

130 years and still no wrinkles – the anti-aging programme of the Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW)

Die erste Ausgabe der DMW erschien vor genau 130 Jahren, am 25. September 1875. Ihr Gründer Dr. Paul Börner (1829-1885) war damals praktischer Arzt in Berlin. Der einstige Barrikaden-



P. Börner

student in unruhigen und revolutionären Zeiten hatte den politischen Weg von Rudolf Virchow aus nächster Nähe verfolgen können und bewunderte den aktiven, nur 8 Jahre älteren Virchow (9). Als zum Jahreswechsel 1874/75 die angesehene Zeitschrift „Die Deutsche Klinik“ (sie war das Nachfolgeorgan der „Medizinischen Reform“) nach dem Tod ihres Chefredakteurs das Erscheinen einstellte, gründete Paul Börner im Verlag Georg Reimer die

„**Deutsche Medizinische Wochenschrift. Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes**“. Haupt- und Untertitel hätten von Rudolf Virchow stammen können, so sehr entsprachen beide seinem Programm. Eine „deutsche“ Zeitschrift sollte es sein, die von Berlin aus aufgelegt wurde, wie sich auch die medizinische Schule von Berlin – nicht zuletzt dank Virchows Mitwirken – als die führende im Deutschen Reich präsentierte. Virchows unermüdlicher Einsatz für Hygieneprogramme drückte sich ebenso im Untertitel der DMW aus wie sein Eintreten für ärztliche Standesinteressen (8).

Die Ziele, die Börner mit der Zeitschrift ansteuern wollte, waren:

1. die medizinische Reform weiterbewegen,
2. den Einheitsgedanken der Medizin fördern, also das aufblühende Spezialistentum eindämmen,
3. Theorie und Praxis für den niedergelassenen Arzt überschaubar (und verständlich) machen (er meinte damit die Vermittlung von physiologischen und pathologischen Erkenntnissen),
4. Krankheitsvorbeugung als ärztliche Aufgabe ins Bewusstsein bringen (und nicht als Aufgabe von Bürokraten: eine alte Virchow-Doktrin),
5. eine wissenschaftliche Medizin zu fördern.

130 Jahre Schriftleitung

Auf Paul Börner folgten bis heute insgesamt 31 Schriftleiter, die zunächst alleine, dann im Zweierteam, später zunehmend als Gruppe die DMW leiteten (s. S. 2104). Acht von ihnen übten ihr Amt bis zum Tode aus.

Nach Börners Tod folgte Sanitätsrath Samuel Guttman, der in den folgenden 8 Jahren die DMW zu einer weltberühmten Zeitschrift machte. Die DMW wurde praktisch zum Hausblatt von



S. Guttman

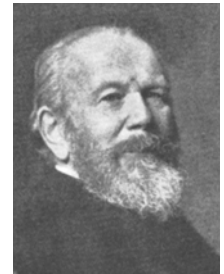
Robert Koch und Emil von Behring. Es folgte die „hohe Zeit der Infektiologie“ (s. S.2077-2083). Guttman hat nicht nur die Auflage der DMW in seiner Zeit vervierfacht, sondern auch den Erfolg des Georg Thieme Verlags deutlich gefördert. Nach Guttmans Tod übernahm der 54-jährige Albert Eulenburg zusammen mit dem 31-jährigen Julius Schwalbe die Schriftleitung. Da ab 1895 jede Zeitschrift presse-

rechtlich einen verantwortlichen Redakteur benennen musste, wurde der ältere Eulenburg mit Professorentitel in diese Verantwortung gehoben. Eulenburg schloss sich 1900 einer modernen Gemeinschaftspraxis am Schiffbauerdamm an. Die Zusammenarbeit mit der DMW hatte hierunter zu leiden, so dass sich Georg Thieme 1903 von ihm trennte. Schwalbe führte die DMW nun alleine weiter. Seit 1902

war er selbst Professor. Der selbstbewusste Vollblut-Publizist prägte die DMW und den Verlag mit vielen eigenen Publikationen und Büchern. Er wurde auch zur Brückenfigur zwischen



J. Schwalbe



A. Eulenburg

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Martin Middeke · DMW Chefredaktion

Bibliografie

DOI: 10.1055/s-2005-916344

Dtsch Med Wochenschr 2005;130:2067–2070 · © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0012-0472

den beiden Verlegerpersönlichkeiten Georg Thieme und Bruno Hauff. Mit einer Amtszeit von 26 Jahren hat er als Schriftleiter der DMW am längsten Verantwortung getragen.

Die „DMW nach Schwalbe“ erscheint farbloser, grauer (jedoch nicht braun). Nachfolger wurden Prof. von den Velden und Dr. Wolff, deren Teamarbeit unter dem Zwang der Nazis endete. Die Nachfolger Pickhan, Rühl und insbesondere Klare wurden nicht zum Militärdienst eingezogen, sie leisteten ihren Dienst mit Durchhalteparolen, militärmedizinischen Beiträgen, aber auch vielen nachdenklichen Beiträgen bis zum 1. Oktober 1944 (8). An diesem Tag stellte die DMW ihr Erscheinen „im Zuge der Maßnahmen der totalen Kriegsführung“ ein. – Die Rolle der DMW in der Zeit des Nationalsozialismus war Thema eines eigenen Artikels zum 125-jährigen Jubiläum (5).

Bis zum 2. Weltkrieg prägten Berliner Medizinpersönlichkeiten die DMW. Mit dem veränderten Standort des Verlags ab 1946 in Stuttgart kamen nun auch die Schriftleiter überwiegend aus dem süddeutschen Raum: zunächst drei politisch unbelastete



K. Beckmann

Kliniker aus dem Stuttgarter Raum: Köbcke, Beckmann und Lange. Die Redaktionsarbeit ließ sich bald nicht mehr von ein oder zwei Redakteuren alleine erledigen. Die DMW wurde von einem Schriftleitergremium geleitet und von einer verlagsinternen Redaktion unterstützt. Primus inter pares in der Schriftleitung war im ersten Jahrzehnt nach Kriegsende Prof. Kurt Beckmann, Direktor des Katharinen-



F. Grosse-Brockhoff

hospitals und später des Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt. Nachfolger Beckmanns wurde Prof. Franz Grosse-Brockhoff der insbesondere zusammen mit von Brunn die DMW entscheidend prägte. Grosse-Brockhoff, seit 1954 Direktor der I. Medizinischen Klinik Düsseldorf, leitete dort und auch in der DMW die Neuorientierung der Inneren Medizin ein, das Vordringen von Maß und Zahl in der Heilkunde überhaupt (1). Es begann die Zeit der Suche nach objektivierbaren und reproduzierbaren Ergebnissen in Diagnostik und Therapie. Mit Grosse-Brockhoff hatte die DMW zum ersten Mal in ihrer Geschichte einen großen klinischen Lehrer als Schriftleiter – und zum ersten Mal auch einen Vorsitzenden des Internistenkongresses. Diese „Tradition“ wurde von den Professoren W. Siegenthaler, P. C. Scriba und J. F. Riemann fortgesetzt, die alle heute noch der Schriftleitung angehören.

Im Jahr 1958 wurde auch ein Chirurg in das Herausbergremium der DMW berufen: Prof. Hermann Kraus, ein langjähriger Mitarbeiter Sauerbruchs an der Charité. Sein Credo als Präsident des Chirurgenkongresses 1965 galt der Zusammenarbeit von Chirurgen und Internisten. Nach dem Tod von Kraus übernahm Prof. Fritz Kümmerle, Mainz, den chirurgischen Part im Herausbergremium. Seit 1992 sind mit Prof. M. Rothmund, Marburg, und Prof. J. R. Siewert, München, sogar zwei Chirurgen in der Schriftleitung. Die Schriftleitung wurde 1998 ergänzt durch die

internistischen Klinikdirektoren Prof. H. E. Blum aus Freiburg, Prof. E. Erdmann aus Köln und Prof. W. Hiddemann aus München.

Die DMW in der Gegenwart

Neben der Schriftleitung hat die DMW heute verschiedene Rubrikenherausgeber-Gremien, die derzeit von insgesamt 22 Experten bestritten werden – eine Folge der zunehmenden Subspezialisierung der Medizin. Zusammen mit Chefredaktion und Schriftleitung sorgen diese Rubrikenherausgeber dafür, dass die in ihrem Fachgebiet relevanten Themen, von den geeigneten Autoren verfasst, in der DMW zu lesen sind.

Die Zeitschrift ist längst zu einer wichtigen Fortbildungszeitschrift geworden. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass, abgesehen von einigen erfreulichen Ausnahmen, neue Forschungsergebnisse nicht mehr auf deutsch publiziert werden und unsere Leser ein größeres Bedürfnis an qualitätsgesicherter Fortbildung haben. Insbesondere mit ihren CME-Beiträgen hat die DMW nicht nur national neue Standards hinsichtlich Evaluation und Begutachtung gesetzt (3).

Die Ziele der DMW sind heute noch fast deckungsgleich mit den wesentlichen Anliegen Paul Börners vor 130 Jahren. Der Einheitsgedanke der Medizin ist uns – gerade wegen der notwendigen Spezialisierung – sehr wichtig. Nach wie vor soll die wissenschaftliche Medizin durch Vermittlung verlässlicher und nachprüfbarer Informationen gefördert werden. Die medizinische Reform weiterzubewegen und die Krankheitsvorbeugung als ärztliche Aufgabe ins Bewusstsein zu bringen, sind heute bezogen auf die Reform des Gesundheitswesens und die Förderung der Prävention sehr aktuelle Themen.

Öffentliche Gesundheitspflege und Interessen des ärztlichen Standes heute

Zu Zeiten Paul Börners drehte sich die öffentliche Gesundheitspflege hauptsächlich um die Hygiene in unseren Städten. Diese Probleme sind dank von Pettenkofer, Virchow u.a. gelöst. Heute krankt unsere öffentliche Gesundheit an anderen Unzulänglichkeiten, und es braucht besondere hygienische Maßnahmen, um sie zu therapieren.

Für die öffentliche Gesundheitspflege im weiteren Sinne geben wir in Deutschland mehr als 10% unseres Bruttoinlandsprodukts aus und liegen damit hinter den USA und der



H. E. Blum



E. Erdmann



W. Hiddemann



J. F. Riemann



M. Rothmund



P. C. Scriba



W. Siegenthaler



J. R. Siewert

Schweiz an dritter Stelle. Es ist also sehr viel Geld im Spiel. Längst ist der gesamte Gesundheitssektor zum größten und wichtigsten Wirtschaftszweig geworden. Dieser Tatsache wird leider politisch überhaupt nicht Rechnung getragen. Die deutsche Gesundheitspolitik erschöpft sich seit Jahrzehnten weitgehend in der Stabilität des Kassenbeitrags. Aber wo bleibt das viele Geld? Sicher nicht bei den eigentlichen Leistungserbringern, wie die Ärztinnen und Ärzte neuerdings im Kassenjargon genannt werden (immerhin), die – ob im Krankenhaus oder in eigener Praxis – den hohen Standard der deutschen Medizin gewährleisten. Ärzte werden von der deutschen Bevölkerung mit 71% von allen Berufsgruppen am meisten geschätzt, noch vor der Krankenschwester (56%), dem Polizisten (40%), dem Hochschulprofessor (36%) und sogar dem Pfarrer (34%) (Allensbacher Berufsprestige Skala 2005). Diese hohe Wertschätzung steht in krassem Gegensatz zu der derzeitigen beruflichen und finanziellen Situation des ärztlichen Nachwuchses. Die Arbeitsbedingungen in den meisten Krankenhäusern haben inzwischen ein unerträgliches Maß erreicht, und die Bezahlung ist miserabel. Im Vergleich mit Nordamerika, Australien und anderen europäischen Ländern liegt der Durchschnittsverdienst eines Klinikarztes bei uns auf dem letzten Platz (**Tab. 1**).

Tab. 1 Ärztliche Einkommen im internationalen Vergleich (Angaben in US-Dollar) (11).

	Klinikärzte		Hausärzte	
	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum
USA	267 993	165 112	161 682	136 260
Australien	203 132	95 789	86 226	60 641
Niederlande	175 155	64 053	92 226	57 064
Kanada	154 315	117 197	117 191	81 017
England	127 285	–	102 964	–
Frankreich	116 077	104 056	67 221	57 319
Italien	81 414	–	74 300	–
Dänemark	73 236	49 278	106 251	71 090
Spanien	67 785	42 254	46 012	35 407
Schweden	56 816	56 534	61 221	56 816
Deutschland	56 455	35 465	71 443	–

Selbst angesichts des bereits bestehenden Ärztemangels in einigen Fächern, in etlichen Krankenhäusern und manchen Landstrichen, sind Verbesserungen nicht in Sicht. Die Belastungen mit nicht-ärztlichen Aufgaben (z.B. Verschicken von Untersuchungsmaterial) und Bürokratie (z.B. DRG) ist eine maßlose Verschwendung ärztlicher Kapazitäten. Wer soll eigentlich in Zukunft auch noch die hehren Vorstellungen klinischer Forschung in Deutschland realisieren? Es ist nicht verwunderlich, dass viele junge Ärzte bereits ins Ausland oder in andere, gerechter bezahlte und inzwischen attraktivere Berufe flüchten. Von der öffentlichen Wertschätzung alleine kann man nicht existieren und keine Familie gründen. Die öffentlichen Proteste der Ärzte in dieser Zeit sind nur zu berechtigt. Es bleibt zu befürchten, dass sie wieder einmal folgenlos bleiben. Erst wenn die Patienten für „ihre“ Ärzte demonstrieren sollten, wird man wohl politisch etwas erreichen. Leider ist bei den Protestveranstaltungen der Ärzte wenig vom medizinischen Establishment zu sehen.

staltungen der Ärzte wenig vom medizinischen Establishment zu sehen.

Selbst an Universitätskliniken kann niemand sicher sein, ob er morgen nicht schon einen neuen Arbeitgeber haben wird, nachdem er zuvor von einem jungen dynamischen Unternehmensberater evaluiert wurde. Durch Zeitverträge und deutliche Einschnitte bei der Liquidation haben selbst Chefarztpositionen an Attraktivität verloren. Eine Gesellschaft, die mehr als 10% ihres Bruttoinlandsprodukts für die Gesundheit ausgibt, aber nicht fragt, ob das Geld auch bei den Leistungserbringern und eigentlichen Wertschöpfern ankommt, und ob ärztliche Leistung gerecht entlohnt wird, wird unvermeidlich Überraschungen bei der öffentlichen Gesundheit erleben.

Vielleicht sollte sich ja die DMW heute tatsächlich wieder stärker in die gesundheitspolitische Debatte einmischen? Ein verlockender Gedanke!

Die DMW aus Sicht ihrer Leser

Das Ergebnis einer Anfang diesen Jahres durchgeführten, systematischen Analyse der DMW in verschiedenen Lesergruppen ist erfreulich und ermutigend: Die Zeitschrift wird mit ihrer breiten thematischen Orientierung als zentraler Besonderheit geschätzt und befriedigt die persönlichen Bedürfnisse der meisten Leser. Ihr wird hohe inhaltliche Qualität, Glaubwürdigkeit, fachliche Kompetenz und Seriosität attestiert. Insgesamt erfährt die DMW eine hohe Wertschätzung. Veränderungen in den letzten Jahren wurden positiv registriert, und dieser Prozess der Modernisierung hinsichtlich Gestaltung, Übersichtlichkeit, Rubrikenabgrenzung und Leserführung soll kontinuierlich weitergeführt werden. Zwei Aspekte stehen im Vordergrund: Viele Beiträge können noch kürzer werden, und die Praxisbezogenheit könnte noch stärker zum Ausdruck kommen. Daran arbeiten wir.

Die Nummer 1 in deutscher Sprache

Der Anspruch, führende deutschsprachige Fachzeitschrift zu sein, lässt sich unter anderem aus den Daten des „Institute of Scientific Information“ (ISI) ableiten, die jährlich in den „Journal Citation Reports“ veröffentlicht werden (4). Bei der Anzahl der Zitationen rangiert die DMW international unter den ersten 100 Zeitschriften für Innere und Allgemeinmedizin auf Rang 35. Bei der Anzahl der Artikel, die vom ISI gezählt werden, steht die DMW sogar an 6. Stelle (**Tab. 2**). Tatsächlich publizieren wir noch weit mehr Artikel pro Jahr, die aber vom ISI nicht „gewertet“ werden. Die systematische Benachteiligung deutschsprachiger Zeitschriften durch das amerikanische ISI (7, 10) lässt den Stellenwert der DMW in diesem Ranking noch bemerkenswerter erscheinen.

Deutsch als Publikationssprache

Immer wieder wird die Frage aufgeworfen, ob die Deutsche Medizinische Wochenschrift ihre Artikel nicht endlich auch in Englisch publizieren soll, um den Impact-Faktor zu erhöhen und damit die Kluft im internationalen Vergleich zu verringern. Die Antwort ist immer wieder „nein“. Für Originalien könnte das eventuell noch Sinn machen, sicher aber nicht für die Fortbildungsbeiträge. Die Übermacht der englischen Sprache in Wissenschaft und Medizin ist ohnehin so groß, dass wir diese Ent-

Tab.2 Rangfolge der führenden englisch- und deutschsprachigen Medizinzeitschriften im Bereich Innere und Allgemeinmedizin nach ISI im Journal Citation Report 2005. **Keine** weiteren deutschsprachige Zeitschriften unter den ersten 100!

	Zitationen		Artikel pro Jahr	
	Rang	n	Rang	n
<i>New Engl J Med</i>	1	159498	7	316
<i>Lancet</i>	2	126002	2	415
<i>JAMA</i>	3	88864	5	351
<i>BMJ</i>	4	56807	1	623
<i>Ann Intern Med</i>	5	36932	20	189
DMW	35	1788	6	330
<i>Med Klin</i>	71	530	53	92
<i>Internist</i>	88	309	37	134

wicklung nicht auch noch freiwillig fördern wollen. Darüber hinaus ist es für die Mehrzahl unserer Leser immer noch wesentlich angenehmer, Informationen und ihre Wertungen in ihrer Muttersprache aufzunehmen, als in einer noch so gut angeeigneten Fremdsprache. Die Initiativen u.a. des Vereins Deutsche Sprache e.V. und verschiedener Wissenschaftler (Sieben Thesen zur deutschen Sprache in der Wissenschaft) zum Erhalt der deutschen Wissenschaftssprache werden von der DMW unterstützt, auch wenn wir uns dabei nicht als Hüter der reinen deutschen Sprache fühlen, die Begriffe wie „Continuing Medical Education“ (CME) oder „Diagnosis-Related Groups“ (DRG) unbedingt eindeutschen müssen.

Leider ist die Wertschätzung deutscher Forschungsergebnisse und wissenschaftlicher Beiträge, die in deutscher Sprache veröffentlicht werden, hier zu Lande sehr gering. So werden sogar in der Laienpresse englischsprachige Zeitschriften zitiert, obwohl die zitierten Ergebnisse zuerst in der DMW publiziert wurden (6). Aufgrund des international untergeordneten Impact-Faktor-Ranges deutschsprachiger Fachzeitschriften wird an vielen Fakultäten abgeraten, in Deutsch zu publizieren. Wie bei solchem Verhalten der Wert deutscher Zeitschriften angehoben werden soll, bleibt ein Geheimnis. Es gibt allerdings auch Fakultäten, die dieses unsinnige Verhalten nicht fördern, und z.B. für deutschsprachige Publikationen einen Impact-Factor-Bonus eingeführt haben – wie es den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) entspricht (2).

Ausblick

In unserem schnelllebigen Medienzeitalter müssen sich Medizinzeitschriften gegen große Medienkonkurrenz behaupten und mitunter schnell wechselnde Bedürfnisse befriedigen. Auch in Zukunft ist eine Zeitschrift in vieler Hinsicht wohl kaum durch ein anderes Medium zu ersetzen, wenn sie den Leserwünschen und dem Bedarf entspricht. Die DMW erscheint flexibel genug, um sich ohne Qualitätsverlust stetig weiterzuentwickeln und sich auch nach 130 Jahren immer wieder zu verjüngen. Bei Zeitschriften ist es anders als im Leben: Die frühen Jahre wirken eher antiquiert, die späteren Jahrgänge erscheinen dagegen jünger. Auch im Jubiläumsjahrgang 2005 haben wir mit einigen

Ausgaben wieder neue Akzente gesetzt, und damit bewiesen, dass eine alte Zeitschrift sich jederzeit weiterentwickeln kann – wie es die DMW über 130 Jahre immer getan hat. Hier greift „Anti-aging“ ausnahmsweise tatsächlich. Ihre Position als bedeutendste deutschsprachige Medizinzeitschrift mit großer Tradition wird die DMW dabei nicht verlassen.

Die Themen der Inneren Medizin werden in der DMW im Laufe von etwa 2 – 3 Jahrgängen komplett abgebildet. Zwar dominieren internistische und allgemeinmedizinische Artikel, aber nach wie vor wird auch die Interdisziplinarität der Medizin gepflegt: mit Beiträgen aus der Chirurgie, Neurologie, Dermatologie, Psychiatrie, um nur einige Fächer zu nennen. Dabei schöpft die DMW sowohl aus einem breiten Strom spontan eingehender Manuskripte als auch aus von Experten eingeworbenen Arbeiten, z.B. für die zwölf Schwerpunktheft pro Jahr. Die DMW will ihren Lesern aber nicht nur „schwere Medizinkost“ vorsetzen, sondern auch zur Muße anregen, z.B. mit den inzwischen traditionellen Weihnachtsausgaben, die sich großer Beliebtheit erfreuen.

Wir geben uns nicht der Illusion hin, mit der DMW die Wünsche aller Kliniker und niedergelassenen Ärzte gleichermaßen befriedigen und perfekt erfüllen zu können. Auch in Zukunft soll auf die besonders engagierte Gruppe in beiden Lagern gesetzt werden, die sich kontinuierlich mit einer hochrangigen wissenschaftlichen Fachzeitschrift auf dem Laufenden halten will. Insofern versagt sich die DMW heute wie stets in ihrer Geschichte der Anpassung an den kleinsten gemeinsamen Nenner.

Literatur

- 1 Effert S. Grosse-Brockhoff 70 Jahre. Dtsch Med Wochenschr 1977; 102: 1736
- 2 Frömter E et al. Das AWMF-Modell zur Evaluierung publizierter Forschungsbeiträge in der Medizin. Dtsch Med Wochenschr 1999; 124: 910
- 3 Griebenow R, Lehrmacher W, Lösche P et al. Evaluation der Fortbildung in Printmedien. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128: 725–733
- 4 ISI Journal Citation Reports: General and internal medicine. JRC Science 2005
- 5 Kröner H-P. Die DMW in der Zeit des Nationalsozialismus. Dtsch Med Wochenschr 2000; 125: 642–643
- 6 Middeke M. Typisch deutsch? Über die Wahrnehmung deutscher Publikationen im Land. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128: 2719
- 7 Middeke M. Autoren mit Umlaut im Namen sind benachteiligt. Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 129–130
- 8 Staehr Ch. Spurensuche. Thieme, 1985
- 9 Staehr Ch. Dr. Paul Börner – Gründer der Deutschen Medizinischen Wochenschrift. Dtsch Med Wochenschr 1999; 124: 1119–1120
- 10 Winkmann G, Schlutius S, Schweim HG. Publikationssprachen der Impact-Factor-Zeitschriften und medizinischer Literaturdatenbanken. Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 131–137
- 11 NERA (National Economic Research Association). Comparing Physicians' Earnings: Current Knowledge and Challenges. A Final Report for the Department of Health. London, 2004