

Jahresbroschüre der DGIM

2016

my Black, 2015

Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.





Inhalt

Editorial	4	Die Zukunft von morgen – Nachwuchsförderung der DGIM	40
Die DGIM 2015/2016 auf einen Blick	5	122. Internistenkongress: Demographischer Wandel fordert Innovation	42
Die DGIM – Wer wir sind, wofür wir stehen	6	Korporative Mitglieder – Austausch mit Industrievertretern und Experten aus der Gesundheitswirtschaft	44
Neuer Vorstand bei der DGIM	9	DGIM-Initiative: Klug entscheiden in der Inneren Medizin	46
DGIMs elektronische Welt	10	Ehrungen und Preise 2016	47
Medienarbeit für die Innere Medizin	12	Aus der Bundesärztekammer – Arztzahlen in Deutschland	54
		Preisausschreibungen der DGIM 2017	56
		Vorstand, Gremien und Kommissionen	57
		Impressum	60
Fit für den Alltag – Fort- und Weiterbildung	14		
Interview mit der Vorsitzenden und dem Generalsekretär	18		
Stellungnahmen der DGIM 2015/2016	22		
Neues aus den Kommissionen und Task Forces	24		
Ehrenmitgliedschaft in der DGIM	37		
Aus der AWMF	38		
10. Patiententag der DGIM	39		





Editorial

*Liebe Mitglieder,
liebe Leserin, lieber Leser,*

auch in diesem Berichtsjahr war der Jahreskongress unter der Leitung von Gerd Hasenfuß ein Schlüsselerebnis, der die Themen aufgriff, die uns auch im weiteren Verlauf des Jahres bewegt haben: Mit dem *Programm DGIM 2020* (Grafik S. 5) wurde in breiter Konsensbildung mit dem Vorstand und Ausschuss eine Prioritätenliste von Themen und Problemfeldern erarbeitet, die die Medizin nach unserer Auffassung in den nächsten Jahren vorrangig bewegen werden. Die wichtigsten Themen sollen hier beispielhaft genannt werden.

Die Qualitätsoffensive der DGIM und ihrer Schwerpunktgesellschaften **Klug Entscheiden** stand dabei an vorderster Stelle. Unter der koordinierenden Funktion der DGIM ist es dabei gelungen, von allen internistischen Schwerpunkt- und mit der Inneren Medizin verbundenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften jeweils fünf Empfehlungen zu diagnostisch-/therapeutischen Maßnahmen zusammenzutragen, die zu häufig durchgeführt oder aber häufig unterlassen werden, obwohl sie für den Patienten sinnvoll wären (S. 31/46). An dieser Stelle möchten wir uns noch einmal bei allen Mitgliedern der Konsensuskommission bedanken, mit welcher Ernsthaftigkeit und Konsequenz alle an dem Erfolg dieser Qualitätsoffensive gearbeitet haben.

Weiterbildung und Fortbildung werden für die DGIM immer eine herausragende Rolle spielen. Wir sind dabei, im Rahmen der „mobilen Revolution“ neue Weiterbildungselemente zu entwickeln. Ebenso ist die konzentrierte Arbeit an der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung ein bedeutendes Thema für die nächsten Monate, wobei ein besonderes Augenmerk auf die sinnvolle Entwicklung der Geriatrie, der Infektiologie sowie der Intensiv- und Notfallmedizin gerichtet sein wird. Mit dem Curriculum „Clinician Scientist“ fördert

die DGIM die strukturierte Durchführung von Forschung und Weiterbildung.

Die DGIM hat in den vergangenen Jahren die Entwicklung der Medizin in Krankenhäusern und Kliniken mit großer Sorge betrachtet: Ärzte geraten zunehmend unter den Druck, ihr Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung unterzuordnen. Der materielle und immaterielle Schaden der **Ökonomisierung der Medizin** ist beträchtlich. Die Kommission Struktur Krankenversorgung der DGIM hat sich in den vergangenen Monaten dieses Themas angenommen und dazu bei einer Pressekonferenz ein vielbeachtetes Positionspapier veröffentlicht (S. 22/29).

Ein weiteres wichtiges Thema, das sowohl bei dem Opinion-Leader Meeting im Januar 2016 als auch bei dem Jahreskongress eine herausragende Rolle spielte, ist die **Digitale Medizin**, die in den vergangenen Jahren zu einer rasanten Entwicklung angesetzt hat. Die DGIM erkennt die Möglichkeiten, aber auch die Risiken dieser Entwicklung und will die digitale Medizin aktiv mitgestalten. Denn das große Potential dieser Entwicklung sollte aus fachlicher Sicht für den Patienten nutzbar gemacht und Schaden, bedingt durch fehlendes medizinisches Fachwissen, verhindert werden.

Es gibt zahlreiche weitere Themen und Aktivitäten, denen wir uns mit großem Engagement und der großen und breiten Unterstützung unserer Mitglieder annehmen. Die Berichte darüber finden Sie in der vorliegenden Jahresbroschüre. Viel Freude bei der Lektüre!

U. Fölsch - P.M. Schumm-Draeger

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

Prof. Dr. med.
Petra-Maria Schumm-Draeger
Vorsitzende 2016/2017

DGIM 2015/2016 AUF EINEN BLICK



2 800 MENSCHEN

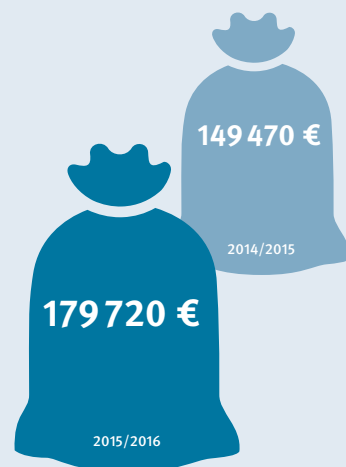
HABEN DEN PATIENTENTAG DER
DGIM IN WIESBADEN BESUCHT,
IN 2015 WAREN ES 1 300

2 031 PRESSEBERICHTE
IN PRINT, HÖRFUNK, FERNSEHEN UND ONLINE
9 PRESSEKONFERENZEN
29 PRESSEMELDUNGEN



PROGRAMM DGIM 2020

- 1 KLUG ENTSCHIEDEN – INDIKATIONSQUALITÄT
- 2 AUS- UND WEITERBILDUNG – ÄRZTLICHE FORSCHUNG
- 3 ÖKONOMISIERUNG DER MEDIZIN
- 4 INTERNISTISCHE SYSTEMMEDIZIN
- 5 DIGITALE MEDIZIN – MEDIZINTECHNIK
- 6 DEMOGRAPHISCHER WANDEL – GERIATRIE
- 7 INFEKTILOGIE – HYGIENE – MIGRATIONSMEDIZIN
- 8 INTERAKTION MIT DEN SCHWERPUNKTEN
- 9 PFLEGE- UND MEDIZINISCHE ASSISTENZBERUFE
- 10 INTERNATIONALE INTERAKTION



FÖRDSUMME FÜR STIPENDIEN,
FORTBILDUNGEN UND PREISE



1 400
VORTRÄGE

ZAHLEN UND
FAKTEN ZUM
122. INTERNISTEN-
KONGRESS



Die DGIM – Wer wir sind, wofür wir stehen

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) erfreut sich immer größerer Beliebtheit. Im Jahr 2016 hat die medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft fast 25.000 Mitglieder. Seit ihrer Gründung im Jahr 1882 in Wiesbaden versteht es die DGIM als ihren Auftrag, die Interessen der gesamten Inneren Medizin nach außen zu vertreten. Sie sieht es als ihre Aufgabe an, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse sowohl Ärzten als auch Patienten zugänglich zu machen.

Von der Angiologie bis zur Rheumatologie – internistische Schwerpunkte unter einem Dach

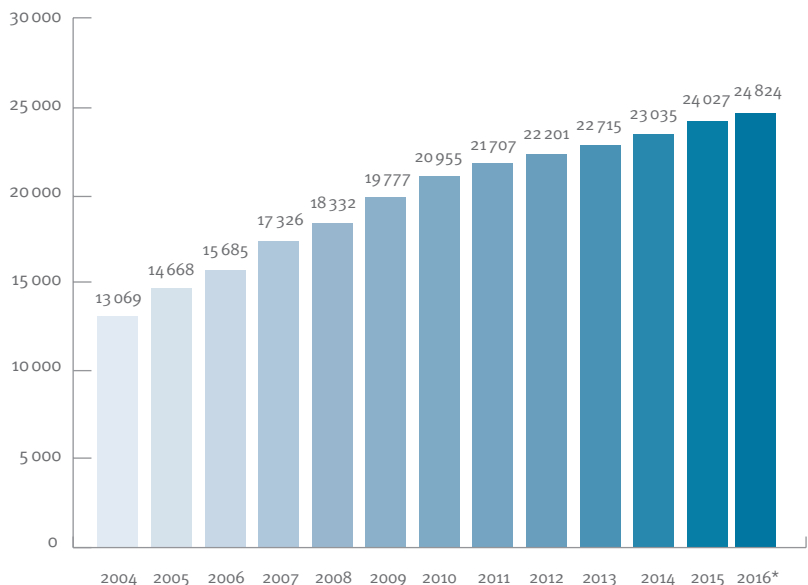
Die DGIM unterstützt den Wissens- und Gedankenaustausch zwischen den verschiedenen Teilgebieten der Inneren Medizin und setzt sich für die Anliegen der Internisten in Klinik und Praxis ein – und das in sämtlichen internistischen Schwerpunkten. Gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 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. Die Fachgesellschaft pflegt den Austausch mit den wissenschaftlichen Schwerpunktgesellschaften. Zudem fördert sie die fachlichen und freundschaftlichen Beziehungen zu anderen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden – sowohl im In- als auch im Ausland. Auch gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden sowie Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung vertritt die DGIM die Belange der Inneren Medizin. Außerdem arbeitet sie eng mit dem Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) zusammen.

Wissenschaft – damit neueste Erkenntnisse im Klinik- und Praxisalltag Platz finden

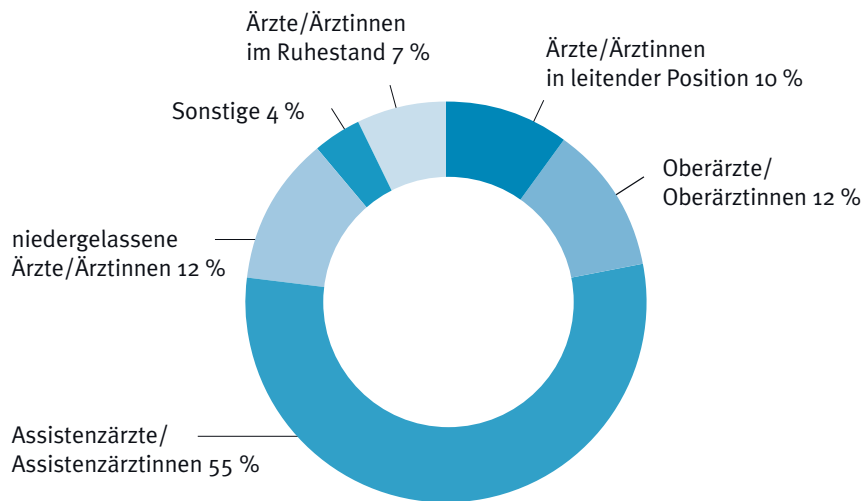
Die Förderung von Wissenschaft und Forschung auf dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin ist ein zentrales Anliegen der DGIM. Dabei hat die Fachgesellschaft stets das Wohl des Patienten im Blick. So sorgt sie über Fort- und Weiterbildungsangebote beispielsweise dafür, dass aktuelle Forschungserkenntnisse in der täglichen Versorgung in Klinik und Praxis berücksichtigt werden. Auf dem jährlichen Internistenkongress der DGIM werden neueste wissenschaftliche Erkenntnisse aus der gesamten Inneren Medizin präsentiert und diskutiert.

Mitgliederentwicklung der DGIM 2004–2016



*Stand: 1. September 2016

Mitgliederstruktur der DGIM 2016



Zudem fördert die DGIM individuell und gezielt Wissenschaftler. Sie vergibt verschiedene Preise für wissenschaftliche Arbeiten und Stipendien. Die Unterstützung des wissenschaftlichen Nachwuchses ist dabei von besonderer Bedeutung: So werden junge Ärztinnen und Ärzte in ihrer persönlichen und fachlichen Entwicklung seit 2015 beispielsweise auch über die DGIM Förderakademie und das Mentorenprogramm in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie gefördert.

Auf Wachstumskurs – die Zahl der DGIM-Mitglieder wächst

Mit fast 25 000 Mitgliedern ist die DGIM eine der größten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland und Europa. Und die Fachgesellschaft erfreut sich eines starken Wachstumstrends: In den letzten zehn Jahren konnte die DGIM rund 10 000 Mitglieder hinzugewinnen. Seit ihrer Modernisierung in den 1980er-Jahren zieht die DGIM verstärkt junge Ärzte an: Mittlerweile sind weit mehr als die Hälfte aller Mitglieder Assistenzärzte – ein Zeichen dafür, dass die DGIM mit ihren Mitgliedsangeboten ihr Ziel erreicht, eine modern ausgerichtete Fachgesellschaft auf traditioneller Basis zu sein.

Die DGIM – ein guter Partner für viele Belange

Zu den Mitgliedern der DGIM zählen heute nicht nur Ordinarien und leitende Krankenhausärzte aus der

Innenen Medizin. Auch niedergelassenen Internisten und Allgemeinärzten, Ärzten in Fort- und Weiterbildung sowie jungen Medizinerinnen ist die Fachgesellschaft ein guter Partner. Angehende und praktizierende Internisten unterstützen die DGIM durch eine verbesserte Weiterbildung, qualifizierte Fortbildung, den jährlichen Internistenkongress, Preise und Stipendien. 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 wissenschaftlichen Verlagen Probleme der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik. Ihnen bietet die DGIM seit 1993 eine Korporative Mitgliedschaft an. Die Korporativen Mitglieder halten regelmäßig Symposien ab und tauschen sich über aktuelle Belange der Inneren Medizin aus.

Gebündelte Kompetenz – die organisatorische Struktur der DGIM

Aufgrund ihrer vielfältigen Aufgaben und einer stetig steigenden Mitgliederzahl bedarf es in der DGIM klarer organisatorischer Strukturen: Der sechsköpfige Vorstand – geleitet vom Vorsitzenden – verantwor-

tet 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 Jungen Internisten der DGIM, der Sprecher der Korporativen Mitglieder, die Delegierten in die EFIM sowie die Vertreter der schweizerischen und österreichischen Internistengesellschaft – SGAIM und ÖGIM – an.

Um ausgewählte Fragestellungen – sowohl auf medizinischer als auch gesundheitspolitischer Ebene – ziel führend und fundiert bearbeiten zu können, hat die Fachgesellschaft themenspezifische Expertenkommissionen und Task Forces gegründet. 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.

<i>Vorstand/ Geschäftsführung</i>	<i>Kommissionen</i>	<i>Arbeitsgruppen/Task Forces</i>	<i>Preiskomitees</i>
<i>Ausschuss</i>	<i>Kommission Arzneimitteltherapie- Management & Arznei- mitteltherapiesicherheit</i>	<i>Arbeitsgruppe DRG</i>	<i>Komitee für die Leopold-Lichtwitz- Medaille</i>
<i>Wissenschaft- licher Beirat</i>	<i>Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung</i>	<i>Arbeitsgruppe IQWiG, G-BA</i>	<i>Komitee für den Präventionspreis Innere Medizin</i>
<i>Geschäftsstelle</i>	<i>Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie</i>	<i>Task Force Infektiologie</i>	<i>Komitee für den Theodor-Frerichs-Preis</i>
<i>Pressestelle</i>	<i>Kommission Struktur- Krankenversorgung</i>	<i>Task Force Internistische Intensiv- und Notfallmedizin</i>	
	<i>Kommission Telemedizin</i>	<i>Task Force „Klug entscheiden“ – Konsensus-Kommission</i>	
	<i>Kommission Transition</i>		
	<i>Kommission Wissenschaft- Nachwuchsförderung</i>		
	<i>Programmkommission</i>		

Deutsche Stiftung für Innere Medizin

Neuer Vorstand bei der DGIM 2016/2017

Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) für das Jahr 2016/2017 ist Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger. Die Internistin mit Schwerpunkt Endokrinologie/Diabetologie aus München löst damit Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß aus Göttingen ab. Einer ihrer fachlichen Schwerpunkte liegt in der Behandlung von Hormonerkrankungen, Adipositas, Diabetes mellitus, Gefäßerkrankungen und der daraus resultierenden chronischen Wunden. Professor Schumm-Draeger gestaltet als Kongresspräsidentin auch den 123. Internistenkongress.

Professor Schumm-Draeger studierte Medizin in Frankfurt am Main, wo sie auch ihre Facharztbildung abschloss, habilitierte und am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität 1993 eine Stelle als Leitende Oberärztin antrat – an der Medizinischen Klinik I, Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetes, Stoffwechsel und Angiologie. Sie leitete ab 2002 die Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie des Klinikums München Bogenhausen in München und ist seit Juli 2016 Ärztliche Direktorin des Zentrum / Innere Medizin / Fünf Höfe in München. Bis heute leitet sie die Arbeitsgruppe „Klinische Forschung zu Fragen der klinischen Endokrinologie und Diabetologie.“

Kongressmotto: Versorgung der Zukunft

Als Vorsitzende der DGIM gestaltet Petra-Maria Schumm-Draeger auch das Programm des 123. Internistenkongresses im Jahr 2017. Das von ihr gewählte Leitthema „Versorgung der Zukunft: Patientenorientiert, integriert und ökonomisch zugleich“ bildet den inhaltlichen Kern der kommenden Jahrestagung. „Wir müssen uns mit der Frage auseinandersetzen, inwieweit eine werteorientierte, individualisierte und fürsorgliche Medizin in unserem Gesundheitssystem zukünftig sichergestellt und bewahrt werden kann – sehr wohl auch unter angemessener Berücksichtigung ökonomischer Aspekte“, sagt Professor Schumm-Draeger. „Oberste Priorität ist aber, dass der kranke Mensch, der Patient, im Mittelpunkt steht“.

Neuer Vorstand der DGIM

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß aus Göttingen ist nun 1. stellvertretender Vorsitzender. Professor Dr. med. Cornel Sieber aus Nürnberg übernimmt das Amt des 2. stellvertretenden Vorsitzenden. Zum 3. stellvertretenden Vorsitzenden wurde Professor Dr. med. Claus Franz Vogelmeier, Marburg, neu in den Vorstand gewählt. Professor Dr. med. Michael Hallek aus Köln ist turnusgemäß aus dem Vorstand ausgeschieden. 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 G. Broglie, beide Wiesbaden. Stellvertretende Geschäftsführerin ist Diplom-Kauffrau Ourania Mena-laou, ebenfalls aus Wiesbaden. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der DGIM: www.dgim.de



Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger
aus München

DGIMs elektronische Welt

Aktuelle Fachinformationen unterwegs auf dem Smartphone empfangen, sich auf einer Plattform fortbilden oder Kongressvorträge über das Internet bequem von zu Hause verfolgen – Ärzte informieren sich verstärkt im Netz. Anhand vieler interaktiver Fortbildungstools können sie hier immer wieder ihr Wissen auffrischen und das völlig unabhängig von Zeit und Ort. Die DGIM entwickelt ihre eigenen elektronischen Angebote ständig intensiv weiter: So wurde gerade der Relaunch der Online-Plattform DGIM e.Akademie abgeschlossen. Nun kann sie auch sehr anwenderfreundlich auf Tablet-PCs genutzt werden.

Die erste virtuelle Anlaufstelle ist die DGIM-Homepage. Unter www.dgim.de bekommen Nutzer einen schnellen Zugang zu allen Angeboten, Neuigkeiten, Preisen, Fortbildungsterminen oder Stellungnahmen ihrer Fachgesellschaft.

Die DGIM e.Akademie ist ein digitales Fortbildungsprogramm der Fachgesellschaft. Im Mittelpunkt steht die interaktive, multimediale Kursserie e.Curriculum Innere Medizin. Anhand von Animationen, Schemata, interaktiven Elementen sowie eingestreuten Fragen und Experteninterviews vermittelt die DGIM



Auch mit Apps hält die DGIM ihre Mitglieder auf dem Laufenden.

e.Akademie Wissen zu verschiedenen Themen für die tägliche Praxis. Damit das Angebot auch gut von unterwegs genutzt werden kann, wurde es für die Anwendung auf Tablet-PCs optimiert. An dem Programm selbst wurde beim Relaunch wenig geändert – denn bei einer „Digital Session“ auf dem diesjährigen DGIM-Kongress waren sich alle Experten einig, dass das Konzept in seiner jetzigen Form stimmig ist und zukünftig so fortgesetzt werden sollte. Die Inhalte für die DGIM-Akademie produziert der Fachverlag Springer Medizin auf der Basis fachlich geprüfter Literatur. Ein eigens gegründeter wissenschaftlicher Beirat der DGIM unter Vorsitz von Generalsekretär Professor Ulrich Fölsch hat die Koordination und Themenauswahl übernommen. Er begutachtet und prüft die Inhalte und testet das Angebot in seinen Weiterentwicklungen. Die Mitglieder des Beirats kommen aus allen Schwerpunkten der Inneren Medizin – damit genau die Themen aufgenommen werden, die über die Fächer hinweg für Internisten relevant sind.

Leitlinien, Neuigkeiten und Trainings-Programme: Apps für Internisten

Wenn Internisten früher ihr medizinisches Wissen auffrischen wollten, war der Griff zum Fachbuch Standard. Heute gibt es zunehmend auch elektronische Informationsangebote: So hat die DGIM zwei Apps mit Fachinformationen für Smartphone und Tablet entwickelt. Mit der DGIM-App **Mobile Leitlinien Innere Medizin** hat die Fachgesellschaft allgemeininternistische Leitlinien für die mobile Nutzung aufbereitet. Die App ist so konzipiert, dass Ärzte schnell und einfach die entsprechenden evidenzbasierten Empfehlungen finden. Von der Anamnese bis zur wissenschaftlich begründeten Therapieempfehlung – hier können sich Ärzte viel Wissen aneignen und das mit nur wenigen Klicks. Auch Internisten, die nicht Mitglied der Fachgesellschaft sind, können von ihren Leistungen profitieren.

Mit ihrer App **Innere Medizin News** richtet sich die DGIM mit Neuigkeiten aus der Inneren Medizin, mit Interessantem aus der Politik sowie mit Terminen nicht nur an ihre Mitglieder. Zudem hat die Fachgesellschaft extra für den 122. Jahreskongress eine App entwickelt. Über die **Kongress-App** konnten sich Teilnehmer beispielsweise über das Programm sowie

über aktuelle Änderungen informieren, sich einen eigenen Plan erstellen und Abstracts der Vorträge nachlesen. Nicht nur medizinische Informationen, sondern auch ein digitales Sportprogramm ist anlässlich des 122. Internistenkongresses entstanden: Die neue, kostenlose DGIM-App „DGIM-DocFit“ – Fit in einem Quartal enthält Trainingspläne, die speziell auf den Arbeitsalltag von Ärzten ausgerichtet sind. Das Angebot richtet sich sowohl an Einsteiger als auch an Fortgeschrittene. Die Pläne bestehen aus Kardiotraining, Kraft-, Warm-up- und Dehnübungen.

Moderne Kommunikationswege – die DGIM in sozialen Netzwerken

Ob auf Facebook oder auf XING – die DGIM ist auch in sozialen Netzwerken präsent. So können Internisten in Klinik und Praxis zeitgemäß vernetzt und über aktuelle Neuigkeiten informiert werden. Die Fachgesellschaft informiert hier über ihre Veranstaltungen, wichtige Themen und Anliegen. Zudem bieten die Profile in den sozialen Netzwerken einen Raum zum Austausch und für Diskussionen. Auf der Facebook-Seite der DGIM gibt es außerdem Informationen zu Ausschreibungen, Nachwuchsförderungen, Coaching-Programmen, Stellungnahmen und fachlichen Neuigkeiten. Die DGIM lädt alle Mitglieder



Facebook-Post der DGIM



Medical Online Congress

und Interessierten ein, sich aktiv zu beteiligen, und freut sich auf Anregungen, Beiträge und vielfältige Diskussionen. Die Nutzerzahl steigt kontinuierlich: Mittlerweile hat die DGIM-Facebook-Seite fast 1500 Fans.

Kongressvorträge verpasst? Der Medical Online Congress schafft Abhilfe

Auf dem jährlichen Internistenkongress wird mit zahlreichen Vorträgen viel wertvolles Fachwissen vermittelt. Auch Ärzte, die nicht an dem Kongress teilgenommen haben, können von den Informationen profitieren: Über den Medical Online Congress (MOC) – einen virtuellen Kongress – haben sie die Möglichkeit, verpasste Vorträge bequem von zu Hause aus zu verfolgen.

Wer den Kongress besucht hat und sein Wissen anschließend auffrischen möchte, kann das ebenfalls kostenfrei tun. Ein Großteil der Kongresssitzungen wird aufgezeichnet und redaktionell aufbereitet. Auf der Internetseite www.dgim-onlinekongress.de stehen Videos von Experteninterviews, wissenschaftliche Vorträge, Informationen aus der DGIM und der Industrie sowie redaktionelle Beiträge bereit. Die Videos sind in Themenblöcken zusammengefasst und strukturiert aufbereitet. Der Zugangscode lautet DGIM2016. Informationen zu den Kongressen aus den vergangenen drei Jahren sind ebenfalls auf der Internetseite zu finden.

Medienarbeit für die Innere Medizin

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin gestaltet den Dialog mit ihren verschiedenen Zielgruppen im Rahmen einer kontinuierlichen aktiven Medien- und Öffentlichkeitsarbeit. Über ihre Pressestelle wendet sie sich regelmäßig an die Medien und erreicht auf diese Weise breite Präsenz und entscheidende Bedeutung. Auch im Jahr 2015/2016 bewährte sich die DGIM als anerkannte und geschätzte Ansprechpartnerin für Journalisten auf verschiedensten internistischen und gesundheitspolitischen Themengebieten. Die Themen und Anliegen der Fachgesellschaft erreichte im vergangenen Jahr erneut eine sehr hohe Aufmerksamkeit.

Im Mittelpunkt der Berichterstattung standen digitale Medizin, Über- und Unterversorgung in der Inneren Medizin und deren Ökonomisierung. Angeführt von der Initiative „Klug Entscheiden“ der DGIM zogen sich die Botschaften durch alle internistischen Schwerpunkte. 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 informiert über die von der DGIM erarbeiteten Publikationen, Positionspapire und Stellungnahmen, bewertet aktuelle Studien und bezieht Position zu Entwicklungen im Gesundheitswesen. Als eine der maßgeblichen Institution in der Medizin regt sie die qualitative, strukturelle und prozessorientierte Veränderungen an. Dieses hohe Maß an Initiative und Umsetzungsstärke nehmen die Medien stark wahr.

Breite Medienpräsenz

Für das Kalenderjahr 2015 verzeichnet die Pressestelle der DGIM 2031 Presseberichte in den Print-, Hörfunk- und Onlinemedien und im Fernsehen. Mehr als die Hälfte der Berichte über die DGIM erschienen in den Publikumsmedien. Ein Schwerpunkt lag bei regionalen und lokalen Zeitungen, aber auch große überregionale Zeitungen griffen Anliegen und Themen der DGIM auf. Anteilig vergleichsweise hoch war in 2015 erneut die Zahl der Beiträge im Internet. Mit dieser breiten Medienpräsenz erreichte die DGIM auch eine besonders hohe Zahl an Lesern: Die Reichweite

aller Beiträge in den Printmedien betrug mehr als 231 Millionen.

Diese umfangreiche Medienresonanz zeigt auch, wie wichtig eine professionelle Handhabung und Einordnung der an die DGIM adressierten Medienanfragen ist. Die Pressestelle vermittelt den Journalisten in enger Abstimmung mit der DGIM gezielt die entscheidenden Informationen und die geeigneten Ansprechpartner. Aber auch wenn die DGIM als bewährte Instanz sehr oft von den Medien angesprochen wird, resultiert die umfangreiche Berichterstattung insbesondere aus ihrer aktiven Medienarbeit: Zwischen August 2015 und August 2016 verbreitete die DGIM über ihre Pressestelle 29 Pressemeldungen.

Für junge und erfahrene Ärzte

Eine Hauptzielgruppe der Kommunikationsarbeit der DGIM sind ihre Mitglieder: Diese informiert sie quartalsweise mit dem 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“. Mit DGIM [aspire] rief die Fachgesellschaft zudem im Frühjahr 2016 einen Newsletter für den internistischen Nachwuchs ins Leben. Sie greift damit den Bedarf engagierter, interessierter Nachwuchsinternisten auf, schafft ein Kommunikationsorgan eigens für diese Zielgruppe und nutzt die Chance, auch zukünftig junge Mediziner für das Fach zu gewinnen.

Klare Standpunkte im Dialog mit den Medien

Für die Jahres-Pressekonferenz der DGIM im Februar in Berlin griff der DGIM Vorsitzende Professor Gerd Hasenfuß einen seiner Kongressschwerpunkte auf: Digitale Medizin – Chancen und Grenzen, so der Titel. Mit über 30 Journalisten war diese Veranstaltung sehr gut besucht. Und die Leitthemen des 122. Internistenkongresses bestimmten auch dessen begleitende Medienarbeit. Die Tagung im Congress Center Rosengarten besuchten rund 300 Journalisten.

Mit Kongressnewslettern, Video-Podcasts und in den Mitteilungen wandte sie sich zudem an potenzielle Teilnehmer.

Einen Blick auf derzeitige Entwicklungen und das neue Präsidentschaftsjahr gab die DGIM bereits im Juli mit ihrer Pressekonferenz zur Ökonomisierung der Medizin. Auch diese Pressekonferenz wurde von den Medien vielfach wahrgenommen: 36 Journalisten besuchten sie, darüber hinaus viele Multiplikatoren aus dem Gesundheitswesen. In diesem Rahmen übte

die DGIM gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft differenzierte Kritik an der Tendenz, dass Gesundheit immer mehr zum Wirtschaftsgut wird. Sie positionierte sich damit erneut als wache Beobachterin, die durch klar kommunizierte Positionen medizinische, gesundheitspolitische und gesellschaftspolitische Strömungen aktiv begleitet, bewertet und im Sinne der Inneren Medizin beeinflusst.

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



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 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 Internisten übergreifend von Bedeutung sind. Auf einer gemeinsamen Basis der Inneren Medizin definiert die DGIM zusammen mit den Schwerpunkten relevante Themen.

Internistenkongress

Der Internistenkongress gehört zu den bedeutendsten Fachkongressen in Deutschland. Vier Tage lang bilden sich hier regelmäßig über 8000 Internisten

aus Klinik und Praxis fort. 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 Praxis-kurse und interaktive Falldiskussionen statt. Auch dem ärztlichen Nachwuchs bietet der Kongress mit Postersitzungen, wissenschaftlichen Preisen, dem Tag der Jungen Internisten der DGIM 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. Aufgrund des Umbaus der Rhein-Main-Hallen gastiert der Internistenkongress vier Jahre in Folge im Congress Center Rosengarten in Mannheim. Ab dem Jahr 2019 kehrt der



Auf dem Internistenkongress stand viel Informationsmaterial zur Verfügung.

Kongress zurück nach Wiesbaden in das neu gebaute RheinMain CongressCenter (RMCC).

DGIM e.Akademie

Mit der DGIM e.Akademie bietet die DGIM hochwertige digitale Fortbildung an. Darin sind sowohl klassische, bewährte 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 Online-Version. Die Grundlage für dieses Modul bilden ausgewählte CME-Beiträge aus den Springer-Printtiteln.

Mit dem „e.Curriculum Innere Medizin“, herausgegeben von DGIM-Generalsekretär Professor Ulrich Fölsch und den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirates der DGIM, hat die DGIM zudem eine fallbasierte, an aktuellen Leitlinien orientierte Fortbildungsserie etabliert, die eine zertifizierte Fortbildung ermöglicht. Regelmäßig werden hier neue Fortbildungsmodul zu wichtigen und interessanten Themen der Inneren Medizin veröffentlicht.

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. Unter der Schirmherrschaft der DGIM stehen außerdem mehrere Jahreskongresse der regionalen Gesellschaften für Innere Medizin in Deutschland und internistische Fach-Updates.

Fortbildungskurse

In Kooperation mit anderen Organisationen und Fachgesellschaften bietet die DGIM ihren Mitgliedern immer wieder vergünstigte Konditionen für Kurse an. Seit einigen Jahren rückt beispielsweise der Bedarf an infektiologischem Fachwissen immer weiter in den medizinischen und öffentlichen Fokus. Darauf

Auch die Fortbildungskurse sind begehrt.



Der DGIM-Kongress 2016 war gut besucht.

hat die DGIM reagiert: Sie bietet in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) und der Akademie für Infektionsmedizin Antibiotic Stewardship (ABS)-Fortbildungen für Internisten an.





Praktische Einheiten sind fester Bestandteil der Fortbildungen.

Gemeinsam mit dem BDI ermöglicht die Fachgesellschaft ihren Mitgliedern eine vergünstigte Teilnahme an dem Blended-Learning-Kurs zum Hygienebeauftragten Arzt (HBA) der BDC-Akademie.

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.

*Das Fort- und
Weiterbildungsangebot
der DGIM auf einen Blick*



- ➔ **I. Kongresse**
Internistenkongress
- ➔ **II. DGIM e.Akademie**
- ➔ **III. DGIM Förderakademie**
- ➔ **IV. Publikationsorgane
– CME –**
*Der Internist, Deutsche Medizinische Wochenschrift (Gesellschafts-
hefte), Der Diabetologe, Der Gastroenterologe, Medizinische Klinik
Intensiv- und Notfallmedizin, Der Nephrologe, Der Pneumologe,
Zeitschrift für Rheumatologie*
- ➔ **V. Kurse**



▶ dgim2017.de

▶ Mannheim

▶ Congress Center Rosengarten

▶ 29. April - 02. Mai 2017

123.

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Leitthema der DGIM 2017
Versorgung der Zukunft:
Patientenorientiert, integriert
und ökonomisch zugleich

Hauptthemen der DGIM 2017

- Systemmedizin
- Versorgungsforschung in der Inneren Medizin: Gesundheitsökonomische Aspekte von interdisziplinärer Vernetzung/integrierter Versorgung
- Digital Health – Chancen und Herausforderungen für Diagnostik und Therapie
- Der Kardio-metabolische Patient
- Diabetologie als fächerübergreifende interdisziplinäre Herausforderung
- Endokrinologie – Schnittstelle in der Inneren Medizin und darüber hinaus
- Individuelle Pharmakotherapie
- Genderspezifische Aspekte in Diagnostik und Therapie
- Patientenorientierte Medizin im höheren Lebensalter
- Innere Medizin von Prävention bis Palliation
- Curriculum Innere Medizin für Europa



Kongress-Agentur

m:con - mannheim:congress GmbH

m:con
VISION INTO CONVENTIONS

Hauptsponsor

 Springer Medizin

Kongress-Präsidentin

Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger

Ärztliche Direktorin

Zentrum / Innere Medizin / Fünf Höfe

München

„Beim Thema Ökonomisierung müssen wir immer wieder den Finger in die Wunde legen.“

Ein Gespräch mit der DGIM-Vorsitzenden Petra-Maria Schumm-Draeger und Generalsekretär Ulrich R. Fölsch

Frau Professor Schumm-Draeger, bedingt durch den späten Internistenkongress im Jahr 2017 steht Ihnen eine besonders lange Amtszeit zur Verfügung, um als Vorsitzende mit der DGIM die Innere Medizin zu gestalten – wie nutzen Sie diese knapp 13 Monate, was sind Ihre Schwerpunkte?

Prof. Schumm-Draeger: Mir liegt es sehr am Herzen, aktuelle, gesundheitspolitisch wichtige Themen mit der DGIM voranzubringen und dringend notwendige Verbesserungen zu erreichen, die für die klinische Innere Medizin eine große Rolle spielen. Denn wir haben durch das ökonomische Diktat gerade in der Inneren Medizin immer größere Schwierigkeiten, alle Schwerpunkte des Fachs adäquat in den Krankenhäusern abzubilden. Dazu haben wir bereits Mitte des Jahres ein Positionspapier verfasst und eine Pressekonferenz veranstaltet. Es ist mir ein Anliegen, in diesen mir zur Verfügung stehenden 13 Monaten als Vorsitzende der DGIM gemeinsam mit allen dabei wichtigen Funktionsträgern eine tragfähige Kommunikation anzustoßen und daraus Beschlüsse zu entwickeln, die Grundlagen für politische Entscheidungen bieten. Die Ökonomisierung der Medizin schreitet mit hohem Tempo voran. In dieser Situation sind wir gezwungen, zu reagieren. Wir müssen unseren Patientinnen und Patienten garantieren, dass alle Schwerpunkte der In-

neren Medizin in den Kliniken vertreten sind – in entsprechender Qualität, mit spezialisierter Versorgung und dem gesamten Angebot der Inneren Medizin. Wenn ganze Kliniken für Endokrinologie, Diabetologie, Rheumatologie oder Angiologie signifikant reduziert oder tatsächlich ganz wegrationalisiert werden zugunsten einträglicherer Schwerpunkte der Inneren Medizin oder auch chirurgisch interventioneller Gebiete, ist es zwingend notwendig und Aufgabe der DGIM, einen Umschwung herbeizuführen.

Frau Professor Schumm-Draeger, die DGIM-Initiative „Klug entscheiden“ prägte ja bereits die letzten beiden Amtszeiten und Kongresse – in welcher Weise werden Sie das Thema fortführen?

Prof. Schumm-Draeger: „Klug entscheiden“ lässt sich überhaupt nicht von meinem Fokus – der Ökonomisierung der Medizin – trennen. Vielmehr ist es ein Tool, um wirtschaftlicher zu arbeiten. Mein Anliegen ist eine gute, integrierte, internistische Versorgung, sektorübergreifend von der Klinik bis zum niedergelassenen Arzt. Aus meiner Sicht ist das ein Kernthema der Medizin insgesamt, gerade auch der Inneren Medizin.

Prof. Fölsch: Bei einer anstehenden Konferenz mit allen an „Klug entscheiden“ beteiligten Schwerpunktgesellschaften werden drei Stichworte eine wichtige Rolle spielen: disseminieren, implementieren und evaluieren. Danach fragen auch Bundesärztekammer und IQWiG: Nach welchen Parametern wurden diese „Klug-entscheiden“-Empfehlungen aufgestellt? Sind das immer die gleichen Kriterien, sind das wechselnde Kriterien? Das müssen wir klarmachen und definieren. Beispielsweise können Palliativmediziner und die Geriater nicht den strengen Evidenzkriterien folgen, die andere wissenschaftliche Fachgesellschaften zugrunde legen – deren Leitlinienaussagen lassen sich eben nicht immer evidenzbasiert belegen. Denn aus ethischen Gründen erfolgen in der Regel keine Studien mit sterbenden Patienten zur Wirksamkeit oder Nicht-Wirksamkeit einer Therapie. Gerade zu solchen Punkten bleiben wir mit den Schwerpunktgesellschaften auch weiterhin im Gespräch.



Herr Professor Fölsch, die DGIM legt großen Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit Ihren Schwerpunkten. War „Klug entscheiden“ auch in dieser Hinsicht ein Erfolg – hat die Initiative die Innere Medizin noch mehr zusammengeschweißt?

Prof. Fölsch: Ja, es ist uns erneut gelungen, alle zwölf internistische Fachgesellschaften inklusive Palliativmediziner und Geriater an einen Tisch zu bringen. Ein großer Erfolg war zudem, alle Empfehlungen als Publikationen im Deutschen Ärzteblatt für alle Ärzte sichtbar zu machen. Außerdem haben wir vorgesehen, dass in den Schwerpunktkongressen der Inneren Medizin das „Klug entscheiden“-Thema jeweils in einem Symposium abgehandelt werden soll.

Doch auch darüber hinaus führen wir viele Gespräche. Jedes Jahr im Dezember etwa laden wir die Präsidenten aller internistischer Schwerpunktgesellschaften nach Berlin ein, um miteinander zu besprechen, was uns alle bewegt: Sollen wir einen Facharzt für Infektiologie oder für Intensiv- und Notfallmedizin einrichten? Oder wir diskutieren Fragen zur Systemmedizin. Denn sie schafft Verbindungen zwischen verschiedenen Disziplinen. In Kiel etwa haben wir eine Ambulanz für Entzündungsmedizin, in der Dermatologen, Zahnmediziner, Gastroenterologen und Kardiologen zusammen behandeln und gemeinsam beraten – das wird die Zukunft sein!

Frau Professor Schumm-Draeger, Sie sind die zweite Frau an der Spitze der DGIM und auch ihr Kongressteam hat einen überdurchschnittlich großen Frauenanteil: Frauen in der Medizin – welche Rolle spielen sie schon, wie viel Förderung brauchen sie noch?

Prof. Schumm-Draeger: Inzwischen sind 70 bis 80 Prozent der Medizinstudenten weiblich, das heißt, wir haben hier schon eine sehr starke Truppe. Das hat sich in den letzten Jahren erheblich in diese Richtung verändert. Eine Weiterbildung zum Facharzt, beispielsweise für Innere Medizin, treten aber viel weniger Frauen an, es sind nur noch deutlich unter 50 Prozent. Wenn Sie schauen, wie viele Oberarzt- oder leitende Positionen von Frauen eingenommen werden – beispielsweise sind weniger als 6 Prozent der Ordinariate von Frauen besetzt –, ist das im Verhältnis zu dieser großen Zahl an Medizinstudentinnen eine verheerende Situation. Man kann also

Ohne Halbtagsstellen werden wir in Zukunft Versorgungsprobleme bekommen.



nicht sagen, dass alles schon in Ordnung sei und hier kein Handlungsbedarf bestünde – ganz im Gegenteil. Auch das ist eine zentrale Aufgabe – sicherlich nicht nur, aber auch der DGIM. Wir müssen an einigen Stellschrauben drehen: Zum einen erlaubt die Weiterbildungsordnung keine Weiterbildungszeiten bei geringem Arbeitsumfang, das heißt, die Arbeitsstelle muss wenigstens eine halbe Stelle umfassen, kleinere Einheiten sind nicht möglich. Dieses starre System macht es Frauen sehr schwer, Beruf und Familie zu verbinden. Das Hauptproblem ist, dass gerade in dem Alter, in dem in der Regel die Weiterbildung stattfindet, also von Mitte 20 bis Ende 30 Karriereplanung und Familienplanung parallel laufen müssen. Das bedarf dringend einer Modernisierung.

Sie sind selbst Mutter...

Prof. Schumm-Draeger: Ja, und ich kann sagen: Es ist selbst mit nur einem Kind schwer, Karriere zu machen und eine leitende Position anzustreben. Was mir selbst am meisten zu schaffen gemacht hat, ist die fehlende gesellschaftliche Akzeptanz. Wenn hier kein Umdenken gelingt, wenn wir kein Jobsharing und Halbtagesstellen selbst im Oberarztbereich ermöglichen, werden wir sowohl in den Krankenhäusern als auch im niedergelassenen Bereich erhebliche Versorgungsprobleme bekommen, insbesondere in den operativen Fächern. Das betrifft auch die Versorgung im niedergelassenen oder ländlichen Bereich – das sind Funktionen, die

derzeit Frauen nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen können. Davor hat die Politik bisher auch die Augen verschlossen.

Stichwort Ökonomisierung: Wie kann die DGIM die Situation für die Ärzteschaft verbessern, wo müssen Ärzte auch selbst stärker aktiv werden?

Prof. Fölsch: Das Thema Ökonomisierung ist ja kein alleiniges der DGIM, viele wissenschaftliche Fachgesellschaften haben sich dessen angenommen, unter anderem auch die Neurologen oder die Diabetologen. Ich glaube, was wir tun können und was wir immer wieder tun müssen: den Finger in die Wunde legen. Die Investitionsbereitschaft der Länder für die Krankenhäuser lässt seit Jahren sehr zu wünschen übrig! Die Kliniken müssen die Erlöse aus den DRGs teilweise für Investitionen verwenden, für die sie gar nicht vorgesehen sind. Das müssen wir immer wieder betonen – und es kommt auch langsam an. Es reicht nicht aus zu wiederholen, dass die Leistungsverrechnung angepasst wird – das Geld aus den DRGs muss auch tatsächlich in die Patientenversorgung fließen.

Prof. Schumm-Draeger: Professor Fölsch hat ein Kernproblem angeschnitten: die willkürliche Dotierung der DRGs für sprechende, interventionelle und operative Medizin. Häuser der Maximalversorgung sind nun mal keine Profitcenter mit jährlich steigender Rendite. Hier existiert eine gesundheitspolitische Verpflichtung, den Menschen in Deutschland eine bestmögliche

Krankenhäuser sind keine Profitcenter mit steigender Rendite.

Versorgung anzubieten. Dieser Gedanke geht mehr und mehr verloren. Ich kann aus eigener Erfahrung sagen: Maximalversorger in bevölkerungsreichen Regionen werden heute so geführt, dass nur Fächer mit entsprechend einträglicher Leistungsverrechnung, also die orthopädischen, kardio-chirurgischen und interventionellen Bereiche, ausgebaut werden. Andere hingegen werden eliminiert. Hier muss doch die Politik aufwachen, auch wenn das ein unliebsames Thema ist – mittelfristig gedacht ist es unausweichlich.

Wenn ich ergänzen darf: Durch den demographischen Wandel gibt es immer mehr alte multimorbide Menschen. Diese sind in dem gegenwärtigen Fallpauschalensystem sehr wenig bis gar nicht abgebildet – wie soll das funktionieren? Wir müssen der Realität der Bevölkerungsentwicklung ins Auge sehen und eine entsprechende Finanzierung überdenken.

Was plant die DGIM hier konkret?

Prof. Schumm-Draeger: Wir möchten einen Ärzte-Klinik-Kodex entwickeln, die Medical-Corporate-Governance-Leitlinie für den Kliniksektor. Das können wir aber nur gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften unter Einbeziehung der Gesundheitspolitik – und der Krankenkassen – angehen. Kern der Idee ist, dass die Medizin dafür da ist, der Bevölkerung zu dienen. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Punkt, und den werden wir im Jahr 2016 noch anpacken.

Welche Ergebnisse hat die Umfrage unter den DGIM-Mitgliedern zur Flüchtlingsversorgung gebracht? Welchen Einfluss hat die große Zahl von Flüchtlingen auf den Alltag in Klinik und Praxis?

Prof. Fölsch: Als wir uns mit dem Berufsverband deutscher Internisten im Sommer 2015 getroffen haben, da spülte die Flüchtlings-, die Migrationswelle gerade hoch und wir wollten klären, wie weit Internisten in Klinik und Praxis eigentlich in ihrer Tätigkeit mit Flüchtlingen konfrontiert sind. Von 28000 Befragten waren mehr als 3600 in die Behandlung und Betreuung von Flüchtlingen involviert. Das sind immerhin zehn Prozent! Über die Umfrage haben wir wichtige Informationen erhalten, die uns im Vorfeld nicht bewusst waren: Überraschenderweise unterschied sich das Krankheitsspektrum der Flüchtlinge nicht



wesentlich von dem der übrigen Patienten. Ein ganz erheblicher Prozentsatz der Flüchtlinge litt aber unter psychischen Traumata.

Angesichts von Lebensstil und alternder Gesellschaft sind chronische Erkrankungen eine immer größere Herausforderung für die internistische Versorgung – und das Gesundheitssystem insgesamt. Welche Anforderungen müssen Internisten zukünftig erfüllen?

Prof. Fölsch: Ich greife ein wichtiges Thema heraus, die Polypharmazie. Dazu hat die DGIM eine Arzneimittelkommission gegründet. Daraus entstand aktuell auch ein Antrag an den Innovationsfonds zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) im stationären und ambulanten Sektor. Und das konnte nur gelingen, weil wir eben in dieser großen Arbeitsgruppe wiederum sämtliche internistischen Schwerpunktgesellschaften inklusive Urologie und einiger neurologischer Fächer einbezogen haben, die nun zur Interaktion von Medikamenten untereinander diskutieren – ein wichtiges Thema für ältere Menschen, die oft fünf bis acht Medikamente einnehmen. Der Antrag beinhaltet unter anderem, dass Vorlagen entwickelt werden sollten, über die der Arzt bei einer stationären Aufnahme die bisherige Medikamenteneinnahme genau erfragen kann. Rund 30 Prozent der älteren Menschen haben Arzneimittelinteraktionen, die sich verhindern ließen! Bei dem Projekt kooperieren wir mit der Barmer-Ersatzkasse und der AOK im Saarland.

Herr Professor Fölsch, eine Frage brennt sicherlich vielen Mitgliedern der DGIM unter den Nägeln: Wiesbaden oder Mannheim – wohin zieht es die Internisten für ihren Kongress im Jahr 2019?

Prof. Fölsch: Seit der Gründung der DGIM im Jahr 1882 war und ist Wiesbaden Sitz der Fachgesellschaft und ihres Kongresses. Auch in der Zeit des Umbaus der Rhein-Main-Hallen ist die DGIM der hessischen Landeshauptstadt treu geblieben und veranstaltet dort weiterhin den zum Internistenkongress gehörenden Patiententag. Wir wurden bereits in die Bauphase des neuen RheinMain CongressCenters eingebunden – daher freuen wir uns nun, ab 2019 nach Wiesbaden zurückkehren zu können! Dafür sprach bei einer Mitgliederbefragung die Mehrheit der Befragten, es überwogen aber auch Vorteile des Kongressgebäudes – beispielsweise die räumliche Trennung von Vorträgen und Industrieausstellung mit modernster Technik. Der Stadt Mannheim gilt unser ausgesprochener Dank für die großartige



Gastfreundschaft während des Umbaus – und nun freuen wir uns auf die Rückkehr in die Heimatstadt der DGIM, denn das ist und bleibt Wiesbaden!

Herr Professor Fölsch, mit nunmehr fast 25 000 Mitgliedern hat die DGIM die geballte Kraft der Internisten hinter sich. In den vergangenen Monaten und Jahren haben Sie diese auch immer wieder zu verschiedenen Themen befragt. Welche Erfahrung macht die Fachgesellschaft mit den Umfragen und welche Konsequenzen zieht sie aus den Antworten?

Prof. Fölsch: Ich finde das Instrument der Mitgliederbefragung außerordentlich wichtig, denn bei dieser großen Mitgliederzahl ist es klar, dass wir nur so regelmäßig Kontakt halten können. Dabei legen wir großen Wert darauf, uns bei der Gestaltung der Befragung extern beraten zu lassen. Wir haben vor einigen Jahren damit angefangen, nachzufragen, was denn die Mitglieder am meisten an uns als Fachgesellschaft interessiert. Sind es die Fortbildungsaktivitäten mit den Zeitschriften, ist es das E-Learning, ist es der kostenlose Kongressbesuch – was sie eben bewegt. Dadurch konnten wir die Ausrichtung unserer Gesellschaft an den Bedürfnissen der Mitglieder weiterentwickeln. Und in diesem Sinne möchten wir auch zukünftig die Belange und Wünsche unserer Mitglieder bestmöglich in die Aktivitäten der DGIM einfließen lassen, denn nur so können wir wirklich für sie da sein und Innere Medizin aktiv gestalten.

Vielen Dank für das Gespräch!

DGIM-Stellungnahmen 2015/2016

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 vermehrten Kritik am DRG-System bildet die DGIM Ad-hoc-Arbeitsgruppen. Alle Stellungnahmen und Positionspapiere finden Interessierte in ungekürzter Fassung auf der Homepage der DGIM unter www.dgim.de.

Zerreißprobe für die Innere Medizin – DGIM und DDG fordern Wertediskussion im Gesundheitswesen

Petra-Maria Schumm-Draeger et al.

Studien zeigen, dass viele Ärzte den wirtschaftlichen Druck in Kliniken als sehr stark wahrnehmen. In ihrem Positionspapier formuliert die DGIM Lösungsvorschläge, um der zunehmenden Ökonomisierung des Klinikbetriebs zu begegnen. Die betriebswirtschaftliche Optimierung von Kliniken sieht die Fachgesellschaft als Zerreißprobe für die Innere Medizin. Sie fordert gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) unter anderem die Abschaffung von Bonus-Verträgen für Ärzte und einen „Ärzte-Kliniken-Kodex“ als Leitfaden für das Zusammenspiel zwischen ärztlichen Grundwerten und ökonomischen Gesichtspunkten.

Immer häufiger müssen Ärzte ihr ärztlich-professionelles Handeln der Gewinnmaximierung des Krankenhauses unterordnen. Viele Kollegen sähen sich mitunter gezwungen, zwischen medizin-ethischen Qualitätsstandards und Patientenwohl und der wirtschaftlich besten Lösung für das Krankenhaus zu entscheiden, so Professor Petra-Maria Schumm-Draeger, Vorsitzende der DGIM aus München. In einem aktuellen Positionspapier präsentieren die DGIM und Vertreter der DDG Vorschläge, wie ein guter Versorgungsstandard in der Inneren Medizin auch weiterhin zu gewährleisten ist. Zentral ist dabei die Abschaffung der an ökonomische Kennzahlen gekoppelte Bonusvertrgen für Ärzte. Für das Vertrauen zwischen Arzt und Patient sei es entscheidend, dass es keine Verbindung zwischen

Entscheidend ist, dass es keine Verbindung zwischen finanziellen Anreizen und Behandlung gibt.

finanziellen Anreizen und Behandlung gäbe, so Schumm-Draeger.

Sehr kritisch sehen DGIM und DDG auch, dass verschiedene Ttigkeitfelder der Inneren Medizin zunehmend abgedrängt würden, weil die dort angewandten medizinischen Maßnahmen weniger Ertrag abwerfen als andere. Vor allem die sogenannte sprechende und damit zeitaufwändige Medizin ließe sich nicht in Prozeduren abrechnen, dabei sei das Gespräch genau der Teil der Behandlung, der beim Patienten Vertrauen erzeuge, was für den Erfolg einer Therapie entscheidend sei – insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern wie Diabetes. Diese Entwicklung könnte darin münden, dass künftig Patienten keine Fachärzte mehr in ihrer Nähe finden, die eine internistische Behandlung mit Blick auf den gesamten Menschen leisten können.

Infolge dessen ist auch die Weiterbildung zum Facharzt – eine wichtige Aufgabe leitender Krankenhausärzte – in ihrer Qualität gefährdet. Es müsse personell und finanziell sichergestellt sein, dass Fachärzte weiterhin eine

qualitativ hochwertige Ausbildung erhalten. In ihrem Positionspapier schlägt die DGIM vor, einen Ärzte-Klinik-Kodex zu entwickeln. Dieser könnte als Modellansatz für eine wertorientierte Integration ärztlichen Handelns dienen und einen Ausgleich zu den derzeit dominierenden ökonomischen Leit- und Erfolgsbildern im Krankensektor schaffen. Das Positionspapier wurde in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (2016;141:1183–1185) veröffentlicht. *(Juni 2016)*



Vereinbarkeit von Familie und Karriere – wo bleibt der Wandel in den Köpfen?

Bündnis JUNGE ÄRZTE

Die Vereinbarkeit von Familie und Karriere ist in vielen Branchen und Ländern zunehmend eine Selbstverständlichkeit. Der Arztberuf in Deutschland hat hinsichtlich dessen Optimierungsbedarf. Das Bündnis JUNGE ÄRZTE fordert für beide Geschlechter bessere berufliche Rahmenbedingungen. Nur so ist der ärztliche Nachwuchsmangel abzuwenden und die Attraktivität des Arztberufes sowie die Leistungsfähigkeit des Einzelnen zu erhalten.

Das Bündnis JUNGE ÄRZTE sieht dringenden Handlungsbedarf, die Vereinbarkeit von Familie und Karriere für Ärztinnen und Ärzte zu verbessern. Zahlreiche Umfragen haben gezeigt, dass der Wunsch nach familienfreundlichen Arbeitsbedingungen ein zentrales Anliegen junger Mediziner ist. Nicht planbare und unflexible Arbeitszeiten mit vielen Überstunden, die unzureichend erfasst und ausgeglichen werden, sind vielerorts immer noch Alltag. Zusätzlich erschweren fehlende Kinderbetreuungsangebote oder hierarchische Strukturen mit veralteten Rollenbildern die Vereinbarkeit von Familie und Karriere im Arztberuf.

Der Wunsch nach familienfreundlichen Arbeitsbedingungen ist ein zentrales Anliegen junger Mediziner.

Die zunehmende Feminisierung des Arztberufes und der wachsende Wunsch von Vätern nach Elternzeit erfordern strukturelle Lösungen, um den ärztlichen Nachwuchsmangel abzuwenden. Junge Ärztinnen und Ärzte wünschen sich Zeit und Raum für ein erfülltes Familienleben. Das Bündnis JUNGE ÄRZTE richtet in ihrem Positionspapier konkrete Forderungen an Politik, Geschäftsführungen und Klinikdirektoren sowie an die Bundesärztekammer und die Landesärztekammer.

Ziel sind unter anderem flexiblere Arbeitszeitsmodelle, großzügigere Stellenschlüssel, längerfristige Arbeitsverträge und die Anerkennung kürzerer Weiterbildungsabschnitte. Zur Diskussion über die Zukunft der Medizin gehört untrennbar auch die Diskussion über die Zukunft der Mediziner und ihrer Lebensgestaltung.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein zentrales Thema, für dessen bessere Umsetzung sich das Bündnis JUNGE ÄRZTE einsetzt.

(Oktober 2015)

Neues aus den Kommissionen und Task Forces

Arzneimitteltherapie: Gemeinsamer Einsatz für die richtige Medikation

Daniel Grandt

Kommission Arzneimitteltherapie-Management & Arzneimitteltherapiesicherheit

Behandlung bedeutet für die meisten Patienten heute nicht mehr Therapie durch einen einzelnen, sondern durch mehrere Ärzte – häufig sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor. Dem Transfer behandlungsrelevanter Informationen und der Abstimmung zwischen behandelnden Ärzten kommt damit eine immer wichtigere Bedeutung zu. Insbesondere Polypharmakotherapie bei Multimorbidität erfordert die Abstimmung der behandelnden Ärzte, da Leitlinien die entstehenden Fragen der Abstimmung und Priorisierung arzneitherapeutischer Konzepte häufig unbeantwortet lassen. Die Kommission Arzneimitteltherapie-Management und Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTM & AMTS) hat deshalb im vergangenen Jahr – unterstützt durch die Geschäftsstelle der DGIM und durch Generalsekretär Professor Fölsch – bei anderen Fachgesellschaften für die Mitarbeit in der Kommission geworben.

Der Erfolg der Initiative macht sich bereits bemerkbar: Insgesamt 18 Fachgesellschaften haben bisher ihre Mitarbeit zugesagt und einen Vertreter für die Mitarbeit in der Kommission benannt. Ein ganz besonders wichtiger Partner ist dabei die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), da Hausärzten eine zentrale Rolle bei der Therapiesteuerung und -optimierung zukommt und nur vom Hausarzt als praxistauglich eingestufte

Regeln eine realistische Chance auf Umsetzung in die Routineversorgung haben.

Bei den ersten Arbeitspaketen haben die jeweiligen Fachgruppen aus ihrer Sicht ungünstige oder ungeeignete fachfremde Ko-Medikationen zur eigenen Therapie benannt. Die Ergebnisse haben schon gezeigt, dass es nicht einfach, aber ungemein wichtig ist, einen fachübergreifenden Konsens zur Therapie bei Multimorbidität zu erreichen. Die Arbeitsgruppe wird noch in diesem Jahr erste Ergebnisse dieser Umfrage veröffentlichen und kontinuierlich weiterentwickeln. Zudem arbeitet die Kommission an Standards für die Arzneitherapie-Anamnese und ärztliche Medikationsprüfung. Hierbei geht es sowohl darum, Inhalte zu definieren, aber auch darum, den resultierenden Aufwand zu quantifizieren und sichtbar zu machen.

Ziel ist es schließlich, die entwickelten Empfehlungen in die Routineversorgung einzubringen, zu evaluieren und zu optimieren. Dazu hat sich die DGIM im Innovationsfonds für Projekte zur Verbesserung der AMTS in der Zusammenarbeit mit Leistungserbringern, weiteren Fachgesellschaften und Krankenkassen an drei Anträgen beteiligt, über deren Förderung kurzfristig entschieden werden wird. Diese Projekte werden Auskunft geben über den patientenrelevanten Nutzen der entwickelten Regeln und ihre Akzeptanz bei Ärzten und Patienten.

Auch für den neuen Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit des Bundesministeriums für Gesundheit hat die DGIM ihre Mitarbeit angeboten, um die erarbeiteten Erfahrungen zur Therapieoptimierung bei Multimorbidität in eine Maßnahme des Aktionsplans einzubringen. Die Ergebnisse der Kommissionsarbeit können sich sehen lassen: Damit wurden sowohl exzellente Voraussetzungen für eine fachübergreifende Formulierung von Handlungsempfehlungen bei Polypharmakotherapie geschaffen als auch für die rasche Verbreitung dieser Empfehlungen und ihren Einsatz in der Routineversorgung.

18 Fachgesellschaften engagieren sich für mehr Medikationssicherheit.



Internisten möchten Facharztstandard in der Notaufnahme erhalten

Markus M. Lerch

Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung ist nach wie vor nicht abgeschlossen, sondern befindet sich zurzeit wieder in einer Kommentierungsphase. Inzwischen wurden, um eine bessere Trennschärfe zu erreichen, zwei statt der bisher verwendeten drei Weiterbildungsmodi (ehemals drei Kompetenzebenen) in der Weiterbildungsordnung abgebildet. Dies führt dazu, dass die meisten Tätigkeiten auf der höheren Kompetenzebene jetzt wieder mit Untersuchungszahlen zu hinterlegen sind. Die Kommission hofft, dass die Änderung nicht zu einer erneuten Inflation der vorgegebenen Untersuchungszahlen zur Erreichung der Weiterbildung führen wird, was erfahrungsgemäß zu einer abnehmenden Zeugnisehrlichkeit führt. Ein weiterer Punkt ist die Einführung des Schwerpunktes Innere Medizin und Geriatrie. Hier wurde von Professor Michael Hallek mit den Neurologen ein guter Kompromiss gefunden, denen ebenfalls die Möglichkeit eröffnet wird, eine geriatrische Zusatzweiterbildung zu erwerben. Darüber hinaus kann diese Zusatzqualifikation nur noch von Allgemeinmedizinern und Fachärzten für physikalische und rehabilitative Medizin erworben werden.

Außerhalb der Weiterbildungsnovelle gibt es verschiedene Vorstöße anderer Fachgruppen, die die Schaffung neuer Zusatzweiterbildungen anstreben. Die Innere Medizin ist hierbei besonders berührt von der Initiative Zusatzweiterbildung Schmerzmedizin. In der bisherigen Fassung würden die Hürden für den Erwerb dieser Zusatzweiterbildung sehr hoch sein, einen zweiwöchigen Blockkurs und mehrwöchige Hospitationen in einem anerkannten Schmerzzentrum beinhalten. Die Diskussionen hierüber mit der Bundesärztekammer sind aber noch nicht abgeschlossen. In besonderer Weise betroffen ist die Innere Medizin von der beantragten Schaffung einer Zusatzweiterbildung für klinische Notfall- und Akutmedizin. Diese ist in Berlin als einziger Landesärztekammer bereits umgesetzt, steht vielen verschiedenen Schwerpunkten offen, ist aber insbesondere

Es kommt zur zunehmenden Vereinheitlichung der Weiterbildungscurricula auf europäischer Ebene.



für Anästhesisten leicht zu erwerben. Die bisherige Initiative wurde von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Akut- und Notfallmedizin (DGINA) betrieben, ohne dass die DGIM oder die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) daran beteiligt gewesen wären. Zurzeit gibt es hierzu intensive Diskussionen zwischen der DGIM und der Bundesärztekammer einerseits und innerhalb der Inneren Medizin andererseits, wie der internistische Facharztstandard in internistischen Notaufnahmen am besten sichergestellt und gewährleistet werden sollte (s. dazu auch S. 28).

Auf europäischer Ebene kommt es zunehmend zu einer Vereinheitlichung der Weiterbildungscurricula Innere Medizin. Da europäische Vorgaben auch auf das Deutsche Weiterbildungssystem Einfluss nehmen, engagiert sich für die Kommission Herr Dr. Alexis Müller-Marbach in den entsprechenden europäischen Gremien. Die aktuellen Veränderungen sowohl der (Muster-)Weiterbildungsordnung als auch der Erweiterung der Zusatzweiterbildung sind zum Teil von großer berufspolitischer Bedeutung für die zukünftige Positionierung der Inneren Medizin im deutschen Fächerkanon der Krankenversorgung.

Internisten prüfen Kostenunterdeckung im DGR-System

Norbert Roeder

Arbeitsgruppe DRG

Die DGIM und der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) haben aus ihrem Mitgliederkreis immer wieder Hinweise erhalten, dass Leistungen der Inneren Medizin innerhalb des DRG-Systems nicht sachgerecht abgebildet und vergütet werden. Mögliche Probleme werden dabei überwiegend im allgemeininternistischen Umfeld gesehen; insbesondere Patienten mit unklarer Symptomatik, die zur umfassenden Diagnostik stationär aufgenommen werden, könnten im DRG-System nicht richtig abgebildet sein. Zur Überprüfung dieser Hypothesen beziehungsweise zur Konkretisierung der Problemlage wurde ein DRG-Evaluationsprojekt von der DGIM und dem BDI in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group Münster initiiert. In diesem Projekt sollten Gründe für eine Kostenunterdeckung analysiert und Hinweise zur Verbesserung des G-DRG-Systems herausgearbeitet werden. Da keine Kostendaten auf Einzelfallebene zur Verfügung standen, wurde die Verweildauer als Surrogat für Kosten herangezogen.

Die Datengrundlage für das Projekt bildeten 18646 vollstationäre internistische Behandlungsfälle, die im Jahr 2014 aus den insgesamt sechs teilnehmenden Krankenhäusern entlassen wurden. Auffällige Verweildauer-Ausreißer wurden identifiziert und den

Kliniken zur medizinisch inhaltlichen Prüfung, aber auch zur Prüfung auf organisationsbedingte Prozessprobleme oder andere nichtmedizinische Ursachen gespiegelt. Die teilnehmenden Projektkliniken wurden gebeten, die ausgewählten Behandlungsfälle mittels aktengestützter Einzelfallanalyse auf bestimmte Auffälligkeiten hin zu untersuchen, um die Ursachen für die lange Verweildauer zu ermitteln. Dafür wurden den Kliniken Checklisten zur Verfügung gestellt, um eine systematische Bearbeitung der Behandlungsfälle zu erleichtern.

Dabei wurden medizinische Gründe (beispielsweise Infektionen durch Norovirus oder Clostridium difficile), aber auch organisatorische Ursachen (etwa Verzögerungen durch Wartezeiten auf Konsilleistungen) und soziale Indikationen (verzögerte Entlassung wegen ungesicherter nachstationärer Versorgung) für die verlängerte Verweildauer identifiziert. Bis auf eine Ausnahme wurden von den Projektkliniken neben diesen die krankenhausinternen Prozesse betreffenden immer auch noch weitere Ursachen für die lange Verweildauer genannt. Zusätzlich wurden fast ausnahmslos medizinische Gründe aufgeführt. Die Ergebnisse werden durch die Arbeitsgruppe diskutiert mit dem Ziel, einen abschließenden Ergebnisbericht zu erstellen, auf dessen Grundlage eventuell weitere Aktivitäten notwendig werden.

Patienten mit unklarer Symptomatik könnten im DRG-System nicht richtig abgebildet sein.



Infektiologisches Fachwissen bei Internisten fordern und fördern

Gerd Fätkenheuer

Task Force Infektiologie

In deutschen Kliniken gibt es einen hohen Bedarf an Ärzten mit infektiologischem Fachwissen. Insbesondere an der Fortbildung im Bereich von „Antibiotic Stewardship (ABS)“ besteht derzeit ein sehr hohes Interesse – und dies nicht nur bei Internisten. In der Vergangenheit war es sogar so, dass an ABS-Kursen überwiegend Apotheker, Mikrobiologen, Hygieniker sowie Anästhesisten teilnahmen. Der Anteil der Kollegen in oder mit abgeschlossener Weiterbildung „Innere Medizin“ betrug nur 22 Prozent. Vor diesem Hintergrund hat die DGIM gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) und der Akademie für Infektionsmedizin ABS-Fortbildungen exklusiv für Internisten angeboten. Am ersten Kurs in Hannover haben 112 Internisten teilgenommen, die den Kurs mit exzellenten Noten bewerteten. Bereits jetzt gibt es eine Warteliste für dieses noch bis 2018 laufende hochwertige Programm, an dem die Teilnahme für DGIM-Mitglieder vergünstigt ist und das von der DGIM auch finanziell unterstützt wird.

Während die ABS-Fortbildungen auf ein verbessertes infektiologisches Fachwissen und auf einen rationalen Einsatz von Antibiotika auf breiter Basis abzielen, erfordert die Behandlung komplexer infektiologischer Krankheitsbilder eine deutlich intensivere Ausbildung. Das hierzu notwendige Fachwissen setzt eine umfassende klinische Tätigkeit in der Infektiologie voraus, die von Internisten derzeit im Rahmen einer einjährigen Zusatzweiterbildung erworben wird. DGIM und DGI halten für diese Zusatzweiterbildung eine Erweiterung auf zwei Jahre auf dem Boden einer breiten klinischen Ausbildung für erforderlich. Langfristig sieht die Task Force einen eigenen Schwerpunkt Infektiologie in der Inneren Medizin als notwendig an, um angesichts der zunehmenden Herausforderungen eine ausreichende Kompetenz in diesem Fach zu garantieren und vor allem, um die Infektiologie auch zukünftig fest in der Inneren Medizin zu etablieren.

Die Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ fördert das BMG seit 2016 mit 30 000 Euro pro Arzt.



In der vermehrten Weiterbildung von internistischen Infektiologen sieht die Task Force eine vordringliche Aufgabe. Vor diesem Hintergrund ist es besonders erfreulich, dass dieses Bestreben eine starke Unterstützung durch eine von der Bundesregierung initiierte Gesetzesänderung erfährt: Seit dem 1. Januar 2016 ist im Krankenhausentgeltgesetz eine Förderung der Zusatzweiterbildung Infektiologie mit 30 000 Euro pro Arzt verankert. Dies geschah auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) in Zusammenarbeit mit der DGIM. Alle internistischen Weiterbildungsstätten für Infektiologie sind aufgefordert, diese Förderung so intensiv wie möglich zu nutzen.

Um den Bedarf an infektiologischer Weiterbildung in Deutschland besser abzuschätzen, wurde im Juni dieses Jahres eine Umfrage unter den internistischen Chefärzten in Deutschland durchgeführt. Insgesamt nahmen 191 Ärzte an der Befragung teil. Die Antworten zeigen, dass sowohl ein großer Bedarf an mehr infektiologisch weitergebildeten Internisten als auch eine hohe Bereitschaft bei den Kollegen besteht, diese Weiterbildung zu absolvieren. So schätzen die Chefärzte, die sich beteiligt haben, den Bedarf an Infektiologen allein in ihren Kliniken auf insgesamt 730. Diese Zahl unterstreicht das enorme Potenzial, das sich für Internisten mit einer Zusatzweiterbildung Infektiologie ergibt. Zusammengefasst sieht die Task Force die Infektiologie als ein äußerst zukunftsträchtiges Fach der Inneren Medizin, für dessen weitere qualitative und quantitative Entwicklung sie sich nach besten Kräften einsetzen wird.

Intensiv- und Notfallmedizin: Qualitätssicherung im Fokus

Tobias Welte

Task Force Internistische Intensiv- und Notfallmedizin

Die Intensivmedizin und zunehmend auch die eng mit ihr verbundene Notfallmedizin nehmen eine immer bedeutendere Rolle im stationären Bereich ein. Die Gründe dafür sind vielfältig: Die veränderte Demographie der Bevölkerung und der medizinische Fortschritt, der die erfolgreiche Behandlung von Patienten erlaubt, denen man noch vor wenigen Jahren keine Überlebenschance eingeräumt hätte, führen zu einem weiter steigenden Bedarf an intensivmedizinischen Leistungen. Parallel dazu ist die Zahl der Patienten, die sich in Krankenhausnotaufnahmen vorstellen, sprunghaft angestiegen. Hierfür gibt es zum jetzigen Zeitpunkt allerdings noch keine wirklich schlüssige Erklärung. Die Identifizierung der dringend behandlungsbedürftigen „echten“ Notfallpatienten und ihre schnelle Erstversorgung – schon immer eine Kernaufgabe der Notfallmedizin – hat durch diese Entwicklung noch einmal deutlich an Bedeutung gewonnen.

Mit der zunehmenden Rolle von Intensiv- und Notfallmedizin rücken ökonomische Überlegungen und Fragen der Qualitätssicherung immer mehr in den Mittelpunkt. Ein aus ökonomischen Gründen wesentlicher Diskussionspunkt war die Abrechnung des OPS Codes 8-98, der intensivmedizinischen Komplexbehandlung. Dieser Code orientiert sich an den Vorgaben der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DVI) zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. Mit diesem Diskussionspunkt haben sich die Mitglieder der DGIM-Task-Force „Internistische Intensiv- und Notfallmedizin“ sowie die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) intensiv befasst.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen überprüfte im Auftrag der Krankenkassen in einigen Bundesländern, insbesondere in Niedersachsen, inwieweit die Strukturvoraussetzungen zur Abrechnung dieser OPS erfüllt waren, und stellte Schadensersatz bei Nichterfüllung in Aussicht. Im Rahmen dieser Überprü-

fungen stellte sich heraus, dass nur wenige Intensivstationen die Strukturvoraussetzungen erfüllten. Es zeigte sich, dass es durchaus unterschiedliche Auffassungen darüber gab, wie die Empfehlungen der DIVI – beispielsweise im Hinblick auf die Anwesenheit eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin im Bereitschaftsdienst – zu interpretieren sind. Bisher gibt es keine abschließende Stellungnahme der Krankenkassen zu diesem Punkt, weitere Maßnahmen können jedoch erst geplant werden, wenn diese vorliegt. In der Diskussion hat sich allerdings weiterhin gezeigt, dass der bereits beschriebene Mangel an internistischen Intensivmedizinern und an Weiterbildungsstellen für Intensivmediziner (Welte T. et al. DMW 2012) weiterhin besteht. Die Tatsache, dass unter den genannten ökonomischen Rahmenbedingungen die internistische Intensivmedizin in Zukunft gute Karrierechancen im Bereich der Inneren Medizin bietet, muss in der Öffentlichkeit klarer herausgearbeitet werden. So können mehr Assistenten für dieses Feld begeistert werden.

Im Bereich der Notfallmedizin ist eine Kontroverse um die Zuständigkeit verschiedener medizinischer Fachgruppen für die Notfallmedizin im Allgemeinen und die Notaufnahmen im Besonderen entbrannt. In der Realität gibt es eine große Heterogenität der Zuständigkeiten für die Notaufnahmen – teils werden sie von Anästhesiologen, teils von Unfallchirurgen und teils von Internisten geleitet.

Die Frage der Qualifizierung in diesem Bereich hat dabei die Debatte bestimmt. Die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) hat dabei eine dreijährige Ausbildung zu einer Zusatzweiterbildung Notfallmedizin gefordert. In der Diskussion mit der DIVI wurde dieser Wunsch auf ein zweijähriges Curriculum reduziert. Die Task Force der DGIM sieht die Notfall- und Intensivmedizin als nicht voneinander zu trennende Themengebiete, die beide Basisbestandteil der internistischen Weiterbildung sind. Doch wie sollte diese Weiterbildung zukünftig aufgestellt sein? Eine Antwort darauf zu finden wird eine wesentliche Aufgabe der Task Force „Internistische Intensiv- und Notfallmedizin“ sein.

Die Zahl der in Notaufnahmen vorstellig werdenden Patienten steigt.

Ökonomisierung der Medizin und ihre Bedeutung für die Versorgung

Dirk Müller-Wieland

Kommission Struktur – Krankenversorgung

Die Aktivitäten der Kommission liegen schwerpunktmäßig auf zwei Projekten: der Weiterentwicklung eines Modells zur integrierten internistischen Versorgung seltener und häufiger Erkrankungen (siehe auch Jahresbericht 2015) und der Thematisierung der weitreichenden Bedeutung einer zunehmenden Ökonomisierung der Medizin und ihren Folgen für die Innere Medizin.

In Bezug auf das integrierte Versorgungsmodell wird auf die entsprechende Publikation verwiesen (Raspe H. et al. Integrierte internistische Versorgung der Zukunft. Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 917–927). Der Fokus dieses Modells liegt auf der vorbildlichen Definition von Schnittstellen zur Verbesserung der flächendeckenden Integration und Koordination verschiedener Versorgungsstrukturen am Beispiel einer seltenen sowie einer häufigen Erkrankung, entsprechend wurden die Granulomatose mit Polyangiitis und die primäre arterielle Hypertonie gewählt. Im Folgenden soll dieses Modell nun wissenschaftlich sowie versorgungstechnisch evaluiert und umgesetzt werden.

In Bezug auf die Ökonomisierung der Medizin hat die Kommission aktiv an der Pressearbeit und der Initiierung, Erarbeitung und Publikation des entsprechenden DGIM-Poserpapiers mitgearbeitet (Schumm-Draeger P. et al. Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. Dtsch Med Wochenschr 2015; DOI 10.1055/s-0042-111258). Die Kommission legt bei diesem Thema ein besonderes Augenmerk auf die Punkte, die für die DGIM eine hohe Bedeutung bei diesem sicherlich gesamtgesellschaftlichen Thema haben.

Das umfasst unter anderem die Bewahrung einer flächendeckenden qualitativ hochwertigen Aus- und Weiterbildung sowie einer beruflichen Perspektive für den klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchs in allen Schwerpunkten der Inneren Medizin.



Daher müssen unter anderem „kleinere“ internistische Schwerpunkte und die „sprechende Medizin“ bei Finanzierungsanreizen im Rahmen der stationären und ambulanten Versorgung adäquat berücksichtigt werden. Gegebenenfalls muss von Gesundheitsanbietern politisch eine „Gewährleistungspflicht“ dieser medizinischen Aspekte eingefordert werden.

In der künftigen Arbeit sollen neue Versorgungsmodelle mit ihren Gemeinsamkeiten, Problemen, Schwächen und Stärken in den verschiedenen Schwerpunkten der Inneren Medizin systematisch erfasst werden. Die Diskussion zur Ökonomisierung der Medizin

und ihre Bedeutung für Versorgung, Aus- und Weiterbildung sowie Nachwuchsentwicklung wird weiter in die öffentliche Debatte eingebracht werden. Hierzu werden auch verschiedene Aktivitäten der Schwerpunkt-

gesellschaften, beispielsweise zum DRG-System, erfragt. Daraus entwickelt die Kommission einen Fragebogen, mit dem die aktuelle strukturelle Versorgungssituation aller Schwerpunkte der Inneren Medizin und ihre ökonomisch bedingten Probleme in Krankenhäusern Deutschlands erfasst werden soll. Aktuelle Daten sind essentiell, um dieses Thema auch im politischen Diskurs von Seiten der DGIM substantiell zu bereichern.

Die „sprechende Medizin“ muss bei der Finanzierung der Versorgung adäquat berücksichtigt werden.

Bessere Arbeitsbedingungen für die Generation Y

Matthias Raspe

Junge Internisten der DGIM

Die Zeiten für junge Ärzte sind derzeit günstig. Ein üppiges Stellenangebot sichert eine annähernde Vollbeschäftigung, und eine Vielzahl an Berufsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb der direkten Patientenversorgung eröffnet ungeahnte Entwicklungsmöglichkeiten. Führt dies dazu, dass junge Ärzte auch gleichzeitig zufriedener sind? Eine große Befragung der Jungen Internisten der DGIM von 2014 (Raspe et al. Dtsch Med Wochenschr 2016; 141: 202–210) sowie eine Vielzahl entsprechender Untersuchungen zeichnen ein anderes Bild.

Tiefgreifende Veränderungen in der Medizin setzen das bisher praktizierte System unter Druck. Neue Generationen junger Ärzte haben andere Ansprüche an ihr Berufsleben. Der Anteil von Ärztinnen in der Medizin steigt rasant. Ökonomisierung und Kommerzialisierung haben die Medizin voll erfasst. Diese und weitere Faktoren haben zu einer starken Verdichtung unseres Arbeitsalltags geführt und bieten insgesamt Potenzial für endlose Analysen und Diskussionen – in der Praxis dagegen sind konkrete Anpassungen dringend gefragt.

Wir *müssen* die ärztliche Weiterbildung überarbeiten, damit Ärzte ihre Patienten möglichst kompetent mit moderner Medizin versorgen. Wir *müssen* der Generation Y in ihren Forderungen entgegenkommen und so dem bereits bestehenden Ärztemangel entgegenwirken. Wir *müssen* Arbeitsbedingungen schaffen, die es jungen Ärzten mit Familien ermöglichen, berufs-

tätig zu sein. Unsere Arbeitsplätze *müssen* gut ausgestattet und organisiert sein, damit ein Maximum ärztlicher Arbeitszeit auf ärztliche Kernaufgaben entfällt. Wenn wir einen starken Forschungsstandort in Deutschland wollen, *müssen* interessierte junge Ärzte auch bestmögliche Bedingungen vorfinden. Das alles *muss* geschehen, weil wir keine Alternative dazu haben. Die Entwicklungen sind zum ganz überwiegenden Teil unumkehrbar. All diese Forderungen entbinden die junge Ärztegeneration bei Weitem nicht davon,

selbst aktiv zu werden. Wer viel fordert, sollte auch selbst handeln. Junge Ärzte sind daher gefragt sich in ihren Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Landesärztekammern aktiv zu den genannten Themen einzubringen.

Die Jungen Internisten versuchen diesem Anspruch als Nachwuchsgruppe der DGIM gerecht zu werden. Über die genannte Befragung haben die Jungen Internisten 2014 ein objektives Meinungsbild der jungen Mitglieder der DGIM erarbeitet, das nachfolgend Grundlage vieler konstruktiver Diskussionen war. Den Internistenkongress haben die Jungen Internisten in diesem Jahr zum zweiten Mal mit einem eigenen Programm bereichert. Über das Bündnis Junge Ärzte und die Young Internists der European Federation of Internal Medicine bestehen fruchtbare nationale und internationale Verbindungen zu anderen ärztlichen Nachwuchsgruppen. Diesen nun eingeschlagenen Weg wollen wir weiter fortsetzen, um die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen junger Ärzte in der Inneren Medizin zu verbessern.

Wir müssen Arbeitsbedingungen schaffen, die jungen Ärztinnen und Ärzten Beruf und Familie ermöglichen.



Engagement für eine bessere Indikationsqualität

Gerd Hasenfuß

Task Force „Klug entscheiden“

116 Empfehlungen und eine Zusammenarbeit mit zwölf internistischen Schwerpunkten beziehungsweise Fachgesellschaften – das ist die Bilanz der Task Force „Klug entscheiden“ aus 2015/2016. Der entscheidende Schritt von der Konzeptions- und Diskussionsphase in die Umsetzungsphase wurde also gemacht. Die Task Force vereint in der sogenannten Konsensuskommission die Delegierten der internistischen Schwerpunkte und der assoziierten Fachgesellschaften, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) und der Patientenvertretung. Sie verfolgt das Ziel, die Qualität in der Patientenversorgung in der Inneren Medizin zu verbessern und langfristig sicherzustellen. Das geschieht beispielsweise, indem Fehlversorgung identifiziert wird.

Die Verbreitung der „Klug entscheiden-Empfehlungen“ ist groß: Alle entwickelten 116 Empfehlungen mit 60 Positiv- und 56 Negativ-Empfehlungen wurden sukzessive im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. In einer vorangestellten Publikation wurden die Grundlagen der Initiative erläutert, gefolgt von einer kritischen Diskussion. Ebenfalls im Ärzteblatt publiziert wurde die Mitgliederbefragung der DGIM, an der insgesamt 4181 DGIM-Mitglieder erfolgreich teilgenommen hatten. Auch auf dem Internistenkongress 2016 hat die Task Force in insgesamt vier Symposien die Klug entscheiden-Empfehlungen präsentiert. „Klug entscheiden“ wurde auch in mehreren Publikationen im Internisten veröffentlicht, hier wurden zusammengefasst auch die Empfehlungen vorgestellt, die ganz besonders für die Interaktion mit den Patienten geeignet erscheinen.

In Zukunft soll verstärkt der internistische Nachwuchs für den Arbeitsbereich gewonnen werden: Die DGIM fördert ein deutschlandweites wissenschaftliches Projekt, geleitet von Herrn Prof. Tobias Raupach aus Göttingen, mit dem Ziel, Überlegungen zu „Klug entscheiden“ bereits in der studentischen Lehre zu implementieren. Dabei werden einerseits die Klug



entscheiden-Empfehlungen der DGIM-Schwerpunkte in Lerninhalte eingebaut, und andererseits werden aus häufig vorkommenden Falschantworten der Studenten neue Lerninhalte formuliert.

Die Initiative „Klug entscheiden“ der DGIM und ihre Schwerpunkte und assoziierten Fachgesellschaften hat eine hohe Sichtbarkeit in der Öffentlichkeit erfahren. Sie hat andererseits auch die Interaktion der DGIM mit ihren Schwerpunkten gefördert und intensiviert, denn ohne die enge konstruktive Interaktion mit den Schwerpunkten in der Konsensuskommission wäre die Umsetzung nicht geglückt. Die Konsensuskommission ist weiter aktiv.

Die Initiative soll nachhaltig im Gesundheitssystem verankert werden.

In Planung sind bundesweite Fortbildungsveranstaltungen zu den Klug entscheiden-Empfehlungen. Auch sollen neue Empfehlungen zu bisher unberücksichtigten Themen erarbeitet werden. Schließlich stehen aktuell Gespräche mit Kostenträgern und staatlichen Gesundheitseinrichtungen an – mit dem Ziel, die „Klug entscheiden-Initiative“ nachhaltig in unserem System zu verankern.

Nachwuchs unterstützen – Wissenschaft fördern

Nisar Peter Malek

Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung

Die Weiterentwicklung der Systemmedizin vorantreiben und den wissenschaftlichen sowie medizinisch-internistischen Nachwuchs in der effektiven Entwicklung unterstützen – das sind zentrale Aufgaben der Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung. Diesen hat sich die Kommission auch 2016 intensiv gewidmet: So wurden aus mehr als einem Dutzend hochkarätigen Bewerbungen für Promotionsstipendien mehrere Arbeiten ausgewählt, die gefördert werden. Diese Stipendiaten werden beim nächsten Internistenkongress gemeinsam mit Spitzenforschern aus verschiedenen Bereichen der Inneren Medizin im Rahmen eines neuen Veranstaltungsformats Gelegenheit bekommen, ihre Arbeiten zu präsentieren.

Die positiven Erfahrungen in diesem Bereich haben die Kommissionsmitglieder motiviert, über weitergehende Förderungsmöglichkeiten für junge Internisten nachzudenken. Gemeinsam mit Frau Professor Petra-Maria Schumm-Draeger und Herrn Professor Ulrich R. Fölsch konnten sie im Rahmen des Internistenkongresses 2016 eine Ausweitung der Nachwuchsförderung auch im Bereich der sogenannten „Clinician Scientist“-Programme erarbeiten. Hierbei sollen besonders qualifizierte junge Assistenzärzte, die neben ihrer klinischen Tätigkeit wissenschaftlich an klinisch internistischen Themen arbeiten möchten, unterstützt

Die Entwicklung junger Internisten vorantreiben, wissenschaftliche Arbeiten neben der Klinik unterstützen – und die Spitzenförderung ausbauen

werden. Geplant ist die Vergabe von mehreren Stipendien, die jeweils für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren gelten sollen. Auch die weitere Förderung der Nachwuchsakademie hat sich die Kommission auf die Fahnen geschrieben. Da die teilnehmenden Alumni durchweg positive Rückmeldungen über den Erfolg dieses Programmes gegeben hatten, soll dieses in den nächsten Jahren weitergeführt und ausgebaut werden. Im Rahmen der Förderakademie wird jungen Internisten frühzeitig die Möglichkeit gegeben, Führungskompetenzen zu erlernen. Diese sollen ihnen zusätzliche Wege vermitteln, wie sie ihre internistische Karriere erfolgreich weitergestalten können.

Zudem soll das Thema Systemmedizin in den nächsten Jahren weiter verfolgt werden. Als Teil des wissenschaftlichen Programms der DGIM hat die Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung dieses bereits unter den Kongresspräsidentschaften der Professoren Michael Peter Manns, Michael Hallek und Gerd Hasenfuß mitbegleitet und -gestaltet. Die Kommissionsmitglieder sind der Auffassung, dass es hier einen Querschnittsbereich gibt, der die verschiedenen Fachrichtungen der Inneren Medizin in zukunftsweisender Form miteinander verbindet. Basierend auf einem bereits

erarbeiteten Papier zur Systemmedizin wollen sie gemeinsam mit der DGIM ein weiteres Positionspapier zu dem Thema erarbeiten, in dem die Möglichkeiten der Nachwuchsförderung ausgelotet werden sollen. Ein möglicher Weg wäre, eine Stiftungsprofessur der DGIM zum Thema Systemmedizin einzurichten. Die Ausgestaltung einer solchen Professur wird im Laufe des Jahres gemeinsam mit dem Vorstand weiter vertieft werden.

Die Kommission setzt also ihre inhaltliche Fokussierung im Bereich der Systemmedizin fort – und baut die Förderungsmöglichkeiten für Studenten mit internistisch-wissenschaftlichem Interesse sowie für wissenschaftliche Medizinerarbeiten neben der Klinik aus. Auch im Bereich der Spitzenförderung engagiert sie sich.



Neue Gesundheitsmaßnahmen in Deutschland: Wo steht die DGIM?

Tilman Sauerbruch

Arbeitsgruppe IQWiG, G-BA

Wenn relevante Gesetze zu Innovationen in der Medizin und wichtige Veränderungsentwürfe zu bestehenden Gesetzen entwickelt werden, dann bemüht sich die DGIM darum, diese aus der Position einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft heraus inhaltlich zu begleiten. Gleichzeitig ist es der DGIM ein wichtiges Anliegen, ihre Schwerpunktgesellschaften beim Informationsaustausch zu unterstützen. Sie hat dabei auch 2016 Dossiers, die in einigen Schwerpunkten ausgearbeitet wurden, kommentiert und mitgetragen. In diesem Zusammenhang hat sich die Struktur einer Ad-hoc-Kommission bewährt, die durch die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) angestoßen wurde.

Im Zuge des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) wurden beispielsweise Stellungnahmen zu den Bewertungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) entwickelt – und zwar zu folgenden Substanzen: Alirocumab/Evolocumab (PCSK9-Inhibitoren zur Behandlung der Dyslipidämie), Edoxaban aus der Gruppe der „Direkten Oralen Antikoagulantien“ oder Sacubitril/Valsartan zur Behandlung der symptomatischen chronischen Herzinsuffizienz für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Die Änderungen im Sozialgesetzbuch V durch den Gesetzgeber können erhebliche Konsequenzen für die medizinische Versorgung haben. Hier sind die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften unter der Schirmherrschaft der AWMF aufgefordert, ihr Wissen einzubringen. So hat die DGIM beispielsweise der Paragraph 116b des Sozialgesetzbuches V zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) beschäftigt. Dieser sieht vor, die Interaktion zwischen stationärer und ambulanter Medizin zu fördern. Auf dem Internistenkongress in Mannheim wurden Fragen des Ineinandergreifens stationärer und ambulanter Versorgung sowie der Definition von Krankheitsbildern, die durch die ASV abgedeckt werden können und sollen, diskutiert. Ein weiteres Beispiel aus dem

Sozialgesetzbuch, das die DGIM 2016 beschäftigt hat, ist der zurzeit zirkulierende Referentenentwurf zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Die DGIM hat sich auch im vergangenen Jahr intensiv an Kommentaren zu methodischen Fragen, die vom IQWiG aufgeworfen wurden, und an einem Papier zur Handhabung von Subgruppen bei der Beurteilung neuer Medikamente im AMNOG-Verfahren beteiligt. Dieses Papier wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO) angestoßen. Ähnliches gilt auch für Fragen zur Vorsorge einschließlich der Aufklärung zu Präventionsmaßnahmen, beispielsweise zum kolorektalen Karzinom oder zur „Check-up 35“-Untersuchung. In dem Anliegen der DGIM, die Interaktion zwischen ihren Schwerpunkten zu fördern, etablierte sie eine digitale Interaktionsplattform, die von Bettina D. Metzler aus der DGIM-Geschäftsstelle gepflegt wird. Über den Bedarf und Erfolg dieser Maßnahme werden wir im kommenden Jahr berichten.

Die DGIM hat sich im letzten Jahr intensiv an der Diskussion um das AMNOG beteiligt.

Auch in den nächsten Monaten will die DGIM zahlreiche neue Gesundheitsmaßnahmen, die gesetzlich eingeführt oder geändert werden sollen, begleiten. In erster Linie wird sich die Fachgesellschaft dabei auf folgende Aufgaben und Ziele konzentrieren:

- die Begleitung der Bewertung neuer Medikamente (AMNOG),
- die Implementierung der Qualitätskontrolle in die Beurteilung und Steuerung des stationären medizinischen Bereichs, einschließlich der Rolle des neu gegründeten Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG),
- die Unterstützung von Plattformen und Informationen, die einer interaktiven Transparenz förderlich sind.

Hierbei geht es der DGIM weniger um berufspolitische Fragen, sondern vor allem um die Einbringung von wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der klinischen Forschung. Zudem steht im Fokus, wie diese Erkenntnisse auf die Versorgung von Patienten mit internistischen Erkrankungen übertragen werden können.

Forderung nach Evidenz hat Bestand

Diethelm Tschöpe

Kommission Telemedizin

Zur Digitalisierung wird in der medizinischen Fachwelt rege und manchmal aufgeregt debattiert. Health-IT, Big Data und Telemedizin sind Themen, die an Dynamik gewinnen. Dass der Gesetzgeber den Ärzten mit Sanktionen droht, scheint den Dialog zu beschleunigen. Anfang 2015 kommentierten Fachgesellschaften den Entwurf zum E-Health-Gesetz des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Im Dezember wurde das Gesetz vom Bundestag verabschiedet. Knapp einen Monat zuvor präsentierte das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) beim MEDICA HEALTH IT-Forum das Förderkonzept Medizininformatik. Darin erklärte Ziele: innovative IT-Lösungen voranbringen, den Austausch und die Nutzung von Versorgungs- und Forschungsdaten miteinander verknüpfen.

Das HEALTH IT-Forum bei der MEDICA 2015 in Düsseldorf bot auch den Rahmen, in dem die Kommission Telemedizin gemeinsam mit der Bundesärztekammer zu den Inhalten „Versorgungsgerechtigkeit und -sicherheit in ländlichen Regionen“, „Nutzen der Selbstvermessung“ und „Technisierung versus Ethik in der Medizin“ diskutierte. Der Stand zu Umsetzung und Infrastruktur hinterließ ein heterogenes Bild. In der Neurologie am Universitätsklinikum Düsseldorf ist das Video-Monitoring bei Parkinson-Patienten seit Jahren etabliert. Die Rhön-Klinikum AG setzt auf Investition in virtuelle Ambulanzen, die an universitären Ein-

Virtuell erbrachte Leistung muss mit der Präsenzmedizin mithalten können.

richtungen mit Versorgungsschwerpunkt angesiedelt sind. Von dort soll die Kompetenz unter Einbindung der niedergelassenen Ärzte in die Fläche gebracht werden. Der Berufsverband Deutscher Dermatologen (BVDD) erprobt Online-Sprechstunden mit Bildübertragung in Arztpraxen bundesweit. Für Gesprächsstoff sorgte die Debatte mit Gründern der Start-up-Szene zum Nutzen von Health-IT. Die Hersteller der Medical Apps und Wearables kritisierten Fernbehandlungsverbot, Datenmonopol und Trägheit im System. Die Kommission verwies im Schulterschluss mit der Ärztekammer auf die fehlende Evidenz. Das Potenzial der digitalen Gesundheitshelfer wird erkannt. Aus Verfügbarkeit und User-Frequenz kann der Nutzen aber nicht abgeleitet werden.

Wie facettenreich das Thema Digitalisierung ist, zeigte sich beim diesjährigen DGIM-Kongress. Hier gab es Vertreter, die davon sprachen, dass der Patient den Arzt via Smartphone in der Tasche trägt und das Internet einen Teil der bisherigen Medizin ablösen wird. Anders in den Sitzungen der Kommission: Dort stand die Frage der Evidenz im Mittelpunkt. Es ging um Machbarkeit in der Regelversorgung, virtuelle Vernetzung und Serious Games in der Onkologie. Auch um Remote Patient Management bei Herzinsuffizienz, Decision Support bei Diabetes und Konzepte bei COPD. In der Notfallmedizin ist die virtuelle Leistungserbringung angekommen. TEMPiS in Bayern oder TIM und TemRas aus Aachen sind Beispiele dafür. Hier wird auf kontinuierliche Ergebnis- und Prozessevaluation gesetzt, zudem auf Personal, das zusätzlich qualifiziert ist. Die Kommission hält daran fest, dass der Nutzen virtuell erbrachter Leistung nachzuweisen ist. Im Idealfall kann mit Telemedizin die Überlegenheit gegenüber der Standardmethode durch Reduktion von Mortalität und Morbidität oder Steigerung der Lebensqualität gezeigt werden. Zumindest aber muss virtuell erbrachte Leistung mit dem Portfolio der Präsenzmedizin mithalten können. Die Kommission ist überzeugt: Virtuelle ärztliche Leistung wird die Präsenzmedizin nicht ersetzen, sie kann nur eine Arbeitsmethode in Ergänzung dazu sein. Die Forderung nach Evidenz bei Telemedizin hat Bestand.



Diskussion beim MEDICA HEALTH IT-Forum 2015 mit Start-up-Szene, Ärztekammer Nordrhein-Westfalen und Kommission Telemedizin

Übergang von der kinderärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin

Britta Siegmund

Task Force Transition

Wenn chronisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene von der kinderärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin wechseln, wird das als Transition bezeichnet. Die Transition 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 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die Betreuung chronisch kranker Jugendlicher in der Übergangsphase als mangelhaft bewertet und Empfehlungen zur Verbesserung ausgegeben. Die Bundesärztekammer hat dies 2011 unterstützt, indem sie erneut auf die Mängel des Gesundheitssystems in Bezug auf chronisch kranke Jugendliche hingewiesen hat. Von Seiten des Gesetzgebers wie auch der Kostenträger fehlt aber bislang die Anerkennung der Notwendigkeit einer besonderen Betreuungskonzeption für die Transition. Es existieren bisher lediglich einzelne fachspezifische Lösungsansätze, eine fächerübergreifende Struktur, die den Prozess der Transition nicht nur begleitet und absichert, sondern auch finanziell unterstützt, fehlt aber.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und die DGIM haben 2012 die Task Force Transition gegründet, um die Ist-Situation der Transition zu evaluieren sowie ein Transitionsmodell zu erarbeiten. Anfang 2013 ist auch die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) der Task Force beigetreten. Das Berliner Transitionsprogramm (BTP), das von den Deutschen Roten Kreuz (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 den fach- und indikationsübergreifenden sowie den überregionalen Einsatz. Innerhalb

Transitionsgespräche, gemeinsame Sprechstunden, Fallkonferenzen und ein Fallmanagement sollen die Transition verbessern.

dieses Modellprogramms wurden Strukturelemente wie Transitionsgespräche, gemeinsame Sprechstunden, Fallkonferenzen und ein sektorübergreifendes Fallmanagement etabliert. Seit Mitte 2009 wurden diese Elemente erprobt und fachübergreifende sowie krankheitsspezifische Materialien (Transitionscheckliste, Epikrise, Fragebögen, Infobroschüre) erarbeitet. Die Vergütung des Programms wird von Kostenträgern im Rahmen von Selektivverträgen oder als Einzelfallentscheidung übernommen. Das Modellprogramm wurde mittlerweile um weitere Erkrankungen aus dem rheumatologischen Formenkreis, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie nephrologische, neuromuskuläre, onkologische und endokrinologische Erkrankungen erweitert. Nach einer Verbreitung in Berlin/Brandenburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg konnte das Modellprogramm mittlerweile auch auf Hessen ausgedehnt werden. Für die Techniker Krankenkasse konnte sogar eine bundesweite Verbreitung erzielt werden. Ziel ist es, auf lange Sicht eine nationale Verfügbarkeit mit einem im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) geregelten Vergütungsanspruch anbieten zu können.



Leitlinien in der Inneren Medizin

Norbert Frey

Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie

Das erklärte Ziel der Politik ist es, die Vergütung medizinischer Leistungen künftig stärker von der „Qualität“ abhängig zu machen. Darunter können viele Aspekte, wie beispielsweise die Qualität der Ergebnisse und der Strukturen, subsumiert werden. Eine herausragende Rolle bei der Umsetzung von aktuellen Leitlinien spielt jedoch die Indikationsqualität von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Neben einer möglichst optimalen Patientenversorgung, die in diesem Kontext auch künftig die oberste Maxime der Kommission „Leitlinien, Diagnostik und Therapie“ bleiben sollte, wird also die „korrekte“ und zeitnahe Umsetzung von Leitlinien zunehmend auch die ökonomischen Rahmenbedingungen der Tätigkeit prägen.

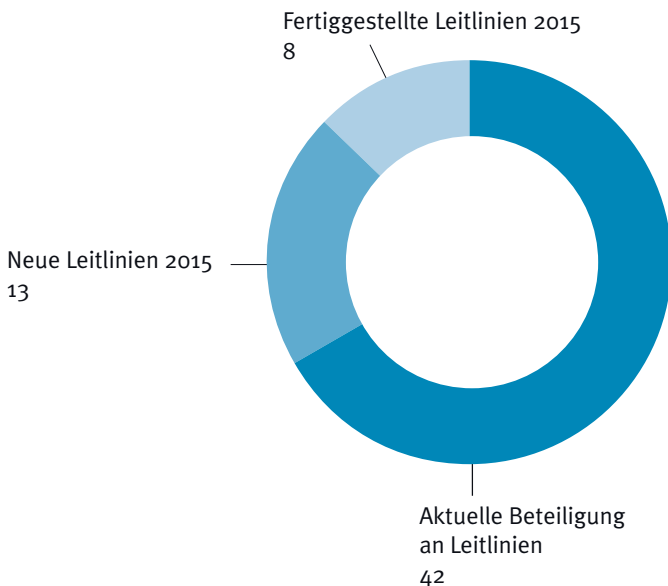
Eine wichtige Herausforderung der DGIM und der Kommission wird es daher sein, die oft äußerst umfangreichen Leitlinien der einzelnen Subdisziplinen,

Die Vergütung medizinischer Leistungen soll zukünftig stärker von der Qualität abhängig gemacht werden.

die zum Teil bis zu 100 Seiten und 1000 Literaturhinweise umfassen, auch künftig für breiter tätige Internisten überschaubar zu machen. Neu ist daher zum Beispiel, dass alle an den Leitlinien mitarbeitenden Delegierten der DGIM gebeten werden, sich an der Initiative „Klug Entscheiden“ zu beteiligen. Dieses bedeutet, dass aus den jeweiligen neuen Leitlinien einige wenige Vorschläge herausgearbeitet werden sollen, wo „zu viel Medizin“ keinen Nutzen hat oder gar Schaden stiftet. Umgekehrt sollen auch Situationen mit einer relevanten Unterversorgung hervorgehoben werden.

Leitlinien sollten jedoch keinen Gesetzescharakter erlangen - nicht zuletzt deshalb weil viele leitlinienrelevante Studien durch ihre Ein- und Ausschlusskriterien nicht immer den internistischen Alltag mit häufig älteren und multimorbiden Patienten widerspiegeln. Auch künftig wird also gerade in der Inneren Medizin die ärztliche Kunst mit einem patientenindividuellen Vorgehen gefragt sein, allerdings nur auf dem Boden einer souveränen Kenntnis der Leitlinien.

Die Ergebnisse der Kommissionsarbeit können sich sehen lassen: Die Zahl der von der DGIM mitbearbeiteten Leitlinien nimmt weiter stetig zu, aktuell werden 56 Leitlinien bearbeitet. Im Jahre 2015 konnten zwölf Leitlinien abgeschlossen werden, 2016 werden bis zu 30 weitere fertige neue Leitlinien erwartet. Umso mehr gilt der Dank den Mitgliedern der DGIM, die sich ehrenamtlich an der häufig sehr zeitaufwändigen Erstellung der vielen Leitlinien beteiligen, sowie den Mitarbeitern der DGIM-Geschäftsstelle für Ihre professionelle Zuarbeit.





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 hinaus für die Belange der Fachgesellschaft eingesetzt haben und noch einsetzen. Sie drückt 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 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 44 noch lebende Ehrenmitglieder:

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

Rechtsanwalt Maximilian G. Broglie (Wiesbaden)
 Prof. Dr. Dr. Meinhard Classen (Reith b. Kitzbühl, AT)
 Oberbürgermeister a.D. Hildebrand Diehl (Wiesbaden)
 Prof. Dr. Dr. Volker Diehl (Hohen-Neuendorf)
 Prof. Dr. Karl-Max Einhäupl (Berlin)
 Prof. Dr. Albrecht Encke (Frankfurt am Main)
 Prof. Dr. Konrad Federlin (Gießen)
 Prof. Dr. Dr. Ulrich R. Fölsch (Kiel)
 Prof. Dr. Dr. Wolfgang Gerok (Freiburg)
 Prof. Dr. Heiner Greten (Hamburg)
 Prof. Dr. Dieter L. Heene (Mannheim)
 Prof. Dr. Dieter Hoelzer (Frankfurt am Main)
 Prof. Dr. Alan Hofmann (La Jolla, USA)
 Prof. Dr. Dietfried Jorke (Jena)
 Prof. Dr. Dr. Hanjörg Just (Freiburg im Breisgau)
 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. Sotirios A. Raptis (Athen, GR)
 Prof. Dr. Gerhard Riecker (Großhesselohe)
 Prof. Dr. Jürgen Ferdinand Riemann (Ludwigshafen)
 Prof. Dr. med. Tilman Sauerbruch (Bonn)
 Prof. Dr. Jürgen Schölmerich (Hofheim am Taunus)
 Prof. Dr. Hans-Peter Schuster (Hildesheim)
 Prof. Dr. Dr. Peter C. Scriba (München)
 Prof. Dr. Dr. Konrad Seige (Lieskau)
 Prof. Dr. Peter M. Suter (Presigne, CH)
 Prof. Dr. Klaus-Henning Usadel (Frankfurt am Main)
 Prof. Dr. Dr. Hugo K. Van Aken (Münster)
 Prof. Dr. Peter von Wichert (Hamburg)
 Prof. Dr. Thomas R. Weihrauch (Düsseldorf)
 Dr. med. Harthmut Weinholz (Berlin)
 Prof. Dr. Klaus Wilms (Würzburg)
 Prof. Dr. Dr. Ernst-Ludwig Winnacker (München)
 Prof. Dr. Henning Zeidler (Hannover)
 Prof. Dr. Nepomuk Zöllner (München)
 Prof. Dr. Dr. Harald zur Hausen (Heidelberg)

AWMF: Mehr Zeit für Forschung und Lehre notwendig

Karl Heinz Rahn

Insgesamt 174 Fachgesellschaften sind zurzeit Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Die derzeitige Geschäftsstelle in Düsseldorf ist räumlich sehr beengt, und eine Erweiterung ist nicht möglich. Daher hat die AWMF eine Büroetage in Berlin-Moabit gekauft. Dorthin wird im laufenden Jahr die Geschäftsstelle schrittweise verlagert.

In den vergangenen Jahren hat die AWMF mit ihren Fachgesellschaften intensiv an der Gestaltung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin/Zahnmedizin (NKLM/Z) mitgewirkt. Viele der dabei entwickelten Vorstellungen und Vorschläge fließen derzeit in die Diskussion zum Masterplan Medizinstudium 2020 ein.

Masterplan Medizinstudium 2020

Das Medizinstudium ist eine auf wissenschaftlichen Grundlagen basierte Berufsausbildung. Durch die Fülle des im Studium vermittelten Tatsachenwissens wird oft die Darstellung wissenschaftlicher Methoden und ihrer Grenzen vernachlässigt. Die Beurteilung der Evidenz von Aussagen und Empfehlungen wird dadurch erschwert. Es ist daher ein Anliegen der AWMF, dass wissenschaftliche Kompetenzen während des Studiums erworben werden als notwendige Voraussetzung für eine verantwortungsvolle ärztliche Tätigkeit.

In den letzten Jahrzehnten hat eine erhebliche Verlagerung von medizinischen Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich stattgefunden. Das Gesamtspektrum der Krankheitsbilder – besonders der häufig vorkommenden – wird dadurch stationär nicht mehr abgebildet. Zudem hat das heutige Vergütungssystem zu einer Verkürzung der Krankenhausverweildauer geführt. Infolgedessen haben die Medizinstudenten nicht mehr ausreichend Gelegenheit, Krankheitsverläufe kennenzulernen. Als Konsequenz müssen die Lehrleistungen den Patienten in den ambulanten Bereich folgen, damit die Studenten auf den Versorgungsalltag vorbereitet sind. Hierzu müssen die Hochschulambulanzen ge-



nutzt und leistungsgerecht finanziert werden. Zudem wird man verstärkt durch Einrichtung von Lehrpraxen niedergelassene Allgemeinärzte und Fachärzte für eine Mitwirkung beim Studentenunterricht gewinnen müssen.

Nichtstaatliche Mediziner Ausbildung in Deutschland

Die AWMF sorgt sich um die Qualität der Ausbildung von Medizinern und Zahnmedizinern, wenn diese durch nichtstaatliche Organisationen ohne klare Definition von Qualitätsstandards erfolgt. Nur eine umfassende Ausbildung in allen theoretischen und klinischen Fächern der Medizin vermittelt die erforderlichen Basiskenntnisse für eine Weiterbildung zum Facharzt und für eine spätere berufliche Tätigkeit. Die Lehre muss den aktuellen Forschungsstand und das Verständnis für zukünftige Entwicklungen in den medizinischen Wissenschaften vermitteln. Hierzu muss die Forschung an Ausbildungsstätten für Mediziner institutionell verankert und ausreichend finanziert sein. Eine angemessene Ausstattung mit hauptamtlichen, pädagogisch kompetenten Professoren ist erforderlich. Die Professoren müssen in Berufungsverfahren oder äquivalenten Verfahren rekrutiert werden. Ihnen muss genügend Zeit für Forschung und Lehre zur Verfügung stehen.



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

10. Patiententag der DGIM Patienten und Angehörige aus erster Hand informieren

Norbert Schütz

Anlässlich des 122. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin fand am 2. April 2016 im Bereich des Wiesbadener Rathauses der 10. Patiententag statt. Veranstalter waren wieder die DGIM und die Landeshauptstadt Wiesbaden. Der Patiententag, dessen Besuch wie immer kostenfrei war, vermittelte den interessierten Laien verständlich und praxisnah die aktuellen Themen des Internistenkongresses. In elf Symposien mit über 30 Vorträgen sowie einer Podiumsdiskussion referierten Experten aus ganz Deutschland.

Ein besonderes Anliegen war dabei die Möglichkeit zum intensiven Austausch mit den Referenten. Begleitet wurden die Vorträge wie in den Jahren zuvor durch den „Markt der Möglichkeiten“. Hier präsentierten sich Selbsthilfegruppen, Organisationen und Leistungsträger des Gesundheitswesens. So war es zum Beispiel möglich, anhand praktischer Übungen die Grundlagen der Ersten Hilfe sowie der Wiederbelebung zu erlernen. Des Weiteren konnten sich Interessierte auf Demenz testen lassen. Auch die Schilddrüse war Thema: Sie wurde per Ultraschall untersucht. An vielen Ständen waren Messungen von Blutzucker, Blutdruck, Lungenfunktion, Körperfettbestimmungen und anderen Parametern möglich.

Förderpreise für Selbsthilfegruppen durch die Marion und Bernd Wegener-Stiftung

Ein Höhepunkt des Patiententages war wieder einmal die Verleihung des Förderpreises für Selbsthilfegruppen durch die Marion und Bernd Wegener-Stiftung Mainz in Kooperation mit der DGIM und der Landeshauptstadt Wiesbaden im Rahmen des Patiententages. Aus über siebenzig Bewerbungen konnte die Jury die Preisträger ermitteln. Der erste Preis der bundesweiten Bewerber ging dabei an die Gruppe „Von Wegen Down!“ aus Garching/Alz. Erster Preis-

träger der Gruppen aus der Region war die „Elternhilfe für Kinder mit Rett-Syndrom in Deutschland e.V.“ aus Hünfelden. Die Preise wurden im Rahmen eines Symposiums zum Thema „Maßvolle Medizin – Selbstbestimmte Medizin im Alter“ mit Gastredner Herrn Eugen Drewermann, Paderborn, und Professor Christian Schäfer, Mannheim, vergeben.

Podiumsdiskussion: Krankenhäuser im Umbruch

Bei einer Podiumsdiskussion über „Krankenhäuser im Umbruch – Die zukünftige Rolle der Krankenhäuser im Gesundheitswesen“ wurde die Entwicklung der Krankenhäuser in all seinen möglichen Facetten diskutiert. Die neue Krankenhausstrukturreform war dabei eines der Hauptthemen.

Der 10. Patiententag war wieder eine extrem erfolgreiche Veranstaltung mit über 2800 Besuchern. Das Konzept ist in dieser Form auch in den nächsten Jahren am Wiesbadener Rathaus vorgesehen – im Jahr 2017 unter dem Motto der gleichnamigen DGIM-Initiative „Klug entscheiden“.



Am Wiesbadener Rathaus nutzten viele Bürger der Stadt das Angebot des Patiententags.

Die Zukunft von morgen – Nachwuchsförderung der DGIM

Die Förderung des medizinischen Nachwuchses liegt der DGIM am Herzen. Die Fachgesellschaft hat dafür im Jahr 2015/2016 fast 180000 Euro investiert – und die Summe damit gegenüber dem Vorjahr um circa 30000 Euro erhöht. Junge Ärzte werden beispielsweise in der internistischen Ausbildung gefördert und für die Forschung und Wissenschaft motiviert.

Eine Tätigkeit in der Wissenschaft kann für junge Internisten eine interessante Perspektive sein. Um dafür zu begeistern, vergibt die DGIM wissenschaftliche Preise und Stipendien. So ruft sie beispielsweise jährlich Erstautoren dazu auf, wissenschaftliche Abstracts einzureichen. Die sechs besten Arbeiten von Autoren unter 35 Jahren nahmen im April 2016 auf dem 122. Internistenkongress am Young Investigator Award (YIA) teil. Die Erstplatzierte erhielt 3000 Euro Preisgeld, der Zweite 2000 Euro und die Dritte 1000 Euro. Zudem bekamen alle Erstautoren für ihre eingereichten Arbeiten ein Reisestipendium über 250 Euro.

Anreize für die Forschung schaffen

Darüber hinaus verleiht die DGIM Preise für besonders gute wissenschaftliche Kongressposter. Auf dem diesjährigen Internistenkongress wurde der Erstplatzierte mit 1000 Euro, der Zweit- und der Drittplatzier-

te mit je 500 Euro belohnt. Alle Poster wurden auf dem Kongress ausgestellt.

Auch für die Forschung möchte die DGIM bereits junge Internisten gewinnen: Der „Theodor-Frerichs-Preis“ wird für die beste vorgelegte deutsche, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin verliehen. Forscher, die unter 40 Jahre alt sind, können an dieser Preisausschreibung teilnehmen. Der Preis ist mit 30000 Euro dotiert. Zudem verleiht die DGIM gemeinsam mit der Deutschen Stiftung Innere Medizin (DSIM) den „Präventionspreis“. Von der grundlagenorientierten, über die patientenorientierte bis hin zur Versorgungsforschung – hierfür kommen Arbeiten in deutscher oder englischer Sprache aus dem deutschsprachigen Raum in Betracht, die sich der Prävention innerer Erkrankungen widmen. Das Preisgeld liegt bei 10000 Euro. Zudem unterstützt die DGIM den wissenschaftlichen Nachwuchs bei der Umsetzung von anspruchsvollen, arbeitsintensiven und wissenschaftlich hochwertigen klinisch orientierten Promotionsarbeiten. Auch beim Erwerb von Führungskompetenzen fördert die DGIM qualifizierte und motivierte Nachwuchswissenschaftler und Führungskräfte – und zwar mit ihrem Nachwuchsprogramm, der DGIM-Förderakademie. Sie bietet Unterstützung in der wissenschaftlichen



Vorträge beim Nachwuchsforum „Chances“ auf dem 122. Internistenkongress



Im Rahmen der Nachwuchsförderung hat die DGIM fünf Promotionsstipendien vergeben. V.l.n.r.: Moritz Pfeiffer, Joachim Steiner, Ann-Christin Otto, Hannah Bertrand, Frederik Kloss und Professor Dr. med. Espinola-Klein.

Orientierung und der Karriereplanung im Gesundheitswesen. Über alle Ausschreibungen und Themen, die junge Internisten betreffen, informiert die DGIM seit 2016 im digitalen Newsletter DGIM [aspire], der an alle Mitglieder unter 40 Jahren versendet wird.

Ideen austauschen – Inspirationen für die Zukunft gewinnen

Es ist zudem ein zentrales Anliegen der DGIM, Nachwuchsinternisten Möglichkeiten und Räume zum Austausch zu bieten. So ist der Tag der Jungen Internisten im Rahmen des Forums „Chances“ mittlerweile ein fester Bestandteil auf dem jährlichen Internistenkongress. Ob Informationen zum Berufsstart, zur Karriereplanung, zur Facharztweiterbildung oder zu alternativen Berufsfeldern – Experten geben angehenden und jungen Internisten hier zahlreiche Tipps. Auf dem diesjährigen Jahreskongress erfuhren die Teilnehmer beispielsweise, wie der Spagat zwischen Patientenversorgung sowie Forschung und Lehre gelingen kann. Auch über die Landesgrenzen hinaus bringt die DGIM junge Mediziner zusammen: Die Fachgesellschaft vergibt Stipendien für die Teilnahme an der European School for Internal Medicine (ESIM). Hier kommen junge Internisten aus ganz Europa zusammen, um aktuelle Themen aus der Inneren Medizin in Vorträgen, Seminaren und Fallpräsentatio-

nen zu bearbeiten. Auch nach der Teilnahme an der ESIM können Internisten noch von den gewonnenen Kontakten profitieren: Aus dem Kreis der Teilnehmer der bisherigen Veranstaltungen wurde ein Netzwerk junger Internisten gegründet, das einen Austausch im Internet pflegt. Ansprechpartner für Deutschland ist Matthias Raspe von der Charité in Berlin.

❖ Weitere Informationen auf www.dgim.de ❖ Fortbildung/Weiterbildung ❖ Junge Internisten



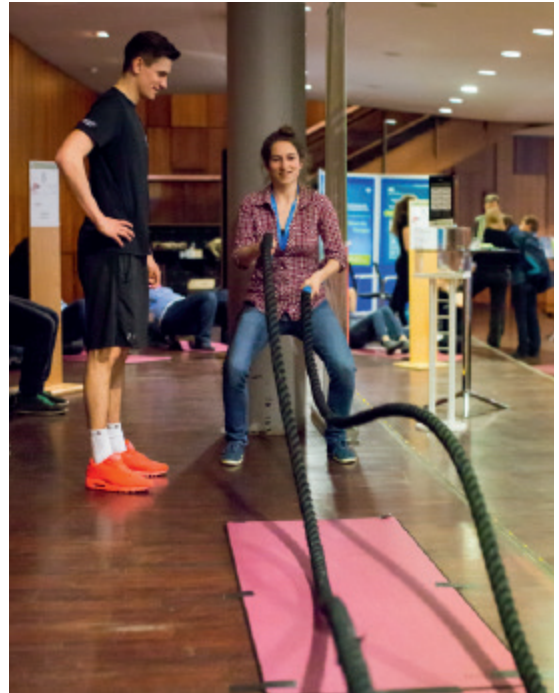
Nachwuchs-Newsletter der DGIM

Der 122. Internistenkongress: Demographischer Wandel fordert Innovation

Gerd Hasenfuß

Über 400 Sitzungen und 1200 Referenten – der 122. Jahreskongress der DGIM war einer der größten Internistenkongresse der vergangenen Jahre. Er stand unter dem Motto „Demographischer Wandel fordert Innovation“ und adressierte damit die Chancen und Herausforderungen, die durch das Aufeinandertreffen der hohen Lebenserwartung und der technischen Revolution in unserer Zeit bestehen. Übergeordnete Themen waren digitale Medizin und die Qualitäts-offensive „Klug entscheiden“. Das Thema digitale Medizin wurde in zwölf Veranstaltungen in seiner gesamten Bandbreite von Mobile Health über Big Data und Computersimulation von Erkrankungen bis hin zum Thema Robotik in der Krankenversorgung und der Einbeziehung der verschiedenen Player des Gesundheitswesens behandelt. Hervorzuheben ist hier das Symposium der DGIM mit ihrem Partner Japanese Society of Internal Medicine.

In Japan schreitet der demographische Wandel noch schneller voran als hierzulande und Konzepte zur Nutzung von IT-Technologien in der Krankenversorgung sind weit entwickelt. Von R. Nagai wurde hierbei auch eindrucksvoll gezeigt, wie digitale Daten von großen Patientenkohorten in der Forschung genutzt werden können – zum Beispiel, wenn es um die Frage der Wirksamkeit einer Antithrombin III-Substitution in der



Sportprogramm für Mediziner auf dem Kongress

Intensivmedizin geht. Zum Thema digitale Medizin ist rechtzeitig zum Kongress eine von der DGIM mitgestaltete FAZ-Beilage erschienen. Die DGIM hat damit deutlich gemacht, welche hohe Priorität sie diesem Thema beimisst.

Qualitätsoffensive „Klug entscheiden“

In vier Symposien wurden zudem die 116 Empfehlungen der internistischen Schwerpunkte im Rahmen der Qualitätsoffensive der DGIM „Klug entscheiden“ präsentiert. Vorgestellt wurde auch das von der DGIM geförderte Forschungsprojekt „Klug entscheiden in der Lehre“, das aus „Klug entscheiden“-Empfehlungen einerseits und häufigen Falschantworten der Studenten andererseits neue Lernziele im Format des Key Feature Learnings formuliert und bundesweit erprobt. Rechtzeitig zum Kongress war zum Thema „Klug entscheiden“ auch ein Sonderdruck im Deutschen Ärzteblatt erschienen.



Die Vorträge beim diesjährigen DGIM-Kongress waren gut besucht.

Übertragungen von internistischen Interventionen

Als neues Sitzungsformat wurden die sogenannten Live Cases angeboten: Übertragungen aus internistischen Interventionslaboren über die Durchführung von minimalinvasiven Eingriffen in der Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Gastroenterologie. Live Cases waren auch implementiert in der Veranstaltung Kardiologie für den Generalisten. Diese Veranstaltung, die sich fortlaufend über den gesamten Kongress erstreckte, bot ein Update der gesamten Kardiologie primär für den nichtspezialisierten Internisten.



Kongresspräsident Professor Gerd Hasenfuß referierte beim Forum „Chances“.

Sport als Therapie – praktische Anleitungen zur Behandlung von Patienten

Schließlich beinhalteten verschiedene Veranstaltungen das Thema Sport als Therapie. Hier ging es um die Mechanismen und praktischen Anleitungen von körperlichem Training zur Behandlung von Patienten mit kardiologischen, pneumologi-

schen, endokrinologischen und onkologischen Erkrankungen. Dabei lag der DGIM auch die Fitness der Kongressteilnehmer selbst am Herzen. Hierzu gab es ein Theraband in der Kongresstasche, die DGIM-App „DGIM Doc-Fit“ und ein Fitnessareal im Kongresszentrum, wo Fitnessprofis Kongressteilnehmern gut anwendbare Kraft-, Dehn- und Ausdauerübungen demonstrierten.



Reges Treiben auf der Industrie-Ausstellung

Korporative Mitglieder – Austausch mit Industrievertretern und Experten aus der Gesundheitswirtschaft

Bianca Wittig, Sprecherin der Korporativen Mitglieder

„Demographischer Wandel fordert Innovation“ – so lautete das Thema des 122. DGIM-Kongresses. Im Fokus standen vor allem Herausforderungen und Möglichkeiten durch die technischen Fortschritte in der Medizin und die daraus entstehenden Veränderungen in der Versorgung einer Bevölkerung mit zunehmend hoher Lebenserwartung. Schwerpunkte waren dabei die digitale Medizin und die Qualitäts-offensive „Klug entscheiden“. Diese Themen wurden auch in der Industrie und der Gesundheitswirtschaft behandelt: So befassten sich die Korporativen Mitglieder als Partner der DGIM in Symposien und Pressekonferenzen 2015 und 2016 ebenfalls damit.

Unternehmen, die die Ziele der Fachgesellschaft unterstützen, können Korporative Mitglieder werden. 2016 hat die DGIM 20 Korporative Mitglieder. Diese veranstalteten zusammen mit dem Vorstand und Beirat der Fachgesellschaft drei Symposien und zwei Pressekonferenzen.

Das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM am 14. Oktober 2015 in Wiesbaden befasste sich unter dem Titel „Seltene Erkrankungen – Besondere Chancen und Herausforderungen“ mit den

Besonderheiten in der Versorgung der betroffenen Patienten. Im Symposium haben Experten sowie Vertreter der Patientenorganisation und der Pharmaunternehmen die Besonderheiten in der Versorgung anhand von einzelnen seltenen Erkrankungen wie Amyloidose oder Hämophilie diskutiert. Die Schwierigkeit liegt in den komplexen Krankheitsverläufen und dem großen diagnostischen Aufwand mit hohen Behandlungskosten. Klinische Studienzentren sowie die forschende Arzneimittelindustrie sehen besondere Herausforderungen in den kleinen Patientenkohorten mit meist heterogener Patientenpopulation und den weltweit verstreuten Experten. Eine Antwort auf die verschiedenen Fragestellungen könnten Datenbanken oder globale Patientenregister für seltene Erkrankungen sein. Um den besonderen Bedürfnissen von Patienten mit seltenen Erkrankungen gerecht zu werden, wurden deutschlandweit an Universitätskliniken Zentren mit Fokus auf die Versorgung dieser Patienten gegründet. Aus diesen Erkenntnissen haben die Referenten die wichtigsten Fakten zusammengefasst und in einer gut besuchten Pressekonferenz Medienvertretern präsentiert.

Opinion-Leader-Meeting: Technische Revolution in der Medizin

Das 8. DGIM Opinion-Leader-Meeting fand vom 15. bis zum 16. Januar 2016 unter dem Vorsitz von Professor Hasenfuß in Eltville-Erbach statt. Diese Veranstaltungsreihe bringt Ärzte und Wissenschaftler aus Universitäten und Industrie sowie Experten aus dem Gesundheitssystem ins Gespräch. Das diesjährige Symposium stand unter dem Thema „Technische Revolution in der Medizin“. Von der Industrie wurden technische Innovationen im Bereich Bildgebung dargestellt, die durch Erfassung großer Datenmengen jetzt auch präzise funktionelle Darstellungen und automatisierte Auswertungen ermöglichen. Die neuen Mobile Health Systeme verändern die Patientenversorgung direkt – Patienten werden durch die Datenerhebung über Smartphones oder -watches in medizinische Entscheidungen miteinbezogen. Zudem wurde die neue Forschungskollaboration zwischen AbbVie und Calico vorge-



Pressekonferenz der Korporativen Mitglieder der DGIM auf dem Internistenkongress. V. l. n. r.: Arno Elmer, Martin Lang, Kristian Löbner, Anna Voormann, Michael Meyer, Wolfgang Hoffmann

stellt. Außerdem diskutierten die Experten unter dem Titel „Healthy Aging“ darüber, welche Rolle global erhobene Big Data beim Identifizieren neuer Behandlungskonzepte spielen könnten. Einen ausführlichen Bericht zu dieser Veranstaltung finden Sie hier: Dtsch. Med. Wochenschr. 2016; 141(07): 511–513

Telemedizin: Elektronische Patientenakten und Verordnungen

Das Frühjahrs-symposium der Korporativen Mitglieder, das am 10. April 2016 während des 122. DGIM-Kongresses stattgefunden hat, griff das Thema „E-Health – Was verändert sich in der ärztlichen Praxis“ auf. Digitale Technologien sind im Gesundheitswesen bereits vielseitig etabliert. Dagegen schreitet die digitale Vernetzung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen nur langsam voran. Beispiele der Telemedizin sind elektronische Patientenakten oder Verordnungen, durch die Abläufe in der Patientenversorgung und die interdisziplinäre Kommunikation optimiert werden könnten. Im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung werden sich Ärzte nun neben den medizinischen Fragen zunehmend vor allem mit den rechtlichen und ethischen Aspekten auseinandersetzen müssen. Die folgende Pressekonferenz war erneut sehr gut besucht. Über die Inhalte des Symposiums wurde in der Zeitschrift „Der Internist“ ausführlich berichtet.

Ebenfalls am 10. April 2016 fand die *ordentliche Mitgliederversammlung der Korporativen Mitglieder der DGIM* in Mannheim statt. Hier wurden die neuen Mitglieder vorgestellt und übliche Regularien besprochen. Zudem gab die Kongressorganisation ein Update und es wurde ein weiteres Treffen der Korporativen Mitglieder im Rahmen des Opinion-Leader-Meetings festgelegt, das jährlich im Januar stattfindet. Neuwahlen gab es bei der Mitgliederversammlung nicht, die Sprechergruppe mit Frau Professor Bianca Wittig/AbbVie Deutschland, Herrn Dr. Meyer/Siemens und Herrn Ringewaldt/Thieme bleibt bis 2017 im Amt. Die Sprecher dankten dem Präsidenten der 122. Jahrestagung, Professor Gerd Hasenfuß aus Göttingen, dem Generalsekretär Professor Ulrich Fölsch aus Kiel und der DGIM für die enge Zusammenarbeit sowie Anne-Katrin Döbler und Anna Julia Voormann für die wiederum hervorragende Pressearbeit.

Zudem fand ein gemeinsamer Austausch der Korporativen Mitglieder mit dem Vorstand der DGIM am 14. Juli 2016 statt. Unter dem Titel „Zusammenarbeit im 21. Jahrhundert – Gemeinsames Gestalten im Gesundheitswesen“ diskutierten Experten über eine Stärkung der inhaltlichen Zusammenarbeit und über ein gemeinsames Projekt in der Versorgungsforschung. Themen wie Transparenz, Publikationen und Sponsoring bilden dabei die Basis der Unterstützung durch die Korporativen Mitglieder.

Diskutieren und gestalten Sie mit – werden Sie Korporatives Mitglied der DGIM!

Die Korporativen Mitglieder der DGIM haben zahlreiche Möglichkeiten, im Rahmen der genannten Veranstaltungen wichtige Themen zu platzieren und mitzugestalten. Die Fachgesellschaft diskutiert in einem klar definierten Rahmen mit den pharmazeutischen Unternehmen und Verlagen über aktuelle Fragen der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik. Die regelmäßigen Symposien und Opinion-Leader-Meetings werden gemeinsam veranstaltet und die Ergebnisse in den Publikationen der DGIM publiziert. Nicht unerwähnt bleiben sollte auch die Chance, das eigene Unternehmen in den Organen der DGIM in einem ganzseitigen Artikel kostenfrei darstellen zu können.

Ausblick

Am 20. und 21. Januar 2017 wird das 9. Opinion-Leader-Meeting in Eltville-Erbach stattfinden. Das Frühjahrs-symposium 2017 findet wie gewohnt im Rahmen der Jahrestagung der DGIM in Mannheim statt.

Themen aktueller und vergangener Symposien der Korporativen Mitglieder der DGIM:

Jahr	Jahrestagung (Frühjahrs-symposium)	Herbsttagung mit Vorstand und Ausschuss
2014	Aging is not that bad – Lösungsansätze für die Herausforderungen des demographischen Wandels	Vorbeugen oder Behandeln – Wohin geht die Innere Medizin?
2015	Biosimilars: Wenn Das Gleiche nicht Dasselbe ist	Seltene Erkrankungen – Besondere Chancen und Herausforderungen
2016	E-Health – Was verändert sich in der ärztlichen Praxis	

„Klug entscheiden“-Initiative der DGIM – Patienten vor Über- und Unterversorgung schützen



In Klinik und Praxis bekommen Patienten täglich medizinische Untersuchungen und Behandlungen verschrieben, die ihnen nicht nützen oder sogar schaden. Andere hilfreiche Methoden kommen dagegen zu selten zum Einsatz. Dies zu ändern ist Ziel der Initiative „Klug entscheiden“ der DGIM. Gemeinsam mit den internistischen Fachgesellschaften benennt die DGIM jetzt diese Fehlversorgung: Im Rahmen des 122. Internistenkongresses stellte die Fachgesellschaft für jeden internistischen Schwerpunkt zehn Empfehlungen vor, die Über- und Unterversorgung benennen und verhindern sollen. Initiiert von Professor Gerd Hasenfuß veröffentlicht das Deutsche Ärzteblatt seit dem Internistenkongress sukzessive die Empfehlungen.

Verzichten Sie auf bildgebende Untersuchungen bei Rückenschmerzen, die nicht länger als sechs Wochen dauern. Verschreiben Sie keine Antibiotika bei einfachen Atemwegsinfekten. Setzen Sie keine Stents in Herzkranzgefäße ein, wenn keine Durchblutungsstörung vorliegt. Dies sind drei Beispiele für medizinische Leistungen, von denen die DGIM im Rahmen der Initiative „Klug entscheiden“ abrät. Medizinische Leitlinien gäben

Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)
 Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP)
 Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA)
 Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
 Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK),
 Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
 Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)
 Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin (DGIIN)
 Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
 Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

zwar zahlreiche hilfreiche Handlungsempfehlungen für bestimmte Erkrankungen und rieten dem Arzt, was in der konkreten Situation zu tun sei, sagt Professor Gerd Hasenfuß, stellvertretender Vorsitzender der DGIM.

Leitlinien vernachlässigen unnötige Leistungen

Zu selten fänden sich in den Leitlinien jedoch Hinweise, wann Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden nicht durchgeführt werden sollten. Der Mangel an Negativempfehlungen führe zu Überversorgung, meint der Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie an der Universitätsmedizin Göttingen. Insbesondere noch unerfahrene junge Ärztinnen und Ärzte würden dazu neigen: Bestimmte Untersuchungen führten Ärzte „sicherheitshalber“ durch, oft in Unkenntnis, dass die Maßnahme keinen Vorteil oder sogar einen Nachteil für den Patienten bedeute. Vorbild für „Klug entscheiden“ ist die amerikanische Initiative „Choosing wisely“, die Listen mit unnötigen medizinischen Maßnahmen veröffentlicht. Allerdings ließe sich diese nicht ohne Weiteres auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen, sagt Professor Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel. Zudem ginge die Initiative darüber hinaus: Um die Patientenversorgung spürbar zu verbessern, müsse die DGIM auch Maßnahmen benennen, die trotz erwiesenem Nutzen nur selten zum Einsatz kommen, von denen also mehr gebraucht würden.

Keine Rationalisierungsmaßnahme

Ziel der Initiative ist es, die Patientenversorgung zu verbessern, aber auch unnötige Kosten zu vermeiden. Es handle sich jedoch nicht etwa um versteckte Rationalisierungsmaßnahmen, betont G. Hasenfuß. Vielmehr müsse auch wirtschaftlich gesehen ein Umdenken im Gesundheitssystem stattfinden. Dazu gehörten finanzielle Anreize für das Gespräch mit dem Patienten ebenso wie das bewusste Unterlassen einer Diagnostik oder Behandlung: Leistungen, die erwiesenermaßen keinen Nutzen für den Patienten bringen, sollten identifiziert und unterlassen werden.

Die kompletten Empfehlungen finden Interessierte unter www.dgim.de → Presse/Publicationen → Klug entscheiden

Ehrungen und Preise der DGIM 2016

DGIM ehrt Hellmut Mehnert mit der Leopold-Lichtwitz-Medaille

Professor Hellmut Mehnert aus München hat die Leopold-Lichtwitz-Medaille der DGIM erhalten. Die im Rahmen des 122. Internistenkongresses vergebene Auszeichnung ehrt herausragende Ärzte und Forscher. Sie trägt den Namen des Vorsitzenden der DGIM des Jahres 1933, der im Zuge der nationalsozialistischen Machtübernahme seinen Vorsitz niederlegen musste und in die Emigration in die Vereinigten Staaten ging. Zum Gedenken an Lichtwitz und in Erinnerung an Tausende Ärzte jüdischer Abstammung, die während dieser Zeit geächtet, verfolgt und umgebracht wurden, hat die DGIM im Jahr 2013 diese Medaille ins Leben gerufen.

Als besondere Leistungen hob Kongresspräsident Professor Gerd Hasenfuß die von Mehnert initiierte Durchführung der weltweit größten Diabetes-Früherfassungsaktion 1967, die Installierung des ersten Schulungszentrums für Diabetiker in der Bundesrepublik und die Gründung des interdisziplinären Schwerpunktes zur Betreuung von diabetischen Schwangeren hervor. Die von Mehnert 1968 gegründete Forschergruppe Diabetes wurde über 19 Jahre von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert. Professor Mehnert ist Träger des Bundesverdienstkreuzes erster Klasse.



Professor Hellmut Mehnert hielt eine bewegende Rede bei der Festlichen Abendveranstaltung anlässlich des 122. Internistenkongresses.

Rede von Professor Hellmut Mehnert

Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Am heutigen Tage bewegen mich zwei Gefühle: Einmal das Gefühl der Dankbarkeit gegenüber der Fachgesellschaft, der ich so viel verdanke, nicht zuletzt durch nunmehr 62 Kongressbesuche, wobei ich viele wissenschaftliche und klinische Anregungen bekam und so manche mich prägende Persönlichkeit kennenlernen durfte. Zum anderen bewegt mich das Gefühl der Demut im Hinblick auf die Verleihung eines Preises, der Leopold Lichtwitz zugeeignet wurde. Leopold Lichtwitz und allen unseren jüdischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern war seinerzeit so viel Unrecht zugefügt worden. Lichtwitz wurde 1932 zum Präsidenten der DGIM gewählt, durfte aber 1933 seinem Kongress nicht präsidieren.

Viele, allzu viele haben damals geschwiegen oder haben es sogar billigend in Kauf genommen – bis hin in die Spitze unserer Fachgesellschaft, wie wir es im vergangenen Jahr anlässlich der großartigen Ausstellung über Nationalsozialismus und die DGIM zu unserem Leidwesen erfahren mussten. Mit Leopold Lichtwitz verbindet mich Verschiedenes:

So die Beziehungen von ihm zu meiner Heimatstadt Leipzig und zu den USA, so die Tatsache, dass wir beide über die intestinale Resorption von Nährstoffen wissenschaftlich arbeiteten (er über die Fettresorption, ich über die Aufnahme von Kohlenhydraten), und schließlich, dass wir beide Altpräsidenten der DGIM waren, er 1932, ich 1980. Ich habe als junger Stipendiat in den USA, in Boston, nach dem Kriege die großartige Gastfreundschaft unserer emigrierten jüdischen Kollegen kennenlernen dürfen: so von Nothmann, dem Mitentdecker des Synthalin, des ersten oralen Antidiabetikums, so von dem Neurologen Jassmann und nicht zuletzt von Siegfried Thannhauser, der mich sogar in seine Familie aufgenommen hat. Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, war keine Selbstverständlichkeit, auch nicht gegenüber dem Angehörigen einer Generation, die bei Kriegsende noch nicht erwachsen war.

Herr Präsident, meine Damen und Herren, denken Sie in dieser Stunde nicht an den Empfänger, sondern an den Namensgeber des Preises, an Leopold Lichtwitz und an unsere jüdischen Kolleginnen und Kollegen, denen so viel Schlimmes zugefügt wurde, für viele bis hin zum bitteren Ende.

Neue Ehrenmitglieder der DGIM

Professor Hanjörg Just



Professor Just leitete von 1979 bis 1999 als Lehrstuhlinhaber und Ärztlicher Direktor die Abteilung Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und Angiologie mit internistischer Intensivmedizin des Universitätsklinikums Freiburg.

Er war Prodekan und Dekan der Medizinischen Fakultät und Prorektor der Albert-Ludwigs-Universität. Geboren in Stapelburg am Harz absolvierte Just seine Ausbildung zum Mediziner an den Universitäten Göttingen, Köln, Bern und Freiburg. Seine Facharztausbildung für Innere Medizin und Kardiologie erhielt er an der Georgetown University Washington, USA, dem National Institute of Health in Bethesda, USA, sowie am Universitätsklinikum Mainz. 1972 erfolgte die Habilitation für Innere Medizin unter Professor Paul Schölmerich.

Seine Forschungsschwerpunkte lagen unter anderem in der klinischen Kardiologie, der Entwicklung von Herzkathedertechniken, der Bildverarbeitung sowie der myokardialen Funktion und Energetik. Just wirkte außerdem als Vorsitzender der Ethik-Kommission der Universität Freiburg. Auf seine Initiative hin entstand das Zentrum für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Freiburg. Auch die Gründung des Herz-Kreislauf-Zentrums sowie des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie an der Universitätsklinik Freiburg sind auf sein Engagement zurückzuführen. Neben anderen nationalen und internationalen Auszeichnungen trägt er das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Professor Tilman Sauerbruch



Professor Sauerbruch war von 1992 bis 2012 Professor für Innere Medizin und Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik I, Allgemeine Innere Medizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn. Von 2012 bis 2014 war er Professor für Innere Medizin und kommissarischer Direktor der Klinik für Gastroenterologie und Endokrinologie der Universitätsmedizin Göttingen.

logie und Endokrinologie der Universitätsmedizin Göttingen.

Professor Sauerbruch wurde in Lauingen an der Donau geboren. Nach seinem Studium der Medizin in Würzburg, Hamburg und Heidelberg wurde er 1971 an der Universität Heidelberg promoviert. Anschließend folgte die Weiterbildung zum Internisten und Gastroenterologen, die er 1979 abschloss.

Im Jahr 1982 erfolgte die Habilitation an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er hatte verschiedene Professuren an der LMU München und ab 1992 an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn. Seine klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen unter anderem im Bereich Pathogenese und Behandlung der portalen Hypertension von Gallenwegserkrankungen und der Leberzirrhose. Professor Sauerbruch ist Träger verschiedener Preise und Auszeichnungen. Unter anderem erhielt er den Körber-Preis für die Europäische Wissenschaft, 1992 den Lucie-Bolte-Preis der Lucie-Bolte-Stiftung, 2014 die Ludwig-Heilmeyer-Medaille in Gold sowie den Recognition Award der European Association for the Study of the Liver.

Professor Jürgen Schölmerich



Seit 2010 ist Professor Schölmerich ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Frankfurt am Main. Zuvor war er Inhaber des Lehrstuhls für Innere Medizin und Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Regensburg.

Nach Studium in Heidelberg und Freiburg war er dort als Assistenzarzt an der Medizinischen Universitätsklinik tätig, wo er sich im Jahre 1984 habilitierte. Es folgten mehrere Forschungsaufenthalte an der University of California in San Diego, USA. Von 1987 bis 1991 war er Universitätsprofessor und Oberarzt in Freiburg, 1991 folgte er dem Ruf nach Regensburg. Nach einer Gastprofessur in San Diego leitete Jürgen Schölmerich das Klinikum der Universität Regensburg als Ärztlicher Direktor.

Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte reichen von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, der Bakterien-Epithelinteraktion im Intestinum über Leberzirrhose und ihre Komplikationen bis hin zum Gallensäurenstoffwechsel. Professor Schölmerich erhielt eine Vielzahl von Auszeichnungen und engagierte sich in zahlreichen Gremien. Von 2005 bis 2011 war er Vizepräsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Im Jahr 2009/2010 hatte Professor Schölmerich den Vorsitz der DGIM inne und gestaltete den Jahreskongress. Seit 2006 ist er im wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer engagiert und er ist Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina.



Theodor-Frerichs-Preis der DGIM geht an Kölner Wissenschaftler

Enzyme, die in Krebszellen die Zellteilung sicherstellen, sind ein neuer Ansatz in der Krebstherapie. Für die Entwicklung einer Kombinationsbehandlung, die auf verschiedenen Ebenen den Tumor angreift und die Zellteilung verlangsamt, zeichnet die DGIM Professor Hans Christian Reinhardt von der Universität Köln mit dem Theodor-Frerichs-Preis aus. Der Preis ist mit 30 000 Euro dotiert.

Fehler in der Erbsubstanz, sogenannte Mutationen, treiben das unkontrollierte Wachstum von Krebszellen voran. Bei bis zu 30 Prozent aller Krebserkrankungen ist dabei das sogenannte KRAS-Gen (Kirsten Rat Sarcoma-Gen) beteiligt. Die dauerhafte Aktivierung von KRAS in Krebszellen führt zudem zu genotoxischem Stress für die Zellen, ist also potenziell schädlich – auch für Krebszellen. Krebszellen neutralisieren diesen Stress oft durch bestimmte Enzyme – den sogenannten Checkpoint-Kinasen, um eine „mitotische Katastrophe“ und damit den Untergang der Zelle zu verhindern. Checkpoint-Kinasen bessern Fehler im Zellteilungsapparat aus und stellen sicher, dass die Mitosen für die Zellteilung trotz Stress reibungslos ablaufen. Die Kinasen sind damit ein guter Ansatzpunkt für Krebstherapien. Denn ihre

Die Studie von Professor Reinhardt ist ein guter Ansatz für die Krebstherapie.

Hemmung könnte die mitotische Katastrophe, also den Untergang von Krebszellen, auslösen.

Medikamente, die Checkpoint-Kinasen angreifen, waren bislang jedoch wenig erfolgreich. Professor Reinhardt beschritt deshalb einen neuen Weg und hemmte nicht nur eine, sondern mehrere Checkpoint-Kinasen mit Medikamenten. Um die geeigneten Wirkstoffe zu finden, untersuchte er zahlreiche Krebszellen im Labor und analysierte die Ergebnisse mit einer eigens entwickelten Software. Die Untersuchungen hätten gezeigt, dass speziell in von KRAS angetriebenen Krebszelllinien Hemmstoffe verschiedener Checkpoint-Kinasen zusammenwirken und dazu führen, dass die Zellteilung verhindert wird, zeigte sich Professor Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel, von den Ergebnissen beeindruckt.

Die in der Fachzeitschrift Cell publizierte Arbeit belegt nach Ansicht des Preiskomitees der DGIM „in hervorragender Weise, dass stark grundlagenbezogene Untersuchungen einen wesentlichen Beitrag zum Krankheitsverständnis leisten und greifbares Potenzial zur Translation aufbieten“. Besonders zu betonen sei, dass die Studie in einem klinischen Umfeld entstanden sei und auf konsequente Vorarbeiten des Preisträgers aufbaue. Noch wurde die Kombination nicht an Krebspatienten erprobt. Die Studienergebnisse liefern aber gute Argumente für eine klinische Prüfung der kombinierten Hemmung der Checkpoint-Kinasen, ergänzte Professor Fölsch.

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 dem Gebiet der Inneren Medizin im deutschsprachigen Raum.

Auf der festlichen Abendveranstaltung beim Internistenkongress verlieh Professor Gerd Hasenfuß (rechts) den Theodor-Frerichs-Preis an Professor Hans Christian Reinhardt.



Präventionspreis für Forschung zu Antibiotika-Resistenzen und Typ-2-Diabetes

Der Darm von Fernreisenden ist eine bisher unterschätzte Eintrittspforte für Bakterien, gegen die viele Antibiotika nicht mehr wirken. Dies zeigt eine Studie, für die Privatdozent Christoph Lübbert vom Universitätsklinikum Leipzig in diesem Jahr den Präventionspreis der Deutschen Stiftung Innere Medizin (DSIM) und der DGIM erhält. Er teilt sich den mit 10 000 Euro dotierten Preis mit dem ebenfalls ausgezeichneten Tübinger Diabetologen Professor Norbert Stefan, dessen Arbeit erklärt, warum Diabetesprävention einigen Menschen schwerer fällt als anderen.

In seiner prämierten Arbeit untersuchte Dr. Lübbert die Stuhlproben von 225 gesunden Touristen vor und nach einer Fernreise. Das Ergebnis: Etwa 30 Prozent der Touristen waren bei der Rückkehr mit sogenannten ESBL-bildenden Enterobacteriaceae besiedelt. Diese Darmbakterien produzieren das Enzym Extended-Spectrum-Betalaktamasen, kurz ESBL. Das versetzt sie in die Lage, Antibiotika abzubauen, und es macht sie unempfindlich gegen Medikamente, die bei schweren Infektionen lebensrettend sein können. Besonders häufig betroffen waren Reisende, die aus Indien zurückkehrten. Auch fast jeder zweite Südostasien-Reisende erwarb den „Problemkeim“. Bei über 70 Prozent der Touristen waren die ESBL-Bakterien sechs Monate nach Reiseende wieder aus dem Darm verschwunden. Gründliche Händehygiene bietet jedoch keinen sicheren Schutz, und die Träger der Erreger können andere anstecken. Reisende sollten rohe Nahrungsmittel meiden, empfiehlt Dr. Lübbert. Zudem sollten Ärzte hierzulande ihre Patienten



Verleihung des Präventionspreises an Dr. Christoph Lübbert

bei der Aufnahme in Kliniken nach Reisen in den letzten sechs Monaten fragen. Nach einem Aufenthalt in Indien und Fernost könnte ein Stuhltest und die Isolation von Keimträgern sinnvoll sein, um andere Patienten zu schützen.



Professor Manfred Weber verleiht den Präventionspreis an Professor Norbert Stefan.

Die zweite prämierte Arbeit hinterfragt, warum sich eine drohende Diabeteserkrankung nicht immer wirksam verhindern lässt. Denn das Tübinger Lebensstil-Interventionsprogramm „TULIP“ hat sich bei vielen Menschen mit erhöhtem Diabetesrisiko als erfolgreich erwiesen. Gewichtsverlust senkt das Risiko, tatsächlich zu erkranken. Doch bei etwa 40 Prozent der Studienteilnehmer bessern sich trotz Abnahme von Körpergewicht und Fettmasse die Blutzuckerwerte nicht. In seiner Studie zeigte Professor Stefan, dass diese Teilnehmer schon vor Beginn der Studie eine Fettleber hatten. Sie sezernierten deshalb das blutzuckersenkende Hormon Insulin in geringerem Maße. Damit war die Chance, unter Diät normale Blutzuckerwerte zu erreichen, um das 4,5-fache geringer. Professor Stefan legt nahe, dass Menschen mit einer Insulinsekretionsstörung oder einer Fettleber eine intensiviertere Lebensstil-Änderung brauchen, um einen Diabetes zu verhindern. Die DSIM zeichnet gemeinsam mit der DGIM mit dem Präventionspreis jährlich die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Primär- und Sekundärprävention innerer Erkrankungen aus.

Literatur

Lübbert C, Straube L, Stein C, Makarewicz O, Schubert S, Mössner J, Pletz MW, Rodloff AC. Colonization with extended-spectrum beta-lactamase-producing and carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in international travelers returning to Germany. *Int J Med Microbiol* 2015; 305: 148–56.

Stefan N, Staiger H, Wagner R, Machann J, Schick F, Häring HU, Fritsche A. A high-risk phenotype associates with reduced improvement in glycaemia during a lifestyle intervention in prediabetes. *Diabetologia* 2015; 58: 2877–84.

Young Investigator Award 2016

1. Platz:

Dr. Laura Katharina Schenk (Münster)



Mäuse, die kein TMEM16A haben, sterben kurz nach ihrer Geburt an Multiorganversagen. Um die Rolle des Chloridkanals (Cl-Kanals) zu untersuchen, wurden Mäuse mit renaler TMEM16A-Defizienz gezüchtet.

L. K. Schenk, S. Henke, D. Heitzmann, U. Schulze, H. Pavenstädt

Der Cl-Kanal TMEM16A wird in Organen wie Lunge, Pankreas, Speicheldrüsen und Nieren exprimiert. In der humanen Niere ist TMEM16A in Glomerula, Tubuli und Gefäßen nachweisbar.

Mäuse, denen TMEM16A fehlt, sterben kurz nach der Geburt an Multiorganversagen. Um die Rolle von TMEM16A in der Niere zu untersuchen, züchteten wir Mäuse mit renaler TMEM16A-Defizienz. Diese Tiere entwickelten eine Albuminurie. Die Ultrastruktur der glomerulären Schlitzmembran war normal. Die Glomerulazahl war jedoch signifikant reduziert, zudem fielen mesangiale Matrixvermehrung und verbreitertes parietales Epithel auf. Im proximalen Tubulus war vermehrt Zelltod nachweisbar und Schädigungsmarker waren hochreguliert. Mittels zell- und molekularbiologischer Analysen charakterisierten wir den Phänotyp ausführlich.

Diese Studie zeigt, dass TMEM16A eine Funktion in der Nephrogenese sowie für die physiologische Tubuluszellfunktion, zu welcher auch die Rückresorption filtrierten Albumins gehört, spielt.

2. Platz:

Dr. Xiaoying Tan (Göttingen)



High Phosphate Induces Endothelial-Mesenchymal Transition of Human Coronary Endothelial Cells (HCAEC) by Epigenetic Regulation of DNMT1: a Link from Chronic Kidney to Cardiovascular Disease

X. Tan, X. Xu, M. Zeisberg, E. M. Zeisberg

Chronic kidney disease (CKD) induced elevated serum phosphate levels are associated with increased cardiovascular risk of death. We found the effects of high inorganic phosphate on HCAEC with respect to EndMT: phosphate induced loss of endothelial and gain of fibroblast characteristics along with RAS hyperactivity. We further identified RASAL1, a RAS-GTPase activator, to be significantly downregulated, and addition of the RAS-inhibitor not only inhibited but also inverted EndMT.

By methylated DNA immunoprecipitation, we further demonstrated that downregulation of RASAL1 is due to promoter hypermethylation, mediated by DNMT1 which is induced by TGF β as well as high phosphate. In order to unveil a common mechanism how these two factors induce DNMT1-mediated RASAL1 hypermethylation, we performed Co-IP of DNMT1 followed by mass spectrometry. Histone deacetylase HDAC2 was identified as the top candidate to bind DNMT1 in both situations. The results above could serve as a causal link between increased cardiovascular mortality and increased phosphate levels in CKD patients.

3. Platz: Lisa Eggebrecht (Mainz)



Ärztebefragung zur medizinischen Versorgung mit oralen Antikoagulantien – Ergebnisse des thrombEVAL-Studienprogramms

L. Eggebrecht, L. Schleuter, S. Göbel, M. Nagler, H. Lamparter, C. Bickel, R. Hardt, T. Münzel, J. H. Prochaska, P. S. Wild

Im Rahmen des thrombEVAL-Studienprogramms wurden 11 700 praktizierende Ärzte in Rheinland-Pfalz für eine Umfrage zum Thema „Medizinische Versorgung mit oralen Antikoagulantien (OAK)“ kontaktiert. Insgesamt nahmen 512 Ärzte an der Befragung teil. Ein Vergleich mit Daten der medizinischen Regelversorgung (N=1558) zeigte Unterschiede zwischen der ärztlichen Einschätzung (A) sowie der Versorgungsrealität (B) bezüglich Therapiequalität (Zeit im therapeutischen Bereich: A: 71,2 Prozent \pm 16,3 Prozent vs. B: 66,9 Prozent \pm 23,9 Prozent), Dauer von Kontrollabständen (A: 14,3 \pm 10,3 Tage vs. B: 22,0 \pm 13,0 Tage) sowie Komplikationsraten (A: 11,0 Prozent/Jahr vs. B: 6,8 Prozent/Jahr). Aus Sicht der teilnehmenden Ärzte besteht für die gerinnungshemmende Therapie im klinischen Alltag ein hohes Optimierungspotenzial. Die Etablierung spezialisierter Dienste zur Unterstützung der medizinischen Regelversorgung wurde mehrheitlich befürwortet (67,3 Prozent): Als Hauptaufgaben wurden die Information/Beratung von Ärzten und Patienten, die Erstellung individualisierter Therapieschemata sowie die Durchführung von Schulungen zum OAK-Selbstmanagement genannt.



Aus der Bundesärztekammer – Arztzahlen in Deutschland

Die Innere Medizin ist das beliebteste Fach unter den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten – das ist ein zentrales Ergebnis der Ärztestatistik 2015 der Bundesärztekammer. So war von 371 302 praktizierenden Medizinern im Jahr 2015 etwa jeder Siebte als Internist tätig. Auch die Allgemeinmedizin und die Chirurgie erfreuten sich großer Beliebtheit. In den Fächern Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie der Urologie und im Bereich der Haut- und Geschlechtskrankheiten arbeiteten am wenigsten praktizierende Ärzte.

Allgemein betrachtet ist die Zahl der beruflich tätigen Medizinerinnen und Mediziner im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen: So hat sie sich um 6 055 Ärzte auf nunmehr 371 302 Mediziner bundesweit erhöht. Davon arbeiteten im vergangenen Jahr 189 600 im Krankenhaus. Ambulant tätig waren 150 100 Ärzte.

Außerdem wanderten immer mehr Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland nach Deutschland ein: So konnte von 2014 auf 2015 ein Anstieg um 7,4 Prozent verzeichnet werden. Insgesamt waren im Vorjahr 42 604 ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland gemeldet. Und die Zahl der Mediziner, die in andere Länder auswanderten, ging zurück: Waren es 2014 noch 3 035, so lag die Anzahl 2015 lediglich noch bei 2 364. Das beliebteste Auswanderungsland war im vergangenen Jahr die Schweiz, gefolgt von Österreich und den USA.

Summe berufstätige Ärztinnen und Ärzte
371302

Ärztinnen und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
109543

Innere Medizin 50834

Allgemeinmedizin 43569

35324 Chirurgie

22875 Anästhesiologie

17994 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

14162 Kinder- und Jugendmedizin

10450 Psychiatrie und Psychotherapie

7969 Radiologie

7298 Augenheilkunde

6451 Neurologie

6206 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

5771 Urologie

5767 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Gesamtzahlen	2014	2015	Δ in %
In den Landesärztekammern gemeldete Ärztinnen und Ärzte	481 174	485 818	1,0 %
Aktiv beruflich tätige Ärztinnen und Ärzte	365 247	371 302	1,7 %
Ärztinnen und Ärzte ohne aktive ärztliche Tätigkeit	115 918	114 472	-1,24 %
Zahl der arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte	7854	7473	-4,9 %
• Arbeitslosenquote	2,15 %	2,01 %	
Tätigkeitsbereiche			
Im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte	186 300	189 600	1,6 %
Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte	147 900	150 100	2,04 %
Zahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärztinnen und Ärzte	26 307	29 373	11,64 %
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	121 600	120 700	-0,74 %
In Behörden/Körperschaften/sonstigen Bereichen tätige Ärztinnen und Ärzte	31 000	31 600	1,93 %
Zahl der ursprünglich in Deutschland tätigen und ins Ausland emigrierten Mediziner	2364	2143	-9,34 %
Zahl der ursprünglich in Deutschland tätigen und ins Ausland emigrierten Mediziner	3035	2364	-22,1 %
davon beträgt der Anteil der deutschen Ärztinnen und Ärzte	60,53 %	58,37 %	-12,57 %
beliebteste Auswanderungsländer			
• Schweiz	754	629	-16,57 %
• Österreich	285	264	-7,36 %
• USA	131	123	-6,4 %
Gesamtzahlen Zuwanderung			
Ausländische Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland	39 661	42 604	7,40 %
Anzahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind	28 025	30 595	9,20 %
Anteil der Ärztinnen			
an der Zahl der aktiv beruflich tätigen Medizinerinnen und Mediziner	45,51 %	45,96 %	
an der Zahl der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte	47,14 %	47,43 %	
an der Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte	42,43 %	43,19 %	
an der Zahl der arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte	61,49 %	62,45 %	

Quelle: Statistik der Bundesärztekammer

Preisausschreibungen der DGIM 2017

Theodor-Frerichs-Preis 2017

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 2015 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 Bewerber auftritt.

Die Bewerbungsfrist für den Theodor-Frerichs-Preis 2017 endet am **15. Oktober 2016.**

Präventionspreis 2017

In Fortsetzung des von Herrn Professor Dieter Klaus gestifteten Präventionspreises verleiht die Deutsche Stiftung Innere Medizin (DSIM) 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 2015 veröffentlicht worden sein, und sie darf nicht an einem ähnlichen Wettbewerb teilgenommen haben.

Die Bewerbungsfrist für den Präventionspreis 2017 endet am **15. November 2016.**

Querdenker-Preis 2017

Mit dem Querdenker-Preis würdigt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. kreative und innovativ denkende Personen, Organisationen oder Firmen, die mit ihren Ideen das Gesundheitswesen zukunftsweisend bereichern und befruchten, insbesondere im Bereich der digitalen Medizin. Der Preis wird von der Firma custo med GmbH gestiftet.

Der Querdenker-Preis, der mit 5000 Euro dotiert ist, wird während des Internistenkongresses vergeben. Erstmals verliehen wurde der Preis beim 122. Internistenkongress im April 2016 in Mannheim. Vorschläge für Bewerbungen sowie Bewerbungen um den Querdenker-Preis erbittet die DGIM mit einer Kurzzusammenfassung des Projektes bis zum **15. November 2016.**

Die Verleihung der Preise erfolgt anlässlich der festlichen Abendveranstaltung der 123. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 30. April 2017 in Mannheim. Die Bewerber werden gebeten, an der festlichen Abendveranstaltung teilzunehmen.

❖ Interessierte finden alle Informationen zu den Preisen und Bewerbungsmodalitäten auf www.dgim.de
 ➔ Preise/Ehrungen

Vorstand, Gremien und Kommissionen

Die Wahlen zum Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin fanden anlässlich der Sitzungen von Vorstand und Ausschuss und der ordentlichen Mitgliederversammlung während des 122. Jahreskongresses in Mannheim 2016 statt. Satzungsgemäß ist der bisherige 1. stellv. Vorsitzende Prof. Dr. M. Hallek (Köln) aus dem Vorstand ausgeschieden. Neu in den Vorstand gewählt wurde Herr Prof. Dr. C. Vogelmeier (Marburg).



Vorstand

- 1 Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, München, Vorsitzende
- 2 Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuß, Göttingen, 1. stellv. Vorsitzender
- 3 Prof. Dr. med. Cornel Sieber, Nürnberg, 2. stellv. Vorsitzender
- 4 Prof. Dr. med. Claus Franz Vogelmeier, Marburg, 3. stellv. Vorsitzender
- 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 122. Jahreskongresses in Mannheim 2016 statt.

Ausschuss

Prof. Dr. K. de Groot, Offenbach
 Prof. Dr. C. Espinola-Klein, Mainz
 Prof. Dr. G. Fätkenheuer, Köln
 Prof. Dr. M. Fleck, Regensburg
 Prof. Dr. D. Führer-Sakel, Essen
 Prof. Dr. V. Hach-Wunderle, Frankfurt
 Prof. Dr. H. Haller, Hannover
 Prof. Dr. F. Lordick, Leipzig
 Prof. Dr. N. Marx, Aachen
 Prof. Dr. J. Müller-Quernheim, Freiburg
 Prof. Dr. U. Müller-Werdan, Berlin
 Prof. Dr. A. Neubauer, Marburg
 Prof. Dr. M. Pauschinger, Nürnberg
 Prof. Dr. M. Pfeifer, Donaustauf
 Prof. Dr. G. Schett, Erlangen
 Prof. Dr. B. Siegmund, Berlin
 Prof. Dr. J. Spranger, Berlin
 Prof. Dr. A. Stallmach, Jena
 Prof. Dr. C. Strassburg, Bonn
 Prof. Dr. C. Wendtner, München

Repräsentanten der Schwerpunkte der Inneren Medizin

Prof. Dr. N. Weiss, Dresden, Angiologie
 Prof. Dr. S. Diederich, Berlin, Endokrinologie
 Prof. Dr. F. Lammert, Homburg, Gastroenterologie/
 Hepatologie
 PD Dr. R. Püllen, Frankfurt, Geriatrie
 Prof. Dr. M. Theobald, Mainz, Hämatologie/Onkologie
 Prof. Dr. N. Suttrop, Berlin, Infektiologie
 Prof. Dr. S. Kluge, Hamburg, Internistische Intensiv-
 medizin
 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. H.-F. Spies, Frankfurt

Vertreter der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM)

Univ. Prof. Dr. H. Watzke, Wien

Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

Prof. Dr. E. Battegay, Zürich

Vorsitzende Sprecherin der Korporativen Mitglieder

Prof. Dr. B. Wittig, Wiesbaden, AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG

Stellv. Sprecher der Korporativen Mitglieder

Dr. M. Meyer, Erlangen, Siemens AG
 B. Ringewaldt, Stuttgart, Georg Thieme Verlag KG

Sprecher der Jungen Internisten

Dr. M. Raspe, Berlin

Kommissionen & Task Forces

Arbeitsgruppe DRG



Prof. Dr. N. Röder, Münster
Prof. Dr. M. Reinshagen, Braunschweig, Sprecher
 Prof. Dr. M. Denkinger, Ulm
 Dr. J.-P. Glossmann, Köln
 Prof. Dr. H. M. Hoffmeister, Solingen
 Dr. P. Lütkes, Essen
 Dr. A. M. Müller-Marbach, Düsseldorf
 Prof. Dr. H. Ostermann, München
 Prof. Dr. A. Schneider, Wiesbaden
 Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger, München
 Dr. U. Thiem, Bochum, Essen
 Prof. Dr. O. Witzke, Essen

Arbeitsgruppe IQWiG, G-BA



Prof. Dr. T. Sauerbruch, Bonn
 Prof. Dr. R. Bauersachs, Darmstadt
 PD. Dr. J. Beyer-Westendorf, Dresden
 B. Bitzer, Berlin
 Prof. Dr. R. Brunkhorst, Hannover
 Prof. Dr. S. Diederich, Berlin
 PD Dr. J. Feldkamp, Bielefeld
 Prof. Dr. U. R. Fölsch, Kiel
 Prof. Dr. B. Jany, Würzburg
 Prof. Dr. S. Kluge, Hamburg
 Prof. Dr. K. Krüger, München
 K. Küssner, Düsseldorf
 PD Dr. P. Lynen-Jansen, Berlin
 Prof. Dr. D. Müller-Wieland, Hamburg
 Prof. Dr. B. Nowak, Frankfurt
 S. Sahr, Berlin
 Prof. Dr. R.-J. Schulz, Köln
 Prof. Dr. O. Witzke, Essen
 Prof. Dr. B. Wörmann, Berlin
 Prof. Dr. H. Worth, Fürth
 Prof. Dr. S. Zeuzem, Frankfurt

Kommission Arzneimitteltherapie-Management & Arzneimitteltherapiesicherheit



Prof. Dr. D. Grandt, Saarbrücken
 PD Dr. S. Becker, Essen
 Prof. Dr. M. W. Beckmann, Erlangen
 Prof. Dr. S. Bleich, Hannover
 Dr. A. Brückner, Bad Dürkheim
 Prof. Dr. P. Falkai, München
 Prof. Dr. C. Fiehn, Baden-Baden
 Prof. Dr. M. Freitag, Oldenburg
 Prof. Dr. H. Frieling, Hannover
 PD Dr. W. V. Häuser, Saarbrücken
 Dr. A. Hinrichs, Berlin
 Prof. Dr. A. Jacobs, Bonn
 Prof. Dr. H.-J. Kabitz, Konstanz
 Prof. Dr. W. Kern, Freiburg
 Prof. Dr. J. T. Kielstein, Braunschweig
 Dr. H. Lahner, Essen
 PD Dr. A. Mitchell, Essen
 Prof. Dr. R. Nau, Göttingen
 I. Richling, PharmD, Menden
 Prof. Dr. U. Seyfert, Saarbrücken
 Dr. U. Thiem, Bochum
 Prof. Dr. W. von Scheidt, Augsburg
 Prof. Dr. M. Wilhelm, Nürnberg

Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung



Prof. Dr. M. Lerch, Greifswald
 Prof. Dr. R. Brunkhorst, Hannover
 Prof. Dr. A. Creutzig, Hannover
 Prof. Dr. M. Denkinger, Ulm
 Prof. Dr. M. Ferrari, Wiesbaden
 Prof. Dr. M. Fleck, Bad Abbach/Regensburg
 Prof. Dr. M. Hallek, Köln
 Prof. Dr. U. Janssens, Eschweiler
 Prof. Dr. W. V. Kern, Freiburg
 Prof. Dr. F. Lammert, Homburg/Saar
 Prof. Dr. H. Link, Kaiserslautern
 Dr. M. Meisel, Dessau
 Dr. A.-M. Müller-Marbach, Düsseldorf
 Prof. Dr. M. Pfeifer, Donaustauf
 Prof. Dr. B. Siegmund, Berlin
 Dr. N. Stergiou, Seligenstadt
 Prof. Dr. K. Werdan, Halle

Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie



Prof. Dr. N. Frey, Kiel
 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 Struktur – Krankenversorgung



Prof. Dr. D. Müller-Wieland, Hamburg
 Prof. Dr. K. Mann, Essen
 Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger, München
 Prof. Dr. N. Suttorp, Berlin
 Prof. Dr. B. Wiedenmann, Berlin

Kommission Telemedizin



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

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. Müther, Berlin
 Dr. M. Oldhafer, Hannover
 PD Dr. B. Rodeck, Osnabrück

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

Janina Wetzstein, Friederike Gehlenborg
 Pressestelle der DGIM
 Postfach 30 11 20
 70451 Stuttgart

Grafik und Layout

Thieme Verlagsgruppe

Titelbild

Foto: ©Cornelia Blaack – Gauss Blick in die Sterne

Fotos

Andreas Henn/DGIM: 3 o.l., 9, 10, 14–16, 40–47, 49 r., 50, 51; Gerhard Seybert: 3 u.l., 27; Tim Flavor: 4, 18–21, DGIM: 5–8, 13, 36, 37; Colourbox: 23; shutterstock/avarant: 24; Thieme Verlagsgruppe: 25, 29, 31; fotolia/alarts: 26; fotolia/calado: 30; PhotoDisc: 32; Medica Health IT-Forum: 34; fotolia/picture Factory: 35; Sven Bratulic/DGIM: 39; privat: 48, 49, 52, 53; 57.61; fotolia/Eisenhans: 53 r.

Druck

Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG
 Gewerbering West, 39240 Calbe (Saale)

Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung



Prof. Dr. N. Malek, Tübingen
 PD Dr. W. Bechtel-Walz, Freiburg
 PD Dr. B. Eichhorst, Köln
 Prof. Dr. C. Espinola-Klein,
 Mainz, stellvertr. Vorsitzende
 Prof. Dr. S. Harendza, Hamburg
 Prof. Dr. S. Herold, Gießen/
 Münster
 PD Dr. B. F. Hoyer, Berlin
 Prof. Dr. C. Maack, Homburg/Saar
 Dr. A.-M. Müller-Marbach,
 Düsseldorf
 Dr. M.-S. Raab, Heidelberg
 Dr. M. Raspe, Berlin
 Prof. Dr. S. Sossalla, Göttingen

Task Force Infektiologie



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

Task Force Internistische Intensiv- und Notfallmedizin



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

Task Force „Klug entscheiden“



Prof. Dr. G. Hasenfuß,
 Göttingen, Vorsitzender
 Prof. Dr. M. Hallek, Köln
 Prof. Dr. E. Märker-Hermann,
 Wiesbaden

Konsensus-Kommission „Klug entscheiden“

Prof. Dr. G. Hasenfuß, Göttingen
 PD Dr. B. Alt-Epping, Göttingen
 Prof. Dr. S. Baldus, Köln
 Prof. Dr. S. Diederich, Berlin
 PD Dr. R. Draenert, München
 PD Dr. J. Feldkamp, Bielefeld
 A. Flender, Berlin
 Prof. Dr. J. Floege, Aachen
 Prof. Dr. Dr. U. R. Fölsch, Kiel
 Prof. Dr. J. Galle, Lüdenscheid
 Dr. M. Gogol, Coppenbrügge
 Prof. Dr. M. Hallek, Köln
 Prof. Dr. B. Jany, Würzburg
 PD Dr. N. Jung, Köln
 Prof. Dr. H. Koop, Berlin
 Prof. Dr. I. B. Kopp, Marburg
 Prof. Dr. S. Krause, Erlangen
 PD Dr. P. Lynen-Jansen, Berlin
 Prof. Dr. E. Märker-Hermann, Wiesbaden
 Prof. Dr. M. Möckel, Berlin
 Prof. Dr. A. Neubauer, Marburg
 Dr. M. Nothacker, Marburg
 R. Pfeifer, Bonn
 Dr. J. Rautenstrauch, Berlin
 Prof. Dr. R. Riessen, Tübingen
 Prof. Dr. R. Sternitzky, Dresden
 Prof. Dr. K. Werdan, Halle

Programmkommission Internistenkongress

Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger, München, Vorsitzende
 Prof. Dr. C. Albus, Köln
 Prof. Dr. J. Bauersachs, Hannover
 Prof. Dr. S. C. Bischoff, Stuttgart
 Prof. Dr. R. Brunkhorst, Hannover
 Dr. M. Denking, Ulm
 Prof. Dr. G. Ertl, Würzburg
 Prof. Dr. V. Hach-Wunderle, Frankfurt
 Prof. Dr. M. Halle, München
 Prof. Dr. G. Hasenfuß, Göttingen
 Prof. Dr. H. Heppner, Schwelm
 Prof. Dr. B. Hertenstein, Bremen
 A. Hess, München
 Prof. Dr. H.-M. Hoffmeister, Bad Solingen
 T. Hübner, Mannheim
 PD Dr. N. Jung, Köln
 Prof. Dr. S. Kluge, Hamburg
 Dr. M. Kochanek, Köln
 PD Dr. P. Kuhlencordt, München
 Prof. Dr. F. Lammert, Homburg
 Prof. Dr. H. Lehnert, Lübeck
 Prof. Dr. E. Märker-Hermann, Wiesbaden
 Prof. Dr. U. Müller-Ladner, Bad Nauheim
 Prof. Dr. M. Pfeifer, Donaustauf
 PD Dr. R. Püllen, Frankfurt
 Dr. A. Schoeneich, München
 PD Dr. E. Siegel, Heidelberg
 Prof. Dr. A. Stallmach, Jena
 Prof. Dr. C. Strassburg, Hannover
 Prof. Dr. L. Trümper, Göttingen
 Prof. Dr. J.-C. Virchow, Rostock
 Dr. J. Waldmann, München
 Prof. Dr. M. Weber, Köln
 A.-K. Wevers, München

Delegierte

Delegierte AWMF

(Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)

Prof. Dr. K. H. Rahn, Münster, Präsidium AWMF
Prof. Dr. G. Ertl, Würzburg, Präsidium AWMF
Prof. Dr. U. R. Fölsch, Kiel

Delegierter in die DRG in die Fachkommission AWMF/BÄK

Prof. Dr. H. Ostermann, München

Delegierter für AQUA, G-BA und IQWiG

Prof. Dr. T. Sauerbruch, Bonn

Delegierte EFIM

(European Federation of Internal Medicine)

Administrative Council:
Dr. A. Müller-Marbach, Düsseldorf
Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger, München

Delegierte in den Fachbeirat der Deutschen Schmerzgesellschaft

Prof. Dr. C. Baerwald, Leipzig
Dr. E. Hintz, Winnenden

Delegierter Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG) in der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

Prof. Dr. R. Wachter, Göttingen

Delegierte ÖGIM

(Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin)

Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger, München

Delegierte DNVF

(Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung)

Prof. Dr. K. Parhofer, München
Prof. Dr. Dr. H. Raspe, Lübeck

Delegierter Kuratorium MEDICA

Prof. Dr. U. R. Fölsch, Kiel

Korporative Mitglieder

AbbVie Deutschland GmbH&Co.KG, Wiesbaden,
Prof. Dr. B. Wittig

Astra Zeneca GmbH, Wedel, Dr. B. Baur

Bayer Vital GmbH, Leverkusen, Dr. M. Mundhenke

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co KG,
Ingelheim, Dr. T. Voigt

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln, N. Froitzheim

Elsevier GmbH, Reutlingen, R. Simader

Fresenius Medical Care AG & Co. KGaA, Bad Homburg,
G. Klotz

Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, B. Ringewaldt

GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG, München,
Prof. Dr. T. Strohmeyer

MLP Finanzdienstleistungen AG, Wiesloch,
Dipl.-Pol. M. Salmen

MSD Sharp&Dohme GmbH, Haar, Dr. Dr. K. Löbner

m:con-mannheim:congress GmbH, Mannheim,
J. W. Wagner

Norgine GmbH, Marburg, Dr. A. Waskowiak

Novartis Pharma GmbH, Nürnberg, Dr. R. Merkel

Pfizer Pharma GmbH, Berlin, PD Dr. P.-A. Löschmann

Sanofi- Aventis Deutschland GmbH, Berlin,
Prof. Dr. W. D. Paar

Servier Deutschland GmbH, München, Dr. C. Ziegler

Siemens AG, Erlangen, Dr. M. Meyer

Springer Verlag GmbH, Heidelberg, Dr. P. Herrmann

Beitrittserklärung

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

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

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

Anschrift für Aussendungen/Zeitschriften: Privatschrift Dienstschrift

Privatschrift:

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

Dienstschrift Klinik/Praxis:

Straße: PLZ: Ort:
 E-Mail: Telefon:

Berufliche Position, Dienststellung in Praxis / MVZ / Ambulanz / Industrie / Verlag* (Änderungen zu meinem Status teile ich der DGIM mit.)

- Direktor Chefarzt Leitender Arzt 240,00 €
- Niedergelassener Arzt / MVZ als: Hausarzt Facharzt 240,00 €
- Partner Gemeinschaftspraxis / MVZ – ohne Medien-/Zeitschriftenbezug 180,00 €
- Angestellter Arzt in Praxis / MVZ / Industrie / Verlag 180,00 €
- Oberarzt 180,00 €
- Arzt / Assistenzarzt mit Facharztanerkennung 120,00 €
- Arzt / Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzt/FA-Anerkennung 20.... 95,00 €

Facharzt- und/oder Schwerpunkt mit Facharztkompetenzen im Gebiet Innere Medizin*:

- Innere und Allgemeinmedizin Innere Medizin und Hämatologie und Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin Onkologie Innere Medizin und Rheumatologie
- Innere Medizin und Angiologie Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Endokrinologie und Innere Medizin und Geriatrie **Zusatzweiterbildung (falls vorhanden)**
- Diabetologie Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie

.....
 Ort/Datum Unterschrift

* Pflichtangaben

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ0000019359)

Ich ermächtige die DGIM e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGIM e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschrifteneinzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN (finden Sie auf Ihrem Konto-Auszug) BIC (8 oder 11 Stellen)

.....
 Bank Unterschrift

 Ort/Datum Unterschrift

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

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre Daten zur Erfüllung der Vereinsziele und zu Ihrer Betreuung im Rahmen der Mitgliedschaft, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern. Soweit Sie eine E-Mail-Adresse angegeben haben, wird die vereinsinterne Kommunikation soweit möglich elektronisch ausgeführt (z.B. Zusendung des DGIM-Newsletters). Wir geben Ihre Daten zur Organisation von Mitgliedsleistungen an Kooperationspartner weiter, zum Beispiel zum Versand von Fachzeitschriften durch den Springer-Fachverlag und den Georg Thieme-Verlag oder zur Organisation des jährlichen DGIM-Kongresses durch die mannheim:congress GmbH. Dabei werden jeweils so wenige Daten wie möglich weitergegeben. Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DGIM unter den genannten Kontaktdaten widerrufen.



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