

S P E R R F R I S T 15.04.2012, 20 Uhr !!!!

Ansprache des Präsidenten

„Innere Medizin im Spiegel der Zeitgeschichte“

Professor Dr. med. habil. Joachim Mössner

Hoch verehrte Anwesende: Als erster Präsident unserer Gesellschaft aus dem sogenannten Osten unserer Republik, fast 22 Jahre nach der Wiedervereinigung, liegt es natürlich nahe, dass ich die Entwicklung der Inneren Medizin vor und nach 1989 anspreche.

Im zweiten Teil meiner Rede widme ich mich, sicher subjektiv, dem Stand und der möglichen Zukunft der medizinischen Wissenschaft in Deutschland; speziell auch der Inneren Medizin als ein Schwerpunkte übergreifendes Fach. Diese Gedanken stelle ich in Kontext zu einem kurzen medizinhistorischen Überblick. Gemäß dem Rahmenthema unseres Kongresses möchte ich auch kurz auf die mögliche Zukunft der genetischen Diagnostik und der damit verbundenen Probleme eingehen.

In meiner Rede als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten 1999 in Leipzig stellte ich fest, dass nach einer Analyse der Deutschen Forschungsgemeinschaft, trotz millionenschwerer Förderung der medizinischen Wissenschaft in Ostdeutschland, die Kluft zwischen West und Ost ausgeprägt sei. Auch 22 Jahre nach Fall der Mauer besteht noch eine Kluft, vergleicht man die Anzahl der DFG-Sachbeihilfen oder Sonderforschungsbereiche. Sie ist aber deutlich geringer geworden. Ein Leipziger Kabarettist hatte in den 90iger Jahren eine einfache Antwort: die Besten hätten die DDR vor- und nach dem Mauerbau zu Tausenden verlassen. Aus dem Westen kam

nur die dritte Wahl: Glücksritter, Betrüger und bezogen auf die Wissenschaft solche, die das Ende der Karriereleiter im Westen erreicht hätten.

Der Leiter unseres Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in Leipzig, Elmar Brähler, konnte in einer sehr sorgfältigen wissenschaftlichen Analyse jedoch zeigen, dass in der Regel keine Berufung der „zweiten oder dritten Wahl“ erfolgte.

Der deutlich niedrigere Landeszuschuss für Forschung und Lehre, den ärmere Bundesländer ihren medizinischen Fakultäten zahlen, das gilt auch für Westdeutschland, mag mit ein Grund für wissenschaftliche Defizite sein.

Als Dekan unserer Fakultät in der Zeit von 1997 bis 2002 war es natürlich mein Ziel, die Besten der Bewerber zu berufen, auch wenn sie nicht unbedingt passfähig für die aufgebauten drei Forschungsschwerpunkte Endokrinologie, Immunologie und Neurowissenschaften waren. Dies hatte zwangsläufig zur Folge, dass eine bunte Mischung unterschiedlicher Forschungsrichtungen entstand. Etablierte Fakultäten in der alten Bundesrepublik hatten es vielleicht leichter, mehr gezielte Berufungen durchzuführen, um größere Forschungsverbände aufzubauen. Die bisherige Entwicklung in den neuen Bundesländern zeigt mir, wie schwer es ist und wie lange es dauert, den Schaden einmal zerschlagener Strukturen und vertriebener wissenschaftlicher Intelligenz zu beheben.

Gesamt-Deutschland hat bis heute als Wissenschaftsstandort die Folgen der Vertreibung und Ermordung der jüdischen Intelligenz nicht

überwunden. Diktaturen sind per se Feinde der Wissenschaft. Diktatoren und ihre Helfershelfer dulden keine Meinungsfreiheit und Kritik. Meinungsfreiheit, Kritikfähigkeit und Experimentierfreudigkeit sind die Grundvoraussetzungen einer erfolgreichen Wissenschaft. Für den betroffenen Arzt und Wissenschaftler in einer Diktatur besteht die Möglichkeit, oft unter Lebensgefahr, diese Länder durch Flucht zu verlassen oder sich anzupassen.

Innere Immigration oder das Verhalten eines passiven oder aktiven Mitläufers umfassen ein breites Spektrum. Der Erhalt einer Führungsposition ist für Nicht-Mitläufer in einer Diktatur in der Regel ausgeschlossen. Viele Wissenschaftler, die aus Verbundenheit zur Familie und Heimat, nicht der DDR den Rücken kehrten, fanden ihre innere Heimat in der Kirche. Es waren diese Menschen, die 1989 unter Gefahr ihres Lebens auf die Straße gingen. Statt Kunst zeigen wir Ihnen eine Ausstellung unseres zeitgeschichtlichen Museums zum Herbst 1989 in Leipzig. Ich würde mich freuen, wenn Sie die Ausstellung besuchen.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat sich mit dem Verhältnis ihrer exponierten Vertreter zur Nazi-Diktatur auseinandergesetzt. Dies verdient höchste Anerkennung. Der Vorstand unserer Gesellschaft wird sich, vielleicht längst überfällig, ebenfalls diesem wichtigen Thema unter Mithilfe von Historikern widmen. Ich hatte, wie Helmut Kohl sagte, die Gnade der späten Geburt und bin zur richtigen Zeit im richtigen Land geboren.

Ich kann, darf und will nicht als sogenannter Westdeutscher über medizinische Persönlichkeiten in der DDR urteilen. Max Bürger, auch Lehrstuhlinhaber in Leipzig, war als DDR-Bürger 1951, als Reisen noch

möglich war, Präsident unserer Gesellschaft. Bürger war NSDAP Mitglied, wurde 1945 von den Sowjets seines Lehrstuhls für Innere Medizin enthoben. Als nachgewiesen wurde, dass Bürger Niemandem geschadet hatte, wurde er zurückberufen. Bürger ist der Vater der Altersforschung und wird noch heute von seinen Schülern geachtet.

Trotz der beschränkten ökonomischen Mittel waren die studentische Ausbildung und die internistische Versorgung in der DDR sehr gut. Es wurden noch Anamnesen erhoben, Patienten körperlich untersucht und Differentialdiagnosen intellektuell überlegt. Arztsein war noch eine Kunst, wie unser ehemaliger Präsident Jürgen Schölmerich in seiner Rede vor zwei Jahren hervorhob. Heute wird sich oft, auch unter Zeitdruck im DRG-System, dem Patienten nur oberflächlich gewidmet, wenn er mit dem Labor-, Sonografie- und CT-Befund in der Hand bereits kommt. Die DDR war im Sport mit oder ohne Doping international führend; medizinisch wissenschaftlich gesehen aber international nahezu bedeutungslos.

Ich darf zum zweiten Teil meiner Gedanken, die ich mit Ihnen teilen möchte, kommen: Wissenschaft und Innere Medizin als Einheit.

In den einzelnen Schwerpunkten der Inneren Medizin erfolgt hervorragende Forschung, die den Vergleich mit anderen Gebieten nicht scheuen muss; belegbar durch die Zahl der klinischen Forschergruppen, DFG-Sachbeihilfen, Sonderforschungsbereiche. Innerhalb dieser Verbände ist eine Kooperation zwischen verschiedenen Schwerpunkten der Inneren Medizin oder anderen Gebieten, wie Biochemie, Molekularbiologie, Immunologie, Biophysik, auch natürlich eine

kooperative Forschung mit anderen Fakultäten einer Universität oder außeruniversitären Forschungseinrichtungen selbstverständlich.

Ich betrachte die Innere Medizin als die Mutter der klinischen Medizin. Ist exzellente Forschung in der Inneren Medizin, wenn sie als Ganzes betrachtet wird, überhaupt noch möglich? Wir haben mit einigen Schwerpunktthemen dieses Kongresses versucht, die Ganzheitlichkeit unseres Faches darzustellen: Adipositas, Geriatrie, Herzinsuffizienz.

Ich will nicht zynisch sein, der „klassische“ Patient in der Inneren Medizin ist älter als 70, übergewichtig, leidet unter Typ II Diabetes, Hypertonie, koronarer Herzkrankheit sowie Gon- oder Coxarthrose. Zu seiner Medikation zählen orale Antidiabetika, ACE-Hemmer, β -Blocker, Diuretika, Acetylsalicylsäure, ein Statin, vielleicht noch gegen die Arthrosebeschwerden ein nicht-steroidales Antirheumatikum entweder vom Arzt verordnet oder vom Arzt unbemerkt als OTC-Medikament eingenommen. Damit er die Medikation verträgt, erhält er noch einen Protonenpumpenblocker.

Im Zeitalter des Internet würde ich mir einen Link wünschen, der mir sagt, mit welchen Arzneimittelinteraktionen, mit welchen, allein durch die Medikation bedingten zusätzlichen Symptomen ich rechnen muss. Ich würde auch gerne wissen wollen, auf welche Medikamente ich im individuellen Fall verzichten könnte. Ich möchte wissen, ob überhaupt und wenn ja, welche Medikamente der Patient wirklich einnimmt. Ich erinnere mich noch an die Anekdote, die mein erster klinischer Lehrer, Hans Franke, erzählte: In einem Park in der Nähe einer Kurklinik fiel ein Taubensterben auf. Die Sektion der Tiere ergab Vergiftung durch Digitalis als Todesursache. Die Vögel hatten, ob des süßen Überzugs

der Tabletten, die die Patienten aus dem Fenster warfen, die Pillen gefressen.

Zurück zum Thema. Goldstandard im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin ist die randomisierte, prospektive, doppelblinde Multicenter-Studie. Wenn es keine etablierte Therapie gibt, dann muss die Studie placebokontrolliert sein. Je besser die Studie, desto vergleichbarer die Gruppen, desto geringer die Zahl sogenannter „confounding factors“, die zu einer Fehlinterpretation des Studienergebnisses führen könnten. Wenn Sie sich der Mühe unterziehen würden, ob das neunte oder zehnte zusätzliche Medikament, das Sie verordnen, in einer Studie untersucht wurde, in der die Patienten auch eine vergleichbare Begleitmedikation erhielten, würden Sie überrascht sein.

Das Thema der medikamentösen Polypragmasie mit den Zielkriterien Lebensverlängerung und Verbesserung der Lebensqualität bei Multimorbidität, erfordert eine Studie mit sehr großer Fallzahl und langer Laufzeit. Eine derartige Studie läge im ureigensten Interesse der Inneren Medizin. Doch wer finanziert sie und wer hat die Zeit, auf die Ergebnisse zu warten im Zeitalter von „publish or perish“?

Die Innere Medizin umfasst die Erforschung der Epidemiologie, Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik, der konservativen Therapie und der Prävention einer Erkrankung innerer Organe.

Die höchste Auszeichnung für Exzellenz in der Forschung ist die Verleihung des Nobelpreises für Physiologie und Medizin. Alfred Nobel wollte, dass außergewöhnliche wissenschaftliche Leistungen des vergangenen Jahres ausgezeichnet werden. In der Regel werden aber

Lebensleistungen ausgezeichnet. Beim Studium, wer für welche wissenschaftliche Leistung den Nobelpreis für Medizin seit 1901 erhalten hat, werden Sie von der Exzellenz der Auswahl und der Nachhaltigkeit der meisten wissenschaftlichen Erkenntnisse bis zu unserer heutigen täglichen Arbeit beeindruckt sein. Internisten waren allerdings kaum unter den Preisträgern, überwiegend Naturwissenschaftler. Allein 21 der in 103 Jahren verliehenen Preise fallen in das Gebiet der Infektiologie, 11 der Immunologie, 16 der Neurowissenschaften und schließlich weitere 18 in das breite Spektrum der Genetik, Zell- und Molekularbiologie.

Mein eigener wissenschaftlicher Schwerpunkt in der Inneren Medizin, die Gastroenterologie, ist nur mit Pavlov, der die Physiologie der Verdauung untersuchte und Warren und Marshall, die *Helicobacter pylori* als Ursache der Ulkuserkrankung entdeckten, vertreten.

Auch Entwicklungen, die die Diagnostik in der Inneren Medizin revolutionierten, wurden mit dem Nobelpreis gewürdigt: so 1924 die Entwicklung des EKGs durch Einthoven, 1956 des Herzkatheters durch Cournand, Forßmann und Richards, 1979 der Computertomographie durch Cormack und Hounsfield und schließlich 2003 der Magnetresonanztomographie durch Lauterbur und Mansfeld.

Als wir glaubten, die Infektionskrankheiten, wie Tuberkulose, Pocken, Cholera, beherrscht zu haben, kam AIDS. Ich erlebte noch während meiner Zeit als DFG-Stipendiat in den 80iger Jahren in San Francisco das Sterben junger Männer an dieser Krankheit. Heute ist die Erkrankung zwar nicht heilbar aber mittels Kombinationstherapie aus

nukleosidischen und nicht-nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren und HIV-Proteaseinhibitoren, beherrschbar.

Das Problem der multiresistenten Keime und der Hospitalinfektionen steht im Wettlauf mit der Entwicklung neuer Antibiotika. Der Wettlauf erinnert mich an die Fabel vom Hase und Igel. Sie wissen, wer gewonnen hat.

Wenn ich wiederum zynisch wäre, würde ich sagen, dass die wahren Durchbrüche in der Behandlung internistischer Erkrankungen nur auf dem Gebiet der Infektiologie liegen. Hier können wir heilen.

Die Entdeckung des Insulins durch Banting und MacLeod, die 1923 gewürdigt wurde, und die Beschreibung der Struktur der Nebennierenhormone durch Kendall, Reichstein und Hench, die 1950 gewürdigt wurde, retten Leben durch Substitutionstherapie.

Die Mehrzahl der Erkrankungen in der Inneren Medizin sind aber chronische, allein konservativ nicht heilbare Erkrankungen, um hier nur die Folgen der Arteriosklerose, wie Herzinfarkt und Apoplex, zu nennen. Sichere Medikamente zur Regulation des Hungergefühls, um Adipositas und die Folgen des metabolischen Syndroms zu verhindern, fehlen noch. Voltaire meinte „Es sei die Aufgabe des Arztes, den Patienten zu amüsieren, bis die Natur das Problem löse.“ Goethe lässt Mephisto in seinem Faust sagen „Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen. Ihr durchstudiert die groß und weite Welt, um es am Ende gehen zu lassen, wie`s Gott gefällt.“

Wir sind natürlich in der Therapie nicht mehr auf diesem niedrigen Niveau wie im 18. und 19. Jahrhundert. Die kontinuierliche Steigerung der Lebenserwartung ist sicher nicht nur auf eine Verbesserung des sozioökonomischen Standards mit Reduktion der Infektionskrankheiten, einer verbesserten Ernährung und Reduktion der gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz allein zurückzuführen. - Noch nicht vor allzu langer Zeit gab es den Freiburger Lungenkrebs im Erzgebirge als Strahlenfolge bei Bergbauarbeitern. - Die Steigerung der Lebenserwartung haben wir natürlich auch der rascheren Diagnosestellung und effizienteren Therapiemöglichkeiten zu verdanken.

Ich hatte eingangs gesagt, dass Wissenschaft in einer Diktatur ohne Meinungsfreiheit und ohne die Möglichkeit des internationalen Austauschs nicht gedeihen kann. Ich frage mich aber unverändert, weshalb die deutsche Medizin bis 1914 in einem Obrigkeitsstaat mit adliger Hybris so erfolgreich war. Lag es an den finanziellen Ressourcen für die Forschung, an Arbeitseifer des Wissenschaftlers, der keine Rücksicht auf die sogenannte „life work balance“ nahm, an weniger Bürokratie oder an der Motivation durch gesellschaftliche Anerkennung? Ein sehr hohes Einkommen hatten Wissenschaftler und die wenigen Wissenschaftlerinnen zur damaligen Zeit sicher nicht.

Es mag richtig sein, dass das eine oder andere wissenschaftliche Projekt heute von Außenstehenden kritischer gesehen wird. Richtig ist sicher, dass die Latte für die Einhaltung ethischer Standards, Tierversuche inbegriffen, deutlich höher als früher liegt. Ich hoffe mich zu täuschen, aber mein Eindruck ist, dass die gesellschaftliche Anerkennung wissenschaftlicher Leistungen und die Motivation zu Experimentieren, die wissenschaftliche Neugier zu befriedigen, zumindest in der Medizin,

geringer geworden sind. Ich möchte nicht mit den Römern platt antworten „plenus venter non studet libenter“, eine satte Gesellschaft studiert nicht gerne. Eine schlechtere Bezahlung für Ärztinnen und Ärzte im Forschungslabor im Vergleich zu klinisch tätigen Ärzten empfinde ich, wie ich in einem der DGIM Newsletter bereits schrieb, unserer Gesellschaft für unwürdig.

Geänderte Lebensentwürfe, um hier wieder die „work-life balance“ zu nennen, dürften eine Rolle spielen, vielleicht auch eine kritischere Einstellung der Wissenschaft gegenüber. Eine Rolle spielen ferner die zu wenigen attraktiven Langzeitpositionen an Universitätskliniken. Forschung auf Zeit und Habilitation, nur mit dem Ziel Chefarzt zu werden, wird zu Recht kritisch gesehen bis hin zur Empfehlung die Habilitation, ein deutsches Unikat, abzuschaffen.

Ein weiteres plattes Schlagwort, welches aber einen richtigen Sachverhalt beschreibt: die „Medizin wird weiblich“. Der Wissenschaftsrat, die Politik allgemein, monieren, dass nicht nur an Universitäten zu wenige Frauen in Führungspositionen seien. Die Gründe zu diskutieren, würde den Rahmen meiner Rede sprengen. 188 Männer erhielten den Nobelpreis für Medizin, 10 Frauen!

Gerade die Innere Medizin ist für Frauen ein sehr attraktives Gebiet. Wir müssen daher an den Universitätskliniken Rahmenbedingungen schaffen, die die Motivation zur wissenschaftlichen Arbeit deutlich erhöhen.

Der zunehmende Mangel an Ärzten auf dem Land dürfte unstrittig sein. Die derzeitige Debatte, jedem Krankenhaus den Status eines

Lehrkrankenhauses einzuräumen, um diesem Ärztemangel auf dem Land zu begegnen, der Widerstand gegen diese Pläne von Seiten des Medizinischen Fakultätentages und der Unmut von Ärzten aus „Nicht-Lehrkrankenhäusern“, dass die Fakultäten ihnen die Fähigkeit einer qualifizierten Ausbildung der Studierenden abspreche, sollte emotionslos geführt werden. Eine Antwort wäre aus meiner Sicht einfach, wenn man sich die jüngere Geschichte der Änderungen der ärztlichen Approbationsordnungen vor Augen halten würde. Ich zitiere nicht den Leipziger Jura Studenten Johann Wolfgang Goethe sondern den spanisch-amerikanischen Philosophen George Santayana: „Wer sich nicht an die Vergangenheit erinnern kann, ist dazu verurteilt, sie zu wiederholen“. Ziel der ärztlichen Ausbildung ist *„der **wissenschaftlich und praktisch** in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist.“* (aus § 1 der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002). Um die praktische Ausbildung zu fördern, wurde neben dem bereits bestehenden praktischen Jahr der Arzt im Praktikum am 1. Juli 1988 eingeführt. Aufgrund des Ärztemangels und natürlich als Folge der nicht akzeptablen niedrigen Bezahlung wurde der AiP am 30. September 2004 wieder abgeschafft. Heute beinhaltet das Studium bezüglich der Erlernung der praktischen Fähigkeiten ein Krankenpflegepraktikum, eine Famulatur von 4 Monaten und das praktische Jahr. Das Studium dauert inklusive des praktischen Jahres 6 Jahre. Die Notwendigkeit einer praktischen Ausbildung, die auch das Erlernen von sozialer Kompetenz, von Empathie im Umgang mit dem Kranken umfassen sollte, ist unstrittig. Ich begann das Studium zum Wintersemester 1970. Ich möchte meine wissenschaftlich fundierte Ausbildung in Physik, Chemie, Zoologie, Botanik, Leistungskontrolle durch Vorphysikum, Biochemie,

Physiologie und Anatomie, Leistungskontrolle nach weiteren 3 Semestern durch Physikum, nicht missen. Ich bin über die Unkenntnis wissenschaftlicher Grundlagen, insbesondere bezüglich Zellbiologie, Genetik eingeschlossen, vieler der Studierenden im praktischen Jahr heute oft schlichtweg entsetzt. Wir müssen uns als Lehrende fragen, wie diese Defizite wissenschaftlicher Kenntnisse gebessert werden können. Wenn die Politik die Kontrolle über die wissenschaftlichen Inhalte der Ausbildung während des praktischen Jahres den Fakultäten entziehen will, letztlich die Lehrqualifikation an Krankenhäusern nicht mehr an die Habilitation koppelt, dann sollte sie so konsequent sein zu sagen, dass das Medizinstudium bereits nach 5 Jahren mit dem Erhalt einer Teilapprobation abgeschlossen ist und die Medizinische Fakultät nicht mehr für die weitere Qualifikation des Arztes verantwortlich zeichnet. Das Studium wäre dann aus meiner Sicht so verkürzt, dass die erfolgreiche Vermittlung wissenschaftlichen Grundwissens ernsthaft in Frage gestellt wird. Der Schritt zur medizinischen Fachschule wäre nicht mehr weit. Tatsache bleibt, dass der Arzt nach Verlassen der Universität, wie ein Lehrling in einem Handwerksbetrieb, zwar weitere Fähigkeiten durch einen Erfahrenen vermittelt bekommen muss aber auch Arbeit im Stationsbetrieb dem voll approbierten Arzt abnimmt. Wo ist der Unterschied zwischen einem schlecht bezahltem Medizinalassistent, Arzt im Praktikum oder Arzt im praktischen Jahr? Andere Bezeichnungen für die gleiche Tätigkeit, „Lehrling“ in der praktischen Medizin nach Vermittlung theoretischer Kenntnisse.

Zurück zur Wissenschaft, zum technologischen Fortschritt. Ich erinnere mich noch an einen Vortrag von Jürgen Mittelstraß, Philosoph aus Konstanz. Er hebt die Rolle der deutenden Geisteswissenschaften für die moderne, sogenannte Leonardo-Welt, das heißt die „gemachte“ Welt,

hervor. Probleme, die in dieser Welt entstehen, können auch nur in einer Leonardo-Welt gelöst werden. Wenn ich in dieser Leonardo Welt in Form einer Patienten Chip Karte rasch erfahre, welche Erkrankungen vorliegen, zum Beispiel welches Tumorstadium, welche Chemotherapien in welcher Dosis in welchem Zeitraum erfolgt sind, habe ich kein Verständnis mehr dafür, Zeit für das Durchsuchen von Papierakten zu verbringen oder via Telefon zu versuchen, andere in der Behandlung des Patienten involvierte Kollegen zu erreichen, um sie zu bitten, mir die Befunde zu schicken. Nur in dieser Leonardo-Welt können Lösungen gefunden werden, wie der Datenschutz und das Arztgeheimnis aufrecht erhalten werden können.

Ich zahle oft mit Kreditkarte. Man könnte von mir ein Profil erstellen, wann ich wo war, was ich esse, welche Kleidung ich kaufe. Ich fotografiere mit einer elektronischen Kamera mit GPS System. Man könnte wissen, wann ich wo auf der Welt was fotografiert habe. Mit dem eingeschalteten Handy in der Tasche könnte ich im Umkreis von 100 Metern geortet werden. Schon vor geraumer Zeit habe ich unter *google earth* meine Klinikadresse eingegeben. Man sah aus dem All meinen alten Mercedes auf dem Parkplatz als einziges Auto stehen. Es muss wohl ein Sonntagmorgen gewesen sein, als das Foto aus dem Satelliten geschossen wurde.

Wir werden mit den Möglichkeiten der genetischen Diagnostik gezielter therapieren können. Wir werden Patienten aufgrund ihres genetischen Profils ineffektive, eventuell nebenwirkungsreiche Therapien ersparen können. Wir können derzeit die potentiellen Konsequenzen einer genetischen und epigenetischen Diagnostik noch gar nicht abschätzen. Aber wie interpretieren wir genetische Befunde, die mir sagen, dass das

statistische Risiko einen Herzinfarkt in 20 Jahren zu bekommen 2% höher ist als bei Personen ohne diesen SNP?

Die Empfehlung zur Prävention, nicht zu rauchen, Sport zu treiben, mediterrane Kost zu essen und Alkohol nur in Maßen zu trinken, empfehlen wir doch mit unterschiedlichen Erfolgsaussichten Jedem!

Wir versuchen diese ungelösten Probleme der genetischen Diagnostik in Deutschland durch Gesetze zu regeln. Wissen unsere Politiker nicht, dass wir in einer globalen Welt leben? Wenn es den 500 € Chip in einem anderen Land gibt, der mir mein genetisches Profil zeigt, dann wird sicher der Eine oder Andere es wissen wollen, wird dann „googlen“, nichts verstehen oder Ängste entwickeln und seinen Arzt um Rat aufsuchen. Ich darf noch einmal Mittelstraß zitieren. Wir leben in einer Leonardo-Welt und können diese Probleme nur in dieser Welt lösen. Es gibt kein „zurück“.

Wenn wir in Deutschland dieser Welt der Wissenschaft zunehmend kritischer gegenüber treten, dann werden uns andere Länder, nicht nur bezüglich Wohlstand und Niveau der gesundheitlichen Versorgung, überholen. Wir müssen schneller als andere Lösungen für diese neuen Probleme finden. Das ist nur durch Begeisterung für die Wissenschaft, Ideenvielfalt, Experimentierfreudigkeit, Ehrlichkeit, Fleiß und sogenannte Frustrationstoleranz möglich, erfordert aber auch eine Gesellschaft und Politik, die dies erkannt hat und entsprechend unterstützt.

Ich wünsche Ihnen viele neue Erkenntnisse während des Kongresses und bedanke mich für Ihr Zuhören.

Es gilt das gesprochene Wort!