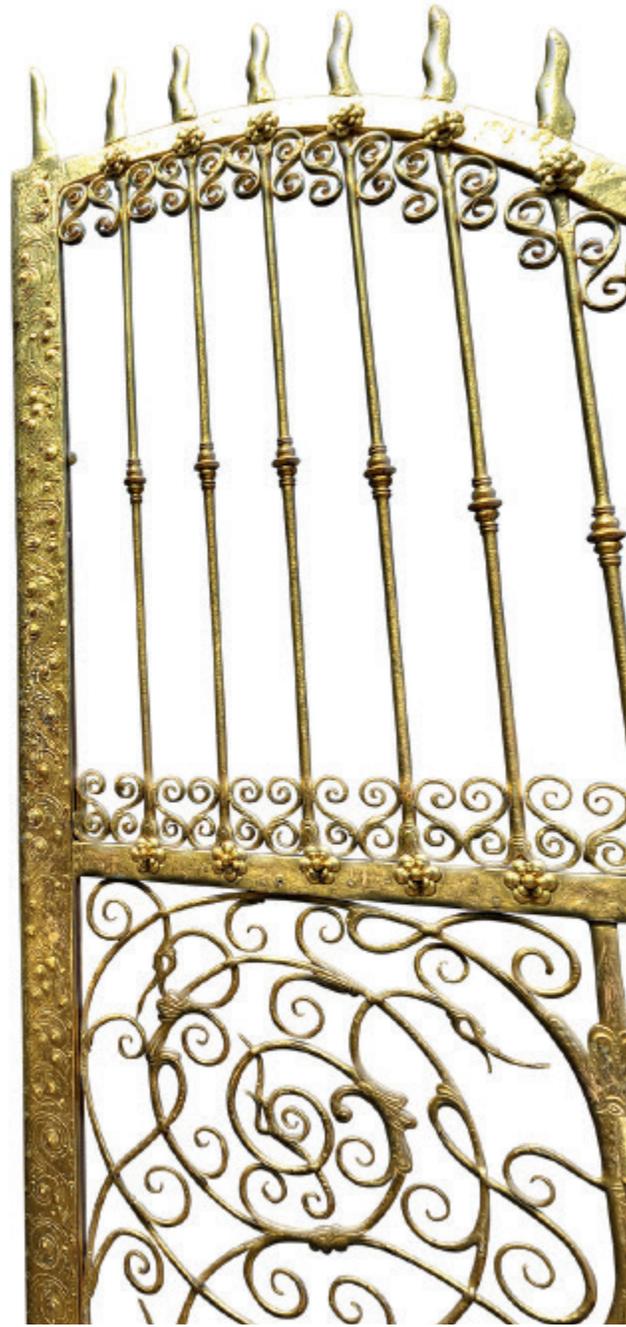


Jahresbroschüre der DGIM 2014



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.



Jahresbroschüre der DGIM 2014

Inhalt

Editorial	4
Die DGIM – Wer wir sind, wofür wir uns einsetzen	5
Porträt des DGIM-Vorsitzenden 2014/2015 Professor Dr. med. Michael Hallek	9
DGIMs elektronische Welt	10
Fit für den Alltag – Fort- und Weiterbildung	12
Medica Education Conference 2014 DGIM als starker Partner der MEDICA	15
Interview mit dem Vorsitzenden und dem Generalsekretär	16
DGIM-Stellungnahmen 2013/2014	20
Neues aus den Kommissionen und Task Forces	22
Interview zur DGIM-Studie „Ärzte – Manager 2013“	31
An morgen denken – Nachwuchsförderung der DGIM	34
Rückblick auf den 120. Kongress der DGIM	36
Ehrungen und Preise der DGIM 2014	38
Ehrenmitgliedschaft in der DGIM	44
Der 8. Patiententag der DGIM	45
Korporative Mitglieder – Partner in Industrie und Gesundheitswirtschaft	46
Öffentlichkeitsarbeit für die Innere Medizin	48
Ärzttestatistik der BÄK	50
Aus der AWMF	51
Preisausschreibungen der DGIM 2015	52
Vorstand und Geschäftsführung	53
Gremien der DGIM	54
Impressum	58

DGIM 2013/2014 auf einen Blick

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ist mit ihren mehr als 23 000 Mitgliedern die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in Europa 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 App „Mobile Leitlinien Innere Medizin“, die Handlungswege empfiehlt und Entscheidungen bei komplexen medizinischen Sachverhalten erleichtert.

- 8500 Fachleute besuchen den 120. Internistenkongress mit seinen rund 500 Sitzungen und Fortbildungskursen sowie 300 ausgestellten Postern.
- Über 20 800 Internisten haben die Leitlinien-App der DGIM „Mobile Leitlinien Innere Medizin“ bereits heruntergeladen.
- 5 Positionspapiere und 29 Pressemeldungen beziehen Stellung zu aktuellen gesundheitspolitischen oder wissenschaftlichen Fragestellungen.
- 27 Wissenschaftler zeichnet die DGIM aus, mit 258 Stipendien unterstützt sie Ärztinnen und Ärzte, etwa für das europäische Austauschtreffen junger Internisten, ESIM, oder mit der Anreise zum Kongress. Insgesamt werden 129 760 Euro Fördersumme vergeben.
- Die gut 300 zum Kongress angenommenen Abstracts und Poster sind digital als Supplement der Fachzeitschrift „Der Internist“ unter www.springerlink.com veröffentlicht.
- 246 Kongressvorträge zeichnet die DGIM auf und stellt sie mit begleitenden Informationen online zur Verfügung.
- 120 Mal fand der Internistenkongress größtenteils in Wiesbaden statt – aufgrund des Umbaus der Rhein-Main-Hallen wechselt der Standort nun vorerst in das Congress Center Rosengarten in Mannheim.
- Mit den DGIM-Gesellschaftsausgaben der „DMW“ und der Zeitschrift „Der Internist“ erhalten die Mitglieder komprimiert, systematisch und praxisnah einen aktuellen Überblick aus allen 11 Schwerpunkten bzw. assoziierten Fächern der Inneren Medizin.
- 65 Fortbildungsveranstaltungen bietet die DGIM unter ihrer Schirmherrschaft an.
- Über die Hälfte der DGIM-Mitglieder – 55 Prozent – sind in der ärztlichen Weiterbildung.
- An 35 evidenzbasierten, fachübergreifenden Leitlinien arbeitet die DGIM derzeit mit.

Editorial

*Liebe Mitglieder,
liebe Leserin, lieber Leser,*

ein Meilenstein des abgelaufenen Berichtjahres war zweifellos der von Michael P. Manns aus Hannover gestaltete Jahreskongress unter dem Motto „Forschung wird zu Medizin“. Mit seiner warmherzigen Art und einem internationalen Netzwerk an ausgewiesenen Referenten hat er es geschafft, den 8500 Kongressbesuchern exzellente Plenarvorträge, attraktive Symposien, Workshops und Posterausstellungen zu präsentieren, die alle Bedürfnisse und Wünsche voll erfüllten. Nicht zuletzt bewies er mit der Wahl des Partnerlandes Österreich eine glückliche Hand. Die alljährlich zahlreichen Besucher aus Österreich zeigen die enge Verbundenheit der DGIM mit unseren Nachbarn.

Die inhaltliche Arbeit der DGIM war in den vergangenen zwölf Monaten im Wesentlichen geprägt durch den Leitgedanken, den unsere Gesellschaft als größtes konservatives Querschnittsfach Deutschlands auszeichnet: eine integrierende und koordinierende Service-Funktion in enger Abstimmung und Beratung mit unseren Schwerpunktgesellschaften und assoziierten Gesellschaften. Dies soll hier an drei wichtigen Themenkomplexen beispielhaft dargestellt werden, die uns und unsere Mitglieder beschäftigt haben: Die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) hält uns nach wie vor in Atem. Hier hat es ein weiteres Abstimmungsgespräch unter Beteiligung aller Schwerpunktgesellschaften gegeben, bei dem es noch einmal eine Feinabstimmung der Weiterbildungsinhalte und der entsprechenden Zahlen gegeben hat.



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



Prof. Dr. med.
Michael Hallek
Vorsitzender 2014/2015

Diese Modifikationen wurden jetzt konsentiert und in die Wiki-Plattform der Bundesärztekammer eingepflegt. Wir sind auch ständig bemüht, darauf hinzuwirken, dass im Paragrafenteil der novellierten MWBO die Anerkennung von Forschungszeiten während der Weiterbildung dokumentiert wird. Denn nur so wird es gelingen, für junge Mediziner die wissenschaftliche Tätigkeit attraktiv zu machen. Zusätzlich zur Arbeit an der MWBO ist uns im Juli 2013 der Entwurf des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) zugegangen. Bei dieser geplanten Novellierung der Ausbildungsordnung für Mediziner ist es gelungen, alle Schwerpunktgesellschaften und assoziierten Fachgesellschaften an einen Tisch zu bringen, um den erheblichen Verbesserungsbedarf zu formulieren. Dies mündete dann in der Ausarbeitung eines „Lehrkatalogs Innere Medizin“. Wir stehen in einem regen und konstruktiven Austausch mit MFT, GMA und AWMF, um zu einem wirklich konsensfähigen NKLM zu gelangen (Seite 23).

Der Vorstand der DGIM hat mit Aufmerksamkeit verfolgt, dass zunehmend IT-basierte Möglichkeiten der ärztlichen Leistungserbringung (Telemedizin) außerhalb bzw. unabhängig von medizinischen Fachgesellschaften entwickelt werden. Zweifellos besitzt die Telemedizin für unsere Patientenversorgung ein hohes Potenzial. Das Know-how medizinischer Fachgesellschaften ist jedoch dringend erforderlich, um die Qualität telemedizinischer Anwendungen sicherzustellen. Unter der Federführung von Professor D. Tschöpe wurde daher im Sommer 2013 die Kommission Telemedizin gegründet, deren Leitsätze (Seite 27) bereits auf große Resonanz gestoßen sind.

Einmal mehr hat sich gezeigt, dass die Bereitschaft unserer Mitglieder, sich in die Arbeit unserer Kommissionen, Task Forces und in den Ausschuss einzubringen, eine unabdingbare Voraussetzung ist, unsere vielfältigen Aufgaben erfolgreich zu erfüllen. Dafür sei allen ganz herzlich gedankt, die sich in diesen Kommissionen und Arbeitsgruppen engagieren. Zur strategischen Stärkung der Kommissionsarbeit hat der Vorstand sich mit Katja Müller um eine wissenschaftliche Mitarbeiterin bereichert. Schon jetzt ist sie mit ihrem tollen Engagement in diesem Kernbereich unserer Fachgesellschaft nicht mehr wegzudenken.

Die DGIM – Wer wir sind, wofür wir uns einsetzen

Mit mehr als 23 000 Mitgliedern im Jahr 2014 ist die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) heute die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in Europa. 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

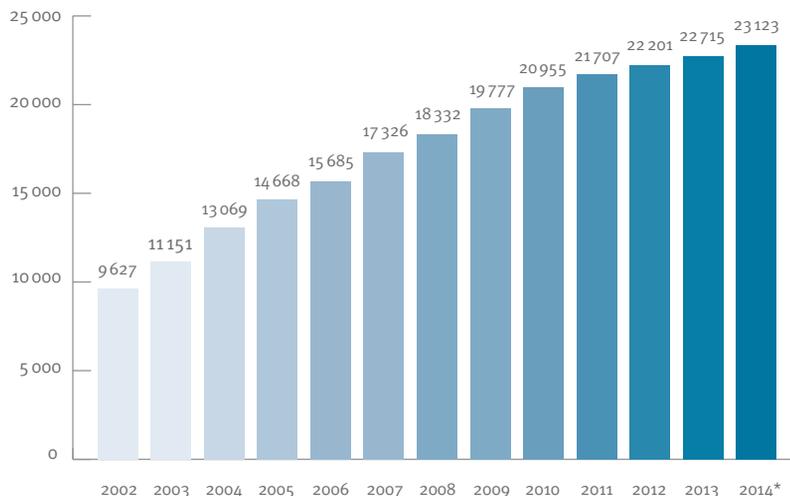
Bundesärztekammer sind Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie anerkannte Schwerpunkte der Inneren Medizin. Als weitere internistische Spezialbereiche versteht die DGIM Geriatrie, internistische Intensiv- und Notfallmedizin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

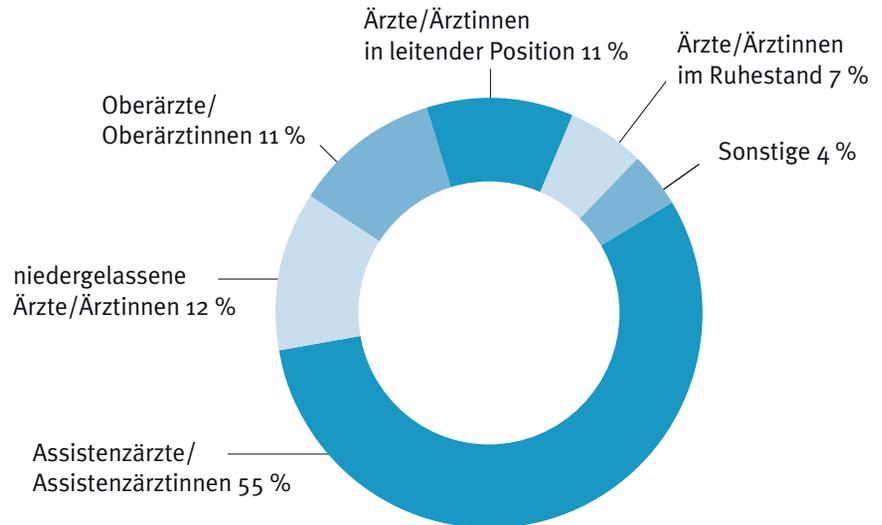
Die DGIM sieht es als ihren zentralen Auftrag, Wissenschaft und Forschung auf dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin zu fördern – zum Wohle der Patienten. Sie unterstützt in diesem Sinne auch den Eingang aktueller Forschungsergebnisse in die tägliche Versorgung in Klinik und Praxis. Der jährliche

Mitgliederentwicklung der DGIM 2002–2014



*Stand: 1. Juli 2014

Mitgliederstruktur der DGIM 2014



Internistenkongress der DGIM in Wiesbaden bietet eine hervorragende Plattform, um neueste wissenschaftliche 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. Auch über Positionspapiere und Stellungnahmen macht sie immer wieder 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 Juli 2014 waren exakt 23123 Personen bei der DGIM als Mitglied eingetragen. Damit setzt sich der Wachstumstrend der Fachgesellschaft kontinuierlich fort. Die Mitgliederbasis der DGIM hat sich seit 2003 mehr als verdoppelt. 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 2000er-Jahren vollzogene Modernisierung der Gesellschaft führte zu einer Verjüngung in der DGIM, die bis heute andauert: Seit Jahren sind über

die Hälfte der Mitglieder Ärzte in der Weiterbildung. Deren Anteil beträgt im Jahr 2014 55 Prozent. Auch sehr erfreulich ist, dass sich insbesondere Internistinnen von der Gesellschaft angesprochen fühlen: Mit derzeit über 9000 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 sowie jungen Medizinerinnen ist die Fachgesellschaft ein guter Partner. Angehende und praktizierende Internisten unterstützt 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, unterstützt 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 wissenschaft-

lichen 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 schweizerischen und österreichischen Internistengesellschaft – 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. Angesichts der Risiken, denen Patienten der Inneren Medizin durch Infekte aller Art ausgesetzt sind, hat die DGIM beispielsweise erst kürzlich die Task Force Infektiologie gegründet. Sie soll künftig Richtlinien und Standards, beispielsweise zur Krankenhaushygiene und Antibiotikaaanwendung, erarbeiten. 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

Preiskomitees

*Komitee für den
Theodor-Frerichs-Preis*

*Komitee für
den Präventionspreis
Innere Medizin*

Kommissionen/Task Forces

*Kommission Aus-, Weiter-
und Fortbildung*

*Kommission Leitlinien –
Diagnostik und Therapie*

*Kommission Struktur –
Krankenversorgung*

Kommission Telemedizin

Kommission Transition

*Kommission Wissenschaft –
Nachwuchsförderung*

*Task Force
Transplantationsmedizin*

*Task Force Internistische
Intensiv- und Notfallmedizin*

Task Force Infektiologie

Deutsche Stiftung für Innere Medizin

Porträt des DGIM-Vorsitzenden 2014/2015

Vorsitzender der DGIM für das Jahr 2014/2015 ist Professor Dr. med. Michael Hallek. Der Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie vom Universitätsklinikum Köln löst damit Professor Dr. med. Michael P. Manns aus Hannover im Amt ab. Einer seiner fachlichen Schwerpunkte liegt in der Entwicklung spezifischer, molekularer Therapien gegen Leukämien. Professor Hallek gestaltet als Kongresspräsident auch den 121. Internistenkongress. Die nächste Jahrestagung der DGIM findet vom 18. bis 21. April 2015 erstmals im Mannheimer Congress Center Rosengarten statt.

Seit dem Jahr 2003 leitet Professor Hallek die Klinik I für Innere Medizin der Universität zu Köln. Medizin studierte er in Regensburg, München und Paris. In den 1990er-Jahren arbeitete er zwei Jahre als Postdoktorand am Dana-Farber Cancer Institute der Harvard Medical School in Boston. Für seine Forschung erhielt Professor Hallek zahlreiche wissenschaftliche Auszeichnungen, zuletzt den Paul-Martini-Preis 2012. Er ist Gründer und Leiter der international führenden Deutschen Studiengruppe zur Erforschung neuer Behandlungen der chronischen lymphatischen Leukämie. Hallek ist Mitglied der nationalen Wissenschaftsakademie Leopoldina.

Kongress-Leitthema 2015: Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin: Aufbruch in eine neue Ära

Als Vorsitzender der DGIM gestaltet Michael Hallek auch das Programm des 121. Internistenkongresses im Jahr 2015. Sein Leitthema „Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin: Aufbruch in eine neue Ära“ bildet den thematischen Kern der kommenden Jahrestagung. Die Hauptthemen des führenden Kongresses für ärztliche Fort- und Weiterbildung der gesamten Inneren Medizin stehen ebenfalls fest: Individualisierte Krebstherapie, Translationale Forschung, Renaissance der Immuntherapie, Internistische Intensivmedizin, Mikrobiom, Palliativmedizin, Schmerztherapie und Symptomenkontrolle, Altersforschung und Geriatrie, Multiresistente Erreger, Unterlassen als ärztliche Leistung, Versorgung von chronischen, komplexen Erkrankungen, neue Aspekte zur Adipositas sowie die Behandlung struktureller Herzerkrankungen.



Professor Dr. med. Michael Hallek

Aufgrund des Umbaus der Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden findet der Internistenkongress von 2015 bis 2017 im Congress Center Rosengarten in Mannheim statt. Mit dem traditionellen Ort wechselt auch der traditionelle Zeitpunkt: Der bisher jährlich nach Ostern gelegene Termin verschiebt sich zukünftig um eine Woche nach hinten und damit in 2015 auf den 18. bis 21. April.

Neuer Vorstand der DGIM

Dem neuen DGIM-Vorstand 2014/2015 gehört neben Professor Hallek sein Vorgänger im Amt an: Professor Dr. med. Michael P. Manns ist nun 1. stellvertretender Vorsitzender. Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß aus Göttingen übernimmt das Amt des 2. stellvertretenden Vorsitzenden. Zur 3. stellvertretenden Vorsitzenden wurde Professorin Dr. med. Petra-Maria Schummdraeger aus München neu in den Vorstand gewählt. Generalsekretär der DGIM bleibt Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch, Kiel. Die Kassenführung liegt unverändert bei Professor Dr. med. Richard Raedsch, die Geschäftsführung bei Rechtsanwalt Maximilian Guido Broglie, beide aus Wiesbaden. Stellvertretende Geschäftsführerin ist Diplom-Kauffrau Ourania Menelaou, ebenfalls aus Wiesbaden. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der DGIM: www.dgim.de.



▶ dgim2015.de

Deadline zur
Abstracteinreichung
ist der 01.12.2014



- ▶ Mannheim
- ▶ Congress Center Rosengarten
- ▶ 18. - 21. April 2015

121.

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.



Leitthema der DGIM 2015: Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin: Aufbruch in eine neue Ära

Hauptthemen der DGIM 2015

- Individualisierte Krebstherapie
- Translationale Forschung
- Renaissance der Immuntherapie
- Internistische Intensivmedizin
- Mikrobiom
- Palliativmedizin
- Schmerztherapie und Symptomenkontrolle
- Altersforschung und Geriatrie
- Multiresistente Erreger
- Unterlassen als ärztliche Leistung
- Versorgung von chronischen, komplexen Erkrankungen
- Neue Aspekte zur Adipositas
- Behandlung struktureller Herzerkrankungen

Kongress-Präsident

Prof. Dr. med. Michael Hallek,
Direktor der Klinik I für Innere Medizin,
Universitätsklinikum Köln (AöR)

Kongress-Agentur

m:con - mannheim:congress GmbH

m:con
VISION INTO CONVENTIONS

DGIMs elektronische Welt

Ärzte informieren sich nicht nur auf Kongressen oder bilden sich 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 entwickelt daher intensiv eigene elektronische Angebote weiter. Dazu gehören etwa die DGIM-Homepage unter www.dgim.de als erste virtuelle Anlaufstelle, die dem Nutzer einen schnellen Zugang zu allen Angeboten, Neuigkeiten, Preisen, Fortbildungsterminen oder Stellungnahmen ihrer Fachgesellschaft ermöglicht. Die DGIM nutzt die verschiedenen Kanäle des Internets, um Internistinnen und Internisten fortzubilden, zu vernetzen und zu informieren.

e.Akademie der DGIM – didaktisch sinnvoll fortbilden

Die DGIM e.Akademie ist das Kernstück der digitalen Fortbildung der Fachgesellschaft. Darin sind

drei kostenlose Formate zur Onlinefortbildung verfügbar: e.Tutorial, e.Tutorial plus und e.Lecture. 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 DGIM 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 e.Tutorial plus widmet sich dem internistischen Querschnittsfeld „Infektionen“, das e.Curriculum Geriatrie informiert zu Bewegung, Immobilität und Sturzgefahr im Alter, das neue e.Tutorial plus befasst sich mit der Diagnostik und Therapie von Anämien. Sechs ausgewählte Vorträge des Internistenkongresses 2014 wurden innerhalb der DGIM e.Akademie als e.Lectures bereitgestellt.

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 Smartphone und Tablet entwickelt. Mit der DGIM-App „Mobile Leitlinien Innere Medizin“ bereitet die Fachgesellschaft nach und nach allgemeininternistische Leitlinien für die mobile Nutzung auf. Dieses neue Konzept, das die DGIM mit der Leitlinien-App verfolgt, wurde zunächst für die S2-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose“ in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie umgesetzt. Neben der Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Lungenembolie“ sind zwischenzeitlich bis zu zehn weitere Leitlinien hinzugekommen. Die App ist so konzipiert, dass Ärzte schnell und einfach die entsprechenden evidenzbasierten Empfehlungen finden. Wo es sich anbietet, werden die Leitlinien mittels eines interaktiven Diagnosepfads dargestellt.



Die Leitlinien-App der DGIM

Neben dem „Volltext“ besteht über die Menüpunkte „Diagnose“ und „Therapie“ die Möglichkeit, schnell auf den interaktiven Diagnosepfad zuzugreifen, der auf Algorithmen basiert. So ist es möglich, sich in wenigen Schritten von der Anamnese zur evidenzbasierten Therapieempfehlung zu „klicken“. Ein „Glossar“ mit den wichtigsten Abkürzungen und Begriffserklärungen rundet die App ab. Der Börm Bruckmeier Verlag hat die technische Realisierung der App übernommen, es gibt sie bisher für Android-Systeme, iPhone und in einer für das iPad optimierten Version. Außerdem informiert die DGIM-App „Innere Medizin News“ die Mitglieder täglich über Neuigkeiten auf ihrem Fachgebiet, Interessantes aus der Politik und Termine.

Medical Online Congress – Virtueller Kongress

Der jährliche Internistenkongress bietet mit zahlreichen Vorträgen ein umfangreiches und volles Programm. Selbst bei bester Organisation verpassen Besucher interessante Veranstaltungen des Internistenkongresses. Mit dem MOC haben Internistinnen und Internisten die Möglichkeit, verpasste Vorträge bequem von zu Hause aus zu verfolgen oder Kenntnisse aus einem bereits gehörten Vortrag aufzufrischen. Dazu hat die DGIM den Deutschen Ärzte-Verlag beauftragt, einen Großteil der Sitzungen aufzuzeichnen und redaktionell aufzubereiten. Auf der Internetseite www.dgim-onlinekongress.de finden Nutzer wissenschaftliche Inhalte des Kongresses, Interviews mit Experten, Informationen aus der DGIM und der Industrie sowie redaktionelle Beiträge. Damit Interessierte die für sie wichtigen Inhalte zügig finden, sind die Videos der aufgezeichneten Vorträge in Themenblöcken zusammengefasst und strukturiert aufbereitet. Der Zugang des DGIM-Internetangebots ist für alle Kongressbesucher und die Mitglieder der DGIM kostenlos. Der Zugangscod lautet DGIM2014. Rund 300 Vorträge hat die DGIM vom 120. Internistenkongress aufgezeichnet und online gestellt und auch Vorträge des vorhergehenden Kongresses stehen noch zur Verfügung.

Die DGIM in sozialen Netzwerken

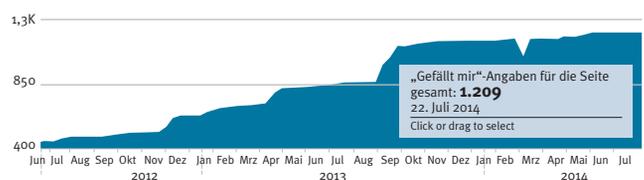
Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin beteiligt sich an sozialen Netzwerken wie Facebook und XING. Die Fachgesellschaft nimmt so auch auf diese zeitgemäße Art und Weise ihre Aufgabe wahr, Internisten in Klinik und Praxis zu vernetzen und über aktuelle

The screenshot shows the website for the 120th Congress of the German Society for Internal Medicine (DGIM 2014). The header includes the DGIM logo, the congress title, a search bar, and navigation tabs for 'Aktuelles', 'Programm', 'Fachgesellschaft', 'Aussteller', and 'Kongress'. A main article features a photo of Prof. Dr. Michael P. Mannes and the headline 'DGIM 2014: Kongresspräsident Mannes zieht Bilanz'. Below this are several smaller articles with photos and headlines: 'Strategie gegen Adipositas', 'Altersforschung', 'Alter und Gesundheit', and 'Leber-Transplantationen'. On the right side, there is a registration section ('Anmeldung') with fields for email and password, and a 'Webcasts' section with a video player and a 'SPECTATOR CONGR' logo at the bottom.

Medical Online Congress

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. Bereits über 1200 Facebook-Nutzer nehmen dieses Angebot der DGIM wahr.

Gesamtzahl der „Seite gefällt mir“-Angaben



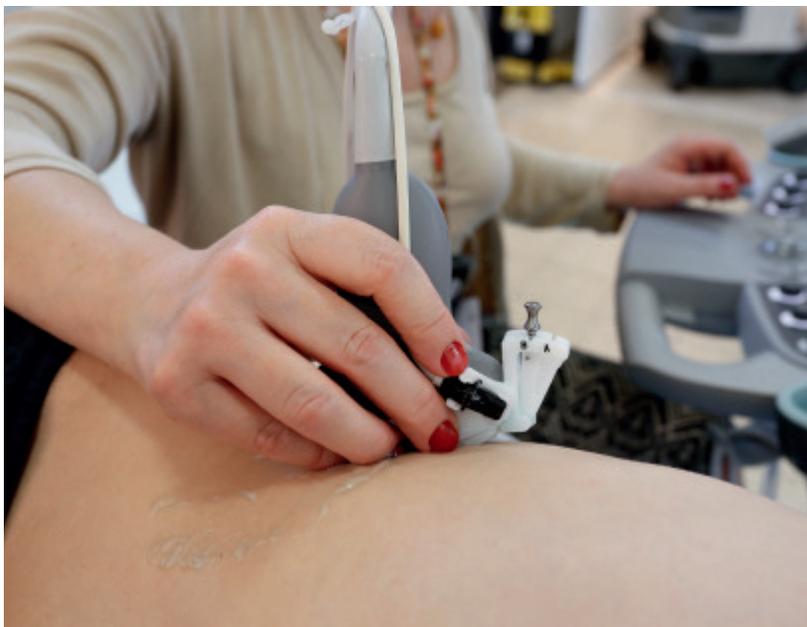
Fit für den Alltag – Fort- und Weiterbildung

Die DGIM bietet Ärzten in allen Phasen ihres Berufslebens – vom angehenden Mediziner bis zum erfahrenen Facharzt – eine breite Palette an Fort- und Weiterbildungen auf dem 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 Medupdate-Reihe als Schirmherrin. Denn nur hervorragend ausgebildete und qualifizierte Internisten können ihren Patienten die bestmögliche Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zuteilwerden lassen. Bei 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 ist deutschlandweit die wichtigste wissenschaftliche Fortbildungs-

veranstaltung in der Inneren Medizin. Hier haben sich auch in diesem Jahr mehr als 8500 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 allgemeininternistische Inhalte. Eingestreute Fragen und ein Abschlusstest im e.Tutorial plus machen Nutzer auf besonders wichtige Inhalte aufmerksam. Ein 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 der Schirmherrschaft der DGIM stehen außerdem mehrere Jahreskongresse der regionalen Gesellschaften für Innere Medizin in Deutschland und internistische Fach-Updates.

Das Fort- und Weiterbildungsangebot der DGIM auf einen Blick



I. Internistenkongress

II. DGIM e.Akademie

III. Publikationsorgane – CME –

Der Internist, Deutsche Medizinische Wochenschrift (Gesellschaftshefte), 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

Unter der Schirmherrschaft der DGIM

Fortbildungen 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.

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 Inneren 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 Weiterbildungsbefugten 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).



MEDICA EDUCATION CONFERENCE 2014 DGIM als starker Partner der MEDICA

Seit diesem Jahr gestaltet die DGIM das wissenschaftliche Programm der MEDICA EDUCATION CONFERENCE (MEC). Die interdisziplinäre Fortbildungs- und Wissenschaftskonferenz ist ein wesentlicher Bestandteil der MEDICA, des Weltforums für Medizintechnik. Sie findet vom 12. bis 15. November in Düsseldorf statt.

Die Kooperation der DGIM mit der Messe Düsseldorf für die Conference ist für drei Jahre vereinbart. Die DGIM bringt, als eine der größten medizinischen Fachgesellschaften in Europa, ein großes Netzwerk und einen reichen Fundus an Erfahrung in der Organisation wissenschaftlicher Kongresse in die Kooperation ein. Joachim Schäfer, Geschäftsführer der Messe Düsseldorf, begrüßte die Zusammenarbeit mit der DGIM. Mit ihr als starkem und renommiertem Partner könne man gemeinsam die programmatische Weiterentwicklung der MEDICA vorantreiben, entsprechend dem Bedarf der MEDICA-Besucher und Conference-Teilnehmer.

Gemäß ihrem Motto „Wissenschaft trifft Medizintechnik“ stellt die Conference Fortschritte in Diagnostik und Therapie im Bereich der konservativen und operativen Medizin vor. Das Ziel: Symposien, Workshops und Vorträge anbieten, die gleichermaßen Mediziner aller großen Fächer, Wissenschaftler, Hersteller von Medizintechnik und Verantwortliche aus Krankenhäusern interessieren. Zwischen der Messe und der EDUCATION CONFERENCE, zwischen aktueller medizinischer Forschung und technischer Innovation soll nach den Worten des DGIM-Generalsekretärs Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch eine Brücke entstehen. Zugleich wird die Conference internationaler als zuvor. Internationale Keynote-Speaker sind zur Conference eingeladen, die Simultanübersetzung vieler Veranstaltungen ermöglicht allen Besuchern einen aktiven Austausch.

Verknüpfung von Theorie und Praxis

Um das Konferenzprofil zukunftsorientiert zu schärfen, hat die DGIM das Programm neu gestaltet und die Strukturen gestrafft. So können alle Teilnehmer eine abwechslungsreiche, ganztägige wissenschaft-

liche Fortbildung mit dem Besuch der MEDICA-Fachmesse kombinieren. Conference-Präsident Professor Dr. med. Dr. h. c. Hendrik Lehnert betont, dass die unmittelbare Verknüpfung von Theorie und Praxis an jedem Tag möglich ist. Dadurch entsteht ein einzigartiges Konferenzkonzept, von dem alle Teilnehmer für den klinischen Alltag profitieren.

An den vier Konferenztagen gibt es jeweils ein Schwerpunktthema. Für die Conference 2014 sind das „Infektion und Entzündung“, „Telemedizin und Robotik“, „Gastrointestinale Onkologie“ und „Interventionelle Medizin“. Über diese Fokusthemen finden sich zahlreiche weitere wichtige Themen der konservativen und operativen Medizin im Programm wieder. Garant dafür ist ein hervorragend ausgewiesenes Programmkomitee, das sich an der Ausarbeitung des hochaktuellen und spannenden wissenschaftlichen Fortbildungsprogramms beteiligt hat. Das vorläufige Programm der Conference finden Sie unter www.medica.de/mec1.



Von 12. bis 15. November findet die **MEDICA EDUCATION CONFERENCE** in Düsseldorf statt. Das vorläufige Programm der Conference finden Sie unter www.medica.de/mec1.

Themenschwerpunkte der MEC 2014

- Infektion und Entzündung
- Telemedizin und Robotik
- Gastrointestinale Onkologie
- Interventionelle Medizin

„Die Innere Medizin ist das Synthesefach der Medizin schlechthin“

Ein Gespräch mit dem DGIM-Vorsitzenden, Professor Hallek, und Generalsekretär Professor Fölsch

Herr Professor Hallek, Sie sind seit April im Amt. Welche Schwerpunktthemen haben Sie sich für die kommenden Monate gesetzt?

Hallek: In meinem Fach, der Onkologie, entwickelt sich derzeit eine völlig neue „Art“ der Medizin, die sich aus der molekularen Pathogenese begründet. Dieser Entwicklung möchte ich mich auch in meiner Präsidentschaft widmen. Es gibt keinen Monat, in dem nicht Studienergebnisse über neue Substanzen veröffentlicht werden. Die große Frage dabei ist: Wie können wir solche Innovationen in die medizinische Behandlung transferieren? Insbesondere vor dem Hintergrund, dass auch in Deutschland die Ressourcen beschränkt sind, müssen wir uns Gedanken machen, wie wir innovative Behandlungen und Medikationen unseren Patienten zugänglich machen können, ohne das Gesundheitssystem über seine Grenzen zu belasten und finanziell Privilegierte zu bevorzugen. Ich bin überzeugt: Wir können die Versorgung mit innovativen Arzneimitteln nur dann aufrechterhalten, wenn wir uns um die weitere Evaluation dieser Substanzen nach ihrer Zulassung bemühen. Manche Arzneien bringen nur minimale Vorteile, ihr Einsatz wird von Ärzten und Patienten infrage gestellt. Andererseits gibt es Medikamente, deren Wichtigkeit erst lange nach der Zulassung erkannt wird.

Wir leisten uns heute den Luxus, Milliardenbeträge für Medikamente und neue Verfahren auszugeben, ohne je eine Dokumentation über Wirkung, Behandlungsdauer und Behandlungserfolge zu verlangen. In diesem Bereich muss angesetzt und die kritische Auseinandersetzung mit Innovationen weiterentwickelt werden. Gerade eine Gesellschaft wie die unsere, die das zur Verfügung stehende Geld solidarisch verwendet, muss redlich agieren. Es wäre sinnvoll, im Gesundheitsmarkt zu investieren, um ein Medikament zu finanzieren und dabei gleichzeitig Wissen zu generieren. Ein konkreter Finanzierungsvorschlag ist, die Rabatte für Medikamente für die Forschung zu investieren. Die kluge Einführung von Innovationen in

die Medizin bei gleichzeitigem Erhalt der Solidargemeinschaft und unseres großartigen Sozialsystems liegen mir sehr am Herzen.

Was heißt das konkret mit Blick auf das Kongressprogramm?

Hallek: Wir werden beispielsweise das Vermeiden von Überflüssigem thematisieren. Wir haben es im Kongressprogramm als „Unterlassen“ bezeichnet. Ich halte auch das Unterlassen für eine ärztliche Leistung. Selbstverständlich will niemand, dass man Dinge unterlässt, die dem Patienten nutzen. Aber es gibt medizinische Leistungen, die nicht am Bedarf des Patienten, sondern an der Erstattung orientiert sind. Man darf und muss häufiger fragen, was wirklich dem Patienten nutzt, wie zum Beispiel bei bildgebenden Verfahren oder einigen Operationen. Wir Ärzte sollten klar, ehrlich und glaubwürdig sein. Wir sollten uns rundsätzlich gegen eine Ökonomisierung des Arztberufes wehren. Ich propagiere sicher nicht die Verarmung der Ärzteschaft. Es geht mir darum, dass wir den Einsatz von Ressourcen ethisch reflektieren und dem Patienten nur das verordnen, was wir auch für uns selbst als sinnvoll erachten würden. Dies ist eine wichtige Diskussion.

Außerdem haben wir die klinische Infektiologie als Schwerpunkt gewählt, weil dieses Fach auch klinisch mitgestaltet werden muss. Es ist kein reines Laborfach. Erfahrene Kliniker und Internisten sollten sich mit um das Vermeiden von multiresistenten Erregern in Krankenhäusern sorgen und die sinnvolle und sparsame Verabreichung von Antibiotika vorantreiben. Ein weiteres Thema des Kongresses 2015 wird die Internistische Intensivmedizin sein. Es ist wichtig, dass wir schwerkranke Patienten immer auch intensivmedizinisch betreuen und dass dies kein rein Notfallmedizinischer Ablauf ist, sondern dass er in die Innere Medizin integriert ist.

Das Programm des 121. Internistenkongresses 2015 steht bereits. Wir feilen jetzt noch an Feinheiten und

Wir müssen uns gegen die Ökonomisierung des Arztberufes wehren.

werden dann die Sprecher einladen. Neuerungen wird es auf dem diesjährigen Kongress auch geben: Wir planen beispielsweise einen Refresher-Kurs Innere Medizin, der sowohl für jüngere als auch für erfahrene Kollegen in einer Veranstaltung alle aktuellen Entwicklungen im gesamten Gebiet der Inneren Medizin umreißt.

Einer Ihrer fachlichen Schwerpunkte ist die Krebstherapie. Was muss sich auf dem Gebiet tun? Wie kann diese facettenreiche Erkrankung künftig noch besser therapiert werden?

Hallek: Wir verstehen heute besser, wie Krebs überhaupt entsteht. Ich möchte Verständnis wecken für die Bedeutung von guter klinischer Forschung, die eng vergesellschaftet ist mit Grundlagenforschung. Das wird häufig nicht verstanden, da die entscheidenden Experimente und Erkenntnisse heute am Menschen erarbeitet werden. Das geht zum Beispiel so: Man findet eine Mutation bei einem Tumorpatienten, entwickelt eine neue Therapiekombination, testet sie im Labor und danach am Patienten. Dieses Verschmelzen zwischen Therapie und Forschung ist ein faszinierender Trend. Dafür brauchen wir jedoch forschungsbegeisterte Ärzte und Wissenschaftler.

Herr Professor Fölsch, die DGIM ist die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland, ja sogar in Europa – und hat bei vielen Themen auch eine Art Vorreiterrolle: Welche Akzente werden Sie da in den nächsten zwölf Monaten setzen?

Fölsch: Es kristallisiert sich immer mehr heraus, dass eine wichtige Funktion der DGIM darin liegt, die Interessen der Schwerpunktgesellschaften der Inneren Medizin und der assoziierten Gesellschaften zu bündeln: Dieser Aufgabe kommen wir derzeit bei der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung und in der Etablierung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs für Medizin (NKLM) nach. Hier haben wir versucht, alle Gesellschaften zusammenzubringen und gemeinsam den bereits vorliegenden Entwurf zu verbessern. Vor wenigen Wochen hat eine große Sitzung in Berlin stattgefunden, um einen Konsens zu finden. Dort sind nicht nur alle Schwerpunktgesellschaften, sondern auch die Vertreter zahlreicher Nachbardisziplinen, wie chirurgische Fachgesellschaften und Allgemeinmediziner, zusammengekommen.



Ein anderes großes Anliegen verbindet uns ebenfalls mit vielen anderen Fachgesellschaften in Deutschland: die Politik auf die drohende Unterfinanzierung nahezu aller Unikliniken, Lehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Maximalversorgung hinzuweisen und diese abzuwenden. Neben Extremkostenfällen und Vorhaltekosten, die durch die Notfallversorgung in Bereichen entstehen, in denen eben kein Geld zu verdienen ist, ist eine unzureichende Baserate die Hauptursache dafür, dass in immer mehr Kliniken nach wie vor Defizite erwirtschaftet werden. Die Kosten, die für die jeweiligen Krankheitsbilder von den Krankenkassen erstattet werden, unterscheiden sich beispielsweise zwischen Bundesländern wie Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein ganz erheblich. Doch ein Krankenhaus ist ein Konstrukt der Daseinsfürsorge, das nicht durch Finanzierungsfragen in seinem Auftrag beeinträchtigt werden sollte.

Auch unser e.Learning-Angebot wollen wir kontinuierlich weiterentwickeln: Kürzlich hat die DGIM eine Mitgliederumfrage dazu gestartet. Wir haben gefragt, wie die Mitglieder mit dem Angebot zurechtkommen, ob die Themen gut gewählt und hilfreich veranschaulicht sind.

Zudem wird in Kürze die neue Task Force „Infektiologie“ ihre Arbeit aufnehmen: Die Infektiologie nimmt in der Inneren Medizin eine immer wichtigere Rolle ein, obwohl sie im Kopf der Internisten nach wie vor ein Randbereich ist. Wenn wir wollen, dass Internisten künftig verstärkt die Aufgaben eines Infektiologen oder Hygienebeauftragten in Krankenhäusern übernehmen, dann müssen wir dafür sorgen, dass eben mehr Internisten die infektiologische Zusatz-

ausbildung wahrnehmen, was leider derzeit noch nicht der Fall ist. Die Task Force soll sich darum bemühen, zusammen mit den Landesärztekammern eine attraktive infektiologische Weiterbildung für Internisten anzubieten.

Mehr als die Hälfte aller DGIM-Mitglieder sind Assistenz-Ärzte. Wie kann die Fachgesellschaft auch weiterhin den Nachwuchs für die Innere Medizin gewinnen?

Hallek: Generell möchten wir junge Leute motivieren, zum Kongress zu kommen und sich für unser Fach zu interessieren. Bei der Programmplanung haben wir bewusst auch junge Kollegen berücksichtigt, um die aktive Beteiligung junger Menschen zu stimulieren. Denn: Es wird künftig einen Riesenbedarf an „spezialisierten Generalisten“ geben. Der Internist, der viele unterschiedliche Patienten und Krankheitsbilder gesehen hat, ist eigentlich der ideale Arzt dafür. Ich glaube, unsere Form der Inneren Medizin – ich war häufig im Ausland als Arzt tätig – ist eine Besonderheit und ein Vorteil der deutschen Medizin. Wir sind nicht von vornherein so spezialisiert ausgebildet wie viele andere. Man muss den jungen Leuten in Deutschland den Wert dieser breit angelegten Mediziner-Ausbildung auch vermitteln. Denn die Forschung und die gigantische Entwicklung molekularer Prinzipien gehen über sämtliche Fächergrenzen hinweg – sie umfassen die gesamte Medizin. Die Innere Medizin ist das Synthesefach der Medizin schlechthin. Es kann sehr gut sein, dass dadurch die Innere Medizin als Königsdisziplin der Medizin bleibt.



Fölsch: Das soll auch durch den neuen NKLM unterstrichen werden. Wir setzen uns dafür ein, dass der wissenschaftliche Ansatz für die Studierenden nicht verloren geht, dass nicht nur gelernt wird, wie man perkutiert und auskultiert, sondern dass im Studium auch Freude und Neugier auf die Wissenschaft geweckt werden. Wenn das nicht geschieht, dann verschwinden junge Mediziner sehr schnell in der Routine.

Immer öfter strebt die DGIM die Zusammenarbeit beispielsweise bei gemeinsamen Stellungnahmen mit anderen Fachgesellschaften und Berufsverbänden an. Warum sind solche Kooperationen wichtig?

Fölsch: Als großes Querschnittsfach ist es unsere zentrale Aufgabe, im ständigen Dialog mit verschiedenen konservativen Fachgesellschaften zu stehen. Im letzten Jahr haben wir auch verstärkt den Austausch mit den operativen Fächern gesucht. Mit dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) treffen wir uns mittlerweile regelmäßig zu Sitzungen. Denn wir sind der Auffassung, dass wir gemeinsam politische Interessen sehr viel besser vertreten können als allein. Bestes Beispiel dafür ist der NKLM. Durch unser gemeinsames Auftreten konnten wir hier sehr viel nachdrücklicher vermitteln, dass der Lernzielkatalog verbesserungswürdig ist. Mit vielen starken Partnern können wir eine stärkere Wirkung erzielen und unsere Interessen effektiver verfolgen.

Was müsste sich Ihrer Meinung nach im Gesundheitssystem ändern?

Hallek: Sorgen macht uns die vernünftige Gestaltung des Krankenhauswesens. Wir haben eine Überkapazität an Krankenhausbetten. Der Bedarf an Krankenhausbetten wird aufgrund des höheren Lebensalters der Patienten wahrscheinlich wieder steigen oder zumindest nicht so stark sinken wie vor einigen Jahren angenommen. Es sollten heute nicht Abteilungen oder Krankenhäuser geschlossen werden, die in wenigen Jahren wieder gebraucht werden. Ein weiterer Punkt ist die unterfinanzierte Hochleistungsmedizin. Im Vergleich mit anderen Ländern schneiden wir hier in Deutschland schlecht ab. Das liegt ein Stück weit auch an unserem föderalen System. Für die Universitäts-Klinika sind die Bundesländer zuständig. Bei ihnen müssen wir unsere Sonderrolle in der Gesundheitspolitik besser sichtbar machen. Beispielsweise bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten stemmen die Universitäts-Klinika einen wesentlichen Teil in der Medizin. Zudem haben wir eine riesige Zahl an schwerstkranken Patienten in der Inneren Medizin zu betreuen. Solche Sonderaufgaben werden derzeit pauschal vergütet, das DRG-System setzt die Unikliniken hier mit anderen Krankenhäusern gleich.

Generell möchte ich aber festhalten: Ich habe Respekt vor den Gesundheitspolitikern. Die Politiker holen sich

gerne Rat bei uns Ärzten und hören zu. Das Bemühen, unser Gesundheitssystem wirklich gut auszugestalten, ist parteienübergreifend vorhanden und ehrlich. In der letzten Legislaturperiode wurde ein Weg des Vertrauens mit den Ärzten beschritten, als die Politik gesagt hat: Kontrolliert nicht alles ständig, lasst sie auch mal machen! Das sollte fortgesetzt werden. An diesem Vertrauen müssen wir uns aber messen lassen und die Selbstkontrollmechanismen des Systems glaubwürdig gestalten. Prominentes Beispiel dafür ist die Transplantationsmedizin: Wenn wichtige Abläufe nicht funktionieren, muss die Politik handeln.

Fölsch: Stichwort Krankenhausbetten: Diese werden derzeit überhaupt nicht mit Blick auf den Bedarf, sondern auf die Wirtschaftlichkeit eingerichtet oder abgebaut. Das ist eine ungute Entwicklung, die mit unserem nicht ausgereiften DRG-System zusammenhängt: Einige Erkrankungen werden bevorzugt vergütet, andere hingegen, insbesondere die konservativen internistischen Erkrankungen, sind benachteiligt. Deren Behandlung verursacht dann mitunter sogar Verluste für die Kliniken. Daran muss gearbeitet werden, sonst können wir keine bedarfsorientierte Entscheidung über die Anzahl von Betten in bestimmten Abteilungen treffen. Gesundheitsminister Gröhe möchte dieses Problem über ein Qualitätsinstitut regeln. Ich habe jedoch große Zweifel, ob Überkapazitäten bei operativen Eingriffen wie Gelenk- und Hüftersatz darüber reguliert werden können, dass man die Qualität dieser Eingriffe anschaut. Das Messen der Qualität ist gerade in solchen Fächern ein schwer durchschaubarer und langwieriger Prozess. Die Qualität eines Eingriffs zeigt sich häufig erst nach Jahren. Meine Befürchtung ist, dass hier ein riesiger Apparat aufgebaut wird, ohne dass er uns helfen kann.

Der kommende Internistenkongress wird erstmals in Mannheim stattfinden. Sicherlich ein großer Schritt

für die DGIM – welche Veränderungen erwarten die Besucher?

Hallek: Wiesbaden hat ein gewisses Flair und ein über ein Jahrhundert gepflegtes Image als der Wiesbadener Kongress. Die Freizeitgestaltung am Rande des Kongresses spielt heute jedoch keine so große Rolle mehr wie damals. In Mannheim können wir auf die Erfahrung des dort ansässigen, erfahrenen Teams der Kongressfirma m:con, die den Internistenkongress seit Jahren begleitet und Mannheim gut kennt, zurückgreifen. Das Congress Centrum Mannheim ist durch seine Funktionalität sehr gut für unsere Zwecke geeignet, sicherlich besser als die alten Rhein-Main-Hallen. Die zentrale Frage wird sein, wie die Internisten den Ortswechsel annehmen. Wir tun alles, damit der Kongress auch in Mannheim inhaltlich und organisatorisch gut gelingt, und werben dafür, dass die Internisten dort hinkommen, weil das Konzept des Kongresses inhaltlich überzeugt. Dann spielt der Ort keine Rolle! Ich freue mich darauf.

Fölsch: Wenn man die Qualität der Kongressräume – im jetzigen Zustand – in Mannheim mit denen von Wiesbaden vergleicht, dann liegen Welten dazwischen: Die Rhein-Main-Hallen sind eben Messe- und keine Kongresshallen! Ein weiterer Faktor ist die Erreichbarkeit: Mannheim ist ideal an die ICE-Strecke angebunden, Wiesbaden nicht. Insofern sehe ich überhaupt kein Problem darin, im nächsten Jahr den Kongressort zu wechseln.

Vielen Dank für das Gespräch!



DGIM-Stellungnahmen 2013/2014

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 Wahlterials oder der Bonussysteme in Chefarztverträgen bildet die DGIM Ad-hoc-Arbeitsgruppen.

Stellungnahme zur Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie

Ulrich R. Fölsch und Michael P. Manns

Nicht nur auf Stationen der Inneren Medizin wird der Umgang mit multiresistenten Bakterien zunehmend zum Problem. Die Behandlung solcher Infektionen erfordert eine einheitliche Regelung, die es ermöglicht, dem einzelnen Patienten die bestmögliche Behandlung zuteilwerden zu lassen und gleichzeitig eine nationale Strategie zu verfolgen, die die Bildung von Multiresistenzen langfristig eindämmt. Daher begrüßt die DGIM den Entwurf zur Weiterentwicklung der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART), den das Gesundheitsministerium gemeinsam mit weiteren Ministerien im November 2013 vorlegte.

Die Änderung des Infektionsschutzgesetzes im Sommer 2011 vermittelt notwendige Schritte, um Antibiotika rationaler einzusetzen und Infektionskrankheiten zu vermeiden. Diese Strategie wird mit dem vorgelegten Entwurf konsequent weitergeführt und sicher zur Reduktion nosokomialer Infektionen und zu einer

Verlangsamung der bedrohlichen Entwicklung multiresistenter Erreger führen. Um die geforderte flächendeckende personelle Ausstattung in Deutschland bis 2016 sicherzustellen und weiterzuentwickeln, verfügen die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI) und die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) jedoch nicht über ausreichende Ausbildungskapazitäten.

Gerade bei Infektionen, die neben einer Grunderkrankung auftreten, ist Vorsicht geboten: Eine zu starke Fokussierung auf den mikrobiologischen Befund und die sich daraus ergebenden Resistenzspektren wäre nicht zweckdienlich. Die „infektiologischen Entscheidungen“ bei nosokomialen Infektionen müssen mit Blick auf die Grunderkrankungen eines Patienten getroffen und dürfen nicht isoliert betrachtet werden.

Vor diesem Hintergrund bietet die DGIM gemeinsam mit ihren Schwerpunktgesellschaften unter Einbeziehung der DGI an, ein strukturiertes Curriculum einzurichten. Zudem erhofft sich die Fachgesellschaft eine zeitnahe Einbindung in einen strukturierten Dialog und in die Arbeit der DART. Im Rahmen der *Antibiotic Stewardship* stehen bisher noch zahlreiche offene Fragen, insbesondere da nur wenige klinisch-wissenschaftliche Daten aus Deutschland vorliegen. Die DGIM sieht hier einen dringenden Bedarf, entsprechende Forschungsstrategien zu entwickeln und die Finanzierung sicherzustellen, auch um neue Antibiotika und deren Wirkmechanismen zu erforschen.

Vor dem Hintergrund der großen medizinischen und sozioökonomischen Bedeutung von Infektionskrankheiten ist die angestrebte Bündelung aller Kräfte im Gesundheitssystem dringend erforderlich, um dem Handlungsbedarf bei Infektionskrankheiten und multiresistenten Erregern gerecht zu werden; die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie wird deshalb von der DGIM uneingeschränkt unterstützt. (Februar 2014)

❖ Die gesamte Stellungnahme finden Interessierte im Internet unter www.dgim.de ❖ Publikationen ❖ Stellungnahmen



Positionspapier zur Inneren Medizin in Europa: Mehr Chancen für junge Internisten

Alexis Müller-Marbach und Frank Lammert

Die europäische Integration ist in vielen Bereichen unseres öffentlichen und privaten Lebens verwirklicht. Die Weiter- und Fortbildung im Bereich der Inneren Medizin unterscheidet sich jedoch weiterhin zwischen den einzelnen europäischen Staaten deutlich. Die Ausbildungsordnungen und noch mehr die Weiterbildungsordnungen sind in den verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich angelegt. Eine erhebliche Abwanderung junger Internisten aus ihrem Heimatland in andere europäische und außereuropäische Staaten birgt viele Herausforderungen.

Die teilweise unzureichenden Sprachkenntnisse der Kollegen und das unterschiedliche Ausbildungsniveau können zunächst die tägliche Arbeit und das Gespräch mit den Patienten erschweren sowie Sicherheit und Qualität der Krankenversorgung gefährden. Andererseits besteht die Möglichkeit, sehr gute und hoch motivierte Studienabsolventen in Krankenversorgung, Forschung und Lehre zu integrieren. Die European Federation of Internal Medicine (EFIM) fördert als wissenschaftliche Organisation die Zusammenarbeit der wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Europa. Die Kommission für Wissenschaft und Nachwuchsförderung der DGIM hat – aufbauend auf einem Strategiepapier der EFIM aus dem Jahr 2010 – jetzt Empfehlungen zur Verbesserung der Weiter- und Fortbildung junger Internisten in Europa erarbeitet, die im Mai 2014 im Internisten veröffentlicht wurden.¹ Dabei sind folgende Anliegen von zentraler Bedeutung:

1. Innere Medizin in Europa sollte sich als die moderne zentrale Fachdisziplin verstehen, die integrierte und personalisierte Krankenversorgung für Patienten von der Adoleszenz bis in das hohe Lebensalter bei komplexen, akuten oder chronischen Krankheiten anbietet und dabei Erkenntnisse der molekularen Medizin, der klinischen Epidemiologie und medizinischen Ethik berücksichtigt.
2. Junge Internisten in Europa benötigen eine Weiterbildung in Innerer Medizin, die nicht nur durch die nationalen Fachgesellschaften und Berufsverbände,

sondern in Zusammenarbeit mit den europäischen Dachorganisationen innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre harmonisiert werden sollte. Dadurch wird der Wechsel von haus- und fachärztlich tätigen Internisten in Praxis und Klinik innerhalb der EU erleichtert und ein gleichwertiger Ausbildungsstandard in allen Ländern der EU gewährleistet.

3. Die DGIM und die Schwerpunktgesellschaften sollten sich über die europäischen Organisationen in die Entwicklung und Implementierung von europaweiten Leitlinien und Standards für internistische Erkrankungen einbringen.
4. Der weitere Aufbau von grenzüberschreitenden Netzwerken für junge Internisten in Europa sollte durch DGIM, BDI und die Regionalgesellschaften konsequent gefördert werden.
5. Die European Schools of Internal Medicine (ESIM) und vergleichbare Projekte sollten verstärkt durch Stipendien und die Entsendung junger Internisten aus Deutschland und anderen europäischen Ländern gefördert werden.
6. Die nationalen Gesellschaften für Innere Medizin sollten Austauschprogramme entwickeln und die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Weiterbildungsassistenten vorübergehend in einem anderen europäischen Land zur klinischen und/oder wissenschaftlichen Weiterbildung tätig sein können. Strukturierte Angebote zur Einführung in Besonderheiten der nationalen Gesundheitssysteme und zur Überwindung von Sprachbarrieren sind auszubauen. Die im Ausland absolvierten Zeiten müssen auf die Weiterbildungszeiten anrechenbar sein.
7. DGIM und BDI sollten sich auf fachlicher und politischer Ebene für eine kontinuierliche Angleichung der Versorgungssituationen und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Weiterbildungsassistenten in Europa einsetzen. (Mai 2014)



¹ Positionspapier der DGIM: Innere Medizin in Europa: Mehr Chancen für junge Internisten. Der Internist; Band 55: 575–577.

❖ Die gesamte Stellungnahme finden Interessierte im Internet unter www.dgim.de ❖ Publikationen ❖ Stellungnahmen

Neues aus den Kommissionen und Task Forces

Die Innere Medizin im Spannungsfeld der Fachgebiete

Markus M. Lerch

Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung

In diesem Jahr wurde die Arbeit der DGIM-Kommission für Aus-, Weiter- und Fortbildung an der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) fortgesetzt. Die von Michael Hallek mit großem Engagement koordinierte Arbeit zur fristgerechten Eingabe aller Vorschläge der internistischen Teilgebiete bei der Bundesärztekammer ist jetzt abgeschlossen. Zurzeit befindet sich das Verfahren in der Kommentierungsphase, in der verschiedene Fachgesellschaften und die Landesärztekammern noch Diskussionsbeiträge oder Änderungsvorschläge einfügen können. Die Bundesärztekammer wird dann voraussichtlich 2016 eine abschließende Vorlage für die Abstimmung beim Ärztetag vorstellen. Aus internistischer Sicht müssen noch Kompromisse erarbeitet werden, die die Überschneidungsbereiche zwischen Angiologie, Gefäßchirurgie und interventioneller Radiologie betreffen. Auch bei den konkurrierenden Interessen zwischen der Geriatrie, als Teilgebiet der Inneren Medizin, und der Versorgung von geriatrischen Demenzkranken durch Nervenärzte gibt es noch Vermittlungsbedarf. Die Kommission ist Michael Hallek außerordentlich dankbar, dass er diesen Prozess weiter in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und den anderen Fachgesellschaften begleitet.

Die unterschiedlichen Vorstellungen zur Ausbildung des medizinischen Nachwuchses müssen angeglichen werden.

Ein seit Jahren wichtiges Anliegen der DGIM ist die Anerkennung wissenschaftlicher Tätigkeiten für die Internistische Weiterbildung. Aus diesem Grund wurde von der Kommission erneut ein Schreiben an den Kollegen Montgomery als Präsidenten der Bundesärztekammer gerichtet, in dem daran erinnert wird, dass eine Anerkennung von Forschungszeiten nach wie vor weder in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer noch in den Weiterbildungsordnungen der meisten Landesärztekammern umgesetzt wurde. Frau Kollegin Britta Siegmund aus Berlin hat in diesem Zusammenhang das Clinical-Scientist-Pilotprogramm vorgestellt, das die Charité gemeinsam

mit der Landesärztekammer in Berlin etabliert hat und das als Modell für andere Ärztekammern angesehen werden kann. Dieses erlaubt ausdrücklich das Engagement von klinisch tätigen Kollegen in der Forschung bei gleichzeitiger Anerkennung von Forschungszeiten für die Weiterbildung.

Im Rahmen des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs (NKLM) hat der medizinische Fakultätentag gemeinsam mit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung auch für die Innere Medizin Lernziele erarbeitet. Da weder die Struktur noch die Lerninhalte des NKLM die ungeteilte Zustimmung der internistischen Fachgesellschaften gefunden haben, wurde unter der Leitung von Peter von Wichert durch eine Arbeitsgruppe der DGIM-Ausbildungskommission ein Lehrkatalog für Innere Medizin erstellt. Dieser stellt nach Meinung der internistischen Teilgebiete eine bessere Grundlage für ein wissenschaftsbasiertes Medizinstudium dar als der NKLM. Zurzeit werden intensive Gespräche zwischen den Organisatoren des NKLM und der DGIM geführt, die die bisher sehr unterschiedlichen Vorstellungen zur zukünftigen Ausbildung des medizinischen Nachwuchses annähern sollen. Die Abstimmung zu den hier genannten Arbeitsgebieten der Kommission zwischen DGIM und BDI ist weiterhin außerordentlich eng und konstruktiv.



Gemeinsame Strategie für die Intensiv- und Notfallmedizin

Tobias Welte

Task Force Internistische Intensiv- und Notfallmedizin

Unter Intensivmedizin wurden früher hauptsächlich die Versorgung akut kritisch kranker Patienten und die postoperative Versorgung von Patienten verstanden. Heute haben sich die Aufgaben deutlich erweitert und inhaltlich wie strukturell ausdifferenziert. Im Wesentlichen sind dabei zwei große Bereiche entstanden, die Notfall- und die Intensivmedizin, die sich wiederum in – entsprechend ihrem unterschiedlichen Anforderungsprofil und ihrer strukturellen Ausstattung – unterschiedliche Bereiche aufteilen lassen. Die Bedeutung der Intensivmedizin wird aufgrund der sich schnell verändernden Demografie und des Fortschritts der Medizin mit besseren Behandlungsmöglichkeiten schwerkranker Menschen in den nächsten Jahren medizinisch wie ökonomisch weiter steigen. Intensivmedizin wird zu einem wesentlichen Interessengebiet in der stationären Versorgung werden, zusätzlich werden sich jedoch auch relevante Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich (außerklinische Beatmung) herausbilden, sodass auch ein Interesse niedergelassener Kollegen an der Intensivmedizin entsteht. Infolgedessen wird sich der bereits bestehende Verteilungskampf um Zugriff, Zuständigkeit und finanzielle Verantwortung für die Intensivmedizin in den nächsten Jahren beschleunigen. Neben der zunehmenden ökonomischen Bedeutung der Intensivmedizin für Krankenhäuser wird das Berufsbild des Intensiv- und Notfallmediziners eine Aufwertung erfahren. Die Intensivmedizin wird zunehmend eine langfristige Berufsperspektive mit Karrierechancen bekommen und damit Bedeutung für junge Ärztinnen und Ärzte bei der Berufswahl erlangen.

Aus inhaltlichen Gründen wird sich die Intensivmedizin, aber auch die Notfallmedizin, in eine auf die Versorgung postoperativer Patienten fokussierte, anästhesiologisch dominierte, Intensivmedizin und auf eine konservative Intensivmedizin, im Sinne der Behandlung einer Verschlechterung internistischer, neurologischer oder pädiatrischer Grunderkrankung, differenzieren. Für internistische Patienten gilt dabei, dass die intensivmedizinische Versorgung internistische Grundkenntnisse erfordert. Anders als in der



Anästhesiologie ist die Zuständigkeit für die Intensivmedizin in der Inneren Medizin nicht klar geregelt. Betrachtet man die Fachgesellschaften, die sich ganz oder in Teilen für die Intensiv- und Notfallmedizin interessieren, so erkennt man eine Vielfalt von Initiativen, wobei es inhaltlich wie personell zu erheblichen Überschneidungen kommt.

Zurzeit gibt es neben der Beteiligung der Inneren Medizin in der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) die Deutsche Gesellschaft für internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) sowie intensivmedizinische Sektionen und Arbeitsgruppen in fast allen Fachgesellschaften der Inneren Medizin. Dazu kommt die Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB). Alle Gesellschaften haben eigene Kongresse, die Fort- und Weiterbildungsprogramme sowie Initiativen im Bereich des Qualitätsmanagements sind schlecht bis gar nicht koordiniert. Aufgabe der Task Force der DGIM, in der die DIVI, die DGIIN und alle intensivmedizinischen Sektionen der Fachgesellschaften vertreten sind, ist es, eine einheitliche Strategie der Inneren Medizin für die Intensiv- und Notfallmedizin für die Zukunft zu entwickeln. Dazu gehört in erster Linie eine Vereinheitlichung des Vorgehens in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, vor allem eine Koordinierung von Kongressangeboten und Maßnahmen der Qualitätssicherung. Ziel der Task Force ist es, zum DGIM-Kongress 2015 einen einheitlichen Zukunftsplan für die internistische Intensiv- und Notfalltherapie vorzulegen.

Qualitätssicherung durch Leitlinien

Gerd Hasenfuß

Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie

Der Ausbau einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung in der Medizin ist im Koalitionsvertrag der Bundesregierung aus 2013 verankert. Hierzu soll ein Institut gegründet werden, das „dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt und dem gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefert“. Für den Gesetzgeber ist also das Thema Qualitätssicherung in der Medizin von großer Relevanz, und wir Ärzte tun gut daran, klare Vorstellungen und Konzepte zur Qualitätssicherung in der Medizin mitzuentwickeln. Eine in der Praxis wesentliche Form der Qualitätssicherung kann durch die Erstellung und Befolgung von Leitlinien erfolgen. Dies insbesondere dann, wenn in den Leitlinien nicht nur klar Stellung bezogen wird zur Indikation von diagnostischen und therapeutischen Verfahren, sondern auch dargelegt wird, in welchen Fällen solche Verfahren nicht angewandt werden sollen. Ein wichtiges Anliegen der DGIM ist es daher, an der Gestaltung von qualitativ hochwertigen Leitlinien zu den verschiedenen medizinischen Bereichen aktiv mitzuwirken.

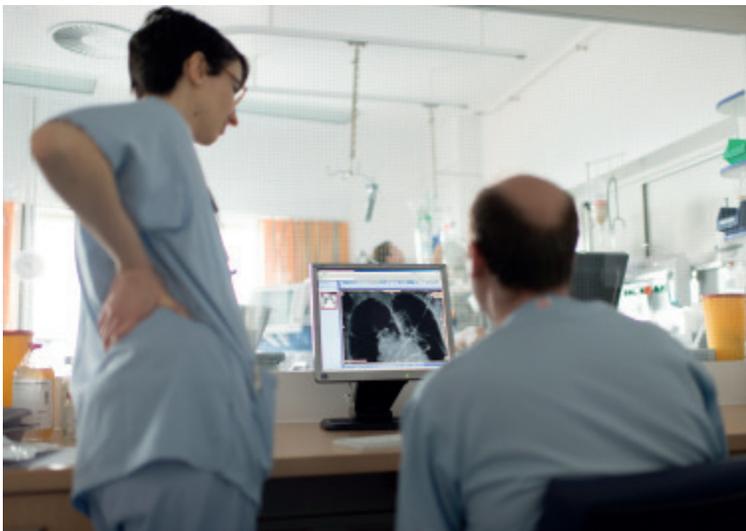
Ärzte tun gut daran, klare Konzepte zur Qualitätssicherung in der Medizin mitzuentwickeln.

Dies gilt nicht nur für Leitlinien aus dem internistischen Fachgebiet, sondern auch für solche aus anderen konservativen und operativen medizinischen Disziplinen. Die Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie koordiniert das Leitlinienengagement der DGIM. Allein im ersten Quartal 2014 ist die DGIM bei sechs neuen Leitlinienprojekten tätig geworden, darunter die S3-Leitlinie Akutbehandlung des Schlaganfalls und die S3-Leitlinie Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis sowie die S3-Leitlinie Primärer und sekundärer Pneumothorax. Die Kommission bedankt sich an dieser Stelle bei allen Mitgliedern der DGIM, die dazu bereit sind, die wichtige, aber auch zeitaufwendige Aufgabe als Leitliniendelegierte/r der DGIM zu übernehmen.

Wesentliche Neuerungen aus aktuellen Leitlinien werden seit 2013 unter der Schirmherrschaft der Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie in den „Top-Infos“ zusammengefasst und in den Gesellschaftsausgaben der Deutschen Medizinischen Wochenschrift veröffentlicht. Ziel dieser „Top-Infos“ aus den Leitlinien ist es, dem Leser zu ermöglichen, in wenigen Minuten Eckpunkte neuer Leitlinien zu erfassen.

In den vergangenen Monaten sind „Top-Infos“ aus den Leitlinien „Therapie der chronischen systolischen Herzinsuffizienz“, „Kolorektales Karzinom“, „Tabakentwöhnung als essenzieller Bestandteil der Therapie“, „Arterielle Hypertonie – neue Grenzwerte“ und „Herzschrittmachertherapie und kardiale Resynchronisation“ erschienen.

Die Kommission wird sich im Hinblick auf die oben angesprochene Qualitätssicherungsinitiative der Bundesregierung mit der Frage auseinandersetzen, wie Leitlinien zu diesem Thema beitragen können und wie solche Leitlinien gestaltet sein müssen.



Integrierte internistische Versorgung der Zukunft

Petra-Maria Schumm-Draeger

Kommission Struktur – Krankenversorgung

Anlass für das gemeinsame Projekt der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) und des Berufsverbands Deutscher Internisten e.V. (BDI) ist eine unzureichend integrierte und koordinierte internistische Versorgung unserer Bevölkerung, in der verschiedene Versorgungssektoren, Versorgungsstufen, Heilberufe, ärztliche Disziplinen und Einrichtungen zu oft neben- und gegen- statt miteinander arbeiten. Dies wird als eine relevante Ursache für Über- und Unterversorgung, Fehlversorgung und Ineffizienz in unserem System angesehen. Das Projekt zielt auf eine systematische Integration der Versorgung zweier Modellkrankheiten, der Polyangiitis mit Granulomatose (GPA) und der essenziellen Hypertonie (eH). In der bisherigen Arbeit der Kommission konnten Grundzüge der für die GPA und die eH angestrebten Versorgungspfade skizziert werden. Noch zu prüfen wäre, ob und unter gegebenenfalls welchen Anpassungen sich die Ergebnisse auf andere internistische Erkrankungen übertragen lassen.

Es werden drei Stufen der ambulanten Versorgung unterschieden: Grundversorgung (hausärztlich tätige Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt neben Ärzten für Allgemeinmedizin), Schwerpunktversorgung (Internisten mit ausgewiesenem Schwerpunkt), Spezialversorgung nach oder in Analogie zur spezialfachärztlichen Versorgung entsprechend § 116b SGB V. Die Rolle der drei Versorgungsstufen unterscheidet grundsätzlich zwischen der GPA als sehr seltener, therapeutisch aufwendiger Erkrankung und der sehr häufigen eH mit ihrem sehr breiten Spektrum an Risikofaktoren, klinischen Manifestationen und verhaltens- wie biomedizinischen Behandlungszugängen. Für jede Stufe wurden spezifische Funktionen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten konkretisiert und mit definierten Merkmalen der Krankheit, des Patienten, der Therapie und der Erfahrung/Vernetzung des Arztes verbunden. Bestimmte Merkmale legen einen Wechsel der Versorgungsstufe und des Kompetenzlevels in jede Richtung nahe.



Als weitere Sektoren und Berufsgruppen werden die Rehabilitation und Pflege herausgehoben, auch wird auf die Bedeutung krankheitsspezifischer Zentren- und Netzwerkbildungen hingewiesen. Nach Auffassung der Kommission haben die wissenschaftlich begründeten Empfehlungen das Potenzial, die Indikations-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Effizienz der internistischen Versorgung zu steigern, von ärztlicher Seite Einfluss auf die Versorgungsplanung zu nehmen und schließlich auch durch Entlastungen die Berufszufriedenheit der Ärzte zu erhöhen.

Allerdings bedürfen viele Details weiterer Diskussion, unter anderem der Absicherung durch bestverfügbare Evidenz, und einer Konsentierung, vorerst innerhalb des Präsidiums des BDI und des Vorstands der DGIM. Daran könnte eine Fachkonferenz anschließen, auf der die erarbeiteten Überlegungen und Empfehlungen aus verschiedenen wissenschaftlichen

Die internistische Versorgung ist unzureichend koordiniert, die verschiedenen Sektoren müssen besser zusammenarbeiten.

und praxisbezogenen Blickwinkeln diskutiert und „abgenommen“ oder noch einmal modifiziert werden. Dabei wäre auch zu klären, auf welche Empfehlungen der Pfade man sich prioritär konzentrieren sollte, damit es gelingen kann, die Patienten, die Ärzte der drei Versorgungsstufen und die weiteren Berufsgruppen dazu zu veranlassen, der vorgeschlagenen Arbeitsteilung und Zusammenarbeit zu folgen. Begleitend sind fachinterne Veröffentlichungen und eine systematische Öffentlichkeitsarbeit seitens der DGIM und des BDI vorzusehen.

Zukunft der Telemedizin: Standards und Nutznachweis gefordert

Diethelm Tschöpe

Kommission Telemedizin

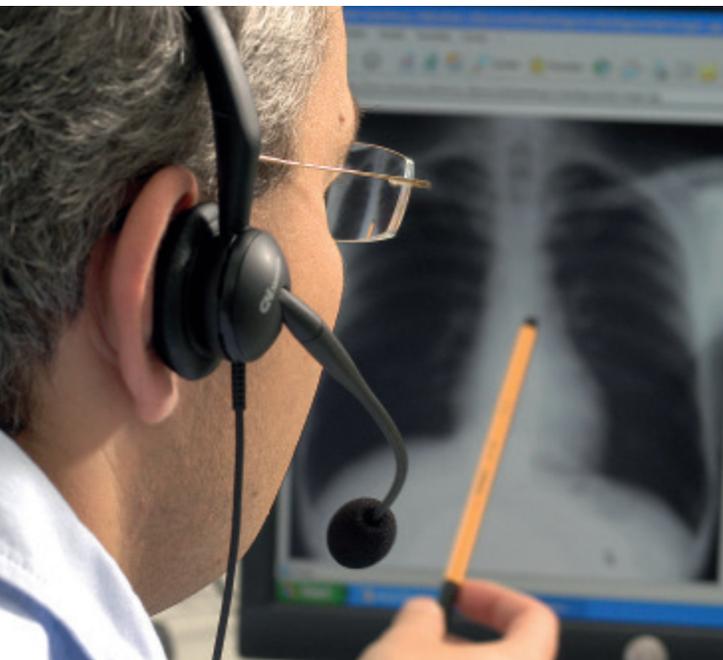
Noch relativ jung ist die Kommission Telemedizin, die im Sommer 2013 ihre Arbeit aufgenommen hat und im April 2014 erste Ergebnisse präsentieren konnte. Hintergrund der Kommissionsgründung ist die Überzeugung der DGIM, dass telemedizinische Leistungserbringung ein Instrument zu Qualitätssteigerung und Versorgungsoptimierung sein kann. Mit dem Ziel, verbindliche Regularien für die Ärzteschaft zu schaffen, wurden 13 Experten aus internistischen Kerngebieten und angrenzenden Bereichen in die Kommission Telemedizin berufen. Vertreten sind die Fächer Kardiologie, Pneumologie, Nephrologie, Hämatologie/Onkologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Geriatrie, Urologie, Neurologie, klinische Pharmakologie und Allgemeinmedizin – allesamt Handlungsfelder mit hohem Anwendungspotenzial für die virtuelle ärztliche Leistungserbringung.

Die Bundesärztekammer begrüßt die inhaltliche Auseinandersetzung mit der Telemedizin auf der Ebene der wissenschaftlichen Fachgesellschaft.

Die Kommission zieht eine klare Grenzlinie zwischen IT-basierten Lösungen für medizinische Anwendungen mithilfe technischer Facilities und exakt definierten, strukturierten telemedizinischen Leistungen, für die analog zu anderen Leistungskomplexen eine Vergütung zulasten der GKV beansprucht wird. Das Nutzpотenzial von Telemedizin wird sich zeigen, wenn es gelingt, diese Art der Leistungserbringung mit dem ärztlichen Handlungsauftrag in Übereinstimmung zu bringen. Virtuell erbrachte ärztliche Leistung muss den gleichen ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Prinzipien folgen wie die Präsenzmedizin. Die Leistungsangebote müssen unter ärztlicher Aufsicht qualitätsbasiert und transparent stattfinden. Entscheidend ist der überlegene Nutzen, der gezeigt wird: durch reduzierte Mortalität und Morbidität, Vermeidung unnötiger Hospitalisierung, Kompensation struktureller Versorgungsdefizite, Steigerung von Effizienz und Kostenreduktion.

Die in Deutschland vorhandenen telemedizinischen Leistungsangebote unterschiedlichster Indikationen wurden von der Kommission in einem Telemedizin-Projektmonitor zusammengeführt und anhand eines festgelegten Katalogs nach den Kriterien Zielsetzung, Ergebnisevaluation, Publikation und Finanzierungstransparenz bewertet, um Aussagen über Nutzen und Wirksamkeit der Leistungsangebote zu treffen. Nur wenige der existierenden Projekte erfüllen den Kriterienkatalog positiv und können einen Nutzen über belastbare Outcome-Daten belegen.

Die Kommission hat sieben Leitsätze entwickelt, die beim DGIM-Kongress 2014 vorgestellt wurden. Darin werden Indikationsbezug, Nutzen, Akzeptanz, Qualitätssicherung, Standesvorbehalt, Exzellenz und Transparenz als elementare Felder genannt, an denen die Umsetzungswahrscheinlichkeit bemessen wird. Nach Auffassung der Experten sind diese Empfehlungen geeignet, telemedizinische Projekte zu profilieren und dadurch den Status des technologischen Hilfsmittels zu verlassen. Gleichwohl realistisch gesehen wird, dass bislang noch verlässliche



Pfade fehlen, die selbst bei Einhaltung der Leitsätze eine Überführung als GKV-Leistung mit Vergütungsanspruch garantieren. Um in die versorgungsrelevante Umsetzung eingebunden zu sein, wird die Zusammenarbeit mit der BÄK angestrebt. Die BÄK hat bereits signalisiert, dass es eine große Schnittmenge

mit der DGIM gibt. Die inhaltliche Auseinandersetzung auf der Ebene der wissenschaftlichen Fachgesellschaft wird ausdrücklich begrüßt. Über Ergebnisse und Zielsetzungen wird sich die Kommission künftig mit der Arbeitsgruppe Telemedizin der BÄK austauschen.

Leitsätze zur Implementierung telemedizinischer Leistungserbringung

(1) Indikationsbezug Telemedizinische Angebote sollen vorrangig zur Kompensation erkennbarer Versorgungs- und Qualitätsdefizite entwickelt werden. Eine Priorisierung von Handlungsfeldern ist unter dem Gesichtspunkt einer Soll-Ist-Bedarfsanalyse in Abhängigkeit von medizinischer und technischer Machbarkeit unumgänglich.

(2) Nutzen Telemedizinische Leistungen müssen vor allem Nutzen für Patienten zeigen. Nutzenkriterien sind Verringerung von Mortalität und Morbidität, Verbesserung von Lebens- und Versorgungsqualität, aber auch prozessuale oder wirtschaftliche Optimierung.

(3) Akzeptanz Telemedizin verknüpft die Patienten mit den Akteuren im Gesundheitswesen, vorrangig den Ärzten in Klinik und Praxis. Im Regelfall sollten Pflegekräfte, Apotheker, industrielle Anbieter und Kostenträger eingebunden werden. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist die Bereitschaft zur Mitwirkung durch indikationsbezogene Einbindung aller Beteiligten bereits in der Projektphase.

(4) Qualitätssicherung Virtuelle Leistungserbringung muss indikationsbezogene Qualitätsindikatoren berücksichtigen und sich mit dem allgemeinen Leistungsgeschehen „benchmarken“. Grundgedanke ist das „Best-Practice“-Prinzip, um zu verhindern, dass Substitutions- und Wirtschaftlichkeitsdruck Telemedizin instrumentalisieren und zu einer Aushöhlung etablierter Qualitätsstandards führen.

(5) Standesvorbehalt Ärztliche Leistungserbringung in der virtuellen Anwendungsumgebung muss den gleichen ethischen und rechtlichen Prinzipien wie in der Präsenzmedizin folgen. Die Akteure sind zu einer anwendungsbezogenen Umsetzung dieses Äquivalenzprinzips aufgerufen, die die ärztliche Kontrolle telemedizinischer Leistungserbringung sicherstellt.

(6) Exzellenz Jedwede Entwicklung telemedizinischer Leistungsangebote ist am wissenschaftlichen Erkenntnisstand, idealerweise in Leitlinienhinterlegung, zu orientieren. Dabei ist aufgrund der medialen Pluralität von Telemedizin zu fordern, dass die Fortentwicklung des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns besonders zeitnah einzupflegen ist.

(7) Transparenz Telemedizin entwickelt neue Leistungsangebote unter Inanspruchnahme innovativer, teils systemfremder Produkte und Strukturen, die über den Begriff der ärztlichen Leistungserbringung hinausgehen. Ohne Regulation besteht die Gefahr proprietärer Systemlösungen, die zu Monopolstrukturen führen können. Eine solche Entwicklung muss vermieden werden. Gerade unter dem Anspruch der Übernahme in die Regelversorgung besteht die Notwendigkeit eines strikten Transparenzgebots als Grundlage einer angemessenen Verhandlungssymmetrie zwischen den Akteuren.

Akklimation

Ein großes Problem der Telemedizin besteht darin, dass selbst bei Erfüllung des vorgenannten Kriterienkatalogs die Überführung in die Regelversorgung von der Erstattungsfähigkeit abhängt, für die es zurzeit keine gesicherten SOPs (Standard Operating Procedures) gibt. Wir regen an, dass die Bundesärztekammer (BÄK) mit der zuständigen Körperschaft Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) versucht, für die telemedizinische Leistungserbringung berechenbare Pfade zu definieren, nach denen eine Erstattung in der Regelversorgung, gegebenenfalls auch nach individuellem Indikationsbezug, möglich und planbar wird. (April 2014)

Den Wechsel in die Erwachsenenmedizin fächerübergreifend erleichtern

Britta Siegmund

Kommission Transition

Die Transition, der Wechsel chronisch kranker Jugendlicher von der kinderärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin, fällt in der Regel in die Lebensphase der späten Adoleszenz, das heißt in einen Zeitraum mit hoher Vulnerabilität. Häufige Folgen sind Behandlungsabbrüche oder -unterbrechungen mit Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und sozioökonomische Konsequenzen. Bereits 2009 wurde vom Sachverständigenrat¹ die Betreuung chronisch kranker Jugendlicher in der Übergangsphase als mangelhaft bewertet und Empfehlungen zur Verbesserung ausgegeben. Dies wurde 2011 durch die Bundesärztekammer unterstützt², indem erneut auf die Mängel des Gesundheitssystems in Bezug auf chronisch kranke Jugendliche hingewiesen wurde. Vonseiten des Gesetzgebers wie auch der Kostenträger fehlt aber bislang die Anerkennung der Notwendigkeit einer besonderen Betreuungskonzeption für die Transition. Es existieren bislang lediglich einzelne fachspezifische Lösungsansätze, jedoch fehlt eine fächerübergreifende Struktur, die den Prozess

Bislang fehlt die Anerkennung der Notwendigkeit einer besonderen Betreuungskonzeption für die Transition durch den Gesetzgeber.

der Transition nicht nur begleitet und absichert, sondern auch finanziell unterstützt.

Mit dem Ziel, die Ist-Situation der Transition zu evaluieren sowie ein Transitionsmodell zu erarbeiten, wurde 2012 durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und die DGIM die Task Force Transition gegründet und Anfang 2013 durch die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) ergänzt. Das Berliner

Transitionsprogramm (BTP)³, das von den DRK-Kliniken Berlin im Rahmen einer Förderung durch die Robert Bosch Stiftung zunächst für die Erkrankungen Epilepsie und Diabetes Typ 1 für die Region Berlin/Brandenburg erarbeitet wurde, eignet sich von der Grundstruktur für einen fach- und indikationsübergreifenden sowie überregionalen Einsatz. Innerhalb dieses Modellprogramms wurden Strukturelemente wie Transitionsgespräche, gemeinsame Sprechstunden, Fallkonferenzen und ein sektorübergreifendes Fallmanagement etabliert und seit Mitte 2009 erprobt. Zudem wurden fachübergreifende und

krankheitsspezifische Materialien, das Transitionsheft, eine Epikrise, Fragebögen und eine Infobroschüre erarbeitet. Die Vergütung des Programms wird von Kostenträgern im Rahmen von Selektivverträgen oder als Einzelfallentscheidung übernommen. Das Modellprogramm wurde nun auf weitere Problembereiche aus dem rheumatologischen Formenkreis und der Nephrologie, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und seltene Muskelerkrankungen ausgeweitet. Auch regional hat sich das Angebot ausgedehnt. Ziel ist es, auf lange Sicht eine nationale Verfügbarkeit anbieten zu können. Die Arbeitsgruppe ist mit verschiedenen Entscheidungsträgern der Gesundheitspolitik wie des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Ärztekammer und Krankenkassen in Dialog getreten, um die Struktur und Finanzierungsmöglichkeiten eines einheitlichen Transitionsprojekts ausgehend vom Berliner Transitionsprogramm zu klären. Bezüglich der Finanzierung ist eine Verankerung einer definierten Transitionsleistung im § 43 SGB V geplant, hinsichtlich der Anbindung an eine bundesweit operierende Organisationseinheit ist die Kommission Transition in einem vielversprechenden Dialog mit dem Bundesverband „Bunter Kreis“.

Quellen

- [1] <http://www.svr-gesundheit.de>
 [2] <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.9278.9427.9545.9550>
 [3] <http://www.berliner-transitionsprogramm.de>



Weiterbildung fördern – Fehlanreize vermeiden

Michael P. Manns

Kommission Transplantationsmedizin

Aus Anlass der aktuellen Probleme in der Transplantationsmedizin und um hierzulande die Prozesse und die Qualität von Organspenden zu verbessern, hat die DGIM im Februar 2013 zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) die Task Force Transplantationsmedizin gegründet. Ziel ist es, wissenschaftsaktuelle und messbare Kriterien zu erstellen, die es ermöglichen, Transplantationen transparenter und noch sicherer zu gestalten. Denn nur so kann es gelingen, eine vertrauensvolle Umgebung für Patienten zu schaffen und die Bevölkerung für die Notwendigkeit der Organspende neu zu sensibilisieren.

Die Einführung des so genannten MELD-Systems (Model for End-Stage Liver Disease) für Lebertransplantationen im Jahre 2006 hat die Transplantationsmedizin in Deutschland dramatisch verändert. Das Prinzip: Kränkste Patienten werden zuerst transplantiert, um die Mortalität auf der Warteliste zu reduzieren. Dies hat aber in Deutschland dazu geführt, dass immer kränkere Patienten transplantiert werden. Dadurch haben sich die Ergebnisse von Organtransplantationen nach Einführung des MELD-Systems zunehmend verschlechtert. Weiter verschärft wurde die Situation durch einen Anstieg des Spenderalters. Durch die Einführung der Ausnahmeregelungen, der sogenannten Standard-Exceptions, wird zudem der Pool der Spenderorgane, die nach dem so genannten Lab-MELD-System verteilt werden, geringer. Die Problematik, dass Organe zunehmend älterer Spender in immer stärker erkrankte Patienten transplantiert werden, erschwert die Gesamtsituation.

Ganz wesentlich für die Verbesserung der Qualität der Transplantationsmedizin in Deutschland wird sein, die Indikationsstellung zur Transplantation zu vereinheitlichen und transparenter zu gestalten. Dazu gehören ein einheitliches Transplantationsregister für alle Organsysteme, eine einheitliche Meldung zur Transplantation sowie die Indikationsstellung nach transparenten Kriterien. All diese Maßnahmen haben Einfluss auf das MELD-Score-System und somit die Spenderallokation. Darüber hinaus ist zur Qualitäts-



verbesserung der Transplantationsmedizin dringend eine Standardisierung bei der Beurteilung der Spenderqualität erforderlich.

Schließlich gilt es Fehlanreize im System zu vermeiden. Die Entscheidung für eine Transplantation und die Aufnahme auf eine Warteliste müssen transparent und nach klar definierten medizinischen Kriterien erfolgen, die von allen Zentren respektiert und praktiziert werden. Ökonomische Aspekte dürfen dabei keine Rolle spielen, wengleich in die Honorierung der Zentren nicht nur die reine Transplantationszahl, sondern auch die Ergebnisqualität eingehen sollte.

Eine sinnvolle Maßnahme wäre eine Zusatzweiterbildung Transplantationsmedizin, die Internisten, Chirurgen und Pädiatern gleichermaßen offen steht. Ein dreijähriges Ausbildungskonzept ist hier anzustreben. Bei einem Gespräch der DGIM mit der Bundesärztekammer möchten wir das Thema der Transplantationsmedizin erneut aufgreifen und weiterhin den Weg eines gemeinsamen Lösungsansatzes mit allen beteiligten Disziplinen verfolgen.

Qualität in der Forschung

Frank Lammert

Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung

Die Arbeit der Kommission Wissenschaft und Nachwuchsförderung fokussierte im vergangenen Jahr die Chancen für junge Internisten in Europa¹ und die Qualität der medizinischen Promotion².

Die Weiter- und Fortbildung im Bereich der Inneren Medizin unterscheidet sich zwischen den einzelnen europäischen Staaten deutlich. Die ökonomischen Unterschiede zwischen den europäischen Ländern haben in den letzten Jahren zu einer erheblichen Abwanderung junger Internisten aus ihrem Heimatland in andere Länder geführt. Dies eröffnet die Möglichkeit, sehr guten und hoch motivierten Nachwuchs in Krankenversorgung, Forschung und Lehre zu integrieren. Daher hat die Kommission das Positionspapier „Innere Medizin in Europa“ verfasst (siehe S. 21).

Ein wesentliches Problem der Inneren Medizin liegt in der Rekrutierung von qualifiziertem wissenschaftlichen Nachwuchs. Die DGIM hat deshalb als neue Fördermaßnahme das erfolgreiche Programm „Persönlichkeitsentwicklung für Medizinerinnen – Aufbruch zum (eigenen) wissenschaftlichen Erfolg“ initiiert³, das zu einer DGIM-Förderakademie weiterentwickelt wird.

Unser Ziel muss es sein, die Qualität der Promotionen weiter zu fördern – gerade angesichts der öffentlichen Debatte um Plagiatsfälle. Nach Ansicht der DGIM ist es dringend erforderlich, an Forschung interessierte begabte Studierende frühzeitig zu identifizieren, „Pro-forma-Forschung“ durch Qualitätssicherung der Promotion an den Medizinischen Fakultäten abzubauen und wissenschaftliche Tätigkeit ausreichend attraktiv zu gestalten.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- Heranführen der Studierenden an wissenschaftliches Arbeiten durch in das Studium integrierte Module, studienbegleitende Kollegs oder Integration in Forschungsprojekte. Formale Schaffung eines Doktorandenstatus, eines verbindlichen Betreuungsverhältnisses und transparenter Kriterien der Qualitätssicherung an allen medizinischen Fakultäten.



- Qualifizierung im Rahmen der Promotion durch fachübergreifende Regelungen und themenspezifische Graduiertenkollegs.
- Überarbeitung der Promotionsordnungen und systematische Qualitätssicherung der Promotionsverfahren.
- Finanzielle Förderung für Forschungszeiten im Rahmen der Doktorarbeit während des klinischen Studiums (z. B. durch das in Planung befindliche Stipendienprogramm der DGIM für qualitativ hochwertige Promotionen) und Vergabe von bezahlten Stellen und Stipendien zum formalisierten Promotionsstudium.
- Entwicklung und Validierung von Programmen zur strukturierten wissenschaftlichen Arbeit während der klinischen Qualifizierungsphase, die zur Verleihung eines Medizinischen Doktorgrades (M.D.) führen, während der Dr. med. als Ph.D.-Äquivalent nach Absolvierung einer eigenständigen wissenschaftlichen Arbeit und entsprechender Prüfung vergeben wird.

Literatur

[1] Positionspapier der DGIM: Innere Medizin in Europa: Mehr Chancen für junge Internisten. Der Internist; Band 55: 575–577.

[2] Positionspapier der DGIM: Promotion von Medizinern und deren Bedeutung im Rahmen der Nachwuchsförderung. Der Internist; Band 55: 1497–1499.

[3] Bechtel-Walz W, Hoyer B. 2. Alumni-Treffen für Ärztinnen in Führungspositionen am 08.02.2014 in Wiesbaden. Der Internist; Band 55: 1500–1501.

DGIM-Studie: „Ärzte – Manager 2013“ Ärztliche Führungskräfte im Spagat zwischen Patientenwohl und Kostendruck

Die zunehmende Durchdringung des Gesundheitswesens mit betriebswirtschaftlichen Denkmustern und Management-Paradigmen wirkt sich deutlich auf das ärztliche Berufsbild aus. Die DGIM hat deshalb die Studie „Ärzte – Manager 2013“ initiiert. Erstmals wurden hier unter Leitung von DGIM-Generalsekretär Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch und dem Sachverständigen im Bereich Gesundheitswesen Thomas Kapitza Anforderungen und Chancen im Spannungsfeld Medizin – Klinikmanagement aus Sicht Ärztlicher Führungskräfte internistischer Fachabteilungen detailliert beleuchtet. Im Gespräch stellen beide erste Ergebnisse vor.

Was hat die DGIM konkret dazu veranlasst, eine Studie zu diesem Thema ins Leben zu rufen?

Fölsch: Ausgangspunkt war eine Debatte im Vorstand der DGIM über die Bonusverträge der Ärzte. Denn finanzielle Anreize könnten Mediziner dazu verleiten, gegen ihre Berufsordnung zu verstoßen. Krankenhäu-

ser sind jedoch keine Kaufhäuser, sondern Einrichtungen der Daseinsfürsorge. Mit der zunehmenden Bedeutung finanzieller Aspekte hat sich die Interaktion zwischen kaufmännischer Geschäftsführung und Ärztlicher Leitung in Kliniken in den letzten zehn Jahren deutlich verändert. Genau diese Schnittstelle wollten wir untersuchen und herausfinden, wie einzelne leitende Ärzte diese Veränderungen empfinden. Daher haben wir uns zu einer Studie entschlossen, die speziell an Ärztliche Führungskräfte gerichtet war. Besonders wichtig war uns dabei zu erfahren, wie das Klima zwischen kaufmännischer und Ärztlicher Leitung ist und welche Inhalte zentral bei der Zusammenarbeit eine Rolle spielen.

Wie sind Sie bei der Untersuchung vorgegangen und was war das Kernstück der Studie?

Kapitza: In meiner Sachverständigentätigkeit konnte ich verstärkt beobachten, dass immer häufiger ökonomische Themen an leitende Ärzte herangetragen werden. Dies führt an vielen Stellen zu Konflikten, denn



kaufmännische Problemstellungen entsprechen nicht der Kernkompetenz von Ärzten und Wissenschaftlern, sondern sind als neue Anforderung zum Berufsbild hinzugekommen, ohne dass dies gründlich hinterfragt wurde. Ein sehr hoher Innovationscharakter und gleichsam der Kern der Studie liegt darin, dass es zur Zusammenarbeit zwischen kaufmännischer Geschäftsleitung und Ärztlichen Führungskräften internistischer Fachabteilungen bisher kein empirisches Datenmaterial gibt. Die Studie hat gezeigt, dass hier offenbar ein sehr hoher Diskussionsbedarf besteht. Daher ist es gar nicht hoch genug einzuschätzen, dass die DGIM sich dieses Themas annimmt. Dies gibt uns erstmals überhaupt die Möglichkeit, gesundheits- und branchenpolitische Konsequenzen auf einer validen Basis zu diskutieren.

Wie hat sich das Berufsbild des Mediziners in den letzten Jahren verändert?

Fölsch: Leitende Ärzte werden durch ein Übermaß an Ökonomisierung in der Ausübung ihres Berufs deutlich beeinträchtigt. Die fallbezogene Abrechnung führt dazu, dass Patienten in Kliniken zu mehr oder weniger „lukrativen Fällen“ werden. Zugleich sind Ärzte angehalten, Umsatz zu machen, damit das Krankenhaus eine schwarze Null oder schwarze Zahlen schreiben kann. Das ist jedoch immer schwieriger zu erreichen, da die Schere zwischen Kosten und Erlösen sich zunehmend spreizt. Beispielsweise fängt das DRG-Entgeltsystem gestiegene Sach-, Personal- oder Energiekosten kaum auf. Dieser finanzielle Druck ruht zunehmend auf den Schultern der Ärzte und prägt das Berufsbild des Mediziners nachhaltig.

Zu welchem Ergebnis ist die Studie gekommen? Wurdens Sie vom Ergebnis der Studie auch überrascht?

Kapitza: Absolut. Ein Beispiel: Von den befragten Führungskräften waren rund drei Viertel der Meinung, dass von ihnen im Beruf betriebswirtschaftliche Steuerung verlangt wird. Jedoch stehen ihnen, so die Sicht der Befragten weiter, dafür keine Steuerungsinstrumente zur Verfügung, um dieser Forderung nur entfernt gerecht zu werden. Auch gaben 89,5 Prozent der Befragten an, dass die Ökonomisierung Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis hat. Fast die Hälfte der Befragten war der Meinung, dass keine

partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen kaufmännischer Betriebsleitung und Ärztlichen Führungskräften existiert. Zudem wurde die Zusammenarbeit von vielen als negativ eingeschätzt, was alles Zeichen sind, dass an dieser Stelle noch viel zu leisten ist. Insbesondere ärztliche Erfolgsbeteiligungen können weitreichende Konsequenzen haben. Knapp 70 Prozent aller Zielvereinbarungen sind laut Studie nicht einmal anteilig medizinischer Natur, sondern bezogen sich lediglich auf ökonomische Punkte. Das verdeutlicht aus meiner Sicht das Problem, dem Ärztliche Führungskräfte ausgesetzt sind.

Stichwort Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Wie können Klinikärzte ihre ärztliche Therapiefreiheit zur Wahrung des Patientenwohls trotz betriebswirtschaftlicher Vorgaben des Krankenhausmanagements sichern?

Fölsch: Wenn die Krankenhäuser kostendeckend arbeiten könnten, wären sie dieser Problemstellung erst gar nicht ausgesetzt. Die Kliniken haben in den vergangenen Jahren alles unternommen, um das System auf Kosteneffizienz zu trimmen. Hier besteht kein Spielraum mehr. Die Einnahmen müssen die Ausgaben decken; das ist aus meiner Sicht die einzige Lösung, um langfristig ein von Vertrauen geprägtes Verhältnis zum Patienten gewährleisten zu können.

Welche Konsequenzen ergeben sich auf Basis der Studie, welche Empfehlungen können Sie aussprechen?

Kapitza: Unsere Studie hat gezeigt: Es gibt kein Geld für gute Medizin, sondern nur für ökonomische Zielgrößen wie Wirtschaftlichkeit. Ärzte sind häufig in der Bringschuld gegenüber der kaufmännischen Geschäftsführung. Eigentlich sollte es umgekehrt sein: Die kaufmännische Geschäftsleitung muss die Pflicht haben, Ärztliche Führungskräfte und Fachabteilungen in die Entscheidungsprozesse einzubeziehen, damit der vorhandene medizinische Sachverstand als Kernkompetenz medizinischer Versorgung tatsächlich in die gemeinsame Entwicklung integriert werden kann. Und dies nicht in erster Linie nur bei ökonomischen Themen. Etwas, wozu ein Mediziner sehr viel besser Auskunft geben kann, ist beispielsweise die strategische Leistungsplanung, die im Ranking gegenüber ökonomischen Themen jedoch deutlich abfällt.

Die kaufmännische Geschäftsleitung muss Ärztliche Führungskräfte und Fachabteilungen in die Entscheidungsprozesse einbeziehen.

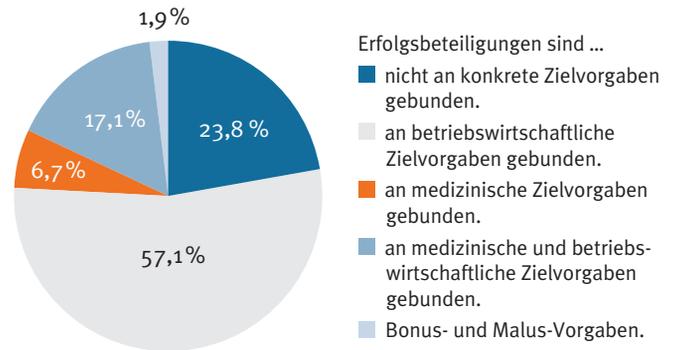
Welche Schlüsse zieht die DGIM aus den Ergebnissen, welche Handlungsschritte ergeben sich daraus für die Fachgesellschaft?

Fölsch: Wenn die Kliniken in erster Linie aufgefordert sind, Umsatz zu machen, bleibt zwangsläufig die Zuwendung zum Patienten, aber auch die Weiterbildung auf der Strecke. Das ist ein immens wichtiger Aspekt: Weiterbildung kostet Zeit, bringt jedoch kein Geld. Nicht zuletzt deshalb haben wir, in Ergänzung zu der Stellungnahme der Bundesärztekammer vom Februar 2013 (Anm. d. Red.: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 8) ein Positionspapier zur Finanzierung der Krankenhäuser auf den Weg gebracht (Anm. d. Red.: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2013; 138, Nr. 31/32). Damit wollen wir erreichen, dass der Arzt seinen Kernkompetenzen einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Diagnostik und Therapie seiner Patienten laut fünftem Sozialgesetzbuch, Paragraph 12, treu bleiben kann und sich nicht noch umfassend um ökonomische Aspekte kümmern muss. Das können und müssen Ärzte nicht leisten. Unser Anliegen wurde im Koalitionsvertrag bereits aufgenommen, künftig soll durch eine weitere Finanzierungssäule die ökonomische Sicherheit der Krankenhäuser gewährleistet werden. Das kann bereits als großer Erfolg gewertet werden.

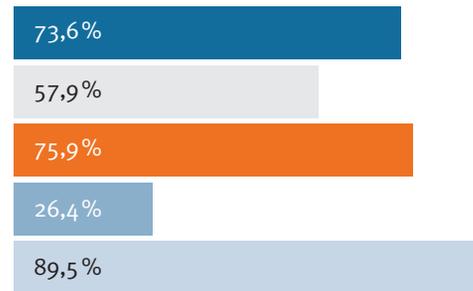
Vielen Dank für dieses Gespräch!

❖ DGIM-Studie „Ärzte – Manager 2013“ Konfliktpotenzial im Krankenhaus: Die Zusammenarbeit zwischen ärztlicher und kaufmännisch-wirtschaftlicher Leitung: U. R. Fölsch, E. Märker-Hermann, P. M. Schumm-Draeger, N. Frey, J. Müller-Quernheim, E. Stüber, M. Weber, M. Broglie, T. Kapitza. Dtsch Med Wochenschr 2014;139: 726–734, DOI 10.1055/s-0034-1369904.

Ausgewählte Ergebnisse der Studie



Ärztliche Führungskräfte ...



- ... sehen in der Erfüllung von betriebswirtschaftlichen Leistungsvorgaben eine erhebliche Anstrengung.
- ... sehen Budgetfragen als typisches Thema im Gespräch mit der betriebswirtschaftlichen Geschäftsleitung.
- ... sind der Meinung, dass sie alle wichtigen wirtschaftlichen Sachverhalte ihrer Klinik/ihrer Leistungsbereichs selten oder nie erfolgreich steuern können.
- ... sehen sich selten oder nie in der Lage, unter den gegebenen wirtschaftlichen Bedingungen in ihrer Fachabteilung/Klinik eine leitliniengerechte medizinische Versorgung durchzuführen.
- ... gehen davon aus, dass die „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens, hier definiert als Bedeutung wirtschaftlicher Aspekte in der klinischen Gesundheitsversorgung, negative Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis hat.

An morgen denken – Nachwuchsförderung der DGIM

In Deutschland studieren derzeit rund 85 000 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 2013/2014 auf insgesamt 129 760 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 überreicht die DGIM allen Erstautoren von Abstracts im Alter von unter 35 Jahren ein Reise-

stipendium über 250 Euro. Außerdem verleiht sie jährlich für herausragende wissenschaftliche Arbeiten junger Mediziner aus allen internistischen Schwerpunkten den Young Investigator Award (YIA). Die drei Erstplatzierten des YIA erhalten ein Preisgeld. Die DGIM lobt außerdem Preise für herausragende wissenschaftliche Kongressposter aus. Die zwölf besten Poster belohnt sie mit jeweils 1000 Euro. Alle Preisträger erhalten Abonnements und Buchgutscheine des Springer-Verlags.

In diesem Jahr erleichterte die DGIM noch mehr Nachwuchsmediziner als bisher den Besuch des Internistenkongresses, indem sie die Zahl der Reisestipendien aufstockt: Studenten im praktischen Jahr, die sich mit einem Motivationsschreiben bewerben, erhalten einen Reisegutschein in Höhe von 200 Euro in bar. Zudem ist für Studenten der Kongressbesuch kostenlos. Insgesamt vergab die DGIM mit 283 Stipendien so viele wie noch nie, darunter auch 22 für die Teilnahme an einem Intensivkurs Innere Medizin.



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 bis zu vier Stipendiaten. Aus der ESIM haben sich überdies die „Young Internists“ zusammengefunden. 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. Dr. med. Müller-Marbach hat innerhalb der DGIM als eigenständige Gruppe die „Jungen Internisten der DGIM“ etabliert, deren Sprecher er ist. Die Gruppe möchte einen „Tag der Jungen Internisten der DGIM“ auf dem Jahreskongress der DGIM begründen.

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. Im Jahr 2011 hat die DGIM das erfolgreiche Programm „Persönlichkeitsentwicklung für Medizinerinnen – Aufbruch zum (eigenen) wissenschaftlichen Erfolg“ initiiert. Ziel des Programms ist eine gezielte Förderung für

Frauen, die an einer Hochschule oder in Kliniken eine wissenschaftliche Karriere in einer Führungsposition anstreben und sich mit den oft ungleichen Bedingungen für Männer und Frauen konfrontiert sehen. Das Programm wird nun zu einer DGIM-Förderakademie weiterentwickelt, die die Interessen von Männern und Frauen gleichermaßen berücksichtigt.

Die Möglichkeiten in der Inneren Medizin sind sehr vielfältig und deshalb gerade für angehende Fach- und Assistenzärzte schwer zu überblicken. Mit der neuen DGIM-Broschüre „Weiterbildung: Innere Medizin?“ bietet die Fachgesellschaft eine Orientierungshilfe auf dem Weg in die Innere Medizin. Sie hilft bei anstehenden Entscheidungen und zeigt, welche Hilfestellungen die Fachgesellschaft leistet.

❖ Die Broschüre „Weiterbildung: Innere Medizin?“ finden Sie im Internet unter: www.dgim.de ❖
Weiterbildung/Fortbildung ❖ Nachwuchsförderung

Rückblick auf den 120. Kongress der DGIM Forschung wird zu Medizin

Michael P. Manns

Vor ihrem Umzug nach Mannheim in das Congress Center Rosengarten fand die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin vorläufig zum letzten Mal in den Rhein-Main-Hallen Wiesbaden statt. Insgesamt können die Organisatoren ein erfolgreiches Resümee ziehen: Rund 8500 Teilnehmer besuchten in diesem Jahr den Kongress. Die 120. Jahrestagung stand unter dem Leitthema: „Forschung wird zu Medizin“. In rund 1700 Sitzungen referierten über 1150 Experten über neueste Errungenschaften und Ausblicke in der Inneren Medizin und angrenzenden Fachgebieten.

Die DGIM ist einerseits eine wissenschaftliche Fachgesellschaft – dem wurde unter anderem mit weit über 300 Posterbeiträgen Rechnung getragen. Andererseits versteht sich die Jahrestagung der DGIM als ein Fortbildungskongress, der das gesamte Spektrum der Inneren Medizin abbildet. So haben wir versucht, für den praktisch tätigen Internisten alles Wissenswerte zu vermitteln, das, aus der Forschung kommend, direkten Bezug auf den klinischen Alltag nimmt. Im Jahr 2014 neu zugelassene Medikamente wurden in einem speziellen Symposium vorgestellt und von namhaften Referenten zur Diskussion gestellt. Exemplarisch hierfür genannt seien

die im Jahr 2014 neu zugelassenen, direkt antiviral wirkenden Medikamente gegen die Hepatitis C. Sie ermöglichen eine Heilung dieser folgenschweren Infektionskrankheit in über 90 Prozent der Fälle. Das Kongressheft der DGIM 2014, „Der Internist“ April 2014, wurde auch diesem Themenschwerpunkt gewidmet: „Neue Medikamente in der Inneren Medizin“.

Aus meiner Sicht fanden auch die drei Plenarvorträge eine sehr positive Resonanz. Sie widmeten sich drei großen Themenkomplexen der Inneren Medizin, die nicht nur für das Fachgebiet, sondern auch für die gesamte Medizin und nicht zuletzt für die Gesundheitspolitik von großer Bedeutung sind: personalisierte Medizin bei Tumorerkrankungen, demografische Entwicklung und Altersforschung sowie Adipositas und Ernährungsmedizin. Alle Plenarverträge, zu denen es praktisch keine Parallelveranstaltungen gab, waren sehr gut besucht.

Forum „Chances“ für junge Mediziner

Der Internistenkongress bot auch in diesem Jahr wieder eine hervorragende Plattform für den wissenschaftlichen und ärztlichen Nachwuchs. Zahlreiche Studenten und Jung-Mediziner haben auch in diesem Jahr die Gelegenheit genutzt, sich insbesondere bei der Veranstaltungsreihe „Chances – Forum für junge Mediziner“ zu informieren und Erfahrungen auszutauschen. Gezielte Anreize gab die DGIM der jungen Ärztesgeneration in diesem Jahr durch die verstärkte Ausgabe von Reisestipendien – mit 80 Studentenreisestipendien und 175 Reisestipendien für Abstractautoren hat die DGIM ihre Förderung in diesem Bereich massiv ausgebaut.

Partnerland Österreich

Für das Jahr 2014 hatte die DGIM als Partnerland Österreich gewählt. Die Anwesenheit des Botschafters der Republik Österreich, Herr Dr. Ralph Scheide, bei der Festveranstaltung und seine Grußworte haben dies gebührend gewürdigt. Der Präsident der Gesellschaft für Innere Medizin in Österreich (ÖGIM), Herr Professor Herbert Watzke, hat mit der Palliativmedi-



Junge Mediziner beim Forum „Chances“

zin seinen eigenen wissenschaftlichen Schwerpunkt in den Kongress eingebracht. Die Palliativmedizin wie auch die Geriatrie werden die Innere Medizin in Zukunft wesentlich beeinflussen. Dem hat auch die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) mit einem entsprechenden Artikel Rechnung getragen. Neben den traditionellen Überblicken über die verschiedenen Schwerpunkte der Inneren Medizin unter dem Titel „Was ist neu für die Praxis?“ gehörten auch Grenzgebiete der Inneren Medizin und wichtige Partnerdisziplinen zu den Hauptthemen der DGIM 2014. Dies waren unter anderem die Pathologie, die Neurologie, aber auch die Chirurgie. In einem im Programm besonders herausgehobenen Symposium haben die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und die DGIM beiden Gesellschaften besonders am Herzen liegende Themen gemeinsam präsentiert. Dieses Symposium wurde sowohl bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im März 2014 in Berlin als auch bei der diesjährigen DGIM 2014 angeboten. Beide waren gut besucht und führten zu lebhaften Diskussionen. Unter anderem wurden die Perspektiven, aber auch Probleme der Viszeral-, der Herz- und der Transplantationsmedizin von prominenten Fachvertretern beider Gesellschaften vorgestellt und in einer Podiumsdiskussion erörtert.

Wissenswertes für den praktisch tätigen Internisten

Außerordentlich erfolgreich waren die verschiedenen Kurse mit praktischen Anwendungen, die vor allem



Rund 300 Poster wurden auf dem Kongress ausgestellt.



Kongresspräsident Manns betonte bei der Eröffnungspressekonferenz die wichtige Verbindung zwischen forschender Industrie und medizinischer Wissenschaft.

von den jüngeren Teilnehmern wahrgenommen wurden. Beispielsweise waren die Ultraschallkurse sämtlich lange vor Kongressbeginn ausgebucht. Auch alle anderen praktischen Kurse wie EKG, Notfallmedizin, und Laborkurse erfreuten sich großer Beliebtheit, sodass wir dieses Segment der DGIM sicherlich in Zukunft ausbauen werden.

Ich glaube, die DGIM 2014 ist dem Anspruch gerecht geworden, *der* Fortbildungskongress der Inneren Medizin zu sein: eine Veranstaltung, die wissenschaftlich fundiert alles Wissenswerte aus dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin und ihrer Schwerpunkte vermittelt, sodass der in der Praxis tätige Allgemeininternist, aber auch der Schwerpunktinternist, Gelegenheit hat, in wenigen Tagen alles für ihn in der Praxis Wissenswerte zu erfahren – getreu dem Motto der DGIM 2014 „Forschung wird zu Medizin“.

❖ Das Manuskript der Präsidentenrede bei der Festlichen Abendveranstaltung im Kurhaus Wiesbaden am 27. April 2014 ist auf der Homepage der DGIM im Kongressarchiv abrufbar.

Ehrungen und Preise der DGIM 2014

Neues DGIM-Ehrenmitglied Professor Gustav Paumgartner

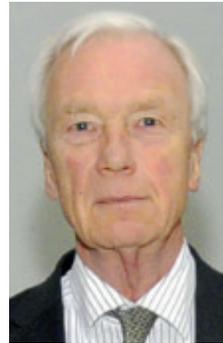


Der international angesehene Wissenschaftler Gustav Paumgartner gilt als Pionier der wissenschaftlich begründeten Hepatologie. Er ist Emeritus der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München und ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik II im Klinikum Großhadern der Universität München, wo er zuletzt die

Ethikkommission der Medizinischen Fakultät leitete. Paumgartner wurde 1933 in Neumarkt/Österreich geboren und studierte in den Jahren 1952 bis 1953 Medizin als Fulbright Stipendiat an der Princeton University sowie von 1953 bis 1960 an den Universitäten Graz und Wien. Nach seiner Tätigkeit als Assistenzarzt am Pharmakologischen Institut beziehungsweise an der II. Medizinischen Universitätsklinik in Wien wurde er 1965 für ein Jahr Fellow in Medicine im Department of Medicine, Division of Hepatic Metabolism and Nutrition am New Jersey College of Medicine sowie Attending and Consulting Physician am Jersey City Medical Center und am New Jersey Veterans Administration Hospital, NJ/USA. Paumgartner habilitierte sich während seiner Tätigkeit als Oberarzt am Institut für Klinische Pharmakologie der Universität Bern, in dieser Funktion war er in Bern bis 1974 tätig. Anschließend erfolgte die Ernennung zum vollamtlichen Extraordinarius an der Medizinischen Fakultät Bern und 1979 der Ruf auf die C4-Professur für Innere Medizin an der Universität München.

Der Spezialist für Leber- und Gallenforschung war Herausgeber des Journal of Hepatology und Mitglied im Editorial Board des New England Journal of Medicine sowie Präsident der Europäischen Lebergesellschaft (EASL). Für seine Verdienste und Forschungserkenntnisse erhielt Paumgartner zahlreiche Preise und Auszeichnungen, darunter das Ehrenkreuz für Wissenschaft und Kunst der Republik Österreich. Die DGIM zeichnet Gustav Paumgartner in diesem Jahr mit einer Ehrenmitgliedschaft der Fachgesellschaft aus.

Neues DGIM-Ehrenmitglied Professor Hans-Peter Schuster



Von 2001 bis 2011 stand Professor Schuster als Generalsekretär der DGIM vor. In den Jahren seiner Amtszeit hat er die Modernisierung der DGIM vorangetrieben und sie zu einer großen und einflussreichen Fachgesellschaft weiter ausgebaut. Im Mittelpunkt standen dabei immer die Belange der gesamten Inneren Medizin und die Rolle

der DGIM als einendes Dach. Für seine Verdienste ehrte ihn die DGIM im Jahr 2007 mit der Gustav-von-Bergmann-Medaille. Von September 1983 bis Juli 2002 leitete der Internist als Chefarzt die Medizinische Klinik I des Städtischen Krankenhauses Hildesheim, Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover. Klinisch und wissenschaftlich widmete er sich insbesondere der Intensivmedizin und formte in diesem Bereich sehr aktive Arbeitsgruppen.

Geboren 1937 in Frankfurt am Main nahm Schuster zunächst das Studium der Philosophie an der Goethe-Universität auf, um dann zum Fach Medizin zu wechseln. Stationen seines Medizinstudiums von 1959 bis 1965 waren Tübingen, Wien und Marburg an der Lahn. Seiner Approbation 1967 folgte ein Jahr später die Dissertation. 1976 habilitierte sich Schuster und erhielt die Venia Legendi für Innere Medizin an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Ebendort übernahm er 1981 die Leitung der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik. In den folgenden Jahren erlangte Schuster die Anerkennung im Teilgebiet Kardiologie, 1983 die für Nephrologie.

Schon 1976 trat Hans-Peter Schuster der DGIM bei. Seit 1985 gehört er ihrem Ausschuss an, in der Amtszeit 1992/93 hatte er den Vorsitz der DGIM inne. In diesem Jahr zeichnet die DGIM Hans-Peter Schuster mit einer Ehrenmitgliedschaft der Fachgesellschaft aus.

Leopold-Lichtwitz-Medaille der DGIM an Professor Werdan verliehen

Professor Dr. med. Karl Werdan ist Träger der erstmals von der DGIM verliehenen Leopold-Lichtwitz-Medaille. Die im Rahmen des 120. Internistenkongresses vergebene Auszeichnung ehrt herausragende Ärzte und Forscher. Sie trägt den Namen des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin des Jahres 1933, der im Zuge der nationalsozialistischen Machtübernahme seinen Vorsitz niederlegen musste und in die Emigration ging.

Professor Werdan, der geschäftsführender Direktor des Departments für Innere Medizin am Universitätsklinikum Halle (Saale) der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ist, studierte Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Dort promovierte er am Institut für Physikalische Biochemie der Medizinischen Fakultät und habilitierte sich 1985 für das Fach Innere Medizin. Nach einer Tätigkeit am Laboratorium für Strahlenbiologie in München-Neuherberg war er von 1977 bis 1995 als wissenschaftlicher Assistent und Oberarzt an der Medizinischen Klinik I (damaliger Direktor: Prof. Dr. Gerhard Riecker) des Klinikums Großhadern der LMU München tätig. 1995 wechselte er an die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, leitete zunächst den Lehrstuhl

für Kardiologische Intensivmedizin und ist seit 1999 Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin III (Kardiologie, Angiologie, Internistische Intensivmedizin). Er ist Internist, Kardiologe und internistischer Intensivmediziner.

Von 2001 bis 2004 war er Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin und 2005 Kongresspräsident der Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung. 1987 wurde ihm der Fraenkel-Preis der Deutschen Gesellschaft für Herz- und Kreislaufforschung verliehen. 1999 erfolgte die Aufnahme in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina.

Karl Werdan war DGIM-Vorstandsmitglied in den Jahren von 2001 bis 2004 und ist Mitglied der Leopoldina.

Schwerpunkte seiner Forschungstätigkeit sind kardiologische und internistische Intensivmedizin (akute

Herzinsuffizienz, Schock, Sepsis), Bedeutung der Inflammation bei Herzerkrankungen, kardiales Altern und Herzerkrankungen beim älteren Patienten.

Professor Werdan ist Mitglied im Editorial Board zahlreicher Zeitschriften. Er leitete verantwortlich wesentliche international bedeutsame Studien im Bereich der Kardiologie und Intensivmedizin. Darüber hinaus hat er sich um die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin höchst verdient gemacht. Unter anderem war er von 2002 bis 2006 Mitglied des Vorstands der Fachgesellschaft. Das Auswahlkomitee hat nun unter Vorsitz von Professor Elisabeth Märker-Hermann einstimmig entschieden, Professor Werdan die Leopold-Lichtwitz-Medaille 2014 zu verleihen.



Kongresspräsident Michael P. Manns (links) und Karl Werdan (rechts) bei der Überreichung der Leopold-Lichtwitz-Medaille 2014 auf dem 120. Internistenkongress.

Theodor-Frerichs-Preis der DGIM geht an Raja Atreya

Ein Spray für die Darmschleimhaut könnte bei Menschen mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung künftig schon vor Behandlungsbeginn anzeigen, ob der Einsatz bestimmter Medikamente erfolgreich ist. Für diese Erkenntnisse würdigt die DGIM den Internisten Professor Dr. med. Raja Atreya aus Erlangen jetzt mit dem Theodor-Frerichs-Preis. Die Auszeichnung ist mit 30 000 Euro dotiert.

Morbus Crohn ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung von Dün- und Dickdarm. Die Betroffenen leiden immer wieder unter starken Bauchschmerzen und Durchfällen. Die chronische Entzündung hinterlässt große Narben im Darmgewebe. Zwar gibt es Medikamente – teure Antikörperpräparate, die gegen den Signalstoff „Tumornekrosefaktor alpha (TNF)“ wirken. Jedoch helfen sie nur jedem zweiten Patienten. Alle anderen ziehen keinen Nutzen aus der Therapie, sind aber den möglichen Nebenwirkungen ausgesetzt: Infektionen, Allergien und körperliche Abwehrreaktionen. Der 39-jährige Internist Professor Raja Atreya, seit 2010 Juniorprofessor für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen an der Universität Erlangen, hat einen Weg gefunden, die Medikamente gezielter einzusetzen. Er legte die Annahme zugrunde, dass die Antikörpermedikamente nur dann wirken, wenn sie in der Darmschleimhaut ihr Angriffsziel finden. Also koppelte er den Antikörper an einen fluoreszierenden Farbstoff. Die Substanz testete er zunächst umfassend labormedizinisch, anschließend an 25 Patienten mit Morbus Crohn, denen eine Therapie bevorstand: Während einer Darmspiegelung brachte er das Spray von innen auf die erkrankte Darmschleimhaut aus. Bei der Hälfte der Probanden färbte sich die Schleimhaut an – ein Zeichen für den Signalstoff TNF. Um die Antikörper sichtbar zu machen, verwendeten die Erlanger Mediziner ein konfokales Laser-Endomikroskop. Darüber können sie die Schleimhaut stark vergrößert betrachten. Bei den positiv getesteten Patienten ließ sich das Ergebnis im Anschluss durch eine erfolgreiche Therapie mit einem TNF-Blocker bestätigen.

Die Arbeit zeigt, wie selten eine andere, dass eine intensive und langjährige Grundlagenforschung zur



Translation in die Praxis gelangen kann. Dennoch muss das Therapieprinzip an größeren Patientenkollektiven mit längeren Verlaufsphasen reevaluiert werden.

Zusammenfassend betonte die Jury in der Laudatio, dass Atreya eine herausragende Arbeit vorgelegt hat. Es stehe zu erwarten, dass Patienten mit Morbus Crohn von diesen Erkenntnissen in naher Zukunft profitieren. Der DGIM-Preis ist nach dem Internisten Friedrich

Theodor von Frerichs benannt, dem Präsidenten des ersten Deutschen Kongresses für Innere Medizin im Jahr 1882. Mit dem Preis würdigt die DGIM die beste zur Bewerbung eingereichte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum. Die Fachgesellschaft

verleiht die Auszeichnung jährlich im Rahmen der Festlichen Abendveranstaltung ihrer Jahrestagung in Wiesbaden.

Literatur

Atreya, Neumann, Neufert, Waldner, Billmeier, Zopf, Willma, App, Münster, Kessler, Maas, Gebhardt, Heimke-Brinck, Reuter, Dörje, Rau, Uter, Wang, Kiesslich, Vieth, Hannappel, Neurath. In vivo imaging using fluorescent antibodies to tumor necrosis factor predicts therapeutic response in Crohn's disease. *Nature Medicine* 2014; 20(3): 313–8

Patienten mit Morbus Crohn werden von der Arbeit des Preisträgers schon in naher Zukunft profitieren.

Präventionspreis: DGIM zeichnet zwei Wissenschaftler aus

Hohe Blutfettwerte sind auch für jene Menschen ein Herz-Kreislauf-Risiko, die bereits Medikamente zur Senkung des Cholesterinspiegels einnehmen. Dies zeigte Dr. med. Christian Werner vom Universitätsklinikum des Saarlandes in einer Studie. Für seine Erkenntnisse zeichnet ihn die Deutsche Stiftung Innere Medizin (DSIM) gemeinsam mit der DGIM jetzt mit dem Präventionspreis aus. Der Internist teilt sich den mit 10000 Euro dotierten Preis mit Privatdozent Dr. med. Tobias Raupach aus Göttingen. Raupach untersuchte Vorurteile und Wissensdefizite von Nachwuchsmedizinern über Patienten mit Alkohol- oder Tabakabhängigkeit.

Die meisten Patienten mit verengten und verkalkten Herzkranzgefäßen nehmen Medikamente, um die Cholesterinwerte zu senken. Diese „Statine“ sind gut verträglich und verringern das Herzinfarktrisiko. Neben dem Cholesterin sind oft aber auch die Triglyzeridwerte erhöht. Diese Naturfette transportieren das mit der Nahrung aufgenommene Fett im Blut. Bislang war unklar, ob Triglyzeride auch ein Risiko für Patienten darstellen, die bei Hypercholesterinämie Statine einnehmen.

Dies zeigt jetzt erstmals die von Dr. Werner betreute „Homburg Cream & Sugar Study“: Bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit und hohen Triglyzeridwerten war das Risiko um 79 Prozent erhöht, innerhalb der nächsten 48 Monate einen Herzinfarkt zu erleiden. Der Forscher fand zudem heraus, dass schon eine einmalige Blutuntersuchung ausreicht, um das Risiko abzuschätzen. In weiteren Studien muss nun untersucht werden, ob Medikamente gegen hohe Triglyzeride das Herzinfarktrisiko in ähnlicher Weise senken wie Statine.

Rund 20000 Medizinstudenten befragte der zweite Preisträger, PD Dr. med. Tobias Raupach, nach ihren Kenntnissen zu gängigen Entwöhnungsmethoden bei Tabakabhängigkeit. Rauchen gehört neben übermäßigem Alkoholkonsum zu den unterschätzten Gesundheitsrisiken. An den Folgen sterben in Deutschland jedes Jahr mehr als 100000 Menschen. Aus eigenem Antrieb schaffen die meisten Raucher es nicht, sich das Rauchen abzugewöhnen. Wirksamer ist eine Kombination aus Verhaltenstherapie und Medikamenten wie Nikotinpflaster.

Viele Medizinstudenten gehen davon aus, dass die Willenskraft entscheidend für den Rauchstopp ist – eine Fehleinschätzung.



Der Vorsitzende der Deutschen Stiftung Innere Medizin, Manfred Weber, verliet den Präventionspreis Tobias Raupach (rechts) und Christian Werner im Kurhaus Wiesbaden.

Die von Raupach betreute Studie „Smoking and Alcohol in Medical Education“ (SAME) zeigt jedoch, dass diese Methoden unter Medizinstudenten kaum bekannt sind. Die Hälfte der Studenten ist der Auffassung, dass die eigene Willenskraft entscheidend für den erfolgreichen Rauchstopp ist. Dieser Fehleinschätzung unterlagen der Studie zufolge häufiger Studenten, die selbst rauchten und ein Rauchverbot in der Öffentlichkeit ablehnten. Der Forscher führt das Ergebnis auf Mängel in der Medizinerbildung zurück. Die angehenden Ärzte würden im Studium nicht mit den heutigen Therapieangeboten vertraut gemacht. Schätzungen zufolge beläuft sich der jährliche volkswirtschaftliche Schaden durch die Folgeerkrankungen der Tabak- und Alkoholabhängigkeit auf über 40 Milliarden Euro.

Die DGIM zeichnet mit dem Präventionspreis jährlich die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Primär- und Sekundärprävention innerer Erkrankungen aus. Sowohl experimentelle Ergebnisse als auch epidemiologisch interessante Fragestellungen kommen für die Preisverleihung in Betracht.

Young Investigator Award 2014

1. Platz: Florian Kahles (Aachen)



Cross talk between immune system and incretin axis: GLP-1 regulates the metabolic response during acute inflammation and predicts mortality in critical illness

F. Kahles, C. Meyer, S. Diebold, J. Möllmann, H. Findenisen, C. Leberherz, A. Koch, F. Tacke, N. Marx, M. Lehrke

Kritisch kranke Patienten zeigen oft hohe Blutzuckerwerte, was mit einer schlechten Prognose assoziiert ist. Der Versuch, die Prognose durch eine intensivierete Insulintherapie zu verbessern, ist aufgrund von Hypoglykämien problematisch. GLP-1 (Glucagon-like-peptide 1), ein Inkretinhormon, das nahrungsabhängig von Dünndarmzellen ausgeschüttet wird und eine glukoseabhängige Insulinausschüttung ohne Hypoglykämie neigung bewirkt, stellt hier eine therapeutische Alternative dar. Überraschenderweise stellten wir fest, dass die GLP-1-Plasmaspiegel um den Faktor 10 im Vergleich zu einem gesunden Normalkollektiv erhöht und mit der Krankheitschwere assoziiert waren. Passend dazu zeigte sich im Mausmodell ein vergleichbarer GLP-1-Anstieg nach Endotoxingabe. Mittels „knockout“-Modellen konnten wir zeigen, dass die Endotoxin-abhängige GLP-1-Sekretion über einen IL-6-Anstieg vermittelt wird und die inflammationsbedingte Insulinausschüttung durch das GLP-1-System glukoseabhängig reguliert wird sowie zur Absenkung der Blutglukose führt ohne Hypoglykämien. Zusammenfassend können wir aufzeigen, dass neben der Nahrungsaufnahme auch inflammatorische Stimuli eine GLP-1-Sekretion induzieren. Diese bisher unbekannte Interaktion zwischen dem Darm und dem Immunsystem stellt vermutlich einen Schutzmechanismus des Körpers zur Vermeidung von inflammatorischen Hyperglykämien dar. Ob eine Aktivierung des GLP-1-Systems auch eine Prognoseverbesserung bei kritisch erkrankten Patienten bewirken könnte, muss in weiteren Studien untersucht werden.

2. Platz: Bastian Kramer (Würzburg)



Fundamental Differences in Disease Progression, Functional and Clinical Outcome in Patients with Low-Gradient and High-Gradient Aortic Valve Stenosis

B. Kramer, S. Herrmann, D. Liu, K. Hu, G. Ertl, F. Weidemann

Patienten mit Aortenklappenstenose (AS) können echokardiografisch nach ihrem transvalvulären Flussmuster gruppiert werden in: „*high-gradient*“ (HGAS, mittlerer Gradient (MG in mmHg) ≥ 40), „*normal-flow, low-gradient*“ (NF-LGAS, MG < 40 , indexiertes Schlagvolumen (SVi in ml/m²) ≥ 35) und „*low-flow, low-gradient*“ (LF-LGAS, SVi < 35). Wir analysierten den natürlichen Krankheitsverlauf der AS-Gruppen anhand von 77 Patienten, die umfassende echokardiografische Untersuchungen zu Baseline (Klappenöffnungsfläche $1,3 \pm 0,3$ cm²) und nach $3,3 \pm 1,7$ Jahren im hochgradigen Stadium der Erkrankung erhielten. Bereits zu Baseline waren bei LF-LGAS die linksventrikuläre Funktion sowie die arterielle Compliance reduziert. LGAS hatten häufiger vaskuläre Komorbiditäten (KHK/pAVK) als die HGAS und zeigten einen langsameren Progress. Die Verschlechterung in NYHA-Klassen und die Rate an kardialen Dekompensationen waren bei LGAS am höchsten.

Die HGAS ist somit eher eine isoliert valvuläre Erkrankung mit schneller Krankheitsprogression, während die LGAS eine komplexe valvulo-vaskuläre Erkrankung darstellt. Es scheint möglich, schon frühzeitig eine Stratifizierung vorzunehmen, um insbesondere bei LF-LGAS eine Herzinsuffizienztherapie zu intensivieren und die Möglichkeit eines kathetergestützten Klappenersatzes zu diskutieren.

3. Platz: Markus Polke (Saarbrücken)



Hypoxie und HIF-1 α regulieren die angeborene Immunantwort in Atemwegsepithelzellen

M. Polke, P. M. Lepper, A. Kamyschnikow, F. Langer, D. Monz, R. Bals, C. Beisswenger

Bakterielle und virale Infektionen beeinflussen den Verlauf chronischer Lungenerkrankungen wie der Mukoviszidose und der COPD. Es ist daher wichtig zu verstehen, auf welche Weise die Immunantwort bei Lungenerkrankungen beeinträchtigt werden kann. Da chronische Erkrankungen der Lunge häufig mit einer mukosalen Hypoxie einhergehen, haben wir untersucht, welchen Einfluss die Hypoxie und der Hypoxie-induzierte Faktor 1 α (HIF-1 α) auf die Immunantwort von Atemwegsepithelzellen bei Infektionen haben. Hierfür wurden Atemwegsepithelzellen unter Normoxie und Hypoxie kultiviert und mit Bakterien und mikrobiellen Faktoren stimuliert. Die Expression von HIF-1 α wurde mit siRNA gehemmt. Mäuse wurden Hypoxie ausgesetzt und mit *Pseudomonas aeruginosa* infiziert.

Unsere Experimente zeigten, dass Hypoxie über HIF-1 α die angeborene Immunantwort von Atemwegsepithelzellen unterdrückt. So wurden unter Hypoxie weniger Entzündungsmediatoren und antimikrobielle Peptide gebildet und abgegeben. Eine Hemmung der HIF-1 α -Expression führte hingegen zu einer verstärkten Abgabe von Entzündungsmediatoren. Die Entzündungsantwort in den Lungen von Mäusen fiel unter Hypoxie ebenfalls geringer aus. Unsere Daten legen nahe, dass Hypoxie mikrobielle Infektionen bei Lungenerkrankungen begünstigt.

Mit dem Young Investigator Award zeichnet die DGIM die besten zum Jahreskongress eingereichten Poster von Erstautoren unter 35 Jahren aus. Die Beiträge entstammen den internistischen Schwerpunkten sowie der Infektiologie, der Intensiv- und Notfallmedizin und der Geriatrie.

Ehrenmitgliedschaft in der DGIM Symbol der Verbundenheit

In der DGIM haben Ehrenmitgliedschaften eine lange Tradition. Im Laufe ihres über 130-jährigen Bestehens hat die Fachgesellschaft den Titel „Ehrenmitglied“ bereits mehr als 200 Mal an ausgewählte Persönlichkeiten verliehen, erstmals im Jahr 1891.

Eine Ehrenmitgliedschaft in der DGIM zeichnet Menschen aus, die sich durch ihre Arbeit und ihren Einsatz für die Interessen der Inneren Medizin und der DGIM in außergewöhnlichem Maße hervorgetan haben. Die Fachgesellschaft würdigt damit jene, die sich über ihre eigenen Interessen, mitunter auch über das eigene Berufsfeld hinaus für die Belange der Fachgesellschaft eingesetzt haben und noch einsetzen. Sie drückt damit jenen Menschen ihren Dank und ihre Anerkennung aus, die das gesamte Gebiet der Inneren Medizin und ihrer Fachgesellschaft mit Ihrem persönlichen Engagement vorangebracht haben. Ehrenmitglieder werden auf Vorschlag des Ausschusses der DGIM von der Mitgliederversammlung gewählt. Die Wahl erfordert eine Zwei-Drittel-Mehrheit. Die Befreiung von monetären Pflichten gegenüber der DGIM wiegt nicht auf, was die Geehrten für die Fachgesellschaft geleistet haben. Die Ehrenmitgliedschaft bringt ihnen vielmehr eine bleibende, ideelle Würdigung Ihrer Person entgegen. Die DGIM hat derzeit 42 noch lebende Ehrenmitglieder:

❖ Eine Liste aller Ehrenmitglieder finden Interessierte im Internet unter www.dgim.de ❖ Preise/Ehrungen ❖ Ehrenmitglieder



Friedrich Theodor von Frerichs war der Präsident des ersten Internistenkongresses im Jahr 1882, damals noch der „Kongress für Innere Medicin“.

RA Maximilian G. Broglio (Wiesbaden)
 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 Einhüpl (Berlin)
 Prof. Dr. Albrecht Encke (Frankfurt)
 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. Dietfried Jorke (Jena)
 Prof. Dr. Johannes Köbberling (Wuppertal)
 Prof. Dr. Karl Martin Koch (Hannover)
 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. Gustav Paumgartner (Wien, AT)
 Prof. Dr. Karl Heinz Rahn (Münster)
 Prof. Dr. Dr. h.c. Sotirios A. Raptis (Athen, GR)
 Prof. Dr. Gerhard Riecker (Großhesselohe)
 Prof. Dr. Jürgen F. Riemann (Ludwigshafen/Rh.)
 Prof. Dr. Dr. h.c. Paul Schölmerich (Mainz)
 Prof. Dr. Hans-Peter Schuster (Hildesheim)
 Prof. Dr. Dr. h.c. Peter C. Scriba (München)
 Prof. Dr. Dr. h.c. Konrad Seige (Lieskau)
 Prof. Dr. Peter M. Suter (Presigne, CH)
 Prof. Dr. Klaus-Henning Usadel (Frankfurt)
 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. Thomas R. Weihrauch (Düsseldorf)
 Dr. Harthmut Weinholz (Berlin)
 Prof. Dr. Egon Wetzels (Bernau am Chiemsee)
 Prof. Dr. Klaus Wilms (Würzburg)
 Prof. Dr. Henning Zeidler (Hannover)
 Prof. Dr. Nepomuk Zöllner (München)
 Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Harald zur Hausen (Heidelberg)

Der 8. Patiententag der DGIM Lebermodell begeistert Besucher

Norbert Schütz

Anlässlich des 120. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin fand zeitgleich am 26. April 2014 beim Wiesbadener Rathaus der 8. Patiententag statt. Veranstalter ist die DGIM gemeinsam mit der Landeshauptstadt Wiesbaden. Hauptthemen waren unter anderem Tumor- und Lebererkrankungen.

Der Patiententag, dessen Besuch kostenfrei war, vermittelt alljährlich verständlich und praxisnah den interessierten Laien die aktuellen Themen des Internistenkongresses. In elf Symposien mit über 40 Vorträgen referierten Experten aus ganz Deutschland. Ein besonderes Anliegen war dabei die Möglichkeit zum intensiven Austausch mit den Experten. Begleitet wurden die Vorträge durch den „Markt der Möglichkeiten“. Hier präsentierten sich Selbsthilfegruppen, Organisationen und Leistungserbringer des Gesundheitswesens. So war es zum Beispiel möglich, anhand praktischer Übungen die Grundlagen der Ersten Hilfe sowie der Wiederbelebung zu erlernen. Themenschwerpunkte des diesjährigen Patiententages waren zum einen der ältere Patient, auch unter Berücksichtigung der psychosozialen Problematik wie auch der besonders wichtigen Angehörigen-Aufklärung. Daneben hatte die Erkrankungen der Leber einen besonderen Stellenwert: Auf dem Rathausplatz Wiesbadens wartete auf die Besucher ein begehrtes Lebermodell, das anschaulich über das Organ informierte. Eine zentrale Veranstaltung war dieses Jahr der Abschluss der Kampagne „1000 mutige Männer für Wiesbaden – Sagen Sie Darmpolypen den Kampf an“.

Bewährtes Konzept

Das Gesamtkonzept des Patiententages hat sich in dieser Form bereits über Jahre bewährt, da es dem Besucher die Möglichkeit gibt, sich über die wichtigen Themen umfangreich zu informieren, rege zu diskutieren, Anregungen mitzunehmen, drängende Fragen loszuwerden und wertvolle Kontakte zu knüpfen. Der DGIM ist es dabei ein besonderes Anliegen, auf die Wichtigkeit eines gut informierten Patienten hinzuweisen. Nur so ist ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis und damit eine Erfolg versprechende

Behandlung möglich. Die Arbeit von Selbsthilfegruppen ist dabei ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Information und Versorgung des Patienten geworden. Ein Höhepunkt des Patiententages war daher die Verleihung des Förderpreises für Selbsthilfegruppen durch die Marion und Bernd Wegener-Stiftung Mainz in Kooperation mit der DGIM und der Landeshauptstadt Wiesbaden. Der Preis wurde zum vierten Mal im Rahmen des Patiententages verliehen. Aus über hundert Bewerbungen konnte die Jury die Preisträger ermitteln. Die Bewerbungen zeigten die Kreativität, das hohe Engagement und die aktive Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfegruppen. Berücksichtigt wurden dabei auch die Internet- und Social-Media-Aktivitäten. Dass ein Höchstmaß an Außenwirkung selbst bei insgesamt in Deutschland wenigen Betroffenen möglich ist, zeigt der diesjährige Preisträger der Verleihung: Die SCHAKI-Selbsthilfegruppe für Schlaganfall-Kinder in Bünde.

Patiententag bleibt in Wiesbaden

Wenngleich der Internistenkongress aufgrund des geplanten Neubaus der Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden für einige Jahre nach Mannheim ausweichen wird, werden die Patiententage unverändert, auch als Zeichen der besonderen Verbundenheit der DGIM mit der Stadt Wiesbaden, weiterhin in der Landeshauptstadt stattfinden.



Lebermodell auf dem Rathausplatz in Wiesbaden

Korporative Mitglieder – Partner in der Industrie und Gesundheitswirtschaft

Franz-Josef Wingen, Sprecher der Korporativen Mitglieder

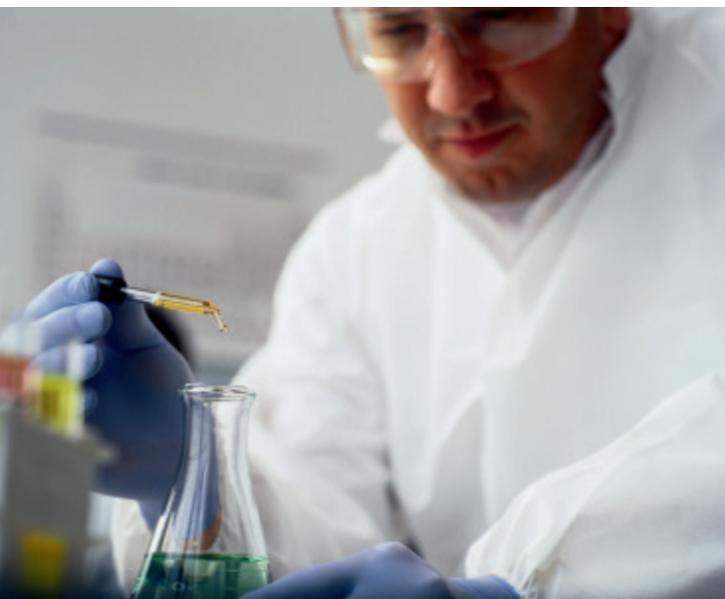
Zahlreiche Themen-Schwerpunkte der DGIM, wie Personalisierte Medizin, Altersforschung und Prävention, sind eng verknüpft mit gesundheitspolitischen Entscheidungen, politischen Rahmenbedingungen und der gesellschaftlichen Akzeptanz von Nutzen-, Risiko- und Kostenabwägungen in Diagnostik, Therapie und Prävention. In diesen komplexen Themenbereichen wollen die Korporativen Mitglieder durch eine Reihe von Symposien und Pressekonferenzen zur Versachlichung oft emotional geführter Debatten beitragen.

Korporative Mitglieder der DGIM können forschende Pharmafirmen, Medizintechnik-Unternehmen, Medizinische Fach- und Zeitschriftenverlage, Informations- und medientechnische Unternehmen und andere Unternehmen werden, die die Ziele der DGIM unterstützen. Derzeit hat die DGIM 15 Korporative Mitglieder (Seite 57). Im Berichtszeitraum 2013/2014 veranstalteten sie gemeinsam mit Vertretern des DGIM-Vorstandes und des Beirates drei Symposien und zwei Pressekonferenzen zu aktuellen Themen aus Gesundheitspolitik, medizinischer Versorgung und translationaler Forschung.

Das Herbstsymposium am 9. Oktober 2013, das im Kurhaus Wiesbaden stattfand, befasste sich unter dem Titel „Companion Diagnostics – Königsweg der modernen Medizin?“ mit der Frage, wie Mediziner durch eine verbesserte Diagnostik vor und während einer Therapie das individuelle Ansprechen eines Patienten besser vorhersagen können. Durch den Einsatz einer therapiebegleitenden Diagnostik können unnötige Kosten vermieden und wertvolle Zeit eingespart werden. Sowohl Pharmahersteller als auch Labordiagnostik-Hersteller haben dieses Potenzial erkannt und entwickeln bereits in einigen Bereichen, beispielsweise bei AIDS und Krebs, parallel neue Tests und Medikamente. Der Weg von einem Massenmedikament zur maßgeschneiderten Therapie bedeutet radikale Umbrüche in der Arzneimittelentwicklung in regulatorischer Hinsicht und im Erstattungsbereich. Neue organisatorische und finanzielle Herausforderungen erfordern eine einheitliche Vorgehensweise, denn davon hängt letztlich der Erfolg entsprechender klinischer Studien und damit die Einführung lebensverlängernder Medikamente ab. Einen ausführlichen Bericht finden Interessierte hier: Der Internist 11, 2013, S. 1364 f.

Opinion-Leader-Meeting: Vom Target zur individualisierten Therapie

Am 17. und 18. Januar 2014 veranstalteten wir das 6. DGIM Opinion-Leader-Meeting in Eltville-Erbach. Das Format dieser Veranstaltungen, die sich schwerpunktmäßig mit translationalen Themen befassen, hat zum Ziel, den Erfahrungsaustausch von Ärzten und Wissenschaftlern aus Universitäten, Industrie und Behörden zu stimulieren und die Kooperation aller Beteiligten bei der Entwicklung neuer Therapie- und Diagnoseverfahren zu verbessern. Das Thema des letztjährigen Symposiums unter der Federführung des Präsidenten der DGIM, Herrn Professor Dr. Michael P. Manns, lautete „Vom Target zur individualisierten Therapie-Bedeutung der Akademischen Medizin für Arzneimittelentwicklung und Biomedizintechnik“. Das Forum bot neueste Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung zu Pathomechanismen und der Therapie von wichtigen Krankheiten wie Hepatitis C.



Bewusst wurden Themen mit Konfliktpotenzial aufgenommen, um gegenwärtige Problemfelder wie die Erstattung innovativer Therapien, Diagnoseverfahren sowie die Zusammenarbeit zwischen akademischer Forschung und Industrie offen zu diskutieren. Hierzu kamen hochrangige Vertreter von Behörden, Großforschungseinrichtungen, Industrievertreter und anderer *Stakeholder* zu Wort. Boehringer-Chef Professor A. Barner regte die Einrichtung einer Kommission an Universitäten an, die Rahmenbedingungen für solche Kooperationen setzen und überprüfen könne. Die Veranstalter zeigten sich mit der offenen und konstruktiven Diskussion und der kooperativen Atmosphäre der Veranstaltung sehr zufrieden und empfahlen dringend eine Fortsetzung dieser Reihe. Einen ausführlichen Bericht dazu finden Sie hier: Dtsch. Med. Wochenschr. 2014, 139, Nr. 6, S. 287 ff.

Herausforderung demografischer Wandel

Im Rahmen des 120. Kongresses der DGIM fand am 28. April 2014 unser Frühjahrssymposium unter dem Titel „Aging is not that bad – Lösungsansätze für die Herausforderungen des demografischen Wandels“ statt. Dr. med. Bernd Dreher von unserer Mitgliedsfirma MSD, der die Federführung für das diesjährige Symposium übernommen hatte, begrüßte das Publikum, gemeinsam mit Professor Fölsch, und führte in die Thematik ein mit dem Satz: „Jeder möchte lange leben, aber keiner möchte wirklich alt sein.“ Die Referentinnen und Referenten sprachen über die Rolle der „richtigen“ Ernährung, Hormonsubstitution, Muskelschwund und die Gefahren der Polypragmasie und Polypharmakotherapie im Alter. Ein ausführlicher Bericht dazu ist in der Dtsch. Med. Wochenschr. 2014, 139, Nr. 23, S. 1253 ff. erschienen. Auch auf der anschließenden Pressekonferenz stieß das Thema auf großes Interesse. Anschließend fand die Mitgliederversammlung der Korporativen Mitglieder der DGIM statt. Neben der Vorstellung neuer Mitglieder, den üblichen Regularien und dem Dank für ihre wiederum hervorragende Pressearbeit an Frau Katrin Döbler und Frau Anna Voormann stand die Wahl eines Sprechers an. Dies war nötig geworden durch das berufsbedingte Ausscheiden von Herrn Dr. Wolfram Wiegers (Thieme Verlag, Stuttgart). Bei Herrn Dr. Wiegers möchte ich mich im Namen aller Korporativen Mitglieder für seine viele Jahre währende verlässliche fachkundige und engagierte Mitarbeit in der 3er-Sprechergruppe ganz herzlich bedanken und ihm für seine neuen beruflichen Aufgaben viel Erfolg wünschen.

In der Nachwahl wurde Frau Professorin Bianca Wittig von der Firma AbbVie in Wiesbaden einstimmig gewählt. Somit besteht die Sprechergruppe neben Frau Professorin Wittig aus den Herren Dr. H. Gellermann von Boehringer Ingelheim und bis zum Jahr 2015 Professor F. Wingen von Bayer HealthCare als Vorsitzendem Sprecher.

Machen Sie mit – es lohnt sich!

Aufgrund des positiven Echos auf unsere bisherigen Aktivitäten bin ich zuversichtlich, dass wir auch für das kommende Jahr ein aktuelles und interessantes Programm anbieten können, und möchte mich sehr herzlich bei den Kolleginnen und Kollegen aus dem Kreis der Korporativen Mitglieder – allen voran meinen Sprecherkollegen Herrn Dr. Holger Gellermann und Frau Professorin Bianca Wittig – für die konstruktive Zusammenarbeit und Unterstützung bedanken. Dies gilt natürlich auch für die Damen und Herren der DGIM-Geschäftsstelle. Ganz besonders herzlich sei dem Generalsekretär der DGIM und Ansprechpartner für die Korporativen Mitglieder, Herrn Professor Dr. Ulrich Fölsch, gedankt.

Die Korporativen Mitglieder der DGIM haben zahlreiche Möglichkeiten, im Rahmen der genannten Veranstaltungen wichtige Themen zu platzieren und mitzugestalten. Darüber hinaus bieten sich gute Gelegenheiten zu Interaktionen und Kooperationen. Nicht unerwähnt bleiben sollte auch die Chance, ihre Unternehmen in den Organen der DGIM in einem ganzseitigen Artikel kostenfrei darstellen zu können.

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

Jahr	Jahrestagung (Frühjahrssymposium)	Herbsttagung mit Vorstand und Ausschuss
2012	Epigenische Therapien und Technologien	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ein Modell mit Zukunft?
2013	Arzneimittelfälschungen	Companion Diagnostics – Königsweg in der modernen Medizin?
2014	Aging is not that bad – Lösungsansätze für die Herausforderungen des demografischen Wandels	Vorbeugen oder Behandeln – Wohin geht die Innere Medizin?

Öffentlichkeitsarbeit für die Innere Medizin

Im Rahmen ihrer aktiven Medien- und Öffentlichkeitsarbeit pflegt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin den Dialog mit ihren verschiedenen Zielgruppen. Sie hat bei diesen schon eine hohe Sichtbarkeit und Reputation erreicht. Trotzdem erhöhte sich auch im vergangenen Jahr die Aufmerksamkeit für das Engagement der Fachgesellschaft. Im Mittelpunkt der Berichterstattung standen die Rolle der Inneren Medizin für die Gesamtmedizin, ihr Auftrag in Klinik, Praxis und Wissenschaft und nicht zuletzt ihre Bedeutung für Gesellschaft und Patienten.

Über ihre Pressestelle steht die DGIM in ständigem Kontakt mit meinungsbildenden Print- und Online-Redaktionen in Deutschland, öffentlichen wie privaten Hörfunk- und Fernsehanstalten sowie mit Nachrichtenagenturen. Sie informierte über die von der DGIM erarbeiteten Publikationen, Positionspapiere und Stellungnahmen, bewertete aktuelle Studien und bezog Position zu Entwicklungen im Gesundheitswesen. In all diesen Aktivitäten spiegelt sich der integrative Ansatz der DGIM wider: Sie nimmt auf diese Weise ihre gestaltende Rolle als zentrales Fach in der Medizin wahr und regt qualitative, strukturelle und prozessorientierte Veränderungen an.

Viele Millionen Leser

Allein im Kalenderjahr 2013 hat die Pressestelle insgesamt 2355 Presseberichte ausschließlich in den Printmedien erfasst. Nahezu zwei Drittel davon erschienen in den Publikumsmedien. Ein Schwerpunkt lag bei regionalen und lokalen Zeitungen, aber auch große überregionale Zeitungen griffen Anliegen und Themen der DGIM in großen Beiträgen auf. Ausgesprochen hoch war in 2013 auch die Zahl der Beiträge im Internet. Mit dieser breiten Medienpräsenz konnte die DGIM auch eine besonders hohe Zahl an Lesern erreichen: Die Reichweite aller Beiträge in den Printmedien wuchs auf mehr als 172 Millionen an. Demzufolge hatte jeder Bundesbürger im abgelaufenen Kalenderjahr mehrfach Gelegenheit, in den Medien über die Themen, Anliegen und Aktivitäten zu lesen.

Auch wenn die DGIM als die Experten-Instanz in der Medizin häufig von den Medien angesprochen wird, ist die umfangreiche Berichterstattung insbesondere

auf die sehr aktiv ausgerichtete Medienarbeit der DGIM zurückzuführen: Zwischen September 2013 und September 2014 verbreitete die DGIM über ihre Pressestelle 29 Pressemeldungen. Diese Texte brachte sie über unterschiedliche Kanäle in Umlauf: per Post, Fax und E-Mail wie auch über Informationsdienste im Internet, verschiedene Online-Kanäle, Social-Media-Tools und die Homepage der DGIM. Journalisten haben hier jederzeit die Möglichkeit, sich Informationen wie Texte oder Pressemappen herunterzuladen und sie für ihre Arbeit zu nutzen. Eine wichtige Zielgruppe der Kommunikationsarbeit der DGIM sind ihre Mitglieder: Diese informiert die DGIM quartalsweise mit einem elektronischen Newsletter: „DGIM aktuell“. Darin berichtet sie über Aktivitäten der Fachgesellschaft und die Innere Medizin betreffende Neuigkeiten. Eine Vielzahl von Medizinern erreicht die Fachgesellschaft auch über ihre Mitteilungen in den Fachzeitschriften „Der Internist“ und die „DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift“.

Pressekonferenzen – Ein Sprachrohr der DGIM

Die Pressestelle der DGIM kommunizierte in 2013/2014 nicht nur politische, sondern zahlreiche medizinisch-internistische Themen, die sie aus ihrer Sicht bewertete und einordnete – so etwa zum Thema Masern, zu den neuen Therapien bei der chronisch-entzündlichen Darmerkrankung oder Hepatitis C. Immer wieder greift sie auch die Situation von Ärzten und Internisten auf, weist auf neue Entwicklungen und Probleme in der Gesamtmedizin hin und bietet Lösungsansätze. Dazu zählten im vergangenen Jahr etwa die von der DGIM initiierte Studie Ärzte – Manager 2013, die Leitsätze zu telemedizinischen Anwendungen in der Inneren Medizin oder die Gründung der Task Force Infektiologie. Vor allem die Ergebnisse der Studie wurden in der Öffentlichkeit breit diskutiert und erzeugten auch von Ärzten und Kliniken zahlreiche Nachfragen.

Bei der Pressekonferenz zum Auftakt des Jahres im Februar in Berlin bot die DGIM den Medien bereits einen ersten Ausblick auf den 120. Internistenkongress. Kongresspräsident Professor Michael P. Manns berichtete den Medienvertretern über sein Leitthema

„Forschung wird zu Medizin“ und die sich daraus ableitenden Hauptthemen. Mit über 30 Journalisten von überwiegend meinungsbildenden Medien war diese Veranstaltung sehr gut besucht.

Das Leitthema des 120. Internistenkongresses bestimmte auch die begleitende Medienarbeit. Die Pressestelle bereitet 16 Pressemitteilungen auf, um die Medien vor und während des Kongresses über neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und medizinische Fortschritte zu informieren. Dadurch lenkte sie die Aufmerksamkeit auf medienrelevante Aspekte des Kongressprogramms und aktuelle Themen. Dies geschah auch in Form von Kongressnewslettern, Video-Podcasts und in den Mitteilungen der DGIM in deren Organen.

Der 120. Internistenkongress wurde von der Presse intensiv wahrgenommen: 352 Medienvertreter besuchten die Tagung in den Rhein-Main-Hallen. Dazu gehörten Journalisten der lokalen wie überregionalen Medien, von Fachzeitschriften, Tagespresse und Publikumszeitschriften bis hin zu Hörfunk und Nachrichtenagenturen. Die Resonanz in den Medien spiegelt das große Interesse der Öffentlichkeit am Internistenkongress wider: Leitmedien wie die FAZ waren mit mehreren Journalisten vor Ort und auch regionale Medien griffen die Themen des Kongresses umfassend auf.

Komplexe Themen erfolgreich transportieren

Neben dem Internistenkongress hat sich auch das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM zu einem festen Termin entwickelt. Trotz des komplexen Themas „Companion Diagnostics – Königsweg in der modernen Medizin“ entwickelte sich im Rahmen der abschließenden Pressekonferenz ein reger Dialog zwischen Referenten und Journalisten. Anfang des Jahres 2014 nutzte die DGIM das Opinion-Leader-Meeting als Plattform für den Austausch zwischen Wissenschaft und Industrie. Die Pressestelle entwickelte zu dem Symposium eine Broschüre, die über das Programm, die Referenten und deren Themen informierte. Die exklusiv ausgerichtete Veranstaltung konnte erstmals auch von ausgewählten Medienvertretern besucht werden.

Erfreulich stark angewachsen ist die Community der Internisten, die sich über das „social web“ mit der DGIM austauscht. Da die DGIM auch im Jahr 2013/2014 auf Facebook sehr regelmäßig aktiv war, begleiten mittlerweile mehr als 1200 Fans ihre Einträge auf dieser Plattform. Hier wächst das Interesse kontinuierlich an – und auch der Dialog zwischen den Akteuren beginnt sich zu entwickeln.

Anne-Katrin Döbler, Anna Julia Voormann, Pressestelle der DGIM, Stuttgart



Arztzahlen in Deutschland 2012 und 2013 im Vergleich*

Gesamtzahlen	2012	2013	Δ in %
In den Landesärztekammern gemeldete Ärztinnen und Ärzte	459 021	470 442	+2,5 %
Aktiv beruflich tätige Ärztinnen und Ärzte	348 695	357 252	+2,5 %
• Anteil der Ärztinnen	44,3%	45,0%	
Ärztinnen und Ärzte ohne aktive ärztliche Tätigkeit	110 326	113 170	+2,6 %
Einwohner je Arzt	235	230	-2,1 %
Anteil weiblicher Mediziner	45,9%	45,9%	
Tätigkeitsbereiche			
Im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte	174 829	181 012	3,5%
Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte	144 058	145 933	1,3%
Zahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärztinnen und Ärzte	20 845	22 304	7,0%
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	123 213	123 629	0,3%
In Behörden/Körperschaften/sonstigen Bereichen tätige Ärztinnen und Ärzte	29 808	30 307	1,7%
Migration			
Zahl der ursprünglich in Deutschland tätigen und ins Ausland emigrierten Mediziner	2 241	3 035	35,4 %
davon beträgt der Anteil der deutschen Ärztinnen und Ärzte	66,8 %	62,9 %	
beliebteste Auswanderungsländer			
• Schweiz	704	793	12,6%
• Österreich	275	289	5,1%
• USA	134	143	6,7%
<i>*Quelle: Statistik der Bundesärztekammer</i>			

Altersverteilung Innere Medizin und Gesamt nach Altersgruppen	bis 34	35–39	40–49	50–59	60–65	über 65	absolut
Innere Medizin	1 410	6 063	16 528	15 508	5 616	2 965	48 090
Chirurgie	630	4 305	12 214	11 076	4 039	1 357	33 621
Allgemeinmedizin	361	2 174	11 417	16 066	9 122	4 108	43 248
<i>*Quelle: Statistik der Bundesärztekammer</i>							

AWMF: Konsens über die Gestaltung der ärztlichen Ausbildung



Karl Heinz Rahn

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vertritt zurzeit 168 Fachgesellschaften mit insgesamt etwa 250 000 individuellen Mitgliedern. Die AWMF hat 2014 bei zwei Delegiertenkonferenzen und bei einer Informationsveranstaltung den Fachgesellschaften Gelegenheit gegeben, sich über den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) und den entsprechenden Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) zu informieren, Kritik zu äußern und Verbesserungsvorschläge zu machen. Herr Professor Dr. Martin Fischer, Vorsitzender der Lenkungsgruppe NKLM und Vorsitzender der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), stand bei diesen Veranstaltungen als Diskussionspartner zur Verfügung.

Lernzielkatalog wird von den Fachgesellschaften kritisiert

Der Hochschulausschuss der Kultusministerkonferenz regte im Jahr 2009 an, einen Qualifikationsrahmen für das Medizinstudium zu entwickeln. Daraufhin nahmen der Medizinische Fakultätentag (MFT) und die GMA die gemeinsame Arbeit am NKLM/Z auf und bildeten eine Lenkungsgruppe. Ihr gehören jeweils acht stimmberechtigte Vertreter von MFT und GMA an sowie beratende Mitglieder unter anderem aus AWMF, Bundesärztekammer, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium für Gesundheit und Vertreter der Studierenden. Ziel ist die Beschreibung eines Kerncurriculums vom Beginn des Studiums bis zur ärztlichen bzw. zahnärztlichen Approbation. Im Juli 2013 legte die Lenkungsgruppe einen Entwurf vor.

Mehr als die Hälfte der in der AWMF vertretenen Fachgesellschaften kommentierte diesen. Der NKLZ fand für seine wesentlichen Aussagen die Zustimmung der Fachgesellschaften. Beim NKLM wurde als positiv bewertet, dass Kompetenzebenen eingeführt wurden, ähnlich wie dies für die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung vorgesehen ist. Die Kompetenzebenen ermöglichen es, zwischen Faktenwissen und Handlungskompetenz zu unterscheiden. Kritisch wurde vermerkt, dass naturwissenschaftliches und medizinisches Grundlagenwissen sowie deren Zusammenhänge

unterbewertet seien. Zudem fehle eine Zuordnung der Lernziele zu Fächergruppen. Der Katalog sei zu umfangreich, und einzelne Lernziele seien so detailliert beschrieben, dass sie bei Fortschritten in Diagnostik und Therapie rasch zu veralten drohen. Schließlich gehöre ein Teil der Lernziele nicht in die ärztliche Ausbildung, sondern in die Weiterbildung zum Facharzt.

Rasche Einigung gefordert

Die zahlreichen Kommentare und Anregungen sollen in einem neuen Entwurf des NKLM berücksichtigt werden, falls erforderlich nach Einzelgesprächen mit Fachgesellschaften. Danach ist ein Abstimmungsverfahren vorgesehen, an dem alle Fachgesellschaften der AWMF beteiligt sind. Es erscheint wichtig, dass die Arbeiten am NKLM/Z zügig fortschreiten. Die Koalitionsparteien der Bundesregierung haben in den Koalitionsvereinbarungen einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ angekündigt. Die Ärzteschaft und die Medizinischen Fakultäten sollten daher rasch zu einem Konsens über die zukünftige Gestaltung der ärztlichen und zahnärztlichen Ausbildung kommen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass andere Berufsgruppen diese Aufgabe übernehmen.



**Karl Heinz Rahn, Präsident
der Arbeitsgemeinschaft
Wissenschaftlicher Medizinischer
Fachgesellschaften (AWMF)**

Preisausschreibungen der DGIM 2015

Theodor-Frerichs-Preis 2015

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 2013 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 Fall 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 2015 endet am **15.10.2014**.

Die Verleihung des Preises erfolgt anlässlich der festlichen Abendveranstaltung der 121. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 19. April 2015 in Mannheim. Die Bewerber werden gebeten, an der festlichen Abendveranstaltung teilzunehmen.

Präventionspreis Innere Medizin 2015

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 zur Publikation angenommene oder bereits publizierte 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 2013 veröffentlicht worden sein, und diese darf nicht an einem ähnlichen Wettbewerb teilgenommen haben.

An der Arbeit können mehrere Autoren beteiligt sein. In diesem Fall 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 für Innere Medizin

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

Die Bewerbungsfrist für den Präventionspreis 2015 endet am **15.11.2014**. Die Verleihung des Preises erfolgt während der 121. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2015 in Mannheim.

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 120. Jahreskongresses in Wiesbaden 2014 statt. Satzungsgemäß ist die bisherige 1. stellv. Vorsitzende Professorin Dr. E. Märker-Hermann, Wiesbaden, aus dem Vorstand ausgeschieden. Neu in den Vorstand gewählt wurde Frau Professorin Dr. P.-M. Schumm-Draeger, München.



Vorstand

- 1 Prof. Dr. med. Michael Hallek (Köln), Vorsitzender
- 2 Prof. Dr. med. Michael P. Manns (Hannover), 1. stellv. Vorsitzender
- 3 Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuß (Göttingen), 2. stellv. Vorsitzender
- 4 Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger (München), 3. stellv. Vorsitzende
- 5 Prof. Dr. med. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch (Kiel), Generalsekretär
- 6 Prof. Dr. med. Richard Raedsch (Wiesbaden), Kassenführer

Geschäftsführung

- 7 RA Maximilian 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 120. Jahreskongresses in Wiesbaden 2014 statt.

Ausschuss

Von der DGIM gewählte Mitglieder im Ausschuss

Prof. Dr. M. Böhm (Homburg/Saar)
 Prof. Dr. K. de Groot (Offenbach)
 Prof. Dr. M. Fleck (Regensburg)
 Prof. Dr. N. Frickhofen (Wiesbaden)
 Prof. Dr. D. Führer-Sakel (Essen)
 Prof. Dr. V. Hach-Wunderle (Frankfurt)
 Prof. Dr. B. Hertenstein (Bremen)
 Prof. Dr. M. Lerch (Greifswald)
 Prof. Dr. F. Lordick (Leipzig)
 Prof. Dr. J. Müller-Quernheim (Freiburg)
 Prof. Dr. D. Müller-Wieland (Hamburg)
 Prof. Dr. M. Pauschinger (Nürnberg)
 Prof. Dr. B. Salzberger (Regensburg)
 Prof. Dr. G. Schett (Erlangen)
 Prof. Dr. K.-L. Schulte (Berlin)
 Prof. Dr. A. Stallmach (Jena)
 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. M. Theobald (Mainz), Hämatologie/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. F. J. F. Herth (Heidelberg), Pneumologie
 Prof. Dr. U. Müller-Ladner (Gießen/Bad Neuheim), Rheumatologie

Repräsentant des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI)

Dr. W. Wesiack (Hamburg)

Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)

Prof. Dr. E. Battegay (Zürich)

Vertreter der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM)

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

Sprecher der Korporativen Mitglieder

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

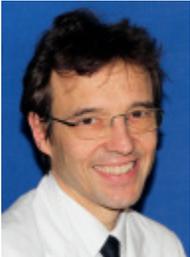
Weitere Sprecher der Korporativen Mitglieder

Dr. H. J. Gellermann (Ingelheim), Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG
 Prof. Dr. B. Wittig (Wiesbaden), AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG

Der Sprecher der Young Internists

Dr. A. Müller-Marbach (Düsseldorf)

Komitee Theodor-Frerichs-Preis 2015



Prof. Dr. A. Neubauer (Marburg),
Vorsitzender
Prof. Dr. N. Suttorp (Berlin)
Prof. Dr. G. Walz (Freiburg)
Prof. Dr. F. Lammert (Homburg)
Prof. Dr. L. Maier (Regensburg)

Komitee Präventionspreis Innere Medizin 2015



Prof. Dr. M. Weber (Köln),
Vorsitzender
Prof. Dr. M. Böhm (Homburg/Saar)
Prof. Dr. D. Klaus (Stuttgart)
Prof. Dr. C. Vogelmeier (Marburg)
Prof. Dr. E. Märker-Hermann
(Wiesbaden)

Kommission Struktur – Krankenversorgung



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

Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung



Prof. Dr. M. Lerch (Greifswald),
Vorsitzender
Prof. Dr. R. Brunkhorst (Hannover)
Prof. Dr. A. Creutzig (Hannover)
Prof. Dr. M. Ferrari (Wiesbaden)
Prof. Dr. M. Hallek (Köln)
Prof. Dr. U. Janssens (Eschweiler)
Prof. Dr. W. V. Kern (Freiburg)
Prof. Dr. F. Lammert (Homburg)
Prof. Dr. H. Link (Kaiserslautern)
Dr. M. Meisel (Dessau)
Prof. Dr. M. Pfeifer (Regensburg)
Prof. Dr. N. Stergiou (Seligenstadt)
Prof. Dr. J. Wollenhaupt (Hamburg)

Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung



Prof. Dr. F. Lammert (Homburg),
Vorsitzender
Prof. Dr. C. Espinola-Klein
(Mainz), stellvertr. Vorsitzende
Prof. Dr. J. Hampe (Dresden)
Prof. Dr. S. Harendza (Hamburg)
PD Dr. S. Herold (Gießen)
Dr. B. Franziska Hoyer (Berlin)
Prof. Dr. C. Maack (Homburg)
Prof. Dr. N. Malek (Tübingen)
Dr. A. Müller-Marbach
(Düsseldorf)
Prof. Dr. E. Schulze-Lohoff
(Duisburg)
PD Dr. S. Sossalla (Göttingen)

Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie



Prof. Dr. G. Hasenfuß
(Göttingen), Vorsitzender
Prof. Dr. S. Andreas
(Immenhausen)
Prof. Dr. H. Klein (Bochum)
Prof. Dr. A. Lohse (Hamburg)
Prof. Dr. G. A. Müller (Göttingen)
Prof. Dr. U. Sechtem (Stuttgart)
Prof. Dr. L. Trümper (Göttingen)

Kommission Transition



Prof. Dr. B. Siegmund (Berlin),
Sprecherin für die DGIM
Dr. F. Bösebeck (Rotenburg)
Prof. Dr. D. Führer-Sakel (Essen)
Prof. Dr. G. Hansen (Hannover)
Prof. Dr. B. Hauffa (Essen)
Prof. Dr. U. Keilholz (Berlin)
PD Dr. A. von Moers (Berlin)
Dr. S. Mütter (Berlin)
Dr. Gabriele Olbrisch (Berlin)
Dr. M. Oldhafer (Hannover)
PD Dr. B. Rodeck (Osnabrück)

Kommission Telemedizin



Prof. Dr. D. Tschöpe (Bad Oeynhausen), Vorsitzender
 Prof. Dr. P. Albers (Düsseldorf)
 Prof. Dr. H. Audebert (Berlin)
 Prof. Dr. T. Brümmendorf (Aachen)
 Prof. Dr. C. Erley (Berlin)
 Prof. Dr. W. Haefeli (Heidelberg)
 Prof. Dr. F. Koehler (Berlin), stellvertr. Vorsitzender
 Prof. Dr. I. Koop (Hamburg)
 Prof. Dr. M. Middeke (München)
 Prof. Dr. M. Pfeifer (Regensburg)
 Prof. Dr. K. Reinhardt (Bielefeld)
 Prof. Dr. M. Reinshagen (Braunschweig)
 Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen (Berlin)

Task Force Transplantationsmedizin



Prof. Dr. M. P. Manns (Hannover), Leitung/Koordination
 Prof. Dr. U. Baumann (Hannover)
 Prof. Dr. U. Frei (Berlin)
 Prof. Dr. P.-F. Hoyer (Essen)
 Prof. Dr. A. Lohse (Hamburg)
 Prof. Dr. W.-D. Ludwig (Berlin)
 Prof. Dr. C. Strassburg (Hannover)

Task Force Internistische Intensiv- und Notfallmedizin



Prof. Dr. Tobias Welte (Hannover)
 Prof. Dr. M. Buerke (Siegen)
 Dr. K.-F. Bodmann (Eberswalde)
 Prof. Dr. H. Kierdorf (Braunschweig)
 Prof. Dr. S. Kluge (Hamburg)
 Dr. M. Kochanek (Köln)
 Prof. Dr. C. Trautwein (Aachen)

Task Force Infektiologie



Prof. Dr. G. Fätkenheuer (Köln), Leitung/Koordination
 Prof. Dr. A. Stallmach (Jena), Leitung/Koordination
 Prof. Dr. O. A. Cornely (Köln), Prof. Dr. W. Kern (Freiburg)
 Prof. Dr. B. Salzberger (Regensburg)
 Prof. Dr. T. Welte (Hannover)

Ständige Programm-Kommission der Jahrestagung der DGIM

Prof. Dr. M. Hallek (Köln), Vorsitzender
 Prof. Dr. J. Bauersachs (Hannover)
 Prof. Dr. S. C. Bischoff (Stuttgart)
 Prof. Dr. R. Brunkhorst (Hannover)
 Prof. Dr. M. Buerke (Siegen)
 Prof. Dr. M. de Zwaan (Hannover)
 Dr. M. Denking (Ulm)
 Prof. Dr. G. Ertl (Würzburg)
 Prof. Dr. G. Hasenfuß (Göttingen)
 Prof. Dr. H. Heppner (Schwelm)
 Prof. Dr. B. Hertenstein (Bremen)
 T. Hübner (Mannheim)
 PD Dr. N. Jung (Köln)
 Dr. M. Kochanek (Köln)
 Prof. Dr. F. Lammert (Homburg)
 Prof. Dr. H. Lehnert (Lübeck)
 Prof. Dr. E. Lindhoff-Last (Frankfurt)
 Prof. Dr. M. P. Manns (Hannover)
 Prof. Dr. E. Märker-Hermann (Wiesbaden)
 Prof. Dr. U. Müller-Ladner (Donaustauf)
 Prof. Dr. M. Pfeifer (Donaustauf)
 Prof. Dr. C. Reinhardt (Köln)
 Prof. Dr. B. Salzberger (Regensburg)
 PD Dr. S. Schellong (Dresden)
 Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger (München)
 Prof. Dr. E. Siegel (Heidelberg)
 Prof. Dr. K. Singler (Erlangen)
 Prof. Dr. N. Suttrop (Berlin)
 Dr. S. Theurich (Köln)
 Prof. Dr. H. Tilg (Innsbruck)
 Prof. Dr. C. Trautwein (Aachen)
 Prof. Dr. L. Trümper (Göttingen)
 Prof. Dr. J.-C. Virchow (Rostock)
 Prof. Dr. M. Weber (Köln)

Delegierte AWMF

*Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher
Medizinischer Fachgesellschaften*

Prof. Dr. Karl H. Rahn (Münster), Vorsitzender
Prof. Dr. Jürgen Floege (Aachen)
Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch (Kiel)

Delegierter DRG in die Fachkommission AWMF/BÄK

Prof. Dr. Helmut Ostermann (München)

Delegierte EFIM

(European Federation of Internal Medicine)

Prof. Dr. Johannes Köbberling (Wuppertal)
Dr. Alexis Müller-Marbach (Düsseldorf) (Young Internists)
Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger (München)

Delegierte DIVS

*Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung
für Schmerztherapie*

Prof. Dr. Christoph Baerwald (Leipzig)
Dr. Eva Hintz (Winnenden)

Delegierte DNVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung

Prof. Dr. Frank Moosig (Lübeck)
Prof. Dr. Klaus Parhofer (München)

Delegierte DSG

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft

Prof. Dr. Rainer E. Kolloch (Bielefeld)

Delegierte ÖGIM

Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin

Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger (München)

Kuratorium MEDICA

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

Korporative Mitglieder

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Wiesbaden
Prof. Dr. Bianca Wittig
www.abbvie.com

Astra Zeneca GmbH, Wedel
Dr. med. Katharina Wolff
www.astrazeneca.de

Bayer Vital GmbH, Leverkusen
Prof. Dr. med. Franz-Josef Wingen
www.bayer.de

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

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
Norbert Froitzheim, Dipl.-Kffr. Katrin Groos
www.aerzteverlag.de

Elsevier GmbH, Reutlingen
Rainer Simader
www.elsevier.de

Fresenius Medical Care AG & Co. KGaA,
Bad Homburg v. d. H.
Gunther Klotz
www.fmc-ag.de

Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
Dr. med. Volker Hirschel
www.thieme.de

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

MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar
Dr. Dr. Kristian Löbner
www.msd.de

m:con - mannheim:congress GmbH, Mannheim
Johann W. Wagner
www.mcon-mannheim.de

Pfizer Pharma GmbH, Berlin
PD Dr. med. Peter-Andreas Löschmann
www.pfizer.de

Siemens AG, Erlangen
Dr. Michael Meyer
www.siemens.de

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

Wolters Kluwer | UpToDate, Roetgen
Andreas Borges
www.uptodate.com



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