



Newsletter

Nr. 3 | August 2002

Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen

Inhalt

| | |
|---|----|
| Ostdeutsche Hochschulmedizin verbessert Leistungsfähigkeit ihrer klinischen Forschung | 2 |
| Akutbehandlung und Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit – gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen? | 4 |
| Forschungslandkarte Hochschulmedizin informiert | 7 |
| Menschen in der Gesundheitsforschung Ein Berufsfeld mit Zukunft: Epidemiologie | 8 |
| Kurz notiert Folsäure- und Jodprophylaxe in der Schwangerschaft, Kompetenznetz HIV/AIDS, Kompetenznetz Demenzerkrankungen | 9 |
| Veranstaltungen International Conference on Structural Genomics, The Genetic and Molecular Basis of Human Disease | 11 |

Stärkung der Forschungslandschaft durch Strukturoptimierung und -innovation

„Wir brauchen uns nicht zu verstecken!“

Ostdeutsche Hochschulmedizin verbessert die Leistungsfähigkeit ihrer klinischen Forschung

Der Medizinischen Fakultät Leipzig gelang es bisher zu selten, im Wettbewerb der Universitäten untereinander und insbesondere zwischen Ost und West, die besten Bewerber auf Professuren für sich zu gewinnen. Eine Förderinitiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) für die neuen Bundesländer erleichtert jetzt die Rekrutierung exzellenter Wissenschaftler.

Die Frustration war groß, wenn nach langen Verhandlungen und Ausschöpfung aller Möglichkeiten wieder ein Kandidat den Ruf auf eine Professur an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig ablehnte. Denn für den Ausbau von konkurrenzfähigen medizinischen Forschungsschwerpunkten im Osten Deutschlands sind herausragende Wissenschaftler von eminenter Bedeutung. Die Universitäten in den neuen Bundesländer sind nach wie vor strukturell benachteiligt: Die Ausstattung mit wissenschaftlichem Personal und die Forschungsbudgets bleiben hinter denen der alten Länder zurück, gleichzeitig fallen die Gehälter niedriger aus, oft ist vorhandenes Personal nach ungeschriebenen Gesetzen der Besitzstandswahrung bestimmten Abteilungen fest zugeordnet und viele Wissenschaftlerstellen sind noch aus der Zeit vor der Wende dauerhaft besetzt. Das behindert die Anpassung an neue Forschungsschwerpunkte und macht die Standorte für hochkarätige Wissenschaftler unattraktiv.

Um diese Defizite auszugleichen, bot das BMBF 1999 eine Fördermaßnahme für die klinische Forschung in den neuen Bundesländern an, die dritte seit 1991. Während die ersten beiden im Wesentlichen der Etablierung moderner Forschungsmethoden und dem modellhaften Aufbau eigenständiger Strukturen für die klinische Forschung dienten, hat die dritte spezifische Aufbauförderung des BMBF die Herausbildung eines leistungsfähigen Forschungsprofils sowie die Entwicklung fakultätsinterner Leistungsbewertung und Belohnung zum Ziel. In der ersten Förderphase von drei Jahren erhalten die acht ostdeutschen medizinischen Fakultäten insgesamt rund 40 Millionen Euro. Für eine zweite Förderphase von weiteren drei Jahren sind rund 30 Millionen Euro geplant.

Wo wollen wir mit unserer klinischen Forschung hin?

Dieses Angebot löste bei den medizinischen Fakultäten intensive Diskussionen aus. Professor Arnold, Prodekan in Leipzig: „Erst mit der dritten

Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen

Mit dem Ende 2000 verabschiedeten Programm „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ verfolgt das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unter anderem das Ziel, wichtige Felder des Gesundheitswesens durch Forschung zu verbessern. Beispielsweise geht es darum, Beiträge zu einer Optimierung im Versorgungsgeschehen zu leisten und dieses dem in Deutschland stetig wachsenden Anteil älterer und chronisch kranker Menschen anzupassen. Ebenso werden

Faktoren erforscht, die Krankheiten in der Bevölkerung begünstigen oder auslösen bzw. vor ihnen schützen können, um Krankheiten gezielter vorbeugen zu können.

Neben der **Forschung zum Gesundheitswesen** sieht das BMBF Handlungsbedarf in den Bereichen **Effektive Bekämpfung von Krankheiten, Gesundheitsforschung in Zusammenarbeit von Wirtschaft und Wissenschaft** und **Stärkung der Forschungslandschaft durch Strukturoptimierung und -innovation**.

Förderinitiative des BMBF fand innerhalb unserer Fakultät ein Sinneswandel statt. Wir fragten uns: Wo stehen wir mit unserer klinischen Forschung? Wo wollen wir hin? Und vor allem: Wie kommen wir da hin?" In Leipzig bestand eine gute Ausgangsposition für die Debatte um neue Forschungsstrukturen und -schwerpunkte. Die Fakultät konnte auf Erfahrungen zurückgreifen, die sie beim Aufbau ihres Interdisziplinären Zentrums für klinische Forschung und ihres Koordinierungszentrums für Klinische Studien erworben hatte. Trotzdem kristallisierte sich das neue Forschungsprofil der Fakultät erst in mehreren Schritten heraus – aber auch medizinische Fachbereiche in den alten Bundesländern tun sich schwer mit diesem Prozess. Äußerst hilfreich war dabei die intensive Auseinandersetzung mit einem kritischen externen Gutachterkreis, den das BMBF berufen hatte. Schließlich wurden zwei große Forschungsbereiche festgelegt, die nun mit insgesamt vier Professuren gestärkt werden sollen: „Fehlsteuerung von zellulären Signalnetzwerken“ und „Psychosoziale Versorgungsformen“.

Leistung statt Gießkanne

Das BMBF trägt vor allem durch eine attraktive personelle Ausstattung der Professuren zur positiven Entwicklung bei. Pro Lehrstuhl werden drei so genannte Post-Doc-Stellen und eine Stelle für die technische Assistenz finanziert. Die Fakultät Leipzig widmet für das Vorhaben drei ihrer Lehrstühle zu Forschungsprofessuren um. Zwei davon finanziert sie selbst, eine das BMBF, und die vierte Stelle wird als Stiftungsprofessur eingerichtet. In der ersten Förderphase von drei Jahren unterstützt das BMBF die Strukturmaßnahmen in Leipzig mit rund 5,5 Millionen Euro. Die Vergabe der Gelder ist mit der Bedingung verknüpft, bis zu 30 Prozent des Landeszuschusses für Forschung und Lehre nicht

mehr wie bisher gießkannenartig, sondern leistungsabhängig innerhalb der Fakultät zu verteilen. Dazu müssen die innere Leistungsbewertung ausgebaut und engagierte Arbeit sowie exzellente Forschung belohnt werden.

Solchermaßen profiliert, leistungsbetont und mit erhöhter Transparenz für Finanzmittel und Leistungsbewertung fühlt sich der medizinische Fachbereich in Leipzig gut gerüstet für den Wettbewerb um hochrangige Bewerber. Professor Arnold: „Wir brauchen uns nicht zu verstecken! Unsere medizinische Fakultät ist auf dem besten Weg, sich ihren Platz unter den großen Fakultäten Deutschlands zurückzuerobern und sich international zu profilieren.“ Die jüngsten Ereignisse scheinen ihm Recht zu geben: Für die vier ausgeschriebenen Forschungsprofessuren bewarben sich mehrere international anerkannte Experten. Über die guten Entwicklungen gerät auch so mancher Beobachter aus den alten Bundesländern ins Grübeln. Denn die Hochschulmedizin steht nicht nur an den ostdeutschen Fakultäten vor extremen Herausforderungen als Motor für innovative klinische Forschung und bei der Ausbildung qualifizierten wissenschaftlichen Nachwuchses. Die medizinischen Fakultäten der neuen Bundesländer können mit ihrer inzwischen ausgeprägten Reformbereitschaft erfolgreiche Wege für eine Verbesserung der klinischen Forschung in ganz Deutschland aufzeigen.

Weitere Informationen:

Dr. Stephanie Schaerer

Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt
Projekträger des BMBF
Südstraße 125
53175 Bonn
Tel.: 0228/38 21-1 17
Fax: 0228/38 21-2 57
E-Mail: stephanie.schaerer@dlr.de

Forschung zum Gesundheitswesen

Akutbehandlung und Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit – gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen?

Seit Jahren wird diskutiert, ob Frauen in der Akutversorgung und der Rehabilitation der koronaren Herzkrankheit anders behandelt werden als Männer. Trotzdem existierten hierzulande bisher kaum Studien, die dieser Frage nachgegangen sind. Drei deutsche Forschungsprojekte haben jetzt nach Unterschieden zwischen den Geschlechtern gesucht und interessante Fakten gefunden.

In Deutschland leiden etwa fünf Millionen Menschen an einer koronaren Herzkrankheit, d. h. einer Verkalkung und Verengung der Herzgefäße. Rund 288.000 Menschen erleiden pro Jahr einen Herzinfarkt, Hunderttausende benötigen Bypass-Operationen und Aufweitungen verengter Herzgefäße. Viele Betroffene sind dabei nicht einmal 50 Jahre alt. Das akute Ereignis reißt sie plötzlich aus ihrem Berufsalltag und sozialen Umfeld. Die kardiologische Rehabilitation soll in der Anschlussbehandlung den Patienten den Umgang mit der Erkrankung und die Rückkehr in den Alltag und den Beruf erleichtern. Allerdings wurden die Rehabilitationsprogramme in den 60er und 70er Jahren mit Blick auf jüngere, berufstätige Männer entwickelt – ob die daraus abgeleiteten Inhalte und Strukturen auch den Bedürfnissen von Frauen entsprechen, wurde bisher nicht geprüft. Drei Studien, gemeinsam gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), haben jetzt untersucht, ob in der kardiologischen Rehabilitation Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen.

Nicht primär das Geschlecht, sondern das Alter ist ausschlaggebend für den Verlauf der Rehabilitation

Bekommen Frauen nach einem Herzinfarkt seltener Rehabilitationen verordnet? Dies ist nur eine der Fragen, mit denen sich ein Projekt des „Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbands Rehabilitationswissenschaften“ unter der Leitung von Dr. Gesine Grande an der Universität Bielefeld beschäftigt hat. Männer und Frauen, die einen Herzinfarkt erlitten hatten, und ihre behandelnden Ärzte wurden dabei zum Verlauf der Erkrankung befragt. „Unsere Ergebnisse zeigen, dass es weder bei der Versorgung in der Akutklinik noch in der kardiologischen Rehabilitation bedeutsame Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt“, sagt Grande. Allerdings habe sich die psychosoziale Ausgangssituation der beiden Geschlechter vor der Rehabilitation deutlich unterschieden: Die untersuchten Frauen waren depressiver und ängstlicher, hatten einen niedrigeren sozialen Status (schlechtere Schulbildung, geringeres Einkommen) und waren im Durchschnitt fünfeinhalb Jahre älter. Außerdem verarbeiteten sie die Erkrankung anders als Männer. „Diese Unterschiede

Die gemeinsame Forschungsförderung durch das BMBF und den VDR als größtem Rehabilitationsträger ist ein Novum in der Gesundheitsforschung. Von 1995 bis 2005 fließen insgesamt 40,9 Millionen Euro in die deutsche Rehabilitationsforschung, finanziert je zur Hälfte von den beiden Förderern. Die erste Phase der Förderung wird im

Wesentlichen 2002 abgeschlossen sein, dann liegen von ca. 70 Forschungsprojekten die ersten Ergebnisse vor. Der wichtigste Schritt, deren Bewertung und die Umsetzung in die Praxis, steht noch bevor – dies wird in naher Zukunft vor allem Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherungen sein.

deuten darauf hin, dass beide Geschlechter verschiedene Rehabilitationsbedürfnisse haben. So wünschten sich in unserer Studie insbesondere die Frauen mehr psychische und soziale Unterstützung, um Ängste abzubauen und ihr Selbstwertgefühl zu erhöhen“, berichtet Grande. Die psychologische Betreuung von Patientinnen und Patienten trete aber bisher gegenüber körperlichen Maßnahmen deutlich in den Hintergrund – sowohl bei der Beratung und Behandlung in Akutkliniken als auch in der Rehabilitation und bei den Hausärzten. In Zukunft müsse psychosozialen Aspekten daher eine größere Bedeutung zukommen, betont die Wissenschaftlerin. Die Studie zeigte ein weiteres interessantes Ergebnis: Nicht das Geschlecht, sondern das Alter der Männer und Frauen war ausschlaggebend für den Verlauf der Rehabilitation. „Wir konnten feststellen, dass ältere Patienten nicht so viele invasive diagnostische und therapeutische Maßnahmen erhielten, weniger ärztlich beraten wurden und einzelne Angebote während der Rehabilitation seltener verordnet bekamen oder nutzten“, sagt Grande. Da in Zukunft der Anteil älterer Menschen auch in der kardiologischen Rehabilitation weiter zunehmen wird, sieht die Wissenschaftlerin hier einen deutlichen Handlungsbedarf. So sollten nicht nur gruppenspezifische Rehabilitationsangebote entwickelt werden, die den unterschiedlichen Bedürfnissen von Männern und Frauen gerecht werden, sondern auch denen von Älteren und Jüngeren.

Differenzen zwischen den Frauen wesentlich größer als zwischen den Geschlechtern

Auch Dr. Oskar Mittag vom Universitätsklinikum Lübeck hält es für notwendig, Rehabilitationsprogramme spezifisch für Männer und Frauen zu entwickeln. Unter seiner Leitung wurden im Rahmen einer Studie des „Nordeutschen Verbunds für Rehabilitationsforschung“ Männer und Frauen befragt, die einen ersten Herzinfarkt, eine Bypass-Operation oder eine Aufweitung der Herzgefäße

hinter sich hatten. Die Wissenschaftler wollten herausfinden, ob Frauen in der kardiologischen Rehabilitation benachteiligt werden. „Insgesamt zeigten sich deutlich weniger Unterschiede zwischen den Geschlechtern als wir erwartet hatten. Dafür fielen aber erhebliche Differenzen innerhalb der Frauengruppe auf, besonders zwischen Jüngeren und Älteren“, berichtet Mittag. So waren jüngere Frauen am stärksten psychisch belastet: Sie litten mehr als ältere Frauen und Männer unter krankheitsbedingten Sorgen und gaben eine ausgeprägte körperliche Erschöpfung an. Außerdem zeigten sie häufiger eine depressive Verarbeitung der Krankheit (Grübeleien, Hadern) und Ablenkungsmechanismen wie „Galgenhumor“. Der besondere Einfluss des Alters bei Frauen kann nach Ansicht von Mittag zum Beispiel auf biologische Faktoren (Hormonstatus vor und nach der Menopause) zurückgeführt werden. In Zukunft müsse die kardiologische Rehabilitation spezifischer auf die Bedürfnisse von Frauen zugeschnitten werden und insbesondere bei jüngeren Frauen mehr Gewicht auf die Bewältigung von psychischen Belastungen und krankheitsbedingten Sorgen legen, so der Wissenschaftler. Zu klären bliebe aber, ob sich durch ein frauenspezifisches Rehabilitationsprogramm bessere Ergebnisse erzielen ließen.

Deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern – auch unabhängig vom Alter

Weitere Differenzen zwischen den Geschlechtern zeigt ein noch laufendes Projekt des „Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Bayern“ unter der Leitung von PD Dr. Ursula Härtel von der Ludwig-Maximilians-Universität München auf. Ihr Team untersucht Frauen und Männer nach einem erstem Herzinfarkt. Bisher seien in jedem Stadium der Rehabilitation erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede aufgefallen – auch unabhängig vom Alter der Patienten, sagt Härtel. Selbst die Infarktsymptome seien schon ganz ver-

schieden gewesen: Frauen berichteten häufiger als Männer über vegetative Begleitsymptome (Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbruch) und Schmerzen außerhalb des Brustraums. Zudem leiden Frauen verglichen mit Männern gleichen Alters „bereits zu Beginn der Rehabilitation öfter unter chronischen Krankheiten wie Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen oder Osteoporose und unter psychischen Problemen wie Angst und Depression“, so die Wissenschaftlerin. Bezüglich der psychischen Probleme unterschieden sich die Geschlechter in den jüngeren Altersgruppen (unter 60 Jahre) stärker als in den älteren. Während der Rehabilitation zeigten sich dann Unterschiede in der Compliance und Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen bei Männern und Frauen. Generell waren die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den unteren sozialen Schichten ausgeprägter als in den höheren. Auch in der Zeit nach der Rehabilitation gab es Differenzen: „Männer und Frauen nahmen kurzfristig zwar etwa gleich häufig an einer ambulanten Herzgruppe teil, die Gründe für ihre Nicht-Teilnahme oder den Abbruch unterscheiden sich aber erheblich“, berichtet Härtel. Frauen würden eher praktische Hindernisse („Entfernung zu weit“, „keine Fahrgelegenheit“) nennen und fühlten sich durch die Herzgruppen häufiger überfordert als Männer. Die männlichen Patienten gäben als Hauptgrund für ihre Nicht-Teilnahme hingegen „kein Interesse“ an.

Die ersten Erkenntnisse aus dem laufenden Projekt sollen jetzt in der Klinik und in der ambulanten Nachsorge getestet werden – im Rahmen einer Interventionsstudie mit Frauen. In der Herzkreislaufklinik Höhenried werden zum Beispiel

frauenspezifische Bewegungs- und Ernährungsprogramme erprobt sowie psychologische Maßnahmen, die stärker auf die Bedürfnisse der Patientinnen zugeschnitten sind. Zudem sollen Familienangehörige planmäßig in die Nachbetreuung einbezogen werden. Diese Studie könnte auch die von Mittag aufgeworfene Frage beantworten, ob ein frauenspezifisches Rehabilitationsprogramm zu besseren Ergebnissen führt.

Ansprechpartner:

Dr. Dipl.-Psych. Gesine Grande

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
Tel.: 0521/1 06-42 61
Fax: 0521/1 06-64 29
E-Mail: gesine.grande@uni-bielefeld.de

Dr. rer. nat. Oskar Mittag

Institut für Sozialmedizin
Universitätsklinikum Lübeck
Beckergrube 43-47
23552 Lübeck
Tel.: 0451/7 99-25 12
Fax: 0451/7 99-25 22
E-Mail: oskar.mittag@sozmed.mu-luebeck.de

PD Dr. Ursula Härtel, MPH

Humanwissenschaftliches Zentrum
der LMU München
Goethestraße 31
80336 München
Tel.: 089/59 96-6 51 oder 08158/24 24 48
Fax: 089/59 96-4 89
E-Mail: haertel@lrz.uni-muenchen.de

Stärkung der Forschungslandschaft durch Strukturoptimierung und -innovation

Bestandsaufnahme der medizinischen Forschung: Forschungslandkarte Hochschulmedizin informiert

Die medizinische Forschung in Deutschland ist nicht in allen Bereichen international konkurrenzfähig. Um die Entwicklung der Hochschulmedizin besser zu überblicken, war eine Bestandsaufnahme dringend erforderlich. Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Medizinischen Fakultätentag herausgegebene Forschungslandkarte Hochschulmedizin gibt nun erstmals einen detaillierten Überblick über Rechtsformen, Forschungsschwerpunkte und Leistungen aller medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Deutschland.

Die 36 medizinischen Fakultäten bzw. Universitätskliniken sind nicht nur für die medizinische Forschung zuständig, sie bilden auch Ärzte aus und versorgen in ihren Kliniken Patienten. Heute kann nicht jede Fakultät auf allen Forschungsgebieten Herausragendes leisten. Deshalb ist es wichtig, soll medizinische Forschung qualitativ hochwertig sein, Schwerpunkte zu setzen, Forschungsprofile zu schärfen und Forschungs Kooperationen zu schließen. Einen Überblick über die Profile der Fakultäten gibt erstmals die Forschungslandkarte. Einzeldarstellungen der medizinischen Fakultäten informieren beispielsweise über Forschungsschwerpunkte, Strukturen, Ressourcenfluss oder Drittmittelinwerbungen.

Ein Service auch für angehende Wissenschaftler

Den wissenschaftlichen Nachwuchs wird die Forschungslandkarte für seine Karriereplanung interessieren. Die Anzahl der akademischen Abschlüsse (Promotionen, Habilitationen), die Listen der Sonderforschungsbereiche, der BMBF- und EU-Projekte oder der klinischen Studien können dafür wertvolle Hinweise geben. Jungen Wissenschaftlern bieten die Informationen über die Anzahl der C3- und C4-Stellen oder die Übersichten über die an den Fakultäten vertretenen Fächern und Abteilungen der Universitätskliniken Entscheidungshilfen für die Planung ihres fachlichen Profils. Und ein Vergleich der Studierendenzahlen zeigt, dass an deutschen Hochschulen zwischen 15 und 52 Studenten pro Professur betreut werden.

Leistung muss sich lohnen

Seit vielen Jahren wird die leistungsorientierte Vergabe von Finanzmitteln für Forschung und Lehre diskutiert. Sie gilt als ein Instrument, das auch die Qualität der medizinischen Forschung steigern kann. Auch dazu gibt die Forschungslandkarte Informationen: bisher ist ein landesinterner Wettbewerb zwischen den medizinischen Fakultäten nur in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Nordrhein-Westfalen etabliert. Seit 1998 werden zwischen vier Prozent (Bayern) und 15 Prozent (Baden-Württemberg) der Landesmittel für Forschung und Lehre nach Leistungskriterien wie beispielsweise eingeworbene Drittmittel oder Publikationen vergeben. Hessen plant die Einführung des landesinternen Wettbewerbs. Deutliche Unterschiede zwischen den Fakultäten bestehen beim Einwerben von Drittmitteln. Besonders erfolgreiche Fakultäten werben über 30 Prozent des erhaltenen Landeszuschusses zusätzlich ein. Werden die eingenommenen Drittmittel auf besetzte Professuren bezogen, schwanken die Werte zwischen 61.000 und 368.000 Euro.

Die Forschungslandkarte ist der erste Überblick über die Forschung an deutschen medizinischen Fakultäten. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zur Transparenz und wird, so hoffen die beiden Herausgeber, die Diskussion über sinnvolle und notwendige Verbesserungen und den gezielten Ausbau der deutschen Medizin- und Gesundheitsforschung anstoßen. Die nächste Ausgabe der Forschungslandkarte haben die beiden Partner wieder gemeinsam geplant. Langfristig kann dieses Instrument

Veränderungen sichtbar machen und aufzeigen, welche Organisationsstrukturen und Maßnahmen für die medizinische Forschung förderlich oder hinderlich sind.

Die Forschungslandkarte Hochschulmedizin ist als CD-ROM beim Medizinischen Fakultätentag erhältlich:

Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt
Tel.: 069/63 01-67 79
Fax: 069/63 01-8 34 44
E-Mail: mft@mft-online.de

Weitere Informationen und Rezensionsexemplare:

Dr. Anne Lücke

Deutsches Zentrum für Luft-
und Raumfahrt
Projektträger des BMBF
Südstraße 125
53175 Bonn
Tel.: 0228/38 21-1 98
Fax: 0228/38 21-2 57
E-Mail: anne.luecke@dlr.de

Menschen in der Gesundheitsforschung

Ein Berufsfeld mit Zukunft: Epidemiologie

Wissenschaftlich gut ausgebildete Epidemiologen sind in Deutschland rar. Dabei gewinnt die Epidemiologie für die Gesundheitsforschung zunehmend an Bedeutung. Mit der Förderung eines Aufbaustudiengangs will das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zur Konsolidierung der akademischen Disziplin beitragen. Seit Oktober 2001 werden in Bielefeld, Berlin und München Epidemiologen für Forschung und Lehre ausgebildet.

Dr. med. Barbara Reckzeh (35) ist Fachärztin für Innere Medizin und hat bereits eine lange klinische Ausbildung zur Hämatologin und Onkologin hinter sich. Seit Herbst vergangenen Jahres ist sie wieder Studentin. Sie nimmt am „Master of Science Program – Epidemiologie (MSE)“ in Bielefeld teil. Nach ihrer klinischen Ausbildung wollte sie zusätzliche Qualifikationen im Bereich der Epidemiologie und Biometrie erwerben. Der neu eingerichtete Studiengang kam ihr da gerade recht.

Der erste viersemestrige Postgraduiertenstudiengang MSE startete im Oktober 2001. Die Konzeption und zwei Ausbildungszyklen werden bis September 2004 vom BMBF mit ca. 1,3 Millionen Euro gefördert. Der Schwerpunkt der Ausbildung liegt in der Vermittlung methodisch-analytischer Kenntnisse. Der wissenschaftliche Nachwuchs wird für die Forschung an universitären und außeruniversitären Instituten und für die Lehre ausgebildet.

Für die Zulassung zum Studiengang musste Barbara Reckzeh folgende Voraussetzungen erfüllen: ein abgeschlossenes Studium der Medizin, Biologie oder einer verwandten Fachrichtung, gute Englischkenntnisse und Berufserfahrung. Außerdem folgte noch ein persönliches Bewerbungsgespräch sowie eine Zulassungsprüfung über die Grundlagen der Epidemiologie.

Studieren und trotzdem arbeiten

Grundsätzlich wird der MSE-Studiengang an den Universitäten Berlin, Bielefeld und München als berufsbegleitendes Studium angeboten. Lediglich das zweite Semester musste bisher als Vollzeitsemester in Bielefeld absolviert werden. Zukünftig wird es durch drei zentrale Blockveranstaltungen von je zwölf Tagen ersetzt werden. Während des Aufbaustudiums konnte Barbara Reckzeh daher weiterhin als Ärztin an der Uniklinik Marburg arbeiten, allerdings in Teilzeit. Insgesamt ist sie mit der Wahl des Aufbaustudiengangs sehr zufrieden.

Der Unterricht findet im kleinen Kreis in angenehmer Atmosphäre statt. Renommiertere nationale und internationale Dozenten garantieren für die hohe Qualität der Lehrveranstaltungen. Nachdem sie den international anerkannten Titel „Master of Science in Epidemiology“ erlangt hat, möchte Barbara Reckzeh in einem epidemiologischen Institut arbeiten, möglichst mit einem Schwerpunkt auf Krebserkrankungen. Als Fachärztin für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Hämatologie und Onkologie bringt sie dafür die besten Voraussetzungen mit.

Die Bevölkerung im Blick

Barbara Reckzeh hat sich ein Berufsfeld mit Zukunft ausgesucht. Die Epidemiologie spielt in der Gesundheitsforschung eine immer größere Rolle, da für die effektive Bekämpfung von Krankheiten gesicherte Daten über die Häufigkeit und Verbreitung von Krankheiten unerlässlich sind. Stand früher nahezu ausschließlich die Seuchenbe-

kämpfung im Mittelpunkt der epidemiologischen Untersuchungen, so befassen sich Epidemiologen heute neben Infektionskrankheiten vor allem mit nicht übertragbaren chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Osteoporose oder Diabetes mellitus. Barbara Reckzeh gefällt an ihrem zukünftigen Beruf, dass man bei der Auseinandersetzung mit Krankheiten immer die Bevölkerung im Blick hat und Einfluss auf Behandlungsstrategien und gesundheitspolitische Entscheidungen nehmen kann.

Weiter Informationen und Bewerbungsunterlagen:

Prof. Dr. Alexander Krämer (Sprecher)
Dr. Hiltrud Merzenich
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
E-Mail: hiltrud.merzenich@uni-bielefeld.de
Internet: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/mse

Kurz notiert

Unzureichende Folsäure- und Jodprophylaxe in der Schwangerschaft

Fast alle Frauen nehmen während ihrer Schwangerschaft Medikamente ein – im Schnitt sind es 4,6 verschiedene. Ein großer Teil davon entfällt auf Arzneien zur Ergänzung von Mineralstoffen, Eisen, Jod und Vitaminen. Die meisten Präparate werden ärztlich verschrieben, wobei die Mediziner potenziell fehlbildungsauslösende Risiken der Medikamente in ihrer Verordnungspraxis ausreichend zu berücksichtigen scheinen.

Diese Ergebnisse entstammen der so genannten Pegasus-Studie, die vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der Universität München durchgeführt wurde. Finanziert wurde sie vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Förder-

schwerpunktes Public Health (1992 bis 2002). In die Untersuchung flossen Angaben von 2.676 Schwangeren ein. Trotz der häufigen Anwendung von Medikamenten in der Schwangerschaft gibt es gravierende Defizite in der Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen. Die Autoren der Studie sehen vor allem für Folsäure und Jod enormen Handlungsbedarf.

Folsäure beugt Fehlbildungen des kindlichen Wirbelkanals vor und wird von ärztlichen Fachgesellschaften für einen Zeitraum von je vier Wochen vor und nach der Zeugung empfohlen. In Deutschland erhalten lediglich fünf Prozent der Schwangeren das Vitamin zum richtigen Zeitpunkt in geeigneter Dosierung – andere Länder reichern Nahrungsmit-

tel an, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland bezahlen entsprechende Medikamente nur dann, wenn ein Folsäuremangel besteht.

Auch Jod-Gaben werden von den ärztlichen Fachgesellschaften für die gesamte Schwangerschaftsdauer gefordert. Sie verhindern Schilddrüsenfunktionsstörungen bei Mutter und Kind. Trotzdem nimmt nur die Hälfte der Schwangeren

Jod-Präparate in der empfohlenen Dosierung von 200µg pro Tag regelmäßig ein.

Die Autoren der Pegasus-Studie begannen noch während ihrer Untersuchung mit der Aufklärungsarbeit über die Bedeutung der Folsäure- und Jodprophylaxe. Da ein durchschlagender Erfolg bisher ausblieb, sind nach Ansicht der Wissenschaftler auch in Deutschland Maßnahmen wie die Anreicherung von Nahrungsmitteln mit Folsäure zu diskutieren.

Kurz notiert

BMBF fördert Kompetenznetz zu Demenzerkrankungen

Mit steigender Lebenserwartung der Menschen werden Demenzen zunehmend zu einer Herausforderung für die Gesellschaft. Zurzeit leiden in Deutschland schätzungsweise fünf bis zehn Prozent in der Altersgruppe der 60- bis 70-Jährigen an einer zumeist leichteren Demenz, für die 90-Jährigen und Älteren liegen die geschätzten Zahlen bei über 40 Prozent. Um die diagnostische und therapeutische Versorgung zu verbessern, fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung ein Kompetenznetz zu Demenzerkrankungen. Von 2002 bis 2004 fließen allein im Rahmen dieses Netzwerkes 6,9 Millionen Euro in die Demenzforschung, weitere 6,5 Millionen Euro sind bei positiver Zwischenbilanz für eine zweite Phase vorgesehen.

Im Kompetenznetz Demenzen haben sich 13 universitäre Zentren zusammengeschlossen, aber auch Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Industrieunternehmen und Patientenorganisationen, wie beispielsweise die Deutsche Alzheimergesellschaft, beteiligen sich daran. Schwerpunkte der Forschung werden die Entwicklung einheitlicher und fortschrittlicher Richtlinien für die Diagnostik und Therapie von Demenzen sein. Die Erhebung epidemiologischer Daten kann neue Kenntnisse zur Entstehung und zum Verlauf der Erkrankungen lie-

fern. Schließlich soll auch die Früherkennung und Therapie durch Hausärzte verbessert werden.

Demenzerkrankungen prägen sich individuell sehr unterschiedlich aus. Die Symptome reichen von Gedächtnisdefiziten, Einschränkungen der Orientierung, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen über Defizite in der Verrichtung von Alltagsaktivitäten bis hin zu Sprachstörungen und Persönlichkeitsveränderungen. In fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung bedürfen die Patienten meist intensiver Pflege. Derzeit gibt es keine ursächliche Therapie für Demenzerkrankungen. Die üblichen medikamentösen Therapien verzögern nur deren Verlauf. Jedoch gibt es Hinweise, dass der frühe Beginn therapeutischer Maßnahmen den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann.

Weitere Informationen:

Dr. Thomas Schell
Kompetenznetz Demenzen
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
68159 Mannheim
Tel.: 0621/17 03-9 57
Fax: 0621/17 03-7 60
E-Mail: demenz@zi-mannheim.de

Kurz notiert

HIV/AIDS startet als 13. Kompetenznetz in der Medizin

Im Juni fiel der Startschuss für die Förderung des Kompetenznetzes HIV/AIDS, des 13. Kompetenznetzes in der Medizin. Der übergreifende nationale Forschungsverbund wird bis 2005 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit ca. 9 Millionen Euro finanziert. Die Bündelung des wissenschaftlichen Potenzials in einem Forschungsnetzwerk soll zu verbesserten Therapien, steigender Lebensqualität und einer höheren Lebenserwartung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten führen.

Die Qualität der medizinischen Versorgung für HIV-infizierte Menschen in Deutschland ist hoch. Auch die Grundlagenforschung zu HIV und AIDS ist in Deutschland in mehreren Zentren hoch entwickelt. Im Gegensatz dazu ist die Beteiligung der deutschen klinischen Forschung im HIV-Bereich international kaum wahrnehmbar. „Dieses Defizit beruht vor allem auf einem Mangel an klinischen Studien

mit überregionaler Patientenrekrutierung“, erklärt der Sprecher des Kompetenznetzes HIV/AIDS, Prof. Dr. med. Norbert Brockmeyer von der Klinik für Dermatologie und Venerologie der Ruhr-Universität Bochum. Unter anderem fehle eine landesweite Patientenkohorte als Grundlage für derartige Studien. Diese Lücke wird das Kompetenznetz HIV/AIDS als übergreifender nationaler Forschungsverbund schließen und die Verbindung zwischen Grundlagenforschung und klinischer Forschung intensivieren.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. med. Norbert Brockmeyer

Klinik für Dermatologie und Venerologie
an der Ruhr-Universität Bochum
Gudrunstraße 56
44791 Bochum
Tel.: 0234/5 09-34 71 oder -34 74
Fax: 0234/5 09-34 72 oder -34 75
E-Mail: n.brockmeyer@derma.de

Veranstaltung

International Conference on Structural Genomics (ICSG 2002)

10. bis 13. Oktober 2002, Kongresszentrum des Max-Delbrück-Centrums für Molekulare Medizin, Robert-Rössle-Str. 10, 13125 Berlin-Buch

Weltweit haben sich in den vergangenen Jahren zahlreiche Projekte zur strukturellen Genomforschung etabliert. In Europa ist beispielsweise die BMBF-geförderte Proteinstrukturfabrik die führende Einrichtung dieser Art. Erste Ergebnisse der Forschungsrichtung werden auf der zweiten Konferenz der *International Structural Genomics Organisation* (ISGO) vorgestellt. Wissenschaftler mit internationalem Renommee geben einen Überblick u.a. über neue Forschungsansätze und Fortschritte der Hochdurchsatz-Proteinstrukturanalyse.

Informationen zu Tagungsgebühren, das Programm und Anmeldeformulare sind unter www.proteinstrukturfabrik.de/ICSG2002 erhältlich.

Kontakt:

Michaela Langer

Konferenzsekretariat
Max-Delbrück-Centrum für
Molekulare Medizin
Robert-Rössle-Str. 10
13125 Berlin
Tel.: 030/94 06-37 20
Fax: 030/94 06-22 06
E-Mail: mhensel@mdc-berlin.de

Veranstaltung

The Genetic and Molecular Basis of Human Disease

17. bis 19. November 2002, Hotel Grand Hyatt, Marlene-Dietrich-Platz 2, 10785 Berlin

Auf dem ersten gemeinsamen Symposium des Nationalen Genomforschungsnetzes (NGFN) und des Deutschen Human Genom Projekts (DHGP) informieren beteiligte Wissenschaftler und weitere internationale Experten über den neuesten Stand ihrer Forschungen. Themen sind die funktionelle Genomforschung, Proteomik/Bioinformatik, Genetic Medicine und der Einsatz von Modellorganismen. Außerdem werden parallel vier Workshops zu folgenden Themen angeboten: Expression Profiling, SNP-Genotypisierung/Genetische Epidemiologie, Datenintegration und Erwartungen der Industrie an die Genomforschung.

Das Symposium steht allen Interessierten offen. Allerdings ist die Teilnehmerzahl auf 550 Personen begrenzt. Anmeldeschluss für die Teilnahme ist der 30. September 2002. Präsentationsmöglichkeiten sind NGFN- und DHGP-Partnern vorbehalten. Tagungssprache ist Englisch. Das vorläufige Programm, Informationen zu Tagungsgebühren und Anmeldeformulare sind unter www.ngfn.de und www.dhgp.de erhältlich.

Kontakt:

Projektmanagement des NGFN

Koblenzer Straße 112
53177 Bonn
Tel.: 0228/38 21-3 31 oder -3 36
E-Mail: anja.huegel@dlr.de

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Bildung
und Forschung (BMBF)
Referat Gesundheitsforschung
53170 Bonn
www.bmbf.de
www.gesundheitsforschung-bmbf.de

Gestaltung

MasterMedia, Hamburg

Druck

Erler+Pless GmbH, Hamburg

Bildnachweis

Getty Images: Titel (oben)
BMBF: Titel (unten)

Redaktion

DLR-Projektträger Gesundheitsforschung des BMBF
Dr. Brigitte Hirner
Südstraße 125
53175 Bonn
Tel.: 0228/38 21-2 05
Fax: 0228/38 21-2 57
E-Mail: brigitte.hirner@dlr.de

MasterMedia

Dr. Michael Meyer
Bodelschwinghstraße 17
22337 Hamburg
Tel.: 040/50 71 13-38
Fax: 040/59 18 45
E-Mail: dr.meyer@mastermedia.de