

## Protokoll

der **außerordentlichen Delegiertenkonferenz der AWMF**  
am **Samstag, 8. Februar 2003**, Beginn 10.<sup>00</sup> Uhr  
im **Anatomie-Hörsaal der Univ.-Klinik Frankfurt/Main**

Prof. Encke berichtet eingangs, dass alle eingeladenen Vertreter der Politik, zumeist sehr kurzfristig, ihre Teilnahme an der AWMF-Delegiertenkonferenz abgesagt haben und sich gerade in den letzten Tagen eine deutliche Dynamik des Geschehens gezeigt habe: So wurde zwar die Absage des Staatssekretärs im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) damit begründet, dass das Eckpunkte-Papier des BMGS noch nicht vorliege, dieses aber fast zeitgleich an anderer Stelle bekannt gemacht und von der AWMF umgehend allen Mitgliedsvereinigungen zur Kenntnisnahme weitergeleitet. So sind die Vertreter der Politik abwesend (z.T. auch wegen zeitgleich zum gleichen Thema "Aktuelle Fragen zur Gesundheitspolitik" stattfindender Klausurtagungen), haben aber erklärt, dass sie mit den Fachgesellschaften in Kontakt kommen wollen.

### **TOP 1: Genehmigung der Tagesordnung**

Da Herr Dr. Rochell (BÄK) noch eine weitere Terminverpflichtung hat, wird der TOP 4 vorgezogen.

### **TOP 4: Einführung des DRG-Systems 2004 (Mitwirkung der AWMF):**

Prof. Encke fasst zunächst das bisherige Geschehen kurz zusammen:  
Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung BMGS hat, nachdem GKV-Spitzenverbände und Deutsche Krankenhausgesellschaft das Scheitern ihrer Verhandlungen erklärt hatten, im Zuge einer Ersatzvornahme eine Privatfirma mit der Erstellung des DRG-Katalogs beauftragt. Dazu erfolgte im September 2002 eine Anhörung, an der Bundesärztekammer und AWMF beteiligt waren; weitere Gespräche mit Vertretern der GKV, der DKV und des Verbandes der Universitätskliniken (VUD) fanden im Januar auf Initiative der AWMF statt, wobei die unterschiedlichen Auffassungen deutlich wurden: für das "Regelwerk" gehen die Krankenkassen davon aus, dass in den 800 Gruppen (800 DRGs) abschließend alles abgebildet ist, die Deutsche Krankenhausgesellschaft erwartet dagegen, dass noch Zusatzentgelte dazukommen.

Parallel hierzu erfolgte die Mitteilung des DRG-Instituts ("Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH)"; Leiter des Instituts: Dr. Helmich), das Eingaben (Änderungswünsche etc.) bis Ende März 2003 wünscht. In einem weiteren Schreiben des Instituts wurde die

AWMF um eine Liste von Fachleuten gebeten, die aber nur bei Bedarf eingebunden werden sollen: dies ist nicht im Sinne der AWMF.

In den letzten Tagen kam jetzt (mit knappster Terminsetzung) der Referentenentwurf zum "Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser - Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)" des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung BMGS mit Ankündigung einer Anhörung am Montag, 10. 2. 2003, an der die AWMF teilnehmen wird. Am 17. 2. 2003 wird die Konstituierung der „Ständigen Fachkommission DRG“ von AWMF und BÄK in Köln stattfinden, wobei die Fachgesellschaften zur Nominierung von Fachvertretern aufgefordert wurden.

Nach dieser Einführung berichtet Herr Rochell (Vertreter der Bundesärztekammer): Das jetzige Geschehen läuft auf eine neuerliche Ersatzvornahme hin: Es gibt sehr unterschiedliche Vorstellungen zwischen Kassen und Krankenhausgesellschaft über die 800 Gruppen, deshalb ist keine Einigung zu erwarten. Das genannte DRG-Institut (InEK) gleiche einem "Hund mit zwei Stachelhalsbändern, die in unterschiedliche Richtung gezogen werden": Der Aufsichtsrat ist paritätisch besetzt von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

Herr Tuschen (BMGS) will die Ersatzvornahme dieses Mal früh vornehmen. Wesentliche Aspekte des Fallpauschalenänderungsgesetzes sind:

- Ausgliederung der medizinischen Assistenzberufe aus der Vergütung ist auf 1 Jahr später verschoben;
- das Ministerium kann den Selbstverwaltungsorganen Fristen setzen;
- bei erwarteten Sondertatbeständen können auch ganze Einrichtungen herausgenommen werden;
- auch unbefristete Sonderregelungen sind möglich;

die beiden letzten Punkte sind aus der Sicht von Bundesärztekammer und AWMF zu begrüßen.

Entscheidungen der „Bundesschiedsstelle“ können mit 3/4 Mehrheit getroffen werden (bei 10 Stimmen der Krankenkassen und 10 Stimmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, 1 neutralen Vorsitzenden und 2 neutralen Beisitzern).

Prof. Encke fordert eine Entschließung, dass AWMF bereits 2003 für 2004 eingebunden wird und nicht nur als zuarbeitende Stelle.

In der Diskussion: Uni-Kliniken werden nicht generell bezüglich Sonderentgelten herausgenommen, aber Transplantationen, Frührehabilitation und einige andere Fächer sind herausgenommen, ebenso Bluter. Frage: BG-Kliniken herausgenommen? Noch nicht, könnte aber kommen. Dr. Rochell sieht im Fallpauschalenänderungsgesetz eine Gefahr des Ministerialdirigismus, aber die Selbstverwaltung hat bisher auch wenig geschafft.

Prof. Encke verweist darauf, dass die Einladung zum 10.02.2003 für die AWMF separat kam (AWMF war seitens des Ministeriums anfangs vergessen worden). Politiker wollen Geld sparen und versuchen, dies mit dem Begriff "Qualität" zu begründen.

Prof. Bock fragt, ob die Intensivmedizin herausgenommen sei. Rochell: bisher nicht. Es erfolgt (ohne Widerspruch) der Vorschlag, die Intensivmedizin dazuzunehmen.

Prof. Encke verweist darauf, dass jede Fachgesellschaft aufgerufen war, ihre Wünsche zu dieser AWMF-Delegiertenkonferenz am 08. 2. 2003 mitzubringen. Es liegen bisher vor: Entschließungen der Fachgesellschaften für Kardiologie, Chirurgie und Nephrologie.

Bis 31. 3. 2003 sind Anträge auf Änderungen am DRG-Katalog an das InEK einzureichen, unter "www.g-drg.de" ist ein "strukturiertes Eingabeverfahren" dargestellt, wobei noch unklar ist, ob man sich hier seitens InEK durch die starke Formalisierung die Möglichkeit der Ablehnung aus Formgründen schaffen will.

Ansprechpartner bezüglich DRG sind: Dr. Rochell (Bundesärztekammer), Dr. Röder (Münster). Kurzinformation über den 10. 2. 2003 wird seitens der AWMF erfolgen.

### **TOP 3: Neue Muster-Weiterbildungsordnung:**

Prof. Encke erläutert, dass Herr Dr. Koch und Frau Dr. Güntert aufgrund der Verlegung des Termins der AWMF-Delegiertenkonferenz heute nicht kommen können, statt dessen ist Herr Dr. Hensel hier:

Dr. Hensel zur neuen Muster-Weiterbildungsordnung: Reformbedarf besteht aufgrund der Diskrepanz zwischen Prüfungsanforderungen und Versorgungsrealität. Die vorgesehene neue Weiterbildung zum Facharzt ist mehr im Sinne eines Gesellenbriefs als eines Meisterbriefs zu verstehen. Innerhalb eines Gebietes gibt es drei Begriffe: 1) Facharzt, 2) Schwerpunkt, 3) Zusatzweiterbildung (z.B. Handchirurgie, Sportmedizin).

Der Entwurf für die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung ist zu finden im Internet: <http://www.baek.de>, Themen A-Z, Weiterbildung.

Begründung, dass "Innere Medizin und Allgemeinmedizin" ein Gebiet bilden: Allgemeinmedizin leitet sich zum großen Teil von der Inneren Medizin ab. Innerhalb des Gebietes "Innere Medizin und Allgemeinmedizin" soll es zwei Facharztkompetenzen geben: zum einen "Allgemeinmedizin", zum anderen "Internist mit obligatem Schwerpunkt" [d.h. Internist ohne Schwerpunkt wäre dann nicht mehr möglich!].

Deutscher Ärztetag habe als Ziel ein zweistufiges Modell vorgesehen.

Letzte Fassung (Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 23./24.01.2003) bietet keine Flexibilität: 3 Jahre stationäre internistische Medizin, dann Trennung in entweder: 2 Jahre ambulante hausärztliche Versorgung, zusammen 5 Jahre, "Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin" (= Hausarzt) oder: 3 Jahre internistische Schwerpunktversorgung, zusammen 6 Jahre, "Facharzt für Innere Medizin / Schwerpunkt XY".

In der Diskussion berichtet Prof. Usadel: Die Auseinandersetzung mit der neuen Muster-Weiterbildungsordnung füllt mittlerweile 4 Aktenordner. Befürchtung der Inneren Medizin, dass sie in der Form, in der sie benötigt wird, abgeschafft wird. Die Aspekte Weiterbildung, Krankenversorgung, Universität müssen berücksichtigt werden. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin DGIM bemängelt: Es wurden Weiterbildungsinhalte seitens der DGIM konsentiert, in der neuen Weiterbildungsordnung aber nicht berücksichtigt. Ohne Innere Medizin ist Medizin in unserem Lande nicht möglich. Die AWMF-Resolution zur Weiterbildungsordnung vom November 2002 war gut und sinnvoll.

Prof. Meyer als Sprecher der Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin und als Sprecher der Lehrstuhlinhaber für Kardiologie zum gleichen Thema: Das neue Konzept (das einen Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbildung nicht mehr vorsieht) lässt die genannten Lehrstuhlinhaber (beide genannten Gruppen sähen dies in gleicher Weise) massive Probleme bei der Ausbildung wie auch bei den Prüfungen erwarten (z.B. wären dann separate Prüfer "Innere Medizin/Kardiologie", "Innere Medizin/Endokrinologie" etc. erforderlich), ebenso Probleme im Habilitationsrecht. Auch im Konsiliardienst wird "der Internist" gebraucht, ebenso in der Ausbildung

und in der Versorgung. Prof. Engelmann (Dt. Ges. f. internistische Intensivmedizin) hält wegen wachsender Bedeutung Schwerpunkt Intensivmedizin für erforderlich.

Prof. von Wichert als ehemaliger Präsident der Dt. Ges. f. Innere Medizin, als ehemaliger Präsident der Dt. Ges. f. internistische Intensivmedizin und als jetziger AWMF-Vizepräsident: 3 Jahre [die ersten drei Jahre der internistischen Weiterbildung] reichen nicht für eine Rotation durch alle Schwerpunkte: dies ist keine Qualität!

Prof. Encke: in Frankfurt gab es 8 Professuren für Schwerpunkte innerhalb der Inneren Medizin, keine Professur für Innere Medizin. Prof. Meyer: gerade in Frankfurt ist man auf 3 Schwerpunkte innerhalb der Inneren Medizin zurückgegangen, und an anderen Häusern hat man sogar Professuren für Innere Medizin. Außerdem geht auch in den USA der Trend weg von der Subspezialisierung.

Prof. Encke: "internistische Intensivmedizin" sollte nicht zum Schwerpunkt werden: dies würde sonst andere Fächer (Chirurgie, Anästhesiologie) auch dazu zwingen, dies zum Schwerpunkt zu machen.

Dr. Hensel stimmt dem zu.

Prof. Burchardi von der DIVI: Gemeinsamkeit der Intensivmedizin: Ideal war große Gemeinsamkeit der Intensivmedizin. Dr. Hensel: Bundesärztekammer sieht 1/2 Jahr (gemeinsam für verschiedene Fächer anrechenbar) + 1 1/2 Jahre (fachspezifische) weitere Qualifikation in Intensivmedizin als sinnvoll an (allenfalls 1 + 1 Jahre).

Präsident der Dt. Ges. f. Gynäkologie: haben bisher 3 fakultative Weiterbildungen, eine davon, die Onkologie, soll jetzt wegfallen, d.h. zukünftig nur noch "Reproduktionsmedizin und Endokrinologie" und Geburtshilfe. Onkologie sollte Schwerpunkt bleiben.

Dr. Hensel: neue Muster-Weiterbildungsordnung verfolge einen reduktionistischen Sinn: es muss nicht alles geregelt werden, anderes könne sich in der Fläche über die Fachgesellschaften entwickeln.

Siebert (Unfallchirurgie): 5 Jahre lang Sitzungen der Chirurgen und jetzt das Ergebnis einer Amputation in der neuen Muster-Weiterbildungsordnung: wo bleibt da der Sinn der Bemühungen und des Aufwands? Jani (Orthopädie): fast alle Zusatzweiterbildungen im Großbereich Chirurgie sind gestrichen worden. Weis (Innere Medizin) und weiterer Redner: Vorschläge der Fachgesellschaften wurden nicht oder kaum berücksichtigt oder wieder herausgestrichen, oft fehlt jede fehlende Reaktion der BÄK auf Schreiben.

Hoyer (Dt. Ges. f. Kinderheilkunde): zu allem der Bundesärztekammer Vorgetragenem habe man seit 1 Jahr keine Antwort erhalten. Er wirft der BÄK Verzichtsideologie [reduktionistischer Ansatz] vor. Prof. von Wichert hält es für falsch, dass Forschungszeiten innerhalb der Weiterbildung gar nicht angerechnet werden können.

Vertreter der Neuropathologie und Pathologie: Beispiel für Fach mit common trunc, lobt vorzügliche Gespräche mit Dr. Koch und Frau Dr. Güntert.

Prof. Encke: wissenschaftliche Fachgesellschaften finden sich in der neuen Muster-Weiterbildungsordnung nicht genügend wieder, Fachgesellschaften fühlen sich nicht ernst genommen. Der Vorschlag bzw. die Bitte der AWMF-Resolution hinsichtlich eines AWMF-Vertreters bei der Bundesärztekammer ist seitens der Bundesärztekammer abgelehnt worden. Herr Dr. Koch (von der Bundesärztekammer) sehe Ärztetagsbeschlüsse nur durch Ärztetagsbe-

schlüsse korrigierbar. Prof. Encke hält ein abschnittsweises Vorgehen (Abstimmung Fach für Fach) beim nächsten Ärztetag für sinnvoll.

Dr. Hensel antwortet auf die Summe an Fragen und Anmerkungen:

Gespräche (nicht mehr wie früher als Anhörungen bezeichnet) seien perzeptiv gedacht gewesen, deshalb werden die einzelnen Schreiben der Fachgesellschaften nicht einzeln beantwortet.

Kompatibilität mit EU-Recht ist aus Sicht von Dr. Hensel gegeben. Die Weiterbildungsordnung enthalte jetzt mehr Realismus. Beim Deutschen Ärztetag werde die Novellierung vermutlich abschnittsweise behandelt und entweder verabschiedet oder vertagt.

Prof. Encke appelliert an die Fachgesellschaften, die Ärztetagsvertreter aus ihrem Bereich vor dem nächsten Ärztetag zu kontaktieren.

## **TOP 2: Aktuelle Fragen zur Gesundheitspolitik (welche Auswirkungen hat die Gesundheitsgesetzgebung auf die Qualität der Patientenversorgung?):**

Bericht des Präsidenten, Prof. Encke:

Da die „Eckpunkte“ des BMGS nur in einer äußerst verkürzten Fassung publiziert wurden, die alle entscheidenden Details nicht enthält, ist es schwierig, dazu jetzt eine Resolution der AWMF zu verabschieden. Deshalb soll eine Kommission eingesetzt werden, die die Standpunkte und Forderungen der AWMF zu Reformen im Gesundheitswesen positiv formuliert.

Die vom BMGS politisch gewollte Errichtung eines Instituts für Qualitätssicherung ist selbst in der SPD umstritten und wird von der CDU/CSU ganz abgelehnt. Am 6. 2. 2003 hat in Berlin eine gemeinsame Konferenz von AWMF und äzq stattgefunden, bei dem über Erfahrungen aus benachbarten Ländern (F, NL, UK) berichtet wurde. Das vergleichbare englische Institut NICE (National Institute for Excellence in Medicine) verbraucht beispielsweise 15 Millionen Pfund pro Jahr (mit guter Arbeit des Instituts und dennoch deutlichen Schwächen des englischen Gesundheitssystems), etwas von der Kostenseite Vergleichbares ist derzeit für Deutschland nicht vorstellbar, entsprechend habe die Politik schon signalisiert, dass es nur ein kleines Institut geben solle. Die Ergebnisse des Berliner Workshops werden in Kürze im Internet veröffentlicht.

Der Rürup-Kommission gehören zwei Ärzte an: zum einen Prof. Lauterbach (Arzt, nicht klinisch tätig, hat sich politisch festgelegt, fungiert als Ratgeber der Politik; sein Standpunkt ist z.B. in seinem nachlesbaren Vortrag bei der Gewerkschaft ver.di klar zu erkennen); zum anderen Prof. Nagel (Chirurg und Dr. phil., Studium der Gesundheitsökonomie; hat Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie in Bayreuth und leitet die Transplantationschirurgie in Augsburg, vertritt konstruktiven Standpunkt).

In der Diskussion geht Prof. Bochnik auf die Eckpunkte der Bundesgesundheitsministerin ein: Lotsenfunktion des Hausarztes, Qualitätskontrolle; Gefahr englischer Verhältnisse. Die Bundesgesundheitsministerin will nur zwei Dinge: mit möglichst nur zwei Kriterien ein Krankenhaus aus der Patientenversorgung ausschließen und Patientenströme lenken. Dies sei problematisch.

Prof. von Loewenich weist darauf hin, dass Qualitätssicherung (mit Handlungskonsequenz) bereits läuft, z.B. die Perinatalerhebung seit 1983! Prof. Encke betont, dass die Leitlinien der AWMF einen hohen Anerkennungsgrad haben. Das geplante Institut für Qualitätssicherung droht Entscheidungsrecht über Leitlinien zu erhalten. Prof. von Wichert berichtet von der beim DIMDI angesiedelten HTA-Agency (der Prof. von Wichert angehört), die Verfahren beurteilen soll und damit völlig überfordert sei: Die „Agentur“ soll 15 Verfahren pro Jahr beurteilen, schafft faktisch nur 6 pro Jahr bei 1200 vorliegenden Anträgen.

In der Diskussion wird gefordert, dem von der Bundesregierung und dem Bundesgesundheitsministerium geprägten Meinungsbild (über Ärzte) in der Öffentlichkeit seitens der AWMF ein positives Bild entgegenzusetzen. Die AWMF und ihr Präsident sollten noch kräftiger als bisher schon auftreten. Angeregt wird z.B. ein Artikel in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung. Prof. Hoffmann (Dt. Ges. f. Sportmedizin und Prävention) schlägt für die gewünschte Darstellung in den Medien Kontakt zu Dr. med. Dierk Heimann als Leiter von "medicine" vor, die den jährlich 6000 Sendeminuten umfassenden Medizinbereich des Zweiten Deutschen Fernsehens abdeckt.

Prof. Encke geht als nächstes auf weitere Punkte des Eckpunktepapiers des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung ein: z.B. Punkt 5 des Papiers "Modernisierung der Versorgung, Erweiterung der freien Arztwahl": Teilöffnung von Krankenhäusern für ambulante Versorgung, Einrichtung von Gesundheitszentren.

Prof. Encke: Richter-Reichhelm von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeige sich für eine stärkere, auch vertraglich zu vereinbarenden Kooperation zwischen AWMF, BÄK und KBV Gesprächsbereit. Der Verband der Universitätsklinika in Deutschland (VUD) zeige hinsichtlich der wirtschaftlichen Sicherstellung z.T. ein stark verwaltungstechnisches Denken (ohne Solidarität mit z.B. den akademischen Lehrkrankenhäusern).

Prof. Encke verweist darauf, dass die jetzt im Eckpunktepapier angestrebte Lotsenfunktion des Hausarztes in England bei der dortigen Einführung zu einem deutlichen Qualitätsverlust der Hausärzte (nur noch Verteiler) geführt habe. Prof. von Wichert sieht im Eckpunktepapier die Gefahr des Gangs in die Staatsmedizin.

Prof. Encke schlägt vor, in der AWMF ein Memorandum zu erarbeiten, das darlegt, was wissenschaftliche Medizin ist, und dies öffentlich für die anstehenden Diskussionen zu nutzen. Er merkt positiv an, dass Staatssekretär Dr. Schröder (BMGS) um ein Gespräch mit der AWMF gebeten habe.

Prof. Encke schlägt vor, mit einer kleinen internen AWMF-Kommission (maximal 12 Mitglieder unter Einschluss des AWMF-Präsidiums) ein AWMF-Papier zu Fragen der Gesundheitspolitik zu erarbeiten (das den Fachgesellschaften vorgelegt wird), so dass bis zur nächsten AWMF-Delegiertenkonferenz im Mai, zu der auch die jetzt nicht erschienenen Politiker kommen wollen, bereits ein AWMF-Papier vorliegt.

## **TOP 5: German Medical Science:**

Prof. Reinauer berichtet über den aktuellen Stand des 1998 begonnenen und seit 2002 von der DFG für zwei Jahre geförderten Projekts: Gründungsversammlung war am 6. 12. 2002.

Ziele und Gründe für German Medical Science: Publikationen aus Deutschland in die internationale Literatur bringen, den Auswirkungen des Journal Impact Faktor entgegenwirken, Rechte der Autoren stärken (Copyright), Kosten für die Herausgabe wissenschaftlicher Zeitschriften senken, Publikation und Literaturbeschaffung beschleunigen.

Aufgabenverteilung der drei tragenden Institutionen: die deutsche Zentralbibliothek für Medizin ZBMed übernimmt die Redaktion, das Deutsche Institut für Dokumentation und Information DIMDI übernimmt Publikation und Archivierung und die AWMF Editorial Board und Scientific Committee.

Beginn der Publikation ist für den 1. 7. 2003 vorgesehen. Es wird 3 Publikations-Ebenen geben: **Interdisziplinäre Ebene:** Publikationen von hochrangigen, begutachteten, vorwiegend interdisziplinären Arbeiten in englischer (oder deutscher) Sprache.

**Fachgebietsspezifische Ebene:** Publikationen der Zeitschriften der einzelnen medizinischen Fachgesellschaften in deutscher oder englischer Sprache, Begutachtungen unter der Leitung der jeweiligen Editorial Boards der Fachgesellschaften.

**Mitteilungs-Ebene:** Kongressankündigungen, Kongressberichte, Öffentlichkeitsarbeit etc.  
Alle Funktionen sind sowohl für Autoren als auch für Leser zunächst zwei Jahre kostenlos (dies ist für die Zeit danach derzeit noch nicht sichergestellt).

### **Was ist derzeit zu tun?**

Manuskripte für die Interdisziplinäre Ebene werden dringend erbeten (Einreichungszeit läuft bereits! keine Kosten); die Fachgesellschaften sollen sich baldmöglichst erklären, ob und wann sie ihre eigene Zeitschrift in die Fachgebietsspezifische Ebene von German Medical Science einbringen wollen; Nachrichten für die Mitteilungsebene können eingereicht werden.

Manuskripte elektronisch (vorzugsweise als RTF-, aber auch als WORD-Datei) einreichen an:  
gms@zbmed.uni-koeln.de  
German Medical Science, c/o Deutsche Zentralbibliothek für Medizin, Joseph-Stelzmann-Straße 9, 50924 Köln, Fax: 0221-4787-102.  
Platzierung der vorläufigen Projekt-Homepage im Internet: <http://e-gms.org>

In der Diskussion weist Prof. Bratzke (Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin) darauf hin, dass Forschung und Lehre frei sind: entsprechend dürfe kein Zwang zur Veröffentlichung in einer bestimmten Form bestehen: die AWMF solle juristische oder verfassungsrechtliche Hilfe anbieten, wenn Fakultäten faktisch Druck auf Wissenschaftler ausüben, nur in Journalen mit hohem IF zu publizieren.

Prof. Reinauer wird German Medical Science auf dem nächsten Medizinischen Fakultätentag vorstellen. Ein möglicher Äquivalenz-Impactfaktor dürfe keinesfalls unter 1 liegen. Bei internationalen Suchsystemen muss German Medical Science gefunden werden.

Prof. von Troschke weist darauf hin, dass am 16. 5. 2003 in Frankfurt am Main (am Tag vor der nächsten AWMF-Delegiertenkonferenz) von der Bibliometrie-Kommission ein Symposium über Impactfaktoren stattfinden wird (evtl. mit gemeinsamer AWMF-Erklärung zu diesem Thema).

### **TOP 20: Verschiedenes:**

Keine Wortmeldungen.

Ende der Sitzung: 14.<sup>00</sup> Uhr

Protokoll:  
Prof. Dr. A. Encke  
Prof. Dr. G. Hoffmann  
W. Müller M.A.