

Perspektiven 2025 – ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Perspectives 2025 – Positions of the German Society of Internal Medicine

Autoren

Claus Vogelmeier¹, Jürgen Floege², Thomas Gamstätter³

Institute

- 1 Klinik für Pneumologie, Universitätsklinikum Marburg
- 2 Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, rheumatologische und immunologische Erkrankungen (Medizinische Klinik II), Uniklinik RWTH Aachen
- 3 Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V., Wiesbaden

Schlüsselwörter

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Klug entscheiden, Digitale Medizin, Friedrich Theodor von Frerichs, Multimorbidität

Key words

German Society of Internal Medicine, choosing wisely, digital medicine, Friedrich Theodor von Frerichs, multimorbidity

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0799-5146>

Dtsch Med Wochenschr 2019; 144: 207–212

© Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York

ISSN 0012-0472

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Claus Vogelmeier,
Sekretariat: Fr. Karin Hüge-Ruppel
Klinik für Pneumologie, Universitätsklinikum Marburg,
Baldingerstraße, 35043 Marburg
claus.vogelmeier@med.uni-marburg.de

ZUSAMMENFASSUNG

Anlässlich des 200. Geburtstag ihres Gründers, Friedrich Theodor von Frerichs, setzt sich die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) mit dem vorliegenden Papier Perspektiven für ihre Arbeit in den kommenden Jahren, die durch Herausforderungen für Medizin und Wissenschaft geprägt sein werden. Basierend auf den 10 als zentral erfassten, kritisch beleuchteten Themenbereichen – Ärzte als Forscher, „Klug entscheiden“, digitale Medizin, Ökonomisierung der Medizin, Aus- und Weiterbildung, demografischer Wandel und Multimorbidität, internistische Systemmedizin, Infektiologie und Hygiene, Intensivmedizin und Notaufnahme sowie Pflege und medizinische Assistenzberufe – soll das Papier die grundlegenden Positionen der Fachgesellschaft darlegen.

ABSTRACT

Celebrating the 200th anniversary of its founder, Friedrich Theodor von Frerichs, the German Society of Internal Medicine (DGIM) publishes perspectives for its work in the coming years, which will be shaped by challenges for medicine and science. Based on ten critically analyzed topics – namely physicians as researchers, “choosing wisely”, digital medicine, the economization of medicine, medical education, demographic changes and multimorbidity, systems medicine, infectious diseases and hygiene, intensive care and emergency departments, and nursing and medical assistance jobs – this paper outlines the fundamental positions of the society.

Einleitung

Das Jahr 2019 markiert den 200. Geburtstag von Professor Friedrich Theodor von Frerichs, dem Gründervater der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Er stand den ersten Kongressen für Innere Medizin, dem heutigen Internistenkongress, in den Jahren 1882 bis 1884 vor.

Ganz bewusst stellen wir unseren Perspektiven 2025, welche einen Ausblick auf die nächsten Jahre aus dem Blickwinkel der wissenschaftlichen Fachgesellschaft geben sollen, einen Rückblick auf von Frerichs Vermächtnis voran. Von Frerichs war derjenige,

der nach Ernst von Leyden die Medizin „in die Reihe der exakten Naturwissenschaften überführte“ [1].

Umbrüche und Realitäten in Technologie, Gesellschaft und Politik stellen Internisten heute mehr denn je vor Herausforderungen. Die vergangenen 5 Jahre haben uns gezeigt, dass sich die Veränderungen in der Medizin rasant beschleunigen. Insbesondere

Um den Lesefluss und die Länge des Textes nicht zu beeinträchtigen, wird hier und im folgenden Text zwar nur die männliche Form genannt, stets aber die weibliche Form gleichermaßen mitgemeint.

re die Digitalisierung nimmt hierbei eine herausragende Bedeutung ein.

Die Fachgesellschaft sieht wie schon zu von Frerichs Zeiten ihre Aufgabe darin, für ihre Mitglieder impulsstiftende Antworten auf die zentralen Fragen der Zeit zu finden und dabei die Qualität der Wissenschaft als tragende Säule und Richtschnur der Medizin herauszustellen.

Im Jahr 2015 präsentierte die DGIM erstmalig mit ihrem Programm 2020 einen Katalog von 10 herausragenden Zukunftsthemen für die Innere Medizin [2]. In den vergangenen Jahren widmeten sich die Gremien der DGIM verstärkt diesem Programmkatalog. Die Resultate dieser Arbeit haben die Positionierung der Fachgesellschaft und ihre gesellschaftliche Wahrnehmung entscheidend geprägt.

So hat die Arbeit der DGIM-Konsensus-Kommission „Klug entscheiden“ eine vertiefte Diskussion über die Problematik von Über- und Unterversorgung in den Fachgesellschaften und darüber hinaus angestoßen [3].

Die Arbeit zur wachsenden Ökonomisierung in der Medizin kulminierte in der Formulierung des Ärzte-Codex für ein ethisch motiviertes Handeln in der Medizin [4].

Eine Reihe von neu aufgesetzten Förderprogrammen der DGIM wie das Clinician-Scientist-Programm oder die Peter-Scriba-Promotionsstipendien sollen Ärzten an den entscheidenden Meilensteinen ihrer klinischen und wissenschaftlichen Karriere Unterstützung bieten.

Das Angebot des neuen studentischen Gastzuganges zu unserer Fachgesellschaft haben mittlerweile über 900 Medizinstudierende wahrgenommen.

In die Debatten um die Weiterentwicklung der internistischen Aus- und Weiterbildung haben wir uns intensiv eingebracht. Neben Erfolgen wie dem Erhalt eines gemeinsamen Common Trunks im Curriculum aller internistischen Fächer haben wir jedoch auch Rückschritte und Enttäuschungen wie die Ablehnung des Facharztes für Innere Medizin und Geriatrie erfahren müssen.

Mit dem Programm DGIM 2025 haben sich Vorstand und Ausschuss der DGIM nun erneut der Frage gestellt, welche Themenbereiche die Innere Medizin in den kommenden Jahren bestimmen werden. Entwickelt wurde eine Liste von elementaren Themenfeldern, die nach Stimmabgabe in einer „Hitliste“ der Top 10 priorisiert wurde und im Folgenden dargestellt wird.

Ärzte als Forscher

1851 schrieb von Frerichs, die Innere Medizin habe „die Ergebnisse, welche auf verschiedenem Wege der Forschung erzielt werden, in einen Brennpunkt zu konzentrieren“ [5].

Aus Sicht der DGIM ist der Arzt heute mehr denn je gefordert, gleichzeitig auch Wissenschaftler zu sein. Es ist der grundlegende Anspruch der DGIM, eine Wissenschafts-basierte Medizin zu fördern, Standards und Leitlinien sowie systematische Herangehensweisen zu unterstützen. Dementsprechend lautet das Leitthema des übernächsten Internistenkongresses 2020 in Wiesbaden „Ärzte als Forscher“.

Die wissenschaftlichen und technischen Entwicklungen der letzten Jahre läuten eine Ära revolutionärer Veränderungen in

Diagnostik und Therapie ein. Beispielhaft seien neue Gensequenzierungs- oder Gene-Editing-Techniken wie CRISPR, Artificial Intelligence und die Verwendung von Algorithmen in Diagnostik und der Verwaltung großer Datensätze oder Nanotechnologien genannt. Innovative immuntherapeutische Ansätze und die Techniken der Liquid Biopsy haben zum Teil bereits Einzug in den klinischen Alltag gefunden und definieren unser diagnostisches und therapeutisches Verständnis vor allem onkologischer Erkrankungen in ungeahnter Weise neu. Aber auch vergleichsweise einfache neue Techniken wie z. B. Gesundheits-Apps haben Auswirkungen und Konsequenzen für die Medizin, die nur schwer abzuschätzen sind und bezüglich derer es einen hohen Forschungsbedarf gibt.

Die originäre Expertise von Ärzten ist in diesen zukunftssträchtigen Bereichen intensiv gefordert. Sie kann hier nicht von Vertretern aus Politik oder Industrie übernommen werden.

Die DGIM sieht ihre Aufgabe zusätzlich darin, für die Sicherung der wissenschaftlichen Qualität und Transparenz der Medizin zu kämpfen. Wir stellen strukturierte Herangehensweisen zur Entwicklung von Standards, Handlungsempfehlungen und zum Umgang mit Interessenkonflikten in den Vordergrund.

Aktuell ist die DGIM über Mandatsträger an der laufenden Entwicklung von 56 Leitlinien beteiligt. Im Jahr 2017 konnten 16 Leitlinien unter Mitarbeit der DGIM fertiggestellt werden.

Die DGIM möchte darüber hinaus eine bessere Vereinbarkeit von klinischer und wissenschaftlicher Karriere für Ärzte erreichen.

Seit 2017 vergeben wir in Form des Clinician-Scientist-Programms (CSP) hochdotierte Stipendien für herausragende Forschungsarbeiten an junge Nachwuchswissenschaftler. Mit dem Programm sollen exzellente junge Wissenschaftler auf den verschiedenen Stufen ihres Karrierewegs bis hin zur Habilitation gefördert werden. Die CSP-Förderung stellt je Stipendiat bis zu 100 000 € über 3 Jahre zur Verfügung.

Im den Jahren 2017 und 2018 wurden insgesamt 5 Stipendiaten gefördert. Hiervon seien beispielhaft die Projekte zur Bestimmung von ctDNA („liquid biopsy“) primärer ZNS-Lymphome sowie zur Verbesserung der Effektivität adoptiver Zelltherapien mit CAR-T-Zellen genannt.

Eine Fortsetzung des Programms für 2019 und 2020 wurde vom DGIM-Vorstand bewilligt.

„Klug entscheiden“ – Indikationsqualität

„Klug entscheiden“ heißt die Offensive der DGIM zur nachhaltigen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung von Patienten in Deutschland.

Michael Hallek hat das Thema im Jahr 2014 angestoßen und „Klug entscheiden“ stand unter seiner Präsidentschaft 2014/15 im Zentrum des 121. Internistenkongresses [6].

Mit „Klug entscheiden“ möchte die DGIM den Blick darauf schärfen, wo einerseits nicht-indizierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen (Übersversorgung) und andererseits nur unzureichend durchgeführte Maßnahmen (Unterversorgung) zu möglichen Schäden für Patienten und/oder zu einem ineffizienten Einsatz von Ressourcen führen können. „Klug entscheiden“ soll die besondere Relevanz der richtigen Indikation herausstellen,

denn schließlich kann ein Behandlungsergebnis nur dann wirklich als gut betrachtet werden, wenn auch die Indikation stimmt.

Zusammen mit den internistischen Schwerpunktgesellschaften und assoziierten Fächern, dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) und Patientenvertretern hat die DGIM mittlerweile über 125 „Klug entscheiden“-Empfehlungen publiziert. Sie sollen die Lücken schließen zwischen wissenschaftlicher Evidenz aus medizinischen Leitlinien und dem Alltag in ärztlicher Ausbildung und Praxis.

In den kommenden Jahren möchte die DGIM die Wirkungsbreite von „Klug entscheiden“ weiter vertiefen und die Implementierung der Empfehlungen wissenschaftlich begleiten.

Ein entscheidender Punkt in der Entwicklung weiterer „Klug entscheiden“-Empfehlungen wird die Generierung realer Versorgungsdaten sein. Nur wo Über- und Unterversorgung erkannt werden, können auch zielgerichtete und praxisnahe Empfehlungen entwickelt werden.

„Klug entscheiden“-Empfehlungen sollen für jeden Fachbereich, aber auch für übergeordnete Themenkomplexe wie z. B. die Versorgung in der Notaufnahme oder die Arzneimitteltherapie-Sicherheit bei Multimorbidität fortgeschrieben werden. Hierfür möchte die DGIM weitere Unterstützer für die Initiative gewinnen.

„Klug entscheiden“ soll ein integraler Teil im Erstellungsprozess von Leitlinien, der studentischen Ausbildung sowie der wissenschaftlichen Programme medizinischer Fachkongresse werden. Die DGIM hat ein Pilotprojekt gestartet, „Klug entscheiden“-Empfehlungen in der studentischen Lehre zu etablieren [7]. Mittlerweile besteht auch eine Integration der „Klug entscheiden“-Empfehlungen in die Lernplattform AMBOSS.

Schon heute sind sämtliche Empfehlungen von „Klug entscheiden“ über die eigene Webseite der Initiative www.klug-entscheiden.com abrufbar. Hier ist auch eine Online-Erfolgskontrolle mit Erlangen eines Zertifikats verfügbar. In Zukunft soll das digitale Angebot rund um „Klug entscheiden“ weiter ausgebaut werden, um eine engere Verzahnung der Empfehlungen mit der täglichen ärztlichen Praxis am Point-of-Care zu erzielen.

Die DGIM möchte weitere Anreize für diejenigen Kollegen schaffen, die „Klug entscheiden“ in ihre tägliche ärztliche Praxis einfließen lassen. Hierzu werden wir weiter an Möglichkeiten der Vergütung bei Implementierung arbeiten. Erste Gespräche mit Krankenkassen sowie dem G-BA im Hinblick auf eine Förderung über den Innovationsfonds wurden bereits geführt.

Die DGIM möchte darüber hinaus die patienten-orientierte Facette der Initiative stärken. Auch Patienten sollen durch „Klug entscheiden“-Empfehlungen ihre Entscheidungskompetenzen ausbauen und aktiver und „auf Augenhöhe“ mit ihrem Arzt am medizinischen Entscheidungsprozess partizipieren können.

Digitale Medizin

Die Digitalisierung wird die Medizin in den kommenden Jahren durchgreifend verändern.

In der ambulanten Medizin werden integrierte und vernetzte Systeme verfügbar sein, die eine kontinuierliche Erfassung von Patientendaten ermöglichen und eine Abkehr von der heute

noch gängigen Praxis bedeuten. Gerade im ländlichen Raum mit abnehmender Arzt-Dichte bietet die Digitalisierung Chancen, aber auch Herausforderungen.

Im Krankenhaus wird sich der digitale Fortschritt auf vielen Ebenen bemerkbar machen. Auf künstlicher Intelligenz basierende Algorithmen werden bei der Diagnosestellung und Therapiefestlegung zum Einsatz kommen. Sie werden Arzneimittelinteraktionen überwachen und dabei helfen, Critical Incidents zu verhindern. Die Erhebung von bildgebenden und pathologischen Befunden wird durch Expertensysteme unterstützt werden und von uns eine begleitende Diskussion über die Rolle des Arztes in Diagnose- und Indikationsstellung einfordern.

Im Bereich der Forschung aber zunehmend auch der Klinik wird das Thema „Big Data“, also die Analyse von großen Datenmengen aus riesigen Patientenkohorten, Genomen, Proteomen etc. zum Beispiel mit dem Ziel präzise Effekte von bestimmten Therapiemaßnahmen vorherzusagen, von wachsender Bedeutung sein.

Alles das ist nicht ohne Risiken. Viele Probleme liegen in Fragen der Datenqualität, des Datenschutzes bis hin zur Datensicherheit. Die Systeme müssen gegen potenzielle Angriffe von außen widerstandsfähig gemacht werden.

Auch der Wettstreit um die Entscheidungshoheit in Fragen der Digitalisierung zwischen Medizin, Politik und Industrie braucht unsere Aufmerksamkeit.

Einen thematischen Schwerpunkt sieht die DGIM in der Erstellung von Qualitätskriterien für die Bewertung und Erstellung von gesundheitsrelevanten Smartphone-Apps. Sie hat in diesem Zusammenhang neben der Kommission „Digitale Medizin“ eine Task Force „mobile health“ gegründet. Zusammen mit Wissenschaftlern der Medizinischen Hochschule Hannover hat die Task Force einen Algorithmus zur „semi-automatischen retrospektiven AppStore Analyse (SARASA)“ entwickelt, der eine Auswahl von gesundheitsbezogenen Apps für eine weitergehende Evaluation ermöglichen soll. Der Algorithmus adressiert den Apple AppStore und wird aktuell auch für den Google PlayStore aufgesetzt.

Die DGIM möchte sich gezielt mit den Innovationen aus dem Bereich „mobile health“ auseinandersetzen, die eine Verbesserung der evidenzbasierten Medizin bedeuten und die gesundheitspolitische Diskussion rund um diese Entwicklungen kritisch begleiten. Insbesondere werden wir gefordert sein, neue Methoden zu entwickeln, den Wirksamkeitsnachweis für innovative Techniken zu erbringen. Auch der Beurteilung neuer tragbarer Sensoren und „Wearables“ wird hierbei zukünftig hohe Aufmerksamkeit zukommen müssen.

„Digitale Medizin – Chancen, Risiken, Perspektiven“ stellt das Leitthema des kommenden Internistenkongresses 2019 in Wiesbaden dar. Auf dem Kongress werden die internistischen Fachgesellschaften den Status quo zum Thema aus der Sicht ihres Fachbereichs beleuchten. Entsprechend erscheint in der Kongressausgabe von *Der Internist* (04/2019) ein gleichlautender Schwerpunkt. Weiterhin ist im Rahmen der Reihe der Schwerpunkthefte „Klinischer Fortschritt“ der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (DMW) ein Schwerpunktheft zum heutigen Evidenzstand digitaler Anwendungen in den Teilgebieten der Inneren Medizin geplant.

Darüber hinaus finanziert die Fachgesellschaft die erste DGIM-Professur für digitale Medizin über fünf Jahre.

Weiter wird die DGIM einen Medienpreis für „Digitale Medizin“ ausschreiben, der beim Kongress 2020 verliehen wird.

Ökonomisierung der Medizin

Medizin ist ohne Berücksichtigung ökonomischer Aspekte nicht denkbar. Eine zu starke Fokussierung auf die rein wirtschaftliche Seite der Medizin kann jedoch in vielfältiger Weise negative Auswirkungen auf die ärztliche Praxis und die Versorgung von Patienten haben.

Dies reicht von der Durchführung finanziell hoch bewerteter medizinischer Maßnahmen, die nicht eindeutig indiziert sind, bis zu einer Einschränkung des Fächerkanons im stationären Bereich mit Zurückdrängen oder Schließen von Abteilungen, die sich als nicht ausreichend profitabel erweisen. Hieraus resultieren tiefgreifende Konsequenzen für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, die Versorgung sowie für die ärztliche Aus- und Weiterbildung.

Die Ökonomisierung der Medizin hat die DGIM im Verbund mit dem BDI in den letzten fünf Jahren intensiv beschäftigt.

Dem wachsenden Druck auf die Ärzteschaft, ihr Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung unterzuordnen, haben wir den Ärzte Codex entgegengestellt [4]. Der Codex soll Ärzten den Rücken darin stärken, eine auf ärztlicher/n Ethik und Werten beruhende Haltung im Arbeitsalltag zu verfolgen.

Aus Sicht unserer Gesellschaft werden folgende Faktoren auch in den kommenden Jahren weiterhin eine zentrale Rolle spielen: Die Alterspyramide wird sich weiter zugunsten von Menschen im höheren Lebensalter verschieben und hierdurch wird die Problematik akuter und chronischer Erkrankungen sowie multimorbider Patienten zunehmen. Der Kostendruck im Gesundheitswesen wird durch die Einführung hochpreisiger biologischer Therapien für onkologische, immunologische und andere Erkrankungen erheblich steigen. Rationalisierungsbestrebungen bergen die Gefahr, eine Medizin, die auf den Patienten und seinen Heilungsprozess fokussiert ist, empfindlich zu stören.

Umso mehr wird die DGIM diese Entwicklungen mit dem Primat einer ethisch motivierten Medizin begleiten.

Aus- und Weiterbildung

Von Frerichs setzte sich zeitlebens für die Einheit der Inneren Medizin ein. Bereits im Jahr 1851 schrieb er: „[Die Innere Medizin] hat die Einseitigkeiten der Standpunkte, welche die Arbeitsteilung mit sich bringt, zu versöhnen und zu ergänzen [5].“ Bis heute hat von Frerichs Position ihre Bedeutung behalten.

Der intensiven Zusammenarbeit von DGIM und BDI ist es zu verdanken, dass die Innere Medizin als Dach und Grundlage aller internistischen Schwerpunkte in Deutschland bis heute aufrechterhalten werden konnte. Dies ist ein Erfolg und erlaubt die Fortsetzung der Geschichte der Inneren Medizin als großem, integrierendem Fach. Europaweit ist dieses Konzept beinahe einzigartig und wird von uns in die Zukunft gerichtet weiterentwickelt werden.

Die vergangenen Jahre und das Tauziehen um die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) haben jedoch auch Herausforderungen für die Qualität der internistischen Aus- und Weiterbildung aufgeworfen.

Die Zusatzweiterbildung Geriatrie wurde nicht zu einem Schwerpunkt der Inneren Medizin aufgewertet. Die Zusatzweiterbildung Infektiologie wurde auch primär nicht klinischen Fächern wie der ärztlichen Mikrobiologie und Virologie zugänglich gemacht. Nachdem sich also die Infektiologie für andere Fächer geöffnet hat, ist es jetzt unser Bestreben, durch intensive Gespräche mit den Repräsentanten der Landesärztekammern die Einführung eines Facharztes für Innere und Infektionsmedizin voranzutreiben.

Für den Bereich der Intensiv- und Notfallmedizin sehen wir uns mit einem wachsenden Bedarf an ausgebildeten Intensiv- und Notfallmedizinern konfrontiert, sodass auf dem letztjährigen Ärztetag die Einführung einer Zusatzweiterbildung Klinische Notfallmedizin beschlossen wurde. Es ist jetzt die wichtige Aufgabe unserer Fachgesellschaft, dafür Sorge zu tragen, dass internistische Inhalte bei der Weiterbildung zum Notfallmediziner kompetent vermittelt werden können.

Darüber hinaus ist die DGIM intensiv engagiert in der Überarbeitung des Gegenstandskataloges des IMPP und damit der Lehrinhalte der studentischen Ausbildung.

Demografischer Wandel und Multimorbidität

Mit von Frerichs begann die systematische Beschreibung chronischer Erkrankungen in der Inneren Medizin. Seiner Zeit voraus verfasste von Frerichs richtungsweisende und in Teilen bis heute aktuell gebliebene Kompendien zu Erkrankungen der Leber [8], zur chronischen Nierenerkrankung [9] sowie zum Diabetes mellitus [10].

Diese damals noch vergleichsweise seltenen Erkrankungen haben heute teils epidemischen Charakter angenommen.

Die DGIM betont in diesem Zusammenhang auch die Bedeutung der präventiven Medizin. Es braucht die gesammelte Anstrengung von Gesellschaft, Industrie und Politik, um der Zunahme dieser Erkrankungen, die durch vorbeugende Maßnahmen in individuellem Lebensstil und öffentlicher Gesundheitsvorsorge potenziell verhinderbar sind, beizukommen. Trotz aller Erfolge der Spitzenmedizin darf eine grundsätzliche öffentliche Gesundheitsfürsorge (Public Health) heute und in Zukunft nicht zu kurz kommen.

Die Garantie einer bestmöglichen Versorgung alternder, multimorbider Patienten fordert gleichsam eine hohe Qualität der ambulanten sowie der stationären Medizin.

Klinikärzte werden in Zukunft noch mehr mit multimorbiden Patienten konfrontiert sein, die zunehmend der Kompetenzen der Spitzenmedizin bedürfen.

Darüber hinaus hängt die Versorgung multimorbider Patienten stark von der Qualität der hausärztlichen Versorgung ab. Die DGIM hat aus diesem Grund die Arbeitsgruppe „Hausärztliche Internisten“ gegründet, die sich aktiv für die Belange dieser großen internistischen Berufsgruppe und ihrer Patienten einsetzt.

Entscheidende Arbeitsfelder der AG werden eine Intensivierung der Forschung im hausärztlichen Bereich und die Erhebung von Versorgungsdaten sein.

Multimorbide Patienten bedürfen zumeist einer komplexen Polypharmazie. Die Wahrung der Güte und Sicherheit der Arzneimitteltherapie von multimorbiden Patienten stellt Ärzte hierbei vor wachsende Herausforderungen. Die DGIM will im Verbund mit den Fachgesellschaften der Inneren Medizin diesem Themengebiet verstärkte Aufmerksamkeit widmen und niedergelassenen wie in der Klinik tätigen Kollegen mit Hilfestellungen und Empfehlungen zur Seite stehen.

Die DGIM ist wissenschaftlicher Partner des Innovationsfonds-Projektes „AdAM“, einer der weltweit größten, prospektiv randomisierten Interventionsstudien zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei Polypharmazie. Hierbei kommt eine digitale Softwarelösung für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen zum Einsatz, die das Medikationsmanagement von multimorbiden Patienten systematisiert und vereinfacht. Aus dem Projekt „AdAM“ erwartet sich die DGIM richtungsweisende Erkenntnisse zum Umgang mit Polypharmazie. Hierfür haben wir eine hochqualifizierte Kommission namhafter Experten der medizinischen Fachgesellschaften aufgestellt, die praxisrelevante und evidenzbasierte Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Polypharmazie entwickelt und publizieren wird.

Internistische Systemmedizin

Aus der Sicht unserer Fachgesellschaft liegen im wissenschaftlichen und technologischen Fortschritt enorme Chancen für eine Innere Medizin, die den Blick auf die komplexe Gesamtheit des menschlichen Organismus behält.

Die DGIM setzt sich zum Ziel, Prozesse und Strukturen zu entwickeln, die unterschiedlichen Technologien und Fachgebiete sinnvoll zusammenzuführen und sie für die klinische Arbeit im Sinne einer internistischen Systemmedizin nutzbar zu machen. Hierbei ist aus unserer Sicht unter anderem eine engere Verzahnung von Behandlungsdaten mit der Versorgungsforschung unter strenger Wahrung der Patientenrechte unabdingbar. Die DGIM sieht sich in einer Vorreiterrolle bei der Generierung, Analyse und Integration von großen Datenmengen zu Behandlungs- und Forschungszwecken innerhalb der Medizin.

Die Entwicklung der letzten Jahre haben zu einem rasch wachsenden molekularen Verständnis und daraus folgend zu neuen Klassifikationen und Behandlungsansätzen von Erkrankungen wie Tumoren oder immunologischen Krankheitsbildern geführt. In den kommenden Jahren werden sich diese Entwicklungen weiter fortsetzen. Unser Ziel ist es, moderne Technologien und Methoden in der klinischen Arbeit des Internisten zu verankern, denn Grundversorgung und Spitzenmedizin stellen nicht zwei gegensätzlich Pole dar, sondern brauchen sich wechselseitig. Auch den eher seltenen Krankheitsbildern („Orphan Diseases“) gilt hierbei unsere Aufmerksamkeit.

Zum Umgang mit den Herausforderungen, die der wissenschaftliche Fortschritt für die Innere Medizin in den nächsten Jahren darstellt, hat die DGIM-Kommission Wissenschaft und Nachwuchsförderung ein Positionspapier publiziert [11].

Infektiologie – Hygiene

Zu von Frerichs Lebzeiten war die Innere Medizin durch die herausragende Bedeutung von Infektionserkrankungen bestimmt. Mit der Präsentation seiner Ergebnisse zur Rolle der Mykobakterien in der Pathogenese der Tuberkulose auf dem I. Kongress für Innere Medizin 1882 in Wiesbaden läutete Robert Koch ein neues Zeitalter der Diagnostik und Therapie infektiöser Erkrankungen ein [12].

Die systematische Einführung von Hygienemaßnahmen, die Entwicklung hochwirksamer antiinfektiver Therapien sowie bahnbrechende Erkenntnisse in der Pathophysiologie infektiöser Erkrankungen stellen vermutlich den wichtigsten historischen Beitrag der Inneren Medizin dar.

Im Rahmen des 125. Kongresses der DGIM werden Infektionskrankheiten eine wichtige Rolle spielen. Angesichts der zunehmenden Prävalenz multiresistenter Erreger, mitbedingt u. a. durch einen unkritischen Einsatz von Antibiotika, sowie von Problemen in der Entwicklung und Implementierung von Impfstrategien ist viel Euphorie um die Eradikation infektiöser Erkrankungen verlorengegangen.

Für die DGIM stellen daher auch heute noch Infektionserkrankungen ein wesentliches Problem für Medizin und Gesellschaft dar. Sie werden insbesondere die stationäre Medizin in den kommenden Jahren weiter entscheidend prägen.

Internistisch ausgebildete Infektiologen können Morbidität, Mortalität und Kosten infektiöser Erkrankungen im Krankenhaus signifikant senken. Die Qualität der Therapie mit Antiinfektiva kann durch konsiliarische Mitbeurteilung durch internistisch ausgebildete Infektiologen und ABS-Teams (ABS: Antibiotic Stewardship) verbessert werden [13].

Die DGIM setzt sich für eine weitere Stärkung der Infektiologie als eigenständigem Querschnittsfach der Inneren Medizin ein. Die Zahl der qualifizierten infektiologischen Ausbildungsstätten muss erhöht werden. Klinische Infektiologie ist ohne eine gründliche Ausbildung in der Inneren Medizin nicht denkbar

Intensivmedizin, Notaufnahme

Die Belastung von Notaufnahmen nimmt als Folge von steigenden Patientenzahlen zu. Damit gewinnt die Frage nach der Strukturqualität von Notaufnahmen wachsende Bedeutung. Kürzlich hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Entscheidung gefällt, die bestimmte Strukturqualitätsmerkmale als Voraussetzung für die Vergütung definiert. Die Frage der ärztlichen Zuständigkeit blieb hierbei unberührt.

Die Mehrheit der Patienten in Notaufnahmen stellt sich aufgrund eines internistischen Krankheitsbildes vor. Aus Sicht der DGIM darf daher auch in der Diskussion um integrative und interdisziplinäre Notaufnahmekonzepte die zentrale Rolle von Internistinnen und Internisten nicht zu kurz kommen.

Die DGIM hat eine Sammlung interdisziplinärer „Klug entscheiden“-Empfehlungen für die Notaufnahme herausgegeben, die kontinuierlich fortgeschrieben werden [14]. Mittlerweile wurden 10 notaufnahmespezifische Empfehlungen publiziert. Hiermit

möchten wir einen praktischen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität in Notaufnahmen leisten.

Im Bereich der Intensivmedizin haben Veränderungen bezüglich der Voraussetzungen für die Gewährung der Intensivpauschale zu erheblichen Verwerfungen hinsichtlich der fachlichen Zuordnung von Intensivstationen geführt. In vielen Kliniken wurden zur Vermeidung finanzieller Einbußen internistische Intensivstationen einer anästhesiologischen Leitung unterstellt. Die DGIM erkennt hierin eine problematische Entwicklung: Es ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal, dass Patienten mit intensivpflichtigen internistischen Erkrankungen auf einer internistisch geleiteten Intensivstation versorgt werden.

Pflege- und medizinische Assistenzberufe

Die Bundesregierung hat eine konzertierte Aktion Pflege zur Stärkung der Pflegeberufe in Deutschland gestartet [15]. Die DGIM begrüßt angesichts der bereits heute vielfach prekären Pflegesituation nachdrücklich Initiativen zum Ausbau der Pflegekapazitäten sowie zur Verbesserung der Attraktivität von Pflegeberufen. Die DGIM befürwortet eine flächendeckende Einführung von Mindeststandards in der Pflege sowie eine Entlastung der Pflegekräfte von primär nicht-pflegerischen Tätigkeiten. Eine hohe Qualität in der pflegerischen Versorgung ist aus unserer Sicht ein entscheidender Baustein einer guten internistischen Therapie.

In den vergangenen Jahren wurden in Deutschland erste Pflegekammern gegründet, die eine Akademisierung der Pflegeberufe vorantreiben sollen. Parallel dazu hat der Deutsche Ärztetag im Jahr 2017 eine weitgehende Einführung des neuen Berufswegs „Physician Assistant“ beschlossen [16].

Vor diesem Hintergrund drängen sich Fragen der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit in den Vordergrund. Wo liegen die Trennlinien zwischen originär ärztlicher Tätigkeit und der eines „Physician Assistant“ oder einer akademisch ausgebildeten Pflegekraft? Für die Themenbereiche Delegation und Substitution steht eine hinlängliche Regelung aus.

Die DGIM sieht es als vordringliche Aufgabe an, im Dialog mit Pflegekammern und Ärztekammern zur Lösung dieser Fragen beizutragen.

Interessenkonflikt

CV: kein COI

JF: kein COI

TG: Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Geschäftsstelle der DGIM

Literatur

- [1] Franken FH. Friedrich Theodor Frerichs (1819–1885) – Leben Und Hepatologisches Werk. Freiburg: Falk Foundation e.V 1994
- [2] Hasenfuß G. Programm 2020 der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Dtsch Med Wochenschr 2017; 142: 145–146. doi:10.1055/s-0043-100120
- [3] Hasenfuß G, Fölsch UR. Klug Entscheiden-Initiative: Geschichte, Methodik, ethische Aspekte und internationale Verbreitung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2017; 129: 1–2. doi:10.1016/j.zefq.2017.11.001
- [4] Schumm-Draeger P-M, Mann K, Müller-Wieland D et al. Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. Dtsch Med Wochenschr 2016; 141: 1183–1185. doi:10.1055/s-0042-111258
- [5] Klemperer G. 50 Jahre Kongress Für Innere Medizin, 1882-1932. München: Verlag von J. F. Bergmann; 1932
- [6] Hallek M. „Choosing Wisely“ – Vermeiden unnötiger medizinischer Maßnahmen. Dtsch Med Wochenschr 2014; 139: 1975–1975. doi:10.1055/s-0034-1387344
- [7] Goldmann M, Hasenfuß G, Dehl T et al. Klug entscheiden: auch in der Lehre! Dtsch Arztebl 2016; 113: A2149–A2154
- [8] Frerichs FT. Klinik Der Leberkrankheiten. Braunschweig: Vieweg; 1861
- [9] Frerichs FT. Die Bright'sche Nierenkrankheit Und Deren Behandlung. Braunschweig: F. Vieweg und Sohn; 1851
- [10] Frerichs FT. Über Den Diabetes. Berlin: A. Hirschwald; 1884
- [11] DGIM Kommission Wissenschaft und Nachwuchsförderung. Innere Medizin auf dem Weg zur Systemmedizin: Chancen und Herausforderungen. Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 523–527. doi:10.1055/s-0041-101102
- [12] Koch R. Gesammelte Werke von Robert Koch. Erster Band. Leipzig: Georg Thieme Verlag; 1912
- [13] Fätkenheuer G, Cornely O, Kern W et al. Kliniken brauchen mehr internistisch ausgebildete Infektiologen. Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 210–212. doi:10.1055/s-0041-100245
- [14] Hasenfuß G. Klug entscheiden...in der Notaufnahme. Dtsch Arztebl 2006; 115: A704–A709. doi:10.1007/s00113-006-1169-3
- [15] Bundesministerium für Gesundheit. Konzertierte Aktion Pflege: Gemeinsame Initiative zur Stärkung der Pflege in Deutschland (2018). Im Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilung/2018/3-quartal/konzertierte-aktion-pflege.html> Stand: 19.09.2018
- [16] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen (2017). Im Internet: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf Stand: 15.11.2018