

**Jahres-Pressekonferenz der  
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)**

**Termin:** 29. Februar 2024, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Geschäftsräume der DGIM, Oranienburger Straße 22, 10178 Berlin (Mitte) sowie online

**Link zur Online-Anmeldung:** <https://events.teams.microsoft.com/event/4598aa28-4b2f-4473-bc5d-2595caeca026@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

**Vorläufige Themen und Referierende:**

**Die fragmentierte Patientin: Hat die Innere Medizin noch den ganzen Menschen im Blick?**

*Professor Dr. med. Andreas Neubauer*

Vorsitzender der DGIM 2023/2024, Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie am Universitätsklinikum Marburg

**Wissenschaft im Dienst des Patienten: Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin heute und morgen**

*Professor Dr. med. Georg Ertl*

Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

**Keine Zeit, kein Geld, kein Personal: Wie die Krankenhausreform die ärztliche Weiterbildung weiter voranbringen kann**

*Dr. med. Andrea Martini*

AG Junge DGIM, Sprecherin Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte (BJÄ), Ärztin in Weiterbildung, Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, DGIM Pressestelle, Stuttgart

**Ihr Kontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle – Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-313

E-Mail: [mehdorn@medizinkommunikation.org](mailto:mehdorn@medizinkommunikation.org)

[www.dgim.de](http://www.dgim.de) | [www.facebook.com/DGIM.Fanpage/](https://www.facebook.com/DGIM.Fanpage/) | [www.twitter.com/dgimev](https://www.twitter.com/dgimev)

## STATEMENT

### **Die fragmentierte Patientin: Hat die Innere Medizin noch den ganzen Menschen im Blick?**

Professor Dr. med. Andreas Neubauer, Vorsitzender der DGIM 2023/2024, Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie am Universitätsklinikum Marburg

Vor einer Woche stellte sich eine 55-jährige Patientin bei mir vor, um über eine CAR-T-Zelltherapie zu sprechen. Nach einer aktuellen Publikation ist diese extrem kostenintensive Therapie bei bestimmten vorbehandelten Autoimmunerkrankungen möglicherweise sehr wirksam. Die Patientin wies eine solche intensiv vorbehandelte Autoimmunerkrankung auf. Auf dem Papier also möglicherweise eine klare Indikation für diese aufwendige zellbasierte Gentherapie (wiewohl keine zugelassene Therapie hierfür!). Es gab nur ein Problem: Neben der Autoimmunerkrankung, die bereits zu einer erheblichen Lungenfunktionseinschränkung geführt hatte, war bei der Patientin Mitte letzten Jahres ein lokal weit fortgeschrittenes Lungenkarzinom festgestellt worden. Dieses war mit einem Zyklus Chemotherapie in Kombination mit Immuntherapie behandelt worden. Vorgesehen waren 4 bis 6 Zyklen dieser Systemtherapie, die die Patientin aber nicht erhalten konnte, da sie schwerste Nebenwirkungen entwickelt hatte. In mein Zimmer kam eine Patientin in Begleitung ihres Mannes mit einem Sauerstoffgerät und schwerster Luftnot. Sie berichtete, dass unter der Systemtherapie der Zustand deutlich schlechter geworden sei. Insgesamt wirkte die Patientin extrem geduldig und bescheiden. In meinem Kopf kreisten verschiedene Gedanken, unter anderem die Frage, ob die Immuntherapie gegen den Krebs die Autoimmunerkrankung der Lunge möglicherweise sogar verschlechtert hatte.

Eine Immuntherapie mittels hochmoderner genmodifizierter CAR-T-Zellen (entwickelt gegen Leukämie und Lymphom, aber auch wirksam gegen Autoimmunerkrankungen) wäre nach Publikationslage zu rechtfertigen. Doch bei genau dieser Patientin mit schwerster Luftnot, eingeschränkter Körperfunktion und eben auch einem lokal weit fortgeschrittenen bösartigen Tumor der Lunge mit sehr ernster Prognose alles andere als medizinisch sinnvoll.

**Das ist also hier das Thema: Sehen Spezialisten noch die gesamte Patientin? Wer betreut die Patientin, wer hält die Fäden in der Hand, wer dirigiert?**

Das Problem liegt natürlich in den immer komplexer werdenden medizinischen Fällen und der daraus folgenden Notwendigkeit einer immer deutlicheren Spezialisierung; man ist nicht mehr Internist oder Internistin, nicht mehr nur Kardiologin oder Kardiologe, sondern Rhythmologin oder Rhythmologe und in der Onkologie nicht mehr Onkologin oder Onkologe. Stattdessen müssen wir Expertinnen und Experten sein für Lymphom, das Myelom, die akute myeloische oder lymphoblastische Leukämie, den oberen Gastrointestinaltrakt oder das Colon. Das ist auch wichtig und richtig, aber eben nicht

ausreichend. Ärztliches Grundverständnis, medizinisches Allgemeinverständnis ist dringender nötig denn je, wenn die Notwendigkeit der Spezialisierung unabdingbar für die korrekte Versorgung unserer Patientinnen und Patienten ist.

Die Lösung kann nur ein optimierter Austausch aller Behandlerinnen und Behandler am besten am Bett der Patientin sein. Ein Beispiel sind die seit 2 Jahrzehnten überall etablierten Tumor- oder Herzkonferenzen, die über Disziplinen hinweg Patientinnen und Patienten gemeinsam vorstellen und besprechen und dann nach wissenschaftlichen Standards gemeinsam entscheiden, wie am besten vorzugehen ist. In solchen komplexen Fällen wie dem beschriebenen ist es am allerbesten, wenn die Patientinnen und Patienten in klinische Studien eingeschlossen werden. Man merkt schon: Das geht nur an großen Zentren, welche diese Strukturen vorhalten können. Diese Vorhaltung muss entsprechend auch vergütet werden – und sie muss geplant und gut strukturiert sein. Gibt es dafür Daten? Ja, die gibt es: Gerade mit Blick auf Krebs-Erkrankungen zeigen Studien, dass Patientinnen und Patienten in zertifizierten Krebs-Zentren bessere Überlebenschancen haben.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Berlin, Februar 2024

#### **Literatur:**

Schoffer O, Wimberger P, Gerken M et al. Die Behandlung in zertifizierten Brustkrebszentren verbessert die Überlebenschancen von Patient\*innen mit Brustkrebs. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2024; 84(02): 153 - 163. doi:10.1055/a-1869-1772

Schmitt J, Klinkhammer-Schalke M, Bierbaum V, Gerken M, Bobeth C, Rössler M, Dröge P, Ruhnke T, Günster C, Kleihues-van Tol K, Schoffer O, on behalf of the WiZen Study Group: Initial cancer treatment in certified versus non-certified hospitals: results of the WiZen comparative cohort study. Dtsch Arztebl Int 2023; 120. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0169

## STATEMENT

### **Wissenschaft im Dienst des Patienten: Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin heute und morgen**

Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat 2019 **zehn zentrale Themenbereiche** definiert, in denen sie ihre Aktivitäten bündelt:

1. Ärzte als Forscher, 2. „Klug entscheiden“, 3. Digitale Medizin, 4. Ökonomisierung der Medizin, 5. Aus- und Weiterbildung, 6. Demografischer Wandel und Multimorbidität, 7. Internistische Systemmedizin, 8. Infektiologie und Hygiene, 9. Intensivmedizin und Notaufnahme sowie 10. Pflege und medizinische Assistenzberufe. Diese zehn Themenbereiche wurden durch Kommissionen und den Vorstand der DGIM intensiv bearbeitet und sind nach wie vor aktuell. Allerdings haben sich die Rahmenbedingungen seit 2019 deutlich geändert, und zwar in einem Maß und einer Geschwindigkeit, die, unter anderem von COVID getriggert, nicht zu erwarten waren. Entsprechend ist eine Anpassung der Themenbereiche in Arbeit. In diesem Beitrag wird der Schwerpunkt auf die Themenbereiche 1 bis 4 gelegt, zu 5. Aus- und Weiterbildung wird Frau Dr. Martini Stellung nehmen, 6. Demografischer Wandel und Multimorbidität und 7. Internistische Systemmedizin wurden von Prof. Neubauer beleuchtet, 8. Infektiologie und Hygiene hat an Aktualität dramatisch gewonnen. Schon im Mai 2021 konnte die DGIM gemeinsam mit weiteren Fachgesellschaften und Verbänden mit der Etablierung des Facharztes für Innere Medizin / Infektiologie einen großen Erfolg feiern.

### **Änderungen der Rahmenbedingungen / Aktivitäten der DGIM**

#### 1. Ärzte als lebenslange Wissenschaftler

Medizin ist eine Wissenschaft in steter Entwicklung. Kenntnis wissenschaftlicher Methoden und lebenslanges Lernen sind daher für jede Ärztin und jeden Arzt entscheidend, um auf dem aktuellen Wissensstand zu bleiben. Die fachärztliche Weiterbildung ist nach dem Studium die nächste wichtige Phase, die auch bei der Krankenhausreform als Leistung Berücksichtigung finden muss. Aufgrund der Ökonomisierung der Medizin (siehe unten unter 4.) hat eine wissenschaftliche Karriere für unsere jüngeren Kolleginnen und Kollegen an Attraktivität verloren. Mögliche resultierende Leitungsfunktionen im Krankenhaus werden unter dem herrschenden ökonomischen Druck als nicht mehr so erstrebenswert erachtet. Die wissenschaftliche Laufbahn wird im Nebenjob zur Krankenversorgung als kaum leistbar empfunden. Dem sucht die DGIM mit ihrem Kongress, ihren

Preisen und Stipendien und nicht zuletzt durch ihre Arbeitsgruppe JUNGE DGIM intensiv entgegenzuwirken.

## 2. „Klug entscheiden“

Die systematische und konsequente Umsetzung von Wissenschaft und Evidenz in der Diagnostik und Therapie kommt Patientinnen und Patienten, aber auch dem Gesundheitssystem zugute. Patientinnen und Patienten erhalten die bestmögliche Versorgung. Die geplante Krankenhausreform hat zum Ziel, eine ökonomisch getriebene Überversorgung durch ökonomische Steuerung zu vermeiden. Die Steuerung der Indikation für Diagnostik und Therapie durch wissenschaftlich basierte Qualitätskriterien würde aber Überversorgung sicherer und sachgerechter vermeiden. Weniger kann mehr sein, weniger Diagnostik und Therapie kann bessere Medizin sein. Instrumente zur Messung der Indikationsqualität für Diagnostik und Therapie auf der Basis wissenschaftlicher Leitlinien müssen für das Gesundheitssystem entwickelt und etabliert werden im Sinne von „Klug entscheiden“. Diese wären die medizinisch-wissenschaftlichen Instrumente zur evidenzbasierten Eindämmung von überflüssigen Leistungen. Für die medizinische Versorgung und das Gesundheitssystem am besten wäre das Motto: „Gut bezahlen für klug entscheiden“. In anderen Worten: Wir müssen intellektuelle Leistungen, die Zeit für medizinische Erwägungen und Kommunikation in der Krankenversorgung entsprechend würdigen und auch finanzieren.

## 3. Digitale Medizin

Neben einer Verbesserung der Krankenversorgung ist Digitalisierung auch ein entscheidendes Instrument für die translationale und klinische Forschung. Der Schutz sensibler Gesundheitsdaten ist ein hohes Gut, der gelebte Datenschutz steht jedoch immer wieder im Konflikt zur wissenschaftlichen und klinischen Verwertung von Patientendaten. Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), das Medizinforschungsgesetz (MFG) und die elektronische Patientenakte (ePA) sind Instrumente, die entscheidende Fortschritte bringen können und bei deren Entwicklung die DGIM ihren Input gibt. Außerdem arbeitet die DGIM gemeinsam mit dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (HBDI) an Informationsangeboten für Forschende, damit wir diese Möglichkeiten der Datenverwertung für Forschungszwecke vollständig ausnutzen können und innovative Forschungsvorhaben nicht an datenschutzrechtlichen Unsicherheiten scheitern.

## 4. Ökonomisierung der Medizin und Krankenhausreform

Der Ärzte-Codex der DGIM hat die Probleme der Ökonomisierung im Gesundheitssystem aufgezeigt und kritisch beleuchtet. Diese ist nicht nur ein Kostentreiber, sondern auch – wenn sie in Überversorgung mündet – ein Risikofaktor für die Qualität der medizinischen Versorgung (siehe oben

„Klug entscheiden“). „Entökonomisierung, die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie die Entbürokratisierung“ sind „drei zentrale Ziele“ der geplanten Gesetze zur Krankenhausreform. Doch der Reformprozess geht aufgrund von politischen Auseinandersetzungen aktuell nur schleppend voran – zum Leidwesen der Patientinnen und Patienten und aller, die heute und in Zukunft im Gesundheitswesen tätig sind.

Das Krankenhaustransparenzgesetz ist ein Anfang, der im Prinzip sehr begrüßenswert ist, genauso wie Zentrenbildung und Spezialisierung. Studien zeigen: Die Qualität der Diagnostik und Therapie komplexer und hochkomplexer Erkrankungen ist in spezialisierten, gut ausgestatteten Häusern mit erfahrenem Personal am höchsten. Allerdings muss strikt auf die regionale Situation geachtet werden. Das heißt insbesondere, dass kleinere Krankenhäuser weniger aufwendige, häufige Maßnahmen weiterhin für die Patientinnen und Patienten wohnortnah durchführen und die Möglichkeit bekommen, sich an der ambulanten Versorgung auf dem Lande zu beteiligen. Regionale Gesundheitskonferenzen könnten einen Rahmen bieten, damit Politik, Kostenträger, ambulante und stationäre Versorger sowie Bürgerinnen und Bürger gemeinsam entscheiden, wie die bedarfsgerechte Versorgung in ihrer Region aussehen soll. Dabei muss die zentrale Frage sein: Was wird wirklich benötigt und was nicht? Auch hier gilt: Jede Steuerung im Gesundheitssystem muss wissenschaftlich begründet sein. Die DGIM begleitet die Entwicklungen konstruktiv mit ihren Stellungnahmen.

Aus diesen Schwerpunkten ergeben sich zwangsläufig die Perspektiven 2030 – und ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (2024) ist dafür in Vorbereitung.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Berlin, Februar 2024

## STATEMENT

### **Keine Zeit, kein Geld, kein Personal: Wie die Krankenhausreform die ärztliche Weiterbildung weiter voranbringen kann**

Dr. med. Andrea Martini, AG Junge DGIM, Sprecherin Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte (BJÄ), Ärztin in Weiterbildung, Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Die junge Ärzteschaft begrüßt ausdrücklich die Bemühungen um eine Krankenhausreform und damit einhergehend um die Verbesserung der Arbeits- sowie Weiterbildungsbedingungen in den Kliniken. Der Workload hat in den vergangenen Jahren spürbar zugenommen, zuletzt deutlich verschärft unter der Corona-Pandemie, sodass sich eine zunehmende Unzufriedenheit mit der aktuellen Weiterbildungssituation in der jungen Ärzteschaft breitmacht. Aktuell nehmen junge Kolleginnen und Kollegen es so wahr, dass die ärztliche Weiterbildung wie eine Art „Nebenprodukt“ beziehungsweise „Anhängsel“ im klinischen Alltag neben der Versorgung passiert. Um die hohe Qualität der Weiterbildung in Zukunft sicherzustellen, sollte sich dieser Zustand spürbar ändern! Die immer stärkere Arbeitsverdichtung, die Ökonomisierung und der Personalmangel im Krankenhaus dürfen nicht dazu führen, dass eine ausreichende Patientinnen- und Patientenversorgung und eine strukturierte Weiterbildung in Frage gestellt werden. Wer in der Zukunft eine hochwertige Krankenversorgung gewährleisten will, muss jetzt die Chancen der Krankenhausreform nutzen, um die bestmöglichen Bedingungen für eine zukunftsfähige und adäquate Weiterbildung zu schaffen. Die wichtigsten **Grundpfeiler** dabei sind:

#### **1. Gesonderte Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung**

Eine strukturierte ärztliche Weiterbildung benötigt eine eigene Finanzierung und daher sollte es gesonderte Budgets für die ärztliche Weiterbildung geben. Ein tragfähiges Modell dafür könnte das bereits seit 2013 diskutierte und unter anderem 2018 vom Sachverständigenrat empfohlene „Rucksackmodell“ sein, bei dem eine Ärztin oder ein Arzt in Weiterbildung Finanzmittel erhält, die an die weiterbildende Einrichtung – egal ob Praxis oder Klinik – weiterfließen. Die bisherige Querfinanzierung der Weiterbildung über die Fallpauschalen ist für die Zukunft nicht tragfähig! Der bislang bekannte Arbeitsentwurf zur Krankenhausreform berücksichtigt derlei Überlegungen leider nicht.

Ferner sollte eine Sonderfinanzierungs-Pauschale für die Uniklinika in Betracht gezogen werden, da in universitären Institutionen im Vergleich zu nicht-universitären Häusern zusätzliche Kostenfaktoren in der Weiterbildung anfallen. Diese Sonderpauschalen sollten zusätzliches Budget für Spezialfälle (seltene Erkrankungen), Lehre der Studierenden und Forschung umfassen.

## **2. Adäquater Personalschlüssel**

Für eine strukturierte ärztliche Weiterbildung bedarf es einer ausreichenden Anzahl an erfahrenen Fachärztinnen und -ärzten, damit diese mit den Weiterzubildenden Fälle eingehend diskutieren und praktische Inhalte lehren können. Das Verhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie Fachärztinnen und Fachärzten in einem Krankenhaus muss ausgeglichen sein, um sowohl eine angemessene Ausbildung als auch eine gleichzeitige Patientinnen- und Patientenversorgung zu erreichen. Für eine ausreichende Personalbemessung könnten auch alternative Personalbemessungstools wie beispielsweise das der Bundesärztekammer herangezogen werden. Der aktuelle Arbeitsentwurf (Stand November 2023) sieht vor, dass in der Krankenhausreform die NRW-Strukturvoraussetzungen, welche unter anderem lediglich drei Fachärztinnen und Fachärzte in den Leistungsgruppen umfassen, in ganz Deutschland Einzug nehmen sollen. Diese Personalvorgabe ist unzureichend, denn bei einer so dünnen Besetzung ist keine angemessene, strukturierte ärztliche Weiterbildung sowie Patientinnen- und Patientenversorgung zu gewährleisten. Für eine korrekte Kalkulation des Personalschlüssels müsse der „Gleichzeitigkeitsfaktor“ mit einbezogen werden. Im Ärztlichen Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) wird dies noch nicht konkret abgebildet. Es sei jedoch geplant, für jede Weiterbildungsstelle im 1. und 2. Jahr zusätzlich 0,2 und für jede Weiterbildungsstelle im 3. und 4. Jahr zusätzlich 0,1 Vollzeitkraft mit Facharztstatus zu berechnen. Der pauschale „Gleichzeitigkeitsfaktor“ (hier 1,2 für Jahr 1 und 2 und 1,1 für Jahr 3 und 4) muss natürlich für jede Versorgungsstufe, Leistungsgruppe und Disziplin/Intervention differenziert berechnet werden. Die Praxis wird zeigen, ob diese Berechnung für jedes Fachgebiet bzw. jede Leistungsgruppe und für jede Versorgungsstufe (Krankenhaustyp) anwendbar ist.

## **3. Ausbau des Wissenschaftsstandorts Deutschland: bessere Implementierung der Forschung in den klinischen Alltag**

Um die universitäre Medizin und den Forschungsfortschritt in Deutschland sicherzustellen, brauchen wir eine stärkere Verzahnung von klinischer Tätigkeit und Forschung. Die Clinician-Scientist-Programme sind bereits gute Ansätze, aber zusätzlich bräuchten wir eine bessere Integration der Forschung in die Weiterbildung und bessere Absprachen mit den Ärztekammern. Bislang rechnen nicht alle Ärztekammern Forschungszeiten auf die ärztliche Weiterbildung an. Schleswig-Holstein und Berlin haben gute Regelungen um die Clinician-Scientist-Programme gefunden, die ein Beispiel für ganz Deutschland sein können. Der immense Kostendruck in den Kliniken hat jedoch dazu geführt, dass im regulären klinischen Alltag keinerlei Kapazitäten für die Forschung mehr vorhanden sind. Wenn wir weiter Teil der

medizinischen Innovation bleiben wollen, müssen wir die Rahmenbedingungen für die Forschung verbessern, und daher sollte dieser Aspekt auch Teil der Krankenhausreform sein.

**4. Ausreichend zeitliche Ressourcen für die lehrverantwortlichen Ärztinnen und Ärzte:**

Im klinischen Alltag ist eine gute Ausbildung des ärztlichen Personals sowie der Studierenden nur bedingt möglich, da die Lehre meist neben der klinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten bewerkstelligt werden muss. Darunter leidet entweder die Patientinnen- und Patientenversorgung oder die Supervision/Lehre. Daher müssen lehrverantwortliche (Fach-) Ärztinnen und Ärzte in einem ausreichenden Maß für Weiterbildungsaufgaben freigestellt werden. Um die Qualität der Lehre zu sichern, sollte eine einheitliche Qualifizierung des Lehrkörpers durch Weiterbildungskonzepte wie „Train the Trainer“ erfolgen und auch erforderlich sein.

**5. Förderung der intersektoralen Weiterbildung:**

Im Zuge der Ambulantisierung sollten intersektorale Weiterbildungsverbände etabliert und mit eigener Finanzierung ausgestattet werden. Dadurch soll interessierten Ärztinnen und Ärzten der Zugang zum ambulanten Sektor erleichtert werden. Dies ist vor allem für diejenigen interessant, die eine Praxistätigkeit für sich in Betracht ziehen. Ihnen sollte während der Weiterbildung die Möglichkeit gegeben werden, sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor kennenzulernen. Doch auch hier muss sichergestellt sein, dass sowohl bei den Weiterzubildenden als auch den Weiterbildenden ausreichend Kapazitäten und damit einhergehend auch Finanzmittel für die Weiterbildung vorgesehen sind. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung dürfen nicht eingesetzt werden, um Lücken in der Versorgung zu schließen.

Die Krankenhausreform bietet die Chance, die ärztliche Weiterbildung zukunftsfähig zu gestalten, und diese Chance sollte unbedingt wahrgenommen werden, sodass wir eine adäquate sowie zukunftsfähige Gesundheitsversorgung gewährleisten können, welche auch den gestiegenen Anforderungen wie dem demografischen Wandel, der Ökonomisierung, dem Personalmangel sowie der Arbeitsverdichtung ausreichend Berücksichtigung schenkt.

## Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Die DGIM vertritt die Interessen der gesamten Inneren Medizin. Die Fachgesellschaft besteht bereits seit 1882 und hat sich zur Aufgabe gemacht, die damit verbundene langjährige Erfahrung und Tradition mit den heutigen Ansprüchen an eine moderne Medizin zu verbinden. Aktuelle Themen der Wissenschaft und des Gesundheitswesens diskutieren Expertinnen und Experten der Fachgesellschaft daher regelmäßig in Kommissionen, Task Forces und Arbeitsgruppen. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Die DGIM vereint als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft Europas sämtliche internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatonkologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr.

Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten und jeder Internistin das dafür notwendige Wissen für die Ausübung ihres Berufs zu vermitteln und richtet sich damit auch explizit an niedergelassene Internistinnen und Internisten, ebenso wie an Ärztinnen und Ärzte in Aus- und Weiterbildung. Ein dementsprechend vielfältiges Angebot erwartet daher Mitglieder der DGIM. Für Studierende hat die Fachgesellschaft eigens einen kostenfreien Gastzugang eingerichtet.

Mehr über die Fachgesellschaft finden Interessierte hier: [www.dgim.de](http://www.dgim.de)