aus dieser DRG-Kalkulation schlecht herauskommen wird: Voraussichtlich werden die den Inneren Kliniken von den Versicherungsträgern zufließenden Gelder um 20–30% sinken. Dies trifft die Universitätskliniken umso mehr. Sie haben den Auftrag, neben der Patientenversorgung

Forschung, Lehre und Weiterbildung zu leisten. Dafür erhalten sie jedoch DRG-Erlöse, die sich nicht von denen einer nichtuniversitären Einrichtung un-

terscheiden. Darüber hinaus sind wir aufgefordert, Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Krankenversorgung zu implementieren und nachzuweisen. Auch dies ist mit einem erheblichen Dokumentationsaufwand verbunden, der die für die klinische Forschung wichtige Ressource „Zeit“ auffrisst. Denn es ist natürlich nicht davon auszugehen, dass für das Codieren oder die Dokumentation irgendwelche Planstellen geschaffen werden.

4. Zu guter Letzt soll auch in unserem Land 2005 oder 2006 das europäische Arbeitszeitrecht umgesetzt werden. Bereitschaftsdienste sind dann als normale Arbeitszeit definiert. Damit werden ambitionierte wissenschaftliche Mitarbeiter bestraft, die bereit und willens sind, für die Realisierung ihrer Forschungsprojekte länger als die durchschnittlich maximal zulässigen 48 h pro Woche zu arbeiten. Darüber hinaus werden wir uns damit auseinander zu setzen haben, dass es offensichtlich nur in ganz geringem Ausmaß, und zwar bei kleineren Kliniken, vorgesehen ist, neue Planstellen zu schaffen, um dieses Arbeitszeitrecht umzusetzen. Mittlerweile wird aus der Europäischen Union Bereitschaft signalisiert, über die Rahmenbedingungen des Arbeitszeitrechts noch einmal nachzudenken. Ich hoffe sehr, dass dies geschieht. Nahezu alle genannten Reformen bzw. Änderungen sind darauf angelegt, die Kosten für das Gesundheitssystem zu senken bzw. den Kostenanstieg deutlich zu bremsen. Der Arzt in der Universitätsklinik ist generell mit drei verschiedenen Aufgaben betraut: der Lehre, der Krankenversorgung und der Forschung. Dabei wird theoretisch erwartet, dass er seine Zeitressource auf die drei genannten Funktionen gleichermaßen verteilt. Aufgrund der Budgetkürzungen, der Reduktion des Stellenpools und der Änderung der Approbationsordnung muss von den Ärzten bzw. der ärztlichen Leitung entschieden werden, wie mit den verfügbaren Finanz- und Zeitressourcen umzugehen ist. Der Verlierer steht jetzt schon fest: Zweifellos hat die Forschung im Rahmen der dreifachen Aufgabenstellung der me-

dizinischen Fakultät die schwächste Position. Und damit, meine Damen und Herren, verstärken sich die Probleme bei der ohnehin schon hinsichtlich des internationalen Wettbewerbs bedrohten klinischen Forschung in Deutschland.

Auswanderung von Wissenschaftlern

Die besorgniserregende Situation der klinischen Forschung wurde durch eine Aufsatzserie im Sommer letzten Jahres im *Deutschen Ärzteblatt* bestätigt [2]. Sie begann mit dem Aufmacher „Medizinische Forschungsbedingungen in Deutschland – eine Aufforderung auszuwandern“. In diesem Artikel beklagen die Autoren, dass ein nicht unerheblicher Teil des medizinisch-akademischen Nachwuchses Deutschland den Rücken kehren würde, um dauerhaft im angloamerikanischen Raum tätig zu werden. Sie benennen als Problem u.a. die fehlende Trennung von Forschung, Krankenversorgung und Lehre, die antiquierten Hierarchien im medizinischen System und das international nicht konkurrenzfähige Einkommensniveau. Alles in allem ist es insgesamt offenkundig, dass wir in Deutschland aufgrund der zuvor genannten Defizite für die zurückkehrenden Wissenschaftler deutlich an Attraktivität verloren haben.

Was ist klinische Forschung?

Der Wissenschaftsrat hat in seinen Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen 1986 die klinische Forschung wie folgt definiert [3]: Sie umfasst in einem weiteren Sinn alle Formen der Erforschung von Ursachen, Entstehung und Verlauf von Krankheiten sowie die wissenschaftliche Beschäftigung mit deren Erkennung und Behandlung. Dabei kann die klinische Forschung in ganz verschiedenen Bereichen ansetzen:

a) der grundlagenorientierten Forschung, in deren Mittelpunkt der Erkenntnisgewinn im biologischen System steht;

- b) der krankheitsorientierten Forschung, die an Modellsystemen, z.B. im Tierversuch oder in In-vitro-Systemen, arbeitet. Sie hat zum Ziel, die Pathogenese und die Behandlung von Krankheiten zu verstehen, benötigt aber dazu nicht den direkten Kontakt mit dem Patienten;
- c) der patientenorientierten Forschung, die direkt an und mit dem Patienten oder Probanden durchgeführt wird.

Hierunter fallen klinische Studien sowie weite Bereiche der Versorgungsforschung.

Wie ist die klinische Forschung an den medizinischen Fakultäten organisiert bzw. wo bestehen oder liegen die Defizite?

Nur an wenigen Kliniken bzw. Instituten der medizinischen Fakultäten ist die Forschung institutionalisiert. Entweder stehen Forschungsflächen nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung, oder sie wurden bei der Bauplanung aus Kostengründen gar nicht berücksichtigt oder gar vergessen. In nur wenigen Universitätskliniken gibt es definierte Einheiten, die von kompetenten klinischen Forschern geleitet werden, die sich ausschließlich der klinischen Forschung widmen und als Ausbildungs- und Anlaufstelle für die wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Klinik zur Verfügung stehen. Hochschullehrerpositionen für Forscher in der Klinik, verbunden mit der Einrichtung von selbständigen Forschungseinheiten, sind nur vereinzelt vorhanden. Selbst wenn wir all das hätten, würde es wenig nützen. In einer großen Universitätsklinik mit den Aufgaben der Maximalversorgung wird ein Personalbudget vorgehalten, mit dem es gerade einmal gelingt, die Krankenversorgung und – nicht einmal komplett – die Lehre so durchzuführen, wie es nach den Vorgaben der Approbationsordnung, den Codierrichtlinien nach DRG und den Vorschriften für die Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlich ist. Bei der komplexer gewor-

den klinischen Forschung bleiben bei den knappen Personalbudgets keine ausreichenden Zeitsegmente übrig, um eine Forschung auf hohem Qualitätsniveau zu planen und durchzuführen. Darüber hinaus sind wir mit dem Problem konfrontiert, dass die neue Approbationsordnung zu sehr darauf ausgerichtet ist, einen guten praktischen Arzt auszubilden. Doch nur die ganz frühzeitige Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Inhalten lässt Interesse aufkommen an einer wissenschaftlichen Karriere und lässt für die Ausbilder frühzeitig förderungswürdige Begabungen erkennen. Ich werde später darzustellen versuchen, wie diese Schwachstelle in der Ausbildung überwunden werden kann.

Es sollte auch hier nicht verschwiegen werden, dass das Interesse am Arztberuf schlechthin und dabei besonders auch an einer wissenschaftlichen Karriere an Attraktivität verloren hat. Allerdings muss man auch feststellen, dass die abnehmende Attraktivität des Arztberufes nicht nur ein deutsches Phänomen ist, sondern weltweit registriert wird, auch in den USA! Dabei sind ein Problem die im Vergleich zu anderen Berufen unattraktiv gewordenen beruflichen Endpositionen. Viele würden die „Ochsentour“ für eine paar Jahre auf sich nehmen, wenn es denn am Ende lohnt.

Förderung der medizinischen Forschung Förderung durch die Länder

In Deutschland sind die Universitäten, anders als z.B. in Frankreich, in einem föderalen System organisiert und bewirtschaftet. Das heißt, die Finanzierung der Hochschulen (im Wesentlichen die Grundausstattung) ist primäre Aufgabe der Bundesländer, wobei zwischen den Ländern ein deutliches Nord-Süd-Gefälle unverkennbar ist. Es besteht insgesamt kein Zweifel: Seit Jahren sind die deutschen Universitäten inkl. der medizinischen Fakultäten deutlich unterfinanziert – Tendenz steigend. Man spricht vielerorts von der Dreieinigkeit von Platzmangel, schlechter Ausstattung und zu

wenigen Stellen. Dabei wurde die an zahlreichen Universitäten oder Fakultäten wegen Geldmangels miserable und von Verfall bedrohte Bausubstanz noch gar nicht erwähnt.

Fördermaßnahmen des Bundes

So erschreckend die Bilanz der Basisfinanzierung der Universitäten in vielen Bundesländern auch ausfällt, umso mehr Anreizsysteme hat der Bund entwickelt, um die klinische Forschung zu unterstützen. Dabei sind einige Förderungen auch so angelegt, dass daraus strukturbildende Maßnahmen an den Fakultäten umgesetzt werden müssen. Diese Förderungen werden finanziert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Ich möchte im Folgenden beispielhaft nur einige Maßnahmen zur Förderung der klinischen Forschung nennen. Im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung 2000“ wurden interdisziplinäre Zentren für klinische Forschung ausgeschrieben, die in den letzten Jahren an acht Universitätskliniken entstanden. Ziel und Absicht dieser Zentren ist die optimale Zusammenarbeit von Wissenschaft, Krankenversorgung und Lehre. Voraussetzung für die Bewilligung war die Bereitschaft der Hochschule, durch leistungsorientierte Umverteilung erhebliche Mittel der Grundausstattung im Sinne der Schwerpunktsetzung für das jeweilige Zentrum einzusetzen.

Vorhandene Kompetenzen nutzen

Wegen der erkannten Mängel der patientenorientierten klinischen Forschung und bei klinischen Studien hat das BMBF 1998 ein Programm zur Einrichtung von Koordinierungszentren für klinische Studien aufgelegt. Hier gilt, dass sich der Bund nach einer anfänglich größeren Investition nach und nach aus der Finanzierung zurückzieht und die Koordinierungszentren sich dann selbst fi-

nanzieren bzw. von der Fakultät einen Zuschuss erhalten müssen. 1998 wurde vom BMBF ein weiteres ehrgeiziges Programm aufgelegt: die Bildung von Kompetenznetzen in der Medizin. Ziel dieser Ausschreibung war es, dass sich zu bestimmten Krankheitsbildern Institutionen aus der Grundlagen- und molekularbiologischen Forschung, der klinischen Forschung und Patientenversorgung zusammenfinden. Sie haben den Auftrag und das Ziel, die Qualität der Forschung und die Versorgung der Patienten zu verbessern. Des Weiteren sollen Forschungsergebnisse sowohl in der horizontalen Ebene zwischen den Forschungsinstitutionen als auch in der vertikalen Ebene von der Forschung in die Patientenversorgung schneller zugänglich gemacht werden. Jedes Netz wird über mindestens 5 Jahre mit einem Volumen von insgesamt 13 Mio. Euro gefördert. Klinische Forscher aus dem Bereich der Inneren Medizin können voller Stolz vermelden, dass sie zehn der bisher bewilligten 17 Netze eingeworben haben. Wie auch in den vergangenen Jahren werden sich auf dem diesjährigen Kongress in Wiesbaden am Dienstag, den 20. April, insgesamt acht Kompetenznetze aus der Inneren Medizin mit ihren neuen Erkenntnissen vorstellen. Begleitet werden diese Bemühungen zur Etablierung der Koordinierungszentren für klinische Studien und der Kompetenznetze durch die Schaffung der Telematikplattform für medizinische Forschungsnetze. Es wurde schnell erkannt, dass diese Forschungsnetze eine gemeinsame Datenbasis benötigen. Voraussetzung dafür war es, leistungsfähige IT-Infrastrukturen für die medizinische Forschung zu schaffen. Da hier mit Patientendaten gearbeitet wird, musste besondere Sorgfalt darauf verwandt werden, Sicherheitsstrukturen zu entwickeln und zu installieren. Die Nachhaltigkeit dieser Telematikplattform für medizinische Forschungsnetze ist mittlerweile durch die Gründung eines eingetragenen Vereins auf einen sehr guten Weg gebracht worden. Vor wenigen Monaten wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gemeinsam mit dem BMBF

ein neues Programm zur Förderung klinischer Studien aufgelegt. Dabei ist vor allem an nichtpharmakologische Therapiestudien sowie Diagnostikstudien der Phase I–III gedacht. Das Förderprogramm will insbesondere die Durchführung wissenschaftlich hochrangiger multizentrischer Studien unterstützen, um eine Anhebung des Qualitätsniveaus auf den internationalen State-of-the-Art zu erreichen. Schlussendlich möchte ich hier noch das Nationale Genomforschungsnetz erwähnen, das mit der Absicht gegründet wurde, die molekularen Ursachen von Erkrankungen zu verstehen und darauf aufbauend neue Medikamente zu entwickeln. Für dieses Forschungsprogramm hat das BMBF für die erste Förderphase rund 180 Mio. Euro an Projektmitteln zur Verfügung gestellt, und für die zweite Förderphase sind 135 Mio. Euro vorgesehen. Neben der nationalen Forschungsförderung sind mittlerweile auch auf europäischer Ebene mit der Bekanntgabe und Ausschreibung des 5. und 6. Rahmenprogramms erhebliche Anstrengungen unternommen worden, die vernetzte Gesundheitsforschung in Europa voranzutreiben. Allein für die Themenbereiche „Lebenswissenschaften, Genomik und Biotechnologie für die Gesundheit“ stellt die Europäische Union 2,2 Mrd. Euro zur Verfügung.

Nachwuchsprogramme

Ich hatte meine Ausführungen mit der Feststellung begonnen, dass unserem Land die Abwanderung von jungen begabten Wissenschaftlern droht, da diese im angloamerikanischen Raum bessere Arbeitsbedingungen und Lebenspositionen geboten bekommen. Um die Selbständigkeit junger Wissenschaftler zu fördern, hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft ein Programm eingerichtet, das den Namen der Mathematikerin Emmy Noether trägt. Mit diesem Programm sollen junge Wissenschaftler/-innen für einen Zeitraum von 5 Jahren, davon 2 Jahre im Ausland, neben den notwendigen Projektmitteln auch die eigene Stelle einwerben können. Diese kom-

binerte Förderung, nämlich Ausland und zu Haus, soll es den begabten jungen Leuten schmackhaft machen, wieder in die heimatlichen Gefilde zurückzukehren. Um den jungen und hoch qualifizierten Wissenschaftler früh mit einem eigenen Forschungsbudget und einer eigenen Arbeitsgruppe auszustatten, wurde die Juniorprofessur geschaffen. Diese Juniorprofessur soll auch zu einer Senkung des Erstberufungsalters beitragen. Die Habilitation soll dagegen abgeschafft werden. Es war jedoch absehbar und es hat sich mittlerweile auch gezeigt, dass die Juniorprofessur in ihrer jetzigen Form für die klinische Medizin unbrauchbar ist und die Habilitation nicht ersetzen kann. Mit Ende des Studiums nach einer Regelstudienzeit von 12–13 Semestern ist der ärztliche Berufsanfänger zu Beginn seiner klinischen Ausbildung durchschnittlich 27 Jahre alt. Für junge, wissenschaftlich orientierte Ärztinnen und Ärzte schließt sich vor Beginn der klinischen Weiterbildung häufig ein 1- bis 3-jähriger Forschungsaufenthalt im Ausland an. Dieser dient der Erlernung von wissenschaftlichen Grundlagentechniken und keinesfalls der klinischen Ausbildung. Die Regelweiterbildungszeit für die Facharzt- und Schwerpunktqualifikation wird künftig 6 Jahre betragen, so dass der Weiterzubildende bei der Erlangung der Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung mindestens 35–36 Jahre alt ist. Die weitere klinische Qualifikation sowie auch die eigenständige klinische Tätigkeit erfolgen erst nach der Facharztprüfung, in der Regel mit der Übernahme einer Oberarztstätigkeit. Der Gesetzgeber sieht aber vor, dass ein Zeitraumen von 9 Jahren nach der Promotion und vor Übernahme einer Juniorprofessur nicht überschritten werden darf. Dies ist für Mediziner ein deutlich zu knapp bemessener Zeitraumen. Zusammenfassend lässt sich für Deutschland sagen, dass wir in der klinischen Forschung zwei große Probleme haben:

Ein strukturelles und – aber erst in zweiter Linie – ein finanzielles in Form einer unzureichenden Grundausstattung sehr vieler medizinischer Fakultäten.

Organisation der Forschung im internationalen Vergleich

Dietmar Braun hat vor nunmehr 11 Jahren einen vom Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung in Köln durchgeführten und vom BMBF finanzierten Vierländervergleich (USA, Frankreich, England, Deutschland) über Probleme und Lösungsansätze der Forschungsförderung im Bereich der Gesundheitsforschung vorgenommen [4]. Dabei hat er u.a. festgestellt, dass die Hauptursache für bescheidene wissenschaftliche Leistungen in den Strukturen begründet liegt, auf die klinische Forschung trifft: Medizinische Akademiker sind zunehmend überfordert, die drei geforderten Funktionen – Forschung, Lehre, Krankenversorgung – gleichermaßen, d.h. als Bestandteil einer Rolle, wahrzunehmen. Meine Damen und Herren, das Bild vom ausgezeichneten Wissenschaftler und hervorragenden Arzt in Personalunion eines Kliniklers ist nicht länger realistisch. Es wird Zeit, dass wir dies zur Kenntnis nehmen! In den genannten Ländern USA, Frankreich, England und Deutschland ist die institutionelle Ausgestaltung von medizinischer Fakultät und Klinik als dem organisatorischen Rahmen der klinischen Forschung unterschiedlich gelöst. Während in Frankreich und Deutschland ein integriertes Modell überwiegt, hat sich in den USA und England ein sog. Distanzmodell etabliert. Bei Letzterem ist die Assoziationsstruktur zwischen Fakultät und Klinik durch eine getrennte Organisation und Verwaltung der Patientenversorgung auf der einen Seite und Forschung und Lehre auf der anderen Seite gekennzeichnet. Beim Integrationsmodell dagegen gehören Klinik und medizinische Fakultät zu einem organisatorischen Verbund. Bei seinem Leistungsvergleich hat Dietmar Braun festgestellt: Je enger die Verquickung zwischen medizinischer Fakultät und Klinik, umso mehr kann sich die Patientenversorgung auf Kosten der beiden anderen Funktionen, Forschung und Lehre, durchsetzen. Der Aufbau einer klinischen Forschung wird so erschwert, und dies ist für die deut-

schen medizinischen Fakultäten kennzeichnend.

Kooperation mit der Industrie

Nach einer Analyse der Boston Consulting Group suchen pharmazeutische Unternehmen ganz bewusst die räumliche Nähe zu akademischen Forschungsinstitutionen [5]. Ja, in den USA kaufen sich Pharmaunternehmen direkt in universitäre Abteilungen ein, um unmittelbar Ideen umzusetzen. Diese Studie der Boston Consulting Group untersuchte die Frage der internationalen Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands als Forschungs- und Entwicklungsstandort für pharmazeutische Unternehmen. Dabei war die Quintessenz, dass Industriestaaten wie die USA und England einen vergleichsweise größeren Teil der internationalen Forschungs- und Entwicklungsarbeit für die pharmazeutische Industrie durchführen. Aus diesem Vergleich mit anderen Staaten sowie aus den in Deutschland gewonnenen Erfahrungen wurden in dieser Studie zwölf Handlungsempfehlungen abgeleitet. Dazu gehören die Flexibilisierung der universitären Ausbildung und Anlehnung an internationale Standards sowie der Aufbau von Forschungseinrichtungen für die patientenorientierte klinische Forschung, analog zu den US-amerikanischen General Clinical Research Centers. Diese sollten aber völlig getrennt von der Krankenversorgung aufgestellt und organisiert werden. Der Beitrag, den die pharmazeutische Industrie in Deutschland zur klinischen Forschung und insbesondere zur Arzneimittelforschung und -entwicklung leistet, wird nach wie vor unterschätzt. Obwohl mittlerweile über 75% aller verordneten Arzneimittel in Deutschland Generika sind und das Preisniveau von patentgeschützten Originalarzneimitteln aufgrund der Kostendämpfungsmaßnahmen der vergangenen Jahre längst im europäischen Mittelfeld liegt, trägt die Industrie ganz wesentlich zur patientenorientierten klinischen Forschung bei. So waren einer Statistik der Bundesoberbehörde zufolge im Durchschnitt der Jahre 1998–2002 nur 10% aller bei den Behör-

den angemeldeten Studien rein akademische Studien. 90% aller Studien wurden daher von der Industrie initiiert. Die in diesem Jahr bevorstehende Umsetzung der „European Clinical Trials Directive“ durch die 12. Arzneimittelgesetznovelle in deutsches Recht wird nach aktueller Einschätzung schwerwiegende Folgen für den Forschungsstandort Deutschland mit sich bringen. Es zeichnet sich ab, dass zahlreiche aus der Richtlinie ableitbare Vereinfachungen und Chancen nicht in deutsches Recht übernommen werden, sondern ganz im Gegenteil die 12. AMG-Novelle und die entsprechende Rechtsverordnung zu einer deutlichen Zunahme des bürokratischen Aufwands und der Kosten für klinische Studien führen werden.

Lösungsansätze für eine Neuausrichtung der medizinischen Fakultäten und der klinischen Forschung in Deutschland

Der bisher dargestellte Ist-Zustand lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Die vorbereiteten und angebotenen Forschungsförderungsmaßnahmen der öffentlichen Hand sind sinnvoll und finanziell angemessen. Sie stoßen aber auf eine Infrastruktur und finanzielle Ausstattung in den medizinischen Fakultäten, die in den meisten Fällen stark verbesserungswürdig, wenn nicht desolat sind. Auch diese liegen in der Verantwortung der öffentlichen Hand und werden von ihr vorgehalten – hier aber von den Haushalten der Bundesländer. So lange also die Länderhaushalte so leer gefegt sind, dass nicht einmal die Bausubstanz, geschweige denn ein vernünftiger Personalschlüssel oder die technische Ausstattung in einem erträglichen Rahmen gehalten werden können, so lange werden diese genannten Fördermaßnahmen keine Nachhaltigkeit zeigen. Das zurzeit bestehende primäre Ziel der Erlösoptimierung in den Kliniken führt dazu, dass das Gewicht der Krankenversorgung das der Forschung immer mehr überwiegt. Die kaufmännischen Direktoren der deutschen Universitätskliniken kön-

nen nicht als phantasievolle Unternehmer agieren, sondern in Anbetracht des schlechten Zustandes vieler Universitätskliniken nur als deprimierte, kurzatmige Konkursverwalter. Ich bin jedoch der Auffassung, dass der Staat allein das Ruder nicht herumreißen kann. Es bedarf einer neuen Wissenschaftskultur in Deutschland oder auch Europa. Dazu gehört die Bereitschaft wohlhabender Staatsbürger oder Stiftungen, der Wissenschaft Geld zur Verfügung zu stellen. In den USA stammen zwei Drittel der Universitätsbudgets aus privaten Quellen, und nur ein Drittel trägt der Staat bei. Unter den gegenwärtigen Bedingungen stoßen die Vorschläge der größeren Regierungspartei zur Gründung von Eliteuniversitäten auf großes Unverständnis. Eliteuniversitäten wären das Sahnehäubchen auf ordentlich ausgestatteten, breit gestreuten Hochschulen. Sie dürfen aber nicht zu einem Zeitpunkt vorangetrieben werden, wo wir von diesem Normalzustand weit entfernt sind. Wissenschaft und Forschung sollen künftig mit 3% statt bislang 2,4% des Bruttoinlandproduktes gefördert werden. Bei der Verteilung der Gelder muss darauf geachtet werden, dass sie zunächst den völlig unterfinanzierten Universitäten zugute kommen. Nur so lassen sich der massive Investitionsstau und die personelle Unterbesetzung beheben. Wenn diese Reparaturarbeit vollzogen ist, kann man sich gern über einzelne Elitefakultäten oder Centers of Excellence, jedoch nicht über Eliteuniversitäten unterhalten. Gerhard Gottschalk aus Göttingen, der Präsident der Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften, hat vor wenigen Wochen in der FAZ formuliert: „Wir brauchen nicht nur Lichtgestalten, wir brauchen ein Lichtermeer!“ [6].

Wissenschaftliche Ausbildung im Studium

In ihrer Denkschrift „Klinische Forschung“ von 1999 hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft verschiedene Lösungsansätze zu deren Verbesserung vorgelegt [1]. Es beginnt bereits bei einer wissenschaftlichen Ausbildung im Studium.

Die jetzige Approbationsordnung ist zu sehr auf den Arzt ausgerichtet, der eines Tages in der praktischen Medizin seinen Beruf ausüben will. Aber es besteht auch die Möglichkeit, über die angebotenen Querschnittsfächer speziell wissenschaftlich orientierte Themen auszuwählen. In Form eines wissenschaftlich strukturierten Begleitstudiums, z.B. Grundlagen und Methoden der Zell- und Molekularbiologie, könnten darüber hinaus in Seminaren und Praktika naturwissenschaftlich-experimentelle Kenntnisse vermittelt werden. Der Wissenschaftsrat hat in seinen jüngsten Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in den Universitäten Ende Januar 2004 zu Recht vorgeschlagen, dass Medizinstudenten künftig ihr Studium mit einer Abschlussarbeit beenden sollten. Nach dem Studienabschluss dürften sie sich „medizinischer Doktor“ nennen, also M.D., wie in den USA. Wer dagegen wissenschaftlich arbeiten möchte, macht im Anschluss an das Studium eine richtige Forschungspromotion, die mit dem Titel „Dr. med.“ ausgezeichnet wird [7]. Wir haben ein weiteres Problem bei den Postdocs: Jährlich werden ca. 100 Ausbildungsstipendien von der Deutschen Forschungsgemeinschaft vergeben, um junge begabte Wissenschaftler in die besten Labors und Kliniken der Welt zu schicken [8]. Nach 2–3 Jahren kommen sie dann zurück und verschwinden mit wenigen Ausnahmen sang- und klanglos im Routinebetrieb der Klinik. Oder aber die jungen Wissenschaftler haben das Dilemma frühzeitig erkannt und bleiben dann dort, wo ihre Fähigkeiten erkannt und geschätzt werden. Damit finanzieren und investieren wir in die Forschung der Gastländer und nicht in unsere eigene Forschungslandschaft. Zurzeit arbeiten ca. 6 000 deutsche Postdocs und Graduates aus allen Fakultäten in den USA. Letztlich hat diese Entwicklung dazu geführt, dass heute ca. 20 000 deutsche Wissenschaftler aus allen akademischen Bereichen an amerikanischen Universitäten lehren und forschen. Es ist wichtig, dass wir diesen Menschen attraktive Karrierewege in Deutschland bieten. Die DFG

sollte die Dekane der aussendenden Fakultät schriftlich auffordern sicherzustellen, dass der zurückkehrende Wissenschaftler über die nächsten 2 Jahre halbtägig oder 6 Monate pro Jahr von Routinearbeiten freigestellt wird, um die Dinge, die er bei seinem Forschungsaufenthalt gelernt hat, aufzubauen und Forschungsanträge zu formulieren. Ebenso müssen Möglichkeiten geschaffen werden, leistungsfähige Wissenschaftler außertariflich zu vergüten. Natürlich muss auch sichergestellt sein, dass die Weiterbildungsordnung eine bestimmte wissenschaftliche Ausbildungszeit anerkennt; auch das ist zurzeit nicht der Fall! Ich habe schon erwähnt, dass die meisten Universitätskliniken Häuser der Maximalversorgung sind, so dass eine große Anzahl von Ärzten für eine sachgemäße Patientenversorgung notwendig ist. Bei den komplexen Methoden der klinischen Forschung und dem hohen Anspruch, der an die Durchführung von klinischen Studien gestellt wird, ist es einfach nicht mehr realistisch zu fordern, dass jeder Arzt an der Universitätsklinik Forschung, Lehre und Krankenversorgung gleichermaßen und gleich gut durchführt. Es würde der Effizienz der Krankenversorgung und der Effizienz der Forschung gut tun, wenn man, wie erwähnt, getrennte Ausbildungs- und Karrieremöglichkeiten schaffen würde: für den Arzt, der eine fundierte klinische Ausbildung anstrebt, und für den Arzt, dem eine wissenschaftlichakademische Karriere vorschwebt. Bei weitem nicht alle eingestellten Ärzte können und wollen wissenschaftliche Angestellte sein. Dies ist auch bei den knappen Budgets gar nicht finanzierbar. Darüber hinaus ist die knappe Ressource Geld zu schade für eine den Erkenntnisgewinn nicht vorantreibende Proformaforchung.

Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit

Letztendlich ist es dringend erforderlich, eine fundierte Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, um für die genannten Probleme Gehör zu finden und Einfluss auf die Entscheidungsträger nehmen zu

können. Wir müssen darstellen und verständlich machen, warum die klinische Forschung wichtig ist und welchen Vorteil jeder Einzelne aus dem besseren Verständnis von Pathogenese, Diagnostik und Therapie von Krankheiten ziehen kann. Nur dann kann man klar machen, dass ausreichende Finanzmittel für die Forschung bereitgestellt werden müssen. Die vom BMBF geförderten medizinischen Kompetenznetze können dabei als ein Beispiel dafür dienen, wie durch Forschung unmittelbare Verbesserungen in der Versorgung von Patienten erreicht werden können und wie dies auch in der Öffentlichkeit sichtbar gemacht werden kann. Meine Damen und Herren, die klinische Forschung sollte nicht nur im Fokus meiner Eröffnungsrede stehen, sondern wird auch in mehreren Symposien auf dem Kongress abgehandelt. So haben wir am Montagmittag ein internationales Symposium vorbereitet mit dem Titel „Modelle klinischer Forschung im Vergleich“. Es sind dazu ganz herausragende Vertreter der klinischen Forschung aus den USA, Kanada und der Europäischen Union, u.a. aus England und Deutschland, eingeladen worden. Dabei wird sowohl der universitäre und der medizinpharmazeutische Bereich als auch der Geldgeber aus der Europäischen Union zu Wort kommen. Ein weiteres Symposium haben wir gemeinsam mit den korporativen Mitgliedern am Dienstagmorgen vorbereitet mit dem Titel „Standortvorteil Deutschland – neue Trends in der klinischen Forschung“. Der Weg, den wir gehen müssen, ist klar: Die klinische Forschung in Deutschland leidet an erheblichen strukturellen Problemen. Nur wenn wir diese in den Universitäten beheben, werden wir im internationalen Ranking wieder sichtbar. Und was das Wichtigste ist: Wir müssen in klinische Forschung investieren, um Krankheiten besser zu verstehen und behandeln zu können. Das sind wir unseren Patienten schuldig. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Internisten, die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, hat sich dabei in verschiedenen Segmenten kon-

zeptuell eingebracht, wie in der Weiterbildungsordnung sowie der Nachwuchsförderung und insgesamt zum Problem der klinischen Forschung. Diese Aufgaben wird sie auch weiterhin mit großem Engagement betreiben. Es ist mit Sicherheit nicht nur Aufgabe der Politik, Strukturen aufzubrechen, die sich als defizitär herausgestellt haben. Es bedarf der energischen Bereitschaft zur Wandlung bei allen Beteiligten, nämlich Wissenschaftsorganisationen, medizinischen Fakultäten, Politik, Industrie sowie der Öffentlichkeit. Ich erkläre hiermit die 110. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für eröffnet.

Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch, Kiel

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch

1. Medizinische Universitätsklinik, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Schittenhelmstraße 12, 24105 Kiel
E-Mail: urfoelsch@1med.uni-kiel.de

Literatur

1. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Klinische Forschung – Denkschrift. Weinheim: Wiley-VCH, 1999.
2. Tschöp M, Arlt W, Anker SD, et al. Medizinische Forschungsbedingungen in Deutschland. Eine Aufforderung auszuwandern. Dtsch Arztebl 2003; 100:1498–501.
3. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen 1986. Berlin: Wissenschaftsrat, 1986.
4. Braun D. Gesundheitsforschung und Fördersysteme im internationalen Vergleich. Schriftenreihe zum Programm der Bundesregierung. Gesundheitsforschung 2000, Bd 25. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft, 1993.
5. The Boston Consulting Group. Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands als Standort für Arzneimittelforschung und -entwicklung. München: The Boston Consulting Group, 2001.
6. Gottschalk G. Was wir nicht brauchen: dubiose Eliten und eine Nationalakademie. FAZ, Nr. 23, S. N2, 28. 1. 2004.
7. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin. Drs. 5913/04. Berlin: Wissenschaftsrat, 30. 1. 2004.
8. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Jahresbericht 2002; Aufgaben und Ergebnisse. Bonn-Berlin: Köllen.

Qualitätssicherung in der Inneren Medizin

Stellungnahme der Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften in der Innere Medizin

Präambel

Die Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften der Inneren Medizin ist ein gemeinsames Gremium der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ihrer Schwerpunkte. Der Konferenz gehören die Mitglieder des Vorstandes der DGIM sowie die Präsidenten/Vorsitzenden der Schwerpunktgesellschaften oder von diesen benannte Vertreter an. Die Stellungnahmen der Konferenz sind mit den Schwerpunkten abgestimmt.

Die Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften der Inneren Medizin beschreibt in der folgenden Stellungnahme ihre Position zur Notwendigkeit und zur praktischen Durchführung einer Qualitätssicherung in der Inneren Medizin sowie zur Verantwortlichkeit der wissenschaftlichen Fachgesellschaften hierfür.

Struktur- und Prozessqualität

Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung beruhen auf Kriterien der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität. Für Entwicklung und Anwendung solcher Qualitätskriterien stehen die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Verantwortung. Eine Evaluation von Ergebnisqualität aufgrund von Letalitätsraten, Morbidität, Lebensdauer, krankheitsbezogene Lebensqualität ist dabei die anspruchsvollste Aufgabenstellung.

Strukturqualität kann durch Qualitätskriterien zur Einrichtung diagnostischer und therapeutischer Einheiten, zur Organisation kritischer Bereiche wie kardiopulmonale Reanimation, Behandlung von Infektionen, Umfang und Zuverlässigkeit der Dokumentation sowie Kriterien des Qualitätsnachweises des ärztlichen Wissensstandes gemessen werden.

Kriterien für die Charakterisierung der Strukturqualität spezieller diagnostischer-therapeutischer Einheiten sind Größe, apparative Ausstattung, Untersuchungs-/Behandlungsfrequenz, personelle Besetzung, Schweregrad- und Risikoprofil der untersuchten und behandelten Patienten. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind aufgerufen, hierfür exakte Vorgaben zu formulieren. Beispiele hierfür existieren in der Intensivmedizin, für das Herzkatheterlabor, für Dialyseeinheiten, für Endoskopieeinheiten.

Sie müssen von den Fachgesellschaften der Inneren Medizin abgestimmt und womöglich vereinheitlicht werden, und sie müssen für alle stationären und ambulanten Einheiten als verbindlich gelten. Insbesondere müssen Modelle für die Definition von Erkrankungsschwere und Risiko in den einzelnen Fachgesellschaften konsentiert, entwickelt oder weiterentwickelt werden.

Beispiele brauchbarer *Parameter für die Beurteilung der Prozessqualität* sind das Indikationsspektrum, die Komplikationsraten, die speziellen Qualitäts-

indikatoren. Qualitätsindikatoren wurden beispielsweise für die Intensivmedizin eingehend untersucht. Sie bilden sowohl Struktur- als auch Prozessqualität ab. Auch für andere Fachgebiete sollten verbindliche Qualitätsindikatoren konsentiert oder entwickelt werden.

Verbindliche Kriterien für eine Beurteilung von Struktur- und Prozessqualität müssen unter der Hoheit und Verantwortlichkeit der wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelt oder weiterentwickelt werden. Beurteilungskriterien sollten die Kategorien essentiell und optimal unterscheiden. Kriterien der Struktur- und Prozessqualität müssen für alle diagnostischen und therapeutischen Einheiten in der klinisch stationären sowie der ambulant vertragsärztlichen Versorgung in gleicher Weise gelten.

Ein Audit-Verfahren muss nach Auffassung der Mehrzahl der Fachgesellschaften als Endstufe angestrebt werden. Eine Form der Sanktionierung muss entwickelt werden. Hierfür müssen primär die Fachgesellschaften zuständig sein, wobei Kompatibilität mit geltendem Kammerrecht und Versorgungsrecht gewahrt sein muss.

Qualität der ärztlichen Fortbildung

Eine Qualitätskontrolle des ärztlichen Wissensstandes ist nach Überzeugung der Konferenz unabdingbar, auch wenn wir die damit verbundenen Schwierigkeiten nicht verkennen.

Ein praktikables Verfahren für die Qualitätssicherung des ärztlichen Wissensstandes nach Staatsexamen und Weiterbildungsprüfung ist die zertifizierte Fortbildung. Die Ärztekammern haben hierfür ein Modell der freiwilligen zertifizierten Fortbildung entwickelt.

Nach der festen Überzeugung der Konferenz muss eine zertifizierte Fortbildung für die Gesamtzeit ärztlicher Tätigkeit und möglichst umfassend für alle in der Inneren Medizin stationär oder ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte verbindlich sein.

Die Konferenz tritt für eine regelmäßige Rezertifizierung auf der Grundlage des Nachweises der Teilnahme an zertifizierter Fortbildung ein. In gleicher Weise müssen Sanktionen bei Nichterfüllung der Fortbildungspflicht möglich sein. Ein Audit-Verfahren zur Qualitätskontrolle des Wissensstandes muss als Endziel angestrebt werden.

Die verbindliche Fortbildungspflicht darf nicht unter staatliche Kontrolle gelangen. Entwicklungen der zertifizierten Fortbildung, Qualitätskontrolle und Sanktionierung dürfen nicht in die Hände der Gesundheitspolitiker oder der staatlichen Instanzen gegeben werden. Die Verantwortung hierfür muss vielmehr in der Hand der wissenschaftlichen Fachgesellschaften liegen. Diese arbeiten eng mit den Ärztekammern zusammen. Nur dadurch wird es möglich sein, alle Ärztinnen und Ärzte eines Fachgebietes zu erreichen.

Die Vorgaben für Definition, Beurteilung und Kontrolle von Zertifizierungskriterien sind genuine Aufgabe der wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Sie sollten hierfür Initiativen entwickeln oder ausbauen. Sie haben die Kompetenz und müssen letztlich für die Qualität der zertifizierten Fortbildung verantwortlich zeichnen.

Einzelne wissenschaftliche Schwerpunktgesellschaften haben zu diesem Zwecke eigene Fortbildungsakademien entwickelt, andere befinden sich auf dem Weg dorthin.

Nach der bisherigen Erfahrung scheinen Fortbildungsakademien der Fach-

gesellschaften in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern der richtige Weg zu sein.

Qualitätskontrolle der Weiterbildung

Einen besonderen Aspekt der Qualität ärztlichen Wissens stellt die Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung der Weiterbildung dar. Wir begrüßen die Initiative des Deutschen Ärztetages, der im Abschnitt A (Paragrafenteil) der Novelle der (Muster)-Weiterbildungsordnung in § 8 einen ersten Ansatz für eine Qualitätskontrolle der Durchführung der Weiterbildung formuliert hat:

„(1) Der in Weiterbildung befindliche Arzt hat die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte zu dokumentieren.

(2) Der zur Weiterbildung befugte Arzt führt mit seinem in Weiterbildung befindlichen Kollegen nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnittes, mindestens jedoch einmal jährlich, ein Gespräch, in welchem der Stand der Weiterbildung von beiden beurteilt wird. Bestehende Defizite werden aufgezeigt. Der Inhalt dieses Gespräches ist zu dokumentieren und dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung beizufügen“.

Wir sind darüber hinaus der Überzeugung, dass die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Verantwortung stehen, an der Sicherung der Strukturqualität der Weiterbildungsstätten und der Prozessqualität der Weiterbildung mitzuwirken. Für das von den Ärztekammern durchgeführte Verfahren der Zulassung als Weiterbildungsstätte und der Befugnis zur Weiterbildung sollten die wissenschaftlichen Fachgesellschaften qualitätsorientierte Rahmenbedingungen festlegen. Die Überprüfung der Qualität der Weiterbildung und der Weiterbildungsstätten durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften muss das Ziel sein.

Ein Audit-Verfahren zur Qualität der Weiterbildungsstätte ebenso wie der Weiterbildungsbefugten mit Mög-

lichkeiten der Sanktionierung stellt auch hier das Endziel dar. Die Konferenz hält es für angebracht, auch für die Zulassung als Weiterbildungsstätte und die Befugnis zur Weiterbildung eine regelmäßige Rezertifizierung verpflichtend einzuführen, wobei die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Weiterbildung und die erzielten Weiterbildungsergebnisse validiert werden. Auch das wird letztlich nur über die Möglichkeit eines Audit erfolgreich sein.

Als ersten Beitrag zur Verbesserung der Qualität des Weiterbildungswissens empfiehlt die Konferenz die Einführung oder den Ausbau von Intensiv-Kursen zu den Inhalten der Weiterbildung durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Solche Kurse existieren bereits für einzelne Schwerpunkte sowie für die allgemeine Innere Medizin. Eine Abschlusskontrolle des Wissensstandes am Ende der Kurse sollte vorgeschrieben sein.

Schlussbemerkung

Die Konferenz appelliert, ihre Forderungen nach Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle insbesondere in der ärztlichen Fortbildung und Weiterbildung nicht als „Verschulung“ oder „Bevormundung“ misszuverstehen oder zu diskreditieren. Die Forderungen folgen aus unserer akademischen Verantwortung gegenüber der Wissenschaft und unserer ärztlichen Verantwortung gegenüber den Patienten.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Angiologie
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Gesellschaft für Nephrologie
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

Anhang

Was bringt das Gesundheitsreformgesetz?

Deutsches Ärzteblatt Jg. 100, Heft 39, 26. September 2003, S. B 2068:

„Zu den wesentlichen Neuerungen zählt die Verpflichtung der Vertragsärzte zur fachlichen Fortbildung (SGB V-E § 95d):

- Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.
- Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und frei von wirtschaftlichen Interessen sein.
- Der Fortbildungsnachweis kann durch Fortbildungszertifikate der Ärztekammern erbracht werden.
- Alle fünf Jahre muss der Vertragsarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) den Nachweis erbringen, dass er seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, erfolgt zunächst eine Honorarkürzung; fehlt der Nachweis auch noch zwei Jahre nach Ablauf der Fünfjahresfrist, soll die KV gegenüber dem Zulassungsausschuss unverzüglich einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen.
- Die Pflicht zur fachlichen Fortbildung gilt auch für angestellte Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums oder eines Vertragsarztes.“

In modifizierter Form gilt die Fortbildungspflicht auch für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus (§ 137, SGB V).

Der gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist aufgefordert, Maßnahmen zur Qualitätssicherung für diesen Berufskreis zu beschließen.

Prof. Dr. J. Schölmerich (Regensburg) · für die Kommission „Klinische Forschung – Nachwuchsförderung“ der DGIM

Zur Promotion von Medizinern und deren Bedeutung im Rahmen der Nachwuchsrekrutierung und –förderung

Positionspapier der DGIM

Ein wesentliches Problem der Inneren Medizin, aber insbesondere der klinischen Forschung liegt in der Gewinnung von qualifiziertem wissenschaftlichen Nachwuchs. Bereits in der Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur klinischen Forschung 1999 wurde konstatiert, dass die Medizinerausbildung sich in erster Linie an den Erfordernissen der ärztlichen Tätigkeit orientiert, aber kaum das Interesse für wissenschaftliches Arbeiten weckt und für diese jedenfalls nicht qualifiziert. In diesem Zusammenhang ist die Position der medizinischen Promotion nicht klar definiert. Während sie eigentlich als Nachweis zu wissenschaftlicher Befähigung gelten sollte, dient sie faktisch als „Aushängeschild“ für den praktizierenden Arzt. Dennoch bietet sie vermutlich die beste Möglichkeit, während des Studiums Motivation zu wissenschaftlichem Arbeiten zu erzeugen. Eine aktive und gezielte Auswahl und Förderung der begabtesten Studenten weckt frühzeitig das Interesse an der Wissenschaft. Talentiertem Nachwuchs muss bereits in einem frühen Stadium der universitären Aus- und Weiterbildung die Möglichkeit zur Teilnahme an Forschungsobjekten und später zu eigenständigem wissenschaftlichen Arbeiten gegeben werden.

Die Ausbildung der Mediziner ist bereits jetzt relativ lang, die gesamte

Ausbildung einschließlich einer eventuellen qualifizierten Promotion sollte nicht über 8 Jahre in Anspruch nehmen. Auf der Seite sollte Zeitverlust durch „Paraforschung“, die oft nur im Sammeln von Krankenakten oder Telefonumfragen besteht und nicht zu qualifizierten wissenschaftlichen Ergebnissen und Publikationen führt, vermieden werden.

Die derzeit gehäuft erprobten Konzepte, bei denen die AiP-Zeit teilweise oder ganz zur Forschung und gleichzeitig zur Promotion, beispielsweise im Rahmen von Graduiertenkollegs oder MD/PhD-Programmen genutzt wird, werden sich durch Abschaffung der AiP-Zeit nicht weiter fortsetzen lassen. Ein MD/PhD-Programm mit einer finanzierten Stelle und einem geregelten Doktorandenstudium, vergleichbar einem naturwissenschaftlichen Promotionsgang, erscheint auf den ersten Blick als idealtypische Lösung, verlängert aber die Ausbildung der Mediziner auf 10 bis 11 Jahre und führt dann zu Problemen mit dem Einhalten von Altergrenzen, z. B. für Heisenberg Stipendien. Zusätzlich erscheint es in vielen Fällen dem Nachwuchs als schwierig, sich zwischen der lange angestrebten klinischen Betätigung und einer solchen längerfristigen Forschungsaktivität zu entscheiden.

Zur Verbesserung der Nachwuchsförderung und Nachwuchsgewinnung verfolgt die DGIM daher folgende **Ziele**:

1. Frühzeitige Entdeckung der begabten Studenten und Hinführung zur Forschung.
2. Förderung begabter Studenten bereits im Studium durch geeignete Strukturen.
3. Begrenzung der Ausbildungszeit für den wissenschaftlichen Nachwuchs auf 8 Jahre einschließlich einer Promotionsphase.
4. Abschaffung der „Paraforschung“ ohne den für die Arzttätigkeit vor allem im niedergelassenen Bereich erforderlichen „Dokortitel“ zu verlieren.
5. Ausreichende finanzielle Attraktivität der wissenschaftlichen Tätigkeit.
6. Qualitätssicherung bezüglich der Betreuung durch die Medizinischen Fakultäten.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen folgende **Maßnahmen** ergriffen werden:

1. Formale Schaffung eines *Doktorandenstatus* durch Einschreibung bei den Fakultäten und von diesen durchgeführte „Erfolgskontrolle“.
2. *Strukturierung* zu vergebender *Titel Dr. med.* ohne Promotion nach Abschluss des Studiums der Medizin *Dr. rer. med.* nach Absolvierung einer qualifizierten Arbeit aus dem Bereich der Grundlagen-orientierten, der Krankheits-orientierten oder der Patienten-orientierten Forschung und entsprechende Prüfung
3. Schaffung von Stipendienmöglichkeiten zur Ermöglichung von „Forschungsemestern“ während des klinischen Studiums zur Durchführung einer Doktorarbeit.
4. Abschaffung der Regelstudienzeit als Leistungskriterium der Fakultät bzw. Berücksichtigung von Forschungsemestern ohne Nachteil für die Fakultät.
5. Schaffung von Stipendien und Stellen zum formalisierten Promotionsstudium (2 bis maximal 3 Jahre)

nach Abschluss des Studiums mit ausreichend attraktiver Bezahlung und Studienangebot im Rahmen von Promotionskollegs oder analogen Strukturen.

Die Kommission Nachwuchsförderung ebenso wie Vorstand und Ausschuss der DGIM sind davon überzeugt, dass die erkennbaren Probleme bei der Rekrutierung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Medizin und auch in der Inneren Medizin nur überwunden werden können, wenn es gelingt, die begabten Studenten während des Studiums zur Forschung zu begeistern und anzuleiten. Da ein Großteil der klinischen For-

schung auf ihren verschiedenen Ebenen in den Medizinischen Fakultäten im Gebiet der Inneren Medizin erfolgt, ist dies Problem für die DGIM von besonderer Bedeutung.

Prof. Dr. J. Schölmerich, Regensburg
Verabschiedet am 29. Oktober 2003

Literatur

- Deutsche Forschungsgemeinschaft: Klinische Forschung. Denkschrift. Weinheim, 1999
Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung, Drs. 5459/02, Saarbrücken, 15.11.2002
Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Drs. 5913/04, Berlin, 30.01.2004

H. Lehnert · J. Meyer · J. Riemann · W. Seeger · M. Weber
Strukturkommission der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Konzept der Integrierten Versorgung und deren Bedeutung für die Innere Medizin

Positionspapier der DGIM

1. Präambel

Aufgabe und Ziel der Strukturkommission der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ist es, aus der Sicht der Inneren Medizin als Wissenschaft aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen zu kommentieren und ihre Bedeutung für die Innere Medizin in Deutschland zu prüfen. Einer der zentralen Aspekte der Gesundheitspolitik ist die (Weiter)entwicklung von sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen. Die historisch bedingten institutionellen und damit oft artifiziellen Trennungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellen einen Schwachpunkt in unserem System dar. Vor diesem grundsätzlichen Hintergrund sind auch die neuen Versorgungsformen

des GMG zu sehen und zu werten. Die hier vorgelegten Gesetzesmaßnahmen werden deutlich mehr als zuvor Einzelverträge zwischen Kassen und unterschiedlichen Leistungsanbietern erlauben. Dies gilt im besonderen auch für das Modell der Integrierten Versorgung, die *potenziell* auch sektorübergreifende Versorgung bedeutet. Vor diesem Hintergrund hat sich die Strukturkommission der DGIM entschlossen, eine kurze Stellungnahme zur Integrierten Versorgung zu erarbeiten.

2. Die Ausgangssituation – Begründung und Struktur neuer Versorgungsformen

Wie oben skizziert, ist ein grundsätzliches Anliegen des jüngsten Reformge-

setzes die Flexibilisierung von Vertragsstrukturen durch eine erweiterte Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern (einzelvertragliche Basis). Strikt getrennte Behandlungssektoren folgen weder einem medizinischen Behandlungsbedarf und bedingen zu oft eine ausgabenintensive Doppelvorhaltung personeller und sachlicher Ressourcen. Der Idealfall ist also mit der Flexibilisierung von Versorgungsstrukturen verbunden und damit, dass Schnittstellenprobleme aufgehoben, kontinuierliche Behandlungsabläufe und –pläne geschaffen sowie unterschiedliche Anreizsysteme verringert werden. Damit sind die neuen Versorgungsformen nach dem GMG auch vor dem Hintergrund dieses durchaus positiven Kalküls zu sehen. In der Übersicht stellen sich die neuen Versorgungsformen wie folgt dar:

- Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V),
- Förderung der Qualität in der ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V),
- Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V),
- Teilöffnung von Krankenhäusern (§ 116b SGB V),
- Integrierte Versorgung (§§ 140 a-d SGB V).

Einen großen Handlungsbedarf sieht die Strukturkommission der DGIM dabei vor allem in der strategischen Umsetzung der Integrierten Versorgung (§§ 140 a-d SGB V). Wie auch in der bisherigen Formulierung versteht der Gesetzgeber unter der Integrierten Versorgung (IV) weiterhin eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung, aber auch zusätzlich alternativ eine interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung. Für die neue Ausgangssituation (Wegfall der bisherigen Rahmenbedingungen) ist bedeutsam, dass die Einbindung der IV in den Sicherstellungsauftrag der KV entfällt. Damit sind insbesondere auch Krankenhäuser zum Handeln gezwungen, da sich

ihnen nun die Möglichkeit bietet, sich von einer ausschließlich stationär handelnden (und denkenden) Einheit zu einem „Dienstleistungszentrum“ mit einem übergreifenden Versorgungsangebot weiterzuentwickeln. Potenziell kann also eine Versorgung aus einer Hand resultieren.

3. Gesetzliche Grundlagen und Kommentar der Integrierten Versorgung

Im folgenden werden zunächst einige der relevanten Änderungen der gesetzlichen Grundlagen der IV skizziert (alt: §§ 140 a-h SGB V, gültig bis 31.12.2003; neu: §§ 140 a-d SGB V, gültig ab 1.1.2004).

- *Begriffsbestimmung (§ 140a Abs. 1)* neu:
 - „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung“
 - „Versorgung außerhalb des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrages“
- *Vertragspartner der Kassen (§ 140 b Abs. 1)*
 - einzelne Vertrags(zahn)ärzte
 - sonstige Leistungserbringer
 - Träger von Krankenhäusern
 - Träger von stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen
 - Träger ambulanter Reha-Einrichtungen
 - Träger von Einrichtungen, die integrierte Versorgung anbieten
 - Medizinische Versorgungszentren
 - Einbezug der Krankenhausapotheke möglich
 - oder die jeweiligen Gemeinschaften
- *Beitritt Dritter zum Vertrag* neu:
 - nur mit Zustimmung der Vertragspartner (§ 140 b Abs. 5)
- *Vertragsgegenstand (Vorgaben nach § 140 b Abs. 3 und § 140 c)*

wie bisher:

- Medizinische Versorgung, Vergütung, Qualität, Finanzierung, Dokumentation, Datenfluss, GKV-zugelassene Leistungen
- *Leistungen/Versorgungsauftrag* neu:
 - „Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt sind“ (§ 140 b Abs. 4)
- *Finanzierung/Vergütung (§ 140 c bzw. d)* neu:
 - Keine Bereinigung der Krankenhausbudgets in den Jahren 2004 – 2006, weil bereits im Krankenhausbudget enthaltene Leistungen nicht in der Integrationsversorgung vergütet werden
 - 2004 – 2006 bis zu 1 % Pauschalabzug von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und allen Krankenhausbudgets zur Finanzierung der integrierten Versorgung, „soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140 b geschlossenen Verträgen erforderlich sind“
- *Beitragssatzstabilität* neu:
 - Ausnahme von der Beitragssatzstabilität für Verträge, die bis Ende 2006 geschlossen werden (§ 140 b Abs. 4)

Die wesentlichen Eckpunkte i.S. im GMG lassen sich somit wie folgt zusammenfassen:

- *Anschubfinanzierung*: bis 1% der Gesamt-/KH-vergütung. Jede Krankenkasse hat damit in 2004–2006 jeweils Mittel bis zu 1% von den an die KV'en zu zahlenden Gesamtvergütungen so-

wie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einzubehalten, soweit diese Mittel zur Umsetzung von Verträgen zur IV erforderlich sind. Dies verdeutlicht einen immens wichtigen Punkt: für die IV werden nicht zusätzlich Mittel zur Verfügung gestellt, sondern diese muss sich aus den Mitteln finanzieren, die aus der Neuverteilung vorhanden sind. Die Finanzmittel würden nur einbehalten werden, wenn Verträge zur IV vorliegen und die einbehaltenen Mittel hierfür erforderlich sind.

— Bis Ende 2006 ist keine Beitragssatzstabilität gefordert. Grund hierfür ist nach Maßgabe des Gesetzgebers der hohe finanzielle Aufwand bei der Erstellung und Umsetzungen von Konzepten zur IV.

— Kein Beitrittsrecht Dritter (!)

— Die Vertragspartner sind verändert, die KV ist hier dezidiert ausgenommen. Damit erfolgt eine IV außerhalb des Sicherstellungsauftrages der KV.

— Es werden nur zusätzliche Leistungen des Krankenhauses in der IV vergütet, eine Budgetbereinigung erfolgt nicht.

Gerade hinsichtlich der Vergütung ist damit bedeutsam, dass IV-Verträge neben der Vereinbarung der Versorgungsangebote auch die Vergütung der Leistungen zu regeln haben. Dies impliziert, dass auch die Preise für den zu erbringenden Leistungsumfang zwischen Leistungserbringern und der entsprechenden Krankenkasse zu vereinbaren sind. Die Vergütung kann dabei einzelleistungsbezogen oder pauschalisiert erfolgen. Chancen bestehen aber unbedingt durch die Übernahme der kompletten Budgetverantwortlich! (s.u.)

Angemerkt werden muss aber auch, dass vieles im GMG unklar und wenig konkret bleibt. Dieses betrifft die Beschreibung der interdisziplinären Versorgung (Art, Umfang), die Rolle der KV (beratend? Abwicklung der Vergütungen?) und Angebot/Leistung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen.

Hochproblematisch ist auch die Aufgabe der Beitragssatzstabilität. Dies darf in keinem Fall dazu führen, dass eine Goldgräberstimmung entsteht, die zu ähnlichen Folgen wie der Börsentraum am „Neuen Markt“ führt. Schließlich wäre auch eine Öffnungsklausel zur Herstellung einer Chancengleichheit zugelassener Vertragsärzte gegenüber medizinischen Versorgungspartnern wünschenswert gewesen.

4. Was kann die integrierte Versorgung leisten?

Diese Ausführungen haben verdeutlicht, dass *keine* enge Definition der IV durch den Gesetzgeber erfolgt (die IV wird aber als Regelversorgung verstanden). Ein Universalmodell der IV gibt es also nicht; dies impliziert zwar keine Beliebigkeit, wohl aber Spielraum in der Gestaltung der Integrationsverträge. Die Chancen und Möglichkeiten der IV lassen sich so formulieren:

- Eine Überwindung der sektoriellen Behandlungsgrenzen erscheint möglich (ohne dass allerdings eine Aufhebung dieser Grenzen resultiert).
- Mehr Qualität und Gesamt- Effektivität kann erreicht werden durch eine Verhinderung an Wartezeiten, Doppeluntersuchungen und Informationsverlusten.
- Vermeidung von überflüssigen Leistungen und Erbringung der Leistungen auf der kostengünstigsten bedarfsorientierten Leistungsstufe. Erwünschtes Ergebnis sind bessere Behandlungskonzepte und das Entstehen optimaler Organisationsstrukturen.
- Versorgung durch Anbietergemeinschaft ursprünglich verschiedenen Sektoren angehörender Leistungserbringer.

In der Bewertung der Möglichkeiten der Vertragsoptionen nach dem GMG müssen aber auch als Probleme benannt werden, dass

- die Versorgung zwar differenzierter, aber auch unübersichtlicher wird,
- die IV-Projekte sich mittelfristig selbst tragen müssen,
- die IV bei weitem nicht alle Probleme des Gesundheitswesens lösen kann (Gefahr der Überschätzung auch seitens des Gesetzgebers) und
- das 1 % Budget Ambivalenzen beinhaltet.

Positiv: es sichert Finanzmittel und Kreativität.

Negativ: es besteht die Gefahr der schnellen Verausgabung – auch unter politischem Umsetzungsdruck – für Versorgungsformen, die sich kaum vom Status quo unterscheiden (auch weil es hier keine Bereinigung des KH-Budgets gibt, also hier kein Einsparpotenzial).

Von besonderer Bedeutung ist die IV hierbei als populationsbezogene (echte) IV. Dies beinhaltet die Übernahme der Gesamtversorgung (ggf. für bestimmte Leistungssegmente) für eine definierte Gruppe eingeschriebener Versicherter durch einen Träger der IV. Hierbei müssen die einzelnen ökonomischen Kalküle aller beteiligten Leistungserbringer in einer Gesamtverantwortung integriert werden. Erhebliche Investitionen in die Entwicklung von Wissensgrundlagen sind hierbei notwendig. Im Gegensatz zur partiellen (indikationsbezogenen) IV ist die populationsbezogene IV nur langsam und bei höherem Risiko für Anbieter und Kassen umsetzbar. Dagegen sind hiermit strukturverändernde Impulse deutlich eher zu setzen.

Sollten Konzepte der IV zum Erfolg führen, muss das Kalkül aller Beteiligten, nämlich

- der Versicherten/Patienten,
- Krankenkassen als Einkäufer/Vermittler,
- Anbieter von integrierten Versorgungsleistungen,

bedacht werden. Die Übernahme der kompletten Budgetverantwortung (s.o.) bietet daher die Möglichkeit, durch die Steuerung der Diagnose- und Behandlungsabläufe die Erlössituation entscheidend zu verbessern. Hierfür müssen aber die Interessen der o.g. Beteiligten sowie weitere externe Faktoren (z.B. Teilnehmerzahl, Risikostruktur, Morbiditätskriterien) genauestens berücksichtigt werden. Erfolgreich werden die Modelle der IV nur dann sein, wenn sie sich für alle lohnen.

5. Anforderungen an die Integrierte Versorgung

Bislang noch nicht ausreichend skizziert sind Anforderungen und Messkriterien an die Maßnahmen im Rahmen einer integrierten Versorgungsvereinbarung. Es besteht die Pflicht für einen Maßnahmenkatalog von Qualitätsanforderungen, die den Einsatz von Qualitätsindikatoren (Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität), Qualitätsmanagement und Qualitätsdokumentation umfassen. Neben diesen Qualitätsanforderungen bestehen ökonomische Anforderungen (d.h. nach Ende der Anschubfinanzierung müssen IV-Modelle effizienter als die Regelversorgung sein, ergo selbsttragend), Anforderungen an Strukturveränderungen (d.h. Veränderung des Leistungsangebotes und der Angebotsstruktur) sowie organisatorische Anforderungen (d.h. internes Regelwerk, Controlling und Sanktionsmöglichkeiten). Gerade bei den organisatorischen Anforderungen besteht noch erheblicher Klärungsbedarf; so ist beispielsweise nicht geregelt, wer Sanktionen vornehmen darf (Kassen?!).

Ende vergangenen Jahres haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine „Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle“ getroffen. Der Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung mit Angaben zu Region, Beteiligten und Finanz-

volumen wird an dieser Stelle gemeldet. Die BQS soll mit dieser Registrierungsstelle betraut werden. Gleichzeitig kommen damit die Krankenkassen ihrer Nachweispflicht entsprechend § 140 SGB V nach. Die Finanzierung dieser Registrierungsstelle erfolgt dabei anteilig durch die Partner der Vereinbarung.

6. Bedeutung, Risiken und Chancen der Integrierten Versorgung für die Innere Medizin

Eindeutig ist, dass gerade die IV für Krankenhäuser eine sehr gute Ausgangsposition schafft. Umgekehrt gilt auch, dass integrierte Versorgungsangebote ohne eine Beteiligung von stationären Einrichtungen nicht nachhaltig erfolgreich sein werden. Wesentlich hierfür ist die (im Idealfall) gut ausbaute betriebswirtschaftliche und medizinische Infrastruktur, die Krankenhäuser in die Lage versetzt, durchgängige Versorgungskonzepte zu koordinieren und umzusetzen. Ein inhaltliches Beispiel sind die noch großen Potenziale beim Disease Management chronischer Erkrankungen (Diabetes, KHK), in der Vorsorge und Nachsorge bei interventionellen Eingriffen und in der Onkologie oder etwa die Betreuung transplantierten Patienten. Ein anderes Beispiel ist auch die Ergänzung des „DRG-adaptierten“ Facharztpersonals am Krankenhaus durch niedergelassene Allgemeinmediziner.

Damit erscheint es unbedingt sinnvoll, Verbände zwischen Kliniken oder einer zentralen Klinik und Vertragsärzten und möglichen anderen Leistungserbringern zu gründen, wobei die o.g. Gründe nahe legen, dass die Klinik die koordinierende Rolle übernimmt. Der § 140 sieht ja die Möglichkeit vor, Leistungsanbieter in DMP-Programme (z.B. auch Krankenhausambulanzen) oder in Medizinische Versorgungszentren zu integrieren. Auch eine Anbindung von solchen Verordnungszentren an die Klinik kann ein sinnvolles Konzept zur Kooperation von Kranken-

haus- und Vertragsärzten bei der Versorgung von Patienten mit chronischen inneren Erkrankungen sein.

Die Möglichkeit eines solchen übergreifenden Versorgungsauftrages stellt für Kliniken für Innere Medizin eine große Chance dar. Darüber hinaus – und auch dies ist eine Möglichkeit zur nachhaltigen Qualitätssicherung – können bei sorgsamer Umsetzung einer IV Maßgaben verbindlichen ärztlichen Handelns („Leitlinien“) implementiert werden. Diese natürlich zunächst noch theoretische Konsequenz der IV muss als besonders bedeutsam eingeschätzt werden. So kann ein formal sektorübergreifendes Vorgehen auch zu inhaltlichen Versorgungsfortschritten führen.

Risiken ergeben sich naturgemäß aus den unter 3. Unklarheiten und definitorischen Schwächen. Dies darf keinesfalls dazu führen, dass übereilte und zuwenig durchdachte Konzepte erstellt und eingereicht werden, deren wesentliche Intention nur die einer raschen Beteiligung am zur Verfügung stehenden Gesamtvolumen ist. Der Erfolg eines Konzeptes zur IV hängt wesentlich von der Auswahl der Leistungserbringer, ihrer Zusammenarbeit und Motivation ab, sektorübergreifend zu gestalten. Nur dann können dort in der Inneren Medizin, wo aufgrund der Struktur einer Population oder des Charakters einer Erkrankung sich Leistungen innerhalb und außerhalb eines Krankenhauses ergänzen, solche Konzepte zielführend sein.

Die Strukturkommission der DGIM ist hierbei gerne beratend tätig und gleichzeitig dankbar für die Informationsübermittlung von Konzepten, Verträgen und Ergebnissen.

Karriereoptionen primär forschungsorientierter Mitar- beiter an Universitätsklinika

Positionspapier der DGIM

Präambel

Wer als Arzt oder Wissenschaftler in Deutschland an einem Universitätsklinikum in der Grundlagen- oder krankheitsorientierten Forschung tätig ist (oder alternativ: eine berufliche Laufbahn mit Forschungsschwerpunkt anstrebt) und die Altersgrenze von 35 Jahren erreicht hat, für den sind die Möglichkeiten der Weiterbeschäftigung drastisch eingeschränkt. Einerseits sind die individuellen Förderprogramme über Drittmittelgeber wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) nach der Qualifizierungsphase für diese Personengruppe stark begrenzt bzw. nicht vorhanden, andererseits sind einer längerfristigen Weiterbeschäftigung wegen der damit verbundenen Unkündbarkeit enge Grenzen gesetzt. Dies hat zur Folge, dass der Forschung an Universitätsklinika viele Wissenschaftler verloren gehen, da diese strukturbedingt keine längerfristige Position einnehmen können. Insbesondere die forschungsorientierten Mitarbeiter - seien es nun Ärzte oder Naturwissenschaftler - des akademischen Mittelbaues¹ an Universitätsklinika sind betroffen. Eine klinische C3-Professur ist meistens mit ausgedehnter Oberarztstätigkeit verbunden und deshalb für forschungsorientierte Mediziner wenig interessant.

¹ Im folgenden Text wird der Begriff „Mittelbau“ in dem Sinne verwendet: aktive wissenschaftliche Mitarbeiter außerhalb der Professur, für die keine ausreichende Qualifizierungs- und Fördermöglichkeiten zur Verfügung stehen (Alter >35 Jahre)

Die Einführung entsprechender Förderprogramme ist derzeit Gegenstand von Diskussionen. Aus diesem Grund hat die Kommission „Klinische Forschung – Nachwuchsförderung“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) zu diesem Thema das vorliegende Positionspapier erarbeitet und am 17. April 2004 verabschiedet. Sie ist erfreut, dass unabhängig davon der Wissenschaftsrat² und die „Association of Clinical Research Centers“ (ACRC), der überregionale Zusammenschluss aller Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung (IZKFs)³ in Deutschland, kürzlich Empfehlungen zu diesem Thema veröffentlicht haben, die sich in wesentlichen Punkten mit der Auffassung der DGIM decken.

Zentrale Fragen bezüglich der Förderung des akademischen Mittelbaues

In den beiden o.g. Stellungnahmen wurde ausführlich die Situation des wissenschaftlichen Nachwuchses in Deutschland beschrieben, so dass diese Situationsbeschreibung hier nicht wiederholt werden soll. Es sollen deutlich verbesserte universitäre Strukturen geschaf-

² Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin. Januar 2004 (Drs. 5912/04)

³ ACRC: Zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Medizinischen Forschung – Empfehlung zur Einrichtung eines „Research Career Development Awards“, Münster, Oktober 2003

fen werden, um für forschungsorientierte Mediziner und Wissenschaftler schon frühzeitig attraktive Perspektiven einer längerfristigen/unbefristeten Forschungstätigkeit an Universitätsklinika aufzuzeigen. Aus der Sicht der DGIM sind insbesondere folgende Fragen bei der Stellenbeschaffung und Förderung dieses akademischen Mittelbaus zu klären.

1. Wie groß ist der tatsächliche Bedarf an Stellen für (ältere) Wissenschaftler/-innen in den medizinischen Universitätsklinika?
2. Welche Möglichkeiten gibt es zur Finanzierung der Stellen? Gibt es die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung?
3. Inwieweit sind die ärztlichen bzw. naturwissenschaftlichen Mitarbeiter weisungsgebunden bzw. üben sie eine eigenständige wissenschaftliche Tätigkeit aus?
4. Welche Forschungsmöglichkeiten im Rahmen interdisziplinärer Forschergruppen bzw. in Anbindung an andere universitäre oder außeruniversitäre Institutionen gibt es?
5. Welche universitären und außeruniversitären Fördermöglichkeiten der eigenständigen Forschung dieser Wissenschaftler können geschaffen werden?
6. Welche Anreize können geschaffen werden, um die Einbindung dieser Kollegen und Kolleginnen in die Lehre und in die Administration attraktiver zu gestalten?

Verabschiedetes Papier vom 17. April 2004

Zu einigen Punkten haben sowohl der Wissenschaftsrat als auch die ACRC Empfehlungen ausgesprochen. Die DGIM unterstützt im Grundsatz die Analyse und die Lösungsvorschläge des Wissenschaftsrates und der ACRC.

Lösungsvorschläge für die zentralen Fragen

Zu 1. Es besteht zweifelsfrei an den Medizinischen Fakultäten ein Bedarf an forschungsorientierten Mitarbeitern des akademischen Mittelbaus. Diese Mitarbeiter sind für das Funktionieren von Forschung und Lehre an einer Universitätsklinik von essentieller Bedeutung. Angesichts der weiter wachsenden Bedeutung der Drittmittelfinanzierung einerseits und der deutlichen Rekrutierungsschwierigkeiten für Nachwuchskräfte andererseits ist es für die Wissenschaftseinrichtungen wichtig, hochqualifizierten Wissenschaftlern attraktive, längerfristige Perspektiven zu bieten. Der tatsächliche Bedarf an Stellen für diese Wissenschaftler muss durch eine Umfrage bei den Universitätsklinikern ermittelt werden.

Zu 2. Für die Finanzierung müssen unterschiedliche Möglichkeiten in Betracht gezogen werden. Eine dieser Möglichkeiten könnte die Nutzung der sogenannten „Overheads“, die bislang von der Universitätsverwaltung oder der Medizinischen Fakultät alleine verinnahmt werden, sein.

Eine weitere Möglichkeit wäre die Bereitstellung von entsprechend ausgerichteten Stellen (inklusive Teilzeitstellen) für Wissenschaftler/-innen durch die großen nationalen und europäischen Forschungsförderungseinrichtungen (z.B. DFG) mit der Schaffung entsprechender Förderprogramme (siehe 5.). Es sind aber auch besondere Fördermöglichkeiten an den Fakultäten zu schaffen.

In diesem Zusammenhang wird auch die nachstehende Empfehlung

des Wissenschaftsrates⁴ von der DGIM mitgetragen, die wegen der Tatsache, dass es für Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen von herausragender Bedeutung ist, attraktive Beschäftigungsbedingungen zu bieten und hochqualifizierte Beschäftigte zu gewinnen, ein wissenschafts- und zeitgemäßes Tarifrecht vorschlägt mit dem Ziel eines eigenständigen Wissenschaftstarifvertrages. Auch die Möglichkeit der Supplementierung des eigenen Gehaltes aus Grant-Geldern (analog zu NIH-Grants) sollte geprüft werden, da hierdurch ein zusätzliches Anreizsystem geschaffen würde.

Zitat: Dabei sollen u.a. folgende Regelungen – unabhängig von der formalen tarifrechtlichen Ausgestaltung – in ein neues Regelwerk aufgenommen werden: Das System der Entgeltbestimmung muss entschieden vereinfacht werden. Es muss eine attraktive und konkurrenzfähige Vergütung ermöglichen. Es muss mehr Flexibilität und Differenzierung erlauben. Das Gehalt soll aufgaben- und leistungsbezogen vergeben werden. Das Entgelt soll sich zukünftig aus drei Elementen zusammensetzen: Einem Grundgehalt, einer variablen Zulage sowie einer individuellen Zulage, die für besondere Leistungen vergeben wird.

Der Wissenschaftsrat unterbreitet zum anderen Empfehlungen, wie die unbefristete Beschäftigung qualifizierter Wissenschaftler unterhalb der Professur erleichtert werden kann.

Heute ist eine unbefristete Beschäftigung – einer befristeten Beschäftigung sind nach der Qualifizierungsphase bekanntlich enge Grenzen gesetzt – praktisch mit der Unkündbarkeit verbunden. Wissenschaftseinrichtungen stellen wissenschaftliche Mitarbeiter unter dieser Bedingung mit guten Gründen nur sehr zurückhaltend ein. Eine Einschränkung des Kündigungsschutzrechts für unbefristet beschäftigte wissenschaftliche Mitarbeiter kann es den wissenschaftlichen Einrichtungen erleichtern, vermehrt eine unbefristete Beschäftigung anzubieten.

Das Hochschulrahmengesetz sollte deshalb um eine Reihe von Einschränkungen des Kündigungsschutzgesetzes für wissenschaftliche Mitarbeiter ergänzt werden. Demnach soll der dauerhafte Wegfall einer Drittmittelfinanzierung einen betriebsbedingten Kündigungsgrund darstellen. Im Falle einer Kündigung soll die Sozialauswahl auf Mitarbeiter der gleichen innerfachlichen Spezialisierung beschränkt werden; die Suche nach einer alternativen Beschäftigung soll auf die jeweilige Einrichtung begrenzt bleiben. Die Verpflichtung zu Umschulung und Fortbildung zum Zwecke der Weiterbeschäftigung soll entfallen. Wissenschaftseinrichtungen sollen schließlich mehr Flexibilität bei der Zahlung von Abfindungen erhalten. (aus Empfehlung des Wissenschaftsrats⁴)

Zu 3. Nach Auffassung der DGIM sollen den primär forschungsorientierten Mitarbeitern die Option gegeben werden, selbstständig und größtenteils eigenverantwortlich Forschung an einer Medizinischen Universitätsklinik zu betreiben.

Als eine Karriere-Option könnten entsprechende W-Positionen für Stelleninhaber geschaffen werden, die schwerpunktmäßig klinische Forschung betreiben.

Eine weitere Option wäre die Schaffung von Forschergruppen durch die Fakultät, deren Leiter (Ausbildungsstand auf der Ebene der Habilitation) zunächst befristet angestellt ist, aber mit der Möglichkeit einer Dauerstelle.

Eine dritte Option wäre der Ausbau und die Vermehrung der akademischen Rats-Stellen, oder die Flexibilisierung von Wissenschaftler-Stellen und Schaffung von Dauerstellen, wenn dies klinisch und wissenschaftlich sinnvoll ist.

Zu 4. Nach Auffassung der DGIM muss die Kooperation mit bereits an der Universität bestehenden Instituten oder der Grundlagen- bzw. der Klinischen Forschung initiiert bzw. optimiert werden. In Heidelberg bestehen z. B. verschiedene klinische Kooperationseinheiten zwischen dem DKFZ und den Universitätsklinikern in Heidelberg und Mannheim.

⁴ Empfehlungen zu einem Wissenschaftstarifvertrag und zur Beschäftigung wissenschaftlicher Mitarbeiter, Januar 2004 (Drs. 5923/04)

Ähnliche Kooperationsmodelle sind mit Max-Planck-Instituten und anderen Forschungseinrichtungen (z. B. EMBL) denkbar. Darüber hinaus sind interdisziplinäre Forschergruppen auch in der Inneren Medizin und in den sich zunehmend bildenden Zentren an den einzelnen medizinischen Universitätskliniken denkbar, so dass die Finanzierung dieser Wissenschaftler aus verschiedenen Quellen von verschiedenen Kliniken/Instituten ermöglicht werden könnte.

Zitat: Der Wissenschaftsrat fordert eine bessere Koordination von klinischer und grundlagenorientierter Forschung und eine verstärkte Konzentration auf Forschungsschwerpunkte, die durch eine an den jeweiligen Forschungsprofilen orientierte Berufungspolitik flankiert werden muss. Naturwissenschaftler müssen stärker als bislang, auch über entsprechende Stellen, in die Klinik integriert werden. Die einschlägigen Fachbereiche müssen deshalb neu definiert und an den Schnittstellen als integrative Zentren, im optimalen Fall unter gemeinsamer Leitung von Klinikern und Wissenschaftlern, zusammengefasst werden. (aus Empfehlung des Wissenschaftsrats²)

Zu 5. Die DGIM schließt sich den Empfehlungen des Arbeitskreises der Sprecher der Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung an, die eine Neustrukturierung des Medizinstudiums im Sinne eines modularen Aufbaus nahe legen mit der Option eines Forschungssemesters⁵. In diesem Zusammenhang empfiehlt auch der Wissenschaftsrat

Zitat: Es sollte möglich sein, frühzeitig die Studierenden mit Wissenschaft und ihrer Methodik in Kontakt zu bringen, um Begabungen frühzeitig eine Chance zu geben. Das deutsche Nachwuchsförderungssystem weist darüber hinaus eine Reihe von gravierenden Desideraten im

⁵ ACRC: Zur Zukunft der Klinischen Forschung an Medizinischen Fakultäten, Münster, Oktober 2003

Postdoktoranden-Bereich auf. Insbesondere ist es wenig flexibel, was die Anforderungen der unterschiedlichen Stadien einer wissenschaftlichen Laufbahn anbelangt. Die Konsequenzen treffen in erster Linie den Mittelbau. Deshalb muss das deutsche Nachwuchsförderungssystem sich stärker als bisher auf die unterschiedlichen Karrierestadien einer wissenschaftlichen Laufbahn ausrichten und insbesondere Wissenschaftlern über 35 Jahre müssen zukunftssträchtige Perspektiven eröffnet werden, um sie der medizinischen Forschung zu erhalten. (aus Empfehlung des Wissenschaftsrats²)

Die Schaffung von Juniorprofessuren ist in diesem Zusammenhang kein hilfreiches Modell, da diese ja bewusst eine zeitliche Begrenzung aufweisen.

Vorbildfunktion könnten die Förderprogramme in Großbritannien sein, die dem angehenden Postdoc und dem akademischen Mittelbau mehr Möglichkeiten eröffnen.

Zitat: Dabei kommt für die meisten Stellen ein direkte Bewerbung des Wissenschaftlers in Frage, womit eine frühe wissenschaftliche Selbständigkeit des Antragstellers verbunden ist. Das Angebot erstreckt sich über die gesamte Laufbahn eines Wissenschaftlers, mit junior, senior und principal fellowships. Selbstverständlich ist die Zahl der angebotenen, späteren, Senior Research Fellowships' begrenzt und die Auswahlkriterien entsprechend streng. Es gibt auch spezielle Programme für ehemalige Forscher, die nach einer mindestens zweijährigen Unterbrechung der wissenschaftlichen Laufbahn zurück in die akademische Forschung möchten (Z.B. Wellcome Trust Research Career Re-entry Fellowship). (aus Papier der ACRC³)

Zitat: Modellcharakter für Deutschland könnte die Einführung des vom Arbeitskreis der Sprecher der Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung vorgeschlagenen „Career Development Award“ erhalten. Dieses Förderinstrument würde es besonders Wissenschaftlern ab 35 Jah-

ren erlauben, in einer Gesamtlaufzeit von bis zu acht Jahren wissenschaftlich tätig zu sein. Es ist darüber hinaus notwendig, innerhalb der klinischen Abteilungen Strukturen zu schaffen, die eine intensive und kontinuierliche Beschäftigung mit medizinischer Forschung erlauben. Dazu zählt neben der Schaffung entsprechender Einheiten (z. B. Sektionen im Tübinger Modell) auch die konsequente Freistellung klinischer Forscher von Aufgaben der Krankenversorgung, die Einrichtung von Rotationsstellen und die Schaffung von (nicht zuletzt auch finanziellen) Anreizsystemen für Forscher. (aus Empfehlung des Wissenschaftsrats²)

Zu 6. Bei der aufgaben- und leistungsbezogenen Vergabe des Gehaltes könnte die Einbringung der Mitarbeiter/-innen in die Lehre und Administration im Rahmen der individuellen Zulage, die für besondere Leistungen vergeben wird, „belohnt“ werden. Hilfreich könnte hierbei der angestrebte Wissenschaftstarifvertrag (siehe 2.) sein, der mehr Flexibilität und Differenzierung erlaubt.

Zitat: Die mangelnde Attraktivität, die derzeit noch die Beschäftigung mit klinischer Forschung kennzeichnet, erfährt eine zusätzliche Steigerung dadurch, dass bislang nur unzureichende Perspektiven für eine Karriere als klinischer Forscher existieren. Das betrifft Status wie adäquate leistungsgerechte Vergütung gleichermaßen. (aus Empfehlung des Wissenschaftsrats²)

Schlussfolgerung

- 10 % der Akademikerstellen einer Universitätsklinik müssen als Voraussetzung einer sinnvollen und langfristig erfolgreichen Forschung zur Verfügung stehen.
- Zur Finanzierung dieser Stellen müssen Teile der Landeszuschüsse und ggf. „Overheadmittel“ herangezogen werden. Die „Stellenregeln“ bedürfen einer Befreiung von Bürokratie und engen Kündigungsschutzrechten.

- Es müssen an den Fakultäten Forschergruppen, Professuren und Wissenschaftlerstellen geschaffen werden ohne dass hier strikte Altersgrenzen und Befristungsregeln Entwicklungen behindern.
- Die Interaktionen mit Grundlagenorientierten Institutionen (Max Planck Institute, Institute der Naturwissenschaftlichen Fakultäten) müssen gestärkt und langfristige Schwerpunkte etabliert werden, die aus Landeszuschussmitteln innerhalb der Fakultät gefördert werden.
- Die direkte Antragstellung durch den einzelnen Wissenschaftler und die Förderung von Einzelprojekten muss wieder verstärkt werden (Beispiel Career development award). Innerhalb von klinischen Einrichtungen müssen Forschungsbereiche mit längerfristigen Konzeptionen etabliert werden.
- Ein Wissenschaftstarifvertrag, der auch die Belohnung von Engagement in anderen Bereichen (z. B. Lehre) ermöglicht, ist erforderlich.

T. R. Weihrauch, FFPM · 1. Sprecher der Korporativen Mitglieder der DGIM

Tätigkeitsbericht 2003/2004 der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Ein weiteres Jahr erfolgreicher Zusammenarbeit zwischen den Korporativen Mitgliedern (KM) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) liegt hinter uns. **■ Tabelle 1** gibt einen Überblick über die im Berichtsjahr, auf den Jahrestagungen sowie den Herbsttagungen mit Vorstand und Ausschuss der DGIM gemeinsam durchgeführten und geplanten Symposien - jeweils gefolgt von einer gemeinsamen Pressekonferenz. Erneut wurden aktuelle, gemeinsam interessierende Themen aufgegriffen und gestaltet, so, wie dies im Kodex der Zusammenarbeit als Zielsetzung formuliert worden ist und mit großem Erfolg umgesetzt wird.

Wissenschaftliches Symposium „Das Zentrum für Qualität in der Medizin – Chance für unsere Patienten oder Wege in die Staatsmedizin?“

Das Symposium fand anlässlich der Herbstsitzung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) mit den korporativen Mitgliedern am 29. Oktober 2003, Wiesbaden mit anschließender Pressekonferenz, statt.

In diesem Symposium untersuchten die *Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin* die Konsequenzen des GMG und der Institutsgründung für die Patientenversorgung. Der Bericht über

das Symposium wurde inzwischen im Februarheft von „Der Internist“ publiziert, abgefasst von Dr. Thomas Hopfe, als einem der drei Sprecher der KM, Hier daher nur ein kurzer Auszug:

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG) steht die Gründung eines „fachlich unabhängigen, rechtsfähigen wissenschaftlichen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) ins Haus. Anders als das in heftig diskutierten Vorläufern des Gesetzes geforderte „Zentrum für Qualität in der Medizin“, wird das neue Institut eine vom Staat unabhängige Stiftung der Partner der Selbstverwaltung sein. Der ebenfalls neu eingerichtete „gemeinsame Bundesausschuss“, der aus dem Koordinierungsausschuss und den bisherigen Bundesausschüssen hervorgeht, wird mit der Gründung des Instituts beauftragt.

Der Gesetzgeber schreibt dem Institut folgende Aufgaben zu:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissens zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten.
- Erstellung von Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen.

Übersicht

Für die Kommission „Klinische Forschung – Nachwuchsförderung“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (Wiesbaden, im April 2004):

Kommissionsmitglied	Schwerpunktgesellschaft / Funktion
PD Dr. R.M. Bauersachs	DGA
Prof. Dr. M. Reincke	DGE
PD Dr. H. Martin	DGHO
Prof. Dr. G. Sybrecht	DGIIN
Prof. Dr. K. Werdan	DGK
Prof. Dr. T.O.F. Wagner	DGP
Prof. Dr. W.L. Gross	DGR
Prof. Dr. E. Märker-Hermann	DGR
Prof. Dr. M.V. Singer	DGV5
Prof. Dr. J. Floege	GfN
Prof. Dr. J. Riemann	Akad. LKH
Prof. Dr. J. Schölmerich	(Vorsitzender)

- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für epidemiologisch wichtige Erkrankungen, Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen.
- Nutzenbewertung von Arzneimitteln.
- Bereitstellung von verständlichen Informationen zur Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung für alle Bürger.

Änderungen durch das GMG

In welchen gesundheitsökonomischen und volkswirtschaftlichen Dimensionen das GMG steht, führte *Professor Oberender, Bayreuth*, aus. Im Jahr 2000 lagen die Gesamtausgaben im „Gesundheitsmarkt“ bei etwa 290–220 Mrd. EUR (Leistungen der GKV 140 Mrd., freier Gesundheitsmarkt 150–180 Mrd.) Mit der stufenweisen Einsparung von 23,1 Mrd. EUR soll der durchschnittliche Beitragssatz der GKV auf ca. 13% gebracht werden. Ob jedoch tatsächlich eine Senkung der Beiträge durch die Maßnahmen erzielt werden kann, ist weiterhin umstritten.

Versorgung mit modernen Arzneimitteln

Im anschließenden Referat macht *Dr. D. Götte, Bad Soden*, nochmals den Paradigmenwechsel in der Bewertung von Arzneimitteln deutlich, der mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen droht. Während nach dem Arzneimittelgesetz die Zulassung von Arzneimitteln aufgrund einer Nutzen-Risiko-Bewertung durch die Zulassungsbehörden erfolgt, wird das im Sozialgesetzbuch festgeschriebene IQWiG, eine zusätzliche Nutzenbewertung durchführen.

Diese Bewertungsergebnisse werden nach Einschätzung von *Dr. Götte* in einem zweiten Schritt Entscheidungshilfen z.B. für die Festlegung von Festbeträgen und die Arzneimittelpreisverordnung sein. Das Institut wird zusätzlich zum Wirksamkeitsnachweis Daten zum Langzeitnutzen

von Arzneimitteln zu klinisch relevanten Endpunkten und zur Kosteneffektivität verlangen. Genaue Bewertungskriterien sind allerdings noch nicht festgelegt.

Vordringlich soll sich das Institut um die Bewertung patentgeschützter sowie anderer Arzneimittel „von Interesse“ kümmern. Vor diesem Hintergrund betont *Dr. Götte*, dass der Anteil innovativer und patentgeschützter Arzneimittel in Deutschland im europäischen Vergleich sehr gering ist: 47% aller in Deutschland verordneten Arzneimittel sind älter als 20 Jahre, nur 25% sind patentgeschützt. Der Anteil des Arzneimittelumsatzes mit Präparaten, die innerhalb der letzten 5 Jahre zugelassen wurden, beträgt dagegen nur 9%.

Demnach ist in Deutschland eine gravierende Schwäche bei der Umsetzung von Ergebnissen aus der medizinischen Forschung in die alltägliche Anwendung zu verzeichnen.

Insgesamt befürchtet *Götte* durch das neue Institut eine erheblich zusätzliche Bürokratie, eine Verzögerung bzw. Verhinderung von Innovationen und nicht zuletzt negative Auswirkungen für den Forschungsstandort Deutschland.

Ärztliches Handeln – Staatsmedizin

Auf die „Vereinbarkeit von Staatsmedizin und ärztlichem Handeln“ ging *Professor Dr. P.C. Scriba, München*, im letzten Referat ein. Primär liegt die Versorgungsaufgabe für Kranke in Deutschland beim Staat. Die Fürsorge wird grundsätzlich im Grundgesetz geregelt. Das Sozialgesetzbuch steuert die Handelnden auf Seiten der Leistungsträger und Leistungserbringer. Auch die Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverbände, Kassenärztliche Bundesvereinigungen, Deutsche Krankenhausgesellschaft) sowie die Ärztekammern unterliegen gesetzlichen Rahmenbedingungen und staatlicher Kontrolle. Keine Frage: ärztliches Handeln ist in-

tegraler Bestandteil des Staates. Dennoch: die Konsensusbildung darüber, was „lege artis“ ist, ist wesentlich ein wissenschaftliches Beratungsergebnis in verschiedenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer. Das gilt auch für evidenzbasierte Leitlinien.

In seinem **Schlusswort** gratulierte *Professor Fölsch* den Veranstalter des Symposiums, dass es gelungen ist, so zeitnah nach Verabschiedung des GMG den Aspekt des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen aktuell und sachlich zu diskutieren. Dieses Institut wird nach Ansicht von *Professor Fölsch* eine zentrale Bedeutung erlangen, sodass ausdrücklich zu begrüßen ist, dass es nicht wie geplant als Anstalt des öffentlichen Rechts, sondern unter der Trägerschaft der Selbstverwaltungspartner eingerichtet wird.

Wissenschaftliches Symposium „Standortvorteil Deutschland? Neue Trends in der Klinischen Forschung“

Dieses Symposium wurde im Rahmen des Hauptprogramms der 110. Jahrestagung 2004 abgehalten.

Hier eine kurze Zusammenfassung, die auch für die interessierte Presse zur Verfügung gestellt wurde:

Die Klinische Forschung in Deutschland im internationalen Vergleich ist eines der drei Schwerpunktthemen der diesjährigen Tagung der Dtsch. Ges. f. Innere Medizin. Die Korporativen Mitglieder der Gesellschaft – dies sind die biomedizinischen forschenden Firmen und die medizinischen Fachverlage – begrüßen nachdrücklich diese Zielsetzung und formulieren in einem eigenen Symposium ihre Sicht zur Notwendigkeit der Veränderung unserer Forschungslandschaft in Deutschland, mit besonderem Focus auf die patientenorientierte, klinische Arzneimittelforschung.

Ziel des Symposiums, unter der Leitung von *Th. Philipp, Essen*, und *T.R. Weihrauch, Wuppertal* ist es, positive

Tabelle 1

Veranstaltungen der Korporativen Mitglieder (KM) der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) von 1993 bis 2005.

Jahr	Jahrestagung (Kongress)	Herbsttagung mit Vorstand und Ausschuss
1993		Good Clinical Practice "GCP"
1994		Pharmaökonomie
1995		Outcomes Research
1996		Gentherapie
1997	Akzeptanz klinischer Arzneimittelforschung in Deutschland – Probleme und Chancen	Medizin und ihre Fachmedien
1998	Der Einfluss von Evidence Based Medicine (EBM) auf die Medizinische Praxis	Wahrheit in der Medizin
1999	Arzneimittelsicherheit – Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt ... – Sind Sie vorbereitet und kennen Sie Ihre Rolle?	Leitlinien in der Inneren Medizin
2000	Medien und Medizin – Wünsche, Forderungen, Zumutungen	Positivliste, Negativliste oder Dreiteilungsmodell ?
2001	Pharmakogenetik: Neue Möglichkeiten und Entscheidungshilfen für die individualisierte Arzneimitteltherapie	Pharmasponsoring und klinische Forschung – („Notwendigkeit und juristische Fallstricke“)
2002	Internet, Arzt und Patient – neue Herausforderungen, neue Chancen	Anwendungsbeobachtungen (AWB) im Spannungsfeld von Wissenschaft und Marketing
2003	Gene und Medizin – Der Weg zur personalisierten Diagnostik und Therapie	Das Zentrum für Qualität in der Medizin – Chancen für unsere Patienten oder Wege in die Staatsmedizin?
2004	Standortvorteil Deutschland? Neue Trends in der klinischen Forschung	Wohin führt die Gleichschaltung von Innovation und Imitation ?
2005	Versorgungsforschung	

Entwicklungen der letzten Jahre herauszustellen, statt die sattsam bekannten und hinreichend beschriebenen Probleme anzuprangern.

In der *Einleitung*: „**Fortschritt statt Rückschritt**“ stellt T.R. Wehrauch, Wuppertal, die Sicht der Korporativen Mitglieder dar: Es ist ein gefährliches, leider in Öffentlichkeit, Wissenschaft und Politik weit verbreitetes, Vorurteil, dass Fortschritte in der Medizin vorwiegend durch Grundlagenforschung erzielt werden. Richtig ist vielmehr, dass entscheidende Durchbrüche in der Therapie innerer Krankheiten in besonderem Masse auch durch die Durchführung aufwändiger großer, multizentrischer Studien in Klinik und Praxis erreicht werden.

Die klinische Arzneimittelforschung in Deutschland hat im internationalen Vergleich in den letzten Dekaden seine Stellung als weltweit führender Forschungs- und Entwicklungsstandort

für pharmazeutische Produkte verloren und liegt nur noch im Mittelfeld. Diese Aussage ist richtig, obwohl es international anerkannte Forscher und klinische Kompetenzzentren als Einzelercheinungen unbestritten gibt. Es ist dringend geboten, die Infrastruktur für die klinische Forschung zu verbessern, damit die klinische Arzneimittelforschung nicht endgültig in das europäische Ausland (insbes. UK) und in die USA verloren geht.

Der Beitrag, den die pharmazeutische Industrie in Deutschland zur klinischen Forschung und insbesondere zur Arzneimittelforschung und -entwicklung leistet, wird nach wie vor unterschätzt. Einige Zahlen zur Verdeutlichung:

- Laut einer Umfrage des Arbeitskreises medizinischer Ethikkommissionen waren in 2001 ca. 70% aller in Deutschland begutachteten Studien

solche, die die Untersuchung von Arzneimittelwirkungen zum Ziel hatten.

- Einer Statistik der Bundesoberbehörde zufolge, waren im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2002 nur 10% aller bei den Behörden angemeldeten Studien rein akademische Studien. 90% aller Studien wurden daher von der Industrie initiiert.
- Mit einer Investitionssumme von 3,6 Mrd. Euro im Jahr 2002 in Forschung und Entwicklung, davon ca. 50% direkt in die Klinische Forschung, sind die forschenden Arzneimittelhersteller mit Abstand der größte Investor in der klinischen Forschung in Deutschland, weit vor allen anderen öffentlichen und privaten Förderern.

Positive Entwicklungen, aber auch die offenen Fragen, wurden in unserem

Symposium, als Themenblöcke vorgestellt. Dabei werden als wesentliche Fortschritte seit Einführung der BMBF Förderinitiative 1997 die KKS, die Etablierung der klinischen Kompetenznetze, und die gemeinsame Erklärung des BMBF und der DFG, ein neues Programm zur Förderung klinischer Studien aufzulegen, gewürdigt. Dieses Programm zielt darauf ab, die Studienkultur in Deutschland signifikant zu verbessern und insbesondere die Durchführung hochrangiger multizentrischer Studien auf internationalem Niveau zu unterstützen. Insgesamt ist aus Sicht der Korporativen Mitglieder zu begrüßen, dass sich ein Problembewusstsein, und ein Wille zur Veränderung, nicht nur in der Fachöffentlichkeit, entwickelt hat. Im europäischen Kontext eröffnet darüber hinaus das 6. Rahmenforschungsprogramm (FP6) neue Fördermöglichkeiten, auch für industrielle Arzneimittelforschung.

Die Vorträge im Einzelnen

„Der Internist als Prüferarzt in Klinik und Praxis“

In diesem Beitrag *beschreibt Prof. Dr. S. Schellong, Dresden*, Notwendigkeiten für eine erforderliche Qualifikation der an der Studie beteiligten Personen, die erforderliche Infrastruktur der Prüfstelle und die Chancen, die hierin vor allem auch für niedergelassene ÄrzteInnen liegen.

Die Möglichkeiten für den Internisten, sich in der Klinik, aber auch in der Praxis am nationalen und internationalen Studiengeschehen zu beteiligen, sind vielfältig und interessant. Die häufigste Funktion ist die eines Investigators in einer multizentrischen Phase-III-Arzneimittelprüfung. Weitere Funktionen betreffen Phase II-, sehr selten einmal Phase I-Prüfungen, oder die Stellung als Principal Investigator in einem Investigator Initiated Trial. Ohne Inanspruchnahme von Klinik- oder Praxisressourcen erfolgt die Tätigkeit als Leiter der klinischen Prüfung oder Mitglied zentraler Boards, wie Steering

Committee, Adjudication Committee oder Data Safety Monitoring Boards. Die Wahrnehmung jeder dieser Funktionen ist mit spezifischen Schwierigkeiten verbunden, die zum Teil systematischer und zum Teil lokaler Natur sind.

Die beiden größten Schwierigkeiten betreffen die Organisation des studienbezogenen Arbeitsablaufs und die Allokation der für die Prüfung bereitgestellten Mittel. Sie sind positiv wie negativ unmittelbar miteinander verknüpft. Für Phase-III-Studien muss auf Seiten des Investigators die Bereitschaft vorhanden sein, die Prüfhonorare tatsächlich in vollem Umfang für die Vergütung der studienbezogenen Leistungen einzusetzen. Die Institution des Investigators ihrerseits muss die rechtlichen Voraussetzungen bieten, die Prüfhonorare in dieser Weise zu bewirtschaften. Die ist in privater Praxis naturgemäß leichter als in Einrichtungen des öffentlichen Dienstes. Nur auf dieser Basis aber lässt sich ein Studienteam zusammenstellen, das koordiniert alle mit der Prüfung verbundenen Arbeitsschritte durchführt, von der zeitgerechten Einholung des Ethikvotums bis zur Anwesenheit bei den Monitorbesuchen. Die Bereitschaft der Sponsoren, nachvollziehbare und erbrachte Leistungen angemessen zu vergüten, ist in diesem Kontext bisher das geringste Hemmnis gewesen.

Wissenschaftlich anspruchsvoller sind alle Tätigkeiten, in denen der Prüferarzt an der Konzeption einer Studie mitwirkt. In der Vergangenheit waren Investigator initiated trials in dem Umfang möglich, wie der Investigator eine leistungsfähige Struktur vorweisen und Mittel von einem Sponsor einwerben konnte. Die öffentliche Forschungsförderung in Deutschland hat in diesem Zusammenhang bisher versagt; eine Besserung zeichnet sich aber mit dem neuen Studienprogramm Klinische Studien der DFG ab. Umso aufmerksamer muss der Interessierte daher die neuen EU-konformen Regularien zur Kenntnis nehmen, die diese interessanteste Tätigkeit innerhalb der

Studienlandschaft möglicherweise kritisch erschweren.

„KKS im Wettbewerb mit CROs“

Aus der Sicht eines der Koordinierungszentrums für Klinische Studien (KKS) stellt *C. Ohmann, Düsseldorf*, in seinem Vortrag den Wettbewerb mit CROs (Clinical Research Organisations) dar: Qualifikation und Strukturen, die KKS im Europäischen Vergleich, die Einbindung in Kompetenznetze und die Kooperationen mit der Industrie.

Um die klinische Forschung in Deutschland wieder international konkurrenzfähig zu machen, werden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) seit 1999 Koordinierungszentren für klinische Studien gefördert. Zur Zeit existieren 12 Zentren an verschiedenen universitären Standorten. Zweck der Fördermaßnahme des BMBF ist die Etablierung von Strukturen, um die Qualität klinischer Studien zu verbessern und die Kompetenz in diesem Bereich weiter zu entwickeln. Ziele der KKS sind die Initiierung, Konzeption und Durchführung innovativer international konkurrenzfähiger Studien, die Unterstützung aus der Fakultät hervorgehender wissenschaftsgesteuerter Studien und von Studien der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie, ein abgestimmtes Qualitätsmanagement (GCP), die Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu wissenschaftlichen und organisatorischen Aspekten klinischer Studien und die langfristige Etablierung der KKS nach der Anschubförderung über Landes- und eingeworbene Studienmittel. Von den KKS soll ein breites Spektrum von Dienstleistungen für klinische Studien, z.B. Protokollentwicklung, Biometrie, Datenmanagement, Studienassistent und Monitoring aus einer Hand angeboten werden.

Die Schwerpunkte der KKS liegen eher bei den wissenschafts-gesteuerten Studien, der Fort- und Weiterbildung von Studienpersonal und der methodischen Unterstützung klinischer Studien, z.B. Biometrie, Gesundheitsöko-

nomie und Medizinsoziologie. Industrie-geförderte Studien werden ebenfalls durch die KKS betreut, hier jedoch häufig nur Teilaspekte (z.B. Monitoring, Prüfarztrekrutierung, Study-Assistenz im Prüfzentrum). Demgegenüber beschäftigen sich die CRO's je nach Ausrichtung und Struktur primär mit industriegeförderten Studien und hier mit allen Studienphasen. Durch die Schwerpunktsetzung bedingt und auf der Basis einer öffentlichen Förderung können KKS nicht gewinnorientiert arbeiten, streben jedoch durch Einbindung von Industrieaufträgen zumindest eine Kostendeckung an. Inwieweit hier durch Ausgründungen nach Ende der Förderphase Änderungen stattfinden, muss abgewartet werden. Während die KKS durch ihre Ansiedlung im Klinikum über eine größere Klinik- und Patientennähe verfügen, sind CRO's industrienäher positioniert. KKS und CRO's besitzen unterschiedliche Schwerpunkte, allerdings mit Überschneidungsbereichen (z.B. Monitoring, Datenmanagement). Eine Zusammenarbeit könnte synergistische Effekte zum Nutzen beider Parteien hervorrufen. In Kooperationen könnten KKS On-Site-Management, Studienassistenten und methodische Experten anbieten, CRO's wiederum könnten im Hinblick auf Prüfarztrekrutierung und Vereinfachung der Abwicklung der Studienabläufe, evtl. auch durch Unterstützung beim Monitoring und Biometrie von den KKS profitieren. KKS und CRO's stehen nur in wenigen Geschäftsfeldern im Wettbewerb, beide könnten von synergistischen Effekten deutlich profitieren.

„EU GCP Clinical Trial Directive und Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) – eine Chance für die Klinische Forschung in Deutschland?“

M. Herschel, München: Nur noch wenige Monate gilt das Arzneimittelgesetz in seiner bisherigen Form. Dann wird die 12. AMG-Novelle die Vorgaben der Europäischen Direktive umsetzen. Neben

den unbestreitbaren Vorzügen – einheitliche Formulare, ein europäisches Register aller klinischen Prüfungen, einheitliche Meldeverfahren für Nebenwirkungen und Inspektionen klinischer Prüfungen bietet die Umsetzung viele Erschwernisse und ungenutzte Chancen:

- Es gibt, anders als in den USA, keine Diskussion und Freigabe ganzer Prüfpakete durch die Behörde (jede Studie läuft einzeln)
- Bundesoberbehörde und Ethik-Kommissionen verlangen erhebliche Doppelarbeit
- Es besteht Gefahr, dass der deutsche Weg zu einem einheitlichen Ethikvotum zu Verzögerungen und Überschreiten der ohnehin zu großzügig bemessenen Zeitgrenze (60 Tage) führt
- Der Aufwand der Dokumentation zum Prüfprodukt wächst stark an
- Universitäre und andere nicht-industriell unterstützte Forschung wird schwerfällig und teuer, ohne dass für Patienten ein Vorteil entsteht
- Eine gegenseitige Anerkennung der Prüfgenehmigung zwischen den Ländern der EU ist nicht vorgesehen

Es gilt daher, im Dialog mit allen Beteiligten die Erschwernisse zu mindern und das „Experiment“ Direktive umsichtig zu begleiten. Insgesamt aber sollte man bereits jetzt überlegen, wie man die Direktive so bald als möglich modifizieren lassen kann, um die klinische Forschung in Deutschland nicht weiter zurückfallen zu lassen.

Klinische Prüfung „online“ – „Electronic Data Capture“

D. Götte, Bad Soden beschreibt Erfahrungen, stellt – Vor- und Nachteile dar und analysiert – Nutzen, Zeit, Kosten und Qualität

Erste Versuche zur Nutzung von Electronic Monitoring (Synonyma: Remote Data Entry, Electronic Data Capture / EDC) reichen bis in den Beginn

der 90er Jahre zurück. Ziele waren die Verkürzung des Zeitbedarfs für klinische Studien, eine Verbesserung der Datenqualität und Senkung der Kosten. An diesen Zielsetzungen hat sich bis heute nichts geändert. Die Weiterentwicklung elektronischer Datenerfassungssysteme und Fernübertragungsmöglichkeiten sowie der stärkere Wettbewerb bei der klinischen Arzneimittelentwicklung hat dazu geführt, dass heute konkurrenzfähige Systeme für das EDC zur Verfügung stehen. Die technischen Voraussetzungen, der Ablauf und die Anforderungen an die Nutzer werden anhand eigener Erfahrungen mit EDC diskutiert. Wesentliche Unterschiede des konventionellen Monitorings im Vergleich zu EDC werden aufgezeigt. Grundsätzlich sind für das konventionelle Monitoring wie für das EDC gleiche Monitoring-Frequenzen einzuhalten, allerdings kann der E-Monitor bereits vor dem Prüfarztbesuch den E-Case Record Form prüfen. Dies führt zur Erhöhung der Effektivität des E-Monitoring-Besuchs. Technische Unterstützung für den E-Monitor ist möglich durch Edit-Checks, Consistency- und Plausibility-Checks, die zu einer Verringerung der Fehlermöglichkeiten für den Prüfarzt als „Daten-Eingabe“ führen. Durch den raschen Zugriff auf relevante Daten wird das Study Tracking vereinfacht. Ein kontinuierlicher Data Review – auch vom Home Office aus – ebenso wie kontinuierliches Data Cleaning sind möglich.

Erfolgsfaktoren, Problemfelder sowie die Vor- und Nachteile der verschiedenen Nutzer von EDC wurden aufgezeigt.

Neuer Forschungsansatz – die Kosten – Nutzen-Prüfung

Welche Änderungen kommen hier auf uns zu? Dies führt *T. Vollmer, München*, aus.

Durch die Neuregelungen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) wird eine institutionalisierte Nutzenbewertung

in Deutschland begründet, die für jedes erstmals verordnungsfähige Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen sowie für Arzneimittel mit erheblicher Bedeutung für die Patientenversorgung oder erheblichen Ausgaben durchgeführt werden soll. Gleichzeitig wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung (§106 Abs. 2a SGB V) die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel bewertet. Hieran wird deutlich, dass auch in Deutschland Kosten-Nutzen-Prüfungen von Arzneimitteln zum zukünftigen Anforderungskatalog einer GKV-Erstattung zählen werden. Der Beitrag untersucht mögliche Auswirkungen der Gesetze anhand von konkreten Arzneimittelbeispielen.

Dabei werden Aspekte der Planung und Umsetzung gesundheitsökonomischer Untersuchungen entlang des klinischen Entwicklungsprozesses vorgestellt und die Frage des „richtigen Zeitpunktes“ einer gesundheitsökonomischen Bewertung aufgegriffen. Ebenso wird die Problematik der beabsichtigten Stufenzuordnung im Rahmen der Nutzenbewertung durch das beabsichtigte Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen thematisiert. Die Frage der angemessenen Therapie wird vor dem Hintergrund der Verfügbarkeit von sogenannten Outcomes-Studien und vor dem Hintergrund der Validität internationaler Ergebnisse diskutiert.

Anhand der Beispiele wird gezeigt, welche methodischen Schwierigkeiten und Unsicherheiten bei einer vom Gesetzgeber vorgeschlagenen Nutzenbewertung vorhanden sind, und welche Anforderungen sich daraus für die Entwicklung und Vermarktung von Arzneimitteln ergeben können.

Rundtisch Gespräch „Deutschland – Entwicklungs- oder Forschungsland?“

S. Schreiber, Kiel, eröffnet mit einem Einleitungsstatement.

In dem anschließenden Rundtischgespräch unter der Moderation von Prof.

Dr. med. Th. Philipp, Essen, und Prof. Dr. med. S. Schreiber, Kiel, wurden die genannten Aspekte mit dem sehr engagierten Auditorium eingehend diskutiert. Dabei wurden zusammenfassend kritische Punkte ebenso wie die zitierten positiven Entwicklungen, die einer Abwanderung der klinischen Forschung ins Ausland Einhalt gebieten können, herausgestellt und Forderungen an Politik, universitäre Wissenschaft und forschende Industrie formuliert.

Ordentliche Mitgliederversammlung der KM

Im Rahmen der Jahrestagung wurde am 20. April 2004 die 10. *ordentliche Mitgliederversammlung der KM* durchgeführt. Derzeit sind vierundzwanzig Firmen Korporative Mitglieder der Gesellschaft. Auf der Mitgliederversammlung wurde der Kongress uneingeschränkt positiv bewertet. Besonders hervorgehoben wurde erneut die erfolgreiche Industrieausstellung mit vielen Kontakten und der hohe Anteil von jungen Kongressteilnehmer. Wegen des Ausscheidens von Dr. Thomas Hopfe, wurde Herr Dr. Ralle, Springer Verlag, kommissarisch als Sprecher für die Medizinischen Fachverlage der KM, berufen. Die Sprecher und Mitglieder dankten Herrn Hopfe für seine engagierte und gestaltende Mitarbeit.

Auf der Mitgliederversammlung wurden weiterhin die Themen für die kommenden Veranstaltungen intensiv diskutiert und beschlossen: Für die Herbsttagung am 27. Oktober 2004 wurde das Thema „Wohin führt die Gleichschaltung von Innovation und Imitation“ ausgewählt, für die 111. Tagung im April 2005 das Thema „Versorgungsforschung“

Die Sprecher und alle Korporativen Mitgliedern danken Herrn Prof. Dr. U. Fölsch, dem Präsidenten der 110. Jahrestagung, dem Generalsekretär Prof. H.-P. Schuster und Prof. H.-G. Lasch, für die hervorragende Zusammenarbeit bei der Realisierung der Symposien 2003 und 2004, sowie für die erneute interak-

tive Beteiligung der Korporativen Mitglieder am Kongressgeschehen.

Korrespondierender Autor Prof. Dr. T. R. Weihrauch, FFPM

1. Sprecher der Korporativen Mitglieder der DGIM

ehem. Direktor Medizin International

Bayer Health Care AG Consultant

Pharma Forschungszentrum

Postfach 101709, D-42096 Wuppertal

E-Mail:

thomas.weihrauch@bayerhealthcare.com

Theodor-Frerichs-Preis 2004

Dem Theodor-Frerichs-Preis-Komitee lagen 17 Arbeiten zur Bewerbung um den Frerichs-Preis 2004 vor. Dem Preiskomitee gehörten Prof. Dr. G. Hasenfuß (Göttingen) als Vorsitzender, weiterhin Prof. Dr. M. Freund (Rosstock), Prof. Dr. W.L. Gross (Lübeck), Prof. Dr. H. Haller (Hannover), Prof. Dr. P.R. Galle (Mainz) an.

Die Begutachtung erfolgte nach Originalität, Methodik und Darstellung. Die Bewertung der Preisarbeiten durch das Komitee ergab mit Einstimmigkeit, dass die Arbeit „Sarkoidose-Gen“ nach den genannten Kriterien die beste Arbeit darstellt und als alleinige Arbeit dem Vorstand und Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für den Theodor-Frerichs-Preis 2004 vorgeschlagen werden soll. Vorstand und Ausschuss sind diesem Vorschlag gefolgt. Damit wurde der Theodor-Frerichs-Preis 2004 für die Arbeit

► „Mutations in BNTL2 are associated with sarcoidosis“

vergeben.

— **Preisträger ist Dr. med. Jochen Hampe, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik für Allgemeine Innere Medizin, I. Medizinische Klinik.**

Die Sarkoidose ist eine granulomatöse Erkrankung, die zu entzündungsbedingtem Gewebsschaden bis hin zur Lungenfibrose führen kann. Erstmals bereits in den 20er Jahren und aktuell durch große epidemiologische Studien konnte eine familiäre Häufung dieser Erkrankung nachgewiesen werden. Immunologisch wird eine dysregulierte T-Zellaktivierung mit der Sarkoidose in

Verbindung gebracht. In einer 2001 publizierten Arbeit konnte in einer genomweiten Suche das Chromosom 6 als Risikoregion für die Sarkoidose identifiziert werden.

Mit der vorliegenden Arbeit kann in dieser genetischen Koppelungsregion ein HLA-abhängiges, mit der Erkrankung assoziiertes Gen nachgewiesen werden. Das identifizierte Gen - TTNL2 (butyrophyllin-like protein 2) - ist Mitglied einer bisher immunologisch kaum untersuchten Klasse von kostimulatorischen Molekülen. Diese wirken an der Modulierung der T-Zellaktivierung durch einen zur T-Zell-Rezeptor-MHC-Interaktion parallelen Signalweg mit. Diese Befunde passen damit zu den bereits bekannten immunologischen Daten zur Sarkoidose.

Das Populations-assoziierte Erkrankungsrisiko der homozygoten Mutation liegt bei 34 % und ist hochsignifikant ($p < 0,000003$). Die gefundene hauptsächlich vorliegende Mutation hat einen klaren Effekt. Sie führt zu einem vorzeitigen Stop der Proteinsynthese, wodurch eine ganze Domäne und die Transmembran-Helix des Genprodukts verloren gehen. Der vorzeitige Stop wird durch einen Verlust von vier Basenpaaren mit nachfolgender Verschiebung des Proteinleserahmens bewirkt verursacht.

Die Arbeit verbindet die klinische Analyse einer großen Patientenpopulation mit modernen molekulargenetischen Methoden und führt einen entscheidenden Schritt vorwärts auf dem Weg zum Verständnis der Grundlagen der Sarkoidose. Sie wurde daher einstimmig von den Gutachtern für den Theodor-Frerichs-Preis 2004 ausgewählt.

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

Impressum

Herausgeber

Herausgegeben für die
Deutsche Gesellschaft für
Innere Medizin
von
Prof. Dr. Hans-Peter Schuster,
Generalsekretär
Schöne Aussicht 1
65193 Wiesbaden

Redaktion

Dr. Susanne Reuther
susanne.reuther@springer-sbm.com
Springer Medizin Verlag
Tiergartenstr. 17
69121 Heidelberg

Grafik und Layout

Patricia Hofrichter
patricia.hofrichter@springer-sbm.com

Titelbild

deblik Berlin

Druck

Stürtz GmbH
97080 Würzburg

Eigentümer und Copyright ©

Springer Medizin Verlag
Heidelberg 2004,
Tiergartenstr. 17, 69121 Heidelberg,
Tel.: +49 6221/487-0,
Springer Medizin Verlag.
Ein Unternehmen von Springer
Science+Business Media, springer.de



Springer

Preis „Prävention in der Inneren Medizin 2004“

Zeitgerecht wurden für die Verleihung des diesjährigen Präventionspreises der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zwei Arbeiten eingereicht. Diese wurden vom Preis-Komitee für den Preis „Prävention in der Inneren Medizin“ beurteilt und bewertet. Die Kommission, der Prof. Dr. Dr. h.c. mult. H.G. Lasch (Gießen) als Vorsitzender, Prof. Dr. H. Greten (Hamburg) und Prof. Dr. U.R. Fölsch (Kiel) angehören, hat sich eingehend mit der Frage der Preiswürdigkeit der vorgelegten beiden Arbeiten befasst. Sie kommt übereinstimmend zu der Auffassung, dass gemessen an der Bedeutung der Aussage die „Sinsheimer Diabetesstudie“, eine epidemiologische Feldstudie, als Preisarbeit zu bewerten ist. Insbesondere die Feststellung, dass in der hausärztlichen Praxis eine gute Diabeseinstellung vor dem Hintergrund der modernen Leitlinien erreicht worden ist, die eindeutig auch über einer ähnlichen englischen Studie liegt, erscheint vor der gesellschaftspolitischen Diskussion um das Disease-Management-Programm doch von einer erheblichen Bedeutung, insbesondere auch die Tatsache, dass nur eine evidenzbasierte Einbeziehung der Komplikationen des Diabetes zur Verbesserung der Sekundärprävention führen wird.

— **Erstautor und Gewinner des Präventionspreises 2004 ist Dr. med. Till Uebel, Ittlingen.**

Die Preisarbeit trägt den Titel:

► **„Die Sinsheimer Diabetesstudie“. Eine repräsentative Querschnittsstudie zur Versorgungsqualität von Typ II-Diabetikern in der Hausarztpraxis**

Bei allen behandelten Diabetikern (N 3, 451) wurde eine Stichprobe von 15% (N = 518) erhoben und hinsichtlich Basisinformation, aktueller Stoffwechsellage, Therapie, Komplikationen und Begleiterkrankungen sowie Diagnostik ausgewertet. Dabei stellte sich überraschend heraus, dass die allgemeine Stoffwechsellage dieser Diabetiker mit einem HbA 1C von 7,2% deutlich besser war als die Ergebnisse, die in der „United Kingdom prospective study“ erhoben wurden. Dort wurde ein Mittelwert von HbA 1C von 8,0 dokumentiert. Der Patient in dieser Studie ist nicht nur älter und kränker, sondern auch wesentlich besser behandelt worden. 2/3 aller Arzt-Patienten-Kontakte mit Typ II Diabetikern werden von über 65-Jährigen ausgemacht, mit anderen Worten: Die Diabetestherapie in der Primärversorgung liegt im Bereich erklärter Ziele. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund der in Deutschland zur Zeit geführten Diskussion um so wichtiger, als die Frage gestellt werden muss, ob es Sinn machen würde, strukturierte Behandlungsprogramme auch in der flächendeckenden Versorgung einzuführen. Die vorgelegte epidemiologische Studie aus dem Kreise Sinsheim lässt allerdings zu recht die Frage aufkommen, ob mit solchen strukturierten Behandlungsprogrammen noch eine Verbesserung der Diabetesversorgung zumindest im Bereich der Stoffwechselsituation erreicht werden kann. Die Autoren erheben die Fragen nach dem Verhältnis von Schaden und Nutzen der umfangreichen und teuren Diabetesdiagnostik. Die Ziele und die notwendige Qualität der Behandlung des Diabetes II-Typ ist bei weitgehender Übereinstimmung in ausführ-

lichen Leitlinien national und international festgelegt.

Auffallend ist, dass 68% der Typ II-Diabetiker in der Studie eine für Diabetiker typische Komplikation aufweisen. Aufgrund der hohen Komplikationsrate in dieser Studie ergibt sich automatisch die Frage, ob strukturierte Behandlungsprogramme, die keine evidenzbasierte Therapie der Komplikation einfordern, zu einer messbaren Verbesserung der Situation der Typ II-Diabetiker in Deutschland führen könnten. Wollte man neue Programme zur Verbesserung der Situation der Typ II-Diabetiker in Deutschland einführen, wäre unbedingt die Einbeziehung einer evidenzbasierten Therapie der verschiedenen Komplikationen als ein wichtiger Teil der Studie ins Auge zu fassen. Nach den vorgelegten Zahlen führt eine alleinige Fixierung des Studienzieles auf eine augenblickliche HbA 1C-orientierte Ausrichtung der Studie nicht weiter.

Unabhängig von der wichtigen Feststellung einer in der Praxis bereits erreichten guten Diabeseinstellung bleiben zahlreiche Fragen offen, die zu weiteren, die Komplikationsrate mit einbeziehenden Untersuchungen anregen und verpflichten.

Prof. Dr. Dr. med. h.c. mult. H.G. Lasch (Gießen) für die Kommission Präventions-Preis

Young Investigators' Award

zum 110. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden 2004

Die zum Kongress eingereichten Posterbeiträge wurden durch drei von jeder Schwerpunktgesellschaft der Inneren Medizin bestimmten Gutachtern beurteilt. Die Gutachter haben das jeweils beste Poster aus ihrem

Schwerpunkt eines Autors unter 35 Jahren zur Teilnahme am Young Investigators' Award benannt. Die Poster wurden während des Kongresses als „Poster für den Young Investigators' Award“ an exponierter Stel-

le präsentiert und durch zwei Experten evaluiert. Daraus ergaben sich anlässlich des 110. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin folgende Preise im Young Investigators'-Wettbewerb:

Preise im Young Investigators' -Wettbewerb 2004		
1. Preis: Kardiologie <i>S100A1 – Gentherapie insuffizienter ventrikulärer Kardiomyozyten</i> M. Volkers Medizinische Klinik III, Abt. für Kardiologie, Universität Heidelberg	4. – 9. Preis: Pneumologie <i>Einfluss von cis-9, trans-11-konjugierter Linolsäure (CLA) und Linolsäure (LA) auf das bronchiale Atemwegsepithel. Stimulusinduzierte Epithelzell-Proliferation und Freisetzung von IL-6 und IL-8</i> A. Jaudszus Institut für Ernährungswissenschaften, Abteilung Ernährungsphysiologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena	Angiologie <i>Perkutane Therapie des Aortenaneurysmas</i> M. Skowasch CardioVasculäres Centrum Sankt Katharinen und Medizinische Klinik des Sankt Katharinen Krankenhaus, Frankfurt a. M.
2. Preis: Endokrinologie <i>Der T393C-Polymorphismus des GNAS1-Gens beeinflusst die Gewichtsabnahme und Insulinresistenz bei Metformin-behandelten PCOS-Patientinnen</i> Susanne Hahn Klinik für Endokrinologie, Universitätsklinikum Essen	Rheumatologie <i>Untersuchungen zur Rolle langlebiger Plasmazellen, die refraktär auf Immunsuppressiva sind, bei der Aufrechterhaltung chronischer Autoimmunprozesse</i> B. Hoyer Med. Klinik Rheumatologie u. klin. Immunologie, Charité, Universitätsmedizin Berlin und Deutsches Rheumaforschungszentrum Berlin	Hämatologie - Onkologie <i>Die in-vitro-Wirksamkeit einer Kombinationsbehandlung Imatinib-resistenter Bcr-Abl-positiver Zelllinien wird von zugrunde liegendem Resistenzmechanismus bestimmt</i> P. La Rosée Oregon Health and Science University, Portland, Oregon, und Fakultät für klinische Medizin Mannheim, Universität Heidelberg
3. Preis: Nephrologie <i>Die zu einem späteren Zeitpunkt begonnene Gabe eines niedermolekularen Antagonisten gegen den Chemokinrezeptor CCR1 verbessert die Nierenfunktion und die interstitielle Fibrose bei der Lupusnephritis von MRL-lpr/lpr-Mäusen</i> E. Bemelezova Medizinische Poliklinik Innenstadt, Universität München	Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>Leptin als Verbindung zwischen der Endokrinologie und Immunologie: am Beispiel der chronisch-intestinalen Entzündung</i> Arvind Batra Charité Universitätsmedizin Berlin, CBF, Med. Klinik I, Berlin	Internistische Intensiv- und Notfallmedizin <i>Charakterisierung von Fehlern und Zwischenfällen in der internistischen Intensivmedizin</i> J. Graf Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Aachen

Prof. Dr. U. R. Fölsch · Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für
Innere Medizin 2003/2004

Abschließender Kongressbericht

110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), 17. – 21. April 2004 in Wiesbaden

Der diesjährige Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der vom 17. bis zum 21. April 2004 in Wiesbaden stattfand, zeigte erneut ein außerordentlich breites Spektrum vieler Facetten der Inneren Medizin, wie sie sich in Forschung, Wissenschaft und Lehre, in der Klinik, in der ambulanten Versorgung sowie in ihrer gesellschaftlichen Rezeption darstellt.

Ca. 6000 registrierte Teilnehmer (bei weit mehr als 10.000 Besuchern insgesamt) konnten sich ihr ganz persönliches Fort- und Weiterbildungsprogramm aus den angebotenen mehr als 210 medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen mit 674 Referaten zusammenstellen. Durch die Mitarbeit aller acht Schwerpunktgesellschaften der Inneren Medizin sowie der Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin gelang es erneut, dass in 8 Hauptsitzungen plus der Sitzungen „Neues aus den Schwerpunktgesellschaften“, in 6 Frühstückseminaren, einer Hotline-Sitzung, 74 Symposien sowie in 13 Kursen der DGIM diese Auswahl eine Reichhaltigkeit auszeichnete, die im Kongressleben der Inneren Medizin im deutschen Sprachraum sicherlich einzigartig ist.

Drei ganz aktuelle Themen haben bei der Programmgestaltung eine herausragende Rolle gespielt, was sich auch in den Themen der drei traditio-

nellen Plenarsitzungen (Montag, Dienstag und Mittwoch jeweils 12.15 – 13.00 Uhr) widerspiegelte. Diese Themen lauteten: „Entzündung als übergreifendes pathogenetisches Prinzip“ (H. Reiser, Ridgefield, USA), „Wird der Mensch bald ewig leben?“ (J. Vaupel, Rostock) und „Defizite der klinischen Forschung in Deutschland“ (P. Lange, Berlin). Die Aktualität und die gesellschaftliche Relevanz dieser Themenauswahl wurde unterstrichen durch eine ausführliche Medienberichterstattung über den diesjährigen Kongress durch ca. 375 akkreditierte Journalisten in unterschiedlichen Print- und online-Medien sowie durch besonders zu erwähnende Berichte in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (Klinische Forschung in Deutschland) und im Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ (Problem des Alterungsprozesses).

Die Frühaufsteher unter den Internisten konnten schon ab 07.15 Uhr früh morgens bei Croissant und Kaffee unter fachkundiger Anleitung über ausgewählte, an einzelnen Kasuistiken exemplifizierte Kapitel aus der Nephrologie, Rheumatologie, Intensivmedizin, Gastroenterologie oder Kardiologie diskutieren. Zu unserer großen Freude wurden diese Veranstaltungen auch in diesem Jahr außerordentlich gut frequentiert.

Als absoluter Besuchermagnet erwiesen sich auch diesmal die praxisnah moderierten Fallvorstellungen („How-To

Session“, „Klinische Foren“) am Montag und Dienstag, die erneut im Saal Genf des Dorint Hotels Wiesbaden stattfanden. Unter dem Vorsitz versierter Kliniker wurden hier interaktiv Themen aus dem gesamten Bereich der Inneren Medizin – inklusive dem Umgang mit Fehldiagnosen – diskutiert. Erstmals wurde auch die in der Praxis so wichtigen interdisziplinären Lösungen internistischer Problemfälle zusammen mit einem Abdominalchirurgen, einem Neurologen und einem Dermatologen vor Ort erörtert. Das zur Verfügung stehende TED-System erlaubte es, auch spontan über mögliche diagnostische und therapeutische Alternativen abstimmen zu lassen und die Ergebnisse der Abstimmung in einer gemeinsamen Diskussion kritisch zu würdigen.

Da sich die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin als wichtiges Bindeglied zwischen Forschung und evidence-basierter klinischer Medizin definiert, wurden auch in diesem Jahr aktuelle wissenschaftliche Beiträge aus deutschen Forschungslaboren in Posterform präsentiert. Mit 289 Posterbeiträgen konnten wir aus räumlichen Gründen geringfügig weniger Beiträge ausstellen lassen als in den Vorjahren (304 resp. 309). Über die Annahme der eingesandten Beiträge aus dem Themenbereich eines internistischen Schwerpunktes entschied eine unabhängige dreiköp-

fige Kommission. Die Anteile der einzelnen Schwerpunktgesellschaften sind in **■ Tabelle 1** dargestellt.

Bei den jeweiligen Posterbegehungen wurden erneut für jeden Schwerpunktbereich ein Preis für das beste Poster vergeben.

Weiterhin konnten sich auch diesmal Autoren, die jünger als 35 Jahre alt waren für den „Young Investigators Award“ bewerben. Eine weitere dreiköpfige Kommission entschied während der Posterbegehung am Montag, dass Herr Dr. M. Volkers (Heidelberg) für folgende Arbeit mit dem ersten Preis des „Young Investigators Award“ ausgezeichnet werden sollte: *S100A1 Gentherapie insuffizienter ventrikulärer Kardiomyozyten*.

Weiterhin wurden von den Herausgebern der „Medizinischen Klinik“ in diesem Jahr erstmalig ein Posterpreis für den besten Beitrag aus dem Bereich der patientennahen Klinischen Forschung ausgeschrieben. Dieser Preis wurde zu gleichen Teilen an Herrn Dr. D. Hartmann für seine Arbeit „Prospektiver Vergleich der Dunkel-lumigen MR-Kolonographie mit der Koloskopie in der Detektion kolorektaler Läsionen“ und an Herrn Dr. J. Graf für sein Beitrag „5-Jahres-Überleben, gesundheitsbezogene Lebensqualität und effektive Kosten einer Kohorte von 303 internistischen Intensivpatienten“ vergeben. Alle Preisverleihungen erfolgten während der Get-together-Party am Dienstag Abend.

Die Abwicklung der Abstrakteinreichung über das Internet wurde in diesem Jahr vollautomatisch durch eine darauf spezialisierte externe Firma (Pharmaservice, Hannover) erledigt. Dieses Vorgehen war von den Organisatoren des Kongresses sowie für die Einsender von Beiträgen gleichermaßen außerordentlich positiv bewertet worden, so dass sich die DGIM schon jetzt auch für das Jahr 2005 für dieselbe professionelle Betreuung dieses Aspektes der Kongressorganisation entschieden hat.

Die Präsentation der Vorträge (als Datenprojektion im „Power-Point-For-

Tabelle 1

Themenbereiche Posterbeiträge: Anteile der einzelnen Schwerpunktgesellschaften (Angaben in %)

	2004	2003	2002
Gastroenterologie	32	23	23
Kardiologie	19	19	17
Endokrinologie	13	17	11
Nephrologie	10,4	9	14
Hämatologie/Onkologie	6,5	8	5
Intern. Intensivmedizin	6	5	5
Pneumologie	5,4	4	9
Rheumatologie	4,1	8	9
Angiologie	3,3	2	3

mat“) wurde erstmalig durch ein von den Rhein-Main-Hallen Wiesbaden erstelltes Medien-Präsentationsprogramm abgewickelt. Dieses funktionierte auch dank des exzellenten Fachpersonals der Medienannahme ohne irgendwelche spürbaren Störungen. Ca. 10% der Vorträge wurden vor Kongressbeginn via e-mail eingesendet und konnten somit die Medienannahme entlasten. Aufgabe der kommenden Kongressorganisatoren wird es sicherlich sein, diese „Früheinsenderrate“ zu erhöhen.

Wegen der geringen Zugriffzahlen nach dem Kongress des Jahres 2003 sowie wegen der außerordentlich hohen Kosten hatte der Vorstand der DGIM schon im Vorfeld auf eine verstärkte Internetpräsentation des Kongresses im Rahmen eines „Virtuellen Kongresses“ in diesem Jahr verzichtet. Weiterhin können jedoch ausgewählte Sitzungen, die von erfahrenen Medizinjournalisten im Auftrag des Thieme-Verlags zusammengefasst wurden, unter <http://www.thieme.de/dmw/dgim2004> abgerufen werden.

Um die in den vergangenen Jahren negative finanzielle Jahresbilanz der DGIM wieder in den positiven Bereich zu verschieben, mussten kostentreibende Angebote des diesjährigen Kongresses neu überdacht werden. So wurde auf die Ausrichtung der Ausbildungsveranstaltung für Studenten („Medical Skills“), die vom Fernsehen aufgezeichnete Arzt-Patienten Veranstaltung mit

Frau Dr. Antje-Karin Kühnemann sowie auf die „Fete für junge Mediziner“ verzichtet. Hierdurch – und durch das Erheben eines Eintrittsgeldes für die „Get-together-Party“ am Dienstag Abend (ehemals „Weinstraßenfest“) – wurde dem absolut notwendigen Gebot der finanziellen Stabilisierung der Jahrestagung ohne Verlust an wissenschaftlich-klinischer Qualität Rechnung getragen. Trotz der erstmaligen Erhebung eines Eintrittsgeldes für die Feier am Dienstag Abend, war der Abend mit fast 500 Besuchern bei einem umfangreichen, erstklassigen Büffet sowie musikalischer Untermauerung ein voller Erfolg geworden.

Zur Einbeziehung der interessierten nicht-ärztlichen Bevölkerung in den Internistenkongress wurden auch in 2004 zwei instruktive Arzt-Patienten Seminare ausgerichtet. Die Gastro-Liga e.V. sowie die DCCV (Deutsche Crohn/Colitis Vereinigung) veranstalteten am Samstag Nachmittag unter der Leitung von Prof. Dr. J. Riemann (Ludwigshafen) und Herrn G. Möller (Hannau) ein sehr gut besuchtes Arzt-Patienten Seminar mit dem Titel: „Diagnostik von Darmerkrankungen: vom Reizdarm bis zur chronisch entzündlichen Darmerkrankung“. Weiterhin fand am Dienstag Abend unter der Schirmherrschaft der Deutschen Herzstiftung und der Leitung von Herrn Prof. J. Meyer (Mainz) und Herrn H.J. Becker (Frankfurt/Main) das für die allgemeine Öff-

fentlichkeit bestimmte Seminar „Risiken und Vorboten eines Herzinfarktes“ statt. Auch hierbei war die Resonanz sehr erfreulich.

Desweiteren konnten sich auch in diesem Jahr insgesamt 21 Selbsthilfeorganisationen kostenlos an eigens für sie eingerichteten Ständen im Erdgeschoss der Rhein-Main-Hallen an prominenter Stelle präsentieren. Hier wurde die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch zwischen Ärzten und den jeweiligen Patientenorganisationen eifrig genutzt.

Auch die Zusammenarbeit mit dem BDI (Berufsverband Deutscher Internisten) gestaltete sich in diesem Jahr erneut sehr erfreulich und erfolgreich. Unter der Leitung der jeweiligen Sektionsvorsitzenden wurden – wie auch in den Vorjahren – am Samstag und Sonntag insgesamt 17 Vorsymposien und 9 Kurse veranstaltet, die allesamt gut besucht waren.

Das traditionelle Symposium, das die korporativen Mitglieder der DGIM veranstalteten, beschäftigte sich unter dem Titel: „Standortvorteil Deutschland? Neue Trends in der klinischen Forschung“ mit dem Problem der Situation der Klinischen Forschung in Deutschland, und bildete somit im Rahmen der Gesamtkomposition der wissenschaftlichen Themen des Kongresses einen äußerst wichtigen Beitrag für das inhaltliche Gelingen der diesjährigen Veranstaltung.

Die biomedizinische Industrie machte auch 2004 regen Gebrauch von der Möglichkeit, eigenverantwortlich Symposien (Satellitensymposien, Mittagsgespräche, Abendseminare) während der Jahrestagung der DGIM durchzuführen. In diesem Jahr waren es 55 Veranstaltungen (12 Satellitensymposien, 30 Mittagsgespräche, 13 Abendseminare), in denen über neueste produktbezogene Forschungsergebnisse berichtet wurde.

Die Fachausstellung der biomedizinischen Industrie (120 Aussteller) belegte in diesem Jahr mit 3.147 m² Ausstellungsfläche eine gleichgroße Fläche wie im Jahr 2003. Hier konnten die Kongressbesucher im persönlichen Ge-

spräch mit den Anbietern von Medizinprodukten regen Austausch pflegen.

Die Eröffnungsfeier des diesjährigen Kongresses der DGIM am Sonntag Abend im Kurhaus Wiesbaden wurde von bereichert durch Grußworte von Herr Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Vorsitzender der Bundesärztekammer), Dr. Klaus-Theo Schröder (Staatssekretär BMGS), Hildebrand Diehl (Oberbürgermeister der Stadt Wiesbaden), Dr. Gerd-Guido Hofmann (Vorsitzender des BDI). Eine besondere Ehre und Freude war es mir, meinem langjährigen klinischen und wissenschaftlichen Lehrer Herrn Prof. Dr. Werner Creutzfeldt (Göttingen) im Namen des Vorstandes der DGIM die Gustav-von-Bergmann Medaille – die höchste Auszeichnung der Gesellschaft – für sein wissenschaftliches Lebenswerk überreichen zu können. Weiterhin wurde Herr Prof. Dr. Volker Diehl aufgrund seines langjährigen Einsatzes für die Innere Medizin in Deutschland mit der Ehrenmitgliedschaft der DGIM ausgezeichnet. Der Theodor-Frerichs-Preis wurde in diesem Jahr an Herrn Dr. Jochen Hampe (Kiel) für seine Arbeit: „Assoziation der Sarkoidose mit einem neuen kostimulatorischen Gen“ verliehen. Ganz besonders habe ich mich über den Besuch von Herrn Prof. Dr. Hans Erhard Bock auf dem diesjährigen Kongress gefreut. Herr Prof. Bock ist im vergangenen Dezember 100 Jahre alt geworden. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin ist dankbar, diese besondere Persönlichkeit der deutschen Medizingeschichte auch in diesem Jahr wieder in Wiesbaden begrüßen zu dürfen.

Ohne die ganz erfreuliche und herausragende Arbeit des Organisationsteams hätte ich die Vorbereitung und Durchführung dieses Kongresses nicht erledigen können. Dafür danke ich besonders meinem Mitarbeiter Herrn Priv. Doz. Dr. Eckhard Stüber und der Organisationsassistentin Brigitte Paetzold. Einen ganz besonderen Anteil am Gelingen der Tagung hatten aber auch Herr Prof. Stefan Schreiber sowie Frau Ilona Reed und Frau Bärbel Keipert.

Ebenso möchte ich den zahlreichen Kollegen im Vorstand und Ausschuss der DGIM sowie in den Schwerpunktgesellschaften herzlich dafür danken, dass sie mir bei der Programmgestaltung eine sehr wichtige Hilfe gewesen sind.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. U. R. Fölsch

Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2003/2004
E-Mail: dgim2004@1med.uni-kiel.de