

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin an der Jahrtausendwende: Rückblick und Ausblick

Karl Heinz Rahn, Münster



„Die berufliche und soziale Stellung der Ärzte ist in unseren Tagen zweifellos erheblich erschwert: durch die enorme Zunahme der Anforderungen an ihr Wissen und technisches Können, die wachsende Konkurrenz durch die starke Überfüllung des ärztlichen Standes, durch das Heranwachsen immer zahlreicherer Spezialisten und nicht zuletzt durch die soziale Gesetzgebung, welche die Ärzte zu Gewerbetreibenden herabgedrückt hat.“

Dies ist nicht ein Zitat aus einer Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer, sondern es sind Worte von Wilhelm Erb, 1905 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, aus seiner Eröffnungsrede beim 22. Kongress in Wiesbaden. In dieser Eröffnungsrede wurden, ähnlich wie durch Vorsitzende unserer Fachgesellschaft zuvor und später, Probleme angesprochen, die uns auch heute an der Jahrtausendwende noch oder wieder bewegen. Für die Analyse der Probleme und zum Finden von Lösungsmöglichkeiten lohnt es, sich mit den Gedanken der früheren Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zu beschäftigen, wie sie in ihren jeweiligen Eröffnungsreden zum Jahreskongress zum Ausdruck kommen. Als Mitglieder einer traditionsreichen Fachgesellschaft haben wir – um ein Bild Sir Isaak Newtons zu gebrauchen – das Glück, auf den Schultern von Riesen unseres Fachbiets stehen zu dürfen. Dadurch haben wir die

Chance, weiter zu sehen, als wir es aus eigener Kraft vermocht hätten.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat als wissenschaftliche Fachgesellschaft Aufgaben in Lehre und Weiterbildung, in der Forschung sowie in der Krankenversorgung. Diese Aufgabenbereiche sind durch meine Vorgänger in den vergangenen Jahrzehnten mit unterschiedlicher Intensität und Akzentsetzung immer wieder angesprochen worden. Über diese Aufgabengebiete und die sich in ihnen zurzeit ergebenden Probleme möchte ich im Folgenden sprechen.

Lehre und Weiterbildung

Die Innere Medizin ist im klinischen Teil des Medizinstudiums ein Kernfach. Sie soll den zukünftigen Ärzten theoretisches Wissen und praktische Fertigkeiten vermitteln. Die Erfüllung dieser Aufgaben ist in den letzten Jahrzehnten durch die überaus große Zahl von Medizinstudenten erheblich erschwert worden. Entscheidend für diese Entwicklung war ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1972, das die für den Hochschulzugang verantwortlichen Bundesländer verpflichtete, die vorhandenen Ausbildungskapazitäten erschöpfend zu nutzen. Leider wurden in den folgenden

Jahren bei der Berechnung der Ausbildungskapazitäten die von den medizinischen Fakultäten entsprechend angelsächsischen Vorbildern geforderten Reformen der Didaktik, wie Lehrveranstaltungen in kleinen Gruppen, verstärkte Ausbildung am Krankenbett und ausreichende Betreuungsrelation, nicht oder nicht genügend beachtet. Dies hat zu einem sprunghaften Anstieg der Zahl der Studienanfänger in der Medizin Mitte der 1970er-Jahre geführt. Ein Vergleich mit anderen Ländern macht das Ausmaß dieser Fehlentwicklung deutlich. 1980 wurden in den Niederlanden knapp 1.200 Studenten zum Medizinstudium zugelassen. Diese Zahl wurde von Hochschulpolitikern eher noch als zu hoch angesehen. Die Bundesrepublik Deutschland hatte zu dieser Zeit eine etwa vierfach höhere Bevölkerung als die Niederlande. Auf die Bevölkerungszahl hochgerechnet hätte dies eine Zahl von knapp 5.000 Studienanfängern der Medizin in Deutschland ergeben. Tatsächlich wurden 1980 in der Bundesrepublik jedoch etwas mehr als 11.000 Medizinstudenten zum Studium zugelassen. In den folgenden Jahren waren es sogar regelmäßig mehr als 12.000. Keineswegs überraschend bei dieser Entwicklung war im Jahr 1997 die Zahl der Medizinstudenten in der Bundesrepublik Deutschland mit 84.700 etwas höher als in den USA, wo sie 80.000 betrug.

Es wundert nicht, dass die unsinnige Kapazitätsausweitung die Einführung moderner hochschuldidaktischer Prinzipien erheblich erschwerte, wenn nicht gar unmöglich gemacht hat. Es überrascht auch nicht, dass Deutschland bezüglich der Ärztedichte weltweit zur Spitzengruppe gehört. Eine Studie des Hochschulinformationssystems zeigt, dass die Ärztedichte in den kommenden Jahren erheblich weiter steigen wird, wenn die Zahl der Studienanfänger in der Medizin nicht drastisch gesenkt wird. Es ist bedrückend zu sehen, dass junge Menschen, die an überfüllten Universitäten unter hohen Kosten so gut wie möglich ausgebildet wurden, die dann eine sechs Jahre dauernde Weiterbildung zum Internisten absolvierten, nicht in ihrem Beruf tätig sein können. Auch der Hinweis auf die vergleichsweise

geringe Arbeitslosenquote bei Ärzten tröstet wenig angesichts der sehr langen und auch für den Staat teuren Ausbildung.

Auch inhaltlich ist das Medizinstudium reformbedürftig. Der weitaus größte Teil der Medizinstudenten wird später in der unmittelbaren oder mittelbaren Patientenversorgung tätig sein. Dementsprechend muss sich die medizinische Ausbildung auf die ärztliche Berufstätigkeit ausrichten. Besonders die bundeseinheitlich nach dem Multiple-Choice-Verfahren durchgeführten schriftlichen Prüfungen erfordern Kenntnisse, die für viele ärztliche Tätigkeiten bedeutungslos sind. Verhängnisvoll hat sich auch die im internationalen Vergleich übergroße Zahl von Prüfungsfächern ausgewirkt. Alles in allem ist derzeit der Lehr- und Prüfungsstoff des Medizinstudiums überfrachtet. Die Studenten werden veranlasst, über viele Daten wenig nachzudenken, ein Phänomen, das bereits Zöllner 1986 in seiner Eröffnungsrede zum Internistenkongress kritisiert hat. Die Überfrachtung hat auch die oft wenig beachtete Konsequenz, dass die Ausbildung der Medizinstudenten zunehmend den Charakter eines wissenschaftlichen Studiums verliert und zur reinen Berufsausbildung wird. In einer Zeit, in der die Erkenntnisse im Bereich der Medizin explosionsartig zunehmen, müssen die Studenten lernen, kritisch zu würdigen und Wichtiges von weniger Relevantem zu trennen. Während des Universitätsstudiums muss ihnen dargelegt werden, wie wissenschaftliche Erkenntnisse zustande kommen und wie sie zu bewerten sind. In früheren Jahrzehnten hat die Mitarbeit an einem wissenschaftlichen Projekt, die dann zu einer Promotion führte, hierzu einen Beitrag geleistet. Der Prozentsatz der Medizinstudenten, die diese zusätzliche Mühe auf sich nehmen, hat seit den 1970er-Jahren deutlich abgenommen und liegt nach einer Analyse des Wissenschaftsrats aus dem Jahr 1992 bei etwa 60%.

Die Universitätskliniken sind Krankenhäuser der Maximalversorgung und müssen es auch bleiben. Die weit überwiegende Zahl der Medizinstudenten wird dagegen später außer-

halb der Universität tätig sein. Daher müssen die Universitätskliniken auch Aufgaben der Grundversorgung übernehmen. Andernfalls können den Studenten überwiegend nur schwere, seltene und komplizierte Krankheiten demonstriert werden. Die im ärztlichen Alltag dominierenden Krankheitsbilder sieht er dagegen kaum. Ähnliche Überlegungen machen es auch erforderlich, dass an den Universitätskliniken in ausreichendem Maße ambulante Patienten betreut werden. Dies erscheint umso wichtiger, als die Verweildauer bei stationärer Behandlung kontinuierlich abgenommen hat und die präventive Medizin zunehmend Bedeutung gewinnt. Bei der Knappheit der finanziellen Ressourcen werden Ambulanzen ausreichender Größe an den Universitätskliniken nur weiter betrieben werden können, wenn eine annähernd leistungsgerechte Bezahlung durch die Kostenträger erfolgt. Bei dem derzeitigen Wettbewerb innerhalb der medizinischen Fakultäten wird es nicht durchsetzbar sein, dass – wie bisher – ein beträchtlicher Anteil des für Forschung und Lehre bestimmten staatlichen Zuführungsbetrags zum Ausgleich der Unterdeckungen in den Ambulanzen verwendet wird.

Probleme der Weiterbildung zum Internisten sind in den Eröffnungsreden meiner Vorgänger regelmäßig angesprochen worden, im letzten Jahrzehnt besonders eindrucksvoll durch Kochsiek, van de Loo und Schuster. Wir haben nun fast acht Jahre Erfahrung mit der 1992 vom Deutschen Ärztetag grundlegend geänderten Weiterbildungsordnung. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und der Berufsverband Deutscher Internisten können damit zufrieden sein, dass eine einheitliche Weiterbildung in der Inneren Medizin erhalten geblieben ist. Dies ist nicht selbstverständlich, wie das Beispiel der Chirurgie zeigt. Dennoch hat, meiner Ansicht nach, die Einführung von Fachkunden und fakultativen Weiterbildungen zu einer unnötigen Vermehrung der Spezialisierungsmöglichkeiten geführt. Die Weiterbildung zum Internisten wird dadurch verlängert und unübersichtlicher. Der Verwaltungsauf-

wand bei den für die Durchführung der Weiterbildungsordnung zuständigen Ärztekammern hat erheblich zugenommen. Es ist zu begrüßen, dass sich der kommende Deutsche Ärztetag mit Überlegungen zur Straffung der Weiterbildung beschäftigen wird.

Forschung

„Das wissenschaftliche Interesse dominiert alle Aktivitäten in Deutschen Universitätskliniken.“ So schreibt anerkennend Abraham Flexner im Jahr 1912 in seinem Bericht an die Carnegie-Stiftung. Dieser Bericht wurde die Grundlage für viele Reformen an Medical Schools in den USA, die ihrerseits ganz wesentlich zur Blüte der medizinischen Forschung in diesem Land beitrugen. Die Innere Medizin war zur Zeit Flexners und ist auch heute eine wichtige Säule in den Forschungsprogrammen der deutschen medizinischen Fakultäten. Dies wird deutlich aus dem Beitrag der Kliniken und Polikliniken für Innere Medizin für Sonderforschungsbereiche und für die Programme der interdisziplinären Zentren für klinische Forschung. Anders als zur Zeit Flexners bietet die medizinische Forschung in Deutschland – und hier insbesondere die klinische Forschung – heute eher Anlass zur Sorge. Dies wird deutlich aus der Vielzahl der Publikationen zu diesem Thema in den vergangenen Jahren, darunter Stellungnahmen des Wissenschaftsrates und der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Die Probleme beginnen bereits mit der Definition der klinischen Forschung. Am treffendsten erscheint mir noch immer die Definition des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 1986. Danach ist klinische Forschung als wissenschaftliche Arbeit zu definieren, deren Voraussetzung der direkte Zugang zum Patienten oder zu von ihm stammendem Material ist. Im vergangenen Jahr hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft in einer Denkschrift drei Aspekte der klinischen Forschung genannt: die grundlagenorientierte Forschung, die krankheitsorientierte Forschung und die patientenorientierte Forschung. Die

Einbeziehung der grundlagenorientierten Forschung in die klinische Forschung bedeutet eine erhebliche begriffliche Erweiterung. Sie kann leicht dazu führen, dass eigentlich für die klinische Forschung gedachte finanzielle Ressourcen nur zu einem geringen Teil für Untersuchungen am Patienten oder am von ihm stammenden Material verfügbar werden. Wenn in den Publikationen der vergangenen Jahre Defizite in der klinischen Forschung kritisiert werden, dann ist durchweg klinische Forschung im Sinne der Definition des Wissenschaftsrates gemeint. So analysierte van Gijn 1996 die Herkunft von 378 klinischen Studien, die von 1993–1995 in den beiden angesehenen klinischen Zeitschriften *Lancet* und *New England Journal of Medicine* publiziert wurden. Die meisten Publikationen stammten aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden. Deutschland nahm den achten Platz ein. Interessant ist der unmittelbare Vergleich der Niederlande mit Deutschland. Die Wissenschaftler beider Länder publizierten in einer Fremdsprache. Aus den Niederlanden mit einer Einwohnerzahl von etwa 16 Millionen kamen 24 klinische Studien, aus Deutschland mit einer Population von etwa 80 Millionen dagegen nur zehn.

Über die Ursachen für den geringeren Erfolg klinischer Forscher aus Deutschland ist viel gemutmaßt worden. Ein Grund ist sicherlich in der starken Belastung durch Arbeit in der Krankenversorgung zu sehen. Wissenschaftliche Mitarbeiter an deutschen Universitätskliniken sind nach Daten aus dem *National Institutes of Health Databook* während 60–80% ihrer Arbeitszeit in der Krankenversorgung tätig und nur während 10–20% in der Forschung. In den USA werden dagegen 50–70% der Zeit mit Forschungstätigkeiten zugebracht. Diese Zahlen gelten für die Universitätskliniken insgesamt. Sie treffen aber im Wesentlichen auch für die Kliniken und Polikliniken für Innere Medizin zu.

Eine weitere Ursache für den vergleichsweise geringeren Erfolg der klinischen Forschung in Deutschland liegt in der Personalstruktur der Universitätskliniken. Hierauf hat auch die Denkschrift der Deutschen Forschungsgemein-

schaft aus dem Jahr 1999 aufmerksam gemacht. Klinische Forschung erfordert ein hohes Maß an Spezialisierung bei den Methoden und bei den Forschungsinhalten. Forscher, die im internationalen Wettbewerb bestehen wollen, müssen daher über exzellente Detailkenntnisse in einem vergleichsweise kleinen Segment ihres Faches verfügen. Ein Großteil der an Universitätskliniken – auch internistischen Kliniken – tätigen jungen Ärzte wird später an außeruniversitären Krankenhäusern oder in der Praxis arbeiten. Hierfür ist ein breites Wissen in einem Gebiet wie der Inneren Medizin erforderlich. Den unterschiedlichen Anforderungsprofilen kann man – den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft folgend – dadurch gerecht werden, dass man an den Universitätskliniken zwei Laufbahnen ermöglicht, nämlich eine klinisch orientierte und daneben eine forschungsorientierte. Dabei müsste allerdings gewährleistet sein, dass auch die forschungsorientierten Mitarbeiter die Facharztqualifikation ihres Gebietes erwerben. Die Trennung der beiden Laufbahnen kann also erst zu einem späten Zeitpunkt erfolgen. Außerdem müsste für eine ausreichende Durchlässigkeit beider Laufbahnen gesorgt werden. Alles in allem wäre das Ziel einer solchen Zweiteilung, dass die forschungsorientierten Mitarbeiter einer Klinik in stärkerem Maße von Routineaufgaben in der Krankenversorgung freigestellt werden. Der Vorteil für den klinisch orientierten Mitarbeiter wäre darin zu sehen, dass er durch die Nähe zu Forschungsaktivitäten Krankenversorgung auf modernstem Niveau kennenlernt.

Im Zuge von Überlegungen zur Reform der Forschung in Deutschland ist in letzter Zeit auch die Habilitation ins Kreuzfeuer der Kritik geraten. Immerhin wurde der Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft kürzlich in einem Interview mit der Zeitschrift *Forschung und Lehre* zitiert, das derzeitige Habilitationsverfahren sei inhärent wissenschaftsfeindlich. Bei der gelegentlich aufgeregten Diskussion wird oft ungenügend beachtet, dass eine fachspezifische Betrachtung des Problems

erforderlich ist. In der Medizin gilt Habilitation als ein Nachweis dafür, dass man ein Fachgebiet in Forschung und Lehre vertreten kann. In der klinischen Medizin kommt als weiteres Kriterium die Kompetenz in der Krankenversorgung hinzu. Eine der heutigen vergleichbare Habilitation sahen die Fakultätsstatuten für die Medizin der 1810 errichteten Berliner Reformuniversität vor. Die Regelungen ergaben sich aus der Einsicht, dass der Dr. med. mehr einen berufeinleitenden als wissenschaftlichen Charakter erhalten hatte. Insbesondere drei Argumente werden gegen die Habilitation angeführt. Das Verfahren dauere zu lange, woraus ein zu hohes Alter der Absolventen resultiere. Die Habilitation sei als Qualifikationsverfahren nicht erforderlich, weil die Kandidaten für Professuren, also für Dauerpositionen an der Universität, sowieso durch Berufungskommissionen geprüft werden. Schließlich, die Habilitation begünstige Abhängigkeitsstrukturen und erschwere kreatives, eigenständiges Forschen.

Eine soeben publizierte Analyse aus der Arbeitsgruppe von Lehnert in Erlangen-Nürnberg über den Habilitationsjahrgang 1997 an deutschen medizinischen Fakultäten zeigt in der Tat, dass das Alter der Habilitierten mit im Mittel 39 Jahren hoch ist. Dies ist jedoch in einem beträchtlichen Ausmaß eine Konsequenz des hohen Alters der Studienanfänger. Dieses liegt nach einer Übersicht des Wissenschaftsrates bei Studenten der Humanmedizin über die Jahre hinweg ziemlich konstant bei rund 22 Jahren. Deutsche Medizinstudenten beginnen ihr Studium somit im Vergleich zu amerikanischen und niederländischen Studenten außerordentlich spät. Dennoch sollten Möglichkeiten genutzt werden, das Habilitationsverfahren zu straffen. In den klinischen Disziplinen wären hierzu Maßnahmen hilfreich, die eine weitgehende Freistellung der Habilitanden von Routineaufgaben in der Krankenversorgung ermöglichen, wie dies beispielsweise im Rahmen der interdisziplinären Zentren für klinische Forschung geschieht. Zur Straffung des Verfahrens wäre es auch hilfreich, wenn mehr als bisher von der Möglichkeit kumulati-

ver Habilitationsschriften – also der Zusammenfassung mehrerer hochrangiger, thematisch verwandter Publikationen – Gebrauch gemacht würde. Habilitations- und Berufungsverfahren haben unterschiedliche Zielsetzungen. Beim Habilitationsverfahren wird mehr allgemein die Eignung für den Beruf Hochschullehrer überprüft. Beim Berufungsverfahren wird über die Besetzung einer Professur auf der Grundlage von spezifischen Erwartungen und Anforderungen entschieden. Würde man auf ein Habilitationsverfahren verzichten, müssten die Berufungskommissionen auch die allgemeine Eignung der Bewerber um eine Professur überprüfen. Dies würde eine weitere Ausdehnung der ohnehin langen Berufungsverfahren bedeuten. Zweifellos bestehen während der Phase der Habilitation Abhängigkeitsverhältnisse. Sie betreffen – soweit mir Habilitationsordnungen von medizinischen Fakultäten bekannt sind – weniger das Habilitationsverfahren an sich. Sie ergeben sich viel mehr aus dem Lehrer-Schüler-Verhältnis zwischen Betreuer der Habilitation und Habilitand. Der Erfolg des Habilitanden wird in hohem Maße durch die Qualität und Intensität der Betreuung sowie durch die Unterstützung des Betreuers bei Publikationen und bei der Bewerbung um Fördermittel bestimmt. Ein Lehrer-Schüler-Verhältnis wird immer durch subjektive Momente auf beiden Seiten beeinflusst. Die Situation ist prinzipiell nicht anders in Ländern, wo es keine Habilitation, aber durchaus Verfahren zur Überprüfung der Eignung als Hochschullehrer gibt. In den Niederlanden dient die Promotion an medizinischen Fakultäten dazu, die Fähigkeit zu selbstständiger Forschung nachzuweisen. Voraussetzung hierzu ist eine drei- bis fünfjährige wissenschaftliche Tätigkeit unter Anleitung eines Hochschullehrers. Aus dieser Forschungstätigkeit resultierende Publikationen werden in der Regel zu einer kumulativen Promotionsarbeit zusammengefasst, die durch eine Kommission unter Einbeziehung externer Experten begutachtet wird.

Alles in allem erscheinen mir die Argumente gegen eine Habilitation als nicht ausrei-

chend, um diese Eignungsprüfung für den Beruf Hochschullehrer generell abzuschaffen. Verbesserungen des Verfahrens – insbesondere was dessen Dauer betrifft – sind allerdings wünschenswert.

Krankenversorgung

Bei den Problemen der Krankenversorgung hatte in den vergangenen beiden Jahrzehnten bei den Eröffnungsreden meiner Vorgänger die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen häufig eine zentrale Rolle. Meiner Ansicht nach zu Recht, denn eine medizinische wissenschaftliche Fachgesellschaft hat auch den Auftrag, sich mit Medizin- und sozialpolitischen Problemen auseinander zu setzen. Wir haben nicht nur fachliche, sondern auch politische Verantwortung. Niemand wird bezweifeln, dass die Kosten des Gesundheitswesens absolut und in Relation zum Bruttoinlandsprodukt angestiegen sind. Dies ist aber nicht nur ein Phänomen der letzten Jahre. Siegenthaler hat in seiner Eröffnungsrede 1984 darauf hingewiesen, dass zu Anfang des 20. Jahrhunderts kaum mehr als 1% des Sozialprodukts für die Gesundheit ausgegeben wurde. Inzwischen liegen in Deutschland die Ausgaben deutlich höher als 10% des Bruttoinlandsprodukts.

Eine wesentliche Ursache dieser Entwicklung ist zweifellos der Fortschritt in der Medizin. Die Kostensteigerungen durch die Transplantationsmedizin, den apparativen Organersatz sowie durch hochwirksame Medikamente sind so erheblich, dass sie durch Einsparungen in anderen Bereichen nicht kompensiert werden können. Kostenstillstand oder gar Kostenreduktion ist nur denkbar, wenn wir entweder auf einen Teil des medizinischen Fortschritts ganz verzichten oder ihn rationieren. Letzteres würde zur Zweiklassenmedizin führen. Der Fortschritt in der Medizin hat die Lebenserwartung in unserer Bevölkerung deutlich erhöht. Dies trägt seinerseits zur Kostensteigerung bei, da das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter ansteigt.

Auch die Zunahme medizinischer Leistungen durch eine steigende Zahl von Ärzten erhöht die Kosten im Gesundheitswesen. Siegenthaler hat in seiner Rede Daten aus der Studie einer Schweizer Krankenkasse genannt. Danach nahmen in einer untersuchten Region bei einer Erhöhung der Ärztezahl um rund 45% bei konstanter Bevölkerungszahl die Gesamtkosten für die Krankenkassen um rund 90% zu. Die Kosten für die medizinischen Einzelleistungen stiegen dabei lediglich um 19%. Schließlich ist die oft maßlos übersteigerte Anspruchshaltung der Patienten ein Faktor, der das Gesundheitswesen verteuert. Dabei wird das Solidarsystem als ein Selbstbedienungsladen missbraucht, in dem nur die Törichteren nicht ausgiebig zugreifen.

Trotz der Bemühungen unterschiedlicher Regierungen sind bislang keine überzeugenden Lösungen für die Kostenprobleme im Gesundheitswesen gefunden worden. Aufseiten der Regierenden ist keine Bereitschaft zu erkennen, von dem Dogma: „Es ist genügend Geld im System“ abzurücken. Bei der Fülle der verfügbaren statistischen Daten und den daraus abgeleiteten Empfehlungen von Experten müsste es heute möglich sein, den Finanzbedarf für das Gesundheitswesen abzuschätzen unter der Prämisse, dass allen Patienten die als notwendig erachteten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zuteil werden. In Einzelbereichen sind derartige Berechnungen vorgenommen worden, so von der Kassenärztlichen Vereinigung Süd-Württemberg. Dabei hat sich, wie während des letzten Herbsttreffens der korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin berichtet wurde, herausgestellt, dass bei Befolgung der Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft 25% des gesamten Arzneimittelbudgets allein für die Behandlung der Diabetiker benötigt werden. Führungsqualitäten von Politikern zeigen sich nicht zuletzt dadurch, dass sie der Bevölkerung auch unerfreuliche Tatbestände darlegen.

Wir Ärzte müssen immer wieder versuchen, unsere Patienten von den Vorteilen des medizinischen Fortschritts und der Qualität unseres Gesundheitswesens zu überzeugen. Sie werden

dann unsere wichtigsten Verbündeten sein bei dem Bestreben, eine medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten, die allen Patienten eine sinnvolle Diagnostik und Therapie garantiert. Wir sollten uns jedoch auch darüber im Klaren sein, dass es Einsparpotenziale gibt. Diese ergeben sich aus unnötigen Doppeluntersuchungen, vermeidbarer Überdiagnostik und Übertherapie. Beim Gegensteuern gegen derartige Tendenzen haben diejenigen eine besondere Aufgabe, die Studenten ausbilden und junge Ärzte weiterbilden. Auch angesichts der Anspruchshaltung vieler Patienten sind wir Ärzte in die Pflicht genommen. Wir müssen genügend Mut und Stehvermögen besitzen, gegenüber einem Patienten auch einmal „nein“ zu sagen, wenn medizinisch Überflüssiges auf Kosten der Solidargemeinschaft verlangt wird. Wie Greten in seinem Eröffnungsvortrag 1996 ausführte, ist die Krankenversicherung aus der Idee geboren, ein existenzielles Lebensrisiko abzusichern. Als Rundumversorgung war sie nie gedacht. Hier korrigierend einzugreifen ist auch eine Aufgabe der Gesundheitspolitik. Dass hierbei häufig mit dem Trial-and-Error-Verfahren gearbeitet wird, zeigt die leidvolle Geschichte der Positivliste für Arzneimittel. In einer vom früheren Gesundheitsminister Seehofer berufenen Kommission zur Erarbeitung einer derartigen Liste waren für die Arzneimitteltherapie bedeutsame Gebiete nicht oder unzureichend vertreten. Die von der Kommission erarbeitete Positivliste mochte der Bundesgesundheitsminister dann auch nicht zur Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen machen. Am 20. Januar 2000 versandte das Bundesgesundheitsministerium eine Aufforderung an alle wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften – darunter auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin –, die am besten belegten und therapeutisch aussichtsreichsten Arzneimittel für die Aufnahme in die Positivliste zu benennen. Eine kurze Begründung, insbesondere unter Berücksichtigung der therapeutischen Evidenz, wurde gewünscht. Die Antworten sollten am 31.3.2000 beim Ministerium eingegangen sein. Dass eine fachgerechte, unter Experten abgestimmte

Positivliste für ein so großes Gebiet wie die Innere Medizin nicht in knapp zehn Wochen erstellt werden kann, ist evident.

Schlussfolgerungen

An der Wende zu einem neuen Jahrtausend sieht sich die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin – nicht zum ersten Mal in ihrer mehr als 100-jährigen Geschichte – mit Problemen konfrontiert, die ihre Tätigkeit in Lehre und Weiterbildung, in der Forschung sowie in der Krankenversorgung erheblich erschweren. In der Lehre ist es die übergroße Zahl von Medizinstudenten, in der Forschung sind es Strukturprobleme, in der Krankenversorgung sind es die Kosten des Gesundheitswesens. In allen Bereichen ist unsere Fachgesellschaft zu verstärkter Aktivität aufgefordert. Die für die Bildungspolitik Zuständigen müssen nachhaltig auf die Konsequenzen der Überproduktion von Ärzten hingewiesen werden. Wir selbst müssen darauf achten, dass unser Fachgebiet nicht unnötig zergliedert wird. Die an wissenschaftlichen Fragestellungen interessierten und für die Forschung qualifizierten jungen Ärzte müssen die erforderlichen Freiräume und Zukunftsperspektiven erhalten. Den für die Gesundheitspolitik Zuständigen müssen klare Vorstellungen abverlangt werden über die zukünftige Struktur und Finanzierung eines Gesundheitswesens, das für alle Patienten das medizinisch Notwendige garantiert.

In der klinischen Forschung entwickelt sich die Erkenntnis oft in drei Stufen. In einer ersten Stufe werden mehr oder weniger zufällig Beobachtungen registriert. Die Beobachtungen werden in einer zweiten Stufe zunächst in einer recht komplexen Hypothese zusammengefasst. Schließlich wird ein den Beobachtungen zugrunde liegendes Prinzip erkannt, das eine einfache Deutung der Phänomene ermöglicht. Wenn es diese drei Stufen der Erkenntnis, nämlich Zufälligkeit, Komplexität und schließlich Einfachheit, auch in der Gesundheitspolitik gibt, können wir hoffen.