

Jahresbroschüre der DGIM 2012



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.



Jahresbroschüre der DGIM 2012

Inhalt

Editorial	4
Die DGIM – Wer wir sind, wofür wir uns einsetzen	6
Porträt der DGIM-Vorsitzenden 2012/2013: Professor Elisabeth Märker-Hermann	9
DGIMs elektronische Welt	10
Fit für Klinik und Praxis – Fort- und Weiterbildung	12
Zukünftige Herausforderungen für die Innere Medizin und die DGIM	16
DGIM Stellungnahmen 2011/2012	20
An morgen denken – Nachwuchs fördern	30
Ehrungen und Preise 2012	31
Rückblick auf den 118. Kongress der DGIM	36
Im Dialog mit interessierten Laien – Patiententag 2012	39
Korporative Mitglieder – Partner in Industrie und Wirtschaft	40
Medienarbeit – öffentliche Meinung aktiv gestalten	42
Arztzahlen in Deutschland 2010 und 2011	44
Aus der BÄK	45
Aus der AWMF	46
Preisausschreibungen der DGIM 2013	47
Vorstand und Geschäftsführung	48
Gremien der DGIM	49
Impressum	51

DGIM 2011 auf einen Blick

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ist mit ihren über 22 000 Mitgliedern die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland und erhält insbesondere von jungen Internisten großen Zulauf. Sie vertritt alle auf dem Gebiet der Inneren Medizin tätigen Wissenschaftler und Ärzte. Dabei arbeitet die DGIM stetig an der Verbesserung ihres Leistungsangebots – etwa mit der neuen CME-zertifizierten elektronischen Fortbildungsplattform DGIM e.Akademie. Angesichts der Herausforderungen mit zunehmend älteren, multimorbiden Patienten, Infektionen oder Tumorerkrankungen widmet sie sich besonders den internistischen Querschnittsthemen.

- 8300 Fachleute besuchen den 118. Internistenkongress mit seinen 263 Vorträgen, 28 Posterdiskussionen und 38 Fortbildungskursen.
- Rund 8000 Internisten greifen in den ersten zwei Monaten auf die neue Leitlinien-App der DGIM zu.
- 7 Positionspapiere und 31 Pressemeldungen beziehen Stellung zu aktuellen gesundheitspolitischen oder wissenschaftlichen Fragestellungen.
- 17 Wissenschaftler zeichnet die DGIM aus, mit 53 Stipendien unterstützt sie Ärztinnen und Ärzte, etwa bei einem Mentoring-Programm oder der Anreise zum Kongress. Insgesamt werden 62 620 Euro Fördersumme vergeben.
- Die 246 zum Kongress angenommenen Abstracts und Poster sind digital als Supplement der Fachzeitschrift „Der Internist“ unter www.springerlink.com veröffentlicht.
- 220 Kongressvorträge zeichnet die DGIM auf und stellt sie online zur Verfügung.
- Im Jahr 2011 wurden mit 2136 die meisten Facharzt-Anerkennungen im Fach Innere Medizin ausgesprochen, darunter waren mit 1069 knapp die Hälfte Frauen. Die Zahl der Anerkennungen im Bereich der Inneren Medizin mit Schwerpunkt umfassen insgesamt nur 664.
- Mit den 2011 neu eingeführten DMW-Gesellschaftsausgaben erhalten die Mitglieder sechsmal im Jahr einen aktuellen Überblick über die Schwerpunkte.
- 44 Fortbildungsveranstaltungen bietet die DGIM unter ihrer Schirmherrschaft an.
- Über die Hälfte der DGIM-Mitglieder – 58 Prozent – sind in der ärztlichen Weiterbildung.
- An 39 evidenzbasierten, fachübergreifenden Leitlinien arbeitet die DGIM mit.

Editorial

*Liebe Mitglieder,
liebe Leserin und lieber Leser,*

in den vergangenen zwölf Monaten hat die DGIM mit ihren Gremien und über 22 000 Mitgliedern unterschiedlichste Aktivitäten entwickelt, um ihre satzungsgemäßen Aufgaben in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie ihre wissenschafts- und berufspolitischen Ziele zu entwickeln und weiter voranzutreiben.

Sehr frühzeitig wurden wir in diesem Jahr darüber in Kenntnis gesetzt, dass einige Bundesländer das Ziel verfolgen, im Rahmen der anstehenden Änderung der Approbationsordnung das frei wählbare Tertial für Medizinstudierende im Praktischen Jahr (PJ) durch einen allgemeinmedizinischen viermonatigen Pflichtabschnitt in einer allgemeinärztlichen Praxis zu ersetzen. Die DGIM war eine der ersten Gesellschaften, die sich dagegen erfolgreich gewehrt und entsprechende Stellungnahmen abgegeben hat. Es kann nicht sein, dass aus kurzfristigen politischen Gründen die Wahlfreiheit der Studenten für einen wichtigen Teil ihrer Ausbildung aufgehoben wird. Es ist dabei ganz besonders erfreulich, dass wir diese Stellungnahme und weitere Positionspapiere zur Aus- und Weiterbildung gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Internisten entwickelt und veröffentlicht haben. Zweifellos bekommen diese Positionspapiere deutlich mehr Gewicht, wenn dahinter mehr als 45 000 Internistinnen und Internisten stehen.

Großes Augenmerk hat die DGIM auch verschiedenen Brennpunkten und Themen in der Weiterbildung gewidmet: Dazu gehört beispielsweise das Problem, dass in den Hochschulambulanzen immer weniger Patienten mit häufig vorkommenden Volkskrankheiten wie beispielsweise Diabetes mellitus, essentieller Hypertonie, Krankheiten des Bewegungsapparates etc. behandelt werden. Das erschwert für die Medizinischen Fakultäten die Aus-, aber auch die Weiterbildung junger Ärzte erheblich. Unter der Federführung der AWMF und aktiver Beteiligung der DGIM wurden hierzu Lösungsvorschläge erarbeitet

und publiziert (S. 21). Keine Frage, gerade dieses Problem wird uns auch die nächsten Jahre nicht ruhen lassen.

Ein weiteres heißes Eisen wurde mit Hilfe der Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung angepackt. Im Bereich des wissenschaftlichen Nachwuchses in vielen Fächern, aber auch in der Inneren Medizin zeichnet sich ein Nachwuchsmangel ab, der alleine schon an der deutlich abnehmenden Zahl an Promotionen, aber auch an sinkenden Bewerberzahlen erkennbar ist. Die Kommission hat die Situation analysiert und in einem bemerkenswerten Positionspapier Vorschläge erarbeitet, wie man die wissenschaftliche Arbeit wieder attraktiver gestalten kann. Eine besondere Rolle spielt hierbei die Frage, wie die Chancen für Ärztinnen in der Inneren Medizin verbessert werden können. Nun gilt es, diese Vorschläge den Entscheidungsträgern an den Medizinischen Fakultäten, dem Medizinischen Fakultätentag und den Ministerien in Einzelgesprächen zu verdeutlichen, um neue Qualifizierungspfade für Nachwuchswissenschaftler zu entwickeln und sie langfristig für die Innere Medizin zu gewinnen (DMW 31/32 2012).

In die gleiche Richtung geht unser Bemühen, im Rahmen der anstehenden Novellierung der Musterweiterbildungsordnung zu erreichen, dass Forschungszeiten während der Weiterbildungszeit durch die Landesärztekammern Anerkennung finden. Ein entsprechendes Positionspapier hat die DGIM erarbeitet und an die Bundesärztekammer weitergereicht (S. 21).

Eine weitere wirkungsvolle Stellungnahme hat die DGIM auch zum Thema Bonusverträge für Chefarzte herausgegeben (S. 28). Hier hat die Gesellschaft sehr schnell reagiert und im Rahmen einer Adhok-Kommission entsprechende Richtlinien erarbeitet. Im nächsten Schritt wird sich die DGIM eingehend mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft auseinandersetzen müssen, um zu erreichen, dass Änderungen am Musterchefarztvertrag vorgenommen werden. Aber auch unsere Aktivitäten in der Fortbildung – hier ist insbesondere

„Wir müssen neue Qualifizierungspfade für Nachwuchswissenschaftler entwickeln und sie langfristig für die Innere Medizin gewinnen“

die e.Akademie zu nennen – haben deutlich mehr Konturen bekommen (S. 10ff.). Dies ist nicht zuletzt der äußerst konstruktiven und phantasievollen Mitarbeit des wissenschaftlichen Beirats geschuldet, den wir zu diesem anspruchsvollen Langzeitprojekt gebildet haben.

Um unseren wichtigsten Fortbildungsauftrag mit dem Jahreskongress in Wiesbaden auch künftig erfolgreich erfüllen zu können, haben wir sorgfältig die Diskussionen in Wiesbaden über den Neubau/Abriss der Rhein-Main-Hallen verfolgt und sind auch durch den Oberbürgermeister mehrfach zu den Gesprächen hinzugebeten worden. Nun hat die Politik entschieden, die Rhein-Main-Hallen komplett abzureißen und an gleicher Stelle einen Neubau zu errichten – was Zustimmung der DGIM findet. Daher war es richtig, für unsere Fachgesellschaft frühzeitig nach passenden Alternativlösungen Ausschau zu halten. Es ist uns erfreulicherweise gelungen, zu den von uns gewünschten Terminen in den Jahren 2015 bis 2018 im Rosengarten in Mannheim einen geeigneten Standort für den Internistenkongress zu finden! Dort wird es sicherlich möglich sein, Ihnen, den Besuchern unseres Kongresses, ein gewohnt attraktives Programm in einer modernen Umgebung zu bieten.

Schlussendlich hat der Vorstand der DGIM ein Forschungsprojekt auf den Weg gebracht, das uns schon lange beschäftigt. Wir möchten die Rolle der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und ihrer Vorsitzenden in der Zeit des Nationalsozialismus untersuchen und bewerten lassen. Dabei geht es unter anderem darum herauszufinden, inwieweit zu der damaligen Zeit führende Internisten ärztlich unethische

Forschungsprojekte durchgeführt haben beziehungsweise in diese eingebunden waren. Wir möchten auch mehr über das Schicksal verfolgter Internisten jener Zeit erfahren. Es ist uns gelungen, ein anerkanntes wissenschaftliches Team von Medizinhistorikern aus Bonn mit einem zweijährigen Forschungsprojekt zu betrauen. Sie werden über die Fortschritte ihrer Arbeit im April nächsten Jahres berichten können.

Es ist in den vergangenen 12 Monaten vieles erreicht worden, aber wichtige Ziele und Aufgaben liegen vor uns. Der Vorstand ist besonders dankbar, dass er in seiner Arbeit durch die Aktivitäten in den Kommissionen, Task Forces und im wissenschaftlichen Beirat entscheidend unterstützt wird. Nur dadurch kann es auch zukünftig gelingen, für unsere Mitglieder erkennbar zu machen, dass es eine Freude ist, Internist zu werden oder zu sein! Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen dieser Jahresbroschüre !

„Als wichtiges nächstes Projekt lassen wir die Rolle der DGIM und ihrer Vorsitzenden in der Zeit des Nationalsozialismus untersuchen und bewerten.“



Prof. Dr. Dr. h. c.
Ulrich R. Fölsch
Generalsekretär



Prof. Dr. Elisabeth
Märker-Hermann
Vorsitzende 2012/2013

Die DGIM – Wer wir sind, wofür wir uns einsetzen

Mit mehr als 22 000 Mitgliedern im Jahr 2012 ist die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e. V. heute die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland. Seit ihrer Gründung im Jahr 1882 in Wiesbaden vereint sie unter ihrem Dach alle auf dem Gebiet der Inneren Medizin tätigen Wissenschaftler und Ärzte.

Als gemeinnütziger Verein fördert die DGIM Wissenschaft und Forschung auf dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin. Sie versteht es als ihren Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse in angewandte Heilkunde zu übertragen. Auf diese Weise lässt sie Fortschritte der Inneren Medizin unmittelbar dem Patienten zugutekommen.

Ein internistisches Dach: Mehr als die Summe seiner Teile

Die DGIM engagiert sich seit ihrer Gründung für die Einheit der Inneren Medizin unter angemessener Betonung der Subspezialitäten. Unter dieser Prämisse integriert sie auf vielfältige Weise die internistischen Schwerpunkte und pflegt den aktiven Austausch mit den wissenschaftlichen Schwerpunktgesellschaften. Gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sind Angiologie, Endokrinologie,

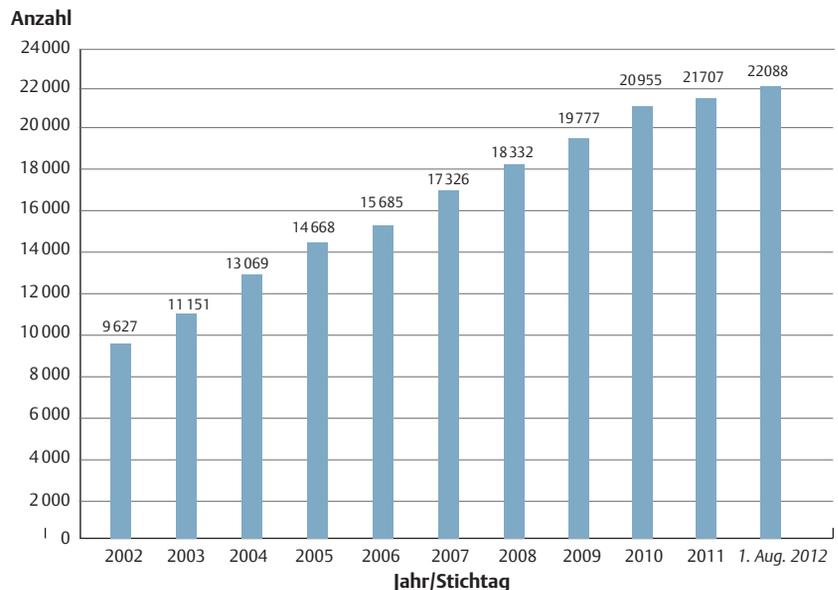
Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie anerkannte Schwerpunkte der Inneren Medizin. Als weitere internistische Spezialbereiche versteht die DGIM Geriatrie, internistische Intensiv- und Notfallmedizin und Infektiologie.

Über Delegierte aus den eigenen Reihen fördert die DGIM außerdem die fachlichen und freundschaftlichen Beziehungen zu anderen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden im In- und Ausland. Gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung vertritt sie die Belange der Inneren Medizin.

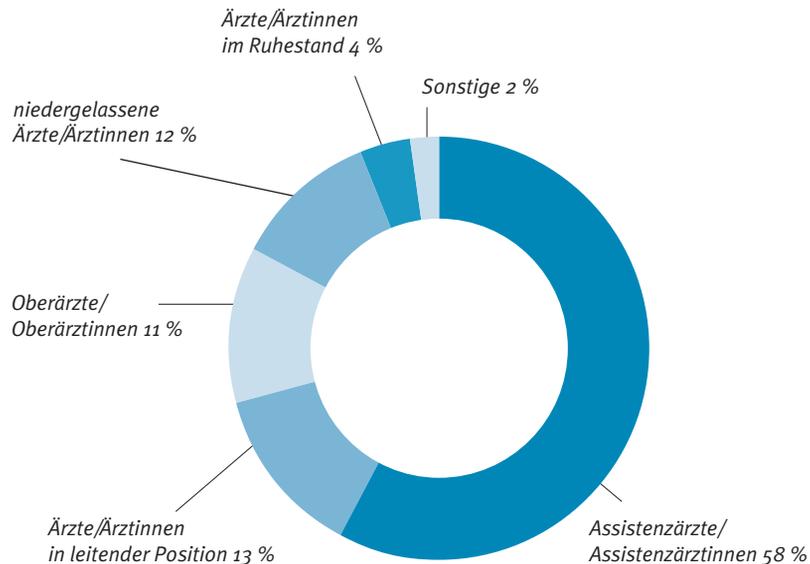
Wissenschaft – die Basis guter Patientenversorgung

Die DGIM sieht es als ihren zentralen Auftrag, Wissenschaft und Forschung auf dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin zu fördern – zum Wohle der Patienten. Sie unterstützt in diesem Sinne auch den Eingang aktueller Forschungsergebnisse in die tägliche Versorgung in Klinik und Praxis. Der jährliche Internistenkongress der DGIM in Wiesbaden bietet eine hervorragende Plattform, um neueste wissenschaftliche

Mitgliederentwicklung der DGIM e. V. 2002–2012



Mitgliederstruktur 2012 der DGIM e. V.



Erkenntnisse aus der gesamten Inneren Medizin zu diskutieren und auszutauschen. Darüber hinaus fördert die DGIM individuell und gezielt Wissenschaftler. Dass immer weniger Ärztinnen und Ärzte in der Humanmedizin eine Doktorarbeit abschließen, war für die DGIM dringender Anlass, auf strukturelle Mängel in der Doktorandenausbildung hinzuweisen. In einem aktuellen Positionspapier macht sie deutlich, wie wichtig Forschung und Forschungsnachwuchs für eine gute Patientenversorgung sind. Denn allein ein grundlegendes wissenschaftliches Verständnis von einer Erkrankung erlaubt es, diese zu erkennen und angemessen zu behandeln.

Mitglieder: Die DGIM wächst

Anfang August 2012 waren exakt 22 088 Personen bei der DGIM als Mitglied eingetragen. Damit setzt sich der Wachstumstrend der Fachgesellschaft kontinuierlich fort. Seit dem Jahr 2002 kommen jährlich etwa 1000 Mitglieder hinzu. Die DGIM konnte damit ihre Mitgliederbasis in dieser Zeit mehr als verdoppeln. Dieser anhaltende Wachstumstrend belegt, dass die Leistungen der DGIM von Internistinnen und Internisten hierzulande sehr geschätzt werden. Und: Die Mitglieder der DGIM halten ihr lange die Treue. Mehr als ein Drittel sind länger als zehn Jahre in der DGIM. Eine insbesondere in den 1980-Jahren vollzogene Modernisierung der Gesellschaft führte zu einer Verjüngung in der DGIM, die bis heute andauert: Über die Hälfte der Mitglieder sind im Jahr 2012 Ärzte in der Weiter-

bildung. Deren Anteil ist gegenüber dem Vorjahr erneut gestiegen: auf 58 Prozent. Auch sehr erfreulich ist, dass sich insbesondere Internistinnen von der Gesellschaft angesprochen fühlen: Mit derzeit rund achteinhalbtausend Frauen in der DGIM fehlt nicht mehr so viel, bis ein zahlenmäßig ausgeglichenes Geschlechterverhältnis erreicht ist.

Starke Basis – Was uns trägt

Zu den Mitgliedern der DGIM zählen heute nicht nur sämtliche Ordinarien aus der Inneren Medizin. Auch niedergelassenen Internisten und Allgemeinärzten, Ärzten in Fort- und Weiterbildung und jungen Medizinerinnen ist die Fachgesellschaft ein guter Partner. Angehende und praktizierende Internisten unterstützen die DGIM durch eine verbesserte Weiterbildung, qualifizierte Fortbildung, den jährlichen Internistenkongress, Preise und Stipendien. Die Förderung des ärztlichen und wissenschaftlichen Nachwuchses in Wissenschaft und Klinik ist damit eines ihrer zentralen Anliegen. Jeder approbierte Arzt kann die Aufnahme als ordentliches Mitglied beantragen. Um eine unabhängige Basis für Forschungsprojekte in der Inneren Medizin zu schaffen, unterhält die DGIM die Deutsche Stiftung Innere Medizin (DSIM).

Die DGIM pflegt neben Kontakten zu Ärzten und Wissenschaftlern auch den regelmäßigen Austausch mit der forschenden Industrie. In diesem Rahmen diskutiert die Fachgesellschaft zum Beispiel mit Firmen

der Pharma- und Geräteindustrie sowie wissenschaftlichen Verlagen Probleme der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik. Ihnen bietet die DGIM seit 1993 eine Korporative Mitgliedschaft an.

Wirkungsvoll durch gebündelte Kompetenz

Aufgrund ihrer vielfältigen Aufgaben und einer stetig steigenden Mitgliederzahl bedarf es in der DGIM klarer organisatorischer Strukturen: Der sechsköpfige Vorstand – geleitet vom 1. Vorsitzenden – verantwortet Ausrichtung und Weiterentwicklung der Fachgesellschaft. Ein weiteres Gremium ist der Ausschuss der DGIM. Er berät den Vorstand in wichtigen internistischen Fragen. Ihm gehören gewählte Mitglieder der Fachgesellschaft, Repräsentanten der internistischen Schwerpunktgesellschaften und des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), der Sprecher der Young Internists sowie die Vertreter der SGIM und ÖGIM an.

Um ausgewählte Fragestellungen – sowohl auf medizinischer als auch gesundheitspolitischer Ebene – zielführend und fundiert bearbeiten zu können, hat die Fachgesellschaft themenspezifische Expertenkommissionen und Task Forces gegründet. Seit Ende 2011 beschäftigt sich die Task Force Transition mit der Erarbeitung von Modellen für einen besseren Übergang von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin, und mit der Task Force Geriatrie intensiviert die DGIM ihre Bemühungen, dass das Fach Schwerpunkt in der Inneren Medizin wird. Für den reibungslosen Ablauf sämtlicher Aktivitäten sorgt die Geschäftsstelle der DGIM in Wiesbaden. Sie ist ständiger Ansprechpartner für alle Belange der Mitglieder. Mehrere Komitees lenken die Vergabe der wissenschaftlichen Preise der DGIM. Die Kommunikation nach innen und außen, mit Mitgliedern, Medien und anderen Zielöffentlichkeiten, pflegt die DGIM über ihre Pressestelle.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Gremien

Vorstand / Geschäftsführung

Ausschuss

Geschäftsstelle

Pressestelle

Preis-Komitees

*Komitee für den
Theodor-Frerichs-Preis*

*Komitee für
den Präventionspreis
Innere Medizin*

Kommissionen / Task Forces

*Kommission Struktur –
Krankenversorgung*

*Kommission Wissenschaft –
Nachwuchsförderung*

*Kommission Leitlinien –
Diagnostik und Therapie*

*Kommission Aus-, Weiter-
und Fortbildung*

*Task Force Internistische
Intensivmedizin
und Notfallmedizin*

Task Force Geriatrie

Task Force Transition

Deutsche Stiftung für Innere Medizin

Porträt der DGIM-Vorsitzenden 2012/2013: Professor Elisabeth Märker-Hermann

Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) ist Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann. Die Wiesbadener Internistin mit den Schwerpunkten Rheumatologie, klinische Immunologie und Nephrologie löst damit Professor Dr. med. Joachim Mössner aus Leipzig im Amt ab. Als erste Vorsitzende in der Geschichte der DGIM gestaltet Professor Märker-Hermann als Kongresspräsidentin auch den 119. Internistenkongress, der vom 6. bis 9. April 2013 in Wiesbaden stattfindet.

Elisabeth Märker-Hermann studierte von 1976 bis 1983 Humanmedizin in Mainz, wo sie 1984 auch promovierte. Ihre Facharztausbildung absolvierte sie an den Universitäten Mainz und Basel und war schließlich als leitende Oberärztin in Mainz tätig. Dort habilitierte sie sich 1993 mit einer Arbeit über die „Immunpathogenese der reaktiven Arthritis und des Morbus Bechterew/Spondylitis ankylosans“. Zwischenzeitlich lehrte sie als Visiting Professor an der Harvard Medical School in Boston. 2002 folgte die Berufung in die Klinikdirektion nach Wiesbaden, wo sie seither als Chefarztin die Klinik Innere Medizin IV mit dem Schwerpunkt Rheumatologie, klinische Immunologie und Nephrologie der Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH (HSK) in Wiesbaden leitet. Zu den klinischen Forschungsschwerpunkten von Professor Märker-Hermann zählen rheumatische Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen, insbesondere Morbus Bechterew, Psoriasisarthritis und frühe Spondyloarthritiden, Lupus erythematodes sowie Vaskulitiden mit Nierenbefall.

Kongress-Leitthemen 2013

Als Vorsitzende der DGIM gestaltet Elisabeth Märker-Hermann das Programm der 119. Jahrestagung der DGIM im April 2013. Das Kongress-Leitthema „Innere Medizin – vom Organ zum System“ spiegelt den

Schwerpunkt der Kongresspräsidentin wider: die Rheumatologie und klinische Immunologie mit Betonung der entzündlichen Systemerkrankungen. Die von Märker-Hermann gewählten Hauptthemen „Systemische Entzündung und Immunität“, „Versorgungsforschung“, „Morbidität und Komorbidität“, „rationelle Diagnostik“, „minimal-invasive Therapie“, „Telemedizin“ und „Der chronisch Kranke und sein Arzt“ folgen dem Leitthema und stellen den wissenschaftlichen Fortschritt in der Inneren Medizin zusammenfassend dar.



Neuer Vorstand der DGIM

Mit Ende des 118. Internistenkongresses formierte sich auch der Vorstand der DGIM neu: Neben Professor Elisabeth Märker-Hermann gehört dem aktuellen DGIM-Vorstand 2012/2013 auch Professor Dr. med. Joachim Mössner als 1. stellvertretender Vorsitzender an. Weiterhin übernimmt Professor Dr. med. Michael Manns, Hannover, das Amt des 2. stellvertretenden Vorsitzenden der DGIM. Professor Dr. med. Michael Hallek aus Köln wurde zum 3. stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Generalsekretär der DGIM bleibt Professor Dr. med. Ulrich R. Fölsch, Kiel. Auch die Kassenführung bleibt unverändert bei Professor Dr. med. Richard Raedsch, Wiesbaden. Die Geschäftsführung der DGIM liegt bei Rechtsanwalt Maximilian Guido Broglie und seiner Stellvertreterin, Frau Dipl.-Kffr. Ourania Menelaou, beide ebenfalls Wiesbaden.

DGIMs elektronische Welt

Ärzte bilden sich nicht nur auf Kongressen oder durch die Lektüre von Fachzeitschriften fort, sie nutzen verstärkt das Internet. Hier können sie unabhängig von Zeit und Ort arbeiten, und auch die Möglichkeit zum schnellen, interaktiven Auffrischen finden viele attraktiv. Die DGIM hat deshalb im vergangenen Jahr begonnen, intensiv eigene e.Learning-Angebote zu entwickeln. Eine Online-Umfrage der DGIM unter ihren Mitgliedern hat die DGIM hierin bestärkt: Danach empfinden viele Internisten den bisherigen Fortbildungsmarkt im Internet als unübersichtlich. DGIM-Online-Angebote würden sie anderen Anbietern aufgrund der gewohnten unabhängigen Qualität vorziehen. Die DGIM nutzt somit die verschiedenen Kanäle des Internets, um Internistinnen und Internisten fortzubilden, zu vernetzen und zu informieren.

e.Akademie der DGIM – didaktisch sinnvoll fortbilden

Seit April 2012 ist sie online: die DGIM e.Akademie, das Kernstück der digitalen Fortbildung der DGIM. Darin sind zwei kostenlose Formate zur Online-Fort-

bildung verfügbar: e.Tutorial und e.Tutorial plus. Ein eigens gegründeter wissenschaftlicher Beirat in der DGIM wählt die Themen aus, testet die Plattform und prüft die Inhalte. Seine Mitglieder kommen aus allen Schwerpunkten der Inneren Medizin. Damit ist sichergestellt, dass genau die Themen angeboten werden, die über alle Fächer hinweg für Internisten relevant sind. Die e.Akademie bietet Nutzern ein breites Portfolio an didaktischen Elementen zu einem Fortbildungsthema. Gegliedert in Unterthemen vermitteln Animationen, Schemata, interaktive Elemente, eingestreute Fragen und Experteninterviews Wissen für die tägliche Praxis. Die Inhalte dafür produziert der Fachverlag Springer Medizin auf der Basis fachlich geprüfter Literatur. Zusätzlich erfolgt eine inhaltliche Begutachtung der e.Tutorial plus durch klinische Experten. Das erste Thema in e.Tutorial plus widmete sich beispielsweise dem internistischen Querschnittsfeld „Infektionen“.

Apps für Internisten – Neuigkeiten und Leitlinien griffbereit

Damit Internisten evidenzbasiertes Wissen und wichtige Meldungen jederzeit in ihrem Berufsalltag griffbereit haben, hat die DGIM zwei Applikationen für das Smartphone entwickelt. Mit der App „mobile Leitlinien der Inneren Medizin“ bereitet die Fachgesellschaft zusammen mit Springer Medizin nach und nach allgemein-internistische Leitlinien für die mobile Nutzung auf. Jede mobile Leitlinien-App ist so konzipiert, dass Ärzte schnell und einfach die entsprechenden evidenzbasierten Empfehlungen finden. Wo es sich anbietet, verfügen die mobilen Leitlinien-Apps über einen interaktiven Diagnosepfad. Eine Leitlinien-App gibt es bisher für Android-Systeme und iPhone, zukünftig auch für das iPad. Außerdem informiert die DGIM-App „Innere Medizin News“ die Mitglieder täglich über Neuigkeiten auf ihrem Fachgebiet, Interessantes aus der Politik und Termine.

Video-Podcasts – Virtueller Kongress

Der jährliche Internistenkongress bietet mit mehr als 300 Veranstaltungen ein umfangreiches und volles Programm. Überschneidungen von mehreren interessanten Veranstaltungen bleiben da nicht aus. Deshalb





DGIM-App: „mobile Leitlinien Innere Medizin“

zeichnet die DGIM ausgewählte Kongressvorträge mit der Kamera auf und stellt sie per Live-Stream und im Anschluss auf der Kongresshomepage zur Verfügung. Präsentation, Ton und Film laufen dabei synchron ab. Außerdem sind die Folien jedes Vortrags in den Stream eingebunden. Damit haben Internistinnen und Internisten die Möglichkeit, verpasste Vorträge bequem von zu Hause aus zu verfolgen oder Kenntnisse aus einem bereits gehörten Vortrag aufzufrischen. 220 Vorträge hat die DGIM vom 118. Internistenkongress aufgezeichnet und online gestellt.

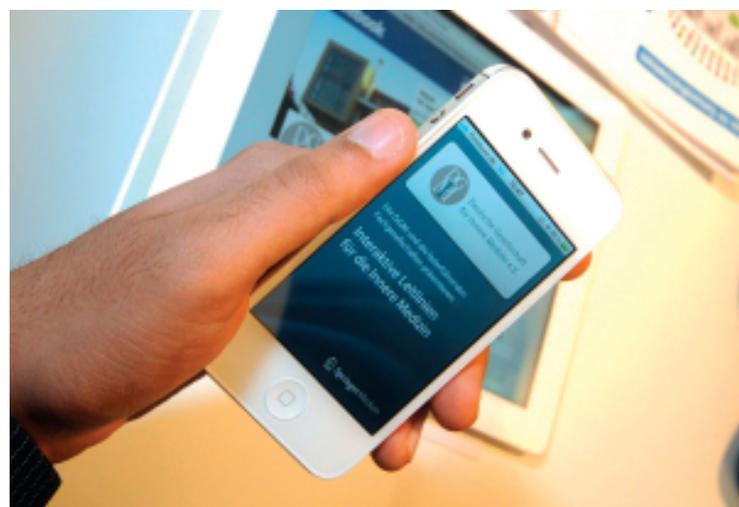
Die DGIM in sozialen Netzwerken

Seit dem Jahr 2011 Jahr beteiligt sich die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin an sozialen Netzwerken wie Facebook und XING. Die Fachgesellschaft nimmt so auch auf diese zeitgemäße Art und Weise ihre Aufgabe wahr, Internisten in Klinik und Praxis zu vernetzen und über aktuelle Entwicklungen zu informieren. Mit ihren Profilen im „social web“ schafft die DGIM eigene virtuelle Plattformen für Diskussionen und schnelle Information über Themen, die ihre Mitglieder interessieren und beschäftigen. Hier informiert sie außerdem über ihre Veranstaltungen, wichtige Themen und Anliegen. Auf der Facebook-Fanpage der DGIM finden sich darüber hinaus Informationen zu Ausschreibungen, Nachwuchsförderungen, Coaching-Programmen, Stellungnahmen und News, die für Internisten aus Praxis und Forschung interessant sind.

Die DGIM lädt alle Mitglieder und Interessierten ein, sich aktiv zu beteiligen, und freut sich auf Anregungen, Beiträge und vielfältige Diskussionen.

DGIM-Homepage – Informationen rund um die Uhr

Die Homepage der DGIM unter www.dgim.de ist die erste virtuelle Anlaufstelle für Mitglieder oder Interessierte, die sich über die DGIM, deren Preise, Fortbildungstermine oder deren Stellungnahmen informieren möchten. Auf ihrer Internetseite bündelt die Fachgesellschaft aktuelle Informationen zur DGIM und rund um das Fach Innere Medizin. Neben aktuellen Terminen oder Mitteilungen finden sich mit zwei bis drei Klicks sämtliche gesellschafts- und mitgliederrelevanten Informationen – etwa zur Weiterbildung, zum Internistenkongress, zur DGIM-e.Akademie und zur Nachwuchsförderung. Damit die Fülle von Inhalten zukünftig noch schneller zugänglich ist, plant die DGIM derzeit eine konzeptionelle und gestalterische Überarbeitung der Homepage. Nach dem Relaunch wird die Seite eine modernere, übersichtliche Nutzerführung haben, einen DirektEinstieg zu den wichtigsten Angeboten bieten und auf der Eingangsseite einen noch stärkeren Aktualitätsbezug haben.



Fit für Klinik und Praxis – Fort- und Weiterbildung

Die DGIM bietet Ärzten in allen Phasen ihres Berufslebens – vom angehenden Mediziner bis zum erfahrenen Facharzt – eine breite Palette an Fort- und Weiterbildungen im Gebiet der Inneren Medizin: Der Internistenkongress ermöglicht Teilnehmern zertifizierte Fortbildung, die alle Kriterien der Continuing Medical Education (CME) erfüllt. Darüber hinaus begleitet die DGIM deutschlandweit zahlreiche Kongresse und Kurse wie die der Update-Reihe als Schirmherrin. Denn nur hervorragend ausgebildete und qualifizierte Internisten können ihren Patienten die bestmögliche Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zuteilwerden lassen. In allen Fortbildungsangeboten der DGIM stehen die Themen im Vordergrund, die für alle Internistinnen und Internisten übergreifend von Bedeutung sind. Auf einer gemeinsamen Basis der Inneren Medizin definiert die DGIM zusammen mit den Schwerpunkten relevante Themen.

Internistenkongress

Der **Internistenkongress** in Wiesbaden gehört zu den bedeutendsten Fachkongressen in Deutschland. Die Jahrestagung der DGIM in der Woche nach Ostern ist deutschlandweit die wichtigste wissenschaftliche Fortbildungsveranstaltung in der Inneren Medizin. Hier haben sich auch in diesem Jahr mehr als 8000

Internisten aus Klinik und Praxis vier Tage in der gesamten Inneren Medizin und ihren Schwerpunkten fortgebildet. Experten referieren über aktuelle medizinische Erkenntnisse und diskutieren Fragen der Gesundheitspolitik. In Plenarvorträgen thematisieren Persönlichkeiten aus Medizin, Wissenschaft, Gesellschaft und Politik brisante Themen der Zeit. Parallel zum Vortragsprogramm finden Praxiskurse und interaktive Falldiskussionen statt. Die Landesärztekammer Hessen zertifiziert den Besuch des Internistenkongresses mit der maximalen Zahl von Fortbildungspunkten. Auch dem ärztlichen Nachwuchs bietet der Kongress mit Postersitzungen, wissenschaftlichen Preisen und dem Nachwuchsforum „Chances“ eine attraktive Plattform. In einer Ausstellung präsentiert die Industrie hier ihre Neuheiten. Ebenso wie die DGIM steht der Internistenkongress für die Einheit der gesamten Inneren Medizin und ist Spiegelbild ihrer Vielfalt. Als Fortbildungsveranstaltung auf höchstem wissenschaftlichem Niveau spielt er eine unverzichtbare Rolle für den Fortschritt in der Inneren Medizin. Für DGIM-Mitglieder ist der Kongressbesuch daher kostenlos.

DGIM e.Akademie

Mit der **DGIM e.Akademie** bietet die DGIM nun auch erstmals hochwertige digitale Fortbildung an. Darin sind sowohl klassische, bewährte Continuing-Medical-Education-Module aus ausgewählten internistischen Springer-Fachzeitschriften enthalten als auch interaktive Fortbildungen mit multimedialen Inhalten. Im Basismodul e.Tutorial finden sich vor allem textbasierte, zertifizierte Fortbildungsbeiträge in einer komfortablen Onlineversion. Die Grundlage für dieses Modul bilden ausgewählte CME-Beiträge aus den Springer-Printtiteln. Das erweiterte Modul in der DGIM e.Akademie, e.Tutorial plus, vermittelt anhand von Animationen, interaktiven Pfaden, Expertenvideos und Infografiken verständlich und visuell ansprechend allgemein-internistische Inhalte. Eingestreute Fragen und ein Abschlusstest im e.Tutorial plus machen Nutzer auf besonders wichtige Inhalte aufmerksam. Ein neu gegründeter wissenschaftlicher Beirat der DGIM wählt die Inhalte aus und steht beratend bei der medien- und fachdidaktischen Aufbereitung zur Seite. Für Mitglieder ist die DGIM e.Akademie kostenlos.



Schirmherrin

Als **Schirmherrin** der Intensivkurse Innere Medizin fördert die Fachgesellschaft Ärzte in ihrer Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Das System der Intensivkurse ist ein 1994 von der DGIM initiiertes Modell. Die Intensivkurse Innere Medizin stellen derzeit – neben den Updates Innere Medizin – ein trotz der Vielfalt der Kursanbieter relativ geschlossenes und wesentliches Instrument der Fortbildung in der Inneren Medizin dar. Die Grundidee zu diesem Konzept war bereits der 1891 von E. von Leyden formulierte Gedanke, dass eine wissenschaftlich begründete Fortbildung in Form „referierender Vorträge“ zusätzlich zu den wissenschaftlichen Vorträgen ein wichtiger Bestandteil des Kongresses ist. Unter Schirmherrschaft der DGIM stehen außerdem mehrere Jahreskongresse der regionalen Gesellschaften für Innere Medizin in Deutschland und internistische Fach-Updates.

Publikationsorgane

Ergänzend zu den Veranstaltungen und zur DGIM e.Akademie bietet die Gesellschaft auch mit ihren **Publikationsorganen** eine umfassende, wissenschaftlich begründete Fort- und Weiterbildung in der



Das Fort- und Weiterbildungsangebot der DGIM auf einen Blick



I. Internistenkongress

II. DGIM e.Akademie

III. Publikationsorgane – CME –

*Der Internist, Deutsche Medizinische Wochenschrift (Gesellschafts-
hefte), Der Diabetologe, Der Gastroenterologe, Med. Klinik –
Intensiv- und Notfallmedizin, Der Nephrologe, Der Pneumologe,
Zeitschrift für Rheumatologie*

IV. Schirmherrschaften

- (i) Tagungen der Regionalen Gesellschaften
- (ii) Intensivkurse Innere Medizin
- (iii) Updates Innere Medizin

Innere Medizin an. Durch vielfältige Fortbildungsangebote sichert die DGIM einmal mehr den Transfer medizinischer Errungenschaften in den Alltag von Klinik und Praxis. Die Geschäftsstelle berät Mitglieder zudem in allen Fragen zur Weiterbildung, stellt Kontakte zu Ärztekammern und Weiterbildungs-

befugten her und klärt über Wege der Weiterbildung auf. Die DGIM gibt außerdem ein Handbuch zur optimalen Planung des Weiterbildungsweges heraus (Titel: Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin). Dazu ist in 2012 die aktualisierte Neuauflage erschienen.

Schirmherrschaften der DGIM

Fortbildung Innere Medizin

Tagungen der Regionalen Gesellschaften Innere Medizin

Berliner Gesellschaft
für Innere Medizin e. V.

Gesellschaft der Internisten
Mecklenburg-Vorpommerns e. V.

Nordwestdeutsche
Gesellschaft für Innere
Medizin e. V.

Rheinisch-Westfälische
Gesellschaft für Innere
Medizin e. V.

Saarländisch-Pfälzische
Internistengesellschaft e. V.

Gesellschaft für Innere
Medizin Sachsen-Anhalt e. V.

Sächsische Gesellschaft
für Innere Medizin e. V.

Südwestdeutsche
Gesellschaft für Innere
Medizin e. V.

Gesellschaft für Innere
Medizin Thüringen e. V.

Intensivkurse Innere Medizin

Augsburg
Gastroenterologie

Bad Segeberg

Dresden

Erfurt

Freiburg
Internistische
Intensivmedizin

Halle

Hamburg

Hannover
Internistische
Intensivmedizin

Jena

Köln/Bonn

Leipzig
Internistische
Intensivmedizin

Lüneburg
Gastroenterologie

Mainz

München Innenstadt

München rechts d. I.

Stuttgart

Wiesbaden

Würzburg

Wuppertal

Updates Innere Medizin

Allergo-Update

Angio-Update

Cardio-Update

Diabetes-Update

Diagnostik-Update

Gastro-Update

Hepato-Update

Intensiv-Update

Internisten-Update

Nephro-Update

Onko-Update

PCI-Update

Pneumo-Update

Rheuma-Update

Rhythmo-Update

Die DGIM e.Akademie ist online!



- Neues CME-Fortbildungsangebot der DGIM
- Interaktive, multimediale ärztliche Fort- und Weiterbildung
- Neuartig visualisierte e-Learningformate und multimediale Elemente
- Didaktisch professionell aufbereitet, modern, flexibel und komfortabel

- Zahlreiche Animationen, Expertenvideos und Infografiken
- Für Mitglieder kostenlos

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.dgim.de



Zukünftige Herausforderungen für die Innere Medizin und die DGIM

Ein Gespräch mit der DGIM-Vorsitzenden, Professor Märker-Hermann, und Generalsekretär Professor Fölsch

Frau Professor Märker-Hermann, welche Aufgaben haben Sie sich als Vorsitzende der DGIM vorgenommen? Worauf konzentrieren Sie sich besonders?

Märker-Hermann: Da ich über mehrere Jahre bis zu meinem Amtsantritt als Vorsitzende die Kommission „Wissenschaft – Nachwuchsförderung“ der DGIM geleitet habe, arbeite ich daran, die mit der Kommission formulierten Ziele umzusetzen: Verbesserung der Qualifizierungschancen für internistische Nachwuchswissenschaftler, vor allem im Sinne der zweigleisigen Qualifizierung für Klinik und Forschung, in der Universität und im Lehrkrankenhaus. Dazu gehört auch die Förderung des weiblichen internistischen Nachwuchses mit eigenen Coaching-/Mentoringprogrammen der DGIM. Zudem spiegelt das Leitthema meines Kongresses 2013 „Vom Organ zum System“ auch meine eigene Philosophie als Internistin wider. Die Innere Medizin sieht sich trotz aller notwendigen Subspezialisierungen dem übergeordneten ärztlichen Denken und Handeln verpflichtet. Dies gilt für die Facharztweiterbildung ebenso wie für die konkrete Planung des Kongresses, die mir mit meinem Team Ansporn bedeutet und große Freude bereitet.



Sie, Herr Professor Fölsch haben seit etwa eineinhalb Jahren das Amt des Generalsekretärs inne. Was war Ihnen in dieser Zeit besonders wichtig?

Fölsch: Ich bin bereits einige Monate vor meinem Amtsantritt von meinem Vorgänger, Herrn Professor Schuster, glänzend eingeführt worden und das hat mir die Übernahme der komplexen Aufgaben, die mit dem Amt verbunden sind, wesentlich leichter gemacht. Zum einen habe ich mich mit den DGIM-Kommissionen sehr intensiv beschäftigt. Denn in der Kommissionsarbeit sehe ich eine entscheidende, zukunftsweisende Aufgabe unserer Gesellschaft. Hier werden die Probleme thematisiert, die in der täglichen Arbeit der Inneren Medizin entstehen. Die Kommissionen waren in letzter Zeit auch sehr aktiv und haben zu einer Reihe wichtiger Themen Stellung genommen (s. Seite 20ff., Anm. der Redaktion). Je nach Wichtigkeit bin ich bei den Sitzungen dabei und bringe mich ein, wie zum Beispiel jetzt bei den Chefarztverträgen. Zum anderen habe ich mich mit möglichst vielen Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer ausgetauscht, unsere Zielrichtung geschildert und deren Probleme wahrgenommen, um sie dann gemeinsam verarbeiten zu können. Im Übrigen: Ein großer Vorteil war und ist für mich als Generalsekretär vor allem auch die unglaublich gute, effiziente Geschäftsstelle mit hoch motivierten Mitarbeitern, die mich sehr gut einbinden. Nur diese Unterstützung macht es mir möglich, mein Amt gut auszuüben.

Wenn Sie jetzt auf die letzten 18 Monate zurückschauen, was sind erste Meilensteine gewesen?

Fölsch: Entscheidend war, dass wir das Großprojekt e-Learning in Gang gesetzt haben und hier eine Lücke geschlossen haben. Die Initialzündung dazu haben übrigens unsere Mitglieder durch die Befragung 2011 gegeben, die sich mit einem überwältigenden Ja elektronische Angebote von uns wünschten. Wir haben dann einen wissenschaftlichen Beirat mit Repräsentanten aus allen internistischen Schwerpunkten inklusive der Geriatrie berufen, zu dem auch jüngere Internistinnen und Internisten gehören.

Für die Umsetzung der verschiedenen Module des e-Learnings sind wir eine Kooperation mit dem Springer-Verlag eingegangen. In diesem Angebot gibt es heute sehr aufwendige Formen wie das e.Tutorial plus mit interaktiven Elementen oder CME-Artikel, die eigens aufbereitet sind. Auch thematisch sind wir breit aufgestellt, es sind etwa auch Themen aus der Geriatrie in der DGIM e.Akademie untergebracht, die ja offiziell noch kein Schwerpunktfach ist. Die App „mobile Leitlinien Innere Medizin“ ist ein weiteres Beispiel für unsere e-Aktivitäten. Angefangen haben wir hier mit der Diagnostik und Therapie der Venenthrombose, die in den ersten zwei Monaten 8000 Zugriffe erhalten hat und sich dank ihrer hohen Qualität einer sehr guten Resonanz erfreut. Als Nächstes werden wir die App „mobile Leitlinien Innere Medizin“ um die Themen Lungenembolie und chronisch koronare Herzerkrankung erweitern. Das alles sind Angebote, die für unsere Mitglieder hilfreich sind, da nicht nur Textbausteine verarbeitet sind, sondern in der App interaktive Behandlungspfade angeboten werden. Dadurch hat die Ärztin oder der Arzt auf der Station sofort einen Leitfaden, wie zu handeln ist.

Sie haben jetzt die Apps auf der einen Seite, Sie haben das Internetangebot mit den verschiedenen digitalen Lernmodulen auf der anderen Seite. Wie wird sich das weiter entwickeln?

Fölsch: Wir wollen uns auf Angebote konzentrieren, die allgemein-internistische Symptome aufarbeiten, wie Anämie unklarer Genese, Gewichtsverlust mit unklarer Ursache oder Durchfall. Das sind Klassiker des internistischen Alltags, die man in keinem einzelnen Schwerpunkt der Inneren Medizin findet. Und genau diese Querschnittsthemen wollen wir als Tutorials aufarbeiten und ausbauen. Als Zweites wollen wir verstärkt unsere Kongressthemen elektronisch aufarbeiten. Das heißt, dass wir die Themen und die Referenten herausfiltern möchten, die für Internisten eine überragende Bedeutung haben. Diese Vorträge möchten wir im Anschluss mit Hilfe des Referenten aufarbeiten, um daraus eben ein weiteres, am besten CME-zertifiziertes Tutorial zu machen.

Dadurch, dass es immer mehr multimorbide Patienten gibt, ist das ganzheitliche Wissen, das der Internist mitbringt, heute immer wichtiger. Was sind denn

aus Ihrer Sicht besondere Herausforderungen für den Internisten?

Märker-Hermann: Der Internist muss in der Tat nicht alles (handwerklich) können, aber er muss außerordentlich gut differenzialdiagnostisch ausgebildet sein. Dieser Prozess ist nicht mit der Facharztprüfung abgeschlossen, er bedeutet lebenslanges Lernen – von seinen Kollegen, von seinen Patienten, auch auf Kongressen, durch Updates, durch Lesen, durch neue Angebote wie e-Learning. Medizinische Herausforderungen sehe ich persönlich vor allem in den

Bereichen Infektionserkrankungen, Immunologie und Altersmedizin. Diese drei Bereiche sind zugleich typische Beispiele für Organ-übergreifende, systemische medizinische Probleme, die nicht von einem einzelnen Schwerpunktfach angegangen werden können.

Fölsch: Ich sehe zwei große Herausforderungen: Infektionen und Krebs. Infektionen werden in der inneren Medizin eine zentrale Rolle spielen. Ein aktuelles Beispiel: die EHEC-Infektion vor einem Jahr, bei der verschiedene internistische Fachgebiete, die Nephrologen, Gastroenterologen, aber auch Neurologen gefordert waren. Ähnliches gilt für Tumorerkrankungen. Sie werden aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung unserer Bevölkerung weiter ansteigen. Teilweise sind wir hier durch die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen in der Medizin, Molekularbiologen mit Epidemiologen oder Pharmakologen, auf einem recht guten Weg. Alle müssen hier zusammenarbeiten, um zu besseren Ergebnissen für die Patienten zu kommen.

Wenn wir uns das Thema Nachwuchs anschauen, hat die DGIM zwar als junge Gesellschaft bei der Mitgliedschaft keine Nachwuchsprobleme. Aber insgesamt gibt es in der Medizin – auch in der Inneren Medizin – die schwierige Frage, woher man den ausreichend gut ausgebildeten Nachwuchs bekommt – insbesondere auch in der Wissenschaft?

Fölsch: Das ist eine sehr komplexe Angelegenheit. Zum einen muss man sagen, dass die Medizin bereits weiblicher geworden ist. Wir haben an Medizinstudierenden etwa 65 % Frauen und 35 % Männer. Wir werden also auch den wissenschaftlich interessierten Nachwuchs schwerpunktmäßig aus dem Kreis der Kolleginnen schöpfen. Das heißt auch, wir müssen Voraussetzungen schaffen, damit Frauen, aber natürlich auch Männer die Chance haben, vernünftig



wissenschaftlich zu arbeiten. Das heißt wir benötigen Teilzeitstellen und es muss möglich sein, für ein Jahr aus der medizinischen Arbeit auszusteigen, um wissenschaftlich zu arbeiten.

Außerdem müssen wir den Ruf der medizinischen Promotion qualitativ deutlich verbessern. Das heißt, dass wir – wie auch von der Deutschen Forschungsgemeinschaft schon seit Jahren gefordert – Graduiertenkollegs einführen sollten. Notfalls müssen die Universitäten selbst die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Doktoranden einmal pro Monat zusammenkommen und ihre Experimente vorstellen und gemeinsam diskutieren. So lernen sie wissenschaftliche Ergebnisse zu präsentieren und diese zu verteidigen. Wir müssen die ganze Kultur des wissenschaftlichen Arbeitens für junge Leute attraktiver machen. Dazu gehört etwa auch, dass das wissenschaftliche Denken schon im Studium beginnen sollte – nicht nur die praktische Ausbildung.

Die Wissenschaft und Weiterbildung sind also ganz wichtige Themen, für die sich die DGIM einsetzt?

Märker-Hermann: Ja, denn das wissenschaftliche Denken ist auch eine wichtige Voraussetzung dafür, ein guter Arzt zu werden. Wissenschaft ist für Internisten die Grundlage des Krankheitsverständnisses: Wenn man sich mit einer Krankheit wissenschaftlich auseinandergesetzt hat, versteht man sie besser, und wenn man sie besser versteht, kann man sie auch besser behandeln. Nicht zuletzt kann man wissenschaftliche Publikationen und Studienergebnisse wesentlich kritischer bewerten, wenn man selbst einmal publiziert hat und an Studien teilgenommen hat.

Wir bemühen uns daher derzeit intensiv darum, dass eine gewisse Forschungszeit von z.B. sechs Monaten (für patientennahe wissenschaftliche Arbeiten) als Teil der Weiterbildung für Innere Medizin anerkannt wird. Die Weiterbildungsordnung wird 2014 geändert, und bis dahin setzen wir alles daran, dass dieser Vorschlag darin aufgenommen wird.

Es gab in 2011 wieder von der Bundesärztekammer eine Befragung zur Weiterbildung. Und da bewerteten gerade auch die Internisten, dass wissenschaftliches Arbeiten und „wie bewerte ich Studienergebnisse“ nur mittelmäßig vermittelt wurden...

Fölsch: Richtig. Das mag zum Teil natürlich sein, weil unsere tägliche klinische Arbeit unter massivem zeitlichem Druck geschieht. Und jede Vermittlung von wissenschaftlichen Hintergründen kostet einfach viel Zeit.

Märker-Hermann: Man muss dabei berücksichtigen, dass die tägliche Arbeit unter dem Arbeitszeitschutzgesetz „Feierabend- und Wochenendforschung“ gar nicht zulässt. Unsere Weiterbildung wird zudem nicht bezahlt. Wer sich für die Weiterbildung junger Assistenten einsetzt, muss mit ihnen Zeit verbringen, für ihre Fragen zur Verfügung stehen, muss eigentlich Weiterbildungsüberärzte zusätzlich einstellen.

Dass die Weiterbildung vergütet wird, ist ja eine alte Forderung der DGIM. Haben Sie die Hoffnung, dass sich da jemals was ändern wird?

Fölsch: Das ist sehr schwierig. Dass die Krankenkassen dies bezahlen, kann kein Weg sein. Denn dann fordern die Kassen auch ein Mitspracherecht an unserer Arbeit im Krankenhaus, was jedes unabhängige Handeln einschränken würde. Der einzige Weg, die Weiterbildung zu finanzieren, ist es meiner Ansicht nach, dass Krankenhäuser, die weiterbilden, entweder einen höheren Wert der Fallpauschalen oder aus Steuergeldern öffentliche Förderung erhalten – wie es in England gemacht wird. Private Kliniken gehen übrigens oft dazu über, gar nicht mehr weiterzubilden, sondern nur fertige Fachärzte einzustellen, weil sie mehr „Durchsatz“ – sprich mehr Fälle – schaffen in ihren Einrichtungen. Das ist ein Dilemma.

Auch Leitwölfe brauchen Partner. Wie arbeiten Sie heute beispielsweise mit dem Berufsverband der Internisten (BDI) oder anderen Fachgesellschaften zusammen?

Märker-Hermann: Zu den Schwerpunktfächern der Inneren Medizin pflegen wir sehr enge Kontakte – nicht zuletzt über unsere wissenschaftliche Programmkommission für den Internistenkongress. Hier haben wir in der Planung des DGIM-Kongresses 2013 großen Wert darauf gelegt, dass dieses Komitee sich aus Repräsentanten der jeweiligen Schwerpunkte zusammensetzt. Traditionell kooperieren wir mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, neuerdings auch mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Naturgemäß bestehen aber die engsten Verbindungen zum BDI in unseren gemeinsamen politischen Aktivitäten wie in den Fragen der Weiterbildung, der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung oder beim neuen Versorgungsstrukturgesetz.

Damit ist auch sichergestellt, dass jeder Internistenkongress das ganze Spektrum der Inneren Medizin abbildet. Auch wenn jeder einzelne Präsident zusätzlich seine Spezialitäten mit einbringen kann?

Märker-Hermann: Das Format des Kongresses mit seinen zahlreichen Einzelsymposien hat sich über die letzten Jahre sehr bewährt, die Breite der Themen wird durch die Programmkommission gewährleistet. Die Begeisterung des Präsidenten für seine/ihre eigenen Spezialitäten in Forschung und Klinik soll aber unbedingt den besonderen Charakter des jeweiligen Jahreskongresses ausmachen und prägen.

Fölsch: Ja, wir finden es sehr gut, dass der Vorsitzende immer seine Vorstellungen und sein Profil in den Kongress einbringt, möchten dem Besucher aber auch Konstanz bieten, sodass er sich gut zurechtfindet und auch immer weiß, was er erwarten kann. Deswegen haben wir jetzt ein Programm-Komitee gewählt, das sich aus Mitgliedern zusammensetzt, die vier Jahre aktiv bleiben, und aus Mitgliedern, die der Präsident jährlich benennt.

Schauen wir uns mal die Politik an: Da gibt es immer viele Forderungen, sie soll es richten. Bei der DGIM hört man das eher selten. Trotzdem die Frage: Was müsste sich Ihrer Meinung nach im Gesundheitssystem ändern?

Fölsch: Da hätte ich momentan vier Punkte. Ich halte das DRG-System für nicht zielführend: Dass Kran-

kenhäuser zu Unternehmen werden und Patienten zu Kunden und Kostenfaktoren, führt nicht zu einer guten Patientenbehandlung und schadet dem Arzt-Patienten-Verhältnis. Der zweite Wunsch wäre, dass Patienten direkten Zugang zu den Hochschulambulanzen haben. Denn mir ist sehr an einer exzellenten Ausbildung der Studenten gelegen, und diese sehen heute in den Ambulanzen nur ein eingeschränktes Spektrum an Erkrankungen, die meist so selten sind, dass sie im klinischen Alltag keine große Relevanz haben.

Ein drittes Anliegen wäre das Thema der Priorisierung, das ja von unserem ehemaligen Ärztekammerpräsidenten, Herrn Hoppe, über Jahre hochgehalten wurde. Darüber wird viel zu wenig gesprochen, weil es oft mit Rationierung gleichgesetzt wird, was aber falsch ist. Die Ressourcen im Gesundheitssystem sind begrenzt und werden immer knapper aufgrund der Demografie: Daher sollten wir die Erkrankungen nach einer Rangfolge in ihrer Bedeutung clustern, um entscheiden zu können, welche Gelder wofür eingesetzt werden sollten. Schweden hat das zum Beispiel mit guten Ergebnissen gemacht. Das vierte politische Anliegen ist ein ganz aktuelles Thema, und zwar, dass es uns gelingt, im Versorgungsstrukturgesetz die Schnittstelle

zwischen ambulantem und stationärem Sektor auf eine vernünftige Schiene zu setzen, damit für Patienten auch in weniger stark besiedelten Gebieten eine gute Versorgung sichergestellt ist.

„Dass Krankenhäuser zu Unternehmen werden und Patienten zu Kunden und Kostenfaktoren, schadet dem Arzt-Patienten-Verhältnis.“

Wenn Sie die DGIM jemandem, der die DGIM noch gar nicht kennt, ganz kurz beschreiben sollten, was wären da drei Stichworte, die Ihnen spontan einfielen?

Märker-Hermann: Meine drei Stichworte wären: 1. fächerübergreifendes Denken, Lernen und Weiterbilden; 2. DGIM – eine wissenschaftliche Fachgesellschaft mit „Gesichtern“, d.h. mit Menschen, die in der DGIM Verantwortung übernehmen; 3. DGIM steht für stetige wissenschaftliche und berufspolitische Weiterentwicklung.

Fölsch: Die DGIM hat ihre hohe Reputation erhalten, da sie Internistinnen und Internisten in der Weiterbildung und Fortbildung und auch wenn sie Fachärzte sind, umfassend betreut: sowohl politisch als auch fachspezifisch in der kontinuierlichen Weiterentwicklung des eigenen Wissens und der Fähigkeiten.

Vielen Dank für das Gespräch!

DGIM Stellungnahmen 2011/2012

Zu aktuellen Entwicklungen im Bereich Medizin oder in der Gesundheitspolitik nimmt die DGIM regelmäßig Stellung. Zudem greift die Fachgesellschaft in Surveys und Positionspapieren die für sie wichtigen Themen auf und gibt richtungsweisende Empfehlungen. Dazu hat sie ständige Kommissionen und Task Forces gebildet, die bei Bedarf Stellungnahmen erarbeiten und verfassen. Bei aktuellen Anlässen wie etwa der geplanten Abschaffung des Wahltertials oder der Bonussysteme in Chefarztverträgen bildet die DGIM Adhoc-Arbeitsgruppen.

DGIM und BDI gegen drittes Pflichttertial für Studierende

Das frei wählbare dritte Tertial für Medizinstudierende im Praktischen Jahr (PJ) sollte nicht durch einen allgemeinmedizinischen viermonatigen Pflichtabschnitt in einer allgemeinärztlichen Praxis ersetzt werden. Das fordern die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI). Die Organisationen warnen davor, diese im Rahmen der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung gefassten Pläne umzusetzen. Studenten müsse die Wahlfreiheit im dritten Tertial erhalten bleiben. Nur so bliebe der Zugang zur Vielfalt der medizinischen Fächer gewährleistet. Darüber hinaus seien die meisten allgemeinärztlichen Praxen heute nicht darauf ausgerichtet, Medizinstudenten auszubilden.

Bislang gliedert sich das PJ in drei Ausbildungsabschnitte von je 16 Wochen: Ein Tertial Innere Medizin, ein Tertial Chirurgie und wahlweise ein Tertial Allgemeinmedizin oder eines der übrigen klinisch-praktischen Fachgebiete. Diese Wahlfreiheit des letzten Abschnitts soll nach Kenntnis der DGIM den Studenten jetzt genommen werden. Stattdessen sei geplant, die Studierenden zukünftig zu vier Monaten allgemeinmedizinischer Praxis zu verpflichten. Die Primärversorgung während des Studiums qualitativ zu stärken ist zwar wichtig, so DGIM und BDI. Es kann jedoch nicht sein, dass der ärztliche Nachwuchs dazu herangezogen wird, den teils existenten, teils drohenden Ärztemangel in einzelnen Fächern aufzufangen. Sollte sich dadurch tatsächlich die Situation in der Allgemeinmedizin entspannen, würde dies zwangsläufig Engpässe in den anderen Fächern nach sich ziehen.

Ziel des PJ und des Wahltertials ist neben der Praxis vor allem, dass sich die jungen Mediziner für

ein Weiterbildungsfach entscheiden und eine entsprechende Stelle finden. Diese Orientierungshilfe können weder das Studium selbst noch eine kurze Famulatur zu Studienbeginn bieten. Die Studenten würden mit den anderen Fächern also kaum in Berührung kommen. Weder den Studenten noch der Allgemeinmedizin täte man damit einen Gefallen. Denn

mit der quantitativen Stärkung des Faches muss auch eine qualitative einhergehen: Gutes Arbeitsklima, gute Arbeitsbedingungen und vor allem eine strukturierte Ausbildung machen ein Fach attraktiv. Dies lässt sich jedoch nicht herstellen, indem

tausende Studenten durch die Hausarztpraxen geschleust werden – ganz zu schweigen von den logistischen Problemen, die sich daraus ergeben, betont auch der BDI. Ein wichtiges Anliegen von DGIM und BDI ist eine qualitativ hochwertige Ausbildung von Medizinern. Diese lässt sich auf Basis des geplanten Vorgehens nicht zweifelsfrei gewährleisten, so die beiden Verbände. Zu befürchten ist vielmehr, dass die Studenten danach demotiviert und darüber hinaus auch für die anderen Fächer „verbrannt“ sind. Zu befürworten ist deshalb eindeutig das Wahltertial.

DGIM und BDI unterstützen daher ausdrücklich die Position der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). Dem bvmd zufolge hat der Gesundheitsausschuss des Bundesrates einen Änderungsantrag zur Novelle der Approbationsordnung mit Mehrheit angenommen, das Wahltertial in einen Pflichtabschnitt Allgemeinmedizin umzuwandeln. Davon abgesehen sollte sich die Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung jedoch nicht weiter verzögern, so DGIM und BDI.

(Februar 2012)

Die Orientierungshilfe im PJ kann weder Studium noch Famulatur zu Studienbeginn bieten

AWMF-Stellungnahme – Hochschulambulanzen für Lehre und Forschung besser nutzen

Immer weniger Erkrankungen werden heute stationär behandelt. Häufige Volkskrankheiten etwa, darunter Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder chronische Darmerkrankungen, behandeln Ärzte nur noch stationär, wenn es zu Komplikationen kommt. Dies beeinflusst maßgeblich die ärztliche Ausbildung, die bisher vor allem im stationären Umfeld stattfindet. Ziel muss es dennoch sein, angehende Mediziner während der Ausbildung die gesamte Bandbreite an Erkrankungen und deren Diagnostik und Therapie erleben zu lassen. Dafür gilt es die Hochschulambulanzen zu stärken. Dies fordert eine aktuelle Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Unter Beteiligung der DGIM hat eine Ad-hoc-Kommission der AWMF Empfehlungen dazu erarbeitet, wie Medizinische Fakultäten Hochschulambulanzen besser für Forschung, Lehre und Weiterbildung nutzen können – und dies innerhalb der bestehenden gesetzlichen Regelungen. Denn damit Medizinische Fakultäten ihre Aufgaben in Forschung, Lehre und Weiterbildung weiterhin erfüllen können, sind gut strukturierte Hochschulambulanzen erforderlich, so die Kommission. Die AWMF-Stellungnahme sieht folgende Empfehlungen vor:

1. Medizinische Fakultäten und Universitätskliniken haben einen Rechtsanspruch darauf, Versicherte in Hochschulambulanzen ambulant ärztlich zu versorgen. Diesen können sie laut § 117 Sozialgesetzbuch V auf Antrag beim Zulassungsausschuss einfordern. Die AWMF empfiehlt, diesen Rechtsanspruch auf Ermächtigung zur ambulanten ärztlichen Behandlung durchzusetzen.
2. Patienten muss der direkte Zugang zu den Hochschulambulanzen möglich sein – auch ohne Überweisung durch den niedergelassenen Facharzt. Für den Zugang sollte es differenziert nach Fächern Fallzahl-obergrenzen geben, die sich nach den Forschungsschwerpunkten der Fakultäten und sowie nach den Aktivitäten der Fächer in Forschung, Lehre und Weiterbildung richten.
3. Die Krankenversorgungskosten der Hochschulambulanzen müssen über Einzelleistungsvergütun-

gen oder über Komplexpauschalen transparent und leistungsgerecht finanziert werden. Die zusätzlichen Kosten für die Lehre und Forschung sollten aus dem Zuführungsbetrag der Medizinischen Fakultäten beglichen werden.

4. Um Patienten für die Hochschulambulanzen zu gewinnen, sollten Universitätskliniken deren Struktur optimieren: Zentralen Ambulanzportalen sollten jeweils Spezialambulanzen nachgelagert werden. Die Ambulanzportale leiten Patienten gezielt zu den passenden Spezialambulanzen weiter.

5. Damit Patientendaten der Hochschulambulanzen für die Forschung, inklusive klinischer Studien, genutzt werden können, müssen sie mit den entsprechenden Informationstechnologiesystemen der Universitätskliniken vernetzt sein und Schnittstellen zu den für die Krankenversorgung notwendigen Dokumentationssystemen aufweisen.

(September 2011)

❖ Die gesamte Stellungnahme finden Interessierte im Internet unter www.awmf.org > Forschung & Lehre > Stellungnahmen.

Patienten muss der direkte Zugang zu den Hochschulambulanzen möglich sein – auch ohne Überweisung durch den niedergelassenen Facharzt.



Qualifizierungschancen junger Wissenschaftler verbessern

Immer weniger junge Ärzte bemühen sich um einen Dokortitel: Seit dem Jahr 2005 nimmt die Promotionsneigung im Fach Humanmedizin auffällig ab. Als eine wesentliche Ursache für den Nachwuchswund in der Forschung benennt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) in ihrer Stellungnahme die fehlende Struktur in der wissenschaftlichen Ausbildung für Ärztinnen und Ärzte. Auch nach der Promotion schrecken mangelnde Betreuung, schlechte Vernetzung und geringe Honorierung Nachwuchsinternisten davon ab, sich für die Forschung zu entscheiden. Die Fachgesellschaft legt deshalb mit einem Positionspapier Lösungsansätze vor, wie sich die Qualifizierung junger Wissenschaftler in der Inneren Medizin verbessern lässt.

Nachwuchsmangel bedrohe nicht nur die internistische Forschung, warnt die DGIM. Gefährdet seien dadurch auch die Sicherheit und die Versorgung der Patienten.

Strukturelle Mängel bestehen demzufolge vor allem in der zweigleisigen Qualifizierung für Klinik und Forschung: Die Innere Medizin benötigt heute mehr denn je Ärztinnen und Ärzte, die gelernt haben, am Krankenbett zu arbeiten, aber auch wissenschaftliche Erkenntnisse kompetent zu beurteilen. An-

dernfalls besteht die Gefahr, dass die Medizin ihre wissenschaftliche Basis verliere. Vor allem fehlt es an verlässlicher und transparenter Betreuung und Förderung, stellt die DGIM fest: Die Wege der Qualifizierung sind für Mediziner kaum planbar, Rufe auf eine Professur kommen spät, immer mehr Professorenstellen werden gestrichen oder sind nach der W-Besoldung nicht angemessen bezahlt.

Um den wissenschaftlichen Nachwuchs zukunftsorientiert zu qualifizieren empfiehlt die DGIM, Doktor-

randenausbildung und Promotionskollegs zu verbessern. Kollegs motivieren die Doktoranden und vermitteln umfassende Kenntnisse, beispielsweise über statistische Analysen oder die Präsentation

der Ergebnisse. Hier lernen junge Forscher, Teams zu bilden und nach guter klinischer Praxis zu arbeiten. Darüber hinaus müssen Nachwuchswissenschaftler Zugang zur Forschung im Ausland haben und auch geregelt zurückkehren können, dies ist unzureichend organisiert. Gefragt sind Rückkehrprogramme, universitätsinterne Förderungen und Rotationen.

Die DGIM entwickelt deshalb Mentoring- und Netzwerkangebote im Rahmen von Seminaren, Arbeitsgruppen, Akademien oder Kollegs. Etablierte kli-

Vor allem fehlt es an verlässlicher und transparenter Betreuung und Förderung.



nische Forscher aus den Reihen der DGIM bringen sich dabei verstärkt ein. Über ihre Gremien fördert die Fachgesellschaft zudem individuell und gezielt einzelne Wissenschaftler. Sie fordert auch die Anerkennung der wissenschaftlichen Qualifizierung im Rahmen der Facharztweiterbildung, insbesondere wenn in deren Mittelpunkt krankheits- oder patientenorientierte Forschung steht: Zumindest ein Teil der wissenschaftlichen Tätigkeit muss laut DGIM als Weiterbildungszeit gelten. Das sollte zukünftig auch in der Musterweiterbildungsordnung abgebildet sein. Dafür gelte es klar zu regeln, wann und wie lange ein Arzt für Forschung freigestellt ist.

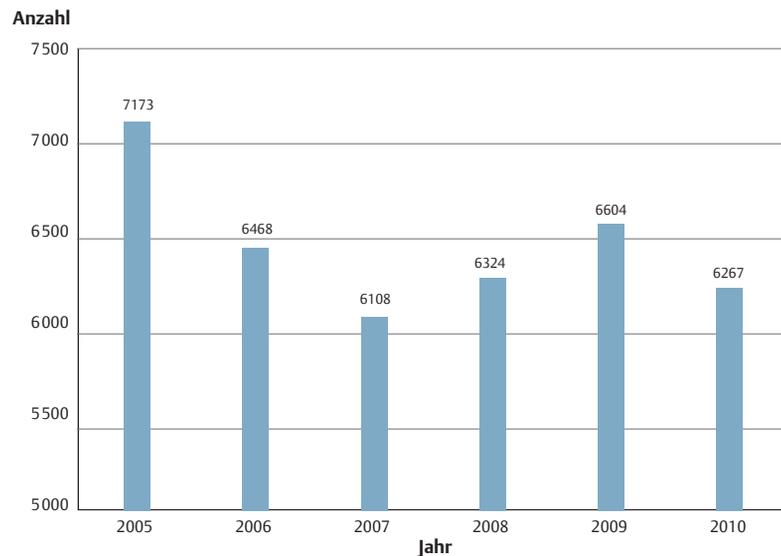
Davon abgesehen benötigen Forscher langfristige Perspektiven. Diese finden sie in einer Habilitation, einer Juniorprofessur oder der Leitung einer Nach-

wuchsgruppe. Auch Qualifizierungsmöglichkeiten in der Industrie oder in Forschungsprogrammen stellen oft gleichwertige Alternativen dar. Entscheidend ist für die Fachgesellschaft dabei, dass eigenständige, unabhängige Nachwuchswissenschaftler gefördert werden und die Aufgaben der Qualifizierung von denen der wissenschaftlichen Dienstleistung getrennt bleiben. Das Positionspapier hat die Kommission „Wissenschaft – Nachwuchsförderung“ unter der Leitung ihres Vorsitzenden Professor Lammert erstellt.

(August 2012)

❖ Das vollständige Positionspapier „Qualifizierungschancen für Nachwuchswissenschaftler in der Inneren Medizin“ ist erschienen in: *DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2012; 137 (31/32), S. 1586–1588; doi:10.1055/s-0032-1305169

Entwicklung der Promotionen im Fach Humanmedizin seit 2005



Forschungszeiten während der Weiterbildungszeit anerkennen

Die Möglichkeit einer Anerkennung von Forschungszeiten auf die Weiterbildung wird in der Bundesärztekammer, aber auch in den Gremien der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) schon seit vielen Jahren diskutiert. Dies hat jedoch nicht dazu geführt, dass in der aktuell gültigen Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) die Durchführung und Anerkennung von Forschungszeiten auf die Weiterbildung positiv aufgegriffen werden. Dies erscheint dringend erforderlich, da insbesondere die Universitätskliniken, aber auch große akademische Lehrkrankenhäuser immer größere Schwierigkeiten haben, wissenschaftlich interessierten Nachwuchs zu rekrutieren. Daher müssen große Anstrengungen unternommen werden, die Laufbahn eines wissenschaftlich tätigen Assistenten attraktiver zu gestalten. Gespräche der DGIM und des BDI in den letzten Monaten in der BÄK sowie Bemerkungen der Leitung der BÄK in Interviews und auf Fortbildungskongressen geben Anlass, dieses Thema erneut aufzugreifen.

In Abschnitt A der MWBO in der Fassung vom 25. Juni 2010 wird in §4 – Art, Inhalt und Dauer – in Satz 4 Folgendes festgelegt: „Dauer und Inhalt der Weiterbildung richten sich nach den Bestimmungen dieser Weiterbildungsordnung. Die festgelegten Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sind Mindestzeiten und Mindestinhalte. Weiterbildungs- oder

Tätigkeitsabschnitte unter sechs Monaten können nur dann als Weiterbildungszeit angerechnet werden, wenn dies in Abschnitt B und C vorgesehen ist. Eine Unterbrechung der Weiterbildung, insbesondere wegen Schwangerschaft, Elternzeit, Wehr- und Ersatzdienst, wissenschaftlicher Aufträge – soweit eine Weiterbildung nicht erfolgt – oder Krankheit kann nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden...“

Wenn man diesen Satz wohlwollend interpretiert, so kann indirekt die Schlussfolgerung gezogen werden, dass Landesärztekammern (LÄK) die Möglichkeit haben, Forschungszeiten anzuerkennen.

Weiterhin wird in §10 – Anerkennung gleichwertiger Weiterbildung – Folgendes ausgesagt: „Eine von dieser Weiterbildungsordnung abweichende Weiterbildung oder ärztliche Tätigkeit unter Anleitung kann vollständig oder teilweise anerkannt werden, wenn sie gleichwertig ist. Die Gleichwertigkeit ist gegeben, wenn die Grundsätze dieser Weiterbildungsordnung für den Erwerb der vorgeschriebenen ärztlichen Kompetenz im Hinblick auf Inhalte und Zeiten gewahrt sind.“

Auch diese allgemein gehaltene Formulierung würde es einer phantasievollen LÄK erlauben, Forschungszeiten anzuerkennen. Es fehlt allerdings im allgemeinen Teil der MWBO ein klares positives Be-



kenntnis, dass eine in der Weiterbildung genommene Forschungszeit auf die Weiterbildungszeit unter bestimmten Voraussetzungen anerkannt werden kann. Im Folgenden stellen DGIM und BDI dar, warum es erforderlich ist, dass krankheits- beziehungsweise patientenbezogene Forschung, sofern sie durch den Weiterbildungsbefugten überwacht wird, auf die Weiterbildungszeit anrechenbar ist. Dabei sind die besonderen Aspekte der klinischen Weiterbildung an Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern berücksichtigt.

- **Die Tätigkeiten von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten in der vor allem patientenorientierten, aber auch in der krankheitsorientierten klinischen Forschung führt zu deutlich erweitertem pathophysiologischen Verständnis und zu besonders vertieften Kenntnissen im Bereich der Forschungsthematik.** Es besteht kein Zweifel daran, dass die Forschungstätigkeit von Assistenzärzten neben ihrer Bedeutung für den medizinischen Fortschritt und damit für die bessere internistische Krankenversorgung auch eine wesentliche Rolle in der Schaffung klinischer und wissenschaftlicher Kompetenz zur Weiterbildung der nachfolgenden jüngeren Assistenzärzte spielt.
- **Zu den geforderten Inhalten und Zielen der Weiterbildung für Innere Medizin gehören „eingehende Kenntnisse, Erfahrung und Fertigkeiten zur Ätiologie, Pathogenese und Pathophysiologie der internistischen Erkrankungen“.** Die hier grundsätzlich bestehenden Defizite in der internistischen Weiterbildung ließen sich durch verschiedene Maßnahmen, am gezieltesten aber durch die persönliche Beteiligung der Ärzte in der Weiterbildung an klinischer Forschung ausgleichen, da hierdurch ein vertieftes Verständnis für die Pathophysiologie internistischer Erkrankungen zu gewinnen ist. Hierfür bestehen an den Universitäts- und akademischen Lehrkrankenhäusern besonders gute Voraussetzungen, da die entsprechende Forschungsinfrastruktur vorhanden ist und unmittelbar ausbildungsrelevant genutzt werden kann. Die Beurteilung der Eignung, die Strukturierung und die Leistungskontrolle dieser wissenschaftlichen Tätigkeit von Assistenzärzten muss dem Weiterbildungsbefugten der jeweiligen Klinik obliegen.
- **An Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern erlaubt die strukturierte klinische Lehre eine intensive, patientennahe Weiterbildung und schafft damit einen Zeitgewinn**

für die Gesamtweiterbildung der Assistenten. Strukturierte klinische Lehre wird gewährleistet durch die in Weiterbildung befindlichen Assistenten selbst, den in Aus-, Fort- und Weiterbildung erfahrenen Weiterbildungsbefugten, unterstützt durch darin ebenso erfahrene klinische Oberärzte und die Zuhilfenahme häufiger klinischer Weiterbildungsveranstaltungen. An den Universitätskliniken und an der Mehrzahl der Lehrkrankenhäuser werden gezielt Weiterbildungskonzepte und Fortbildungsaktivitäten geleistet, durch welche die strukturierte und kontinuierliche Weiterbildung der internistischen Assistenten am Patienten koordiniert, überwacht und sicher intensiviert wird. Hierzu gehören die regelmäßigen klinischen Fallvorstellungen, Journal Clubs, Seminarprogramme und Fortbildungsveranstaltungen.

- **Angesichts des Charakters der Universitätskliniken und der akademischen Lehrkrankenhäuser als Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe sind Quantität und oft auch Qualität der zur Verfügung stehenden technischen Untersuchungsverfahren in der Regel hoch.** Dies bedeutet einen erhöhten Zugang für die Assistenzärzte zu solchen Verfahren und damit wiederum Zeiterparnis und Intensivierung der Weiterbildung am Patienten.

Aufgrund der genannten Argumente und Rahmenbedingungen schlagen DGIM und BDI daher Folgendes vor:

- 1) In die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wird aufgenommen, dass bis zu 12 Monate Forschungstätigkeit unter Anleitung oder Betreuung durch den Weiterbildungsbefugten, aber nicht zwangsläufig auf einer Stelle der von diesen geleiteten Institutionen als Weiterbildungszeit anerkannt wird.
- 2) Dabei wird es sich in der Regel um patientenorientierte oder krankheitsorientierte klinische Forschung nach den Definitionen der Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft für klinische Forschung von 1999 handeln.
- 3) Die Qualifizierung dieser Forschungstätigkeit als Teil der Weiterbildung obliegt dem Weiterbildungsbefugten.
- 4) Die anzurechnende Zeit in der Forschung muss nicht zwangsläufig in Kontinuität abgeleistet werden; hier ist den inneren Notwendigkeiten des Forschungsthemas und der Struktur der Weiterbildungseinrichtung Raum zu geben. (März 2012)

Modulare Weiterbildung geht zu Lasten der Inneren Medizin und der Versorgungsqualität

Die Bundesärztekammer erwägt eine Änderung der Muster-Weiterbildungsordnung in Richtung sogenannter Module. Dies sind kleinstmögliche Weiterbildungseinheiten, die über in sich geschlossene, diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen definiert werden. Sie sollen mit identischen Inhalten in verschiedenen Fachgebieten zugänglich gemacht werden. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) wenden sich in einer gemeinsamen Stellungnahme gegen die angedachte modulare Weiterbildung. Derzeit bestehende, durchaus berechtigte Kritikpunkte an der Muster-WBO ließen sich damit nicht beheben. Darüber hinaus könnten dadurch Kernkompetenzen der Inneren Medizin etwa bei minimal invasiven Verfahren auch von anderen Fächern übernommen werden.

Mit der modularen Weiterbildung könnten spezifische diagnostische und minimal invasive Verfahren auch anderen Fachgebieten zugänglich gemacht werden.



Die angedachte modulare Weiterbildung wird isoliert das Erlernen technischer Verfahren fördern und die ganzheitliche Versorgung der Patienten weiter gefährden.

Diese erfolgreichen Verfahren gehören jedoch prinzipiell zum Fach Innere Medizin, da sich die Behandlungsverfahren aus der internistischen Diagnostik ableiten. Nach dem Motto „Man sieht nur das, was man kennt“ kann die Konsequenz nur lauten: Damit Patienten profitieren, sollten technische Verfahren nur im Gesamtkontext des Krankheitsbildes und des Faches angewandt werden. BDI und DGIM fürchten

bei einer modularen Weiterbildung, dass sie den Weg zu einem Verteilungskampf zwischen den großen Fächern über die Anwendung technischer Leistungen ebnet. Dass Module zu Lasten der Internisten gehen, wird am Beispiel der Koloskopie

deutlich. Es ist zwar denkbar, dass sich die Chirurgen die Technik der Koloskopie aneignen. Nicht vorstellbar ist aber, dass ein Internist ein Modul Operation eines Kolonkarzinoms erwirbt und seine Patienten selbst operiert.

BDI und DGIM haben Verständnis für den Korrekturbedarf der Muster-Weiterbildungsordnung, wenn es um die Glaubwürdigkeit von Zeugnissen, den Einfluss der bescheinigten Weiterbildung bei der kassenärztlichen Zulassung und um die Qualitätssicherungsvorgaben in Klinik und Praxis geht.

Zusammengefasst sind DGIM und BDI bezüglich der angedachten modularen Weiterbildung der Auffassung, dass sie isoliert das Erlernen technischer Verfahren fördern und die ganzheitliche Versorgung der Patienten weiter gefährden wird. Außerdem würde die Kernkompetenz des Faches Innere Medizin durch die Module bedroht. Die für die Versorgung erforderliche Kooperation zwischen den Fachgebieten muss gefördert werden. Dazu benötigt man aber keine Module. Es reichen effektive Kooperationsstrukturen zwischen Klinik und Praxis aus. Eine verbesserte Zusatzweiterbildung könnte dagegen die Flexibilität in der Weiterbildung erhalten oder sogar punktuell verbessern. (Februar 2012)

❖ Die vollständige Stellungnahme finden Sie auf der Internetseite der DGIM unter www.dgim.de.



Geriatrie als Schwerpunkt in der Inneren Medizin etablieren

Die vom Vorstand der DGIM eingesetzte und benannte Task Force für Geriatrie ist nach umfassenden gemeinsamen Diskussionen der festen Überzeugung, dass die Geriatrie als Schwerpunkt in der Inneren Medizin etabliert werden sollte.

Dies wird vor allem begründet mit der demografischen Entwicklung unserer Bevölkerung und der daraus abgeleiteten Notwendigkeit, neue Versorgungsstrukturen zu erarbeiten. Über die demografische Notwendigkeit hinaus sieht die Task Force Geriatrie eine hohe fachspezifische Kompetenz der geriatrischen Medizin, die bislang in den Schwerpunkten in der Inneren Medizin nicht ausreichend abgebildet ist. Beispielhaft sind hier die für die Geriatrie typischen Behandlungskonzepte mit der Integration akutmedizinischer, sekundärpräventiver, rehabilitativer und palliativer Ansätze zu nennen.

Gleichzeitig ist die Task Force Geriatrie der festen Überzeugung, dass die Geriatrie in der Inneren Medizin verwurzelt ist. Hierfür spricht die Entwicklung der geriatrischen Konzepte aus der allgemeinen Inneren Medizin heraus und dem von ihr ausgeübten konservativen Therapieansatz. Selbstverständlich wird die große Bedeutung der engen Zusammenarbeit mit anderen Fächern wie der Neurologie oder Psychiatrie gesehen.

Darüber hinaus besteht auch ein hoher Bedarf hinsichtlich der Weiterentwicklung des Faches in wissenschaftlicher Hinsicht; dies betrifft sowohl Grundlagen- wie auch Versorgungsforschung und auch klinische Studien, in denen therapeutische Interventionen speziell für alte Menschen im Vordergrund stehen.

Eine erhebliche ökonomische Bedeutung wird in der frühzeitigen und sachgerechten Allokation der Patienten gesehen; hierfür ist die Einbeziehung eines Geriaters zwingend erforderlich.

Eine hohe fachspezifische Kompetenz der geriatrischen Medizin ist bislang in den Schwerpunkten der Inneren Medizin nicht ausreichend abgebildet.

Innerhalb der Inneren Medizin erfolgt die Abgrenzung zu anderen spezialisierten Schwerpunkten vor allem über einen spezifischen Diagnostik- und Therapieansatz als alleine über das Alter des Patienten. Keineswegs wird daher die Geriatrie die Weiterentwick-

lung altersbezogener diagnostischer und therapeutischer Ansätze in den anderen Schwerpunkten der Inneren Medizin ersetzen.

Zusammenfassend ist die Task Force Geriatrie der festen Überzeugung, dass aufgrund der gesellschaftlichen, aber auch medizinischen Veränderungsprozesse die Innere Medizin einen starken Schwerpunkt Geriatrie benötigt. (April 2012)

DRG-Finanzierung und Bonussysteme für Ärzte – Fehlentwicklungen durch falsche Anreize stoppen!

Die Tätigkeit aller Ärzte unterliegt besonderen Ansprüchen, die in Codices der ärztlichen Berufsethik festgeschrieben sind. Hierzu gehören vier wesentliche Prinzipien:

- (a) allen Patienten Fürsorge und Hilfe anzubieten (Primat des Patientenwohls),*
- (b) Patienten nicht zu schaden („primum non nocere“),*
- (c) das Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu respektieren sowie*
- (d) Gleichheit und Gerechtigkeit bei der Behandlung zu wahren, was eine faire Ressourcenverteilung einschließt.*

Die Orientierung an diesem Berufsethos ist seit Hippokrates ein Grundgedanke ärztlicher Tätigkeit. Seine integere Ausübung hat der Ärzteschaft Vertrauen und Respekt verschafft und ist unverändert die Basis für den Kontrakt zwischen Ärzten, Patienten und der Gesellschaft.



Unter den Bedingungen des DRG-Systems haben sich die Krankenhäuser in den letzten Jahren gewandelt – von Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu Unternehmen oder Krankenhauskonzernen. Sie fordern von ihren Ärzten mehr Fälle pro Arzt und höhere Erlöse pro Bett. Organisiert wie Industrieunternehmen, werden Krankheiten zur Ware, Ärzte zu Anbietern und Patienten zu abgerechneten Fällen. An ökonomischen Zielvorgaben orientierte Bonusverträge und Zielvereinbarungen werden eingesetzt, um Fall- und OP-Zahlen und interventionelle Eingriffe zu steigern. Ärzte soll dies dazu animieren, die Unternehmensziele über das Primat des Patientenwohls zu stellen.

Wir sind der Überzeugung, dass sich die Prinzipien medizinischer Prozesssteuerung, ökonomischen Denkens und ärztlicher Fürsorge nicht ausschließen. Die zunehmende betriebswirtschaftliche Fremdbestimmung allerdings vermindert in erheblichem Maße die Möglichkeiten der Anteilnahme und der geduldigen Zuwendung.

Die DGIM beobachtet diese Entwicklung mit größter Sorge. Sie spricht sich nachdrücklich gegen alle finanziellen Bonus- oder Malussysteme aus, die eine am Patientenwohl orientierte Arzt-Patienten-Beziehung belasten. Die DGIM sieht folgende Gefahren, die das Gesundheitssystem und das Vertrauen der Gesellschaft in dieses System nachhaltig beschädigen werden:

- Bonusverträge verstoßen gegen die ärztliche Berufsethik, wenn sie wirtschaftliche Unternehmensziele eines Krankenhauses über das Patientenwohl stellen.
- Fallzahl- oder umsatzabhängige Bonusverträge verleiten Ärzte zu großzügigen Indikationsstellungen und machen sie dadurch korrumpierbar.
- Patientenseitig führt die Veränderung der Ziele ärztlicher Tätigkeiten zu einem tiefgreifenden Vertrauensverlust: Wurde ich auch richtig beraten?
- Neue Arztgenerationen erlernen eine falsche Priorisierung ärztlicher Tätigkeiten. Dies wird das Vertrauen der Gesellschaft in das Gesundheitssystem langfristig negativ beeinflussen.

Gleichwohl unterstützt die DGIM uneingeschränkt Bemühungen, ein Anreizsystem zu generieren, um die Qualität der medizinischen Versorgung nach definierten und messbaren Kriterien zu verbessern. Beispiele wären eine Optimierung der Prozessabläufe, Einführung neuer und verbindlicher Standards sowie berufsgruppenübergreifende Fort- und Weiterbildung.

Die DGIM fordert deshalb die für das Gesundheitssystem Verantwortlichen mit Nachdruck auf, die oben genannten Fehlentwicklungen zu thematisieren und zu beseitigen und stattdessen geeignete Anreizsysteme zu entwickeln. (Juli 2012)

❖ Die vollständige Stellungnahme finden Sie auf www.dgim.de

Abstractdeadline 01.12.2012
Einreichung online unter:
www.dgim2013.de

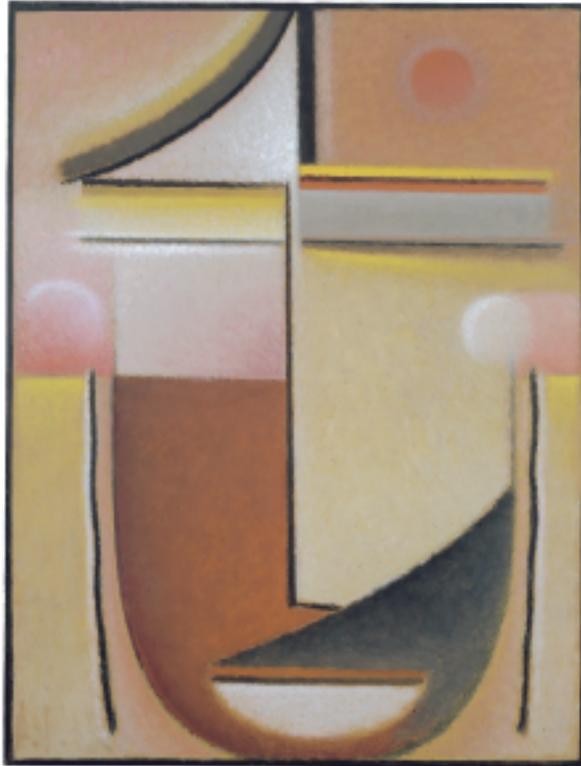
▶ dgim2013.de

- ▶ Wiesbaden
- ▶ Rhein-Main-Hallen
- ▶ 06. - 09. April 2013



119.

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.



Titelbild: Alexej von Jawlensky Abstrakter Kopf
(Kopf in Rot-Weiss-Gold), 1927, Museum Wiesbaden

Kongress-Präsidentin - Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Direktorin der Klinik für Innere Medizin IV: Rheumatologie, klinische Immunologie, Nephrologie HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH

Leitthema der DGIM 2013

Innere Medizin – vom Organ zum System

Kongress-Agentur

m:con - mannheim:congress GmbH



Hauptthemen der DGIM 2013

- Systemische Entzündung und Immunität
- Versorgungsforschung
- Rationelle Diagnostik
- Morbidität und Komorbidität
- Minimal-invasive Therapie
- Telemedizin
- Der chronisch Kranke und sein Arzt

Kongresshomepage: www.dgim2013.de

An morgen denken – Nachwuchs fördern

In Deutschland studieren derzeit rund 80 000 junge Männer und Frauen Humanmedizin. Annähernd 95 Prozent aller Studienanfänger beenden das Studium mit Erfolg. Die DGIM bemüht sich darum, diesen ärztlichen Nachwuchs für die Innere Medizin zu begeistern, fördert junge Ärztinnen und Ärzte in der internistischen Ausbildung und motiviert sie für die internistische Forschung und Wissenschaft: Die Fördersumme der DGIM belief sich im Jahr 2011/2012 auf insgesamt 62 620 Euro. Die Fachgesellschaft unterstützt angehende Internisten damit darin, sich in der Inneren Medizin interessante Aufgaben und attraktive Perspektiven zu erschließen.

Für die Wissenschaft begeistern

Anreize für den internistischen Nachwuchs schafft die DGIM beispielsweise mit wissenschaftlichen Preisen und Stipendien. Im Rahmen des Internistenkongresses verleiht sie jährlich für herausragende wissenschaftliche Arbeiten junger Mediziner aus allen internistischen



Schwerpunkten den Young Investigator Award (YIA). An zwölf Endrundenteilnehmer des YIA gehen zudem Reise-Stipendien à 250 Euro sowie ein Jahresabonnement einer medizinischen Fachzeitschrift und Buchgutscheine. Die DGIM lobt außerdem Preise für herausragende wissenschaftliche Kongressposter aus. Die zwölf besten Poster belohnt die DGIM mit je einem Reise-Stipendium in Höhe von 200 Euro und ebenfalls Abonnements und Buchgutscheinen des Springer-Verlages. Für Studenten ist der Kongressbesuch kostenlos. Mit 20 Stipendien à 200 Euro unterstützt sie deren Anreise.

Impulse für die Forschung setzen

Zur Förderung des Nachwuchses in der Forschung verleiht die DGIM weitere hoch ausgestattete Wissenschaftspreise: Der „Theodor-Frerichs-Preis“ geht an Forscher unter 40 Jahren, die eine herausragende klinisch-experimentelle Arbeit vorgelegt haben. Er ist mit 30 000 Euro dotiert. Mit dem „Präventionspreis“ der Deutschen Stiftung für Innere Medizin würdigt die DGIM exzellente Publikationen über Themen der Primär- und Sekundär-Prävention innerer Erkrankungen. Dieser Preis ist mit 10 000 Euro dotiert.

Mit Ideen die eigene Zukunft gestalten

Die DGIM bietet Nachwuchsinternisten außerdem eine Plattform für die Planung und Gestaltung ihrer beruflichen Entwicklung: Im Forum „Chances“ geben Experten auf der Jahrestagung Informationen zu Berufsstart, Karriereplanung, Facharztweiterbildung und alternativen Berufsfeldern. Durch Stipendien für die Teilnahme an der European School for Internal Medicine (ESIM) ermöglicht die DGIM Forschungskontakte ins Ausland: Junge Internisten aus ganz Europa kommen hier zusammen, um aktuelle Themen aus der Inneren Medizin zu bearbeiten. Die DGIM trägt Übernachtungskosten und Kursgebühr für drei bis vier Stipendiaten. Aus der ESIM haben sich überdies die „Young Internists“ zusammen gefunden. Im Rahmen der European Federation of Internal Medicine (EFIM) bringen sie ihre Ideen ein und vertreten die Interessen der Nachwuchsinternisten. Als deutscher Vertreter steht Dr. med. Alexis Michael Müller-Marbach von der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf für Fragen und Anregungen zur Verfügung.

Im Wettbewerb um den medizinischen Nachwuchs spielen Frauen eine zunehmend wichtige Rolle: Über zwei Drittel der Studierenden an medizinischen Fakultäten sind weiblich. Die DGIM positioniert sich klar in der Förderung junger Internistinnen. Das erste Coaching-Programm für Ärztinnen hat die Fachgesellschaft im vergangenen Jahr mit fünf Stipendien à 600 Euro unterstützt. Ein Fokus der Seminare in Kooperation mit der European Business School liegt auf der Förderung der notwendigen Kompetenzen für Führungspositionen.

Ehrungen und Preise 2012

Neues DGIM-Ehrenmitglied Professor Rainer E. Kolloch



Professor Dr. med. Rainer E. Kolloch nimmt seit dem Jahr 2011 eine Gastprofessur am Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin wahr. Zuvor leitete der Experte für Kreislaufregulation und Hypertonie seit 2006 das Evangelische Krankenhaus Bielefeld, ein

Haus der Maximalversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster. Als Chefarzt der Klinik für Innere Medizin führte Professor Kolloch in Bielefeld von 1994 bis 2011 die Schwerpunkte Angiologie, Diabetologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Schlafmedizin.

Seine klinische und wissenschaftliche Ausbildung absolvierte er an der Medizinischen Universitäts-Klinik Bonn und am Department of Medicine der University of Southern California in Los Angeles, USA. Der Hypertensiologe und Diabetologe ist zudem Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde und Allergologie. Von 1992 bis 1994 war er als Leiter der allgemein-internistischen Poliklinischen Ambulanz und der Pneumologischen Abteilung an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Bonn tätig.

Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Aktivitäten liegen unter anderem in der Physiologie und Pathophysiologie der Kreislaufregulation, der Salzsensitivität, neurogenen Mechanismen bei Hypertonie, der Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen sowie der klinischen Pharmakologie von Antihypertensiva. Von 1991 bis 1998 war er Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Deutschen Hochdruckliga e.V. In Anerkennung seiner Verdienste in der Hochdruckforschung erhielt Kolloch 2007 den Franz-Groos-Wissenschaftspreis. Als DGIM-Vorsitzender 2008/2009 gestaltete er das Programm des 115. Internistenkongresses.

Neues DGIM-Ehrenmitglied Professor Klaus Wilms



Der Internist Professor Dr. Klaus Wilms leitete von 1982 bis 2004 als Direktor die Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg. Auch nach seiner Pensionierung hielt er Forschung und Lehre die Treue: Im Jahr 2005 übernahm Wilms eine Gastprofessur an der Universität Tartu in Estland. In den

drei darauffolgenden Jahren war er mehrfach Gastprofessor am Bugando University College of Health Sciences der St.-Augustine-Universität in Mwanza in Tansania. 2008 gründete Wilms das Comprehensive Cancer Center Mainfranken an der Universität Würzburg – ein integriertes Behandlungs- und Forschungszentrum für Krebserkrankungen.

Geboren 1939 in Kiel, studierte Wilms Humanmedizin in seiner Heimatstadt und an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. Als Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) arbeitete er von 1965 bis 1967 am Institut für Biochemie der Universität Köln, anschließend bis zu seiner Habilitation im Jahr 1973 an der Medizinischen Universitätsklinik in Tübingen. Ein weiterer Forschungsaufenthalt führte ihn 1975 an die Division of Oncology der Universität von Washington in Seattle/USA.

Zurück in Tübingen wurde er 1978 außerplanmäßiger Professor. Von 1980 bis 1982 war er an der dortigen Medizinischen Universitätsklinik als leitender Oberarzt tätig. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählten Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation sowie Therapiestudien bei Leukämie und malignen Lymphomen. Im Jahr 1999 erhielt er das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse und 2005 den Bayerischen Verdienstorden. Im letzten Jahr würdigte ihn die Universität Würzburg mit der „Bene Merenti“-Medaille in Gold.

Theodor-Frerichs-Preis 2012 an Dr. Leif Erik Sander

Der Theodor-Frerichs-Preis ist die am höchsten dotierte Auszeichnung der DGIM. 2012 ging der Preis an Dr. med. Leif Erik Sander aus Berlin. In mehreren Experimenten konnte der Nachwuchsforscher zeigen, wie das Immunsystem die Lebenszeichen von Bakterien – die sogenannte Viabilität – erkennt. Dies könnte als Grundlage für wirksamere Impfstrategien dienen.

Bislang ging die Forschung davon aus, dass das Immunsystem Krankheitserreger vor allem nach Virulenzfaktoren beurteilt. Dazu gehören sämtliche Stoffwechselprodukte, mit deren Hilfe Bakterien in einen Organismus eindringen, sich dort ausbreiten und ihn schädigen. Eine ausschlaggebende Eigenschaft von Mikroorganismen ist jedoch ihre Viabilität, ihre Lebensfähigkeit: In seinen Experimenten konnte Sander zunächst zeigen, dass das Immunsystem in der Lage ist, die Viabilität unabhängig von den Virulenzfaktoren zu erkennen. Das bedeutet: Die körpereigene Abwehr bekämpft auch harmlose Bakterien, solange sie Lebenszeichen von sich geben.



Die Arbeit liefert fundamentale Erkenntnisse über die Mechanismen antimikrobieller Immunität.

Der 34-jährige Forscher begab sich dann auf die Suche nach den „Pathogen associated molecular patterns“ (PAMP). Sie zeigen dem Immunsystem, dass ein in den Körper eingedrungener Erreger vital ist. Diese „vita-PAMPs“ fand Sander in der Boten-Ribonukleinsäure (RNA). Dies sind kurze Kopien der Erbsubstanz DNA, der Desoxyribonukleinsäure. Boten-RNA enthält die Baupläne für Eiweiße und zerfällt nach dem Tod eines Bakteriums sehr rasch. Dr. Sander fand heraus, dass bestimmte Zellen des Immunsystems bei eindringenden Erregern gezielt nach Boten-RNA suchen. Ihr Nachweis führt dann zu einer verstärkten Immunreaktion. In einem Versuch hat Dr. Sander tote Darmbakterien mit Boten-RNA ausgestattet. Diese lösten dann die gleiche Immunreaktion aus wie lebende Darmbakterien.

Die Arbeit von Dr. Sander liefert neue und fundamentale Erkenntnisse über die Mechanismen antimikrobieller Immunität. Daraus lässt sich womöglich ein Nutzen für die Herstellung wirksamerer Impfstoffe ableiten. Denn es ist bekannt, dass Lebendimpfstoffe eine stärkere Schutzwirkung hinterlassen als Totimpfstoffe. Durch ihre Virulenzfaktoren sind Lebendimpfstoffe jedoch riskanter. Aufgrund der Experimente des Preisträgers könnten Totimpfstoffe mit Boten-RNA-ähnlichen Bestandteilen ausgestattet werden. Die Studie könnte nach Einschätzung der Juroren als Grundlage für die Entwicklung neuer Impfstrategien dienen, welche das bessere Sicherheitsprofil von Totimpfungen mit der höheren Wirksamkeit von Lebendimpfstoffen kombinieren.

Der mit 30 000 Euro dotierte DGIM-Preis ist nach dem Präsidenten des ersten Deutschen Kongresses für Innere Medizin benannt. Mit ihm würdigt die DGIM die beste zur Bewerbung eingereichte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum.

Literatur

Sander LE, Davis MJ, Boekschoten MV, Amsen D, Dascher CC, Ryffel B, Swanson JA, Müller M, Blander JM: Detection of prokaryotic mRNA signifies microbial viability and promotes immunity. *Nature* 2011; 474: 385–9.

Präventionspreis Innere Medizin an Professor Oliver Gross

Bei Menschen mit dem erblichen Alport-Syndrom versagen die Nieren im frühen Erwachsenenalter ihren Dienst. Ein Medikament gegen Bluthochdruck kann den Nierenschaden und damit die Dialyse oft um viele Jahre hinauszögern. Auch gesunde Träger des Erbleidens profitieren von einer vorbeugenden Behandlung. Dies zeigte Professor Dr. med. Oliver Gross vom Universitätsklinikum Göttingen in zwei Studien. Die DGIM zeichnet ihn dafür mit dem Präventionspreis der Deutschen Stiftung Innere Medizin (DSIM) aus. Der Preis ist mit 10 000 Euro dotiert.

In Deutschland leben etwa 5000 Menschen in 1000 Familien mit Alport-Syndrom. Ursache sind Mutationen auf einem Gen für das Typ-IV-Kollagen. Menschen mit Alport-Syndrom leiden an einer Innenohrschwerhörigkeit, Sehstörungen und einer fortschreitenden Nierenerkrankung. Mit durchschnittlich 22 Jahren sind sie auf die Dialyse angewiesen.

In einer früheren Studie hatte Professor Gross dargestellt, wie genau sich die Schäden an den Nieren entwickeln: Die Mutation verändert den Aufbau der Basalmembran in den Glomeruli. Seit 2006 sammelt der Internist und Nierenexperte Gross in einem Europäischen Register Daten von Familien mit Alport-Syndrom aus ganz Europa. In der ersten ausgezeichneten Studie untersuchte er durch Vergleiche von Eltern und Kindern den Einfluss von blutdrucksenkenden ACE-Hemmern. Demnach verzögert ein früher Beginn der Hochdruck-Behandlung den Beginn der Dialyse vom 22. auf das 40. Lebensjahr.

Viele Menschen haben neben dem mutierten Alport-Gen auch ein gesundes Gen. Sie übertragen die Anlage zwar, diese prägt sich jedoch nicht in der Form aus. Die Überträger galten deshalb bisher als gesund. In der zweiten Studie konnte Professor Gross jedoch zeigen, dass auch sie im höheren Lebensalter ein Nierenversagen entwickeln können. Und auch bei ihnen kann die Einnahme von ACE-Hemmern das Fortschreiten der Erkrankung aufhalten. Experten schätzen, dass 0,5 bis 1 Prozent aller Menschen Träger einer Alport-Mutation sind.



Die Studien belegen überzeugend, dass eine medikamentöse Therapie beim erblichen Alport-Syndrom vorbeugen kann.

Nach Ansicht der Juroren der Deutschen Stiftung Innere Medizin belegen die beiden Studien überzeugend den Stellenwert einer medikamentösen Prävention beim Alport-Syndrom. Die Untersuchungen seien zudem von allgemein-internistischer Bedeutung, so die Jury. Denn sie zeigten, dass tendenziell die gleichen Aussagen auch für die vielen Merkmalsträger mit nur einem kranken Gen zutreffen.

Die DGIM verleiht den Präventionspreis der Deutschen Stiftung für Innere Medizin jährlich für

herausragende Publikationen aus dem deutschsprachigen Raum über Themen der Primär- und Sekundär-Prävention innerer Erkrankungen. Sowohl experimentelle Ergebnisse als auch epidemiologisch interessante Fragestellungen kommen für die Preisverleihung in Betracht.

Literatur

Gross, O et al.: Early angiotensin-converting enzyme inhibition in Alport syndrome delays renal failure and improves life expectancy; *Kidney Int.* 2012 Mar;81(5):494–501. doi: 10.1038/ki.2011.407.

Gross, O et al.: Incidence of renal failure and nephroprotection by RAAS inhibition in heterozygous carriers of X-chromosomal and autosomal recessive Alport mutations; *Kidney Int.* 2012 Jan 11. doi: 10.1038/ki.2011.452.

Young Investigator Award 2012

1. Platz: Sebastian Klobuch, Mainz



T-Zell-Rezeptor-RNA transfizierte T-Zellen für die adoptive Immuntherapie: Memory-T-Zellen zeigen eine stärkere Effektorfunktion bei geringerer Alloreaktivität.

Klobuch S, Sommer M, Theobald M, Meyer R, Herr W, Thomas S

Die allogene hämatopoetische Stammzelltransplantation ist eine effektive Behandlungsform zur Therapie von Leukämien. Die Wirksamkeit beruht im Wesentlichen auf einer Reaktion des Spenderimmunsystems gegen die Leukämie (GvL). Durch den Transfer von Spenderlymphozyten ist es möglich, den GvL-Effekt zu verstärken, was jedoch nicht in jedem Fall ausreichend wirksam ist und zusätzlich mit einem hohen Risiko für eine lebensbedrohliche Transplantat-gegen-Wirt-Erkrankung (GvHD) verknüpft ist. Zur Verbesserung dieser Therapieform ist es möglich, Spenderlymphozyten durch Transfer von T-Zell-Rezeptoren (TZR) mit einer definierten Antigen-spezifität auszustatten, so dass gezielt Leukämiezellen oder virusinfizierte Zellen erkannt werden. Ziel dieser Arbeit war, eine Lymphozyten-Subpopulation (naive oder Gedächtnis-T-Zellen) zu finden, welche sich durch eine gute Effektorfunktion bei gleichzeitig geringem GvHD-Potential auszeichnet. Es zeigte sich, dass nach TZR-Transfer Gedächtnis-T-Zellen eine deutlich stärkere Effektorfunktion aufweisen als naive T-Zellen. Des Weiteren konnten wir in stammzelltransplantierten Mäusen zeigen, dass Gedächtnis-T-Zellen gegenüber naiven T-Zellen ein deutlich geringeres GvHD-Potential aufweisen. Diese Ergebnisse könnten in der Zukunft dazu beitragen, die Therapie der allogenen Stammzelltransplantation effektiver und sicherer zu machen.

2. Platz: Dr. Björn Krämer, München



Humane Thrombozyten exprimieren Beta-defensin 1, wodurch sie bakterielles Wachstum unterdrücken und die Freisetzung von Neutrophil extracellular traps induzieren.

Krämer B, Campbell R, Schwertz H, Seizer P, Lindemann S, Zimmerman G, Weyrich A

Auch heute noch stellt die bakterielle Sepsis eine internistische Erkrankung mit hoher Letalität dar. Die komplexen Pathomechanismen der Sepsis und der volle Umfang der körpereigenen Immunabwehr sind dabei nicht vollständig verstanden. An der bakteriellen Infektabwehr sind Zellen der angeborenen und erworbenen Immunität sowie verschiedene bakterizide Zell- und Plasmaproteine beteiligt. In diesem Zusammenhang erfahren Thrombozyten, die auch an der Immunabwehr mitwirken, zunehmend Bedeutung.

Die Ergebnisse zeigen, dass Thrombozyten in der Lage sind, das Wachstum von *S. aureus*-Isolaten, die aus Patienten mit bakterieller Sepsis gewonnen wurden, signifikant zu unterdrücken. Die Arbeit wies zudem nach, dass Thrombozyten das antibakterielle Protein Beta-defensin 1 (hBD-1) exprimieren. Unmittelbar beweisen konnten die Forscher, dass thrombozytäres Beta-defensin 1 an der antibakteriellen Wirkung gegen *S. aureus* und *E. coli* beteiligt ist. Überdies können Thrombozyten über das Protein die Freisetzung von Neutrophil extracellular traps (NETs) induzieren. Mit der Identifizierung von hBD-1 im Thrombozyten ist der erste physiologische Ligand aus Thrombozyten nachgewiesen worden. Die Freisetzung von NETs stellt einen zusätzlichen potenten Abwehrmechanismus gegen bakterielle Erreger dar, begünstigt aber auch septisch-thrombotische Prozesse.

3. Platz:

Dr. med. Alexander Grabner



Diagnostik der akuten Nierentransplantatrejektion mittels Positronenemissionstomographie mit ^{18}F -FDG gelabelten T-Lymphozyten im Rattenmodell

Grabner A, Kentrup D, Edemir B, Sirin Y, Pavestädt H-J, Schober O, Schlatter E, Schäfers M, Schnöckel U, Reuter S

Trotz moderner Immunsuppressiva stellt die akute Abstoßung nach Nierentransplantation ein Problem dar. Da Rejektionsepisoden ein negativer prognostischer Faktor für das Transplantatüberleben sind, ist eine frühzeitige nicht-invasive Diagnostik wünschenswert. Ziel dieser Arbeit ist es, die Bedeutung der Positronenemissionstomographie (PET) mit ^{18}F -Fluor-Desoxyglucose (^{18}F -FDG)-markierten T-Lymphozyten in der Detektion und Differentialdiagnostik der Nierentransplantatabstoßung im Rattenmodell zu beurteilen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die PET mithilfe von ^{18}F -FDG-markierten T-Zellen eine frühe und spezifische Diagnose der akuten Nierentransplantatabstoßung erlaubt. PET ermöglicht darüber hinaus, eine Abstoßung nicht-invasiv sowohl von einer akuten Calcineurininhibitortoxizität als auch von einem Ischämie-/Reperfusionsschaden zu unterscheiden. PET mit ^{18}F -FDG-markierten T-Lymphozyten könnte somit klinisch relevant sein, um eine Detektion der akuten Abstoßung im Menschen früh festzustellen, die Kinetik der Abstoßungsreaktion zu beurteilen und das therapeutische Ansprechen zu überwachen, während gleichzeitig die applizierte radioaktive Dosis auf ein Minimum reduziert wird.

*Beim
„Young Investigator Award“
konkurrieren
junge Erstautoren
unter 35 Jahren
mit ihren zum
Kongress eingereichten
Postern um attraktive Preise:
3000 bis 1000 Euro,
Reisestipendien und
Buchgutscheine.*

Professor Dr. med. Joachim Mössner, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2011/2012

Rückblick auf den 118. Kongress der DGIM

Rund 8 300 Fachleute besuchten den 118. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. Dieser fand traditionell eine Woche nach Ostern vom 14. Bis 17. April 2012 in Wiesbaden statt.

Nachdem sich die Komprimierung der Kongressstruktur auf vier Tage in den letzten beiden Jahren mehr als bewährt hatte, begann auch in diesem Jahr der Kongress am Samstag und endete am Dienstagnachmittag. Das kompakte Programm ermöglichte vielen Kolleginnen und Kollegen einen sehr informativen Besuch des Kongresses. Viele Teilnehmer nutzten das Wochenende und den Montag, um sich in den zahlreichen Vorträgen und Symposien fortzubilden und sich fachlich auf den neuesten Stand zu bringen. Um noch mehr interessierten Internisten die Möglichkeit zum Kongressbesuch zu ermöglichen, würde ich mir wünschen, dass es in naher Zukunft gelingt, am Kongresssamstag die Überlappung mit dem Kardiologenkongress zu vermeiden. Der Internistenkongress beginnt jedoch seit Jahrzehnten am Wochenende

nach Ostern – der Termin ist quasi traditionell. Einer Umfrage unter unseren Mitgliedern zufolge ist es einigen aufgrund der Osterferien nicht möglich, den Kongress zu besuchen.

Als Novum bot die DGIM im Rahmen des diesjährigen Kongresses gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) einen zertifizierten Sonografiegrundkurs an. Beginnend am Donnerstag vor dem Kongress, endete der Kurs am Sonntag, dem zweiten Kongresstag. Die Einbettung in den Internistenkongress fand sehr viel Zuspruch: Bereits Monate vorher war dieser Kurs ausgebucht und somit ein voller Erfolg. Dass die Sonografie für das tägliche Handeln des Internisten unverzichtbar ist, zeigte auch das rege Interesse der Kongressteilnehmer am „Sonowald“ und am klinischen Symposium „Abdomenultraschall für Internisten“, organisiert und geleitet von Professor Volker Keim. Im „Sonowald“ lernten die Teilnehmer, angeleitet durch Experten, verschiedene Untersuchungstechniken und vertieften diese an verschiedenen Ultraschallgeräten.

Auf dem neuesten Stand – In Forschung, Klinik und Praxis

Als zweite Neuerung waren auf dem diesjährigen Internistenkongress zahlreiche Sonderforschungsbereiche (SFB) in mehreren Sitzungen vertreten. In diesen Sitzungen konnten die Sprecher der SFB verdeutlichen, wie wichtig und bisweilen schwierig eine Translation der Forschung in den klinischen Alltag ist. Hiermit konnte die DGIM als Wissenschaftsgesellschaft ein wichtiges Zeichen setzen, dass neben den aktuellen täglichen Fragen, welche uns beschäftigen, auch den zukünftigen Lösungsansätzen ein entsprechender Raum zur Verfügung gestellt werden sollte. Auch wenn diese neuen Sitzungen erwartungsgemäß mäßiger besucht waren als die unmittelbar praxisrelevanten Vorträge, möchte die DGIM weiterhin Grundlagenforschern und vor allem wissenschaftlich interessierten Internisten ein Forum bieten. Dass viele Kolleginnen und Kollegen den Kongressbesuch nutzen, um sich auf den neuesten Stand zu bringen, zeigen die sehr gut besuchten Vorträge der Reihe „Das Jahr im Rückblick“. Hier



möchte ich besonders den Rednern danken. Zwar ist der immense Zeitaufwand auch für den Redner lohnend, aber auch der „intellektuelle“ Aufwand, die wichtigsten Arbeiten des letzten Jahres aus dem eigenen Schwerpunkt der Inneren Medizin herauszusuchen und kritisch zu bewerten, bleibt eine Herausforderung.

Herausragende Plenarvorträge

Neben den zahlreichen und vielfältigen Veranstaltungen des 118 Internistenkongresses konnte das Kongressteam sechs renommierte nationale und internationale Referenten für Plenarvorträge gewinnen. Diese umspannten mit ihren Vorträgen das Hauptthema des Kongresses „Krankheit, Gene und Umwelt“. So stellte Professor Michael Stumvoll, Leipzig, in seinem fesselnden und nahezu allumfassenden Vortrag die verschiedenen Facetten der Adipositas von den evolutionären Ursachen bis hin zu zukünftigen Therapien vor.

Herr Professor Claus Bartram aus Heidelberg konnte in seinem frei gehaltenen Plenarvortrag auf beeindruckende Weise die Komplexität der Genetik und der damit verbundenen Fragestellungen weit über das Medizinische hinaus darstellen. Professor Georg Ertl, Würzburg, stellte die wirklich faszinierenden neuen Erkenntnisse zur Pathogenese der Herzinsuffizienz vor. Hier werden sicher in absehbarer Zeit neue Therapiekonzepte folgen. Professor Cornel Sieber aus Nürnberg stellte den Zuhörern die komplexen gesundheitlichen Probleme, Stichwort „Multimorbidität“, in unserer älter werdenden Gesellschaft vor. Sein Vortrag mag den einen oder anderen Kritiker davon überzeugt haben, dass wir einen zusätzlichen Schwerpunkt in der Inneren Medizin, den Schwerpunkt Geriatrie, benötigen. Professor Rick Boland, Dallas, führte den Zuhörer zu dem immer komplexer werdenden „Puzzle“ der molekularen Pathogenese des kolorektalen Karzinoms. Kenntnis über die molekulare Pathogenese ist die Voraussetzung, neue Therapiekonzepte für die adjuvante, neoadjuvante und palliative Behandlung zu finden.

Es war mir eine Freude, dass mein früherer Mentor, Professor John A. Williams aus Ann Arbor, „from bench to bedside“ aktuellste Erkenntnisse aus der Pankreasforschung vorstellte. Auf diese Weise konnten alle Plenarredner den 118. Internistenkongress bereichern und ihr Publikum beeindrucken.



Hervorheben möchte ich auch, dass die Symposien der Regionalgesellschaften der Inneren Medizin ein fester und erfolgreicher Bestandteil des Kongresses geworden sind. Auch in diesem Jahr zeigte die DGIM, wie wichtig die Förderung des Nachwuchses ist, um junge Medizinerinnen und Mediziner für die Innere Medizin zu begeistern. Erstmals wurden in diesem Jahr insgesamt 30 Reisestipendien an Studierende im praktischen Jahr vergeben, und an dieser Stelle sei noch einmal herzlich dem Georg Thieme Verlag für die Bereitstellung von zehn Reisestipendien gedankt. Als





Forum für „junge“ Mediziner fand „Chances“ regen Zuspruch. Wieder einmal haben viele angehende Internisten hier die Möglichkeit genutzt, wichtige Themen des klinischen Alltags und der Planung der eigenen beruflichen Zukunft mit „erfahrenen“ Internisten zu diskutieren. Der Wettbewerb um das beste Poster der unter 35-jährigen Autoren, der „Young Investigator Award“, zeigte, dass die Forschung junger Internisten in Deutschland den internationalen Vergleich nicht zu scheuen braucht. Die Posterausstellung am Montag und Dienstag wurde sehr gut besucht, wobei sicherlich selbstkritisch angemerkt werden muss, dass durch gleichzeitig stattfindende Industriesymposien das Alleinstellungsmerkmal der Postersitzung verloren ging. Das ist der „Preis“, der gezahlt werden muss, wenn der Zeitrahmen eines großen Kongresses so komprimiert wird.

Neben den wissenschaftlichen Veranstaltungen hat sich auch die Industrie mit ihren Symposien ausgezeichnet in das Gesamtgefüge des Kongresses eingefügt und die Tagung durch spannende und umfassende Vorträge bereichert. Auch die hohen Besucherzahlen der traditionell äußerst praxisrelevanten Sitzungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) zeigen, dass der Partner der DGIM bei unserer Jahrestagung vertreten sein muss.

Nachdem es in den letzten Jahren stets eine „Kunst-Oase“ gab, wurde in diesem Jahr erstmalig in einer „Kultur-Oase“ über die zahlreichen Aktionen der Opposition in den letzten Monaten und Tagen der DDR berichtet. Die Ausstellung war zu jeder Zeit gut besucht und nicht nur für mich als „Wahl-Leipziger“ eine faszinierende, aber auch in mancher Hinsicht bedrückende Dokumentation unserer Zeitgeschichte.

Nach dem Kongresstag – entspanntes Get-Together

Zuletzt sei noch das Rahmenprogramm erwähnt, welches alle Besucher mit großer Sicherheit genießen konnten. Die „Get-together“-Party im Zeichen des Swing der 20er Jahre des letzten Jahrhunderts sorgte für ausgelassene Stimmung und viel Bewegung. Die Festliche Abendveranstaltung am Sonntag verging, zumindest für mich, wie im Flug. Das Leipziger Vokal-Ensemble Amacord begeisterte das Publikum. Derartige „Veranstaltungen“ mit Grußworten und Reden mögen nicht mehr in unsere Zeit passen; der vollbesetzte Festsaal des Kurhauses widerlegt diese Ansicht. Auch die Opernaufführung am Montagabend wurde von ihren Besuchern genossen.

Am Ende des Kongresses möchte ich mich mit diesem Rückblick bei allen Beteiligten noch einmal ganz herzlich für ihre Mühe und ihr Engagement bedanken. Dank an Dr. med. André Althoff, der den wieder ausgezeichnet von der Bevölkerung aufgenommenen Patiententag organisierte. Dank gebührt der Stadt Wiesbaden, vertreten durch ihren Oberbürgermeister Dr. Helmut Müller, für ihre Gastfreundschaft. Besonderer Dank gilt natürlich dem engeren Leipziger Kongressteam, Frau Cornelia Prüfer, Frau Janet Herrmann, Dr. med. Stefan Karger, Dr. med. Thomas Karlas und Privatdozent Dr. med. Jonas Rosendahl. Ich freue mich bereits jetzt auf einen erfolgreichen 119. Internistenkongress unter der Leitung von Frau Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann. Diesen Kongress werde ich selbst ganz entspannt genießen dürfen.



Dr. med. André Althoff, Gießen, Berater der DGIM

Im Dialog mit interessierten Laien – Patiententag 2012

Parallel zum diesjährigen Internistenkongress fand am 14. April 2012 der inzwischen sechste Patiententag statt. Diesen kostenlosen Informationstag richtet die DGIM zusammen mit der Stadt Wiesbaden aus. Insgesamt war der sechste Patiententag mit über 1000 Besuchern eine erfolgreiche Veranstaltung, die sich in der Region fest etabliert hat.

Breites Spektrum an internistischen Erkrankungen

Den Kern der Veranstaltung bildeten elf Symposien, auf denen in den Räumen des Wiesbadener Rathauses nationale und lokale Experten über aktuelle Neuigkeiten zu Diagnostik und Therapie berichteten. Zu den Themen zählten sowohl die großen internistischen Volkskrankheiten, die ein breites Publikum ansprechen, als auch Themen aus dem Randbereich der Inneren Medizin mit Schnittmenge zum Beispiel zur Strahlentherapie oder zur Urologie. Von der Wirkung von Naturheilpräparaten auf Psyche oder Knochen reichten die Themen über Reizdarmsyndrom, Harninfekte bis hin zur Einschätzung der neuen Wirkstoffe zur Blutverdünnung. Dass der Patiententag inzwischen zu einer festen Größe geworden ist, zeigte sich neben den gut gefüllten Sitzreihen insbesondere in den interessanten und lebhaften Diskussionen zwischen Referenten und Auditorium.

Mit einem vielfältigen Repertoire an Ausstellern war der „Markt der Möglichkeiten“ besetzt, der im Foyer und den Gängen des Rathauses ausgerichtet wurde. An dieser Stelle fanden Selbsthilfegruppen, Organisationen und lokale Leistungserbringer des Gesundheitswesens an Ständen die Möglichkeit, sich den Besuchern zu präsentieren und für weitergehende Fragen zur Verfügung zu stehen.

Selbsthilfe – eine ausgezeichnete Arbeit

In diesem Jahr wurde zum zweiten Mal auf dem Patiententag unter der Schirmherrschaft von Oberbürgermeister Dr. Helmut Müller der Förderpreis für Selbsthilfegruppen durch die Marion und Bernd Wegener-Stiftung aus Mainz verliehen. Gesucht wurden die kreativsten Ideen und überzeugendsten

Aktivitäten für die Öffentlichkeitsarbeit von Selbsthilfegruppen aus dem Bereich Gesundheit. Kurz vor Beginn des Patiententages entschied eine Jury über die eingegangenen Bewerbungen. Die Jury bestehend aus Dr. André Althoff (DGIM), Gerd Fischer (Deutsche Gesellschaft für Präventivmedizin und Präventionsmanagement), Cornelia Luetkens (Gesundheitsamt der Stadt Wiesbaden), Dr. Helmut Müller (OB der Stadt Wiesbaden), Gerd Thomas (medandmore communication) und Dr. Bernd Wegener (Marion und Bernd Wegener-Stiftung) konnte rund 7000 Euro für die ersten Plätze vergeben. Am meisten überzeugte die Juroren die originellen Aktivitäten der Alzheimer Selbsthilfe e.V. in Köln. Da das Engagement der Selbsthilfegruppen sowohl für die DGIM als auch die Stadt Wiesbaden besondere Wertschätzung und Aufmerksamkeit erhalten sollte, wurde die Preisverleihung ohne konkurrierendes Programm im Stadtverordnetensaal des Rathauses abgehalten.



Dr. med. Dipl.-Ing. Franz-Josef Wingen, Sprecher der Korporativen Mitglieder der DGIM

Korporative Mitglieder – Partner in Industrie und Wirtschaft

Korporative Mitglieder der DGIM können forschende Arzneimittelfirmen, Geräte- und Diätetika herstellende Firmen, medizinische Fach- und Zeitschriftenverlage, informations- und medientechnische und andere Unternehmen werden, die die Ziele der DGIM unterstützen. Zurzeit hat die DGIM 17 Korporative Mitglieder, davon 12 pharmazeutische und medizintechnische Unternehmen, 4 Fachverlage und 1 sonstiges Mitglied (Mitglieder mit Ansprechpartnern siehe Seite 53 in dieser Jahresbroschüre).



In Kooperation mit dem Vorstand der DGIM und in bewährter Weise mit dem Beauftragten der Korporativen Mitglieder, Professor Dr. Ulrich Fölsch, der dankenswerter Weise auch nach seiner Ernennung zum Generalsekretär der DGIM diese Aufgabe fortsetzt, wurden das Frühjahrssymposium, das Herbstsymposium und ein Opinion Leader Meeting durchgeführt. Die Themen für die Veranstaltungen diskutieren und genehmigen die Korporativen Mitglieder der DGIM auf ihrer ordentlichen Mitgliederversammlung. Diese fand am 16. April 2012 im Rahmen des Internistenkongresses in Wiesbaden statt.

AMNOG – Profitieren Patienten von der Frühbewertung?

Das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder fand am 12. Oktober 2011 zum Thema „Patientenbezogene Nutzenbewertung von Arzneimitteln“ mit

anschließender gut besuchter Pressekonferenz in Wiesbaden statt. Dieses – für die zukünftige Versorgung unserer Patienten mit innovativen Arzneimitteln hochaktuelle Thema – wurde vom Vertreter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Herrn Dr. Thomas Kaiser und Experten aus dem Bereich der inneren Medizin wie Professor Christoph Bode für die Kardiologie, Professor Martin Schuler für die Onkologie und Professor Hendrik Lehnert für die Endokrinologie an konkreten und praxisrelevanten Beispielen diskutiert. Die Bedeutung der neuen Anforderungen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) an die Entwicklung von neuen Arzneimitteln stellte Dr. Tobias Gantner für die pharmazeutische Industrie dar. Ein ausführlicher Bericht zum Herbstsymposium erschien in: DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 2011, 136 Nr. 48.

Synergien in Wissenschaft und Industrie finden und nutzen

Um den Dialog zwischen Industrie und Forschung zu fördern, hat im Januar 2009 das vom damaligen DGIM-Vorsitzenden Professor Dr. Jürgen Schölmerich initiierte erste Opinion Leader Meeting stattgefunden. Diese Art Experten-Workshop dient dazu, den Informationsaustausch zwischen Wissenschaftlern aus dem universitären Bereich und den Korporativen Mitgliedern im Rahmen einer anderthalbtägigen wissenschaftlichen Veranstaltung zu intensivieren. Aufgrund der guten Resonanz erfolgten dann jährliche Fortsetzungen dieser Reihe jeweils im Januar. Das vierte Symposium fand am 13. und 14. Januar 2012 unter Leitung des DGIM-Vorsitzenden Professor Joachim Mössner in Weimar statt. Zum Thema „Targeted Therapy“ trafen sich über 40 hochkarätige Experten aus Forschung, Industrie und Medizin. In 18 Beiträgen spannten die Referenten einen weiten Bogen von Populationsstudien über Versorgungsforschung, Schwerpunktthemen aus den verschiedensten internistischen Bereichen, Biomarker und Medikamentenforschung. Ein Bericht zu diesem Workshop ist im Mitgliedernewsletter DGIM aktuell 1/2012 erschienen.



Epigenetik verbessert Kenntnis von Krankheiten

Im Rahmen des 118. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin befasste sich das Frühjahrssymposium der Korporativen Mitglieder mit „Epigenetischen Therapien und Technologien“. Zunächst führte Dr. Holger Richly vom Institut für Molekularbiologie der Universität Mainz fundiert in die Thematik ein. Professor Lutz Hein vom Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Freiburg und Dr. Bernhard Haendler, Tumorforschung Bayer, Berlin, gaben interessante Einblicke in neue Chancen und Herausforderungen zur Nutzbarmachung epigenetischer Erkenntnisse bei der Entwicklung von Diagnostika und Arzneimitteln. Privatdozent Dr. Heinz Linhart vom Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg berichtete über neue diagnostische Methoden, die in absehbarer Zeit die Einschätzung des Tumorrisikos bei individuellen Patienten und die Früherkennung einzelner Tumorarten deutlich verbessern können. Professor Andreas Pfeiffer von der Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten an der Charité in Berlin verband neueste epigenetische Erkenntnisse mit vorliegenden Beobachtungen aus der Stoffwechselforschung und von Ernährungsgewohnheiten: „Wir kommen mit der Epigenetik in einen Bereich, der offenbar vieles erklä-

ren kann, was wir bisher nicht erklären konnten.“ So spannend und informativ wie das Symposium verlief auch die anschließende Pressekonferenz. Über das Symposium wurde ausführlich berichtet in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2012; 137, Nr. 4.

Im Namen der Korporativen Mitglieder sei dem Präsidenten der 118. Jahrestagung, Professor Dr. Joachim Mössner, dem Generalsekretär Professor Dr. Ulrich Fölsch, den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle und der Pressestelle der DGIM und Herrn RA Maximilian Broglie für die hervorragende Zusammenarbeit bei der Realisierung der durchgeführten Veranstaltungen im Berichtszeitraum herzlich gedankt. Nicht zuletzt darf ich mich bei meinen Sprecherkollegen Frau Dr. Helga Maria Jakob und Herr Dr. Wolfram Wiegers für die sehr konstruktive Zusammenarbeit bedanken.

An dieser Stelle darf ich unsere Korporativen Mitglieder und auch die „Noch-Nicht-Mitglieder“ nochmals darauf hinweisen, dass sich unsere Kooperation mit der DGIM nicht nur auf die beschriebenen Symposien und Pressekonferenzen – die uns immer die Möglichkeit geben, aktuelle Themen aufzugreifen – beschränkt. Darüber hinaus ergeben sich vielfältige Diskussions- und Kooperationsmöglichkeiten sowie die Chance, unsere Unternehmen in den Organen der Gesellschaft kostenfrei darstellen zu können. Des Weiteren wird regelmäßig über die Aktivitäten der Korporativen Mitglieder in den Organen der DGIM und der DGIM-Jahresbroschüre informiert. *Machen Sie mit!*

Themen der vergangenen Symposien der Korporativen Mitglieder (KM) der DGIM

Jahr	Frühjahrssymposium (im Rahmen Internistenkongress)	Herbstsymposium
2010	Nanomedizin – Hope oder Hype?	Altersgerechte Medizin
2011	Vom Pharma-Marketing zur Anwendungssicherheit: Anwendungsbeobachtungen (AWB) – Nichtinterventionelle Studien (NIS) – Post Authorisation Safety Studies (PASS) – als Instrumente der Versorgungsforschung	Patientenbezogene Nutzenbewertung von Arzneimitteln
2012	Epigenetische Therapien und Technologien	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ein Modell mit Zukunft?

Medienarbeit – öffentliche Meinung aktiv gestalten

Über ihre Pressestelle pflegt die DGIM dauerhaft Kontakte zu meinungsbildenden Print-Redaktionen in Deutschland, öffentlichen wie privaten Hörfunk- und Fernsehanstalten sowie zu Nachrichtenagenturen. Für die DGIM bedeutende Themen hat die Pressestelle auch in diesem Jahr regelmäßig durch Pressemitteilungen in der Öffentlichkeit bekannt gemacht. Diese Presseinformationen bezogen sich unter anderem auf von der DGIM erarbeitete Publikationen, aktuelle Studien, Nachrichten zu aktuellen Themen assoziierter Institutionen und gemeinsam mit anderen medizinischen-wissenschaftlichen Fachgesellschaften erstellte Positionspapiere und Stellungnahmen. Darüber hinaus kommunizierte die DGIM personelle Neuerungen in ihren verschiedenen Gremien. In all diesen Aktivitäten spiegelt sich der integrative Ansatz der DGIM wider: Die Fachgesellschaft nimmt auf diese Weise ihre Position als aktivierendes Organ der Medizin wahr und regt qualitative, strukturelle und prozessorientierte Veränderungen an.

Für das Kalenderjahr 2011 hat die Pressestelle insgesamt 2372 Pressebelege erfasst. Mehr als zwei Drittel der Veröffentlichungen über die DGIM im Jahr 2011 sind in den Publikumsmedien erschienen. Das Interesse der Medien an den Aussagen und Meinungen der DGIM ist damit ungebrochen groß. Ein Schwerpunkt liegt bei regionalen und lokalen Zeitungen, aber auch große überregionale Zeitungen greifen Anliegen und Themen der DGIM auf und berichten umfassend darüber.

Themen öffentlichkeitswirksam platzieren

Zwischen August 2011 und August 2012 verbreitete die DGIM über ihre Pressestelle rund 30 Pressemeldungen. Diese Texte brachte sie über unterschiedliche Kanäle in Umlauf: per Post, Fax und E-Mail, aber auch über Informationsdienste im Internet und verschiedene Online-Kanäle und Social-Media Tools. Zeitgleich wurden die Meldungen auf der Homepage der Gesellschaft unter www.dgim.de (S. S. 11) in der Presserubrik eingestellt. Journalisten haben hier jederzeit die Möglichkeit, sich Informationen wie Texte oder Pressemappen herunterzuladen und sie für ihre Arbeit zu nutzen. Ihre Mitglieder informiert die DGIM zweimonatlich mit einem elektronischen und gedruckten Newsletter: „DGIM aktuell“ berichtet über

die Aktivitäten der Fachgesellschaft und die Innere Medizin betreffende Neuigkeiten. Der Newsletter dient dazu, Mitgliedern auf kurzem Wege und mit kurzen informativen Texten Aktuelles und Neues aus ihrer Gesellschaft zu liefern.

Die Pressestelle der DGIM kommunizierte auch 2011/2012 verschiedene rein medizinisch-internistische Themen, verbunden mit einer Positionierung – etwa zu den Themen Mobilität im Alter, neuen Viren oder der Vorbeugung einer Höhenkrankheit beim Bergwandern. Immer wieder weist die DGIM auch auf Missstände in der Inneren Medizin hin und bietet Lösungsansätze – sei es forschungs- oder gesundheitspolitisch oder auch patientenorientiert. Auf ihrer Jahrespressekonferenz im Februar 2012 in Berlin thematisierte die DGIM die individualisierte Therapie und Überwachung der Herzinsuffizienz. Bereits hier bot die DGIM damit den Medien einen ersten Ausblick auf den bevorstehenden 118. Internistenkongress, dessen Hauptthemen Kongresspräsident Professor Joachim Mössner einleitend vorstellte. Die gut besuchte Veranstaltung wies zudem auf die Bedeutung von Adipositas und Diabetes für die Bevölkerung hin, diskutierte mögliche Lösungsansätze für dieses wachsende Problem und lenkte damit einmal mehr den Blick auf die integrative Funktion der DGIM.

Der Internistenkongress in den Medien

Das Rahmenthema des Internistenkongresses 2012 „Krankheit, Gene und Umwelt“ stand auch im Fokus der den Kongress begleitenden Pressearbeit. Mit 18 Pressemitteilungen informierte die Pressestelle die Medien bereits vor und während des Kongresses über zahlreiche neue wissenschaftliche Erkenntnisse und medizinische Fortschritte in der Behandlung internistischer Patienten. Dadurch lenkte sie die Aufmerksamkeit der Journalisten auf besondere, medienrelevante Aspekte des Kongressprogramms und aktuelle organisatorische Nachrichten und Neuerungen. Dies geschah in Form von Pressemeldungen, durch Kongressnewsletter, Podcasts und in den Mitteilungen der DGIM in deren Organen. Eine Vorab-Pressekonferenz sowie tägliche Pressekonferenzen während des Internistenkongresses boten dem DGIM-

Vorsitzenden und vielen internistischen Experten eine publikumswirksame Plattform.

Der 118. Internistenkongress wurde von der Presse intensiv wahrgenommen: 355 Medienvertreter besuchten die Tagung in den Rhein-Main-Hallen. Dazu gehörten Journalisten der lokalen wie überregionalen Medien, von speziellen und allgemein-medizinischen Fachzeitschriften, von der Tagespresse und Publikumszeitschriften bis hin zu Hörfunk, Fernsehen sowie Nachrichtenagenturen. Die Resonanz in den Medien spiegelt das große Interesse der Öffentlichkeit am Internistenkongress wider: Leitmedien, aber auch regionale Medien griffen die Themen des Kongresses in mehreren Beiträgen auf.

Fester Bestandteil der Pressearbeit der DGIM war auch 2011 das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM. Die Presseveranstaltung zum Thema „Volkskrankheiten wirksam behandeln – Nutzen von Arzneimitteln patientenbezogen bewerten“ besuchten 25 Vertreter der Publikums- und Fachmedien. Die Pressestelle der DGIM machte unter anderem durch Meldungen auf die Themenschwerpunkte des Symposiums aufmerksam. Darüber hinaus konnten die Korporativen Mitglieder der DGIM auch während des Internistenkongresses im Frühjahr 2012 ihre Anliegen auf einer eigenen Pressekonferenz zum Thema „Chance Epigenetik? Krebs und Diabetes mit epigenetischen Therapien und Technologien behandeln“ transportieren.

Außendarstellung und Soziale Netze

Mit wachsendem Erfolg bringt sich die DGIM aktiv in das „social web“ ein und beteiligt sich täglich an verschiedenen Plattformen, die den Aufbau sozialer Netzwerke zu verschiedensten Themen ermöglichen. Nach wie vor nimmt sie hier eine Vorreiterstellung ein als eine der wenigen Institutionen dieser Art, die sich gezielt für diese zeitgemäße Alternative der Kommunikation und des Außenauftritts entschieden haben. Auf dem 118. Internistenkongress fand in diesem Zusammenhang ein Treffen mit Internisten statt, die sich an der Pflege der DGIM-Fanseite sporadisch beteiligen möchten.

Die DGIM erreicht mit ihren verschiedenen pressewirksamen Maßnahmen sämtliche wichtigen Medienvertreter, Meinungsführer und Multiplikatoren im gesamten deutschsprachigen Raum. Die regelmäßige umfangreiche Berichterstattung über Anliegen und Positionen der DGIM ist auch in den letzten zwölf Monaten ein Beleg für die Relevanz ihrer Themen und ihre mediale Präsenz. Insgesamt konnte sie im Jahr 2011 allein über die Berichterstattung in den Printmedien rund 148 Millionen Kontakte generieren.

Anne-Katrin Döbler, Stuttgart

Anna Julia Voormann, Stuttgart



Arztzahlen in Deutschland 2010 und 2011 im Vergleich*

Gesamtzahlen	2010	2011	Δ in %
In den Landesärztekammern gemeldete Ärztinnen und Ärzte	439 090	449 409	+2,4%
Aktiv beruflich tätige Ärztinnen und Ärzte	333 599	342 063	+2,5%
Ärztinnen und Ärzte ohne aktive ärztliche Tätigkeit	105 491	107 346	+1,8%
Zahl der arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte	2 408	2 376	-1,3%
• Arbeitslosenquote	0,7%	0,7%	
Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte	25 316	28 355	+12,0%
Tätigkeitsbereiche			
Im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte	163 629	169 840	+3,8 %
• Anteil an der Gesamtzahl der aktiv tätigen Ärztinnen und Ärzte	49,1 %	49,7 %	
Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte	141 461	142 855	+1,0%
Zahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte	16 776	18 843	+12,3%
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	124 685	124 012	-0,5%
In Behörden/Körperschaften/sonstigen Bereichen tätige Ärztinnen und Ärzte	28 506	29 368	+3,0%
Migration			
Zahl der ursprünglich in Deutschland tätigen und ins Ausland emigrierten Mediziner	3 241	3 410	+5,2%
davon beträgt der Anteil der deutschen Ärztinnen und Ärzte	68,7%	68,6%	
beliebteste Auswanderungsländer			
• Schweiz	736	715	-2,9%
• Österreich	314	302	-3,9%
• USA	182	183	
• Großbritannien	113	136	+20,4%
Zuwanderung:			
Anteil der Ausländer an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern	22,0 %	27,6%	
Wachstumsrate der Anzahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind	12,2%	16,6%	
Anteil der Ärztinnen			
an der Zahl der aktiv beruflich tätigen Medizinerinnen und Mediziner	43,0%	43,8%	
an der Zahl der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte	44,5%	45,3%	
an der Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte	39,8%	40,4%	
an der Zahl der arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte	63,4%	64,7%	
Anteil an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern	58,7%	56,9%	

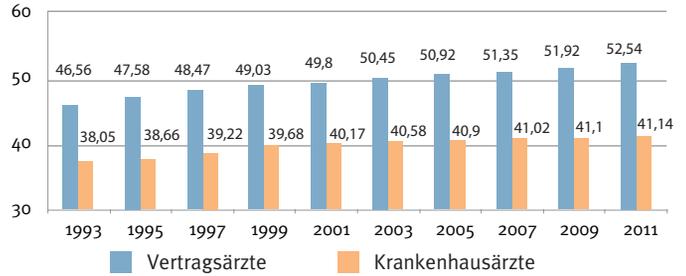
*Quelle: Statistik der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Aus der BÄK: Kein Widerspruch – Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen

Der medizinische Fortschritt bedingt mehr Leistungen, weil früher nicht bekannte oder mögliche Eingriffe, Untersuchungen und Therapiemethoden mit zunehmendem Fortschritt durchführbar geworden sind. Dies erfordert mehr Personal. Zugleich ziehen auch die demografischen Veränderungen erhebliche Auswirkungen nach sich. So ist der Anteil der über 59-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 1991 bis heute um ein Fünftel gestiegen. Infolgedessen hat die Behandlungsintensität erheblich zugenommen. Hinzu kommt, dass die demografische Entwicklung längst auch die Ärzteschaft selbst erfasst hat, wie die Ärztestatistik (s. Abb. rechts oben) zeigt. Das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis nimmt stetig zu.

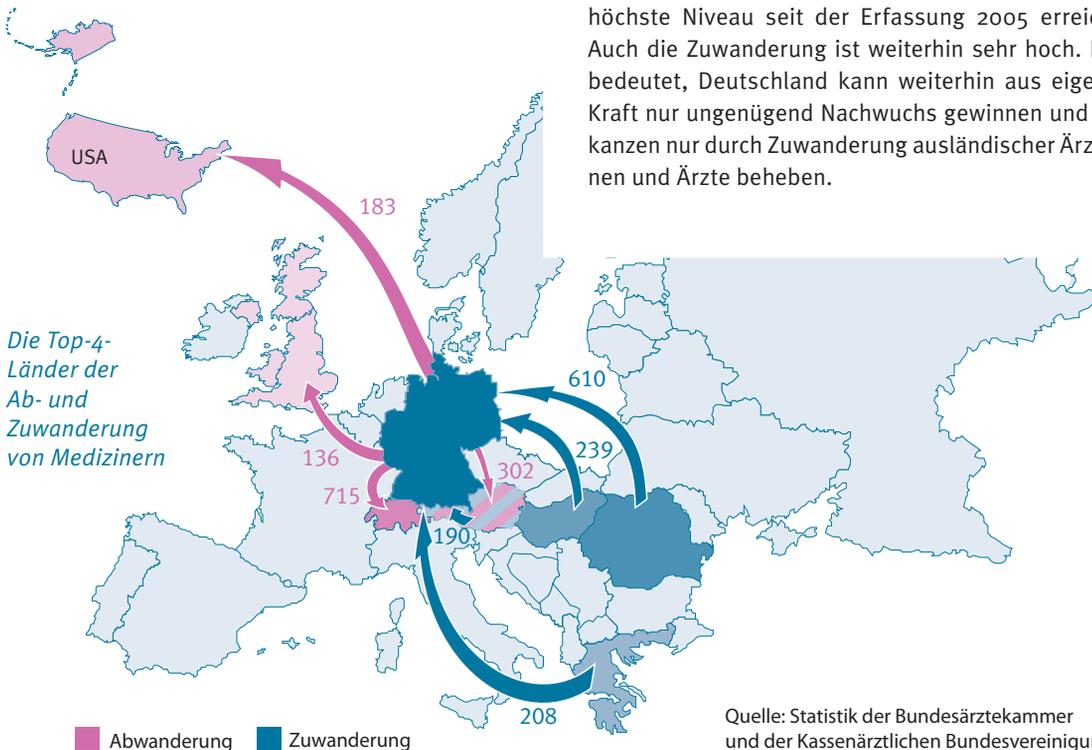
Einen weiteren Grund für den Arztstundenmangel verdeutlicht die Ärztestatistik ebenfalls: Die Medizin wird weiblich. Die wachsende Zahl von Medizinern ist vor allem auf die erhöhte Zahl von Ärztinnen zurückzuführen. Stellen sie sich auch familiären Aufga-

Altersdurchschnitt



ben, bedeutet dies, dass sie zeitweise weniger Arbeit pro Zeiteinheit zur Verfügung stellen können. Aber auch junge Ärzte suchen nach einer neuen Work-Life-Balance. Das alles bedeutet eine gewaltige Veränderung des zur Verfügung gestellten Arbeitsvolumens. Hinzu kommen gesetzliche Veränderungen wie das neugefasste Arbeitszeitgesetz.

Zudem verharrt die Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten auf hohem Niveau. 2011 wurde das bisher höchste Niveau seit der Erfassung 2005 erreicht. Auch die Zuwanderung ist weiterhin sehr hoch. Das bedeutet, Deutschland kann weiterhin aus eigener Kraft nur ungenügend Nachwuchs gewinnen und Vakanzen nur durch Zuwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte beheben.



Quelle: Statistik der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Professor Dr. med. Karl Heinz Rahn, Präsident der AWMF

Aus der AWMF

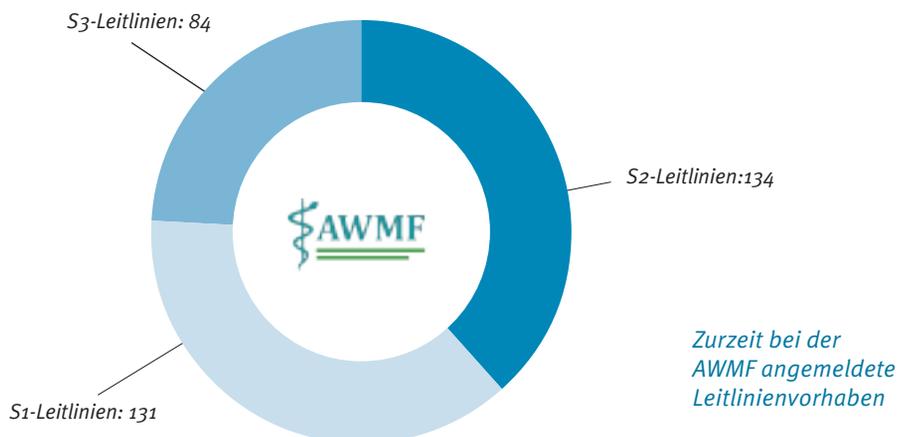
Weiterhin hohes Interesse an der Erstellung und Aktualisierung von Leitlinien

Auf Grund einer Empfehlung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fördert und koordiniert die AWMF seit 1995 die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Die AWMF berät und unterstützt medizinische Fachgesellschaften bei der Erstellung von Leitlinien. Sie klassifiziert die Leitlinien in drei Stufen. Die hochwertigsten Leitlinien sind die S₃-Leitlinien, deren wesentliche Aussagen evidenzbasiert sind und die im Konsens mehrerer Fachgesellschaften erstellt sind. Die S₂-Leitlinien sind entweder evidenzbasiert (S_{2e}) oder konsensusbasiert (S_{2k}). Die S₁-Leitlinien sind dagegen Empfehlungen von Expertengruppen. Zurzeit befinden sich im Leitlinienregister der AWMF 110 S₃-Leitlinien, 122 S₂-Leitlinien und 455 S₁-Leitlinien. Die AWMF ist ständig bemüht, gemeinsam mit den Fachgesellschaften bestehende Leitlinien entsprechend dem wissenschaftlichen Fortschritt zu aktualisieren. Die Arbeit im Leitlinienbereich hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Zurzeit sind zahlreiche Leitlinienvorhaben bei der AWMF angemeldet (s. Abbildung).

Hochschulambulanzen unverzichtbar für Forschung, Lehre und Weiterbildung

Die Verlagerung von Krankenversorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor hat Konsequenzen für Forschung, Lehre und Weiterbildung in den Medizinischen Fakultäten und in den Universitätsklinikum. Dadurch gewinnen Hochschulambulanzen zunehmend an Bedeutung. Nach § 117 Sozialgesetzbuch V ist der Zulassungsausschuss verpflichtet, auf Antrag Hochschulambulanzen zur ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang zu ermächtigen. Zu einer besseren Nutzung der Hochschulambulanzen hat die AWMF Empfehlungen erarbeitet.

- Medizinische Fakultäten und Universitätsklinikum müssen ihren Rechtsanspruch auf Ermächtigung zur ambulanten ärztlichen Behandlung durchsetzen.
- Die Patienten müssen unabhängig von einer Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt einen direkten Zugang zu den Hochschulambulanzen haben.
- Die Einrichtung von Ambulanzportalen ist für jedes Universitätsklinikum empfehlenswert. Von diesen Ambulanzportalen können die Patienten gezielt zu den jeweiligen Spezialambulanzen weitergeleitet werden.



Preisausschreibungen der DGIM 2013

Theodor-Frerichs-Preis 2013

Der Preis wird von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für die beste vorgelegte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin verliehen. **Er ist mit 30 000 Euro dotiert.**

Die Arbeit in deutscher oder englischer Sprache darf in der vorliegenden Form nicht vor dem 15. Oktober 2011 veröffentlicht worden sein. Sie darf nicht zeitgleich an einem ähnlichen Wettbewerb teilnehmen oder bereits mit einem entsprechenden Preis ausgezeichnet worden sein. Das Alter des Verfassers sollte 40 Jahre nicht überschreiten. Bewerber müssen Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin sein. An der Arbeit können auch mehrere Autoren beteiligt sein. In diesem Falle wird erwartet, dass sich die Arbeitsgruppe auf einen Wissenschaftler einigt, der als persönliche Bewerberin oder persönlicher Bewerber auftritt.

Bewerbung:

Bewerber werden gebeten, ihre Arbeit in fünffacher Ausfertigung unter Angabe eines Kurztitels, der Anschrift, des Geburtsdatums, eines kurzen Curriculum vitae sowie unter Beifügung einer einseitigen Zusammenfassung einzureichen an den

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch
Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden

Die Bewerbungsfrist für den Theodor-Frerichs-Preis 2013 endet am **15.10.2012**.

Die Verleihung des Preises erfolgt anlässlich der Eröffnungsfeier der 119. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 7. April 2013 in Wiesbaden. Die Bewerber werden gebeten, an der festlichen Abendveranstaltung im Kurhaus Wiesbaden teilzunehmen.

Präventionspreis Innere Medizin 2013

In Fortsetzung des von Herrn Prof. Dr. med. Dieter Klaus gestifteten Präventionspreises verleiht die Deutsche Stiftung Innere Medizin gemeinsam mit der DGIM diesen Preis für die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit in deutscher oder englischer Sprache auf dem Gebiet der Primär- und Sekundärprävention innerer Erkrankungen. Für den Preis werden Originalarbeiten aus **allen Ebenen der klinischen Forschung** von der grundlagenorientierten über die patientenorientierte Forschung bis hin zur Versorgungsforschung in Betracht gezogen. Die Erarbeitung **neuer genetischer, molekular- oder zellbiologischer Parameter**, die in Zukunft möglicherweise zur Prävention nützlich sein können, ebenso wie **epidemiologische Studien**, die Ansätze zur Prävention eröffnen, oder **Interventionsstudien**, die solche Ansätze umzusetzen versuchen, stellen geeignete Themen dar, aber es können auch **andere Aspekte der Prävention** vorgeschlagen werden.

Der Preis ist mit 10 000 Euro dotiert.

Die Arbeit darf in der vorliegenden Form oder in ihrem wesentlichen Inhalt zum Zeitpunkt der Einreichung für die Bewerbung um den Präventionspreis nicht vor dem 15. November 2011 veröffentlicht worden sein, und diese darf nicht an einem ähnlichen Wettbewerb teilgenommen haben.

An der Arbeit können mehrere Autoren beteiligt sein. In diesem Falle wird erwartet, dass sich die Arbeitsgruppe auf einen Wissenschaftler einigt, der als Bewerber für die Arbeitsgruppe auftritt.

Bewerbung:

Bewerber werden gebeten, ihre Arbeit in fünffacher Ausfertigung unter Angabe eines Kurztitels, der Anschrift, des Geburtsdatums, eines kurzen Curriculum vitae sowie unter Beifügung einer einseitigen Zusammenfassung einzureichen an den

Vorsitzenden des Stiftungskuratoriums der Deutschen
Stiftung Innere Medizin

Herrn Prof. Dr. med. Manfred Weber
Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden

Die Bewerbungsfrist für den Präventionspreis 2013 endet am **15.11.2012**. Die Verleihung des Preises erfolgt während der 119. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2013 in Wiesbaden.

Vorstand und Geschäftsführung

Die Wahlen zum Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin fanden anlässlich der Sitzungen von Vorstand und Ausschuss und der ordentlichen Mitgliederversammlung während des 118. Jahreskongresses in Wiesbaden 2012 statt. Satzungsgemäß ist der bisherige 1. stellv. Vorsitzende Professor Lehnert, Lübeck, aus dem Vorstand ausgeschieden. Neu in den Vorstand gewählt wurde Herr Professor Hallek.

1



2



3



4



5



6



7



8



Vorstand

- 1 Prof. Dr. med. E. Märker-Hermann (Wiesbaden), Vorsitzende
- 2 Prof. Dr. med. J. Mössner (Leipzig), 1. stellv. Vorsitzender
- 3 Prof. Dr. med. M. Manns (Hannover), 2. stellv. Vorsitzender
- 4 Prof. Dr. med. M. Hallek (Köln), 3. stellv. Vorsitzender
- 5 Prof. Dr. med. Dr. h.c. U. R. Fölsch (Kiel), Generalsekretär
- 6 Prof. Dr. med. R. Raedsch (Wiesbaden), Kassenführer

Geschäftsführung

- 7 RA M. G. Broglie (Wiesbaden), Geschäftsführer
- 8 Dipl.-Kffr. Ourania Menelaou (Wiesbaden), stellv. Geschäftsführerin

Gremien der DGIM

Die Wahlen zu den Gremien der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin fanden anlässlich der Sitzungen von Vorstand und Ausschuss und der ordentlichen Mitgliederversammlung während des 118. Jahreskongresses in Wiesbaden 2012 statt.

Ausschuss

Von der DGIM gewählte Mitglieder im Ausschuss

Prof. Dr. M. Böhm (Homburg/Saar)
 Prof. Dr. M. Borggrefe (Mannheim)
 Prof. Dr. G. R. Burmester (Berlin)
 Prof. Dr. N. Frickhofen (Wiesbaden)
 Prof. Dr. G. Hasenfuß (Göttingen)
 Prof. Dr. B. Hertenstein (Bremen)
 Prof. Dr. M. Lerch (Greifswald)
 Prof. Dr. D. Lüttje (Osnabrück)
 Prof. Dr. J. F. E. Mann (München)
 Prof. Dr. W.-J. Mayet (Sanderbusch)
 Prof. Dr. U. Müller-Ladner (Bad Nauheim)
 Prof. Dr. D. Müller-Wieland (Hamburg)
 Prof. Dr. L. C. Rump (Düsseldorf)
 Prof. Dr. B. Salzberger (Regensburg)
 Prof. Dr. K. L. Schulte (Berlin)
 Prof. Dr. M. Stumvoll (Leipzig)
 Prof. Dr. H. Tilg (Hall/Tirol)
 Prof. Dr. L. Trümper (Göttingen)
 Prof. Dr. C. Vogelmeier (Marburg)
 Prof. Dr. G. Walz (Freiburg)

Repräsentanten der Schwerpunkte der Inneren Medizin

Prof. Dr. S. Schellong (Dresden), Angiologie
 Prof. Dr. K. Mann (Essen), Endokrinologie
 Prof. Dr. F. Lammert (Homburg), Gastroenterologie
 Prof. Dr. C. Sieber (Nürnberg), Geriatrie

Prof. Dr. A. Neubauer (Marburg), Hämatologie und Onkologie
 Prof. Dr. W. V. Kern (Freiburg), Infektiologie
 Prof. Dr. H. P. Kierdorf (Braunschweig), Intensivmedizin
 Prof. Dr. M. Kelm (Düsseldorf), Kardiologie
 Prof. Dr. R. Brunkhorst (Hannover), Nephrologie
 Prof. Dr. M. Pfeifer (Donaustauf), Pneumologie
 Prof. Dr. W. L. Gross (Lübeck), Rheumatologie

Repräsentant des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI)

Dr. W. Wesiack (Hamburg)

Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)

Prof. Dr. E. Bategay (Zürich)

Vertreter der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM)

Univ. Prof. Dr. H. Watzke (Wien)

Sprecher der Korporativen Mitglieder

Dr. Dipl.-Ing. F.-J. Wingen (Leverkusen),
 Bayer Vital GmbH

Sprecher der Young Internists

Dr. A. Müller-Marbach (Düsseldorf)

Komitee Theodor-Frerichs-Preis 2013



Prof. Dr. M. Zeitz (Berlin),
Vorsitzender
Prof. Dr. G. Nickenig (Bonn)
Prof. Dr. A. Neubauer (Marburg)
Prof. Dr. N. Suttorp (Berlin)
Prof. Dr. G. Walz (Freiburg)

Komitee Präventionspreis Innere Medizin 2013



Prof. Dr. M. Weber (Köln),
Vorsitzender
Prof. Dr. M. Böhm (Homburg/
Saar)
Prof. Dr. W. Hiddemann
(München)
Prof. Dr. D. Klaus (Dortmund)
Prof. Dr. C. Vogelmeier
(Marburg)

Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung



Prof. Dr. M. Hallek (Köln),
Vorsitzender
Prof. Dr. R. Brunkhorst (Hannover)
Prof. Dr. A. Creutzig (Hannover)
Prof. Dr. K.-M. Derwahl (Berlin)
Prof. Dr. U. Janssens (Eschweiler)
Prof. Dr. W. V. Kern (Freiburg)
Prof. Dr. M. Lerch (Greifswald)
Prof. Dr. H. Link (Kaiserslautern)
Dr. M. Meisel (Dessau)
Prof. Dr. M. Pfeifer (Regensburg)
Prof. Dr. M. Sigmund (Wiesbaden)
Prof. Dr. J. Wollenhaupt (Hamburg)

Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie



Prof. Dr. G. Hasenfuß
(Göttingen), Vorsitzender
Prof. Dr. S. Andreas
(Immenhausen)
Prof. Dr. H. Klein (Bochum)
Prof. Dr. J. Mössner (Leipzig)
Prof. Dr. G. Anton Müller
(Göttingen)
Prof. Dr. U. Sechtem (Stuttgart)
Prof. Dr. L. Trümper (Göttingen)

Kommission Struktur-Krankenversorgung



Prof. Dr. P. M. Schumm-Draeger
(München-Bogenhausen),
Vorsitzende
Prof. Dr. M. Freund (Rostock)
Prof. Dr. G. Hasenfuß (Göttingen)
Prof. Dr. K. Mann (Essen)
Prof. Dr. M.P. Manns (Hannover)
Prof. Dr. N. Suttorp (Berlin)
Prof. Dr. M. Weber (Köln)
Prof. Dr. B. Wiedenmann (Berlin)

Kommission Wissenschaft-Nachwuchsförderung



Prof. Dr. F. Lammert (Homburg),
Vorsitzender
Dr. A. Althoff (Bad Homburg)
Prof. Dr. C. Espinola-Klein (Mainz)
Prof. Dr. G. Fätkenheuer (Köln)
PD Dr. J. Hampe (Kiel)
Prof. Dr. S. Harendza (Hamburg)
Dr. B. F. Hoyer (Berlin)
Prof. Dr. R. Knöll (Göttingen/
London)
Prof. Dr. N. Malek (Tübingen)
Prof. Dr. E. Mischak-Weissinger
(Hannover)
Prof. Dr. G. Nickenig (Bonn)
Prof. Dr. M. Schott (Düsseldorf)
Prof. Dr. E. Schulze-Lohoff
(Duisburg)

Task Force Geriatrie



Prof. Dr. H. Lehnert (Lübeck),
Vorsitzender
Prof. Dr. W. Hiddemann (München)
Prof. Dr. T. Kucharzik (Lüneburg)
Prof. Dr. W. Mayet (Sanderbusch)
Prof. Dr. N. Marx (Aachen)
Prof. Dr. P. Nawroth (Heidelberg)
Prof. Dr. C. Sieber (Nürnberg)
Dr. W. Wesiack (Hamburg)

Task Force Internistische Intensiv- und Notfallmedizin



Prof. Dr. T. Welte (Hannover),
Vorsitzender
Prof. Dr. R. Brunkhorst (Hannover)
Prof. Dr. M. Buerke (Halle/Saale)
Priv.-Doz. Dr. Dr. M. Ferrari (Jena)
Prof. Dr. G. Hasenfuß (Göttingen)
Dr. H. J. Heppner (Nürnberg)
Prof. Dr. U. Janssens (Eschweiler)
PD Dr. P. Kern (Bad Brückenau)
Prof. Dr. H. Messmann (Augsburg)
Dr. S. Rosseau (Berlin)
Prof. Dr. J. Schopohl (München)
Prof. Dr. K.-L. Schulte (Berlin)
Prof. Dr. N. Suttorp (Berlin)
Prof. Dr. C. Trautwein (Aachen)

Task Force Transition

Prof. Dr. M. Reincke (München)
Prof. Dr. B. Siegmund (Berlin)
Prof. Dr. T. Welte (Hannover)

Wissenschaftlicher Beirat der DGIM e.Akademie:



Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Fölsch
(Kiel), Vorsitzender
Dr. Mariam Abu-Tair (Bielefeld)
Dr. André Althoff, MBA (Gießen)
PD Dr. Alexander Arlt (Kiel)
Prof. Dr. Klaus Dalhoff (Lübeck)
PD Dr. Julia Holle
(Bad Bramstedt/Lübeck)
Prof. Dr. Wolfram Jabs (Berlin)
Prof. Dr. Martin Möckel (Berlin)
Dr. Felix Rockmann (Regensburg)
Prof. Dr. Petra Schumm-Draeger
(München)
Dr. Katrin Singler (Nürnberg)

Impressum

Herausgeber

Herausgegeben für die Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin (DGIM) e.V. von
Professor Dr. med. Ulrich R. Fölsch
Generalsekretär
Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden

Redaktion

Pressestelle der DGIM
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart

Grafik und Layout

Thieme Verlagsgruppe

Titelbild

Friedenssäule an der St. Nikolai Kirche,
Leipzig, Andreas Schmidt, Leipzig Tourismus
und Marketing GmbH

Fotos

privat, DGIM/Sven Bratulic (S.5, 9, 11 rechts,
12f., 16, 31, 33, 34 rechts, 35–39), Dynamic
Graphis (S.28), Fotolia (S.10, 21f., 27, 30, 40f.),
Shutterstock (S.24), Thieme Verlagsgruppe/
Kirsten Oborny (S.26)

Druck

Druckerei Raisch GmbH + Co. KG, Reutlingen

Beauftragter der Korporativen Mitglieder

Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch (Kiel)

Sprecher der Korporativen Mitglieder

Dr. Dipl.-Ing. F.-J. Wingen (Leverkusen), Vorsitzender,
Bayer Vital GmbH

Dr. W. Wiegers (Stuttgart), Georg Thieme Verlag KG
NN

Delegierte AWMF

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher
Medizinischer Fachgesellschaften

Prof. Dr. K. H. Rahn (Münster), Vorsitzender

Prof. Dr. J. Floege (Aachen)

Prof. Dr. Dr. h.c. U. R. Fölsch (Kiel)

*Delegierte in die DRG Fachkommission
AWMF/BÄK*

Prof. Dr. H. Ostermann (München)

Delegierte DIVS

*Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerz-
therapie*

Prof. Dr. Ch. Baerwald (Leipzig)

Prof. Dr. E. Heidemann (Stuttgart)

PD Dr. A. Rühl (München)

Delegierte DNVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung

PD Dr. F. Moosig (Bad Bramstedt/Lübeck)

Prof. Dr. K. Parhofer (München)

Delegierte DSG

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft

Prof. Dr. R. E. Kolloch (Bielefeld)

Delegierte EFIM

European Federation of Internal Medicine

Prof. Dr. J. Köbberling (Wuppertal)

Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger (München)

Delegierte ÖGIM

Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin

Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger (München)

Kuratorium MEDICA

Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch (Kiel)

Ehrenmitglieder

Prof. Dr. Felix Anschutz (Darmstadt)

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Meinhard Classen
(Reith b. Kitzbühel, AT)

Oberbürgermeister a.D. Hildebrand Diehl (Wiesbaden)

Prof. Dr. Dr. h.c. Volker Diehl (Köln)

Prof. Dr. Karl-Max Einhäupl (Berlin)

Prof. Dr. Albrecht Encke (Frankfurt am Main)

Prof. Dr. Dres h.c. Konrad Federlin (Gießen)

Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch (Kiel)

Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Gerok (Freiburg)

Prof. Dr. Heiner Greten (Hamburg)

Prof. Dr. Dieter L. Heene (Mannheim)

Prof. Dr. Alan Hofmann (La Jolla, USA)

Prof. Dr. habil. Dietfried Jorke (Jena)

Prof. Dr. Johannes Köbberling (Wuppertal)

Prof. Dr. Karl Martin Koch (Hannover)

Prof. Dr. Dr. h.c. Kurt Kochsiek (Würzburg)

Prof. Dr. Rainer E. Kolloch (Bielefeld)

Prof. Dr. Dieter Lohmann (Leipzig)

Prof. Dr. Hellmut Mehnert (Krailling)

Prof. Dr. Jürgen Meyer (Mainz)

Prof. Dr. Dr. Karl-Hermann Meyer zum Büschenfelde
(Berlin)

Prof. Dr. Stephen O’Rahilly (Cambridge, GB)

Prof. Dr. Karl Heinz Rahn (Münster)

Prof. Dr. Dr. h.c. Sotirios A. Raptis (Athen, GR)

Prof. Dr. Gerhard Riecker (Großhesselohe)

Prof. Dr. Jürgen Ferdinand Riemann (Ludwigshafen)

Prof. Dr. Helmut Schmidt (Wiesbaden)

Prof. Dr. Dr. h.c. Paul Schölmerich (Mainz)

Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Peter C. Scriba (München)
 Prof. Dr. Sc. Dr. h.c. Konrad Seige (Lieskau)
 Prof. Dr. Peter M. Suter (Presigne, CH)
 Prof. Dr. Klaus-Henning Usadel (Frankfurt am Main)
 Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Hugo K. Van Aken (Münster)
 Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen van de Loo (Münster)
 Prof. Dr. Peter von Wichert (Hamburg)
 Prof. Dr. Hans-Dierck Waller (Tübingen)
 Prof. Dr. Thomas R. Weihrach (Düsseldorf)
 Dr. Harthmut Weinholz (Berlin)
 Prof. Dr. Egon Wetzels (Bernau am Chiemsee)
 Prof. Dr. Klaus Wilms (Würzburg)
 Prof. Dr. Nepomuk Zöllner (München)
 Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Harald zur Hausen (Heidelberg)

Korporative Mitglieder

Abbott GmbH & Co KG, Wiesbaden
 Dr. Stefan Simianer
www.abbott.de

Astra Zeneca GmbH, Wedel
 Dr. Kristian Löbner
www.astrazeneca.de

Bayer Vital GmbH, Leverkusen
 Dr. Dipl.-Ing. Franz-Josef Wingen
www.bayer.de

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co KG, Ingelheim
 Dr. Holger J. Geldermann
www.boehringer-ingelheim.de

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
 Norbert Froitzheim, Victor Oehm
www.aerzteverlag.de

Fresenius Medical Care Deutschland GmbH, Bad Homburg v.d.H.
 Gunther Klotz
www.fmc-ag.de

Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
 Dr. Wolfram Wiegers
www.thieme.de

GlaxoSmithKline GmbH & Co KG, München
 Prof. Dr. Torsten Strohmeyer
www.glaxosmithkline.de

MSD Sharp & Dhome GmbH, Haar
 Dr. Thomas Lang
www.msd.de

m:con – mannheim:congress GmbH, Mannheim
 Michel Maugé
www.mcon-mannheim.de

Novo Nordisk Pharma GmbH, Mainz
 Dr. Fabian Schmidt
www.novonordisk.de

Nycomed GmbH, Konstanz
 Dr. Wolfgang Gessele
www.nycomed.de

Pfizer Pharma GmbH, Berlin
 Dr. Oliver Flückinger
www.pfizer.de

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
 Dr. Berndt von Stritzky
www.sanofi.de

Siemens AG
 Dr. Michael Meyer
www.siemens.de

Springer Verlag GmbH, Heidelberg
 Dr. Paul Herrmann
www.springer.com

UpToDate, Niederlande
 Birthe Ostermann
www.uptodate.com



DGIM-Handbuch 2012

2. überarbeitete und aktualisierte Neuauflage
"Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin"



Handbuch zur optimalen Planung des eigenen Weiterbildungsweges auf Grund der vorgegebenen Möglichkeiten und Anforderungen im Gebiet Innere Medizin.

- Enthält umfassende Informationen über das gesamte Spektrum der internistischen Weiterbildung in Deutschland
- Wegweiser zur optimalen Strukturierung der eigenen Weiterbildung
- Detaillierte Übersicht über das Berufsbild Internist und seine Schwerpunkte (Muster-WBO)
- Rasche Informationsfindung mittels einer Reihe von Checklisten, Grafiken und Tabellen zur internistischen Weiterbildung, deren Dauer, Inhalte, Stufen und die Bedeutung von Richtlinien, Fristen, Logbüchern und Facharzt-kompetenzen

***Mitglieder** (Mitgliedsnummer angeben) und Studenten (Studentenausweis bitte per Fax an: 0611-205 804 036) können das Handbuch kostenlos anfordern (info@dgim.de).

Nur solange der Vorrat reicht. Weitere Informationen zum Thema Weiterbildung und Nachwuchsförderung erhalten sie unter www.dgim.de

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. zum

01.01.20..... 01.07.20..... (1/2 Jahresbeitrag)

Name: Vorname: männlich weiblich
Titel: Geb.-Datum: BDI-Mitglied: Ja Nein

Privatanschrift:

Straße: PLZ: Ort:
E-Mail: Telefon:
Mobil: Fax:

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis:
Straße: PLZ: Ort:
E-Mail: Telefon:

Anschrift für Aussendungen/Zeitschriften: Privatanschrift Dienstanschrift

Berufliche Position (Dienststellung) in Praxis/ MVZ/ Ambulanz*

- | | | | | |
|--|--|---|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Direktor | <input type="checkbox"/> Chefarzt | <input type="checkbox"/> Leitender Arzt | <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt / MVZ | 240,00 € |
| <input type="checkbox"/> Partner Gemeinschaftspraxis / MVZ – ohne Medien-/Zeitschriftenbezug | | | | 180,00 € |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in Praxis / MVZ | | | | 180,00 € |
| <input type="checkbox"/> Oberarzt | | | | 180,00 € |
| <input type="checkbox"/> Arzt oder | <input type="checkbox"/> Assistenzarzt mit Facharztanerkennung | | | 120,00 € |
| <input type="checkbox"/> Arzt oder | <input type="checkbox"/> Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzt | | | 95,00 € |

(* Änderungen zu meinem Status teile ich der DGIM mit.)

Weiterbildung (WB) und Qualifikation

	in WB zum Facharzt**	bereits Facharzt für
Innere und Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin und Geriatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** voraussichtlicher Abschluss:

Zusatzweiterbildung (falls vorhanden) z. B. internistische Intensivmedizin:

Einzugsermächtigung (nur mit deutscher Bankverbindung möglich)

Ich ermächtige die DGIM e.V., den Jahresbeitrag von meinem Konto einzuziehen:
(Diese Ermächtigung hat so lange Gültigkeit, bis sie der DGIM gegenüber schriftlich widerrufen wird.)

Bank: BLZ: Konto-Nr.:

Ort, Datum Unterschrift

Antrag auf Mitgliedschaft bitte zurücksenden an: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V., Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden, Telefon: 0611 / 205 804 0-0, Fax: 0611 / 205 804 046, E-Mail: info@dgim.de, Homepage: www.dgim.de.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliederdaten elektronisch erfasst, aktualisiert und für Leistungen im Rahmen der Mitgliedschaft genutzt werden.



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

Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611 2058040-0
Fax: 0611 2058040-46
E-Mail: info@dgim.de
Internet: www.dgim.de