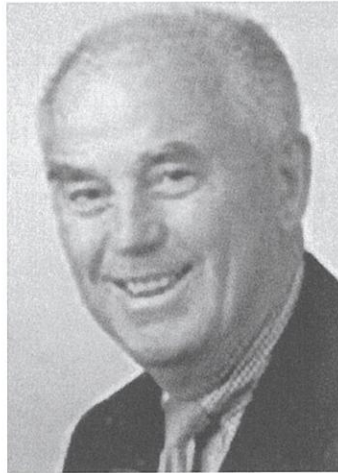


# Über Qualität in der Inneren Medizin

Jürgen Meyer, Mainz



Die Eröffnung der Jahrestagung unserer Gesellschaft gibt dem Vorsitzenden traditionell die Möglichkeit, aktuelle und besonders wichtige Probleme in der Inneren Medizin, in der Medizin im Allgemeinen, in der Forschung, in der Patientenversorgung und im Gesundheitswesen anzusprechen.

Das wohl für uns derzeit fundamentalste Problem ist das künftige Berufsbild des Internisten. Es ist gesetzlich vorgesehen, einen Hausarzt neuer Art zu schaffen, der die Grundversorgung der Bevölkerung kompetent sicherstellen soll. Sein Berufsbild wird bis zum Jahre 2006 erwartet. Unstreitig besteht ein Mangel an Ärzten für die hausärztliche Versorgung, besonders in den neuen Bundesländern. Er wird sich durch die hohe Altersstruktur im niedergelassenen Bereich in den nächsten Jahren noch vergrößern, sodass die Versorgungslücke weiter klaffen wird. Derzeit sind sowohl Ärzte für Allgemeinmedizin wie Internisten in der hausärztlichen Versorgung tätig. Beide wollen das auch in Zukunft sein. Genau das ist aber das Problem, das nicht leicht einvernehmlich zu lösen ist.

Bedingt durch die gesetzlichen Vorlagen besteht daher kein Zweifel, dass sich das Berufsbild des hausärztlich tätigen Internisten ändern wird. Der Hausarzt neuer Art wird weder allein der bisherige Arzt für Allgemeinmedizin noch

allein der niedergelassene Internist sein. Es wird zu einer Lösung kommen müssen, die für beide Seiten akzeptabel ist. Sie wird aber auch von beiden Seiten Kompromisse erfordern. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und der Berufsverband Deutscher Internisten haben deshalb ein Konvergenzmodell vorgeschlagen. Es sieht zunächst eine breite Ausbildung in der Inneren Medizin vor. Daneben wird der hausärztlich tätige Internist der Zukunft sicher auch einen Teil dessen benötigen, was bisher der Arzt für Allgemeinmedizin bewältigt hat, vor allem, wenn er in einem ländlichen Gebiet tätig sein will. Bei unserer immer älter werdenden, multimorbiden Bevölkerung behandelt der niedergelassene Arzt aber zu einem hohen Prozentsatz Patienten mit internistischen Erkrankungen. Das Sondergutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 1996 unterstreicht die Dominanz der internistischen Leiden ebenso wie die Zahl der Abfragen der Leitlinien im Internet. Sieben der acht häufigsten Abfragen betreffen relevante internistische Krankheitsbilder. Neben seinen Aufgaben in Diagnostik und Therapie kann dieser Hausarzt dann auch wichtige Lotsenfunktionen übernehmen.

Die Schaffung des neuen Hausarztes darf aber das Konzept des voll ausgebildeten Internisten nicht tangieren. Wir brauchen ihn für

die Arbeit im Krankenhaus ebenso wie als Basis für die Weiterbildung im Schwerpunkt. In den Kliniken wird er und nicht nur der Spezialist dringend benötigt. In Rheinland-Pfalz gibt es 107 Kliniken. Sieben davon sind große Häuser, 100 aber kleine bis mittlere Kliniken der Grund- und Regelversorgung. Sowohl in den großen wie in den kleinen Häusern ist der breit ausgebildete Internist im Stations- und Konsiliardienst, in der Notaufnahme und im Oberarztbereich für die täglich anfallenden Aufgaben unerlässlich. Man kann diese Aufgaben nicht auf die verschiedenen Spezialisten verteilen. Wir brauchen deshalb die 5-jährige Weiterbildung in der Inneren Medizin, und nicht nur einen schmalen Common Trunk, auf den die Schwerpunkte aufgesetzt werden. Die Erfahrung im Ausland hat gezeigt, welche Nachteile das bringt. In den USA ist deswegen die Rückbesinnung auf die breite Innere Medizin eindeutig erkennbar.

Neben der allgemeinen Inneren Medizin als Basis, ist, wegen der Zunahme des Wissens und der manuellen Fähigkeiten, die Spezialisierung für Praxis und Klinik unstrittig. Die Zahl der kleinen internistischen und chirurgischen Kliniken ohne Schwerpunkt wird in Zukunft wohl eher abnehmen. Es gibt heute in vielen Städten ein kommunales und mehrere andere Krankenhäuser. Alle bieten das gleiche Spektrum an. Das ist so sicher nicht mehr sinnvoll und in Zukunft auch nicht haltbar. Sinnvoller ist eine Schwerpunktbildung in den einzelnen Häusern und deren Vernetzung. Die DRG werden diese Entwicklung sicher noch beschleunigen.

Die hohe Spezialisierung hat in den letzten Jahren stark eine organbezogene Medizin gefördert. Das war durch den enormen Wissenszuwachs und die technischen Entwicklungen unausweichlich. Die Schwerpunktinternisten arbeiten deshalb bei der Patientenbetreuung weniger miteinander als mit ihren chirurgischen und radiologischen Kollegen. So entstanden Tumor-, Herz- und Gefäßzentren. Diese Zusammenarbeit bringt bei den durchaus vorhandenen Problemen der starken Fokussierung Erfolge in schneller, exakter Diagnostik und

Therapie auf hohem Niveau. Sie ist außerdem ökonomisch. Auch das wird durch die DRG sicher noch ausgeprägter werden. Bei den Vorbereitungen der neuen Musterweiterbildungsordnung ist es uns zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin erfreulicherweise gelungen, die Internistische Intensivmedizin als eigenständigen Bereich zu behalten. Sie muss ein eigenständiger Bereich der Inneren Medizin bleiben. Patienten mit internistischen Erkrankungen müssen, gerade wenn sie besonders schwer krank und intensivpflichtig werden, von dazu ausgebildeten Internisten behandelt werden. Das ist jetzt auch unstrittig anerkannt und wird hoffentlich vom Deutschen Ärztetag 2003 so bestätigt.

Wenn wir aber einen hohen qualitativen Anspruch an uns und unsere Fort- und Weiterbildung stellen, müssen wir sie auch garantieren. Wir haben vom Berufsrecht her die Pflicht uns fortzubilden, solange wir ärztlich tätig sind. Nach einer Umfrage des VdAK sind 97% der Versicherten an Fragen der Qualität der medizinischen Versorgung interessiert. Die Patienten und ihre Angehörigen haben offensichtlich ein ausgeprägtes Qualitätsbedürfnis. Es gibt zur Fortbildung aber kein institutionalisiertes, verpflichtendes Kurrikulum. Das bisherige System ist lückenhaft. Die Teilnahme der Ärzte lässt zu wünschen übrig. Wenn es der ärztlichen Selbstverwaltung aber nicht gelingt, geeignete Strukturen dafür zu schaffen, werden sicher entsprechende Verfahren zwingend vorgeschrieben werden. Dann geht die Fortbildung von der Freiwilligkeit zur Verpflichtung über, stimuliert von Patienten, Versicherungen und der Politik. Wir müssen sie daher in ihrer Qualität sehr ernst nehmen, wenn wir sie in der Hand behalten wollen. In anderen Ländern wie Kanada gibt es bereits gesetzliche Regelungen. In Belgien bekommen Ärzte, die nicht regelmäßig an der Fortbildung teilnehmen, weniger Honorar für ihre Leistungen.

Eine deutliche Verbesserung der Patientenversorgung soll und wird sicher auch die Umsetzung der Disease-Management-Programme

bringen. Der nach § 137e SGB V eingesetzte Koordinierungsausschuss hat u. a. die drei großen internistischen Krankheitsbilder Diabetes, chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen und koronare Herzkrankheit ausgewählt. Auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien sollen Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung festgelegt werden. Nachdem sich der Koordinierungsausschuss zunächst selbstständig Experten ausgesucht und unsere Gesellschaft nicht beachtet hat, ist es uns jetzt gelungen, die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und den Berufsverband Deutscher Internisten als die dazu kompetenten Institutionen einzubeziehen. Nur so ist die höchste fachliche Qualität, und auch Unabhängigkeit, gegeben. Der Zeitdruck, unter dem die Programme, und das auch noch evidenzbasiert, erstellt werden sollen, schließt eine validierte Erarbeitung aus.

Leider müssen wir uns aber nicht nur Sorgen um unsere Fort- und Weiterbildung, sondern auch um unseren ärztlichen Nachwuchs insgesamt machen. Etwa 2.400 Medizinstudenten, das sind 20% eines Studienjahrgangs, brechen ihr Studium ab. Ein weiterer nennenswerter Teil der Studenten ist am Ende des Studiums mit seiner Berufswahl nicht zufrieden, obwohl er noch nie ärztlich tätig war. Die Zahl der Approbationen und der Ärzte im Praktikum ist seit 1994 um ein Viertel gesunken. Ein großer Teil wandert in fachfremde Berufe oder ins Ausland ab. Die Zahl der offenen Stellen nimmt deshalb dramatisch zu. An vielen Kliniken, nicht nur in der Inneren Medizin, können die Assistenten- und auch schon die Oberarztstellen nicht oder nur mit Mühe besetzt werden. Während es früher im Deutschen Ärzteblatt 20 Seiten mit Stellenangeboten gab, sind es mittlerweile 80-100 Seiten. Das Problem ist aber nicht auf die Medizin beschränkt. Es ist ein generelles Problem der akademischen Studiengänge und aller hoch entwickelten Länder. In Chemie, Physik und den Ingenieurwissenschaften können die Universitäten derzeit nur 25% ihrer Ausbildungsplätze besetzen. Der Rest bleibt leer, mit schlimmen Folgen für die Zukunft.

Die Gründe für den nicht nur drohenden, sondern vorhandenen Ärztemangel sind komplex. Das Medizinstudium ist lang und arbeitsintensiv. Danach folgt eine mehrjährige, ebenfalls sehr zeitintensive Weiterbildung mit wenig Freizeit für Familie und eigene Interessen. Die Ärzte in den Kliniken leisten dennoch hervorragende Arbeit. Die medizinische Versorgung der Patienten wird aber oft durch nicht oder nur teilweise bezahlte Überstunden gewährleistet. Mehrere Umfragen von Ärztekammern haben gezeigt, dass die Krankenhausärzte mit den Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen sehr unzufrieden sind. Sie klagen zu Recht über zu viele völlig arztfremde Tätigkeiten. Verwaltungsarbeiten wie die Kodierung von Diagnosen nach dem ICD- und von Prozeduren nach dem OPS-Schlüssel kommen zur normalen Arbeit hinzu.

Die Unzufriedenheit unseres Nachwuchses resultiert aber nicht nur aus der Arbeitsbelastung, sondern auch aus den immer unsicherer werdenden beruflichen Perspektiven. Die Niederlassungsmöglichkeit ist erschwert. In den Kliniken gibt es nur wenige Dauerstellen, was aber Sinn macht. Sonst wären die Weiterbildungsmöglichkeiten für den Nachwuchs blockiert. Der Verdienst in freier Praxis wie im Krankenhaus ist durchaus nicht rosig und in keiner Weise z.B. mit dem von Berufseinsteigern in der Pharmaindustrie zu vergleichen.

Auch in der Forschung gibt es keinen anderen Bereich, in dem der wissenschaftliche Nachwuchs zu Beginn seiner Karriere über so lange Zeit so hart arbeiten muss wie in der klinischen Medizin. Die Ärzte müssen neben ihren Forschungsaktivitäten die klinische Weiterbildung zum Facharzt, zum Spezialisten und zum Oberarzt mit der Aussicht auf die Leitung einer Klinik leisten. Die wissenschaftliche geht also mit der klinischen Arbeit parallel. Es ist praktisch nicht möglich, sich über mehrere Jahre allein auf die Forschung zu konzentrieren und dann wieder in die Klinik zurückzukehren. Das Gleiche gilt auch umgekehrt. In beiden Fällen verliert man unweigerlich den Anschluss und ist letztlich nirgendwo aktuell. An der Parallelität

von beidem geht in der klinischen Medizin nach wie vor kein wirklich gangbarer Weg vorbei.

Dazu wirken sich gesetzliche Regelungen ausgesprochen störend aus. Für Universitätskliniken sind Dienstzeitregelungen, wie sie das Arbeitszeitgesetz vorschreibt, besonders weltfremd. Die verantwortliche Leitung einer Universitätsklinik besteht nicht darin, die Mitarbeiter von der Arbeit abzuhalten, sondern sie zu fördern und zu motivieren. In den USA käme niemand auf die Idee, die Arbeitszeit von Wissenschaftlern zu dokumentieren und bei Nichtbeachtung unter Strafe zu stellen. Herr Verwaltungsdirektor Strehl aus Tübingen hat kürzlich gesagt: „Mit höchstens acht Stunden pro Tag braucht ein deutscher Wissenschaftler den internationalen Wettbewerb gar nicht erst aufzunehmen.“ Er hat völlig Recht.

Zu der Problematik des Arbeitszeitgesetzes kommt jetzt das Urteil des Europäischen Gerichtshofes, nach dem der Bereitschaftsdienst voll auf die Arbeitszeit angerechnet werden muss. Bei konsequenter Umsetzung müssten in Deutschland zwischen 15.000 und 27.000 Ärzte und 10.000–20.000 Pflegekräfte neu eingestellt werden. Die Angaben von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Marburger Bund differieren. Das würde die Kassen mit rund 1 Mrd. € belasten und die Krankenhauskosten um 2% steigen lassen. Das ist die eine Seite. Die andere Seite ist, dass wir wegen des erwähnten Personalmangels solche neuen Stellen gar nicht besetzen könnten. Diese Ärzte gibt es nicht. Selbst wenn wir alle etwa 7.500 derzeit bei uns arbeitslos gemeldeten Ärzte in die Klinik holten, wäre mit ihnen der Bedarf nicht zu decken. Sie wären aufgrund ihrer Qualifikation an den entsprechenden Stellen aber auch nicht einsetzbar. Das Gleiche gilt für den Pflegedienst. Wenn ich unserer Pflegedienstleitung zehn weitere Planstellen gäbe, würde sie mich freundlich anlachen und sagen: „Schönen Dank, ich habe schon zehn Stellen, die ich nicht besetzen kann. Dann habe ich jetzt 20 freie Stellen.“

Weil die Arbeitsbedingungen für die Nachwuchswissenschaftler derzeit aber so unbefrie-

digend sind, gehen viele ins Ausland, um eine Weile ungestört an einem Projekt arbeiten zu können. Derzeit studieren und forschen rund 500 deutsche Ärzte und Wissenschaftler allein an der Harvard University Boston und ihrer Medical School. Sie sind dort aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Motivation außerordentlich willkommen und stellen nach Großbritannien das stärkste europäische Kontingent. Die amerikanischen Universitäten öffnen sich unseren besten Ärzten aber nicht nur, sie behalten sie auch. Im vergangenen Jahr waren sechs meiner Mitarbeiter mit Stipendien im Ausland, vier in den USA und zwei in England. Von den vier Amerikanern sind drei dort geblieben, von den beiden Engländern einer.

Wenn die Stipendiaten aber zurückkommen, haben sie mehrere Publikationen in oft hochrangigen Journals verfasst. Die Basis zur Habilitation ist meistens gelegt. In Deutschland erwarten sie aber der klinische Alltag und ein Mangel an Zeit. Die mitgebrachten Erkenntnisse und Techniken können mangels Laborausstattung, Geräten, Hilfspersonal und vor allem Zeit oft nur bedingt genutzt werden. Bei Anträgen an die DFG und andere Förderinstitutionen wird außerdem eine Grundausstattung vorausgesetzt, die in den Kliniken nicht immer vorhanden ist.

Weil das Nachwuchsproblem nicht nur für Deutschland spezifisch, sondern international ist, erleben wir in der Medizin wie in den Naturwissenschaften eine ausgeprägte Ost-West- bzw. Süd-Nord-Wanderung. Ein bekannter Kultusminister äußerte sich kürzlich erfreut darüber, dass an einer seiner Landesuniversitäten so viele ausländische Studenten immatrikuliert sind. Aber woher kommen sie? Sie kommen überwiegend aus den Ländern der Dritten Welt und dem früheren Ostblock. Man sieht bei uns kaum Studenten aus den USA, England, Frankreich, den Niederlanden oder Skandinavien. Sie gehen wie unsere motivierten Studenten gleich in die USA.

Das Gleiche gilt für die Assistenten. An der von mir geleiteten Klinik arbeiten derzeit Ärzte aus zahlreichen Nationen wie Griechenland,

Brasilien, China, Nigeria, Palästina, Indonesien und Sudan. Verglichen mit den Möglichkeiten in ihren Heimatländern sind Arbeitsbedingungen und Bezahlung bei uns sehr gut, verglichen mit den USA aber eindeutig schlechter. Das soll nicht heißen, dass bei uns der Standard auf vielen Gebieten, auch und gerade in der Inneren Medizin, nicht hoch wäre. Wir können immer noch auf großen internationalen Tagungen und in renommierten Zeitschriften wesentliche Ergebnisse vorstellen. Es wird aber immer schwieriger, diesen Stand zu halten. Wir brauchen ebenso wie die USA und die westeuropäischen Länder hochqualifizierte Ärzte und Wissenschaftler. Das Problem ist vielschichtig und nicht auf die Medizin begrenzt, sondern in den Natur- und Ingenieurwissenschaften genauso. In allen Bereichen brauchen wir zusätzlich gut ausgebildete Akademiker aus dem Ausland. Wir brauchen die „green card“ auch für Ärzte. Universitäten, Forschungsorganisationen, Industrie und die Politik müssen dringend gemeinsame Konzepte für die Zukunft unseres wissenschaftlichen Nachwuchses erarbeiten. Die Dienstrechtsreform für die Hochschulen ist dazu ungeeignet. Sie löst die Probleme nicht. Die liegen woanders.

Das Phänomen der Ost-West-Wanderung ist aber nicht auf die Medizin beschränkt. In den letzten Jahren hat erfreulicherweise eine Reihe deutscher Wissenschaftler Nobelpreise erhalten. Das Problem ist nur, sie sind in Deutschland geboren und haben hier studiert. Dann sind sie aber ausgewandert und arbeiten seit vielen Jahren in den USA. Sie haben den Nobelpreis nicht für Arbeiten bekommen, die sie bei uns, sondern die sie im Ausland geleistet haben.

Schule, Studium, wissenschaftliche wie klinische Arbeit müssen sich wieder überdurchschnittlich lohnen und auch überdurchschnittlich gefördert und von der Gesellschaft erkannt werden. Wir brauchen die geistigen Eliten. Wir verlieren sonst unweigerlich im internationalen Wettbewerb. Es ist deshalb sehr begrüßenswert, dass immer mehr Schulen begabte junge Menschen besonders fördern. Zu lange ist nur

auf den Durchschnitt gesehen worden. Selbst das war nicht erfolgreich, wie die PISA-Studie gezeigt hat. Die Eliten waren lange Zeit suspekt und unerwünscht, wurden eher behindert als unterstützt. Das Umdenken ist lange überfällig, erfreulicherweise aber erkennbar. Qualität ist wichtiger als Quantität.

Leider geht die neue Dienstrechtsreform für die Universitäten genau in die falsche Richtung. Hier wird mehr nivelliert als wirklich Spitzenleistung gefördert und honoriert. Wenn die Habilitation abgeschafft würde, wäre das ein schwerer Fehler. Mehrere repräsentative Umfragen unter frisch Habilitierten und motivierten Assistenten, also unter denen, die es konkret betrifft, haben ergeben, dass der Nachwuchs die Habilitation als Nachweis seiner persönlichen Qualifikation weiterhin will. Die alte Habilitationsschrift will keiner. Jeder, der ein solches dickes Buch verfasst hat, weiß, wie viel z.T. unnötige Zeit darauf verschwendet wurde. Die kumulative Habilitation aber mit einer vernünftigen Anzahl qualitativ hochstehender Publikationen und ein faires, zügiges Habilitationsverfahren sind sehr wohl eine notwendige und auch vom Nachwuchs gewollte Qualifikation.

Zwei Begriffe sind im Gesundheitswesen derzeit in aller Munde: Leitlinien und Evidence-based Medicine. Die Leitlinien sind über das Disease-Management-Programm sogar in das Sozialgesetzbuch V (§ 137e) aufgenommen worden. Sie sollen evidenzbasiert sein. Leitlinien und darauf basierende Qualitätskontrollen werden von Politikern, Kassenvertretern, Patientenverbänden und Medien gefordert, als ob das neu wäre. Die Qualität des ärztlichen Handelns ist so alt wie die Medizin selbst. Die Gründungen der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften wie der unseren im 19. Jahrhundert waren Ausdruck des Willens, die Wissenschaft, die Information und die Weiterbildung zu fördern und dadurch die Qualität des ärztlichen Handelns stetig zu verbessern. Studien zur klinischen Forschung anhand kontrollierter Untersuchungen gehen schon auf Paul Martini zurück.

Die Evidence-based Medicine hat aber zweifellos wichtige Denkanstöße zur Verbesserung des rationalen, wissenschaftlich begründeten Handelns in Diagnostik und Therapie gegeben. Es macht auch durchaus Sinn, zunächst für große, häufig auftretende und erheblich kostenverursachende Krankheitsbilder wie Diabetes, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit oder degenerative Wirbelsäulenerkrankungen Leitlinien zu erstellen. Sie sind der Versuch, Diagnostik und Therapie auf der Basis gesicherter Erkenntnisse sowie des Konsensus von wissenschaftlicher und praktischer Medizin besser zu machen.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat sich bereits anlässlich der 100. Jahrestagung dieses Problems angenommen. Es ist aber gerade in der Inneren Medizin besonders schwierig, nicht nur wegen der Größe unseres Gebietes, sondern aufgrund der häufig komplexen Entscheidungsprozesse, besonders bei alten und multimorbiden Patienten. Für manche Krankheitsbilder ist eine Evidence-based Medicine gar nicht vorhanden. Der Begriff wird außerdem in den verschiedenen Ländern nicht einheitlich definiert. Die Kriterien sind nicht ohne Weiteres von einem Land zu einem anderen übertragbar. Die Resultate können nur nach sorgfältiger Prüfung auf den individuellen Patienten angewendet werden. Der Arzt muss im Einzelfall einen erheblichen Ermessensspielraum behalten, weil es den standardisierten Patienten nicht gibt. Arzt, Patienten und Rechtsprechung müssen daher auch ein individuelles Restrisiko akzeptieren.

Im Rahmen der Leitlinienentwicklung gilt die Evidence-based Medicine als Synonym für eine exakte Beweislage und als Goldstandard. Nur was in Studien zweifelsfrei belegt ist, soll zählen. Alles andere gehört zur Empirie. Das Problem ist aber, dass große, multizentrische Studien in der Regel nur Antworten auf allgemeine Fragen geben. Sie sind oft auf ein ausgewähltes Patientenkollektiv ausgerichtet. In der Coronary Artery Surgery Study (CASS) wurden 16.262 Patienten auf einen Einschluss in die

Studie geprüft. Es wurden aber nur 780 von ihnen eingeschlossen. Das ist ein Anteil von 4%. Für die große Mehrzahl der Patienten ist das Ergebnis einer solchen Studie also völlig irrelevant und ohne Beweiskraft. Den höchsten Evidence-Level haben u. a. Metaanalysen von Studien. Weil aber erfahrungsgemäß Studien mit negativen Resultaten weniger publiziert werden als solche mit einem positiven Ergebnis, sprechen die Metaanalysen eher für eine Hypothese, als dass sie sie infrage stellen.

Hinter den Bemühungen zur Erstellung von Leitlinien stehen aber nicht nur die Sorge um eine angemessene medizinische Versorgung, sondern auch handfeste ökonomische Überlegungen. Leitlinienbasierte Disease-Management-Programme sollen auch helfen, Mittel einzusparen. In Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem kann die Staatsmedizin durch Leitlinien leicht manipuliert werden. Die geplanten Datenbanken schaffen außerdem ein großes Missbrauchspotenzial bei den Krankenkassen, wie die Erfahrungen in der Schweiz und den USA zeigen.

Es ist zunächst nur eine Annahme, man könne durch Disease-Management-Programme und durch Evidence-based-Medicine-gestützte Leitlinien Geld sparen. Wenn sich alle Ärzte z. B. nach den Leitlinien zu Behandlung der Herzinsuffizienz oder des Hypertonus richten würden, hätten die Patienten davon sicher wesentliche gesundheitliche Vorteile. Die kurzfristigen Kosten würden dadurch zunächst steigen. Langfristig wären die Kosten allerdings sicher niedriger. Die konsequente Befolgung evidenzbasierter Leitlinien müsste eigentlich zur Folge haben, dass alle, auch die alternativen und adjuvanten, Verfahren nur erstattet werden, wenn sie eben diesen Kriterien genügen. Das ist für viele diagnostische und therapeutische Maßnahmen aber keineswegs gegeben. Für homöopathische Präparate, die oft aus einer Vielzahl von Substanzen bestehen, ist die Wirkung weder für die einzelnen Bestandteile noch für deren Kombination Evidence-based gesichert. Gleiches gilt für die alternative Medizin, für Massagen, Badekuren u. Ä. Im Jahre 1999

wurden in der Bundesrepublik für 7 Mrd. DM Medikamente verkauft, deren Wirkung entweder gar nicht oder nur unzureichend nachgewiesen ist. Glücklicherweise wurden sie nicht alle von den Kassen, sondern auch individuell bezahlt.

Die Kosten im Gesundheitswesen werden in den kommenden 20 Jahren das wichtigste ökonomische Problem sein, noch bedeutender als das der Renten. Zum einen werden die Menschen älter und damit in der Regel häufiger krank. Zum anderen ist der Stand in Diagnostik und Therapie außerordentlich hoch und dadurch auch teuer. In der Bundesrepublik wird niemandem etwas versagt, was er medizinisch benötigt. Das Sozialgesetzbuch legt fest, dass die Leistungen angemessen, wirtschaftlich und zweckmäßig sein müssen. Darin ist auch eine Beschränkung auf das Notwendige enthalten. Im Gesundheitswesen ist aber eine Unterscheidung von Grund- und Wahlleistungen überfällig. Hier ist die Politik gefragt, unter Mitwirkung der Ärzteschaft einen gesellschaftlichen Konsens über das herzustellen, was solidarisch und was eigenfinanziert werden soll.

Es gehört aber Mut von Ärzten, Kassen und Politikern dazu, der Bevölkerung zu sagen, wo die Grenzen der ausreichenden Grundversorgung sind und wo die Wahlleistungen anfangen. Bei konsequenter Ehrlichkeit besteht hier die Möglichkeit zu essenziellen Verbesserungen der finanziellen Lage des Gesundheitssystems. Die Krankenkassen müssen in diesem Kontext ebenfalls umdenken. Sie wurden im 19. Jahrhundert zur Unterstützung kranker Arbeiter, später auch für deren Familien eingerichtet. Sie basieren auf dem Solidaritätsprinzip und funktionieren nur, wenn es Versicherte gibt, die keine Leistungen entnehmen. Heute bezeichnen sich die Krankenkassen aber als Gesundheitskassen. Damit meinen sie nicht nur die Vorbeugung. Sie werben vielmehr z.T. im Internet mit Leistungen, die nicht immer etwas mit der Grundversorgung und schon gar nichts mit der Evidence-based Medicine zu tun haben.

In der stationären Krankenversorgung stehen wir durch die Einführung der DRG vor

einem ganz entscheidenden Systemwechsel. Ich kann nicht auf die einzelnen Probleme eingehen. Während des Kongresses kommen Fachleute aus den verschiedenen Bereichen zu Wort. Auf den ersten Blick erscheinen die DRG einfach und gerecht. Es gibt gleiches Geld für gleiche Leistungen. Die Leistungen sind aber nicht gleich. Wir haben nicht umsonst die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung einerseits und die der Maximalversorgung und die Universitätskliniken andererseits. Sie halten unterschiedlich große Leistungsangebote vor. Es ist nicht die geringste Frage, dass sich Schwerkranke und Hochrisikopatienten in den Großkliniken konzentrieren. So soll es ja auch sein. Entsprechend kann und darf die Kostenersatzung für unterschiedlich schwere Krankheitsbilder aber nicht gleich sein. Qualität kostet eben etwas. In Australien sind die Universitätskliniken ebenso wie die gesamte Intensivmedizin aus den DRG herausgenommen. Bei uns glaubt man, das einheitlich oder allenfalls mit gewissen Zuschlägen vergüten zu können. Die finanziellen Verwerfungen sind dadurch vorprogrammiert. Man rechnet damit, dass nach Einführung der DRG 20-30% der Kliniken und Abteilungen in ihrer finanziellen Existenz gefährdet sind.

Ein weiteres Problem der DRG wird die Patienten und die niedergelassenen Ärzte betreffen. Aus den Krankenhäusern werden die Patienten, wenn nach Pauschalen bezahlt wird, so schnell als möglich entlassen werden. Die niedergelassenen Kollegen sind aber weder finanziell noch in der Regel fachlich und zeitlich auf die Betreuung dieser noch sehr kranken Patienten eingestellt. Die Folge wird ein Drehtürsystem sein. Die Patienten werden prompt unter einer anderen Diagnose wieder eingewiesen. Ein neues pauschalisiertes Entgelt wird fällig.

Auf dem Gebiet der Forschung stehen wir vor Herausforderungen und Problemen besonderer Art. Die molekularbiologische und gentechnologische Forschung hat - erkennbar am Human Genome Project - in den letzten Jahren bahnbrechende Erfolge erzielt. Die Forschung, speziell in der Inneren Medizin, geht dabei

auch wieder zu systemischen Fragestellungen über. Die basiswissenschaftliche Fixierung allein war sicher zu eng. Die Zusammenarbeit zwischen Grundlagenforschern und Klinikern bei den großen klinischen Krankheitsbildern wie metabolisches Syndrom, Hypertonie, Herz-, Kreislauf- und Krebserkrankungen bekommt neue Perspektiven. Die biochemischen, molekularbiologischen und gentechnologischen Detailarbeiten sind die Basis für neue Ansätze in Frühdiagnostik und Therapie. Das ist unbestritten. Sie münden dann in klinische Studien. So kommt es zu ständigen Rückkopplungen. Die frühere Schiene „from bench to bedside“ ist einem Kreis „from bench to bedside to bench“ gewichen. In diesem Zusammenhang sind die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten übergreifenden Kompetenznetze positiv zu erwähnen. In ihnen arbeiten Basiswissenschaftler mit Klinikern aus Universitätskliniken, kommunalen Krankenhäusern und dem niedergelassenen Bereich koordiniert zusammen.

Herr Diehl hat 1999 an dieser Stelle gesagt, dass wir uns in der Forschung immer mehr vom kranken Menschen entfernt haben. Von den Krankheiten ginge die Forschung auf das Testmaterial als Objekt biochemischer und molekularbiologischer Experimente hin zu den Molekülen und gentechnologischen Analysen. Bei solchen Arbeiten würde leicht aus den Augen verloren, dass der Patient mehr von uns verlange als lediglich eine molekulare Analyse seiner Signaltransduktion. Das ist absolut zutreffend.

Herr Frühwald, der langjährige Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft, schrieb analog, dass wir heute einen Rückweg von der molekularen Ebene zum Systemischen in der Forschung beschreiten. Es sei auch ein Rückweg aus der Entfremdung. Er fordert besonders die Zusammenarbeit von Grundlagenforschern und Klinikern und beklagt mit Recht, dass die patientenorientierte Forschung in Deutschland keinen eigentlichen Stellenwert hat. Bei den Forschungsförderungsinstitutionen galt noch bis vor kurzem die Maxime, Forschung ist Grundlagenforschung, oder umgekehrt, nur

Grundlagenforschung ist Forschung. Das verkennt in der klinischen Medizin aber eindeutig die Bedeutung der klinisch basierten Forschung und des Outcome-Research.

Während basiswissenschaftliche deutsche Forschergruppen weltweit konkurrenzfähig sind, haben wir im Bereich der großen Therapiestudien Defizite. Nur wenige internationale, multizentrische Studien werden unter deutscher Federführung konzipiert und koordiniert. Dafür gibt es eine Reihe von Gründen. Diese Forschung galt, wie gesagt, bis vor kurzem nicht als eigentliche Forschung und auch nicht als förderungswürdig. Zum anderen müssen für multizentrische Studien in Deutschland immer noch die Voten verschiedener lokaler Ethikkommissionen eingeholt werden, was zu erheblichen Verzögerungen führt. Außerdem gilt bei uns das Industriesponsoring weiterhin als verdächtig und anstößig. Die Strafverfolgungsbehörden haben ihre Untersuchungen keineswegs eingestellt. Die Herbstsitzung mit unseren korporativen Mitgliedern hat sich im vergangenen Jahr eingehend und sehr kritisch mit diesem Thema befasst. Es ist daher außerordentlich begrüßenswert, dass die Freie und Hansestadt Hamburg über den Bundesrat eine Initiative ergriffen hat, den legalen und erwünschten Umgang mit Drittmitteln im Rahmen der Forschung klar von den strafrechtlichen Tatbeständen der Bestechlichkeit abzutrennen.

Große internationale, multizentrische Studien haben aber noch andere Probleme. Weil sie immer komplizierter und umfangreicher werden, sind sie auch immer teurer. Deshalb können nur wenige forschende Pharmafirmen 500 Mio. € aufbringen, um ein neues Medikament marktreif zu machen. Wegen der Komplexität der Zulassung übernehmen oft Contract-Research-Organisationen (CRO) die Studienorganisation. Die Sponsorfirmen haben großen Einfluss auf das Studiendesign, die akademischen Studienleiter dagegen wenig Mitspracherecht. Sie haben in der Regel keinen Zugriff auf die Rohdaten und nicht immer das Recht der Dateninterpretation. Die Folge ist, dass überwiegend positive und selten negative

Studien veröffentlicht werden. Dabei ist nicht auszuschließen, dass Marketingaspekte einen Einfluss haben.

Wegen dieser Problematik der Qualität wissenschaftlichen Arbeitens hat ein International Committee of Medical Journal Editors eine außerordentlich wichtige und begrüßenswerte Stellungnahme herausgegeben. In ihm waren die Herausgeber von 13 wichtigen medizinischen Journalen wie New England Journal of Medicine, Lancet, Annals of Internal Medicine, JAMA usw. vertreten. Sie äußerten sich besorgt darüber, dass das derzeitige intellektuelle Umfeld, in dem manche Forschung konzipiert, die Studienpopulation rekrutiert, die Daten analysiert und berichtet bzw. nicht berichtet werden, in seiner Objektivität bedroht ist. Das Komitee stellt fest, dass die klinischen Studienleiter das Recht haben müssen, die Daten unabhängig zu beurteilen und zu veröffentlichen, ohne vorher das Einverständnis des Sponsors einzuholen. Es stellt aber auch fest, dass externer Druck nicht nur von pharmazeutischen Firmen, sondern auch von öffentlichen Stellen ausgeübt wird, wenn die Studienergebnisse ihrer Politik zuwiderlaufen. Die Herausgeber garantieren den Autoren ihrer Artikel Unabhängigkeit und den zu fordernden Qualitätsstandard der wissenschaftlichen Arbeiten. Man kann ihnen nur dankbar sein.

Die Herausgeber der Journals beziehen sich letztlich auf die historische Basis des Peer-Reviewing, das fast 350 Jahre alt ist. Es wurde 1657 von der Royal Society of London für die Philosophical Transactions, die erste wissenschaftliche Zeitschrift überhaupt, eingeführt. Die Peers, die Mitglieder des englischen Oberhauses, garantierten den Autoren Schutz vor Plagiaten und geistigem Diebstahl. Das war damals das Problem. Sie forderten im Gegenzug, dass die Arbeiten begutachtet wurden und dass sich der Autor dem Urteil der Gutachter, also dem der Peers, beugte. Die Betonung dieser so alten Tradition für die Qualität und die Ehrlichkeit in der wissenschaftlichen Arbeit und der Publikation der Ergebnisse kann auch heute nicht hoch genug geschätzt werden.

Die Medizin ist durch die Möglichkeiten der Gentechnologie und der Stammzellforschung an der Schwelle zu völlig neuen medizinischen und ethischen Ansätzen. Die Wissenschaft hat zu allen Zeiten bei solchen Quantensprüngen Grenzgebiete und Neuland betreten. Immer haben einzelne Forscher ethisch-moralische Grenzen anders definiert als andere. Immer dauerte es eine Zeit, bis ein Konsens erreicht war. Leider erleben wir derzeit – überwiegend in den Medien und der Politik – eine z.T. sehr emotionale und wenig sachliche Diskussion über die Stammzellforschung und die Möglichkeiten der Gentechnologie.

Es ist die Aufgabe einer wissenschaftlichen Gesellschaft wie der unsrigen, die neuesten, auch im Grenzbereich der gesellschaftlichen Akzeptanz angesiedelten Forschungsarbeiten auf höchstem fachlichem Niveau sachlich, kritisch und abwägend darzustellen. Die Forscher müssen ihre Ergebnisse selbst präsentieren und sie vertreten. Die wissenschaftliche Diskussion muss hier in der Fachgesellschaft stattfinden. Wir sind als wissenschaftliche Gesellschaft verpflichtet, die modernen Fragestellungen und ihre zukunftsweisenden Lösungsmöglichkeiten zu präsentieren und zu diskutieren. Wir werden uns dabei jederzeit unserer christlich-abendländischen Grundwerte und unserer ärztlichen Verantwortung für das Leben bewusst sein.

Es ist aber ein sehr schlechtes Zeichen für die Streitkultur unserer Zeit, wenn ich als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, beraten von wirklichen Experten, ausgewiesene Wissenschaftler zu einem Vortrag einlade und diese dann aus Angst vor unsachgemäßer Diskussion in der Öffentlichkeit ihre Ergebnisse und Gedanken auf unserer Jahrestagung nicht vortragen wollen. Ich habe leider deshalb Absagen bekommen.

Es ist auch die Verpflichtung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, beide Aspekte der aktuellen und innovativen Forschung, die in die Zukunft gerichteten wissenschaftlichen und praktischen Möglichkeiten wie die ethisch-moralischen Aspekte, sachlich, erschöpfend

und verantwortungsvoll zu diskutieren. Wir werden uns also auf der diesjährigen Tagung diesen modernen Fragen kompetent, ernsthaft und von vielen Seiten nähern. Wir können und werden uns die Diskussion nicht leicht machen. Ich bin deshalb sehr froh, dass wir aus dem wissenschaftlichen Bereich Experten hören werden, deren Kompetenz außer Zweifel ist. Die moderne, zukunftsorientierte Forschung ist nötig. Sie muss auch in Deutschland möglich sein. Bei der Medizin der Zukunft haben wir es nicht mit einer einzigen Qualität zu tun. Wir haben die Qualität der verantwortlichen Spitzenforschung, die Qualität der Verfügbarkeit und die Qualität unseres ethisch-moralischen Handelns zu beachten.

Es ist mir deshalb eine besondere Freude, dass S.E. Karl Kardinal Lehmann, der Bischof von Mainz und Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz, meiner Einladung gefolgt ist, am Mittwoch den Plenarvortrag zu den ethisch-moralischen Grundfragen, die uns derzeit bewegen, zu halten. Er wird ganz sicher ebenso wohl begründet wie dezidiert aus seiner Sicht dazu Stellung nehmen.

Neben den medizinisch-biologischen und ethisch-moralischen Aspekten spielen auch fundamentale juristische Fragen der Embryonal- und Stammzellforschung eine Rolle. Ich habe deshalb den früheren Vorsitzenden Richter am Bundesgerichtshof K. Kutzer zu einem Plenarvortrag am Dienstag gebeten zum Thema: Juristische Aspekte der Gentechnologie, der Biotechnologie und der Stammzellforschung. Auch die juristische Seite der Problematik wird auf hohem Niveau dargestellt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich habe einiges zu den Problemen der Qualität in der aktuellen Medizin ausgeführt. Dazu gehört die Qualität unserer Fort- und Weiterbildung als Internisten. Wir müssen dafür sorgen, dass es für junge Ärzte attraktiv bleibt,

nach einer gründlichen Weiterbildung im hausärztlichen Sektor tätig zu sein. Der breit ausgebildete Internist wie der Arzt in den Schwerpunktfächern muss in den Krankenhäusern mehr Zeit für seine ärztliche Arbeit bekommen. Die Ärzte müssen von administrativen Aufgaben befreit werden. Das kostet ihre Zeit als Arzt und verursacht unnötige Überstunden. Viele administrative Aufgaben können ohne Weiteres von angelegerten Hilfspersonen übernommen werden. Es muss für unseren Nachwuchs wieder attraktiver werden, in Deutschland zu forschen und hier auch zu arbeiten. Dazu gehören Zeit, die nötigen Ressourcen und die Befreiung der Drittmittel von den Diskriminierungen.

Die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien ist ebenso wichtig wie die kontinuierliche Fortbildung der Ärzte. Beide tragen zu unserem hohen Qualitätsstandard bei. Zur Qualität der Patientenbetreuung im eigentlichen Sinne gehört aber nicht nur zu sagen, was gesichert ist und was nicht, sondern auch, was die Solidargemeinschaft bezahlt und was nicht. Für diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die nicht notwendig und nicht gesichert sind, ist die Solidargemeinschaft nicht verantwortlich.

Aus alledem folgt für die Medizin eine konsequente Ehrlichkeit sich selbst und der Allgemeinheit gegenüber. Das gilt nicht nur für uns Ärzte, das gilt für die Gesellschaft im Allgemeinen, die Medien und die Politik. Nach wie vor gilt die Forderung von Paul Martini nach Redlichkeit, Wahrhaftigkeit und Sorgfalt des Arztes. Ich möchte mit einem Satz von Franz Grosse-Brockhoff schließen, dem verstorbenen Vorsitzenden und Ehrenmitglied unserer Gesellschaft. Er war ein Schüler von Paul Martini und mein erster klinischer Lehrer in Düsseldorf:

*„Was wir brauchen, ist intellektuelle Redlichkeit!“*