

1982 Nr 35

Interview mit Dr. Aumiller/MMW, gesendet: 13.7.82, 19.30, Bayern II

A.: ... des Biomediziners ergriffen, des Biostatistiklers und des Epidemiologen und wasin diese Kategorie noch alles fällt. Es ist ja für die Ärzteschaft immer noch ein Buch mit sieben Siegeln, was sich hinter diesem Bereich der Medizin, der so viel mit Zahlen zu tun hat, verbirgt. Wie kommt man dazu?

Ü.: Ursprünglich bin ich Mediziner. Da ich ein Doppelstudium machen wollte, bot sich zwanglos die Psychologie an. Ich habe also im zweiten Teil des medizinischen Studiums Psychologie hinzustudiert und auch ein Diplom gemacht, und dann ergab sich irgendwo zwanglos die Tätigkeit im Bereich der psychosomatischen Medizin. Von der psychosomatischen Medizin kam ich zu statistischen Methoden, d. h. zur Definition der Intelligenz, zu psychometrischen Methoden und ging ein Jahr lang als Forschungsstipendiat als Visiting Associate Professor nach den USA zu namhaften Psychometrikern und habe dort Statistik gelernt. Als ich zurückkam in die Bundesrepublik, war damals das erste Institut in diesem Fachgebiet - das war 1961 - von Prof. Koller in Mainz gerade gegründet worden, und ich habe mich dann entschlossen, in die medizinische Statistik zu gehen.

A.: Das kann man natürlich auch so empfinden, daß Sie einige Haken geschlagen haben in Ihrer Karriere. Es ist ja etwas ungewöhnlich, erstensmal von der Medizin in die Psychosomatik ist schon ein sehr ungewöhnlicher Weg und von der Psychosomatik in die reine Zahlenmedizin, das kann man schon kaum mehr nachvollziehen.

Ü.: Wenn man das über mehrere Jahre hinweg verfolgt, ist es für mich ein ganz logischer Weg. Als Mediziner wollte ich möglichst exakte Informationen über den Behandlungserfolg, etwa von Psychotherapie herausbekommen, das geht nur mit Statistik. Diese Gelegenheit habe ich am eigenen Leib erfahren, daß es fast nicht möglich ist, bestimmte analytische Theorien von innen heraus als sozusagen Schüler einer psychoanalytischen Schule zu modifizieren, weil man im Gedankengebäude so gefangen wird, daß ein Ausbrechen unmöglich ist. Und da ich dies erkannt hatte, war für mich der Weg in die psychosomatische Medizin eigentlich verbaut. So blieb übrig eine Tätigkeit in der Chirurgie, in der Anaesthesie, womit ich eine zeitlang gespielt habe, oder die Tätigkeit in der Statistik, und es ist natürlich so, wenn man als Arzt tätig ist, dann hat man im Lauf seines Lebens vielleicht 50 bis 100 000 Patienten, die man behandeln selbst, denen man ggf. helfen kann. Wenn ich dazu beitragen kann, daß eine einzig richtige Entscheidung systematisch getroffen wird, sind dies hunderttausende Patienten, die davon profitieren. Und für mich ist das der logische Weg, so wie manche Mediziner eben in der Pathologie hängenbleiben oder in der Anatomie hängenbleiben, bleiben manche in der Statistik hängen.

A.: War nicht etwa die Qualität der medizinischen Versorgung so etwas wie Ihr Schlüsselerlebnis, wollten Sie nicht da anfassen und Verbesserungen herbeiführen, Qualitätsmessungen, Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung, waren das nicht die Schlüsselworte?

Ü.: Im Grunde genommen ist es auch heute so, das gilt auch für die Schulmedizin, daß man das meiste noch nicht weiß. Und die Voreingenommenheiten mancher Lehrer der Schulmedizin sind von der gleichen

Größenordnung wie die Voreingenommenheiten mancher Außenseiter. Es ist allerdings im Inhalt und im Theoriengebäude ein deutlicher Qualitätsunterschied erkennbar, aber grundsätzlich neigt der Arzt dazu, von einer Idee überzeugt zu sein, bevor sie empirisch nachgewiesen ist. Der Biometriker, der Statistiker steht allen diesen Theorien neutral gegenüber so lange, bis sie empirisch wiederholbar sind. Und dies ist genau die Aufgabe dieses Fachgebiets, die Wiederholbarkeit, die empirische Evidenz in der Medizin zu stärken auf allen Sektoren.

A.: Nun, da kommt immer der alte Vorwurf, daß der Arzt ja eigentlich Individualmedizin betreibt und keine Volksmedizin, d. h. daß er sich am einzelnen Patienten zu orientieren hat, an seiner Lebensgeschichte, an seinen persönlichen Nöten, und nicht nach Vorgaben der Statistik.

Ü.: Dies ist richtig. Ich sage es so, daß der Arzt wie ein Spürhund im Irrgarten der Wahrscheinlichkeiten dem einzelnen Patienten nachläuft, mit lechzender Zunge und ihn manchmal dann auch entdeckt in diesem Irrgarten oder auch häufig entdeckt. Denn das Problem ist, den Irrgarten so zu entwerfen, daß die Masse der Patienten auf möglichst kürzestem Weg einer effizienten Diagnostik und Behandlung zugeführt werden. Wir haben Individualmedizin in diesem Sinn völlig natürlich über die Jahrhunderte immer betrieben. Dies ist richtig für den einzelnen Patienten und für die einzelne Behandlung des Arztes, die der Arzt mit einem Patienten durchführt. Es ist aber falsch und führt nicht zu einer Optimierung des Gesamtsystems, wenn dies als einziges Optimierungssystem bestehenbleibt, also neben diesem individualisierenden Vorgehen des Arztes mit jedem einzelnen Patienten, das ist enorm wichtig und das immer bestehenbleiben wird und muß, muß es etwas anderes geben, nämlich eine Veränderung in der ganzen Anlage, im Denkschema, im formalen Vorgehen, und zwar immer so, daß die Masse der Patienten so gut wie möglich nach den jeweiligen zeitgebundenen Verhältnissen behandelt werden kann. Das ist vielleicht etwas abstrakt. Man könnte das vielleicht konkretisieren. Auf der einen Seite, wenn jemand einen Herzinfarkt hatte und er hat einen Arzt, der die Prophylaxe des Reinfarkts ihm nach einer bestimmten Weise empfiehlt, dann wird er das tun, und der Arzt wird seine Meinung darüber durchsetzen. Die Frage ist aber, ob diese Reinfarktprophylaxe gerade die richtige überhaupt ist, ob es nicht wesentlich bessere gibt. Und an einer anderen Stelle in der Bundesrepublik würde derselbe Patient, wenn er zufällig an einen anderen Arzt geraten wäre, etwas anderes empfohlen bekommen.

A.: Herr Professor Überla, jetzt sind wir an einem ganz heißen Punkt Die Medizin der Vergangenheit, der näheren Vergangenheit, ist ja geprägt worden von der Meinung der Lehrstühle. Die Lehrstuhlinhaber sagten, was richtig ist und was falsch ist. Diese Zeit erscheint passé zu sein, vorbei zu sein, jetzt treten kontrollierte wissenschaftliche Studien an den Platz von Ideologien.

A.: Es sind nicht nur die kontrollierten Studien, die hier eine Veränderung gebracht haben, sondern auch Fallkontrollstudien und andere methodische Instrumente. Dies sind die Dinge, die im Bereich der Wissenschaft hinzugekommen sind. Es ist aber nicht nur der Bereich der Wissenschaft, der zu einer Veränderung der Behandlung und der Diagnostik führt, sondern die Tatsache, daß unser Gesundheitswesen so organisiert, daß es etwa Krankenkassen gibt, die mit den Trägern von Krankenhäusern bestimmte Vereinbarungen treffen, das es KVen gibt die mit den Krankenkassen bestimmte Vereinbarungen treffen, greift

natürlich auch in die Diagnostik und Therapie gravierend ein, und ein dritter Bereich, der in die Diagnostik und Therapie eingreift, ist etwa der staatliche Bereich, etwa das Bundesgesundheitsamt, das Medikamente zuläßt und vom Markt nimmt. Auch dadurch nehmen regulierende systematische Kräfte in unserem Gesundheitswesen im Prinzip zu, und das ist genau das, was ich eingangs oder vorhin sagte, daß neben dem stark Individualisieren des einzelnen Arztes die systematischen Komponenten zunehmen.

- A.: Also das neue Spannungsfeld heißt heute Kliniker und Theoretiker.
- Ü.: Im Bereich der Wissenschaft könnte man dies als ein Spannungsfeld bezeichnen, wobei ich die Durchdringung von beiden eigentlich als das Optimale ansehe. Die guten Kliniker waren immer auch ganz ansehnliche Theoretiker, und gelegentlich gibt es gute Theoretiker, die sich als halbe Kliniker verkaufen können, das ist das Wünschenswerte.
- A.: Aber die Praxis sieht doch anders aus, daß hier noch ein großes Maß an Unverständnis herrscht.
- Ü.: In der Praxis besteht ein großer zeitlicher Abstand zu dem, was optimal möglich ist. Was in der niedergelassenen Praxis realisiert werden kann, hat, von spektakulären Ausnahmen abgesehen, ein Zeit-Latenz von mindestens zwei bis fünf Jahren, nachdem es einmal in der Wissenschaft anerkannt ist, bevor es der Masse der Patienten überhaupt zu gute kommen kann. Und hier ist eine gewisse Ungleichheit zwischen der besten Stelle in einem Land, in dem eine bestimmte Krankheit behandelt werden kann, und dem, was der normale Bürger an Behandlung erfährt. Dies ist aber notwendigerweise so, denn wenn eine neue Behandlung, eine neue Diagnostik entwickelt wird, ist sie zunächst mal an einer Stelle vorhanden und nicht überall gleichzeitig. Und man muß dann sehen, daß etwas Neues, wenn es gut ist und sich bewährt hat, tatsächlich so schnell wie möglich allen Patienten zugute kommt, aber da gibt es durchaus Asymmetrien.
- A.: Ich könnte mir durchaus vorstellen, daß es den Klinikern etwas gegen den Strich geht, wenn nun die Theoretiker kommen und die Gesundheitsversorgung verbessern wollen mit ihren Methoden.
- Ü.: So ist es ja nicht, daß die Theoretiker kommen und die Gesundheitsversorgung verbessern wollen. Die Theoretiker sind im allgemeinen bescheidene Leute und machen dort Anregungen, wo es klinisch sinnvoll ist. Nichts wäre schlimmer als jede realitätsferne Theorie um der Theorie willen, und das ist jedenfalls das, was ich in meiner Arbeit weit von mir weise, die theoretischen Vorschläge müssen immer auf der Basis der klinischen Erfahrung und der Fakten stehen, sonst gehen sie ins Leere.
- A.: Nun haben Sie sich ja selbst auch eingesetzt für einige Programme der Qualitätssicherung in der Medizin, Sie haben das Stichwort "Perinatalstudie in Bayern" erwähnt, das ist ein Anfang gewesen, nun geht es ja weiter. Einige Fachgesellschaften haben sich bereits bereit erklärt, auch in ihren Gebieten Qualitätssicherungsprogramme zu führen, z. B. die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Ist das ein neuer Anfang in der Medizin?

- Ü.: Der Anfang ist nicht ganz neu, nur die Methodik, mit der er betrieben wird, ist durchaus neu. Er hat sich aus unserer Arbeitsgruppe heraus mit entwickelt, und ich bin der Meinung, daß man auf diesem Weg deutlich und entschieden vorangehen muß. Die Unterschiede zwischen den Behandlungen in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik sind sehr unterschiedlich.
- A.: Das heißt, das Magengeschwür wird in Hamburg anders behandelt als in Passau.
- Ü.: Unter Umständen, und die Heilungsraten sind trotzdem in vielen Bereichen sehr ähnlich. Ich glaube, daß der Bürger, der Patient einen Anspruch darauf hat zu erfahren, wie die Verhältnisse tatsächlich liegen. Jedenfalls hat es die erzogene wissenschaftliche Gemeinschaft, die betroffenen Ärzte, die Fachgesellschaften müssen sich darüber selbst Rechenschaft ablegen, wie gut ihre Behandlung ist. Dies haben Ärzte seit jeher getan. Qualitätssicherung ist vom Anspruch her im Prinzip ein ärztliches Anliegen. Was neu hinzukommt, ist, daß in methodischer Weise dieses getan werden muß, was ein ganz neues Licht natürlich auf die Situation wirft, und da kann unser Fachgebiet wesentlich dazu beitragen. Es ist sicher nicht eine Angelegenheit von neuen Institutionen, sondern zunächst mal noch ein Jahrzehnt von engagierten Einzelprojekten, bis man so weit ist, daß man Qualitätssicherung in systematischer Weise in einer ganzen Reihe von Fachgebieten tatsächlich durchführen wird.
- A.: Welche Zielvorstellungen haben Sie hierbei und wer soll das bezahlen
- Ü.: Zahlen muß es im Prinzip der Kostenträger, und die Kosten wären relativ billig, man hat ja beim Bereich der Perinatalmedizin ausgerechnet, daß das pro Aufenthaltstag sich in der Größenordnung von 10 Pfennig oder 5 Pfennig während etwa einer Geburt wäre, und dies, wenn es sachgerecht gemacht ist, hätte einen deutlichen Verbesserungseffekt.
- A.: Und die Zielprojektion - glauben Sie, daß wir so weit kommen können, daß jedes Fachgebiet seine Ärzte mit Qualitätssicherungsprogrammen ... im Griff hält, kann man wohl nicht sagen, aber ihnen auf die Finger schaut?
- Ü.: Wenn man das will, ist das sicher realisierbar. Ich würde es in einer Analogie sagen: Wenn es möglich war, innerhalb von zwei Jahren das ganze medizinische Fachwissen für die Ausbildung zum Arzt von einem Prüfungsinstitut mit Hilfe namhafter Professoren so zu formulieren, daß es im Multiple Choice-Fragesystem schlecht, aber immerhin abfragbar ist, so müßte es im gleichen Zeitraum bei entsprechendem Einsatz möglich sein, die Fachgebiete der Medizin doch deutlich näher an eine Qualitätssicherung heranzuführen. Denn das Problem ist genau dasselbe, nur auf einer anderen Ebene. Es ist eine Frage des Aufwands, den man bereit ist, dafür zu leisten, und zwar des geistigen Aufwands und auch des Aufwands, den der einzelne Arzt, der daran beteiligt ist, selbst erbringt.
- A.: Nun, der wesentliche Punkt scheint mir noch dabei zu sein, daß bisher die freiwillige Basis alles trägt, d. h. der Arzt muß freiwillig sich bereit erklären, hier mitzuspielen, er kann also nicht per ordre de mufti gezwungen werden.

Ü.: Dies ist in unserem System, und das ist gut so. In der jetzigen Zeit halte ich das für das einzig Tragbare in unserem Gesundheitssystem. Sonst wäre es nicht realisierbar.

A.: Professor Überla, Sie sind Präsident des Bundesgesundheitsamtes seit nun einem Jahr -

Ü.: Fast schon zwei Jahre.

A.: Fast schon zwei Jahre. Wie sind Sie eigentlich dazu gekommen, sich für dieses Amt zu interessieren?

Ü.: Das ergibt sich logisch aus meiner bisherigen Tätigkeit. Wenn jemand methodisch in der Medizin in vielerlei Feldern tätig war, ist die Realisierung dessen dann natürlich in einem solchen Bundesgesundheitsamt in ganz anderer Weise möglich, als als Theoretiker an einer Universität etwas in Bewegung zu bringen oder auch nur sinnvoll zu entscheiden. Das Bundesgesundheitsamt ist eine Oberbehörde und hat in vielen Feldern der Gesundheit wichtige Aufgaben wahrzunehmen. Ich betrachte es eigentlich als eine logische Fortführung der Tätigkeit als Methodiker.

A.: Aber das Bundesgesundheitsamt ist doch letztlich keine letzte Instanz in Sachen Gesundheit in der Bundesrepublik. Es ist, wenn man so will, überspitzt formuliert, immer noch eine Unterbehörde. Die Oberbehörde ist das Bundesgesundheitsministerium.

Ü.: Das Bundesgesundheitsamt hat die Regierung, d. h. den Gesundheitsminister, aber die Regierung insgesamt, das Parlament, und auch andere Regierungsstelle zu beraten. Wir geben pro Jahr etwa 7 000 Stellungnahmen zu Einzelfragen an staatliche Stellen ab. Wir haben in manchen Bereichen aber auch den Gesetzesvollzug durchzuführen, z. B. im Arzneimittelbereich und an anderen Stellen. Die Aufgabe der Behörde ist also gemischt. Auf der einen Seite ist sie ein Forschungsverbund, auf der anderen Seite ist sie Organ das die Regierung berät und als drittes hat sie auch den Vollzug von Gesetzen in bestimmten Teilen durchzuführen, dann nämlich, wenn dieser Gesetzesvollzug besonderes technisches Knowhow erfordert, wie z. B. im Bereich der Arzneimittel.

A.: Es gab ja einmal den Begriff der Volksgesundheit, der ist unmodern geworden. Aber so etwas wie ein Anwalt der Volksgesundheit könnten Sie doch sein.

Ü.: Das Bundesgesundheitsamt fühlt sich als Anwalt der Gesundheit aller Menschen, aller Bürger in der Bundesrepublik und tritt dafür mit all seiner Kraft ein. Das kann ich für alle meine Mitarbeiter sagen. Sicher hat sich das Bundesgesundheitsamt zunächst mal im letzten Jahrhundert aus der Seuchensituation heraus entwickelt. Damal waren Ansätze wie die Gesundheitspolizei vielleicht die richtigen, die sind heute nicht mehr gegeben. Aber wenn man über Pflanzenschutzmittel zu entscheiden hat, über die gesundheitliche Verträglichkeit oder über die Frage der Zulassung von Arzneimitteln oder über die Maßnahmen, die man beginnen kann im Fall, daß eine neue Infektionskrankheit, etwa die AIDS, auftritt, dann sind dies Maßnahmen, die das Bundesgesundheitsamt zumindest mit initiiert und trägt.

A.: Sie bezeichnen sich ja auch als Anwalt der Verbraucher.

...

Ü.: Dies ist etwa im Arzneimittelgesetz deutlich so festgelegt. Das Bundesgesundheitsamt ist Anwalt der Verbraucher im Bereich der Arzneimittel, der Chemikalien, der Pflanzenschutzmittel, der Lebensmittel, aber, auch wenn es Anwalt der Verbraucher ist, hat es wissenschaftliche Neutralität zu wahren. Das heißt, wir sind kein Verbraucherschutzverband.

A.: Professor Überla, man hat manchmal das Gefühl, der Begriff der Arzneimittelpolizei würde Ihnen mehr schmeicheln.

Ü.: Keineswegs. Arzneimittelsicherheit ist nicht etwas, was man mit Polizei durchsetzen kann. Arzneimittelsicherheit ist etwas, was zustandekommt durch die Interaktion zwischen Arzt, Patient, Hersteller, Kostenträger und natürlich auch Behörde, wobei die Behörde lediglich den Rahmen vorgibt, um die Grenzen festzulegen, innerhalb derer sich die Beteiligten ihre Arzneimittelsicherheit immer selber erwerben müssen. Das sieht ~~man~~ manchmal so aus, wenn wir ein Arzneimittel vom Markt nehmen, als seien wir Gesundheitspolizei. In Wirklichkeit schneiden wir nur die unvermeidbaren Extremsituationen ab. Und dazu sind wir im Interesse des Verbrauchers verpflichtet. Wir führen die Risiko-Nutzen-Abwägung durch und für bestimmte Indikationen, wenn diese Risiko-Nutzen-Abwägung eben eindeutig negativ ist, dann müssen wir handeln.

A.: Ich hatte mir selbst einige dieser Hearings angehört im Bundesgesundheitsamt, als Sie eine Nutzen-Risiko-Abwägung vornehmen mußten, bei Schmerzmitteln zum Beispiel. Ich hatte immer das Gefühl, daß Sie sich eigentlich recht unwohl fühlen in dieser Rolle, weil das Datenmaterial, das Ihnen zur Verfügung steht, doch außerordentlich spärlich ist.

Ü.: So ist es, das Datenmaterial ist im allgemeinen nicht ausreichend. Trotzdem muß der Staat entscheiden, auch bei unklarer Datenlage. Er tut das auch in anderen Feldern und kann nicht eine Entscheidung zum Schaden der Bürger nicht treffen oder sie zum Nutzen der Industrie so treffen, wenn man die Datengrundlage noch nicht hat. Das heißt, es gibt in diesem Bereich durchaus die Situation, daß man entscheiden muß, auch auf schlechter Datengrundlage, und dann macht das Gesetz es notwendig, daß die Entscheidung oder die Unsicherheit nicht zu Lasten der Verbraucher gehen darf.

A.: Das sind aber letztlich dann doch vorläufige Entscheidungen, die zu revidieren sind, wenn bessere Datengrundlagen vorliegen.

Ü.: Es sind alles vorläufige Entscheidungen. Als Wissenschaftler kennen wir lediglich einen Souverän an, nämlich die Natur, die Natur, die immer wiederholt uns lehrt, was tatsächlich empirisch korrekt ist. Und wenn jemand kommt und bessere Daten hat und Dinge nachweist ist das Bundesgesundheitsamt sicher bereit, Entscheidungen zu ändern.

A.: Inwieweit ist denn Ihr Amt oder inwieweit fühlen Sie sich im Spannungsfeld der Interessen eingebunden, oder welche Probleme haben Sie, in diesem Spannungsfeld neutral zu bleiben?

Ü.: Natürlich gibt es die verschiedensten Interessen, die auf das Bundesgesundheitsamt einwirken, auf der einen Seite die Interessen der Industrie, auf der anderen Seite die Interessen der Verbrau-

cherschutzverbände oder bestimmter politischer Gruppen. Es gibt mannigfache Interessen, die an das Bundesgesundheitsamt herangetragen werden. Alle diese Interessen spielen in Sicherheitsentscheidungen, soweit ich dies beurteilen kann, während meiner Amtszeit keine irgendwie relevante Rolle. Das Bundesgesundheitsamt ist eine neutrale staatliche Stelle. Dafür werden wir vom Bürger bezahlt, daß wir auf neutralem empirischen Boden fachliche Urteile abgeben.

A.: Es dürften also keine politischen Urteile sein.

Ü.: Das Bundesgesundheitsamt ist keine politische Institution und gibt auch keine gesundheitspolitischen Aussagen ab. Es ist eine Fachbehörde.

A.: Wenn Sie die Möglichkeit hätten, das Bundesgesundheitsamt umzuorganisieren, nach Ihren Zielvorstellungen auszurichten, wie würden Sie vorgehen? Was hätten Sie als oberstes Ziel, würden Sie das Amt noch schlagkräftiger machen können?

Ü.: Wir haben mit der Umorganisation im Amt bereits begonnen. Die Umorganisation des Robert Koch-Instituts, des ersten Instituts, ist eingeleitet und ist soeben im Vollzug, d. h. wir setzen deutliche Schwerpunkte für das, was wir für die nächsten zehn Jahre für relevant halten. Eine Umorganisation des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie ist ebenfalls auf den Weg gebracht, aber vom Ministerium noch nicht entschieden. Auch die anderen Institute des Bundesgesundheitsamtes werden sich in ihrer Struktur anpassen müssen an die Gegebenheiten, die dadurch festgelegt sind, daß wir bestimmte gesetzliche Aufgaben haben, andere Aufgaben gesetzlich nicht zwingend vorgeschrieben sind, daß auf der anderen Seite die Personalsituation im öffentlichen Dienst bekanntermaßen in den letzten drei Jahren jeweils um ein Prozent abgenommen hat. Wir müssen uns dieser Schere stellen und von uns aus Prioritäten setzen, die sich natürlich auch in Strukturänderungen niederschlagen.

A.: Die Frage ist, könnte man es noch besser machen. Man sieht immer etwas neidvoll nach Amerika in diesen Fragen, speziell auf ein Institut, nämlich auf das Center for Disease Control in Atlanta, eine Art Feuerwehr in Sachen Gesundheitsnotstand. Dieses Center for Disease Control hat ja damals die Legionärskrankheit aufgedeckt, hat sich beim Toxic Shock-Syndrom als schlagkräftig erwiesen und ist jetzt wohl auch dabei, diese neue AIDS, diese erworbene Immunschwäche, zumindest zu erfassen, ob man das Problem lösen kann, ist etwas anderes. Jedenfalls eine Institution, die sofort vorhanden ist, quer bei Fuß, wenn es Probleme gibt. So etwas ist ja eigentlich in Europa fast nicht vorhanden.

Ü.: Das ist eigentlich die Idee des Bundesgesundheitsamtes, die Sie schildern, und das Robert Koch-Institut hat für die Seuchen genau dies gemacht. Ich habe mir das Center for Disease Control im letzten Jahr genau angesehen. Ich will Ihnen ein paar Zahlen sagen. Im Center for Disease Control gibt es etwa 1700 Mitarbeiter. Das Bundesgesundheitsamt hat insgesamt für sieben Institute - und das CDC wäre eines - etwa 1400 bis 1500. Wir haben in dem entsprechenden Bereich des Robert Koch-Instituts - das wäre das Pendant zum CDC - etwa 250 Mitarbeiter. Und wir tun genau das, was die dort tun, nur mit bescheideneren Mitteln und etwa um den Faktor 5 weniger Ausstattung. Im Bereich der AIDS etwa habe ich eine Ar-

beitragsgruppe am BGA gegründet über verschiedene Institute hinweg, die sich dieser Problematik besonders widmet, die ein Register aufbauen wird, die Forschungsprogramme in die Wege leitet, die Empfehlungen abgibt an die Ärzte und an die betroffenen Homosexuellen. Wir können sehr beweglich Projektgruppen bilden im Rahmen unserer Mitarbeiter, wenn solche Risikosituationen auftreten, und tun dies auch unkonventionell und innerhalb kürzester Zeit. Freilich haben wir nicht die Ressourcen und auch gar nicht die Bevölkerungsproblematik wie sie in den USA besteht, um überall gleich stark mitzuhalten, aber ich glaube, daß wir auf dem richtigen Weg sind.

- A.: Prof. Überla, die letzte Frage: Präsident des Bundesgesundheitsamts - wie geht's weiter in Ihrer Karriere, Sie sind ja noch relativ jung.
- Ü.: Ich glaube, daß das ebenso logisch weitergehen wird wie mein bisheriger Lebensweg, d. h., ich hoffe, daß ich als Präsident des Bundesgesundheitsamtes in den verdienten Ruhestand gehen kann zu gegebener Zeit.