

Hochleistungsmedizin und Menschlichkeit

Wolfgang Hiddemann, München



Die Bilder, die wir gesehen haben, und die Musik, die wir hören konnten, haben uns durch drei große Zeitabschnitte unseres Landes und der Inneren Medizin geführt – das Kaiserreich, die Zeit der Weimarer Republik und des Dritten Reiches und die 1950er- und 1960er-Jahre. Heute, zur Eröffnung des 113. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin blicken wir auf eine Geschichte von 125 Jahren zurück. Fast auf den Tag genau, am 20. April 1882, wurde der erste Kongress unserer Gesellschaft hier in diesem Kurhaus von Theodor von Frerichs eröffnet.

Als die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin vor 125 Jahren gegründet wurde, war nicht absehbar, welche Entwicklung diese Gesellschaft, aber auch die Medizin im Allgemeinen in den kommenden Jahrzehnten nehmen würde. Das letzte Quartal des 19. Jahrhunderts war durch umwälzende Veränderungen geprägt, die durch bahnbrechende Erfindungen und die rasch voranschreitende Industrialisierung zu einer Ablösung herkömmlicher Gesellschaftsstrukturen und zu einer Neuorientierung zentraler Lebenswerte geführt haben. Diese Entwicklungen haben die Heilkunde und die Innere Medizin wesentlich mitgeprägt.

Für die Medizin war darüber hinaus der Aufschwung der Naturwissenschaften von entscheidender Bedeutung, Die rasch zunehmen-

den Erkenntnisse der Biologie und Zellphysiologie begründeten eine auf nachweisbaren Fakten basierende Medizin und lösten jahrhundertalte Lehren in kurzer Zeit ab. Neue diagnostische Verfahren wie die Röntgendiagnostik, die Entwicklung von Chemotherapeutika und Impfstoffen gaben den Ärzten völlig neue Mittel zur Erkennung und Bekämpfung von Krankheiten in die Hand und führten zu einer als revolutionär zu bezeichnenden Ausweitung medizinischer Erkenntnisse. Diese Entwicklung hält bis heute an und hat sich sogar noch weiter beschleunigt.

Wenn man die Reden der Vorsitzenden unserer Gesellschaft über diese Zeitspanne hinweg liest, wird man manchmal mit Vergnügen, manchmal auch mit Nachdenklichkeit feststellen, dass viele uns gegenwärtig sehr wichtig erscheinende Probleme auch schon in früheren Jahren in ganz ähnlicher Weise existiert haben. Die Feststellung, dass „die soziale Gesetzgebung, welche die Ärzte zu Gewerbetreibenden herabgedrückt hat, die Herabdrückung des vornehmen und freien wissenschaftlich-künstlerischen Berufs zu einem bloßen Geschäft“ gemacht hat, stammt nicht etwa aus unserer Zeit. Sie ist vielmehr ein Zitat aus der Eröffnungsrede von Wilhelm Erb zum 22. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin im Jahre 1905. Im April 1922 kritisiert

Ludwig Bauer in seiner Rede zum 34. Kongress, dass „das Krankenversicherungsgesetz von Beginn an als eine Mussvorschrift für die Kassen den vollständig unentgeltlichen Kassenarzt zusichert ... und damit die alten ethischen und auf persönlichem Vertrauen aufgebauten Beziehungen zwischen Arzt und Patient gestört und ausschließlich bürokratisch geregelt hat.“ Wie sehr fühlen wir uns heute von diesen vor annähernd hundert Jahren formulierten Gedanken und Befürchtungen angesprochen.

Viele Reden der Vorsitzenden sind auch von anderen übereinstimmenden und wiederkehrenden Grundgedanken geprägt. Man kann sie überspitzt in gewisser Weise sogar als „redundant“ bezeichnen. Wenn man diesem Gedanken folgt, so kann man sich kritisch fragen, welchem Zweck die Eröffnungsansprachen zu unseren Kongressen dienen. Dienen sie der Wiederholung von etwas Altbekanntem, das jedem vertraut ist? Dienen sie vor allem der Eitelkeit des jeweiligen Vorsitzenden? Ist es nicht vorzuziehen, einen Festredner aus einem ganz anderen Gebiet zu einem Eröffnungsreferat einzuladen, um den eigenen Horizont zu erweitern? Ohne den Gesichtspunkt der Eitelkeit außer Acht lassen zu wollen, der zweifelsohne eine gewisse Relevanz hat, sehe ich es persönlich als Notwendigkeit, Aufgabe und zugleich als Privileg des Kongresspräsidenten an, durchaus bereits früher schon formulierte Gedanken und Überlegungen in den Kontext der aktuellen Situation zu stellen und auf die Gegenwart bezogen zu diskutieren. Dies erscheint mir, wie sicherlich auch meinen Vorgängern, die an dieser Stelle gesprochen haben, so notwendig wie nie zuvor. Tradition ist nichts Negatives, sondern unterstreicht im Gegenteil die langfristige Tragfähigkeit zentraler Grundelemente, die sich durch die Geschichte unserer Gesellschaft hindurch ziehen und sie lebendig und aktiv gehalten haben.

Der Rückblick auf die 125-jährige Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin verdeutlicht, dass es drei Grundelemente sind, die die Zielrichtung unserer Gesellschaft seit ihrer Gründung bis heute bestimmt haben und

die auch heute nichts von ihrer Bedeutung verloren haben. Im Gegenteil, sie erscheinen heute bedeutsamer als je zuvor. Diese Grundelemente sind die Einheit der Inneren Medizin, die Verknüpfung von Forschung und Klinik und die ganzheitliche Betrachtung des kranken Menschen.

Jedes dieser Grundelemente ist in der wechselhaften Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin immer wieder infrage gestellt und bedroht worden. Sie sind von unseren Vorgängern jedoch ebenso immer wieder verteidigt und als essenzielle Grundpfeiler unseres Fachgebietes bewahrt worden. Dieses Erkenntnis macht Mut und lässt uns mit Zuversicht daran glauben, dass es uns auch in unserer Zeit gelingen wird, diese Tradition fortzuführen.

Auch heute wird die Einheit der Inneren Medizin wieder infrage gestellt, wird die naturwissenschaftliche Grundlagenforschung höher gewichtet als die klinische Forschung und droht der Blick auf den ganzen Menschen verloren zu gehen.

Die Einheit der Inneren Medizin

Um zu verstehen, warum unsere Vorgänger und wir auch heute unbeirrbar an der Einheit der Inneren Medizin festhalten, ist es erforderlich zunächst zu definieren was Innere Medizin eigentlich bedeutet. Nach der aktuellen Weiterbildungsordnung ist die Innere Medizin wie folgt definiert: „Die Innere Medizin umfasst die Prophylaxe, Erkennung, konservative, internistisch-interventionelle und intensivmedizinische Behandlung sowie Rehabilitation der Erkrankungen der inneren Organe (werden im Einzelnen aufgeführt), der Infektionskrankheiten, der Vergiftungen einschließlich der für das höhere Lebensalter typischen Erkrankungen sowie die Aspekte psychosomatischer Krankheitsbilder und der hausärztlichen Betreuung.“

Diese Definition zeigt, wie breit und umfassend die Innere Medizin angelegt ist. Sie verdeutlicht, dass es um Prophylaxe, Erkennung,

Behandlung und Rehabilitation geht, aber auch um somatische und psychische Faktoren.

Damit ist die Innere Medizin die unverzichtbare Grundlage der Medizin überhaupt. Ohne sie sind die Schwerpunkte nicht fundiert, können auch Chirurgie, Neurologie, Augenheilkunde und alle anderen Fächer nicht sinnvoll Patienten versorgen. Herr von Frerichs hat dies blumiger ausgedrückt, indem er bei der Eröffnung des Gründungskongresses formulierte „Die innere Heilkunde ist und bleibt der segenspendende Strom, von welchem die Spezialfächer wie Bäche sich abzweigen und gespeist werden, die aber im Sande verrinnen und versiegen werden, wenn sie sich abtrennen.“

Vor diesem Hintergrund ist die von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und dem Berufsverband Deutscher Internisten gemeinsam angestoßene Initiative der Bundesärztekammer sehr zu begrüßen, die auf dem kommenden Ärztetag in Münster dieser Argumentation Rechnung trägt, indem beantragt wird, die bisherigen Weiterbildungswege zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sowie zum Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt zu ergänzen durch die Option, in einer 5-jährigen Weiterbildungszeit wieder die Qualifikation zum Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt zu erwerben.

Dieser Antrag an den Deutschen Ärztetag ist von der Überzeugung und dem traditionellen Grundverständnis getragen, dass es einen breit ausgebildeten und nicht auf ein Spezialgebiet fokussierten Internisten geben muss, um sowohl die Fähigkeiten der internistischen Schwerpunktfächer als auch der Allgemeinmedizin zu ergänzen. Es geht um Inhalte, nicht um Macht, es geht um den Patienten, nicht ums Geld!

Ich möchte Ihnen, lieber Herr Hoppe, für diese Initiative sehr herzlich im Namen aller unserer Mitglieder danken und hoffe, dass Ihr Antrag in Münster angenommen wird. Ich möchte auch Ihnen, lieber Herr Wesiack, dafür danken, dass es uns gelungen ist, diesen Vorstoß gemeinsam im Schulterschluss zwischen DGIM und BDI vorangetrieben zu haben.

Ich möchte schließlich die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin bzw. die Ärzte für Allgemeinmedizin und die Hausärzte bitten, sich dieser Initiative nicht entgegenzustellen. Die Befürchtung, dass es zu einem Konkurrenzkampf im niedergelassenen Bereich kommen kann, ist aus meiner Sicht unbegründet. Erstens ist die jetzt angestrebte Regelung nichts Neues, sondern stellt einen Zustand her, der vor den Ärztetagen in Köln und Rostock über viele Jahre eine gute Versorgung der Patienten sowohl im Krankenhaus wie auch in der Praxis gewährleistet hat. Zweitens wird die überwiegende Mehrzahl der Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung im Krankenhaus gebraucht und auch dort tätig werden. Der Internist ohne Schwerpunktbezeichnung hat gegenwärtig im niedergelassenen Bereich keinen Versorgungsauftrag. Und drittens sollte es durch die Definition aufeinander aufbauender und kooperierender Qualifikationsebenen auch im niedergelassenen Bereich möglich sein, zu einem ausgewogenen und friedlichen Miteinander und Nebeneinander zu kommen. Schließlich ist unser gemeinsames Grundmotiv doch die bestmögliche Versorgung unserer Patienten, oder etwa nicht?!

Lassen Sie mich diese Gedanken mit einem weiteren Zitat aus der Eröffnungsrede von Theodor von Frerichs beschließen, der gesagt hat: „Die Innere Medizin bedarf einer besonderen Vertretung, denn sie erscheint in unserer Zeit ganz bedroht, durch Nebenfächer mehr als billig in den Schatten gedrängt zu werden. Man scheint hie und da vergessen zu haben, dass die Innere Medizin die Alma mater ist, und man scheint ganz zu vergessen, dass auf dem Gebiet der Inneren Medizin der größte Teil der Fragen verhandelt wird, der täglich und stündlich am Krankenbett unsere Sorge, unsere Gedanken beschäftigt. Die Innere Medizin ist kein Teil der Heilwissenschaft, sie bildet den Kern derselben. Die deutsche innere Medizin hat auch das Recht zu einer besonderen Vertretung, denn sie steht auf eigenen Füßen, sie ist selbstständig, deshalb auch selbstbewusst, sie segelt nicht im Fahrwasser fremder Nationen, sie rückt den

Kurs ihres Fahrzeugs nach eigenem Kompass, nach eigenem Steuer, sie kennt ihre Ziele, sie kennt auch die Wege, die dahin führen.“

Die Verknüpfung von Forschung und Klinik

Das zweite ebenso unabdingbare Grundelement der Inneren Medizin, aber auch der Medizin im Allgemeinen, ist die unmittelbare Abhängigkeit des medizinischen Fortschritts von der engen Verknüpfung zwischen Forschung und Klinik. Werner Seeger hat im vergangenen Jahr die bahnbrechenden Erkenntnisse skizziert, die sich aus der Entschlüsselung des menschlichen Genoms ergeben. Es ist in der Tat faszinierend mitzuerleben, dass fast täglich neue molekulare und funktionelle Zusammenhänge aufgedeckt werden, die unser Verständnis von Entstehung, Pathogenese und Symptomatik vieler Erkrankungen erweitern. Sie eröffnen darüber hinaus die realistische Perspektive, spezifische Maßnahmen zur Früherkennung und Therapie zu entwickeln.

Lassen Sie mich diese Entwicklung an einem Beispiel aus der Hämatologie und Onkologie erläutern. Bereits seit Ende der 1960er-Jahre ist bekannt, dass dem Krankheitsbild der chronischen myeloischen Leukämie eine spezifische chromosomale Veränderung zugrunde liegt, das sogenannte Philadelphia-Chromosom. Diese Aberration entsteht durch den Austausch von genetischem Material zwischen den Chromosomen 9 und 22. Die an dieser Translokation beteiligten Gene wurden Ende der 1990er-Jahre identifiziert und damit die molekularen Grundlagen für das Krankheitsbild der chronischen myeloischen Leukämie aufgeklärt. Diese Erkenntnisse führten zur Entwicklung spezifischer Medikamente durch die pharmazeutische Industrie und es gelang in der Tat mit Imatinib eine Substanz zu entwickeln, die die funktionellen Auswirkungen der molekularen Aberration neutralisieren kann. Der Kreis zwischen Grundlagenforschung, pathogenetischem Verständnis, klinischer Phänomenologie und spezifischer Therapie war geschlossen.

Dieses Beispiel veranschaulicht sehr eindrucksvoll, wie klinische Forschung und Grundlagenforschung verknüpft sein können. Nur durch das Zusammenwirken beider Elemente kann der Brückenschlag zwischen der notwendigerweise auf Einzelaspekte fokussierten und an Modellsystemen arbeitenden Grundlagenforschung und der auf komplexe Krankheitserscheinungen ausgerichteten und patientenorientierten klinischen Forschung gelingen.

Diese notwendige Interaktion sollte uns immer wieder bewusst sein, wenn darüber nachgedacht wird die Forschung und speziell die klinische Forschung in Deutschland zu gestalten. Grundlegende Voraussetzung dafür ist die Förderung der klinischen Forschung, nicht nur durch Geld, sondern auch durch entsprechende Strukturen. Hauptträger der klinischen Forschung sind und bleiben die Universitäten. Wenn versucht wird, dieses Prinzip durch Auslagerung der klinischen Forschung zu durchbrechen oder wenn Forschung und Klinik innerhalb der Universitätskliniken z.B. durch das von der DFG angedachte Modell der sogenannten Doppelspitze voneinander getrennt werden, wird klinische Forschung, d.h. Forschung am und für den Patienten erschwert oder gar unmöglich gemacht.

Gute klinische Forschung an den Universitäten setzt jedoch vieles voraus und stellt einen hohen Anspruch an diejenigen, die sich dieser Aufgabe stellen. Sie setzt eine gute Ausbildung klinischer Forscher in der Grundlagenforschung voraus und ferner die Möglichkeit, diese Form der Forschung mit den klinischen Aufgaben zu verbinden. In diesem Bereich liegt derzeit ein zentrales und aus meiner Sicht immer gravierender werdendes Defizit der universitären klinischen Forschung. Durch die zunehmende ökonomische Orientierung auch der Universitätskliniken werden Ressourcen überwiegend nach dem Umfang und der Vergütung von Versorgungsleistungen zugeteilt. Erst in jüngerer Zeit werden auch wissenschaftliche Leistungen und der Umfang der Lehrverpflichtung bei der Vergabe von Mitteln berücksichtigt.

Noch schwerwiegender und von geradezu verheerender Auswirkung auf die universitäre klinische Forschung sind die Grundbedingungen, die für die akademischen Führungskräfte durch die neuen Regelungen des Hochschulrahmengesetzes geschaffen worden sind. Diese Verordnung hat u. a. die Rahmenbedingungen für die Professoren neu festgelegt. Dies ist nicht nur mit einer erheblichen Absenkung des Grundgehaltes, sondern auch mit einer gravierenden Schwächung ihrer Position verbunden. Damit werden im Prinzip sinnvolle Ansätze, die darauf abzielen Spitzenforschung in Deutschland zu fördern, konterkariert. In der Tat verfolgen Programme wie die „Exzellenz-Initiative“, die Einrichtung von „Kompetenz-Netzen“ oder die Förderung „Interdisziplinärer Kompetenzzentren für Forschung“ den richtigen Ansatz, Mittel für klinische Forschung nach Qualitätskriterien für gute Projekte und an ausgewiesene Arbeitsgruppen zu vergeben. Diese Programme sind jedoch zum Scheitern verurteilt, wenn gleichzeitig diejenigen, die diese Forschung machen sollen und machen wollen, systematisch durch höhere Arbeitsbelastungen, niedrigere Besoldung und unsichere Zukunftsperspektiven substanziell demotiviert und desillusioniert werden.

Schon jetzt ist ein deutlicher Rückgang des medizinischen Nachwuchses an Universitätskliniken zu verzeichnen und hat nur noch ein relativ kleiner Anteil von Stellenbewerbern Interesse an medizinischer Forschung und an einer universitären Karriere. Es ist höchste Zeit diese Fehlentwicklung zu korrigieren!

Hochleistungsmedizin und Menschlichkeit

Es ist auch höchste Zeit uns selbst auf die zentralen Aufgaben unserer internistischen Tätigkeit zu besinnen. Neben der Einheit der Inneren Medizin und der Verknüpfung von Forschung und Klinik ist das dritte und in meinen Augen wichtigste Grundelement der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin die ganzheitliche Betrachtung des uns anvertrauten kran-

ken Menschen in seinen körperlichen und seelischen Dimensionen.

Gerade in der heutigen Zeit, in der wir durch die aktuellen Rahmenbedingungen immer stärker dazu gezwungen werden, uns auf die Krankheit zu konzentrieren und ökonomische Aspekte in den Vordergrund gedrängt werden, erscheint es notwendig uns auf diese traditionellen Werte zu besinnen. Wir dürfen unsere Verpflichtung dem kranken Menschen gegenüber nicht vernachlässigen und müssen die Betrachtung des ganzen Menschen als zentrales Element unserer Tätigkeit bewahren, um nicht den Beruf des Arztes und Internisten mit der Tätigkeit eines Mediziners oder hochqualifizierten Facharbeiters einzutauschen und damit die essenziellen Elemente unserer ethischen und ärztlichen Einstellung aufzugeben. Es muss daher der Anspruch an uns selber sein und bleiben, Hochleistungsmedizin im Sinne einer guten und hochqualifizierten Medizin mit Menschlichkeit zu betreiben.

Gute Medizin setzt zuallererst und unverzichtbar eine auf hoher Leistungsbereitschaft und fachlicher Qualifikation aufbauende Medizin voraus. Ohne adäquates Fachwissen ist Menschlichkeit alleine keine Grundlage für eine verantwortliche ärztliche Tätigkeit. Andererseits ist gutes Fachwissen alleine ebenso nicht ausreichend, um wirklich „Arzt“ zu sein. Arztsein beinhaltet Fachwissen mit Menschlichkeit zu verbinden und sich der Verantwortung bewusst zu sein, die ein Arzt übernimmt, wenn er es sich zur Aufgabe macht kranken Menschen zu helfen.

Was bedeutet Menschlichkeit im ärztlichen Beruf konkret und wie wird sie in der täglichen Praxis erkennbar? Wenn man ein Lexikon zur Hilfe nimmt und nach dem Begriff „Menschlichkeit“ sucht, so findet man als Definition: „Menschlichkeit bedeutet ein Denken und Handeln basierend auf Selbstlosigkeit, Mitgefühl, Warmherzigkeit, Herzengüte, Ehrlichkeit, Verständnis, Toleranz, Einfachheit, Gewissenhaftigkeit, Zufriedenheit, Achtsamkeit, gegenseitigem Verantwortungsgefühl und Respekt.“ Menschlichkeit definiert sich somit

über das Denken und Handeln, d.h. eine persönliche Grundeinstellung. Menschlichkeit ist in dieser Form allerdings als ein Ideal definiert, das in seiner Vollkommenheit nicht erreicht werden kann.

Diese Definition von Menschlichkeit macht deutlich, dass Menschlichkeit eine allgemein gültige und erstrebenswerte Tugend ist, die nicht speziell auf den Arztberuf abzielt. Auch ein Jurist oder Kaufmann, ein Bäcker oder Bankangestellter, ein Politiker oder Manager soll menschlich sein. Natürlich wird von einem Beruf, der es sich als Hauptaufgabe macht, Menschen und vor allem kranken Menschen zu helfen, in besonderer Weise Menschlichkeit erwartet und sogar vorausgesetzt.

Damit ist der Arztberuf von vornherein mit einem besonderen Anspruch verbunden, der sowohl aus seinem eigenen Selbstverständnis heraus resultiert, sich aber in gleicher Weise auch aus den Erwartungen der Patienten und der Gesellschaft im Allgemeinen ergibt. Nicht zuletzt aus diesem Grunde genossen Ärzte zu allen Zeiten ein hohes Ansehen. Sie hatten und haben es sich zur Aufgabe gemacht, Wissen und Können zu erwerben und es zum Wohle kranker Menschen zu verwenden. Mit dieser Wahrnehmung ist verbunden, dass von Ärzten ein höheres Maß an moralischem und ethischem Handeln und Denken erwartet wird. Dies impliziert, dass Ärzte mit anderen Maßstäben gemessen werden und dass sie, um es plakativ zu formulieren, „bessere Menschen“ sein sollen.

Wenn man derzeit zur Kenntnis nehmen muss, dass das hohe Ansehen des Arztberufs deutlich abgenommen hat, so liegt dies sicherlich zum Teil in der Ärzteschaft selbst begründet. Das Gewinnstreben, die Geltungssucht und die Missachtung der Menschlichkeit durch einige wenige Kollegen haben den gesamten Berufsstand in Misskredit gebracht. Darüber hinaus findet eine fast systematisch zu nennende Demontage des ärztlichen Ansehens durch die Politik statt, die die Ärzte zu den Hauptverantwortlichen für die derzeitige finanzielle Misere des Gesundheitssystems macht und eine dem Wohl der Allgemeinheit

zuwider handelnde Allianz zwischen pharmazeutischer Industrie und Ärzteschaft unterstellt. Nur vor diesem Hintergrund ist das Ausmaß der Kontrollinstanzen zu verstehen, die in den letzten Jahren etabliert wurden, um die Ärzte zu überwachen. Beispielhaft genannt seien nur der Medizinische Dienst der Krankenkassen, das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und nicht zuletzt die Pauschalvergütung ärztlicher Leistungen. Mit derartigen Maßnahmen wird eine auf den individuellen Patienten ausgerichtete Medizin zumindest erschwert und rangieren ökonomische Vorgaben vor medizinischen Erfordernissen.

Ein ganz anderer, sicherlich aber mindestens gleichbedeutender Grund für den Ansehensverlust der Ärzte und ihre Abwertung zu Medizinern im Sinne von Gesundheitsmanagern liegt darin, dass in unserer modernen Gesellschaft die Menschlichkeit kaum noch als eine allgemein erstrebenswerte Tugend angesehen wird. Obwohl kein Zweifel daran bestehen kann, dass eine große Sehnsucht nach Menschlichkeit besteht, wird das tägliche Leben doch eher von materiellen Werten und Leistungsdenken dominiert. Menschlichkeit wird in unserem derzeitigen Gesellschaftssystem nicht anerkannt und honoriert und ist allenfalls zu einem Luxusgut geworden.

Wir müssen uns als Ärzte mit diesen allgemeinen Tendenzen arrangieren. Dabei gilt es aber umso mehr, die wirklichen Inhalte unseres Berufs zu bewahren und Menschlichkeit auszuüben wo immer wir es können, vor allem in der Betreuung unserer Patienten. Dazu bedarf es gar nicht viel! Es bedarf einer Grundeinstellung, die von der Achtung des Menschen, und des kranken Menschen im Besonderen, ausgeht. Es bedarf der Betrachtung des ganzen Menschen in seinen körperlichen und seelischen Dimensionen und der Vermeidung eines „Tunnelblicks“, der nur auf die bestehende Krankheit ausgerichtet ist. Es bedarf des Verständnisses den Sorgen und Ängsten des kranken Patienten gegenüber und des Bemühens, diese Sorgen und Ängste zu lindern. Es bedarf

schlicht und einfach „nur“ der Wahrnehmung eines anderen, kranken Menschen.

Über diesen wesentlichen Grundeinstellungen ärztlichen Handelns darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass auch Ärzte nur Menschen sind. Dies bedeutet, dass es nicht bei jedem Patienten möglich sein wird, diese Grundeinstellungen in der Praxis zu erfüllen. Dies bedeutet auch, dass Ärzte das Bewusstsein für Grenzen haben oder entwickeln müssen, für die Grenzen der Medizin im Allgemeinen, aber auch für ihre ganz persönlichen Grenzen.

Die großen Erfolge der Medizin in den letzten Jahrzehnten, die der Entwicklung neuer Techniken und bahnbrechender Erkenntnisse der Naturwissenschaften zu verdanken sind, verleiten dazu, den Blick für die Grenzen der Medizin zu verschleiern. Medizin ist jedoch keine Technik und sie ist auch keine Naturwissenschaft. Trotz aller Fortschritte muss uns bewusst sein, dass Leben und Tod letztlich unerklärbar und unverstehbar Phänomene sind und bleiben. Leben und Tod sind jedoch die Eckpunkte, innerhalb derer sich die Medizin bewegt und die die Grenzen unserer Möglichkeiten bestimmen. Die Achtung dieser Grenzen und die Einsicht, dass auch die moderne Medizin nicht vor Krankheit und Tod bewahren kann, müssen uns in unserem Handeln bestimmen. Dies bedeutet, dass verantwortliches Arztsein darin bestehen kann, technisch und medizinisch mögliche Maßnahmen zu unterlassen, wenn sie dem Wohl des Patienten nicht mehr dienen und möglicherweise nur Leiden und Sterben verlängern, und es bedeutet für diese Entscheidung die Verantwortung zu übernehmen.

Die Anerkennung der eigenen Grenzen ist manchmal noch schwieriger umzusetzen. Sie ist aber von elementarer Wichtigkeit. So ist es in dem Bewusstsein der Verantwortung einem Patienten gegenüber notwendig, die Grenze des eigenen Fachwissens zu kennen und gegebenenfalls zusätzlichen speziellen Rat einzuholen oder den Patienten an eine andere Institution weiterzuleiten.

Fast noch wichtiger ist die Anerkennung der eigenen physischen und psychischen Grenzen,

die bei einem engagierten Arbeiten leicht aus dem Blickfeld geraten. Trotz des hohen Anspruchs an den Arzt und trotz seiner Bereitschaft zur Hilfeleistung besteht keine Verpflichtung zur Selbstaufgabe und zur Selbstaufopferung. Auch ein Arzt hat wie jeder Mensch ein Recht auf Leben, auf Familie, auf Freude, Freizeit und Genuss. Wie wichtig dieser Hinweis ist, wird durch die hohe Zahl von Ärzten aber auch von Pflegekräften unterstrichen, die im Laufe ihres Berufslebens ein Burn-out-Syndrom oder eine schwere Depression erleiden. Es steht zu befürchten, dass diese Zahl angesichts der kontinuierlich erschwerten Rahmenbedingungen für eine menschliche Medizin eher noch steigen wird. Davor gilt es uns selbst zu schützen. Wir sind als Ärzte nicht für die Rahmenbedingungen verantwortlich, unter denen wir zurzeit arbeiten müssen. Wir sind auch nicht dafür verantwortlich, wenn medizinisch sinnvolle und notwendige Maßnahmen von den Krankenkassen nicht anerkannt werden. So sehr es uns schmerzt, unseren Patienten in diesen Situationen nicht die aus unserer Sicht beste Behandlung zukommen zu lassen, so sehr sollten wir uns davor schützen, dafür die Verantwortung zu übernehmen.

Seit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, eigentlich sogar seit Beginn des ärztlichen Berufsstandes ist viel über die moralischen und ethischen Verpflichtungen der Ärzte gesagt und geschrieben worden. Es erscheint heute an der Zeit, auch die Bedürfnisse des Arztes als Mensch zu formulieren und das Recht auf eigene Menschlichkeit einzufordern. Dies steht keinesfalls im Widerspruch zum ärztlichen Auftrag dem kranken Menschen gegenüber, aber es definiert die Grenzen dieser Aufgabe und unterstreicht die Achtung vor uns selbst.

Menschlichkeit ist ein unverzichtbares, aber komplexes Grundelement der ärztlichen Tätigkeit. Menschlichkeit macht den Unterschied aus zwischen einem Arzt und einem Mediziner und definiert die Einstellung, mit der wir unseren Beruf ausüben. Menschlichkeit dem Patienten gegenüber darf jedoch nicht

bedeuten von uns selbst Unmenschliches zu verlangen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, Herr Seeger hat zum Abschluss seiner Rede im letzten Jahr formuliert, „es ist ein Adel Internist zu sein“. Dies ist in der Tat der Fall und es ist eine ganz besondere Auszeichnung als Repräsentant aller dieser Adelligen hier vor Ihnen stehen und reden zu dürfen. Ich möchte allen Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin sehr herzlich dafür danken, dass Sie mich zum Vorsitzenden unserer Gesellschaft gewählt haben und mir die Ehre gewährt haben ausgerechnet den Kongress zum 125. Jahrestag der DGIM durchführen zu dürfen. Ich betrachte dies als eine große Auszeichnung und Zeichen Ihres Vertrauens. Ich habe mich mit großer Unterstützung des wissenschaftlichen Komitees, der Schwerpunktgesellschaften, des Berufsverbandes Deutscher Internisten, der Stadt Wiesbaden, der Kongressorganisation M:CON, der Geschäftsstelle und mit der unermüdlichen Hilfe unseres Generalsekretärs und unseres Geschäftsführers sowie vor allem meines Teams aus München darum bemüht, Ihren hohen Erwartungen gerecht zu werden. Wir haben getan was wir konnten; jetzt liegt es an Ihnen, den 113. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zu einem fachlichen und persönlichen Erfolg zu machen.

Theodor-Frerichs-Preis 2007

Preisträger: Dr. Otto Tschritter,
Abt. für Endokrinologie, Stoffwechsel und
Pathobiochemie, Medizinische
Universitätsklinik IV der Eberhard-Karls-
Universität Tübingen

The cerebrocortical Response to Hyperinsulinemia is reduced in overweight Humans: A magnetoencephalographic Study

Die Arbeit, für welche Herr Tschritter den Theodor-Frerichs-Preis erhält, ist in mehrerer Hinsicht bemerkenswert. Das Gehirn wurde wegen

der insulinabhängigen Aufnahme von Glucose durch Nervenzellen traditionell als insulin-sensitives Organ betrachtet. Es ist jedoch seit längerem ebenfalls bekannt, dass Insulinrezeptoren in allen Bereichen des zentralen Nervensystems vorhanden sind. Außerdem führt die Deletion des Insulinrezeptors im ZNS der Maus zu erhöhtem Körpergewicht und karaphärer Insulinresistenz.

Ausgehend von diesen Befunden hat Herr Tschritter die Hypothese formuliert, dass bei Übergewicht die Insulinantwort des zentralen Nervensystems gestört sein könnte. Um die Aktivität des ZNS zu analysieren, hat er die Magnetoenzephalografie eingesetzt. Er hat damit bei insgesamt 25 Probanden unter hyperinsulinischen euglykämischen Bedingungen die ZNS-Funktion untersucht und gefunden, dass bei schlanken Probanden die Ruheaktivität des Cortex verändert wird, während bei übergewichtigen Probanden Insulin keinen Effekt auf das ZNS hatte. Die Ergebnisse seiner Arbeit zeigen, dass Insulin-Effekte auf die terraprokortikale Funktion bei Menschen mittels Magnetoenzephalografie nachweisbar sind. Bei schlanken Menschen erhöht Insulin die Beta- und Tetaaktivität des Cortex, während bei übergewichtigen Personen und bei Trägern des Diabetes-Risiko-Allels diese Effekte deutlich vermindert sind. Er hat damals erstmals gezeigt, dass es beim Menschen eine Insulinresistenz des zentralen Nervensystems gibt und dass diese möglicherweise mit der Pathogenese von Adipositas und Diabetes mellitus Typ II assoziiert ist. Aus diesen Ergebnissen lassen sich möglicherweise ganz neuartige therapeutische Strategien zur Behandlung oder Prävention von Übergewicht und Diabetes mellitus Typ II ableiten. Diese Arbeit wurde von den Gutachtern aus insgesamt 18 ausgezeichneten Bewerbungen als die Hervorragendste ausgewählt.