

**Protokoll der Delegiertenkonferenz  
der AWMF  
am 4. Mai 2002  
in Frankfurt am Main**

**Geschäftsstelle | office:**  
Moorenstr. 5, Geb. 15.12  
(H.-Heine-Universität)  
**D-40225 Düsseldorf**  
Telefon (0211) 31 28 28  
TeleFAX (0211) 31 68 19

e-mail: [awmf@awmf.org](mailto:awmf@awmf.org)  
AWMF online: <http://awmf.org>

**AWMF-Büro Berlin**  
Langenbeck-Virchow-Haus  
Luisenstr. 58/59  
**D-10117 Berlin**  
Telefon: (030) 2800-4410  
TeleFAX: (030) 2800-4419

**Beginn der Sitzung: 9.<sup>00</sup> Uhr**

*Vor Eintritt in die Tagesordnung verleiht der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. Möhrle, dem Präsidenten der AWMF, Prof. Encke, für dessen Verdienste um die hessische Medizin die Ehrenplakette und Silberne Nadel der Landesärztekammer Hessen.*

**Prof. Encke** begrüßt als Gäste Dr. Lange (BMBF), Prof. Scriba und Prof. Lauterbach (Sachverständigenrat), Prof. v. Jagow (MFT) und Prof. Sewing (Wiss. Beirat der BÄK).

**TOP 1: Genehmigung der Tagesordnung**

Die Tagesordnung wird im TOP Verschiedenes ergänzt durch die Themen

- Resolution zur geplanten Aufnahme des Tierschutzes ins Grundgesetz
- "Ärztemangel und spezielle Nachwuchsförderung"
- Erhaltung spezialisierter Hochschulambulanzen

und in der vorliegenden Form genehmigt.

**TOP 2: Genehmigung des Protokolls der DK vom 10. 11. 2001**

Gegen das Protokoll werden keine Einwände erhoben, das Protokoll wird einstimmig per Akklamation genehmigt.

**TOP 3: Wahl der Kassenprüfer**

Auf Vorschlag von Prof. Encke werden Prof. Hoffmann und Prof. Melchior als Kassenprüfer ohne Gegenstimmen per Akklamation gewählt.

**TOP 4: Aufnahme von Fachgesellschaften**

**Prof. Sewing** berichtet als Vorsitzender der Aufnahmekommission der AWMF über entscheidungsfähige Aufnahmeanträge; die anwesenden Vertreter der jeweiligen Fachgesellschaften können ihre Fachgesellschaft kurz vorstellen:

- a) **Deutsche Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft:** Präsidium hat in seiner Sitzung am Vortag die Aufnahme befürwortet. Da kein Vertreter der Fachgesellschaft anwesend ist, wird die Abstimmung auf die nächste Delegiertenkonferenz vertagt.

- b) **Akademie für Ethik in der Medizin:** 1986 gegründet, großteils wissenschaftlich tätige Einzelpersonen (überwiegend Ärzte, einige Juristen), Zeitschrift "Ethik in der Medizin" seit 1989, Jahrestagung der Gesellschaft. Einstimmig aufgenommen.
- c) **Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung:** Prof. Schrappe berichtet, die Gesellschaft sei 1992 unter der Leitung von Prof. Selbmann gegründet worden, Zeitschrift "Gesundheitsversorgung und Qualitätsmanagement". Aufgenommen (1 Enthaltung, keine Gegenstimmen).
- d) **Akademie für Sexualmedizin** (vertreten durch Prof. Vogt): 1993 gegründet (aus 2 weiteren Gesellschaften hervorgegangen), 209 Mitglieder (davon 15 Nicht-Ärzte, Psychologen), Zeitschrift "Sexologie". Es gibt schon die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung in der AWMF: diese Gesellschaft betone die psychologischen Fächer, habe früher ideologische Differenzen zur Akademie für Sexualmedizin gehabt, befürwortet jetzt aber über ihren Delegierten die Aufnahme der Akademie für Sexualmedizin in die AWMF. Aufgenommen (mit 1 Enthaltung, keine Gegenstimmen).
- e) **Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)** (vertreten durch Prof. Weiß aus Ludwigshafen): 1975 aus Vorläufergesellschaften entstanden, hat derzeit rund 5500 Mitglieder, in Sektionen gegliedert, Zeitschrift "Ultraschall in der Medizin" (Thieme). Veranstaltet jährlich "3-Länder-Treffen" (mit Österreich und Schweiz). Einstimmig aufgenommen.
- f) **Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM):** Themengebiet des Zusammenwirkens von Verhaltensweisen und Gesundheit. Mitglieder sind in der Mehrzahl Ärzte (ansonsten Psychologen). 2004 Internationaler Kongreß in Mainz. Aufgenommen (bei 2 Enthaltungen).
- g) **Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie** (vertreten durch Dr. Flatten): 1998 gegründet, bereits 4 Jahrestagungen, 147 Mitglieder (hiervon 71 Ärzte), noch kein Publikationsorgan (evtl. zukünftig "Psychotraumatologie" als online-Publikation). Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin in der AWMF unterstützt die Aufnahme. Aufgenommen (ausreichende Mehrheit ohne Gegenstimmen bei 14 Enthaltungen).

## TOP 5: Bericht des Präsidiums

### - Kooperation mit BÄK, BMG, BMBF:

**Prof. Encke** berichtet, dass die Gesundheitspolitik mit ihrer Tendenz, die Erstellung von Leitlinien "sowohl den Ärzten als auch den Krankenkassen" zu entziehen, bestimmend für die Aktivitäten (DRGs, Leitlinien, Wahljahr) der AWMF war.

Nach der Rivalität verschiedener Gruppen zur Qualitätssicherung gehe es jetzt in der Kooperation mit der Bundesärztekammer mehr um den Inhalt. Prof. Encke sieht die AWMF in der Vertretung der wissenschaftlichen Medizin als gleichgewichtigen Partner der BÄK, obwohl diese z. B. über das Deutsche Ärzteblatt über bessere Außendarstellungsmöglichkeiten verfügt. Das Primat der AWMF bezüglich der wissenschaftlichen Medizin wird aber auch von der BÄK ausdrücklich anerkannt. Die AWMF habe sich in den Arbeitsgruppen des „Runden Tisches“ gut positioniert.

Gemeinsam mit dem Vorstand der BÄK hat das Präsidium der AWMF das Projekt „das Arztbild der Zukunft“ begonnen mit dem Ziel, beim Deutschen Ärztetag in Rostock Ende Mai einen gemeinsamen Entschließungsantrag vorzulegen und die Thematik der Öffentlichkeit zu vermitteln.

Kontakte zum Bundesgesundheitsministerium (BMG) gab es bei mehreren Gesprächen und über den Runden Tisch“, an dem die AWMF in 2 Arbeitsgruppen vertreten war. In der AG „Zukunft des Krankenhauses“ wurde kein Konsens erzielt: Kostenträger, Krankenhäuser, BÄK, AWMF u. a. vertraten unterschiedliche Auffassungen. Das resultierende Ergebnispapier (19 Punkte) wurde nicht zur Verhandlung am „Runden Tisch“ akzeptiert, sondern zur Überarbeitung an die AG zurückgegeben. Deren Teilnehmer sahen sich allerdings nicht in der Lage, Ihre Positionen zu verändern.

In einem Gespräch mit der parlamentarischen Staatssekretärin Schaich-Walch wurde vom BMG die Öffnung von Hochschulambulanzen unterstützt.

Kontakte zum Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): Es gab mehrere Gespräche mit Vertretern des Ministeriums und eine insgesamt gute Kooperation.

### Leitlinien:

**Prof. Lorenz** berichtet, dass vom Koordinierungsausschuss gemäß §137f SGB V bisher vier strukturierte Behandlungsprogramme ("disease management"-Programme, DMPs) ausgewählt wurden: Diabetes mellitus Typ II, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und obstruktive Lungenerkrankungen sowie Mammakarzinom. Dazu hat der AOK-Bundesverband von ihm finanzierte "Grundlagen"-Papiere vorgelegt, die den AWMF-Qualitätskriterien von Leitlinien nicht entsprechen. Im Bundesgesundheitsministerium werden derzeit Überlegungen diskutiert, die Leitlinienentwicklung sowohl den Ärzten als auch den Krankenkassen zu entziehen und in die Hände eines "Unabhängigen Instituts" zu legen.

Hauptkritikpunkt aus Sicht der AWMF ist der §137f mit dem dogmatischen Ziel, "Richtlinien" für "DMPs" festzulegen.

Prof. Lorenz weist auf die Fortschritte bei der Entwicklung von Leitlinien der Fachgesellschaften in der AWMF hin: Im Moment gibt es 19 Leitlinien auf der Entwicklungsstufe S3 (= auf dem höchsten Niveau) (gegenüber 7 beim letzten Bericht im November 2001). Auch in den USA werde die Notwendigkeit der Mitwirkung der Ärzte bei Leitlinienerstellung stets betont.

Der große Zeitdruck zur Einführung von DMPs hat dazu geführt, dass die erste "Nationale Versorgungsleitlinie" zum Diabetes mellitus Typ II innerhalb eines Monats (trotz des üblichen Zeitbedarfs für die Erstellung einer S3-Leitlinie von 1-2 Jahren) erstellt werden musste. Dies war nur möglich, da entsprechende Leitlinien-Teile auf S3-Niveau der AWMF-Fachgesellschaften bereits vorlagen. Das Präsidium der AWMF hat sich deshalb trotz großer Bedenken dazu entschlossen, die Herausgabe der Nationalen Versorgungsleitlinie zum Diabetes mellitus Typ II zu unterstützen. Die Vortragsfolien von Prof. Lorenz liegen dem Protokoll als **Anlage 1** bei.

In der Diskussion weist Prof. Lauterbach (Sachverständigenrat SVR) darauf hin, dass der Koordinierungsausschuss nicht die Aufgabe hat, eigene Leitlinien zu entwickeln. Bundesministerin Schmidt denke an ein Institut, das Aufträge für die Erstellung von Leitlinien an Fachkollegen (oder auch Fachgesellschaften) vergeben und finanzieren soll.

Mehrere Redner betonen, dass die AWMF den Unterschied zwischen solchen "Versorgungsleitlinien" für DMPs und den wissenschaftlich begründeten Leitlinien der Fachgesellschaften stärker in der Öffentlichkeit bekannt machen sollte.

Dr. Lange (BMBF) betont, dass sein Haus in erster Linie Forschung fördern soll, während sich das BMG um die Finanzierung der Leitlinienentwicklung kümmern soll - auch die immer wieder geforderten "Evidenzen" müssen finanziert werden.

Prof. Lauterbach schätzt, dass die Entwicklung einer Leitlinie nur rund 1% dessen kostet, was für die dahinterstehenden Studien aufgebracht werden muss. Prof. Scriba sieht die Leitlinien-Entwicklung als klassisches Feld der Versorgungsforschung, die nicht nur vom BMG zu finanzieren sei.

Prof. von Wichert kritisiert die Darstellung von Prof. Lauterbach als verkürzte Sichtweise: nicht jede Studie führt zu einer Leitlinie und nicht jede Leitlinie basiert auf Studien. Prof. Lorenz ergänzt dazu, dass die Einbeziehung von Patienten und deren Präferenzen essentiell für die Erstellung guter Leitlinien ist.

Prof. Encke berichtet, dass die Leitlinienentwicklung pro Leitlinie geschätzt zwischen 100.000 und 250.000 EUR kostet: es ist für Fachgesellschaften unmöglich, diese Beträge aufzubringen (Fachgesellschaften bringen schon ihr Fachwissen ein). Prof. Lorenz stellt fest, dass die besondere Leistung der AWMF darin liegt, Konsensprozesse mit bis zu 17 Fachgesellschaften zu koordinieren. Dabei hat sich die Einbeziehung von Patienten sehr bewährt. Frau Dr. Kopp ergänzt dazu, dass dieses AWMF-Modell mittlerweile international als vorbildlich angesehen wird (z.B. von SIGN in Schottland).

## **Qualitätssicherung / AQS:**

**Prof. Gaebel** berichtet von der "1. Nationalen Qualitätskonferenz" in Bremen mit 350 Teilnehmern, die eine Bestandsaufnahme der Qualitätssicherung in Deutschland versucht hat. Dort wurde auch das Leitlinien-Konzept der AWMF ausführlich vorgestellt. Ein Abschlußbericht ist in Vorbereitung, regelmäßige Wiederholung derartiger Tagungen (alle 2 - 3 Jahre) ist vorgesehen.

## **Bibliometrie:**

**Prof. Brähler** berichtet über einen Artikel von Kaltenborn und Kuhn über Impact-Faktoren, der das AWMF-Modell lobt, da es Möglichkeiten des Missbrauchs reduziert (Quelle siehe **Anlage 2**, Kopie des Artikels kann bei der AWMF-Geschäftsstelle angefordert werden). Jede Fachgesellschaft möchte am liebsten eigene Gebiete definieren. Die Fächereinteilung wird beim AWMF-Modell vom ISI übernommen, da es seitens der Bibliometrie-Kommission nicht leistbar sei, 5800 Zeitschriften ohne Überschneidungen neu auf Fachgebiete zu verteilen. (Prof. Brähler sieht hierfür keine praktikable Lösung.)

Leider haben bisher nur 40 Fachgesellschaften - wie auf der letzten Delegiertenkonferenz beschlossen - der Bibliometrie-Kommission wissenschaftliche Buchverlage und wissenschaftliche Zeitschriften gemeldet, die nicht in der ISI-Liste erfasst sind, damit diese auf der Internetseite der AWMF-Bibliometrie-Kommission eingestellt werden können. Die diesbezügliche **Frist wurde bis Ende Juni verlängert**.

Die Bibliometrie-Kommission plant am Vortag der nächsten AWMF-Delegiertenkonferenz die Durchführung einer Fachtagung zum Informationsaustausch der Fachgesellschaften über ihre Erfahrungen mit den Auswirkungen von Impactfaktoren (u.a. auf den wissenschaftlichen Nachwuchs)..

## **German Medical Science**

**Prof. Reinauer** berichtet, dass 1998 ein Internationales Symposium "Die Zukunft der Medizinischen Information" stattgefunden hatte, aus dem die AWF-Initiative "German Medical Science" (gemeinsam mit DIMDI und ZBMed) entstanden war. 1999 gab es ein Treffen der AWMF mit den Vertretern der Fachgesellschaften, bei dem eine Publikationsstrategie festgelegt und die Kooperation mit DIMDI und mit der Zentralbibliothek der Medizin in Köln begonnen wurde. Am 25.02.1999 wurde ein Antrag von DIMDI und ZBMed zur Förderung bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft DFG gestellt.

Erst nach rund 2 Jahren ist jetzt ein DFG-Bescheid bei DIMDI und ZBMed angekommen: Die DFG hat nur einen Bruchteil (ca. 25 %) der beantragten Mittel bewilligt. Jetzt ist Gespräch mit der zuständigen Referentin bei der DFG (Frau Dr. Eckelmann) geplant, zumal bei der DFG parallel ein zweiter, sehr ähnlicher Antrag dreier Bibliotheken (Karlsruhe, Oldenburg, Hamburg) ohne Kenntnis von Frau Dr. Eckelmann genehmigt wurde. Aus Sicht von Prof. Reinauer muss sich die AWMF weiterhin für klinisch orientierte nationale Zeitschriften aktiv einsetzen. Sobald bei der DFG Klarheit geschaffen ist, wird die AWMF das "Scientific Board" von German Medical Science zusammenrufen, das ein "Editorial Board" wählen und die Aufgabenverteilung festlegen muss.

## **TOP 6: Forschungsförderung durch das BMBF**

**Dr. Lange** bemerkt vorab, dass der Forschungsbedarf größer ist als die zur Verfügung stehenden Mittel. Daraus ergibt sich eine besondere Verantwortung für die Forschungsförderung. Das BMBF hatte eine Studie in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse gerade erschienen sind: "Mapping the Scientific Performance of German Medical Research" (Schattauer, ISBN: 3-7945-2161-7). Bei der Publikationsrate steht Deutschland absolut an 4. Stelle (1. Stelle: USA mit 43% der Veröffentlichungen, 2. Stelle Großbritannien mit 12%, 3. Stelle Japan mit 11%, Deutschland mit 9% an 4. Stelle), doch wenn man die Zahlen auf das Bruttosozialprodukt der Länder relativiert liegt Deutschland nur im Mittelfeld. Es gibt jedoch einen positiven Trend bei der biomedizinischen Forschung, deren Zitationshäufigkeit 13% über dem Weltdurchschnitt liegt. Die Situation bei der klinischen Forschung ist nicht so gut, im Bereich "Studien" (Forschungsstudien) bestehe deutliche Verbesserungsbedürftigkeit.

Ein Problem der internationalen Wahrnehmung deutscher Forschungsergebnisse ist nach Dr. Lange die immer noch vorherrschende Praxis, in deutscher Sprache zu publizieren. Ergebnisse der Spitzenforschung könne man aber nur durch englische Publikation nach außen tragen. Das BMBF versucht, etwas mehr Transparenz zu schaffen, z.B. in Zusammenarbeit mit dem Medizinischem Fakultätentag. Hier wurde eine "Forschungslandkarte" der Hochschulmedizin erstellt. Die Fakultäten seien z.Zt. zu sehr damit beschäftigt, dem Versorgungssystem [= Krankenversorgung] gerecht zu werden, es sollte aber nicht vergessen werden, daß Universitäten ein Ort der Forschung sein müssen.

Die Kompetenznetze des BMBF sollen Institutionen untereinander ("horizontal"), aber auch als "vertikale" Vernetzung mit der Anwendungsebene verbinden und Innovationen fördern. Die Forschung bietet eine Ware an, das Versorgungssystem muß für die Ergebnisse zahlen. Die Kompetenznetze bieten

u.a. eine Telematik-Plattform und eine Arbeitsgemeinschaft Öffentlichkeitsarbeit für bessere Interaktion an. 13 Kompetenznetze sind mit ca. 100 Mill. Euro für die ersten 3 Jahre gefördert worden, je Netz sind 20 bis über 100 Standorte beteiligt.

Das BMBF hat insgesamt 100 Mill. Euro pro Jahr für die Förderung der Gesundheitsforschung zur Verfügung. Es sei auch im Interesse der AWMF, zusätzliche Ressourcen zu erschließen. Die Krankenversicherungen sollten von der Notwendigkeit der Förderung von Versorgungsforschung überzeugt werden. In Deutschland fehle bisher eine spezielle Fördereinrichtung für wissenschaftsgetriebene klinische Forschung. Die DFG sei bisher zu stark biochemisch / molekularbiologisch und zu wenig klinisch orientiert gewesen. In einem ersten Schritt haben sich BMBF und DFG zu einer gemeinsamen Fördermaßnahme (von jeder Seite 10 Mill. /Jahr) für klinische Forschung zusammengeschlossen einschließlich Begutachtung des Studienprotokolls; GCP-Standards, Vorlage Ethik-Kommissions-Votum, Monitoring und Auditing, Registrierung der Studienprotokolle, Publikation der Studienprotokolle. Auch negative oder abgebrochene Studien sollen erfaßt werden, um z.B. auch aus wegen bestimmten Hinderungsgründen nicht durchgeführten Studien zu lernen und mit gleicher Fragestellung nach Jahren nicht einen erneuten frustrierten Anlauf zu nehmen.

Zum Forschungsrahmenprogramm der EU berichtet Dr. Lange, dass im VI. Rahmenprogramm 2002-2006 rund 17,5 Mrd. Euro, davon 2 Mrd. für "Genomik und ihre Anwendung im Bereich der Gesundheit" und "Bekämpfung der wichtigsten Krankheiten" zur Verfügung stehen. Hier ist Eile geboten: "expressions of interest" müssen bis zum 07. 06. 2002 eingereicht werden: per e-mail an <fp6-eoi2002@cec.eu.int>, telefonische Informationen über die EU-Kontaktstelle: 0228-447696 (Vortragsfolien v. Dr. Lange s. **Anlage 3**).

Dr. Lange berichtet zum Schluß, dass er nach 11 Jahren Leitung des Ressorts "Gesundheitsforschung" jetzt im Ministerium mit Erweiterung des Aufgabengebietes zum "Unterabteilungsleiter für Gesundheitsforschung und Biowissenschaften" ernannt worden ist.

Prof. Encke gratuliert Dr. Lange zur Beförderung und bringt seine Hoffnung zum Ausdruck, dass damit die Anliegen der Medizin im BMBF noch mehr Gehör finden.

In der Diskussion werden von verschiedenen Rednern folgende Aspekte angesprochen: Bei DFG galt lange nur die Grundlagenforschung als Forschung. Klinische Forschung ist aber notwendig und als gleichwertig anzusehen. Probleme bestehen hinsichtlich der Priorisierung klinischer Forschung.

Prof. Scriba berichtet, dass der Sachverständigenrat in fast allen Bereichen der Versorgungsforschung (= klinisch orientierte Forschung) einen Mangel an klinischen Studien konstatiert hat und den Fachgesellschaften empfiehlt, sich mit Versorgungsforschung zu beschäftigen. Es sollte viel mehr Druck auf das BMG gemacht werden, das die Entwicklung bremse.

Dr. Lange verweist darauf, dass es in anderen Staaten zentrale Einrichtungen gebe, wie das INSERM in Frankreich oder das National Institute of Health NIH in den USA. In Deutschland habe die Forschung zu wenig Lobby, das BMG habe Forschung gar nicht auf der Rechnung. Die Betrachtung der Gesundheitsökonomie sei durchaus wichtig: z.B. Gewinn an Lebensqualität etc.

EU-Forschungsförderung habe in Deutschland schlechtes Image (z.B. durch das früher praktizierte bürokratische Vergabeverfahren mit geringen Erfolgchancen; Deutschland finanziert die biomedizinische Forschungsförderung der EU mit 28 %, erhält aber nur 15 % durch Projektförderung zurück). Sein Rat: Nutzung der Beratungsleistungen der Koordinierungsstelle Wissenschaft (KOWI) in Brüssel (die u.a. von DFG finanziert wird). Prof. Lauterbach weist darauf hin, dass die Gutachtenverfahren bei EU, DFG, BMBF stark voneinander abweichen, die AWMF sollte überlegen, eine Informationsveranstaltung für ihre Mitglieder zu organisieren.

## **TOP 7: Aktueller Stand der Gesundheitspolitik aus Sicht des SVR**

Prof. **Lauterbach** schickt voraus, dass aus seiner Sicht Maßnahmen der Gesundheitspolitik wie die Einführung von DRGs und Förderung der "evidence based medicine" die Forschung nicht behindern.

In Deutschland gibt es nach wie vor eine zu hohe Bettenkapazität (7 statt im europäischen Mittel 4 Betten pro 1000 Einwohner) und die Verweildauer im Krankenhaus ist lange. Theoretisch wäre ein Wegfall von 62% der Krankenhaus-Standorte möglich, ohne die Regel zu verletzen, daß das nächste Krankenhaus höchstens 20 Kilometer entfernt ist. Zu kleine Abteilungen wirken sich qualitätsmindernd aus (wenn z.B. weniger als 150 Brustkrebs-Operationen pro Jahr durchgeführt werden), daher wäre eine Zentralisierung sinnvoll, selbst Uni-Kliniken würden hiervon profitieren (weil sie durch andere Krankenhäuser in der gleichen Stadt z.T. auch nicht mehr auf die qualitätssichernden Mindestzahlen und die für Aus- und Weiterbildung notwendigen Kapazitäten kommen).

Das deutsche Gesundheitssystem mit rund 500 Krankenkassen vereinige derzeit die Nachteile der beiden Pole existierender Gesundheitssysteme: aus dem wettbewerbsorientierten Modell (z.B. USA) werde der Wettbewerb um junge, gesunde Kassenmitglieder übernommen, aus dem zentralistischen System (z.B. staatliches System in UK) die "Einheitsversorgung" durch die Kassen mit der eigenartigen Folge, dass die Krankenkassen ihr eigenes Versicherungsprodukt beklagen. Die Gesetzgebung in Deutschland sei zur Zeit extrem widersprüchlich, die Gesundheitsministerin wünsche zwar mehr Wettbewerb, wolle zugleich aber am Sicherstellungsauftrag für die KVen festhalten.

Der einheitlich vorgeschriebene Leistungskatalog der Krankenversicherungen wirke sich negativ auf das Interesse an der Förderung der Versorgungsforschung aus, da erfolgreiche Innovationen allen Versicherten zugute kommen würden. Prof. Lauterbach empfiehlt den Fachgesellschaften, "disease management"-Programme aufzugreifen und dabei die von ihnen entwickelten Leitlinien einzubringen.

Vortragsfolien von Prof. Lauterbach liegen dem Protokoll als **Anlage 4** bei.

**Prof. Scriba** berichtet, dass der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: vom Gesetzgeber mit der Erstellung von Gutachten beauftragt ist (SGB V §142). Der Rat sei frei von Lobbyismus und basiere seine Empfehlungen auf wissenschaftlicher Evidenz. Er sei insofern demokratisch legitimiert, als die Ministerin die Mitglieder aus einer Vorschlagsliste der Konzertierten Aktion auswähle.

Der Rat habe das 2000 Seiten umfassende Gutachten zum Thema "Über-, Unter- und Fehlversorgung" einvernehmlich erstellt, es gab kein einziges Sondervotum. Das komplette Gutachten ist im Internet abrufbar unter der Adresse: <http://www.svr-gesundheit.de>

Aus seiner Sicht sei der derzeit vorherrschende Zeitdruck der gutgemeinten Sache (disease management-Programme, DRGs) nicht zuträglich: Die Kooperation der Gruppen brauche viel mehr Zeit.

Auch zur neuen Approbationsordnung hat der Sachverständigenrat Stellung genommen: positiv gesehen wird die Entlastung des Lehrinhaltes zugunsten (nach dem Studium liegender) Weiterbildung. Die neue Approbationsordnung könne als kleiner Schritt in die richtige Richtung angesehen werden, gehe aber noch nicht weit genug.

Zum Thema Prävention und Gesundheitsvorsorge: bereits 1994 wurde vom SVR die Priorisierung von Präventionsmaßnahmen gefordert: bis heute gebe es keine Aussagen der Fachgesellschaften, welche Präventionsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zuerst überprüft werden sollten.

In der Diskussion weisen einige Redner aus klinischen Fächern darauf hin, dass die undifferenzierte Einführung der DRGs an den Universitätskliniken als "Innovationsbremse" wirken werden. Prof. Lauterbach befürwortet die Einführung der DRGs wegen mehr Qualität und Zentralisierung, plädiert aber durchaus für eine unterschiedliche Bezahlung gleicher DRGs bei unterschiedlicher Leistung (z.B. bessere Qualität etc.). Er rät zu einem schrittweisen Vorgehen bei der Zentralisierung, z.B. ein Krankenhaus konzentriert sich auf ein Krankheitsbild, das andere am Ort auf ein anderes Krankheitsbild (Mamma-Ca, Prostata-Ca). Der Sachverständigenrat habe die "Entschleunigung" der Einführung der DRGs gefordert.

## **TOP 8: Ärztliche Fortbildung / Rezertifizierung**

**Prof. Polonius** berichtet über eine Tagung der Gesundheitsministerkonferenz im Januar 2002 in Bremen zum Thema Kontrolle der Ärztlichen Fortbildung. Der Sachverständigenrat hatte in seinem Gutachten einen Nachweis der Fortbildung und eine Rezertifizierung durch Prüfungen im Abstand einiger Jahre angeregt. Mit "Prüfung" sei jedoch nicht die Ablegung weiterer Facharztprüfungen gemeint, sondern der

regelmäßige Nachweis der Teilnahme an qualifizierten Fortbildungsmaßnahmen. Problematisch sind jedoch die fehlenden Sanktionsmöglichkeiten: selbst Landesärztekammern hätten fast keine Sanktionsmöglichkeiten, obwohl derzeit ca. 5% der approbierten Ärzte als "problem doctors" (z.B. als suchtkrank) bekannt sind; das Ruhen der Approbation sei eine der wenigen Sanktionsmöglichkeiten. Das Problem werde meist nicht seitens der Ärztekollegen angegangen, sondern fast ausschließlich durch Beschwerden seitens der Patienten.

Prof. Scriba fordert, die Fortbildung sollte optimiert werden: Prüfungen im Rahmen der Fortbildung sollten keine Wiederholung des Staatsexamens sein, sondern praxisangepaßt. Unter dem Begriff "continuous professional development" laufe in Kanada ein nachahmenswertes Programm für die "Kompetenzerhaltung" und Fortbildung aller Ärzte durch die Ärztekammer und zeige die Machbarkeit, dabei müssten nur ca. 10-12% etwas genauer angesehen werden, bei einem kleineren Prozentsatz (ca. 5%) seien Maßnahmen (Aufhebung der Approbation o.ä.) erforderlich. Im Internet nachzusehen unter: <http://www.CME21.org>, Literaturquelle siehe **Anlage 5**.

### **TOP 9: Die Zukunft des Gebietes „Innere Medizin“**

**Prof. Schuster** berichtet, dass die Integrität und Einheit des Gebietes Innere Medizin bei Berücksichtigung der Spezialisierung erhalten bleiben soll, die Regulierung der hausärztlichen Versorgung sei dabei nur ein Aspekt. Das Thema ist wieder virulent geworden durch die geplanten Änderungen der Weiterbildungsordnung. Es lassen sich das Modell der Chirurgie mit einer gemeinsamen Basis ("common trunk") und einer darauf aufbauenden Spezialisierung und das Modell der Inneren Medizin mit "Schwerpunktbildungen im Gebiet" gegenüberstellen. Das integrierte Weiterbildungsmodell der Inneren Medizin ergibt sich aus den besonderen Erfordernissen der ärztlichen Tätigkeit als Internist (systematische Aufarbeitung von Diagnosen und Therapien mit besonderer Zuwendung zum Patienten) und der Häufigkeit von Multimorbidität. Prof. Schuster spricht sich gegen eine "Chirurgisierung" in der Weiterbildung aus, da die BÄK derzeit versuche, die Weiterbildung in starre Formen zu pressen. Er erläutert das BÄK-Konzept "Facharzt Innere Medizin und Allgemeinmedizin", bei dem der Bereich des "Facharztes Innere Medizin" noch um einige Bereiche des "Arztes für Allgemeinmedizin" erweitert ist.

In der Diskussion betont Prof. Encke, dass es in der Weiterbildung nicht das gleiche System für alle Fächer geben muss. Insofern ist dies mehr ein Problem der BÄK [die ein einheitliches System für alle Fächer anstrebt] als das der einzelnen Fächer. Die Delegiertenkonferenz regt an, dass das Präsidium der AWMF sich mit einem Brief an den Präsidenten der Bundesärztekammer wendet, um eine an dem Bedarf der Fächer vorbeigehende starre Schematisierung der Weiterbildungsordnung zu verhindern.

### **TOP 10: Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes**

**Prof. Hohenberger** berichtet über Probleme an den Kliniken durch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes: als maximale Wochenarbeitszeit gelten 48 Stunden, die maximale Tagesarbeitszeit liegt bei 9,5 Stunden, als Mindestruhezeit gelten 5 Stunden und als Regelruhezeit 11 Stunden. In seiner Klinik (Chirurgie Uni Erlangen) betrage die durchschnittliche tägliche Nettoarbeitszeit 12,3 Stunden (hiervon 8,8% Administration, 62% Krankenversorgung, 3,7% Lehre, 11,9% ärztliche Aus- und Weiterbildung, 14,1% Forschung). Hier werden jetzt vom Gewerbeaufsichtsamt erhebliche Bußgelder nicht nur angedroht, sondern auch tatsächlich verhängt.

Die erhebliche Eskalation an gesetzlichen Regelungen (Medizinproduktegesetz 2001, Brandschutzgesetz 1997, Transfusionsgesetz 1998, Katastrophenschutzgesetz 1998, Arbeitssicherheitsgesetz 1994/2000, Arbeitszeitgesetz 1994/2000, Bayerisches Datenschutzgesetz 2001, Infektionsschutzgesetz 2001, Diagnoseorientiertes Fallpauschalgesetz 2002, Strahlenschutzverordnung 2001, Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV 2001) beeinflussen Krankenversorgung, Lehre und Forschung an Universitäten in erheblichem Umfang. Die Politik mache zwar solche Gesetzesvorhaben vor Verabschiedung in den Parlamenten öffentlich bekannt, aber mit so extrem kurzen Fristen für Stellungnahmen, dass diese in einer qualifizierten Form nicht abzugeben sind. Darin sieht Prof. Hohenberger eine Alibi-Beteiligung der Betroffenen, denen bei nachfolgenden Problemen aus der Gesetzgebung immer vorgehalten werde, sie hätten vorher Gelegenheit gehabt, zur Sachlage Stellung zu nehmen. Wenn die Medizin keine eigene Lobby in der Politik herstellen können, sollte sie doch bestrebt

sein, die Lobby der Patienten anzusprechen, da die Interessen meist gleichgerichtet seien (**Anlage 6**).

In der Diskussion weist Prof. Hacke darauf hin, dass der Ärztenotstand eigentlich ein Bewerbernotstand ist: die Stellen sind z.T. nicht mehr besetzbar, weil trotz vieler Absolventen des Medizinstudiums keine Bewerber für Stellen in Krankenhäusern mehr da sind. Schlechte gesetzliche Rahmenbedingungen (z.B. Bußgeldbescheid gegen Direktoren von Max-Planck-Instituten, weil dort Mitarbeiter länger als nach Arbeitszeitgesetz zulässig geforscht haben) schrecken viele Bewerber ab. Prof. Kretschmer schlägt als Teillösung vor, Dokumentationsaufgaben an Dokumentationsassistenten zu übertragen, so dass die Ärzte wieder Zeit für ihre originären ärztlichen Aufgaben bekommen.

Prof. Encke schlägt die Bildung einer Kommission (*Arbeitstitel: "Bürokratische Behinderung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung"*) zur Erarbeitung einer Resolution vor; dem Vorschlag stimmt die Delegiertenkonferenz zu. Für die Mitarbeit in der Kommission haben sich gemeldet: Prof. Böker, Prof. Hacke, Prof. Hohenberger, Prof. Weiss.

### **TOP 11: Klinische Forschung mit Off-label-Medikamenten**

**Prof. von Wichert** berichtet, dass ein Urteil des Bundessozialgerichts eine gewisse Entschärfung gebracht hat: Bei der Anwendung von zugelassenen Medikamenten in einer Form, die nicht in der Zulassung vorgesehen ist (z.B. bei Therapieoptimierungsstudien), müssen die Krankenkassen, die bisher eine Kostenübernahme ganz verweigerten, zumindest die Kosten für die Medikamente übernehmen. Noch immer unbefriedigend ist die Situation hinsichtlich der Begutachtung von Multicenter-Studien durch die Ethikkommissionen in den einzelnen Bundesländern. Der Gesundheitsforschungsrat hat empfohlen, dass sich die AWMF nochmals an die AG der Ethikkommissionen bei der BÄK wendet, um zu erreichen, dass die positive Begutachtung in einem Bundesland ausreichend ist, die Studie auch in anderen Bundesländern durchführen zu können.

### **TOP 12a): Kassenbericht des Schatzmeisters**

Der Kassenbericht liegt schriftlich vor.

#### **b) Bericht der Kassenprüfer – Entlastung des Schatzmeisters**

**Prof. Melchior** berichtet, dass es keine Beanstandungen bei der stichprobenweisen Überprüfung von Kassenbuch, Buchungsbelegen und Kontoauszügen gegeben hat; er beantragt Entlastung des Schatzmeisters. **Prof. Hoffmann** bittet die Mitgliederversammlung zusätzlich, dem Schatzmeister für die sorgfältig geleistete Arbeit ausdrücklichen Dank auszusprechen.

Delegiertenversammlung stimmt beiden Anträgen per Akklamation zu. Prof. Bock bedankt sich und sagt zu, den Dank auch an Frau Ahnefeld in Essen weiterzugeben, die für die AWMF seit vielen Jahren die Buchhaltung erledigt.

### **TOP 13: Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Beirat der BÄK**

**Prof. Sewing** berichtet kurz über die weiterhin gute Zusammenarbeit zwischen AWMF, den einzelnen Fachgesellschaften und dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer; ein detaillierter Bericht entfällt aus Zeitgründen.

### **TOP 14: Bericht vom Medizinischen Fakultätentag**

Prof. v. Jagow zählt einige wesentlich Punkte der Aktivitäten des MFT auf: Für die Forschungslandkarte mit BMBF wurden alle 36 medizinischen Fakultäten befragt. Über die Homepage des Medizinischen Fakultätentages (<http://www.mft-online.de>) ist das Werk demnächst einsehbar.

Der nächste Medizinischer Fakultätentag findet am 31.05.2002 und 01.06.2002 in Berlin statt: Themen sind: Forschungslandkarte; Kooperation von Medizinischer Fakultät, Universität und Klinik; Auswirkungen der DRGs auf Leistungsfähigkeit der Krankenkassen; Validität von Prüfungen (neue



Studienordnung gilt ab 2003); Evaluation der Lehre; Neuordnung befristeter Arbeitsverträge; Änderung des Dienst- und Besoldungsgesetzes - Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit; Hochschulrahmengesetz; Privatisierung von Hochschulklinika.  
Einladungen zum nächsten Medizinischen Fakultätentag sind über Prof. von Jagow zu erhalten.

#### **TOP 15: Kuratorium für Klassifikation im Gesundheitswesen**

**Prof. Bock:** Tagesordnung der letzten Sitzung wird dem Protokoll der Delegiertenkonferenz beigelegt.

#### **TOP 16: Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“**

**Prof. Bock:** Die nächste Tagung des Arbeitskreises findet am 29./30. 11. 2002 in Würzburg statt. Hauptthemen werden sein: Beihilfe zum Suizid; Der Genetische Fingerabdruck.

#### **TOP 17: Arbeitskreis „Krankenhaushygiene“**

**Dr. Rudolph:** Ein kurzer Bericht über Aktivitäten und Themen wird dem Protokoll der Delegiertenkonferenz beigelegt.

#### **TOP 18: Öffentlichkeitsarbeit**

**Herr Müller:** Ein kurzer Bericht wird dem Protokoll der Delegiertenkonferenz beigelegt.

#### **TOP 19: Verschiedenes**

Prof. Encke: Resolution über Tierschutz als Grundgesetzziel wird wegen des Zeitdrucks (Gesetzgebung noch in diesem Monat) vom AWMF-Präsidium erarbeitet. Delegiertenkonferenz stimmt dem zu.  
Prof. Encke schließt mit Dank an die Delegierten die Delegiertenkonferenz.

Die nächste AWMF-Delegiertenkonferenz findet am 9. November 2002 in Frankfurt/Main, Steigenberger **ESPRIX-Hotel** statt. **Achtung: Bitte veränderten Veranstaltungsort beachten!**

**Ende der Sitzung: 14:<sup>35</sup> Uhr**

**Protokoll:** W. Müller M.A.  
Prof. Dr. A. Encke  
Prof. Dr. J. v. Troschke

*Dank an Prof. Hoffmann und Prof. Liebermeister für ihre Notizen, die in dieses Protokoll mit eingeflossen sind.*