



Deutsche Gesellschaft für Innere  
Medizin e. V.  
Irenenstraße 1  
65189 Wiesbaden

Postfach 2170  
65011 Wiesbaden

Telefon: 0611/2058 040-0  
Telefax: 0611/2058 040-46  
e-mail: [info@dgim.de](mailto:info@dgim.de)  
internet: <http://www.dgim.de>

## Eröffnungsrede

### des Kongresspräsidenten Herrn Professor Georg Ertl zum 114. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 31.03.2008

#### Individualität in Medizin und Forschung

##### Inhalt

- A) Die Innere Medizin in unserer Gesellschaft
- B) Gibt es eine „internistische Forschung“?
- C) Stand und Zukunft der internistischen Forschung

#### A) Die Innere Medizin in unserer Gesellschaft

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin wurde 1882 von Wissenschaftlern gegründet, „damit die Praktische Heilkunde nicht dem Untergang anheimfalle“. Aus medizinisch wissenschaftlicher, nicht aus standespolitischer Sicht machten sich die Gründungsväter Sorgen um die praktische Heilkunde. Es war die Einführung der Naturwissenschaften und ihrer Methoden seit Ende des 18. Jahrhunderts in die Medizin und die rapide Zunahme an medizinischer Information, welche der Inneren Medizin bedrohlich erschienen, nachdem sie sich 100 Jahre zuvor mit Hilfe der Naturwissenschaften von den Geisteswissenschaften befreit hatte.

Seither ist es der Brauch, dem ich als Vorsitzender auch folgen möchte, zunächst auf die Stellung der Inneren Medizin in unserer Gesellschaft einzugehen, sodann möchte ich der Frage nachgehen, was ich unter „internistischer Forschung“ verstehe und schließlich möchte meine Vorstellung von der zukünftigen Bedeutung dieser Forschung mit Ihnen teilen.

Herodot wundert sich über die hoch gelobte Heilkunst in Ägypten (II. Buch, Kapitel 84): „Die Heilkunst ist aufgeteilt. Jeder Arzt behandelt nur eine bestimmte Krankheit, nicht mehrere, und alles ist voll von Ärzten. Da sind Ärzte für die Augen, für den Kopf, für die Zähne, für den Leib und für innere Organe.“ Und dann unser Gründungspräsident Frerichs: „Wenn schon durch die Fülle des Stoffes eine gewisse Theilung der Arbeit geboten wurde, so kommt noch, was mehr ins Gewicht fällt, hinzu, dass der gesonderte Ausbau der Einzelfächer in der That durch dauernde, zum Theil unvergängliche Leistungen bewiesen hat, wie fruchtbringend die getheilte Arbeit werden könnte.“ Die Fülle des Stoffes hat sich exponentiell erweitert.

Dennoch wird die Notwendigkeit der Allgemeinen Inneren Medizin von den Spezialfächern nicht in Frage gestellt und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin lebt mit Ihren Schwerpunktgesellschaften im Konsens. Ein in meinen Augen überflüssiger Konflikt mit der Allgemeinmedizin drohte zur Abschaffung des Facharztes für Allgemeine Innere Medizin zu führen. Begreift man nämlich die Innere Medizin als die Summe ihrer Schwerpunkte, dann ergibt sich ein Fach, aber dieses repräsentiert sich nicht mehr in einer Person, also einem Facharzt, denn die Kenntnisse aller Schwerpunkte übersteigen die Erfahrungsmöglichkeiten einer einzelnen Person. Begreift man die Innere Medizin aber als die Spezialkenntnisse der Auswirkung von Organerkrankungen oder Systemerkrankungen auf den Gesamtorganismus, insbesondere in Gegenwart mehrerer Organ- oder Systemerkrankungen, und der Auswirkung einer Organ- oder Systemerkrankung auf die Entstehung, den Verlauf und die

Therapie anderer Organ- und Systemerkrankungen, dann hat man den heutigen Internisten vielleicht am besten beschrieben. Dieser kann, wie eine europäische Kommission den Internisten gerade definiert hat, durchaus entsprechend seinen Interessen auch subspezialisiert, also wie ich zum Beispiel Kardiologe sein, aber er muss sich ein breiteres Wissen in der Inneren Medizin erwerben, erhalten und pflegen.

Ein zunehmender Bedarf für die Innere Medizin besteht wegen zunehmender Multimorbidität in unserer Gesellschaft. Unsere Patienten wurden in den letzten 30 Jahren ca. 6 Jahre älter, das heißt, Ihre statistische Lebenserwartung wird sich im Lauf meiner Rede um ca. 5 Minuten verlängern, leider nur zu einem geringeren Teil aufgrund der Primärprävention von Krankheiten, sondern vor allem aufgrund einer Reduktion der Sterblichkeit von Kranken. Das bedeutet aber, dass unsere Patienten länger mit ihrer Erkrankung leben und sich weitere Leiden zuziehen also multimorbide werden. Häufig bestimmt nicht mehr das einzelne Krankheitsbild die Prognose, Lebensqualität und Therapie, sondern die Summe der Erkrankungen, die Begleiterkrankungen oder Komorbiditäten. Patienten mit chronischer Herzschwäche haben nach einem Jahr eine Überlebenschance von 80 Prozent, wenn keine zusätzlichen Erkrankungen vorliegen. Mit jeder weiteren internistischen Erkrankung fällt die Überlebenschance, aber natürlich auch die Lebensqualität schrittweise auf 20 Prozent bei drei Begleiterkrankungen ab. Indirekt weist dies auf die Multimorbidität unserer Patienten am Lebensende hin und unterstreicht die Aufgabe des Internisten gerade auch in dieser Lebensphase, die eine Einschätzung der Gesamtsituation des Patienten erfordert, der physischen und psychischen Reserven und des sozialen Umfeldes, vor allem aber eine gute Kenntnis der Krankheiten, ihrer therapeutischen Möglichkeiten und Prognose. Häufig ist die schwierige Entscheidung nicht, welche Therapie gewählt, sondern, auf was verzichtet werden soll. Schon heute sind diese internistischen Patienten eher die Regel als die Ausnahme, der Bedarf an Internisten wird zunehmen, die Innere Medizin *als praktische Heilkunde* ist heute mehr denn je ein Fach der Zukunft.

Die ökonomischen Anreize unseres Gesundheitssystems entsprechen leider in keinsten Weise diesem Bedarf. In den Kliniken geraten die konservativen Fächer aufgrund des neuen Vergütungssystems mit „Diagnosis Related Groups“, besser bekannt unter dem Kürzel DRG, in Gefahr, ihrem Auftrag nicht mehr nachkommen zu können. DRG's geschickt zu nutzen, heißt Leistung zu fragmentieren, statt im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes Komorbiditäten zu diagnostizieren und zu behandeln. Dieser klassische Ansatz der Inneren Medizin, ist betriebswirtschaftlich unklug geworden. Volkswirtschaftlich wäre es kostensparend und darüber hinaus gerade für unsere alten und nicht mehr mobilen Patienten ein Schlüssel für die medizinische Versorgungsqualität. Dies wird aber für die Kliniken unwirtschaftlich. Prozeduren und Nutzung von technischen Möglichkeiten lassen sich relativ leicht taxieren und ihr teils sehr hoher Aufwand in einem DRG abbilden. Darüber hinaus lassen sie sich relativ gut rationalisieren und daher gewinnbringend anwenden. Ein Grund, warum die Einführung der DRG bisher in keinem Land zur Kostendämpfung, sondern nur zur Wirtschaftlichkeit in bestimmten Kliniken geführt hat, ist der Anreiz, möglichst viele gewinnbringende Prozeduren durchzuführen.

Schwieriger ist dagegen die ökonomische Bewertung der Geistesarbeit, um einen kniffligen Fall zu lösen, oder des organisatorischen Aufwandes für die komplexe Diagnostik und Versorgung eines multimorbiden Patienten. Hirnschmalz ist im DRG schwierig abzubilden, aber man sagt uns, es handele sich ja um ein lernendes System und damit besteht Hoffnung auf eine künftig bessere Bewertung individueller intellektueller Leistung. Hoffentlich lernt das System rasch genug, bevor die humane Medizin, die sich um alle Bedürfnisse des Patienten umfassend kümmert, zugrunde gerichtet ist.

Eine ärztliche Leistung beruht auf der individuellen Beziehung zwischen Arzt und Patient. Auch berufsrechtlich wird die „Höchstpersönlichkeit und Eigenverantwortlichkeit der ärztlichen Leistung“ als wesentlicher Inhalt der freiberuflichen Tätigkeit angesehen.

Andererseits werden *Individuelle Gesundheitsleistungen (IGel)* verstärkt neben der üblichen medizinischen Versorgung in Arztpraxen angeboten, deren Kosten werden jedoch von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen. Hier handelt es sich um eine äußerst unglückliche Begriffswahl, suggeriert sie doch, dass die individuelle Leistung nicht das Selbstverständliche ist, sondern besonderer Erwähnung bedarf. Die Lösung eines medizinischen Problems beruht auf der individuellen medizinisch wissenschaftlichen Leistung, im besten Falle ist sie eine Kasuistik, ein Präzedenzfall.

Diese Kunst kann auch nicht durch eine Leitlinie, ein Disease Management Programm oder einen Klinischen Pfad ersetzt werden. Sicher, das diagnostische und therapeutische Vorgehen muss sich an wissenschaftlichen Standards messen und von Kollegen gleichen Wissenstandes nachvollziehen lassen, das heißt sich an kontrollierten Studien und der darauf beruhenden Leitlinie orientieren oder sich mit ihnen auseinandersetzen. Aber Evidenz in Studien wird für ein Musterkollektiv erhoben, das nur bedingt repräsentativ ist für unseren Alltag in Klinik und Praxis, zum Beispiel was die Verteilung des Alters, des Geschlechts und der Komorbiditäten betrifft. Es bedarf daher der wissenschaftlichen Ausbildung und der klinischen Erfahrung des Arztes, Studienergebnisse unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien und der Größe des beobachteten Effekts auf die spezifische Situation des Patienten zu übertragen und mit dessen Vorstellungen und Erwartungen in Einklang zu bringen.

## **B) Gibt es eine „internistische“ Forschung?**

Die letzten Jahrzehnte haben uns zahllose Errungenschaften der medizinischen Forschung bei internistischen Erkrankungen gebracht: Koronarstents, Fortschritte in der Therapie der Herzinsuffizienz, der Transplantationsmedizin, bei hämatologischen Erkrankungen, erste Erfolge bei der Behandlung des Lungenhochdrucks, großartige Entwicklungen der endoskopischen Techniken, um nur einige Beispiele zu nennen.

Ich möchte zwei Schwerpunkte unseres diesjährigen Kongresses besonders erwähnen, weil sie das gesamte Spektrum der medizinischen Forschung umfassen: 1. Das Potential der molekularen Medizin und Genetik für die klinische Forschung und 2. die kontrollierte klinische Studie und ihre Umsetzung in der Patientenversorgung.

**1. Molekulare Medizin und Genetik.** Durch die molekulare Medizin und Genetik und die Anwendung transgener Techniken in der Grundlagenforschung sind entscheidende Fortschritte im Verständnis der Pathophysiologie, in der molekularen Diagnostik und in der Therapie heute schon erreicht worden. Mit neuen molekularen Zielstrukturen wurden bereits therapeutisch nutzbare Signalwege identifiziert. Eine ganze Generation von Forschern hat sich auf den Weg gemacht, Organe zu reparieren oder die Selbstheilung der Organe gezielt zu unterstützen und nutzt dazu molekulargenetische Methoden. Die heutige Theodor-Frerichs Preis Trägerin ist ein gelungenes Beispiel hierfür.

Gewisse Gefahren liegen aber im Siegeszug der molekularen Medizin und Molekulargenetik und ihrer hohen Attraktion für die medizinische Forschung. Zunächst droht ein Verlust der Kenntnisse in der Systembiologie, die notwendig sind, um molekulare Ergebnisse eine klinische Bedeutung zuzuordnen. Der Mensch hat nur 27.000 Gene, aber er braucht unendlich vielmehr Proteine, sodass jedes Gen viele Hunderte, wenn nicht tausende Eiweißbestandteile kodieren muss. Von da aus müssen wir erst noch zur Zelle, zum Organ und zum ganzen Organismus kommen. Zweifellos kommen wir einer Medizin als exakte Wissenschaft auf diesem Wege näher. „Die Medizin findet in den exacten Naturwissenschaften ihr festes unverrückbares Fundament, aber sie unterscheidet sich dadurch, dass sie nicht eine reine Wissenschaft, sondern dass sie eine angewandte, eine praktische Wissenschaft sein soll. Jede reine Wissenschaft kann die Probleme, welche ihr nicht lösbar erscheinen, vorläufig beiseite schieben und einer späteren Generation zur Bearbeitung überlassen“, so von Leyden in seiner Eröffnungsrede des 5. Internistenkongresses 1886. Das kann aber die praktische Heilkunde nicht und wir müssen uns darüber hinaus heute mehr denn je in Erinnerung rufen, dass nicht nur die Naturwissenschaften Wissenschaft sind und dass die Medizinische Forschung Mediziner auch mit Sozialwissenschaftlern, Psychologen und nicht zuletzt Philosophen fruchtbar in der Forschung vereint. Mit ihnen zusammen arbeiten wir uns nicht nur von der Grundlage zur Krankheit vor, sondern versuchen auch von der Krankheit und ihrer erfolgreichen Behandlung ausgehend den Weg zurück zu ihren Grundlagen zu finden.

**2. Die kontrollierte klinische Studie.** Ähnlich wie die Molekulare Medizin haben Methoden der klinischen Epidemiologie und Biometrie die klinische Forschung in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts *revolutioniert*. Sie haben Risikofaktoren für die Krankheitsentstehung als wesentliche Voraussetzung für die Primärprävention definiert. Die Methoden der kontrollierten klinischen Studie machen deren Ergebnisse mit einer quantifizierten Wahrscheinlichkeit reproduzierbar. Sie haben bewiesen, dass eine medikamentöse oder apparative Therapie bei schweren chronischen Erkrankungen das Leben verlängern kann. Sie haben aber vor allem auch gezeigt, dass unkontrollierte Studien und Beobachtungen zu unerwarteten falschen Ergebnissen führen können. Heute gehen wir noch einen Schritt weiter und beforschen mit denselben stringenten Methoden, warum eigentlich wissenschaftliche Ergebnisse nicht zügig umgesetzt werden, sondern auf dem Weg zum Patienten verloren gehen.

Auf die Grenzen der Epidemiologie und klinischen Forschung bin ich im Rahmen ihrer Umsetzung in der Patientenversorgung schon eingegangen. Auf seltene Erkrankungen, kann diese Form der Forschung, die ja Kollektive von vielen Tausend Patienten benötigt, nicht angewandt werden. Aber auch die Aussage für den individuellen Patienten muss immer wieder hinterfragt werden. Zum Beispiel: Patienten mit chronischer Herzschwäche sind vom plötzlichen Herztod durch Herzrhythmusstörungen bedroht. Die Studienlage erfordert die Implantation eines Defibrillators, obgleich nur 10% aller implantierten Geräte in 5 Jahren für den Patienten sinnvoll also lebensrettend genutzt werden. Bisher hilft klinische Stratifizierung hier nicht weiter. Mir scheint es ein besonders wichtiger Aspekt der Grundlagenforschung, insbesondere der Molekulargenetik in den Möglichkeiten zur Individualisierung der Therapie, vielleicht noch wichtiger der Individualisierung der Prävention zu liegen.

### **3. Internistische Forschung**

Ich möchte, was ich mir unter internistischer Forschung vorstelle, am Beispiel der Herz-Kreislaufforschung verdeutlichen. Die Grundlagenforschung konnte in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts molekulare Ursachen für das Versagen der Herzmuskelzelle klären. Aber die Hauptsymptome des Herzversagens sind Atemnot und Wassersucht, werden also durch die Lunge und die Niere hervorgerufen. In den 90er Jahren konnten wir molekulare Veränderungen des Gehirns im experimentellen Herzversagen nachweisen. Heute wissen wir aus klinisch epidemiologischen Studien, dass Patienten mit Herzinsuffizienz häufig an Depressionen leiden und dass dies für die Prognose äußerst gravierend ist. Wir erkennen ein Symptom, das auf organische Hirnveränderungen bei der Herzinsuffizienz zurückzuführen sein könnte und gehen zurück ins Labor, um nach diesen mit molekularen und molekulargenetischen Methoden zu fahnden. Heute beschäftigen sich die Psychiater mit Depression, die Kardiologen mit Herzinsuffizienz, die Brücke ist kaum zu zimmern. Der Psychiater würde jeden Depressiven behandeln. Er hat unrecht. Antidepressiva können Nebenwirkungen haben, die für Herzranke besonders gefährlich sind, alte Herzranke sind für eine Psychotherapie häufig nicht offen. Der Kardiologe meint, die Depression sei eine normale Reaktion auf den schlechten Gesundheitszustand. Auch er hat Unrecht. Schließlich haben nicht alle, sondern „nur“ 24% der Patienten mit Herzinsuffizienz tatsächlich eine schwere Depression, diese haben jedoch ein viel höheres und von der Schwere der Depression abhängiges Risiko zu versterben. Die Depression ist damit nicht nur eine belastende, sondern auch eine der gefährlichsten Komorbiditäten der Herzinsuffizienz.

Darüber hinaus ist die Herzinsuffizienz charakterisiert durch endokrine Störungen, Minderperfusion der Organe, Störungen des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes, thromboembolische Komplikationen. Sollen Forschungs- und Behandlungskonzepte Erfolg haben, müssen Kardiologen in der klinischen und Grundlagenforschung also auch mit Nephrologen, Endokrinologen, Neurologen, klinischen und Grundlagenforschern zusammen arbeiten.

Ich würde dies als internistische Forschung bezeichnen, eine Forschung für die Zukunft unserer Gesellschaft, und ich könnte für diese interdisziplinäre Forschung zahllose weitere Beispiele anführen. Forscher müssen Spezialisten auf ihrem Gebiet sein, aber offen für die

internistische Fragestellung, für die Kooperation mit andern Internisten, Medizinern, Naturwissenschaftlern, insbesondere Bioinformatikern, und Psychologen. Sie müssen Zeit und Kraft in Kenntnisse, Denk- und Verfahrensweisen anderer Fächer investieren. Dies gilt für die klinische Forschung aber auch für die Grundlagenforschung. Dies macht internistische Forschung heute und in Zukunft so anspruchsvoll, nicht nur statistisch, aufgrund vieler Variablen, sondern auch organisatorisch und in der stetigen intellektuellen Auseinandersetzung mit anderen als dem eigenen Spezialfach, aber entsprechend auch so spannend. „Gibt es spezifische biologische Grundlagen für Multimorbidität jenseits des Lebensalters?“ wird eine der großen Fragen für die kommenden Generationen sein.

### C) **Stand und Zukunft internistischer Forschung in Deutschland**

Wie sind wir auf diese Frage vorbereitet? „Aber so richtig den Anschluss verloren haben wir auf einem zentralen Gebiet der Medizin, nämlich der klinischen Forschung“ können wir bei Ernst-Ludwig Winnacker im Gespräch mit Marco Finetti lesen.

Warum hat unsere klinische Forschung den Anschluss verloren? Hier sind Begriffe zu klären. Klinische Forschung an vielen Kliniken in Deutschland war und ist Grundlagenforschung mit durchaus internationaler Anerkennung. Klinische Studien hingegen wurden als „Pharmaforschung“ zweiter Klasse angesehen, die von der Industrie besser gemacht werden kann und soll. Untersucher initiierte klinische Studien hatten es in Deutschland bis vor kurzem schwer, öffentliche Förderung zu erfahren, mussten daher die Unterstützung der Industrie finden und unterlagen damit auch nicht der Qualitätskontrolle eines standardisierten Begutachtungsverfahrens. Das Programm „Klinische Studien“, gemeinsam von BMBF und DFG getragen, ist ein wichtiges Signal für eine Neuorientierung. Das Auswahlverfahren zeigte aber sowohl bei der Suche nach Gutachtern als auch bei der Begutachtung der Anträge, wie wenig Expertise in Deutschland auf diesem Gebiet noch vorhanden ist. Während international sich höchst leistungsfähige Studienzentralen, übrigens meist aus großen Multicenterstudien, entwickelt haben, wie zum Beispiel in Oxford, Harvard oder Duke, aber auch die GISSI Gruppe in Italien, ist die notwendige Infrastruktur mit klinischer Epidemiologie und Biometrie in Deutschland nur ausnahmsweise vorhanden, die Konzepte für Aufbau und Weiterentwicklung sogar innerhalb des Fachs umstritten. Aber wir werden besser. Die öffentlichen Fördermöglichkeiten für klinische Studien haben heute schon zu einer merklichen Qualitätssteigerung bei den Anträgen geführt und werden unweigerlich zu einer Verbesserung unserer klinischen Forschung führen. Strukturen sind allenthalben im Aufbau um klinische Forschung zu professionalisieren, was angesichts der behindernden europäischen Gesetzeslage unumgänglich ist.

Aber eines der Kernziele muss die strukturierte Nachwuchsförderung von Medizinern zur Qualifizierung in der krankheitsorientierten und patientenorientierten klinischen Forschung sein. Die medizinische Doktorarbeit kann der Einstieg in eine Forscherkarriere werden, aber es fehlen entsprechende Studiengänge begleitend zum Medizinstudium, die Studenten auch in die klinische Forschung locken könnten. Das gleiche gilt für die Graduiertenschulen, in denen Klassen für „Klinische Forschung“ mit einem Ausbildungsprogramm für „Klinische Epidemiologie und Biometrie“ weitestgehend fehlen.

Es fehlt aber auch an Qualifizierungsmöglichkeiten für klinische Nachwuchswissenschaftler nach der Promotion. Die Problematik der klinischen Forschung in der ärztlichen Weiterbildung ist geprägt durch den Spagat zwischen Forschung/Lehre und Patientenversorgung. Traditionelle Strukturen gehen von einer kontinuierlichen Gleichwertigkeit dieser Aufgaben aus, was angesichts der Zunahme der Belastungen in den einzelnen Bereichen zu Minderleistungen in jedem Bereich führen muss, und auch bei hochbegabtem Nachwuchs die internationale Konkurrenzfähigkeit in Frage stellt. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin wird sich auch in Zukunft für die Internistischen Wissenschaftler stark machen. Sie hat kürzlich eine Analyse der Arbeitsbedingungen von wissenschaftlichen Assistenten an den Universitätskliniken durchgeführt, die Belastungen außerhalb der ärztlichen klinischen Aufgaben, Forschung und Lehre quantifiziert hat. Wir

müssen die Möglichkeiten nutzen, Forschung, Lehre und Krankenversorgung aber gegebenenfalls auch Mutterschutz und Erziehungszeiten abschnittsweise in den Vordergrund rücken. Dies ist nur mit höchster Flexibilität zu erreichen, mit Forschungsanteilen an der Arbeitszeit die variieren können zwischen 20 und 100%. Dabei muss die Weiterbildung im Fach gewährleistet sein, auch, wenn sie sich nicht in der Mindestzeit machen lassen wird, wobei die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin die Anerkennung von „Forschungstätigkeit in der Weiterbildungszeit“ im Schulerschluss mit der Bundesärztekammer unterstützt und versucht dies auf der Ebene der Landesärztekammern zu institutionalisieren.

Das alles klingt nach Quadratur des Kreises und diese wird nicht gelingen, wenn wir nicht die Besten unsere Jugend für die medizinische Forschung begeistern und ihnen sagen können, dies ist nicht nur ein spannender, aufregender Berufsweg, sondern einer mit hoher Anerkennung in unserer Gesellschaft. Es gilt den Schatz zu heben, der im jungen und jüngsten Wissenschaftler, der wenig publiziert hat und meist zu viel Geld will und ein Risikoprojekt darstellt, nicht nur für die Forschungsförderung sondern auch für den Forscher selbst. Noch haben wir nicht den Königsweg für die Förderung des begabten jungen Wissenschaftlers gefunden. Die Form folgt immer der Funktion könnte eine Maxime für die Wissenschaftsförderung sein, hier wäre Erfolgskontrolle für die Weiterentwicklung autochthon bewährter Strukturen manchmal wichtiger als landesweit umzusetzende Empfehlungen für Strukturänderungen. Wie sollen wir aber die Qualität eines Forschers und eines Forschungsvorhabens messen? Wenn es um die Beurteilung von Zukünftigem geht, stoßen wir rasch an die Grenzen der Quantifizierbarkeit und ziehen uns deshalb gerne auf die vorgelegten Publikationsleistungen und früheren Fähigkeiten zur Drittmittelinwerbung zurück. Hier liegt meines Erachtens der Wert der Mentorenschaft, der individuellen Beziehung zwischen Schüler und Lehrer, in der ein Vertrauensvorschub auf beiden Seiten möglich und auch notwendig ist. Hier liegt auch eine Schlüsselrolle der Grundausrüstung, die ausreichen muss um junge Wissenschaftler aus der Taufe zu heben, „antragsfähig“, wie es so schön heißt, zu machen oder werden zu lassen. Hier müssen wir Strukturen an den Universitätskliniken mit individuellem Gestaltungsraum für Mentor und Schüler unbedingt erhalten.

Dieser Gestaltungsraum ist derzeit allerdings an unseren Universitätskliniken in größter Gefahr. Universitätskliniken sollen trotz ihrer besonderen Funktion in Forschung und Lehre mit anderen Kliniken, die diesen Auftrag nicht haben, konkurrieren, dies ist gesetzlich (DRG) so vorgesehen. Darüber hinaus tragen sie noch eine Hauptlast der Weiterbildung, befinden sich doch in Unikliniken 60%, bei Kliniken in privater Trägerschaft nur 38% der Ärzte in der Ausbildung. Das Bundesverfassungsgericht hat kürzlich bestätigt, dass Universitätskliniken den wissenschaftlichen Aufgaben der medizinischen Fachbereiche trotz ihrer rechtlichen Verselbständigung zu dienen haben. Wissenschaftsfreiheit ist ein Grundrecht des medizinischen Hochschullehrers, auch wenn er in der Krankenversorgung tätig ist. Es ist einerseits eine höchst erfreuliche Konsequenz dieses Beschlusses, dass für Forschung und Lehre notwendige Abteilungen nicht einfach geschlossen werden können, wenn sie unwirtschaftlich sind. Wie sollen aber Klinikumsvorstände ökonomisch agieren, wenn sie unwirtschaftliche Abteilungen mit tragen müssen? Sie können die Last nur auf alle verteilen, was auf Kosten der Freiräume für die Forschung gehen wird. Kant sieht drei historische Gefährdungen der Universität: Kirche in der Vergangenheit, Staat in seiner Gegenwart und Kommerz in der Zukunft.

Meine Damen und Herrn,

Ich glaube, dass es gerade für jüngere Kolleginnen und Kollegen besonders attraktiv ist, sich einer Medizin zu widmen, die wissenschaftlich begründet ist, jedoch die Kunst der Anwendung erfordert. Lassen Sie uns Rahmenbedingungen erhalten und ausbauen, die es ermöglichen dies mit der Begeisterung zu tun, die unser Beruf braucht. Ich beobachte auch bei der nachfolgenden Generation, dass die Faszination an den technischen Möglichkeiten in der Medizin nachlässt, die intellektuelle Herausforderung verstärkt gesucht wird. Wenn ich gefragt werde, welchen Rat ich Medizinstudenten für die Berufswahl gebe, so antworte ich aus meiner Erfahrung heraus: Werden Sie Arzt. Es ist der schönste Beruf, einen schönern gibt's nicht. Die heutigen Bewerber auf eine Weiterbildungsstelle fragen im Detail nach und

wünschen sich ganz überwiegend zunächst eine breite Weiterbildung in der Inneren Medizin, bevor sie sich einem Spezialfach zuwenden wollen. Ich bestärke sie darin in der tiefen Überzeugung, dass es der Beruf mit dem weitesten Spektrum sein kann: Naturwissenschaft, Psychologie, Philosophie, Mathematik, Soziologie und nicht zuletzt in ihrer Zuwendung zum einzelnen Patienten eine angewandte Kunst. Hierfür steht die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin. In guter Tradition werden wir darüber in den nächsten Tagen berichten.

„Somit erkläre ich den 114. Kongress für Innere Medizin für eröffnet“

*(Es gilt das gesprochene Wort)*